



**BLOQUE 5: URGENCIAS Y EMERGENCIAS.  
SALUD MENTAL. CUIDADOSA LA MUJER  
GESTANTE Y ANCIANOS. ÉTICA PROFESIONAL.**



**TEMA 26**

**Atención del Auxiliar de Enfermería a enfermos con problemas de salud mental. Atención a pacientes con problemas de toxicomanías (alcohol y drogodependencias) Técnicas de inmovilización.**



## 1. Auxiliar de Enfermería y atención al paciente de salud mental.

Las enfermedades mentales son más frecuentes en su estado más leve, las más severas y perseverantes son las de menor frecuencia. Existe una gran cantidad de personas que padecen algún tipo de trastorno mental y continúa con su rutina diaria aunque debe lidiar con diversas dificultades. Sus capacidades se ven disminuidas o afectadas. Otras personas ven sus vidas paralizadas y pueden tener graves consecuencias si su dolencia no es tratada.

El auxiliar de enfermería es una pieza clave en la atención del paciente actuando como un elemento de unión entre el paciente y el médico. También deberá aplicar los cuidados de acuerdo a las necesidades biopsicosociales del enfermo con problemas psiquiátricos o toxicológicos. Cada centro cuenta con protocolos que el auxiliar deberá seguir a la vez que se encargará de controlar los materiales y la organización de la unidad.

El auxiliar de enfermería tendrá funciones específicas en el Equipo de salud mental que serán:

- ✓ Informar al paciente, recepción y encauzar las necesidades asistenciales al resto del equipo.
- ✓ Atención específica a los pacientes acogidos en pisos, pensiones, hogares y resto de centros de acogida que integran el programa.
- ✓ Colaborar con el Enfermero en sus funciones ya sea en las unidades de salud mental como en los pisos de acogida.
- ✓ Colaborar directa con la elaboración, ejecución y evaluación de los programas de la unidad de salud mental y también en la redacción de las diferentes memorias.

## 2. Funciones del auxiliar de enfermería en el bienestar físico.

### 2.1. Colaborar con el aseo e higiene diaria del paciente.

En aquellos pacientes que no están en condiciones de realizar estas funciones por si solos. Ayudarles a abrir grifos, armarios, a manipular material de aseo personal y procurando en todo momento mantener su dignidad e intimidad.

### 2.2. Colaborar para que se pueda vestir de forma adecuada.

Para que el paciente use la ropa que el centro tiene como norma. Cuando el paciente padece una depresión normalmente está apático es necesario estimularlo para que esté presentable y arreglado adecuadamente.

### 2.3. Colaborar en la alimentación del paciente.

Brindarles ayuda para ingerir los alimentos cuidando de que tengan lo que necesitan en todo momento.



### 3. Funciones del auxiliar de enfermería en el bienestar psíquico.

#### 3.1. Brindar orientación al paciente.

La desorientación es una compañera de muchas patologías psiquiátricas como sucede con la demencia por ejemplo. El auxiliar deberá tranquilizar al paciente y ser capaz de detectar los síntomas para así brindarles la seguridad que necesitan.

#### 3.2. Brindar el descanso necesario al paciente.

Los trastornos del sueño acompañan a algunas enfermedades psiquiátricas. El auxiliar colaborará con el médico responsable para llevar a cabo un plan adecuado para que el paciente pueda descansar toda la noche brindándole un ambiente relajado, leche caliente e infusiones (siempre y cuando no estén contraindicadas o puedan interferir con la medicación del paciente).

#### 3.3. Hacer que se cumplan las medidas terapéuticas.

Efectuar el control y vigilancia de los tratamientos que el médico ha prescrito, tales como sondas o vías intravenosas por ejemplo para que tengan un correcto funcionamiento.

### 4. El auxiliar de enfermería frente a las urgencias psiquiátricas.

Se consideran urgencias psiquiátricas a aquellos casos donde el ingreso del paciente sea estrictamente necesario, cuando el paciente sea un peligro para el mismo o quienes le rodean.

Podemos considerar situaciones de riesgo las siguientes situaciones:

#### a. Cuadros de agitación psicomotriz.

- Es un signo asociado a diversas patologías como el consumo de sustancias tóxicas, ideas delirantes (el paciente piensa que le van a hacer daño o tiene miedo) y la respuesta a estas situaciones es un cuadro de agitación que rara vez cede con razonamientos.
- Cuando un paciente con agitación llega al centro se deben tomar una serie de medidas con el objetivo de evitar lesiones en el paciente hasta que esté sedado colaborando así con el personal de enfermería que seguirá las pautas marcadas por los médicos.
- Informar al paciente de lo que se le va a hacer explicándole que las medidas que se tomen son para evitar riesgos de lesiones.
- Alejar de su alcance todo objeto punzante o cortante, gafas, cinturones y cualquier objeto que no sea necesario de la habitación.
- Hacer uso de la sujeción mecánica si es necesaria en pies y manos hasta la sedación. Para hacer uso de la sujeción es necesaria la consulta previa al médico responsable y realizarlo con el material destinado a tal fin. En caso de no contar con él en ese momento, se puede hacer uso de vendas reforzadas con materiales suaves tales como algodón para evitar abrasiones cuando haya forcejeo.
- Colaborar con el personal de enfermería en la aplicación de los tratamientos



prescritos, que en la mayoría de los casos es intramuscular o intravenosa, para conseguir la sedación del paciente lo antes posible.

- Limitar todas aquellas situaciones que puedan ser un estímulo como ruido, luz, temperatura agradable.
- En una bolsa, recoger las pertenencias del paciente para hacerle entrega de ellas a la familia.
- Informar al resto de servicios (cocina, lavandería, etc.) del ingreso del nuevo paciente y verificar si lleva alguna dieta especial por alergias, intolerancias, diabetes, tensión, etc. e informar al servicio de cocina.
- Cuando el paciente se ha relajado, se le proporcionará la ropa adecuada, alimentos y líquidos si los necesitara.
- Mantener al paciente controlado para garantizar su seguridad durante el cuadro de agitación y posteriormente para poder detectar cualquier signo o síntoma que pueda surgir como convulsiones, fiebre, dolor, cianosis, etc.
- Registrar e informar al enfermero y médico de la información recabada.

b. Cuadros de delirios donde la percepción de la realidad se vea afectada de tal manera que pueda llevar al paciente a situaciones de riesgo.

- Es necesario recordar que en la gran mayoría de los procesos de delirios, el paciente vive una realidad deferente a la nuestra, pudiendo tener reacciones inesperadas, bruscas o violentas. Es por ello que el auxiliar de enfermería debe tener en cuenta las siguientes observaciones:

- Puede ser de ayuda conocer cuál es el delirio del paciente para que no hagamos nada que pueda potenciarlo. Tampoco se debe discutir acerca de su delirio ya que intentar razonar con él no tendrá ninguna utilidad.
- Puede ser beneficioso para el paciente que el auxiliar trate de ubicarlo para que sepa quién es, dónde está, que conozca el nombre de quien lo está atendiendo, saber en qué servicio está ingresado, etc. para que no deje de tomar contacto con la realidad.
- Es bueno conocer las condiciones que hacen estallar los delirios para no activarlos en las conversaciones y cuando sea necesario tocar el tema hacerlo desde la realidad y no seguirle la corriente.
- La separación del paciente con su familia y su ambiente habitual, debe durar el menor tiempo posible y recuperar dicho contacto en cuanto el médico lo permita.
- Proporcionar al paciente cubiertos que sean lo menos peligroso posible a la hora de las comidas.
- Puede ser de ayuda para mantener la tranquilidad del paciente que vea cuando abrimos los envases de agua, yogur, la medicación, etc. así evitaremos posibles ideas de envenenamiento causadas por sus delirios.
- Nunca hablar con cuchicheos o cotillear delante del paciente ya que este puede pensar que se está hablando de él y así potenciar ideas de referencia.
- Es recomendable tener un protocolo de actuación para cada paciente, pero aplicándolo con naturalidad, no forzando la situación para que el paciente se sienta cómodo.
- Durante el ingreso del paciente las actividades principales serán de tipo físico o manual mientras que las intelectuales serán menores.
- El paciente deberá seguir las normas generales del servicio en el que está ingresado como horarios de comidas, de duchas, de visitas, etc. pero evitar la dependencia del servicio.



c. Cuadros depresivos con ideas suicida.

Cuando una persona pasa por cuadro depresivo, siente un gran sufrimiento y desesperanza ante la vida lo que la lleva a considerar al suicidio como única vía de escape de su situación.

Se pueden diferenciar la depresión reactiva o exógena que se relaciona con una situación concreta que le ha sucedido al paciente produciéndole un impacto psicológico causando malestar que afecta en su modo de vivir, de la depresión endógena que se crea dentro del cerebro de la persona sin que sea necesaria la existencia de un factor externo sino que depende de cambios fisiológicos en el cerebro provocando nula autoestima, negación total hacia todo y los razonamientos sirven de poco.

- Aunque los pacientes que presentan cuadros depresivos no hablan mucho es importante escucharlos cuando lo hacen prestándole atención.
- El auxiliar de enfermería no debe hacer preguntas acerca de sus ideas, investigar ni dramatizar la situación.
- El auxiliar se debe mostrar comunicativo con el paciente, mostrándole al paciente la disposición para escucharlos.
- Para evitar lesiones en el paciente se deben tener controlados todos los elementos que puedan resultar peligrosos como objetos cortantes o punzantes, productos cáusticos o tóxicos y también ventanas, tomas de corriente, cinturones, cordones, etc. El paciente debe saber que es respetado, pero que también se respeta la vida y que las medidas que se toman son en defensa de esta.
- El paciente debe permanecer en habitaciones que no presenten riesgos tales como cortarse o colgarse.
- La medida más eficaz contra el suicidio y los daños que se pueda ocasionar un paciente es el permanecer a su lado.
- En algunos casos los pacientes a los que se le indique, es conveniente que duerman en una habitación compartida debido a que la soledad puede ocasionar o potenciar la idea de suicidio.
- Insistir al paciente que aunque en el momento él no pueda verlo, la situación que está viviendo es pasajera.
- El paciente recibirá las visitas de personas allegadas, sin excesos, con el consentimiento del médico y solamente las que él consienta.
- Es necesario llevar un control de las ingestas diarias y de la higiene del paciente debido a que en esta etapa estos hábitos se ven mermados o anulados.
- Intentar mostrarnos demasiado optimistas, diciendo frases “bonitas” que no ayudaran en nada al paciente.
- Hacer ver al paciente sus progresos y fortalecer sus pequeños logros.

d. Cuadros de confusión, desorientación en el tiempo y espacio, pérdida del contacto con la realidad, alucinaciones.

Esta clase de sucesos se dan en demencias, abusos de sustancias tóxicas, o problemas neurológicos graves. Son episodios de carácter orgánico. El paciente no es consciente de donde se encuentra, del espacio, del tiempo y suelen haber pérdida de memoria o cierta obcecación de la conciencia, alucinaciones.

En periodos de confusión graves, en los momentos más agudos, podría llegar a





necesitarse la sujeción mecánica hasta que el paciente se tranquilice.

El auxiliar de enfermería deberá tener en cuenta alguna de las siguientes medidas:

- En los pacientes con casos leves y que puedan deambular por el servicio donde estén ingresados, deberá vigilarse que no haya obstáculos que puedan provocar accidentes y también se prestará atención a la hora de la ducha por el riesgo de caídas (cuidando su intimidad).
- Que el paciente tenga a la vista relojes, calendarios o que pueda leer el periódico del día le hace tener evidencias para poder estar centrado en el espacio y tiempo.
- Es fundamental llevar un control de las constantes vitales, la ingesta de alimentos, especialmente de líquidos, las eliminaciones y las costumbres higiénicas.
- Mantener el contacto con familiares y amigos para que puedan recordar con mayor facilidad.
- Observar todos los síntomas añadidos porque algunos cuadros de confusión pueden estar relacionados con situaciones orgánicas variadas y el auxiliar deberá ponerlo en conocimiento del personal de enfermería y del médico.

Actualmente las terapias psicoanalíticas más escrupulosas son menos utilizadas especialmente por el tiempo que conllevan los tratamientos, que pueden ser años y han sido reemplazado por terapias psicodinámicas breves, que se centran en aspectos particulares del paciente y no intenta "cambiar" totalmente la personalidad. El paciente adquiere el compromiso de poner en práctica las cosas aprendidas entre una sesión y otra. Las terapias tienen objetivos y pueden ser conductuales y cognitivas.

Terapias conductuales: tiene como objetivo la extinción o reducción de una conducta inadecuada que es perjudicial para el paciente o la inserción de una conducta deseable que no está presente en su conducta actual.

Terapias cognitivas: tiene como objetivo tratar la conducta del sujeto tanto las manifiestas como las encubiertas. Se diferencia de las terapias conductuales en que estas se orientan a identificar y modificar los conocimientos no adaptativos para conseguir un cambio conductual.

## **5. Atención a pacientes con problemas de toxicomanías: alcohol y drogodependencias.**

El consumo no terapéutico de sustancias de forma compulsiva o incontrolable, a pesar de los daños que puedan traer al individuo que las consume, a su entorno o a ambos se denomina drogodependencia, drogadicción o toxicomanía. Puede ser un estado de intoxicación crónica u ocasional que se produce por el consumo repetido de la sustancia tóxica que modifica la conducta del individuo. Las consecuencias que puede acarrear sobre el individuo son deterioro físico, mental y social, llegando a un punto en el que pierde la capacidad de decidir si sigue o no consumiendo.

El paciente drogodependiente debe ser atendido teniendo en cuenta una visión global que está compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, sociales y su interrelación con ellos.



En la atención del paciente toxicómano, las funciones generales del auxiliar de enfermería serán:

- 1) Descubrir de forma metódica y temprana al paciente drogodependiente, ya sea de forma directa o mediante familia y amigos.
- 2) Dar al paciente y familia información veraz, orientación y explicación adecuada acerca de su enfermedad y las consecuencias que acarrea el consumo de sustancias tóxicas y la manera de prevenirlo.
- 3) Ayudar al paciente a reconocer su problema y la necesidad de ayuda que tiene.
- 4) Procurar reducir los niveles de ansiedad e inquietud del paciente y su familia ante la situación.
- 5) Evaluar el estado de salud del paciente mediante un seguimiento adecuado del mismo.
- 6) Brindar atención en las urgencias derivadas del consumo de tóxicos.
- 7) Propiciar que el paciente abandone su hábito de consumo dándole a conocer los mecanismos, recursos disponibles y los posibles tratamientos que puede seguir de acuerdo con su caso.
- 8) Si el paciente no está en disposición de abandonar sus hábitos tóxicos, se le ofrecerán pautas alternativas que comporten menor riesgo.
- 9) Colaborar con los programas de rehabilitación y reinserción social tanto en el diseño como en la actuación de los mismos.
- 10) Efectuar programas de educación para la salud y la prevención de la drogodependencia.

Definiciones importantes:

#### **Droga o sustancia tóxica**

Sustancia que al ser introducida en el organismo por cualquier vía de administración o mecanismo, tiene la capacidad de provocar una modificación en la conducta del individuo que la consume y en su entorno.

#### **Intoxicación**

Modificaciones físicas y psíquicas que se producen por el consumo de sustancias psicoactivas y que van disminuyendo a medida que la concentración que hay en el organismo baja.

#### **Tolerancia**

Es la adaptación del organismo a las drogas, (que es una de sus propiedades), ligada al consumo repetido de la sustancia, provocando que el consumo de la misma cantidad de sustancia ya no tenga el mismo efecto requiriendo un mayor consumo para conseguir los efectos que tenía al principio de su uso.

#### **Síndrome de abstinencia**

Se produce cuando el cuerpo es privado de la sustancia a la que está acostumbrado provocando una cantidad de reacciones físicas y dolores intensos. Junto con la intoxicación y la sobredosis son las causas de consulta principales en Atención Primaria. Se conoce como “mono” en el heroinómano, “delirium tremens” en el alcohólico e insomnio en los adictos a los hipnóticos.



Conforme a las características farmacológicas las drogas se clasifican en 7 grupos:

- I. **OPIÁCEOS:** opio, morfina, heroína y derivados sintéticos.
- II. **PSICO-ESTIMULANTES MAYORES:** cocaína, anfetaminas.
- III. **DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:** alcohol etílico, barbitúricos, benzodiacepinas, metacualona.
- IV. **CANNABIS:** hachís, marihuana.
- V. **ALUCINÓGENOS:** dietilamina del ácido lisérgico (LSD), psilocibina, mescalina, peniciclidina.
- VI. **SOLVENTES:** benceno, tolueno, acetona, tricloroetileno, éter, óxido nítrico.
- VII. **PSICO-ESTIMULANTES MENORES:** nicotina (tabaco), cola, khat, cafeína.

## 6. Tratamiento de la drogodependencia.

### MARCO NORMATIVO BÁSICO

Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. (DOGV. nº.- 3.016, de 18.06.97).

### ASISTENCIA SANITARIA

Orden de 7 de julio de 1997, de la Consellería de Sanidad, por la que se crean las Unidades de Conductas Adictivas, en determinadas Áreas de Salud de la Comunidad Valenciana. (DOGV nº.- 3.092, de 03.10.97).

Corrección de errores de la Orden de 7 de julio de 1997, de la Consellería de Sanidad, por la que se crean las Unidades de Conductas Adictivas, en determinadas Áreas de Salud de la Comunidad Valenciana. (DOGV nº.- 3.133, de 01.12.97).

Acuerdo de 9 de diciembre de 1997, del Gobierno Valenciano, por el que se fijan las retribuciones del personal estatutario adscrito a las Unidades de Conductas Adictivas en determinadas Áreas de Salud de la Comunidad Valenciana. (DOGV nº.- 3.145, de 18.12.97).

### ACREDITACIONES DE CENTROS Y SERVICIOS

Decreto 47/1998, del 15 de abril, del Gobierno Valenciano, sobre Registro y Acreditación de Centros y Servicios de Atención y Prevención de las Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, en la Comunidad Valenciana (DOGV nº.- 3.235, de 05.05.98).





## PUBLICIDAD

Decreto 57/1998, del 28 de abril, del Gobierno Valenciano, por el que se establecen las normas reguladoras de la inclusión de mensajes de advertencia sobre la peligrosidad del uso o abuso de bebidas alcohólicas y del tabaco en la publicidad de estos productos. (DOGV nº.- 3.236, de 06.05.98).

Las personas toxicómanas son pacientes difíciles de tratar. Acuden a la consulta para exigir que se les recete medicación o que se les cure de manera inmediata aunque su dependencia lleve muchos años.

Es necesario derivarlos a un centro especializado en adicciones y desde el servicio de Atención Primaria realizar un seguimiento adecuado.

Cuando los pacientes comienzan el tratamiento comienzan a cambiar su actitud, colaborando y siendo agradecido cuando el equipo se muestra interesado por ellos.

6.1. Dependiendo de la visión que tiene una persona acerca del consumo de drogas, dependerá que las consuma o no. Algunos de los puntos a tener en cuenta son:

- ✚ Opinión que tenga sobre las drogas.
- ✚ Ambiente de su lugar de residencia.
- ✚ Sistema de valores.
- ✚ Educación.
- ✚ Clases de información que recibe.
- ✚ Su personalidad.

La dependencia a las drogas se va desarrollando por diferentes causas como la curiosidad, porque se ve como un juego, por aburrimiento, desconocimiento, desmotivación, por hastío, nihilismo, por desinterés o indiferencia.

6.2. Las dependencias se pueden clasificar en:

**PSÍQUICA:** el individuo tiene una necesidad constante de tomar una droga con el fin de obtener una sensación de placer y satisfacción o de evitar algún malestar.

**FÍSICA:** dejar de consumir drogas da como resultado una cantidad de malestares físicos que se denominan mono o síndrome de abstinencia.

**SOCIAL:** sentirse obligado por el grupo a consumir sustancias. El grupo social ejerce presión sobre el individuo para que consuma drogas.

6.3. Algunas conductas o síntomas que pueden aparecer e indican un posible consumo de drogas son los siguientes:

- ✓ El rendimiento escolar y laboral disminuye.
- ✓ Las amistades, costumbres y los horarios cambian.
- ✓ El interés por las cosas se siempre se pierden.
- ✓ El estilo de vida cambia.
- ✓ Descuido por la vestimenta y la higiene personal.
- ✓ Comienza a usar ropa de mangas largas y gafas de sol.
- ✓ Efectúa robos grandes o pequeños.
- ✓ El comportamiento social se ve estropeado.



- ✓ El humor, la irritabilidad y la apatía sufren cambios.
- ✓ Pérdida de apetito y por ende adelgazamiento, coloración sub-ictérico, problemas dermatológicos.
- ✓ Agresividad y ansiedad.
- ✓ Empobrecimiento e indiferencia afectiva hacia todo pudiendo llegar a cuadros depresivos.
- ✓ Relaciones interpersonales deterioradas.
- ✓ Ritmo del sueño alterado.
- ✓ Déficit y alteraciones cognitivas, especialmente de la atención, memoria y concentración.

#### 6.4. Las diferentes fases del tratamiento son:

**Motivación:** es importante antes de iniciar cualquier tratamiento, comprobar cuáles son las motivaciones que llevan al paciente a buscar el abandono total de las drogas y si lo va a iniciar de forma voluntaria, a partir de ahí se planteará el tratamiento más adecuado para él.

**Desintoxicación:** en esta etapa se interrumpe el consumo de drogas y se desintoxica el organismo del paciente. Tiene una duración entre 8 y 10 días. Solamente si el paciente está muy motivado se podrá realizar de forma ambulatoria, pero normalmente es una fase que debe hacerse en régimen de internación hospitalaria.

**Rehabilitación:** es la etapa en que el drogadicto es preparado para ser reincorporado a la sociedad. Es la fase más dura y prolongada, dura un año o más, y es en este periodo donde pueden surgir recaídas. La rehabilitación se lleva a cabo en el aspecto social, familiar y laboral.

El tratamiento es complicado y arduo debido a que el paciente no suele pedir ayuda y necesita mucho apoyo.

Existen medidas de prevención de la drogodependencia donde encontramos las medidas de actuación que se recomiendan en las diferentes áreas.

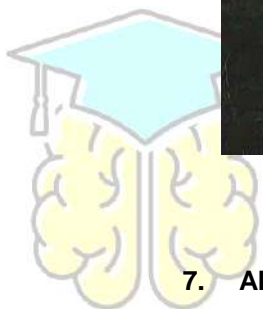
**Escolar:** es de suma importancia que antes de los doce años se brinde información continuada sobre las toxicomanías en los jóvenes, (los efectos negativos del consumo de drogas, los peligros sociales y personales, etc.), además de educación para la prevención. Será el profesor, (apoyado por profesionales del servicio de Atención Primaria), la persona adecuada para transmitir la información por su grado de cercanía con ellos.

**Familiar:** en este área es importante fomentar la comunicación en el seno de la familia para que padres e hijos puedan dialogar con una actitud comprensiva, de apoyo y estando presente cuando los hijos lo necesiten. Es importante que los padres tengan una actitud negativa acerca del consumo de drogas.

**Social:** Acciones por parte de la policía y legales que limiten el abastecimiento de sustancias ilegales, reprimiendo y persiguiendo el tráfico. Publicidad y acciones generales contra el consumo. Es importante planificar el ocio y potenciar las actividades deportivas, culturales y laborales.



Sanitaria: capacitar al personal sanitario, ampliando los equipos de detección precoz que están a pié de calle, crear centros de rehabilitación, promover la salud mental de niños y jóvenes.



## 7. Alcoholismo.

Es una droga permitida en la sociedad ya que al hacer uso del alcohol en un



ambiente social, no se cree que se vaya a llegar a un punto de depender de él. En la actualidad no se tiene objetividad sobre su uso y abuso. No se toma conciencia de que es una enfermedad y cuando se produce se le ve más como un vicio y suele ser intratable.

El alcoholismo es un problema grave por diferentes motivos:

- I. Es la dependencia más frecuente, la que mayores problemas provocan y con consecuencias más graves, además de los gastos que acarrea a la Administración.
- II. La edad de comienzo de consumo es cada vez más baja, siendo de entre 12 y 13 años de edad, e incrementándose la frecuencia tanto en hombres como en mujeres.



- III. Es raro que cuando se consumen otras drogas, estas no vayan acompañadas de alcohol es por ello que el alcoholismo abre la puerta a otras poli toxicomanías.
- IV. El alcoholismo está frecuentemente asociado con el consumo de psicotrópicos, estimulantes y tranquilizantes.
- V. La publicidad colabora en realzar el valor del consumo de alcohol.

**Para evaluar la dependencia de una persona al alcohol, se deben cumplir al menos tres de los siguientes criterios de diagnóstico.**

#### **DIAGNOSTICO PARA LA DEPENDENCIA Y ABUSO DE ALCOHOL.**

- \* Consumo frecuente y en grandes cantidades o por un periodo mayor del que la persona pretende.
- \* Intento persistente en una o más ocasiones, pero sin éxito, por controlar o abandonar el consumo de alcohol.
- \* Ocupar la mayor parte del tiempo en conseguir, consumir y recuperarse de los efectos del alcohol.
- \* Frecuentes intoxicaciones o síntomas de abstinencia en momentos en los que debe cumplir obligaciones a nivel laboral, escolar o en el hogar.
- \* Renuncia a actividades sociales, recreativas u obligaciones a las que se renuncia como consecuencia del consumo de alcohol.
- \* Insistencia en el consumo de alcohol aun conociendo problemas de índole social, psicológico o físico constantes que son causados o acrecentados debido al consumo de alcohol.
- \* Se acrecienta la tolerancia al alcohol, provocando que tenga que aumentar las cantidades consumidas para conseguir el efecto deseado.
- \* Síntomas de abstinencia característicos.
- \* Aumento de la ingesta de alcohol para evitar los síntomas de abstinencia.
- \* Se considera que una persona es dependiente del alcohol cuando los síntomas mencionados, ha persistido por durante al menos un mes o has sucedido episodios de forma repetida a lo largo del tiempo.

**ABUSO DE ALCOHOL:** se considera abuso de alcohol cuando se bebe demasiado alcohol, con mucha frecuencia e interviene en la vida diaria.

Consumo continuado aun sabiendo que tiene un problema social, ocupacional, psicológico o físico constante o repetido que es causado o incrementado por el consumo de alcohol.

Consumo recurrente en situaciones en las que el consumo es arriesgado para la salud.

Algunos síntomas del trastorno han persistido durante un lapso de un mes o han ocurrido repetidamente durante un largo periodo de tiempo.

Nunca satisface los criterios de dependencia de alcohol.

**El cuestionario CAGE está integrado por cuatro preguntas que se relacionan con su consumo de alcohol.**

1. ¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol?
2. ¿Se siente molesto cuando lo critican por beber?



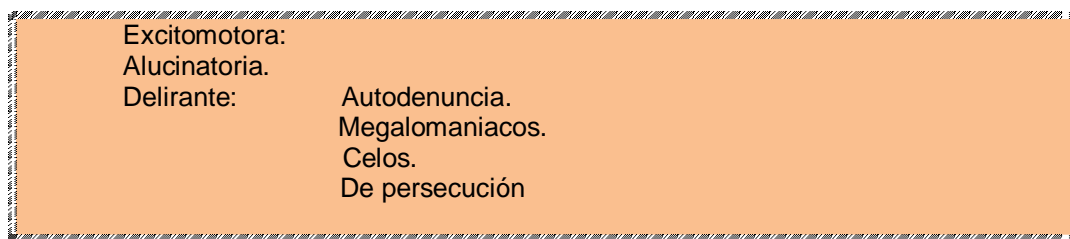


3. ¿Alguna vez se siente culpable por beber?
4. ¿Alguna vez toma alcohol por la mañana temprano para arrancar el día o para curar la resaca ("un clavo saca otro clavo")?

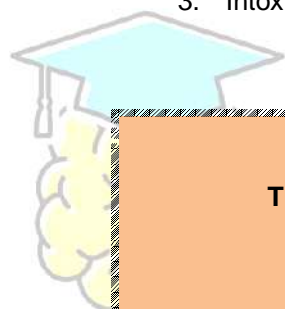
**Si la respuesta es "sí", "a veces" o "a menudo" a 2 o más de las preguntas, podría haber un problema con el alcohol. Esto nos daría un porcentaje mayor al 80%.**

Los cuadros clínicos son:

1. Embriaguez (intoxicación aguda).
2. Embriaguez patológica:



3. Intoxicación crónica, Síndrome de Impregnación Alcohólica Crónica.



**Hábito.**

**Trastornos psíquicos**

**Trastornos físicos**

**Trastornos mentales**

- Trastornos de la efectividad.
- Modificaciones del carácter.
- Trastornos en la esfera cognitiva.
- Sistema nervioso
- Aparato cardio-respiratorio.
- Aparato digestivo.

**Delirio alcohólico subagudo:** se caracteriza por trastornos de la conciencia.

- I. Aparece un estado de confusión nocturna.
- II. Delirio onírico: se caracteriza por alucinaciones de todo tipo.
- II. Síntomas somáticos: sudoración profusa, lengua seca, polipnea, temblor distal, Hepatomegalia, subictericia.

Agudos: similar al delirio subagudo, pero con los síntomas más intensos. Presencia de hipertermia (40°- 41°) que es difícil de bajar y controlar, deshidratación y desorientación temporoespacial.





El alcoholismo crónico va a llevar a un deterioro progresivo, similar a las demencias fisiológicas, aunque esta no es definitiva o irreversible ya que si el paciente quiere y deja definitivamente el alcohol, este deterioro se detendrá y puede que también se revierta.

Es importante recordar que el paciente que solicita tratamiento para el alcoholismo, debe hacerlo de forma voluntaria y estar dispuesto a abandonar totalmente la bebida. En caso que no se cumplan estas premisas, se estará perdiendo el tiempo.

#### Fases para la cura del alcoholismo.

<b>Abstinencia y desintoxicación</b>	Entre 7 y 10 días sin ingesta total de alcohol. Se recomienda la hospitalización del paciente por los problemas que puede acarrear el síndrome de abstinencia.
<b>Tratamiento de la apetencia alcohólica</b>	Se denomina también cura de intolerancia, sensibilización o repugnancia al alcohol. Esto quiere decir que cuando desea beber alcohol este le produce asco y rechazo.
<b>Cura del sostenimiento</b>	Esta fase consiste en que el paciente se mantenga abstemio. Se suele hacer mediante los diferentes tipos de psicoterapia: <b>Individual:</b> el paciente es informado sobre la terapia para que adquiera responsabilidades y que comprenda que las excusas no son válidas. <b>De grupo:</b> son reuniones con exalcohólicos que dan buenos resultados ya que reciben apoyo unos con otros. <b>Familiar:</b> fundamentalmente deben participar los cónyuges.
<b>Post cura de seguridad</b>	Esta parte del tratamiento es de control para que el paciente consiga tener una abstinencia total del alcohol. El auxiliar de enfermería debe considerar al paciente alcohólico como un enfermo que necesita apoyo y ayuda en las distintas áreas: física, psicológica y social y en los ámbitos: sanitario, familiar, laboral y social.

D  
E S