



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADAS EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

TEMA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
SÍNDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL SEGÚN EL MODELO DE
HILDEGARD PEPLAU. HOSPITAL LEÓN BECERRA 2020-2021

AUTORAS

SRTA. YOLANDA CECILIA BENAVIDES MALIZA

SRTA. KATHERINE ALEXANDRA IBARRA VALVERDE

TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

LIC. MERY REA GUAMAN

GUARANDA - ECUADOR

NOVIEMBRE 2020 – MARZO 2021

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios quien ha sido guía en mi vida bendiciéndome y brindándome perseverancia para superar obstáculos y alcanzar mis metas.

A mi madre Alicia Benavides quien es un pilar fundamental en el trayecto de mi vida me ha brindado su amor, comprensión, esfuerzo y sacrificio logrando que sea una persona con valores y principios.

Deseo dedicar este proyecto a mi hermana Lisseth Benavides pues me ha apoyado y aconsejado en todo momento y a mi sobrino Mathias Benavides quien ha sido mi inspiración y fortaleza para lograr culminar este proyecto.

Yolanda Benavides

Han transcurrido varios años de estudio y sacrificios desde que inició el camino para cumplir este gran sueño. Ha sido un camino duro, lleno de adversidades, con alegrías y tristezas, que no hubiese podido culminar sin la bendición de Dios, el apoyo de mis padres y la fortaleza brindada por mis dos hermosas hijas.

Para ellos dedico este proyecto, a Dios por todas sus bendiciones; a mis padres Alex y Clara por su amor incondicional, sus enseñanzas y el apoyo que de una u otra manera me brindaron para hacer posible este gran sueño; y a mis dos hermosas hijas Doménica y Camila, mi mayor fortaleza, los motores que ha impulsado mi vida todos estos años.

Katherine Ibarra

Agradecimiento

Agradezco a Dios por ser parte de mi vida al brindarme fortaleza en mis momentos difíciles. A mi madre por ser mi guía para lograr mis anhelos, por su confianza, por su apoyo, sus consejos y valores inculcados en mí. Gracias a mi hermana por ser parte de mi vida y brindarme su apoyo incondicional además de compartir su aprendizaje. A mi tutora de tesis quien ha brindado su capacidad y conocimiento científico para culminar esta etapa de mi carrera universitaria para realizar un excelente trabajo de investigación.

Yolanda Benavides

A Dios, por bendecirme y guiarme en este largo camino; a mis padres y hermana por su amor y apoyo incondicional; a todas aquellas personas, familia y amigos que de una u otra manera me apoyaron para poder culminar mi carrera; a mis maestros por todos los conocimientos brindados a lo largo de estos años; y a mi querida Universidad de la que me llevo las mejores enseñanzas.

Para ellos mi reconocimiento y gratitud eterna.

Katherine Ibarra

Certificación Del Tutor

Guaranda, 23 de Abril del 2021

CERTIFICADO DE LA TUTORA

El suscrito/a Lic. Mery Rea Guamán, tutora del proyecto de investigación como modalidad de titulación

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación como requisito para la obtención del título de Licenciada en Ciencias de la Enfermería, con el tema:

“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL SEGÚN EL MODELO DE HILDEGAR PEPLAU. HOSPITAL LEÓN BECERRA 2020-2021”, realizado por las estudiantes: Benavides Maliza Yolanda Cecilia e Ibarra Valverde Katherine Alexandra, ha cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la carrera de Enfermería, por lo que autorizo la presentación en las instancias respectivas para su evaluación y calificación.

Atentamente,



Lic. Mery Rea Guamán
TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Declaración Juramentada de Autoría

DECLARACION JURAMENTADA DE AUTORIA

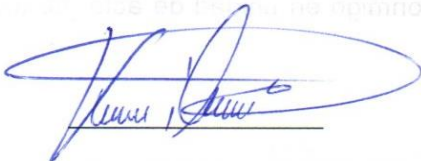
Nosotras **YOLANDA CECILIA BENAVIDES MALIZA** portadora de la cedula **1250626932** y **KATHERINE ALEXANDRA IBARRA VALVERDE** portadora de la cedula **0202411021** egresadas de la carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano de la Universidad Estatal de Bolívar, bajo juramento declaramos en forma libre y voluntaria que el trabajo de investigación con el tema **“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL SEGÚN EL MODELO DE HILDEGAR PEPLAU. HOSPITAL LEÓN BECERRA 2020-2021.”**, ha sido realizado por nosotras con la dirección del tutor, docente de la carrera señalada, por tanto es de nuestra autoría. En tal sentido, dejamos constancia que las expresiones vertidas en el desarrollo de este documento se han elaborado en base a la recopilación bibliográfica, tanto de libros, revistas, medios de comunicación, publicaciones y demás firmas necesarias para la producción de esta investigación.



YOLANDA CECILIA BENAVIDES MALIZA

C.I. 1250626932

AUTORA 1



KATHERINE ALEXANDRA IBARRA VALVERDE

C.I. 0202411021

AUTORA 2



Notaria Tercera del Cantón Guaranda
Msc. Ab. Henry Rojas Narvaez
Notario

No. ESCRITURA 20210201003P00932



**DECLARACION JURAMENTADA
OTORGADA POR:**

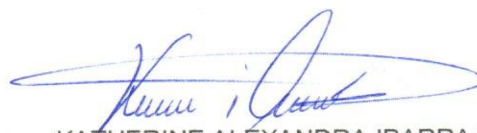
YOLANDA CECILIA BENAVIDES MALIZA Y
KATHERINE ALEXANDRA IBARRA VALVERDE

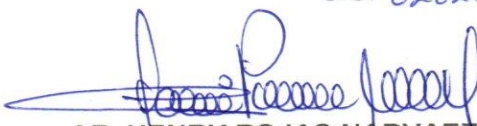
Factura: 001-002-000009742

DI: 2 COPIAS

En la ciudad de Guaranda, capital de la provincia Bolívar, República del Ecuador, hoy día veintiuno de junio de dos mil veintiuno, ante mi Abogado HENRY ROJAS NARVAEZ, Notario Público Tercero del Cantón Guaranda, comparecen las señoritas YOLANDA CECILIA BENAVIDES MALIZA, soltera, domiciliada en la calle Mocache, del cantón Vinces, provincia de Los Rios y de paso por este lugar, con celular número 0982581712, correo electrónico yolybenavides28@gmail.com; y la señorita KATHERINE ALEXANDRA IBARRA VALVERDE, soltera, domiciliada en la comunidad Pircapamba del cantón Guaranda, provincia Bolívar, con celular número 0995274051, correo electrónico kate111912@hotmail.com. Las comparecientes son de nacionalidad ecuatorianas, mayores de edad, hábiles e idóneas para contratar y obligarse a quienes de conocerlas doy fe en virtud de haberme exhibido sus documentos de identificación y con su autorización se ha procedido a verificar la información en el Sistema Nacional de Identificación Ciudadana, bien instruidas por mí el Notario con el objeto y resultado de esta escritura pública a la que proceden libre y voluntariamente, advertidas de la gravedad del juramento y las penas de perjurio, me presentan su declaración Bajo Juramento que dice: **Declaramos que el trabajo de investigación titulado: "PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL SEGÚN EL MODELO DE HILDEGAR PEPLAU. HOSPITAL LEÓN BECERRA 2020-2021"**, previa la obtención del título de Licenciadas en Ciencias de la Enfermería, a través de la Facultad de Ciencias de la Salud y del ser Humano de la Universidad Estatal de Bolívar, es de nuestra autoría, este documento no ha sido previamente presentado por ningún grado de calificación profesional; y, que las referencias bibliográficas que se incluyen han sido consultadas por las autoras. Es todo cuanto podemos declarar en honor a la verdad, la misma que la hacemos para los fines legales pertinentes. HASTA AQUÍ LA DECLARACIÓN JURADA. La misma que queda elevada a escritura pública con todo su valor legal. Para el otorgamiento de la presente escritura pública se observaron todos los preceptos legales del caso, leída que les fue a las comparecientes por mí el Notario en unidad de acto, aquellas se ratifican y firman conmigo en unidad de acto de todo lo cual doy Fe.


YOLANDA CECILIA BENAVIDES MALIZA
C.C. 1250626432


KATHERINE ALEXANDRA IBARRA VALVERDE
C.C. 020241102-1


AB. HENRY ROJAS NARVAEZ
NOTARIO PUBLICO TERCERO DEL CANTON GUARANDA



Tema

Proceso de atención de enfermería en pacientes con síndrome de abstinencia al alcohol según el modelo de Hildegard Peplau. Hospital León Becerra 2020-2021.

Índice

Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Certificación Del Tutor	4
Declaración Juramentada de Autoría	5
Tema.....	7
Índice.....	8
Resumen ejecutivo	11
Abstract	13
Introducción	15
Capítulo I.....	17
1.1. Planteamiento Del Problema	17
1.2. Formulación del Problema.....	18
1.3. Objetivos	19
1.4. Justificación.....	20
1.5. Limitaciones	21
Capitulo II	22
2. Marco teórico.....	22
2.1. Antecedentes de la Investigación	22
2.2 Marco legal	25
2.3 Bases Teóricas	27
2.3.1 Metodología del Cuidado Enfermero.....	27
2.3.2 Proceso de atención de enfermería.....	28
2.3.3 Taxonomía NANDA.....	33
2.3.5 Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau	38
2.4 Definición de términos.....	50
2.5 Sistema de hipótesis	51

2.6	Sistema de variables.....	51
Capítulo III.....		75
3.	Marco metodológico.....	75
3.1.	Nivel de investigación	75
3.2	Diseño.....	75
3.2.	Población y Muestra	75
3.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	76
3.4.	Técnicas e Instrumentos de procesamiento y análisis de datos	76
3.5	Análisis de resultados	77
3.6	Análisis e interpretación de resultados general de la investigación ..	87
Capítulo IV.....		160
4.	Resultados alcanzados con los objetivos planteados	160
4.1.	Resultado según objetivo 1.....	160
4.2.	Resultado según objetivo 2.....	160
4.3.	Resultado según objetivo 3.....	161
Capítulo V.....		162
5.	Conclusiones y recomendaciones.....	162
5.1.	Comprobación de hipótesis	162
5.2.	Conclusiones	168
5.3.	Recomendaciones:.....	169
Capítulo VI.....		170
6.	Marco Administrativo	170
6.1.	Recursos.....	170
6.2.	Presupuesto.....	171
6.3.	Cronograma de Actividades	172
6.4.	Bibliografía.....	174
6.5.	Anexos	180

**6.5.5. Anexo F: GUIA DE VALORACION DE PATRONES
FUNCIONES DE MARJORY GORDON.....188**

Resumen ejecutivo

Síndrome de Abstinencia al Alcohol es el cese abrupto del consumo de alcohol y se muestran cambios del sistema nervioso central, que llevan a complicaciones neurológicas y psiquiátricas, como delirium y convulsiones, se evidencia estadísticamente que el consumo crónico del alcohol representa 3 millones de muertes a nivel mundial.

En los pacientes con Síndrome de Abstinencia al Alcohol es necesaria la intervención de los profesionales de enfermería, para brindar una atención adecuada logrando establecer el confort y bienestar del paciente. Esta investigación tiene como propósito la elaboración de procesos de atención de enfermería dirigidos al cuidado del paciente con Síndrome de Abstinencia al Alcohol; el mismo que consta de cinco etapas: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, para determinar los problemas psicológicos y físicos del paciente.

Esta investigación es de nivel exploratoria pues se emplea cuando el objetivo de la misma consiste en examinar un tema poco estudiado o novedoso. Fueron 25 pacientes la población a trabajar durante la investigación.

Se obtiene como resultado de la investigación el desarrollo de una guía de valoración, basada en los 11 patrones funcionales del modelo enfermero de Marjory Gordon, mediante su aplicación se identificaron los problemas que presentaban los pacientes con Síndrome de Abstinencia al Alcohol. Se ha elaborado 9 planes de atención de enfermería; que proponen mantener la relación enfermera - paciente pues Hildegard Peplau en su teoría considera que las relaciones de confianza constituyen la base para conseguir resultados satisfactorios.

Se el método SOAP como un elemento sistemático y organizado, para registrar el estado de salud físico y psicológico del paciente; se desarrolló la evaluación de los planes de atención de enfermería aplicados a los pacientes con Síndrome de Abstinencia al Alcohol obteniendo como resultado mejor estado emocional del paciente, deseo de compartir sentimientos y pensamientos con el personal de enfermería, buscar ayuda para lograr su recuperación y disminución de los síntomas presentados.

Palabras clave

Síndrome de abstinencia al alcohol, proceso de atención de enfermería, SOAP, Hildegard Peplau.

Abstract

Alcohol Withdrawal Syndrome is the abrupt cessation of alcohol consumption and changes in the central nervous system are shown, leading to neurological and psychiatric complications, such as delirium and seizures, it is statistically evidence that chronic alcohol consumption represents 3 million deaths a world level.

In patients with Alcohol Withdrawal Syndrome, the intervention of nursing professionals is necessary to provide adequate care, establishing the comfort and well-being of the patient. The purpose of this research is to develop nursing care processes aimed at caring for patients with Alcohol Withdrawal Syndrome; It consists of five stages: Assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation, to determine the psychological and physical problems of the patient.

This research is of an exploratory level because it is used when the objective of it is to examine a little-studied or novel topic. There were 25 patients in the population to work during the investigation.

As a result of the research, the development of an assessment guide is obtained, based on the 11 functional patterns of Marjory Gordon's nursing model, through its application the problems presented by patients with Alcohol Withdrawal Syndrome were identified. 9 nursing care plans have been developed; who propose to maintain the nurse-patient relationship, since Hildegard Peplau, in her theory, considers that relationships of trust constitute the basis for achieving satisfactory results.

SOAP method were applied as a systematic and organized element to record the physical and psychological health status of the patient; The evaluation of the 9 nursing care plans applied to patients with Alcohol Withdrawal Syndrome

was developed, obtaining as a result a better emotional state of the patient, desire to share feelings and thoughts with the nursing staff, seek help to achieve their recovery and decrease in symptoms presented.

Keywords

Alcohol withdrawal syndrome, nursing care process, SOAP, Hildegard Peplau.

Introducción

El abuso de sustancias es un problema creciente que afecta a las personas y al sistema de salud. Es cada vez más frecuente el ingreso de estos pacientes en las Unidades de Cuidados Críticos o en el departamento de emergencia, a causa del efecto directo del abuso de sustancias (por intoxicación o por síndrome de abstinencia). (Reina. R, Casabella. C, Olmos.D, Carini.F, Garay. C, Goldberg. A, Marchena. M, Sarubbio. M, Meschini. M, Ferrari. K, Pedace. M, Bottaia. S, Fernández. S, 2017)

A nivel mundial, el abuso del consumo de alcohol está definido por la Organización Mundial de la Salud como el causante del 3,2 % de muertes anualmente, la reducción de 12 años de la expectativa de vida y de 4 del total de años de vida productiva por muerte prematura. (Soto, 2020)

El alcohol, produce Síndrome de Abstinencia cuando su uso es discontinuado o cuando se disminuye la dosis para la que el organismo está habituado. La mayoría de los estudios estima que el riesgo a lo largo de la vida de padecer dependencia del alcohol oscila entre el 10% para los varones y el 3-5% para las mujeres. (Davila, E. Jurczuk, I. Melgar, E. Romero, A., 2008)

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado, que para su aplicación requiere de conocimientos, habilidades y actitudes, que permiten la prestación del cuidado de enfermería de forma lógica, racional y humanística al individuo, a la familia y colectivo, y se mide por el grado de eficiencia, proceso y satisfacción del paciente. Hace parte de la calidad del cuidado de enfermería. (Gonzalez, 2011)

En la presente investigación se expone la función de la enfermería en el cuidado de los pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol basada en la modelo enfermero de Hildegard Peplau, quien centraba su teoría en la relación enfermera/paciente, asegurando que los cuidados administrados a los pacientes son un tipo de cuidados en los que las relaciones de confianza constituyen la base para conseguir resultados satisfactorios.

El estudio se realizó en área de Medicina Interna de Hospital León Becerra Camacho de Milagro, en el cual participaron 25 pacientes diagnosticados Síndrome de Abstinencia al Alcohol ingresados en el área de Medicina Interna.

El proyecto de investigación que se presenta a continuación está compuesto por seis capítulos detallados de la siguiente manera:

Capítulo I: El problema; contiene el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos propuestos para desarrollar la investigación, justificación que detalla la causa de la investigación y las limitaciones presentes al momento de ejecutar el estudio.

Capítulo II: Marco Teórico; contiene los antecedentes de estudios realizados previamente con un enfoque semejante o igual al presente tema de investigación, marco legal, bases teóricas de varias fuentes bibliográficas como: artículos científicos, libros, informes, entre otros, definición de términos y el sistema de variables (dependiente e independiente) del estudio.

Capítulo III: Marco Metodológico; contiene información sobre el nivel y diseño de la investigación, población y muestra en la que se desarrolló el estudio, técnicas e instrumentos de recolección de datos y técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Capítulo IV: Resultados o Logros Alcanzados Según los Objetivos; contiene la descripción de los logros que se alcanzaron al realizar la investigación en base a cada uno de los objetivos.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones; se expone las conclusiones detallando los puntos más relevantes de la investigación y las recomendaciones propuestas en base a los resultados obtenidos.

Capítulo VI: Marco Administrativo; compuesto por recursos, presupuesto, cronogramas de actividades, bibliografía y los anexos de la investigación.

Capítulo I

1. El problema

1.1. Planteamiento Del Problema

A nivel mundial cada año se producen 3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol lo que representa un 5,3% de todas las defunciones; el uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos, el consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana como: el grupo etario de 20 a 39 años, un 13,5% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol. (OMS, 2018)

En el 2016, a nivel regional alrededor de 2.300 millones de personas son consumidores alcohol siendo las principales regiones Américas, Europa y Pacífico Occidental; el consumo total de alcohol por habitante en la población mundial de más de 15 años aumentó de 5,5 litros de alcohol puro en el 2005 a 6,4 litros en el 2010; y se mantuvo en el nivel de 6,4 litros en el 2016. (Organización Panamericana de Salud, 2018)

En el Ecuador el consumo excesivo de alcohol es uno de los principales problemas sociales y de salud pública. En 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un estudio que ubica al Ecuador en el noveno lugar, en América Latina, con mayor consumo de bebidas alcohólicas. Se ingiere 7,2 litros de alcohol por habitante al año. (Hora, 2017)

Según el **Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)**, 900.000 ecuatorianos consumen **bebidas alcohólicas**: el 89% son hombres y el 10% mujeres. El 41% lo hace semanalmente. Los jóvenes de entre 19 y 24 años lo ingieren de manera mayoritaria. Le siguen los adultos de hasta 34 años. En el país, la edad promedio en la que se inician es de 12 años. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2021)

Las provincias con mayores índices de consumo de alcohol son Pichincha, Azuay y Guayas. Del total de la población, atribuye un porcentaje de bebedores por regiones: el 9,1% en la costa, 17,1% en la sierra y 12,6% en la amazonia; y manifiesta que aproximadamente 604 personas mueren al año por intoxicaciones a causa del alcohol. (Instituto Nacional de Estadística y Censos , 2021)

En el Hospital León Becerra Camacho de Milagro en el periodo 2019 – 2020 se registró la atención hospitalaria a: 23 pacientes con Síndrome de abstinencia **CIE F10.3**; 44 con Síndrome de abstinencia con delirium **CIE F10.4**; y 61 con Síndrome de abstinencia al alcohol **CIE F10.5**, **F10.6** y **F10.7**. (Hospital Leon Becerra Camacho, 2021)

En base a la información obtenida, se determinó que el síndrome de abstinencia al alcohol es un problema de salud del cantón Milagro, por tal razón en el periodo noviembre 2020 – marzo 2021 se realiza la presente investigación en el área de medicina interna del Hospital León Becerra Camacho, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que presentan dicha patología.

1.2. Formulación del Problema

¿Cómo influye la aplicación del proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Hildegard Peplau, en la evolución clínica de los pacientes con Síndrome de Abstinencia al Alcohol ingresados en el área de medicina interna del Hospital León Becerra Camacho?

1.3.Objetivos

1.3.1. Objetivo general:

Aplicar el proceso de atención de enfermería en pacientes con Síndrome de Abstinencia al Alcohol según el modelo de Hildegard Peplau en el área de Medicina Interna del Hospital León Becerra Camacho de Milagro.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Realizar la valoración de enfermería aplicando el modelo de Marjory Gordon.
- Diseñar planes de atención de enfermería con los lenguajes enfermeros NANDA, NIC y NOC basados en el modelo de Hildegard Peplau.
- Implementar y evaluar el plan de atención de enfermería diseñado.

1.4. Justificación

La población mundial consume alcohol en un patrón desmedido que lo vuelve peligroso; el consumo excesivo de alcohol está asociado con diversos daños a la salud, enfermedades transmisibles, degenerativas, trastornos mentales y problemas sociales como la violencia doméstica, desempleo, etc.; en algunas personas genera dependencia convirtiéndolo en un problema crónico. Al existir una reducción o suspensión abrupta del consumo de alcohol se desarrolla como complicación el Síndrome de Abstinencia al Alcohol, por tal razón es importante el proceso de atención de enfermería para que los profesionales logren identificar los problemas de salud de los pacientes y decidan cuáles son los mejores tratamientos y cuidados para mejorar la calidad de vida de los pacientes. (Ramirez, 2016)

El **propósito** de esta investigación es aplicar un Proceso de Atención de Enfermería a través de un plan de cuidados, enfocado al cuidado del paciente con Síndrome de Abstinencia al Alcohol, el cual consta de cinco etapas: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; que permitirá determinar los problemas psicológicos y sociales del paciente estableciendo los cuidados necesarios para mejorar su salud.

El presente trabajo de investigación es de **importancia**, porque contribuye con el desarrollo de un proceso de atención de enfermería para brindar atención a pacientes con Síndrome de Abstinencia al Alcohol, que es un problema de salud recurrente en el área de medicina interna del Hospital León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro.

Es **original** debido a que no existe evidencia actual de la elaboración de un proceso de atención de enfermería desarrollado para pacientes con Síndrome de Abstinencia al Alcohol, permitiendo de esta manera contribuir al desarrollo del área de investigación de la Universidad Estatal de Bolívar.

Es **pertinente**, porque esta investigación tiene relación con la formación académica de la carrera de enfermería la misma que crea competencias para brindar cuidado integral al individuo, familia y comunidad. Los **beneficiarios** serán los pacientes que acuden al área de medicina interna del Hospital León Becerra

Camacho ya que recibirán una atención enfocada en mejorar su salud; además los profesionales de enfermería al implementar planes de cuidados estandarizados.

Es **factible** la ejecución porque cuenta con el apoyo de las autoridades del Hospital León Becerra Camacho, además de contar con los profesionales de enfermería quienes facilitarán la información necesaria para llevar a cabo la presente investigación.

Es **necesario** porque los profesionales de enfermería obtendrán conocimientos oportunos y de calidad sobre el estado de salud de los pacientes con Síndrome de Abstinencia al Alcohol, lo que facilitará la relación enfermero – paciente alcanzando su recuperación y rehabilitación.

La presente investigación tiene como **finalidad** cumplir con uno de los requisitos establecidos dentro del reglamento universitario para la obtención de la Licenciatura en Enfermería, culminando el proceso de formación académica dirigido al servicio de la sociedad en áreas de promoción, prevención, rehabilitación y recuperación de la salud en todos los ciclos de vida.

1.5. Limitaciones

En el presente proyecto de investigación no existieron limitaciones relevantes ya que contamos con la aprobación y colaboración de las autoridades, personal de salud y usuarios de la institución beneficiaria.

Capítulo II

2. Marco teórico

2.1. Antecedentes de la Investigación

Las investigaciones presentadas a continuación tienen relación con el tema planteado y constituyen la base para desarrollar el presente trabajo;

2.1.1. Título: “La evaluación psicofisiológica de ansiedad en el síndrome de abstinencia alcohólica”.

Objetivo: Emplear instrumentos complementarios que permitan la realización de una evaluación psicofisiológica integral que incluya la ansiedad; con el fin de conseguir una medida más objetiva de la misma, durante la fase de abstinencia.

Metodología: Se centra en la presentación un estudio de caso, para realizar una evaluación y diagnóstico con un paciente masculino, de 47 años con síndrome de abstinencia alcohólica.

Conclusión: De acuerdo con la evaluación psicofisiológica se puede inferir que la manifestación de ansiedad es uno de los síntomas que tiene un gran impacto en la recaída del paciente durante el síndrome de abstinencia alcohólica, lo cual requiere un tratamiento tanto psicológico y apoyo del equipo de salud. (Macías, A., Gómez, M., León, J., Hernández, K. & Hernández, D., 2017)

2.1.2. Título: “Educación sanitaria por parte de Enfermería para disminuir el consumo de alcohol en menores”.

Objetivo: Analizar la causalidad entre el consumo de alcohol en los menores de edad y la presencia de alteraciones en el organismo y fomentar el consejo sanitario para prevenir consumo de riesgo.

Metodología: Es imprescindible en la prevención primaria tener los conocimientos y habilidades necesarios para poder incluir a adolescentes y a sus familias, estimulando el autocuidado a través de la adquisición de hábitos saludable.

Conclusión: El consumo de alcohol es el primer factor de riesgo en los países en desarrollo y el tercero en los países desarrollados. El personal sanitario debe estar entrenado para realizar prevención primaria y evitar así

que los más jóvenes conlleven consumo de riesgo y concienciar una vez más a la población acerca de los daños que provoca esta sustancia en nuestro organismo. (Infante, M., Mojica, B. & Mojica, N., 2017)

2.1.3. Título: “Eficacia de intervenciones educativas en la prevención del consumo de alcohol en adolescentes”.

Objetivo: Analizar la eficacia de las intervenciones educativas en la prevención del consumo de alcohol en adolescentes.

Metodología: Revisión sistémica sin metaanálisis sobre bases de datos nacionales e internacionales mediante una estrategia de búsqueda que intento equilibrar la sensibilidad y la especificidad, el análisis de los datos mediante conteo de votos y test del signo. **Conclusión:** Las intervenciones educativas grupales de media o alta intensidad mostraron eficacia en la prevención del consumo de alcohol en adolescentes, con independencia del contenido de dichas intervenciones. (Rojas, 2018)

2.1.4. Título: “Plan de cuidados de un trabajador que abusa del alcohol”

Objetivo: Diseñar un plan de cuidados de un trabajador con un consumo elevado de alcohol a partir de la valoración de un caso práctico.

Metodología: Se emplea la taxonomía NANDA – NOC – NIC para la elaboración del plan de cuidados de un caso práctico ficticio cuyo trabajador es valorado utilizando el Modelo de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson.

Conclusión: Enfermería debe realizar jornadas de sensibilización e identificación y control de trabajadores que consumen alcohol de forma nociva y a partir de ello desarrollar planes de cuidados estandarizados que aborden al completo la esfera biopsicosocial del trabajador. (Ortiz, C., Rueda, J., & Reyes, F, 2019)

2.1.5. Título: “Estrategia de intervención en pacientes alcohólicos del CMF el lavado, Jobabo, Las Tunas”.

Objetivo: Evaluar la estrategia de intervención para modificar el nivel de conocimientos sobre el alcoholismo en pacientes alcohólicos del CMF No.16 El Lavado.

Metodología: Observación directa o indirecta, criterios de expertos, medición de variables y análisis documental.

Conclusión: Las estrategias educativas son un soporte fundamental para aumentar la calidad de vida en los pacientes consumidores de alcohol. El estado civil de los pacientes repercute en la independencia de las personas para consumir bebidas alcohólicas. (Ramos, O., Rodríguez, A., Peña, A., & Mojena O, 2019)

2.1.6. Título: “Actuación enfermera frente al alcoholismo en salud laboral”.

Objetivo: Conocer la relación entre el alcoholismo y la salud laboral desde la perspectiva enfermera.

Metodología: Una revisión integrativa de los últimos 6 años, bajo las recomendaciones de PRISMA, en las bases de datos PubMed, PsycINFO, CINAHL y Scopus.

Conclusión: Es fundamental el reconocimiento de enfermería como figura clave para ayudar a estas personas, con el problema del alcoholismo, en el entorno laboral y fomentar programas, tanto de prevención como asistenciales, que ayuden a estos individuos a obtener una recuperación y reinserción laboral efectivas. (V. Sánchez y J. Vega, 2019)

2.1.7. Título. “Atención de enfermería a un paciente dependiente del alcohol con COVID-19”.

Objetivo: Desarrollar un plan de cuidados completo y alcanzar el objetivo de que el paciente tenga la mejor calidad de vida posible, se llevó a cabo un abordaje integral e individual del paciente.

Metodología: Valoración exhaustiva, detectando los principales problemas presentes, así como los problemas potenciales que podrían aparecer.

Conclusión: Es evidente que el correcto abordaje enfermero es fundamental, una atención integral e individualizada de la enfermería y por parte del resto del personal sanitario es clave para modificar y mejorar ciertas conductas en el paciente que le llevarán a conseguir los diversos objetivos planteados relacionados con la recuperación total del paciente y encaminados en último lugar a la mejora de la calidad de vida. (M. Ballesteros, S. Motos, B. Domínguez, M. Calderón, L. Acosta, P. Castillo, I. Soriano, 2021)

2.2 Marco legal

2.2.1 Constitución de la república del Ecuador

Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 362. La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 364. Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y

control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales. (Constitucion de la República del Ecuador, 2008)

2.2.2 Código orgánico de salud

Título IV Prevención de enfermedades y problemas de salud pública

Art 130. Problemas de salud pública. El uso y consumo de los productos de tabaco, en todas sus formas, bebidas alcohólicas, y sustancias estupefacientes y psicotrópicos fuera del ámbito terapéutico; y, otras sustancias que generen dependencia, son problemas de salud pública, por construir adicciones que perjudican a la salud humana, individual y colectiva.

Art 132. Atención integral. La autoridad sanitaria nacional regulará, controlara y vigilara a los prestadores que proveen atención integral a personas dependientes del uso y consumo de productos de tabaco, sistemas electrónicos de administración de nicotina, bebidas alcohólicas, sustancias estupefacientes y psicotrópicas fuera del ámbito terapéutico; y. otras sustancias que generen dependencia y causen daño a la salud, pudiendo crear centros especializados para el efecto. (Codigo Orgánico de Salud, 2020)

2.2.3 Ley de Ejercicio Profesional de Enfermeras Ecuador

Art. 6.- Para ejercer la profesión de enfermería, deberán poseer título profesional, pertenecer a su respectivo colegio profesional y cumplir con las disposiciones de los artículos 174, 175 y 178 del Código de la Salud.

El ejercicio de la profesión de enfermería en el Ecuador, asegurará una atención de calidad científica, técnica y ética; que deberá ejecutarse con los criterios y normas de educación que establezca la Asociación Ecuatoriana de Facultades y Escuelas de Enfermería ASEDEFE y las escuelas de enfermería universitarias y las políticas, dirección, lineamientos y normas del Ministerio de Salud Pública y de la Federación de Enfermeras y Enfermeros.

Art. 7.- Son competencias y deberes de las enfermeras y enfermeros:

- a) Ejercer funciones asistenciales, administrativas, de investigación y docencia en las áreas de especialización y aquellas conexas a su campo profesional;
- b) Participar en la formulación e implementación de las políticas de salud y enfermería;
- c) Dirigir los departamentos y servicios de enfermería a nivel nacional, regional, provincial y local;
- d) Dirigir las facultades y escuelas de enfermería y ejercer la docencia en las mismas, conforme a la ley y el respectivo reglamento, a fin de formar los recursos humanos necesarios;
- e) Dar atención dentro de su competencia profesional a toda la población sin discriminación alguno;
- f) Realizar o participar en investigaciones que propendan al desarrollo profesional o que coadyuven en la solución de problemas prioritarios de salud; y,
- g) Dar educación para la salud al paciente, la familia y la comunidad. (Ley de ejercicio profesional de enfermeras, 2019)

2.3 Bases Teóricas

2.3.1 Metodología del Cuidado Enfermero

La metodología del cuidado enfermero es un método científico, sistemático y organizado que permite administrar cuidados de enfermería, centrado a la identificación y el tratamiento de la respuesta del paciente y/o familia y las alteraciones de salud (reales o potenciales) que los mismos presentan en los ciclos de su vida.

El uso de la metodología de enfermería permita que exista una base científica de conocimientos, mejora la gestión de conocimientos, los resultados y calidad de la eficiencia, mejora la autonomía profesional, aporta terminología común mediante el uso del lenguaje enfermero y permite evaluar el proceso enfermero potenciando la investigación de enfermería.

El uso de la taxonomía enfermera permite identificar elementos claves del cuidado a los pacientes, la repuesta de este (valoración), los problemas de salud (diagnostico enfermero), la meta de acción (planificación), la acción (ejecución) y evaluar la calidad de cuidados brindados (evaluación) a esto se le denomina disponer de un lenguaje común para la profesión. (Rodriguez, 2018)

2.3.2 Proceso de atención de enfermería

2.3.2.1 Definición

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado, que para su aplicación requiere de conocimientos, habilidades y actitudes, que permiten la prestación del cuidado de enfermería de forma lógica, racional y humanística al individuo, a la familia y colectivo, y se mide por el grado de eficiencia, proceso y satisfacción del paciente. Hace parte de la calidad del cuidado de enfermería. (Gonzalez, 2011)

2.3.2.2 Objetivos

- Analizar la prestación de cuidados atención y atención brindada al paciente o usuario.
- Valorar aspectos y situaciones que se benefician o potencian con la aplicación de este proceso de atención, como la comunicación como el paciente, así como la colaboración en alguna toma de decisión y aspectos relacionados con su salud.
- Intentar relacionar con su aplicación, una mejora de atención y mayor calidad de cuidados prestadas al paciente.
- Detectar y analizar mejoras en los aspectos relacionados con los registros y documentación en el servicio de prevención, realizados por el profesional de enfermería. (Gonzalez Sanchez, 2011)

2.3.2.3 Etapas del proceso de atención de enfermería

- Valoración
- Diagnóstico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación

2.3.2.4 Valoración

Consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud del paciente a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con el paciente, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de enfermería que permite el acercamiento al paciente, intercambio de experiencias y, el examen físico céfalo-caudal basado en la inspección, palpación, percusión y auscultación; además de datos obtenidos como historia clínica, pruebas de laboratorio y exámenes complementarios.

Partiendo de la obtención de información se da una interacción enfermera paciente para recolectar datos subjetivos los cuales manifiesta verbalmente el paciente y datos objetivos que son los valorados por el personal de enfermería. (Cisneros F. , Proceso de Atención de Enfermería, 2015)

Tipos de valoración

- **Valoración global (holística):** se toman los datos básicos o de referencia. Cubre todos los aspectos bajo un enfoque propio de enfermería, como los patrones empíricos funcionales, de respuestas humanas o de necesidades que permiten determinar el estado de salud del paciente, familia o de la comunidad.
- **Valoración focalizada:** es continua y centrada en puntos concretos, brinda información detallada sobre el estado de un problema de salud específico, por lo cual deben realizarse valoraciones periódicas para controlarlo.

Actividades específicas en la valoración

- **Recolección de datos:** etapa en la que se reúne toda la información sobre el paciente, la familia y la comunidad.
- **Validar los datos:** verificar la información es veraz y exacta.
- **Organizar los datos:** identificar patrones de salud o enfermedad.

Es importante resaltar que la entrevista de enfermería y el examen físico (inspección, palpación, percusión y auscultación) son actividades importantes que se complementan en la toma de datos. (Cisneros F. , Proceso de Atención de Enfermería, 2015)

La valoración de enfermería puede desarrollarse con una teoría específica de enfermería como la teoría de Florence Nightingale o Sor Callista Roy o en un marco de valoración estandarizado como los patrones funcionales de Margory Gordon (este modelo se ajusta más a las peculiaridades de pacientes con problemas de alcohol y salud mental), estas ayudan a organizar por categoría la gran cantidad de datos obtenidos. (Herrera, A., Martínez, H., Jiménez, J. & Betolaza, L., 2003)

2.3.2.5 Diagnóstico

El diagnóstico enfermero es un juicio clínico al que se llega como resultado de una valoración de enfermería, es decir el resultado de la identificación y valoración de datos sobre las necesidades de salud de los pacientes, recogidas, interpretadas y definidas por el profesional de enfermería. Por tanto será un juicio clínico sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud y/o procesos vitales, reales o potenciales y proporcionan la base para la elección de intervenciones de enfermería para obtener los resultados. (Rodríguez, 2018)

2.3.2.6 Planificación

Consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente enfermera – paciente que conducen a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Se elaboran las metas u objetivos definiendo resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo. (Reina N. , 2010)

La planificación es un proceso continuo que implica las siguientes etapas:

- Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.
- Determinación de objetivos o metas esperadas es el resultado que se espera de la atención en enfermería; lo que se desea lograr con el paciente. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema.
- Los resultados o metas deben estar centrados en el comportamiento del paciente atendido, ser claros, concisos, observables y medibles.

- Planeación de las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al paciente a lograr las metas del cuidado. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos: acciones, estrategias, planes de tratamiento y ordenes de enfermería.
- Registro en el plan de los cuidados su propósito es facilitar la comunicación entre los distintos cuidadores, dirigir los cuidados y el registro de los mismos, para que posteriormente puedan ser utilizados para la evaluación e investigación. (Cisneros F. , 2015)

2.3.2.7 Ejecución

Etapas de la ejecución

Primera etapa: Preparación

- Revisión de las actuaciones de enfermería planeadas.
- Análisis de los conocimientos y habilidades de enfermería que se necesitan
- Identificación de las complicaciones potenciales que conllevan a las actuaciones concretas de enfermería.
- Obtención de los recursos necesarios.
- Preparación de un ambiente idóneo para las actividades.
- Identificación de los aspectos legales y éticos de las intervenciones que se van a ejecutar.

Segunda etapa: Intervención

Tipos de acciones de enfermería

- **Independientes** es una actividad que el profesional de enfermería inicia como resultado de los conocimientos propios y técnicas de las enfermeras.
- **Dependientes** son las actividades que se llevan a cabo la prescripción médica.
- **Interdependientes** son las realizadas conjuntamente con otros miembros del equipo de salud.

Tercera etapa: Documentación

- Registrar datos clínicos significativos que brinden información para planear el cuidado y resolver los problemas del usuario.

- En cuanto a los aspectos legales, facilitar la comunicación entre el personal, perite la verificación de la evaluación del paciente.
- Registrar las medidas terapéuticas adaptadas por el equipo interdisciplinario. (Caro, S. & Guerra, C., 2011)

2.3.2.8 Evaluación

En esta etapa del proceso de atención de enfermería se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería y se miden los resultados obtenidos en el plan de cuidados. (Caro, S. & Guerra, C., 2011)

Criterios de determinación

- La evaluación es sistemática y continua.
- Las respuestas del paciente a las actuaciones se documentan.
- Se evalúa la efectividad de las actuaciones en relación con los objetivos.
- Se utilizan los datos de evaluación continua para revisar diagnósticos, objetivos y el plan de cuidados, según necesidades.
- Las revisiones de diagnósticos, objetivos y del plan de cuidados se documentan.
- El usuario, los familiares y prestadores de la atención en salud participan en el proceso de evaluación, cuando este indicado. (Cisneros F. , 2015)

Evaluación SOAP

En la atención asistencial a los asistes se insiste en conservar el esquema descrito S.O.A.P. el cual debe ser sistemático y organizado. Desarrollado con las siguientes características: S (Datos Subjetivos), O (Datos Objetivos) Datos Objetivos, A (Actividades o Plan de cuidado ejecutado) y P (Actividades pendientes para mejorar la atención).

La evaluación del método sólo permite hacerlo en forma cualitativa dado sus características; sobre todo implica la vigilancia de su aplicación que comprende razón de su utilidad. (R. Trejo & J. Molina, 2017)

2.3.3 Taxonomía NANDA

La taxonomía NANDA proporciona una forma de clasificar las áreas de interés para el profesional de enfermería (es decir los núcleos de diagnóstico). Contiene 244 diagnósticos de enfermería agrupados en 13 dominios y 47 clases.

La taxonomía de diagnósticos de la NANDA implica la realización de un proceso mental del profesional en torno a la situación de los pacientes, de tal forma que se establezcan acciones individualizadas, orientadas hacia la consecución de fines específicos enmarcados dentro de los dominios propios de los profesionales de enfermería; de esta forma, los diagnósticos de enfermería permiten a los profesionales la delimitación del cuerpo de conocimientos propios, la realización de intervenciones individualizadas derivadas del cuidado de las personas y la realización de un proceso racional y lógico que desarrolle el pensamiento crítico y fomente la autonomía profesional. (Castillo, 2015)

2.3.3.1 Diagnósticos NANDA

Un diagnóstico enfermero puede estar centrado en el problema, un estado de promoción de la salud o un riesgo potencial: (NANDA, 2018-2020)

- **Diagnóstico enfocado en el problema:** un juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable a una condición de salud/ proceso de vida que existe en un individuo, familia grupo o comunidad.
- **Diagnóstico de riesgo:** un juicio clínico sobre la susceptibilidad de un individuo, familia grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a las condiciones de salud/proceso de vida.
- **Diagnóstico de promoción de salud:** un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud. Estas respuestas se expresan mediante una disposición para mejorar comportamientos de salud específicos, y se pueden utilizar en cualquier estado de salud. En los casos en que las personas no pueden expresar su propia disposición para mejorar los comportamientos de salud, la enfermera puede determinar que existe una condición para la promoción de la salud y luego actuar en nombre del cliente.

Aunque limitado en número, en la taxonomía NANDA-I, puede estar presente un síndrome. Un síndrome es un juicio clínico relacionado con un grupo específico de diagnósticos de enfermería que ocurren juntos y, por lo tanto, se abordan mejor juntos y mediante intervenciones similares. (NANDA, 2018-2020)

2.3.3.2 Taxonomía NOC

Clasificación de los Resultados Enfermeros (NOC), es una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente. El resultado es un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria en respuesta a una intervención enfermera. Se utiliza para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras (objetivos esperados). (Castillo, 2015)

2.3.3.3 Resultados de enfermería

Los resultados del paciente sirven como criterio contra el que se puede valorar el nivel de éxito de una intervención de enfermería. Un resultado se define como «el estado de conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo como respuesta a una o más intervenciones de enfermería. Es una Organización sistemática de resultados en grupos o categorías basados en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y escalas de medición. (Naula, 2019)

- **Dominio:** Es el nivel más abstracto de la clasificación. Con los dominios se trata de identificar y describir resultados de comportamiento y/o conducta de la persona que tienen relación con su salud, desde una perspectiva integral y tanto individual como colectiva.
- **Clase:** Es el segundo nivel de la clasificación y describe resultados más concretos de los dominios.
- **Resultados:** Representa el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o mantenidos que se quieren alcanzar en los pacientes como consecuencia de los cuidados enfermeros.
- **Indicador:** Se refiere a los criterios que permiten valorar los resultados, incluyendo una escala para su valoración

- Escala de medición (Escala Likert): el formato de medición Likert consta de 5 puntos que proporcionan un número adecuado de opciones para demostrar la variabilidad del estado de salud de la paciente descrita por el resultado. Las escalas de puntuación están estandarizadas de una forma de puntuación 5 (valor deseable) y 1 (valor comprometido). (NOC, 2018-2020)

Actualmente NOC tiene: 7 dominios, 34 clases y 550 resultados. Para codificar los dominios se utilizan los números romanos del I al VII. Las clases se codifican con letras siguiendo el abecedario, en mayúsculas primero y una vez finalizadas todas las posibilidades en minúsculas. Los resultados se codifican con 4 dígitos. Los indicadores con 6, siguiendo los 4 primeros los correspondientes a su resultado. (NOC, 2018-2020)

2.3.3.4 Taxonomía NIC

La taxonomía NIC es una clasificación estandarizada y exhaustiva de las intervenciones de enfermería que a diferencia de los diagnósticos de enfermería o del resultado del usuario, en los que la atención se concentra en el usuario, el centro de interés es la conducta enfermero, es decir las acciones de los profesionales que ayudan al usuario a progresar hacia la consecución de un resultado deseado. (Atahuachi, 2016)

2.3.3.5 Intervenciones de enfermería

Se define como una Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”. Pueden ser directas o indirectas:

- Una Intervención de Enfermería directa: es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.
- Una Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente, pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes. (Espinoza & Virhuez, 2018)

- **2.3.4 Valoración según el modelo por patrones funcionales de Marjory Gordon**

Esta herramienta se puede usar independientemente del modelo enfermero elegido. Los patrones funcionales son una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, y que se dan a lo largo del tiempo. Se enfoca en 11 patrones con importancia en la salud del paciente, la familia o comunidad; además son interactivos e independientes.

Están influenciados por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales. La valoración tiene como objetivo determinar la capacidad de respuesta del paciente, reconociendo si existe alteración o riesgo de alterarse alguno de los patrones, para así determinar un diagnóstico enfermero que describa esta situación y que ayude a solucionar o disminuir esa disfuncionalidad. Un patrón disfuncional puede aparecer con una enfermedad o puede conducir a ella.

La valoración de cada patrón debe realizarse en el contexto de los demás, ningún patrón puede comprenderse sin el resto.

Los 11 patrones funcionales se denominan de la siguiente manera:

- **Patrón 1: Percepción – manejo de la salud**

El patrón describe como se percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación. Se pretende determinar las percepciones sobre salud del paciente, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

- **Patrón 2: Nutricional – metabólico**

Mediante la valoración de este patrón se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del paciente, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos.

- **Patrón 3: Eliminación**

Describe la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutina, uso de dispositivos para su control o producción y características de las excreciones.

- **Patrón 4: Actividad – ejercicio**

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio, en caso de presentar adicciones y recreo. Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

- **Patrón 5: Sueño – descanso**

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

- **Patrón 6: Cognitivo – perceptual**

Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección. En este patrón se determina la existencia de dolor. También se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

- **Patrón 7: Autopercepción – auto concepto**

Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal.

- **Patrón 8: Rol – relaciones**

Este patrón incluye el papel o rol social, que juega en el paciente en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir; además se evalúa si existen problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

- **Patrón 9: Sexualidad – reproducción**

Incluye la percepción de satisfacción o disfunción que tiene el individuo en su patrón sexual o de reproducción. Está estrechamente relacionado con el patrón de rol – relaciones. Además de un déficit de conocimientos, consecuencias de tratamientos o intervenciones terapéuticas, falta de intimidad, ausencia o disfunción de algún miembro o parte del cuerpo.

- **Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés**

Describe la adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés; incluye la capacidad individual para resistirse a las amenazas para la propia

integridad, formas de manejar el estrés, sistema de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

- **Patrón 11: Valores – creencias**

Describe los objetivos y creencias (incluidos espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del paciente. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflictos en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud. (D Ayuso, L Tejedor, A Serrano, 2018)

2.3.5 Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau

La contribución de Hildegard E. Peplau a la enfermería en general y a la especialidad de la enfermería psiquiátrica en particular ha sido muy grande. Se le considera la madre de la enfermería psiquiátrica. Introdujo el concepto de práctica avanzada de enfermería. Fue profesora de enfermería psicodinámica, y puso de relieve la importancia de la capacidad de la enfermera para comprender su propio comportamiento para ayudar a los demás a identificar las dificultades percibidas. (Marriner, A & Raile, M, 2015)

La publicación en 1952 de H. Peplau legendaria enfermera teórica, introdujo la teoría de las «Relaciones Interpersonales en Enfermería» creó un marco conceptual para considerar sistemáticamente los cuidados de enfermería en la salud mental. En especial centraba su teoría en la relación enfermera/paciente. Sus ideas sobre la enfermería fueron tomadas por una parte de los conceptos de habilidades personales e interpersonales de desarrollo y por otra de la teoría del aprendizaje. Ella argumentó que el propósito de la relación enfermera paciente es brindar atención de enfermería eficaz que conduzca a la promoción y el mantenimiento de la salud. (Herrera, A., Betolaza G., Murua, F., Martinez, H. & Jimenez-Lerma, J. , 2003) (Courey, T; Martsolf, D; Draucker, C; Strickland, K, 2011)

Para esta teorizante la relación enfermera-paciente, aunque desconocidos en el primer encuentro, ella lo acepta como es, responde a todas sus inquietudes, le da educación, lo invita a participar activamente en el proceso salud-enfermedad para que él, a través de sus vivencias entienda y acepte el porqué de su situación. (Cespedes R. , 2019)

Peplau describe la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo, terapéutico. Analiza cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. (Mastrapa, Y. & Lamadrid, M. , 2016)

Todas estas experiencias psicobiológicas proporcionan energía que se transforma en algún tipo de acción. Si la energía se conduce positivamente aparecen respuestas adaptativas y se madura. Cuando la energía se conduce negativamente aparecen respuestas destructivas que disminuyen la capacidad de percepción y relación.

La enfermera observa al paciente y ve cómo va respondiendo a la actuación estableciendo metas u objetivos y lo lleva a cabo (pasando de ser una extraña a conocer al paciente), elaborando un plan de cuidados (proceso): primero observa, en seguida diagnóstica, plantea objetivos, ejecuta acciones y finalmente evalúa. (Céspedes R. , 2019)

Para Peplau, en la relación enfermera-paciente se identifican cuatro fases, que tienen como punto de partida la orientación y continúa con la identificación, explotación y resolución. (Mastrapa, Y. & Lamadrid, M. , 2016)

- Orientación: en esta fase, el individuo siente una necesidad y busca atención profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y comprender su problema de salud para determinar su necesidad de cuidado.
- Identificación: aquí el paciente se identifica con las personas que le brindan cuidados. La enfermera favorece la exploración de las sensaciones y la expresión de los sentimientos relacionados con su percepción del problema para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad y a reforzar los mecanismos positivos de la personalidad que le proporcione la satisfacción que necesita.
- Explotación: durante esta fase el paciente trata de obtener el máximo de la relación y conseguir los mayores beneficios posibles.
- Resolución: esta se produce cuando el paciente abandona los viejos objetivos y se traza nuevas metas. En este proceso, el paciente se independiza de la identificación con la enfermera.

En su obra original la autora describe su modelo como una «teoría parcial para la práctica de la enfermería». En este sentido concibe los cuidados administrados a los pacientes como un tipo de cuidados evolutivos en los que las relaciones de confianza constituyen la base para conseguir resultados satisfactorios.

Así mismo considera que la enfermedad es una experiencia potencial de aprendizaje, siendo a través de una relación significativa sanitario/paciente desde donde ambos pueden aprender, desarrollarse y crecer aún más como personas. Afirma que, para dar cuidados con calidad, la enfermera necesita desarrollarse y madurar como persona, de esta manera el paciente podrá identificarse más con sus problemas de salud y poner los medios para solucionarlos o superarlos, «nadie da lo que no tiene».

Por otro lado, identifica la salud con «un símbolo que implica un movimiento de avance de la personalidad y de los otros procesos humanos en curso, dirigido todo ello a alcanzar vivencias creativas, constructivas y productivas tanto en el ámbito personal como de la comunidad». Por tanto, la salud es un concepto, una cualidad dinámica, que permite a la persona la experiencia potencial del bienestar físico y social y que confiere a esa persona la oportunidad de vivir bien y en armonía con los demás. (Herrera, A., Betolaza G., Murua, F., Martinez, H. & Jimenez-Lerma, J. , 2003)

Peplau describe seis papeles diferentes de la enfermería que surgen durante las distintas fases de la relación enfermera/o paciente: (Galvis Lopez, 2015)

- Papel de extraño, Peplau afirma que, es debido a que el enfermero/a y el paciente no se conocen, no se debe prejuzgar al paciente, sino aceptarle tal como es.
- Papel como persona a quien recurrir, el enfermero/a proporciona respuestas específicas a las preguntas, especialmente sobre información sanitaria, y explica al paciente su tratamiento o su plan médico de cuidados.
- Papel docente, es una combinación de todos los papeles y “procede siempre de lo que el paciente conoce y desarrolla en función de su interés y su deseo de ser capaz de emplear información”.

- Papel conductor, el enfermero/a ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y de participación activa.
- Papel de sustituto, el paciente asigna al enfermero/a un papel de sustituto. Las actitudes y conductas del enfermero/a crean sentimientos en el paciente que reactivan los generados en una relación anterior.
- Papel de asesoramiento, Peplau opina que el papel de asesoramiento es el que tiene más importancia en la enfermería psiquiátrica. El asesoramiento dentro de la relación se manifiesta en la forma en que los enfermeros/as responden a las demandas del paciente. Enfermería emplea principios y métodos para guiar el proceso hacia la resolución de los problemas interpersonales.

La enfermería tiene dos propósitos, apoyar la sobrevivencia del ser humano y recobrar la salud, además de ayudar al enfermo a comprender el significado de sus problemas de salud y aprender de estas experiencias. Así se construye un modelo donde la enfermera logra acercarse al significado psicológico de los acontecimientos, los sentimientos y los comportamientos, para incorporarlos a las intervenciones de enfermería y enseñarle al paciente la mejor manera de sobrellevar su enfermedad, según Peplau tanto el paciente como la enfermera aprenden del proceso de resolución del problema a partir de su relación. (Cespedes R. , 2019)

El modelo considera que el proceso de atención de enfermería está dirigido a alcanzar unas metas, que requiere de una serie de acciones para ayudar al paciente en el estado de buena salud y que la relación enfermera/paciente es el marco esencial en el que las creencias, valores, actitudes y el conocimiento tanto del paciente como de la enfermera pueden emplearse para explorar y comprender la dinámica de una existencia sana.

Sugiere que es posible ayudar a los pacientes a descubrir nuevas estrategias de afrontamiento a fin de promocionar la salud siempre que las enfermeras seamos capaces de relacionarnos de una manera efectiva y con buenos conocimientos sobre la salud. «Las enfermeras tenemos que trabajar con y para el paciente con el fin de conseguir que se produzcan cambios». (Herrera, A., Betolaza G., Murua, F., Martinez, H. & Jimenez-Lerma, J. , 2003)

2.3.6 Fundamentación teórica de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau

Hildegard Peplau, a través de su teoría, hace mención a los conceptos identificados en la situación de enfermería, se basa fundamentalmente en la formación en el campo de la psicología, influenciada por los autores que trabajan teorías de la conducta de Ivan Pavlov, la hipótesis del psicoanálisis sobre el papel de la familia durante los primeros años de vida según Sigmund Freud y las teorías de la motivación humana de Abraham Maslow. (Cespedes R. , 2019)

La teoría de las relaciones interpersonales parte de dos postulados fundamentales.

- El aprendizaje de cada paciente cuando recibe asistencia de enfermería es sustancialmente diferente según el tipo de persona que sea la enfermera.
- Estimular el desarrollo de la personalidad hacia la madurez es una función de enfermería y de la formación en este campo. Sus profesionales aplican principios y métodos que orientan el proceso hacia la resolución de problemas interpersonales.

De modo que la teoría de Peplau enfatiza en la relación enfermera-paciente para potenciar un desarrollo interpersonal terapéutico. Se basa en la enfermería psicodinámica, a partir del conocimiento de la propia conducta de la enfermera, que le permite ayudar a los demás a identificar sus problemas. En esencia, es la relación interpersonal entre el paciente y la enfermera, que transita por cuatro fases, se evidencia en los cambios de la relación y los roles que desempeña la enfermera, hasta satisfacer la necesidad del paciente y llegar a la resolución del problema. (Mastrapa, Y. & Lamadrid, M. , 2016)

La enfermería psicodinámica es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia” (Galvis Lopez, 2015)

2.3.7 Síndrome de abstinencia alcohólica

2.3.7.1 Definición

El Síndrome de Abstinencia del Alcohol se caracteriza por la presencia de hiperactividad vegetativa como temblor, sudoración, taquicardia, hipertensión arterial, náusea, vómito, ansiedad, irritabilidad, inquietud, insomnio y deseo imperioso de ingerir alcohol.

En pacientes con abstinencia severa es factible que se presenten crisis convulsivas generalizadas, así como alteraciones de la sensorio-percepción que pueden ir desde ilusiones a estados alucinatorios que ponen en riesgo la vida del paciente, como los estados confusionales conocido como Delirium Tremens, el cual cursa con agitación psicomotora y que si no es correctamente tratado puede conducir a la muerte, sobre todo cuando el paciente presenta otros trastornos orgánicos concomitantes como traumatismo craneo – encefálico, hemorragia cerebral, neumonía, graves alteraciones hidroelectrolíticas, etc. (Centro de Integración Juvenil, A.C, 2016)

2.3.7.2 Fisiopatología

El uso prolongado de alcohol lleva al desarrollo de tolerancia y dependencia física, que ocurren por cambios funcionales compensatorios a través de la disminución de la actividad del receptor gamma-amino butírico y de un aumento en la expresión del receptor N-metil D-aspartato con producción de más glutamato, lo que determina un incremento compensatorio de la neuro transmisión excitadora.

El cese abrupto del consumo de alcohol desenmascara estos cambios del sistema nervioso central mediada por glutamato que lleva a complicaciones neurológicas y psiquiátricas, como delirium y convulsiones. (Reina, R., Casabella, C., Olmos, D., Carini, F., Garay, C., Golberg, A., Marchena, M., Sarubbio, M., Meschini, M., Ferrari, K., Pedace, M., Bottaia & Fernández, S. , 2017)

2.3.7.3 Clínica

La aparición de los síntomas puede ocurrir aproximadamente ocho horas después de que se suspende el consumo de alcohol, suelen ser más marcados al

segundo y tercer día, y pueden durar hasta 5 – 7 días, si se prolongan más de una semana se conoce como síndrome de abstinencia prolongado.

2.3.7.4 Estadios de síndrome de abstinencia y características

- **Estadio I:** 6 -8 primeras horas
Temblor, nerviosismo, ansiedad, anorexia y/o náuseas, taquicardia e hipertensión.
- **Estadio II:** Primeras 48 h
Diaforesis, insomnio, hiperactividad, temblor marcado y alucinaciones principalmente auditivas. El paciente puede persistir lúcido y consciente de que dichas alucinaciones no son reales.
- **Estadio III:** 3^{er} al 5 día
Convulsiones tónico-clónicas generalizadas, característicamente no acompañadas de periodo postictal. Puede verse favorecidas por la presencia de hipomagnesemia o un antecedente previo de epilepsia.
- **Estadio IV:** Hasta el día, 8^o día
Alteración del estado mental o confusión global con agitación, hiperactividad y alucinaciones de predominio visual (delirium tremens). Puede ser la presentación inicial, especialmente en aquellos pacientes con factores de riesgos o episodios previos de Síndrome de Abstinencia Alcohólico o Delirium Tremens. Puede asociarse hipertermia, hipertensión maligna y convulsiones, además de alteraciones metabólicas, respiratorias o cardiovasculares. (Centro de Integración Juvenil, 2018)

2.3.7.5 Signos y síntomas

2.3.7.5.1 Síntomas autonómicos

- Taquicardia
- Taquipnea
- Dilatación pupilar
- Hipertensión arterial
- Hipertermia
- Diaforesis

- Náuseas y vómitos
- Diarrea

2.3.7.5.2 Síntomas motores

- Temblor de las manos
- Temblor corporal
- Convulsiones
- Ataxia
- Alteración de la marcha
- Hiperreflexia
- Disartria

2.3.7.5.3 Síntomas relacionados con la conciencia

- Insomnio
- Agitación
- Irritabilidad
- Delirium
- Desorientación

2.3.7.5.4 Síntomas psiquiátricos

- Ilusiones
- Alucinaciones
- Ideas paranoicas
- Ansiedad
- Cambios frecuentes del estado de ánimo
- Inestabilidad afectiva (Reina, R., Casabella, C., Olmos, D., Carini, F., Garay, C., Golberg, A., Marchena, M., Sarubbio, M., Meschini, M., Ferrari, K., Pedace, M., Bottaia & Fernández, S. , 2017)

2.3.7.6 Diagnostico

Los criterios diagnósticos del síndrome de consumo de alcohol y del Síndrome de Abstinencia Alcohólica, según el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuando un paciente con un síndrome de consumo de alcohol es admitido a una Unidad de Cuidados Intensivos, el cese abrupto de la

ingesta de alcohol lo coloca en un alto riesgo de sufrir Síndrome de Abstinencia Alcohólico, con consecuencias, tales como necesidad de ventilación mecánica, delirium y convulsiones.

2.3.2.8 Criterios diagnósticos para el síndrome de abstinencia alcohólica

- **Criterio A:** Cese o reducción del consumo de alcohol, que ha sido intenso y prolongado.
- **Criterio B:** Dos o más de los siguientes síntomas, que se desarrollan dentro de varias horas a unos pocos días luego del cese o la reducción del consumo de alcohol descritos A.
 1. Hiperactividad autonómica (sudoración o frecuencia cardíaca >100/min).
 2. Incremento del temblor de las manos.
 3. Insomnio.
 4. Náuseas y vómitos.
 5. Alucinaciones o ilusiones visuales, táctiles o auditivas.
 6. Agitación psicomotora.
 7. Ansiedad.
 8. Estado de mal convulsivo.
- **Criterio C:** Los síntomas de los criterios B causan angustia significativa o alteran las actividades sociales, laborales, u otras de otras áreas importantes.
- **Criterio D:** Los síntomas no obedecen a la condición médica general y no son explicados por otros trastornos mentales, incluidos la intoxicación o el síndrome de abstinencia de otras sustancias.

Según el CIE 10 respecto a la abstinencia de alcohol, el consumo crónico y excesivo puede inducir a cambios neuroadaptativos. Cuando dicho consumo se interrumpe o disminuye pueden aparecer signos de hiperexcitabilidad de neuronas que cursan con: hiperactividad autonómica (taquicardia, taquipnea, hipertensión, arterial), temblor distal de manos, insomnio, náuseas, y vómitos, ansiedad, sensación de necesidad imperiosa de beber para aliviar los síntomas.

Cuando se presenta un cuadro grave de abstinencia, pueden ocurrir crisis convulsivas generalizadas, ilusiones perceptivas o incluso alucinaciones

(visuales, táctiles, auditivas), ideas delirantes secundarias, insomnio y agitación psicomotriz. Es el llamado Delirium Tremens por abstinencia severa de alcohol. (Rebolledo, D., Granados, D & González, P., 2018)

2.3.2.9 Tratamiento

El principal objetivo del tratamiento es el de controlar o disminuir los síntomas de abstinencia, prevenir la aparición de complicaciones como el Delirium Tremens y las crisis convulsivas, entre otras; de ahí que el tratamiento será siempre sintomático y se basará principalmente en controlar factores ambientales, factores médicos como el desequilibrio hidroelectrolítico, enfermedades medicas intercurrentes y la posible comorbilidad psiquiátrica, con la finalidad de evitar el desarrollo y evolución hacia un Síndrome de Abstinencia Alcohólico grave. (Centro de Integración Juvenil, A.C, 2016)

	Síndrome de Abstinencia Alcohólica Leve CIWA-Ar 0-8	Síndrome de Abstinencia Alcohólica Moderado CIWA-Ar 10-15	Síndrome de Abstinencia Alcohólica Grave CIWA-Ar >16
Modalidad de tratamiento	Ambulatorio	Ambulatorio Hospitalización	Hospitalización
Medidas generales	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente tranquilo • No exposición a estímulos luminosos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente tranquilo • No exposición a estímulos luminosos • Evitar medidas de contención física • En caso necesario debe corregirse la deshidratación con reposición de volumen y electrolitos así como la hipomagnesemia si existe • Se administrara tiamina antes de los sueros glucosados (otras vitaminas del grupo B en caso necesario) 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Se instaurara la nutrición lo antes posible, escogiendo la vía más adecuada en función del nivel de consciencia del paciente
Farmacoterapia de primera elección	<ul style="list-style-type: none"> • Podría utilizarse • Podría utilizarse vía oral a dosis fijas • Opciones farmacológicas: • Diazepam • Lorazepam 	no	<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepinas • Contar con disponibilidad de antídoto: flumazenil valorando vía administración • Opciones farmacológicas • Diazepam • Lorazepam
Fármacos de segunda línea, potenciadores o para sintomatología asociada	Baclofeno		<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a infusión continua de benzodiazepinas de ser necesario • Haloperidol • Propofol • Dexmetomidina

Tabla N 2°: Tratamiento médico acorde a la gravedad del Síndrome de Abstinencia Alcohólica. Tratamiento de modalidad ambulatoria con o son farmacoterapia VO.

Fuente: (Centro de Integración Juvenil, 2018)

2.3.2.10 Protocolos de uso de benzodiazepinas en abstinencia alcohólica

Las benzodiazepinas de acción prolongada como el diazepam son preferibles a los de acción corta.

- **Diazepam:** aunque la benzodiazepina es uno de los tranquilizantes que se asocia con frecuencia a provocar problemas de dependencia e intoxicaciones severas cuando se mezcla con alcohol, es el fármaco de primera elección para el control del síndrome de abstinencia alcohólica y preferentemente se debe utilizar en pacientes hospitalizados con infraestructura necesaria para atender emergencias, especialmente si hay riesgo de crisis convulsivas.
- **Baclofeno:** es un fármaco que ha demostrado mejorar los síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica reduciendo el craving y la ansiedad en los individuos alcohólicos.

2.3.2.11 Protocolo 1. Dosis fija de benzodiazepinas Vía Oral en abstinencia de alcohol

Diazepam

- 10 – 20mg/6h 1 – 2, según respuesta
- Dosis adicionales de 10 -20mg cada 1 – 2 horas si es preciso
- Descenso de dosis de 25% diario

Lorazepam

- 2 mg/4h 1 – 2 días según respuesta
- Dosis adicionales de 1 – 2 mg cada 1 – 2 horas si es preciso
- Descenso de 25% diario

Alprazolam

- 1 – 2 mg/6 h 1° día
- Dosis adicionales de 2mg/6 horas si es preciso
- Descenso de dosis de 25% diario

2.3.2.11.1 Protocolo 2. Con dosis de carga Vía Oral

Diazepam

- 20mg/2h mientras en paciente esta sintomático
- Continuar hasta la resolución de la sintomatología. No administrar si el paciente esta sedado.

2.4 Definición de términos

Relación enfermera-paciente: Es brindar atención de enfermería eficaz que conduzca a la promoción y el mantenimiento de la salud; se identifican cuatro fases, que tienen como punto de partida la orientación y continúa con la identificación, explotación y resolución.

Enfermería: Se define como “un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Funciona en cooperación con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en las comunidades”. “La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que intenta favorecer el avance de la personalidad en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva”.

Taxonomía: Se define como la ciencia que trata los principios, métodos y fines de la clasificación. La taxonomía no es solo una clasificación de las respuestas humanas o diagnósticos, de los objetivos o resultados y de las intervenciones, sino que significan además una elección previa de principios, un método que ordenara los elementos que las contienen y una finalidad.

Escala de medición (Escala Likert): El formato de medición Likert consta de 5 puntos que proporcionan un número adecuado de opciones para demostrar la variabilidad del estado de salud de la paciente descrita por el resultado. Las escalas de puntuación están estandarizadas de una forma de puntuación 5 (valor deseable) y 1 (valor comprometido)

Sensopercepción: Es un proceso a través del cual capturamos estímulos de nuestro entorno para que puedan ser procesados e interpretados a nivel cerebral.

Receptor gamma – amino butírico: Ejerce una acción inhibitoria en el SNC, en el cual se encuentra ampliamente distribuido. Regula los sistemas estimuladores del cerebro; cualquier cambio en la activación de este tendrá su efecto en aquellos.

Receptor N metil D – aspartato: Se localizan en las células de la asta posterior de la médula espinal (ME), después de la sinapsis, son los encargados de mediar la reacción generada por la descarga polisináptica de fibras aferentes primarias nociceptivas.

Delirium tremens: Es un cuadro confusional agudo secundario a la privación alcohólica. Complicación grave del síndrome de abstinencia alcohólica. Este aparece en casos de dependencia al alcohol, entre 4-12 horas después de la última ingesta. La ingesta habitual de alcohol para desarrollarlo es muy variable.

Craving: Es un deseo (o necesidad psicológica) intenso e irrefrenable que conduce al individuo a abandonar la abstinencia.

2.5 Sistema de hipótesis

2.5.1 Hipótesis de investigación

H₁: El proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Hildegard Peplau influye positivamente en la evolución clínica del paciente con Síndrome de Abstinencia al Alcohol.

2.5.2 Hipótesis nula

H₀: El proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Hildegard Peplau no influye positivamente en la evolución clínica del paciente con Síndrome de Abstinencia al Alcohol.

2.6 Sistema de variables

2.6.1 Variable

Proceso de atención de enfermería en Síndrome de Abstinencia al Alcohol

2.7 Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala De Medición
Proceso de atención enfermería	El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado, que para su aplicación requiere de conocimientos, habilidades y actitudes, que permiten la prestación del cuidado de enfermería de forma lógica, racional y humanística al individuo, a la familia y colectivo, y se mide por el grado de eficiencia, proceso y satisfacción del	Patrones funcionales de Margory Gordon	Patrón 1: Percepción manejo de la salud	
Síndrome de Abstinencias Alcohol			1. Alergias	a) Refiere b) No refiere
			2. Antecedentes enfermedades personales	a) Sí b) No
			3. Intervenciones quirúrgicas	a) Sí b) No
			4. Antecedentes psiquiátricos personales	a) Si b) No
				a) Sí b) No

paciente. Hace parte de la calidad del cuidado de enfermería.

(Gonzalez, 2011)

En pacientes con abstinencia severa es factible que se presenten crisis convulsivas generalizadas, así como alteraciones de la sensopercepción que pueden ir desde ilusiones a estados alucinatorios que ponen en riesgo la vida del paciente, como los estados confusionales conocido como

5. Antecedentes psiquiátricos familiares
 - a) Si
 - b) No

 6. ¿Tiene conciencia de su enfermedad?
 - a) VIH
 - b) Hepatitis
 - c) Otras
 - d) Ninguna

 7. Prácticas de riesgo
 - a) Si
 - b) No

 8. Desintoxicaciones previas
 - a) Si
 - b) No

 9. Causas de inicio de consumo
 - a) Por curiosidad
 - b) Problemas familiares
 - c) Problemas sociales
 - d) Otros

 10. Factores negativos para su recuperación
 - a) Inseguridad
 - b) Problemas sociales
 - c) Problemas familiares
 - d) Otros
-

Delirium Tremens, el cual cursa con agitación psicomotora y que si no es correctamente tratado puede conducir a la muerte, sobre todo cuando el paciente presenta otros trastornos orgánicos concomitantes como traumatismo craneo – encefálico, hemorragia cerebral, neumonía, graves alteraciones hidroelectrolíticas, etc. (Centro de Integración Juvenil, A.C, 2016)

Patrón 2: Nutricional – metabólico

- | | |
|-----------|--|
| 11. Peso | a) Menos de 40 Kg
b) 40 – 60Kg
c) 61 – 80 Kg
d) 81 – 100 Kg
e) Más de 100 Kg |
| 12. Talla | a) Menos de 1.40 m
b) 1.40 – 1.60 m
c) 1.61 – 1.80 m
d) Más de 1.80 m |
| 13. IMC | a) Menor de 18.5 (Bajo peso)
b) 18.5 – 24.9 (Normal)
c) 25 – 29.9 (Sobrepeso)
d) 30 – 34.5 (Obesidad grado I)
e) 35 – 39.9 (Obesidad grado II) |

-
- f) Mayor a 40 (Obesidad grado III)
14. Temperatura
- a) 28 – 35 °C (Hipotermia)
 - b) 36.2 – 37.4 ° C (Normal)
 - c) 37.4 – 37.9 (Febrícula)
 - d) 38 – 41.5 (Fiebre)
 - e) Mayor a 41.5 (Hiperpirexia)
15. Aumento del apetito al consumo
- a) Sí
 - b) No
16. Disminución del apetito al consumo
- a) Sí
 - b) No
17. Ganancia de peso al consumo
- a) Sí
 - b) No
18. Pérdida de apetito al consumo
- a) Sí
 - b) No
-

-
19. Comidas diarias
- a) Menos de 3 veces
 - b) 3 veces
 - c) 5 veces
 - d) Más de 5 veces
20. ¿Con quién come?
- a) Solo/a
 - b) Familia
 - c) Amigos
 - d) Otros
21. Alteraciones bucales
- a) Caries
 - b) Gingivitis
 - c) Halitosis
 - d) Ulceras
 - e) Otros
 - f) Ninguna
22. Problemas para comer
- a) Dificultad para comer
 - b) Dificultad para tragar
 - c) Alimentación por sonda
 - d) Ninguna de las anteriores
-

-
23. Problemas digestivos
- a) Nauseas
 - b) Vómitos
 - c) Pirosis
 - d) Ninguna de las anteriores
24. Intolerancia alimenticia
- a) Sí
 - b) No
25. Suplementos alimentarios
- a) Sí
 - b) No
26. Color de la piel
- a) Rosada
 - b) Pálida
 - c) Oscura
 - d) Cianótica
 - e) Ictérica
27. Temperatura
- a) Caliente
 - b) Fría
 - c) Húmeda
-

-
28. Presencia de lesiones en la piel
- a) Sí
 - b) No

Patrón 3: Eliminación

29. Micciones al día
- a) 1 – 3 veces
 - b) 4 – 7 veces
 - c) 8- 10 veces
 - d) Más de 10 veces

30. Color de la orina
- a) Transparente
 - b) Amarillo claro
 - c) Ámbar o miel
 - d) Espumosa
 - e) Azul verdoso
 - f) Naranja
 - g) Rojiza
 - h) Café

31. Problemas de micción
- a) Disuria
 - b) Oliguria

c) Nicturia

d) Piuria

32. Sistemas de ayuda
urinaria a) Si
b) No

33. Incontinencia Urinaria a) Sí
b) No

34. Alteraciones
intestinales a) Sí
b) No

35. Dolor al defecar a) Sí
b) No

36. Sangre en heces a) Sí
b) No

37. Uso de laxantes a) Si

b) No

38. Incontinencia intestinal
- a) Si
 - b) No

39. Diaforesis
- a) Si
 - b) No

**Patrón 4: Actividad –
ejercicio**

40. Frecuencia Cardíaca
- a) Menor a 60 lpm
(Bradycardia)
 - b) 60 - 80 lpm (Normal)
 - c) Mayor a 100 lpm
(Taquicardia)

41. Presión Arterial
- a) Menos de 80/ menos de
60mmHg (Hipotensión)
 - b) 120-139/60-80mmHg
(Normal)

-
- c) 140-159/80-99 mmHg
(Hipertensión)
42. Frecuencia Respiratoria
- a) Menor a 12 rpm
(Bradipnea)
 - b) 12 a 19 rpm (Normal)
 - c) Mayor a 20 rpm
(Taquipnea)
43. Alteraciones de la respiración
- a) Disnea
 - b) Apnea
 - c) Molestias de esfuerzo
 - d) Tos nocturna
 - e) Expectoración
 - f) Ninguna de las anteriores
44. Dificultades en la movilidad
- a) Sí
 - b) No
45. Debilidad Generalizada
- a) Sí
-

-
- b) No
46. Cansancio
- a) Si
b) No
47. Fuerza y tono muscular
- a) Ausencia de contracción muscular visible
b) Contracción muscular visible con movimiento mínimo o sin el
c) Movimiento del miembro, pero no contra la gravedad
d) Movimiento contra la gravedad sin resistencia
e) Movimiento contra cierta resistencia
f) Fuerza completa
48. Higiene
- a) Correcta
b) Incorrecta
c) Falta de hábitos
-

-
- d) Incapacidad física
49. Vestirse
- a) Adecuado
 - b) Descuidado
 - c) Extravagante
50. Alimentación
- a) Independiente
 - b) Dependiente
51. Comportamiento motor
- a) Normal
 - b) Inhibido
 - c) Hiperactivo
 - d) Tics
 - e) Agitación
 - f) Estereotipias
 - g) Temblor de las manos
 - h) Temblor corporal
 - i) Convulsiones
 - j) Ataxia
 - k) Alteración de la marcha
 - l) Hiperreflexia
-

Patrón 6: Cognitivo –

perceptivo

63. Nivel de conciencia
- a) Lucido
 - b) Somnoliento
 - c) Obnubilado
 - d) Estuporoso
64. Alteraciones de la conciencia
- a) Insomnio
 - b) Irritabilidad
 - c) Delirium
 - d) Ninguna
65. Aptitud referente al entorno
- a) Coherente
 - b) Confuso
 - c) Apático
 - d) Hipervigilante
 - e) Fluctuante
66. Orientación en tiempo, espacio y persona
- a) Normal
 - b) Desorientado

-
67. Alteraciones cognitivas
- a) Problemas para expresarse
 - b) Problemas de memoria
 - c) Dificultad para tomar decisiones
 - d) Problemas de lenguaje
 - e) Problemas de concentración
 - f) Ninguno
68. Alteraciones perceptivas
- a) Visión
 - b) Audición
 - c) Olfato
 - d) Gusto
 - e) Sensibilidad táctil
 - f) Ninguna
69. Alteraciones del pensamiento
- a) Comportamiento adaptado
 - b) Ideas de muerte
 - c) Ideas obsesivas
 - d) Ideas de persecución
-

-
70. Presencia de dolor
- a) Sí
 - b) No

71. Control del dolor
- a) Si
 - b) No

**Patrón 7: Autopercepción
concepto**

72. Estado de ánimo
- a) Tranquilo
 - b) Ansioso
 - c) Triste
 - d) Eufórico
 - e) Nervioso
 - f) Preocupado
 - g) Irritable

73. Actitud ante su enfermedad
- a) Aceptación
 - b) Rechazo
 - c) Negación
 - d) Indiferencia
-

74. Identidad sexual a) Heterosexual
 b) Homosexual
 c) Bisexual

75. Carencia afectiva a) Si
 b) No

76. Cambios frecuentes del a) Si
 estado de ánimo b) No

Patrón 8: Rol – relaciones

77. Comunicación con las a) Lenguaje espontaneo
 personas b) Afasias fluentes
 c) Afasias no fluentes
 d) Lenguaje repetitivo

78. Organización a) Coherente
 pensamiento lenguaje b) Organizado
 c) Delirante

-
79. ¿Con quién vive?
- a) Solo
 - b) Amigos
 - c) Cónyuge
 - d) Padre y madre
 - e) Otros familiares
80. Estructura familiar
- a) Familiar nuclear
 - b) Familia extensa
 - c) Familia mono parenteral
 - d) Ninguna de las anteriores
81. Problemas familiares
- a) Si
 - b) No
82. Apoyo familiar
- a) Si
 - b) No
83. Tiene amigos
- a) Si
 - b) No
-

-
84. Pertenece a algún grupo social a) Si
b) No
85. Dificultad para establecer relaciones sociales a) Si
b) No
86. ¿Tiene trabajo? a) Si
b) No
87. ¿Percibe alguna pensión? a) Si
b) No
88. Problemas relacionados con la reproducción a) Si
b) No
89. Apetito sexual a) Si
b) No

-
90. Uso de método anticonceptivos a) Si
b) No

**PATRÓN 10: Adaptación
tolerancia al estrés**

91. ¿Cambios importantes en los dos últimos años (presencia de crisis)? a) Si
b) No

92. ¿Esta tenso la mayor parte del tiempo? a) Si
b) No

93. ¿Qué le ayuda a relajarse? a) Actividades independientes (leer, escuchar música ejercicio, etc)
b) Actividades familiares
c) Actividades sociales

94. ¿Tiene alguien de a) Si
confianza para b) No
compartir sus
problemas?

**Patrón 11: Valores –
creencias**

95. ¿Tiene planes a) Si
importantes a futuro? b) No

96. ¿Ha conseguido lo que a) Si
quiere en la vida? b) No

97. ¿Está contento con su a) Si
vida? b) No

98. ¿Pertenece a alguna
religión? a) Si
b) No

99. ¿Sus creencias le a) Si
causan problemas o b) No
dificultades?

100. ¿Sus creencias le a) Si
ayudan cuando tienen b) No
dificultad?

101. ¿Tiene a) Si
preocupaciones b) No
relacionadas con la vida
la muerte o
enfermedad?

Capítulo III

3. Marco metodológico

3.1. Nivel de investigación

La investigación es de tipo exploratorio

Es exploratorio pues se emplea cuando el objetivo de la investigación consiste en examinar un tema poco estudiado o novedoso (Hernandez R.; Fernandez C. & Baptista P., 2018), en la investigación se planteó desarrollar y aplicar un proceso de atención de enfermería a pacientes con Síndrome de Abstinencia al Alcohol con los lenguajes enfermeros y basados en el modelo de Hildegard Peplau.

3.2 Diseño

El diseño de la investigación es de tipo ex post facto descriptivo y por el tiempo de ocurrencia transversal.

El diseño ex post facto descriptivo según (Bastis, 2019) se aplica el método ex post facto descriptivo para describir las relaciones causa-efecto en la investigación mediante las principales estrategias como son la observación directa e indirecta; comparte con el diseño de investigación experimental, partiendo de su lógica básica; esta investigación permitió identificar mediante la aplicación la guía de valoración por patrones funcionales los problemas de salud que afectan a los pacientes (causa) y evaluar la aplicación de los planes de cuidados en la evolución clínica de los pacientes (efecto).

Según (Hernandez R.; Fernandez C. & Baptista P., 2018) por el tiempo de ocurrencia la investigación transversal se realiza recopilan datos en un momento único, la presente investigación se desarrolló en el periodo Enero – Marzo 2021.

3.2. Población y Muestra

25 pacientes a quienes se les la guía de valoración de los 11 patrones funcionales de Margory Gordon.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos de esta investigación se aplicó una guía de valoración basada en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, validada por profesionales de enfermería, dirigida a valorar el estado de salud en los pacientes con Síndrome de Abstinencia al Alcohol.

Posterior a la valoración se priorizo los problemas de los pacientes por cada patrón funcional y se relacionó con las etiquetas diagnosticas; para diseñar los 9 diagnósticos de enfermería y en función de ello establecer resultados con la taxonomía NOC e intervenciones con taxonomía NIC basadas en el modelo de Hildegard Peplau y evaluar los planes de cuidados en base a el método SOAP y la escala de medición Likert.

3.4. Técnicas e Instrumentos de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento y análisis de datos estuvo basado en la recolección de datos obtenidos mediante la aplicación de la Guía de Valoración aplicada a los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Abstinencia al Alcohol ingresados el área de Medicina Interna del Hospital León Becerra Camacho de Milagro.

La tabulación se realizó por medio de los programas Excel y Word, utilizando tablas para presentar los resultados y relacionando las bases teóricas de la investigación para el análisis e interpretación de los mismos.

Para la comprobación de la hipótesis se utilizaron los programas: SPSS Versión 25, Prueba de normalidad Shapiro Wilk y T de student muestra relacionada o pareada; los cuales ayudaron a comprobar que la hipótesis de la investigación es correcta.

3.5 Análisis de resultados

3.5.1 Análisis e interpretación de resultados de la aplicación de la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

Tabla 3: Edad de los pacientes

Edad	Número	Porcentaje
15-19 años	8	32%
20-49 años	14	56%
50-64 años	3	12%
Más de 65 años	0	0%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: De los 25 pacientes que participaron en el proyecto de investigación, los mismos que representan el 100%, 14 que representan el 56% tienen entre 20 y 49 años. Según el Diario (Telégrafo, 2021) los jóvenes de entre 19 y 24 años ingieren alcohol de manera mayoritaria. Le siguen los adultos de hasta 34 años. En el país, la edad promedio en la que se inician es de 12 años.

Tabla 4: Género

Género	Número	Porcentaje
Masculino	25	100%
Femenino	0	0%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: los 25 pacientes que participaron en el proyecto de investigación, los mismos que representan el 100%, eran de género masculino. El Diario (Telégrafo, 2021) en su publicación señala que según el

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 900.000 ecuatorianos consumen bebidas alcohólicas: el 89% son hombres y el 10% mujeres.

Tabla 5: Etnia

Etnia	Número	Porcentaje
Mestizo	19	76%
Montubio	6	24%
Indígena	0	0%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Margory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: De los 25 pacientes que participaron en el proyecto de investigación, los mismos que representan el 100%, 19 que representan el 76% se consideran mestizos y 6 que representan el 24% montubios.

Tabla 6: Estado Civil

Estado Civil	Número	Porcentaje
Soltero	20	80%
Unión Libre	2	8%
Casado	3	12%
Divorciado	0	0%
Viudo	0	0%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: De los 25 pacientes que participaron en el proyecto de investigación, los mismos que representan el 100%, 20 que representan el 80% eran solteros, 3 que representan el 12% unión libre y 2 que representan el 8% casados.

3.5.1.1 Patrón 1: Percepción Manejo de la Salud

Tabla 7: Historial de Desintoxicaciones

Desintoxicaciones	Número	Porcentaje
Sí	18	72%
No	7	28%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: De los 25 pacientes a los que se le aplicó la guía de valoración los mismos que representan el 100%, 18 que representan el 72% tienen historial de desintoxicaciones. Según (H Oviedo, P Arboleda, 2015) uno de los factores de riesgo para padecer Síndrome de Abstinencia al alcohol, es tener antecedentes de desintoxicaciones previas.

Tabla 8: Factores negativos para la recuperación

Factores	Número	Porcentaje
Inseguridad	13	52%
Problemas Familiares	3	12%
Problemas Sociales	3	12%
Otros	2	8%
Ninguno	4	16%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: De los 25 pacientes a los que se le aplicó la guía de valoración los mismos que representan el 100%, 13 que representan el 52% manifiestan que el factor negativo para su recuperación es la inseguridad.

3.5.1.2 Patrón 2: Nutricional metabólico

Tabla 9: Disminución del apetito al consumo

Disminución Del Apetito	Número	Porcentaje
Sí	14	56%
No	11	44%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: De los 25 pacientes a los que se le aplicó la guía de valoración los mismos que representan el 100%, 14 que representan el 56% manifiestan que disminuía su apetito cuando consumían alcohol. El (Centro de Integración Juvenil, A.C, 2016), manifiesta que la disminución del apetito es una de las características del estadio I del Síndrome de Abstinencia al alcohol, el mismo que se presenta dentro de las primeras 6-8 horas después del cese del consumo.

Tabla 10: Pérdida de peso al consumo

Pérdida de Peso	Número	Porcentaje
Sí	18	72%
No	7	28%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: De los 25 pacientes a los que se le aplicó la guía de valoración los mismos que representan el 100%, 18 que representan el 72% manifiestan que perdieron peso a causa del consumo de alcohol. Según (H Oviedo, P Arboleda, 2015), el consumo excesivo de alcohol puede ocasionar severidad en los síntomas; a nivel digestivo la disminución de apetito a largo plazo puede ocasionar pérdida de peso.

Tabla 11: Problemas Digestivos

Problemas Digestivos	Número	Porcentaje
Nauseas	15	60%
Vómitos	6	24%
Pirosis	0	0%
Ninguna	4	16%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: De los 25 pacientes a los que se le aplicó la guía de valoración los mismos que representan el 100%, 15 que representan el 60% manifiestan que tienen náuseas y 6 que representa el 24% vómitos. (R Reina, C Casabella, D Olmo, F Carini, C Garay, A Goldberg, M Marchena, M Rubbio, M Mechini, K Ferrari, M Pedace, S Bottai, S Fernández, 2017), indican que las náuseas y vómitos son síntomas autonómicos presentes en el síndrome de Abstinencia al alcohol.

3.5.1.3 Patrón 3: Eliminación

Tabla 12: Alteraciones Intestinales

Alteraciones Intestinales	Número	Porcentaje
Estreñimiento	5	20%
Diarrea	16	64%
Otras	0	0%
Ninguna	4	16%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: De los 25 pacientes a los que se le aplicó la guía de valoración los mismos que representan el 100%, 16 que representan el 64% presentaron diarrea. (R Reina, C Casabella, D Olmo, F Carini, C Garay, A

Goldberg, M Marchena, M Rubbio, M Mechini, K Ferrarii, M Pedace, S Bottaia, S Fernández, 2017), indican que la diarrea es un síntoma autonómico presente en el síndrome de Abstinencia al alcohol.

Tabla 13: Diaforesis

Diaforesis	Número	Porcentaje
Sí	20	80%
No	5	20%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: De los 25 pacientes a los que se le aplicó la guía de valoración los mismos que representan el 100%, 20 que representan el 80% tenían diaforesis. (F Santolaria, E Gonzalez, 2006), manifiestan que cuando el paciente con síndrome de abstinencia alcohol desarrolla un cuadro de delirium tremens, presenta sudoración excesiva.

3.5.1.4 Patrón 4: Actividad y ejercicio

Tabla 14: Frecuencia Cardíaca

Frecuencia Cardíaca	Número	Porcentaje
Menor a 60 lpm (Bradycardia)	2	8%
60 - 80 lpm (Normal)	8	32%
Mayor a 100 lpm (Taquicardia)	15	60%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: De los 25 pacientes a los que se le aplicó la guía de valoración los mismos que representan el 100%, 15 que representan el 60% presentaban taquicardia. (D Rebolledo, D Granados, P González, 2018), señalan que el consumo crónico y excesivo puede inducir a cambios neuro

adaptativos. Cuando dicho consumo se interrumpe o disminuye pueden aparecer signos de hiperexcitabilidad de neuronas que cursan con: hiperactividad autonómica (taquicardia, taquipnea, hipertensión, arterial), temblor distal de manos, insomnio, náuseas, y vómitos, ansiedad, sensación de necesidad imperiosa de beber para aliviar los síntomas.

Tabla 15: Frecuencia Respiratoria

Frecuencia Respiratoria	Número	Porcentaje
Menor a 12 rpm (Bradipnea)	1	4%
12 a 19 rpm (Normal)	9	36%
Mayor a 20 rpm (Taquipnea)	15	60%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: De los 25 pacientes a los que se le aplicó la guía de valoración los mismos que representan el 100%, 15 que representan el 60% presentaban respiraciones mayores a 20 por minuto denominadas taquipnea. (D Rebolledo, D Granados, P González, 2018), señalan que el consumo crónico y excesivo puede inducir a cambios neuro adaptativos. Cuando dicho consumo se interrumpe o disminuye pueden aparecer signos de hiperexcitabilidad de neuronas que cursan con: hiperactividad autonómica (taquicardia, taquipnea, hipertensión, arterial), temblor distal de manos, insomnio, náuseas, y vómitos, ansiedad, sensación de necesidad imperiosa de beber para aliviar los síntomas.

Tabla 16: Comportamiento motor

Comportamiento Motor	Número	Porcentaje
Normal	7	28%
Inhibido	0	0%
Hiperactivo	5	20%
Tics	0	0%
Agitación	12	48%

Estereotipias	0	4%
Temblor de las manos	1	0%
Temblor corporal	0	0%
Convulsiones	0	0%
Ataxia	0	0%
Alteración de la marcha	0	0%
Hiperreflexia	0	0%
Disartria	0	0%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: De los 25 pacientes a los que se le aplicó la guía de valoración los mismos que representan el 100%, 12 que representan el 48% presentaban agitación. (D Rebolledo, D Granados, P González, 2018), manifiesta que la agitación es uno de los síntomas que se desarrollan dentro de varias horas o unos pocos días luego del cese o la reducción del consumo de alcohol.

3.5.1.5 PATRÓN 5: Sueño – descanso

Tabla 17: Estado de ánimo

Estado de ánimo	Número	Porcentaje
Estrés	6	24%
Ansiedad	8	32%
Depresión	2	8%
Alucinaciones	3	12%
Ideas paranoicas	0	0%
Inestabilidad afectiva	1	4%
Ninguna	5	20%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: De los 25 pacientes a los que se le aplicó la guía de valoración los mismos que representan el 100%, 8 que representan el 32% padecen ansiedad. (D Rebolledo, D Granados, P González, 2018), manifiestan que en el estadio I del Síndrome de Abstinencia al alcohol, que se presenta dentro de las 6-8 primeras horas después del cese del consumo, se presenta síntomas como temblor, nerviosismo, ansiedad, náuseas, taquicardia e hipertensión.

3.5.1.6 PATRÓN 6: Cognitivo-Perceptivo

Tabla 18: Alteraciones de la conciencia

Alteraciones De La Conciencia	Número	Porcentaje
Insomnio	5	20%
Irritabilidad	0	0%
Delirium	0	0%
Ninguna	20	80%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: De los 25 pacientes a los que se le aplicó la guía de valoración los mismos que representan el 100%, 20 que representan el 80% no padecían alteraciones de la conciencia, y 5 que representa el 20% padecían de insomnio. (D Rebolledo, D Granados, P González, 2018), manifiesta que cuando se presenta un cuadro grave de abstinencia, pueden ocurrir crisis convulsivas generalizadas, ilusiones perceptivas o incluso alucinaciones (visuales, táctiles, auditivas), ideas delirantes secundarias, insomnio y agitación psicomotriz.

Tabla 19: Alteraciones del Pensamiento

Alteraciones del pensamiento	Número	Porcentaje
Comportamiento adaptado	8	32%
Ideas de muerte	4	16%
Ideas obsesivas	3	12%
Ideas de persecución	10	40%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: De los 25 pacientes a los que se le aplicó la guía de valoración los mismos que representan el 100%, 10 que representan el 40% tenían ideas de persecución. Según el (Centro de Integración Juvenil, 2018), en el estadio VI del Síndrome de Abstinencia al alcohol, que se presenta del tercer al quinto día después del cese del consumo, pueden presentarse síntomas como alteración del estado mental o confusión global con agitación, hiperactividad y alucinaciones de predominio visual (delirium tremens). Puede ser la presentación inicial, especialmente en aquellos pacientes con factores de riesgos o episodios previos de Síndrome de Abstinencia Alcohólico o Delirium Tremens.

3.5.1.7 PATRÓN 7: Autopercepción concepto

Tabla 20: Cambios frecuentes del estado de ánimo

Cambios frecuentes en el estado de ánimo	Número	Porcentaje
Sí	13	52%
No	12	48%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: De los 25 pacientes a los que se le aplicó la guía de valoración los mismos que representan el 100%, 13 que representan el 52% manifestaron que tenían cambios de ánimo frecuentemente, y 12 que representa el 48% no lo tenían. (R Reina, C Casabella, D Olmo, F Carini, C Garay, A Goldberg, M Marchena, M Rubbio, M Mechini, K Ferrarii, M Pedace, S Bottaia, S Fernández, 2017), indican que los cambios frecuentes en el estado de ánimo es uno de los síntomas psiquiátricos que se presentan en el síndrome de abstinencia al alcohol.

3.5.1.8 PATRON 8: Rol relaciones

Tabla 21: Dificultad para relacionarse

Dificultad para relacionarse	Número	Porcentaje
Sí	7	28%
No	18	72%
Total	25	100%

Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para pacientes con Síndrome de Abstinencia al alcohol. Área de Medicina Interna. Hospital León Becerra Camacho. Milagro. 2020-2021.

Elaborado por: Katherine Ibarra & Yolanda Benavides

Análisis e interpretación de resultados: De los 25 pacientes a los que se le aplicó la guía de valoración los mismos que representan el 100%, 18 que representan el 72% no presentan dificultad para relacionarse, y 7 que representa el 28% si la tienen. Según (D Rebolledo, D Granados, P González, 2018), los síntomas, que se desarrollan dentro de varias horas a unos pocos días luego del cese o la reducción del consumo de alcohol como hiperactividad autonómica (sudoración o frecuencia cardíaca >100/min), incremento del temblor de las manos, insomnio, náuseas y vómitos, alucinaciones o ilusiones visuales, táctiles o auditivas, agitación psicomotora, ansiedad, estado de mal convulsivo, causan angustia significativa o alteran las actividades sociales, laborales, u otras de otras áreas importantes.

3.6 Análisis e interpretación de resultados general de la investigación

Según (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2021) los jóvenes de entre 19 y 24 años ingieren alcohol de manera mayoritaria. Le siguen los adultos de hasta 34 años: de los cuales el 89% son hombres y el 11% son mujeres. Luego de haber aplicado la guía de valoración a un total de 25 pacientes que representan el 100% de la población objeto de estudio, se determinó que 14 que representa el 56% tienen entre 20 y 49 años; y 25 representan el 100% son hombres.

(H Oviedo, P Arboleda, 2015) Indican que uno de los factores de riesgo para padecer Síndrome de Abstinencia al alcohol, es tener antecedentes de desintoxicaciones previas, en esta investigación se determinó que 18 pacientes que representan el 72% de la población de estudio tienen historial de desintoxicaciones.

El (Centro de Integración Juvenil, A.C, 2016), manifiesta que la disminución del apetito, temblor, nerviosismo, ansiedad, náuseas, taquicardia e hipertensión son características del estadio I del Síndrome de Abstinencia al alcohol, que se presentan dentro de las primeras 6-8 horas después del cese del consumo. Luego de aplicar la guía de valoración para llevar a cabo la investigación se concluyó que 14 pacientes que representan el 56% manifestaron disminución de su apetito cuando consumían alcohol, 15 que representa el 60 % manifestaron presencia de náuseas, 15 que representan el 60% presentaron taquicardia y 8 que representan el 32% padecían de ansiedad.

(Reina, R., Casabella, C., Olmos, D., Carini, F., Garay, C., Golberg, A., Marchena, M., Sarubbio, M., Meschini, M., Ferrari, K., Pedace, M., Bottaia & Fernández, S. , 2017) en su investigación explican que los síntomas autonómicos del Síndrome de Abstinencia al Alcohol son: taquipnea, dilatación pupilar, hipertensión arterial, hipertermia, diaforesis y diarrea ; y los síntomas psiquiátricos son: ilusiones, alucinaciones, ideas paranoicas, ansiedad y cambios frecuentes del estado de ánimo. En la presente investigación se determinó que 16 pacientes que representan el 64% de la población de estudio presentaron diarrea, 20 que representa el 80% diaforesis, 15 que representa el 60% taquipnea, 10 que representa el 40% ideas de persecución y 13 que representa el 52% cambios de estado de ánimo frecuente.

Según (D Rebolledo, D Granados, P González, 2018) síntomas, que se desarrollan dentro de varias horas a unos pocos días luego del cese o la reducción del consumo de alcohol como hiperactividad autonómica (sudoración o frecuencia cardíaca >100/min), incremento del temblor de las manos, insomnio, náuseas y vómitos, alucinaciones o ilusiones visuales, táctiles o auditivas, agitación psicomotora, ansiedad, estado de mal convulsivo, causan angustia significativa o alteran las actividades sociales, laborales, u otras de otras áreas importantes. En la investigación se obtiene que 12 pacientes que representa el 48% presentaron agitación, 5 que representan el 20% padecían insomnio y 7 que representa el 28% presentaban dificultad para relacionarse.

3.7 Identificación de los problemas más frecuentes en los pacientes con Síndrome de Abstinencia al Alcohol

Una vez aplicada la guía de valoración a los pacientes del área de medicina interna del Hospital León Becerra Camacho de Milagro se determinó que los problemas más frecuentes que se presentan en estos pacientes son:

Patrón 1: Percepción Manejo de la Salud

- Antecedentes de desintoxicaciones previas
- Inicio de consumo por problemas sociales
- Factor negativo para su recuperación: la inseguridad
- Disminución del apetito

Patrón 2: Nutricional metabólico

- Perdida del peso por el consumo
- Presencia de caries dentales

Patrón 3: Eliminación

- Diuresis de 8 a 10 veces al día
- Presencia de náuseas y vómitos
- Presencia de diarrea
- Presencia de diaforesis

Patrón 4: Actividad y ejercicio

- Taquicardia
- Taquipnea
- Cansancio o fatiga
- Comportamiento motor: hiperactivo, agitado

Patrón 5: Sueño – descanso

- Horas de descanso: 5-7
- Estado de ánimo: ansiedad

Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo

- Alteraciones de la conciencia: insomnio

- Alteraciones cognitivas: problemas para expresarse
- Alteraciones del pensamiento: ideas de persecución

Patrón 7: Autopercepción concepto

- Carencia afectiva
- Cambios frecuentes del estado de ánimo

Patrón 8: Rol relaciones

- Familia mono parenteral
- Problemas familiares
- Dificultad para relacionarse

Patrón 9: Sexualidad y reproducción

- No uso de anticonceptivos

Patrón 10: Adaptación- Tolerancia al estrés

- Tenso, estresado

Patrón 11: Valores – creencias

- No ha conseguido lo que quiere en la vida
- No pertenecen a una religión

3.8 Priorización de problemas

Patrones funcionales de Margory Gordon	Problema	Etiqueta Diagnostica
<i>Patrón 2: Nutricional metabólico</i>	Perdida del peso por el consumo	Desequilibrio nutricional
<i>Patrón 3: Eliminación</i>	Presencia de nauseas	Síndrome agudo de Abstinencia a sustancias
<i>Patrón 3: Eliminación</i>	Presencia de diarrea	Diarrea

<i>Patrón 4:</i> <i>Actividad y</i> <i>ejercicio</i>	Taquipnea	Patrón respiratorio ineficaz
<i>Patrón 4:</i> <i>Actividad y</i> <i>ejercicio</i>	Taquicardia	Disminución del gasto cardiaco
<i>Patrón 5: Sueño –</i> <i>descanso</i>	Ansiedad	Ansiedad
<i>Patrón</i> <i>Cognitivo</i> <i>Perceptivo</i>	6: Alteraciones de la - conciencia: Insomnio	Insomnio
<i>Patrón</i> <i>Cognitivo</i> <i>Perceptivo</i>	6: Ideas de persecución -	Confusión aguda
<i>Patrón 7:</i> <i>Autopercepción</i> <i>concepto</i>	Cambios frecuentes del estado de animo	Deterioro de la regulación del estado de animo

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA): Ansiedad **r/c** necesidades no satisfechas **m/p** angustia

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona), sentimiento de aprensión causada por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

DOMINIO: 9 **CLASE: 2** **ETIQUETA** **CÓDIGO: 00146**

Afrontamiento/Tolerancia al estrés Respuestas de afrontamiento

DIAGNÓSTICA: Ansiedad

NOC	NIC	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
(Fundamentación teórica)			
<p>Conducta de abandono del consumo de alcohol (1629)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresa el deseo de dejar de tomar alcohol (162901) • P.I: 2 (Raramente Demostrado) • Identifica las consecuencias 	<p>Tratamiento para el consumo de sustancias nocivas retirada del alcohol (4512)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar las inquietudes del paciente acerca de la retirada del alcohol. • Proporcionar apoyo emocional al paciente/familia según se precise. 	<p>Los trastornos por consumo de sustancias como el alcohol son una enfermedad crónica y, por tanto, requieren un tratamiento a largo plazo.</p> <p>En función de que los trastornos por consumo de alcohol tienen una lógica multifactorial y afectan diversos aspectos de la</p>	<p>S: Paciente manifiesta deseos de dejar de consumir alcohol; es consciente de las consecuencias negativas que desencadena el consumo del mismo; demuestra control sobre los signos de depresión y ansiedad; y expresa sus preocupaciones.</p>

<p>negativas del consumo de alcohol (162904)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar los signos vitales durante el proceso de desintoxicación. 	<p>vida, el tratamiento de esta enfermedad es un reto.</p>	<p>O: Paciente presenta ligera</p>
<p>P.I: 2 (Raramente Demostrado)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilizar al paciente alegando que es común que la depresión y la fatiga se produzcan durante la retirada del alcohol. 	<p>Éste debe enfocarse en ayudar a los a dejar de consumir y a mantener un estilo de vida libre de las mismas, logrando un funcionamiento productivo dentro de la familia y la sociedad.</p>	<p>agitación y movimientos de piernas y brazos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Identifica estados emocionales que desencadenan el consumo de alcohol (162907) 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar tranquilidad verbal, según corresponda. 	<p>El tratamiento debe tener en consideración la edad, sexo, estrato socioeconómico, trasfondo cultural y buena disponibilidad al cambio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expresa el deseo de dejar de tomar alcohol (162901)
<p>P.I: 3 (A veces Demostrado)</p>	<p>Las actividades realizadas en esta intervención, están enfocadas en la teoría de Hildegard Peplau, basadas en la relación enfermero paciente, quienes, aunque desconocidos en el primer encuentro, la enfermera acepta al paciente como es, responde a todas sus inquietudes, le da educación, lo invita a participar activamente en el proceso salud-enfermedad para que él,</p>	<p>Los programas efectivos de tratamiento para el consumo nocivo de alcohol y la dependencia incorporan múltiples componentes, cada uno dirigido a un aspecto</p>	<p>P.F: 3 (A veces Demostrado)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Controla signos de depresión (162929) 	<p>Autocontrol de la ansiedad (1402)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Identifica las consecuencias negativas del consumo de alcohol (162904)
<p>P.I: 2 (Raramente Demostrado)</p>			<p>PF: 3 (A veces Demostrado)</p>
			<ul style="list-style-type: none"> • Identifica estados emocionales que desencadenan el consumo de alcohol (162907)

- Identifica factores a través de sus vivencias entienda y particular de la enfermedad y desencadenantes de acepte el porqué de su situación. sus consecuencias.
la ansiedad (140219) (Cespedes R. , 2019)
P.I: 2 (Raramente Demostrado)
- Comparte preocupaciones con otros (14022)
P.I: 2 (Raramente Demostrado)

Como parte del tratamiento, deben cubrirse aspectos como estrategias de moderación, comparación y beneficio de un consumo moderado, retroalimentación acerca de los riesgos y consecuencias de un consumo desmedido de alcohol. (Tena,A. Castro, G. Marín, R. Gómez, P. De la Fuente,A. Gómez, R., 2018)

PF: 4 (Frecuentemente Demostrado)

- Identifica estados emocionales que desencadenan el consumo de alcohol (162907)
PF: 4 (Frecuentemente Demostrado)
- Identifica factores desencadenantes de la ansiedad (140219)
PF: 3 (A veces Demostrado)
- Comparte preocupaciones con otros (14022)
PF: 3 (A veces Demostrado)

Administración de medicación (2300)

- Seguir las diez reglas de la administración correcta de medicación

Los fármacos ansiolíticos, destinados al tratamiento de la ansiedad, son sustancias depresoras del sistema nervioso central con propiedades

- Observar posibles alergias ansiolíticas a dosis bajas y con interacciones y relativamente bajas y con contraindicaciones de los efectos sedativos-hipnóticos a dosis altas. medicamentos.
 - Tratamiento para la ansiedad, mediante la administración de ansiolíticos (Benzodiazepinas), cuya dosis dependerá de la condición médica del paciente:
Diazepam: 5mg I.V. PRN
 - Ayudar al paciente a tomar la medicación.
 - Administrar la medicación con la técnica y vías adecuadas.
 - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
 - Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por
- A:** Se creó un ambiente que generó confianza en el paciente, lo que facilitó que exprese las inquietudes sobre la retirada del alcohol, permitiéndonos brindar tranquilidad, apoyo emocional y asesoramiento al explicarle que la ansiedad, depresión y fatiga son afectaciones comunes en la retirada del alcohol.
- Su utilización continuada puede producir dependencia y conlleva el riesgo de aparición de un fenómeno de rebote al suspender el tratamiento.
- Para la reducción de la ansiedad y la agresividad.
- Los benzodiazepinas se utilizan sobre todo en el tratamiento de los estados de ansiedad aguda, aunque su empleo está disminuyendo a favor de los antidepresivos que, en los casos más graves, se combinan con tratamientos conductistas.
- Se administró medicación para el tratamiento de la ansiedad según prescripción médica siguiendo las 10 reglas para su correcta administración.

- los medicamentos administrados. Se trata de la acción fundamental, puesta de manifiesto experimental y clínicamente. **P:** Recomendar al paciente grupos de apoyo o centros de rehabilitación y tratamiento psicológico.
- Documentar la administración y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con el protocolo del centro.

Desde el punto de vista clínico, reducen la tensión emocional, aunque excepcionalmente pueden producir efectos paradójicos de irritabilidad y hostilidad; mejoran el rendimiento del paciente; inducen la puesta en marcha de su propia capacidad y le proporcionan un dominio de la situación al permitirle salir de la actitud pasiva propia de la ansiedad. (Benedía, J. Gómez, M. , 2007)

Disminución de la ansiedad (5820)

- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.

- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten la ansiedad.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

La ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes.

Se convierte en patológica y provoca malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

(Fernández, O., Jimenez, B., Almirall, R., A., Molina, D., Cruz, J., 2012)

Intervención basada en la teoría de Hildegard Peplau. Peplau describe la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo, terapéutico. Analiza cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración,

En el paciente hospitalizado se desencadenan diversas emociones, entre las cuales se encuentran la ansiedad y el estrés; aspectos que repercuten en la óptima evolución y

conflicto y ansiedad. (Elers Mastrapa, Y., Gibert Lamadrid, M, 2016) recuperación del paciente en la estancia hospitalaria.

La ansiedad a criterio de Martínez (2010), es entendida como el estado en que una persona experimenta un sentimiento de incomodidad leve o intensa cuyo origen es desconocido o inespecífico; una relación compleja del individuo frente a situaciones y estímulos potencialmente peligrosos o percibidos como cargados de peligro, aunque sólo sea por las circunstancias de aparecer inciertos.

Asesoramiento (5240)

Son muchas las estrategias que los profesionales de enfermería pueden utilizar para tratar esta situación, sin embargo, la educación para la salud, es la

- Establecer una relación más utilizada. (Rojas, M. terapéutica basada en la Azevedo, D., 2013) confianza y el respeto.
- Establecer metas.
- Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y del equipo de cuidadores acerca de la situación.
- Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos.

Los pacientes de salud mental tienden a tener tasas más altas de problemas cardíacos (enfermedades cardiovasculares), enfermedades infecciosas, diabetes, enfermedades respiratorias y cáncer.

Aconsejar a las personas sobre las formas de mejorar su salud no está exento de problemas, ya que a menudo existe la percepción de que el

Intervención basada en la teoría de Hildegard Peplau, quien manifiesta que la enfermera observa al paciente y ve cómo va respondiendo a la actuación, estableciendo metas u objetivos y los lleva a cabo (pasando de ser una extraña a conocer al paciente), elaborando un plan de cuidados (proceso): primero observa, enseguida

diagnostica, plantea objetivos, ejecuta acciones y finalmente evalúa. asesoramiento ofrecido es ineficaz y será ignorado.

Pero se ha demostrado que el asesoramiento por parte de profesionales de la salud puede tener un impacto positivo en el comportamiento. Con frecuencia, el asesoramiento puede motivar a las personas a buscar más apoyo y tratamiento.

El asesoramiento en materia de salud podría mejorar la calidad y la duración de la vida de las personas con enfermedades mentales graves.

En la actualidad, se presta mucha atención a los consejos generales de salud para que los pacientes tengan una presión cada vez mayor para que los

servicios de salud asuman la
responsabilidad de proporcionar
un mejor asesoramiento e
información. (Tosh, G., Clifton,
A., Xia, J., White, M., 2014)

Elaborado por: Benavides Yolanda & Ibarra Katherine

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA): Síndrome agudo de abstinencia a sustancias r/c dependencia desarrollada al alcohol m/p náuseas.

Definición: Secuelas graves y multifactoriales luego del cese brusco de un compuesto adictivo.

DOMINIO: 9 **CLASE: 3** **ETIQUETA DIAGNÓSTICA:** **CÓDIGO: 00258**

Afrontamiento/Tolerancia al estrés Estrés Neuro comportamental Síndrome agudo de abstinencia a sustancias

NOC	NIC	EJECUCIÓN (Fundamentación teórica)	EVALUACIÓN
<p>Conducta de abandono del consumo de alcohol (1629)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresa la creencia en la capacidad de dejar de tomar alcohol (162901) P.I: 2 (Raramente Demostrado) • Identifica los beneficios de eliminar el consumo de alcohol (162903) P.I: 2 (Raramente Demostrado) 	<p>Apoyo emocional (5270)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar el uso de mecanismo de defensas adecuados. • Comentar las consecuencias de no abordar sentimientos de vergüenza y culpa. • Favorecer la conversación o el llanto 	<p>El apoyo emocional puede ser entendido como la capacidad de percibir lo imperceptible, lo que exige del enfermero alto nivel de sensibilidad para interpretar las manifestaciones verbales y no verbales del paciente.</p> <p>La comprensión adecuada de esas manifestaciones posibilita identificar cómo el paciente</p>	<p>S: Paciente manifiesta estar seguro de su capacidad para abandonar el alcohol, identifica los beneficios de eliminar el consumo y se asesora sobre el tema; demostrando interés por su bienestar personal.</p>

<ul style="list-style-type: none"> Participa en el asesoramiento (162923) P.I: 3 (A veces Demostrado) 	<p>como medio de disminuir la respuesta emocional.</p> <ul style="list-style-type: none"> Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. Remitir a servicio de asesoramiento si precisa. 	<p>percibe la enfermedad, el proceso de hospitalización y el tratamiento, además de propiciarle seguridad.</p>	<p>O: Paciente orientado, con leve cuadro de abstinencia alcohólica.</p>
<p>Bienestar personal (2002)</p>			
<ul style="list-style-type: none"> Salud psicológica (200202) P.I: 2 (Algo satisfecho) 	<ul style="list-style-type: none"> Remitir a servicio de asesoramiento si precisa. 	<p>Para desarrollar un apoyo emocional de calidad, es necesario que los profesionales de salud sean buenos oyentes, atentos y dispuestos a tocar y confortar a los pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Expresa la creencia en la capacidad de dejar de tomar alcohol (162901) P. F: 3 (A veces Demostrado)
<ul style="list-style-type: none"> Estado cognitivo P.I: 2 (Algo satisfecho) 	<p>Intervención basada en la teoría de Hildegard Peplau. La enfermería tiene dos propósitos, apoyar la sobrevivencia del ser humano y recobrar la salud, además de ayudar al enfermo a comprender el significado de sus problemas de salud y aprender de estas experiencias. Así se construye un modelo donde la enfermera logra acercarse al significado psicológico de los acontecimientos, los sentimientos y los</p>	<p>Sin embargo, la ausencia de una definición clara de lo que es apoyo emocional se refleja en la práctica asistencial, haciendo al cuidado esencialmente instrumental en pérdida de los aspectos psicosociales y emocionales que permiten la relación enfermero-paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Identifica los beneficios de eliminar el consumo de alcohol (162903) P. F: 3 (A veces Demostrado)

comportamientos, para incorporarlos a las intervenciones de enfermería y enseñarle al paciente la mejor manera de sobrellevar su enfermedad, según Peplau tanto el paciente como la enfermera aprenden del proceso de resolución del problema a partir de su relación. (Cespedes R. , 2019)

El apoyo emocional debe ser comprendido como una forma de cuidado, cuyo objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar al paciente.

Por tanto, la atención dispensada debe ser integral, considerando la totalidad y la complejidad del ser humano, abarcando tanto la dimensión física cuanto la psicológica y asociando el cuidado instrumental (medicación, curativos, higiene entre otros) al cuidado expresivo, que engloba el aspecto psicosocial, el relacionamiento y el apoyo emocional. (Braga, M., Christello, V., Ribeiro, J., Piexak, D., Backes, D., Borges, A.,, 2012)

- Participa en el asesoramiento (162923)

P. F: 4
(Frecuentemente Demostrado)

- Salud psicológica (200202)

P. F: 3
(Moderadamente satisfecho)

- Estado cognitivo

P. F: 3
(Moderadamente satisfecho)

A: Se brindó apoyo emocional al paciente, comentando las consecuencias de no

Asesoramiento (5240)

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto
- Demostrar empatía, sinceridad y calidez.
- Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad.
- Ayudar al paciente a que enumere y priorice todas las alternativas de posibles problemas.
- Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo mucho estrés, cuando sea posible.

Los pacientes de salud mental tienden a tener tasas más altas de problemas cardíacos (enfermedades cardiovasculares), enfermedades infecciosas, diabetes, enfermedades respiratorias y cáncer.

Aconsejar a las personas sobre las formas de mejorar su salud no está exento de problemas, ya que a menudo existe la percepción de que el asesoramiento ofrecido es ineficaz y será ignorado.

Pero se ha demostrado que el asesoramiento por parte de profesionales de la salud puede tener un impacto positivo en el comportamiento. Con frecuencia,

abordar sentimientos de vergüenza y culpa, favoreciendo la conversación y el llanto para disminuir la respuesta emocional, lo que ayudó a facilitar la toma de decisiones.

Se estableció una relación terapéutica basada en la confianza, respeto, empatía, sinceridad y calidez, asegurando la confidencialidad;

permitiendo que el paciente enumere y priorice todas las alternativas de posibles problemas, aclarando que no debe tomar

Intervención basada en la teoría de Hildegard Peplau, quien manifiesta que la enfermera observa al paciente y ve cómo va respondiendo a la actuación, estableciendo metas u objetivos y los lleva a cabo (pasando de ser una extraña a conocer al paciente), elaborando un plan de cuidados (proceso): primero observa, enseguida diagnóstica, plantea objetivos, ejecuta acciones y finalmente evalúa.

el asesoramiento puede motivar a las personas a buscar más apoyo y tratamiento.

El asesoramiento en materia de salud podría mejorar la calidad y la duración de la vida de las personas con enfermedades mentales graves.

En la actualidad, se presta mucha atención a los consejos generales de salud para que los pacientes tengan una presión cada vez mayor para que los servicios de salud asuman la responsabilidad de proporcionar un mejor asesoramiento e información. (Tosh, G., Clifton, A., Xia, J., White, M., 2014)

decisiones cuando se encuentre bajo mucho estrés.

Se aplicó el tratamiento para el consumo de sustancias nocivas retirada del alcohol, creando un ambiente de baja estimulación y tranquilidad para la desintoxicación, monitorizando la aparición del delirium tremens y signos vitales; y controlando una ingesta nutritiva y de líquidos adecuada.

Tratamiento para el consumo de sustancias nocivas retirada del alcohol (4512)

- Crear un ambiente de baja estimulación para la desintoxicación.
- Monitorizar la aparición del delirium tremens.
- Monitorizar los signos vitales durante el proceso de desintoxicación.
- Mantener una ingesta nutritiva y de líquidos adecuada.
- Proporcionar tranquilidad verbal, según corresponda.

Las actividades realizadas en esta intervención, están

P: Tratamiento de desintoxicación.

Continuar monitorización de delirium tremens.

Recomendar centros de rehabilitación o grupos de apoyo.

Los trastornos por consumo de sustancias como el alcohol son una enfermedad crónica y, por tanto, requieren un tratamiento a largo plazo.

En función de que los trastornos por consumo de alcohol tienen una lógica multifactorial y afectan diversos aspectos de la vida, el tratamiento de esta enfermedad es un reto.

Éste debe enfocarse en ayudar a los a dejar de consumir y a mantener un estilo de vida libre de las mismas, logrando un

enfocadas en la teoría de funcionamiento productivo
Hildegard Peplau, basadas en la dentro de la familia y la sociedad.
relación enfermero paciente, El tratamiento debe tener en
quienes, aunque desconocidos consideración la edad, sexo,
en el primer encuentro, la estrato socioeconómico,
enfermera acepta al paciente trasfondo cultural y buena
como es, responde a todas sus disponibilidad al cambio.
inquietudes, le da educación, lo
invita a participar activamente Los programas efectivos de
en el proceso salud-enfermedad tratamiento para el consumo
para que él, a través de sus nocivo de alcohol y la
vivencias entienda y acepte el dependencia incorporan
porqué de su situación. múltiples componentes, cada uno
(Cespedes R. , 2019) dirigido a un aspecto particular de
la enfermedad y sus
consecuencias.

Como parte del tratamiento,
deben cubrirse aspectos como
estrategias de moderación,
comparación y beneficio de un
consumo moderado,

retroalimentación acerca de los riesgos y consecuencias de un consumo desmedido de alcohol. (Tena,A. Castro, G. Marín, R. Gómez, P. De la Fuente,A. Gómez, R., 2018)

Elaborado por: Benavides Yolanda & Ibarra Katherine

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA): Insomnio **r/c** ansiedad **m/p** dificultad para iniciar el sueño

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

DOMINIO: 4 **CLASE: 1** **ETIQUETA DIAGNÓSTICA:** Insomnio **CÓDIGO:** 00095

Actividad/Reposo Sueño/Reposo

NOC	NIC	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Sueño (0004)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horas de sueño (000401) P.I: 2 (Sustancialmente comprometido) • Calidad del sueño (000404) P.I: 2 (Sustancialmente comprometido) • Dificultad para conciliar el sueño (000421) P.I: 2 (Sustancialmente comprometido) 	<p>Mejorar el sueño (1850)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar/registrar el patrón y números de horas de sueño del paciente. • Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño. 	<p>(Fundamentación teórica)</p> <p>El sueño no sólo es un fenómeno normal, sino que es considerado como un proceso fisiológico de vital importancia para la salud integral de los seres humanos.</p> <p>Durante el sueño del paciente se producen los siguientes hechos:</p> <p>La ausencia de sueño (privación), induce distintas alteraciones conductuales y fisiológicas; y además</p>	<p>S: Paciente expresa el interés de seguir con el régimen terapéutico; refiere mejora en la calidad del sueño, manifiesta dormir adecuadamente, lo que genera un estado de ánimo sereno.</p> <p>O: Horas de sueño: aproximadamente 6.</p>

Equilibrio emocional (1204)

- Muestra un estado de ánimo sereno (120402)
P.I: 2 (Raramente demostrado)
- Refiere dormir de forma adecuada (120404)
P.I: 2 (Raramente demostrado)
Expresa el seguimiento del régimen terapéutico (120425)
P.I: 2 (Raramente demostrado)

- Ajustar el ambiente (luz, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
Ajustar el ambiente (luz, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. genera una “deuda” acumulativa de sueño que no se recupera.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
Entre las principales funciones del sueño, podemos mencionar:
 - 1) Restablecimiento o conservación de la energía.
 - 2) Eliminación de radicales libres acumulados durante el día.
 - 3) Regulación y restauración de la actividad eléctrica cortical.
 - 4) Regulación térmica.
 - 5) Regulación metabólica y endocrina.
 - 6) Homeostasis sináptica.

- Horas de sueño (000401)
P.F: 3
(Moderadamente comprometido)
- Calidad del sueño (000404)
P.F: 3
(Moderadamente comprometido)
- Dificultad para conciliar el sueño (000421)
P.F: 3
(Moderadamente comprometido)
- Muestra un estado de ánimo sereno (120402)
P.F: 3 (A veces demostrado)

- 7) Activación inmunológica. • Refiere dormir de forma adecuada (120404)
P.F: 3 (A veces demostrado)
- 8) Consolidación de la memoria, entre otras. (Lira, D., Custodio, N.,, 2018) • Expresa el seguimiento del régimen terapéutico (120425)
P.F: 3 (A veces demostrado)

Manejo ambiental: confort (6482)

- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodo de reposo.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Proporcionar un ambiente limpio y seguro.
- Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, o si es el caso.

La habitación y el ambiente que rodea al paciente desempeñan un papel fundamental para conseguir dormir mejor, ya que determinan la duración y la estructura del sueño. Se necesita un entorno ambiental adecuado que

A: Se monitorizó el patrón de sueño del paciente, observando las circunstancias físicas y psicológicas que interrumpían el descanso, lo que permitió ayudar al paciente a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, excesos de calefacción o frío. favorezca la conciliación y el mantenimiento del sueño. Se creó un ambiente tranquilo, limpio y seguro, evitando interrupciones en el periodo de reposo del paciente.

Estimulación lumínica

La innecesaria exposición a la luz, antes y durante el sueño nocturno, puede causar problemas de salud, entre los que se encuentran las alteraciones del sueño.

P: Disponer siestas durante el día para cumplir con las necesidades de sueño.

Ruido

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha documentado la contaminación acústica como una de las causas de deterioro de la salud como consecuencia, entre otras cosas, de la alteración del sueño.

Técnicas de relajación para conciliar el sueño.

Temperatura ambiental

Es también importante a la hora de conseguir tener un sueño de buena calidad. El sueño se produce cuando la temperatura corporal desciende a consecuencia de la redistribución del calor desde el interior del cuerpo a la periferia. (Merino, M., Ruiz, A., Madrid, J., Martínez, M., Puertas, F., Asencio, A., Santo, O., Jurado, M., Segarra, F., Canet, T., Gimenez, P., Terán, J., Alonso, M., García, D., Barriuso, B., 2016)

Vigilancia (6650)

- Determinar los riesgos de salud del paciente según correspondan.
- Preguntar al paciente sobre la percepción sobre su estado de salud.

- Vigilar los patrones conductuales.
- Controlar el estado emocional.

Observar estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente y la familia.

La presencia, la permanencia, la continuidad y la contingencia, son condiciones específicas y distintivas del cuidado de enfermería y constituyen insumos centrales de la atención de salud, a través de la cual es posible proveer protección, confort y apoyo libres de amenazas a la integridad de los sujetos bajo atención. (OPS, 2011)

Elaborado por: Benavides Yolanda & Ibarra Katherine

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA): Patrón respiratorio ineficaz **r/c** con ansiedad **m/p** taquipnea

Definición: La inspiración o expiración no proporciona una ventilación adecuada.

DOMINIO: 4	CLASE: 4	ETIQUETA DIAGNÓSTICA:	CÓDIGO:
Actividad/Reposo	Respuestas cardiovascular/pulmonares	Patrón respiratorio ineficaz	00032

NOC	NIC	EJECUCIÓN (Fundamentación teórica)	EVALUACIÓN
<p>Estado respiratorio (0415)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria (041501) P.I: 3 (Desviación moderada del rango normal) • Inquietud (041516) P.I: 3 (Desviación moderada del rango normal) • Jadeo (041524) P.I: 3 (Desviación moderada del rango normal) 	<p>Ayuda a la ventilación (3390)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar una respiración lenta y profunda. • Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios. • Observar si hay fatiga muscular respiratoria. • Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación. • Enseñar técnicas respiración, según corresponda. 	<p>El estado respiratorio, es definido como “movimiento del aire dentro y fuera de los pulmones e intercambio de dióxido de carbono y oxígeno en el nivel alveolar”.</p> <p>Los indicadores clínicos para ese resultado son: frecuencia respiratoria, ritmo de la respiración, profundidad de inspiración, auscultación de sonidos de respiración, volumen</p>	<p>S: Paciente refiere mejora en su estado respiratorio, disminuyendo la inquietud, el jadeo y la fatiga.</p> <p>O: Frecuencia respiratoria: 22 rpm. SPO2: 9</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria (041501)

Nivel de ansiedad (1211)	Monitorización respiratoria (3350)	<p>corriente, logro del espirómetro de incentivo esperado, capacidad vital, saturación de oxígeno, pruebas de función pulmonar, utilización de músculos accesorios, retracción torácica, respiración con labios fruncidos, cianosis, disnea en reposo, disnea con esfuerzo leve, inquietud, somnolencia, diaforesis, deterioro de la cognición, acumulación de esputo, atelectasia, sonidos adventicios de la respiración, expiración disminuida, jadeo, gruñidos, dedos hipocráticos, erupción</p>	<p>P.F: 4 (Desviación leve del rango normal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquietud (041516) P.F: 4 (Desviación leve del rango normal) • Jadeo (041524) P.F: 4 (Desviación leve del rango normal) • Aumento de la frecuencia respiratoria (121121) P.F: 4 (Leve) • Fatiga (121125) P.F: 4 (Leve)
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la frecuencia respiratoria (121121) P.I: 3 (Moderado) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Observar si hay fatiga muscular diafragmática. • Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. • Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o taquipnea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jadeo (041524) P.F: 4 (Desviación leve del rango normal) • Aumento de la frecuencia respiratoria (121121) P.F: 4 (Leve) • Fatiga (121125) P.F: 4 (Leve) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga (121125) P.I: 3 (Moderado) 			

Apoyo emocional (5270)

- Animar al apaciente a que exprese los sentimientos de ansiedad ira o tristeza.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los demás periodos de ansiedad.
- No exigir demasiado el funcionamiento cognitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado.

nasal, inquietud, fiebre y tos.

Vigilar el estado respiratorio del paciente implica disponer de más tiempo para el cuidado con el paciente, la mejora en la satisfacción del paciente y una mejor calidad de atención mediante el establecimiento de parámetros para la evaluación clínica. (De Araujo, A., Pascoal, L., Lima, P., Lopes, S., Carvalho, V., 2017)

El apoyo emocional puede ser entendido como la capacidad de percibir lo imperceptible, lo que exige del enfermero alto nivel de

A: Se ayudó al paciente a mejorar la ventilación respiratoria fomentando una respiración lenta y profunda mediante la enseñanza de técnicas de respiración y colocándolo de manera que minimice los esfuerzos respiratorios.

Se realizó una monitorización respiratoria al paciente para observar la presencia de fatiga muscular, aumento o disminución de los cuadros de inquietud, ansiedad y taquipnea, mediante la vigilancia de la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzos de las respiraciones.

<p>Las actividades realizadas en esta intervención, están enfocadas en la teoría de Hildegard Peplau, basadas en la relación enfermero paciente, quienes, aunque desconocidos en el primer encuentro, la enfermera acepta al paciente como es, responde a todas sus inquietudes, le da educación, lo invita a participar activamente en el proceso salud-enfermedad para que él, a través de sus vivencias entienda y acepte el porqué de su situación. (Cespedes R. , 2019)</p>	<p>sensibilidad para interpretar las manifestaciones verbales y no verbales del paciente.</p> <p>La comprensión adecuada de esas manifestaciones posibilita identificar cómo el paciente percibe la enfermedad, el proceso de hospitalización y el tratamiento, además de propiciarle seguridad.</p> <p>Para desarrollar un apoyo emocional de calidad, es necesario que los profesionales de salud sean buenos oyentes, atentos y dispuestos a tocar y confortar a los pacientes.</p>	<p>Se realizo el acompañamiento al paciente brindándole seguridad lo que lo animó a expresar los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza sin exigir demasiado esfuerzo mental.</p> <p>P: Monitorizar el autocontrol de la ansiedad.</p> <p>Mantener monitorización de signos vitales.</p>
--	--	---

Sin embargo, la ausencia de una definición clara de lo que es apoyo emocional se refleja en la práctica asistencial, haciendo al cuidado esencialmente instrumental en pérdida de los aspectos psicosociales y emocionales que permiten la relación enfermero-paciente.

El apoyo emocional debe ser comprendido como una forma de cuidado, cuyo objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar al paciente.

Por tanto, la atención dispensada debe ser integral, considerando la totalidad y la complejidad

del ser humano, abarcando tanto la dimensión física cuanto la psicológica y asociando el cuidado instrumental (medicación, curativos, higiene entre otros) al cuidado expresivo, que engloba el aspecto psicosocial, el relacionamiento y el apoyo emocional. (Braga, M., Christello, V., Ribeiro, J., Piexak, D., Backes, D., Borges, A., 2012)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA): Disminución del gasto cardiaco **r/c** con ansiedad **m/p** taquicardia

Definición: La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.

DOMINIO: 4	CLASE: 4	ETIQUETA DIAGNÓSTICA:	CÓDIGO:
Actividad/Reposo	Respuestas cardiovasculares/pulmonares	Disminución del gasto cardiaco	00029

NOC	NIC	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
		(Fundamentación teórica)	
<p>Estado cardiopulmonar (0414)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ritmo cardiaco (041405) P.I: 3 (Desviación moderada del rango normal) <p>Nivel de ansiedad (1211)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la velocidad del pulso (121120) 	<p>Cuidados cardiacos (4040)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar al paciente desde los puntos de vista físicos y psicológicos según las normas del centro. • Monitorizar los signos vitales con frecuencia. • Evaluar a los pacientes para detectar la presencia de 	<p>Generalmente, la patología cardiovascular tiene un carácter crónico, que supone para el paciente una limitación en sus capacidades físicas y sociales durante el resto de su vida.</p> <p>Tanto si se trata de prevenir la enfermedad cardiovascular,</p>	<p>S: Paciente manifiesta disminución de la ansiedad lo que genera una notoria disminución en la velocidad del pulso.</p> <p>O: Frecuencia cardiaca: 110lpm</p>

P.I: 3 (Moderado)	ansiedad y depresión como si ésta ya se ha instaurado, es necesario recomendar un tratamiento adecuado según este indicado.	Presión Arterial: 110/70mmHg
• Ansiedad verbalizada (121117)	• Asegurarse de que todo el personal es consciente de estos objetivos y trabajar de forma conjunta para proporcionar unos cuidados homogéneos.	<ul style="list-style-type: none"> • Ritmo cardiaco (041405) P.F: 4 (Desviación leve del rango normal) • Aumento de la velocidad del pulso (121120) P.F 4 (Leve) • Ansiedad verbalizada (121117) P.F 4 (Leve)
P.I: 3 (Moderado)	<p>ayudar al paciente en pautas de actuación en el ámbito físico, social y psicológico, que le permitan alcanzar el mayor grado de independencia posible así como reintegrarse a una vida activa y satisfactoria tan pronto como se pueda.</p> <p>La intervención de la enfermera en el paciente es fundamental, tanto en la prevención como en la rehabilitación, para favorecer el control de los factores de riesgo, promover hábitos de vida saludables, disminuir la</p>	<p>A: Se trabajó conjuntamente con el personal de salud quienes se comprometieron a trabajar por los mismos</p>

morbimortalidad y mejorar su calidad de vida. (Gacimartín, 2021)

objetivos, proporcionando cuidados cardiacos al paciente, monitorizando los signos vitales y determinando la presencia de ansiedad y depresión.

Vigilancia (6650)

- Determinar los riesgos de salud del paciente según correspondan.
- Preguntar al paciente sobre la percepción sobre su estado de salud.
- Vigilar los patrones conductuales.
- Controlar el estado emocional.
- Observar estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente y la familia.

La presencia, la permanencia, la continuidad y la contingencia, son condiciones específicas y distintivas del cuidado de enfermería y constituyen insumos centrales de la atención de salud, a través de la cual es posible proveer protección, confort y apoyo libres de amenazas a la integridad de los sujetos bajo atención. (OPS, 2011)

P: Mantener monitorización de signos vitales.

Emplear terapia de relajación, si procede.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA): Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c trastorno psicológico m/p pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado.

Definición: Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

DOMINIO: 2	CLASE: 1	ETIQUETA DIAGNÓSTICA:	CÓDIGO:
Nutricional/Metabólico	Ingestión	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	00002
NOC	NIC	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
		(Fundamentación teórica)	
<p>Estado nutricional (1004)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ingesta de nutrientes (100401) P.I: 3 (Desviación moderada del rango normal) <p>Apetito (1014)</p> <ul style="list-style-type: none"> Deseo de comer (101401) P.I: 2 (Sustancialmente comprometido) 	<p>Manejo del peso (1260)</p> <ul style="list-style-type: none"> Comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso. Comentar los riesgos asociados con el de estar por encima o por debajo del peso soluble. 	<p>Los enfermeros de hospitalización tienen la oportunidad de valorar de manera directa, continua y constante el estado nutricional del paciente, y realizar intervenciones que comienzan al ingreso y se mantienen hasta el alta.</p>	<p>S: Paciente expresa aumento de apetito, manifiesta que tiene deseos de comer y que disfruta de la comida.</p> <p>O: Peso: 53 Kg Talla: 1.70m IMC: 18.3 Comidas al día: 3</p>

<ul style="list-style-type: none"> Disfruta con la comida (101403) <p>P.I 3 (Moderadamente comprometido)</p>	<p>Monitorización nutricional (1160)</p> <ul style="list-style-type: none"> Pesar al paciente. Monitorizar ingesta calórica y dietética. Identificar los cambios recientes apetito y actividad. Discutir el papel de los aspectos sociales y emocionales del consumo de alimentos. Evaluar el estado mental (p.ej confusión, depresión y ansiedad). 	<p>En este sentido, destaca la revisión de las dietas que es equiparable a la revisión del tratamiento farmacológico.</p> <p>Su objetivo es verificar que la dieta proporcionada coincide con la prescrita.</p> <p>También es necesario destacar la transmisión de consejos alimentarios a los pacientes y/o cuidadores.</p> <p>Tanto en Atención Primaria como en atención especializada, lo ideal sería conseguir intervenciones estandarizadas basadas en la evidencia para unificar la</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ingesta de nutrientes (100401) P.F: 4 (Desviación leve del rango normal) Deseo de comer (101401) P.F 3 (Moderadamente comprometido) Disfruta con la comida (101403) P.F 4 (Levemente comprometido) <p>A: Se educó al paciente sobre la importancia de mantener un equilibrio entre la ingesta de alimentos y el</p>
---	---	--	--

actuación y disminuir la variabilidad clínica.

Así se fijarían pautas de actuación y podría ser más fácil el seguimiento del paciente. (Moreno, C., Lora, P., 2017)

ejercicio, comentándole los riesgos que genera tener un peso debajo de lo normal.

Se aplicó monitorización nutricional al paciente, vigilando la ingesta calórica y los cambios recientes de apetito, además de discutir el papel de los aspectos sociales y emocionales del consumo de alimentos y evaluar su estado mental.

Alimentación (1050)

- Crear un ambiente placentero durante la comida.
- Facilitar la higiene bucal después de las comidas.

La alimentación es una necesidad básica de todos los seres humanos, imprescindible para la supervivencia y que, entre otros factores, influye en el estado de salud ya que una correcta alimentación

Se creó un ambiente placentero durante la comida, brindándole atención al paciente, evitando distracciones y

-
- Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito.
 - Evitar distraer el paciente durante la deglución.
 - Comer sin prisas lentamente.
 - Prestar atención al paciente durante la alimentación.
 - Posponer la alimentación si el paciente estuviera fatigado.

previene enfermedades y mejora la evolución clínica de las mismas. La alimentación equilibrada, junto con una correcta hidratación y el ejercicio físico, son considerados pilares fundamentales para mantener la salud.

prisas, lo que ayudó a estimular su apetito.

P: Mantener control del peso

Recomendar valoración nutricional.

Los profesionales de enfermería se pueden considerar un nexo de unión entre la población y el sistema sanitario.

Además, se encarga del cuidado de las personas desde su ingreso hasta su alta hospitalaria, siendo la

alimentación un cuidado básico que se debe efectuar durante ese tiempo. (Moreno, C., Lora, P., 2017)

Vigilancia (6650)

- Determinar los riesgos de salud del paciente según correspondan. La presencia, la permanencia, la continuidad y la contingencia, son condiciones específicas y distintivas del cuidado de enfermería y constituyen insumos centrales
- Preguntar al paciente sobre la percepción sobre su estado de salud. de la atención de salud, a través de la cual es posible
- Vigilar los patrones conductuales. proveer protección, confort y apoyo libres de amenazas a la integridad de los sujetos bajo
- Controlar el estado emocional. atención. (OPS, 2011)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA): Confusión aguda **r/c** alteración en el funcionamiento cognitivo **m/p** percepciones erróneas (Ideas de persecución).

Definición: Trastornos reversibles de la conciencia, la atención, la cognición y la percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo y duran menos de 3 meses.

DOMINIO: 5	CLASE: 4	ETIQUETA DIAGNÓSTICA:	CÓDIGO:
Percepción/Cognición	Cognición	Confusión aguda	00128
NOC	NIC	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
		(Fundamentación teórica)	
Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403)	Manejo de las ideas delirantes (6450)	El conocimiento del delirio por parte de enfermería es clave, suele ser el profesional que primero detecta su inicio y lo transmite al resto de equipo interdisciplinario para una actuación conjunta, además de requerir un abordaje específico de cuidados con una profunda	S: Paciente refiere disminución de ideas de persecución, alucinaciones, agitación y diaforesis. explica el contenido de las alucinaciones y comparte sus emociones al respecto. O: Diaforesis, agitación.
<ul style="list-style-type: none"> Reconoce que tiene alucinaciones e ideas delirantes. (140301) P.I: 3 (A veces demostrado) Describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes (140306) P.I: 3 (A veces demostrado) 	<ul style="list-style-type: none"> Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente. Fomentar la discusión sobre los miedos la ansiedad y el enojo sin asumir que el delirio es correcto e incorrecto. 		

<ul style="list-style-type: none"> • Comparte la respuesta emocional ante alucinaciones o delirios. (140316) <p>P.I: 3 (A veces demostrado)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proteger a paciente y a otros de conductas delirantes que podrían ser dañinas. • Proporcionar comodidad y tranquilidad. 	<p>comprensión de la situación del paciente.</p> <p>Existen medidas no farmacológicas cuyo principal responsable es el personal de enfermería.</p>	<p>P.A:100/70 mmHg</p> <p>F.C.: 115 lpm</p> <p>F.R: 21 rpm</p> <p>Tº: 37°C</p> <p>SPO2: 97%</p>
<p>Severidad de la retirada de sustancias (2108)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitación (210804) <p>P.I: 2 (Sustancial)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alucinaciones (210832) <p>P.I: 3 (Moderado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diaforesis (210837) <p>P.I: 3 (Moderado)</p>	<p>Intervención basada en la teoría de Hildegard Peplau. Peplau describe la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo, terapéutico. Analiza cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. (Elers Mastrapa, Y., Gibert Lamadrid, M, 2016)</p>	<p>Las intervenciones no farmacológicas reseñadas por diferentes autores son:</p> <p>Permitir la presencia de un acompañante, recurrir a estrategias de reorientación, dar explicaciones e instrucciones simples, propiciar un contacto visual frecuente, cuidar un entorno siempre tranquilo y sin ruidos,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce que tiene alucinaciones e ideas delirantes. (140301) <p>P.F: 4 (Frecuentemente demostrado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes (140306) <p>P.F: 4 (Frecuentemente demostrado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comparte la respuesta emocional ante

terapia de la luz (asegurar luz durante el día e ir disminuyéndola al llegar la noche), mantener luz tenue frente la oscuridad absoluta, y evitar despertar al paciente durante las horas nocturnas.

Favorecer la autonomía y el autocuidado, tener en cuenta las necesidades de habitación compartida o no (evitar habitación compartida si los pacientes están desorientados) y reducir los fármacos a lo mínimo imprescindible, evitar en lo posible sondajes y catéteres, evitar el estreñimiento, evitar el

alucinaciones o delirios.
(140316)

P.F: 4 (Frecuentemente demostrado)

- Agitación (210804)

P.F: 3 (Moderado)

- Alucinaciones (210832)

P.F:: 4 (Leve)

- Diaforesis (210837)

P.F: 4 (Leve)

A: Se creó un ambiente de confianza, comodidad y tranquilidad, protegiendo al paciente y a otros de conductas que podrían ser

<p>Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol (4512)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar los signos vitales durante el proceso de desintoxicación. • Monitorizar la aparición de delirium tremens. • Tratar las alucinaciones de una manera terapéutica. 	<p>consumo de bebidas o dañinas, además se alimentos estimulantes, estableció un vínculo temperatura adecuada y afectivo con el paciente, lo proporcionar al paciente que facilitó la discusión objetos familiares. (Recasens, sobre sus miedos, ansiedad y M., Villamor, A., Sanz, M., Sánchez, M., Serna, R., Asensio, Y., 2019)</p> <p>Los trastornos por consumo de sustancias como el alcohol son una enfermedad crónica y, por tanto, requieren un tratamiento a largo plazo.</p> <p>En función de que los trastornos por consumo de</p>	<p>Se aplicó al paciente el tratamiento para el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol, monitorizando los signos vitales y aparición de delirium tremens, así como también tratando sus alucinaciones al brindar orientación sobre la realidad.</p> <p>Se estableció una buena comunicación con el</p>
---	--	---

- Proporcionar orientación sobre la realidad, cuando se precise.

Las actividades realizadas en esta intervención, están enfocadas en la teoría de Hildegard Peplau, basadas en la relación enfermero paciente, quienes, aunque desconocidos en el primer encuentro, la enfermera acepta al paciente como es, responde a todas sus inquietudes, le da educación, lo invita a participar activamente en el proceso salud-enfermedad para que él, a través de sus vivencias entienda y acepte el porqué de su situación. (Cespedes R. , 2019)

alcohol tienen una lógica multifactorial y afectan diversos aspectos de la vida, el tratamiento de esta enfermedad es un reto. Éste debe enfocarse en ayudar a los a dejar de consumir y a mantener un estilo de vida libre de las mismas, logrando un funcionamiento productivo dentro de la familia y la sociedad.

El tratamiento debe tener en consideración la edad, sexo, estrato socioeconómico, trasfondo cultural y buena disponibilidad al cambio.

paciente, lo que permitió garantizarle su seguridad personal y aplicar técnicas de relajación, ayudando a reducir los estímulos que crean miedos o ansiedad.

P: Monitorizar los signos vitales durante todo el proceso de desintoxicación.

Apoyo emocional.

Recomendar valoración médica para tratamiento con Psiquiatría.

Administración de medicación
(2300)

Los programas efectivos de tratamiento para el consumo nocivo de alcohol y la dependencia incorporan múltiples componentes, cada uno dirigido a un aspecto particular de la enfermedad y sus consecuencias.

Como parte del tratamiento, deben cubrirse aspectos como estrategias de moderación, comparación y beneficio de un consumo moderado, retroalimentación acerca de los riesgos y consecuencias de un consumo desmedido de alcohol. (Tena,A. Castro, G.

-
- Seguir las diez reglas de la administración correcta de medicación Marín, R. Gómez, P. De la Fuente, A. Gómez, R., 2018)
 - Observar posibles alergias interacciones y contraindicaciones de los medicamentos. Los términos antipsicóticos y neuroléptico se usan
 - Tratamiento farmacológico para cuadro psicótico como (alucinaciones e ideas de persecución) mediante el uso de antipsicóticos cuya dosis dependerá de la condición del paciente: indistintamente para referirse a un grupo de fármacos que se utilizan en el tratamiento de la esquizofrenia y en algunas otras psicosis y estados de agitación
 - Risperidona: V.O (tabletas) 2mg QD. El aspecto esencial de la psicosis es la separación parcial o total de la realidad, presentando síntomas como delirios, alucinaciones,
-

-
- Ayudar al paciente a tomar la medicación. conducta y habla desorganizada.
 - Administrar la medicación con la técnica y vías adecuadas. Los fármacos antipsicóticos bloquean los receptores posinápticos, dopaminérgicos, adrenérgicos y serotoninérgicos.
 - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. Algunos fármacos se fijan con gran afinidad a receptores D2
 - Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. (mayor efecto antipsicótico y también más síntomas extrapiramidales), D3 y D4 (menor producción de síntomas extrapiramidales), aliviando la ansiedad, disminuyendo delirios, alucinaciones, pensamientos desorganizados y creando sedación. (Flores, 2010)
 - Documentar la administración y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con el protocolo del centro.
-

Técnica de relajación (588054)

- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedos o ansiedad.
- Transmitir al paciente garantía de su seguridad personal.
- Sentarse y hablar con el paciente.
- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyen la ansiedad (p.ej, técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante) según corresponda.

El entrenamiento autógeno es un método muy extendido y reconocido para el manejo del estrés y los trastornos psicossomáticos.

Los primeros efectos del entrenamiento autógeno consisten en la relajación de los músculos y de los vasos sanguíneos. Mediante frases autógenas, que funcionan como sugerencias, se produce una relajación muscular profunda. Como consecuencia

de la relajación de los músculos se experimenta pesadez, que incrementa la relajación. Luego se experimenta relajación de los vasos sanguíneos, y como consecuencia de la relajación de los vasos, se experimenta calor.

Los ejercicios que integran el Entrenamiento Autógeno son seis, se desarrollan y aprenden en forma progresiva y consisten en:

- Peso (Relajación Muscular)

-
- Calor (Relajación Vascular)
 - Corazón (Regulación Cardíaca)
 - Respiración (Regulación Respiratoria)
 - Plexo Solar (Regulación de los Órganos Abdominales)
 - Frente (Regulación Cefálica)

El estado especial de conciencia inducido por estos ejercicios se caracteriza por aumento de la amplitud mental, mientras que la hipnosis produce un

estrechamiento de la
conciencia. (Ferres, T., Bravo,
L., 2016)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA): Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c deterioro del funcionamiento social m/p actitud triste

Definición: Estado mental caracterizado por cambios en el estado de ánimo o afecto y que se compone de una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas y/o fisiológicas que varían de leves a severas.

DOMINIO: 9	CLASE: 2	ETIQUETA DIAGNÓSTICA:	CÓDIGO:
Afrontamiento/Tolerancia del estrés.	Respuesta de afrontamiento	Deterioro de la regulación del estado de	00241

NOC	NIC	EJECUCIÓN (Fundamentación teórica)	EVALUACIÓN
Resiliencia personal (1309) <ul style="list-style-type: none"> Verbaliza una actitud positiva (130901) P.I: 3 (A veces demostrado) 	Control del estado de ánimo (5330) <ul style="list-style-type: none"> Evaluar el estado de ánimo (signos, antecedentes inicialmente y con síntomas, personales) 	El individuo enfermo sufre, como es lógico, tiene una serie de sensaciones, emociones, sentimientos y reacciones psicósomáticas.	S: Paciente manifiesta actitud y estado de ánimo positivos, disminución de los sentimientos negativos, asume responsabilidad de sus actos, acepta su

<ul style="list-style-type: none"> • Muestra un estado de ánimo positivo (130906) P.I: 2 (Raramente demostrado) • Asume la responsabilidad de sus propias acciones (130910) P.I: 3 (A veces demostrado) • Busca apoyo emocional (130912) P.I: 2 (Raramente demostrado) • Sopesa alternativas para resolver problemas (130913) P.I: 2 (Raramente demostrado) 	<p>regularidad, a medida que progresa el tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y la de los demás. • Proporcionar o remitir al paciente para un tratamiento contra el abuso de sustancias, si dicho abuso es un factor que contribuye a la alteración del estado de ánimo. • Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes de los estados de ánimo disfuncional (desequilibrios químicos, estresantes circunstanciales, 	<p>Para hacer un abordaje psicológico necesitamos tener en cuenta diferentes aspectos tales como la educación, familia, sexo, edad, profesión, vivienda, alimentación y tratamiento, aportando una mejor y más completa visión del paciente.</p> <p>Cualquier condición que afecte la salud, crea un estado de rabia, además de añadir un factor de estrés; el tipo de emoción y su intensidad, es el resultado de la interpretación que cada persona hace de la situación y de los recursos con los que cuenta para</p>	<p>situación, busca apoyo emocional e información sobre el tratamiento en el personal de salud y analiza las posibles soluciones para sus problemas.</p> <p>O: Actitud positiva, aceptación, tranquilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbaliza una actitud positiva (130901) P.F: 4 (Frecuentemente demostrado) • Muestra un estado de ánimo positivo (130906)
<p>Afrontamiento de problemas (1302)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbaliza aceptación de la situación (130205) P.I: 3 (A veces demostrado) 			

<ul style="list-style-type: none"> • Busca información acreditada sobre el tratamiento (130221) P.I: 1 (Nunca demostrado) • Verbaliza la necesidad de asistencia (130214) P.D: 2 (Raramente demostrado) Refiere disminución de los sentimientos negativos (130217) P.I: 3 (A veces demostrado) 	<p>duelo/perdida y problemas físicos).</p> <p>Apoyo emocional (5270)</p>	<p>enfrentarse a la misma, o de las posibilidades que cree tener de éxito o fracaso, esto siempre va a variar de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice sobre el impacto de la enfermedad sobre sus condiciones de vida. (Olmedo, N., Sánchez, F., Urbón, N., Rico, A., Abad, M., González, J., 2017)</p> <p>El apoyo emocional puede ser entendido como la capacidad de percibir lo imperceptible,</p>	<p>P.F: 3 (A veces demostrado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asume la responsabilidad de sus propias acciones (130910) P.F: 4 (Frecuentemente demostrado) • Busca apoyo emocional (130912) P.F: 3 (A veces demostrado) • Sopesa alternativas para resolver problemas (130913) P.F: 3 (A veces demostrado)
--	---	--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Comentar las experiencias emocionales con el paciente. • Realizar afirmaciones empáticas y de apoyo. • Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad ira y la tristeza • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. • Favorecer la conversación, el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. 	<p>lo que exige del enfermero alto nivel de sensibilidad para interpretar las manifestaciones verbales y no verbales del paciente.</p> <p>La comprensión adecuada de esas manifestaciones posibilita identificar cómo el paciente percibe la enfermedad, el proceso de hospitalización y el tratamiento, además de propiciarle seguridad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verbaliza aceptación de la situación (130205) P.F: 4 (Frecuentemente demostrado) • Busca información acreditada sobre el tratamiento (130221) P.F: 2 (Raramente demostrado) • Verbaliza la necesidad de asistencia (130214) P.F: 3 (A veces demostrado) • Refiere disminución de los sentimientos negativos (130217)
<p>Intervención basada en la teoría de Hildegard Peplau. La enfermería tiene dos propósitos, apoyar la sobrevivencia del ser humano y</p>	<p>Para desarrollar un apoyo emocional de cualidad, es necesario que los profesionales de salud sean buenos oyentes, atentos y</p>	

recobrar la salud, además de ayudar al enfermo a comprender el significado de sus problemas de salud y aprender de estas experiencias. Así se construye un modelo donde la enfermera logra acercarse al significado psicológico de los acontecimientos, los sentimientos y los comportamientos, para incorporarlos a las intervenciones de enfermería y enseñarle al paciente la mejor manera de sobrellevar su enfermedad, según Peplau tanto el paciente como la enfermera aprenden del proceso de resolución del problema a partir de su relación. (Cespedes R. , 2019)

dispuestos a tocar y confortar los pacientes. Sin embargo, la ausencia de una definición clara de lo que es apoyo emocional se refleja en la práctica asistencial, haciendo al cuidado esencialmente instrumental en detrimento de los aspectos psicosociales y emocionales que permean la relación enfermero-paciente. El apoyo emocional debe ser comprendido como una forma de cuidado, cuyo objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar al paciente. Por tanto, la atención dispensada debe ser

P.F: 4
(Frecuentemente demostrado)

A: Se evaluó el estado de ánimo del paciente ayudándolo a identificar los factores desencadenantes de su estado emocional, determinando si representa un riesgo para sí mismo y para los demás, también se remitió al paciente a un tratamiento contra el abuso de sustancias.

Se brindó apoyo emocional al paciente, realizando afirmaciones empáticas, logrando que el paciente

integral, considerando la totalidad y la complejidad del ser humano, abarcando tanto la dimensión física como la psicológica y asociando el

cuidado instrumental (medicación, curativos, higiene entre otros) al cuidado expresivo, que engloba el aspecto psicosocial, el relacionamiento y el apoyo emocional. (Braga, M., Christello, V., Ribeiro, J., Piexak, D., Backes, D., Borges, A., 2012)

comente sentimientos, creencias y experiencias emocionales sin impedir el llanto durante la conversación.

Se ayudó al paciente a mantener la esperanza en su vida, enseñándole a diseñar y revisar metas y objetivos, evitando disfrazar la verdad y permitiéndole participar en sus propios cuidados.

P: Orientar acerca del desarrollo y mantenimiento de sistemas de apoyo

Dar esperanza (5310)

- Ayudar al paciente a identificar las áreas de esperanzas en la vida.
- Ampliar el repertorio de mecanismos de afrontamiento del paciente.
- Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza.
- Evitar disfrazar la verdad.
- Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.

Para que se dé el sufrimiento (familia, amigos, recursos espiritual, se requiere de espirituales, grupos de memoria e imaginación. apoyo y asesoramientos).

Memoria, puesto que se recuerda experiencias dolorosas que podrían volver a sucedernos y a su vez fomentadas por nuestra fantasía, maximizando y empeorando sus efectos negativos. En consecuencia, el hombre manifiesta tristeza.

El primer efecto de la tristeza es el agobio del ánimo y la desgana.

Si nuestra voluntad, que es nuestro motor, está enferma por la tristeza, nuestras

Intervención basada en el modelo de energías se ven influidas de Hildegard Peplau, quien considera forma negativa para la que la enfermedad es una experiencia actividad. potencial de aprendizaje, siendo a Y al referirnos a la actividad, través de una relación significativa no solo hacemos referencia a sanitario/paciente desde donde la física, sino también a la ambos pueden aprender, intelectual cognoscitiva. desarrollarse y crecer aún más como Así, el sufrimiento espiritual personas. (Herrera Arce, A.; influye en el resto de las Betolaza López De Gámez, E.; esferas del hombre. A este Murua Navarro, F.; Martínez, H.; respecto, Koenig ha Jimenez-Lerma,, 2003) demostrado los efectos positivos de la espiritualidad sobre la salud, Luecken ha demostraron sus efectos sobre la presión arterial favoreciendo la adaptación al estrés, e incluso se han

demostrado sus beneficios en el sistema inmunológico.

Y si la tristeza llega a alcanzar altos grados, esta se transforma en desesperación.

Es la falta de toda confianza para el futuro, carencia de toda esperanza.

Ante esto, el hombre cuenta con la capacidad de esperanza, de fortaleza y perseverancia.

Esto no quiere decir que el hombre deba suprimir el sufrimiento, sino que por medio de estas virtudes, el hombre puede convivir con él, aprendiendo de él, creciendo con él. (Muñoz, A., Morales,

I., Bermejo, J., Galán, J.,
2014)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA): Diarrea r/c ansiedad m/p eliminación de > 3 deposiciones líquidas en 24 horas.

Definición: eliminación de heces líquidas, no formadas.

DOMINIO: 3	CLASE: 2	ETIQUETA DIAGNÓSTICA:	CÓDIGO:
Eliminación e intercambio	Función gastrointestinal	Diarrea	00013

NOC	NIC	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Eliminación intestinal (0501)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patrón de eliminación (050101) P.I: 3 (Moderadamente comprometido) • Heces blandas y formadas (050105) P.I: 3 (Moderadamente comprometido) <p>Severidad de los síntomas (2103)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensidad del síntoma (210301) P.I: 3 (Moderado) • Disconfort asociado (210304) P.I: 3 (Moderado) 	<p>Manejo de la diarrea (0460)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ordenar al paciente que notifique al personal cada episodio de diarrea que se produzca. • Consultar al médico si persisten los signos y síntomas de la diarrea. • Practicar acciones que supongan un descanso intestinal (dieta absoluta y dieta líquida). 	<p>El reposo depende de cada caso en particular. En pacientes hospitalizados con criterios de gravedad: deshidratación severa, fiebre mayor de 38,5°C, compromiso sensorial, disentería, adultos mayores, embarazadas, comorbilidad importante (diabetes, inmunosupresión, etc.) y cuando el buen juicio clínico lo aconseje. Estos pacientes requerirán de hidratación parenteral.</p>	<p>S: Paciente refiere disminución del cuadro de ansiedad y de la intensidad de los síntomas de diarrea, manifiesta realizar deposiciones con heces formadas, lo que le ayudó a reestablecer su confort.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patrón de eliminación (050101) P.F: 4 (Levemente comprometido) • Heces blandas y formadas (050105)

<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad asociada (210307) <p>P.I: 2 (Sustancial)</p>	<p>En el caso de pacientes ambulatorios, el reposo dependerá de la tolerancia del paciente a sus síntomas.</p> <p>Puede desarrollarse una intolerancia transitoria a la lactosa durante algunos episodios de diarrea por lo que parece razonable recomendar durante el tratamiento productos sin lactosa ampliamente comercializadas en nuestro medio.</p> <p>Hay soluciones de rehidratación oral disponibles en el mercado, las que se deben</p>	<p>P.F: 4 (Levemente comprometido)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensidad del síntoma (210301) • Disconfort asociado (210304) • Ansiedad asociada (210307) <p>P.D: 4 (Leve)</p> <p>P.F: 4 (Leve)</p> <p>P.F: 3 (Moderado)</p> <p>O: Numero de deposiciones: 3</p> <p>A: Se registraron los episodios de diarrea referidos</p>
---	--	---

indicar en ausencia de vómitos. (Acuña, 2015)

por el paciente y se aplicó una dieta líquida, la misma que ayudó al descanso intestinal.

Monitorización de líquidos (4130)

- Determinar si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de líquidos (p.ej mareo, alteración del nivel de la conciencia, aturdimiento, aprensión irritabilidad, náuseas, etc.)
- Monitorizar y registrar las entradas y salidas.
- Restringir y repartir la ingesta de líquidos según corresponda.

Podemos decir que el balance hidrosalino es la diferencia entre la ingesta y la eliminación de agua y electrolitos. Se consideran entradas exógenas la ingesta y endógenas la oxidación de los principios inmediatos.

Las pérdidas pueden ser insensibles o potestativas: orina heces, sudor drenajes.

Se monitorizó la ingesta y excreta de líquidos del paciente y se determinó si presentaba síntomas de deshidratación, lo que facilitó repartir la ingesta de líquidos.

Se ayudó al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad, observando los signos y síntomas de la misma y brindándole información sobre su diagnóstico,

Las necesidades de líquidos pueden aumentar o disminuir en algunas situaciones y es preciso conocerlas ya que pueden darse durante el ingreso en la institución.

Aumentan en situaciones de hipertermia, estrés, hipertiroidismo, hiperventilación, sudoración, drenajes.

P: Mantener el equilibrio hídrico del paciente.

Aplicar técnicas de disminución de la ansiedad.

Disminuyen en situaciones de hipotermia, hipotiroidismo, sedación, relajación muscular, humedad ambiental elevada y ventilación mecánica con humidificación.

Los electrolitos tienen la peculiaridad de mantenerse en equilibrio dentro y fuera de la célula gracias a las membranas celulares.

Cuando se producen pérdidas no equilibradas de agua y/o electrolitos, en uno de los compartimentos (intracelular o extracelular) se crea un gradiente osmótico y el agua se desplaza hacia el espacio de

Disminución de la ansiedad (5820)

- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

mayor osmolaridad para volver al equilibrio. (Pimienta, 2017)

-
- Observar los signos y síntomas no verbales de ansiedad.

La ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes.

Se convierte en patológica y provoca malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. (Fernández, O., Jimenez, B., Almirall, R., A., Molina, D., Cruz, J., 2012)

En el paciente hospitalizado se desencadenan diversas emociones, entre las cuales se

encuentran la ansiedad y el estrés; aspectos que repercuten en la óptima evolución y recuperación del paciente en la estancia hospitalaria.

La ansiedad a criterio de Martínez (2010), es entendida como el estado en que una persona experimenta un sentimiento de incomodidad leve o intensa cuyo origen es desconocido o inespecífico; una relación compleja del individuo frente a situaciones y estímulos potencialmente peligrosos o percibidos como cargados de peligro, aunque

sólo sea por las circunstancias de aparecer inciertos.

Son muchas las estrategias que los profesionales de enfermería pueden utilizar para tratar esta situación, sin embargo, la educación para la salud, es la más utilizada. (Rojas, M. Azevedo, D., 2013)

Elaborado por: Benavides Yolanda & Ibarra Katherine

Capítulo IV

4. Resultados alcanzados con los objetivos planteados

4.1.Resultado según objetivo 1

OBJETIVO 1	RESULTADO 1
Realizar la valoración de enfermería aplicando el modelo de Marjory Gordon.	Para lograr este objetivo se aplicó una guía de valoración, basada en los 11 patrones funcionales del modelo enfermero de Marjory Gordon, la misma que consta de 100 preguntas que ayudaron a identificar los problemas que presentaban los pacientes con Síndrome de Abstinencia al Alcohol: <ul style="list-style-type: none">• Ansiedad• Presencia de nauseas• Alteraciones de la conciencia: Insomnio• Taquipnea• Taquicardia• Perdida del peso por el consumo• Ideas de persecución• Cambios frecuentes del estado de animo• Presencia de diarrea

4.2.Resultado según objetivo 2

OBJETIVO 2	RESULTADO 2
Diseñar un plan de atención de enfermería con la metodología NANDA, NIC y NOC, basado en los problemas de los pacientes	En base a los problemas identificados mediante la guía de valoración aplicada a los pacientes con Síndrome de

<p>con síndrome de Abstinencia al Alcohol del área de medicina Interna del Hospital León Becerra de Milagro.</p>	<p>Abstinencia al alcohol, se plantearon 9 diagnósticos de enfermería, para los que se desarrollaron planes de cuidado basados en la taxonomía NANDA, NIC, NOC; enfocados en la relación enfermero paciente que plantea la teoría de enfermería de Hildegard Peplau</p>
--	---

4.3.Resultado según objetivo 3

OBJETIVO 3	RESULTADO 3
<p>Implementar y evaluar el plan de atención de enfermería diseñado.</p>	<p>Los planes de atención de enfermería desarrollados se implementaron en los pacientes con Síndrome de Abstinencia al Alcohol ingresados en el área de medicina interna del Hospital León Becerra Camacho de Milagro y al término de su aplicación se utilizó el componente SOAP para evaluar la condición de los pacientes, identificando mejoras satisfactorias en su estado de salud.</p>

Capítulo V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Comprobación de hipótesis

Ansiedad r/c necesidades no satisfechas m/p angustia.		Síndrome agudo de abstinencia a sustancias r/c dependencia desarrollada al alcohol m/p náuseas.		Insomnio r/c ansiedad m/p dificultad para iniciar el sueño		Patrón respiratorio ineficaz r/c con ansiedad m/p taquipnea	
Conducta de abandono del consumo de alcohol (1629)		Conducta de abandono del consumo de alcohol (1629)		Sueño (0004)		Estado respiratorio (0415)	
P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final
2	3	2	3	2	3	3	4
2	3	2	3	2	3	3	4
3	4	3	4	2	3	3	4
2	3	Bienestar personal		Equilibrio emocional (1204)		Nivel de ansiedad (1211)	
Autocontrol de la ansiedad (1402)		2	3	2	3	3	4
2	3	2	3	2	3	3	4
2	3			2	3		
13	19	11	16	12	18	15	20
Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después

Disminución del gasto cardiaco r/c con ansiedad m/p taquicardia		Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c trastorno psicológico m/p pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado.		Confusión aguda r/c alteración en el funcionamiento cognitivo m/p percepciones erróneas (Ideas de persecución).		Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c deterioro del funcionamiento social m/p actitud triste		Diarrea r/c ansiedad m/p eliminación de > 3 deposiciones líquidas en 24 horas.	
Estado cardiopulmonar (0414)		Estado nutricional (1004)		Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403)		Resiliencia personal (1309)		Eliminación intestinal (0501)	
P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final
3	4	3	4	3	4	3	4	3	4
Nivel de ansiedad (1211)		Apetito (1014)		3	4	2	3	3	4
3	4	2	3	3	4	3	4	Severidad de los síntomas (2103)	
3	4	3	4	Severidad de la retirada de sustancias (2108)		2	3	3	4
				2	3	3	4	2	3
				3	4	Afrontamiento de problemas (1302)			
				3	4	3	4		
						1	2		
9	12	8	11	17	23	2	3	14	19

Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después	3	4	Valoración Antes	Valoración Después
						21	30		
						Valoración Antes	Valoración Después		

Para comprobar la hipótesis en los estudios de investigación cuantitativos se debe realizar una prueba de normalidad, que se utilizan para determinar si un conjunto de datos está bien modelado por una distribución normal o no.

Prueba de normalidad: Test de Shapiro Wilk

El test de Shapiro–Wilk se usa para contrastar la normalidad de un conjunto de datos, este tipo de prueba se utiliza cuando la población es inferior a 30 personas. El test plantea la hipótesis nula que una muestra proviene de una distribución normal y tenemos una hipótesis alternativa que sostiene que la distribución no es normal.

H0: La distribución es normal

H1: La distribución no es normal

Tabla 1. Resultados de Shapiro Wilk

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Antes Valoración Total	,970	9	,895
Después Valoración Total	,941	9	,590

Una vez ingresados los datos de la investigación en el programa, vamos a determinar su normalidad, para ello tenemos dos criterios.

- Si el valor de Sig es \geq a 0,05 se rechaza la hipótesis alternativa “H1” y se acepta la hipótesis nula “H0” (la distribución es normal)
- Si el valor de Sig es \leq a 0,05 se rechace la hipótesis nula “H0” y se acepta la hipótesis alternativa “H1” (la distribución no es normal).

Conclusión

Tomando en cuenta que el valor de sig es \geq a 0,05 se rechaza la hipótesis alternativa “H1” y se acepta la hipótesis nula “H0”, por lo tanto, concluimos que la investigación tiene una distribución normal.

La gran ventaja de la distribución normal es que nos permite calcular probabilidades de aparición de datos de esa distribución, lo que tiene como consecuencia la posibilidad de inferir datos de la población a partir de los obtenidos de una muestra de la misma.

Prueba T de muestras relacionadas

El procedimiento Prueba T para muestras relacionadas compara las medias de dos variables de un solo grupo. El procedimiento calcula las diferencias entre los valores de las dos variables de cada caso y contrasta si la media difiere de 0.

Formulación de hipótesis

H₁: El proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Hildegard Peplau influye positivamente en la evolución clínica del paciente con Síndrome de Abstinencia al Alcohol.

H₀: El proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Hildegard Peplau no influye positivamente en la evolución clínica del paciente con Síndrome de Abstinencia al Alcohol.

Tomando esto en cuenta de acuerdo al p-valor es mayor al grado de significación por lo que rechazamos la hipótesis del investigador y aceptamos la hipótesis nula.

Tabla 2. Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas							
		Med	Desv.	Desv.	95%	de	t	g	Sig.
		ia	Desviaci	Error	intervalo	de		l	(bilater
			ón	promedio	de confianza	la			al)
					diferencia	95%			
					de intervalo	de			
					de confianza	de la			
					diferencia				
					Inferi	Superi			
					or	or			
Pa	Antes	-	1,803	,601	-	-3,948	-	8	,000
r 1	Valoraci	5,33			6,719		8,87		
	ón Total	3					5		
	-								
	Después								
	Valoraci								
	ón Total								

El criterio para decidir es:

- P-valor \leq a 0,05 se rechaza la hipótesis nula “H0” (se acepta la hipótesis del investigador “H1”)
- P-valor \geq a 0,05 se rechaza la hipótesis del investigador “H1” (se acepta la hipótesis nula “H0”)

Conclusión:

P-valor obtenido = 0,000 < a 0,05

Hay una diferencia significativa en las medidas de valoración previa y después de la aplicación de los planes de cuidado.

Por lo cual se concluye que la aplicación del proceso enfermero basado en el modelo de Hildegart Peplau, si tiene efectos significativos sobre la evolución clínica del paciente con síndrome de Abstinencia al Alcohol.

5.2. Conclusiones

Mediante guía de valoración elaborada en base a los 11 patrones funciones de Marjory Gordon, aplicada a 25 pacientes del área de medicina interna del Hospital León Becerra Camacho de Milagro, se determinaron que los problemas de salud más frecuentes que presentaban los pacientes con síndrome de abstinencia al alcohol eran: ansiedad, dependencia al alcohol, insomnio, taquipnea, taquicardia, pérdida de peso, ideas de persecución, cambios de estado de ánimo y diarrea.

En base a los leguajes enfermeros NANDA, NIC y NOC se desarrollaron planes de atención de enfermería para los pacientes con síndrome de Abstinencia al alcohol determinando los siguientes diagnósticos: Ansiedad, Síndrome agudo de abstinencia a sustancias, Insomnio, Patrón respiratorio ineficaz, Disminución del gasto cardíaco, Desequilibrio nutricional, Confusión aguda, Deterioro de la regulación del estado de ánimo y Diarrea, para los cuales se ejecutaron intervenciones basadas en el modelo de Hildegard Peplau, quien establece la relación - enfermera paciente como un proceso terapéutico que ayuda a mejorar el estado de salud de los pacientes.

Se aplicó los planes de atención de enfermería a pacientes con Síndrome de Abstinencia al Alcohol ingresados en el área de medicina interna del Hospital León Becerra Camacho de Milagro, logrando cambios satisfactorios en su estado de salud, los mismos que se identificaron gracias a la evaluación aplicada mediante el método SOAP como un elemento sistemático y organizado para registrar el estado de salud del paciente.

5.3. Recomendaciones:

Se propone al personal de enfermería aplicar la guía de valoración de manera inmediata a los pacientes que ingresen al servicio de Medicina Interna con diagnóstico de síndrome de abstinencia al alcohol, ya que de este modo podrán determinar cuáles son los problemas que los agobian y podrán brindar cuidados oportunos al paciente.

Se recomienda utilizar el modelo de Hildegard Peplau para brindar cuidados de enfermería, pues en el transcurso de la investigación se evidenció que la relación enfermero – paciente es un mecanismo terapéutico importante para mejorar el estado de salud de este tipo de pacientes.

Se sugiere implementar los planes de cuidados estandarizados planteados en esta investigación, de manera que estén dirigidos a tratar los problemas de salud de los paciente con Síndrome de Abstinencia al Alcohol y evaluar las intervenciones aplicadas para determinar si existe mejoría en el estado de salud de los pacientes.

Se sugiere evaluar los planes de cuidados utilizando el método SOAP pues es un elemento que nos permite valorar al paciente mediante el registro de: *Datos Subjetivos* expresados por el mismo y *Datos Objetivos* que se obtiene observando su estado físico, mental y emocional.

Capítulo VI

6. Marco Administrativo

6.1. Recursos

Recursos Humanos

- Docente Tutor
 - Autoras de proyecto
 - Pacientes con Síndrome de Abstinencia al Alcohol
 - Personal de Enfermería del Hospital León Becerra Camacho
-

Recursos Institucionales

- Hospital León Becerra Camacho de Milagro
-

Recursos Tecnológicos

- Computadora
 - Impresora
 - Pendrive
 - Cámara fotográfica
 - Internet
-

Recursos Materiales

- Transporte
 - Útiles de oficina
 - Impresiones
-

6.2. Presupuesto

6.2.1 Presupuesto de recursos técnicos y materiales

Materiales	Cantidad	Valor unitario	Total
Impresión de oficio: Aprobación para el desarrollo del proyecto de investigación.	2	\$0.10	\$0.20
Impresión de oficio para validación para aplicación de la guía de valoración.	2	\$0.10	\$0.10
Impresión de consentimiento informado	25	\$0.03	\$1.50
Impresión de guía de valoración	375	\$0.03	\$11.25
Transporte	3	\$8.00	\$24.00
Esferos	5	\$0.35	\$1.75
Grabación de CD	1	\$1.50	\$1.50
Hojas A4	300	\$0.01	\$3.00
Total:			\$43,30

6.2.2 Presupuesto recursos humanos

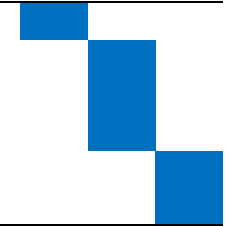
Recursos Humanos	Total de horas	Valor por Hora	Total
Horas docente	100	\$13.96	1.396

6.3. Cronograma de Actividades

Actividades	Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril			
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
Planteamiento del tema		■																		
Aprobación del tema			■	■																
Asignación del docente tutor del proyecto de investigación				■	■															
Elaboración Capítulo 1 El problema					■	■														
Elaboración Capítulo 2 Marco teórico						■	■													
Elaboración de la guía de valoración por 11 patrones funcionales de Margory Gordon.							■	■												
Revisión y validación de la guía de valoración								■	■											
Aplicación de la guía de valoración									■	■	■									
Elaboración y aplicación de los procesos de atención de enfermería												■	■							
Elaboración capítulo 3 Marco metodológico														■	■					
Elaboración del análisis e interpretaciones de datos																■	■			
Elaboración Capítulo 4.																				■

Resultados
Elaboración Capitulo 5
Conclusiones y
recomendaciones
Entrega del borrador de la
tesis

Elaborado por: Benavides Yolanda & Ibarra Katherine



6.4. Bibliografía

- Atahuachi, P. (2016). *Estandarizacion de diagnosticos de enfermeria con la taxonomia nanda nic noc unidad de cuidado intensivo neonatal*. Tesis , universidad mayor de san andres, la paz. Obtenido de <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/14981/TM-1170.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barrezueta, A. (2019). *Diagnósticos nanda en neonatos en el hospital isidro ayora de loja*. Tesis, universidad nacional de loja, loja. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21933/1/tesis%20diagnostico%20nanda%20en%20neonatos.pdf>
- Caro, S. & Guerra, C. (2011). *El proceso de atencion de enfermeria*. Colombia: Editorial Universidad del Norte. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaueb/69855>
- Castillo, C. (2015). *Conocimientos y aplicación del pae con la taxonomía nanda, nic y noc en las enfermeras del hospital manuel ignacio*. Tesis, universidad nacional de loja, Loja. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12099/1/Conocimientos%20y%20Aplicacion%20del%20PAE%20con%20la%20Taxonomia%20NANDA%2c%20NIC%20y%20NOC.pdf>
- Centro de Integracion Juvenil, A.C. (2016). *Manual de protocolos médicos para la atención de adicciones*. Mexico: Centro de Integración Juvenil, A.C. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaueb/125745>
- Centro de Integracion Juvenil. (2018). *Manual para el manejo de los trastornos por el uso de alcohol*. Mexico: Centro de Integracion Juvenil. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaueb/125746>
- Cespedes, R. (2019). Susana, narrativa de enfermería y relato hacia el fin de su vida: Refleiones desde el pensamiento de Hildegard Peplau. *Cultura de los Cuidados*. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/228291189.pdf>
- Cisneros, F. (2015). *Proceso de Atencion de Enfermeria*. Univesidad del Cauca. Facultad de Ciencias de la Salud . Programa de enfermeria. Obtenido

de

<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>

- Cisneros, F. (2015). *Proceso de Atención de Enfermería*. Univesidad del Cauca. Facultad de Ciencias de la Salud . Programa de enfermería. Obtenido de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>
- Código Orgánico de Salud. (2020). Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/11/RD_248332rivas_248332_355600.pdf
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Obtenido de <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>
- Courey, T; Martsof, D; Draucker, C; Strickland, K. (29 de Agosto de 2011). *HSS Public Access*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3163527/>
- D Ayuso, L Tejedor, A Serrano. (2018). *Enfermería familiar y comunitaria: actividad asistencial y aspectos éticos y jurídicos* (2 ed.). Editorial Diaz de Santos . Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaueb/57536>
- Davila, E. Jurczuk, I. Melgar, E. Romero, A. (2008). Protocolo de tratamiento del Síndrome de Abstinencia Alcohólica. *Revista Argentina de Clínica*. Obtenido de https://www.alcmeon.com.ar/14/55/05_davila.pdf
- Espinoza, C., & Virhuez, A. (2018). *Conocimiento sobre taxonomía nanda nic noc y su aplicación en la unidad de recuperación post anestésica en el hospital general de huacho*. Universidad peruana cayetano heredia, lima-perú. Obtenido de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/7096/Conocimiento_EspinozaYsidro_Candy.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Galvis Lopez, M. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Scielo* . Obtenido de <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/172/454>
- Gonzalez Sanchez, J. (2011). Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. *Scielo*. Obtenido de

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000100003

- Gonzalez, J. (2011). Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. *Scielo*.
- Herrera, A., Betolaza G., Murua, F., Martinez, H. & Jimenez-Lerma, J. . (2003). Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A proposito de un caso práctico . *Elsevier*, 17. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13045095>
- Herrera, A., Martinez,H., Jimenez, J. & Betolaza, L. (2003). Enfermeria en adicciones: El modelo teorico dde H. Peplau atraves de los patrones funcionales de M Gordon. *Elsevier*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13045095>
- Hora, L. (02 de Octubre de 2017). *Diario La Hora*. Obtenido de <https://lahora.com.ec/noticia/1102104030/el-alcoholismo-un-gran-problema-en-ecuador#:~:text=En%202014%2C%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial,alcohol%20por%20habitante%20al%20a%C3%B1o>
- Hospital Leon Becerra Camacho. (2021). *Estadísticas y Censos*.
- Infante, M., Mojica, B. & Mojica, N. (2017). Educación sanitaria por parte de Enfermería para disminuir el consumo de alcohol en menores. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com*. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/disminuir-consumo-alcohol-menores/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos . (22 de Abril de 2021). *Telegrafo*. Obtenido de [Telegrafo](https://www.itelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/alcoholismo-omsmsp) : <https://www.itelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/alcoholismo-omsmsp>
- M. Ballesteros, S. Motos, B. Domínguez, M. Calderón, L. Acosta, P. Castillo, I. Soriano. (2021). Atención de enfermería a un paciente dependiente del alcohol con COVID-19. Caso clínico. *Revista Electronica Portales Medicos*. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/atencion-de-enfermeria-a-un-paciente-dependiente-del-alcohol-con-covid-19-caso-clinico/>

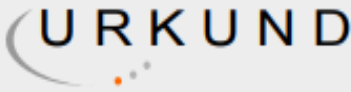
- Macías, A., Gómez, M., León, J., Hernández, K. & Hernández, D. (2017). La evaluación psicofisiológica de ansiedad en el síndrome de abstinencia alcohólica: estudio de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171g.pdf>
- Marriner, A & Raile, M. (2015). *Modelos y Teorías en Enfermería* (Sexta ed.). Greenville: ELSEVIER. Obtenido de <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Mastrapa, Y. & Lamadrid, M. . (2016). Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Scielo*, 11. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n4/enf19416.pdf>
- NANDA, I. (2018-2020). *Diagnosticos enfermeros* (undecima ed.). (t. H. Herdman, ed.) Barcelona, España: Elsevier.
- Naula, J. (2019). *Conocimiento y prácticas sobre el modelo de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA-NOC-NIC que tienen los profesionales de enfermería del Hospital General Isidro Ayora de Loja*. Tesis, universidad nacional de Loja, Loja. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/22198/1/Conocimiento%20y%20pr%C3%A1cticas%20sobre%20el%20modelo%20de%20Virginia%20Henderson%20y%20la%20taxonom%C3%ADA%20NANDA-NOC-NIC%20que%20tienen%20.pdf>
- NIC. (2018-2020). *Clasificación de intervenciones de enfermería* (séptima ed.). (H. Butcher, Ed.) Barcelona, España: Elsevier.
- NOC. (2018-2020). *Clasificación de resultados de enfermería* (sexta ed.). (S. Moorhead, E. Swanson, M. Johnson, & M. Mass, Edits.) Barcelona, España: Elsevier.
- OMS. (21 de Septiembre de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- OMS/OPS. (2018). *OMS/OPS*. Obtenido de OMS/OPS: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14668:harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year-most-of-them-men&Itemid=4327&lang=es

- Organización Panamericana de Salud. (2018). Informe sobre la situación de alcohol y salud .
- Ortiz, C., Rueda, J., & Reyes, F. (Julio de 2019). Plan de cuidados de un trabajador que abusa del alcohol. A propósito de un caso. *Enfermería 21*. Obtenido de <https://www.enfermeria21.com/revistas/trabajo/articulo/252/plan-de-cuidados-de-un-trabajador-que-abusa-del-alcohol-a-proposito-de-un-caso/>
- Ramirez, A. (2016). Procesodeenfermería;loquesísyloqueno. *Redalyc*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358745743001.pdf>
- Ramos, O., Rodríguez, A., Peña, A., & Mojena O. (2019). Estrategia de intervención en pacientes alcohólicos del CMF el lavado, Jobabo, las Tunas”. *Eumed: Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. Obtenido de <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/12/intervencion-pacientes-alcoholicos.html>
- Rebolledo, D., Granados, D & González, P. (2018). Perspectivas del síndrome de supresión etílica: tratamiento a la mexicana. *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000400010
- Reina, N. (2010). *El Proceso de Atención de Enfermería: como instrumento de cuidado*. Universidad Autónoma del Estado de México Facultad de Enfermería y Obstetricia . Obtenido de <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/PAE.pdf>
- Reina, R., Casabella, C., Olmos, D., Carini, F., Garay, C., Golberg, A., Marchena, M., Sarubbio, M., Meschini, M., Ferrari, K., Pedace, M., Bottaia & Fernández, S. . (2017). Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en los pacientes críticos. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*. Obtenido de <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/511/421>
- Rodriguez, E. (2018). *Manual de enfermería en adicción a sustancias*. Ediciones Diaz de Santos. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaueb/57535?page=136>
- Rojas, J. (2018). Eficacia de intervenciones educativas en la prevención del consumo de alcohol en adolescentes. *Metas de Enfermería*. Obtenido de <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81241/>

- Santolaria, F & Gonzalez, E. (2006). Mortalidad en el síndrome de abstinencia alcohólica. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-7199200600070000
- Soto, M. T. (2020). Síndrome de abstinencia alcohólica: Resultado del estrés oxidativo y desequilibrio neuronal. Estado del arte. *Revista Biomedica*. Obtenido de <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/722/80>
- V. Sánchez y J. Vega. (2019). Actuación enfermera frente al alcoholismo en salud laboral: revisión bibliográfica. *Dialnet*. Obtenido de <file:///C:/Users/Alicia/AppData/Local/Temp/Dialnet-ActuacionEnfermeraFrenteAlAlcoholismoEnSaludLabora-7008988.pdf>

6.5.Anexos

6.5.1. Anexo A: Certificado Urkund



Urkund Analysis Result

Analysed Document: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SINDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL 2021 04 28.pdf (D103209629)

Submitted: 4/29/2021 3:34:00 AM

Submitted By: ybenavides@mailles.ueb.edu.ec

Significance: 2 %

Sources included in the report:

TRABAJO DE GRADO ROMÁN-TERÁN PAE.docx (D76463278)
TESIS COMPLETA KARLA LÓPEZ.docx.pdf (D101437234)
CASO-CLINICO-PSIQUIATRIA-1-2.docx (D35884810)
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/disminuir-consumo-alcohol-menores/>

Instances where selected sources appear:

4

6.5.2. Anexo B: Solicitud de permiso para realizar el Proyecto de *Investigación*



Milagro, 17 de Febrero del 2021

Dr.
Luis Saitos Román
**DIRECTOR MEDICO DEL HOSPITAL GENERAL LEON BECERRA
CAMACHO**

De nuestras consideraciones:

Reciba un cordial saludo por parte de las estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar: Srta. Yolanda Cecilia Benavides Maliza, con C.I. 1250626932; y Srta. Katherine Alexandra Ibarra Valverde con C.I. 0202411021, por medio del presente nos dirigimos a usted en calidad de estudiantes en proceso de obtención del título de Licenciadas en Enfermería con nuestra proyecto de investigación denominado **"PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON SINDROME DE ABSTINENCIA ALCOHOLICA SEGÚN EL MODELO DE HILDEGARD PEPLAU. HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO. 2020-2021"** solicitándole de la manera más comedida autorice a quien corresponda nos facilite la información de las historias clínicas de los pacientes con el CIE 10 **F10.3, F10.4, F10.5, F10.6 Y F10.7**, desde enero del 2020 hasta enero del 2021, para fines comparativos. Datos que serán utilizados con fines pedagógicos y estadísticos.

Por la favorable atención que sepa dar al presente reiteramos nuestros más sinceros agradecimientos.

Atentamente,

Srta. Yolanda Cecilia Benavides Maliza
C.I. 0202411021

Srta. Katherine Alexandra Ibarra Valverde
CI.1250626932

Lcda. Mery Rea Guamán
TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

HOSPITAL GRAL. LEON BECERRA CAMACHO - MILAGRO
GERENCIA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RECIBIDO POR: *Gina Ledezma*
FECHA: *17-2-2021*
HORA: *10:43*

6.5.3. Anexo C: Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted se encuentra considerado para participar en el proyecto de investigación denominado: **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL SEGÚN EL MODELO DE HILDEGAR PEPLAU. HOSPITAL LEÓN BECERRA 2020-2021**, desarrollado por las estudiantes de enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, que se encuentran en proceso de titulación: Srta. Benavides Maliza Yolanda Cecilia con CI. 1250626932 y Srta. Ibarra Valverde Katherine Alexandra con CI. 0202411021, bajo la tutoría de la Lcda. Mery Rea Guaman docente de la Universidad Estatal de Bolívar.

Para dicho Proyecto de investigación se aplicará una guía de valoración con el objetivo de recolectar información sobre los pacientes con Síndrome de Abstinencia Alcohólica, la misma que nos ayudará a identificar los problemas que alteran la salud de los pacientes y elaborar un plan de atención de enfermería destinado a mejorar la salud de los mismos.

Si acepta participar en este trabajo deberá responder a todas las preguntas de la guía de valoración que se le va a realizar, además autorizará a las interesadas el acceso a su historial clínico con fines investigativos.

Esta actividad se efectuará de manera individual con un tiempo estipulado para su aplicación de 20 minutos aproximadamente.

La totalidad de la información obtenida será de carácter confidencial, los datos obtenidos serán analizados en el marco de la presente investigación, su presentación y difusión científica será efectuada de manera que los usuarios no puedan ser individualizados.

Si tiene consultas respecto a la investigación, puede contactarse con las estudiantes a cargo del proyecto de investigación. Srta. Benavides Maliza Yolanda Cecilia, correo electrónico: ybenavides@mailes.ueb.edu.ec / Srta. Ibarra Valverde Katherine Alexandra, correo electrónico: kaibarra@mailes.ueb.edu.ec / Tutora del proyecto de vinculación Lcda. Mery Rea Guaman, correo electrónico: mrea@ueb.edu.ec

Para cualquier duda que se presente o si se vulneran sus derechos puede contactarse con el Comité de Ética de la Universidad Estatal de Bolívar al teléfono 2206799 -0996585634 o al correo electrónico mlara2007@yahoo.es - vrectorfinanciero@ueb.edu.ec

Por medio del presente documento declaro tener todos los conocimientos sobre el proyecto de investigación y manifiesto mi interés de participar en el mismo

Acepto participar en la presente investigación.

NOMBRE:

Edwin Guevara R

FIRMA:


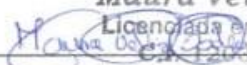
 0941600900

FECHA:

09/03/2021

Campus Universitario: "Alpachaca" Av. Ernesto Che Guevara s/n y Av. Gabriel Secaira
Teléfono: (593) 32206010.32206014 Guaranda- Ecuador/Correo electrónico:
vrectorfinanciero@ueb.edu.ec
Sitio Web <http://www.ueb.edu.ec>

6.5.4. Anexo D: Validación del Instrumento De Investigación

		<p align="center">UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO CARRERA DE ENFERMERIA</p>		
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN				
JUICIO DE EXPERTOS				
PROYECTO DE TESIS		PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL SEGÚN EL MODELO DE HILDEGAR PEPLAU. HOSPITAL LEÓN BECERRA 2020-2021		
RESPONSABLE		Srta. Benavides Maliza Yolanda Cecilia Srta. Katherine Alexandra Ibarra Valverde		
INSTRUCCIONES		Luego de analizar y cotejar el instrumento de investigación en base al objetivo de estudio de investigación con sus criterios y experiencia profesional, valide dicho instrumento para su aplicación.		
CRITERIO DE VALIDEZ	SUFICIENTE (3 pts.)	MEDIANAMENTE SUFICIENTE (2 pts.)	INSUFICIENTE (1 pt)	OBSERVACIONES
Considera que las dimensiones y preguntas de la unidad de estudio a determinar están contemplados dentro del instrumento	3			
Considera que las preguntas están sustentadas para evaluar la situación de manera objetiva	3			
Considera que el instrumento mide la unidad de estudio de forma correcta	3			
TOTAL	9			
TOTAL				
Apellido Nombre	Maura Veliz Bodero		Criterios	
Firma	 Maura Veliz Bodero Licenciada en Enfermería C.R. 1208264252		Valido para aplicar 7 a 9 pts. Valido con Modificaciones 5 a 7 pts. No valido 4 a 0 pts.	

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Quien suscribe: Maura Veliz Bodero portadora de la C.I. 1203264252 de profesión
Licenciada en Ciencias de la Enfermería y como experto(a) en el área, hace constar:

YOLANDA CECILIA BENAVIDES MALIZA y KATHERINE ALEXANDRA IBARRA
VALVERDE con el fin de recolectar información para el trabajo de investigación
denominado: **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON**
SINDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL SEGÚN EL MODELO DE HILDEGAR
PEPLAU. HOSPITAL LEÓN BECERRA 2020-2021, elaboran la guía de valoración,
la misma que cumple con todos los requisitos técnicos "SUFICIENTES" con las
recomendaciones para su aplicación definitiva al universo seleccionado para el fin.

Certifica.

Maura Veliz Bodero

Licenciada en Enfermería

C.I. 1203264252

R. Benítez y 1013-11-328959

Lic. Maura Veliz Bodero

JEFA DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
LEÓN BECERRA DE MILAGRO



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERIA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

JUICIO DE EXPERTOS

PROYECTO DE TESIS PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL SEGÚN EL MODELO DE HILDEGAR PEPLAU. HOSPITAL LEÓN BECERRA 2020-2021

RESPONSABLE Srta. Benavides Maliza Yolanda Cecilia
Srta. Katherine Alexandra Ibarra Valverde

INSTRUCCIONES Luego de analizar y cotejar el instrumento de investigación en base al objetivo de estudio de investigación con sus criterios y experiencia profesional, valide dicho instrumento para su aplicación.

CRITERIO DE VALIDEZ	SUFICIENTE (3 pts.)	MEDIANAMENTE SUFICIENTE (2 pts.)	INSUFICIENTE (1 pt)	OBSERVACIONES
Considera que las dimensiones y preguntas de la unidad de estudio a determinar están contemplados dentro del instrumento	3			
Considera que las preguntas están sustentadas para evaluar la situación de manera objetiva	3			
Considera que el instrumento mide la unidad de estudio de forma correcta	3			
TOTAL	9			

TOTAL

Apellido Nombre

Firma

Criterios
Valido para aplicar 7 a 9 pts.
Valido con Modificaciones 5 a 7 pts.
No valido 4 a 0 pts.

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Quien suscribe, Yuleisy Annabell Correa Elizalde portadora de la C.I. 0705343291 de profesión Licenciada en Ciencias de la Enfermería y como experto(a) en el área, hace constar:

YOLANDA CECILIA BENAVIDES MALIZA y KATHERINE ALEXANDRA IBARRA VALVERDE con el fin de recolectar información para el trabajo de investigación denominado: **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL SEGÚN EL MODELO DE HILDEGARD PEPLAU, HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO 2020-21**, elaboran la guía de valoración, la misma que cumple con todos los requisitos técnicos "SUFICIENTES" con las recomendaciones para su aplicación definitiva al universo seleccionado para el fin.

Certifica.



ENFERMERA DEL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO DE MILAGRO

6.5.5. Anexo F: GUIA DE VALORACION DE PATRONES FUNCIONES DE MARJORY GORDON PARA PACIENTES CON SINDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL. AREA DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO. MILAGRO

DATOS DEL PACIENTE

Edad: _____

Genero: _____

Etnia: _____

Estado civil: _____

Lugar de residencia: _____

Diagnostico medico: _____

VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES

PATRÓN 1: Percepción manejo de la salud

1. Alergias

Refiere

No refiere

¿Cuáles? _____

2. Antecedentes de enfermedades personales

a) Sí

b) No

¿Cuáles? _____

3. Intervenciones quirúrgicas

a) Sí

b) No

¿Cuáles? _____

4. Antecedentes psiquiátricos personales

a) Sí

b) No

¿Cuáles? _____

5. Antecedentes psiquiátricos familiares

a) Sí

b) No

¿Cuáles?

6. ¿Tiene conciencia de su enfermedad?

a) Sí

b) No

7. Prácticas de riesgo

a) VIH

b) Hepatitis

c) Otras _____

—

d) Ninguna

Historial de desintoxicaciones

8. Desintoxicación previas

a) Sí

b) No

9. Causas de inicio de consumo

e) Por curiosidad

f) Problemas familiares

g) Problemas sociales

h) Otros

10. Factores negativos para su recuperación:

- e) Inseguridad
 - f) Problemas sociales
 - g) Problemas familiares
 - h) Otros_____
-

PATRÓN 2: Nutricional – metabólico

11. Peso

- f) Menos de 40 Kg
- g) 40 – 60Kg
- h) 61 – 80 Kg
- i) 81 – 100 Kg
- j) Más de 100 Kg

12. Talla

- a) Menos de 1.40 m
- b) 1.40 – 1.60 m
- c) 1.61 – 1.80 m
- d) Más de 1.80 m

13. IMC

- g) Menor de 18.5 (Bajo peso)
- h) 18.5 – 24.9 (Normal)
- i) 25 – 29.9 (Sobrepeso)
- j) 30 – 34.5 (Obesidad grado I)
- k) 35 – 39.9 (Obesidad grado II)
- l) Mayor a 40 (Obesidad grado III)

14. Temperatura

- f) 28 – 35 °C (Hipotermia)
- g) 36.2 – 37.4 ° C (Normal)
- h) 37.4 – 37.9 (Febrícula)
- i) 38 – 41.5 (Fiebre)
- j) Mayor a 41.5 (Hiperpirexia)

15. Aumento del apetito al consumo

- a) Sí
- b) No

16. Disminución del apetito al consumo

- a) Sí
- b) No

17. Ganancia de peso al consumo

- a) Sí
- b) No

18. Pérdida de peso al consumo

- a) Sí
- b) No

19. ¿Cuántas veces al día come?

- e) Menos de 3 veces
- f) 3 veces
- g) 5 veces
- h) Más de 5 veces

20. ¿Con quién come?

- e) Solo/a
 - f) Familia
 - g) Amigos
 - h) Otros
-

21. Alteraciones bucales

- g) Caries
 - h) Gingivitis
 - i) Halitosis
 - j) Ulceras
 - k) Otros
-

l) Ninguna

22. Problemas para comer

- e) Dificultad para comer
- f) Dificultad para tragar
- g) Alimentación por sonda
- h) Ninguna de las anteriores

23. Problemas digestivos

- e) Nauseas
- f) Vómitos
- g) Pirosis
- h) Ninguna de las anteriores

24. Intolerancias alimenticias

- a) Sí
- b) No

25. Suplementos alimentarios

- a) Sí
- b) No

Características de la piel

26. Color de la piel

- f) Rosada
- g) Pálida
- h) Oscura
- i) Cianótica
- j) Ictérica

27. Temperatura

- a) Caliente
- b) Fría
- c) Húmeda

28. Presencia de lesiones en la piel

- a) Sí

b) No

¿Cuales?

PATRÓN 3: Eliminación

Alteraciones urinarias

29. Micciones al día

- e) 1 – 3 veces
- f) 4 – 7 veces
- g) 8- 10 veces
- h) Más de 10 veces

Características de la orina

30. Color de la orina

- i) Transparente
- j) Amarillo claro
- k) Ámbar o miel
- l) Espumosa
- m) Azul verdoso
- n) Naranja
- o) Rojiza
- p) Café

31. Problemas de micción

- e) Disuria
- f) Oliguria
- g) Nicturia
- h) Piuria

32. Sistemas de ayuda

- a) Sí
- b) No

33. Incontinencia

- a) Sí
- b) No

34. Alteraciones intestinales:

- a) Estreñimiento
- b) Diarrea
- c) Otras

-
- d) Ninguna

35. Dolor a defecar

- a) Sí
- b) No

36. Sangre en heces

- a) Sí
- b) No

37. Uso de laxantes

- a) Sí
- b) No

38. Incontinencia

- a) Sí
- b) No

39. Diaforesis

- a) Sí
- b) No

PATRÓN 4: Actividad – ejercicio

Valoración del estado cardiovascular:

40. Frecuencia cardiaca

- d) Menor a 60 lpm (Bradicardia)
- e) 60 - 80 lpm (Normal)
- f) Mayor a 100 lpm (Taquicardia)

41. Presión arterial

- d) Menos de 80/ menos de 60mmHg (Hipotensión)
- e) 120-139/60-80mmHg (Normal)
- f) 140-159/80-99 mmHg (Hipertensión)

Valoración del estado respiratorio

42. Frecuencia respiratoria

- d) Menor a 12 rpm (Bradipnea)
- e) 12 a 19 rpm (Normal)
- f) Mayor a 20 rpm (Taquipnea)

43. Alteraciones de la respiración

- g) Disnea
- h) Apnea
- i) Molestias de esfuerzo
- j) Tos nocturna
- k) Expectoración
- l) Ninguna de las anteriores

Valoración de la movilidad

44. Dificultades en la movilidad

- a) Sí
- b) No

45. Debilidad generalizada

- a) Sí
- b) No

46. Cansancio

- a) Sí
- b) No

47. Fuerza y tono muscular

- g) Ausencia de contracción muscular visible
- h) Contracción muscular visible con movimiento mínimo o sin el
- i) Movimiento del miembro pero no contra la gravedad
- j) Movimiento contra la gravedad sin resistencia
- k) Movimiento contra cierta resistencia
- l) Fuerza completa

Actividades cotidianas

48. Higiene

- e) Correcta
- f) Incorrecta
- g) Falta de hábitos
- h) Incapacidad física

49. Vestirse

- d) Adecuado
- e) Descuidado
- f) Extravagante

50. Alimentación

- c) Independiente
- d) Dependiente

51. Comportamiento motor

- n) Normal
- o) Inhibido
- p) Hiperactivo
- q) Tics
- r) Agitación
- s) Estereotipias
- t) Temblor de las manos

- u) Temblor corporal
- v) Convulsiones
- w) Ataxia
- x) Alteración de la marcha
- y) Hiperreflexia
- z) Disartria

PATRÓN 5: Sueño – descanso

Espacio físico para el descanso

52. Ventilación

- a) Sí
- b) No

53. Temperatura agradable

- a) Sí
- b) No

54. Libre de ruidos

- a) Sí
- b) No

55. Número de horas que duerme

- e) Menos de 5 horas
- f) 5 - 7 horas
- g) 8 – 10 horas
- h) Más de 10 horas

56. Sueño interrumpido

- a) Sí
- b) No

57. Pesadillas

- a) Sí
- b) No

58. Despertar precoz

- a) Sí

b) No

59. Somnolencia diurna

a) Sí

b) No

60. Toma de hipnóticos

a) Sí

b) No

¿Cuáles?_____

61. Problemas de salud psicológica que afecten el estado de ánimo

h) Estrés

i) Ansiedad

j) Depresión

k) Alucinaciones

l) Ideas paranoicas

m) Inestabilidad afectiva

n) Ninguna

PATRÓN 6: Cognitivo – perceptivo

62. Nivel de conciencia

e) Lucido

f) Somnoliento

g) Obnubilado

h) Estuporoso

63. Alteraciones de la conciencia

e) Insomnio

f) Irritabilidad

g) Delirium

h) Ninguna

64. Aptitud respecto al entorno

f) Coherente

g) Confuso

- h) Apático
- i) Hipervigilante
- j) Fluctuante

65. Orientación e tiempo espacio y persona:

- c) Normal
- d) Desorientado

66. Alteraciones cognitivas

- g) Problemas para expresarse
- h) Problemas de memoria
- i) Dificultad para tomar decisiones
- j) Problemas de lenguaje
- k) Problemas de concentración
- l) Ninguno

67. Alteraciones perceptivas

- g) Visión
- h) Audición
- i) Olfato
- j) Gusto
- k) Sensibilidad táctil
- l) Ninguna

68. Alteraciones del pensamiento

- a) Comportamiento adaptado
- b) Ideas de muerte
- c) Ideas obsesivas
- d) Ideas de persecución

69. Presencia de dolor

- a) Sí
- b) No

Ubicación

70. Control del dolor

Sí

No

PATRÓN 7: Autopercepción concepto

Valoración del estado de ánimo del paciente

71. Estado de animo

- h) Tranquilo
- i) Ansioso
- j) Triste
- k) Eufórico
- l) Nervioso
- m) Preocupado
- n) Irritable

Valoración objetiva del paciente

72. Actitud ante su enfermedad

- e) Aceptación
- f) Rechazo
- g) Negación
- h) Indiferencia

73. Identidad sexual

- d) Heterosexual
- e) Homosexual
- f) Bisexual

Valoración emocional

74. Carencia afectiva

- a) Sí
- b) No

75. Cambios frecuentes del estado de ánimo

- a) Sí
- b) No

PATRÓN 8: Rol – relaciones

76. Comunicación con las personas

- e) Lenguaje espontaneo
- f) Afasias fluentes
- g) Afasias no fluentes
- h) Lenguaje repetitivo

77. Organización pensamiento- lenguaje

- d) Coherente
- e) Organizado
- f) Delirante

Situación socio familiar

78. ¿Con quién vive?

- f) Solo
- g) Amigos
- h) Cónyuge
- i) Padre y madre
- j) Otros familiares _____

79. Estructura familiar

- e) Familiar nuclear
- f) Familia extensa
- g) Familia mono parenteral
- h) Ninguna de las anteriores

80. Problemas familiares

- a) Sí
- b) No

81. Apoyo familiar

- a) Sí
- b) No

Grupo social

82. ¿Tiene amigos?

- a) Sí
- b) No

83. ¿Pertenece a algún grupo social?

- a) Sí
- b) No

84. Dificultad para establecer relaciones sociales

- a) Sí
- b) No

Situación laboral y económica

85. ¿Tiene trabajo?

- a) Sí
- b) No

86. ¿Percibe alguna pensión?

- a) Sí
- b) No

PATRÓN 9: Sexualidad y reproducción

Valoración de la sexualidad

87. Problemas relacionados con la reproducción

- a) Sí
- b) No

88. Apetito sexual

- a) Sí
- b) No

89. Uso de método anticonceptivos

- a) Sí
- b) No

PATRÓN 10: Adaptación tolerancia al estrés

- 90.** ¿Cambios importantes en los dos últimos años (presencia de crisis)?
- a) Sí
 - b) No
- 91.** ¿Esta tenso la mayor parte del tiempo?
- a) Sí
 - b) No
- 92.** ¿Qué le ayuda a relajarse?
- d) Actividades independientes (leer, escuchar música ejercicio, etc)
 - e) Actividades familiares
 - f) Actividades sociales
- 93.** ¿Tiene alguien de confianza para compartir sus problemas?
- a) Sí
 - b) No**

PATRÓN 11: Valores – creencias

- 94.** ¿Tiene planes importantes a futuro?
- a) Sí
 - b) No
- 95.** ¿Ha conseguido lo que quiere en la vida?
- a) Sí
 - b) No
- 96.** ¿Está contento con su vida?
- a) Sí
 - b) No
- 97.** ¿Pertenece a alguna religión?
- a) Sí
 - b) No
- 98.** ¿Sus creencias le causan problemas o dificultades?
- a) Sí

b) No

99. ¿Sus creencias le ayudan cuando tienen dificultad?

a) Sí

b) No

100. ¿Tiene preocupaciones relacionadas con la vida la muerte o enfermedad?

a) Sí

b) No