

# Abordaje del consumo de Alcohol



# ÍNDICE

## Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje del Consumo del Alcohol

1. Introducción. Evidencias y recomendaciones.....	73
2. Consideraciones para el Abordaje del consumo de alcohol.....	75
2.1 Complicaciones del consumo inadecuado de alcohol.....	75
2.2 Efectos del consumo de alcohol sobre el Sistema Nervioso Central.....	78
2.3 Síndrome de Abstinencia: Características y Fases.....	79
2.4 Características del Abordaje del consumo de alcohol.....	80
2.5 Clasificación según consumo de alcohol.....	81
2.6 Determinar la Etapa o Estadio de Cambio.....	81
2.7. Esquema de Actuación en el Abordaje del consumo de alcohol.....	82
3. Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje del consumo de alcohol.....	83
3.1. Valoración focalizada y educativa.....	83
3.2. Planes de Cuidados sugeridos según el consumo de alcohol.....	84
3.2.1. Plan de Cuidados sugerido en personas abstemias.....	85
3.2.2. Plan de Cuidados sugerido en personas con consumo moderado de alcohol.....	86
3.2.3. Plan de Cuidados sugerido en personas con consumo de riesgo según Etapa de Cambio.....	87
3.2.3.1. Plan de Cuidados sugerido en personas con consumo de riesgo en Etapa de Precontemplación.....	88
3.2.3.2. Plan de Cuidados sugerido en personas con consumo de riesgo en Etapa de Contemplación.....	89
3.2.3.3. Plan de Cuidados sugerido en personas con consumo de riesgo en Etapa de Determinación.....	91
3.2.3.4. Plan de Cuidados sugerido en personas con consumo de riesgo en Etapa de Acción.....	93
3.2.3.5. Plan de Cuidados sugerido en personas con consumo de riesgo en Etapa de Mantenimiento.....	96
3.2.3.6. Plan de Cuidados sugerido en personas con consumo de riesgo en Etapa de Recaída.....	97
3.2.3.7. Plan de Cuidados sugerido en bebedor problemas.....	98
4. Recursos didácticos de educación para la salud en alcohol: Servicio de Aulas de Salud.....	99
5. Recomendaciones para la Intervención en la Comunidad.....	99
6. Anexos.....	99
7. Bibliografía.....	107



## Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje del consumo de Alcohol



### 1. INTRODUCCIÓN. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

El consumo excesivo de alcohol constituye un grave problema social y de salud que se debe abordar desde el ámbito sanitario.

Múltiples son las consecuencias que el consumo excesivo de alcohol produce a nivel personal, familiar, social y laboral, entre ellas, el 40% de las muertes por accidentes de tráfico, entre el 4 y 6 % de todas las muertes, la aparición de hipertensión arterial, ictus, miocardiopatías, etc.

Según el Observatorio Español sobre Drogas en el último informe de la Encuesta Domiciliaria sobre consumo de Drogas (EADDES 2009), la sustancia psicoactiva más consumida entre la población de 15 a 64 años es el alcohol, seguida del tabaco. Se observa un ligero repunte con respecto al 2007 y se ha aumentado el consumo intensivo de alcohol (borracheras) y atracones (binge drinking), más concentrado en los fines de semana. También han disminuido las diferencias de prevalencias entre hombres y mujeres.

En la última encuesta escolar sobre drogas (ESTUDES 2010) realizada en jóvenes de 14 a 18 años, la droga más consumida es el alcohol. El 75,1% lo había probado alguna vez, un 73,6% lo había consumido en el último año y el 63% en el último mes. Se observó un consumo ligeramente más elevado en las mujeres frente a los varones (63,2% mujeres, 62,7% varones) La edad de inicio es de 13,7 años.

El consumo entre los estudiantes se concentra mayoritariamente en el fin de semana. El 71,4% consumieron alcohol alguna vez durante el viernes, sábado y/o domingo (en los últimos 30 días).

En los resultados del ESTUDES en Canarias las prevalencias de consumo de alcohol entre los 14 a 18 años reflejan que el 67,8% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses y el 54,4% en los últimos 30 días. La prevalencia de las borracheras en los últimos 30 días es del 28,8 %.

Según el CDC (cohorte para el estudio de cáncer, diabetes y enfermedad cardiovascular en Canarias) el 13% de los varones entre 45-65 años son bebedores excesivos (>280 gr/semana, 28 unidades básicas estándar UBE a la semana).

Existe controversia sobre los efectos de protección que sobre la enfermedad cardiovascular tiene el consumo de alcohol. En lo que si parece haber consenso como lo ponen de manifiesto las Guías de Práctica Clínica y Sociedades Científicas es que no hay evidencia suficiente para aconsejar el consumo de alcohol como medida protectora de la enfermedad cardiovascular a aquellas personas que son abstemias.

La intervención que parece tener mayor impacto en la prevención del consumo de alcohol, es el incrementar de los precios de las bebidas alcohólicas y la reducción de los lugares y horarios de consumo y venta, pero esta medida escapa al alcance de los profesionales sanitarios.

Con este escenario, los profesionales sanitarios disponemos de una herramienta básica y fundamental en el abordaje del alcohol que es la Educación para la Salud.

El Consejo Sanitario bien estructurado, constituye un instrumento eficaz en la prevención primaria y secundaria del consumo excesivo de alcohol, existiendo bibliografía que lo avala.

Diversos estudios ponen de manifiesto que una intervención educativa por parte de los profesionales de la enfermería mejora la capacidad de autocuidado en las personas consumidoras de alcohol; prestando especial atención a colectivos de riesgo como jóvenes y adolescentes con intervenciones oportunistas de forma indivi-

dual y con programas de educación sanitaria en el medio escolar que promuevan estilos de vida saludables.

Ante el consumo de alcohol, es mejor realizar un consejo breve que no hacer nada, es recomendable definir y contemplar los componentes del consejo para garantizar la mayor eficacia posible. La intervención estructurada debe adaptarse a la aceptación del consumo de alcohol como problema y la disposición para el cambio de la conducta de consumo de alcohol del paciente, es decir, tener en cuenta el Modelo de Cambio de de Prochaska y DiClemente desarrollado con un estilo de entrevista motivacional, que actualmente se muestra como una de las herramientas más eficaces en el abordaje de este importante problema de salud.

Evidencias	
El consumo excesivo de alcohol puede causar o exacerbar hasta 60 enfermedades diversas y además constituye un factor determinante de incidentes de violencia familiar y de género, accidentes laborales y de circulación.	1++
Las personas que inician el consumo de bebidas alcohólicas durante la adolescencia tienen una mayor probabilidad de sufrir las consecuencias del consumo excesivo de alcohol al llegar a la vida adulta, entre las cuales se encuentran el riesgo de desarrollar alcoholismo o dependencia del alcohol.	2+
El alcoholismo cursa con períodos de remisión y recaídas. Su edad de inicio suele situarse entre los 18 y los 25 años. Aunque algunas personas con dependencia del alcohol pueden dejar de beber por sus propios medios, otros van a necesitar de un tratamiento de desintoxicación y deshabituación.	2+
El tratamiento del alcoholismo redunda además en una mejora del funcionamiento de la familia, de la satisfacción de la pareja y de la patología psiquiátrica de la familia.	2++
Los estudios científicos han confirmado que las medidas preventivas de tipo educativo o informativo son poco eficaces para prevenir el daño asociado al consumo excesivo de alcohol.	1+
Las medidas preventivas que han demostrado tener una mayor eficacia son el aumento del precio de las bebidas alcohólicas, la reducción de los lugares y horarios de venta, la disminución de la tasa de alcoholemia para la conducción de vehículos, la mayoría de edad para el inicio de consumo de bebidas alcohólicas y la reducción de su publicidad y patrocinio.	1++
Recomendaciones	
La exploración de los hábitos de consumo alcohólico debe ser rutinaria en la práctica clínica diaria, tanto hospitalaria como ambulatoria.	B

Se recomienda contabilizar los gramos de etanol que una persona ingiere; en la práctica clínica se suelen utilizar las Unidades de Bebida Estándar por ser más funcionales.	C
La entrevista clínica semi-estructurada debe ser utilizada como herramienta diagnóstica de los problemas relacionados con el alcohol en todos los ámbitos clínicos, siempre que se disponga de al menos 15 minutos para realizarla.	C
El personal sanitario debería ser adiestrado para poder utilizar las técnicas de la Entrevista Motivacional cuando tienen que intervenir con pacientes que se encuentran en estadios de precontemplación o contemplación.	A
El personal sanitario debería ser adiestrado para efectuar la detección del consumo de riesgo de alcohol y practicar una intervención breve en los pacientes que presentan un consumo de riesgo o perjudicial.	A
El test de CAGE es muy útil para el cribaje de los problemas relacionados con el alcohol en atención primaria, y mucho más fiable si el cuestionario está camuflado entre otras preguntas.	B
El test AUDIT es el más utilizado actualmente, para la detección del consumo de riesgo de alcohol.	B
El test de MALT está especialmente indicado para la confirmación del diagnóstico de dependencia al alcohol y para pautar el proceso terapéutico	C

## 2 CONSIDERACIONES PARA EL ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL

### 2.1. Complicaciones del consumo inadecuado de alcohol.

El consumo de alcohol es un hábito aceptado e integrado socialmente, como una norma de comportamiento social, sin embargo, como factor de riesgo para la salud, es 3 veces más importante que la diabetes y 5 veces más importante que el asma (WHO, 2002).

Recordar las diferentes complicaciones derivadas del consumo inadecuado de alcohol, será útil para dimensionar adecuadamente este problema de salud. Agrupadas en tres grandes áreas y representadas en las siguientes tablas, cuyo contenido ha sido extraído del Manual de Adicciones, publicado por la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol el Alcoholismo y otras Toxicomanías, 2010.

El riesgo de complicaciones para la mayor parte de los trastornos aumenta de forma proporcional al consumo, sin que haya un efecto umbral (Renm et al. 2003) y presenta diferentes riesgos en función del sexo, vulnerabilidad individual y la edad (Corrao et al. 2004).

A continuación se presentan, solo aquellas manifestaciones físicas más significativas, dada su elevada frecuencia y la relación con numerosos ingresos e intervenciones de urgencia, tal y como lo demuestran numerosos estudios epidemiológicos (Sjögren et al. 2000).



### Complicaciones físicas relacionadas con el consumo inadecuado de alcohol

#### Alteraciones Digestivas:

- Alteraciones Hepáticas (esteatosis hepática, hepatitis alcohólica).
- Pancreatitis aguda y crónica.
- Alteraciones gástricas
- Malabsorción intestinal.

Existe una intensa relación entre el consumo de alcohol y la cirrosis.

#### Alteraciones Musculoesqueléticas:

- Osteoporosis.
- Gota.

El consumo de alcohol se asocia al riesgo de osteoporosis y fractura en hombres y mujeres de forma dosis dependiente.

#### Alteraciones Endocrinas:

- Hipogonadismo masculino y alteraciones en el ciclo hormonal reproductor en la mujer, produciendo infertilidad.
- Pseudocushing.

#### Alteraciones Cardiovasculares:

- Fibrilación atrial.
- Hipertensión arterial.
- Accidente Cerebrovascular.
- Cardiomiopatía.

Las HTA atribuible al alcohol oscilan entre el 5 y 30% de los casos, según determinados estudios.

#### Alteraciones Respiratorias:

- Neumonía.
- Tuberculosis.

La elevada comorbilidad entre el consumo de alcohol y el tabaco, se estima que un 90% de los pacientes con dependencia al alcohol fuman tabaco; tener dependencia a la nicotina multiplica por 2,7 el riesgo de padecer una dependencia al alcohol. Es por esta codependencia que el consumo de alcoholes se relaciona en estudios epidemiológicos con alteraciones respiratorias y en especial con el cáncer de pulmón.

#### Alteraciones Metabólicas:

- Hipoglucemia.
- Cetosis.
- Hiperlipemia.

#### Alteraciones Hematológicas:

- Anemia con macrocitosis.
- Ferropenia.
- Neutropenia/Trombocitopenia.

#### Alteraciones Cutáneas:

- Accidentes.
- Alteraciones del nivel de conciencia.

Existe una relación causal entre el consumo de alcohol y el riesgo de sufrir un accidente. Un consumo puntual de más de 60 gr. de alcohol multiplica por 10 en mujeres y por 2 en hombres el riesgo de accidentes en las 6 horas siguientes al consumo. Consumos inferiores incrementan en forma dosis dependiente el riesgo de accidentes.

#### Cánceres:

- En boca.
- Esófago.
- Laringe.
- Hígado.
- Mama.

El alcohol incrementa el riesgo de padecer este tipo de cánceres. El de mama en mujeres, sobre todo si hay una historia familiar de cáncer de mama y/o consumo de tratamiento hormonal sustitutivo.



Las complicaciones del consumo inadecuado de alcohol no se limitan al ámbito físico sino que además, puede provocar o precipitar la aparición de diversas y diferentes complicaciones neuropsiquiátricas, en la siguiente tabla se relacionan las más frecuentes.

### Complicaciones Neuropsiquiátricas

#### Trastornos cognitivos

Existe una clara relación entre el consumo de alcohol y el deterioro cognitivo, dosis dependiente (Pfefferbaum et al. 2001) :

- Consumo entre 70-84 gr. al día durante un periodo prolongado presentan algunas disfunciones cognitivas.
- Consumo de 98-126 gr. disfunciones leves.
- Consumos superiores a 140gr disfunciones moderadas.

El consumo en la adolescencia puede alterar el desarrollo cerebral y en especial afectar al hipocampo, ésta área cerebral es fundamental en los procesos de memorización (De Belis et al. 2000).

El efecto tóxico del alcohol sobre el feto (dosis dependiente) puede producir otro cuadro de alteraciones cognitivas presentes desde el momento del nacimiento, entre las que se pueden mencionar, reducción de los niveles generales de inteligencia, alteraciones específicas, como memoria verbal, memoria espacial, razonamiento; a su vez esto genera alteraciones en el funcionamiento social que muchas veces se manifiestan en la adolescencia (Jacobson y Jacobson.2002).

La recomendación sobre el consumo de alcohol en el embarazo es la abstinencia.

En cuanto al consumo de alcohol durante la lactancia es necesario desterrar el mito, "que ayuda a la producción de leche", esta afirmación carece de evidencia científica, las cuales apuntan a todo lo contrario. Supone exponer al recién nacido a niveles innecesarios de etanol, por lo que los expertos recomiendan la abstinencia, o bien hacerlo de forma que cuando vaya a lactar ese alcohol se haya metabolizado.

#### Trastornos Psicóticos

Alucinaciones transitorias, aluminosis alcohólica, intoxicación con síntomas psicóticos, celotipia.

#### Trastornos del Comportamiento

Intoxicación patológica.

#### Trastornos del nivel de conciencia

Delirium Tremens, Síndrome de Wernicke.

#### Suicidio

El consumo abusivo de alcohol es un importante factor de riesgo para las conductas suicidas. Existe una relación directa entre la intoxicación alcohólica y el riesgo suicida (Rossow, 1996).

Las complicaciones de tipo social son las que más se relacionan con los efectos agudos del alcohol, existiendo una relación proporcional entre los niveles de consumo y la aparición de estos problemas, son los que más se asocian al daño a otras personas (Rosson y Hauge, 2004), en la siguiente tabla se describen las principales complicaciones sociales relacionadas con el alcohol.

### Complicaciones Sociales

#### Problemas familiares

El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la aparición de maltrato familiar (Leonard. 2005). Existe una relación directa entre los niveles de consumo y la gravedad del acto violento. Se estima que en un 30% de los casos de violencia familiar el agresor está bajo los efectos del alcohol, afectando tanto a la pareja como a los descendientes.

#### Problemas laborales

El consumo de alcohol abusivo aumenta las tasas de absentismo, bajo rendimiento y accidentes laborales (Batear et al. 2002).

#### Problemas Judiciales

- Conductas Violentas.
- Conducción bajo los efectos del alcohol.

Se estima que entre el 40 y el 50% de los crímenes violentos implican a personas que han consumido alcohol, sobre todo en el caso de los homicidios y agresiones sexuales (Wells y Gram., 2003)

El consumo episódico excesivo, las cantidades y la frecuencia de consumo se asocia de forma independiente con el riesgo de agresión, tanto de ser el agresor como el de ser agredido (Wells y Gram., 2003).

El riesgo de accidente de circulación aumenta de forma proporcional al número de ocasiones en que se consume alcohol de forma abusiva y a las cantidades consumidas. Se estima que:

- Una alcoholemia de 5,0g/l incrementa en un 38% el riesgo de accidentes.
- Niveles de 1g/l lo incrementa en un 50% (Blomberg et al, 2002).

## 2.2. Efectos del consumo de alcohol sobre el Sistema Nervioso Central.

Los efectos del alcohol sobre el sistema nervioso central según la tasa de alcoholemia en bebedores de riesgo o abusivos, se presentan en la siguiente tabla.

Una vez alcanzada una determinada alcoholemia basta con

consumir una sola UBE por hora para mantenerse en ella.

Recordar que el consumo de estimulantes, como la cafeína, no afecta a la alcoholemia. La alcoholemia es el resultado final de la cantidad de alcohol que se ha consumido, sin importar si son bebidas destiladas o fermentadas o si solo se ha tomado un único tipo de bebida alcohólica sin mezclar con otras, recalcar que el ejercicio físico no activa la eliminación del alcohol del cuerpo.

### Alcoholemia y sus efectos para bebedores de riesgo o abusivos

Alcoholemia	Efectos sobre el sistema nervioso central
0,2%	Inicio de los efectos euforizantes.
0,4%	Relajación y euforia, ligera alteración del tiempo de reacción y en la coordinación de movimientos.
0,55%	Punto de corte en los efectos del alcohol.
0,6%	Impulsividad, inicio del deterioro en la memoria, en el tiempo de reacción y en la coordinación de movimientos.
0,8%	Deterioro claro de la memoria, del tiempo de reacción y de la coordinación de movimientos.
1%	Aparecen los vómitos.

1,2%	Gran alteración del equilibrio.
1,5%	Gran alteración del equilibrio y de la marcha.
2%	Amnesia. En población juvenil esta dosis ya puede ser mortal.
3%	Coma etílico.
4,5%	Parada cardiorrespiratoria.

### 2.3. Síndrome de Abstinencia: Características y Fases.

La desintoxicación alcohólica o abstinencia total, si bien habitualmente requiere otro ámbito de actuación, es aconsejable conocer las distintas fases y efectos que aparecen en una situación de desintoxicación por abstinencia total o bien por reducción de consumo.

La desintoxicación implica ayudar al paciente a superar el posible síndrome de abstinencia que le provoca el abandono del alcohol. Para muchos pacientes éste ha sido un obstáculo insuperable y se presenta como la barrera, en la mayoría de las ocasiones, para llevar a cabo un intento serio de abandono total o reducción de consumo.

El síndrome de abstinencia provocado por el cese o la disminución del consumo es un cuadro que puede presentar los siguientes síntomas: desorientación, alteraciones en la atención, sudoración, insomnio, ansiedad, temblor, taquicardia, síntomas gastrointestinales, agitación, alteración en el contacto con los demás, alucinaciones, ideas delirantes y crisis convulsivas.

La duración media es de 48 horas tras el último consumo y la causa de este cuadro es la regulación a la baja del neurotransmisor GABA y al alta del neurotransmisor Glutámico que se produce por el consumo crónico del alcohol (Diamond and Gordon, 1997).

En la siguiente tabla se presentan las distintas fases de Síndrome de Abstinencia al alcohol.

Fases de Síndrome de Abstinencia al alcohol			
Clínica	Fase 1 (8-24 horas)	Fase 2 (24-72 horas)	Fase 3 (5%) (+72 horas)
Frecuencia cardiaca	100-110	110-120	+120
Aumento T/A	10-20 mmHg	10-20 mmHg	30-40 mmHg
Taquinea	20-22	22-28	+28
Diaforesis	+	++	+++
Temblor	+	++	+++
Hiperreflexia	+	++	+++
Labilidad emocional	+	++	+++
Ansiedad	+	++	+++
Convulsiones	No	+	No
Alucinaciones	No	+	+++

El conocimiento de las fases y características del Síndrome de Abstinencia, permitirá comprender los miedos del paciente que se enfrenta a dicho proceso, constituyendo un elemento a tener en cuenta en el proceso educativo y terapéutico para el abordaje.

## 2.4. Características del abordaje del consumo del alcohol.

Pese a la complejidad de este problema de salud, éste debe formar parte de la atención sanitaria, por ello, antes de iniciar cualquier tipo de abordaje sobre el alcohol debemos tener en cuenta una serie de aspectos:

- **Desde el punto de vista educativo y sanitario**, la mayoría de los pacientes manifiestan recelos cuando se les pregunta por el consumo de alcohol, sobre todo, si éste es un consumidor/a habitual de cantidades excesivas; por lo cual, investigar el consumo:
  - En el transcurso de la entrevista cuando se valoren otros factores, antecedentes de salud y enfermedad, etc.
  - Usar la entrevista semiestructurada, con un enfoque motivacional, desarrollada en un clima de cordialidad que genere la confianza del paciente, formulando preguntas abiertas para facilitar la comunicación bidireccional (Tabla 1). Explorar creencias, temores y expectativas, estados de ánimo, pensamientos...
  - Las personas bebedor problema, que presentando incluso problemas en su vida familiar, social o laboral, rara vez consultan por este motivo; habitualmente la detección se realiza a través de la familia. Puede ser el momento idóneo para la captación e identificación del consumo visitas por otros motivos (vacunaciones, revisiones...).
  - Buscar fuentes alternativas de información: La valoración completa de un bebedor requiere varias entrevistas e incorporar datos y aspectos que aporta la familia, estos pueden ser claves para el abordaje del problema y de los cuales el propio paciente no es consciente o no desea revelar.
  - Evitar actitudes paternalistas y culpabilizadoras éstas, no son las adecuadas, los mensajes deben ser en positivos y motivadores para conseguir la adherencia y aceptación del profesional como figura positiva y de ayuda.
- **Investigar aspectos cualitativos del consumo como:**
  - Beber en respuesta a: situaciones de ansiedad o depresión; beber con el único objeto de lograr los efectos psicoactivos del alcohol, beber a solas o mezclando el alcohol con otras drogas son situaciones que aumentan el riesgo.
  - Formas de consumo: que favorece la absorción del alcohol, bebiendo en ayunas o consumiendo bebidas alcohólicas carbonatadas (cava,...) o mezclas (vino con gaseosa, "cuba-libre",...), o consumiendo bebidas con cafeína, que retrasan los efectos neurológicos de la intoxicación (Bobes et al. 2003).
- **Detectar signos clínicos de consumo excesivo de alcohol:** como: facies pletóricas, acné hipertrófico en nariz, arañas vasculares, inyección conjuntival, ginecomastia, obesidad, temblor de manos, enrojecimiento de la palma de las manos, paso alargado y ángulo profundo de la rodilla.
- **Determinar aspectos individuales que aumentarían el riesgo de presentar complicaciones relacionadas con el consumo de alcohol**, como el sexo (mujer) o factores genéticos. La heredabilidad del alcoholismo entendido como dependencia, se sitúa en torno al 35-65% con una proporción de concordancia en monocigóticos frente a dicigóticos de 2 a 1 (Kendler et al, 2003); el riesgo de padecer alcoholismo se multiplica por dos en familiares con dependencia al alcohol (Lui et al. 2004).
- **Usar el consejo y asesoramiento** que suponga establecer un diálogo interactivo que ayude a identificar preocupaciones y percepciones sobre el consumo, que facilite reconocer el problema y posteriormente tomar decisiones para solucionarlo; a la vez reforzar y fortalecer la confianza en sus posibilidades y capacidades para modificar el consumo.
- **Modificar el hábito de beber** (reducirlo o eliminarlo) supone un proceso largo, que se iniciará solo si el paciente es consciente del problema y está dispuesto a actuar para solucionarlo. Las intervenciones deben estar en consonancia con su situación y facilitar el tránsito por cada una de ellas para lograr el cambio y mantenimiento de la conducta de forma duradera.



## 2.5. Clasificación según consumo de alcohol.

Para clasificar a una persona por su consumo de alcohol se utiliza como rango las Unidades de Bebida Estándar (UBE). Representan un sistema ideado para medir de forma rápida y estandarizada el consumo diario de alcohol de una persona (Griffith et al. 2003).

$$\text{UBE} = (\text{volumen en litros}) \times (\% \text{de alcohol que contiene la bebida}) \times 0,8$$

Cada UBE equivale a unos 8-10gr de etanol (siendo 10gr la medida más práctica y usada), esto puede variar dependiendo de la cantidad que se sirve en una copa y de las diferentes cantidades de alcohol presentes en las distintas variedades de un mismo tipo de bebida (vinos, cerveza...). Según el alcohol consumido (UBE) a la semana por sexo se define como:

- **Persona Abstemia:** no consume alcohol de forma habitual.
  - **Persona Bebedora Moderada:** cuando el consumo de alcohol es inferior a 28 UBE/semana en hombres y 17 UBE/semana en mujeres.
  - **Persona Bebedora de Riesgo:** cuando el consumo de alcohol diario es superior a 4 UBE (40g/día) o 28 UBE/semana (280g) en hombres y de 2,5 UBE/día o 17 UBE/semana en mujer y/o consumo superiores a 5 UBE/día (50g) en un solo día al menos una vez al mes.
  - **Persona Bebedora Problema,** es aquella que a causa del consumo de alcohol, presenta algún problema físico, psíquico, social, laboral, legal o económico. En este grupo se incluye a las personas ex-alcohólicas o personas que reconocen haber sido bebedoras importantes con problemas con el alcohol en el pasado, aunque actualmente no beban, ni alcancen puntuaciones altas en los test.
- Las personas con problemas por el alcohol pueden presentar:

- **Trastorno relaciona con el alcohol (TRA).** Igual que el bebedor problema, la persona puede presentar deterioro físico, psicológico, social, pero esto puede aparecer tanto en personas con consumo esporádico como en consumidores excesivos.
- **Síndrome de Dependencia Alcohólica (SAD).** Equivalente al concepto clásico de alcoholismo. Es una parte del TRA, personas que han establecido una vinculación conductual y/o psicobiológica con el alcohol.

### Preguntas que facilitan la investigación del consumo.

- *¿Desayuna al levantarse?, ¿y qué toma?*
- *Y a media mañana, ¿qué toma con el bocadillo?*
- *Cuando sale del trabajo, ¿va al bar con los amigos o va a comer directamente?*
- *¿Qué suele comer al mediodía?, ¿y para beber?*
- *¿Merienda?, ¿y qué bebe?*
- *Al salir del trabajo, ¿suele salir con los amigos?, ¿qué toma?*

- *¿Qué toma para cenar?, ¿toma alguna copa después?*
- *Los fines de semana, ¿hace algo diferente?*

### Cuestionarios.

La realización de determinados cuestionarios ayuda para la detección de personas con problemas por el alcohol y complementan la valoración.

- **El test de CAGE** (Anexo-3), es muy útil en el cribado de problemas relacionados con el alcohol en el ámbito de la Atención Primaria. La aplicación del mismo camuflado entre otras preguntas le confiere mayor fiabilidad; 2 ó más respuestas positivas indican dependencia. Validado para nuestra población por Rodríguez-Martos (Rodríguez-Martos et al. 1986).
- **El test AUDIT** (Anexo-5), Test desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), validado para nuestra población por Rubio (Rubio et al.1998); es el más usado actualmente para la detección de bebedores de riesgo y bebedores abusivos de alcohol. **Se identifica como bebedores de riesgo a partir de 8 puntos y con dependencia alcohólica por encima de 12 puntos.**
- **El test de MALT** (Anexo-4) está especialmente indicado para la confirmación del diagnóstico de dependencia al alcohol y para pautar el proceso terapéutico; requiere de pruebas analíticas **una puntuación de 11 o más puntos indican alcoholismo.** Validado para nuestra población por Rodríguez-Martos (Rodríguez-Martos et al. 1984).

El anexo 4 presenta el Malt-S para ser cumplimentado por el paciente y el Malt-0 por el profesional.

## 2.6. Determinar la Etapa o Estadio de Cambio.

Las personas cambian de muy diversas maneras y por multitud de razones diferentes. Un modelo útil para comprender cómo se produce el cambio lo han elaborado dos psicólogos (James Prochaska y Carlo DiClemente, 1982). Estos autores han descrito una serie de etapas por las que pasa una persona en el proceso de cambio de una conducta.

El consumo inadecuado de alcohol comporta una conducta adictiva. Una característica definitoria de las conductas adictivas es que implica la búsqueda de la gratificación a corto plazo a expensas de las consecuencias dañinas y decide controlar o abandonar la conducta adictiva, aunque una vez y otra vuelve al antiguo patrón de conducta. Las conductas adictivas son condiciones crónicas con tendencia a la recaída (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986).

A modo de resumen y orientación en la siguiente tabla se describe someramente cual sería la respuesta psicológica de disposición y motivación para el cambio en cada una de las etapas del proceso de cambio, según el Modelo de Prochaska y DiClemente.

## Etapas o Estadios de Cambio en personas con consumo inadecuado de alcohol

**Precontemplación**

No considera que su consumo habitual de alcohol suponga un problema, por tanto, no cree que tenga que cambiarlo y puede no darse cuenta de las consecuencias actuales y futuras de su consumo.

**Contemplación**

Considera, contempla, reconoce los perjuicios reales o potenciales de su consumo habitual de alcohol, pero aún y no ha decidido modificarlo, tiene dudas y se muestra ambivalente entre los costes y beneficios que obtiene con su consumo y los costes y beneficios que obtendría con el cambio (reducción o cese).

**Determinación**

Ha tomado la decisión de actuar para modificar el consumo de alcohol y prepara un plan para ello y fija una fecha próxima.

**Contemplación**

Ha iniciado cambio, lleva a cabo el Plan para modificar el consumo de alcohol. Se considera que está en Etapa de acción durante los 6 primeros meses, superado este periodo se considera que pasa a la Etapa de Mantenimiento.

**Mantenimiento**

Ha conseguido mantener la nueva conducta (reducción o cese) del consumo de alcohol más de 6 meses seguidos y debe consolidar la nueva conducta de forma duradera.

**Recaída**

Ha vuelto a la conducta inicial de consumo de alcohol.

## 2.7. Esquema de actuación en el abordaje del consumo del alcohol.

La motivación es el motor del cambio y supone la probabilidad de llevar a cabo la modificación de una conducta, por tanto, el abordaje del alcohol debe estar marcado por un estilo terapéutico motivacional, adaptado a cada etapa de cambio, con el objeto de facilitar que el paciente avance hasta lograr el objetivo de cambio y consolidar la nueva conducta de forma duradera, incorporándola al estilo de vida.

**Detección oportunista y sistemática**, a toda persona se investigará sobre el consumo de alcohol, cada 2 años a partir de los 14 años de edad, sin límite superior de edad.

**Cuantificación del consumo**, utilizando la tabla de equivalencias se cuantifican los gramos de alcohol que una persona ingiere. En la práctica clínica se suelen utilizar las Unidades de Bebida Estándar (UBE) por ser más fácil su uso. 1UBE equivale a 10 g de alcohol.

*Tabla de equivalencias de gramos de etanol y unidades básicas estándar (UBE) (Anexo-2).*

**Clasificación según consumo de alcohol:** *Abstemio, Bebedor moderado, Bebedor de riesgo, Bebedor problema.*

**Es aconsejable en las personas bebedoras de riesgo y bebedoras problema determinar la dependencia mediante el test de CAGE (Anexo3) o el test de Audit (Anexo-5).**

*Valorar la presencia de TRA (Trastorno Relacionado con el Alcohol o SDA Síndrome de Dependencia al Alcohol).*

**Determinar la Etapa de Cambio en la que se encuentran:** *para bebedoras de riesgo y bebedoras problemáticas, utilizaremos el ciclo de Cambio de conducta de Prochaska y DiClemente (Precontemplación, Contemplación, Determinación o Preparación, Acción, Mantenimiento o Recaída) para determinar el Plan de Cuidados.*

**Plan de Cuidados según consumo y/o Etapa de Cambio.**

### 3. PLAN DE CUIDADOS SUGERIDO PARA EL ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL

La valoración global por Patrones Funcionales de Salud, permite definir el perfil de consumo de alcohol, a partir del cual se establecerá el Plan de cuidados más adecuado, por ello,

procederemos a focalizar aspectos relacionados con este hábito que nos ayuden a precisar dicho Plan de cuidados.

#### 3.1. Valoración focalizada y educativa.

El objetivo de esta valoración es conocer las características del consumo de alcohol, la aceptación como problema de salud y la disposición al cambio de conducta, mediante una entrevista semiestructurada con enfoque motivacional.

#### Patrón 1. Manejo-Percepción de la Salud

- Cuantificación y clasificación según consumo de alcohol.
- Identificar problemas relacionados con el alcohol: Test de Cage, Audit y Malt.
- Investigar el qué, cuánto, cuándo del consumo de alcohol.

**Fármacos:** Identificar la posible interacción del alcohol con la toma habitual de fármacos. Para algunas personas la toma de fármacos constituye un motivo para la abstinencia; esto puede ser un elemento de motivación y puede ser "útil" en el proceso terapéutico. (Anexo 6).

#### Patrón 2. Nutricional-Metabólico

- Relacionando la ingesta de alimentos con el consumo de alcohol, (Anexo-1) puede ser útil para camuflar dicha investigación y darle mayor fiabilidad a los datos obtenidos.
- Conocer su IMC, para identificar cambios con respecto al peso.
- Los bebedores problemas suelen presentar alteración en la nutrición por defecto.

#### Patrón 3. Eliminación

- Disfunción del hábito intestinal, estreñimiento y diarrea. Los bebedores de riesgo y bebedores problemas suelen presentar diarreas.

#### Patrón 4. Actividad-Ejercicio

- Práctica de ejercicio físico y actividades de ocio.
- La realización de actividad o ejercicio físico pueden ayudar en el proceso de cambio de hábitos.

#### Patrón 5. Reposo-Sueño

- Medicación para dormir (conocer la interacción entre medicamentos y alcohol).
- Horas de sueño, si descansa bien etc.

#### Patrón 6. Cognitivo-Perceptivo

- Conocimientos y percepción sobre el alcohol. ¿Conoce Ud. los efectos del consumo de alcohol?, ¿puede enumerar algunos?, ¿considera que puede ser un problema?, ¿por qué?

#### Patrón 7. Auto percepción-Autoconcepto

- Destrezas o habilidades que posee para el afrontamiento de problemas y para la realización de los cuidados de salud.
- Cómo reacciona ante situaciones de estrés preocupación o tristeza ¿Hay algo que le preocupa?
- Test de ayuda: Ansiedad-depresión de Goldberg (disponible en la Historia electrónica de Salud Drago AP).

#### Patrón 8. Rol-Relaciones

- Patrón de consumo de alcohol en la familia.
- Aspectos socioculturales, familiares y laborales que favorecen el consumo de alcohol. Determinar los posibles apoyos para cambiar el consumo de alcohol en los distintos ámbitos (familiar, laboral y social).
- Experiencias previas de intentos de abandono o reducción del consumo de alcohol, excepto si se trata de un bebedor problema, salvo que sea lo manifieste voluntariamente.
- Situación laboral, absentismo, problemas, despidos...

**Patrón 9. Sexualidad-Reproducción**

- Disfunciones sexuales que puedan estar relacionadas con el consumo de alcohol.

**Patrón 10. Afrontamiento-Tolerancia al estrés**

- Determinar la Etapa o Estadio de Cambio en que se encuentra la persona bebedora de riesgo: Precontemplación, Contemplación, Determinación...
- Cuál es la aceptación de su consumo de alcohol, en caso de consumo de riesgo, ¿lo considera un problema?, ¿está dispuesto a cambiar?
- El alcohol ante situaciones de estrés, ¿cómo reacciona ante situaciones estresantes?, ¿tiene amigos?, ¿tiene con quien hablar de sus problemas?. Cuándo tiene algún problema importante o se siente tenso, ¿qué le ayuda?

**Patrón 11. Valores y Creencias**

- Conocimientos, creencias y valores sobre el consumo de alcohol, personales y de su entorno próximo.
- Aspectos culturales que puedan influir sobre el consumo de alcohol.
- ¿Qué le motiva?, ¿a qué le da Ud. importancia en la vida?, ¿en qué cree Ud. que le podemos ayudar?

### 3.2. Planes de Cuidados sugerido según la Clasificación del Consumo de Alcohol.

El Plan de Cuidados se determina en función del consumo de alcohol, de la cantidad semanal ingerida según sexo y de la disposición al cambio de conducta (reducir o eliminar el consumo).

- En personas abstemias o con consumo moderado de alcohol, el Plan de Cuidados persigue, reforzar la conducta. El no consumo en los abstemios y mantener el consumo en la franja de bajo riesgo, en las personas con consumo moderado (11 UBE en mujeres y 17 UBE en hombres).
- En personas bebedoras de riesgo o bebedoras problemáticas, el Plan de Cuidados, se adaptará a la Etapa o Estadio de Cambio, siguiendo el Modelo de Prochaska y DiClemente. La validez de este abordaje por etapas de cambio ha sido demostrada (Connors et al. 2001).

Habitualmente las personas bebedoras de riesgo o bebedora problema, no reconocen el consumo de alcohol como un problema para su salud. En el abordaje de un cambio de conducta, como es el caso del alcohol, donde hay componentes adictivos y de dependencia, es imprescindible que la persona no solo reconozca el problema, si no que además, adquiera el compromiso de cambio y de los pasos necesarios para ello.

El Plan de Cuidados tendrá como objetivo facilitar que avance por cada una de las Etapas de Cambio, hasta lograr el Mantenimiento de la conducta acordada:

- **Reconocer el problema:** pasar de la Etapa de Precontemplación (no considera su consumo de alcohol como problema) a la de Contemplación; ser consciente del problema que supone su consumo habitual de alcohol.

- **Tomar la decisión de hacer algo para solucionarlo** (reducir el consumo o eliminarlo), pasar de la Etapa de Contemplación (reconocer el consumo como problema) a la Determinación, "se que tengo un problema y he de hacer algo para solucionarlo"; acuerda y prepara un Plan.

- **Iniciar acciones para reducir o eliminar el consumo de alcohol:** pasar de la Etapa de Determinación a la de Acción; lleva acabo el Plan previamente acordado, cuenta con la ayuda y el asesoramiento sanitario y el apoyo del entorno próximo, a ser posible.

- **Mantener la conducta acordada durante más de 6 meses:** ha llevado a cabo las acciones prevista, logrando mantener la nueva conducta (abstinencia o reducción de consumo), ha adquirido habilidades y dispone de estrategias para prevenir la recaída. Pasando al Mantenimiento de la conducta con estrategias para evitar la recaída.

- **Evitar la recaída,** finalmente el reto es que mantenga a lo largo del tiempo la nueva conducta de consumo de alcohol, mediante estrategias que le permitan identificar y superar situaciones de riesgo, manteniendo los sistemas de apoyo de su entorno para evitar la recaída.

- **Superar la recaída,** la recaída forma parte del proceso de cambio, afrontar la situación en positivo, evitar juzgar o culpabilizar, facilitar el análisis y la reflexión, resituarse en la rueda del cambio para volver a llevar a cabo un nuevo intento.

Cada Etapa o estadio de cambio requiere de un Plan de Cuidados específico, con objetivos concretos y con las Intervenciones y actividades adecuadas para ello, llevadas a cabo con un estilo terapéutico motivacional.



### 3.2.1. Plan de Cuidados sugerido en personas abstemias.

Se considera abstinencia a la persona que no consume alcohol de forma habitual, por tanto, el objetivo terapéutico es lograr que continúe sin consumir, para ello el objetivo educativo o de cuidados se encamina a lograr conducta de fomento de la salud.

La abstinencia del alcohol en personas adultas suele ser duradera, forma parte de su estilo de vida, no ocurre así en otras etapas de la vida. La adolescencia o juventud es una etapa muy vulnerable, donde aún se está consolidando el estilo de vida en el cual de su entorno social cercano tiene una fuerte influencia.

El Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la salud (PAPPS) recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol, como mínimo cada 2 años, en toda persona de más de 14 años sin límite de edad.

#### Consideraciones en personas abstemias:

##### En población adolescente o jóvenes:

Según la encuesta escolar sobre drogas ESTUDES (2010) realizada en jóvenes de 14 a 18 años, la droga más consumida es el alcohol y su prevalencia va en aumento, concentrándose en el fin de semana. Se observa también un consumo ligeramente más elevado para las mujeres que para los hombres. A medida que avanza la edad el porcentaje de estudiantes que bebía aumentaba.

Datos de la Encuesta de Salud de Canarias 2009, revelan que del total de personas mayores de 16 años que consumen alcohol al menos una vez a la semana, la edad de inicio se sitúa:

- Antes de los 16 años para el 13,86% (hombres 15,41%, mujeres 10,05%).
- Entre los 16 y 18 años para el 43,48% (hombres 46,14%, mujeres 36,48%).
- Con más de 18 años para el 42,65% (hombres 38,45%, mujeres 53,07%).

Destacar que el % de hombres es superior al de las mujeres hasta los 18 años, a partir de esta edad se invierte la tendencia, siendo el % superior de las mujeres que se inician en el consumo de alcohol al de los hombres.

Esta realidad, obliga a llevar a cabo e intensificar acciones preventivas desde todos los ámbitos sobre este grupo de población.

Si bien, el ámbito sanitario en este periodo de edad no es el más frecuentado, siempre que sea posible, se deben llevar a cabo intervenciones encaminadas a:

- Identificar la presencia de factores predisponentes para iniciar el consumo de alcohol (antecedentes familiares de alcoholismo, baja autoestima y características de personalidad, tipo de actividades de ocio y perfil del grupo de amigos, presencia de otras adicciones).
- Identificar factores facilitadores, igualmente averiguar aquellos situaciones o entornos cuya influencia puede ser beneficiosa para su prevención como la práctica habitual de ejercicio o deporte, ocio activo, ...
- La influencia del grupo, en este periodo es muy importante y en muchas ocasiones determinante para favorecer o no el consumo de alcohol, del tabaco, así como, de otras drogas. Analizar estos riesgos conjuntamente, y destacar los beneficios de la abstinencia del alcohol debe formar parte de las estrategias en este grupo de población.

##### En población adulta:

Los adultos, normalmente no son conscientes de los beneficios que supone para su salud la abstinencia, por ello, es importante destacarlos para reforzar dichas conductas y como estrategia preventiva de un posible inicio en el consumo de alcohol.

En personas abstemias se identifica la **Disposición para mejorar el autoconcepto**; en estas personas se persigue mantener su **Conducta de fomento de la salud**; es decir, que sigan sin consumir alcohol, para ello la intervención se encamina a **Prevenir el consumo de sustancias nocivas** para evitar que se inicie en el hábito de beber.

Plan de Cuidados sugerido en persona abstinencia	
Diagnóstico NANDA: Disposición para mejorar el autoconcepto (00176)	
Resultado NOC	Intervenciones NIC
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Conducta de fomento de la salud</b> (1602)</li> <li>• Utiliza conductas para evitar los riesgos.</li> <li>• Realiza los hábitos sanitarios correctamente.</li> <li>• Evita el mal uso del alcohol.</li> </ul>	<p>Prevención del consumo de sustancias nocivas (4500)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del propio estilo de vida.</li> <li>• Educar a los padres acerca de la importancia del ejemplo en el uso de sustancias nocivas.</li> </ul>

### Metodología.

La metodología adecuada en esta situación es la individual, bien oportunista o integrada en el seguimiento de otros factores de riesgo o patologías. Aprovechar el momento adecuado en la que se esté abordando otros hábitos, como la alimentación o la actividad física, para llevar a cabo intervenciones encaminada a la **Prevención del consumo de sustancias nocivas**, como el alcohol, mediante el refuerzo positivo y destacando los efectos beneficiosos del no consumo, en el caso de padres y madres destacar el papel ejemplarizante, en el caso de la población adolescente y joven.

La literatura relacionada con el abordaje del alcohol coincide en denominar las Intervenciones de prevención como **Consejo de refuerzo**:

- Proporcionar refuerzo positivo: felicitar y animar a seguir sin consumir.
- Identificar los efectos beneficiosos de la abstinencia:
  - Mayor capacidad de concentración y de trabajo.
  - Evita determinadas enfermedades.
  - Mejora de las relaciones familiares.
  - Mejora de su salud.
  - Ahorro económico.
- Identificar los efectos perjudiciales del alcohol:
  - Menor capacidad de trabajo y de concentración.
  - Causa de accidentes graves.
  - Causa de enfermedades, a veces irreversibles.
  - Disminución de la autoestima.
  - Alteración de la vida familiar, laboral y social.

La población adolescente o juvenil, requiere de otras estrategias adicionales y mensajes, en ocasiones radicalmente diferentes a los indicados para los adultos, respecto de:

- Los beneficios del no consumo, deben estar referidos a aspectos lúdicos, de imagen personal y de relaciones; los beneficios sobre la salud no constituyen una prioridad para este grupo de población.
- Del lugar, las estrategias deben desarrollarse en su entorno habitual (que no es el sanitario); es decir, entorno escolar, familiar y comunitario.
- Del mensaje, siempre en positivo, destacando aspectos relacionados con su autonomía y autoestima.

- De la vía de comunicación, actualmente los sistemas y dispositivos informáticos son actualmente el medio más directo y permanente de comunicación en este grupo de población.

### 3.2.2. Plan de Cuidados sugerido en personas con consumo moderado de alcohol.

Se considera que una persona tiene un consumo moderado de alcohol, cuando en hombres es de hasta 28 UBE/semana/ y de 17 UBE/semana en mujeres.

El objetivo terapéutico en esta situación es lograr que dicho consumo se mantengan en la franja de bajo riesgo (inferior a 4 UBE/día (40g) o 17 UBE /semana en hombre y 2,5 UBE/día (170g) o 11 UBE/semana en mujer).

Los objetivos de cuidados se encaminan a facilitar el control de dicho consumo, reconocerlo como un problema potencial, identificar las situaciones que lo favorecen y poner en marcha acciones para reducirlo.

#### Consideraciones en consumo moderado:

- En la población con consumo moderado de alcohol existe el riesgo de aumento a niveles de riesgo, ante situaciones estresantes, acontecimientos vitales o por la presión del grupo, que inicialmente puede ser de forma puntual, pero con el consiguiente riesgo de mantener dicho consumo de riesgo.
- Determinadas etapas de la vida o características de personalidad confieren mayor vulnerabilidad a determinadas influencias internas o externas, entre ellas, la población adolescente y juvenil, por ello, este grupo de población debe ser objeto de un abordaje específico.
- Valorar el entorno familiar, las costumbres, el estilo de vida,... Determinar el comportamiento de los adultos con relación al consumo de alcohol, en el ámbito familiar, detectar entornos en los que se normaliza su consumo.
- La información/ evidencia referente a los efectos beneficiosos del alcohol es confusa, por lo que clarificar éste aspecto es de ayuda para evitar futuros consumos, con un fin "saludable".

### Plan de Cuidados sugerido en persona con consumo moderado de alcohol

#### Diagnóstico NANDA: Disposición para mejorar el autoconcepto (00167)

#### Resultado NOC

Control del riesgo: consumo de alcohol (1903)

- Reconoce el riesgo del abuso de alcohol.
- Supervisa el ambiente para valorar factores que favorecen el abuso de alcohol.
- Supervisa patrones personales del consumo de alcohol.
- Controla la ingesta de alcohol.

#### Intervenciones NIC

Prevención del consumo de sustancias nocivas (4500)

- Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del propio estilo de vida.
- Educar a los padres acerca de la importancia del ejemplo en el uso de sustancias nocivas.

### Metodología.

La pauta metodológica a seguir para detectar el consumo de alcohol, es similar al recomendado en las personas abstemias. Aprovechar el momento oportuno, en el que se abordan los demás hábitos, de forma oportunista o en consultas de seguimiento, para dar Consejo Breve (Anexo-1) y prevenir el aumento del consumo, fomentando la toma de decisiones respecto de un estilo de vida saludable con ingestas inferiores a la franja de riesgo.

- Informar sobre los beneficios de la abstinencia o consumos en franja de bajo riesgo de alcohol.
- Informar de los efectos agudos de su consumo sobre su actividad diaria y relaciones familiares y sociales.
- Informar de los efectos perversos del consumo a corto y largo plazo.
- Recomendar claramente la necesidad de modificar el consumo para lograr ingesta inferior a la franja de riesgo, evitando actitudes impositivas.
- Ofrecer diferentes alternativas para modificar el consumo.
- Pactar la reducción del consumo para mantenerse en la franja de bajo de riesgo.
- Ofrecer material didáctico o recursos electrónicos de información y apoyo según su perfil.
- Establecer conjuntamente una estrategia de monitorización o seguimiento, buscando el método más adecuado, presencial o no; adaptado a su disponibilidad y características.

### 3.2.3. Plan de Cuidados sugerido en personas con consumo de riesgo según Etapa de Cambio.

Se considera que una persona tiene un consumo de riesgo cuando es superior 4 UBE/día (40g/día) o a 28 UBE/semana (280g/semana) en hombres y de 2,5 UBE/día (24g/día) o 17UBE/semana en mujeres (170g/semana) y/o consumo superior a 5 UBE/día (50g) en un solo día, al menos una vez al mes).

El objetivo terapéutico consistirá en bajar el consumo, al menos, a la franja de bajo riesgo (17UBE/semana hombres y 11 UBE/semana mujeres).

El objetivo terapéutico de eliminar o reducir el consumo

en estas personas, requiere además de fármacos en determinadas situaciones, de terapias no farmacológicas para facilitar y lograr el cambio de la conducta de consumo de alcohol.

Lograr el objetivo requiere de un Plan de Cuidados individualizado y adaptado a la circunstancia motivacional del paciente (la aceptación o no como problema su consumo de alcohol y la disposición para modificarlo); es decir, a la Etapa o Estadio de Cambio.

#### Consideraciones en consumo de riesgo:

La ingesta excesiva de alcohol concentrado en fines de semana está formando parte del estilo de vida de los jóvenes. La encuesta escolar sobre drogas ESTUDES, así lo pone de manifiesto, por ello, este grupo de población debe seguir siendo un objetivo prioritario para el desarrollo de intervenciones específicas.

En los adultos, si bien el consumo se puede intensificar los fines de semana, suelen mantener una ingesta regular a lo largo de la semana incorporando este hábito habitualmente al entorno laboral, con las siguientes características:

Las personas con consumo de riesgo **presentan con frecuencia dependencia al alcohol**, por ello, se recomienda en la valoración, determinar el grado de dependencia con la ayuda de test específicos (Cage, Audit o Malt).

Las personas con consumo de riesgo **no suelen ser concientes del problema de salud** que supone su ingesta habitual de alcohol; tienen la percepción, en muchos casos, que su consumo es el normal, comparado con su entorno próximo.

Las personas con consumo de riesgo tienen **el autoconvencimiento de control**, "yo controlo", es otra de las afirmaciones que ponen de manifiesto que no reconocen ni son concientes del problema que supone su ingesta de alcohol, por tanto, no se plantean modificar su consumo.

Las diferentes características motivacionales que presentan las personas con consumo de riesgo, hacen necesario para su abordaje, determinar inicialmente la Etapa o Estadio de Cambio y adaptar el Plan de Cuidado según la Etapa en que se encuentra cada persona.

#### Plan de Cuidados sugerido en consumo de riesgo según Etapa de Cambio

Etapa o Estadio de cambio	Diagnósticos NANDA	Resultado NOC	Intervenciones NIC
<b>Precontemplación</b> No considera que su consumo de alcohol suponga un problema, no cree que tenga que cambiarlo y puede no darse cuenta de las consecuencias actuales y futuras de su consumo.	<b>Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud</b> (00188)	<b>Conducta de búsqueda de la salud</b> (1603)	<b>Modificación de la conducta</b> (4360)

<p><b>Contemplación</b></p> <p>Contempla ya, los perjuicios de su consumo de alcohol, pero aún y no ha decidido su modificación, tiene dudas y se muestra ambivalente.</p>	<p><b>Conflicto de decisiones: ambivalencia (00083)</b></p>	<p><b>Toma de decisiones (0906)</b></p>	<p><b>Establecimiento de objetivos comunes (4410)</b></p>
<p><b>Determinación</b></p> <p>Ha tomado la decisión de actuar para modificar el consumo de alcohol y prepara un plan para ello.</p>	<p><b>Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)</b></p>	<p><b>Afrontamiento de problema (1302)</b></p>	<p><b>Aumentar el afrontamiento (5230)</b></p> <p><b>Aumentar los sistemas de apoyo (5440)</b></p> <p><b>Acuerdo con el paciente (420)</b></p>
<p><b>Acción</b></p> <p>Ha iniciado cambio, lleva a cabo el Plan para modificar el consumo de alcohol.</p>	<p><b>Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)</b></p>	<p><b>Conducta de abandono de consumo de alcohol (1629)</b></p>	<p><b>Aumentar el afrontamiento (5230)</b></p> <p><b>Modificación de la conducta (4360)</b></p> <p><b>Asesoramiento (5240)</b></p>
<p><b>Mantenimiento</b></p> <p>Ha conseguido modificar su consumo y debe consolidarlo y mantenerlo a lo largo de tiempo.</p>	<p><b>Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162)</b></p>	<p><b>Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)</b></p> <p><b>Control del riesgo: consumo de alcohol (1903)</b></p>	<p><b>Ayuda en la modificación de sí mismo (4470)</b></p> <p><b>Guía de anticipación (5210)</b></p>
<p><b>Recaída</b></p> <p>Ha vuelto a la conducta inicial de consumo de alcohol</p>	<p><b>Incumplimiento (00079)</b></p>	<p><b>Motivación (1209)</b></p> <p><b>Conducta de cumplimiento (1601)</b></p> <p><b>Afrontamiento del problema (1302)</b></p>	<p><b>Facilitar la autorresponsabilidad (4480)</b></p> <p><b>Establecimiento de objetivos comunes (4410)</b></p> <p><b>Acuerdo con el paciente (4420)</b></p> <p><b>Apoyo emocional (5270)</b></p>

### 3.2.3.1 Plan de Cuidados sugerido en personas con consumo de riesgo en Etapa de Precontemplación.

En esta Etapa, la persona no reconoce o no es consciente que su consumo de alcohol supone un riesgo para la salud y por tanto, NO se ha planteado cambiarlo (abandonar o reducir su consumo), puede no darse cuenta de las consecuencias actuales o futuras de dicho consumo.

La persona con consumo de riesgo, en esta Etapa, no cree

que tenga que cambiar su hábito de beber y no relaciona determinados problemas, bien sean físicos psíquicos e incluso de relaciones familiares o laborales, con el alcohol.

La ingesta excesiva de alcohol determina la **Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud**, modificar su actitud frente al problema, es el primer paso hacia una **Conducta de búsqueda de la salud**; es decir, reconocer que su consumo habitual de alcohol constituye un problema, será el objetivo del Plan de Cuidados en esta Etapa, para ello las intervenciones se encaminadas a la **Modificación de la conducta** de consumo de riesgo de alcohol.

## Plan de Cuidado sugerido en Etapa de Precontemplación

Diagnóstico NANDA: Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)

Resultado NOC	Intervenciones NIC
<b>Conducta de búsqueda de la salud (1603)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hace preguntas (relacionadas con el alcohol).</li> <li>• Obtiene ayuda de un profesional.</li> <li>• Utiliza información acreditada de salud.</li> </ul>	<b>Modificación de la conducta (4360)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al paciente a que examine su propia conducta.</li> <li>• Identificar el problema del paciente en forma de conducta.</li> </ul>

**Metodología.**

La intervención individual es la adecuada para esta situación. En un contexto de intimidad y respeto, en el que no se sienta juzgado y mediante estrategias motivacionales como la empatía y las preguntas abiertas, al objeto de, generar dudas sobre su consumo, aumentar la percepción de riesgo y hacer aflorar la ambivalencia, es lo que se persigue.

Hacer uso de los resultados obtenidos en la valoración (test, cuantificación,...) explicando detalladamente los efectos y consecuencias actuales y futuras ayudará en el proceso reflexivo para un cambio de actitud y pasar a la contemplación del consumo actual como problema.

¿Cómo hacerlo?, las estrategias y técnicas de entrevista motivacional facilitan:

- Analizar su patrón de consumo: cantidad y circunstancias favorecedoras de consumo.
- Experiencias previas de reducción o abandono.
- Explorar conocimientos sobre las consecuencias del hábito. **¿Qué sabe de...?** y las ventajas de dejarlo.
- Explorar creencias, miedos y preocupaciones, **¿le preocupa...?, ¿qué cree sobre...?**
- Poner ejemplos de personas con problemas de salud a consecuencia del hábito. **¿Conoce a alguien que...?**
- Evitar el uso de técnicas que provoquen miedo, como estrategia para motivar el abandono del alcohol.
- Centrarse en los beneficios de salud positivos e inmediatos de dejar de beber.
- Centrarse en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
- Dar información escrita y ofrecer apoyo y ayuda.
- Esperar el "momento-oportunidad".

La Etapa de Precontemplación puede ser larga y requerir de diversas intervenciones para que pase a la Etapa de Contemplación, para que reconozca que "su consumo no es tan normal como cree" y constituye un problema.

Pasar a la siguiente Etapa, supone un gran paso en un proceso de cambio de conducta de tipo adictivo, como es el caso del alcohol.

Establecer y mantener los principios de la Entrevista Motivacional en todas y cada una de las intervenciones (empatía, facilitar la discrepancia, evitar la discusión, avanzar en las resistencias y aumentar la autoeficacia) y adaptar el Plan de cuidados a la Etapa en que se encuentra el paciente, facilitará que avance por el ciclo de cambio de conducta, respetando sus tiempos, debe estar preparado para pasar a la acción (verbalizar, manifestar que quiere hacer algo y fijar fecha).

### 3.2.3.2 Plan de Cuidados sugerido en personas con consumo de riesgo en Etapa de Contemplación.

En esta Etapa, la persona ya reconoce inconvenientes en su consumo. Contempla su consumo habitual de alcohol como problema, pero se mueve en la ambivalencia, es una característica típica de esta Etapa. Expone razones para justificar su consumo y por otro lado, reconoce que no es sano o que le perjudica.

Las personas con consumo de riesgo pueden presentar en el proceso de cese de alcohol, el Síndrome de abstinencia, suele ser un coste que tiene mucho peso en la balanza de la ambivalencia, esto se debe abordar adecuadamente, informando sobre los síntomas, como superarlos y orientar sobre la ayuda que se le puede facilitar en nuestro entorno fuera del ámbito de la Atención Primaria e incluso del ámbito sanitario.

El objetivo es ayudarlo a resolver la ambivalencia que plantea; entre los costes y beneficios que le supone continuar con el mismo consumo y los beneficios y costes de reducirlo o eliminarlo. Resolver esta ambivalencia e inclinar la balanza hacia el cambio, tomando la Determinación de cambiar el consumo, constituye el objetivo de esta Etapa.

La ambivalencia marca esta Etapa, se identifica claramente el **Conflicto de decisiones**: ambivalencia, que determina el Plan de Cuidados y cuyo objetivo es la **Toma de decisiones**, respecto del consumo de alcohol (disminución o cese), mediante las intervenciones y actividades sugeridas.

## Plan de Cuidado sugerido en Etapa de Contemplación

## Diagnóstico NANDA: Conflicto de decisiones: ambivalencia (00083)

Resultado NOC	Intervenciones NIC
<b>Toma de decisiones (0906)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica información relevante.</li> <li>• Identifica alternativas.</li> <li>• Identifica las consecuencias posibles a cada alternativa.</li> <li>• Identifica recursos para apoyar cada alternativa.</li> <li>• Reconoce el contexto social de la situación.</li> <li>• Escoge entre varias alternativas.</li> </ul>	<b>Establecimiento de objetivos comunes (4410)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar la identificación de valores vitales específicos.</li> <li>• Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema.</li> <li>• Animar al paciente a identificar sus propias virtudes y habilidades.</li> <li>• Establecer los objetivos en términos positivos.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar un indicador de medida específico (comportamiento o suceso social) para cada objetivo.</li> </ul>

**Metodología.**

La metodología adecuada en esta Etapa seguirá siendo preferentemente la educación individual, manteniendo el estilo motivacional y haciendo uso de sus estrategias y técnicas que permitan abordar incertidumbres, miedos, expectativas y fortalezas.

Se ha de ir consolidando la relación de confianza, manifestar la disposición de ayuda y acompañamiento a lo largo del proceso de abandono del alcohol, así como, exponer claramente su rol en dicho proceso; es decir, la responsabilidad personal y el esfuerzo necesario que han de realizar las personas bebedoras que quieren dejar el alcohol, todo ello, mediante estrategias y técnicas motivacionales.

En la Etapa de Contemplación el paciente debe cobrar protagonismo para resolver la ambivalencia, expresando sus razones para dejar de beber y sus creencias sobre las dificultades, dudas o temores para conseguirlo.

La entrevista motivacional es una forma concreta de ayudarle a dar los pasos progresivamente para modificar el consumo de alcohol, en una atmósfera positiva y no coercitiva; facilitando que identifique sus razones para dejar de beber, que aumente la conciencia del problema y la autoeficacia para decidir modificar su hábito. El objetivo es lograr que se decida a favor del cambio.

Resolver la ambivalencia e inclinar la balanza a favor del cambio se puede facilitar incorporando principios, estrategias de entrevista motivacional, a lo largo de las diferentes intervenciones y a lo largo de todo el proceso de cambio, cabe recordarlas:

- **Expresar empatía:** crear una atmósfera acogedora, centrada en el paciente y donde explorar los conflictos sea cómodo para ambos. Usar preguntas abiertas ¿Cómo se siente cuando bebe?, ¿Por qué bebe?, ¿Por qué querría dejar de beber?, es una técnica que facilita verbalizar la ambivalencia (sentimientos positivos y negativos asociados con el hábito de beber) y los conflictos que le

producen en su escala de valores. La aceptación facilita el cambio. La presión y la confrontación lo bloquean.

- **Facilitar la aparición de discrepancia,** ésta debe surgir del paciente y nunca imponerse. Al expresar sus propios argumentos se va dando cuenta de la distancia existente entre sus objetivos vitales y su conducta actual.
- **Avanzar con las resistencias, evitar la discusión.** La resistencia es inherente a cualquier cambio. La persona implicada en el proceso de cambio ha de ir encontrando sus propias soluciones. Evitar imponer soluciones, sugerir alternativas, evitando la discusión. Si la resistencia aumenta, la estrategia no es adecuada y se debe cambiar de técnica, pero nunca llegar a la confrontación.



- **Fomentar la autoeficacia**, entendiendo por autoeficacia como la confianza en sí mismo para conseguir el cambio bien sea reducir o abandonar el consumo de alcohol, “sentirse capaz de lograr el cambio”, esta percepción en sí mismo es un elemento motivador. Igualmente la confianza que muestre el profesional en su capacidad para lograr el cambio, constituye una potente herramienta para fomentar la autoeficacia, manteniendo siempre el ofrecimiento de ayuda profesional y facilitando guías y folletos con información y consejos para dejar de beber.

Los contenidos educativos deben dar respuesta a sus dudas, aclarar creencias erróneas, destacar los beneficios, detallar riesgos del alcohol y exponer diferentes posibilidades de modificar la conducta de consumo.

### 3.2.3.3 Plan de Cuidados sugerido en personas con consumo de riesgo en Etapa de Determinación.

En esta Etapa se sitúan las personas que reconocen que su consumo de alcohol es un problema y han decidido modificar su hábito. Se plantean seriamente el cambio a corto plazo aunque aún persiste cierta ambivalencia, no saben cómo dejarlo, tiene dudas sobre su capacidad para lograrlo, necesitan orientación y apoyo para elaborar un plan para pasar a la Etapa de Acción.

La Etapa de Determinación o Preparación, es un momento crucial del proceso de cambio, como bien indica su nombre, es la Etapa para preparar detalladamente el plan que debe llevar a cabo cuando pase a la Acción el día fijado, de ello, depende en gran medida el éxito del proceso.

Se identifica una actitud favorable al cambio y manifiesta verbalmente su determinación para ello, identificando su **Disposición para mejorar el afrontamiento**, frente al consumo de alcohol el objetivo del Plan de Cuidados en esta Etapa esta encaminado al **Afrontamiento del problema** de consumo de alcohol, llevando a cabo las intervenciones y actividades sugeridas.

#### Plan de Cuidado sugerido en Etapa de Determinación

##### Diagnóstico NANDA: Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)

Resultado NOC	Intervenciones NIC
<b>Afrontamiento de problemas (1302)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica patrones de superación eficaces.</li> <li>• Identificación de múltiples estrategias de superación.</li> <li>• Utiliza estrategias de superación efectivas.</li> </ul>	<b>Aumentar el afrontamiento (5230)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.</li> <li>• Proporcionar información objetivas y respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</li> <li>• Explorar los éxitos anteriores del paciente.</li> <li>• Favorecer situaciones que favorezcan la autonomía del paciente.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo (abstinencia o reducción del consumo).</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.</li> <li>• Animar la implicación familiar si, procede.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida.</li> </ul> <b>Aumentar los sistemas de apoyo (5440)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.</li> <li>• Determinar el grado de apoyo familiar.</li> <li>• Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.</li> <li>• Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.</li> </ul> <b>Acuerdo con el paciente (4420)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir los objetivos.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar las circunstancias actuales que puedan interferir en la consecución de los objetivos.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar los métodos para superar las circunstancias ambientales que puedan interferir en la consecución de los objetivos.</li> <li>• Identificar, junto con el paciente, una fecha para la conclusión del acuerdo (abandono o reducción de consumo de alcohol).</li> </ul>

### Metodología.

La intervención individual continúa siendo la adecuada, buscando mantener la motivación al cambio y aumentar su autoeficacia (ser capaz) para acordar el plan para la acción.

En esta Etapa, la actitud profesional será de facilitador mediante la orientación y el apoyo para alcanzar la meta con éxito. Felicitarle por decidirse a dejar el alcohol o reducir su consumo. Explorar sus expectativas sobre el paso que va a dar, especificando que se trata de un proceso en el que ella es la principal protagonista y responsable y que requerirá un esfuerzo por su parte, orientar sobre los síntomas y efectos inmediatos y corto plazo que pueden aparecer y como afrontarlos. En esta fase se elabora detalladamente el Plan que llevará a la acción en la fecha fijada.

Las intervenciones no deben basarse sólo en modelos educativos centrados en ofrecer información, si no que, mediante estrategias motivacionales ayudar a:

- **Aumentar el afrontamiento** del problema, incidiendo en la identificación de sus propias alternativas para reducir o eliminar el consumo de alcohol y ofreciendo información clara y objetiva.
- **Aumentar los sistemas de apoyo** (familia, amigos...) la complejidad que supone afrontar un cambio en el consumo de alcohol, dada la dependencia física y social que conlleva, requiere de una estructuración previa de los sistemas de apoyo para cuando pase a la Etapa de Acción. Identificar, determinar y establecer los posibles apoyos es fundamental para poder iniciar y afrontar la Etapa de Acción.
- **Acuerdos con el paciente**, para fijar la fecha, las circunstancias y el Plan para la Acción.

Para todo ello, las diferentes actividades deben favorecer la elaboración del plan para la acción, concretando aspectos, estrategias y/o "trucos", que ayude a dar los primeros pasos y aumenta las posibilidades de éxito:

- **Determinar un periodo inicial de abstinencia (cese o limitación de consumo)** Tener un horizonte cercano y alcanzable, facilita esos primeros pasos y reduce la incertidumbre y miedos. Dicho periodo debe ser breve 1-2 semanas, periodo que les permitirá descubrir las situaciones en que "echa más de menos el alcohol" y son las de mayor riesgo, por tanto, se trabajara en busca de estrategias que le ayuden a superarlas. Poco a poco, se aprovechará los resultados favorables para ir pactando nuevas metas de abstinencia.
- **Establecer un límite de consumo**, éste debe ser lo más detallado posible consumos diarios y semanales e incluso si es posible contemplar días con especial vulnerabilidad, ("Es que tal día solemos...y ese día consumo más), Planificar acorde con la variabilidad de su rutina con lo cual puede establecer estrategias concretas para cada ocasión.
- **Control del consumo**, para que se lleve a cabo en la siguiente fase, se debe acordar la forma y manera y dispo-

ner incluso del formato para ello, lo habitual es mediante un registro de consumo diario. Consiste básicamente que antes de beber anote fecha hora y tipo de bebida y cantidad, el lugar, solo o en compañía y en que estado anímico se encuentra...Todo ello permitirá la evaluación del proceso en la Fase de acción.

- **Beber más despacio**, para mantenerse en los límites establecidos en la fase de acción debe tener "trucos" o herramientas, siendo ésta una de ellas.

Ayudará pues, reducir la velocidad con la que ingiere la bebida; un primer paso puede ser elegir bebidas con menor graduación, elegir bebidas fermentadas a las destiladas o seleccionar cerveza y vinos de baja graduación. Debe tener precaución con las bebidas alcohólicas dulces como la sangría o ciertos combinados en los que la mezcla el alcohol con zumo de frutas ya que esto hace más fácil su consumo y se bebe grandes cantidades de alcohol de forma rápida, pensando incluso que bebe menos porque "como está rebajado...".

Otra estrategia puede ser que controle y registre lo que tarda en consumir una copa y que aumente ese tiempo bebiendo a sorbos. Se recomienda tomar una consumición al menos en 12 sorbos dejando que pase por lo menos un minuto entre sorbo y sorbo, para que resulte más fácil un truco puede ser si lleva hielo añadir más cantidad de éste.

Evitar el automatismo de beber continuamente, es importante que el paciente no tenga la bebida continuamente en la mano, dejarla en la mesa o en la barra tras cada sorbo.

Espaciar el consumo de bebidas alcohólicas decidiendo cada cuanto tiempo va a tomar una; para lo cual es útil recordar y explicar el concepto de alcoholemia. Si ha decidido beber cuatro consumiciones en cuatro horas no deberá pedir la siguiente hasta pasado los 60 mts desde que pidió la anterior, aunque la haya bebido en 15 mts.

Resulta útil otra estrategia como es intercalar actividades como comer (evitar productos muy salados que provocarán sed y consecutivamente ansias de más alcohol), jugar a algo, estar ocupado y activo es una buena opción.

- **Rechazar consumiciones alcohólicas:** en los lugares de copas es habitual que se produzcan invitaciones, más o menos bien intencionadas para consumir alcohol ("vamos te invito a una copa" en ningún caso se suele decir "vamos te invito a un refresco, una infusión...")
- Rechazar de forma verbal o no verbal, practicando incluso las posibles frases y evitar las situaciones de riesgo, como salidas con personas que beben, puede ser útil para lograr el control del consumo.
- **Recompensas:** Es útil diseñar con el paciente un sistema de recompensas para que éste refuerce su sensación de éxito en el control del consumo. Éstas deben ser personales, accesibles, variadas y un "extra" en la vida del paciente.



- Mantener un registro del consumo permite que personalmente verifique su control, si esta consiguiendo el objetivo que se marcó y en función de ello “darse un premio”.
- **Buscar apoyo social. Aumentar los sistemas de apoyo:** La modificación del consumo de alcohol es uno de los cambios más difíciles junto a las demás toxicomanías, sin apoyo de su entorno próximo se antoja aún más, por tanto éste es un elemento fundamental para lograr el afrontamiento del problema.

Contar con el apoyo y acompañamiento de personas significativas, a lo largo del todo el proceso, constituye un aval que aumenta las probabilidades de éxito, idealmente, contar desde el primer momento con una persona de su confianza aumentará su autoeficacia “no está solo le van a ayudar...”

Si el apoyo y acompañamiento desde el primer momento es importante para que el paciente haya dado los pasos y llegar a esta etapa de toma de decisión, es máxima la relevancia para resolver el afrontamiento inefectivo y llevar a cabo acciones para modificar el consumo de alcohol. Aumentar los sistemas de apoyo creando una red, que incluya a ser posible, desde el entorno familiar, laboral, social y de ocio.

El cometido de los mismos debe encaminarse a participar en estrategias para reducir situaciones de riesgo, a la vez que ejerzan una monitorización/tutorización, en el día a día, apoyando, recompensando, evitando en todo momento juzgar o penalizar.

- **Cadenas conductuales. Descubrir activadores del consumo de alcohol:** Para cada paciente existen lugares, personas, momentos del día, emociones, sensaciones físicas o psíquicas o actividades que favorecen el consumo de alcohol o viceversa. Es recomendable aconsejar y ayudar al paciente que las identifique, pudiendo incluso sugerirse que lleve un registro de las mismas cuando las descubra; de ésta manera se podrá planificar estrategias para neutralizarlas, bien, evitando los activadores, bien modificando las circunstancias que implican esos activadores.
- **Cambiar la rutina. Sustituir el alcohol:** Animar y ayudar al paciente a buscar actividades que sustituyan al alcohol y el entorno habitual de consumo es de gran utilidad.

La aplicación de los principios de la Entrevista Motivacional, sus estrategias y técnicas, son las herramientas que actualmente se consideran de mayor eficacia en el abordaje de cambio de conducta como el alcohol.

### 3.2.3.4 Plan de Cuidados sugerido en personas con consumo de riesgo en Etapa de Acción.

En esta Etapa se inicia la abstinencia o la reducción del consumo de alcohol acordado. El paciente ha tomado la decisión, ha fijado una fecha y lleva a cabo el plan elaborado en la Etapa de Determinación.

La Etapa de Acción se inicia con el cambio de conducta el día fijado y se prolonga durante los primeros 6 meses, en los cuales el riesgo de recaída es muy alto. Superado este periodo, se considera que pasa a la Etapa de Mantenimiento.

Puede ocurrir que, aún fijada la fecha, elaborado el Plan y con los apoyos disponibles, el día fijado para la Acción se posponga en repetidas ocasiones, alegando motivos que justifican que no es el momento, “es que precisamente ahora”, o bien, planteando nuevamente ambivalencia, “yo conozco a fulanita que... y está tan sano...”

Ante situaciones de ambivalencia, el profesional debe reaccionar en positivo, facilitando que analice “esos motivos”, los identifique como argumentos para justificar las dudas y miedos sobre su autoeficacia; es decir, “de ser capaz”, conoce los costes (síntomas de abstinencia, entorno de ocio relacionado con el consumo,...) que le supondrá reducir o dejar el alcohol.

Esta Etapa, conlleva desde los primeros momentos, un alto riesgo de abandono o recaída, el paciente no es capaz de aguantar sin su consumo habitual de alcohol, por ello, es primordial **Controlar el riesgo** de volver al **consumo de alcohol**; la dependencia física, las situaciones y rutinas habituales en las que estaba integrado dicho consumo, las relaciones personales con las cuales se compartía el hábito, son entre otros los elementos que comportan mayor riesgo para precipitar la recaída.

La **Disposición para mejorar el afrontamiento** respecto del consumo de alcohol, tiene como objetivo el “**Control del riesgo: consumo de alcohol**, es decir; que lleve a cabo *“acciones personales para prevenir, eliminar o reducir el consumo de alcohol que es una amenaza para la salud”*, mediante las intervenciones para seguir **Aumentando el afrontamiento**, la **Modificación de la conducta** de consumo de alcohol y el **Asesoramiento** para reforzar dicha conducta y fortalecer los sistemas de apoyo personales y del entorno para prevenir la recaída.



## Plan de Cuidados sugerido en Etapa de Acción

## Diagnóstico NANDA: Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)

Resultado NOC	Intervenciones NIC
<p><b>Conducta de abandono del consumo de alcohol</b> (1629)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresa la creencia en la capacidad de dejar de tomar (o reducir) el alcohol.</li> <li>• Identifica los beneficios de eliminar el alcohol.</li> <li>• Desarrolla estrategias efectivas para eliminar/reducir el alcohol.</li> <li>• Identifica estados emocionales que desencadenan el consumo de alcohol.</li> <li>• Utiliza estrategias para afrontar el síndrome de abstinencia (si lo hubiera).</li> </ul>	<p><b>Aumentar el afrontamiento</b> (5230)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad (proceso de des-habitación de alcohol).</li> <li>• Valorar y discute las respuestas alternativas a la situación.</li> <li>• Fomenta el dominio gradual de la situación.</li> <li>• Explora los éxitos del paciente.</li> <li>• Anima la implicación familiar si procede.</li> <li>• Instruir al paciente en técnicas de relajación, si resulta necesario.</li> <li>• Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.</li> </ul> <p><b>Modificación de la conducta</b> (4360)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentar al paciente a personas o grupos que hayan superado con éxito la misma experiencia.</li> <li>• Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos del paciente por cambiar la conducta.</li> <li>• Ofrecer refuerzo positivo a las decisiones del paciente cuando se observa que han sido tomadas de forma independiente.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar los más pequeños éxitos producidos.</li> <li>• Desarrollar un método (gráfico...) para registrar la conducta y sus cambios.</li> <li>• Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación, si procede.</li> <li>• Elegir refuerzos que tengan sentido para el paciente.</li> <li>• Administrar los refuerzos inmediatamente después de que aparezca la conducta (acordada/deseable).</li> <li>• Realizar un seguimiento de refuerzo (según necesidad y disponibilidad del paciente contacto) telefónico o personal.</li> </ul> <p><b>Asesoramiento</b> (5240)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar información objetiva según sea necesario y si procede.</li> <li>• Expresar oralmente la discrepancia entre los sentimientos y conducta del paciente.</li> <li>• Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades.</li> <li>• Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados.</li> </ul>

**Metodología.**

Los primeros momentos de esta Etapa son cruciales, por el gran riesgo de recaída, motivo por el cual se debe acordar un seguimiento frecuente, en el primer mes y a ser posible semanal, previo acuerdo con el paciente.

La intervención individual y con la participación de las personas de apoyo que el paciente haya permitido o solicitado, será la adecuada en esta Etapa. La intervención grupal puede ser oportuna en algunos casos, siempre que el paciente lo acepte.

El profesional debe desarrollar estrategias motivacionales, felicitar su determinación para dejar de beber y los logros conseguidos (reducción o abandono del alcohol), lo que constituye un refuerzo positivo para su cambio de conducta. Así mismo, se debe hacer un ofrecimiento directo y claro de ayuda (telefónica o presencial) cada vez que lo precise.

Aumentar el afrontamiento del problema, iniciar y mantener la modificación de la conducta de consumo de alcohol y el asesoramiento personalizado y permanente constituyen las intervenciones, pilares básicos en esta etapa.

Todo ello apoyado en diversa actividades donde prima la monitorizar de las acciones y estrategias acordadas en la Etapa anterior para identificar las situaciones de riesgo y buscar alternativas:

- **Control del consumo:** Valorar y analizar conjuntamente los registros de consumo y todos y cada uno de los parámetros registrados:
  - Días de la semana y horarios de consumo.
  - Tipo de bebidas y cantidad.
  - Lugar: entorno familiar, laboral o de ocio.
  - Forma de consuma: solo o en compañía.
  - Estado anímico en que se producen los consumos.

Todo ello permitirá evaluar el proceso de acción, percatarse exactamente cual es su patrón de consumo, que situaciones o circunstancias le hacen más vulnerable e influye en el consumo... De tal forma que, para cada una de ellas se busque alternativas para reducirlas o neutralizarlas.

- **Resistir la pulsión de beber:** valorar los resultados de aquellas estrategias acordadas (ocupar las manos, masticar chicle sin azúcar, beber grandes cantidades de agua o zumos ricos en vitamina C, comer frutas y verduras, evitar el picoteo, practicar sencillos ejercicios de relajación (varias respiraciones profundas seguidas). Comprobar el grado de eficacia y cuales no lo han sido, incorporar otras que se consideren para su situación.
- **Beber más despacio:** verificar las estrategias usadas y el éxito de cada una de ellas para mantenerse en los límites establecidos:
  - Reduce la velocidad con la que ingiere la bebida.
  - Elige bebidas con menor graduación; las fermentadas a las destiladas o seleccionar cerveza y vinos de baja graduación. Evita las bebidas alcohólicas dulces, preparados o ciertos combinados de alcohol y zumo de frutas.
  - Controla el tiempo entre cada consumición: Valorar los registros del tiempo que tarda en consumir una copa (una consumición al menos en 12 sorbos dejando pasar por lo menos un minuto entre sorbo y sorbo o bien añadiendo más hielo).
  - Evita el automatismo, deja la bebida en la mesa o en la barra tras cada sorbo.
  - Espacia el consumo de bebidas alcohólicas decidiendo cada cuanto tiempo va a tomar una (por ejemplo, cuatro consumiciones en cuatro horas, no pide la siguiente hasta pasado los 60 mts desde que pidió la anterior, aunque la haya bebido en 15 mts).
  - Intercala actividades, no solo consume alcohol; comer y evita productos muy salados, éstos generan más deseos de beber; esta ocupado y activo con juegos.

Este ejercicio de valoración y análisis permite identificar las estrategias usadas y cuales le han resultado útiles para seguir usando y /o buscar otras que crea le puedan ser de ayuda.

- **Rechazar consumiciones alcohólicas:** constatar si ha sido capaz o no de rechazar y en que situaciones le ha sido más difícil o imposible y en cuales no. Que formas de rechazo ha usado (verbal o no verbal) y cuales le han sido útiles, lo cual permitirá determinar las situaciones y personas que le invitan al consumo y deberá evitar.
- **Grado de apoyo social:** Investigar el grado de apoyo y acompañamiento que ha tenido, cuales han sido más eficaces (familia, amigos, compañeros) y cuales no; en que momento han sido decisivos. Reforzar e incorporar al proceso a las personas más significativas, asesorar en nuevas estrategias de acompañamiento. Las personas implicadas pueden constituir un elemento terapéutico, que el profesional puede incorporar al proceso de cambio.

- **Romper la cadena conductual.** Descubrir activadores del consumo de alcohol: Afrontar situaciones difíciles, identificar qué lugares, personas, momentos del día, emociones, sensaciones físicas o psíquicas o actividades han favorecido el consumo de alcohol o viceversa. A partir de lo cual se podrá planificar estrategias para neutralizarlas, bien, evitando los activadores, bien modificando las circunstancias que conllevan a dichos activadores.

- **Cambiar la rutina.** Sustituir el alcohol: Corroborar la práctica de actividad física o deportiva o bien seguir animando, ayudar al paciente a buscar actividades que sustituyan aquellas que le conducen al consumo de alcohol y a cambiar el entorno habitual de consumo, es de gran utilidad.

- **Recompensas:** Averiguar si ha sido capaz de darse un premio por los logros. Cuales han sido, cómo lo ha hecho y cual ha sido el efecto... han sido premios muy personales, accesibles, variados y un "extra" en su vida. Esta actitud puede suponer un importante efecto motivador.

- **Facilitar que verbalmente exponga los beneficios percibidos:** El hecho de reconocer las mejoras que ha obtenido (mirar hacia atrás) o las que puede obtener de seguir con el cambio (mirar hacia delante); este ejercicio de análisis y reflexión supone un elemento motivador aumentando la autoeficacia.

- **Acordar el plan hasta la próxima visita:** Los nuevos acuerdos dependerán de los resultados de la valoración de todos y cada uno de los aspectos anteriores, por lo que el Plan se puede mantener o modificar.

- **Asesorar sobre la aparición de nuevas situaciones. Periodo de duelo:** Explicar la posible aparición de un periodo de duelo, explicar en que consiste y como lo puede sobrellevar. Buscar alternativas para llenar ese "vacío", como puede ser, la práctica regular de actividad o deporte en grupo, si es posible, esto permite rodearse de otro entorno de compañeros o amigos que no tienen relación con el consumo de alcohol, iniciar nuevas actividades de ocio, volver a realizar alguna habilidad o afición que se tuviera anteriormente.

Todo ello permite monitorizar/tutorizar la eficacia de las estrategias, identificar las situaciones de riesgo y buscar alternativas para el día a día, reforzar los logros, apoyar y recompensar al paciente en su proceso de cambio, evitando en todo momento juzgar o penalizar, aun no cumpliendo con todos los resultados esperados.

En visitas sucesivas, mantener la monitorización de los parámetros que se consideren oportunos, seguir asesorando sobre el afrontamiento del periodo de duelo, investigar la adhesión al tratamiento, posibles efectos secundarios de la medicación, si la hubiera, confirmar la reducción o ausencia del consumo de alcohol, valorar constantes o parámetros bioquímicos alterados o de control, entre otras actividades.

Es conveniente concertar una visita dos semanas después del inicio del abandono del alcohol, en la que se suele producir la etapa de duelo.

Pasado el primer mes puede entrar en un periodo de normalización, no obstante, el peligro de la recaída sigue siendo importante; informar sobre la posible aparición de una falsa sensación de seguridad, la cual puede llevarle a la recaída, pensando que “por una vez no pasa nada”, o bien, “que ya puede controlar...”.

No todas las personas que están dejando de beber desean realizar un seguimiento programado. La recomendación de realizar seguimiento a toda persona bebedora que realiza un intento de abandono, se basa en la opinión de expertos. Conviene, en todo caso, pactar la forma y manera de realizarlo. Recordar que se considera que permanece en la Etapa de Acción durante los 6 primeros meses, una vez superado este periodo, pasa a la Etapa de Mantenimiento, periodo de consolidación de la nueva conducta, donde aún sigue persistiendo el riesgo de la recaída.

### 3.2.3.5 Plan de Cuidados sugerido en personas con consumo de riesgo en Etapa de Mantenimiento.

Se considera que una persona está en Etapa de Mantenimiento, cuando ha permanecido más de seis meses con abstinencia de alcohol o consumos por debajo de la franja de bajo riesgo (de 17 UBE/semana en hombres y 11 UBE/semana en mujer).

Mantener un cambio más allá de los seis primeros meses, es el reto de todo proceso de cambio de conducta, máxime cuando dicha conducta tiene componentes adictivos como ocurre con el alcohol; por ello, durante esta Etapa los esfuerzos están encaminados a reforzar la nueva conducta y prevenir la recaída.

Se identifica claramente, su **Disposición para mejorar la gestión de su propia salud**, lo cual es indispensable para lograr mantener a lo largo del tiempo una **Conducta terapéutica** respecto del consumo de alcohol (abstinencia o consumo por debajo de franja de bajo riesgo) y además el **Control del Riesgo de consumo de alcohol**; es decir, de recaída. Las intervenciones irán dirigidas a **Ayudar en la modificación de si mismo**, reforzando su nueva conducta y prevenir las situaciones que puedan favorecer la recaída mediante la **Guía de anticipación**.

#### Plan de Cuidado sugerido en etapa de Mantenimiento

**Diagnóstico NANDA:** Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162)

Resultado NOC	Intervenciones NIC
<p><b>Conducta terapéutica enfermedad o lesión</b> (1609)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cumple las precauciones recomendadas.</li> <li>Cumple el régimen terapéutico recomendado.</li> <li>Evita conductas que potencien la patología (el consumo de alcohol).</li> </ul>	<p><b>Ayuda en la modificación de si mismo</b> (4470)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ayudar al paciente a evaluar el progreso mediante la comparación de registros de la conducta previa con la actual.</li> <li>Ayudar al paciente a identificar las circunstancias o situaciones en las que se produce la conducta ingesta de alcohol (señales desencadenantes).</li> <li>Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños.</li> <li>Ayudar al paciente a identificar los métodos de control de las señales conductuales.</li> </ul>
<p><b>Control del riesgo consumo de alcohol</b> (1903)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisa el ambiente para valorar factores que favorecen el abuso de alcohol.</li> <li>Supervisa los patrones personales del consumo de alcohol.</li> <li>Desarrolla estrategias efectivas de control del consumo de alcohol.</li> <li>Utiliza sistemas de apoyo personales para controlar el abuso de alcohol.</li> <li>Supervisa los cambios en el estado de salud.</li> <li>Controla la ingesta de alcohol.</li> </ul>	<p><b>Guía de anticipación</b> (5210)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados.</li> <li>Planificar las actividades de disminución de riesgos, en colaboración con el individuo/grupo.</li> </ul>

**Metodología.**

La intervención individual en esta Etapa irá encaminada a prevenir la recaída, ayudando al paciente a seguir identificando las situaciones de riesgo que le pueden llevar a la conducta anterior y a desarrollar estrategias para prevenirlas mediante un afrontamiento eficaz, puede ser útil para ello seguir monitorizando aquellos aspectos que se valoren como sus puntos débiles, para la prevención de la recaída.

Mantener la motivación y la autoeficacia son las premisas básicas de intervención. Ayudar en la modificación de si mismo mediante el refuerzo positivo y el análisis conjunto del proceso, logros alcanzados, situaciones de riesgo experimentadas, superadas o no, estrategias preventivas y/o de afrontamiento y establecer una guía de anticipación para la prevenir la recaída.

El seguimiento periódico en esta etapa sigue siendo importante, se puede realizar bien de forma específica o integrada en el seguimiento de otros factores de riesgo o procesos patológicos o mediante cualquier otro tipo de contacto, presencial o no, que le resulte accesible y cómodo al paciente.

3.2.3.6 Plan de Cuidados sugerido en Personas con consumo de riesgo en Etapa de Recaída.

La Recaída es una Etapa más en la rueda del Cambio, siendo el alcohol, uno de los hábitos donde más altas tasas de abandonos se producen. Entre los motivos que lo provocan, además de tener que superar la dependencia física es la social. Dejar de beber supone sobre todo cambiar rutinas, el entorno de ocio, las relaciones personales ligadas al consumo, etc.

La recaída puede aparecer en cualquier etapa del ciclo de cambio y el paciente puede situarse nuevamente en cualquiera de ellas. Puede incluso volver a la Precontemplación, o bien, necesitar solo reactivar la motivación para volver a la Acción.

La Recaída supone el **Incumplimiento** de las medidas de reducción o abstinencia de alcohol. El plan de cuidados en esta Etapa, persigue activar la **Motivación** y volver a la **Conducta de cumplimiento** y **Afrontamiento del problema** **Facilitando la autorresponsabilidad** y nuevamente **Estableciendo objetivos comunes** y el **Acuerdo con el paciente** para reiniciar el proceso de cambio de conducta desde la etapa a la que haya retrocedido el paciente.

**Plan de Cuidado sugerido en etapa de Recaída**

**Diagnóstico NANDA: Incumplimiento (00079)**

Resultado NOC	Intervenciones NIC
<p><b>Motivación (1209)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acepta las responsabilidades de las acciones.</li> </ul>	<p><b>Facilitar la autorresponsabilidad (4480)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones, y miedos por asumir la responsabilidad.</li> <li>• Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría fácilmente asumir más responsabilidad.</li> </ul>
<p><b>Conducta de cumplimiento (1601)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunica seguir la pauta prescrita.</li> <li>• Conserva la cita con un profesional sanitario.</li> <li>• Realiza la actividad de la vida diaria según prescripción.</li> </ul>	<p><b>Establecimiento de objetivos comunes (4410)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el reconocimiento por parte del propio paciente de su problema.</li> <li>• Animar al paciente a identificar sus virtudes y habilidades.</li> <li>• Explorar con el paciente distintas formas para conseguir los mejores objetivos.</li> <li>• Ayudar al paciente a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos.</li> </ul>
<p><b>Afrontamiento del problema (1302)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica patrones de superación eficaces.</li> <li>• Identificación de múltiples estrategias de superación.</li> <li>• Utiliza estrategias de superación efectivas.</li> </ul>	<p><b>Acuerdo con el paciente (4420)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a identificar las circunstancias actuales del ambiente que puedan interferir en la consecución de objetivos.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar los métodos para superar las circunstancias ambientales que puedan interferir en la consecución de objetivos.</li> <li>• Facilitar la implicación de familiares en el proceso de acuerdo, si así lo desea el paciente.</li> </ul> <p><b>Apoyo emocional (5270)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comentar la experiencia emocional con el paciente.</li> <li>• Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.</li> <li>• Apoyar mecanismos de defensa adecuados.</li> <li>• Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.</li> </ul>

### Metodología.

Recordar que, la mayoría de las personas bebedoras de riesgo y bebedoras problemas que dejan de beber, recaen a lo largo de la vida en varias ocasiones; ante esta situación se debe evitar la desmoralización tanto en el profesional como en el paciente. Es clave afrontar esta situación de forma adecuada. No dramatizar ni culpabilizar. Recaer no es un paso atrás, sino un paso más hacia el cambio.

La intervención indicada en esta Etapa es la individual, para poder desarrollar y facilitar el proceso de análisis y reflexión que el paciente debe realizar para poder reactivar la motivación y volver al proceso de cambio. La experiencia obtenida, Identificando los puntos débiles y fortalezas constituye un elemento de máximo valor, siendo un recurso terapéutico importante para el nuevo intento. La Entrevista Motivacional será la herramienta que ayude a llevar a cabo de forma eficaz las diferentes actividades de las Intervenciones sugeridas.

El apoyo familiar y social es importante, por ello si la persona lo considera, éstos pueden formar parte del nuevo Plan. Identificar las circunstancias en que se ha consumido alcohol y reforzar la motivación será clave. Ofrecer apoyo, sin culpabilizar y resituar al paciente en la etapa correspondiente para poder reiniciar el proceso.

Usar de base el análisis realizado en las monitorizaciones realizadas a lo largo del proceso, ayudará para planificar las nuevas estrategias, orientando hacia donde y cuales han

sido las causa o desencadenante de dicha situación, repasar cada una de ellas facilita la planificación mas acertada para determinar el plan y la volver a modificar el consumo.

### 3.2.3.7 Plan de Cuidados sugerido en bebedor problema.

El bebedor problema es aquella persona que a causa de su consumo de alcohol presenta algún problema físico, psíquico, familiar, social, laboral, legal o económico. En estas situaciones el objetivo terapéutico es la abstinencia total del consumo de alcohol y según el grado de dependencia, requerirá una deshabituación con terapia farmacológica y apoyo habitualmente de atención especializada y grupos de autoayuda.

Desde nuestro ámbito además de detectar al bebedor problema y colaborar en su derivación al ámbito específico, si procede, podemos establecer un Plan de Cuidados, similar al bebedor de riesgo, para cada una de las Etapas.

Los problemas a nivel familiar detectados permiten identificar **Procesos familiares disfuncionales**: motivados por la situación de **alcoholismo**, cuyo objetivo busca el **Afrontar los problemas** que está ocasionando el consumo de alcohol en el ámbito familiar, mediante el **Mantenimiento en procesos familiares** y el **Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas**.

#### Plan de Cuidado sugerido en bebedor problema

##### Diagnóstico NANDA: Procesos familiares disfuncionales (00063)

Resultado NOC	Intervenciones NIC
<b>Afrontamiento de los problemas de la familia (2600)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones.</li> <li>• Utiliza estrategias para controlar el conflicto familiar.</li> <li>• Utiliza el sistema de apoyo familiar disponible.</li> </ul>	<b>Mantenimiento en procesos familiares (7130)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares.</li> <li>• Ayudar a los miembros de la familia a poner en práctica estrategias de normalización de su situación.</li> <li>• Ayudar a la familia a utilizar los mecanismos de apoyo existentes.</li> </ul>
	<b>Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas (4510)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a los miembros de la familia a reconocer que la dependencia de sustancias (alcohol) es una enfermedad familiar.</li> <li>• Discutir con el paciente el impacto que tiene el consumo (de alcohol) en el estado físico y/o psíquico o la salud en general.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar los efectos de la dependencia (alcohol) sobre la salud familia y los quehaceres diarios.</li> <li>• Ayudar al paciente a seleccionar actividades alternativas que sean incompatibles con la sustancia consumida (alcohol).</li> <li>• Ayudarle a aprender métodos alternativos para enfrentarse al estrés o distrés emocional.</li> <li>• Animar al paciente a mantener un registro detallado del consumo para evaluar el progreso.</li> <li>• Identificar grupos de apoyo en la comunidad para el tratamiento a largo plazo del abuso de sustancias (alcohol).</li> </ul>

### Metodología.

Desde el punto de vista del abordaje, hay que tener en cuenta que la mayor parte de estas personas presentan carencias afectivas, que muchas de ellas se han educado en ambientes de consumo habitual de alcohol y que la negación del problema es la tónica habitual de conducta.

La valoración específica de la familia se hace necesaria en este tipo de personas por varios motivos, por un lado determinar el grado de repercusión en la función familiar, por otro lado, es necesario el apoyo de la familia a persona bebedora a lo largo de todo el proceso de abandono del consumo de alcohol.

Desde el punto de vista de la intervención, con los bebedores problemas primero habría que conseguir adherencia al profesional, es decir, que lo considere como una ayuda y no como una amenaza. Este proceso puede durar varias sesiones y dependerá fundamentalmente de la relación terapéutica que se establezca entre profesional – paciente, evitando juzgar o culpar.

En estas situaciones se considerará la necesidad de derivación a profesionales especializados.

El plan de cuidados que se aplica en este tipo de personas pasa por la entrevista motivacional y las Etapas de cambio de Prochaska y Diclemente similares a las descritas para el bebedor de riesgo.

## 4. RECURSOS DIDÁCTICOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ALCOHOL: SERVICIO DE AULAS DE SALUD

El Servicio Aulas de Salud contempla acciones determinadas en educación grupal sobre el alcohol.

Presenta un taller específico sobre el alcohol y un abanico de dinámicas tales como:

- "Mi cuerpo y el alcohol".
- "Los vasos medidores".
- "El Bar de la salud".
- "No quiero...y punto".
- "El Trivial del alcohol".
- "El juego de mitos y refranes".
- "Video Forum".

## 5. RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD

Informar/comunicar a la población de la importancia de los efectos perjudiciales del alcohol y, si se consume, mantenerse en la "franja de bajo riesgo".

Colaborar con otras instituciones de la zona, promoviendo estilos de vida cardiosaludables en relación al alcohol (ayuntamiento, asociaciones de vecinos, medios de comunicación locales...)

Colaborar con los centros educativos de la zona en la prevención del consumo de alcohol en la población infantil y juvenil, integrarlas en las actividades del Programa de Escuelas Promotoras de Salud. En estas actividades pueden participar personas ex-alcohólicas.

Como recurso didáctico para intervención grupal comunitaria, el Ministerio de Sanidad Igualdad y Política Social cuenta con dos campañas interesantes que pueden ser de utilidad, una relacionada directamente con el alcohol y menores y otra con salud cardiovascular. Las direcciones en Internet son las siguientes:

<http://www.msps.es/campannas/campanas07/alcohol-menores9.htm>

<http://www.msps.es/campannas/campanas07/cardiovascular.htm>

### Anexos.

## 1. ELEMENTOS DE LAS INTERVENCIONES BREVES EFECTIVAS EN EL ABORDAJE DEL ALCOHOL.

Se relacionan una serie de elementos a tener en cuenta en una intervención breve:

**Retroalimentación** con el riesgo o deterioro personal y los resultados obtenidos, como un instrumento para promover el cambio.

### Énfasis en la responsabilidad personal.

**Evitar la ambigüedad:** consejo claro y explícito, verbal o escrito, de moderación (en las personas bebedoras problemas). En las bebedoras de riesgo se debe incluir:

- **Información positiva sobre los beneficios de la moderación** (mejora de salud, ahorro de dinero, evitar problemas).
- **Información sobre el peligro de la ingesta excesiva de alcohol, enfocada sobre sus circunstancias personales.**
- **Negociación de un pacto de consumo en la franja de bajo riesgo** (menos de 11UBE/semana para la mujer y menos de 17 UBE/semana para el hombre).
- **Incluir material educativo de apoyo si se dispone de él.**

**Opciones alternativas** incrementan la posibilidad de que un individuo encuentre una alternativa apropiada y aceptable para su propia situación:

- No beber nunca en ayunas.
- Poner un límite por día, por semana y ocasión.
- Beber lentamente y sin mantener el vaso en la mano entre cada sorbo.
- No dejar la botella a mano para la próxima copa.
- Tomar bebidas no alcohólicas.
- Utilizar bebidas de poca graduación en vez de bebidas fuertes.
- Si bebe a diario, hacer pausas en el consumo, no bebiendo nada de alcohol durante 4-5 días.
- Practicar el rechazar bebidas y decidir no beber en algunas ocasiones.

- No tomar parte en la "rondas" ni obligar a beber a los demás.
- No beber en situaciones de riesgo (embarazo, trabajo, conducción, tomando medicamentos).
- No beber para solucionar problemas personales (angustia, nerviosismo...).
- No apagar nunca la sed bebiendo alcohol.

Empatía: la entrevista necesita de un clima cálido, reflexivo y de comprensión.

Insistir en la capacidad de éxito e inspirar optimismo. Fomentar la esperanza de que es capaz de modificar un hábito, es un elemento efectivo del consejo motivacional.

## 2. TABLA DE EQUIVALENCIAS DE GRAMOS DE ETANOL Y UNIDADES BÁSICAS ESTÁNDAR (UBE).

Cálculo del consumo de alcohol en gramos y en Unidades Básicas Estándar (\*)

Tipo de Bebida	Volumen	UBE	Gramos
<b>Vino</b>	1 vaso (100 cc.)	1	10
	1 botella	8	80
<b>Cerveza</b>	1 caña (200 cc.)	1	10
	1 litro	5	50
<b>Copas</b>	1 Whisky ginebra (50 cc.)	2	
	1 ron / cognac (50 ml.)	2	20
	1 combinado (50 ml.)	2	20
	1 botella (1 litro)	40	400
<b>Carajillo</b>	1 carajillo (25 cc.)	1	10
<b>Otros</b>	"Chupito" licor (25 cc.)	1	10
	Anis (50 cc.)	1	10
	Jerez (50 ml.)	1	10
	Cava (50 ml.)	1	10
	Vermut (100 cc)	2	20

(\*) 1 UBE ("drink") = 10 gramos de alcohol puro.





### 3. TEST DE CAGE

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

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

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

#### Test de CAGE CAMUFLADO

Preguntas	Respuestas	Puntos
1. ¿Piensa usted que come demasiados dulces?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2. ¿Le han ofrecido alguna vez un porro o una dosis de cocaína?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>3. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?</b>	<b>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>	
4. ¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio semanalmente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
5. ¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>6. ¿Ha tenido usted la impresión de que debería beber menos?</b>	<b>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>	
7. ¿Se ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
8. ¿Le han comentado alguna vez que debería comer más frutas y verduras?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>9. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber?</b>	<b>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>	
10. ¿Le han comentado en alguna ocasión que debería fumar menos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>11. ¿Alguna vez lo primero que se ha planteado por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de la resaca?</b>	<b>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>	
12. ¿Se ha planteado en alguna ocasión cambiar su costumbre de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Las 4 preguntas 3, 6, 9 y 11 (marcadas en negrita) son puntuables. El punto de corte se sitúa en dos o más respuestas afirmativas, de las puntuables.

## 4. CUESTIONARIO MALT

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

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

Total puntos:

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

Total puntos:

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



### INSTRUCCIONES

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

Las preguntas del apartado MALT-O serán cumplimentadas por el profesional sanitario.

En ese caso cada respuesta afirmativa tiene un valor de cuatro puntos.

Una puntuación de > 11 puntos indica alcoholismo o dependencia al alcohol.

Total MALT-S

Total MALT-O

Total

## 5. CUESTIONARIO AUDIT

El AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), ha sido diseñado para su uso en Atención Primaria validado en nuestro país para detectar bebedores de riesgo cuando se obtiene una puntuación  $>8$  y para la dependencia con puntuación  $>12$ .

La puntuación que corresponde a cada respuesta es la que se indica en el paréntesis.

1. ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida que contenga alcohol?
  - (0) Nunca.
  - (1) Menos de una al mes.
  - (2) Dos o tres veces al mes.
  - (3) Dos o tres veces por semana.
  - (4) Cuatro o más veces por semana.
2. ¿Cuántas "bebidas alcohólicas" suele tomar durante un día normal en el que ha bebido?.
  - (0) 1 ó 2.
  - (1) 3 ó 4.
  - (2) 5 ó 6.
  - (3) 7 ó 9.
  - (4) 10 ó más.
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más "bebidas" en una sola ocasión?.
  - (0) Nunca.
  - (1) Menos de una vez al mes.
  - (2) Una vez al mes.
  - (3) Una vez a la semana.
  - (4) Diariamente o casi a diario.
4. ¿Con qué frecuencia en el último año ha sentido incapacidad de parar de beber una vez que había comen-zado?.
  - (0) Nunca.
  - (1) Menos de una vez al mes.
  - (2) Una vez al mes.
  - (3) Una vez a la semana.
  - (4) Diariamente o casi a diario.
5. ¿Con qué frecuencia durante el último año no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a la bebida?.
  - (0) Nunca.
  - (1) Menos de una vez al mes.
  - (2) Una vez al mes.
  - (3) Una vez a la semana.
  - (4) Diariamente o casi a diario.
6. Durante el último año, ¿con qué frecuencia necesitó tomar alguna "bebida alcohólica" por la mañana para poder ponerse en funcionamiento?.
  - (0) Nunca.
  - (1) Menos de una vez al mes.
  - (2) Una vez al mes.
  - (3) Una vez a la semana.
  - (4) Diariamente o casi a diario.
7. Durante el último año, ¿con qué frecuencia se sintió culpable o con remordimientos después de haber bebido?.
  - (0) Nunca.
  - (1) Menos de una vez al mes.
  - (2) Una vez al mes.
  - (3) Una vez a la semana.
  - (4) Diariamente o casi a diario.
8. Durante el último año, ¿en cuántas ocasiones no fue capaz de recordar lo que había pasado la noche anterior por haber estado bebiendo?.
  - (0) Nunca.
  - (1) Menos de una vez al mes.
  - (2) Una vez al mes.
  - (3) Una vez a la semana.
  - (4) Diariamente o casi a diario.
9. ¿Usted u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que usted hubiera bebido?.
  - (0) No.
  - (2) Sí, pero no en el último año.
  - (4) Sí, durante el último año.
10. ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado su preocupación por su consumo o le ha sugerido que deje de beber?.
  - (0) No.
  - (2) Sí, pero no en el último año.
  - (4) Sí, durante el último año.

**PUNTUACIÓN TOTAL:** es la suma de los valores de cada respuesta.

- Bebedor de riesgo puntuación  $>8$
- Bebedores con dependencia  $>12$

**Tabla resumen de Cuestionarios de detección de alcoholismo  
(Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría, 2000)**

Cuestionario	Nº de preguntas	Existe validación Española	Sensibilidad y Especialidad	Puntos de corte para dependencia	Observaciones
CAGE	4	Sí (Rodríguez- Martos, 1986)	S: 65-100% E: 80-100%	2	El más extendido en Atención Primaria.
MALT	33	Sí (Rodríguez- Martos, 1993)	S: 100% E: 82%	11	Demasiado largo para utilizarlo rutinariamente.
AUDIT	10	Sí (Rubio y Carlos, 1998)	S:80% E:90%	8 uso perjudicial y 12 para dependencia	Discrimina entre consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia.

Fuente: adaptado de la Guía Clínica para el abordaje de trastornos relacionados con el alcohol. Junta de Andalucía. 2007

## 6. INTERACCIÓN DE FÁRMACOS CON LA INGESTA DE ALCOHOL.

### Interacciones alcohol-medicamentos

Clasificación	Compuesto	Interacción
<b>Analgésicos</b>	AINE (salicilatos)	• Potencia el efecto ulcerogénico de los AINE por aumentar la secreción ácida gástrica.
	Paracetamol.	• Ingesta aguda de alcohol: Aumenta la vida media. • Ingesta crónica de alcohol: inducción del citocromo CYP2E1, disminuye su vida media. En ambos casos aumenta la hepatotoxicidad del paracetamol.
<b>Anestésicos</b>	A. narcóticos Halotano, Enflurano	• Potenciador del efecto depresor en el SNC. • Induce el citocromo CYP2E1, aumentando su toxicidad
<b>Ansiolíticos Hipnóticos</b>	Benzodiazepinas	• Potenciador del efecto depresor en el SNC.
	Meprobamato	• Potenciador del efecto depresor en el SNC.
<b>Antiandrogénicos</b>	Ciproterona	• Reducción del efecto clínico de la ciproterona.
<b>Antiarrítmicos</b>	Procainamida	• Reducción de la vida media de la procainamida.
	Disopiramida	• Aumento del aclaramiento renal del fármaco.
<b>Antiasmáticos</b>	Teofilinas	• Aumento de las concentraciones plasmáticas y efectos farmacológicos de las teofilinas.
<b>Anticoagulantes</b>	Dicumarol	• Ingesta aguda de alcohol: potencia el efecto anticoagulante. • Ingesta crónica de alcohol: Reducción del efecto anticoagulante.
<b>Anticolinérgicos Antiepilépticos</b>	Barbitúricos	• Potenciador de sus efectos depresores en el SNC • Ingesta aguda de alcohol: prolonga la vida media • Ingesta crónica de alcohol: aumento de su metabolismo.
	Fenitoína	• Ingesta aguda de alcohol: prolonga la vida media. • Ingesta crónica de alcohol: aumento de su metabolismo. En esta circunstancia puede ser preciso administrar dosis mayores de fenitoína.
	Otros antiepilépticos	• Posible potenciación de sus efectos depresores en el SNC.

Interacciones alcohol-medicamentos		
Clasificación	Compuesto	Interacción
<b>Antidepresivos tricíclicos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Potenciación de sus efectos en el SNC.</li> </ul>
<b>Antidiabéticos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>El alcohol enmascara los signos de hipoglucemia y puede producir hipoglucemia. El consumo de alcohol (depresión del SNC) y el consumo de antidiabéticos (posible aparición de hipoglucemia) hace que deba desaconsejarse en conductores de vehículos y personas que realizan trabajos de riesgo (construcción...).</li> </ul>
	<b>Insulina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potenciación del efecto hipoglucemiante por reducción de la glucogénesis hepática.</li> </ul>
	<b>Sulfonilureas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potenciación del efecto hipoglucemiante.</li> <li>Efecto difluirán (acumulación de cetaldehído) especialmente con Clorpropamida.</li> </ul>
	<b>Biguanidas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potenciación del efecto hipoglucemiante.</li> <li>Hiperlactacidemia.</li> </ul>
<b>Antihipertensivos</b>	<b>Antagonistas del calcio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Felodipino y nimodipino: aumento de sus efectos farmacológicos.</li> <li>Verapamilo: aumento de la concentración de alcohol</li> </ul>
	<b>Vasodilatadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guanetidina, hidralazina, metildopa: aumento del efecto hipotensor.</li> </ul>
	<b>Nitratos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento del efecto hipotensor.</li> </ul>
	<b>Propranolol</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reducción de sus efectos farmacológicos.</li> </ul>
<b>Antihistamínicos-H1 Antihistamínicos-H2</b>	<b>Cimetidina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Posible potenciación de los efectos depresores en el SNC.</li> <li>Inhibición del sistema microsomal hepático y potenciación de los efectos del alcohol.</li> </ul>
<b>Antiinfecciosos</b>	<b>Doxiciclina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reducción del efecto antimicrobiano.</li> </ul>
<b>Antimaniacos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Reducción de los valores séricos de litio.</li> </ul>
<b>Antineoplásicos</b>	<b>Metrotexato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento de la toxicidad hepática.</li> </ul>
<b>Antiparkinsonianos</b>	<b>Bromocriptina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento efectos tóxicos.</li> </ul>
<b>Antipsicóticos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Potenciación de los efectos depresores en el SNC.</li> </ul>
<b>Psicoestimulantes</b>	<b>Anfetaminas y cafeína</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No antagonizan los efectos depresores en el SNC.</li> <li>Los resultados de la ingesta de alcohol y anfetaminas/cafeína son variables (cierto grado de antagonismo o sinergismo) en función de si cuando se ingieren los psicoestimulantes la persona esta mostrando los efectos "inhibitorios" o "depresores" del alcohol. Se ha descrito aumento de la toxicidad cardiaca con el consumo conjunto de metanfetaminas y alcohol.</li> </ul>

Tomada de Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Protocolos 1/2009. Alcohol. Febrero 2009.

## Bibliografía

1. Plan de Salud de Canarias. Encuesta de salud de Canarias, Disponible en: [http://www.gobiernodecanarias.org/istac/estadisticas/salud\\_2004/salud2004.html](http://www.gobiernodecanarias.org/istac/estadisticas/salud_2004/salud2004.html).
2. Cabezas Peña C, Robledo de Dios T, Marqués F, Ortega Sánchez-Pinilla R, Nebot Adella M, Mejido Badía MJ et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Grupo de expertos del Papps. Aten Primaria. 2007; 39 Supl 3: 27-46.
3. 58ª Asamblea Mundial de la Salud. Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol. Disponible en: [http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/FINALWHA58\\_26.pdf](http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/FINALWHA58_26.pdf).
4. Álvarez-Sala LA, Valderrama M, Porres A, Gómez Gerrick JA, Rodríguez-Gorostiza FJ, Torres FJ, Millán JI, Alcohol y enfermedad cardiovascular. Cardiovascular Risk Factors. 2000; 9 (5): 328-341.
5. Estruch R. Efectos del alcohol en la fisiología humana. Adicciones: revista sociodrogalcohol. 2002; 14 (1): 43-62. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oiart?codigo=815048>.
6. Plan Nacional sobre Drogas. 1ª Conferencia sobre Prevención y Promoción de la Salud en la práctica clínica en España, prevención de los problemas derivados del alcohol. MSC, 2007.
7. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. A public health perspective. Institute of Alcohol Studies, UK 2006. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health-eu/news\\_alcoholineurope\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm)
8. Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas, informe 2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/home.htm>
9. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Escolar sobre drogas en población escolar. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2006.pdf>
10. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en España 2007-2008.
11. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: ELSEVIER; 2013.
12. Marjory Gordon. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 10ª ed. Barcelona: Elsevier.
13. Sue Moorhead, Marion Jonson, Meridean Maas, Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
14. Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
15. Marion Jonson, Gloria Bulechek, Howard Butcher, Joanne McCloskey Dochterman, Meridean Maas, Sue Moorhead, Elizabeth Swanson. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
16. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular. Guía clínica basada en la evidencia. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud; 2008.
17. Rosalinda Alfaro, RN, MSN. Aplicaciones del Proceso de Enfermería: Guía Práctica. Barcelona: Doyma; 1998.
18. María Teresa Luis Rodrigo. Los diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
19. Currel R, Urquhart C. Sistemas de registro de enfermería: Efectos sobre la práctica de la enfermería en la asistencia sanitaria. Revisión Cochrane traducida: biblioteca Cochrane Plus. Oxford: 2008; 3.
20. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, Van Achterber T. Improved Quality of Nursing Documentation: Results of a Nursing Diagnoses Interventions, and Outcomes Implementation Study. Int J Nurs Terminol Classif. 2007; 18(1): 1-2
21. Margaret Lunney, Phd, RN. Helping Nurses Use NANDA, NOC and NIC. Novice to Expert. NURSE EDUCATOR; 2006; 31(1): 40-46.
22. Cabrera de León A, Rodríguez Pérez MC, Almeida González D, Domínguez Coello S, Aguirre Jaime A, Brito Díaz B et al. Presentación de la cohorte "CDC de Canarias": objetivos, diseño y resultados preliminares. Rev Esp Salud Pública. 2008; 82 (5): 519-534.
23. Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, Zambon A, Poikolainen K. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. Addiction. 2000; 95:1505-23.
24. Fillmore KM, Kerr WC, Stockwell T, Chikritzhs T, Bostrom A. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: Systematic error in prospective studies. Addiction Research and Theory 2006; 14:101-32.
25. Lock C A, Kaner E, Heather N, Doughty J, Crawshaw A, McNamee P et al. Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: a cluster randomized controlled trial, J Adv Nurs. 2006 May; 54(4): 426-39. NHS Economic Evaluation Database (NHS EED).
26. Ballesteros J, Ariño J, González-Pinto A, Querejeta I. Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria. Gaceta Sanitaria, 2003, 17 (2): 116-122.
27. Hernández Pérez AE, García Campos ML, Álvarez Lara C. Influencia del apoyo educativo de enfermería en la capacidad de autocuidado de los consumidores de alcohol. Desarrollo Científ Enferm. 2005; 13 (16):179-182.
28. Rodríguez-Martos, A. Efectividad de las técnicas de consejo breve. Adicciones. 2002; 14 Supl 1: 337-351.
29. Guardia Serecigni J, Jiménez-Arriero M.A, Pascual Pastor P, Flórez Menéndez G, Contel Guillamón M. Alcoholismo, Guía Clínica basada en la evidencia. Sociodrogalcohol. Ed. Sociodrogalcohol. I.S.B.N.: 978-84-611-5803-4 Disponible en: [http://sociodrogalcohol.psiquiatria.com/documentos/guia\\_alcoholismo\\_08.pdf](http://sociodrogalcohol.psiquiatria.com/documentos/guia_alcoholismo_08.pdf)
30. Guía Clínica para el abordaje de trastornos relacionados con el consumo del alcohol. Editado por la Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. I.S.B.N. 978-84-690-5946-3.
31. Grupo de educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs. Guía de referencia rápida para abordar el abuso del alcohol. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC). Barcelona 2005. Enlace: [http://www.papps.org/upload/file/publicaciones/abuso\\_alcohol.pdf](http://www.papps.org/upload/file/publicaciones/abuso_alcohol.pdf)
32. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Realidades, mitos,

- efectos, tipos, riesgos abuso consumo dependencia Drogas.
33. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Protocolos 172009. Alcohol. Volumen 16, 21. Madrid. Febrero 2009
  34. Manual de Adicciones para médicos especialista en formación. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el alcohol el alcoholismo y las otras toxicomanías. 2009. 311-420
  35. Renm, J., Room, R., K., Monteiro, M., Gmel, G. y Sempos, C.T. The relationship of average volumen of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*; 2003. 98, 1209-1228.
  36. Sjögren, H., Eriksson, A. y Ahlm, K. Role of alcohol in unnatural deaths: a study of all deaths in Sweden. *Alcohol clinical and Experimental Research*; 2000. 24, 1050-1056.
  37. Pfefferbaum, A., Rosenbloom, M. y Sullivan, E.V. Sex differences in the effects of alcohol on brain structure. *American Journal of Psychiatry*; 2001. 158, 188-197
  38. De Belis, M.D., Glark, D.B., S.R., Soloff, P.H., Boing, A.M., Hall, J. et al. Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *American Journal of Psychiatry*; 2000, 157,737-744.
  39. Jacobson, J.L. y Jacobson SW. Effects of prenatal alcohol exposure on child development. *Alcohol Research and Health*; 2002. 26, 282-286.
  40. Rossow, I. Alcohol and suicide- beyond the link at the individual level. *Addiction*; 1996. 91, 1463-1469.
  41. Rossow, I. y Hauge, R. Who pays for the drinking? Characteristics of the extent and distribution of social harms from others drinking. *Addiction*; 2004. 99,1094-1102
  42. Leonard, K.E. Alcohol and intimate partner violence: when can say that heavy drinking is a contributing cause of violence? ; 2005. 100, 422-425
  43. Wells S. y Graham, K. Aggression involving alcohol: relationship to drinking patterns and social context. *Addiction*; 2003. 98, 33-42
  44. Blomberg, R.D., Moskowitz, H., M. y Florentino, D. Crash risk of alcohol involved drinking. Washintong DC.US: National Higway taffic. Safety Administration; 2002
  45. Bobes, J., Casas, M. y Guitierrez, M. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona; 2003
  46. Kendler, K.S., Prescott, C.A. Y Neale, M.C. Specficity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in mate twins. *American Journal of Psychiatry*; 2003. 160, 687-695
  47. Lui, I.C., Blacker, D.I., Xu, r., Fitzmaurice, G., Lyons M.J. y Tsuang M.T. Genetic and environmental contributions to the development of alcohol dependece in male twins. *Archives of General Psychiatry*; 2004. 61, 897-903
  48. Diamond, I. y Gordon, A.S. Cellular and molecular neuroscienceof alcoholiswm. *Psysiology Review*; 1997. 77, 1-20
  49. Griffith, E.J. y Cook, C.C. Treament of Drinking Problems a guide for the helping ptofessions fourth edition. Cambridge.RU:\_ Cambridg University Press; 2003
  50. Rodríguez- Martos, A., Navarro, R., Vecino, C. y Pérez, R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*; 1986. 11, 132-139
  51. Rubio, G., Bermejo, J. Caballero, M.C. y Santo Domingo, J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española*; 1998. 198, 11-14
  52. Rodríguez- Martos, A. y Suárez, R. MALT Münchner Alkoholismus Test). Validación de a versión española de este test para el diagnóstico del alcoholismo. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*; 1984. 16, 421-432
  53. Conmrors, G.J., Donovan, D.M. y DiClemente, C.C. Substance abuse treatment and the stages of change. New York (US): The Guilford Press; 2001
  54. William R., Miller Stephen Rollnick. La entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona; 2009
  55. Encuesta de Salud de Canarias 2009. Servicio Canario de la Salud. Instituto Canario de Estadística. Web: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac>, <http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs>
  56. Aulas de Salud. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/aplicacion.jsp?idCarpeta=1d83eb42-ee03-11dd-958f-c50709d677ea>