



**Universitat de les
Illes Balears**

**EVALUACIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CARENCIAS
NUTRICIONALES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
ALCOHOLISMO CRÓNICO**

María de los Ángeles Bernal López

Licenciada en Medicina y Cirugía, 2009. Universidad de Murcia

Memoria del Trabajo Final de Máster

Máster Universitario en Nutrición y Alimentación Humana

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Mayo, 2017

Firmas

Autor

25-Mayo-2017

Certificado

Isabel Lladó Sampol

Tutor del Trabajo

Certificado

Josep Antoni Tur Mari

Cotutor del Trabajo

Aceptado

Josep Antoni Tur Mari

Director del Máster Universitario en Nutrición y Alimentación Humana

ÍNDICE

I.- ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	4
II. BIBLIOGRAFÍA.....	12
III.- HIPÓTESIS	13
IV.- OBJETIVOS.....	13
IV.1.- Objetivo primario.....	13
IV.2.- Objetivos secundarios.....	13
V.- METODOLOGÍA	14
V.1.- Ámbito del estudio.....	14
V.2.- Criterios de Inclusión	15
V.3.- Criterios de Exclusión	15
V.4.- Indicadores.....	16
V.5. Diseño de intervenciones.....	18
V.6.- Cronograma.....	20
V.7.- Recogida y Análisis de Datos	21
V.8.- Limitaciones.....	21
VI.- CONSIDERACIONES ÉTICAS	22
VII.- EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR EN EL TEMA	23
VIII.- PLAN DE DIFUSIÓN.....	23
IX.-ANEXOS.....	24

RESUMEN

Introducción

El Síndrome de Dependencia al Alcohol se define como un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo a nivel físico, psicológico y social.

El consumo crónico y excesivo de alcohol está relacionado con una serie de alteraciones físicas y afectivas, que no solo tienen que ver con el consumo de alcohol en sí, también con los hábitos alimentarios asociados a esta adicción.

Objetivo

Evaluar los cambios producidos durante 6 meses, mediante la intervención de psiquiatría y enfermería, en pacientes con diagnóstico de alcoholismo crónico que han cesado el consumo y han realizado cambios en sus hábitos alimentarios guiados por las recomendaciones dietéticas de enfermería.

Metodología

Se realizará un estudio de tipo ciclo de mejora con una muestra de 30 pacientes, a los que se les evalúa al inicio del seguimiento y 6 meses después, midiendo 5 indicadores, que son: la abstinencia al alcohol, control analítico (que incluye bioquímica general, hemograma y coagulación, perfil lipídico y hepático con albúmina, folatos y cobalaminas), medida de peso, tensión arterial e IMC, y hábitos alimentarios.

Palabras clave: alcoholismo, hábitos alimentarios, abstinencia, carencias nutricionales.

I. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

En 1976 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el alcoholismo como: “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia”.

La patología en relación al consumo de alcohol, es definida en Salud Mental, por dos manuales diagnósticos, la CIE-10 y el DSM-V.

Según la **CIE-10**¹ (Clasificación internacional de enfermedades, décima versión):

INTOXICACIÓN AGUDA (F10.0)

Estado transitorio consecutivo a la ingesta de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

- *Suele tener relación estrecha con la dosis de la sustancia.*
- *Es un fenómeno transitorio*
- *Su intensidad disminuye con el tiempo, y los efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia*

Incluye:

Embriaguez aguda en alcoholismo.

Embriaguez sin especificación.

ESPECIFICACIONES

1. *No complicada*
2. *Con traumatismo o lesión corporal*
3. *Con otra complicación médica*
4. *Con delirium*
5. *Con distorsiones de la percepción*
6. *Con coma*
7. *Con convulsiones*

Intoxicación patológica: consiste en la aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento, no característico de individuos en estado sobrio, después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación en la mayoría de las personas.

CONSUMO PERJUDICIAL (F10.1)

- Forma de consumo que afecta a la salud física o mental del que consume la sustancia.
- Forma de consumo que suele ser criticada por terceras personas.
- Da lugar a consecuencias sociales adversas.

SÍNDROME DE DEPENDENCIA(F10.2)

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el que el consumo de la sustancia adquiere la máxima prioridad para el individuo.

Pautas para el diagnóstico:

En algún momento en los 12 meses previos o de modo continuo han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos:

- a. Deseo intenso o compulsión a consumir la sustancia
- b. Disminución de la capacidad para controlar el consumo e la sustancia (para controlar el comienzo del consumo o para poder terminarlo)
- c. Síntomas somáticos de síndrome de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, o consumo de la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d. Tolerancia: se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos
- e. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia; aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos
- f. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales

Incluye:

Alcoholismo crónico.

Dipsomanía.

ESPECIFICACIONES:

1. *En la actualidad en abstinencia*
2. *En la actualidad en abstinencia en un medio protegido*
3. *En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado*
4. *En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes*
5. *Con consumo actual de la sustancia*
6. *Con consumo continuo*
7. *Con consumo episódico (dipsomanía)*

SÍNDROME DE ABSTINENCIA (F10.3)

Conjunto de síntomas que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de la sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución están limitados en el tiempo y relacionados con el tipo de sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. Los síntomas somáticos varían en función de la sustancia consumida. Los síntomas psicológicos (ansiedad, depresión, trastornos del sueño) son también frecuentes. Es uno de los indicadores de la presencia del Síndrome de Dependencia

ESPECIFICACIONES:

1. *No complicado*
2. *Con convulsiones*

SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM (F10.4)

*Los **síntomas prodrómicos típicos** son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. La tríada clásica de síntomas consiste en:*

- *Obnubilación de la conciencia y estado confusional.*

- *Alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial.*
- *Temblor intenso.*

Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

ESPECIFICACIONES:

1. *Sin convulsiones*
2. *Con convulsiones*

TRASTORNOS INDUCIDOS POR ALCOHOL (F10.5, F10.6, F10.7)

*Los **síntomas prodrómicos típicos** son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. La tríada clásica de síntomas consiste en:*

- **Trastorno psicótico**

Incluye:

- *Alucinosis alcohólica.*
- *Celotipia alcohólica.*
- *Paranoia alcohólica.*
- *Psicosis alcohólica sin especificación.*

ESPECIFICACIONES:

- *Esquizofreniforme.*
- *Con predominio de las ideas delirantes.*
- *Con predominio de las alucinaciones (incluye la alucinosis alcohólica).*
- *Con predominio de síntomas polimorfos.*
- *Con predominio de síntomas depresivos.*
- *Con predominio de síntomas maníacos.*
- *Trastorno psicótico mixto.*

- **Trastorno amnésico**

Incluye:

- *Psicosis de Korsakov inducida por alcohol.*
- *Síndrome de Korsakov inducido por alcohol.*

- **Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol**

-

ESPECIFICACIONES:

- *Con reviviscencias ("flashbacks").*
- *Trastorno de la personalidad o del comportamiento.*
- *Trastorno afectivo residual.*
- *Demencia inducida por alcohol.*
- *Otro deterioro cognoscitivo persistente.*

Según el **DSM V²** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^a edición):

TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL

A. Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- 1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.*
- 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.*
- 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.*
- 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.*

5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.

7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.

10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:

a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de alcohol).

b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante

un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al alcohol.

Especificar la gravedad actual:

305.00 (F10.10) Leve: Presencia de 2–3 síntomas.

303.90 (F10.20) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.

303.90 (F10.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

El consumo de alcohol se puede clasificar en 3 grupos:

- **Consumo de riesgo:** es un consumo excesivo que aumenta las probabilidades de que la persona sufra consecuencias negativas (médicas, psiquiátricas, familiares, sociales, etc.),
- Cuando ya se han producido estas consecuencias se considera **consumo perjudicial.**
- Cuando además de haberse producido estas consecuencias, el consumo de alcohol se ha convertido en una conducta adictiva, se considera **dependencia del alcohol o alcoholismo.**

El alcoholismo es una enfermedad multifactorial que podría deberse a un mal funcionamiento de algunos circuitos cerebrales mediadores en el proceso de auto-control de la conducta a la hora de tomar bebidas alcohólicas. Si no cesa el consumo aparecerán, de manera progresiva, consecuencias médicas, psiquiátricas y adictivas, que llevarán a la persona a tener numerosas recaídas y como consecuencia a la cronicidad del problema^{3,8}.

Bastantes pacientes con alcoholismo presentan malnutrición, ya sea porque reducen la ingesta habitual de nutrientes esenciales o porque el alcohol impide la adecuada digestión y absorción de los distintos principios inmediatos, vitaminas y minerales.

Además, los propios procesos metabólicos del alcohol originan productos tóxicos que interfieren con el metabolismo normal de los principios inmediatos, y causan daño celular³.

El soporte nutricional puede ser eficaz para mejorar la enfermedad hepático-alcohólica. Se aconseja el mantenimiento de una dieta equilibrada, suplementos

vitamínicos y tratamiento farmacológico con antioxidantes para reponer los depósitos de glutatión reducido mermados⁴.

Es crucial que estos pacientes tengan un abordaje multidisciplinar, para solucionar su problema de dependencia del alcohol^{5,10}.

Los individuos con alcoholismo no suelen llevar una dieta equilibrada, y además pueden sufrir alteraciones de la absorción y del aprovechamiento de los nutrientes. Por tanto, no es raro que sufran malnutrición⁵.

La malnutrición primaria se da cuando el alcohol sustituye a otros nutrientes de la dieta, con lo que su ingesta total se reduce; y la malnutrición secundaria cuando el aporte de nutrientes es adecuado, pero el alcohol dificulta su absorción en el intestino delgado⁵.

El consumo crónico de alcohol conlleva pérdida de peso, mientras que la abstinencia se asocia a una mejoría del estado nutricional y ganancia de masa muscular; este patrón es común a todos los pacientes con consumo crónico de alcohol.

Los pacientes que beben grandes cantidades de alcohol, que toman una dieta rica en grasas, y además llevan una vida sedentaria, tienden a presentar obesidad troncular^{3,5,7}.

Si la ingesta de alcohol supera al 30% del aporte calórico total, se suele reducir significativamente el consumo de hidratos de carbono, proteínas y grasas; además, el consumo de vitaminas es también menor que los límites mínimos recomendados⁶.

Los pacientes con alcoholismo crónico tienen habitualmente aportes insuficientes de hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas A, C y B (sobre todo tiamina) calcio y hierro. A su vez, las deficiencias de estos nutrientes aumentan los efectos nocivos del alcohol⁶.

De todo lo anteriormente descrito, se desprende que es importante que estos pacientes tengan una dieta equilibrada, suprimiendo la ingesta de alcohol, y se añadan suplementos dietéticos si son necesarios.

En la actualidad no hay ningún programa de intervención multidisciplinar para el tratamiento de estos pacientes. Sería conveniente que desde el recurso en el que se les trate se implemente un seguimiento a nivel nutricional como parte del enfoque terapéutico. El mejorar la salud física del paciente alcohólico contribuye al buen estado psicológico y social^{5,10}

II. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor. (1992).
2. American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®. American Psychiatric Pub.
3. Moreno Otero, R., y Cortés, J.R. Nutrición y alcoholismo crónico. *Nutrición Hospitalaria*. (2008); 23 (Supl, 2), 3-7.
4. Shaw S, Rubin KP, Lieber CS. Depressed hepatic glutathione and increased diene conjugate in alcoholic liver disease. Evidence of lipid peroxidation. *Digest Dis Sci*. (1983); 28: 585-589.
5. Feinman L, Lieber CS. Nutrition and diet in alcoholism. *Modern Nutrition in Health and Disease 9th ed* Baltimore: Williams and Wilkins (1998).
6. Gruchow HW, Sobociaski KA, Barboriak JJ. Alcohol nutrient intake and hypertension in US adults. *JAMA: Journal of the American Medical Association*; (1985); 253: 1567-1570.
7. Serralde Zúñiga, A. Evaluación del estado nutricional y tratamiento nutricio del paciente alcohólico. *Revista de gastroenterología de México*; (2010); Supl 2(75), 179-180.
8. Guardia Serecigni, J., Jiménez Arriero, M.A., Pascual, P., Flores, G., Contel, M. Alcoholismo. Guías Basadas en la Evidencia Científica. (2007). Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, Alcoholismo y las otras Toxicomanías.
9. I. Trinidad Rodríguez, J. Fernández Ballart, G. Cucó Pastor, E. Biarnés Jordà y V. Arijá Val. Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproducibilidad y validez. *Nutrición Hospitalaria*. (2008); 23(3):242-252.
10. González MR. Alcoholismo. Abordaje integral. Santiago de Cuba: Editorial Oriente. (2004); p 14-98.

III.- HIPÓTESIS

La aplicación de un ciclo de mejora basado en el cese del consumo de alcohol y en realizar modificaciones en los hábitos alimentarios guiadas por el programa de enfermería, mejora el estado nutricional de los pacientes con diagnóstico de alcoholismo crónico.

IV. OBJETIVOS.

IV.1.- Objetivo primario

Evaluar las mejoras producidas durante el seguimiento a 6 meses, mediante la intervención de psiquiatría y enfermería, en pacientes con diagnóstico de alcoholismo crónico que cesan el consumo y realizan cambios en sus hábitos alimentarios guiados por las recomendaciones dietéticas de enfermería.

IV.2.- Objetivos secundarios

1. Analizar si la abstinencia al alcohol y los cambios en los hábitos alimentarios realizados mediante las recomendaciones del programa de enfermería, mejoran el estado nutricional, el peso y el IMC de los pacientes con dependencia alcohólica.
2. Analizar si la abstinencia al alcohol y los cambios en los hábitos alimentarios realizados mediante las recomendaciones del programa de enfermería, mejoran su estado mental.
3. Analizar si la abstinencia al alcohol y los cambios en los hábitos alimentarios realizados mediante las recomendaciones del programa de enfermería, mejora sus parámetros analíticos hepáticos.
4. Analizar si la abstinencia al alcohol y los cambios en los hábitos alimentarios realizados mediante las recomendaciones del programa de enfermería, mejora sus cifras de tensión arterial (TA)
5. Asegurar que se mantenga la abstinencia durante el programa de seguimiento.

V.- METODOLOGÍA.

V.1.- **Ámbito del estudio.**

Se realizará un estudio Antes-Después de la intervención de Psiquiatría y Enfermería en pacientes con alcoholismo crónico, siguiendo la metodología de un ciclo de mejora (Ciclo de Deming), en 30 pacientes con dependencia alcohólica, que acudieron al Centro de Salud Mental de Cartagena (Murcia).

Para reclutar la muestra se utilizará un periodo de tres meses, antes de la evaluación inicial que da comienzo a un periodo de seguimiento de 6 meses, durante los cuales se realizarán una serie de tareas por parte de Psiquiatría y Enfermería de Salud Mental (explicadas en el Diseño de intervenciones y Cronograma). Al finalizar los 6 meses de seguimiento, se realizará de nuevo otra evaluación, que nos permitirá evidenciar los cambios producidos durante el proceso.

Tras la evaluación al final del periodo de seguimiento de 6 meses, se realizará la recogida de datos, en un tiempo estimado de dos meses, y a continuación se procederá al análisis de los datos en un plazo de tres meses.

Por lo tanto el tiempo total que precisará el estudio será de 14 meses.

El Centro de Salud Mental de Cartagena es un recurso de asistencia comunitaria dentro de la red de Salud Mental del Área II de la Región de Murcia. Este área ocupa el segundo lugar dentro de las 9 áreas de salud de la Región y atiende a 256.296 personas.

El área II tiene como referencia dos hospitales, que son el Hospital Santa María del Rosell, y el Hospital Santa Lucía, este último dispone de Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de pacientes en fase aguda. A su vez dentro de esta área, y como dispositivos de Salud Mental, contamos con un centro Rehabilitación y el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario. Además de contar con varias asociaciones que funcionan como Centros de día y Equipos de Inserción Sociolaboral (APICES, ISOL).

El ciclo de mejora comienza con la identificación de una oportunidad de mejora. En nuestro caso la elección de la oportunidad de mejora, surgió tras una reunión multidisciplinar (Psiquiatría, Psicología clínica y Enfermería de Salud Mental) , en la

que se vio una necesidad de atención a la salud física y estado nutricional de pacientes con consumo crónico de alcohol.

La población objeto del estudio, son pacientes que acuden al Centro de Salud Mental de Cartagena, mayores de 18 años, con diagnóstico de alcoholismo crónico.

V.2.- Criterios de inclusión

1. Aquellos pacientes que acudan al CSM Cartagena que cumplan criterios diagnósticos de alcoholismo crónico según el DSM V.
2. Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado y voluntariamente acepten participar en el estudio.
3. Mayores de 18 años, con diagnóstico de alcoholismo crónico, sin otra patología mental asociada.

V.3.- Criterios de exclusión

1. No cumplir criterios diagnósticos de alcoholismo según el DSM-V.
2. Menores de edad.
3. Existencia de patología mental comórbida.
4. Presentar problemas médicos que impidan modificaciones en la dieta.
5. Pacientes en tratamiento de desintoxicación alcohólica.
6. Abuso de otras sustancias.

V.4.- Indicadores:

El diseño de los indicadores se ha realizado por un grupo de trabajo constituido por un psiquiatra y dos enfermeros de especialistas en Salud Mental. Los indicadores han sido seleccionados priorizando aquellos sobre los que se podía intervenir de forma más directa.

Se han diseñado 6 indicadores con sus correspondientes excepciones y aclaraciones:

1. Abstinencia al alcohol
2. Control analítico que incluye bioquímica general, hemograma y coagulación, perfil lipídico y hepático con albúmina, folatos y cobalaminas.
3. IMC
4. Tensión Arterial
5. Hábitos alimenticios
6. Exploración Psicopatológica

CRITERIO	EXCEPCIONES	ACLARACIONES
1	Pacientes con diagnóstico de hepatopatía de etiología distinta al alcohol	Mediante entrevista personal se valorará el cese del consumo de alcohol durante el periodo de seguimiento. Además se medirán las enzimas hepáticas relacionadas con el consumo enólico. Se considerará cese de consumo la normalización de las enzimas hepáticas y la confirmación de la abstinencia por parte del paciente.
2	Sin excepciones	Analítica de sangre al inicio del ciclo de mejora y posteriormente de forma mensual. Se valorará bioquímica general, hemograma y coagulación, perfil lipídico y hepático con albúmina, folatos y cobalaminas. Se considerará mejora cualquier cambio hacia la normalización de los parámetros.
3	Sin excepciones	Peso y altura medidos con el mismo aparato en la consulta de enfermería. Se considerará mejora cualquier cambio hacia la normalización del IMC, en ambos sentidos.
4	Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial o secundaria a otras patologías distintas al consumo de alcohol	Medida de tensión arterial con esfigmomanómetro en consulta de enfermería en cada revisión. Se considerará mejora cualquier cambio hacia la normalización de los parámetros.
5	Sin excepciones	Medida con la encuesta Frecuencia del consumo alimentario en cada visita a la consulta de enfermería.
6	Pacientes con diagnóstico previo de otro tipo de patología mental.	Entrevista clínica psiquiátrica encaminada a determinar los cambios en el estado psicopatológico del paciente. Se verificará la mejora del estado mental durante el seguimiento en las sucesivas entrevistas en psiquiatría.

V.5.- Diseño de intervenciones:

Se realizará un diseño de intervenciones para mejorar el cumplimiento de los indicadores con resultados deficientes.

Por parte de Psiquiatría:

- Entrevistas clínicas al inicio y cada dos semanas durante los 6 meses de seguimiento.
- Despistaje de patología afectiva que pueda surgir durante el proceso.
- Detección de posibles síntomas de abstinencia.
- Prescripción de tratamiento farmacológico si precisa para abstinencia y/o sintomatología ansioso-depresiva.
- Intervención psicológica cognitivo conductual en el tratamiento de la adicción al alcohol.
- Indicaciones o pautas para facilitar el mantenimiento de la abstinencia ante posibles síntomas de craving (evitar recaídas).
- Entrevistas con la familia como apoyo y psicoeducación.
- Realización de analíticas sanguíneas al inicio, a los 3 y a los 6 meses del seguimiento, con los siguientes parámetros: bioquímica general, hemograma y coagulación, perfil lipídico y hepático con albúmina, folatos y cobalaminas.
- Atención de las situaciones de urgencia médica que puedan surgir durante el proceso.

Por parte de Enfermería de Salud Mental:

- Entrevistas al inicio y cada dos semanas durante los 6 meses de seguimiento.
- Medida de peso, altura y cálculo del IMC en cada visita.
- Preguntar sobre el mantenimiento de la abstinencia.
- Entrevista sobre hábitos de alimentación, y entrega de cuestionario de frecuencia de consumo alimentario
- Educación en cuanto al seguimiento de una dieta equilibrada y nociones sobre dieta mediterránea. Esto se realizará dándole al paciente folletos elaborados por el personal de enfermería del CSM, sobre pautas básicas de alimentación y esquema semanal de ejemplos de dieta saludable (ver anexos).
- Detectar situaciones de urgencia médica y ponerlas en conocimiento del Psiquiatra.
- Entrevistas familiares para apoyo y asesoramiento en caso de que la familia las solicite.
- Estudio de hábitos relacionados con el estilo de vida.

V.6.- Cronograma

TAREA	Responsable	MES					
		1	2	3	4	5	6
1. Identificar los pacientes que cumplen los criterios de inclusión	Psiquiatría y enfermería						
2. Entrevista inicial y comienzo del estudio	Psiquiatría						
3. Entrevistas clínicas periódicas	Psiquiatría						
4. Analítica	Psiquiatría y enfermería						
5. Despistaje de patología afectiva	Psiquiatría						
6. Detección de síntomas de abstinencia	Psiquiatría y enfermería						
7. Prescripción farmacológica	Psiquiatría						
8. Intervención psicológica	Psiquiatría						
9. Evitar recaídas	Psiquiatría						
10. Entrevistas familiares	Psiquiatría						
11. Urgencias	Psiquiatría y enfermería						
12. Entrevistas periódicas	Enfermería						
13. Medidas de peso, altura y cálculo de IMC.	Enfermería						
14. Entrega de cuestionarios	Enfermería						
15. Educación nutricional	Enfermería						
16. Entrevistas familiares	Enfermería						

V.7.- Recogida y análisis de datos.

La información será recopilada por la enfermera en el centro de Salud Mental de Cartagena, y los datos se registrarán en una hoja de recogida de datos, con los datos correspondientes a cada paciente incluido en el estudio, además de los cuestionarios, y será individualizada.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado se encontrarán en el cuaderno de recogida de datos de cada paciente, debidamente custodiado por el investigador principal.

No se tendrán en cuenta para el análisis de los datos a los componentes del estudio que falten a más del 25% de las sesiones, aunque podrán seguir asistiendo al grupo para su beneficio.

Se realizará un estudio descriptivo. Las variables numéricas se reunirán como media \pm desviación típica y las variables cualitativas se resumirán como frecuencias y porcentajes.

Para comparar los resultados (antes y después) se realizará la prueba de la T de Student , para variables cuantitativas y las prueba Chi cuadrado para variables cualitativas.

Se determina que existe evidencia estadística si el valor de la t es significativo para un intervalo de confianza del 95%.

V.8.- Limitaciones del estudio

De las limitaciones clásicas que se describen en los estudios cuasiexperimentales, por las características de nuestra muestra, se podrían producir las siguientes:

- **Efecto Hawthorne:** respuesta inducida por el conocimiento de los participantes de que se les está estudiando.
- **Efecto placebo:** la respuesta que se produce en una persona enferma como consecuencia de la administración de un tratamiento, pero que no puede considerarse como un efecto específico del mismo.

- El tamaño y las características de la muestra pueden presentar poca significancia estadística. Una solución podría ser aumentar el tamaño de la muestra.
- Abandonos e ingresos hospitalarios de los participantes durante el proceso

VI.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se contará con la aprobación del Comité de Investigación Clínica del Hospital Universitario Santa Lucia de Cartagena. Se tendrá en cuenta para la realización de esta investigación la Ley 41/2002 del 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica que regula el derecho a la información del usuario y el derecho al consentimiento informado. De manera que será necesaria la obtención del consentimiento por parte de los sujetos a estudio.

Se tendrá en cuenta, además, la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal que regula el uso de la historia clínica del usuario, permitiendo el acceso a la historia clínica con fines de investigación, entre otros.

Por último, respetaremos completamente el Código Deontológico Médico y las normas de la Declaración de Helsinki.

Se declara que durante la realización de este estudio no ha habido conflicto de intereses.

VII.- EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR SOBRE EL TEMA

En cuanto a conocimientos relacionados con la investigación, la psiquiatra, como investigadora principal, cuenta con un curso sobre Metodología de Investigación de 25 horas de duración e impartido por la Unidad Docente Multidisciplinar de Salud Mental de la Región de Murcia durante los años 2010-2013.

En cuanto al programa educativo para la modificación de hábitos alimentarios, cuento con la experiencia del personal de Enfermería de Salud Mental del CSM, que ha adaptado su intervención dietética en los Trastornos de Conducta Alimentaria para aplicarlos en la población objeto del estudio.

VIII.- PLAN DE DIFUSIÓN

1.- Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto clínico, asistencial y / o desarrollo tecnológico

2.- Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto bibliométrico

A pesar de las demostradas deficiencias nutricionales en los pacientes con alcoholismo crónico, no es habitual el abordaje e intervención a nivel nutricional desde los Centros de Salud Mental ni desde los Centros de Atención al Drogodependiente, en los que son atendidos estos pacientes.

Sería necesario implementar este enfoque en el tratamiento multidisciplinar que reciben estos pacientes en sus respectivos centros, asociado al tratamiento farmacológico y psicológico, que en la actualidad son los pilares del tratamiento de este tipo de patología.

Mediante este estudio se pretende focalizar la atención sobre el estado nutricional de los pacientes alcohólicos crónicos, para fomentar hábitos alimentarios saludables en estos individuos, y que sirva para emprender nuevas líneas de investigación.

IX.- ANEXOS

1. Información sobre pautas alimentarias básicas

PAUTAS ALIMENTARIAS BÁSICAS (1):

DESAYUNO:

- LÍQUIDO: Leche semidesnatada/ Zumo/ Yogurt (líquido o no).
- SÓLIDO: Cereales integrales o no azucarados, muesli, Tostadas (con aceite de oliva, tomate...), 4-5 Galletas, Fruta (como complemento).

ALMUERZO:

- Fruta /Yogurt/ Tostada/ Bocadillo pequeño de j.york, atún natural, jamón serrano, lomo...

COMIDA:

- ENSALADA (mín. 1 vez/día, opcional en comida y/o cena)
- PRIMER PLATO: (Base de Hidratos de Carbono complejos) Verdura, Patatas, Pasta, Arroz, Legumbres...
- SEGUNDO PLATO: (Base de Proteínas) Carne/ Pescado/ Huevos/ Legumbres más arroz.
- PAN
- POSTRE: Fruta o Yogurt.

MERIENDA:

- Fruta /Yogurt/ Tostada/ Bocadillo pequeño de j.york, atún natural, jamón serrano, lomo...

CENA:

- ENSALADA (mín. 1 vez/día, opcional en comida y/o cena)
- PRIMER PLATO: (Base de Hidratos de Carbono complejos) Verdura, Patatas, Pasta, Arroz, (Legumbres)...
- SEGUNDO PLATO: (Base de Proteínas) Carne/ Pescado/ Huevos.
- PAN
- POSTRE: Fruta o Yogurt

- ❖ Recuerda comer cada 3-4 horas.
- ❖ No te saltes ninguna ingesta.
- ❖ Bebe 8 vasos de agua al día (1' 5l a 2l de agua al día).

2. Hoja informativa sobre pauta semanal de alimentación

No pases más de 3h sin comer, no te saltes ninguna ingesta.

Bebe 1,5-2l de agua (8 vasos)

Haz ejercicio a diario 30 min.

No bebas bebidas azucaradas.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
DESAYUNO	Tostada pan con tomate Vaso de leche con café/colacao	Tostada pan con tomate Vaso de leche con café/ colacao	Tostada pan con tomate Vaso de leche con café/colacao	Tostada pan con tomate Vaso de leche con café/colacao	Tostada pan con tomate Vaso de leche con café/colacao	Tostada pan con tomate Vaso de leche con café/colacao	Tostada pan con tomate Vaso de leche con café/colacao
ALMUERZO	Fruta	Fruta	Fruta	Fruta	Fruta	Fruta	Fruta
COMIDA	1º Ensalada/gazpacho 2º Macarrones con jamón york, champiñones y cebolla. Postre: fruta o yogur desnatado.	1º Ensalada/gazpacho 2º Sopa de pollo/pescado con patatas Postre: fruta o yogur desnatado.	1º Ensalada/gazpacho 2º Lentejas Postre: fruta o yogur desnatado.	1º Ensalada/gazpacho 2º Asado de pollo de patatas Postre: fruta o yogur desnatado.	1º Ensalada/gazpacho 2º Pescado a la plancha con verdura Postre: fruta o yogur desnatado.	1º Ensalada/gazpacho 2º Potaje de Garbanzos con espinacas. Postre: fruta o yogur desnatado.	1º Ensalada/gazpacho 2º Paella de pescado/ carne. Postre: fruta o yogur desnatado.
MERIENDA	Yogurt / vaso de leche/ 2galletas /tortitas de maíz	Yogurt / vaso de leche/ 2galletas /tortitas de maíz	Yogurt / vaso de leche/ 2galletas /tortitas de maíz	Yogurt / vaso de leche/ 2galletas /tortitas de maíz	Yogurt / vaso de leche/ 2galletas /tortitas de maíz	Yogurt / vaso de leche/ 2galletas /tortitas de maíz	Yogurt / vaso de leche/ 2galletas /tortitas de maíz
CENA	Verdura a la plancha + lata de atún. Postre: fruta o yogur desnatado.	Verdura plancha con queso fresco y jamón york. Postre: fruta o yogur desnatado.	Verdura: ej. calabacín revuelto con huevo. Postre: fruta o yogur desnatado.	Espárragos blancos con mahonesa, piña y jamón york. Postre: fruta o yogur desnatado.	Tortilla francesa y un tomate Postre: fruta o yogur desnatado.	libre	Alcachofas con jamón y huevo. Postre: fruta o yogur desnatado.

3. Conceptos básicos sobre una alimentación equilibrada

UNA ALIMENTACION EQUILIBRADA

Diariamente necesitamos proteínas, hidratos de carbono, grasas, sales minerales, vitaminas, fibra y agua, para el correcto funcionamiento de nuestro organismo. No hay ningún grupo de alimentos que por sí solo pueda aportar todas las sustancias nutritivas.

Una alimentación equilibrada implica tomar diariamente alimentos de los 6 grupos que se señalan a continuación y en la cantidad que se indica:

- **2-3 raciones de productos lácteos.** Estos aportan principalmente proteínas, grasa, calcio y vitaminas A, D y B2.
Una ración de productos lácteos puede ser: 1 vaso grande de leche, o 1 yogurt, o 1 flan, o 1 trozo mediano de queso.
- **2-3 raciones de productos proteicos.** Estos aportan principalmente proteínas, hierro, calcio, yodo y otros minerales y vitaminas en cantidades menores.
Una ración de productos proteicos puede ser: 1 bistec de tamaño mediano, o 3 costillas de cordero, o ¼ de pollo, o 1-2 huevos, o 2 rodajas de pescado si nos referimos a proteínas animales, o 1 plato de legumbres si nos referimos a proteínas vegetales.
- **4-5 raciones de productos farináceos.** Estos aportan principalmente hidratos de carbono, hierro, vitamina B1 y fibra vegetal.
Una ración puede ser: 1 panecillo, o 2-4 magdalenas, o 1 croissant, o 1 plato mediano de arroz, o de pasta italiana, o de patatas... Sise acompaña la carne o el pescado con patatas fritas o hervidas, o en forma de puré, o un poco de arroz, como la cantidad no se corresponde a un plato grande, se considera ½ ración. También constituyen ½ ración las 1 o 2 rebanas de pan que acompañan a un guiso.
- **2-3 raciones de verdura.** Estas aportan vitaminas, minerales, fibra y agua.
Una ración es: 1 plato entero de verdura. La guarnición de vegetales con la que puede acompañarse la carne o el pescado constituye sólo ½ ración.
- **2-3 raciones de fruta.** La fruta aporta vitaminas A y C, sales minerales, azúcar, fibra y agua.
Una ración es: 1 pieza de fruta grande, como 1 manzana, 1 naranja, 1 plátano... Si la fruta es pequeña, 1 ración son varias piezas: 3-4 ciruelas, 3-4 albaricoques, 1 racimo de uvas, o un plato de postre con fresas, cerezas, etc.
- **Aproximadamente 50 gr. de grasa.** La grasa aporta energía y vitamina E. 50 gr. De aceite de oliva o de otro vegetal es una cantidad media diaria que se emplea para aliñar las ensaladas y la verdura, para freír el pescado o preparar un guiso.

4. Base de la dieta mediterránea

DIETA MEDITERRÁNEA

La Dieta Mediterránea, es uno de los mejores modelos de dieta equilibrada

♦ Características fundamentales:

1. Consumo de ajo, cebolla, tomate y frutos secos.
2. Los cereales, pan y derivados del trigo, arroz y patatas, son alimentos básicos,
3. Abundante ingesta de pescado, frutas y verduras. consumo de legumbres es elevado.
4. Menor consumo de carne y de grasas de origen animal.

RECOMENDACIONES PARA UNA BUENA GUÍA ALIMENTARIA:

1. Variedad en los alimentos que componen la dieta, puesto que ningún alimento nos aporta todos los nutrientes.
2. Reducción del consumo de grasas, que proporcionan mas calorías que ningún otro alimento y además se previene el riesgo de enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer .
3. Adecuar la ingesta calórica al gasto energético y al mantenimiento del peso corporal.
4. Aumentar el consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono, fibra y vitaminas.
5. Reducir el consumo de sal ,con objeto de reducir la prevalencia de la hipertensión arterial.
6. Moderar el consumo de alcohol.

5. Consentimiento Informado

Yo, mayor de edad, con DNI, declaro voluntariamente que he sido informado acerca de mi inclusión en el estudio **“Evaluación de hábitos alimentarios y carencias nutricionales en pacientes con diagnóstico de alcoholismo crónico”** para lo cual doy mi consentimiento.

Durante este estudio será evaluado por Psiquiatría mediante entrevistas clínicas y analíticas para ver la evolución de su patología, y medir los cambios producidos. También será preguntado por Enfermería para evaluar sus hábitos alimentarios, y ver qué modificaciones se producen al seguir las recomendaciones dietéticas que se le proporcionen.

Declaro que he sido informado del procedimiento del estudio, de los objetivos y propósitos del mismo, de los beneficios esperados, y de la necesidad de responder a unos cuestionarios para valorar posteriormente los resultados obtenidos, donde he podido hacer preguntas y aclaraciones, comprendiendo que:

1. La decisión de participar en el estudio es voluntaria, pudiendo abandonarlo en el momento que lo desee.
2. Que no habrá consecuencias negativas en caso de rehusar participar.
3. La información sobre el estudio será guardada por el equipo investigador con estricta confidencialidad.
4. Los datos clínicos obtenidos de los cuestionarios pueden ser utilizados con fines investigadores.

Recibo copia del impreso del consentimiento informado y acepto participar en este estudio de investigación.

En Cartagena, ade....de 20....

Fdo:.....

6. Carta de revocación del consentimiento informado.

Título del proyecto:

Investigador principal:

Sede donde se realizará el estudio:

Nombre del participante:

Por esta vía deseo informar sobre mi decisión de abandonar este estudio de investigación, por las siguientes razones:.....

En Cartagena, ade....., de 20.....

Firma del participante

7. Cuestionario de frecuencia de consumo alimentario⁹.

LISTADO DE ALIMENTOS	¿CUÁNTAS VECES COME?	
	A LA SEMANA	AL MES
Leche		
Yogur		
Chocolate: tableta, bombones, "Kit Kat", "Mars"...		
Cereales inflados de desayuno ("Corn-Flakes", "Kellog's")		
Galletas tipo "maría"		
Galletas con chocolate, crema...		
Magdalenas, bizcocho...		
Ensamada, donut, croissant...		
	A LA SEMANA	AL MES
Ensalada: lechuga, tomate, escarola...		
Judías verdes, acelgas o espinacas		
Verduras de guarnición: berenjena, champiñones		
Patatas al horno, fritas o hervidas		
Legumbres: lentejas, garbanzos, judías...		
Arroz blanco, paella		
Pasta: fideos, macarrones, espaguetis...		
Sopas y cremas		
	A LA SEMANA	AL MES
Huevos		
Pollo o pavo		
Ternera, cerdo, cordero (bistec, empanada,...)		
Carne picada, longaliza, hamburguesa		
Pescado blanco: merluza, mero,...		
Pescado azul: sardinas, atún, salmón,...		
Marisco: mejillones, gambas, langostinos, calamares,...		
Croquetas, empanadillas, pizza		
Pan (en bocadillo, con las comidas,...)		
	A LA SEMANA	AL MES
Jamón salado, dulce, embutidos		
Queso blanco o fresco (Burgos,...) o bajo en calorías		
Otros quesos: curados o semicurados, cremosos		
	A LA SEMANA	AL MES
Frutas cítricas: naranja, mandarina,...		
Otras frutas: manzana, pera, melocotón, plátano...		
Frutas en conserva (en almíbar,...)		
Zumos de fruta natural		
Zumos de fruta comercial		
Frutos secos: cacahuètes, avellanas, almendras,...		
Postres lácteos: natillas, flan, requesón		
Pasteles de crema o chocolate		
Bolsas de aperitivos ("chips", "chetos", "fritos"...)		
Golosinas: gominolas, caramelos...		
Helados		
	A LA SEMANA	AL MES
Bebidas azucaradas ("coca-cola", "Fanta"...)		
Bebidas bajas en calorías (coca-cola light...)		
Vino, sangría		
Cerveza		
Cerveza sin alcohol		
Bebidas destiladas: whisky, ginebra, coñac,...		

