

ISTE

INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO ESPAÑA
Desde 1984

CARRERA DE TECNICATURA SUPERIOR EN ENFERMERÍA

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA

Tema: MANIFESTACIONES CLÍNICAS DURANTE EL SÍNDROME DE
ABSTINENCIA Y SUS CUIDADOS DEL PERSONAL DE SALUD EN PACIENTES
DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN CASA AZUL

Modalidad Presencial

Línea y Sublínea de Investigación: ESTUDIOS SOBRE INTERVENCIÓN DE
ENFERMERÍA EN LA PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN

Autoras: Melanie Vivian Zarate Sánchez

Jorge Ricardo Arias Cárdenas

Directora: Licenciada en Enfermería. Nadihezka Cusme Torres, Magister en
Gerencia en Salud para el Desarrollo Local

Ambato - Ecuador

2025

 095 888 5323

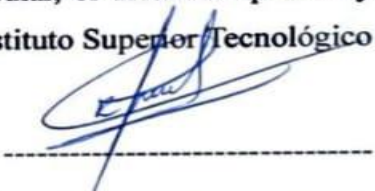
ESTUDIA DIFERENTE

www.iste.edu.ec

 Bolívar 16-64 entre Castillo y Quito / Edificio Sindicato de Choferes Tungurahua.

A la Unidad Académica de Titulación de la Carrera de Tecnicatura Superior en Enfermería

El Tribunal receptor del Trabajo de integración curricular, presidido por el Doctor en Fisioterapia Y Administración de Servicios de la Salud Jorge Humberto Cárdenas Medina, Magister en Pedagogía en Ciencias de la Salud, e integrado por los señores Licenciado en Enfermería. Ramiro Sebastián Cocha Gahona, Magister Ciencias Biomédicas y Dr. En Psicología Ángel Santiago Añazco Llama, Máster en Docencia y administración Universitario. designados por el Colectivo Académico de Carrera del Instituto Superior Tecnológico España, para receptor el Trabajo de Integración Curricular con el tema: “ Manifestaciones clínicas durante el síndrome de abstinencia y sus cuidados del personal de salud en pacientes del centro de rehabilitación casa azul”, elaborado y presentado por los señores Melanie Vivian Zarate Sánchez, y Jorge Ricardo Arias Cárdenas, para optar por el Grado Académico Técnico Superior en Enfermería; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Integración Curricular, el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas del Instituto Superior Tecnológico España.



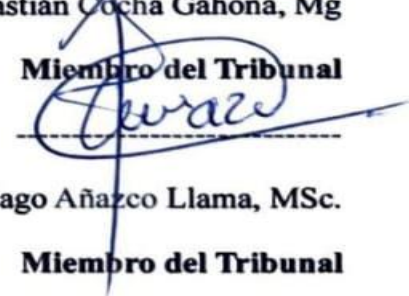
Dr. Jorge Humberto Cárdenas Medina, Mg

Presidente del Tribunal



Lic. Ramiro Sebastián Cocha Gahona, Mg

Miembro del Tribunal



Dr. Ángel Santiago Añazco Llama, MSc.

Miembro del Tribunal

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA

Lic. Nadihezka Amanda Cusme Torres, Mg

CERTIFICA:

En mi calidad de Director del trabajo de integración curricular: "Manifestaciones clínicas durante el síndrome de abstinencia y sus cuidados del personal de salud en pacientes del centro de rehabilitación casa azul", presentado por los señores Melanie Vivian Zarate Sánchez, y Jorge Ricardo Arias Cárdenas, para optar por el Título de Técnico Superior en Enfermería CERTIFICO, que dicho proyecto ha sido prolijamente revisado y considero que responde a las normas establecidas en el reglamento de títulos y grados de la Carrera, suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del tribunal examinador que se designe.

Ambato, 12 de septiembre.



Lic. Nadihezka Amanda Cusme Torres, Mg
c.c. 0801066671
DIRECTORA

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Integración Curricular presentado con el tema: "Manifestaciones clínicas durante el síndrome de abstinencia y sus cuidados del personal de salud en pacientes del centro de rehabilitación casa azul", le corresponde exclusivamente a: "Melanie Vivian Zarate Sánchez, y Jorge Ricardo Arias Cárdenas", Autores bajo la Dirección de Lic. Nadihezka Amanda Cusme Torres, Mg directora del Trabajo de integración curricular; y el patrimonio intelectual al Instituto Superior Tecnológico España.



Melanie Vivian Zarate Sánchez

AUTORA



Jorge Ricardo Arias Cárdenas

AUTOR



Lic. Nadihezka Amanda Cusme Torres, Mg

DIRECTORA

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo al Instituto Superior Tecnológico España, para que el Trabajo de integración curricular, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi Trabajo de integración curricular, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones del Instituto.



Melanie Vivian Zarate Sánchez

c.c. 1727142067



Jorge Ricardo Arias Cárdenas

c.c. 0504314956

ÍNDICE GENERAL

Contenido

APROBACIÓN DEL DIRECTOR	iii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	iv
DERECHOS DE AUTOR.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
AGRADECIMIENTO.....	xi
DEDICATORIA.....	xiii
RESUMEN EJECUTIVO	xv
Abstract	xvii
INTRODUCCIÓN	19
CAPÍTULO I.....	21
Antecedentes y Bases Teóricas.....	21
1.1 Antecedentes.....	21
1.3 Justificación.....	22
1.4 Objetivos.....	24
1.5 Marco Teórico.....	25
1.5.1 Síndrome de Abstinencia: Definición y Generalidades	25
1.5.2 Manifestaciones Clínicas del Síndrome de Abstinencia.....	25
Síntomas físicos:	25
Síntomas psicológicos:	26
Síntomas conductuales:.....	26

Cambios en el estado mental:	26
1.5.3 Rol del Personal de Salud en el Manejo del Síndrome de Abstinencia...	26
1.5.4 Centro de Rehabilitación Casa Azul: Enfoque y Atención Integral.....	27
1.5.5 Importancia del Cuidado Humanizado en el Proceso de Desintoxicación	29
1.5.6 Características del Trastornos por consumo de sustancias	30
1.5.7 Procedimiento de registro de los trastornos por consumo de sustancias.	30
1.5.8 Vía de administración y velocidad de los efectos de la sustancia.	32
1.5.9. Duración de los efectos.	32
1.5.10. Desarrollo y curso.....	32
1.5.11. CIE 10 - F 10 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de Alcohol.	33
1.5.12. Características asociadas	33
1.5.13. CIE 10 – F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opiáceos.....	33
1.5.14. Abstinencia relacionada con los opiáceos	34
1.5.17. CIE 10 – F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.....	37
1.5.18. Abstinencia por consumo de sedantes.	38
1.5.19. CIE 10 – F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.....	39
1.5.20. Abstinencia por consumo de cocaína.	39
1.5.21. F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas.....	40
CAPÍTULO II	41

2.1 Metodología.....	41
2.2 Cuestionario o Instrumentos Utilizado.....	43
2.3 Población.....	44
Criterios de inclusión:.....	45
Criterios de Exclusión.....	45
2.5 Recursos.....	46
CAPÍTULO III.....	47
Análisis de Resultados.....	47
CAPÍTULO IV.....	56
Discusión.....	56
4.1 Discusión de Resultados.....	56
CAPÍTULO V.....	62
Conclusiones y Recomendaciones.....	62
5.1 Conclusiones.....	62
5.2 Recomendaciones.....	63
6. Referencias.....	64
Referencias.....	64
7. Anexos.....	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tabla de Recursos	46
Tabla 2: Características sociodemográficas de los Pacientes del Centro de Rehabilitación	47
Tabla 3: Manifestaciones Clínicas del síndrome de abstinencia en los internos.	50
Tabla 4: Cuidados de Enfermería Durante el Síndrome de Abstinencia.....	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Consentimiento Informado.....	70
Figura 2: Encuesta Aplicada	71
Figura 3: Validación Alfa de Crombach	74
Figura 4: Formato de Validación por Expertos	75
Figura 5: Aplicación de Encuestas Comunidad Casa Azul.....	76
Figura 6: Personal de Comunidad Casa Azul	77

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco profundamente a Dios, por darme la fuerza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para alcanzar esta meta. Su presencia ha sido mi guía constante en cada paso, dándome esperanza en los momentos difíciles y recordándome que todo es posible con fe.

A mi madre, Alexandra Sánchez, gracias por ser mi pilar incondicional, por tu amor sin límites, tus sacrificios, y por estar siempre a mi lado con palabras de aliento y un corazón dispuesto a apoyarme en cada decisión. Tu ejemplo de valentía y dedicación me ha enseñado a nunca rendirme. A mi abuelita, quien no solo me crio con infinito amor, sino que también ha sido mi compañía más fiel a lo largo de toda mi vida. Gracias por tus consejos, tu ternura, tu paciencia, y por enseñarme con tu sabiduría lo que significa ser fuerte con el corazón lleno de amor. Este logro también es tuyo.

A mi pareja, gracias por ser mi compañero en esta etapa tan importante. Por motivarme, por sostenerme emocionalmente cuando sentía rendirme, y por celebrar cada pequeño logro como si fuera tuyo. Gracias a mis tíos, por creer siempre en mí. Por su cariño, por su confianza, y por brindarme ese respaldo que me hizo sentir acompañada y valorada. Sus palabras y apoyo fueron una fuente constante de motivación. A todos ustedes, gracias por caminar conmigo.

A través de este trabajo, quiero honrar su esfuerzo y demostrar que todo lo que sembraron en mí ha dado frutos. Gracias por estar siempre, en cada etapa, celebrando mis logros y levantándome cuando caí.

En la vida, cada logro es el resultado de una suma de esfuerzos, sacrificios y afectos que muchas veces no se ven, pero que son el verdadero sustento de cada paso dado. Por ello, quiero dedicar estas líneas a agradecer con el corazón a quienes han sido mi soporte y mi inspiración en este camino.

A Dios, infinitas gracias por haberme dado la sabiduría para comprender, la paciencia para esperar y la fuerza para continuar. En los momentos de cansancio, de

incertidumbre y de temor, siempre sentí tu mano guiándome y tu paz llenando mi alma. Sin tu luz, este camino habría sido mucho más difícil.

A mis abuelitos, gracias por enseñarme con su ejemplo el valor del esfuerzo honesto, de la fe y del amor familiar. Sus palabras, sus abrazos y su presencia, incluso en la distancia, han sido un refugio en los momentos de debilidad. Este logro también es de ustedes. A mi tía, gracias por tu apoyo constante y desinteresado. Por cada consejo, por cada gesto de cariño y por estar siempre atenta a mi bienestar. Has sido una figura fundamental en mi vida, y tu presencia ha significado más de lo que las palabras pueden expresar.

A mi madre, el corazón de mi vida. No habría llegado hasta aquí sin ti. Gracias por creer en mí más de lo que yo mismo lo hacía. Eres el alma detrás de este logro, y te debo todo lo que soy. A mi novia, gracias por tu amor paciente, por comprender mis ausencias, mis silencios, y por acompañarme en los días más duros sin pedir nada a cambio. Tu compañía ha sido una bendición, y tu apoyo, una de las razones por las que hoy estoy escribiendo estas líneas de agradecimiento

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi novio, con todo mi amor y gratitud, a la persona que estuvo a mi lado en cada paso de este camino: Gracias por ser mi sostén en los momentos más difíciles, por animarme cuando sentía que no podía más, por creer en mí incluso cuando yo misma dudaba. Tu paciencia, tu amor y tu fe inquebrantable en mis capacidades fueron el impulso que me permitió continuar cuando todo parecía cuesta arriba. Este logro no es solo mío, es nuestro. Porque detrás de cada página escrita, de cada madrugada de estudio, de cada obstáculo superado, estabas tú, apoyándome en silencio o celebrando conmigo cada pequeño avance. Gracias por ser mi compañero de vida, por inspirarme a seguir, por tenderme la mano cuando más lo necesitaba. Esta meta cumplida lleva también tu nombre, porque sin ti, no habría llegado hasta aquí.

Dedico esta tesis con todo mi amor y esperanza a mi hermano Leonel, deseando que siempre recuerdes que los sueños sí se cumplen cuando se lucha con el corazón. Que este logro te inspire a confiar en ti mismo, a seguir tu propio camino y a nunca dejar de creer en lo que eres capaz de lograr.

También la dedico con cariño a Damián, Lían y Aarón, para que crezcan sabiendo que no hay límites cuando se tiene determinación y fe. Que esta meta alcanzada sea un mensaje para ustedes: nunca dejen de soñar, porque con esfuerzo y amor, todo es posible.

Este logro es por ustedes y para ustedes, con la esperanza de que el día de mañana también celebren sus propias victorias.

Dedico este trabajo, ante todo, a Dios, por ser mi guía, mi fortaleza y mi refugio en los momentos de duda. Su presencia ha sido constante, incluso en los silencios, y gracias a su infinita misericordia y amor, hoy puedo ver culminado este sueño. Sin Él, nada de esto sería posible. A mis abuelitos, quienes, con su amor incondicional, sus palabras sabias y su ejemplo de vida me enseñaron que todo se logra con esfuerzo, humildad y fe. Ustedes son mi raíz, mi historia y mi orgullo. Les dedico este logro con todo mi corazón.

A mi tía, que ha sido un soporte fundamental en mi vida. Gracias por estar siempre presente, por tu cariño sincero, por tu preocupación constante y por tu fe en mí cuando más la necesitaba. Tu apoyo ha sido una bendición invaluable. Gracias por estar a mi lado en los momentos más difíciles, por brindarme tu ayuda incondicional, por tener la paciencia infinita de comprender mis silencios y mis ausencias, y por ser esa fuerza silenciosa que nunca me dejó caer. En cada página de este trabajo está tu amor, tu compañía y tu fe en mí, incluso cuando yo mismo dudaba de mis capacidades.

Al amor de mi vida, gracias por estar a mi lado en los momentos más difíciles, por brindarme tu ayuda incondicional, por tener la paciencia infinita de comprender mis silencios y mis ausencias, y por ser esa fuerza silenciosa que nunca me dejó caer. En cada página de este trabajo está tu amor, tu compañía y tu fe en mí, incluso cuando yo mismo dudaba de mis capacidades. Tu constancia, tus palabras de aliento y tu presencia firme me sostuvieron en los días de agotamiento y me motivaron a seguir adelante. Este logro también es tuyo, porque has sido parte fundamental de este proceso.

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción: El síndrome de abstinencia representa una fase crítica dentro del proceso de rehabilitación de personas con trastornos por consumo de sustancias. Esta investigación se enfocó en analizar las manifestaciones clínicas más frecuentes durante esta etapa y los cuidados brindados por el personal de salud en el Centro de Rehabilitación Casa Azul, ubicado en Yaruquí, Ecuador. Este centro ofrece un enfoque integral que combina intervenciones médicas, psicológicas y sociales, buscando una recuperación sostenida. **Objetivo** fue evaluar el proceso de desintoxicación en pacientes con consumo problemático de sustancias, específicamente analizando los síntomas del síndrome de abstinencia y los cuidados proporcionados. **Metodología** se trabajó con una muestra de 90 pacientes (51 hombres y 39 mujeres), seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, quienes presentaban diagnóstico clínico compatible con trastornos por consumo de sustancias según el DSM-5, el mismo tubo un enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, el instrumento Nombrado como Encuesta sobre experiencia de síntomas del síndrome de abstinencia en pacientes en rehabilitación fue un cuestionario validado por expertos y mediante Alfa de Cronbach (0.797), **Resultados** se evidencio que la ansiedad fue el síntoma más frecuente (74.4 %), seguida del insomnio (52.2 %) y la sudoración intensa (50 %), aunque los temblores y las convulsiones no fueron generalizados, sí se presentaron en un número significativo de casos, requiriendo intervención inmediata, la actuación del personal de salud, se identificó una aplicación sistemática de protocolos de desintoxicación y un alto nivel de compromiso con el control de signos vitales y el apoyo emocional, aunque se evidenció menor frecuencia en la valoración neurológica y la educación continua al paciente y su familia. **Conclusión**, el estudio evidenció que el síndrome de abstinencia presenta una variedad de manifestaciones clínicas que requieren atención especializada y continua. El rol del personal de salud, especialmente del de enfermería, es fundamental en la identificación temprana de síntomas, la administración oportuna de tratamientos y el acompañamiento emocional de los pacientes. Además, se destaca la importancia de fortalecer los protocolos

institucionales y promover una atención más integral y humanizada durante el proceso de desintoxicación para garantizar una recuperación efectiva.

Palabras clave: Síndrome de Abstinencia a Sustancias Trastornos, Cuidados de enfermería, Desintoxicación, Rehabilitación

Abstract

Introduction: Withdrawal syndrome represents a critical phase within the rehabilitation process of individuals with substance use disorders. This study focused on analyzing the most frequent clinical manifestations during this stage and the care provided by healthcare personnel at the Centro de Rehabilitación Casa Azul, located in Yaruquí, Ecuador. This center offers a comprehensive approach that combines medical, psychological, and social interventions, aiming for sustained recovery. The objective was to evaluate the detoxification process in patients with problematic substance use, specifically analyzing withdrawal syndrome symptoms and the care provided.

Methodology: The study included a sample of 90 patients (51 men and 39 women), selected through non-probabilistic convenience sampling, all of whom presented a clinical diagnosis compatible with substance use disorders according to the DSM-5. The research had a quantitative, descriptive, and cross-sectional design. The instrument, titled Survey on the Experience of Withdrawal Syndrome Symptoms in Rehabilitation Patients, was a questionnaire validated by experts and through Cronbach's Alpha (0.797).

Results: Anxiety was identified as the most frequent symptom (74.4%), followed by insomnia (52.2%) and profuse sweating (50%). Although tremors and seizures were not generalized, they occurred in a significant number of cases, requiring immediate intervention. Regarding healthcare personnel performance, a systematic application of detoxification protocols and a high level of commitment to monitoring vital signs and providing emotional support were observed. However, less frequent attention was given to neurological assessment and continuous education for patients and their families.

Conclusion: The study showed that withdrawal syndrome presents a variety of clinical manifestations that require specialized and continuous care. The role of healthcare professionals, particularly nursing staff, is essential for the early identification of symptoms, timely administration of treatments, and emotional support for patients. Furthermore, the importance of strengthening institutional protocols and promoting a more comprehensive and humanized approach during the detoxification process is highlighted to ensure effective recovery.

Keywords: Substance Withdrawal Syndrome, Substance Use Disorders, Nursing Care, Detoxification, Rehabilitation

INTRODUCCIÓN

El consumo problemático de sustancias psicoactivas representa un desafío de salud pública a nivel mundial, afectando tanto a los individuos como a sus entornos familiares, sociales y económicos. Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), más de 296 millones de personas consumieron drogas en 2021, lo que representa un aumento del 23% con respecto a la década anterior. (UNODC, 2023).

Según el manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) el síndrome de abstinencia forma parte del cuadro clínico característico de los trastornos por consumo de sustancias, su abordaje se debe realizar bajo una supervisión por parte del personal de salud con vigilancia de signos vitales, apoyo farmacológico y psicológico. La intensidad puede ser catalogada como leve, moderada o grave y en algunos casos potencialmente mortal si no se brinda un tratamiento adecuado y personalizado. (American Psychiatric Association, 2021)

Los centros de rehabilitación desempeñan un papel crucial en el abordaje integral del síndrome de abstinencia, al proporcionar espacios seguros, acompañamiento terapéutico y supervisión médica. En este contexto, el Centro de Rehabilitación Casa Azul, ubicado en Yaruqui, Ecuador, ofrece atención especializada a personas con trastornos por uso de sustancias, mediante un enfoque interdisciplinario que incluye intervenciones médicas, psicológicas, sociales y espirituales.

Durante el proceso de abstinencia, el personal de salud, especialmente el de enfermería, cumple una función clave en la vigilancia constante del estado clínico del paciente, la aplicación de escalas de valoración como CIWA-Ar para alcohol o COWS para opioides, la administración segura de medicamentos sintomáticos y el soporte emocional en fases críticas. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en esta etapa incluyen sudoración, taquicardia, temblores, náuseas, vómitos, alucinaciones, agresividad o confusión, y requieren intervenciones inmediatas y personalizadas para prevenir complicaciones. (enfermería mundial , 2022). (Ser Enfermera, 2023)

Además, la relación terapéutica entre el personal de salud y el paciente facilita el reconocimiento temprano de recaídas, la adherencia al tratamiento y la educación continua tanto al individuo como a su familia. Esta investigación se enfoca en analizar dichas manifestaciones clínicas durante el síndrome de abstinencia en pacientes ingresados en el Centro de Rehabilitación Casa Azul y los cuidados implementados por el equipo de salud, con el fin de mejorar la calidad de atención y establecer lineamientos de actuación basados en evidencia científica actual.

CAPÍTULO I

Antecedentes y Bases Teóricas

1.1 Antecedentes

Desde 2020, múltiples estudios y guías clínicas han evidenciado que el síndrome de abstinencia, ya sea por alcohol, opioides o benzodiacepinas, produce un espectro de síntomas físicos y psicológicos altamente previsibles aunque potencialmente graves: en el caso del alcohol, se describe una progresión desde síntomas leves iniciales como ansiedad, insomnio, náuseas, sudoración y taquicardia en las primeras 6–36 horas, hacia temblores intensos, hipertensión, agitación psicomotora y, en un 3–5 % de los casos, convulsiones o delirium tremens, que pueden surgir entre 48 y 96 horas tras la interrupción abrupta del consumo. (Canver y otros, Alcohol Withdrawal Syndrome, 2025).

En la actualidad el retiro de opioides, se reportan síntomas físicos como escalofríos, dolores corporales, diarrea, vómitos, midriasis y agitación, acompañados de disforia severa e intensa ansiedad; la escala COWS es fundamental para evaluar objetivamente la severidad y guiar el manejo clínico.

Según, Sole, (2023). sostiene que el síndrome de abstinencia presenta distintos síntomas en función de la sustancia a la que el paciente es adicto, así mismo estas la mayoría de las sustancias adictivas presentan síntomas tales como el deseo irrefrenable de volver a consumir la sustancia, irritabilidad, cambios en el carácter o dificultad para concentrarse, en función de las sustancias adictivas El síndrome de abstinencia es muy desagradable, pero puede superarse sin un sufrimiento grande mediante un tratamiento de desintoxicación, paso inicial para poder recuperarse de su adicción, en primer lugar, la persona adicta debe ser consciente de los síntomas que va a experimentar si deja la sustancia que le produce la adicción, así como lo importante que es que resista a este proceso para poder superar el problema. (Solé, 2023).

Asimismo, Baldwin (2021), concluye que la abstinencia de benzodiacepinas ha sido asociada con insomnio prolongado, temblores, agitación, espasmos musculares, incluso psicosis y convulsiones en casos de retiro abrupto o muy rápido; se recomienda

siempre una reducción gradual y acompañamiento psicológico especializado para evitar síndrome de abstinencia prolongado. (Baldwin, 2021).

Las guías interdisciplinarias más recientes, como las de la American Society of Addiction Medicine (ASAM), subrayan la necesidad de identificar tempranamente a los pacientes en riesgo, estratificar según herramientas como CIWA-Ar (para alcohol) o COWS (para opioides), realizar monitorización frecuente de signos vitales y estado mental, administrar medicación adecuada (benzodiazepinas, antagonistas adrenérgicos, vitaminas esenciales como tiamina y magnesio) y adaptar el nivel de atención (hospitalización, unidad o cuidados intensivos) según la gravedad. (Simone Pardossi, 2025).

En entornos especializados de rehabilitación como el Centro Casa Azul, estas evidencias científicas sustentan un modelo de atención integral: vigilancia clínica rigurosa, evaluación sistemática con escalas validadas, administración farmacológica según protocolos actualizados y acompañamiento psicoemocional activo para estabilizar al paciente durante la desintoxicación, prevenir complicaciones y favorecer una recuperación prolongada en un entorno seguro y centrado en la persona

1.3 Justificación

El síndrome de abstinencia representa un conjunto de manifestaciones clínicas físicas y psicológicas que aparecen cuando una persona dependiente a sustancias psicoactivas interrumpe o reduce bruscamente su consumo. Estas manifestaciones pueden variar en intensidad, desde síntomas leves como irritabilidad y ansiedad, hasta complicaciones graves como convulsiones, delirium tremens y alteraciones cardiovasculares, poniendo en riesgo la vida del paciente si no se maneja adecuadamente.

En el contexto del Centro de Rehabilitación Casa Azul, donde se atiende a personas en proceso de desintoxicación, resulta fundamental que el personal de salud cuente con una formación adecuada y protocolos de actuación para identificar precozmente estas manifestaciones y brindar los cuidados necesarios de forma oportuna, segura y humanizada. La atención integral durante esta fase crítica del tratamiento favorece la

estabilización del paciente, reduce las complicaciones y mejora el pronóstico terapéutico a largo plazo.

Este trabajo busca visibilizar la importancia del rol del personal sanitario — especialmente el de enfermería en la detección, monitoreo y cuidado de las personas que atraviesan un síndrome de abstinencia, considerando tanto el manejo clínico como el acompañamiento emocional, en un entorno como Casa Azul, que apuesta por una rehabilitación digna, ética y centrada en la persona.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Evaluar el proceso de desintoxicación en pacientes con consumo problemático de sustancias en pacientes del Centro de Rehabilitación Casa Azul

1.4.2 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en proceso de desintoxicación
- Analizar la frecuencia e intensidad de las manifestaciones clínicas durante el síndrome de abstinencia, mediante la aplicación de una escala tipo Likert
- Valorar la calidad de los cuidados proporcionados por el personal de salud durante el proceso de desintoxicación

1.5 Marco Teórico

1.5.1 Síndrome de Abstinencia: Definición y Generalidades

Los síndromes de abstinencia ocurren cuando el cuerpo responde a la reducción o cese de una sustancia después de un uso prolongado, lo que indica dependencia física. Estos síndromes surgen debido a la adaptación fisiológica del cuerpo a la exposición continua a sustancias, y los síntomas varían según el tipo de sustancia y la duración de su uso. (Regina y otros, 2024)

Cada síndrome de abstinencia tiene dos características principales: una adaptación fisiológica compensatoria, que es intrínseca a la exposición continua del cuerpo a una droga o sustancia, y cuando hay cantidades decrecientes de la sustancia disponibles, se desarrolla la abstinencia. Además, las sustancias que producen abstinencia pueden tratarse con el mismo fármaco o uno similar para aliviar y tratar los síntomas. (Regina y otros, 2024)

1.5.2 Manifestaciones Clínicas del Síndrome de Abstinencia

Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden variar según la sustancia o el comportamiento al que la persona haya desarrollado adicción. Sin embargo, en general, el síndrome de abstinencia incluye diversos síntomas físicos y psicológicos que se presentan cuando se suspende repentinamente una sustancia o un comportamiento. Síntomas comunes del síndrome de abstinencia: (Board, 2025)

Síntomas físicos:

- Dolor de cabeza,
- Náuseas y vómitos,
- Sudoración y escalofríos,
- Temblores y dolores musculares,
- Ojos y nariz llorosos,
- Cambios en el apetito (aumento o disminución).

Síntomas psicológicos:

- Ansiedad e inquietud,
- Irritabilidad y nerviosismo,
- Depresión y fluctuaciones emocionales,
- Disminución de la claridad mental y dificultad para concentrarse.
- Insomnio o dormir demasiado,
- Inestabilidad mental y emocional.

Síntomas conductuales:

- Pérdida de apetito o comer en exceso,
- Retraimiento social y aislamiento
- Niveles de energía agresivos o bajos,
- Baja motivación y reducida capacidad para el placer.

Cambios en el estado mental:

- Paranoia o miedos,
- Alucinaciones (en algunos casos),
- Confusión mental y pensamientos perturbados.

1.5.3 Rol del Personal de Salud en el Manejo del Síndrome de Abstinencia

El síndrome de abstinencia aparece cuando una persona dependiente de sustancias psicoactivas reduce o suspende repentinamente su consumo, manifestándose con síntomas que varían desde leves hasta potencialmente mortales según la sustancia. (Regina y otros, 2024)

1.5.3.1 Identificación y evaluación clínica

El uso sistemático de escalas validadas como CIWA (alcohol) o COWS (opioides) permite evaluar la severidad de la abstinencia, esto posibilita decidir entre un manejo de dosis fijas o uno ajustado según puntuaciones, mejorando los resultados clínicos (Baker & Bigand, 2021)

1.5.3.2. Cuidados de enfermería y no farmacológicos

Los cuidados de enfermería en el síndrome de abstinencia se centran en la vigilancia constante de los signos y síntomas para prevenir complicaciones graves como convulsiones o delirium tremens. Es indispensable la valoración periódica con herramientas validadas como CIWA-Ar y COWS, que permiten ajustar el tratamiento farmacológico y brindar intervenciones oportunas. Además, el personal de enfermería debe asegurar una correcta hidratación y nutrición, controlar el dolor y promover un ambiente tranquilo que disminuya la agitación y el estrés del paciente. La educación al paciente y su familia sobre el proceso de abstinencia y la importancia de la adherencia terapéutica contribuyen a mejorar los resultados clínicos. Asimismo, la empatía, el acompañamiento emocional y la coordinación multidisciplinaria son fundamentales para favorecer la recuperación y prevenir recaídas³. Acompañamiento psicosocial y creación de alianza terapéutica. (April C. May y otros, 2021; 2020)

La construcción de una relación terapéutica positiva es clave: empatía, comunicación no estigmatizante y apoyo emocional están relacionados con tasas más altas de finalización de tratamientos y adherencia rescatadas por la experiencia de pacientes en desintoxicación hospitalaria. (Joanne Neale, 2024)

1.5.4 Centro de Rehabilitación Casa Azul: Enfoque y Atención Integral

Casa Azul es un centro terapéutico integral ubicado en la ciudad de Quito, Ecuador, específicamente en el Barrio San Vicente, en la Calle José Guagrilla N.º N6-432, intersección con Calle S, teniendo como referencia la Quinta Carlota. Esta institución surge como una respuesta comprometida ante la creciente problemática del consumo problemático de sustancias psicoactivas, brindando un espacio seguro y especializado donde los usuarios pueden iniciar un proceso de rehabilitación y recuperación personal. Su enfoque de atención se basa en el respeto por la dignidad humana, el acompañamiento profesional constante y la aplicación de estrategias terapéuticas adaptadas a las necesidades individuales de cada persona.

La misión de Casa Azul es ofrecer un tratamiento terapéutico integral, profesional y ético, dirigido a la recuperación física, emocional, psicológica y social de sus usuarios.

Para lograrlo, se apoya en un equipo multidisciplinario altamente capacitado, que promueve valores como la empatía, el compromiso, la confidencialidad y el respeto. El objetivo principal es facilitar procesos de cambio que favorezcan la reinserción social y familiar de las personas en tratamiento, fortaleciendo sus habilidades personales y fomentando estilos de vida saludables y sostenibles a largo plazo.

En cuanto a su visión institucional, Casa Azul aspira a convertirse en un centro terapéutico de referencia a nivel nacional en el abordaje y tratamiento de adicciones. Busca ser reconocida por la calidad y efectividad de sus procesos terapéuticos, por la calidez humana de su equipo de trabajo, y por su compromiso constante con la mejora continua. La institución mantiene altos estándares de calidad en sus intervenciones clínicas, educativas y sociales, con la finalidad de transformar vidas y generar un impacto positivo en la comunidad.

La estructura administrativa y técnica de Casa Azul está conformada por profesionales con amplia experiencia en sus respectivos campos. La directora técnica es la Psicóloga Clínica Katherine Viviana Díaz Romo, quien se encarga de supervisar y dirigir el tratamiento terapéutico integral de los usuarios. Su rol implica aprobar los programas terapéuticos, coordinar directamente con el equipo técnico interdisciplinario y velar por el cumplimiento estricto de las normas, protocolos y buenas prácticas clínicas dentro del centro. Su liderazgo garantiza una atención centrada en la persona, fundamentada en evidencia científica y en principios éticos del ejercicio profesional.

Por otro lado, el Ing. Freddy Manuel Sánchez Acosta desempeña el cargo de Representante Legal y director Administrativo. Su responsabilidad principal recae en la gestión operativa del centro, abarcando áreas como la contratación de personal, el mantenimiento de las instalaciones, la administración de los recursos y la articulación eficiente con el equipo terapéutico. Su rol es clave para asegurar que el entorno institucional sea funcional, seguro y propicio para el desarrollo de los procesos de tratamiento.

El plan de tratamiento implementado en Casa Azul se caracteriza por su enfoque integral, personalizado y multidisciplinario. Cada usuario atraviesa un proceso

diagnóstico inicial que permite identificar sus necesidades específicas y establecer un plan terapéutico individualizado. Las intervenciones incluyen atención psicológica individual y grupal, terapias familiares, programas psicoeducativos, talleres ocupacionales y actividades orientadas a la reinserción social. Además, se contempla el seguimiento postratamiento, a fin de prevenir recaídas y mantener los logros alcanzados durante el proceso terapéutico. Todo este proceso es monitoreado continuamente por la Dirección Técnica y el equipo clínico, asegurando calidad, pertinencia y calidez en la atención.

Casa Azul no solo representa un espacio de rehabilitación, sino también un entorno de transformación, crecimiento y esperanza. Su compromiso con la salud mental y el bienestar de sus usuarios se refleja en cada uno de sus servicios, consolidándose como una alternativa confiable para las personas y familias que enfrentan la problemática del consumo de sustancias. A través de un abordaje profesional, humano y estructurado, esta institución contribuye activamente a la construcción de una sociedad más saludable, solidaria y consciente.

1.5.5 Importancia del Cuidado Humanizado en el Proceso de Desintoxicación

La atención humanizada durante la desintoxicación del paciente con trastornos por consumo de sustancias es un componente clave para lograr una recuperación efectiva y centrada en la persona. Este enfoque promueve una relación terapéutica empática, mediante la toma de decisiones compartida, valoración individualizada de necesidades y la construcción de una alianza terapéutica sólida. Estudios recientes demuestran que este modelo de atención mejora la adherencia al tratamiento, reduce la percepción de estigma y disminuye los eventos adversos durante el proceso de desintoxicación. (Bronwyn Myers, 2025)

1.5.6 Características del Trastornos por consumo de sustancias

El Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS) se define como un uso problemático de alcohol, drogas u otros químicos, que persiste a pesar de sus consecuencias adversas, afectando la capacidad de la persona para funcionar diariamente. (American Psychiatric Association, 2022)

Según la organización Mental Health America, los TCS son enfermedades primarias, progresivas, crónicas, recurrentes y tratables, reconocidos en el DSM-5 como afecciones cerebrales que alteran circuitos de gratificación, voluntad y autocontrol. (Mental Health America (MHA), s.f.)

Las características esenciales del trastorno por el consumo de sustancias es la asociación de varios síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que las personas continúan consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia.

Una particularidad importante del trastorno por el consumo de sustancias es el cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación y que acontece especialmente en las personas con trastornos graves. Los efectos conductuales de estos cambios cerebrales se muestran en las recaídas repetidas y en el deseo intenso de consumo cuando la persona expone a estímulos relacionados con la droga. (American Psychiatric Association, 2021).

La abstinencia es un síndrome que ocurre cuando disminuye la concentración de las sustancias en la sangre o en los tejidos en una persona que ha sido una gran consumidora de manera prolongada.

1.5.7 Procedimiento de registro de los trastornos por consumo de sustancias.

DSM-5 establece 11 criterios: incluyendo tolerancia, abstinencia, consumo en cantidades mayores, pérdida de control, deseo persistente. El diagnóstico se clasifica como leve (2-3 criterios), moderado (4-5), o grave (≥ 6).

DSM-IV-TR exige al menos 3 criterios durante 12 meses: tolerancia, abstinencia, consumo más del planificado, intentos fallidos de control, dedicación excesiva al uso o recuperación, reducción de actividades, y continuidad pese a riesgos

El clínico debe aplicar el código que corresponda a la clase de sustancia y además anotar el nombre de la sustancia específica. Por ejemplo, el clínico registrara 304.10 (F13.20) trastornos moderados por consumo de alprazolam (mejor que trastorno por consumo moderado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos), o bien 305.70 (F15.10) trastorno por consumo moderado de metanfetamina (mejor que trastorno por consumo moderado de estimulantes). Para las sustancias que no se ajustan a ninguna de estas clases (p. ej., los esteroides anabolizantes), corresponde usar el código de trastorno por consumo de otras sustancias e indicar la sustancia específica (p. ej., 305.90 [F19.101 trastorno leve por consumo de esteroides anabolizantes). Si se desconoce cuál es la sustancia que ha tomado el individuo se aplicará el código de la clase "otra (o desconocida)" (p. ej., 304.90 [F19.201 trastorno grave por consumo de sustancia desconocida). Si se cumplen los criterios de más de un trastorno por consumo de sustancias, se deben diagnosticar todos ellos (p. ej., 304.00 [F11.201 trastorno grave por consumo de heroína; 304.20 [F14.201 trastorno moderado por consumo de cocaína). (American Psychiatric Association, 2021).

El código adecuado de la CIE-10-MC para un trastorno por consumo de sustancias depende de si existe algún trastorno concomitante inducido por una sustancia (ya sea por intoxicación o por abstinencia). En el ejemplo anterior, el código diagnóstico de un trastorno moderado por consumo de alprazolam, F13.20, refleja la ausencia de un trastorno mental concomitante inducido por alprazolam.

Puesto que los códigos CIE-10-MC para los trastornos inducidos por sustancias indican tanto la presencia (o ausencia) como la gravedad del trastorno por consumo de la sustancia, dichos códigos solamente se pueden utilizar si no existe un trastorno inducido por una sustancia. Para más información sobre la codificación, véanse las secciones concretas específicas de cada sustancia. (American Psychiatric Association, 2021)

1.5.8 Vía de administración y velocidad de los efectos de la sustancia.

Las vías de administración que produce la absorción en el torrente sanguíneo de una manera más rápida y eficiente (p. ej., intravenosa, fumada, intranasal “esnifada”) tienden a desembocar en una intoxicación más intensa y tienen mayor probabilidad de que se produzca un patrón de escalada de consumo de la sustancia para la que aparezca la abstinencia. De manera similar, las sustancias que actúan rápidamente son mas proclives a producir una intoxicación inmediata en comparación con aquellas de acción lenta. (American Psychiatric Association, 2021).

1.5.9. Duración de los efectos.

Dentro de la misma categoría de droga, las sustancias con una acción relativamente corta suelen conllevar un alto potencial de desarrollo de abstinencia en comparación con aquellas con una acción de duración prolongada. Sin embargo, las sustancias de acción prolongada suelen implicar una abstinencia de mayor duración. La vida media de la sustancia se parece en algunos aspectos a la abstinencia: cuanto mayor es la duración de la acción, mayor es el período entre el cese de la sustancia y el inicio de los síntomas de abstinencia, y mayor es la duración de la abstinencia. En general, cuanto más largo es el período de abstinencia aguda, menor intensidad tiene el síndrome. (American Psychiatric Association, 2021).

1.5.10. Desarrollo y curso

Las personas con edades comprendidas entre los 18 y los 24 años presentan unas tasas relativamente elevadas de consumo de prácticamente todas las sustancias. La intoxicación suele ser el primer trastorno relacionado con las sustancias y frecuentemente comienza en la adolescencia. La abstinencia puede aparecer a cualquier edad siempre y cuando se haya consumido la droga principalmente en una dosis suficiente durante un periodo de tiempo prolongado. (American Psychiatric Association, 2021).

1.5.11. CIE 10 - F 10 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de Alcohol.

El trastorno por consumo de alcohol se define como una agrupación de síntomas comportamentales y físicos, entre los que están la abstinencia, la tolerancia y el deseo intenso de consumo. La abstinencia de alcohol se caracteriza por síntomas que se desarrollan entre 4 y 12 horas después de la reducción del consumo, tras la ingesta de alcohol de forma prolongada e intensa. Como la abstinencia de alcohol puede ser muy desagradable, las personas pueden seguir consumiendo a pesar de las consecuencias adversas, sobre todo para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Algunos de estos síntomas (p. ej., las alteraciones del sueño) pueden perdurar durante meses a baja intensidad y conllevar una recaída. Una vez que se desarrolla un patrón repetitivo e intenso de consumo, las personas con trastorno por consumo de alcohol pueden emplear gran cantidad de tiempo en obtener y consumir bebidas alcohólicas. (American Psychiatric Association, 2021).

1.5.12. Características asociadas

El trastorno por consumo de alcohol suele asociarse a los mismos problemas que aparecen con el consumo de otras sustancias (p. ej., el cannabis, la cocaína, la heroína, las anfetaminas, los sedantes, los hipnóticos o los ansiolíticos). Se puede consumir alcohol para aliviar los efectos indeseados de otras sustancias o para sustituir a éstas si no están disponibles. Algunos síntomas, como los problemas de conducta, la depresión, la ansiedad y el insomnio, suelen acompañar el consumo abusivo, y en ocasiones pueden precederlo. (American Psychiatric Association, 2021).

1.5.13. CIE 10 – F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opiáceos.

El F11 se refiere a un grupo de trastornos relacionados con el consumo de opiáceos, que incluyen desde la intoxicación aguda (F11.0), abuso o uso perjudicial (F11.1), síndrome de dependencia (F11.2), síndrome de abstinencia (F11.3), hasta trastornos psicóticos y otros problemas mentales inducidos por opiáceos.

La ICD-11 actualiza estas definiciones incluyendo una mejor caracterización de la dependencia y el uso problemático de opioides, considerando la gravedad y la presencia de complicaciones mentales o conductuales asociadas.

El trastorno por consumo de opiáceos se caracteriza por signos y síntomas que reflejan la autoadministración prolongada y compulsiva de sustancias opiáceos que no se utilizan para ningún propósito médico legítimo o, si existe otra afección médica que requiere tratamiento con opiáceos, por la utilización de opiáceos en dosis muy superiores a la cantidad necesaria para dicha afección médica (por ejemplo, un individuo al que se le recetaron analgésicos opiáceos para el alivio del dolor y que los utiliza a una dosis superior, y no sólo para aliviar el dolor persistente). Las personas con trastorno por consumo de opiáceos tienden a desarrollar un tipo de patrón regular de uso compulsivo de la droga en el que las actividades diarias giran en torno a la obtención y la administración de opiáceos. (American Psychiatric Association, 2021).

1.5.14. Abstinencia relacionada con los opiáceos

El síndrome de abstinencia de opioides es una afección potencialmente mortal resultante de la dependencia de opioides. Los opioides son un grupo de medicamentos utilizados para el tratamiento del dolor intenso. También se utilizan comúnmente como sustancias psicoactivas en todo el mundo. Los opioides incluyen drogas como morfina, heroína, oxicontin, codeína, metadona y clorhidrato de hidromorfona. Producen relajación mental, alivio del dolor y sentimientos de euforia. El uso crónico de opioides conduce al desarrollo de una forma incapacitante de dependencia en los usuarios. (Shah & Huecker., 2023)

La abstinencia de opiáceos se caracteriza por un patrón de signos y síntomas que son opuestos a los efectos agonistas agudos. Los primeros son subjetivos y consisten en quejas de ansiedad, inquietud, y una "sensación de dolor" sobre todo en las piernas y la espalda, junto con irritabilidad y un aumento de la sensibilidad al dolor. Deben estar presentes para hacer un diagnóstico de abstinencia de opiáceos tres o más de los siguientes: estado de ánimo disfórico, náuseas o vómitos, dolores musculares, lagrimeo o

rinorrea, dilatación pupilar, piloerección o aumento de la sudoración, diarrea, bostezos, fiebre e insomnio. (American Psychiatric Association, 2021).

La mayoría de las personas con trastorno por consumo de opiáceos tiene niveles significativos de tolerancia y experimentan abstinencia tras la interrupción brusca de sustancias opiáceas. Además, con frecuencia desarrollan respuestas condicionadas a los estímulos relacionados con las drogas (p. ej., un deseo intenso al ver una sustancia en polvo blanca parecida a la heroína), un fenómeno que ocurre con la mayoría de los medicamentos que causan cambios psicológicos intensos. Estas respuestas probablemente contribuyen a la recaída, son difíciles de extinguir y persisten frecuentemente mucho tiempo después de que se complete la desintoxicación.

La gravedad y la velocidad de la abstinencia asociadas con los opiáceos depende de la vida media del opiáceo utilizado. La mayoría de las personas que dependen fisiológicamente de sustancias de acción corta, como la heroína, empieza a tener síntomas de abstinencia dentro de las 6-12 horas después de la última dosis. Los síntomas pueden comenzar entre 2 y 4 días después del cese en el caso de los medicamentos de acción prolongada, como la metadona, LAAM (L-alfaacetilmetadol) o la buprenorfina. Los síntomas agudos de abstinencia de un opiáceo de acción corta, como la heroína, normalmente presentan su máximo nivel a los 1-3 días y disminuyen gradualmente en un período de tiempo de 5 a 7 días. Los síntomas de abstinencia menos graves pueden durar semanas o meses. Estos síntomas más crónicos son la ansiedad, la disforia, la anhedonia y el insomnio. (American Psychiatric Association, 2021).

1.5.15. CIE 10 – F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides

El consumo de cannabis puede provocar intoxicación, abstinencia y problemas biopsicosociales. Se asocian una variedad de trastornos, entre ellos psicosis, trastornos del sueño, abstinencia y una escala de intoxicación que conduce al diagnóstico de un trastorno por consumo de sustancias, la intoxicación puede incluir euforia, ansiedad, risa incontrolable, aumento del apetito, falta de atención, olvidos, inquietud, taquicardia,

inyección conjuntival y sequedad de boca. Los eventos adversos menos comunes pueden incluir delirios, alucinaciones y desrealización. (Patel & Marwaha., 2024)

El trastorno por consumo de cannabis y los otros trastornos relacionados con el cannabis son problemas que están asociados con las sustancias derivadas de la planta de cannabis y con los compuestos sintéticos químicamente similares. Con el tiempo, esta materia vegetal ha acumulado muchos nombres (p. ej. Maruja, hierba, maría, mandanga, marihuana, cáñamo, mota, costo, hachís, chocolate, grifa). (American Psychiatric Association, 2021).

Una extracción del concentrado de la planta de cannabis que también se utiliza comúnmente es el hachís. Cannabis es el nombre genérico y quizás el término científico más apropiado para las sustancias psicoactivas derivadas de la planta. Por tanto, se utiliza esta denominación en el manual para hacer referencia a todas las sustancias tipo cannabis, incluyendo los compuestos cannabinoides sintéticos.

1.5.16. Abstinencia relacionada con el cannabis.

El uso o abstinencia continua y prolongada generalmente causa un estado de ánimo deprimido caracterizado por apatía, falta de motivación, irritabilidad, pérdida de interés en actividades típicas, dificultad para concentrarse y aislamiento.

El abuso y la dependencia del cannabis se combinaron en el DSM-5, capturando el trastorno de conducta que puede ocurrir con el consumo crónico de cannabis y denominándose trastorno por consumo de cannabis definido como un patrón problemático de consumo de cannabis que conduce a un deterioro o angustia clínicamente significativo, como se manifiesta en al menos 2 de los siguientes casos, que ocurren dentro de los 12 meses. (Patel & Marwaha., 2024)

El síndrome de abstinencia se reconoce que la interrupción brusca del consumo diario o casi diario del cannabis suele producir la aparición de un síndrome de abstinencia de cannabis. Los síntomas comunes de la abstinencia incluyen irritabilidad, ira o agresividad, ansiedad, depresión, inquietud, dificultad para dormir, y disminución del apetito o pérdida de peso. Aunque por lo general los síntomas no son tan graves como los

del alcohol o de los opiáceos, el síndrome de abstinencia puede causar un malestar significativo y, por tanto, puede contribuir a que existan dificultades para dejar de fumar o puede favorecer la recaída entre los que tratan de abandonar el consumo. (American Psychiatric Association, 2021).

La mayoría de los síntomas tienen su inicio en las primeras 24 a 72 horas desde el cese, y el pico se presenta en la primera semana y tiene una duración aproximada de 1 a 2 semanas. Las dificultades del sueño pueden durar más de 30 días. Se ha documentado la abstinencia de cannabis entre los adolescentes y los adultos. Tiende a ser más frecuente y grave entre los adultos, muy probablemente en relación con la mayor cantidad, frecuencia y persistencia del consumo.

1.5.17. CIE 10 – F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.

La primera categoría incluye pacientes que tienen prescripciones e indicaciones médicas para el uso de estos medicamentos para el tratamiento sintomático de un trastorno psiquiátrico. Estos pacientes tienen un alto riesgo de desarrollar dependencia sedante-hipnótica, particularmente si tienen antecedentes de abuso de alcohol o medicamentos recetados, se les recetan altas dosis de sedantes-hipnóticos o se les recetan estos medicamentos durante más de 1 mes. Los pacientes con antecedentes familiares de alcoholismo pueden estar genéticamente predispuestos a la dependencia de las benzodiazepinas. A menos que el aumento de la dosis sea evidente o el uso deliberado produzca estados de intoxicación elevados o peligrosos, no hay razón para suponer que los consumidores crónicos de benzodiazepinas sean abusadores. (Ankit Jain, 2023)

Trastorno por uso sedante, hipnótico o ansiolítico es un trastorno por consumo de sustancias caracterizado por el uso repetido de sustancias que incluyen benzodiazepinas, fármacos similares a las benzodiazepinas (p. ej., zolpidem, zaleplon), carbamatos (p. ej., glutetimida, meprobamato), barbitúricos (p. ej., fenobarbital, secobarbital) e hipnóticos similares a barbitúricos (p. ej., glutetimida, metacualona) a pesar de los importantes problemas asociados con su uso. Esta clase también incluye todos los medicamentos recetados para dormir y casi todos los medicamentos recetados contra

la ansiedad. Agentes ansiolíticos no benzodiazepínicos (p. ej. - buspirona, gepirona) no están incluidos en esta clase porque no están asociados con un uso indebido significativo. (PsychDB, 2024)

Pueden desarrollarse niveles muy significativos de tolerancia y abstinencia a los sedantes, en ausencia de un diagnóstico de trastorno por consumo de sedantes en un individuo que ha interrumpido abruptamente el uso de las benzodiazepinas que ha tomado durante largos períodos de tiempo a las dosis terapéuticas y prescritas. (American Psychiatric Association, 2021).

1.5.18. Abstinencia por consumo de sedantes.

La dependencia es una adaptación fisiológica del cuerpo a una sustancia, en la que el cuerpo se acostumbra tanto a que la droga esté presente en el sistema que cuando el individuo reduce su uso o la deja, surgen síntomas de abstinencia. Con niveles significativos de dependencia fisiológica, una persona puede continuar bebiendo o consumiendo drogas compulsivamente para evitar síntomas de abstinencia no deseados. La dosis de sedantes tomados, la duración del tiempo utilizado, su edad y los problemas médicos y de salud mental comórbidos pueden afectar la gravedad de los síntomas de abstinencia. En casos raros, los síntomas de abstinencia de sedantes pueden provocar la muerte. (American Addiction Centers, 2024)

Los síntomas de intoxicación incluyen ataxia, depresión respiratoria leve y pérdida de memoria a corto plazo. Los síntomas de abstinencia incluyen insomnio, ansiedad, psicosis y convulsiones. Estos medicamentos a menudo se toman junto con otras sustancias. El uso crónico se puede tratar con la reducción gradual del medicamento, así como con intervenciones psicosociales. (Lecturio GmbH, 2024)

La característica esencial de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es la presencia de un síndrome característico que se desarrolla después de una marcada disminución o del cese de la ingesta después de varias semanas o más de uso regular. Este síndrome de abstinencia se caracteriza por dos o más síntomas (similares a los de la abstinencia de alcohol) entre los que están la hiperactividad autonómica (American Psychiatric Association, 2021).

1.5.19. CIE 10 – F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.

El trastorno por consumo de cocaína son los problemas adictivos ya que está elaborada a partir de las hojas de coca (*Erythroxylon coca*), una planta nativa de Sudamérica, y en casos raros esta planta ha sido utilizado también como un medicamento para anestesia durante ciertas cirugías. (NIDA, 2024).

El consumo excesivo puede presentar complicaciones médicas graves, estos efectos de la cocaína aparecen casi de inmediato después de una sola dosis y por lo general desaparece en pocos minutos a una hora después, las pequeñas cantidades de cocaína hacen que las personas se sientan eufóricas, energéticas, de igual manera la droga puede disminuir temporalmente la necesidad de comer y dormir. (NIDA, 2024).

Estás intoxicado porque has consumido cocaína. La intoxicación puede alterar cosas como la conciencia, la percepción, el estado de ánimo y el comportamiento. La intoxicación por cocaína puede volverte agresivo o ver cosas que realmente no existen. También es posible que tenga el corazón acelerado, vomite y tenga convulsiones (Federal Ministry of Health (Alemania), 2025)

1.5.20. Abstinencia por consumo de cocaína.

Antes de una abstinencia de cocaína, la persona suele haber consumido demasiada cocaína durante un largo período de tiempo. Cuando alguien pasa por abstinencia, presenta diversos síntomas físicos, porque consume menos o ninguna cocaína. Es posible que les resulte difícil dormir o que tengan mayor apetito. También pueden estar cansados y hacer todo más lentamente. (Federal Ministry of Health (Alemania), 2025)

La abstinencia de la cocaína produce una sensación de euforia cuando se le suspende el consumo o cuando se termina su efecto se presenta un derrumbamiento casi inmediato, en ese momento el consumidor de cocaína tiene un deseo vehemente de más cocaína, a estos síntomas se incluye fatiga, ausencia de placer, ansiedad, irritabilidad, somnolencia y en algunas ocasiones presentan agitación o de paranoia, estos síntomas pueden variar de acuerdo al tiempo que se lleva con la adicción. (NIDA, 2024)

1.5.21. F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas

El código F19 del CIE – 10 hace referencia a un diagnóstico amplio que se aplica a una variedad o un grupo de trastornos mentales y su comportamiento originado por un consumo de múltiples y simultaneo de dos o más sustancias psicoactivas en donde la causa específica de los problemas puede ser incierta o no identificada. (por ejemplo, alcohol y cannabis, o cocaína y tranquilizantes).

El código F19 puede incluir intoxicación aguda, consumo perjudicial, síndrome de abstinencia, trastornos psicóticos, entre otros, todos ellos relacionados con el uso de múltiples drogas.

1.5.21 Abstinencia por consumo de múltiples sustancias

Antes de la abstinencia, la persona suele haber consumido demasiadas sustancias durante un largo período de tiempo. Cuando alguien pasa por abstinencia, presenta diversos síntomas físicos, porque consume menos o ninguna sustancia. La abstinencia también altera el estado de conciencia. Por ejemplo, la conciencia y la memoria pueden alterarse. Es posible que ya no sepa quién o dónde está. (Federal Ministry of Health (Alemania), 2025)

CAPÍTULO II

2.1 Metodología

La siguiente investigación tiene un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal, ya que busca recolectar datos objetivos y medibles sobre las principales manifestaciones clínicas que presentan los pacientes durante el síndrome de abstinencia, así como su percepción sobre lo que ocurre en su cuerpo tras dejar una sustancia de forma abrupta, en un contexto psicológico de desintoxicación. De acuerdo con Hernández Sampieri, y Mendoza Torres (2021), los estudios cuantitativos descriptivos tienen como finalidad especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades o fenómenos que se someten a un análisis y los estudios transversales “miden variables en un solo momento en un tiempo determinado. Esto resulta coherente con el presente trabajo, ya que se observa a los pacientes en el momento actual de su proceso de abstinencia, sin manipular las variables, permitiendo así identificar patrones sintomáticos y la respuesta del personal de salud desde una perspectiva clínica y estructurada. (Sampieri & Torres, 2021).

El enfoque cuantitativo en esta investigación permite recopilar información estandarizada a través de encuestas aplicadas directamente a los pacientes, lo que facilita identificar la frecuencia con la que aparecen los signos y síntomas del síndrome de abstinencia, así como la forma en que estos son abordados desde la atención brindada por el personal de enfermería. Este enfoque posibilita trabajar con datos numéricos objetivos, lo cual permite establecer comparaciones, detectar tendencias generales y analizar patrones que se repiten en la población estudiada. De acuerdo con Hernández Sampieri y Mendoza Torres (2021), el enfoque cuantitativo se basa en la medición numérica de las variables y en el análisis estadístico para probar hipótesis o responder preguntas de investigación por lo que resulta adecuado para alcanzar los objetivos planteados en este estudio, centrados en describir de forma estructurada y precisa las manifestaciones clínicas y los cuidados proporcionados en el Centro de Rehabilitación Casa Azul. (Sampieri & Torres, 2021).

El presente estudio emplea un diseño descriptivo, cuya finalidad es detallar de manera sistemática las características clínicas que presentan los pacientes durante el síndrome de abstinencia y el impacto que estas pueden generar en su proceso de rehabilitación. Este diseño permite, además, describir cómo la recuperación integral en el Centro de Rehabilitación Casa Azul se sustenta en tres dimensiones fundamentales: mente, cuerpo y alma. Desde lo mental, se aborda el tratamiento psicológico para manejar la abstinencia y prevenir recaídas; en el plano físico, se trabaja con la desintoxicación del organismo; y en el aspecto espiritual, los pacientes encuentran una conexión personal con un ser supremo o con su sentido de vida, lo que contribuye a fortalecer su voluntad de cambio. La integración de estos tres ejes promueve una rehabilitación holística que prepara al individuo no solo para la recuperación médica, sino también para su reintegración social. Según Hernández Sampieri et al. (2021), los diseños descriptivos permiten “especificar las propiedades, características y perfiles importantes de personas, grupos o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (p. 110), lo cual se ajusta a los objetivos de esta investigación. (Sampieri & Torres, 2021).

Esta investigación es de corte transversal porque se enfoca en observar y analizar las manifestaciones clínicas que presentan los pacientes durante el síndrome de abstinencia y los cuidados que brinda el personal de salud en el Centro de Rehabilitación Casa Azul, en un momento determinado del tiempo. No se busca intervenir ni seguir a los pacientes a lo largo del tiempo, sino describir lo que está ocurriendo durante su proceso de desintoxicación al momento del estudio. Según Hernández Sampieri (2021), los estudios transversales permiten recolectar datos en un solo punto temporal para analizar la incidencia y características de un fenómeno, lo cual se ajusta perfectamente al objetivo de esta investigación. Al tratarse de una población específica en un contexto clínico definido, este tipo de diseño permite identificar patrones comunes en los síntomas y en las intervenciones de enfermería, lo cual aporta información valiosa para mejorar la atención en centros de rehabilitación similares. (Sampieri & Torres, 2021).

2.2 Cuestionario o Instrumentos Utilizado

El instrumento empleado para la recolección de datos fue un cuestionario estructurado, aplicado a los pacientes del Centro de Rehabilitación *Casa Azul*. Dicho cuestionario, elaborado por los autores, fue sometido a un proceso de validación por juicio de expertos, el cual contó con la revisión y aprobación de tres psicólogos clínicos del centro: Francisco Javier Tamayo Espinoza, Katherine Díaz y Adrián Joel Masache Vega. Los especialistas otorgaron un nivel de concordancia del 90 %, lo que respalda la pertinencia y claridad de los ítems incluidos.

La presente investigación se acoge a los principios éticos establecidos por la Declaración de Helsinki, documento fundamental en la regulación de estudios en seres humanos, motivo por el cual se aplicó un consentimiento informado a los pacientes antes de realizar la encuesta. Esta declaración fue adoptada por la Asamblea Médica Mundial en 1964 y ha sido actualizada en múltiples ocasiones, siendo su versión más reciente la de octubre de 2013 en Fortaleza, Brasil. Su objetivo principal es proteger la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes humanos en investigaciones biomédicas y en ciencias de la salud.

Adicionalmente, se realizó una validación estadística mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0,797, considerado aceptable para fines exploratorios. El cuestionario estuvo conformado por preguntas de opción múltiple, orientadas a recopilar información esencial sobre la experiencia de los pacientes frente a los síntomas del síndrome de abstinencia y sobre su percepción de la calidad del cuidado brindado por el personal de salud durante el proceso de desintoxicación.

2.3 Población

La población de estudio estuvo conformada por 100 pacientes del Centro de Rehabilitación Casa Azul, de los cuales 40 eran mujeres y 60 hombres. Esta institución brinda atención especializada en el tratamiento y recuperación de personas con trastornos por consumo de drogas, clasificados en la CIE-10 bajo los códigos clínicos F10 a F19.2.4 Muestreo.

La muestra estuvo compuesta por 90 pacientes, de los cuales 39 eran de sexo femenino y 51 de sexo masculino. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a aquellos pacientes que se encontraban disponibles, dispuestos a participar y que cumplían con los criterios de inclusión previamente establecidos.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes con diagnóstico clínico de trastorno por consumo de sustancias
2. Pacientes que presenten o hayan presentado signos y síntomas compatibles con síndrome de abstinencia durante su ingreso.
3. Participantes que acepten formar parte del estudio mediante consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

1. Pacientes con trastornos mentales severos no estabilizados que impidan una comunicación efectiva.
2. Pacientes que no hayan presentado signos de abstinencia durante su estancia en el centro.
3. Personal administrativo o técnico que no esté involucrado en la atención clínica directa.
4. Casos incompletos en la historia clínica o con información clínica no verificable.

2.5 Recursos

Tabla 1: *Tabla de Recursos*

Recursos	Elementos Utilizados
Humanos	Autores: Melanie Zarate Ricardo Arias Tutor académico Nadihezka Cusme Torres
Institucionales	Centro de rehabilitación Casa Azul Instituto Tecnológico Superior Universitario España
Tecnológicos	Computadora portátil Teléfono celular Excel Microsoft Word Impresora
Materiales	Cuestionarios Impresos Lápices y Esferos Hojas Carpetas Papelería en general

Elaborado por: Melanie Zarate, Ricardo Arias

Fuente: ISTE

CAPÍTULO III

Análisis de Resultados

Tabla 2: *Características sociodemográficas de los Pacientes del Centro de Rehabilitación*

		Frecuencia	%
Edad	17 a 27 años	35	38,9%
	28-38 años	28	31,1%
	39 - 49 años	15	16,7%
	50 - 60 años	12	13,3%
Sexo	Femenino	39	43,3%
	Masculino	51	56,7%
Alcohol	No consume	30	33,3%
	Consume	60	66,7%
Consumo de Cocaína	No consume	28	31,1%
	Consume	62	68,9%
Opioides	No consume	71	78,9%
	Consume	19	21,1%
Tiempo de Abstinencia	Menos de 24 horas	27	30,0%
	De 1 a 3 días	30	33,3%
	Más de 3 días	33	36,7%
Cormobilidades	Ninguno	58	64,4%
	Esteatosis Hepática	9	10,0%
	Gastritis	11	12,2%
	Insuficiencia Renal	2	2,2%
	Diabetes	4	4,4%
	Úlceras Gástricas	6	6,7%

Elaborado por: *Melanie Zarate, Ricardo Arias*

Fuente: *Pacientes del Centro de Rehabilitación Casa Azul*

Análisis e interpretación

Edad: Los datos obtenidos muestran que el grupo etario con mayor frecuencia corresponde a personas entre 17 y 27 años, representando el 38,9 % del total de la muestra. A este grupo le sigue el rango de edad entre 28 y 38 años, que abarca el 31,1 % de los participantes. En menor proporción se encuentran las personas entre 39 y 49 años con un 16,7 %, y finalmente, el grupo de 50 a 60 años representa el 13,3 % del total. Estos resultados indican que la mayoría de los individuos atendidos en el proceso de desintoxicación se concentran en las dos primeras décadas de la adultez.

Sexo: Se evidencio que la muestra estuvo compuesta por 90 pacientes, de los cuales 39 eran de sexo femenino y 51 de sexo masculino. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a aquellos pacientes que se encontraban disponibles, dispuestos a participar y que cumplían con los criterios de inclusión previamente establecidos.

Consumo de alcohol: Se puede observar que referente al consumo de alcohol, el 66,7 % de los participantes indica que actualmente consume esta sustancia, mientras que el 33,3 % refiere no consumirla. Esta sustancia se posiciona entre las más reportadas dentro del estudio, con una mayoría significativa de los casos analizados confirmando su uso.

Consumo de cocaína: En relación con el uso de cocaína, el 68,9 % de la muestra afirma utilizar esta sustancia, mientras que el 31,1 % indica no hacerlo. Este resultado muestra una alta proporción de consumo activo de esta sustancia dentro de la población estudiada.

Consumo de opioides: En cuanto a la ingesta de opioides, el 21,1 % de los participantes reporta consumir este tipo de sustancia, mientras que el 78,9 % manifiesta no tener consumo actual de opioides. La proporción de consumidores es menor en comparación con otras sustancias consideradas en el estudio.

Tiempo de abstinencia: Sobre el tiempo de abstinencia, los resultados reflejan que el 36,7 % de los participantes se encuentran con más de 3 días sin consumir sustancias, el

33,3 % presenta un tiempo de abstinencia de 1 a 3 días, y el 30 % restante tiene menos de 24 horas de abstinencia al momento de la evaluación. Estas cifras muestran una distribución relativamente uniforme, con ligera mayor concentración en los participantes que han superado las primeras 72 horas.

Comorbilidades: Respecto a la presencia de comorbilidades, el 64,4 % de los encuestados no reporta patologías asociadas al consumo. Del 35,6 % restante, se identifican las siguientes condiciones: gastritis en el 12,2 % de los casos, esteatosis hepática en un 10,0 %, úlceras gástricas en un 6,7 %, diabetes en un 4,4 % e insuficiencia renal en un 2,2 %. Estos datos reflejan que una parte significativa de los pacientes presenta alteraciones clínicas concomitantes.

Tabla 3: *Manifestaciones Clínicas del síndrome de abstinencia en los internos*

		Frecuencia	%
Temblor	No presenta	58	64,4%
	Leve	12	13,3%
	Moderado	16	17,8%
	Severo	4	4,4%
Sudoración Profunda	No presenta	45	50,0%
	Leve	13	14,4%
	Moderado	27	30,0%
	Severo	5	5,6%
Irritabilidad	No presenta	61	67,8%
	Leve	13	14,4%
	Moderado	12	13,3%
	Severo	4	4,4%
Nauseas/Vomito	No presenta	56	62,2%
	Leve	9	10,0%
	Moderado	19	21,1%
	Severo	6	6,7%
Insomnio	No presenta	43	47,8%
	Leve	16	17,8%
	Moderado	26	28,9%
	Severo	5	5,6%
Ansiedad	No presenta	23	25,6%
	Leve	29	32,2%
	Moderado	30	33,3%
	Severo	8	8,9%
Alucinaciones	No presenta	74	82,2%
	Leve	7	7,8%
	Moderado	6	6,7%
	Severo	3	3,3%
Convulsiones	No presenta	73	81,1%
	Leve	6	6,7%
	Moderado	7	7,8%
	Severo	4	4,4%
Hipertensión/Taquicar	No presenta	58	64,4%

Elaborado por: Melanie Zarate, Ricardo Arias

Fuente: Pacientes del Centro de Rehabilitación Casa Azul

Análisis e interpretación

Temblor: En relación con el temblor, este no se presentó en el 64,4 % de los pacientes, lo que indica que es un síntoma poco común en esta muestra. Sin embargo, el 13,3 % presentó temblor leve, el 17,8 % moderado y el 4,4 % severo, lo cual sugiere que, aunque no es generalizado, puede aparecer en ciertos casos con intensidad variable, especialmente en quienes presentan un cuadro de abstinencia más acentuado.

Sudoración profunda: En cuanto a la sudoración intensa fue reportada por el 50 % de los pacientes en algún grado, siendo moderada en el 30 %, leve en el 14,4 % y severa en el 5,6 %. Este síntoma evidencia una importante respuesta autonómica y es común en estados de abstinencia, representando un parámetro clínico que puede orientar la severidad del cuadro y la necesidad de intervención.

Irritabilidad: Se evidencio que la mayoría de los pacientes (67,8 %) no presentó irritabilidad, mientras que un 14,4 % la manifestó en forma leve, un 13,3 % moderada y un 4,4 % severa. Aunque no fue uno de los síntomas más prevalentes, su aparición puede interferir con la interacción social y el proceso terapéutico, por lo que su identificación temprana es relevante.

Náuseas/vómito: En relación al síntoma gastrointestinal afectó al 37,8 % de los pacientes, con una distribución del 10 % en grado leve, 21,1 % moderado y 6,7 % severo, mientras que el 62,2 % no lo presentó. Su aparición puede comprometer la alimentación e hidratación del paciente, por lo que requiere vigilancia y manejo sintomático adecuado.

Insomnio: En lo que respecta al insomnio fue un síntoma destacado, presente en el 52,2 % de los casos. Se observó en grado leve en el 17,8 %, moderado en el 28,9 % y severo en el 5,6 %, lo que demuestra una alteración significativa en el patrón de sueño, un aspecto crítico durante la desintoxicación por su impacto en el bienestar físico y emocional del paciente.

Ansiedad: Asimismo, en relación con la ansiedad, este fue el síntoma más frecuente, ya que solo el 25,6 % no la presentó, mientras que el 32,2 % reportó ansiedad leve, el 33,3 % moderada y el 8,9 % severa. Esta alta prevalencia indica que la ansiedad es una

constante en los procesos de abstinencia y debe ser manejada cuidadosamente con apoyo psicológico y, en algunos casos, farmacológico.

Alucinaciones: as alucinaciones fueron poco comunes, presentes en solo el 17,8 % de los pacientes (7,8 % leve, 6,7 % moderado y 3,3 % severo), mientras que el 82,2 % no las experimentó. Aunque su incidencia fue baja, su aparición representa un signo de alarma en el contexto del síndrome de abstinencia grave o con compromiso neurológico.

Convulsiones: El análisis reveló que el 81,1 % de los pacientes no presentó convulsiones, sin embargo, un 18,9 % sí las manifestó (6,7 % leve, 7,8 % moderado y 4,4 % severo). Estos episodios son considerados eventos clínicos críticos que requieren una intervención inmediata, vigilancia continua y posiblemente el uso de anticonvulsivantes como parte del manejo integral.

Hipertensión/taquicardia: Respecto a los síntomas cardiovasculares, este cuadro estuvo ausente en el 64,4 % de los pacientes, pero se presentó en el 13,3 % de forma leve, 17,8 % moderada y 4,4 % severa. Estos signos reflejan la activación del sistema nervioso simpático durante la abstinencia y pueden derivar en complicaciones si no se controlan oportunamente.

Otros síntomas: Finalmente los síntomas clasificados como “otros” fueron reportados por el 40 % de los pacientes (16,7 % leve, 16,7 % moderado y 6,7 % severo), mientras que el 60 % no los presentó. Estos pueden incluir cefaleas, molestias musculares o síntomas somáticos inespecíficos y, aunque menos específicos, también impactan el estado general del paciente y deben ser atendidos dentro del abordaje clínico global.

Tabla 4: *Cuidados de Enfermería Durante el Síndrome de Abstinencia*

		Frecuencia	%
Control Signos vitales	Nunca	0	0,0%
	A veces	0	0,0%
	Frecuente	90	100,0%
	Siempre	0	0,0%
Administración de Medicación	Nunca	0	0,0%
	A veces	43	47,8%
	Frecuente	41	45,6%
	Siempre	6	6,7%
Apoyo emocional y Contención	Nunca	0	0,0%
	A veces	3	3,3%
	Frecuente	54	60,0%
	Siempre	33	36,7%
Valoración del estado neurológico	Nunca	3	3,3%
	A veces	47	52,2%
	Frecuente	40	44,4%
	Siempre	0	0,0%
Registro de síntomas en historia clínica	Nunca	0	0,0%
	A veces	30	33,3%
	Frecuente	35	38,9%
	Siempre	25	27,8%
Aplicación de protocolos de desintoxicación	Nunca	0	0,0%
	A veces	0	0,0%
	Frecuente	0	0,0%
	Siempre	90	100,0%
Comunicación con el equipo interdisciplinario	Nunca	0	0,0%
	A veces	46	51,1%
	Frecuente	44	48,9%
	Siempre	0	0,0%
Educación al paciente y familia	Nunca	0	0,0%
	A veces	49	54,4%
	Frecuente	41	45,6%
	Siempre	0	0,0%

Elaborado por: Melanie Zarate, Ricardo Arias

Fuente: Pacientes del Centro de Rehabilitación Casa Azul

Análisis e interpretación

Control de signos vitales: En lo que concierne al control de signos vitales, el 100 % del personal indicó que realiza esta actividad de forma frecuente. No se registraron respuestas en las opciones “nunca”, “a veces” o “siempre”, lo que sugiere que se cumple de manera regular, aunque no necesariamente como una acción permanente o en todos los turnos.

Administración de medicación: En relación con la administración de medicación, casi la mitad del personal (47,8 %) la administra a veces y el 45,6 % de forma frecuente. Solo el 6,7 % lo realiza siempre, lo que evidencia una práctica constante pero no homogénea, probablemente influenciada por las variaciones en las necesidades de cada paciente o por diferencias en la implementación de los protocolos.

Apoyo emocional y contención: De manera análoga, respecto al apoyo emocional y la contención, el 60 % del personal lo brinda frecuentemente y el 36,7 % lo hace siempre, reflejando un compromiso destacado con este aspecto del cuidado. Solo un pequeño grupo (3,3 %) lo realiza a veces, lo que pone de relieve un alto nivel de atención al bienestar emocional de los pacientes.

Valoración del estado neurológico: En cuanto a la valoración del estado neurológico, la mayoría la efectúa a veces (52,2 %) y frecuentemente (44,4 %), mientras que un 3,3 % nunca la realiza. La ausencia de respuestas “siempre” sugiere que esta actividad no ha alcanzado el mismo grado de estandarización que otras prácticas, a pesar de su relevancia clínica.

Registro de síntomas en la historia clínica: Por otro lado, en lo que respecta al registro de síntomas en la historia clínica, esta se lleva a cabo frecuentemente en el 38,9 % de los casos y siempre en el 27,8 %, mientras que el 33,3 % lo hace a veces. Estos resultados indican esfuerzos significativos por documentar los síntomas, aunque persiste la necesidad de una aplicación más consistente para garantizar la continuidad del cuidado.

Aplicación de protocolos de desintoxicación: Cabe destacar que, en lo concerniente a la aplicación de protocolos de desintoxicación, este fue el único ítem que el 100 % del personal reportó como realizado siempre, demostrando una fuerte adherencia institucional a estas pautas específicas.

Comunicación con el equipo interdisciplinario: En lo relativo a la comunicación con el equipo interdisciplinario, se reportó como frecuente en el 48,9 % y a veces en el 51,1 %. La ausencia de respuestas “nunca” o “siempre” evidencia que, aunque existe colaboración entre áreas, esta comunicación no se ha consolidado aún como una práctica completamente establecida.

Educación al paciente y familia: Finalmente, en lo que concierne a la educación al paciente y su familia, el 54,4 % del personal la realiza a veces y el 45,6 % frecuentemente. La falta de respuestas “siempre” refleja que este componente educativo todavía no se ha integrado plenamente como parte esencial del cuidado diario.

CAPÍTULO IV

Discusión

4.1 Discusión de Resultados

Los resultados muestran que la distribución por edad tiene una mayor concentración en el grupo etario de 17 a 27 años, con un 38,9 %, seguido por el grupo de 28 a 38 años con 31,1 %. Los grupos de mayor edad, entre 39 a 49 años y 50 a 60 años, constituyeron un 16,7 % y 13,3 %, respectivamente. Esta tendencia refleja un perfil juvenil predominante en pacientes que acceden a tratamiento por consumo de sustancias, como señala Vennera, Hernández-Vallantb, Hirschakc y Herron (2022) en su investigación que este patrón coincide con estudios realizados en Latinoamérica, donde los jóvenes representan el grupo más vulnerable al uso de sustancias psicoactivas, debido a factores sociales, emocionales y contextuales, y se complementa esta visión señalando que los programas de prevención y tratamiento deben enfocarse en esta población etaria, ya que presenta mayor susceptibilidad y menor adherencia a tratamientos convencionales. (Vennera y otros, 2022).

Según los datos obtenidos en cuanto a la variable sexo, el 56,7 % de los pacientes correspondió al sexo masculino y el 43,3 % al femenino, evidenciando una leve predominancia de varones. Esta distribución concuerda con tendencias históricas que señalan una mayor incidencia del consumo problemático de sustancias en hombres, lo cual ha sido asociado a factores socioculturales y a un mayor acceso o exposición a situaciones de riesgo, como lo demuestra Proops, Troisi, Kleinhappel y Romero (2022) coinciden al señalar que, si bien los hombres siguen encabezando las cifras de búsqueda de tratamiento, la brecha de género se ha ido reduciendo en los últimos años debido a transformaciones sociales, mayor visibilización del consumo femenino y una creciente equidad en el acceso a servicios de salud mental y adicciones. (Proops y otros, 2022).

El análisis reveló que el consumo de sustancias es del 66,7 % de los pacientes reportó consumo de alcohol, el 68,9 % consumía cocaína, y solo un 21,1 % opioides. Esta alta prevalencia de consumo simultáneo de alcohol y cocaína refleja un patrón complejo

de uso combinado de drogas, lo cual incrementa la complejidad del tratamiento y los riesgos clínicos asociados, para Nixon, Ferketich, Slater, Mays y Keller-Hamilton (2022) señalan que el co-uso de estas sustancias es frecuente en personas que buscan tratamiento por adicciones, y se asocia con una mayor severidad clínica y un mayor riesgo de recaídas. Por ello, los autores recomiendan intervenciones integradas que aborden simultáneamente los distintos tipos de consumo para mejorar los resultados terapéuticos. (Nixon y otros, 2022).

En lo que respecta al tiempo de abstinencia, entendido como la duración de las manifestaciones clínicas y emocionales tras la suspensión del consumo de sustancias, se observó que el 30 % de los pacientes presentó síntomas durante menos de 24 horas, el 33,3 % entre 1 y 3 días, y el 36,7 % por más de 3 días. Esta variabilidad es común y se relaciona con factores como el tipo de sustancia, la duración del consumo y las características individuales de cada paciente, siendo elementos fundamentales para el ajuste del manejo terapéutico, en relación con los datos analizados de Miller, Bada, Westgate, Sithisar y Leggas (2024) evidencian que los síntomas de abstinencia pueden fluctuar significativamente en intensidad y duración, lo que refuerza la necesidad de una evaluación continua durante este periodo. Según estos autores, este monitoreo es clave para prevenir complicaciones clínicas y reducir el riesgo de recaídas tempranas, permitiendo adaptar las estrategias de intervención en función de la evolución del paciente. (Miller y otros, 2024).

Se pudo evidenciar que las comorbilidades, el 64,4 % de los pacientes no reportó ninguna enfermedad asociada, sin embargo, se identificaron casos de gastritis en el 12,2 %, esteatosis hepática en el 10 %, úlceras gástricas en el 6,7 %, diabetes en el 4,4 %, e insuficiencia renal en el 2,2 %. Estos hallazgos subrayan la importancia de implementar un abordaje multidisciplinario y continuo, ya que la presencia de enfermedades crónicas puede condicionar el curso del tratamiento, complicar el proceso de desintoxicación y afectar negativamente el pronóstico general del paciente, con el análisis de Venner,b,c, & Herro (2022) coinciden en que el manejo clínico de pacientes con trastornos por uso de sustancias debe considerar integralmente las comorbilidades físicas, dado que estas

influyen en la respuesta terapéutica y requieren coordinación entre especialidades médicas para lograr una rehabilitación efectiva. (Venner y otros, 2022)

En relación con las alucinaciones, se identificó que el 82,2 % de los pacientes no las presentó; sin embargo, un 7,8 % las experimentó de forma leve, un 6,7 % de manera moderada y un 3,3 % de forma severa. Esta información es respaldada por Michael Gottlieb, Nicholas Chien y Brit Long (2024), que estas manifestaciones perceptivas alteradas pueden aparecer entre el segundo y quinto día tras la última ingesta de alcohol y, en muchos casos, anteceden al delirium tremens, una complicación grave y potencialmente letal si no se cuenta con supervisión médica adecuada. (Michael Gottlieb y otros, 2024) de manera similar, el 81,1 % de los pacientes no experimentó convulsiones, mientras que un 6,7 % las presentó de forma leve, un 7,8 % moderada y un 4,4 % severa. Canver, Newman y Gomez (2024) explican que estas crisis epilépticas suelen surgir entre las 12 y 48 horas posteriores a la interrupción del consumo y representan una de las complicaciones más graves del síndrome de abstinencia, requiriendo atención médica urgente para prevenir desenlaces fatales. (Canver y otros, Alcohol Withdrawal Syndrome, 2025)

En relación con los datos analizados, el temblor tampoco se presentó en el 64,4 % de los pacientes; un 13,3 % lo describió como leve, un 17,8 % como moderado y un 4,4 % como severo. Clinic (2024) indica que este síntoma aparece típicamente entre las 6 y 24 horas tras la última ingesta, con un pico entre 24 y 72 horas, asociado a la hiperactividad del sistema nervioso autónomo y motor, y es uno de los primeros signos del síndrome de abstinencia. (Clinic, 2024) En coincidencia con los hallazgos de, Canver, Newman y Gomez (2024) resaltan que la presencia e intensidad del temblor pueden predecir la progresión a síntomas más severos, como convulsiones o delirium tremens, si no se interviene clínicamente de forma oportuna. (Canver y otros, Alcohol Withdrawal Syndrome, 2024)

Se evidenció que la hipertensión y taquicardia tampoco se presentó en el 64,4 % de los pacientes; mientras que un 13,3 % las reportó como leves, un 17,8 % moderadas y un 4,4 % severas. Los Centers for Disease Control and Prevention (2024) señalan que

estos signos de activación autonómica son característicos en fases moderadas a severas del síndrome y pueden implicar riesgos cardiovasculares importantes sin manejo adecuado. (Centers, 2024) En lo que respecta a las náuseas y vómitos, el 62,2 % no los presentó, mientras que un 10 % los experimentó de forma leve, un 21,1 % moderada y un 6,7 % severa. MedlinePlus (2025) señala que estas manifestaciones son frecuentes en las primeras 6 a 12 horas tras la interrupción del alcohol, debido a la activación neurovegetativa. (MedlinePlus, 2025)

Con respecto a otros síntomas como cefalea, fatiga y malestar general, el 60 % no los experimentó; sin embargo, un 16,7 % los calificó como leves, otro 16,7 % como moderados y un 6,7 % como severos, manifestaciones comunes en etapas iniciales del proceso de desintoxicación (Village, 2025). En cuanto al insomnio, el 47,8 % no lo reportó; no obstante, un 17,8 % lo experimentó de forma leve, un 28,9 % moderada y un 5,6 % severa. Según Today (2022), las alteraciones del sueño son frecuentes y pueden persistir semanas o meses como parte del síndrome de abstinencia protractado, afectando la recuperación. (Village, 2025) (Today, 2022)

Se evidencio que la sudoración profunda, el 50 % no la presentó, pero un 14,4 % la experimentó leve, un 30 % moderada y un 5,6 % severa. Sharp (2025) explica que esta hiperhidrosis refleja la activación autonómica típica de la fase aguda, que se desarrolla entre 24 y 72 horas tras la última ingesta. (Sharp, 2025). Se registró una disminución en la irritabilidad, el 67,8 % no la presentó; sin embargo, un 14,4 % la manifestó leve, un 13,3 % moderada y un 4,4 % severa. Tal como afirma American Addiction Centers (2024), esta manifestación emocional es común en etapas iniciales y suele acompañar ansiedad y labilidad afectiva. (Centers, 2024)

Para finalizar, la ansiedad fue uno de los síntomas con menor porcentaje de pacientes que no la experimentaron, solo el 25,6 %; en contraste, el 32,2 % la presentó leve, el 33,3 % moderada y el 8,9 % severa. Ngui y colaboradores (2022) indican que la ansiedad es altamente prevalente, puede prolongarse más allá de la fase aguda y se asocia a disfunciones en circuitos límbicos, aumentando el riesgo de recaídas si no se trata adecuadamente. (Ngui. y otros, 2022)

En relación con la valoración del estado neurológico fue una de las actividades menos realizadas de forma constante, ya que solo el 44,4 % la lleva a cabo con frecuencia y un 3,3 % nunca lo hace; como sostiene Saar, Unbeck, Bachnick, Gehri, & Simon. (2021), esta acción suele ser omitida en contextos hospitalarios debido a la priorización de tareas más urgentes, a pesar de su relevancia clínica (Saar y otros, 2021)

De manera análoga, se observa la situación respecto a la comunicación con el equipo interdisciplinario, la cual fue ocasional en el 51,1 % de los casos y frecuente en el 48,9 %, sin ser ejecutada de forma constante.; como señala Karam, y otros (2021), esta debilidad comunicacional compromete la coordinación del cuidado y limita los resultados terapéuticos. (Karam y otros, 2021).

Se identificó que los síntomas en la historia clínica, únicamente el 27,8 % lo realiza siempre, lo que refleja una práctica inconstante; coincidiendo con Saar, Unbeck, Bachnick, Gehri, & Simon. (2021), identifican esta omisión como una barrera frecuente para la continuidad del cuidado. (Saar y otros, 2021)

La administración de medicación también evidenció variabilidad, ya que solo el 6,7 % la realiza siempre, el 45,6 % con frecuencia y el 47,8 % solo a veces; en sintonía con Wondmieneh, Alemu, Tadele, & Demis. (2020), quienes advierten que la falta de consistencia en la administración puede incrementar los errores clínicos. (Wondmieneh y otros, 2020).

Se constató que el apoyo emocional y la contención se llevan a cabo frecuentemente en el 60 % y siempre en el 36,7 %; en contraste con los hallazgos de Saar, Unbeck, Bachnick, Gehri, & Simon, (2021), reportan su omisión en hasta un 88 % de los casos, lo cual destaca una fortaleza en tu entorno clínico. (Saar y otros, 2021)

Los resultados muestran que los datos obtenidos la educación al paciente y familia también demostró cumplimiento moderado, siendo realizada a veces por el 54,4 % y frecuentemente por el 45,6 %; sin embargo, como advierte Berardinelli, y otros. (2024), esta intervención es esencial para mejorar la adherencia terapéutica y reducir recaídas, por lo que su ejecución sistemática sigue siendo un reto. (Berardinelli y otros, 2024)

En relación con el control de signos vitales, si bien el 100 % lo realiza con frecuencia, ninguno indicó hacerlo siempre; Areia, y otros. (2022), sostienen que esta situación es común en entornos con sobrecarga laboral, comprometiendo el monitoreo continuo del paciente. (Areia y otros, 2022)

Los resultados demuestran que la aplicación de protocolos de desintoxicación destacó con un cumplimiento del 100 % en la categoría “siempre”, lo cual se alinea con las recomendaciones de las guías de NSW Health (2020) y ASAM (2020), que resaltan la eficacia de los protocolos estandarizados para reducir complicaciones y mejorar los resultados clínicos. (NSW Ministry of Health, 2022) (American Society of Addiction Medicine, 2020)

CAPÍTULO V

Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

- En síntesis, la mayoría de los pacientes en proceso de desintoxicación en el Centro Casa Azul se encuentra en un rango de edad joven (17 a 38 años), siendo predominantemente el sexo masculino, los resultados muestran un consumo mayoritario de alcohol y cocaína, lo que permite delinear un perfil clínico específico que debe ser tomado en cuenta al diseñar estrategias de intervención y seguimiento individualizadas.
- En síntesis, los síntomas más frecuentes del síndrome de abstinencia fueron la ansiedad, el insomnio y la sudoración, mientras que la incidencia de alucinaciones y convulsiones fue menor. Esto sugiere que, aunque algunos síntomas se presentan de forma leve o moderada, otros pueden constituir un riesgo clínico significativo, por lo que requieren evaluación continua y una intervención oportuna.
- Finalmente, se observó una aplicación constante de los protocolos de desintoxicación y un buen nivel de apoyo emocional, existieron variaciones en la frecuencia de actividades como el registro clínico, la valoración neurológica y la educación al paciente, lo que evidencia la necesidad de reforzar la estandarización de los cuidados.

5.2 Recomendaciones

- Fortalecer los programas de capacitación del personal de enfermería, haciendo énfasis en la evaluación clínica continua, el uso sistemático de escalas validadas y el registro completo de los síntomas, con el objetivo de garantizar un abordaje integral y seguro del síndrome de abstinencia.
- Establecer protocolos de atención diferenciada según la sustancia consumida, considerando que cada droga genera un cuadro sintomatológico particular. Se recomienda aplicar un enfoque individualizado que permita adaptar el tratamiento clínico y emocional a las necesidades específicas de cada paciente, promoviendo una recuperación más efectiva y minimizando el riesgo de complicaciones.
- Fortalecer la comunicación interdisciplinaria y el componente educativo dentro del proceso terapéutico, asegurando que tanto los pacientes como sus familias comprendan el proceso de desintoxicación, sus riesgos y la importancia de la adherencia al tratamiento, constituyéndose en una herramienta clave para reducir recaídas y favorecer una reintegración social saludable.

6. Referencias

Referencias

- American Addiction Centers. (31 de diciembre de 2024). *Sedative Drug Addiction, Misuse, and Rehab Treatment*. American Addiction Centers: <https://americanaddictioncenters.org/sedatives>
- American Psychiatric Association. (2021). *DSM-5-TR (DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FIFTH EDITION TEXT REVISION)*. Washington, D.C.: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- American Psychiatric Association. (2022). *American Psychiatric Association*. <https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/trastorno-por-consumo-de-sustancias/que-es-trastornos-por-consumo-de-sustancias>
- American Society of Addiction Medicine, A. (2020). The ASAM Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management. *Journal of Addiction Medicine*, 1–72.
- Ankit Jain, M. (6 de diciembre de 2023). *Sedative, Hypnotic, Anxiolytic Use Disorders*. Medscape Reference: <https://emedicine.medscape.com/article/290585-clinical?form=fpf>
- April C. May, C. D., Ávila-Alzate, J. A., Gómez-Salgado, J., Romero-Martín, M., Martínez-Isasi, S., Navarro-Abal, Y., & Fernández-García, D. (2021; 2020). Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Aberrant Interoceptive Processing in Substance Use Disorders; Assessment and treatment of the withdrawal syndrome in paediatric intensive care units. *Cochrane Database of Systematic Reviews; Medicine (Baltimore)*, 9.
- Areia, C., King, E., Ede, J., Young, L., Tarassenko, L., Watkinson, P., & Vollam, S. (2022). Experiences of current vital signs monitoring practices and views of wearable

- monitoring: A qualitative study in patients and nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 810–822.
- Baker, J., & Bigand, T. (2021). *Inpatient Registered Nursing Use of Evidence-Based Practice*. Rhode Island (EE. UU.): Providence College.
- Baldwin, D. S. (2021). Clinical management of withdrawal from benzodiazepine anxiolytic and hypnotic medications. *Society for the Study of Addiction.*, 11.
- Berardinelli, D., Conti, A., Hasnaoui, A., Casabona, E., Martin, B., Campagna, S., & Dimonte, V. (2024). Nurse-Led Interventions for Improving Medication Adherence in Chronic Diseases: A Systematic Review. *Healthcare*, Artículo PMC11641167.
- Board, N. I. (2025). What is Abstinence Syndrome? *NP Istanbul Hospital Editorial Board*.
- Bronwyn Myers, N. D. (13 de marzo de 2025). *The relationship between patient-centred care for substance use disorders and patient outcomes: A scoping review*. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40086194/>
- Canver, B. R., Newman, R. K., & Gomez., A. E. (2024). *Alcohol Withdrawal Syndrome*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing.
- Canver, B. R., Newman, R. K., & Gómez., A. E. (2025). *Alcohol Withdrawal Syndrome*. StatPearls Publishing LLC.
- Centers, A. A. (16 de Diciembre de 2024). *Risks and Dangers of Quitting Alcohol Cold Turkey*. American Addiction Centers: <https://americanaddictioncenters.org/alcohol/withdrawal-detox/cold-turkey>
- Clinic, C. (2024). *Alcohol Withdrawal: Symptoms, Treatment & Timeline*. Cleveland Clinic: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/alcohol-withdrawal>
- Emma N. Bender., M. Y. (2022). Supportive strategies for nonverbal communication with persons living with dementia: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748922001948?via%3DiHub>

enfermeria mundial . (2022). *Síndrome agudo de abstinencia a sustancias*.
<https://enfermeriamundial.com/sindrome-agudo-de-abstinencia-a-sustancias/>

Federal Ministry of Health (Alemania). (2025). *ICD-Code F14.0: Mental and behavioural disorders due to use of cocaine – Acute intoxication*. gesund.bund.de:
<https://gesund.bund.de/en/icd-code-search/f14-3>

Federal Ministry of Health (Alemania). (2025). *ICD-Code F14.3: Mental and behavioural disorders due to use of cocaine – Withdrawal state*. gesund.bund.de:
<https://gesund.bund.de/en/icd-code-search/f14-3>

Federal Ministry of Health (Alemania). (2025). *ICD-Code F19.4: Mental and behavioural disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances – Withdrawal state with delirium*. gesund.bund.de: <https://gesund.bund.de/en/icd-code-search/f19-4>

Joanne Neale, B. C. (2024). Inpatient detoxification for alcohol and other drug use: qualitative study of patients' accounts of their relationships with staff. *Addiction Science & Clinical Practice*, 9.

Karam, M., Chouinard, M.-C., Poitras, M.-E., Couturier, Y., Vedel, I., Grgurevic, N., & Hudon, C. (2021). Nursing care coordination for patients with complex needs in primary healthcare: a scoping review. *International Journal of Integrated Care*, 16.

Lecturio GmbH. (10 de diciembre de 2024). *Trastorno por Consumo de Sedantes, Hipnóticos y Ansiolíticos*. Lecturio:
<https://www.lecturio.com/es/concepts/trastorno-por-consumo-de-sedantes-hipnoticos-y-ansioliticos/>

MedlinePlus. (1 de Enero de 2025). *Abstinencia alcohólica*.
<https://medlineplus.gov/ency/article/000764.htm>:
<https://medlineplus.gov/ency/article/000764.htm>

- Mehrshad Mohebifar, M. A. (2025). Medication administration errors and predictive role of resilience and emotional exhaustion in a sample of Iranian nurses. *BMC Nursing*. BMC Nursing: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748922001948?via%3Dihub>
- Mental Health America (MHA). (s.f.). *Trastornos por consumo de sustancias*. Mental Health America: <https://mhanational.org/es/position-statements/substance-use-disorders/>
- Michael Gottlieb, Nicholas Chien, & Brit Long. (Julio de 2024). *Managing alcohol withdrawal syndrome*. *Annals of Emergency Medicine*, : [https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(24\)00105-7/fulltext](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(24)00105-7/fulltext)
- Miller, J. S., Bada, H. S., Westgate, P. M., Sithisar, T., & Leggas, M. (2024). Neonatal Abstinence Signs during Treatment: Trajectory, Resurgence and Heterogeneity. *Children*, 11.
- Ngui., H. H., Kow., A. S., Lai., S., Tham., C. L., Ho., Y.-C., & Lee., M. T. (2022). Alcohol Withdrawal and the Associated Mood Disorders—A Review. *International Journal of Molecular Sciences* , 23(23), 14912.
- NIDA. (27 de Septiembre de 2024). *La Cocaína*. NIDA: <https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/la-cocaina#corto-plazo>
- Nixon, D. E., Ferketich, A. K., Slater, M. D., Mays, D., & Keller-Hamilton, B. (2022). Prospective associations between attitudes toward alcohol advertisements and alcohol use behaviors among adolescent boys. *Addictive Behaviors Reports*, 15.
- NSW Ministry of Health, C. f. (2022). *Management of Withdrawal from Alcohol and Other Drugs: Clinical Guidance and Handbook*. Sydney: NSW: NSW Ministry of Health.
- Patel, J., & Marwaha., R. (20 de marzo de 2024). *Cannabis Use Disorder*. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538131/>

- Proops, L., Troisi, C. A., Kleinhappel, T. K., & Romero, T. (2022). Non-random associations in group housed rats (*Rattus norvegicus*). *Journal of Substance Abuse Treatment*.
- PsychDB. (9 de mayo de 2024). *Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic (Benzodiazepine) Use Disorder*. PsychDB: <https://www.psychdb.com/addictions/sedative-hypnotics/1-use-disorder>
- Regina, Á. C., Gokarakonda, S. B., & Attia., F. N. (2024). *Withdrawal Syndromes*. Treasure Island, Florida, EE. UU.: tatPearls Publishing.
- Saar, L., Unbeck, M., Bachnick, S., Gehri, B., & Simon, M. (2021). Exploring omissions in nursing care using retrospective chart review: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 104009.
- Sampieri, R. H., & Torres, C. P. (2021). *Mtedologia de la Investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta*. Mexico: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A.
- Ser Enfermera. (2023). *Ser Enfermera*. Guía completa de cuidados de enfermería en el síndrome de abstinencia alcohólica: Todo lo que necesitas saber: <https://serenfermera.com/cuidados-de-enfermeria-en-sindrome-de-abstinencia-alcoholica/>
- Shah, M., & Huecker., M. R. (21 de julio de 2023). *Opioid Withdrawal*. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526012/>
- Sharp, A. (17 de Enero de 2025). *Alcohol Withdrawal Symptoms, Detox, Timeline, and Treatment*. American Addiction Centers : <https://americanaddictioncenters.org/alcohol/withdrawal-detox>
- Simone Pardossi, A. C. (2025). Valproate-Enhanced Protocols for Alcohol Withdrawal Syndrome: A Brief Review and Retrospective Study of Efficacy and the Ability to Reduce Benzodiazepine Use. *Pharmaceuticals*, 15.

- Solé, D. A. (21 de 09 de 2023). *Síndrome de abstinencia*. topdoctors: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/sindrome-de-abstinencia/>
- Tendencia epidemiologica en consumo de alcohol y cocaína . (2020). *Journal of Substance Abuse Treatment*.
- Today, M. N. (20 de Abril de 2022). *Alcohol withdrawal timeline: Symptoms and more*. Medical News Today: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/alcohol-withdrawal-timeline-symptoms-and-more>
- UNODC. (2023). *NACIONES UNIDAS*. Informe mundial sobre las drogas 2023: <https://www.unodc.org/unodc/es/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>
- Venner, K. L., b, A. H.-V., c, K. A., & Herro, J. L. (2022). A scoping review of cultural adaptations of substance use disorder treatments across Latinx communities: Guidance for future research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*.
- Vennera, K. L., Hernández-Vallantb, A., Hirschakc, K. A., & Herron, J. L. (2022). A scoping review of cultural adaptations of substance use disorder treatments across Latinx communities: Guidance for future research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12.
- Village, T. R. (24 de Enero de 2025). *Alcohol withdrawal timeline: What to expect during detox* . The Recovery Village: <https://www.therecoveryvillage.com/alcohol-abuse/how-long-alcohol-detox-take/>
- Who. (20 de 11 de 2023). *Guia de programa de accion de brechas de salud mental (mhGAP) para trastornos mentales, neurologicos y por uso de sustancias*. World Health Organization: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>
- Wondmienenh, A., Alemu, W., Tadele, N., & Demis, A. (2020). Medication administration errors and contributing factors among nurses: a cross sectional study in tertiary hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Nursing*, Article 4.

7. Anexos

Figura 1: *Consentimiento Informado*



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a participante:

Usted ha sido invitado/a a participar en la presente investigación cuyo tema es "Encuestas sobre experiencia de síntomas del síndrome de abstinencia y sus cuidados de enfermería".

Objetivo del estudio:
Conocer la experiencia de los pacientes en relación con los síntomas del síndrome de abstinencia y la calidad del cuidado recibido por el personal de salud.

Procedimiento:
Se le pedirá responder una encuesta que incluye preguntas sobre datos generales, manifestaciones clínicas y cuidados brindados por el personal de salud. La duración aproximada de la participación será de 15 a 20 minutos.

Riesgos y beneficios:
La participación en este estudio no implica riesgos físicos ni emocionales significativos. No obstante, algunas preguntas podrían generar incomodidad al recordar experiencias personales. En caso de ser necesario, contará con el apoyo del personal de salud. Los beneficios incluyen aportar información valiosa que permitirá mejorar la atención y los cuidados de enfermería en pacientes con síndrome de abstinencia.

Confidencialidad:
Toda la información que usted proporcione será tratada de manera confidencial y utilizada únicamente con fines académicos y de investigación. No se registrará su nombre ni datos que permitan identificarle.

Voluntariedad:
Su participación es completamente voluntaria. Usted tiene derecho a no responder alguna pregunta que le cause incomodidad o a retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte su atención o relación con la institución.

Consentimiento:
He leído y comprendido la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas de manera satisfactoria. Comprendo que mi participación es voluntaria y acepto responder la encuesta.

☐ Sí, acepto participar en la investigación.
☐ No acepto participar en la investigación.

Firma del participante: _____
Fecha: _____

 095 888 5323

ESTUDIA DIFERENTE

www.iste.edu.ec

Elaborado por: Melanie Zarate, Ricardo Arias

Figura 2: Encuesta Aplicada



INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO UNIVERSITARIO ESPAÑA
Tecnicatura superior en enfermería

Tema: Encuestas sobre experiencia de síntomas del síndrome de abstinencia y sus cuidados de enfermería.

Objetivo: Conocer la experiencia de los pacientes en relación con los síntomas del síndrome de abstinencia y la calidad del cuidado recibido por el personal de salud.

Sección I: Datos generales del paciente

Edad:

De 17 a 27 años	De 28 a 38 años	De 39 a 49 años	De 50 a 60 años
☐	☐	☐	☐

Sexo: F ☐ M ☐

Tipo de sustancia consumida: ALCOHOL ☐ COCAINA ☐ OPIOIDES ☐

Tiempo de abstinencia:

MENOS DE 24H ☐ DE 1 A 3 DIAS ☐ MAS DE 3 DIAS ☐

Comorbilidades:

Sección II: Manifestaciones clínicas

Escala tipo Likert (0 = no presente, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = severo):

Manifestación	No presenta 0	Leve 1	Moderado 2	Severo 3
Temblor				
Sudoración profusa				
Irritabilidad				
Náuseas/vómitos				
Insomnio				
Ansiedad				
Alucinaciones				
Convulsiones				
Hipertensión / Taquicardia				
Otros síntomas (especificar)				

Sección III: Cuidados brindados por el personal de salud

Tipo de cuidado recibido (marcar con X):

Tipo de cuidado enfermería	Nunca 0	A veces 1	Frecuente 2	Siempre 3
Control de signos vitales				
Administración de medicación prescrita				
Apoyo emocional y contención				
Valoración del estado neurológico				
Registro de síntomas en historia clínica				
Aplicación de protocolos de desintoxicación				
Comunicación con el equipo interdisciplinario				
Educación al paciente y familia				

Figura 3: *Validación Alfa de Crombach*

<i>Resumen de procesamiento de casos</i>		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

<i>Estadísticas de fiabilidad</i>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,697	10

Elaborado por: Melanie Zarate, Ricardo Arias

Figura 4: Formato de Validación por Expertos

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y nombres del validador: Katherine Díaz

1.2. Cargo e institución donde labora: Psicólogo Clínico , Comunidad Casa Azul

1.3. Especificidad del validador: 81%

1.4. Nombre del instrumento y finalidad de su aplicación: Encuesta sobre Experiencia de Síntomas del Síndrome de Abstinencia en Pacientes en Rehabilitación Y la finalidad Este instrumento tiene como finalidad recoger información sobre la experiencia de los pacientes en relación con los síntomas físicos y emocionales del síndrome de abstinencia

1.5. Título de la investigación: Manifestaciones clínicas durante el síndrome de abstinencia y sus cuidados del personal de salud en pacientes del centro de rehabilitación Casa Azul

1.6. Autor del instrumento: Melanie Zárate y Ricardo Arias

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	INDICACIONES	DEFICIENTE 00 – 20%	REGULAR 21 – 40%	BUENA 41 – 60%	MUY BUENA 61 – 80%	EXCELENTE 81 – 100%
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado y específico.					X
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas expresables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias.					X
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos técnicos – científicos.					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y dimensiones.					X
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					X
10. PERTINENCIA	El instrumento es esencial para el propósito de la investigación.					X
PROMEDIO						
PROMEDIO DE VALORACIÓN						

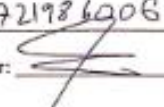
3. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 81%

4. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

(X) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado

(X) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado

CI: 1721986906

Firma del validador: 

Katherine Díaz R.
PSICOLOGA CLINICA
ACT 15.85P 1721986906

Elaborado por: Melanie Zarate, Ricardo Arias

Figura 5: *Aplicación de Encuestas Comunidad Casa Azul*



Elaborado por: Melanie Zarate, Ricardo Arias

Figura 6: Personal de Comunidad Casa Azul



Elaborado por: Melanie Zarate, Ricardo Arias