



**PRÁCTICAS CLÍNICAS BASADAS EN
LA EVIDENCIA PARA EL TRATAMIENTO DE
LOS PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO
DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

José Manuel Martínez Delgado.
Médico Psiquiatra. Master en Salud Pública.
CTA de Cádiz. Servicio Provincial de Drogodependencias.
Diputación de Cádiz.

Taller de formación dirigido a los profesionales de la Atención Primaria de Salud (APS), a los profesionales no especialistas en alcoholismo y a los profesionales especialistas que deseen una actualización basada en la evidencia sobre la atención a los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas.

Al finalizar el taller, el alumno habrá actualizado sus conocimientos en relación a los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, revisado sus actitudes y capacidades en el manejo de estos pacientes y recibido un conjunto de prácticas clínicas basadas en la evidencia.

Con una metodología práctica sustentada en medios audiovisuales y socio-dramáticos se prestarán atención a los siguientes contenidos: Conceptos y referencias teóricas (Concepto multiaxial de los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas), diagnóstico clínico e instrumental, intervenciones motivacionales, actuaciones ante el bebedor sin problemas, manejo del bebedor problema sin dependencia, tratamiento del dependiente y programas para la disminución del riesgo.

El siguiente artículo recoge un resumen y actualización de la “Guía de actuación en Atención Primaria. Problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas” (Lectura recomendada nº: 29)

1. ALCOHOL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1.1. INTRODUCCIÓN

Hay que comprender que la gran mayoría de las personas con problemas relacionados con el alcohol, van a contactar en algún momento de su vida con el médico de atención primaria, y en muchas ocasiones son éstos los primeros a quienes el paciente se dirige, siendo importante que no pase desapercibido para el profesional que trabaja en este nivel de atención.

El médico de APS ocupa un lugar estratégico y ventajoso para actuar, ve a más personas con problemas y los ve antes. Además, su papel y la imagen que de él tiene el paciente, facilitan su tarea. Hablar de los problemas del paciente en términos médicos, relacionados principalmente con el organismo, con la salud física, facilita la colaboración de muchas personas. La mayoría de los que acuden a la consulta suelen estar más preparados para oír hablar a un médico de familia que a grandes especialistas en otros campos.

Con frecuencia hay que decidir con rapidez qué se hace ante una determinada situación. El curso ofrecerá orientaciones sobre algunos aspectos concretos, teniendo en cuenta que la información facilitada no es más que un repaso de los instrumentos y pautas básicas de actuación ante las distintas formas de presentación de los problemas y sus complicaciones.

Además, pretende que el médico de APS tenga un mejor conocimiento de la oferta de servicios y del papel de éstos, mejorando la tarea de derivación de pacientes que así lo requieran.

1.2. SOCIOEPIDEMIOLOGÍA DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

Se estima que alrededor del 15 al 20% de las consultas de atención primaria de salud están relacionadas con el alcohol (Departamento de Sanidad y Seguridad

Social, Generalitat de Catalunya. 1993). Los bebedores excesivos y los dependientes, así como sus familiares, hacen mayor uso de los servicios sanitarios que el resto de la población.

La prevalencia del Síndrome de Dependencia de Alcohol (SDA) en la APS se situaría en torno al 10%.

Numerosísimos autores, trabajos e informes ponen de manifiesto que el SDA y los Trastornos por uso de alcohol, constituyen problemas de salud de carácter común y grave.

Múltiples indicadores evidencian la magnitud y la severidad de los problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas en la comunidad. De forma resumida exponemos los más utilizados:

FRACCIONES ATRIBUIBLES DE MORBILIDAD
RELACIONADA CON EL ALCOHOL

CATEGORÍAS DE ENFERMEDAD	FA: FRACCIÓN ATRIBUIBLE (%)
CATEGORÍAS DE ENFERMEDADES infecciosas	25
Tuberculosis	5
Neumonías, gripe	
Neoplasias malignas:	50
Labio, boca, faringe	80
Esófago	20
Estómago	29
Hígado, vías biliares	50
Laringe	13
Mama	
E. Cardiovasculares:	40
Cardiopatía	11
Hipertensión Arterial	7
Accidente vascular cerebral	

E. Digestivas:	10
Esófago, estómago, duodeno	74
Otras cirrosis, hepatopatías	47
Pancreatitis agudas	72
Pancreatitis crónicas	
Otras:	25
Quemados	11
Demencia	30
Epilepsia	41
Convulsiones	40
Traumatismos (con accidentes de tráfico)	25
Suicidios y autolesiones	46
Homicidios	
	100
Totalmente atribuibles al alcohol:	
Psicosis alcohólica	
Síndrome de dependencia	
Abuso de alcohol	
Cardiomiopatía alcohólica	
Gastritis alcohólica	
Hígado graso	
Hepatitis alcohólica aguda	
Cirrosis alcohólica	
Daño hepático no especificado	
Intoxicación alcohólica aguda	
Efecto tóxico del alcohol	
Polineuropatía alcohólica	
Daño fetal por alcohol	
Síndrome alcohólico fetal	
Nivel elevado de alcohol en sangre	

IMPACTO DEL COSTE ECONÓMICO DEL ALCOHOLISMO EN ESPAÑA

COSTE ECONÓMICO	4000 millones de Euros anuales (Equivale al 15 % de los presupuestos sanitarios en España)
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS	165.000 ingresos hospitalarios al año (Cinco grandes hospitales dedicados exclusivamente a las patologías relacionadas con el alcohol serían insuficientes)
DÍAS DE TRABAJO PERDIDOS	Equivaldría a una empresa con 58.000 trabajadores
MORTALIDAD	224.000 años de vida perdidos por mortalidad prematura. Más del 6% del total de la mortalidad

En los diversos estudios de consumo realizados en España, se ha observado en estos últimos años, que han aumentado el número de personas que refieren no haber bebido en los días anteriores a las encuestas y el número de bebedores de gran riesgo alcohólico (más de 75 cc de alcohol puro al día) también está descendiendo.

Se podría concluir que: el número de consumidores de alto riesgo está estabilizado en España en los últimos años, sin embargo se observa un aumento en los porcentajes de mujeres y las mayores prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas se encuentra en el grupo de edad de 16 a 24 años. Se observa que los jóvenes empiezan a beber a edades más tempranas.

1.3. ALCOHOL Y ATENCIÓN PRIMARIA.

A veces, hay razones de tipo subconsciente que llevan al profesional a rechazar este tipo de pacientes por su obstinación en negarlo todo, incluso su enfermedad. Pero el médico de APS debe tener presente un dato muy importante, y es que

el 50% de bebedores excesivos dejan de beber por consejo y tratamiento de su médico de cabecera.

En esta década ha ido tomando cada vez más fuerza la idea de que en el trata-miento del alcoholismo no podemos limitarnos a intervenir cuando existe dependencia alcohólica, sino actuar precozmente ante cualquier problema relacionado con el consumo de alcohol, reduciendo o eliminando aquella ingesta que puede contribuir a disfunciones diversas.

34

Un aspecto interesante es que el 25% aproximadamente de los médicos de APS trata únicamente el problema médico, si lo hay, y la mayoría los refiere a otros servicios. Sólo una quinta parte les ofrece consejo y educación sanitaria. Lo que sugiere que muchos de los casos observados corresponden a personas con el síndrome de dependencia alcohólica con todas sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales, frente a las cuales el médico de APS no se encuentra en situación de atenderles convenientemente y los deriva. La incógnita es lo que ocurre con las personas sin este síndrome, pero que beben en exceso y tienen problemas relacionados con el alcohol; todo parece apuntar a que muchos de ellos no son diagnosticados.

La gran mayoría de las personas con problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, acuden en algún momento de su vida a la consulta de APS. Por tanto, en muchas ocasiones, los profesionales de este nivel de atención son los primeros con quienes van a contactar estos enfermos. Por otro lado se estima que entre el 70 y el 80% de la población adulta pasa al menos una vez al año por la APS y podrían ser susceptibles de actuaciones encaminadas a disminuir los riesgos derivados del consumo de bebidas alcohólicas.

Los servicios de APS son muy numerosos y asequibles y constituyen la puerta de entrada al sistema para poder proceder a correctas derivaciones y a prestaciones diversas.

La ubicación estratégica del profesional de APS le sitúa en una posición especialmente ventajosa para poder actuar. Ve a muchas personas con problemas, los ve antes que nadie y en muchas ocasiones acompañados de sus familiares, pudiendo establecerse una relación continuada en el tiempo y en la confianza.

Además, su rol y la imagen que el paciente tiene de él, facilitan su tarea. Al médico se le suele considerar persona autorizada y prestigiada para interrogar y asesorar sobre los estilos de vida. Hablar de los problemas del paciente en términos médicos, relacionados principalmente con el organismo, con la salud física, facilita la colaboración de muchas personas. La mayoría de los pacientes que acuden a consulta suelen estar más preparados para oír hablar a un médico de familia que a un psicólogo o psiquiatra.

El profesional del primer nivel de atención se encuentra en una posición privilegiada para:

Informar y aconsejar:

Ésta es una función muy importante, ya que incide de manera seria y bien formada en la educación del usuario, aumentando el impacto esperable de este tipo de actuaciones.

La orientación puede desarrollarse de una manera personalizada en el momento de las entrevistas clínicas y con el propio ejemplo, o a través del uso de material audiovisual.

Detectar los problemas:

En la APS se atienden muchas más personas que en cualquier otro recurso sanitario, y por tanto entre ellas se encuentran un gran porcentaje de las que presentan problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas. Por esta razón, es aquí donde más eficiente puede resultar realizar las actividades de detección precoz.

La detección de los problemas en APS se realiza fundamentalmente a través de la historia clínica, en ocasiones optimizada con algunos medios complementarios, como los marcadores biológicos, cuestionarios y la información procedente de los familiares y conocidos del paciente. Conocer el consumo y registrar sistemáticamente cada dos años el alcohol consumido por los pacientes puede resultar enormemente eficaz.

Diagnosticar el consumo de riesgo, el consumo perjudicial y la dependencia, implica conocer cuáles son los límites de riesgo y las correspondientes definiciones de los trastornos por uso de alcohol.

Entre los numerosos métodos auxiliares para el diagnóstico de los problemas derivados del consumo de alcohol, se encuentran los cuestionarios, muchos de ellos ya disponibles para la APS en España. Su empleo estará sujeto, sobre todo, a condicionantes de tiempo y eficacia diagnóstica. Por ello se recomienda el uso de cuestionarios breves, de carácter autoadministrado y suficientemente validados en la población en la cual se desea emplear. No se recomienda su aplicación de forma sistemática, en todo caso, disponer de ellos como referencia dentro del contexto de la entrevista clínica.

Contribuir a la reducción de los daños:

A través de los estilos de intervenciones breves o muy breves, en forma de consejo o asesoramiento, el profesional de APS puede contribuir a reducir los daños asociados al consumo de bebidas alcohólicas entre sus pacientes. Las intervenciones breves se consideran efectivas y bien aceptadas por los usuarios.

El aparentemente simple, pero oportuno consejo o la advertencia ante una situación de riesgo, pueden ser suficientes como intervención definitiva. Algunos pacientes pueden encontrarse en un momento crítico en que basta este tipo de acciones para cambiar el curso de los acontecimientos.

Cuanto más precoz se actúe, mejor. Los problemas serán más leves o no llegarán a complicarse.

A los pacientes que presentan un consumo de riesgo, el médico de cabecera podrá realizar una intervención breve o muy breve, aconsejando una reducción en el consumo, y ello deberá hacerse con todo rigor y siguiendo algunas directrices de intervención programadas y muy concretas.

La eficacia del consejo médico ha quedado repetidamente probada; incluso la intervención muy breve (5-10 minutos) es capaz de conseguir reducciones de hasta un 25-35% en el consumo de alcohol y de un 45% en el porcentaje de bebedores excesivos.

Las intervenciones muy breves deben reservarse para consumos de riesgo moderado y sin patologías asociadas y consistiría fundamentalmente en el consejo de reducción del consumo, entrega de material o folleto informativo y propuesta de seguimiento para valorar.

La intervención breve está indicada en consumidores de riesgo elevado y/o presencia de factores de riesgo asociados (circunstancias especiales físicas, psíquicas o sociales). Dependiendo de la situación de cada caso, el consejo puede pasar por la abstinencia o por la reducción en el consumo. Se caracterizan estos programas por promover de forma activa el cambio y la motivación. Incluyen la evaluación global del caso, un primer asesoramiento y un correcto nivel de seguimiento (apoyo y control).

Tratar algunos de los problemas asociados:

El tratamiento de la dependencia y de otros problemas asociados puede ser una parte importante del papel del profesional en APS. Se deberá evaluar correctamente si el consumo de alcohol es vivido como un problema en sí mismo o no, y conocer la capacidad terapéutica del profesional o proceder a la correcta derivación a los recursos especializados. Una derivación precipitada, sin trabajo previo de motivación, puede significar la pérdida del enfermo.

Desde la APS se debe llevar a cabo el seguimiento y/o acompañamiento del paciente en su esfuerzo de dejar de beber, indicadores de su abstinencia deben ser contrastados con la mejora en la calidad de vida y disminución de las enfermedades en el mismo.

Por tanto, existen suficientes argumentos para proponer una mayor implicación de la APS. en el abordaje de los problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas y resulta evidente que, mejorar el arsenal diagnóstico y de intervención, supondría una valiosa colaboración.

No obstante y a pesar de todas las ventajas presentadas, existen un conjunto de factores que dificultan las intervenciones y que podemos resumir en:

- El médico de APS suele realizar escasos registros del consumo de bebidas alcohólicas, por tanto favorece una infradetección y a veces banaliza

o malinterpreta la información, subestimando el problema. No se puede olvidar que aún se asiste a multitud de prejuicios por parte de un cierto número de médicos de cabecera que llegan a rechazar al alcohólico, deniegan la asistencia por considerarla ineficaz, o incluso se identifican con sus estilos de beber.

- El bebedor excesivo o dependiente suele desplegar multitud de mecanismos de adaptación que le aseguren su ingesta diaria y que no le resulte especialmente dolorosa, por ello se mostrará falto de conciencia de su problema, lo negará, lo banalizará o, incluso, lo racionalizará para justificarlo.

- Por otro lado, es frecuente asistir a situaciones donde los enfermos tienen claras dificultades para seguir los aconsejamiento o tratamientos, o simplemente se cansan por considerarlos acabados.

- A nivel del sistema de prestación de servicios de APS se observan dificultades tales como: sobrecarga en la demanda asistencial, problemas de coordinación de los diferentes niveles de actuación, poca formación, existencia de redes paralelas, etc...

- A veces, hay razones de tipo subconsciente que llevan al profesional a rechazar este tipo de pacientes por su obstinación en negarlo todo, incluso su enfermedad. Pero el médico de APS debe tener presente un dato muy importante, y es que el 50% de bebedores crónicos dejan de beber por consejo y tratamiento de su médico APS.

"Los factores a favor de una implicación activa de la APS de salud en los problemas por alcohol son, por tanto, múltiples y existe una creciente tendencia a implicar y responsabilizar al médico de APS en todo lo relativo a estilos de vida que puedan representar un riesgo para la salud. Responsabilidad que se hace extensiva a todo el equipo de APS, ya que enfermeros y trabajadores sociales pueden desempeñar un gran trabajo a nivel familiar y comunitario".

2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Tipos de bebedores teniendo en cuenta la cantidad de alcohol ingerida semanalmente:

Si tenemos en cuenta que en España una unidad de bebida estándar (UBE) es igual a 10 grs. de alcohol, y consideramos el límite de riesgo para la salud recomendado actualmente por las sociedades científicas y autoridades sanitarias el de 28 UBE/semana para el varón (280 grs.-semana / 40 grs.-día) y 17 UBE/semana para la mujer (168 grs.-semana / 24 grs.-día), podemos concluir que el 20%-23% de los varones y el 2,5% de las mujeres en España se encuentran por encima de ese límite, por lo que existiría una proporción aún mayor que consume por encima de lo que se considera como seguro o aconsejable para la salud: estos son 21 UBE/semana para el varón y 14 UBE/semana para la mujer. Según estos datos podemos clasificar al bebedor en los siguientes tipos (según Altisent y col.):

- Abstemio: persona que nunca consume alcohol de forma habitual, aunque tome alguna pequeña cantidad ocasionalmente.
- Bebedor moderado: persona que consume alcohol de forma habitual, pero por debajo del límite de riesgo (28-17 UBE/ semana).
- Bebedor de riesgo: persona cuyo consumo semanal de alcohol supera el límite de riesgo (28-17 UBE/semana). También aquella que consume más de 5 UBE en un solo día más de una vez al mes.
- Bebedor problema: paciente que, a causa de su consumo de alcohol, presenta algún problema físico, psíquico, familiar, social, legal o económico. Aquí se incluyen a los que presentan síndrome de dependencia alcohólica

La O.M.S. en 1980 (informe técnico 650) diferenció claramente dos conceptos, que pueden coincidir o no en la misma persona:

- Síndrome de Dependencia Alcohólica (S.D.A.): que lo padece aquella persona que en mayor o menor grado presenta tolerancia a la ingesta de alcohol y síntomas de abstinencia tras su privación.
- Trastornos Relacionados con el Alcohol (T.R.A.): que son todas aquellas dificultades que un individuo puede tener en el ámbito físico, psíquico o social y que puedan ser causadas directa o indirectamente por el consumo de alcohol. Así se pueden incluir desde un accidente de tráfico o laboral, hasta el síndrome alcohólico fetal o la miocardiopatía alcohólica.

Posteriormente, diferentes sociedades médicas y autoridades sanitarias añadieron un nuevo concepto, éste es el de:

- Bebedor Excesivo o de riesgo: que sería aquella persona que consume por encima de una determinada cantidad de alcohol, considerada como perjudicial, por provocar en mayor o menor espacio de tiempo tanto T.R.A. como S.D.A. Estas personas pueden tener T.R.A. sin S.D.A., S.D.A. sin T.R.A., no tener ninguna de las dos o ambas a la vez (Concepto biaxial).

Desde una perspectiva pragmática de intervención, desde la APS se está prestando mucha atención a la consideración del consumo de bebidas alcohólicas y los problemas derivados del mismo como una progresión, cuyo avance continuado merece una intervención también sin solución de continuidad. Se propone el punto de vista cuantitativo para la construcción de un modelo de historia natural del consumo de bebidas alcohólicas.

Clasificación de las maneras de beber. Nuestra propuesta:

A pesar de que no existen acuerdos nacionales e internacionales para clasificar de una manera clínica las maneras del beber, optamos por la siguiente:

1. ABSTEMIO Y BEBER SIN PROBLEMA	B.S.P.
2. BEBER PROBLEMA SIN DEPENDENCIA	B.P.S.D.
A. EN RIESGO.	
B. CONSUMO PERJUDICIAL.	
3. BEBEDOR CON DEPENDENCIA	S.D.A.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS B.S.P.:

1. Tener más de 18 años.
2. Si es mujer no estar embarazada ni en lactancia.
3. Estado nutricional normal. Dieta equilibrada.
4. Ingiere bebidas alcohólicas autorizadas.
5. No presenta borracheras anormales.
6. Ingiere alcohol sin consecuencias para sí mismo, ni para otros. Sin problemas legales.
7. Consume bebidas alcohólicas sin perturbar:
 - 7.1. La relación de pareja.
 - 7.2. La vida familiar
 - 7.3. Rendimiento laboral o escolar
8. No necesita del alcohol para alegrarse, desinhibirse o comunicarse.
9. No enfermedades que se agraven con el alcohol.
10. Si bebe, no busca embriagarse.
11. Consume bebidas alcohólicas por debajo del límite de riesgo (28 UBE en hombre y 17 UBE en la mujer/semanalmente).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS B.P.S.D.:

1. Consumo en riesgo:
 - 1.1. Sin daño físico, mental y social.
 - 1.2. Bebe trasgrediendo uno o más de los criterios del B.S.P.
2. Consumo perjudicial:
 - 2.1. Los criterios diagnósticos serían los establecidos en la C.I.E. 10.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS S.D.A:

Según criterios diagnósticos (ver DSMIV y CIE 10).

3. DIAGNÓSTICO DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

3.1. INTRODUCCIÓN

Entendemos la evaluación clínica del paciente con consumo de alcohol como un proceso amplio y global que implica distintas aproximaciones valorativas. Se busca estimar la magnitud y las características del consumo, evaluar sus consecuencias y determinar la actitud del paciente ante un posible cambio, como paso previo a la organización de un plan de intervención.

El objetivo, las características y el alcance de la evaluación clínica varían según el dispositivo asistencial desde el que se realiza. Así, la función de "cribado" (que pretende detectar los consumos problemáticos de alcohol y los probables casos de abuso y dependencia) suele realizarse desde los centros de APS.

En cualquier caso, el cribado de los problemas relacionados con el uso de alcohol es una estrategia absolutamente necesaria. La evidencia sugiere que la mayoría de las personas con un consumo en riesgo o perjudicial no reúnen criterios diagnósticos de dependencia. La mayoría de los problemas de salud relacionados con el alcohol y la parte más importante del coste atribuible a su consumo, se da entre sujetos "no alcohólicos". Por ello, uno de los objetivos prioritarios del Plan Europeo de Acción sobre el Alcohol de la O.M.S. es la detección de estos problemas desde la APS y la articulación de intervenciones breves que sin duda contribuyen a reducir el nivel de consumo y los problemas asociados.

3.2. OBJETIVOS DIAGNÓSTICOS

Aunque, como ya hemos comentado, la evaluación diagnóstica es un proceso global, desde una perspectiva práctica conviene operativizar objetivos concretos. En este sentido, podemos distinguir cuatro elementos, que además de delimitar el diagnóstico, orientan y organizan la intervención terapéutica:

- Establecimiento de un diagnóstico operativo de uso excesivo de alcohol: B-SP, en riesgo, consumo perjudicial.

- Establecimiento del diagnóstico de "probable dependencia del alcohol".
- Delimitación de los problemas relacionados con el consumo de alcohol (T.R.A.).
- Valoración general de la actitud del paciente ante el tratamiento: estadio de cambio.

3.3. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

El instrumento diagnóstico básico es la historia clínica, que puede complementarse con la utilización de algunas escalas y con la realización de determinados análisis.

Historia clínica.

Existen distintos métodos para obtener y registrar toda esta información, que varían en función del encuadre asistencial y de los objetivos de la entrevista. En los centros de APS suele ser más común la historia clínica general en la que se incluyen preguntas específicas sobre el consumo de alcohol, o bien la utilización de escalas estandarizadas de cribado. En todos los casos, los instrumentos de evaluación estandarizados (escalas, cuestionarios, entrevistas clínicas estructuradas o semiestructuradas) constituyen un eficazísimo complemento de la evaluación, pero nunca deben sustituir a una historia clínica bien hecha.

Sin embargo, tampoco debemos caer en el otro extremo. La historia clínica abierta (no estructurada) realizada durante una entrevista constituye para muchos el mejor instrumento de recogida de información, aunque esto depende de que exploren todos los aspectos importantes de este trastorno (validez de contenido) y del grado de cumplimentación (exactitud y precisión). En este sentido, son varios los estudios que señalan, entre los médicos de APS, un bajo despistaje de la dependencia alcohólica. La situación ideal en el ámbito clínico es la utilización de los instrumentos estandarizados como apoyo y complemento de la historia clínica abierta.

En la anamnesis deberá procederse como en cualquier otro caso, explorando especialmente el patrón de consumo de alcohol, así como los aspectos psico-

sociales relacionados con el mismo (ver guía práctica de entrevista). Un elemento importante es la exploración del consumo y la cuantificación de la ingesta. Asimismo, deberá valorarse la cantidad y el tipo de alcohol ingerido, distribución a lo largo del día, frecuencia del consumo, capacidad para controlar el consumo, embriagueces, síntomas de abstinencia, ajuste psicológico general, afectación de las relaciones familiares y del trabajo, consecuencias orgánicas, etc. Algunos indicadores clínicos son sugerentes de beber problema:

ANTECEDENTES ANAMNÉSICOS	MOTIVOS DE CONSULTA	HALLAZGOS FÍSICOS	HALLAZGOS MENTALES	MARCADORES BIOLÓGICO
Dificultades de pareja Problemas laborales Traumatismos frecuentes Peleas callejeras Conducir embriagado Problemas financieros Actividades que impliquen consumo	Fatigabilidad Hemorragias digestivas Anorexia Pérdida de peso Convulsiones Toma de antiácidos Síntomas hipoglucémicos Discrasias sanguíneas Trastornos del sueño Vómitos matutinos Impotencia Fumador excesivo Escasa respuesta a los ttos.	Sudoración profusa Inyección conjuntival Aliento etílico Cicatrices Hipertensión sistólica Temblor fino en extremidades Disartria Descuido personal Evidencia de daño hepático Signos de malnutrición Eritema palmar, nasal, Arañas vasculares	Amnesia Depresiones Angustia Crisis de pánico Irritabilidad Ideación paranoide, sobre todo celotípicas Labilidad del ánimo Cambios de personalidad Promiscuidad sexual Falta de confiabilidad Síntomas psicorgánicos inexplicables.	DIRECTOS: Aumento de la transferrina deficiente en carbohidratos Alcoholemias INDIRECTOS: Ganma GT aumentada Aumento de GOT Aumento de GPT Aumento de VCM Cociente GOT/GPT > 1

GUÍA PRÁCTICA DE ENTREVISTA SOBRE EL CONSUMO DE BEBIDAS
ALCOHÓLICAS. (Tomada y modificada de SCAN)
(MARQUE LA RESPUESTA MÁS ADECUADA)

¿TOMA ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA?

1. Nunca he tomado bebidas alcohólicas.
2. Una o dos veces en toda mi vida.
3. Ya no, lo dejé hace mas de un año.
4. Sí, tomo bebidas alcohólicas.

¿CON QUE FRECUENCIA BEBIÓ DURANTE EL AÑO ANTERIOR?

1. Todos los días.
2. Casi todos los días
3. 3-4 días a la semana.
4. 1-2 días a la semana.
5. 2-3 días al mes.
6. 1 vez al mes.
7. 7-11 días durante el año anterior.
8. 3-6 días durante el año anterior.
9. 2 días en al año anterior.
10. En una sola ocasión en el año anterior.
11. Nada en todo el año
12. No sabe

¿QUE TIPO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS TOMA HABITUALMENTE? (si es necesario señale mas de una respuesta)

1. Cervezas
2. Vinos (fino, manzanilla, oloroso,..)

TENIDO O PROVOCADO ALGUN ACCIDENTE?, ¿HA SIDO MULTADO POR ESTAR BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL?

1. Sí

2. No

Las respuestas obtenidas deberán ser comparadas con los criterios CIE-10 de Consumo Perjudicial y Dependencia para hacer una aproximación diagnóstica de la forma de beber.

Cuantificación por unidades.

Encuesta Semiestructurada sobre Consumo de Alcohol		
Preguntas Básicas	Preguntas Complementarias	Cantidad en Unidades
¿Toma vino en las comidas?	¿Alrededor de medio litro?	_____
¿Toma algún vino fuera de las comidas?	¿Cuánto le dura la botella?	_____
¿Toma cervezas a diario?	¿Bebe cerveza el fin de semana?	_____
¿Toma alguna copa?	¿Cognac, whisky, anís, brandy, ...?	_____
¿Algún carajillo?	¿Sol y sombra, revuelto,....?	_____
¿Algún cuba libre?	¿Otros combinados de ron, güisqui, vodka,....?	_____
¿Toma alguna vez sidra, ver-mú, cava, fino, ...?		_____
Total Unidades por Semana		_____

¿QUÉ ES UNA UNIDAD DE BEBIDA?

Una "unidad de bebida" contiene 8/10 gramos de alcohol puro. En las bebidas alcohólicas más comunes esto equivale más o menos a las siguientes cantidades:		
VINO	1 vaso (100 ml.) 1 litro	1 unidad 10 unidades
CERVEZA	1 caña (200 ml.) 1 litro	1 unidad 5 unidades
LICORES	1 copa (50 ml.) 1 carajillo (25 ml.) 1 combinado (50 ml.) 1 litro	2 unidades 1 unidad 2 unidades 40 unidades
GENEROSOS	1 copa (50 ml.) 1 vermut (100 ml.) 1 litro	1 unidad 2 unidades 20 unidades
(Fuente: Altisent R, et al.1992)		

Escalas y cuestionarios

Los instrumentos de cribado son muchos y diversos. Los más sencillos consisten en preguntas "estandarizadas" basadas en la determinación de la cantidad/frecuencia del consumo dirigidas al usuario de un servicio de atención primaria que acude con cualquier motivo de consulta (p.ej.: "¿Cuántos días por semana ha tomado bebidas alcohólicas durante el último mes?" ó "En un día determinado en que ha tomado bebidas alcohólicas, ¿cuántas ha tomado?").

Las escalas y cuestionarios utilizados varían según el área evaluada, el tipo de administración, la extensión (contenido) y el sistema de codificación de respuestas. Quizás el más conocido y el más utilizado ha sido el CAGE, escala autoadministrada que evalúa cuatro áreas relacionadas con el consumo de alcohol.

No obstante, en los últimos años y fruto de un proyecto internacional desarrollado por la OMS para la detección del consumo perjudicial de alcohol y la implantación de técnicas de intervención breve en atención primaria de salud, se

ha desarrollado un nuevo instrumento de cribado: el "Alcohol Use Disorders Identification Test" (AUDIT), recientemente validado en nuestro país. Ésta es una escala autoadministrada (aunque también puede ser heteroadministrada) para la detección precoz de personas con consumo peligroso y perjudicial de alcohol. (Igualmente serían útiles el AUDIT C y la entrevista ISCA recientemente validadas y utilizadas en nuestro medio)

La validez de cada uno de ellos depende fundamentalmente de las condiciones ambientales de la entrevista como la confidencialidad y el "rapport", pero en general el procedimiento autoadministrado es el más rápido y el más barato. Este puede introducirse dentro de la anamnesis rutinaria o dentro de entrevistas de salud más amplia, con lo que se subraya la detección de problemas de salud (enfoque diagnóstico) más que un intento de averiguar si el usuario es un alcoholístico (enfoque tipo "interrogatorio"). La implantación de programas de cribado en atención primaria depende de la existencia de un equipo de sanitarios motivados y formados, de la elección de un buen instrumento de medida, de la existencia de intervenciones breves tras la detección de los probables casos y de un sistema eficaz de interconsulta y derivación con los centros de drogodependencias y de salud mental.

Pruebas de laboratorio

Clásicamente se ha venido concediendo un peso relativamente importante en el diagnóstico del alcoholismo a determinadas pruebas de laboratorio. Sin embargo, la evidencia de los distintos estudios de validez predictiva diagnóstica que se han ido realizando, no apoyaban esta consideración. De la revisión reciente de estos trabajos puede concluirse lo siguiente:

- Las pruebas de laboratorio para el cribado y el diagnóstico del consumo excesivo de alcohol son poco útiles. No existiría ningún test de laboratorio ni combinación apropiada para el screening.
- La transferrina deficiente en carbohidratos (CDT) se incrementa en consumidores de alcohol diario por encima de 60 gr./día y más de una semana y se normaliza tras la abstinencia de 15 días. Es un buen indicador precoz de consumos excesivos, no sensible en bebedores de fines de semana y no está disponible para su uso rutinario

- Su positividad no confirma el diagnóstico pero pueden considerarse como "señales de alerta".
- En términos relativos, el marcador más sensible y específico para abuso de alcohol sería la GGT, cuya utilidad sería la de servir como un parámetro para evaluar los resultados de las intervenciones breves y como feedback para el paciente.
- La elevación conjunta de GGT, GOT y VCM mejoraría el rendimiento diagnóstico.

3.4. ANEXO:

CAGE

El CAGE, su nombre deriva de un acrónimo en su versión inglesa (Cutting down-w, Annoyance by criticism, Guilty feelings, Eyeopeners) de las cuatro preguntas realizadas a los pacientes. Fue desarrollado por Ewing y Rouse en 1970 y validado por Mayfield y colaboradores en 1974 en EE.UU. Consta de cuatro preguntas auto o heteroadministrables y cada respuesta afirmativa obtiene un punto. Los resultados se agrupan en tres categorías: si se obtiene cero puntos se considera negativo, si se obtiene un punto se sospecha de alcoholismo y si alcanza dos o más puntos se considera positivo o alcoholismo. El tiempo de cumplimiento es inferior a un minuto, está validado en España por Rodríguez Martos en 1986 y es utilizado con bastante frecuencia en nuestro medio, tanto para la APS como en el medio hospitalario. Su uso está recomendado en APS para el cribado de problemas de dependencia y no permite otra gradación para problemas de abuso o consumos excesivos. Las preguntas hacen referencia fundamentalmente a la conducta de dependencia la primera, la segunda a aspectos de tipo social, la tercera a aspectos psicológicos y la cuarta a la dependencia física.

- ¿Ha pensado que debe disminuir el consumo de alcohol?
- ¿Se ha molestado si la gente ha criticado su forma de beber?
- ¿Se ha sentido mal o culpable debido a lo que bebe?
- ¿Se ha tomado al despertar algún trago para calmar los nervios o para curarse la resaca?

AUDIT

El AUDIT: (The Alcohol Use Disorders Identification Test) desarrollado para su uso específico en APS por un grupo de investigadores, dentro de un proyecto auspiciado por la O.M.S. desde 1982, se compone de dos partes, un cuestionario de diez preguntas con información sobre el consumo de alcohol relativo únicamente al año anterior y un proceso de investigación clínica que incluye un examen médico y un cuestionario sobre historial de traumas orientado fundamentalmente a superar las posibles actitudes defensivas de los usuarios. En este artículo se recoge exclusivamente la primera parte del test, el cuestionario de diez preguntas. Se ha recomendado como punto de corte una puntuación de 8 (Fleming, 1991; Saunders, 1993; Barry, 1993) como indicativo de problemas con el alcohol (abuso y dependencia). Las preguntas puntúan del 0 al 4, salvo la 9 y 10 que pueden puntuar 0, 2 ó 4. El rango de puntuación va del 0 a 40. Es presentado de forma ventajosa con respecto a otros cuestionarios, debido a su capacidad de medir cantidad y frecuencia de la ingesta, y estar diseñado para estudiar problemas de consumo, abuso y dependencia. Presenta tres cuestiones (1, 2 y 3) referidas al uso de bebidas alcohólicas, cuatro relacionadas con la dependencia (4, 5, 6 y 7) y tres para el análisis de las consecuencias (8, 9 y 10). Esta escala ha demostrado su fiabilidad, consistencia interna, validez de criterio y validez predictiva. Así mismo, el AUDIT tiene un mejor coeficiente de fiabilidad que el CAGE y tiene, además, una mayor fiabilidad test-retest y validez predictiva (respecto de criterios DSM-IV de abuso y dependencia). Por todo ello, consideramos que el AUDIT es el instrumento de elección para el cribado de problemas y trastornos relacionados con el consumo de alcohol en APS, una puntuación de 9 o más en varones y de 6 o más en mujeres sugieren problemas, puntuaciones altas en los ítems 8 a 10 consumo perjudicial, puntuaciones altas en las preguntas 4 a 7 comienzo de la dependencia y en las preguntas 1 a 3 consumo excesivo, puntuaciones superiores a 11 son indicadores de dependencia.

AUDIT

Marque la respuesta que crea más adecuada a su realidad en el transcurso del último año:

1. ¿Con qué frecuencia se toma alguna bebida que contenga alcohol?	0	Nunca
	1	Una o menos veces al mes
	2	2 a 4 veces al mes
	3	2 ó 3 veces a la semana
	4	4 ó más veces a la semana
2. ¿Cuántas bebidas que contengan alcohol se toma normalmente cuando bebe?	0	1 ó 2
	1	3 ó 4
	2	5 ó 6
	3	7 a 9
	4	10 ó más
3. ¿Con qué frecuencia se toma 6 ó más be-bidas que contengan alcohol en un solo día?	0	Nunca
	1	Menos de una vez al mes
	2	Mensualmente
	3	Semanalmente
	4	A diario o casi diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	0	Nunca
	1	Menos de una vez al mes
	2	Mensualmente
	3	Semanalmente
	4	A diario o casi diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0	Nunca
	1	Menos de una vez al mes
	2	Mensualmente
	3	Semanalmente
	4	A diario o casi diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	0	Nunca
	1	Menos de una vez al mes
	2	Mensualmente
	3	Semanalmente
	4	A diario o casi diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0	Nunca
	1	Una o menos veces al mes
	2	2 a 4 veces al mes
	3	2 ó 3 veces a la semana
	4	4 ó más veces a la semana
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0	1 ó 2
	1	3 ó 4
	2	5 ó 6
	3	7 a 9
	4	10 ó más
9. Usted o alguna otra persona ¿han resultado heridos porque usted había bebido?	0	No
	2	Sí, pero no en el curso del último año
	4	Sí, en el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0	No
	2	Sí, pero no en el curso del último año
	4	Sí, en el último año

AUDIT C:

Tres primeros ítems del AUDIT. El diagnóstico de consumo de riesgo se establece a partir de:

- . Mayor o igual a 4 en la mujer
- . Mayor o igual que 5 en hombre

Si el paciente rebasa el punto de corte: hacer test completo (Gual A. y cols 2002).

ISCA: (Interrogatorio sistematizado de consumos alcohólicos. Gual y cols. 2001)

Mide cantidad y frecuencia, diseñado para medir consumidores de riesgo en APS. Evalúa patrones regulares e irregulares, y nos da en consumo semanal medio en UBE. El punto de corte se establece en 28 UBE en hombres y 17 UBE en mujeres. Ha tenido muy buena acogida entre los pacientes y los profesionales.

54

1. Si en alguna ocasión toma bebidas alcohólicas (vino, cerveza, etc.). ¿Cuántas consumiciones toma el día que bebe? (Expresado en UBE)
2. ¿Con que frecuencia lo hace? (número de días a la semana)
3. ¿Los fines de semana (o los días laborables) cambia sus hábitos de consumo?

Hoja de registro (en UBE):	Cantidad	Días
Subtotal		
Consumo días laborables		
Consumo días festivos		
TOTAL:		

4. ACTUACIONES ANTE EL BEBEDOR SIN PROBLEMAS (BSP)

En materia de alcohol, la información debe ser muy aséptica y objetiva. Cualquier criterio no sanitario no tendrá cabida. Por consiguiente, el educador sanitario debe:

- Informar objetivamente acerca del alcohol.
- Deshacer tópicos acerca del alcohol.
- Potenciar el valor de un buen estado de salud

- Destacar los beneficios de la salud.
- Aludir a los riesgos del mal uso/cantidades, circunstancias y tipos de riesgo.
- Fomentar un uso responsable: ¿Puedo tomar esta copa?, ¿Quiero realmente tomarla?

Si, de todas formas, vas a beber, sería recomendable seguir estos consejos:

- Comer suficiente para evitar efectos tóxicos sobre el estómago vacío.
- Desplazarse en autobús o en taxi.
- No utilizar el alcohol para enfrentar “mejor” situaciones difíciles.
- Nunca mezclar alcohol y otras drogas.
- No bebas si padeces de hígado, riñón, HTA, problemas psicológicos o si e-stás embarazada.
- No tomar demasiadas copas, para evitar la embriaguez, que aumenta los efectos tóxicos.
- Nunca beber si estás trabajando o lo vas a hacer poco tiempo después.
- Si tienes menos de 18 años toma refrescos con o sin burbujas, porque a e-sta edad es más fácil y grave el coma etílico.
- Si vas a ligar, evita tomar alcohol que reduce la excitación y pone cara de tonto.
- Al encontrarse mal o sentirse mareado acudir al médico.

Es muy importante recordar que se debe de adaptar los consejos a cada situación individual.

A modo de resumen cabría recordar los consejos en materia de educación sanitaria que propuso la Addiction Research Foundation. Toronto. 1993.

- No beber, como regla general, más de dos UBE de bebida por día.

- En personas de poco peso, enfermos, jóvenes, lactancia,... se deben imponer incluso menos consumo.
- Las personas que actualmente no beben, no deben comenzar a beber para reducir el riesgo de tener otros problemas de salud.
- Las personas que no beben diariamente no deben aumentar su consumo para reducir el riesgo de padecer otros problemas de salud.
- Las personas que beben más de dos unidades deben reducir el consumo de alcohol
- Para minimizar el riesgo de depender es necesario abstenerse al menos un día a la semana.
- Las personas que consumen alcohol deben evitar beber hasta la intoxicación.
- Las mujeres embarazadas deben abstenerse de beber.
- El consumo de bebidas alcohólicas debe estar contraindicado en:
 - Personas con trastornos mentales y físicos.
 - Toma de medicamentos, especialmente psicotrópicos
 - Conducción de vehículos o maquinarias.
 - Frente a una incapacidad de control.
 - Determinadas situaciones legales.

Cuando se trate de orientar al público en general se recomienda mantener la consigna general de “Con el Alcohol, menos es mejor”.

Por todo lo expuesto los profesionales de la APS deberían profundizar, con mucha creatividad e imaginación, en tres funciones fundamentales:

- Función modélica: Siendo modelos de estilos de vidas saludables.
- Función informadora: aportando información veraz y objetiva sobre las bebidas alcohólicas.
- Función educadora: tratando de devolver al paciente su responsabilidad sobre lo que se debe ser su propia salud y la de la comunidad en materia de consumo de bebidas alcohólicas.

5. MANEJO DEL “BEBER PROBLEMA SIN DEPENDENCIA”

5.1. INTRODUCCION

El "Beber problema sin dependencia" incluye fundamentalmente dos formas de beber:

- Bebedor en riesgo.
- Consumo perjudicial (CIE 10):

Evidencia de que el consumo de una sustancia ha causado al individuo un daño somático o alteraciones psicológicas incluyendo alteración del juicio o de la conducta, que podrían llevar a la discapacidad o a tener consecuencias para las relaciones interpersonales.

La naturaleza del daño debe ser claramente identificable.

La forma del consumo ha persistido al menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un período de doce meses.

El trastorno no satisface criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma droga en el mismo período de tiempo (excepto para intoxicación aguda).

Por tanto el conjunto de estrategias que se recogen a continuación tratan de incidir en estas formas de beber y conseguir los siguientes objetivos:

5.2. OBJETIVOS

GENERALES:

- Evitar o retrasar la aparición de la dependencia alcohólica
- Prevenir, tratar y reducir el impacto del consumo perjudicial.

METAS:

- Moderación
- Abstinencia

TIPO DE BEBEDOR	META: MODERACIÓN	META: ABSTINENCIA
B. EN RIESGO (Sin daño)	Según decisión personal	
CONS. PERJUDICIAL (Con daño)	Después de mejorar el daño (Ej.: gastritis)	Caso de daño irreversible (Ej.: Cirrosis hepática)

5.3. ESTRATEGIAS GENERALES DE INTERVENCIÓN

Antes de entrar a analizar las estrategias específicas en nuestro campo, valdría la pena repasar de forma muy somera algunas de las características generales de un buen entrevistador, ya que supondrán una buena ayuda para abordar y superar inicialmente algunas de las dificultades que representa el abordaje de los bebedores.

Algunas características básicas del entrevistador que facilitan el tratamiento

EMPATÍA	Capacidad para comprender los pensamientos y sentimientos del paciente. Prestar atención a las emociones. Una sonrisa oportuna, una mirada amistosa, un cabeceo.
CALIDEZ	Mantenimiento de una buena proximidad afectiva verbal y no verbal, clima sosegado, manteniendo una adecuada distancia y límites terapéuticos. Mirada directa a los ojos, aproximación física, posición relajada.
CORDIALIDAD	Sobre todo al iniciar la entrevista, se basa en el contacto visual, facial, sonrisa, llamada por su nombre, dar la mano.

CONCRECIÓN	El paciente y el entrevistador se entienden. La comunicación es eficaz. Aparecen clarificaciones y expresiones especulares.
RESPECTO	Capacidad para hacer ver al paciente que su problema importa y existe preocupación por él. Tener honestidad.
REACTIVIDAD	Adecuar y utilizar el ritmo de la entrevista. Tiempo de escucha, silencios reflexivos.
ASERTIVIDAD	Desempeño pleno y con seguridad del papel de entrevistador.

5.4. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PRECOZ

A. Intervenciones breves o muy breves:

A través de los estilos de intervención breve o muy breve, en forma de consejo o asesoramiento, el profesional de APS puede contribuir a reducir los daños asociados al consumo de bebidas alcohólicas entre sus pacientes. Las intervenciones breves se consideran efectivas y bien aceptadas por los usuarios. En términos generales, podríamos hablar de una eficacia en la reducción del porcentaje de bebedores excesivos del 45 % para el consejo aislado, y del 60-70 % para las intervenciones breves más estructuradas.

El aparentemente simple, pero oportuno consejo o la advertencia ante una situación de riesgo, pueden ser suficientes como intervención definitiva. Algunos pacientes pueden encontrarse en un momento crítico en que basta este tipo de acciones para cambiar el curso de los acontecimientos.

Cuanto más precoz se actúe, mejor. Los problemas serán más leves o no llegarán a complicarse.

A los pacientes que presentan un consumo de riesgo o perjudicial, el médico de cabecera podrá realizar una intervención breve o muy breve, aconsejando una reducción o abstinencia en el consumo, y ello deberá hacerse con todo rigor y siguiendo algunas directrices de intervenciones programadas y muy concretas.

Las intervenciones muy breves deben reservarse para consumos de riesgo moderado y sin patologías asociadas y consistirían fundamentalmente en el consejo de reducción del consumo, entrega de material o folleto informativo (Ej.: ¿Tiene usted este problema de salud? ¡Háblelo con su médico!) y propuesta de seguimiento para valorar.

La intervención breve está indicada en consumidores de riesgo elevado y presencia de factores de riesgo asociados (circunstancias especiales físicas, psíquicas o sociales) (Rodríguez Martos, 1994). Dependiendo de la situación de cada caso, el consejo puede pasar por la abstinencia o por la reducción en el consumo.

	INTERVENCIÓN BREVE	INTERVENCIÓN MUY BREVE	CONSEJO MÉDICO
OBJETIVO	Motivar para el cambio. Conseguir implantar hábitos de vida saludable	Reducir el consumo	Reducir el consumo
TEORÍA SUBYACENTE	Modelo de los estadios del cambio	Modelo de los estadios del cambio	Presupone que la información es suficiente para el cambio
MÉTODO	Identificar. Informar. Consejo-estrategia. Folleto de autoayuda. Seguimiento	Identificar. Informar. Consejo-estrategia. Folleto opcional. Seguimiento	La identificación es casual y la información no está estructurada
INDICACIÓN	Bebedor en riesgo y consumo perjudicial	Bebedor en riesgo	Bebedor en riesgo

(Rodríguez Laso A. Rubio Valladolid G.2000)

Las intervenciones breves consisten en evaluar el consumo de alcohol, informar sobre los consumos peligrosos y nocivos y dar a los individuos consejos claros sobre la manera de reducir su consumo.

INTERVENCIONES BREVES

1. OBJETIVOS:

- DAR INFORMACIÓN
- MODIFICAR LA CONDUCTA DE BEBER.

2. ESTRATEGIAS:

- EVALÚE LA INGESTA
- EXPONGA CONSECUENCIAS POR CONSUMO
- EXPRESE PREOCUPACIÓN POR POSIBLE EVOLUCIÓN
- QUE PIENSA EL INTERESADO DE SU FORMA DE BEBER
- CONSULTE SOBRE BENEFICIOS EN MODERACIÓN
- RECOMIENDE EL ABANDONO/DISMINUCIÓN DEL CONSUMO
- PROPORCIONE MATERIAL
- CITAR AL MES
- DEJE LA PUERTA ABIERTA

3. SEGUIMIENTOS:

- SON MUY IMPORTANTES
- ANALIZAR CAMBIOS
- VALORAR LA EVOLUCIÓN DEL CONSUMO
- PLANEE OBJETIVOS PARA PRÓXIMAS CITAS

EN EL PRIMER CONTACTO (Debe durar entre 15 y 20 minutos)

1º EVALÚE EL CONSUMO DE ALCOHOL

Utilice sobre todo la entrevista clínica, pregunte sobre la ingesta diaria y semanal, tipos de bebidas y su frecuencia, si fuese necesario apóyese en escalas para cuantificar la ingesta, cuestionarios tipo AUDIT, AUDIT C, ISCA y CAGE, o incluso use marcadores de tipo biológico (GGT, GOT, GPT, VCM,...). Ejemplos:

- ¿Podría decirme si bebe bebidas alcohólicas, cuales, cuanto en un día, y a la semana?
- ¿Cree que su consumo de bebidas alcohólicas le ha provocado problemas de salud, con la familia o amigos, en el trabajo,...?
- Escuche de forma reflexiva. ¿Que significado y valor tiene para el propio paciente lo que nos está diciendo?

2º INFORME Y DISCUTA

- Informe a su paciente que el resultado de su entrevista, cuestionario o prueba, arroja una alta probabilidad estadística de que su forma de beber sea riesgosa o perjudicial.
- Informe sobre posibles hallazgos de exámenes físicos/mentales que confirmen esta hipótesis.
- Sugiera posibilidades de exámenes de laboratorio que corroboren lo anterior.
- Pregunte al paciente que piensa respecto a su forma de beber. Invítele a hablar de los aspectos positivos y negativos de su consumo. Influya en su balance decisional. Informe sobre los riesgos de las ingestas excesivas.
- Consulte sobre sus esfuerzos (pensados o realizados) para disminuir la ingesta y sus resultados.
- Consulte sobre beneficios logrados en períodos de moderación (familia, amigos, trabajo, salud,...). Refuerce y señale los beneficios de la moderación.

3ª PROPONGA CAMBIOS Y NEGOCIE

- Haga un resumen de lo anterior (auditoria) e informe al paciente. Pregúntele si desea más información.
- Favorezca la expresión de las expectativas del paciente. ¿Me gustaría saber lo que usted piensa de lo que le he dicho? (" auditoria convenida")
- Proponga el cambio. Establezca conjuntamente los objetivos, ofrezca un menú de opciones ("¡ marquémonos unos objetivos ¡"). Recomiende reducción de ingesta o abstinencia por 2 semanas, reforzando positivamente la capacidad de autodominio. Pregúntele lo que piensa sobre la propuesta, y si tiene otras opiniones o preferencias
- Proponga otras estrategias de intervención precoz, aportando alternativas para reducir el consumo. Puede añadirse material educativo. Sea una ayuda activa (oferta de apoyo telefónico, folletos, cartas,...)

4º. ACUERDE EL SEGUIMIENTO

- Informe, facilite y acuerde la próxima cita.
- En los seguimientos, analice los cambios obtenidos, valore objetivamente la evolución del consumo y no olvide planear objetivos para próximas citas
- En las intervenciones breves se recomienda citar al mes, a los tres meses, a los seis y al año, continuar el seguimiento si fuese necesario. En las muy breves la entrevista a veces es única, no obstante se procurará alguna entrevista de seguimiento a los pocos meses. Las consultas de seguimiento no deben sobrepasar los 10 minutos.

PARA CASOS MÁS DIFÍCILES SE RECOMIENDA

- Pregunte que piensan de su forma de beber personas significativas en su vida (hijos, pareja, padres, amigos,...)
- Pregunte qué cree que puede ocurrirle en su vida si no modifica su ingesta alcohólica.

- Pregunte que ha pensado hacer frente a esta situación.
- Pregunte sobre su capacidad de control, capacidad de abstenerse, necesidad de beber en ayunas,..... Ej.: ¿Ha querido últimamente (o alguna vez) dejar de beber del todo o reducir la cantidad, pero no pudo?, ¿Ha encontrado que una vez que comenzó a beber tiende a beber más de lo que pretendía inicialmente?,....
- Pregunte si conoce personas que hayan sufrido de cirrosis hepática, hemorragias, accidentes, crisis convulsivas o muerte por su forma de beber.
- Utilice elementos de la entrevista motivacional que se describen posteriormente

Para pacientes que desean retrasar su decisión, acuerde una nueva cita en el plazo que se proponga.

En pacientes que no deseen cambiar su forma de beber, registre en su historia la intervención diagnóstica y propuesta de cambio, para que en próximas ocasiones se continúe trabajando la motivación a través del señalamiento de las discrepancias entre su forma de beber y su salud y se fomente la duda.

B. Consejos para beber sin riesgos

Consejos prácticos de diversas medidas para beber sin riesgos se pueden proponer dentro de las intervenciones breves y muy breves para bebedores de bajo riesgo y sin daños y siempre de la manera más individualizada posible. En personas que en el momento de consultar no beben, no se debe recomendar el beber como medida para reducir el riesgo de otros problemas de salud, igualmente en aquellas que no beben diariamente no se les debe de proponer aumentar su consumo para reducir el riesgo de otros problemas de salud.

MEDIDAS PARA BEBER SIN RIESGOS

Si decides continuar tomando bebidas alcohólicas de forma moderada debes:

- Elegir bebidas de baja graduación: vinos y cervezas.
- Beber como máximo cuatro cervezas al día, o tres vinos, o dos licores o combinados.
- Comer mientras bebe.
- Diluir con agua o refrescos.
- Hacer durar las bebidas.
- Alternar bebidas sin alcohol.
- Quitar la sed con bebidas sin alcohol.
- Disfrutar de fiestas sin alcohol.
- Aprender a decir no.
- No ser el último en las fiestas.
- Evitar beber hasta la intoxicación o borrachera.
- No beber en situaciones de riesgo: niños, embarazadas, conducir, tomando medicamentos,...
- Beber como máximo cuatro días a la semana.
- No beber a solas.
- Beber con buen humor, no en enfados, preocupaciones o tristezas.
- Practicar actividades incompatibles con el alcohol.

Es muy importante recordar que se debe de adaptar los consejos a cada situación individual.

Cuando se trate de orientar al público en general, se recomienda mantener la consigna general de " Con el Alcohol, menos es mejor".

C. PLANES PARA LA ABSTINENCIA O BEBER MODERADO:

Se recomienda su uso en formato de folleto para entregar al paciente que ha decidido iniciar algún compromiso. A modo de ejemplo se presentaran en el

taller, modificados, el elaborado por el Ministerio de Salud de la República de Chile (Normas técnicas y programáticas en beber problema: Consumo perjudicial y Dependencia Alcohólica. 1ª versión 1993) y el contenido en el programa “Beber menos” de la Generalitat de Catalunya.

D. ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS Y MOTIVACIONALES:

Recogidas en otro epígrafe.

E. EDUCACIÓN SANITARIA EN GRUPOS:

Los grupos generales de educación sanitaria representan un buen espacio para introducir elementos que permitan la autoevaluación de la forma de beber, su comparación con los niveles recomendados del beber sin riesgo y en los casos necesarios orientaciones para la moderación o la abstinencia, acompañados de material audiovisual y folletos explicativos.

También se han propuesto grupos específicos guiados por médicos, trabajadores sociales o enfermeros. Tienen como objetivo el reforzar en cada persona su opción de tratamiento a través de la dinámica grupal. Suelen ser grupos de carácter mixto entre lo pedagógico y la discusión. La metodología que se recomienda se puede resumir en:

- De 5 a 10 integrantes con planes similares de moderación o abstinencia.
- Utilizar dinámicas que permitan y faciliten la participación.
- Analizar el tema. Explorar los pro y contra del beber. Facilitar la discusión sobre los argumentos sobre la moderación o la abstinencia. Usar apoyos audiovisuales.
- Generar clima de confianza.
- Fijar los temas de las sesiones futuras. Incorporar temas de relaciones interpersonales, familiares, laborales,....que ayuden a enfrentar situaciones de riesgo y refuercen los beneficios de la moderación o la abstinencia.

- Evaluar evolución de cambios experimentados y reforzar decisión a medio y largo plazo.

F. USO DE MEDICAMENTOS:

El uso de medicamentos para el objetivo de la moderación no está indicado, no obstante algunos autores habían propuesto el uso de ansiolíticos y antidepresivos, considerándose en la actualidad no sólo poco eficaces, sino que en múltiples ocasiones contraproducentes.

El objetivo de la abstinencia, si podría abrir el abanico de posibilidades de intervenciones farmacológicas orientadas a la prevención de recaídas y disminución del deseo de beber. Se han propuesto, aunque estarían pendientes de evaluación, el uso de antidepresivos, sobre todo los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los disuasores del consumo (disulfiram y cianamida cálcica), la naltrexona y el acamprosato.

G. MONITOREO DE PRUEBAS DE LABORATORIO:

Existen un buen número de pruebas de laboratorio relacionadas con el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y han sido propuestas como test de cribado de bebedores en riesgo, aunque con una utilidad muy relativa. No obstante algunas de ellas, como la GGT, GOT, GPT y VCM son de obligado cumplimiento en la fase de recogida de información sobre el posible daño causado por el alcohol en los bebedores excesivos. En los casos en los que aparece algún indicador alterado (frecuentemente la GGT) este podría ser utilizado como elemento de monitorización de la evolución del compromiso de la abstinencia o la moderación y por tanto del cumplimiento del consejo médico, sin olvidar el efecto de retroalimentación y refuerzo positivo que puede representar para el paciente el ir logrando la normalización de las cifras.

6. MANEJO DE LA DEPENDENCIA

6.1 INTRODUCCION

Los resultados de la intervención terapéutica sobre una persona que padece Síndrome de Dependencia al Alcohol (SDA) están en función de tres grupos de factores:

68

- Los relacionados con la persona dependiente (su personalidad, trastornos psicológicos y psicopatológicos, su vulnerabilidad hacia el uso/abuso de la sustancia), su disponibilidad hacia el cambio.
- Los que están en relación con el medio ambiente o contexto donde se produce el problema.
- Los asociados directamente a la propia actuación terapéutica (las estrategias y métodos de intervención: la oferta terapéutica).

Quiere ello decir que para que una estrategia terapéutica sea eficaz deberá contemplar la situación de partida que presenta el paciente y articularse sobre ella. Por tanto, partimos de la idea de que será precisa una adaptación de nuestras habilidades y arsenal terapéutico a la disponibilidad particular que ofrezca cada caso, resultando inservibles intervenciones estandarizadas o uniformes para el abordaje del problema.

Intentaremos en este apartado analizar las diferentes situaciones de partida en relación con las posibilidades de oferta terapéutica de la APS, así como los pasos que puede emprender el profesional sanitario. Igualmente se plantearán las diferentes estrategias terapéuticas que pueden articularse en relación con los objetivos que se diseñen. Nos interesa especialmente destacar que para atender adecuadamente un problema de SDA, se deberá:

- Establecer una buena relación terapéutica
- Instrumentar esta relación como objeto para la motivación

- Negociar con el paciente cuáles serán los objetivos terapéuticos en cada momento
- Conocer cómo se implementa y que elementos tiene un programa de trata-miento
- Conocer qué se puede hacer con algunas situaciones especiales

6.2. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

Cuando una persona con Trastornos Relacionados con Alcohol o con SDA entra en contacto con el sistema sanitario, generalmente lo último por lo que se le puede ocurrir consultar es por sus problemas de bebida. Más frecuente es, sin embargo, que tal contacto centrado en estos problemas, lo realice algún familiar, habitualmente la esposa en los casos de alcoholismo masculino. El alcohólico consultará con su médico por problemas orgánicos que probablemente no relacione con el uso excesivo de bebida. Quizás se produzca alguna consulta por problemas psicopatológicos, como ansiedad o depresión, o tal vez porque haya tenido un accidente. En cualquiera de estas situaciones el médico podrá detectar un consumo excesivo o de riesgo, pero lo que permite la intervención terapéutica no es este diagnóstico, sino la disponibilidad de la persona a “oír” que tales problemas están producidos por el alcohol.

El médico deberá enfrentarse probablemente a un paciente que niegue o minimice la gravedad de su manera de beber; o se encontrará con un paciente que racionalice o culpabilice a otras personas o circunstancias de su consumo excesivo. En el peor de los casos, como hemos dicho, será un familiar quien venga a contárnoslo. En todas estas situaciones, donde a la dependencia del alcohol se le unen los mecanismos de defensa, la labor del profesional será la de poder fomentar en el paciente la toma de conciencia de su situación. Y para ello no bastará con que el médico diga que allí existe el problema. Será necesaria una estrategia que logre activar al paciente para que inicie el difícil camino del cambio. No hace falta destacar la enorme importancia del papel del profesional médico en el comienzo de este camino: motivar para el cambio es todo un reto.

En el siguiente cuadro esquematizamos las dificultades que el médico va a encontrar en la presentación de la demanda.

Dificultades en la presentación de la demanda

- MECANISMOS DE DEFENSA: NEGACION, PROYECCIÓN, RACIONALIZACIÓN, ETC.
- DEMANDA PORTADA POR UN FAMILIAR
- POCA DISPONIBILIDAD DE LA PERSONA A "OIR" LA RELACIÓN DE SUS PROBLEMAS CON EL ABUSO DE ALCOHOL
- INCONGRUENCIA ENTRE LOS ASPECTOS POSITIVOS DE LAS PRIMERAS BORRACHERAS Y LA TERRIBLE REALIDAD ACTUAL
- DIFICULTAD PARA ENCAJAR EN LA CATEGORÍA "SER ALCOHÓLICO"
- CASI NINGÚN SINTOMA DE DEPENDENCIA ES EXCLUSIVO DE ESTE PROBLEMA
- EL ALCOHÓLICO ESTA ATRAPADO POR LA CREENCIA DE QUE ALGUNA VEZ CONSEGUIRÁ CONTROLAR LA BEBIDA

Se han llamado mecanismos de defensa del bebedor a una serie de posiciones que adopta el paciente ante su manera de beber, y cuyo denominador común es evitar tomar conciencia de la propia responsabilidad de la persona sobre su conducta.

El mecanismo que ofrecerá mayor resistencia al cambio es el de la negación. El bebedor que niega el problema en realidad se niega a aceptar que todo lo que le ocurre esté ocasionado por el consumo excesivo de alcohol. Y ello tiene una funcionalidad psicológica importante: creer que uno controla la situación -es decir no sentirse impotente- y una funcionalidad social no tener de sí mismo la imagen que los demás, incluido él, tienen de los alcohólicos.

Otros mecanismos relacionados son la minimización, la racionalización y la proyección o culpabilización. Una característica compartida por ellos es que ya hay una aceptación de que el problema conductual existe. En la minimización el alcohólico reconoce que bebe, aunque no de forma tan importante como para ser considerado alcohólico. En la racionalización, se admite el problema de depen-

dencia pero se intenta demostrar a los demás, y autodemostarse, mediante justificaciones lógicas y conscientes, que su comportamiento es adecuado y motivado. Por último, la proyección o culpabilización supone un intento de justificar que los problemas que van apareciendo son consecuencia de acciones de los demás.

En una circunstancia tan compleja en la que se nos puede presentar un bebedor, es preciso por tanto tener presente que los objetivos a plantear serán diferentes. Prochaska y cols. proponen un modelo general de cómo se producen los cambios en las personas que presentan conductas adictivas. Según estos autores, los individuos que modifican sus comportamientos adictivos se mueven a través de una serie de etapas que han denominado de la siguiente forma:

- Precontemplación: etapa en la que no hay ninguna intención de cambiar la conducta en un futuro próximo. Los individuos o bien no tienen conciencia de sus problemas o bien los minimizan. No es que no puedan ver la solución, es que no pueden ver el problema.
- Contemplación: situación en que las personas son conscientes de que existe un problema y piensan seriamente superarlo, pero aun no se han comprometido a hacerlo. La persona sabe donde quiere llegar, pero todavía no se encuentra preparada.
- Determinación o Preparación: es la etapa en que el individuo ha realizado mejoras en sus problemas de comportamiento con la intención de cambiar en un futuro próximo, pero sin haber alcanzado aun el criterio para que sus acciones sean efectivas. Son personas que intentan abstenerse de beber o beber menos y que lo consiguen durante algún periodo de tiempo, aunque sin lograr mantenerlo.
- Acción: es la fase en que el individuo modifica su comportamiento, experiencias o entorno con el fin de superar sus problemas. Implica cambios de comportamientos más visibles y requiere un considerable compromiso de tiempo y energía. Es el momento del logro y mantenimiento de la abstinencia por un periodo prolongado de tiempo.
- Mantenimiento: etapa definida por el trabajo que hace el individuo por prevenir una recaída y consolidar los resultados obtenidos durante la acción. Es una continuación, no una ausencia de cambio.

Al ser la recaída la norma más que la excepción en los problemas adictivos Prochaska y cols. introdujeron una modificación en este esquema, de forma que cuestionaron la progresión lineal de las etapas del cambio, para convertirla en espiral. Es decir, una persona que está en situación de mantenimiento puede tener una recaída y pasar de nuevo a fase de precontemplación o contemplación, desde donde iniciaría más adelante su camino hacia el cambio.

Este modelo espiral de las etapas del cambio nos facilita la selección de los objetivos que pueden plantearse en cada momento de la intervención terapéutica. Como comentábamos al principio, las estrategias terapéuticas deben tener presentes las circunstancias en que se encuentra cada persona, individuales y contextuales, y los recursos con los que contamos los servicios de atención. Para un paciente que se encuentre en Precontemplación no será un objetivo asumible plantear la abstinencia del alcohol (que es un objetivo de alguien que se encuentra en Preparación).

Rodriguez-Martos sugiere que la intervención propuesta debe igualmente basarse en el grado de severidad del uso/abuso de la bebida, dejando para la Atención Especializada los casos de Dependencia de Alcohol. Así, para las personas abstinentes o con consumos moderados, los objetivos deberían ser de tipo prevención primaria. Para los bebedores con consumos de riesgo, el objetivo de la intervención médica sería la reducción del consumo. Para los bebedores con un consumo perjudicial, con patología derivada pero sin una dependencia clara, el objetivo es reparador de tal patología, sin olvidar el consejo médico. Y por último, señala que los bebedores dependientes necesitarían una intervención especializada dado que el modelo de la enfermedad alcohólica trasciende el modelo médico tradicional y es precisa una intervención bio-psico-social que resulta difícil de asumir por la atención primaria. No obstante, el médico de atención primaria tendría un importante papel que jugar en estos casos, donde su labor se centraría en la correcta detección, la evaluación, su derivación y el seguimiento.

Diferentes trabajos enfatizan que los pacientes alcohólicos que llegan a los servicios especializados de atención derivados desde su médico de cabecera alcanzan mejores resultados que otros pacientes, interpretándose estas diferencias a partir de que la motivación que generó el tratamiento estaba centrada en aspectos relacionados con la salud.

En relación con el esquema propuesto por Prochaska y Diclemente, podemos seleccionar una serie de objetivos adecuados y adaptados a los diferentes estadios del cambio.

Etapas del cambio y objetivos terapéuticos posibles en cada una de ellas

ESTADIO EVOLUTIVO	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS POSIBLES
PRECONTEMPLACION	GENERAR DUDA. AUMENTAR LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA PERCIBIR LOS RIESGOS DE SU CONDUCTA
CONTEMPLACION	FACILITAR EL ANÁLISIS DE LAS RAZONES Y COSTES DE CAMBIAR Y NO CAMBIAR
PREPARACION	AYUDAR AL PACIENTE A DECIDIR LAS ACCIONES A TOMAR
ACCION	AYUDAR AL PACIENTE A DAR LOS PASOS NECESARIOS PARA QUE EL CAMBIO SEA EFECTIVO
MANTENIMIENTO	AYUDAR AL PACIENTE A IDENTIFICAR Y UTILIZAR ESTRATEGIAS PARA PREVENIR LA RECAIDA

En relación con el esquema propuesto por Prochaska y Diclemente, podemos seleccionar una serie de objetivos adecuados y adaptados a los diferentes estadios del cambio.

Objetivos Terapéuticos posibles en función de las variables de situación del paciente

PETICION EXPLICITA	DEFENSA	RESISTENCIA	OBJETIVOS POSIBLES	CORRESPONDENCIA CON ESTADIO DE CAMBIO
NO	NEGAR	SÓLIDA	GENERAR DUDA	PRECONTEMPLACION
NO/SI	RACIONALIZAR MINIMIZAR CULPABILIZAR	CON "FISURAS	FACILITAR DISONANCIA COGNITIVA	CONTEMPLACION
SI	JUSTIFICACION	FRAGIL	AYUDAR A DECIDIR	DETERMINACION
SI	NINGUNA		TRATAMIENTO	ACCION/ MANTENIMIENTO

6.3. LA MOTIVACION

Algunos autores señalan que la importancia básica del médico de APS se centra en impulsar y controlar, a largo plazo, el proceso de cambio del enfermo, desde la concienciación y desintoxicación ambulatoria, pasando por la motivación y derivación a programas de deshabitación, hasta la prevención de recaídas.

Dentro de las estrategias para el cambio, adquieren especial relevancia todas las que vayan destinadas a aumentar la motivación del paciente.

Motivación no es igual a información. Es un hecho demostrado que hay pacientes que saben que el mantenimiento de una conducta le puede perjudicar (por ejemplo muchos fumadores y bebedores lo saben), pero sin embargo su comportamiento no es consistente con la posesión de la información: hay razones de tipo emocional que atan fuertemente a la persona a su hábito toxicológico.

La motivación debe ser entendida como un proceso dinámico que se puede y debe ir generando en la relación médico-enfermo. Es el motor del cambio pero es el profesional el que debe ayudar al paciente a avanzar en su proceso de cambio y a mantenerlo.

Por otro lado, los mecanismos de defensa que hemos comentado casi siempre acompañan al paciente en su presentación ante el médico, y están sustentados en una base dinámica, son fruto de una dialéctica interna entre las ganancias del sostenimiento de la conducta de beber y de los prejuicios que le está ocasionando. Al principio los beneficios superan a las desventajas y ello da solidez a dichos mecanismos defensivos. El nexo entre el mecanismo defensivo y el trabajo de motivación consiste justamente en que los dos son dinámicos, el primero fruto de una dialéctica interna y el segundo de un diálogo con el médico. De ahí la posibilidad de utilizar este diálogo para desequilibrar la balanza "interna" y promover el cambio.

6.3.1. Consideraciones previas sobre la motivación

Cuando hablamos de motivación es preciso tener en cuenta una serie de circunstancias o consideraciones previas que no se pueden perder de vista:

- Un tratamiento sirve al paciente cuando sirve a los objetivos que este se marca. Es necesario, por tanto, reconocer cuales son las metas que persigue el paciente, y no dejarse llevar por las que nos propongamos los profesionales
- El paciente está más motivado para cambiar las consecuencias de su conducta que esta en sí misma. El alcohólico percibe claramente sus complicaciones, pero tiene dificultades para vincularlas al consumo del alcohol. Por ello, las propuestas que no consideren esta disociación se

encontrarán, de entrada abocadas al fracaso. El por qué un bebedor tiene “ceguera” ante esto, está relacionado con los beneficios psico/patológicos que obtiene de la propia conducta.

- Consecuencia de ello es que tratar de desintoxicar a alguien que no lo tiene asimilado como problema, conducirá al fracaso.

- La motivación se da dentro del proceso interactivo terapeuta paciente. De ahí la importancia de establecer una relación empática, como algo buscado de forma estratégica por el profesional. Una dificultad que podría darse es precisamente la del profesional sanitario que no estuviera dispuesto a establecer empatía.

- La motivación se basa en que una conducta se hace no deseable cuando los inconvenientes superan las ventajas que produce. De ahí la importancia de la intervención médico-paciente destinada a aumentar la información de este sobre la relación de sus complicaciones con la conducta de beber.

El objetivo del trabajo de motivación es obtener reconocimiento y aceptación del problema y de sus soluciones, para lo cual han de cumplirse dos premisas:

- Será preciso obtener información objetiva que demuestre que el consumo de alcohol suele tener consecuencias perjudiciales para el paciente (en el relato de la historia sería conveniente preguntarle si las cosas que le han ocurrido hubieran sucedido igual sin el concurso del alcohol) y

- Las personas de la familia que se ven afectadas por el problema deberían participar en las entrevistas no tanto con la finalidad de contrastar la información que proporciona el paciente, cuanto con su experiencia vivencial de las repercusiones que tiene para el funcionamiento familiar esta conducta, pero desde la perspectiva de los sentimientos que provoca la conducta, no del reproche hacia la misma.

Sugerimos por último un listado de “Estrategias Prácticas para la Motivación”, a tener en cuenta por el médico en la entrevista con el paciente:

- Que el paciente hable de lo que le disgusta de su conducta alcohólica (¿le desagrada a veces lo que le ocurre cuando bebe?).

- Debe tratarse de despertar en el paciente pesar por su conducta cuando b-ebe.
- Evitar términos como alcohólico o adicto por ser considerado insulto o transmitir incurabilidad.
- Relacionar el consumo con los síntomas que padece.
- Mostrar interés y preocupación por el paciente.
- Evitar racionalizaciones y excusas y los pretextos para su conducta.
- Comentar los signos de la dependencia y su carácter progresivo si no reciben tratamiento.
- Expresar confianza en la rehabilitación y explicarle los medios disponibles para el tratamiento.
- Considerar la ayuda de familiares.
- Crear clima de aceptación y confianza, de escucha, para lograr primeramente la motivación del paciente a participar en las entrevistas.
- Aportar alternativas, haciendo ver posibilidades y ganancias del cambio.
- Concienciar aspectos negativos de su conducta al tiempo que se le ayuda a descubrir objetivos asequibles.
- Crear una disonancia cognitiva: mostrar o acentuar la divergencia entre lo que el paciente sabe y lo que hace.
- Fomentar en el paciente la idea de que el tratamiento será exitoso y de que él está sufriendo como consecuencia de la dependencia
- Intentar obtener una valoración de su situación actual como incontrolable.

6.3.2. La entrevista motivacional

La entrevista motivacional es un estilo de asistencia directa centrada en el paciente para provocar un cambio en su comportamiento, ayudándolo a explorar y resolver ambivalencias. Su eficacia ha sido puesta de manifiesto en varios ensayos clínicos demostrándose ser más eficaz que otro tipo de intervenciones, o que la no intervención, para provocar cambios en los pacientes.

La entrevista motivacional es una metodología de intervención cuyas características fundamentales según sus autores, Rollnick y Miller son:

- La motivación hacia el cambio parte del paciente y no se impone sin él. Este tipo de trabajo confía en identificar y sacar los valores y metas intrínsecas del paciente para estimular el cambio de comportamiento.
- Es tarea del paciente y no del asesor, articular su propia ambivalencia. El a-asesor facilita la expresión de la postura ambivalente.
- La persuasión directa no es un método efectivo de resolver la ambivalencia. Las tácticas destinadas a convencer de la urgencia del problema o a indicar que es lo que debe hacer el paciente suelen levantar resistencias que reducen la probabilidad del cambio.
- El estilo del asesor tiene que ser tranquilo y evocador. No se puede forzar el cambio en alguien que todavía no está preparado.
- El asesor es la directriz que ayuda al paciente a examinar y resolver la ambivalencia. La entrevista motivacional asume que la ambivalencia o falta de resolución es el obstáculo principal a superar para desencadenar un cambio.
- La disponibilidad al cambio no es un rasgo del cliente sino una fluctuación producto de una interacción interpersonal. La resistencia y la negación del paciente no son vistas como rasgos de él mismo, sino como reacción al comportamiento del terapeuta. La resistencia del cliente es a menudo una señal de que el asesor está asumiendo más disponibilidad de cambio que la que hay en realidad, e indica que el terapeuta necesita modificar las estrategias motivacionales.
- La relación entre terapeuta y paciente se parece más a la de una asociación o un compañerismo que a la de un experto receptor. El terapeuta respeta la autonomía del paciente y su libertad de elección frente a su propio comportamiento.

Por último, Rollnick y Miller sugieren que una entrevista no puede ser considerada motivacional cuando:

- El terapeuta sostiene que la persona tiene un problema y necesita cambiar (esto tendría que surgir como conclusión del paciente a la entrevista).

- El terapeuta ofrece consejo directo o prescribe soluciones al problema sin el permiso de la persona o sin animarla activamente a realizar su propia elección
- Toma una postura autoritaria o de experto, dejando al paciente en un papel pasivo
- El terapeuta lleva la mayor parte de la conversación o actúa como un sistema de información unidireccional
- Impone una etiqueta de diagnóstico
- Se comporta de un modo punitivo o coercitivo.

La metodología de la entrevista motivacional debe por tanto seguir unas "normas":

- Expresar empatía. Aceptar al paciente tal cual se nos presenta, escuchar sin juzgar, connotar la ambivalencia como natural reforzando al mismo tiempo que pronto podrá resolverla
- Trabajar las inconsistencias: hacerle ver al paciente la inconsistencia entre su conducta actual y las metas importantes que el se propone.
- Evitar las discusiones con el paciente: siempre son contraproducentes y generan resistencia. Si notamos resistencia entonces es que la estrategia que estamos empleando no está resultando, por lo que habría que modificarla.
- Apoyar la autoeficacia: creer en la posibilidad de cambio del paciente, dándole su lugar en la selección de objetivos y en la realización de los cambios.
- Hacer preguntas abiertas. Usar preguntas abiertas evocadoras de respuestas y emociones.
- Escuchar atentamente sin tratar de intervenir.
- Confirmar y apoyar al paciente en sus propios descubrimientos y avances.
- Resumir la sesión cada cierto tiempo, mostrando interés y atención.

- Estimular y reafirmar las frases automotivadoras del paciente en torno al cambio.

Como resumen de todo lo expuesto, habría que señalar que para hacer una Entrevista Motivacional que resulte operativa para la finalidad que proponemos, esta debe recaer en la pericia del profesional y en su capacidad de crear una relación terapéutica: es decir, que el paciente la pueda percibir como de ayuda. Para lo cual, un elemento axial es la escucha activa. Nos referimos con este término a la integración de la información procedente de dos fuentes: lo que el paciente nos narra, su historia, y lo que nosotros observamos, el aquí-ahora, su inconsistencia. Al integrar ambas informaciones construiremos una hipótesis sobre el estadio de cambio en el que se encuentra y actuaremos conforme a lo que en cada etapa del cambio, el paciente puede dar de sí.

6.3.3. La derivación

Es un proceso interactivo mediante el cual un paciente con problemas de alcohol es remitido a un servicio especializado para ser asistido por su problema. Cuando un profesional envía un alcohólico a otro servicio, la probabilidad de que acuda es muy baja (se estima en torno al 5–10 %). Para comprender este fenómeno es preciso pensar en dos razones:

- El envío del paciente como caso supone que el profesional ha hecho un diagnóstico y que ha visto sus limitaciones en cuanto a recursos de conocimiento o terapéuticos, de ahí que estime oportuno que el paciente sea visto por otros profesionales. El simple envío, sin trabajo sobre la motivación tiene más que ver con el terapeuta que con el paciente. Si la persona no comprende la derivación será difícil que cumpla con el criterio facultativo.
- La derivación es, en sí misma, una estrategia terapéutica y debe ser tratada como tal. El paciente no es un objeto que circula entre dos servicios: es una persona que necesitará entender porqué el médico toma esta decisión.

Para realizar una buena derivación será preciso:

- Estudiar concienzuda y detalladamente la situación (hacer un diagnóstico).

- Establecer un clima que permita una relación de confianza
- Exponer las razones por las cuales el derivante no puede hacerse cargo del caso. Hay que tener en cuenta que la demanda se la han hecho a él y que, por tanto, el paciente ha depositado expectativas en él y en la relación, y esto es algo muy personal, difícilmente intercambiable.
- Devolver el diagnóstico de situación, teniendo en cuenta de que se trata de que el paciente descubra la relación de los síntomas con la conducta que los provoca.

La derivación es una prescripción terapéutica en sí misma y para que un paciente cumpla una prescripción es necesario tomarse el tiempo y el trabajo de conocerlo bien y de explicar porqué esa es la mejor decisión.

6.4. LA INTERVENCION TERAPÉUTICA SOBRE EL SDA

En el siguiente cuadro se encuentran esquematizadas las etapas, los objetivos, las metodologías, el personal y los recursos necesarios en cada una de las etapas del tratamiento del SDA

Descripción de las actividades y recursos a realizar en cada una de las fases de la intervención sobre un problema de SDA

ETAPAS	OBJETIVOS	METODOLOGIA	PERSONAL	RECURSOS
Acogida/ contacto	Informar Comprender Motivar	Entrevistas motivacionales	Personal entrenado Equipo Multidisciplinar	APS SS.SS.CC Servicios especializados
Diagnostico situacional	Verificar necesidades Anamnesis Elaboración P.T.I.	Entrevistas clínica, psicológica, social/familiar Pruebas complementarias	Equipo multidisciplinar	APS Servicios especializados

ETAPAS	OBJETIVOS	METODOLOGIA	PERSONAL	RECURSOS
Desintoxicación	Superación Sd. abstinencia Recuperación homeostasis	Farmacológica	Medico DUE	APS Servicios especializados
Deshabitación	Ruptura habito tóxico Consolidación abstinencia Cambio de conducta y objetivos vitales Abordaje trast. psicológicos y psicopatológicos	Psicoterapia individual Psicoterapia de familia o pareja Psicoterapia de grupo Medidas farmacológicas	Psicoterapéutico	Servicios especializados
Rehabilitación	Adquisición de capacidades y habilidades perdidas Resocialización	Socioterapia grupal	Monitores socioterapeutas	Grupos autoayuda en coordinación con Servicios especializados

La deshabitación es la etapa del tratamiento que intenta consolidar la abstinencia para convertirla no en un impedimento (“no puedo beber”) sino en un estilo de vida (“no quiero beber”).

En la desintoxicación y deshabitación se emplean diversos recursos terapéuticos y farmacológicos remitiendo al lector a las lecturas recomendadas.

6.5. SITUACIONES ESPECIALES

6.5.1. Demanda exclusiva del familiar

Es la situación inicial, en la cual quien demanda no es el paciente. Hay una amplia gama de comportamientos cuyo denominador común es que el familiar

soporta el sufrimiento y se convierte en "paciente" inconsciente o emergente del problema. Esto es lo que le conduce a pedir ayuda (aunque sea para otro). A esta situación se le ha llamado Co-alcoholismo (Whitefield, 1984).

En una situación así, donde las relaciones que mantiene el familiar con el alcohólico son facilitadoras del mantenimiento del alcoholismo es preciso actuar sobre la persona que demanda en un doble sentido:

- Primero intentado que cambie sus pautas de interacción con el paciente: No discutir con él, no interactuar mientras está ebrio hablar con cariño en los momentos de sobriedad, etc... Cualquier cosa que cambie la pauta habitual producirá cambios en la respuesta del paciente.
- Un segundo elemento a trabajar es que, el familiar que demanda, es nuestro paciente, al que habremos de ayudar a que se sienta mejor. Mejorías en cuadros ansiosos o depresivos del familiar necesariamente revierten en el comportamiento de este con el alcohólico y tienen de igual forma el efecto de cambiar pautas de relación que hasta ese momento han facilitado, inconscientemente, la dependencia.

6.5.2. El paciente rechaza la derivación

Ya hemos comentado que la derivación es, en sí misma, una prescripción terapéutica. Es posible que, a pesar de realizar concienzudamente el trabajo de diagnóstico, devolución y redefinición de la situación, el paciente rechace visitar otro servicio o profesional. Este rechazo puede ser interpretado como una negación del problema. Sin embargo, es importante tener presente que:

- No hay proceso de cambio sin el consentimiento del paciente
- Si este no acepta una intervención centrada en el tratamiento de su dependencia todavía nos queda una valiosa tarea por realizar: mejorar su calidad de vida hasta que se encuentre en condiciones psicológicas de aceptar la abstinencia como meta.
- Mejorar su calidad de vida significa paliar en lo posible el daño que el consumo de alcohol ocasiona: a nivel orgánico, psicológico y socio-familiar.

- Siempre que se haya fomentado una buena relación médico-paciente se podrá esperar que en algún momento el paciente acceda a un tratamiento de su dependencia.

6.5.3. Cuando todo sale mal

No se puede tratar el alcoholismo sin que frecuentemente las cosas salgan mal y sin que la esencia del tratamiento sea más bien una serie de ensayos que un progreso rectilíneo. Edwards sugiere que el terapeuta debe aprender que los errores naturales o esperables no lo desanimen o le derroten. Piensa este autor que analizar un fracaso debe pasar por analizar la interacción médico-paciente y cómo ha funcionado. Dicha relación puede verse condicionada por cómo se plantea el operador ese trabajo (contra-transferencia) o por cómo se lo plantea el sistema asistencial donde trabaja. Está suficientemente demostrada la relación entre un deficiente funcionamiento del equipo, por malas relaciones entre sus miembros, por ejemplo, y una peor calidad asistencial.

En ocasiones las cosas salen mal por descuidos: se pasa por encima la necesidad de un examen físico, no se atiende a la esposa, no se presta atención a lo que en realidad trata de decir el paciente... Pero en muchas ocasiones son factores azarosos los que pueden determinar el fracaso. Téngase presente que la situación de un alcohólico es sumamente compleja y que las variables terapéuticas no siempre determinan de forma lineal la inflexión necesaria para potenciar y mantener los cambios. Lo más importante de todo lo comentado hasta ahora es que el fracaso debe ser analizado para poder extraer el oportuno aprendizaje, y que no siempre depende del médico. Edwards comenta que "el tratamiento de una persona con un problema de alcoholismo consiste en hacer, con todas las estrategias disponibles, que dicha persona se comprometa en su propia recuperación".

7. RECURSOS COMUNITARIOS PARA LA ATENCION A LA DEPENDENCIA ALCOHOLICA

Un mejor conocimiento de cada uno de los dispositivos entre sí mejoraría sin duda el abordaje del paciente ya que las tareas terapéuticas podrían ser realizadas

con más efectividad si cada profesional conociera exactamente sus posibilidades y lo que se espera de él. Con esta finalidad serían necesarias reuniones de coordinación a propósito del traslado o derivación de casos. Se trata, en definitiva, de diseñar el "circuito" terapéutico más adecuado para cada paciente en función de la situación en que se encuentra. El cuadro siguiente proporciona una idea de las funciones de cada uno de los recursos así como lo que podemos esperar de cada uno de ellos (lo que hemos denominado régimen de utilización). Entendiéndose esta utilización como lo mínimo que debe ser posible hacer desde cada uno de ellos.

<p>ATENCION PRIMARIA</p>	<p>Detección precoz Derivación Coordinación con los S. Especializados Tratamientos médicos Seguimiento de casos</p>	<p>Problemas relacionados con el alcohol Dependencia alcohólica: aspectos biomédicos</p>
<p>SERVICIOS SOCIALES</p>	<p>Detección precoz Derivación Coordinación con los S. Especializados Subsanar déficit sociales Bases para la reinserción social</p>	<p>Problemas relacionados con el alcohol Dependencia Alcohólica: complicaciones sociales que puedan interferir tratamiento</p>
<p>SERVICIOS ESPECIALIZADOS</p>	<p>Desintoxicación Deshabitación: Farmacoterapia Psicoterapia Coordinación con los servicios primarios Coordinación con los Grupos de Autoayuda Derivación para Socioterapia a los Grupos de Autoayuda</p>	<p>Problemas Relacionados con el Alcohol Dependencia alcohólica: Aspectos biopsicopatológicos y sociales Pacientes con problemas para el autoreconocimiento de la dependencia Apoyo a familiares</p>
<p>GRUPOS DE AUTOAYUDA</p>	<p>Recepción demandas de la comunidad Facilita apoyo psicosocial al proceso de deshabitación y reinserción Apoyo psicosocial a familiares</p>	<p>Dependencia alcohólica: problemas de reinserción Facilitar autoreconocimiento de la dependencia Apoyo a familiares</p>

8. LECTURAS RECOMENDADAS EN CASTELLANO

1. Altisent R., Córdoba R., Delgado MT. , Picó MV., Aranguren F., Alvira U., et al. "Estudio multicéntrico sobre la eficacia del consejo para la prevención del alcoholismo en atención primaria" (EMPA). *Med. Clin.*; 197: 121-124. 1997.

2. Aubá J. Y cols.: "Recomendaciones SEMFyC: Alcohol" SEMFyC. Barcelona 2000.

3. Ballesteros, J.: "¿Es eficaz la intervención breve en bebedores a riesgo en el ámbito de la atención primaria? Una revisión sistemática de estudios españoles." *Trastornos Adictivos* 2000;2(1):32-40.

4. Ballesteros, J., Ariño, J., González Pinto A., Querejeta I.: "Eficacia del cons-ejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria". *Gac. Sanit.* 2003;17(2):116-22.

5. Borrel i Carrió F.: "Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas". Semfyc Ediciones. 2004.

6. Casado Vicente V., Araúzo Palacios D.: "Intervención en drogas desde atención primaria: revisión de guías clínicas". *Adicciones* 16 (3) pags. 225-234. 2004.

7. Colom J., Contell M., Segura L., Gual, A.: "Intervención en poblaciones de riesgo (2): Los bebedores de riesgo". *Adicciones* 2002. Vol 14 Supl 1.

8. Cuadrado, P; Martínez, J; Picatoste, J. "El profesional de atención primaria ante los problemas derivados del consumo de alcohol". Serie actuar es po-sible. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid 1.994.

9. Curso de Formación sobre Prevención y Tratamiento del Alcoholismo. Mer-ck. Ediciones Doyma 1999.

10. Diéz Manrique JF., García Usieto E. "Programa Cantabria. Intervención Bre-ve". Santander. Gobierno de Cantabria. Dirección Regional de Bienestar Social y Dirección general de Salud Mental. 1999.

11. Edwards G. "Alcohol y Salud Pública". Prous Science. Barcelona.1.997.

12. Edwards G. "Tratamiento de alcohólicos. Guía para el ayudante profesional" Trillas 1986

13. Fernández García JA., y cols.: "Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consulta de atención primaria". Aten. Primaria 2003; 31(3):146-55.

14. Fernández MI., Bermejo CJ., Alonso M. Herreros B., Nieto M., Novoa A., Marcelo MT. "Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores". Aten -Primaria; 19: 127-132. 1997.

15. García Rodríguez JA., López Sánchez C. (Coordinadores): Manual de estudios sobre Alcohol. Editorial Edaf 2001.

16. Giner Ubago J., Franco Fernández MD.: "Problemas relacionados con el alcohol" en Vázquez Barquero JL (Editor): Psiquiatría en Atención Primaria. Grupo Aula Médica 1998.

17. Girón García, S. "Acogida y análisis de la demanda en pacientes con Síndrome de Dependencia Alcohólica". Rev. Esp. Drogodependencia 20(1), pp: 49-58.

18. Girón García S., Cruz Hernández S. "Abordaje familiar de los trastornos por uso de alcohol". II Jornadas Autonómicas de sociodrogalcohol Andalucía. Sevilla, Noviembre. Pp: 116-134. 1997.

19. Gual A., y cols.: "Monografía Alcohol". Rev Adicciones Vol. 14.Suplemento 1. 2002

20. Guías de Actuación Clínica. Problemas relacionados con el consumo de Alcohol. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. 2002

21. Herrero FJ., Moreno J.J, Vázquez, M. "Programa de tratamiento de la dependencia alcohólica". Ayuntamiento de Madrid, Área de Salud y Consumo, Departamento de Salud, Ediciones Díaz de Santos. 1998.

22. Martínez Delgado, J.M. "Validación de los cuestionarios breves: AUDIT, CAGE y CBA, para la detección de los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas en Atención Primaria". Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga. Junta de Andalucía. 1999.

23. Martínez Delgado y cols.: "Instrumentos e indicadores para el cribado (screening) de problemas relacionados con el consumo de sustancias". En Iraurgi Castillo I., González Saiz F. (Editores): Instrumentos de Evaluación en drogodependencias". Aula Médica Ediciones 2002.

24. Miller R.M., Rollnick S.: "La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas." Ed. Paidós. 1999.

25. Palacios F.A., Fuentes J.C.: "Ayúdenme, tengo un drogodependiente en la consulta. Manual para el manejo de los trastornos relacionados con sustancias en atención primaria". Agencia antidroga. Madrid 1998.

26. Portella, Eduard y cols. "El alcohol y su abuso: Impacto socio-económico". Editorial Médica Panamericana. Madrid 1998.

27. Prochaska J. O., Diclemente C., Norcross J:L. "Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamiento adictivos" Revista de Toxicomanías, nº 1. Pp: 3-14. 1994.

28. Programa "Beveu menys" Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat y Seguretat Social. Direcció General de Drogodependencies i Sida. www.gencat.es/sanitat

29. Reina Galán, F.; Muñoz Romero M.J.; Girón García S.: Martínez Delgado J.M. (Eds.): "Guía de actuación en Atención Primaria. Problemas derivados del consumo de Bebidas Alcohólicas". Tecnobío 1999.
30. Rodríguez-Martos Dauer, A. "Efectividad de las técnicas de consejo breve" Adicciones 2002. Vol. 14. Supl. 1.
31. Rodríguez Martos Dauer, Alicia. Plan Municipal sobre Drogodependencias de Barcelona. "Atención Primaria y problemas derivados del consumo de alcohol". III Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su enfoque comunitario, Chiclana de la Ftra., 6, 7 y 8 de Marzo de 1996; 81-84.
32. Rodríguez-Martos, Alicia. "Manual de alcoholismo para el médico de cabecera". Manual. Salvat. Barcelona. 1.989.
33. Rollnick S., Miller W.R. "¿Qué es la alternativa motivacional?". RET, Revista de Toxicomanías, nº 6 Pp: 5-9. 1996.
34. Rubio Valladolid G.; Santo-Domingo carrasco J. (Eds.): "Guía práctica de intervención en el alcoholismo". Agencia Antidroga. Madrid. 2000.
35. Santodomingo, J.; Cuadrado, P.; Marín, J.; Martínez, J.; Megías, E.; Rubio, G. "Curso sobre alcoholismo y drogodependencias". F.A.D. y Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid. 1.998.
36. Sociedad Española de Toxicomanías. "Manual Set de Alcoholismo". Ed. Médica Panamericana. 2003
37. Taboada Diaz O., Alberdi Sadupe J.: "Alcoholismo" Guías Clínicas 2002; 2(45) Fisterra.

38. The Plinius Maior Society. "Directrices para la evaluación del tratamiento de la dependencia alcohólica". Ayuntamiento de Barcelona. Área de Salud Pública. 1.995.

39. Vargas F.: "Guía para la intervención sobre el consumo excesivo de alcohol". En guías de Educación sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs. SEMFyC. Barcelona 2000

BIBLIOGRAFÍA:

A disposición de los interesados están las referencias bibliográficas y algunos de los artículos mencionados en jmmartínez@dipucadiz.es