Enfermería Universitaria. 2017;14(1):19–27

Enfermería Universitaria

www.elsevier.es/reu

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Experiencias del personal de enfermería con pacientes hospitalizados por abuso de alcohol

A. Sánchez-Solís* **y X. de San Jorge**

Departamento de Adicciones, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México

Recibido el 19 de mayo de 2016; aceptado el 24 de octubre de 2016
Disponible en Internet el 18 de enero de 2017

PALABRAS CLAVE
Personal de enfermería;
Experiencias;
Atención de enfermería;
Consumo de bebidas alcohólicas;
México

Resumen
Introducción: Enfermería se ha caracterizado por tener una mejor disposición de ayudar/orientar a los pacientes con uso nocivo de alcohol; sin embargo, tener un mayor conocimiento sobre las experiencias y prácticas actuales de atención ayudaría a diseñar mejores estrategias para implementar la detección y la intervención.
Objetivo: Caracterizar las experiencias de atención de los profesionales de enfermería hacia los pacientes hospitalizados por enfermedades atribuibles al alcohol.
Método: Estudio exploratorio en el que se realizaron entrevistas semiestructuradas a enfermeras/os de un hospital general. Se utilizaron preguntas abiertas agrupadas en 2 áreas generales: *a)* experiencias de atención durante el tratamiento médico, y *b)* experiencias de intervención específica para reducir el consumo de alcohol en los pacientes. Se utilizó el modelo de sistema de actividad como guía conceptual para organizar e interpretar los datos.
Resultados: Se realizaron 21 entrevistas. La acumulación de experiencias con pacientes violentos por intoxicación alcohólica o supresión etílica genera actitudes negativas, por ejemplo, el rechazo, y condiciona la atención. Por otro lado, el antecedente de un familiar con alcoholismo entre el personal de enfermería se asocia a una mayor empatía y disposición.
Conclusiones: Se identificaron 4 grupos de condicionantes para la atención que se brinda: *1)* actitudes, emociones; *2)* creencias y percepciones sobre el alcoholismo; *3)* historia personal, y *4)* limitaciones institucionales. Las experiencias de atención del personal de enfermería con antecedentes familiares de alcoholismo y sus acciones orientadas a reducir el consumo de alcohol son básicas para desarrollar un modelo de intervención.
© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: sansol@comunidad.unam.com (A. Sánchez-Solís).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.12.001
1665-7063/© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

KEYWORDS
Nursing staff;
Experiences;
Nursing care;
Alcohol drinking;
Mexico

Nursing personnel experiences with alcohol-abusing hospitalized patients

Abstract
Introduction: Nursing has been considered as a profession with a distinguished disposition towards helping patients with alcohol consumption problems; however, having a broader knowledge on the related actual attention practice and experiences could help design better detection and intervention strategies.
Objective: To characterize the attention experiences of nursing professionals regarding patients hospitalized for alcohol-consumption-related illnesses.
Method: This is an exploratory study. Semi-structured interviews were performed on nurses from a general hospital. Open questions were asked about 2 general areas: *a)* experiences related to attention during the medical treatment, and *b)* experiences related to specific interventions to reduce consumption. The activity system model was used as a conceptual guide to organize and conceptualize data.
Results: Twenty-one interviews were performed. The accumulation of experiences with alcohol intoxication-or-suppression related violent patients tends to provoke negative attitudes on the side of the nursing professionals, including rejection and attention-conditioning. However, an antecedent of a relative with alcoholism among the nursing personnel is associated with a greater care empathy and disposition.
Conclusion: Four attention conditioning factors were identified: *1)* attitudes, emotions; *2)* beliefs and perceptions on alcoholism; *3)* personal history, and *4)* institutional limitations. The attention experiences of the nursing personnel with relatives with alcoholism antecedents can be an important base to address the issue and develop an intervention model.
© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

PALAVRAS-CHAVE
Recursos humanos de enfermagem;
Experiências;
Cuidados de enfermagem;
Consumo de bebidas alcoólicas;
México

Experiências do pessoal de enfermagem com pacientes hospitalizados por abuso de álcool

Resumo Introdução: A enfermagem tem se caraterizado por ter uma melhor disposição para ajudar/orientar aos pacientes sobre o uso nocivo do álcool, porém, ter um maior conhecimento sobre as experiências e práticas atuais de atenção, ajudaria a desenhar melhores estratégias para implementar a detecção e intervenção.
Objetivo: Caracterizar as experiências de atenção dos profissionais de enfermagem nos pacientes hospitalizados por doenças atribuídas ao álcool.
Método: Estudo exploratório, realizaram-se entrevistas semiestruturadas a enfermeiras/os de um hospital geral. Utilizaram-se perguntas abertas agrupadas em 2 áreas gerais: *a)* experiências de atenção durante o tratamento médico, e *b)* experiências de intervenção específica para reduzir o consumo de álcool nos pacientes. Utilizou-se o modelo de sistema de atividade como guia conceitual para organizar e interpretar os dados.
Resultados: Realizaram-se 21 entrevistas. A acumulação de experiências com pacientes violentos por intoxicação alcoólica ou supressão etílica gera atitudes negativas, por exemplo, a recusa, e condiciona a atenção. Por outro lado, o antecedente de um familiar com alcoolismo entre o pessoal de enfermagem associa-se a uma maior empatia e disposição.
Conclusões: Identificaram-se 4 grupos de condicionantes para a atenção que se brinda: *1)* atitudes, emoções; *2)* crenças e percepções sobre o alcoolismo; *3)* história pessoal, e *4)* limitações institucionais. As experiências de atenção do pessoal de enfermagem com antecedentes familiares de alcoolismo e suas ações orientadas a reduzir o consumo do álcool, são base para desenvolver um modelo de intervenção.
© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a licença de Creative Commons CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

1. Introducción

La población con uso nocivo de alcohol acude a los servicios de salud a solicitar atención debido a las consecuencias del consumo, pero poco se interviene en la conducta del consumo de los pacientes. En México se reportó un promedio anual de 45,000 casos por enfermedades atribuibles al alcohol (EAA) en los servicios de urgencias entre 2011 y 2015. Sin embargo, solo el 2.2% de los pacientes lesionados bajo el efecto del alcohol recibió tratamiento psicológico, 1.3% consejería y 0.1% atención psiquiátrica[1,2].

En las últimas 3 décadas se han desarrollado estrategias de salud pública para reducir las consecuencias del uso nocivo del alcohol en pacientes que acuden a los servicios de salud, por ejemplo: el Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol –AUDIT por sus siglas en inglés– y el Programa de intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, impulsados por la Organización Mundial de la Salud[3]. No obstante, la mayoría de los profesionales de medicina no incorporan estas estrategias en su práctica cotidiana, aun cuando existe evidencia sobre su eficacia y costo-efectividad[4,5].

Por lo anterior, se han desarrollado investigaciones para identificar los obstáculos que impiden el uso de las herramientas para identificar e intervenir a pacientes con uso nocivo del alcohol. En general, se ha observado que los médicos experimentan una inseguridad de rol al abordar los problemas del alcohol de sus pacientes, además de carecer de conocimientos y habilidades para abordar la problemática[6]. También se ha observado escepticismo sobre los tratamientos para reducir el consumo, confusión sobre el punto a partir del cual el consumo de alcohol se considera nocivo y estigmatización hacia los pacientes con trastornos por uso de sustancias entre los profesionales de la salud[7–9]. En un estudio reciente sobre las actitudes y el manejo de los problemas por alcohol, se identificaron las siguientes barreras: *a)* los médicos están muy ocupados para atender el problema; *b)* consideran que el servicio no está organizado para ofrecer consejería preventiva; *c)* no están entrenados para ofrecerla, y *d)* creen que los pacientes no aceptan el consejo y no cambiarán su consumo[10].

Ante las barreras de la implementación y en la búsqueda de alternativas, algunos investigadores han propuesto al personal de enfermería como los profesionales de la salud que mejor podrían realizar las estrategias de detección e intervención oportuna. En su revisión sistemática de evidencia cualitativa sobre implementación, Johnson et al. identificaron que los profesionales de enfermería, en comparación con los médicos, presentan mayor disposición para abordar el tema del consumo de alcohol con los pacientes[11]. Sin embargo, también se han observado obstáculos en la implementación. Broyles et al., entrevistaron a enfermeras para conocer su perspectiva sobre las estrategias de detección e intervención oportuna en un contexto hospitalario. Entre las barreras se observó la falta de conocimiento y habilidades para el manejo de los pacientes con abuso de alcohol, poca colaboración interdisciplinaria, uso de protocolos de evaluación inadecuados y sin integración en el expediente médico, preocupación por la reacción del paciente y falta de tiempo[12].

La investigación sobre la implementación de las estrategias de detección e intervención oportuna se ha centrado exclusivamente en la identificación de las barreras que emergen durante el proceso[13]. Sin embargo, poco sabemos sobre la situación previa al proceso de implementación, es decir, sobre las actividades de atención cotidianas del personal de enfermería hacia los pacientes con uso nocivo del alcohol. Por ejemplo, en un estudio sobre la aceptación de las estrategias de detección e intervención entre enfermeras en hospitales, Groves et al., observaron indirectamente actitudes positivas y negativas hacia estos pacientes, antes de la introducción de las estrategias[14]. Algunas enfermeras expresaban simpatía hacia los pacientes y compromiso profesional al brindar la atención sin importar el antecedente del consumo de alcohol; otras enfermeras expresaron su miedo o frustración debido a experiencias de agresión por parte de los pacientes intoxicados y a la reincidencia de los pacientes en el hospital. Sin embargo, no se analiza el efecto de estas actitudes durante la implementación, ni se discute sobre el cómo abordarlas o incorporarlas a la misma estrategia de implementación.

En general, no existe información sobre las prácticas cotidianas de atención del personal de enfermería hacia los pacientes con uso nocivo del alcohol. No obstante, el personal de enfermería se ha caracterizado por mostrar una mayor disposición de ayudar/orientar a los pacientes con uso nocivo de alcohol en comparación con el personal de medicina[11,14]. Se considera que, al tener un mayor conocimiento sobre las experiencias y las prácticas actuales de atención, esto ayudará a diseñar mejores estrategias contextualizadas para implementar la detección y la intervención con mayor probabilidad de éxito.

Con base en lo anterior, se realizó una investigación con el objetivo de caracterizar las experiencias de atención de los profesionales de enfermería hacia los pacientes hospitalizados por consecuencias del consumo de alcohol. La investigación se realizó desde el marco conceptual de la teoría de la actividad histórico-cultural propuesta por Yrjö Engeström, la cual se enfoca en la actividad humana colectiva, histórica y mediada por instrumentos culturales[15]. Desde esta perspectiva se concibe la actividad humana como un sistema en el cual los *sujetos* trabajan colectivamente sobre un *objeto* compartido con el propósito de obtener un *resultado* deseado (fig. 1). Para alcanzar dicho resultado, se utilizan diversos *instrumentos* para actuar sobre el objeto de la actividad. Los instrumentos pueden ser de naturaleza

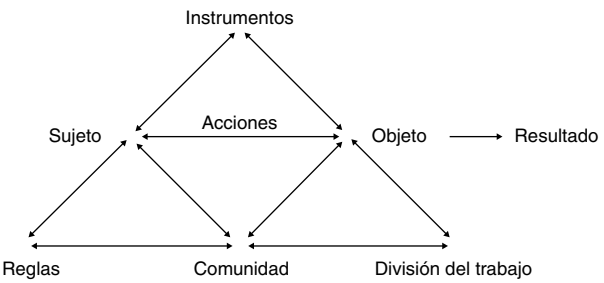

Figura 1 Modelo del sistema de actividad desarrollado por Yrjö Engeström.
Fuente: Engeström et al.[15].

material o simbólica; el lenguaje es uno de los instrumentos simbólicos con mayor peso en la mediación del sistema. La organización de estas acciones está mediada por la *división del trabajo*, por las *reglas* desarrolladas históricamente y por la red de relaciones interpersonales de la *comunidad*.

El modelo del sistema de actividad permite observar la dinámica entre los componentes, las formas de interacción, pero además identificar las tensiones y contradicciones del sistema que influyen en los resultados obtenidos. Para el caso de esta investigación, se propuso una primera aproximación para identificar los componentes del sistema de la actividad que median en la atención hospitalaria, la interacción entre ellos y las posibles tensiones que influyen en los resultados de la atención al paciente hospitalizado por enfermedades atribuibles al alcohol.

2. Método

2.1. Diseño del estudio

La presente investigación es un estudio exploratorio centrado en la obtención de información sobre el contexto y en la identificación de categorías analíticas[16]. La investigación exploratoria ayuda en la familiarización del entorno, la conceptualización del fenómeno y para la definición de líneas de investigación. Se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada para aproximarnos a la comprensión de la actividad de la atención con respecto al manejo de pacientes con consecuencias por consumo de alcohol[17].

2.2. Escenario y participantes

Se eligió el escenario del hospital general como el contexto de estudio por las siguientes 2 razones: *a)* en los hospitales generales se recibe un amplio rango de enfermedades atribuibles al alcohol, desde una lesión provocada por un estado de intoxicación alcohólica hasta el tratamiento de la cirrosis hepática alcohólica, y *b)* existe una mayor probabilidad de interacción entre pacientes y profesionales de la salud, lo que permite la observación de actitudes, creencias y experiencias alrededor de la atención a la salud. Para la selección específica de la unidad médica hospitalaria se analizó la base de datos de egresos hospitalarios del Sistema Nacional de Información en Salud[18]. Se identificó que la región centro-norte presenta una prevalencia alta de egresos hospitalarios por EAA, con base en la lista propuesta de Rehm et al.[19]. Se eligió uno de los hospitales generales con mayor prevalencia de EAA en los últimos años, el cual se localiza a 100 km al norte de la Ciudad de México. Para la selección de los profesionales de la salud se pidió que contaran con experiencia laboral en los servicios de Medicina Interna y Urgencias, así como tener experiencias de atención a pacientes con alguna enfermedad asociada al consumo del alcohol.

2.3. Acceso y recogida de datos

El acceso al hospital fue a través de la jefatura de enseñanza e investigación, en donde se recibió el protocolo de investigación y las cartas de aprobación del Comité de Ética e Investigación. Posteriormente, se estableció contacto con los jefes del Servicio de Enfermería y se establecieron los días y horarios para solicitar y realizar las entrevistas a lo largo de los diferentes turnos. Una vez iniciados los contactos con los primeros profesionales de enfermería, también se utilizó la técnica bola de nieve para buscar nuevos participantes.

Entre febrero y abril de 2015 se realizaron 21 entrevistas a profesionales de enfermería que habían tenido contacto directo con pacientes con EAA. Estas se realizaron en lugares apropiados para garantizar la privacidad y confidencialidad durante su realización. Las entrevistas tuvieron una duración de 24 min en promedio; la más corta fue de 9 min y la más larga de una hora. Las entrevistas fueron realizadas por el primer autor y analizadas por ambos autores.

Para la conducción de las entrevistas se utilizaron preguntas abiertas agrupadas en 2 áreas generales:

1. *Experiencias de atención durante el tratamiento médico*. Se realizaron preguntas para indagar sobre la diversidad de experiencias entre el personal de enfermería: ¿cuáles son sus experiencias con respecto a la atención de pacientes por consecuencia del consumo de alcohol?, ¿cuáles son las cuestiones más importantes sobre la atención a estos pacientes?, ¿cuáles son las necesidades o retos desde su perspectiva?, ¿podría relatarme una experiencia particular de un paciente?
2. *Experiencias de intervención específica para reducir el consumo de alcohol en los pacientes*. El segundo tema explorado se enfocó en las experiencias orientadas a reducir el consumo del alcohol, por ejemplo, ofrecer consejería, orientación o referencia a un centro de tratamiento: por lo regular, ¿qué tipo de tratamiento enfocado en el consumo de alcohol se ofrece en el hospital?, ¿usted cuenta con alguna guía, manual o protocolo de atención específico para el abuso de alcohol o alcoholismo?, ¿durante la atención usted realiza alguna intervención o referencia?, ¿podría relatarme un caso de intervención?

2.4. Análisis de datos

Los registros de las entrevistas fueron analizados directamente en su formato de audio a través del *software* ATLAS.ti. Se empleó el modelo del sistema de actividad como un mapa conceptual para identificar los componentes de la actividad de atención: sujeto, objeto, resultados, instrumentos, reglas, comunidad y división del trabajo. En una primera etapa, se revisaron las 5 primeras entrevistas para desarrollar el conjunto preliminar de categorías de análisis basadas en la interacción de los componentes teóricos del sistema de actividad. Posteriormente se codificó el total de entrevistas, se aplicaron las categorías establecidas y se incluyeron nuevas subcategorías conforme se avanzó en el análisis comparativo. Una vez terminada la codificación, se revisó la lista de categorías para su depuración y análisis. En seguida, se realizó un análisis de coocurrencias con el objetivo de identificar las categorías de mayor densidad, es decir, con mayor frecuencia de asociación a otras categorías. Con la identificación de las categorías de mayor densidad se desarrolló una red de categorías para establecer relaciones de significado. Por último, se revisaron las categorías que

Tabla 1 Distribución de profesionales de enfermería entrevistados según sexo y promedio de experiencia profesional

N.º	Sexo	Experiencia (años)	Medicina Interna y/o Urgencias
1	F	29	Ambos
2	F	1	Ambos
3	M	12	Ambos
4	M	1.5	Ambos
5	F	8	Ambos
6	F	3	Ambos
7	F	3	Ambos
8	M	15	Ambos
9	F	5	Ambos
10	F	14	Ambos
11	F	35	Ambos
12	F	20	Ambos
13	F	6	Ambos
14	F	5	Medicina Interna
15	F	10	Ambos
16	F	23	Ambos
17	F	8	Ambos
18	F	9	Ambos
19	F	1	Medicina Interna
20	F	5	Ambos
21	F	12	Ambos

F: femenino; M: masculino.

fueron excluidas en el análisis de coocurrencias, pero con alta frecuencia de presencia en las entrevistas, para analizar su pertinencia en las relaciones de significado en la interacción entre los componentes del sistema.

3. Resultados

Se realizaron 21 entrevistas al personal de enfermería distribuidas en los diferentes turnos laborales: matutino, vespertino y nocturno (tabla 1). En total se entrevistó a 3 hombres y 18 mujeres, con un promedio general de 10.5 años de experiencia y con amplia experiencia, desde un año hasta 35 años. La mayoría de los participantes tenían experiencia en los servicios de Medicina Interna y Urgencias. Solo 2 participantes contaban con experiencia única en el Servicio de Medicina Interna.

Como primer paso se identificaron los componentes del método para el diseño del sistema de la actividad de la atención a pacientes con EAA: *sujeto:* enfermera/o; *objeto:* paciente-EAA; *instrumentos:* expediente y/o entrevista clínica; *reglas:* normatividad en salud; *comunidad:* personal de enfermería; *división del trabajo:* disciplinas y servicios (fig. 2).

En términos generales, el despliegue del sistema de la actividad de atención sucede de la siguiente manera. El profesional de enfermería (sujeto) despliega acciones de cuidado a la salud con base en el tratamiento médico durante la hospitalización del paciente-EAA (objeto). Dado que los pacientes acuden al hospital por las consecuencias del consumo de alcohol, las acciones de atención no están orientadas a la reducción del consumo. Sin embargo, el personal de enfermería, a través del expediente o de la entrevista clínica (instrumentos), puede identificar el consumo de alcohol como un factor causal de la hospitalización. Para el componente de las *reglas* solo nos hemos enfocado en aquellos documentos que normalizan la atención de pacientes con abuso o dependencia de drogas legales e ilegales. Por lo tanto, la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones debe mediar la atención y la canalización de los pacientes con base en su apartado sobre la referencia a usuarios, en donde se señala que: «cuando los recursos del establecimiento no permitan la atención del problema del usuario, se deberá remitir a otro establecimiento en el que se asegure su atención» (pág. 37)[20]. El componente de la *comunidad* está representado por el personal de salud del hospital y la *división del trabajo* por las disciplinas profesionales y los servicios hospitalarios. Por último, los resultados de la actividad de atención pueden ser de 2 tipos: *a)* seguir consumiendo alcohol, lo cual implica la reincidencia hospitalaria, la posible indigencia y la muerte eventual del paciente, y *b)* dejar o reducir el consumo a través de los grupos de ayuda mutua o centros de tratamiento.

El personal de enfermería aceptó como parte de su responsabilidad profesional (adecuación de rol) la exploración sobre el consumo del alcohol en los pacientes con EAA a su cargo. Señalaron que, por tener una formación integral, están capacitados para comprender la etiología del fenómeno desde una perspectiva *biopsicosocial*. Incluso algunas enfermeras resaltaron el hecho de tener mayor contacto con el paciente y esto las coloca en un mejor lugar para establecer una relación de confianza para abordar el tema del alcohol. Por ejemplo:

> Nosotros tenemos un manejo integral, que incluye no solo el área física, sino también lo mental, lo espiritual, lo psicosocial. Tratamos de manejar todo el ámbito alrededor. E16

> Nosotras tenemos una gran ventaja, pasamos mucho tiempo con los pacientes, entonces llegan a tenernos confianza, nos enteramos de cosas que luego los médicos desconocen. E13

No obstante, algunas/os enfermeras/os comentaron que no siempre revisan el expediente ni preguntan sobre el patrón de consumo, incluso hubo quienes afirmaron nunca hacerlo. Es por ello que se determinaron 4 tipos de acciones de atención: *a)* atención exclusiva ligada a las indicaciones del tratamiento médico, sin intervención sobre el consumo de alcohol; *b)* intervención breve a través de la confrontación-regaños o consejería-orientación sobre la necesidad de reducir el consumo; *c)* referencia informal hacia el área de psicología, y *d)* contacto con grupos de ayuda mutua (fig. 2). El hecho de que se presente uno u otro tipo de atención se asocia con las condiciones que median la interacción entre el personal de enfermería y los pacientes con EAA. Se identificaron 4 grupos de condicionantes a partir del análisis de coocurrencias de categorías y de las clases más frecuentes durante el proceso de codificación: *1)* actitudes y emociones; *2)* creencias y percepciones sobre el alcoholismo; *3)* historia personal, y *4)* limitaciones institucionales. A continuación, presentamos los grupos de condicionantes identificados hasta ahora.

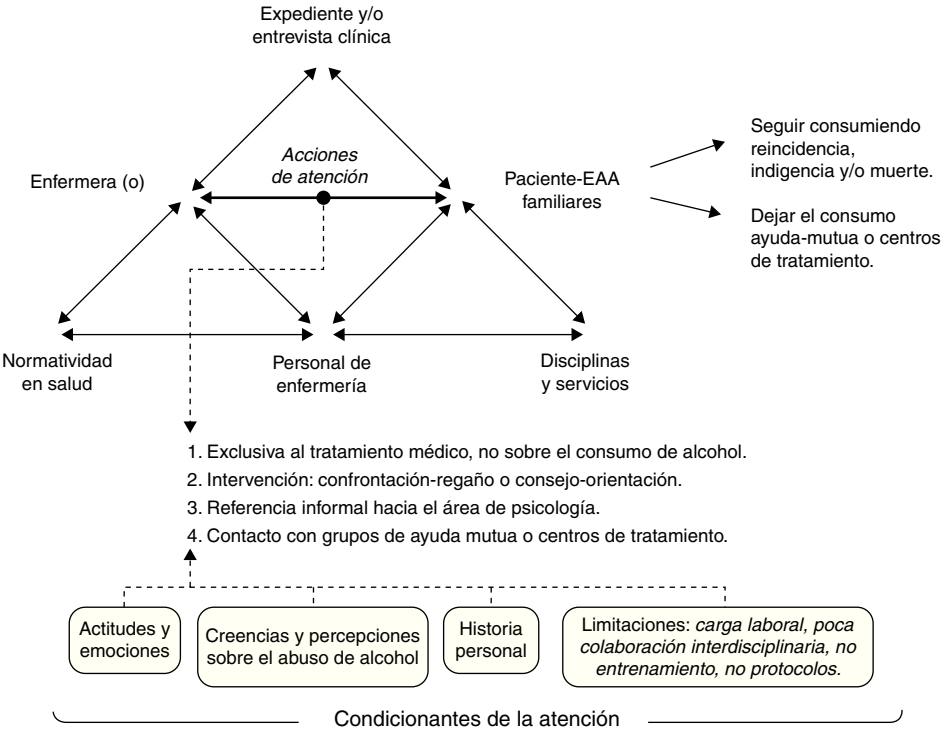

Figura 2 Sistema de la actividad de atención al paciente con enfermedades atribuibles al alcohol desde la perspectiva de los profesionales de enfermería.

3.1. Actitudes y emociones

En general, se identificaron actitudes y emociones negativas hacia los pacientes con EAA, tales como: desconfianza, enojo, frustración, miedo y rechazo. Al parecer, estas actitudes y emociones son el resultado de, por un lado, la acumulación de experiencias de atención hacia pacientes con cuadros agudos de intoxicación alcohólica y supresión etílica, y por otro, de percibir que los pacientes con EAA presentan mayor reincidencia hospitalaria debido al consumo crónico. Durante las entrevistas fue recurrente escuchar relatos de agresión por parte de los pacientes y la dificultad que esto representa para ofrecer el tratamiento, además de demandarles un mayor tiempo de atención:

> Son pacientes muy difíciles porque llegan muy agresivos, hemos tenido casos que nos han llegado a golpear, a patear, a gritarnos. Con ellos estamos al 150% al pendiente. E16

> Las supresiones etílicas es lo más temido, porque se ponen muy mal, son violentos, groseros. Es muy cansado el manejo de estos pacientes, pero hay que brindarle la atención. E19

> A veces sufren delirios muy fuertes y tenemos que sujetarlos porque tenemos otros pacientes, algunos más delicados. Tenemos que monitorizarlos para evitar caídas, que nos lastimen. E7

Para las enfermeras es común que los pacientes con EAA regresen al hospital, principalmente aquellos que han desarrollado una enfermedad crónica (por ejemplo, cirrosis hepática alcohólica) y que, por lo mismo, han perdido sus redes de apoyo social o ya se encuentran en situación de indigencia. Esto conlleva que el personal de enfermería experimente enojo o frustración, dado que tienen que resolver el problema de la suministración del medicamento y del material de curación indicados en el tratamiento médico:

> La mayoría regresa con su crisis. La familia viene por ratitos o lo abandonan. Lo que se pueda conseguir entre trabajo social y nosotros, así se le va apoyando al paciente. E2

> Los familiares no los quieren ver, ya están cansados. Vienen y los dejan, ni siquiera vienen a ver si necesita algún medicamento, pasan los días, entonces se nos viene más trabajo. E11

> Da coraje, nosotros le echamos todos los kilos y vuelven a caer [...] la verdad se siente uno impotente porque no tienen una suficiente orientación, quien los ayude. E8

Aunque los profesionales de enfermería afirman que todos los pacientes con EAA reciben la misma atención que los demás, algunos aceptaron que existe un cierto rechazo hacia ellos. Incluso hubo quienes mencionaron frases hechas para identificar, incluso con sarcasmo, a estos pacientes, por ejemplo: «¡ya llegó otro borracho!» o «aquí te dejo un regalito». Estas actitudes y emociones conllevan que el personal de enfermería prefiera no indagar sobre el consumo de alcohol o que utilice la confrontación o regaño hacia al paciente sin necesariamente orientarlo en la búsqueda de una solución a su problema con el alcohol:

> Yo sí les digo «lo que tú tienes es porque te los has buscado, los demás pacientes tienen una enfermedad que ellos no se la han buscado. Tú estás así porque tomas,

nadie te ha obligado a tomar y por eso tu páncreas está mal, esa es la consecuencia». E1

Cuando me dicen «le prometo que cuando salga ya no vuelvo a tomar ni una gotita» les digo: «¿qué crees? que con los años que tengo trabajando aquí sé que regresan con cirrosis terminales, ¿eso quieres?» Esa es la situación, todos prometen que lo van a dejar. E11

3.2. Creencias y percepciones sobre el abuso de alcohol

Entre el personal de enfermería existen creencias y percepciones que condicionan el tipo de atención. Algunas de las enfermeras señalaron que los pacientes con EAA tienden a negar su problema con el alcohol, lo cual hace difícil la exploración y se opta por no realizarla. También, existe la creencia de que el problema de fondo de los pacientes con EAA es de índole económica y social, por lo tanto, las intervenciones para reducir el consumo desde el hospital tienen poco impacto:

El paciente por alcohol es difícil que acepte a pesar de la hospitalización, del sufrimiento físico, los piquetes, las sondas, son renuentes. Esto cansa, pero lo peor es que reinciden. E1

Más que nada viene gente de nivel socioeconómico bajo, entonces ellos dicen que es lo único que tienen, incluso vienen por depresiones, es difícil que uno se involucre más en eso. E6

Por otro lado, hay quienes creen que las relaciones familiares o interpersonales son el factor causal de los problemas con el alcohol. Se señala que los eventos de maltrato o la situación de abandono son las causas que llevan al consumo crónico de alcohol.

Algunos beben por las parejas, que los dejó la esposa o la novia. No lo hacen por gusto, es algo que vienen arrastrando, alguien que han perdido y que no es fácil recuperar. E13

Las experiencias con los familiares de pacientes con EAA y la observación directa de la interacción entre familiares y pacientes ha llevado a que el personal de enfermería perciba en el núcleo familiar una alternativa de solución para ayudar a que se reduzca el consumo de alcohol.

He conocido casos de que la familia está al pendiente y el paciente sale y ya nunca vuelve a tomar, pero es porque la familia está presente, lo motiva, lo ayuda, lo acompaña a las sesiones, la familia juega un papel muy importante para la rehabilitación de estos pacientes. E4

Derivado de las creencias y las percepciones sobre la familia como un factor causal de los problemas con el alcohol, y a la vez parte de la solución, algunas enfermeras dirigen su atención a los familiares y orientan hacia los recursos a los cuales acudir:

Si está el familiar lo trato de orientar dónde puede acudir entre semana al departamento de psicología donde puede tener más ayuda con personal capacitado. E15

3.3. Historia personal

Durante las entrevistas, algunas de las enfermeras mencionaron tener familiares o personas cercanas con problemas de alcoholismo. Este antecedente es significativo porque implica mostrar una mayor sensibilidad durante la atención a los pacientes con EAA a su cargo, así como una comprensión del problema de manera integral, no solo enfocada en lo fisiológico:

En mi caso, hay una reacción cuando atiendo a un paciente por alcohol. Como le decía, yo tengo un familiar con ese problema, entonces eres sensible al ver ese dolor y que sabes que si tu familiar en algún momento no para, entonces puede caer en eso. E1

Cuando me dicen «es un paciente de supresión etílica» lo primero que me viene a la mente es mucho trabajo y mucho batallar, pero hay que tener paciencia. Antes me enojaba, hoy entiendo que están enfermos de alcoholismo y es provocado por las emociones. E5

El antecedente de un familiar con alcoholismo también tiene un impacto en la forma de dirigirse a los familiares. Dado que experimentan una mayor empatía por la situación, ofrecen contención a los familiares y un nuevo encuadre de la situación, en donde los involucran.

El ver a los familiares angustiados que no saben, trato de clamarlos y explicarles lo que va a pasar con sus parientes, porque ya tengo la experiencia en casa de un paciente alcohólico [...] Los familiares los regañan, le dicen que si sigue tomando lo dejan, pero ellos [pacientes] no van a entender, al contrario, lo que se hace es que los rechazan. Nosotros somos los que estamos mal, no ellos porque ellos ya están enfermos y necesitan de mucho apoyo familiar. Yo tenía acostumbrado a sacar a los familiares y me di cuenta que la estancia del familiar, estar acompañando al paciente es de mucha ayuda, opté por ya no sacarlos. E15

Además, la experiencia de tener un familiar o amigo con problemas con el alcohol lleva a involucrarse con el paciente y con el familiar, al punto de ayudarlos a establecer contacto con grupos de ayuda mutua o con centros de tratamiento:

Depende mucho de los familiares si es que los apoyan y logran internarlos en un centro, en este caso de AA, pero depende mucho del familiar. En muchas ocasiones lo que se hace es que de aquí lo mandan a un grupo o la gente encargada de esos centros vienen por ellos. E21

También se observó que las enfermeras con una historia personal cercana de alcoholismo se perciben diferentes a sus compañeros de trabajo con relación a la manera de dirigirse a estos pacientes y a las formas de atender el problema del alcohol:

Yo he visto a otros compañeros, que a la mejor no están cerca de la situación del alcoholismo que dicen «no pues está así porque quiso, no es una enfermedad». A veces, al alcohólico sí se le llega a rechazar, no es seguido porque la ética profesional prevalece, pero sí pasa. E1

3.4. Otras limitaciones

Existen otros condicionantes referidos por el personal de enfermería que los limitan durante la exploración del paciente o al ofrecer orientación a los familiares. Entre estos, se observó la carga laboral y, por ende, la falta de tiempo para la exploración. Igualmente, refirieron la inexistencia de un protocolo específico o una guía de atención clínica para el manejo de estos pacientes o el desconocimiento de los centros de la misma Secretaría de Salud, por ejemplo: los Centros de Atención Primaria en Adicciones o los Centros de Integración Juvenil cuando es el caso de pacientes adolescentes. Una última limitante para el personal de enfermería es la falta de facultad para llevar a cabo la interconsulta psicológica, debido a que esta facultad es exclusiva del personal médico:

> Enfermera (E15): Yo le comenté a la psicóloga y me dijo «es que los residentes tienen que hacer la interconsulta, ellos lo hacen por escrito, nos la hacen llegar y ya nosotros intervenimos», entonces ellos la hacen... no sé si ya la hayan hecho.
>
> Entrevistador: *¿Esto es un obstáculo?*
>
> Enfermera (E15): Yo creo que sí, porque las que estamos directamente involucradas con ellos somos nosotras. Ellos [los médicos] también tienen un sinfín de situaciones que hacer, o a la mejor no le dan tanta importancia porque ellos se van a la patología. Nosotras sí abarcamos un poquito más, el aspecto psicológico, social, vemos al paciente de otra forma. Estamos más en contacto con el paciente y la familia. Entonces esa fue una limitante para mí porque yo considero que sí es importante que hablen con ese paciente, es muy joven.

4. Discusión

La caracterización de las experiencias de atención del personal de enfermería hacia los pacientes con EAA a través del modelo teórico del sistema de actividad permitió identificar algunas de las condicionantes (actitudes, percepciones e historia personal) del personal para indagar sobre el consumo, orientar y/o referir a algún grupo o centro de tratamiento. La acumulación de experiencias negativas con pacientes agresivos, renuentes y reincidentes, además de la presencia de creencias sobre el alcoholismo como un problema socioeconómico, conlleva que algunos profesionales no aborden el tema del consumo ni realicen acciones de consejería o de derivación a un especialista. Sin importar la adecuación de rol, es decir, que las/os enfermeras/os asumen la exploración del consumo de alcohol como parte de la responsabilidad profesional, las actitudes y las creencias negativas hacia estos pacientes impiden que se realicen intervenciones enfocadas en la reducción del consumo de alcohol, un hallazgo también identificado por otros autores[11,14].

Por otro lado, aquellos profesionales de enfermería que consideran al paciente y a los familiares como parte fundamental de la solución del problema, principalmente quienes revelaron experiencias personales con familiares alcohólicos, reportaron llevar a cabo acciones de orientación y derivación. De esta manera, algunas enfermeras integran las acciones de atención para reducir el consumo en su actividad profesional cotidiana, sin saber que esto es conocido como las estrategias de detección e intervención oportunas. Aún más, estas acciones de atención son similares a las propuestas por los expertos o investigadores en el tema[13].

Por el contrario, estas acciones de atención adquieren importancia para el desarrollo de estrategias de implementación debido a que son acciones desarrolladas a partir de la actividad cotidiana de los profesionales en sus contextos reales, sin ser el resultado de una capacitación o entrenamiento específico. Por lo tanto, el análisis de estas acciones de atención podría contribuir al desarrollo de un modelo de intervención y al desarrollo de una estrategia de implementación basada en la contextualización de las características de los profesionales de enfermería que abordan el tema del consumo de alcohol.

El análisis de las experiencias de la actividad de la atención también permite identificar algunas áreas de oportunidad para mejorar la detección del nivel de riesgo por consumo de alcohol entre los pacientes con EAA. El personal de enfermería refirió utilizar solo el expediente y la entrevista clínica como los instrumentos para indagar sobre el consumo de alcohol. La capacitación en el manejo de instrumentos de tamizaje confiables y validados, tales como el cuestionario AUDIT, podría facilitar la detección del nivel de riesgo por alcohol, reducir el tiempo de la tarea y orientar al personal de enfermería sobre las acciones a realizar según el nivel de riesgo correspondiente. Esta capacitación podría realizarse con base en el *Manual de enfermería para la atención de personas con consumo nocivo de alcohol*, publicado por la Secretaría de Salud en 2012, cuyo objetivo es apoyar al personal de enfermería en hospitales, comunidad y otros escenarios a enfrentar a pacientes que requieren de una intervención profesional para atender el abuso de alcohol[21].

Una segunda área de oportunidad se relaciona con la limitación que enfrenta el personal de enfermería por la falta de facultades en el proceso de la interconsulta psicológica. La solución a este problema no será fácil dado que implica hacer modificaciones en los reglamentos del hospital. No obstante, se puede reflexionar sobre el desarrollo de mecanismos alternativos que evidencian una mayor comunicación entre las áreas de enfermería y psicología para canalizar a los pacientes con EAA.

5. Conclusiones

Las actitudes y percepciones derivadas de las experiencias de atención con pacientes hospitalizados por abuso de alcohol y el antecedente familiar de alcoholismo entre el personal de enfermería son condicionantes de las acciones de atención hospitalaria enfocadas en la reducción del consumo de alcohol. Las enfermeras que revelaron un antecedente familiar de alcoholismo presentan mayor sensibilidad al problema y una disposición a ofrecer consejería o a referir a tratamiento, sin necesidad de seguir los lineamientos de un programa o protocolo institucional. Incluso llegan a apoyar a los familiares de los pacientes a establecer contacto con los grupos de ayuda mutua.

La identificación de enfermeras/os que reúnen las condiciones positivas que llevan a orientar y a ofrecer consejería establece una línea de investigación para el desarrollo de estrategias de implementación de la detección y la intervención oportuna del uso nocivo del alcohol. Específicamente,

las acciones de atención enfocadas en el consumo del alcohol que realizan actualmente algunas enfermeras servirán como base para el desarrollo de un modelo de intervención factible en los contextos hospitalarios.

Considerar la perspectiva de las/os enfermeras/os a través del marco conceptual de la teoría de la actividad permite un trabajo colaborativo entre investigadores y profesionales de la salud para el diseño, el desarrollo y la reflexión de las estrategias de intervención contextualizadas en el sistema de salud de nuestro país. El reto ahora será explorar si existe oportunidad para integrar los instrumentos de identificación del abuso de alcohol, como el cuestionario AUDIT, a la cotidianidad del personal de enfermería que ya interviene a los pacientes con EAA.

6. Responsabilidades éticas

6.1. Protección de personas y animales

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

6.2. Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

6.3. Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

7. Financiamiento

El primer autor recibió una beca posdoctoral del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

8. Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Cubos dinámicos: Urgencias (2011 a 2015). México: Secretaría de Salud [consultado 29 Dic 2015]. Disponible en: http://bit.ly/2g59zLd
2. Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Cubos dinámicos: Lesiones (2011 a 2015). México: Secretaría de Salud [consultado 5 Ene 2016]. Disponible en: http://bit.ly/2gCg77L
3. Heather N. WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care. Report on phase IV: Development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care. Geneva: World Health Organization; 2006. [consultado 5 Ene 2016]. Disponible en: http://bit.ly/2exWUUL
4. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: A systematic review of reviews. Alcohol Alcohol. 2014;49:66–78, http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agt170.
5. Babor T. Taking stock: Twenty-five years of translational research on alcohol screening and brief intervention. Nord Stud Alcohol Dr. 2008;25:478–80.
6. Durand MA. General practice involvement in the management of alcohol misuse: Dynamics and resistances. Drug Alcohol Depend. 1994;35:181–9, http://dx.doi.org/10.1016/0376-8716(94)90072-8.
7. Hutchings D, Cassidy P, Dallolio E, et al. Implementing screening and brief alcohol interventions in primary care: Views from both sides of the consultation. Prim Health Care Res Dev. 2006;7:221–9, http://dx.doi.org/10.1191/1463423606pc292oa.
8. Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I. Early intervention for problem drinkers: Readiness to participate among general practitioners and nurses in Swedish primary health care. Alcohol Alcohol. 2002;37:38–42, http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/37.1.38.
9. Boekel L, Brouwers E, Weeghel J, et al. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. Drug Alcohol Depend. 2013;131:23–35, http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018.
10. Wojnar M. Survey of attitudes and managing alcohol problems in general practice in Europe. Final Report. Poland: Optimizing Delivery of Health Care Interventions (ODHIN); 2014 [consultado 5 Ene 2016]. Disponible en: http://bit.ly/2f8YTOB
11. Johnson M, Jackson R, Guillaume L, et al. Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: A systematic review of qualitative evidence. J Public Health (Oxf). 2010;33:412–21, http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdq095.
12. Broyles LM, Rodríguez KL, Kraemer KL, et al. A qualitative study of anticipated barriers and facilitators to the implementation of nurse-delivered alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment for hospitalized patients in a Veterans Affairs medical center. Addict Sci Clin Pract. 2012;7:7, http://dx.doi.org/10.1186/1940-0640-7-7.
13. Nilsen P. Brief alcohol intervention—Where to from here? Challenges remain for research and practice. Addiction. 2010;105:954–9, http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02779.x.
14. Groves P, Pick S, Davis P, et al. Routine alcohol screening and brief interventions in general hospital in-patient wards: Acceptability and barriers. Drug-Edu Prev Polic. 2010;17:55–71. http://bit.ly/2e3XULw
15. Engeström Y, Miettinen R, Punamäki RL. Perspectives on activity theory. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1999.
16. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 2006.
17. Angrosino M. Doing ethnographic and observational research. Thousand Oaks, CA: Sage Publishing; 2007.
18. Sistema Nacional de Información en Salud. Base de datos de egresos hospitalarios por morbilidad en Instituciones Públicas. México: Secretaría de Salud; 2014 [consultado 31 Ago 2014]. Disponible en: http://bit.ly/2hRwOts
19. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: An overview. Addiction. 2010;105:817–43, http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x.
20. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. México: Secretaría de Salud. 2009. [consultado 31 Ago 2014]. Disponible en: http://bit.ly/1rUzxyH
21. Goñy WA, Ojeda D, Rojas M, et al. Manual de enfermería para la atención de personas con consumo nocivo de alcohol. México: Secretaría de Salud; 2012.