

II. ALCOHOL

ALCOHOL

INDICE:

- 1.- Introducción.
 - 1.1 Funciones del Equipo de Atención Primaria
- 2.- Criterios Diagnósticos.
 - 2.1. Investigación del Consumo de Alcohol.
 - 2.2. Cuantificación del Consumo
- 3.- Clasificación.
- 4.- Valoración inicial, seguimiento y tratamiento.
 - 4.1. Pauta de actuación ante el paciente abstemio/a.
 - 4.2. Pauta de actuación ante el bebedor/a moderado.
 - 4.3. Pauta de actuación ante el bebedor/a de riesgo.
 - 4.4. Pauta de actuación ante el bebedor/a problema
 - 4.4.1. Desintoxicación.
 - 4.4.2. Deshabitación.
- 5.- Esquema general de abordaje del consumo de alcohol
- 6.- Bibliografía.

ALCOHOL

1. INTRODUCCIÓN.

España es uno de los países desarrollados que con mayor frecuencia y en mayor cantidad consume bebidas alcohólicas. En 1.995, ocupaba el 5º lugar del mundo en consumo, con 10,2 litros de alcohol puro por persona y año. El consumo de alcohol se asocia con diversas enfermedades crónicas y accidentes que eventualmente conducen a la muerte. Se ha calculado que el 5-6% de todas las muertes producidas en España se deben al alcohol. El coste social supone alrededor de 0,6 billones de pesetas/año en nuestro país, debido sobre todo a enfermedad, accidentes y absentismo. Como ocurre con otros problemas relacionados con el estilo de vida, las repercusiones van más allá del individuo y terminan afectando a su entorno familiar y a la sociedad en su conjunto. En España, el alcohol está relacionado con el 40-50% de los accidentes de tráfico y con el 17% de los accidentes laborales. Es responsable también de la ocupación de un 25% de las camas hospitalarias y de un 15-20% de las consultas en Atención Primaria. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1.997, el 63% de los españoles consume alcohol. Estudios en Atención Primaria revelan que el 20-23% de los varones consume un promedio de más de 40 gramos/día y el 2-2,5% de las mujeres consume más de 24 gramos/día. En Canarias, el 60,8% de la población mayor de 15 años (78,9% en varones y 44,7% en mujeres) declara consumir alcohol y un 2% declara beber más de 100 cc de alcohol absoluto al día (Indicadores de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1.993).

El alcohol es responsable de 2/3 de los episodios de fibrilación auricular en los menores de 65 años y de más del 50% de las miocardiopatías dilatadas.

1.1. Funciones del Equipo de Atención Primaria

Prevención primaria:

- Educación para la salud individual, reforzando los hábitos positivos de los usuarios/as que atendemos.
- Se debe contemplar la necesidad de la educación grupal a determinados colectivos de riesgo (escolares, embarazadas).
- Exigir que se cumpla la legislación vigente, que prohíbe la venta de alcohol a menores de 18 años de edad, en nuestra Comunidad y más concretamente en nuestra Zona Básica.

Prevención secundaria:

- *Detección precoz de los bebedores/as de riesgo*, valorando si son o no dependientes del alcohol.

- En bebedores/as de riesgo sin dependencia: consejo educativo breve, informando, de forma clara, de los riesgos del consumo y seguimiento (ver pauta de actuación ante el bebedor/a de riesgo).

Prevención terciaria:

- Detección de los bebedores/as dependientes o con problemas relacionados con el alcohol. Informar de forma clara de los riesgos del consumo. Motivar para que se acepte el tratamiento.
- Ofertar tratamiento (desintoxicación, deshabituación y rehabilitación) Siempre que sea posible, los pacientes en este nivel deben acudir a un centro especializado (ver pauta de actuación ante el bebedor/a problema).

Todas estas funciones deben ser desarrolladas de forma conjunta y coordinada por los componentes del EAP (personal médico, de enfermería y trabajadores/as sociales). No debemos obviar el papel modélico que tenemos para la población que atendemos, evitando en lo posible actuar con “mentalidad de consumidor” cuando nos dirijamos a ella.

2. CRITERIOS DIAGNOSTICOS :

2.1. Investigación del consumo de alcohol

Disponemos fundamentalmente de tres instrumentos:

1. **Entrevista semiestructurada:** es el método de elección. Ninguna otra prueba puede sustituir a una conversación confidencial del paciente con su médico/a o enfermera de cabecera sobre sus hábitos de consumo. El tópico de la infradeclaración no ocurre en realidad con la mayoría de los pacientes bebedores/as de riesgo atendidos en Atención Primaria, ya que, tienen consumos de riesgo, pero no son conscientes de ello. Aunque los pacientes con dependencia del alcohol (en especial las mujeres) tienden a ocultar o minimizar su consumo, generalmente, éste se acaba conociendo a través de familiares, accidentes, bajas laborales, ...

Es útil averiguar el consumo semanal por la tendencia actual de que éste se concentre o aumente en los fines de semana, tanto en los bebedores/as ocasionales como en los diarios. Se debe indagar el consumo desde el desayuno hasta la cena, insistiendo en las bebidas alcohólicas que pueden tomarse entre las comidas. La sistematización ayuda a mejorar su valoración. A continuación, se muestra una entrevista semiestructurada (tabla 1) para abordar el consumo de alcohol.

Tabla 1. Ejemplo de entrevista semiestructurada

- ¿Desayuna al levantarse ? ¿Y qué toma?
- Y a media mañana, ¿qué toma con el bocadillo?
- Cuando sale del trabajo, ¿va al bar con los amigos o va a comer directamente?
- ¿Qué suele comer al mediodía? ¿Y para beber?
- ¿Merienda? ¿Y qué bebe?
- Al salir del trabajo, ¿suele salir con los amigos? ¿qué toma?
- ¿Qué toma para cenar? ¿toma alguna copa después?
- Los fines de semana, ¿hace algo diferente?

2. **Cuestionarios:** no sirven para cuantificar el consumo, por lo que son complementarios a la entrevista. Buscan detectar pacientes con problemas por el alcohol. El **MALT** (Müncher Alkoholismus Test, tabla 2) es un cuestionario diagnóstico de la dependencia al alcohol, validado en nuestro país, con una elevada especificidad (82-99%), sensibilidad extrema (100%) y valor predictivo positivo del 87%. Según la puntuación obtenida, se clasifica al bebedor/a en tres categorías:

- 0-5 puntos: no alcoholismo.
- 6-10 puntos: sospecha de alcoholismo.
- 11 ó más puntos: alcoholismo.

Tabla 2. Cuestionario MALT:

Marque con una cruz la respuesta que mejor se adapte a su situación personal durante los últimos meses

MALT-S	SI	NO
1 En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos.		
2 A temporadas, sobre todo por la mañana, tengo una sensación nauseosa o ganas de vomitar		
3 Alguna vez he intentado calmar “ la resaca”, el temblor o la náusea matutina con alcohol		
4 Actualmente, me siento amargado/a por mis problemas y dificultades		
5 No es raro que beba alcohol antes del desayuno o el almuerzo		
6 Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces, siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo		
7 A menudo pienso en el alcohol		
8 A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico/a me lo había prohibido		
9 En las temporadas en que bebo más, como menos		
10 En el trabajo, me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol y/o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera		
11 Últimamente prefiero beber el alcohol a solas (y sin que me vean).		
11 Bis Bebo de un trago y más de prisa que los demás.		
12 Desde que bebo más, soy menos activo/a.		
13 A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido.		
14 He ensayado un sistema para beber (p.ej. no beber antes de determinadas horas)		
15 Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol		
16 Sin alcohol, no tendría tantos problemas		
17 Cuando estoy excitado/a, bebo alcohol para calmarme.		
18 Creo que el alcohol está destruyendo mi vida.		
19 Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no		
20 Otras personas no pueden comprender por qué bebo		
21 Si yo no bebiera, me llevaría mejor con mi esposa o pareja.		
22 Ya he probado pasar temporadas sin alcohol		
23 Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo/a.		
24 Repetidamente me han mencionado mi “aliento alcohólico”		
25 Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo.		
26 A veces, al despertar después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron la víspera		
TOTAL PUNTOS		

MALT-O	SI	NO
1 Enfermedad hepática (mínimo un síntoma clínico; p.ej. consistencia aumentada, hepatomegalia, dolor a la presión, etc, y al menos un valor de laboratorio patológico: p.ej. GOT, GPT o GGT). (Sólo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido: descarta, pues, hepatitis vírica, hepatomegalia de cardiopatía congestiva, etc)		
2 Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas, p.ej. diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas)		
3 Delirium tremens (actual o en la anamnesis)		
4 Consumo alcohólico superior a los 150 ml (en la mujer, 120 ml) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses		
5 Consumo alcohólico superior a los 300 ml (en la mujer, 240 ml) de alcohol puro, una o más veces al mes		
6 Fetor alcohólico (en el momento de la exploración médica)		
7 Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico/a, trabajador/a social o instituciones pertinentes).		
TOTAL PUNTOS		

Tomado de Rodríguez - Martos, A: Manual de alcoholismo para el médico de cabecera. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1989.

Instrucciones

Las preguntas del apartado MALT-S serán cumplimentadas por el/la paciente; por ejemplo, mientras aguarda para ser visitado. Cada respuesta afirmativa tiene un valor de un punto.

Las preguntas del apartado MALT-O serán cumplimentadas por el médico/a. En ese caso cada respuesta afirmativa tiene un valor de cuatro puntos.

Total MALT-S	
Total MALT-O	
Total	

El **AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test, tabla 3), recientemente validado en nuestro país, consta de 10 ítems y se cumplimenta con gran brevedad. Ha sido diseñado para su uso en Atención Primaria y se piensa que acabará siendo el cuestionario de elección en ésta. Está validado para detectar bebedores de riesgo con una puntuación ≥ 8 .

Tabla 3. Cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)

Se marca con un círculo la respuesta correcta en cada caso. Las 8 primeras preguntas se puntuarán del 0, 1, 2, 3, 4, y las dos últimas preguntas se puntuarán 0, 2 ó 4

1) ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida que contenga alcohol?				
Nunca	Menos de una al mes	2 ó 3 veces al mes	2 ó 3 veces por semana	4 ó mas veces por semana
2) ¿Cuántas "bebidas alcohólicas" suele tomar durante un día típico en el que ha bebido?				
1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7 ó 9	10 ó más
3) ¿Con qué frecuencia toma seis o más "bebidas" en un sola ocasión?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diariamente o casi
4) ¿Con qué frecuencia en el último año ha sentido incapacidad de parar de beber una vez que había comenzado?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diariamente o casi
5) ¿Con qué frecuencia durante el último año no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a la bebida?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diariamente o casi
6) Durante el último año, ¿con qué frecuencia necesitó tomar alguna "bebida alcohólica" por la mañana para poder ponerse en funcionamiento?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diariamente o casi
7) Durante el último año, ¿con qué frecuencia se sintió culpable o con remordimientos después de haber bebido?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diariamente o casi
8) Durante el último año, ¿en cuántas ocasiones no fue capaz de recordar lo que había pasado la noche anterior por haber estado bebiendo?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diariamente o casi
9) ¿Usted u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que usted hubiera bebido?				
No	Sí, pero no en el último año		Sí, durante el último año	
10) ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado su preocupación por su consumo o le ha sugerido que deje de beber?				
No	Sí, pero no en el último año		Sí, durante el último año	

3. **Test de laboratorio:** los tradicionalmente utilizados en Atención Primaria son la GOT, GPT, GGT y el VCM. No existe ningún test de laboratorio o combinación de ellos útiles para el cribado de bebedores/as de riesgo. El marcador biológico más sensible y específico en AP es la GGT, seguida del VCM y la GOT. La determinación conjunta de los tres parámetros elevados mejoraría el rendimiento. Son útiles para valorar lesión o daño hepático y para monitorizar la respuesta al consejo o tratamiento.

2.2. Cuantificación del consumo

Puede realizarse tanto en gramos de alcohol puro como en unidades de bebida estándar (UBE) o (“drinks”). El factor más importante para elegir uno u otro sistema es el hábito del profesional sanitario. Se recomienda la cuantificación semanal por la tendencia a que el consumo se concentre o aumente en los fines de semana tanto en bebedores/as ocasionales como en bebedores/as diarios. El sistema de cuantificación en UBE es fácilmente manejable por cualquier miembro del EAP y proporciona una rápida información de si el paciente rebasa límites de riesgo en su consumo (tabla 4). En España, se ha determinado que la UBE equivale a unos 10 gramos de alcohol puro.

3. CLASIFICACIÓN

Abstemio/a: persona que nunca ha consumido alcohol de manera habitual, aunque tome alguna pequeña cantidad ocasionalmente.

Bebedor/a moderado/a: persona que consume alcohol de manera habitual en cantidades que se sitúan por debajo de las aceptadas como límite de riesgo.

Bebedor/a de riesgo: consumidor habitual en cantidades que se sitúan por encima de lo aceptado como límites de riesgo:

- Varón: 4 UBE/día (40 g/día) ó 28 UBE/semana (280 g/semana).
- Mujer: 2,5 UBE/día (24 g/día) ó 17 UBE/semana (168 g/semana).
- También se incluyen en esta definición aquellos consumidores que, sin alcanzar los límites de riesgo señalados en su consumo semanal, reconocen ingestas superiores a 8 UBE (80 gramos) en un sólo día, al menos una vez al mes.

Bebedor/a problema: paciente que, a causa de su consumo, presenta algún problema físico, psíquico, familiar, social, legal o económico. Dentro de este grupo, se incluye a quienes presentan un síndrome de dependencia del alcohol, pero el concepto es mucho más amplio. El criterio diagnóstico de esta categoría puede establecerse mediante la utilización del test MALT (ver tabla 2). Todos los pacientes con puntuaciones de 11 ó más, quedarían diagnosticados/as como bebedores/as problema. También se incluirán en este grupo a los pacientes exalcohólicos/as o personas que reconocen haber sido bebedores/as importantes con problemas por el alcohol en el

pasado, aunque actualmente no beban ni alcancen los 11 puntos en el MALT.

Aparte de estas cuatro categorías diagnósticas, que son las que utilizaremos como criterios diagnósticos operativos en nuestra práctica diaria, existen otras terminologías de uso frecuente:

Trastorno relacionado con el alcohol (TRA): la OMS lo define como cualquier deterioro del funcionamiento físico, psíquico o social de un individuo, cuya naturaleza permite inferir razonablemente que el consumo de alcohol mantiene una relación causal directa o indirecta con la aparición de dicho trastorno.

El diagnóstico de TRA engloba un conjunto de alteraciones que pueden aparecer tanto en consumidores excesivos como en esporádicos y hace referencia tanto a las alteraciones físicas, como a la siniestralidad por accidentes y a los problemas psicosociales.

Síndrome de dependencia alcohólica (SDA): constituye una parte de los TRA y hace referencia exclusivamente a los individuos que han establecido una vinculación conductual y/o psicobiológica con el alcohol. Es el equivalente al concepto clásico de alcoholismo.

Tabla 4. Cálculo del consumo de alcohol en gramos y en Unidades Básicas Estándar(*)

Tipo de Bebida	Volumen	UBE	Gramos
Vino	1 vaso (100 cc)	1	10
	1 botella (750 cc)	8	80
Cerveza	1 caña (200 cc)	1	10
	1 litro	5	50
Copas	1 whisky / ginebra (50 cc)	2	20
	1 ron / cognac (50 mls)	2	20
	1 botella whisky (1 litro)	40	400
Carajillo	1 carajillo (25 cc)	1	10
Otros	“Chupito” licor (25 cc)	1	10
	Anís (50 cc)	1	10
	Martini (100 cc)	2	20
	Vino dulce (50 cc)	1	10

(*) 1 UBE (“drink”) = 10 gramos de alcohol puro.

4. VALORACIÓN INICIAL, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO.

Se recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol como mínimo cada 2 años, en toda persona de más de 14 años y sin límite superior de edad. Esto debe hacerse al abrir una historia nueva, al actualizarla o ante cualquier indicio de sospecha de problemas por el consumo.

Para cuantificar el riesgo relacionado con el consumo de alcohol y actuar en consecuencia, se procederá a los siguientes pasos:

- Cuantificación de la ingesta. (UBE o gramos).
- Clasificación del paciente según su consumo (abstemio/a, bebedor/a moderado/a, bebedor/a de riesgo o bebedor/a problema).
- Pauta de actuación en función de cada categoría diagnóstica.

4.1. Pauta de actuación ante el paciente abstemio/a

Actualmente se asiste a un debate sobre los efectos beneficiosos del alcohol sobre la salud, argumentándose que un consumo moderado de alcohol tendría un efecto protector sobre la cardiopatía isquémica. Existen al menos una docena de estudios que han evaluado la relación entre consumo de alcohol y cardiopatía isquémica, pero no son homogéneos en sus criterios y esto dificulta su interpretación. Ninguno de estos estudios muestra una relación dosis-respuesta positiva ni en varones ni en mujeres. En seis de ellos, la asociación es negativa y en cuatro se observa una curva en U. Un estudio en población general reveló que un consumo de 30 gramos/día se asocia a una disminución de la mortalidad por cardiopatía isquémica y por ictus aterotrombótico, asociándose las mismas dosis a un aumento del riesgo de mortalidad por HTA, ACV hemorrágico, miocardiopatía y cirrosis hepática. Por todo ello, conviene ser muy prudentes en los mensajes educativos dirigidos a la población general y no promover el consumo de alcohol en nuestra población abstemia.

4.2. Pauta de actuación ante el bebedor/a moderado/a

Se debe informar sobre los beneficios de la moderación y de los peligros potenciales del abuso. Aunque no existe un claro umbral por debajo del cual un individuo se encuentre a riesgo cero de problemas sociales ni, en general, un umbral mínimo totalmente exento de riesgos, a efectos prácticos se puede mencionar una “franja de bajo riesgo” (consumo semanal de menos de 17 UBE o 170 g en el varón

y de menos de 11 UBE o 110 g en la mujer). Hablar de un límite prudente no debe confundirse con promocionar el consumo de alcohol dentro de esos márgenes.

4.3. Pauta de actuación ante el bebedor/a de riesgo.

La dependencia alcohólica es tan solo la punta de un iceberg de base mucho más ancha y profunda. Esta base está representada por los bebedores/as de riesgo aún no dependientes del alcohol. **La detección precoz constituye la piedra angular de la intervención sobre los bebedores/as de riesgo**, ya que garantiza el que no exista daño hepático ni de otros sistemas orgánicos y posibilita que las modificaciones de conducta sean más fáciles de alcanzar y mantener.

A todos los pacientes con consumo de riesgo se les debe realizar el test de MALT. Aquellos que arrojen un resultado de 11 ó más puntos en dicho test serán clasificados como bebedores/as problema.

El lugar estratégico que ocupa la Atención Primaria dentro del sistema sanitario facilita la identificación precoz de los bebedores/as de riesgo (alrededor de la cuarta parte de los varones y un 3% de las mujeres que acuden a nuestras consultas). Diferentes estudios realizados en Atención Primaria apoyan la efectividad de la intervención sobre el consumo de riesgo de alcohol en nuestro medio de trabajo. La intervención en el bebedor/a de riesgo consiste en el consejo sanitario encaminado a la modificación del patrón de consumo. El consejo debe ser personalizado e incluir previamente una valoración del estadio del proceso de cambio en que se encuentra el paciente:

- Fase precontemplativa: no es consciente de que su conducta es un problema y, por tanto, no tiene interés en modificarla. El objetivo aquí es ofrecer información y abrir la puerta al diálogo. En sucesivas consultas, le plantearémos cuestiones que le generen dudas respecto a su consumo.
- Fase contemplativa: es consciente de que existe el problema y piensa en la posibilidad de cambiar, con sentimientos de ambivalencia. Debemos promover la motivación para el cambio a través de una intervención breve (10-15 minutos) lo más efectiva posible. Los elementos de las intervenciones breves efectivas se detallan en la tabla 5.

El seguimiento del paciente debería practicarse con visitas sucesivas (3-5 al año), para reforzar y mantener el pacto de consumo, ya que, el número de visitas parece guardar relación con mejores resultados, aunque el consejo en una visita única también ha demostrado una reducción en el consumo de alcohol.

Tabla 5. Elementos de las intervenciones breves efectivas.

- 1) Retroalimentación con el riesgo o deterioro personal y los resultados obtenidos, como un instrumento para promover el cambio.
- 2) Énfasis en la responsabilidad personal.
- 3) Evitar la ambigüedad: consejo claro y explícito, verbal o escrito, de moderación (en los bebedores/as de riesgo) o abstinencia (en los bebedores/as problemáticos). En los bebedores/as de riesgo, se debe incluir:
 - 3 Información positiva sobre los beneficios de la moderación (mejora de salud, ahorro de dinero, evitar problemas).
 - 3 Información sobre el peligro de la ingesta excesiva de alcohol, enfocada sobre sus circunstancias personales.
 - 3 Negociación de un pacto de consumo en la franja de bajo riesgo (menos de 14 U/semana para la mujer y menos de 21 U/semana para el varón).
 - 3 Se incluirá material educativo de apoyo si se dispone de él.
- 4) Opciones alternativas (incrementan la posibilidad de que un individuo encuentre una alternativa apropiada y aceptable para su propia situación):
 - 3 No beber nunca en ayunas.
 - 3 Poner un límite por día, por semana y ocasión.
 - 3 Beber lentamente y sin mantener el vaso en la mano entre cada sorbo.
 - 3 No dejar la botella a mano para la próxima copa.
 - 3 Tomar bebidas no alcohólicas.
 - 3 Utilizar bebidas de poca graduación en vez de bebidas fuertes.
 - 3 Si bebe a diario, hacer pausas en el consumo, no bebiendo nada de alcohol durante 4-5 días.
 - 3 Practicar el rechazar bebidas y decidir no beber en algunas ocasiones.
 - 3 No tomar parte en las “rondas” ni obligar a beber a los demás.
 - 3 No beber en situaciones de riesgo (embarazo, trabajo, conducción, tomando medicamentos).
 - 3 No beber para solucionar problemas personales (angustia, nerviosismo..). Identificar las motivaciones para beber y no hacerlo como angustia o escape.
 - 3 No apagar nunca la sed bebiendo alcohol
- 5) Empatía: la entrevista necesita de un clima cálido, reflexivo y de comprensión.
- 6) Insistir en la capacidad de éxito e inspirar optimismo. Fomentar la esperanza de que es capaz de modificar un hábito es un elemento efectivo del consejo motivacional.

4.4. Pauta de actuación ante el bebedor/a problema

El manejo del bebedor/a problema incluye la **desintoxicación, deshabituación y rehabilitación**. La responsabilidad sobre esos pacientes debe ser compartida con el segundo nivel de atención (especializado). Una de las principales dificultades que aparecen en el abordaje de estos pacientes es la falta de motivación para iniciar un tratamiento. Por ello, también aquí se debe valorar inicialmente la fase del proceso del cambio de conducta en la que se encuentra el paciente (precontemplativa, contemplativa o posterior) y tratar de motivarlo mediante intervenciones breves del estilo de las enunciadas anteriormente para el bebedor/a de riesgo.

Ante un paciente diagnosticado como bebedor/a problema, hay que tener en cuenta una serie de consideraciones (tabla 6).

Tabla 6. Consideraciones ante el bebedor/a problema en Atención Primaria.

1. Posibilidad de tener que prevenir y/o tratar el síndrome de abstinencia alcohólica.
2. Posibilidad de tener que diagnosticar y tratar trastornos relacionados con el alcohol.
3. Necesidad de concienciarle de la abstinencia.
4. Necesidad de motivarle para la derivación y participación activa en un programa adecuado de deshabituación.
5. Riesgos de no derivar, tratando parcialmente al enfermo/a (dejar la dependencia, cuestión primordial, en un segundo plano).

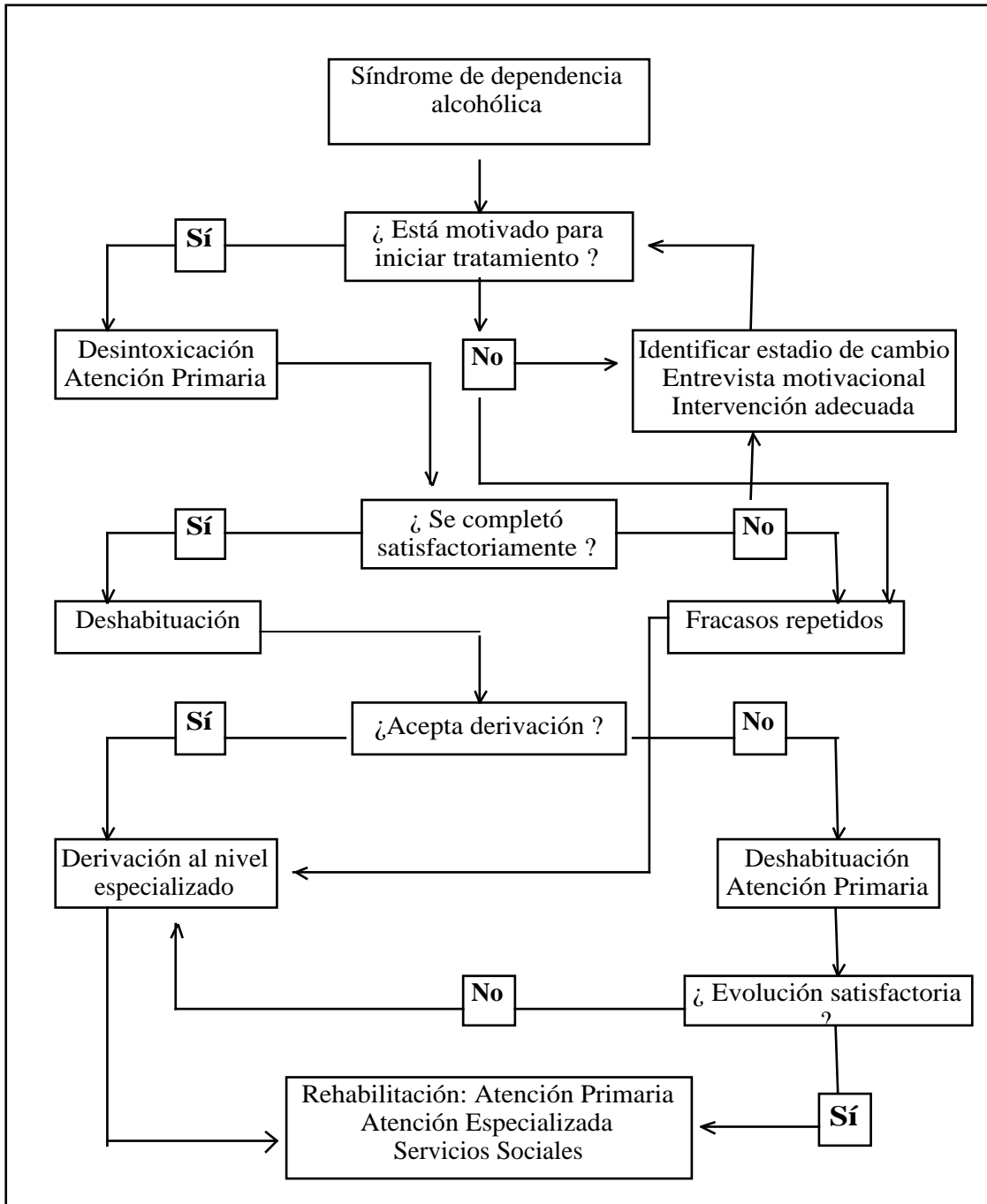
Los pacientes alcohólicos derivados/as a programas específicos tras intervención por su médico/a de cabecera tienen mejor pronóstico, cumplimentación terapéutica más correcta y son dados de alta con más frecuencia que los que acuden por otras vías.

La inexistencia de grupos de terapia puede ser subsanada mediante grupos de ayuda mutua (GAM). La participación en los GAM tiene varios efectos positivos: mejora del sentimiento de autocompetencia o de bienestar personal, incremento de los conocimientos sobre la propia enfermedad y uso más racional de los servicios médicos y de la medicación.

Ante un bebedor/a problema que asume y acepta la necesidad de abstinencia alcohólica indefinida, pero no acepta la derivación a una consulta especializada, le ofreceremos la posibilidad de iniciar el tratamiento en la consulta de AP, dejándole claro que, para la deshabituación, si no acepta tratamiento específico, sería conveniente que entrara en contacto con GAM. Son

imprescindibles el libre consentimiento y la participación del paciente, aparte de las presiones familiares, sociales o médicas (ver figura 1: esquema general de actuación ante el bebedor/a problema).

Figura 1: Esquema General de Actuación ante el Bebedor/a Problema



4.4.1. Desintoxicación

En principio, será subsidiario de un tratamiento de desintoxicación todo paciente bebedor/a problema que hubiera estado bebiendo hasta el momento de la intervención, o cuya abstinencia no alcance una antigüedad de 5-7 días. Investigaremos la existencia de períodos de abstinencia previos. Si los cuadros de abstinencia previos han sido leves o moderados o no ha habido antecedentes de abstinencia, se iniciará una pauta de desintoxicación ambulatoria con apoyo farmacológico. Es conveniente el internamiento cuando:

- Existan antecedentes de intentos fallidos de desintoxicación, de síndrome de abstinencia grave (puntuación >17 en la escala modificada de Soler Insa, tabla 7) o delirium tremens.
- Haya patología concomitante grave (psicosis aguda, ideación suicida,..)
- Falta de una persona responsable de la supervisión domiciliaria del proceso: no sería necesario el ingreso, si la intensidad esperada del SAA es mínima.

Tabla 7. Valoración de la Intensidad del Síndrome de Abstinencia Alcohólica (*)

Signos y síntomas	0 puntos	1 punto	2 puntos	3 puntos
1. Ansiedad	No	+	++	+++
2. Sudación	No	Sólo nocturna	Nocturna y diurna	Gran diaforesis (ropa empapada)
3. Temblor	Inexistente o fino distal matutino	Fino distal permanente	Grosero distal permanente y en comisuras labiales y lengua	Temblor generalizado palpable (incluso en pared abdominal)
4. Déficit de conciencia	No	Episodios nocturnos aislados de déficit discreto.	Idem nocturnos y diurnos	Déficit notorio constante y persistente
5. Desorientación	No	Episodios aislados de desorientación alopsíquica.	Id. Desorientación total (alo y autopsíquica)	Total, constante y persistente
6. Trastornos de la percepción	No	Pesadillas y visiones (seudoalucinaciones) sólo nocturnas	Alucinaciones visuales intermitentes (nocturnas y diurnas)	Alucinaciones visuales constantes, ilusiones, falsos reconocimientos
7. Trastornos de memoria	No	Amnesias lacunares referidas a la noche	Amnesias lacunares referidas al día y la noche	Grandes lagunas amnésicas (de 12 ó más horas)
8. Insomnio	No	Dificultad en conciliar el sueño o despertar precoz	Idem y sueño intermitente (más horas despierto que dormido)	Insomnio total
9. GGT	Hasta 28	De 28-50	De 50-100	Más de 100
10. Hiperpirexia (central)	No	No	Febrícula	Fiebre
11. Psicomotricidad	Normal	Normal	Inquietud	Agitación
12. Delirio ocupacional	No	No	No	Sí Total

(*) Modificada de Soler Insa y cols 1.981 por Rodríguez -Martos A. 1.984

El cese brusco en el consumo es la mejor estrategia para el inicio del proceso de desintoxicación. Puede ser conveniente proporcionar una IT de 3-7 días. Es adecuado el reposo domiciliario en un ambiente tranquilo, una adecuada hidratación con agua y zumos y vitaminas del grupo B (B₁+ B₆+ B₁₂). Se debe reponer ácido fólico y/o hierro si se detecta su carencia. Los fármacos más utilizados para la desintoxicación son los siguientes (tabla 8).

Tabla 8. Fármacos comúnmente utilizados en la desintoxicación alcohólica.

	Tiapríde (Tiaprizal®)	Tetrabamato (Servrium®)*	Clorazepato (Tranxilium®)	Clormetiazol (Distraneurine®)
Presentación	Cps de 100 mg	Cps de 300 mg	Cps de 15 mg	Cps de 192 Mg
Propiedades farmacológicas	Neuroléptico	Ansiolítico, miorelajante, antitremórico	Sedante, miorelajante	Sedante, anticonvulsivante
Potencia	+	++	++	+++
Efectos adversos	Extrapiramidalismo	Somnolencia, euforia	Somnolencia, hipotensión	Somnolencia, confusión, agitación paradójica, hepatotóxica
Depresión centro respiratorio	-	-	+/-	++
Potencia efecto depresor del alcohol	+/-	+/-	+	++
Potencial adictivo	-	-	+	++
Interacciones	Potencia efectos de fenotiacinas, dopaminérgicos y otros sedantes	Potencia otros sedantes	Potencia otros sedantes	Potencia sedantes, bradicardia severa con propanolol
Dosis máximas ambulatorias	800 mg/día (8cps/día)	3.000 mg/día (10 cps/día)	150 mg/día (10 cps/día)	2.304 mg/día
Dosis inicial habitual	600 mg/día (2 cps cada 8 horas)	2.700 mg/día (3 cps cada 8 horas)	90 mg/día (2 cps cada 8 horas)	(12 cps/día) 1.728 mg/día (3 cps cada 8 horas)

(*) Es el más usado en general en los tratamientos ambulatorios, ya que, carece de efectos hipnóticos y cardiodepresores, así como de poder adictivo. No potencia los efectos del alcohol y no merma los niveles de vigilancia, percepción ni las respuestas reflejas (administrable incluso a sujetos laboralmente activos).

(**) De elección en pacientes con actividad convulsivante o posibilidad de ella y/o con marcada agitación psicomotriz. También es de elección en el SAA grave, subsidiario de medicación parenteral.

Las dosis orientativas en la desintoxicación de los fármacos analizados se reflejan en la tabla 9. Estas dosis pueden aumentarse si los síntomas del SAA no se controlan, valorando la tabla de Soler Insa y cols. modificada (por ejemplo, puede iniciarse el tetrabamato con 10 comprimidos al día y hacer un descenso durante 10-14 días o el clormetiazol con 12 comprimidos al día, descendiendo en 14 días hasta su supresión).

Tabla 9. Pautas orientativas en la desintoxicación alcohólica.

Día	Clorazepato	Tiaprida	Tetrabamato	Clormetiazol
1	1-1-2	2-2-2	2-2-2	3-3-3
2	1-1-2	2-2-2	2-1-2	3-2-3
3	1-1-1	2-1-2	1-1-2	2-2-3
4	1-1-1	2-1-2	1-1-1	2-1-2
5	1-0-1	1-1-2	1-0-1	1-1-1
6	1-0-1	1-1-1	1-0-1	1-0-1
7	0-0-1	1-0-1	0-0-1	0-0-1

Es muy importante el apoyo motivacional, especialmente ante las dificultades surgidas durante el proceso. Hay que valorar elogiosamente los esfuerzos realizados, buscando una mejor opinión de sí mismo/a y, por tanto, una mayor autoeficacia percibida.

4.4.2. Deshabitación

Se considera el auténtico tratamiento del síndrome de dependencia del alcohol y supera al propio enfermo/a para considerar también a su entorno y sus relaciones mutuas. El objetivo es que la situación de no consumo se mantenga en el tiempo (el sujeto está en el estadio de mantenimiento del cambio de conducta). El abordaje integral (consolidación de la conducta, actuación en aspectos del entorno del paciente,...) de este proceso es complejo y debe realizarse siempre que sea posible y el paciente no lo rechace en el nivel especializado.

Tabla 10. Estrategias/Técnicas conductuales que se incluyen en la deshabitación alcohólica:

1. Trabajar la motivación: evitar situaciones donde se producía el consumo, utilizar el apoyo de familiares y amigos, valorar el cambio de conducta producido y desarrollar conductas alternativas. Es importante que la autoeficacia percibida por el sujeto sea elevada.
2. Es ineludible un adecuado examen mental que diagnostique la llamada patología dual o coexistencia de otros trastornos psiquiátricos.
3. Valoración de la dinámica familiar. Detectar situaciones que generen interferencias con el proceso de deshabitación (p.ej. la conducta adictiva del marido es paralela al rechazo a las relaciones sexuales de la mujer). Una terapia de pareja adecuada puede favorecer el proceso de deshabitación.
4. Entrenamiento en conducta asertiva: asertividad, habilidades de comunicación, resistencia a la presión del grupo, etc.
5. Psicoterapia grupal, dirigida por un profesional que haga progresar a los pacientes en prevención de recaídas, estrategias de afrontamiento, habilidades sociales,... Se debe incluir a los sujetos que previsiblemente se van a beneficiar más de ella y los grupos deben tener cierta homogeneidad en sus miembros (edad, nivel socioeconómico, ...)

En esta etapa la farmacoterapia constituye un refuerzo del abordaje psicosocial y se orienta al control de situaciones como el *craving* (impulso irresistible de consumir) y la psicopatología. Hay dos tipos fundamentales de fármacos que se consideran complementarios, pudiendo administrarse de forma sucesiva o incluso conjunta:

1. **Interdictores o disuasores del consumo:** producen una aversión farmacológica y psicológica, por la amenaza de la reacción de intolerancia.
2. **Fármacos para combatir el *craving* o fármacos anticonsumo:** interfieren con el proceso de placer que proporciona el consumo de alcohol.

1. *Interdictores*

Se ha demostrado su utilidad en el período inicial de abstinencia, siempre que se utilicen en el contexto de un abordaje psicosocial amplio. Su prescripción no debe ser sistemática y se debe sopesar individualmente.

Tabla 11. Recomendaciones para la prescripción de interdictores.

1. Seleccionar al paciente: pacientes de mediana edad, social y emocionalmente estables, con recaída previa.
2. Describirle la reacción alcohol-interdictor sin necesidad de hacérsela sufrir: pretendemos prevenir el consumo, no escarmentar al paciente.
3. Explicarle los riesgos, beneficios y sentido de la medicación: el interdictor previene en momentos difíciles (urgencia de consumir, presión externa) revocaciones de la decisión que ha tomado el propio paciente en el libre ejercicio de su voluntad.
4. Acordar la forma en que tomará el fármaco: los resultados mejoran pactando una heteroadministración (familiar o Centro) o una administración supervisada, sobre todo, en una primera etapa.
5. Seguimiento: es básico para comprobar posibles intolerancias y prever interacciones, así como para el control del cumplimiento.

Entre los interdictores más prescritos están:

- **El disulfiram (Antabús®, 250 mg por comprimido):** es considerado el interdictor de elección, por su mayor potencia y menos efectos secundarios. Su reacción con el alcohol se traduce en mareo, sofocación, rubefacción, cefaleas, ahogo, disnea, palpitaciones, precordialgia, taquicardia, hipotensión y eventual colapso e incluso

confusión y cuadros psicóticos, en casos extremos. Interacciona con difenilhidantoinas, sulfonilureas, warfarina, isoniacida, rifampicina, antihistamínicos, bloqueadores alfa y beta, haloperidol, IMAO, antidepresivos tricíclicos, clordiazepóxido, diazepam y barbitúricos. Su principal contraindicación es el desconocimiento de su administración y efectos por parte del paciente. Otras contraindicaciones son el embarazo, alteraciones cardíacas y respiratorias graves, encefalopatías, insuficiencia renal o hepática, epilepsia, psicosis. La medicación puede iniciarse 24 horas tras la abstinencia de alcohol. Su efecto terapéutico se extiende desde las 12 horas siguientes hasta al menos 3 días posteriores a su interrupción. Se aplica a dosis iniciales de 1 comprimido de 250 mg/día. Administrándolo por la noche, se evita el eventual mareo o somnolencia que acusan algunos pacientes tras las dosis iniciales. Es recomendable de todas formas evitar el trabajo en alturas o manejo de máquinas al principio del tratamiento. El tratamiento suele mantenerse a lo largo de 6 meses-1 año.

- **La cianamida cálcica (Colme®), 1 gota=3 mg):** sus diferencias principales con el disulfiram son: produce una reacción de menor intensidad, mayor inmediatez y menor duración de efectos. Necesita administrarse en 2-3 tomas al día, en dosis de 45-90 mg/día. Al ser su reacción con el alcohol más inconstante que con el disulfiram y ser más fácil saltarse las tomas del producto, se considera como alternativa al disulfiram cuando existan contraindicaciones ligadas a los efectos dopaminérgicos de aquél (p. ej. psicosis).
- Si aparecen síntomas por tomar alcohol con interdictores, suelen controlarse manteniendo al paciente en decúbito con los pies elevados y dando antihistamínicos orales. Si la reacción es grave, puede requerir corticoides intravenosos y derivación al Hospital.

2. *Fármacos para combatir el craving*

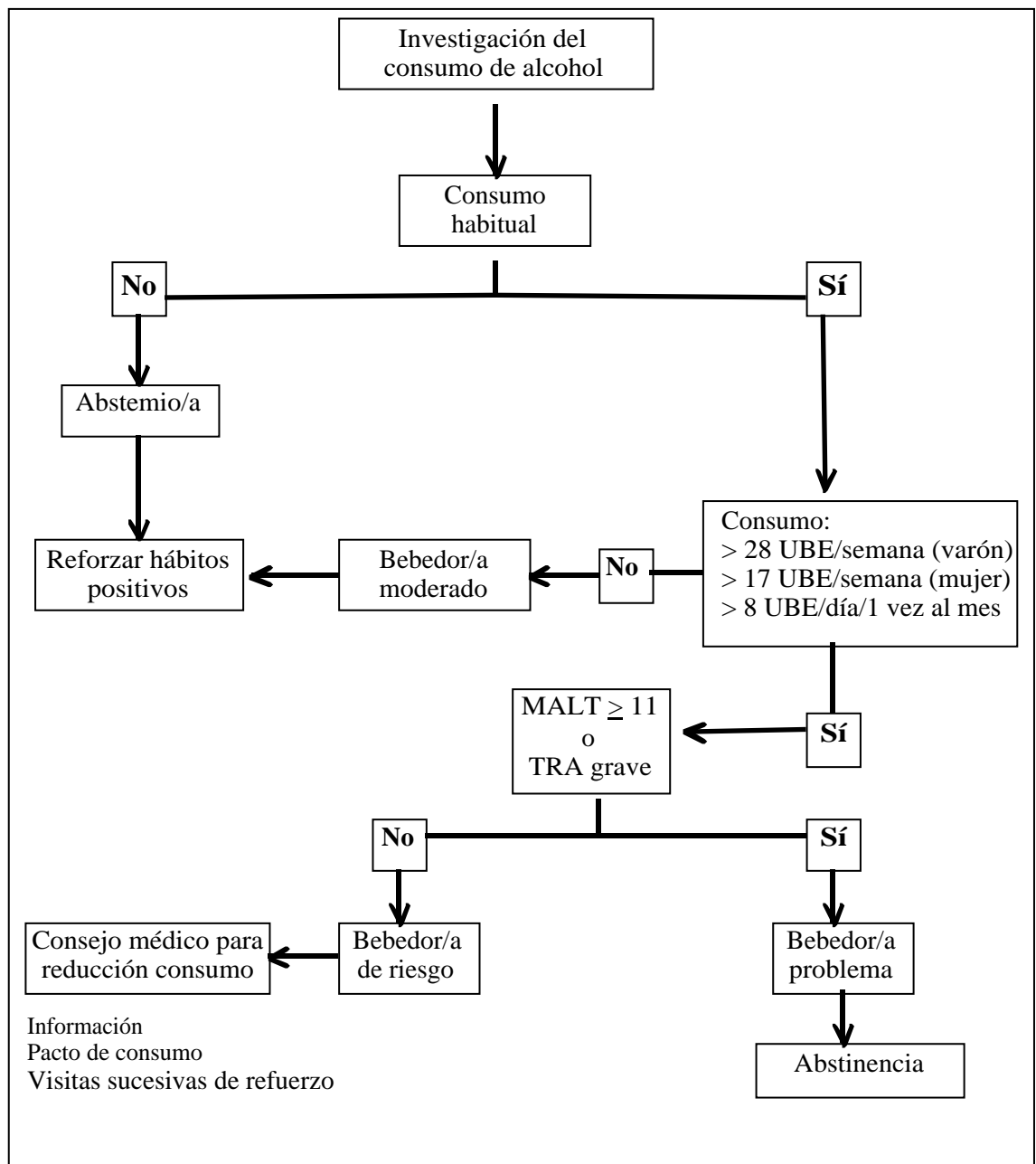
La búsqueda compulsiva del placer que produce el consumo de determinadas sustancias (el alcohol entre ellas) se debe a que en el SNC existirían mecanismos de recompensa comunes a una amplia variedad de experiencias o comportamientos que producen sensaciones agradables o apetecibles. En base a ello, por interferir en este proceso, se ha propuesto el uso de varios fármacos. Se sugiere su uso durante 6-12 meses. Los que más eficacia han demostrado son:

- **Naltrexona (Revia®), comprimidos de 50 mg):** ha sido el antagonista opiáceo más evaluado como fármaco anticraving en pacientes con abuso del alcohol. Se recomienda comenzar con dosis de 25 mg/día, para luego aumentar a 50 mg/día. Dosis más altas no han demostrado una mayor eficacia. Las náuseas y los vómitos son sus efectos

secundarios más frecuentes. A dosis altas puede producir hepatopatías.

- **Acamprosato (Campral®, tabletas de 333 mg):** carece de propiedades adictivas y no posee efecto ansiolítico, hipnótico y relajante muscular. No interacciona con el alcohol ni con psicofármacos y no deteriora el rendimiento psicomotor. Se elimina por vía renal. La dosis habitualmente utilizada es de 1998 mg/día (2 tabletas 3 veces al día) en pacientes de >60 kilos de peso y 1.332 mg/día (2-1-1) en los de 60 ó menos kilos de peso. La diarrea y la cefalea son sus efectos secundarios adversos más frecuentes.

5. ESQUEMA GENERAL DE ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL.



BIBLIOGRAFÍA

- Altisent R., Picó MV, Delgado MT, Mosquera, J, Aubá J, Córdoba R. *Protocolo de alcohol en Atención Primaria*. Protocolos FMC. Barcelona: Doyma, 1.996.
- Altisent, R, Córdoba, R y Martín-Moros, J.M. *Criterios operativos para la prevención del alcoholismo*. Med Clín (Barc), 1.992; 99: 584-588.
- Cabezas C, Aubá J y Massons J. *Estilos de vida saludables: tabaco y alcohol*. Madrid: Ergón, 1.997.
- Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Forés D y Nebot M. *Recomendaciones sobre el estilo de vida del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud*. Atención Primaria, 1.997; 20 (supl. 2): 86-100.
- Córdoba, R, Delgado, M.T., Picó M.V. *Actuación ante el consumo de alcohol en Medicina de Familia*. En: *Libro de año de Medicina Familiar y Comunitaria 1.995*. Madrid: Saned. 1.995.
- Del Río, MC. *Consumo de alcohol y problemas relacionados con el alcohol en España*. JANO 1.998; 54: 197-203.
- Estruch, R. *Efectos cardiovasculares del alcohol*. Med Clín (Barc), 1.995; 105: 628-635.
- Gual A, Colom J. Alcohol, consejo médico y promoción de la salud desde la Atención Primaria. JANO 1998; 54:296-302.
- Plan Nacional sobre drogas: *El profesional de Atención Primaria de Salud ante los problemas derivados del consumo de alcohol*. Madrid. Ministerio de Justicia e Interior, 1.994.
- Rodríguez - Martos A. *La intervención en el campo del alcohol en Atención Primaria de Salud*. JANO 1.998; 54: 303-308.
- Rodríguez - Martos A., *Manual de alcoholismo para el médico de cabecera*. Barcelona: Salvat, 1.989.
- Rodríguez F, Villar F, Rey J. *Alcohol y enfermedad cardiovascular*. JANO 1998; 54: 208-212.
- Rodríguez-Martos A. y Alvarez F.J. *Tratamiento farmacológico en el síndrome de dependencia del alcohol*. JANO 1.998; 54: 319-327.
- Rodríguez-Martos A., Gual Solé A. y Llopis Llácer J. *La "Unidad de Bebida Estándar" como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España*. Med. Clin (Barc) 1999; 112: 446-450.
- Rubio Valladolid G, Bermejo Vicedo J, Caballero Sánchez-Serrano MC, Santo-Domingo Carrasco J. *Validación de la Prueba para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AVAIT) en Atención Primaria*. Rev. Clin Esp 1998; 198: 11-14.
- Switt RM. *Drug Therapy for Alcohol Dependence*. N. Engl. J. Med 1999; 340: 1482-90.

EDUCACIÓN SANITARIA EN ALCOHOL

INDICE:

- 1.- Introducción.
- 2.- Plan de Actuación.
 - Fase Inmediata.
 - Fase de Ampliación.
 - Fase de Profundización
- 3.- Recomendaciones para la intervención en la Comunidad
- 4.- Apéndice
 - 1 Test de Cage
- 5.- Bibliografía.

EDUCACIÓN SANITARIA EN ALCOHOL

1.-INTRODUCCIÓN

El alcoholismo constituye un grave problema social y de salud que los/as profesionales de los EAP debemos abordar.

Una herramienta básica y fundamental en el abordaje del alcohol es la Educación Sanitaria. El **CONSEJO SANITARIO** bien estructurado, constituye un instrumento eficaz en la prevención primaria y secundaria, existiendo bibliografía que lo avala.

En colectivos de riesgo como jóvenes y adolescentes se debe intervenir no sólo a nivel individual sino con programas de Educación Sanitaria en el medio escolar que promuevan estilos de vida saludables.

2.- PLAN DE ACTUACION

Antes de iniciar cualquier tipo de abordaje sobre el alcohol debemos tener en cuenta una serie de aspectos:

- Desde el punto de vista educativo y sanitario, la mayoría de los pacientes manifiestan recelos cuando se les pregunta por el consumo de alcohol, sobre todo si éste es un consumidor/a habitual de cantidades excesivas; por ello, es necesario hacerlo de forma natural en el transcurso de una entrevista donde estemos valorando otros factores, antecedentes de salud y enfermedad, etc.
- Los bebedores problema rara vez acuden a consulta por este motivo, realizando la detección habitualmente a través de la familia. Como técnica de captación podemos utilizar la citación por otros motivos (vacunaciones, revisiones, PAPPS...). La entrevista debe ser previamente preparada, intentando crear un ambiente de confianza y seguridad, procurando no “ahuyentarles” y que nos permita citaciones posteriores. Debemos dejar constancia escrita del motivo por el que lo hemos citado.
- Para investigar el consumo de alcohol, debemos utilizar la entrevista semiestructurada, que debe aplicarse en un clima de cordialidad que genere la confianza del paciente. Podemos utilizar preguntas como las referidas en la tabla 1 del anexo de alcohol.
- Explorar creencias, temores y expectativas, estados de ánimo, pensamientos,...

- Al paciente bebedor debemos ir conociéndolo en varias entrevistas. La información que da la familia es importante, pues nos suelen aportar datos clave de los que el propio paciente no es consciente.
- Se debe procurar no caer en la “culpabilización” de la persona que bebe y en dar siempre mensajes positivos, de lo contrario corremos el riesgo de que no vuelva a nuestra consulta.
- Recordar que un cambio de hábito es un proceso.
- El consejo y asesoramiento es un proceso de diálogo interactivo que ayuda a identificar preocupaciones, a tomar decisiones, a mejorar y fortalecer la confianza.
- Tener presente que si detectamos un bebedor/a de riesgo o un bebedor/a problema, hasta que él mismo no decida abandonar el consumo las intervenciones deben ir encaminadas a conseguir que sea consciente del problema que tiene y ofrecerle nuestra ayuda.

Cada aspecto, tanto de valoración como de actuación, nos puede llevar varias entrevistas.

FASE INMEDIATA

Dirigido a: Toda persona >14 años que acude a la consulta y no tiene registrado hábito alcohólico en los dos últimos años.

Objetivos:

- Cuantificar el consumo de alcohol.
- Clasificar al paciente según consumo.
- Intervención según categoría diagnóstica.

Valoración clínica y educativa

Antes de iniciar cualquier intervención, es preciso hacer una valoración previa de:

- La situación clínica y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular.
- Conceptos y conocimientos previos sobre el alcohol.

Intervención según categoría diagnóstica:

ABSTEMIO/A (no consume alcohol de forma habitual)

En este grupo la intervención a realizar es el **Consejo Educativo** que consistirá en:

- Refuerzo positivo: le felicitamos y animamos para que siga sin consumir.
- Recordar los efectos beneficiosos de la abstinencia:
 - Mayor capacidad de concentración y de trabajo.

- Evita determinadas enfermedades.
- Mejora de las relaciones familiares.
- Mejora de su salud.
- Ahorro económico.
- Recordar los efectos perjudiciales del alcohol:
 - Menor capacidad de trabajo y de concentración.
 - Causa de accidentes graves.
 - Causa de enfermedades, a veces irreversibles.
 - Disminución de la autoestima.
 - Alteración de la vida familiar, laboral y social.

En personas jóvenes y adolescentes debemos tener en cuenta la influencia del grupo en el consumo de alcohol. Recordarles los efectos beneficiosos de la abstinencia y los efectos nocivos del alcohol y hacer que asuma su responsabilidad en el consumo frente a la presión del grupo.

Explorar el consumo de alcohol cada dos años.

BEBEDORA/MODERADO (persona que consume de forma habitual hasta 4 UBE/día, 28 UBE/semana el hombre y 2,5 UBE/día, 17 UBE/semana la mujer).

Aconsejarle que se mantenga en unos niveles de consumo en la “franja de bajo riesgo” (consumo semanal <17 UBE o 170 g en varones y <11 UBE o 110 g en la mujer).

Consejo Educativo Breve (Tabla nº 5 del anexo de alcohol):

- Informar sobre los beneficios de abstenerse de tomar alcohol.
- Informar de los efectos perversos del consumo a corto y largo plazo.
- Si se considera necesario por parte del profesional y factible por parte del paciente, se puede llegar a pactar una reducción del consumo y hacer seguimiento del mismo en consultas programadas.

BEBEDORA/DE RIESGO (persona que consume alcohol de manera habitual en cantidades que se sitúan por encima de lo aceptado como límites de riesgo: 4 UBE/día, 28 UBE/semana en el hombre y 2,5 UBE/día, 17 UBE/semana en la mujer).

Valorar la fase en que se encuentra (actitud frente al consumo de alcohol): fase precontemplativa o contemplativa.

Se puede utilizar a modo orientativo el test de Cage (apéndice 1) o preguntas similares entremezcladas en la entrevista.

Fase precontemplativa: dar información sobre el riesgo del alcohol:

- Generarle dudas.
- Citarles en futuras consultas utilizando otros argumentos que no sean el alcohol, p. ej, analíticas, tomas de TA, completar Historia de Salud.

Fase contemplativa:

- Motivarle para la modificación del patrón de consumo.
- Citarle a consulta programada (fase de ampliación).

Registro en la Historia de Salud:

- Fase en la que se encuentra (contemplativa, precontemplativa).
- Cuantificación del consumo de alcohol. Fecha.
- Clasificación según consumo.
- Conclusiones de la valoración clínica y educativa.
- Intervenciones realizadas.
- Control del entendimiento.
- Próximas citaciones.

FASE DE AMPLIACION

Dirigido a: Pacientes bebedores/as de riesgo y bebedores/as problemas.

Objetivos:

1. Valorar dependencia.
2. Avanzar en el proceso de cambio de actitud ante el consumo.
3. Modificar el patrón de consumo.

La intervención clínica y educativa se desarrolla atendiendo a cada uno de estos tres objetivos:

1. Valorar dependencia alcohólica

Utilizaremos el **Test de Malt** (tabla 2 anexo alcohol). Si se obtiene puntuación de 11 ó más puntos, existe alcoholismo y se considerará como bebedor/a problema.

2. Avanzar en el proceso de cambio de actitud ante el consumo

Dirigido a los bebedores/as riesgo y bebedores/as problema que están en fase precontemplativa.

Intervención educativa:

- Información sobre el riesgo del consumo de alcohol.
- Generarle dudas.
- Motivarle para el cambio hacia la fase contemplativa.

3. Modificar el patrón de consumo

Dirigido a los bebedores/as riesgo y bebedores/as problema que están en la fase contemplativa.

Antes de entrar en la modificación del patrón de consumo, debemos valorar:

- Antecedentes familiares de alcoholismo.
- Valorar el entorno socio-familiar y laboral: características del núcleo familiar, tipo de horario de trabajo, relaciones de amistad, actividades extra laborales, etc.
- Causas de su hábito: costumbres, relaciones sociales, problemas de tipo familiar, personal, laboral, etc.
- Hábitos de bebida: lugares donde bebe, momentos y situaciones de mayor consumo.
- Grado de motivación: ¿quiere cambiar su situación? ¿por qué? ¿está dispuesto a ello? ¿lo ha intentado otras veces? ¿qué tal le ha ido?.
- Recursos familiares y sociales con los que cuenta.

Intervención Educativa en el Bebedor/a de Riesgo:

- Reforzar motivación.
- Establecer objetivos alcanzables de disminución del consumo hasta conseguir la abstinencia o niveles de consumo en la “franja de bajo riesgo”.
- Establecer un pacto de consumo (compromiso de niveles de consumo).
- Determinar un calendario de visitas de seguimiento (3-5 anuales) para reforzar y mantener los pactos de consumo; cuando no sea posible, aprovechar las consultas por otros motivos para reforzar motivación y mantener el pacto de consumo.

Intervención Educativa en el Bebedor/a Problema:

- Informar del objetivo a conseguir: la abstinencia total del consumo de alcohol.
- Motivar y apoyar en todo momento.
- Informar a la familia y/o personas de su entorno del plan a seguir, cómo pueden ayudar y, sobre todo, de lo que no deben hacer. Esta información debe contar siempre con el consentimiento del paciente, salvo situaciones especiales.
- Solicitar a algún miembro de la familia o de su entorno, a propuesta del paciente, su colaboración activa en todo el proceso, especialmente en el periodo de desintoxicación.
- Si lo precisa informarle del tratamiento farmacológico a seguir, pautas y posibles efectos adversos y que hacer ante ellos.
- Síntomas y situaciones de alarma por las que debe consultar con los profesionales.
- Informarle de la existencia de grupos de terapia y/o grupos de apoyo mutuo y en qué momento recurrir a ellos.
- Establecer un calendario de seguimiento a realizar en el **periodo de desintoxicación** para:
 - Valoración clínica (síndrome de abstinencia, consumo).
 - Control de medicación.
 - Valoración de la motivación y refuerzo.
 - Análisis de las dificultades encontradas para el abandono del consumo y los logros alcanzados.
 - Establecer conjuntamente conductas alternativas (actividades y habilidades) que faciliten el abandono del consumo y mejorar su autoestima.
 - Valorar y apoyar la participación de la familia, especialmente, al que tome el papel de cuidador.

Registro:

- Dependencia del alcohol.
- Conclusiones de la valoración clínica y educativa.
- Intervenciones realizadas.
- Pacto de metas.
- Control del entendimiento.
- Próximas citas.

FASE DE PROFUNDIZACION

Dirigido a: bebedores/as problema que están en fase de deshabituación.

Objetivos:

- Mantenimiento de la abstinencia.
- Recuperación integral.

Valoración:

- Actitud frente al alcohol.
- Cumplimiento de metas pactadas.
- Obstáculos y dificultades encontradas.
- Situaciones de riesgo.

Intervención y seguimiento

La deshabituación es el auténtico tratamiento del síndrome de dependencia del alcohol y supera al propio enfermo para considerar también su entorno y sus relaciones mutuas.

El objetivo es que la situación de abstinencia se mantenga en el tiempo. El abordaje integral de este proceso es complejo y debe realizarse, siempre que sea posible y el paciente no lo rechace, en el nivel especializado.

Si no contamos en nuestro entorno con grupos de terapia especializados se podría subsanar con los grupos de ayuda mutuos (GAM), ej, alcohólicos anónimos, junto con el conveniente seguimiento de los profesionales del EAP.

La intervención del EAP atenderá a los siguientes aspectos:

- Reforzar la abstinencia. Aplicar técnicas conductuales (tabla 10 anexo alcohol).
- Participación del trabajador/a social facilitándole contactos con GAM y/o interviniendo en toda aquella problemática social-laboral relacionada con el consumo de alcohol.
- Valorar periódicamente el tratamiento médico si lo hubiere (interdictores y/o fármacos para combatir el craving) y su participación en GAM.
- La frecuencia de los contactos dependerá de la mayor o menor dificultad del paciente para seguir la pauta establecida y de su situación socio-laboral. Como orientación, éstos controles pueden hacerse a los 15 y 30 días de superada la fase de desintoxicación. Luego cada tres meses durante el primer año, cada seis meses en el segundo, siguiendo posteriormente con contactos anuales.

Registro

- Intervenciones realizadas.
- Participación en grupos.
- Control del entendimiento.
- Reaídas y motivos.
- Próximas citaciones.

3.- RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD

1. Considerar la función modélica del personal sanitario en cuanto al consumo de alcohol.
2. Informar/comunicar a la población de la importancia de los efectos perjudiciales del alcohol y, si consume, mantenerse en la “franja de bajo riesgo”.
3. Colaborar con otras instituciones de la zona, promoviendo estilos de vida cardiosaludables en relación al alcohol (Ayuntamiento, AA.VV., medios de comunicación locales,...)
4. Colaborar con los centros educativos de la zona en la prevención del consumo de alcohol en la población infanto-juvenil. En estas actividades pueden participar personas exalcohólicas.

Tener en cuenta actividades del Programa de Escuelas Promotoras de Salud.

Registro y evaluación de las actividades realizadas

APENDICE 1

TEST DE CAGE

- 1. ¿Alguna vez ha tenido que beber a primera hora de la mañana para mantenerse en forma?**
- 2. ¿Ha pensado en alguna ocasión que tenía que dejar la bebida?**
- 3. ¿Se ha sentido en alguna ocasión a disgusto por la bebida?**
- 4. ¿Le han molestado observaciones que la gente haya efectuado acerca de su hábito alcohólico?**

Dos respuestas positivas es el punto de corte que nos puede indicar dependencia alcohólica.

Se utiliza como complemento a la cuantificación del consumo. Las preguntas no deben formularse seguidas para evitar posturas defensivas o de rechazo, se deben intercalar en el transcurso de la entrevista.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcoholismo en el anciano. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. JAMA (ed. Esp.) vol. 5, núm. 8, 1996.
- Aubá J. El consejo médico a los consumidores excesivos de alcohol. Aten Primaria 1993; 12: 166-172
- Babor TF, Grant M. Editores. Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on phase II : a randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Ginebra: WHO, 1992.
- Cordero Torres, J.A., et al . Detección de bebedores de riesgo y hábitos de consumo en una población rural desde la Atención Primaria. Centro de Salud, 1998; Vol. 6 nº 5: 294-297.
- Corral Vega, S. et al, Educación para la Salud en técnicas de relajación: experiencia de la implantación en un centro de salud. Centro de Salud, 1998; Vol. 6 nº 8: 474-477.
- E. Comín Bertrán, R. Torrubia Beltri, J. Mor Sancho, J.R. Villalbí Hereter y M. Nebot Adell. Fiabilidad de un cuestionario autoadministrado para investigar el nivel de ejercicio y el consumo de alcohol entre escolares. Med Clín (Barc) 1997; 108: 293-298
- E. Rguez. Fdez., A. Gómez Moraga, A. Gcía. Rguez. Relación entre percepción familiar y consumo de alcohol. Aten Primaria 1997; 19: 117-121
- Edwards, G. Tratamiento de Alcohólicos. Guía para el ayudante profesional. Ed. Trillas 1990.
- Guía para la intervención sobre consumo de alcohol. De semFYC (PAPPS)
- J. Casas Anguita, J.P. López Lizana. Patrón de consumo juvenil de alcohol y problemas asociados. Med Clín (Barc) 1996; 107: 544-548
- J. Sanz Glez. Epidemiología del alcoholismo. Medicina del Trabajo, 6, 2. 1997: 113-118
- J.M. Bueno Ortíz et al. Estudio multicéntrico sobre el abordaje del consumo de alcohol en atención primaria. Aten Primaria 1997; 19: 80-83
- La cultura del Alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid. Consejería de Salud Gobierno de Madrid. 1992
- M.I. Fdez. San Martín et al, Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores. Aten Primaria 1997; 19: 127-132
- Portella, E. et al. Costes Sanitarios del alcoholismo. Aten Primaria, 1998; Vol. 22 nº 5: 279-284.
- Sancho Izquierdo, E. Sanz Aliaga, S.A. Efectos nocivos de la dependencia alcohólica. Actuaciones a nivel de Atención Primaria. Centro de Salud, 1998; Vol. 6 nº 9: 568-572

- T. Robledo de Dios, F. Javier Álvarez. Plan Europeo de actuación sobre el consumo de alcohol: una mirada hacía el futuro. Med Clín (Barc) 1996; 106: 581-582.