



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico 2014-2015

Trabajo Fin de Grado

**Caso clínico: Promoción del autocuidado
en el paciente alcohólico**

Alumna: Ana M^a Sastre Gómez

Tutora: D^a Eva Duránte de la Plaza

Junio, 2015

INDICE

1. RESUMEN.....	Pág. 2
2. ABSTRAD.....	Pág. 3
3. INTRODUCCIÓN.....	Pág. 4
- OBJETIVOS.....	Pág. 12
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	Pág. 13
5. RESULTADOS	Pág. 22
6. DISCUSIÓN.....	Pág. 24
7. BIBLIOGRAFÍA.....	Pág. 27
8. ANEXOS.....	Pág. 30

1. RESUMEN

Introducción: El alcohol es la droga más extendida en nuestro país, con elevada prevalencia y graves consecuencias para el paciente y su entorno. Los programas de educación con breves intervenciones, en el consumo excesivo de alcohol, sin llegar a la dependencia, han demostrado que reduce los riesgos de múltiples enfermedades y mejora el estado de salud, físico, mental y social del paciente.

Objetivo: Determinar un plan de cuidados orientado a la educación sanitaria en un paciente alcohólico, dispuesto a recibir ayuda profesional.

Material y Métodos: Elaboración de un plan de cuidados enfocado en un programa de educación distribuidos en doce sesiones, que nos ayude a la resolución de problemas de pacientes alcohólicos con disposición al cambio. Para ello, se ha realizado una valoración por los Dominios, usando la taxonomía NANDA, NOC y NIC, y los test específicos AUDIT y CAGE.

Resultados: Evaluación del paciente tres meses después de desarrollo el programa de actividades de educación, se observa que, el paciente fue capaz de mejorar la comunicación familiar, expresar sentimientos, realizar técnicas de afrontamiento e identificar los beneficios y las consecuencias negativas del consumo de alcohol, pero el paciente encontró dificultad para llegar al nivel establecido en la eliminación del alcohol y desarrollar estrategias efectivas para el control del consumo.

Discusión: Los profesionales de enfermería cuentan con la capacidad para intervenir en el tratamiento del alcoholismo, realizando educación y promoción de la salud, ayudando a mejorar el autocuidado del paciente. La entrevista motivacional es un aspecto fundamental para determinar qué tipo de intervención necesita el paciente, debemos evaluar durante todo el programa y analizar qué cambios se producen, y según estos actuar.

Palabras claves: Alcoholismo, entrevista motivacional, educación y autocuidado.

2. ABSTRAD

Introduction: Alcoholism is the most widely used drug in our country with high prevalence and serious consequences for the patient and environment. Education programs with brief interventions in excessive consumption of alcohol, without dependence, have been shown to reduce the risk of many diseases and improves health, physical, mental and social patient.

Objective: Determine a plan of care oriented health education in an alcoholic patient, willing to receive professional help.

Material and Methods: Developing a plan of care focused on an education program in twelve sessions, to help us solve problems of alcoholic patients with willingness to change. To do this, it has been valued by the NANDA Domains, using the NANDA, NOC and NIC taxonomy, and the specific test CAGE and AUDIT.

Results: Patient assessment three months after the program development education activities, and found that the patient was able to improve family communication, expressing feelings, making coping techniques and identify the benefits and the negative consequences of alcohol consumption, but the patient found it difficult to reach the level set at eliminating alcohol and develop effective strategies to control consumption.

Discussion: Nursing has the capacity to intervene in the treatment of alcoholism, making education and health promotion, helping to improve patient self-care. Motivational interviewing is a key to determine which type of operation requires the patient aspect, we must evaluate the whole program and analyze what changes occur, and as such act.

Key words: Alcoholism, motivational interviewing, education and self-care.

3. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

CONCEPTOS CLAVE

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define *alcoholismo* como trastorno marcado por la pérdida de control sobre la bebida, causado por una alteración biológica preexistente y que tiene una evolución progresiva previsible. ⁽¹⁾

El *consumo de alcohol* lo podemos describir en términos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. En Europa una Unidad de Bebida Estándar (1 UBE) contiene 10 gramos de alcohol puro. ⁽²⁾

El *consumo de riesgo* es un nivel o patrón de consumo de alcohol que puede causar daños en la salud si el hábito del consumo es persistente, y es descrito por la OMS como el consumo medio regular de 20 a 40 gramos de alcohol diario (2 a 4 UBE) en mujeres, y de 40 a 60 gramos diarios (4 a 6 UBE) en hombres. ⁽²⁾

El *consumo perjudicial* se define como un patrón en el beber que causa daños en la salud física o mental y está definido por la OMS como el consumo medio regular de 40 gramos diarios de alcohol (4 UBE) en mujeres, y más de 60 gramos diarios (6 UBE) en hombres. ⁽²⁾

El *consumo excesivo ocasional* que puede ser particularmente perjudicial para la salud, es definido como el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60 gramos de alcohol en una sola sesión (más de 60 UBE). ⁽²⁾

La *dependencia de alcohol* es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos, en los cuales, el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras conductas que en algún momento tuvieron mayor valor para él. ⁽²⁾

El alcohol es la droga psicoactiva más extendida en España, una de las principales causas evitables de mortalidad prematura y el primer factor de riesgo en lo que respecta a enfermedad y discapacidad, siendo más importante, aun, que otros factores como el tabaquismo, la hipercolesterolemia, el sobrepeso, la desnutrición y los problemas de saneamiento ⁽³⁾. Aparte de ser una droga que provoca dependencia y ser el origen de más de 60 tipos de enfermedades y lesiones, el alcohol es responsable de diversos trastornos mentales y de la conducta, problemas gastrointestinales, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, trastornos reproductivos y daños congénitos ⁽²⁾. El alcohol no sólo perjudica al consumidor, sino también a quienes lo rodean, el feto en mujeres embarazadas, adolescentes y a miembros de la familia. ⁽⁴⁾

Sin embargo, el alcoholismo, es un problema escondido que raramente emerge en los medios de comunicación, que no se ha evaluado de forma comprensiva y frente al que no se ha actuado de forma clara y efectiva, como se ha hecho con otros problemas de salud, por ejemplo el tabaco. El conocimiento de la magnitud y características de los efectos relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, puede contribuir a la puesta en marcha y evaluación de estrategias e intervenciones para reducir el daño asociado. ⁽³⁾

En España el consumo de bebidas alcohólicas está muy arraigado a los patrones culturales, utilizándose en una variedad de situaciones sociales. El alcohol ha sido considerado beneficioso a lo largo de la historia, principalmente en nuestro país vinícola, y con muchas tradiciones culturales girando en torno al vino. Los datos epidemiológicos de las encuestas nacionales de salud, desde 1993 hasta 2007, señalan que más del 60% de la población española consume habitualmente alcohol, con un 4-7% de prevalencia de bebedores de riesgo (más de 40 gr/día en varones y 25 gr/día en mujeres). En la década de los ochenta hubo importantes cambios en los hábitos de consumo de alcohol; se pasó de un consumo de vino, diario y masculino, a un consumo de cerveza y bebidas destiladas, intermitente (fines de semana), en adolescentes de ambos sexos. ^(4, 6, 7, 8)

Una dosis pequeña de alcohol es bien sabido que reduce el riesgo de contraer enfermedades cardíacas, aunque aún está en debate cuál ha de ser el tamaño de dicha dosis para que resulte beneficiosa. Tanto los estudios de mejor calidad, como

los que toman en cuenta posibles factores de influjo, no encuentran prácticamente riesgo si el nivel de consumo alcohólico es bajo. Una buena reducción del riesgo se puede obtener tomando sólo 10 gramos de alcohol al día. El riesgo de enfermedad coronaria aumenta si el consumo es mayor a 20 gramos de alcohol al día. El beber grandes cantidades de alcohol en una sola ocasión aumenta el riesgo de arritmias cardíacas y de muerte repentina por problemas coronarios.⁽²⁾

La importancia que genera este tema es que no solo vamos cubrir en nuestra consulta de enfermería a la persona que padece la enfermedad y a su entorno, sino que también, así, llegamos a evitar daños mayores, que, en multitud de ocasiones, van unidas a esta grave enfermedad, como lo son: la violencia y criminalidad, la violencia de género, los accidentes de tráfico, el aislamiento y la exclusión social y los grandes costos que generan al sistema sanitario.

Según estudios anteriores⁽¹²⁾, aunque resulta muy difícil obtener estimaciones precisas, el impacto económico anual del consumo de alcohol en España podría ascender a 3833 millones de euros⁽¹³⁾.⁽¹⁴⁾ Además, de los costes médicos directos (1373 millones), hay que añadir los costes indirectos (2460 millones). Estos últimos se derivan de la mortalidad prematura que ocasiona (unos 224000 años de vida perdidos en España)⁽¹⁵⁾, como de las pérdidas por baja productividad laboral, crímenes o accidentes relacionados con el alcohol⁽¹⁶⁾.

El Ministerio de Sanidad y el Observatorio Español sobre Drogas⁽¹⁰⁾, realizan encuestas y estudios cada dos años desde el año 1995, para conocer el consumo, percepciones y opiniones de la población española ante las drogas. La Encuesta Domiciliaria sobre el Alcohol y Drogas en España (EDADES), se realiza en población de 15 a 64 años, residentes en hogares familiares, y la Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), en estudiantes de 14 a 18 años que cursan las Enseñanzas Secundarias, ambas incluidas en el Plan Estadístico Nacional sobre Drogas. La última de las encuestas de EDADES, realizada en el año 2013 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y publicado recientemente, 3 de Marzo de 2015, recoge un total de 23136 cuestionarios validados en todas las comunidades autónomas de España; dicho estudio revela los siguientes datos: de las 23 drogas que se incluyen en cuestionario total, la droga más consumida en los últimos 12 meses anteriores al estudio, fue el

alcohol, con un 78,3%, superando al tabaco, hipnosedantes y cannabis (Anexo VI); este estudio mantiene con respecto a encuestas anteriores que la edad media de inicio es de 16,7 años de edad, siendo la droga de inicio más temprano. En la población de 15 a 64 años, utilizando la encuesta AUDIT para el estudio, manifiesta que, tienen un consumo problemático de alcohol el 4,9 % de los encuestados, de los cuales, presentan un consumo de riesgo el 4,5%.

Otro estudio, que recoge información y datos estadísticos sobre el alcohol, aparece en la revista española de Salud Pública, que hace una revisión de; *“Los estudios poblacionales en España sobre los daños relacionados con el consumo de alcohol”* ⁽³⁾ describe los principales artículos científicos e informes, así como, del análisis de algunos datos secundarios, evaluando los problemas relacionados con el consumo de alcohol en España entre los años 1990 y 2011, concluyendo que:

En España, el alcohol continúa representando una carga importante de muerte y enfermedad. En 2011 el 10% de la mortalidad total de la población de 15 a 64 años pudo ser atribuible al alcohol, la mayor parte debida al consumo excesivo regular.

En ese mismo año, se relacionaron con el consumo de alcohol aproximadamente un 30% de las muertes por accidente de tráfico, una proporción probablemente menor que las muertes por accidente laboral y un 5-15% del conjunto de lesiones accidentales no mortales. En 2011 la exposición al alcohol durante la conducción de vehículos de motor podía superar a la media europea.

Al menos el 0,8% de la población española de 15 a 64 años (1,4% de los hombres y 0,3% de las mujeres) podría padecer trastornos por uso de alcohol (abuso, uso nocivo o dependencia), lo que significa que necesitaría algún tipo de intervención, como consejo breve o tratamiento de la dependencia. El 5% adicional podría tener consumo problemático y debería ser evaluado más detalladamente para precisar sus necesidades de ayuda.

Se ha probado estudios con evidencia científica que existen beneficios para la salud si se reduce o suspende el consumo de alcohol, pudiendo revertir totalmente todos los riesgos agudos si se elimina, incluso tratándose de enfermedades crónicas,

como la cirrosis hepática y la depresión. Reducir o suspender el consumo de alcohol está asociado con una rápida mejoría de la salud. ⁽²⁾

La evaluación del consumo de alcohol, debe formar parte de la rutina exploratoria del médico y la enfermera, y el primer paso para identificar el alcoholismo es pensar en ello. El algoritmo de identificación del paciente con alcoholismo en Atención Primaria debe ser el siguiente (Anexo VII). ⁽⁹⁾

Los instrumentos diagnósticos para la detección temprana del paciente con alcoholismo son: la entrevista clínica, los cuestionarios específicos: CAGE, AUDIT, MALT y CRAFFT, y los marcadores biológicos, que detectamos en una analítica de sangre y nos orientan a la existencia de problemas orgánicos relacionados con la ingesta excesiva de alcohol. ⁽⁹⁾

En la entrevista clínica, para una correcta anamnesis y detección precoz de situaciones de riesgo, la enfermera, profesional sanitario más cercano a la población, debe hacer una evaluación del consumo de alcohol siempre que se abra la historia clínica, al actualizarla y ante cualquier indicio de riesgo o de sospecha en personas con tendencia a beber en exceso, como fumadores, adolescentes, adultos jóvenes, embarazadas y aquéllos con problemas que pudieran estar relacionados con el alcohol (accidentes de tráfico y laborales, dificultades familiares, desempleados, violencia de género, problemas digestivos, cardiovasculares o mentales) ⁽⁹⁾. En la entrevista se ha de valorar aspectos relacionados con el patrón de consumo (Anexo V, Tablas 1, 2 y 3); se debe estar atento y ser hábil, porque el principal problema es la dificultad para reconocer el consumo por parte del paciente. Es conveniente incluir las preguntas acerca del consumo y su cuantificación dentro las cuestiones sobre hábitos dietéticos, de sueño, de consumo de tabaco o toma de medicamentos. Hay que detallar el tipo de consumo diario, para ello, se utilizarán preguntas como: “¿consume alcohol en las comidas?”, “¿y fuera de ellas?”, “¿qué tipo de bebida consume?”, “¿bebe los fines de semana?”.

En la consulta se debe realizar una evaluación de los problemas familiares que se pueden objetivar, como trastornos de ansiedad o depresión en hijos o pareja del paciente alcohólico, problemas escolares, traumatismos secundarios al abuso físico, y/o visitas frecuentes de los miembros de la familia del paciente alcohólico a la

consulta. Es necesario explorar el apoyo y la estabilidad sociolaboral de las familias en las que se aprecia un problema relacionado con el alcohol. ⁽⁹⁾

Acompañando a la entrevista, se debe valorar el consumo del paciente con test específicos, aunque estos, no deben sustituir nunca una adecuada anamnesis y exploración física del paciente. ⁽⁹⁾

Los test más aceptados en nuestro medio son el *Chronic Alcoholism General Evaluation* (CAGE), *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), el *Munchner Alkoholismus Test* (MALT) y Test de CRAFFT (*Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble*).

El test de CAGE (Anexo II) realizado al paciente, fue desarrollado por Mayfield en 1974 y está validado en español para detectar casos de alcoholismo. Es un test barato, rápido, que se pasa en menos de un minuto y en el que para su realización no se necesita personal cualificado. Presenta una sensibilidad del 49-100% y una especificidad del 79-100%.

El test de AUDIT (Anexo I) realizado al paciente, fue desarrollado por la OMS para detectar el consumo de riesgo, el uso perjudicial de alcohol o una posible dependencia de alcohol. Es un test breve que se centra en su consumo reciente.

El test de MALT (Anexo VIII) fue diseñado por Feuerlein en 1977 y ha sido validado en español. Es muy útil para la detección de sujetos con dependencia alcohólica y problemas de alcoholismo en pacientes con un alto grado de negación. Presenta una sensibilidad del 100% y una especificidad del 80%. Es un test que tiene una baja sensibilidad para detectar fases tempranas del consumo problemático de alcohol. No sirve para identificar bebedores de riesgo, pero sí para detectar un trastorno por dependencia. No está justificado su uso rutinario, salvo para aquellos sujetos que ya presentan un consumo perjudicial de alcohol y que han obtenido una puntuación positiva en los cuestionarios breves. ⁽⁹⁾

El test de CRAFFT (Anexo IX), es un cuestionario indicado en edades comprendidas entre los 15 y 19 años, y debe pasarse una vez al menos cada

dos años, analiza, sobre todo, el consumo en días festivos para destacar el consumo de “atracción”.⁽⁵⁾

Además de los test mencionados, los marcadores biológicos que encontramos en una analítica de sangre, nos sirven para orientar acerca de la presencia de problemas de alcohol, pero no para el diagnóstico (Anexo X). También son útiles para determinar la afectación física secundaria al consumo y valorar su evolución. Los marcadores biológicos no van a detectar consumos de alcohol inferiores a 40-60 g/día (4 a 6 UBE).⁽⁹⁾

Las personas en las que se detecta consumo de riesgo o consumo perjudicial del alcohol, deben recibir una intervención breve (Anexo XI), cuyo coste – efectividad está probada en numerosos estudios, tanto a nivel internacional como nacional. Según la revisión de Whilock, la intervención breve duraría aproximadamente unos 10-15 minutos e incluiría valoración y explicación, dar un folleto de autoayuda y el ofrecimiento de una visita de seguimiento en una o dos semanas.^(4, 11)

Normalmente se considera que las intervenciones breves, desde recursos no especializados como la Atención Primaria, son adecuadas para los problemas relacionados con el consumo de alcohol menos graves, como puede ser consumo de riesgo o perjudicial, y que los problemas más graves como la dependencia alcohólica (Anexo XII), requieren ayuda especializada.⁽⁴⁾

Una vez se ha determinado que una persona tiene un consumo de riesgo o perjudicial de alcohol y se ha informado sobre los riesgos para la salud derivados de ese consumo, puede ser que presente ambivalencia sobre la necesidad o la viabilidad de cambiar. El modelo de estadios del cambio de Prochaska y DiClemente (Anexo XIII), establece que, una persona pasa por varios estadios antes de cambiar de conducta. Primero hay que cambiar de actitud hacia el alcohol y lo que supone su consumo para la persona, y una vez se ha cambiado de actitud es cuando se posibilita el cambio de conducta.

La entrevista motivacional (Anexo XIV) puede ser una herramienta de considerable valor en este tipo de intervenciones, sobre todo, en el paso de los estadios de precontemplación a contemplación, en el avance dentro del estadio

contemplación (generalmente lento) y el paso a precontemplación. Tiene esencialmente un enfoque empático, no confrontacional, en el que el profesional sanitario ayuda a la persona a identificar sus propias razones para cambiar y sus estrategias para conseguir objetivos realistas. Entre los elementos esenciales están un compromiso mantenido en el tiempo, reconocer cada avance/logro, implicar a la familia, cuando sea posible, y afrontar rápidamente las recaídas. ⁽⁴⁾

JUSTIFICACIÓN:

Numerosos estudios recogen datos alarmantes que indican que, el alcohol está siendo un importante problema de salud pública en nuestro país. La carga de sufrimiento, enfermedad y los costes asociados, nos lleva a la necesidad de abordar este tema cada día mayor. Hoy en día en la sociedad está bien visto el consumo de alcohol, e incluso muchas veces se estimula, sin embargo, el alcohol puede resultar un grave problema, tanto individual como socialmente.

Ante esta problemática y sabiendo que resulta mucho más fácil a las personas que no son dependientes, reducir o suspender el consumo de alcohol, siempre, contando con la ayuda y esfuerzos apropiados, es donde entramos nosotros, los profesionales de la salud, desde Atención Primaria.

El poder identificar en la consulta a pacientes que consumen alcohol, en una etapa temprana, nos proporciona una oportunidad única para establecer un plan de educación para la salud en relación a los riesgos que conlleva el abuso de alcohol, así como una serie de consejos, estableciendo una serie de metas para cambiar su situación frente al alcohol.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

- Determinar un plan de cuidados orientado a la educación sanitaria en un paciente alcohólico, dispuesto a recibir ayuda profesional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar la efectividad de la educación del paciente en la mejora de la salud.
- Describir y analizar el estado de salud del paciente alcohólico antes y después de la intervención enfermera.
- Mejorar el afrontamiento del paciente y la familia con respecto a la situación que la enfermedad ha generado.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la elaboración de este caso clínico se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos científicos publicados en los últimos 15 años, en Google académico, Pumed, Cochrane, Scielo, en las revistas online de enfermería Metas y Salud Pública, que han sido tenidos en cuenta durante la realización de todo el trabajo. Se han revisado alrededor de 27 artículos relacionados con el alcoholismo en España, de los cuales, 13 han sido reflejados en este trabajo.

Palabras clave: alcoholismo, educación, cuidados de enfermería, dieta y gastritis crónica.

Se ha realizado la valoración de enfermería según el modelo de los Dominios NANDA para conocer la respuesta del paciente a los procesos vitales, valorarlos a través de una entrevista clínica confidencial, e identificar los diagnósticos enfermeros, una vez establecidos, nos ayudarán a determinar las causas del problema y planificar los cuidados al paciente.

Para la realización del plan de cuidados se ha usado la taxonomía NANDA ⁽¹⁷⁾, NOC ⁽¹⁸⁾ y NIC ⁽¹⁹⁾ enfocando los diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería respectivamente ⁽²⁰⁾, con la ayuda del programa informático NNNConsult. ⁽²¹⁾

El caso clínico presentado ha sido seleccionado durante la estancia en el Centro de Salud “La Puebla” de Palencia en el periodo del Prácticum II, Enero de 2015, pidiendo los permisos correspondientes al centro y al paciente para la realización de este trabajo, informándole de que todos los datos recogidos se tratarán de forma confidencial y que sólo será estudiado su problema de alcoholismo por expreso deseo, tanto la valoración como el seguimiento ha sido realizado en su domicilio.

➤ Descripción del caso:

Antecedentes personales: Varón, 47 años. No alergias conocidas. Fumador de 15-20 cigarrillos/día, alcohólico, gastritis crónica y estreñimiento.

Antecedentes familiares: Padre sano, madre diabética y hermano fallecido por enfermedad renal.

Tratamiento habitual: Pantoprazol 40 mg, vía oral (1-0-0) y Aldactone 25 mg, vía oral (1-0-1)

Valoración de enfermería:

La valoración de enfermería se realiza mediante entrevista domiciliaria con el paciente para la recogida de datos subjetivos y objetivos.

Valoración de enfermería por los Dominios NANDA.

Dominio 1: Promoción de la salud

Percibe su estado actual de salud como bueno. Presenta una gastritis crónica, tiene pautada una dieta y le fue recomendado dejar el tabaco y se prohibieron las bebidas alcohólicas. El paciente manifiesta sentirse capaz de seguir el nuevo régimen de vida para no empeorar su salud y no tener más problemas familiares, pero reconoce que necesitará ayuda para el cambio y refiere no tener dificultad para seguir en su domicilio el nuevo régimen de vida.

Dominio 2: Nutrición

No sigue la dieta actual prescrita, confiesa que sólo evita las comidas picantes. Su digestión habitual, en ocasiones, es dificultosa, presentando reflujo gastroesofágico. Su estado de la boca es bueno. Pesa 82 Kg, con talla de 178 cm, índice de masa corporal (IMC) 25,88 sobrepeso. No tiene dificultad para la alimentación y no presenta signos de desnutrición ni deshidratación. Ingiere aproximadamente 2litros/día de líquidos.

Dominio 3: Eliminación

Su patrón urinario habitual es de 5/6 veces al día. No presenta alteraciones urinarias. Presenta estreñimiento con un patrón intestinal de 2 deposiciones/semana de consistencia dura. La transpiración es normal.

Dominio 4: Actividad – Reposo

Su patrón de sueño habitual es de 6/7 horas diarias, manifestando tener un sueño reparador y continuo y sin dificultad para conciliar el sueño. Es diestro y tiene un

grado de movilización completa. En su vida diaria hay días que refiere tener menos energía que otros y expresa que el trabajo excesivo, algunos días, le produce agotamiento, evadiéndose de la carga de trabajo bebiendo unas copas con los compañeros. Su estilo de vida es sedentario, se desplaza en coche para ir al trabajo.

Dominio 5: Percepción – Cognición

El paciente muestra interés por su proceso, acude a consultas de enfermería y está dispuesto a colaborar. Integra con facilidad los conocimientos. Manifiesta que es capaz de realizar las nuevas actividades que genera su situación actual, pero expresa que necesitará ayuda para ello. En cuanto a la comunicación con amigos y familia refiere ser escasa con sus hijos y dificultosa con su mujer, siempre por la misma causa, el alcohol.

Dominio 6: Autopercepción

El paciente confiesa no expresar con facilidad sus sentimientos. Se siente motivado para desarrollar el rol que genera su nueva situación y manifiesta querer cambiarla, pero también refiere que necesita ayuda para ello. “No sé qué hacer cuando siento ganas de beber y necesito ayuda”.

Dominio 7: Rol- Relaciones

Su estructura familiar son: mujer (45 años) y dos hijos de 20 y 16 años, todos sanos. El proceso ha modificado las relaciones familiares, su familia apoya la actitud de cambio. El estado emocional del paciente es lábil.

Dominio 8: Sexualidad

No existen problemas en el este campo.

Dominio 9: Afrontamiento-Tolerancia al estrés

Refiere como experiencia traumática, el reciente fallecimiento de su hermano a causa de una enfermedad. Su entorno no ha cambiado recientemente. El paciente conoce su patología. En ocasiones manifiesta temor a no poder superar su problema con el alcohol y empeorar su estado de salud.

Dominio 10: Principios vitales

El paciente no profesa ninguna religión. Actualmente no cumple lo pactado con la prescripción médica. Comprende la importancia de llevar un régimen de vida distinto al habitual y está dispuesto a cumplir lo pactado a partir de ahora.

Dominio 11: Seguridad- Protección

El paciente no presenta ningún factor de riesgo que pueda originar una infección.

Dominio 12: Confort

Actualmente el paciente no tiene dolor físico. Manifiesta establecer relaciones personales con facilidad y se adapta al entorno con dificultad, refiere recurrir a las bebidas alcohólicas para su ayuda.

Dominio 13: Crecimiento/Desarrollo

Las características constitucionales familiares son de tendencia al sobrepeso. Su desarrollo cognitivo, motor y sensorial son normales.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO:

◆ **00069. Afrontamiento ineficaz relacionado con el consumo excesivo de alcohol.**

- Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés
- Clase 2: Respuestas de afrontamiento

NOC:

1302. Afrontamiento de problemas

- Dominio 3: Salud psicosocial
- Clase N: Adaptación psicosocial

130201. Identificar patrones de superación eficaces pasando del nivel 2 (raramente demostrado) a un nivel 3 (a veces demostrado) en dos meses.

130203. Verbalizar la sensación de control pasando del nivel 1 (nunca demostrado) a un nivel 4 (frecuentemente demostrado) en tres meses.

130212. Utilizar múltiples estrategias de superación pasando de un nivel 1 (nunca demostrado) a un nivel 3 (a veces demostrado) en tres meses.

NIC:

5230. Mejorar del afrontamiento

- Campo 3: Conductual
- Clase R: Ayuda para el afrontamiento

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.
- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.
- Presentar al paciente a personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.
- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.

5250. Apoyo en la toma de decisiones.

- Campo 3: Conductual
- Clase R: Ayuda para el afrontamiento.

- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Proporcionar la información solicitada al paciente.
- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.
- Servir de enlace entre el paciente, familia y otros profesionales sanitarios.
- Remitir a grupos de apoyo, según corresponda.

NOC:

1629. Conducta de abandono del consumo de alcohol.

- Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud
- Clase Q: Conducta de salud

162903. Identificar los beneficios de eliminar el consumo de alcohol pasando del nivel 2 (raramente demostrado) al nivel 3 (a veces demostrado) en tres semanas.

162904. Identificar las consecuencias negativas del consumo de alcohol pasando del nivel 2 (raramente demostrado) al nivel 3 (a veces demostrado) en tres semanas.

162905. Desarrollar estrategias efectivas para eliminar el consumo de alcohol pasando del nivel 1 (nunca demostrado) al nivel 3 (a veces demostrado) en tres semanas.

162907. Identificar los estados emocionales que desencadenan el consumo de alcohol pasando del nivel 2 (raramente demostrado) al nivel 3 (a veces demostrado) en dos semanas.

162922. Adaptación del estilo de vida para potenciar la eliminación del alcohol pasando del nivel 1 (nunca demostrado) al nivel 3 (a veces demostrado) en dos meses.

162930. Eliminar el consumo de alcohol pasando del nivel 1 (nunca demostrado) al nivel 3 (a veces demostrado) en tres meses.

NIC:

 4512. Tratamiento por consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol.

- Campo 3: Conductual
- Clase 0: Terapia conductual

- Mantener una ingesta nutritiva y de líquidos adecuada.
- Observar si hay consumo de alcohol encubierto durante la desintoxicación.
- Escuchar las inquietudes del paciente acerca de la retirada del alcohol.
- Proporcionar apoyo emocional al paciente/familia.
- Proporcionar tranquilidad verbal.
- Tranquilizar al paciente alegando que es común que la depresión y la fatiga se produzcan durante el abandono del alcohol.

✚ 7110. Fomentar la implicación familiar.

- Campo 5: Familia
- Clase X: Cuidados durante la vida

- Observar la estructura familiar y sus roles.
- Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes, sentimientos del paciente y conductas del éste.
- Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente.
- Animar a los miembros de la familia a mantener relaciones familiares.

✚ 5510. Educación para la salud.

- Campo 3: Conductual
- Clase S: Educación de los pacientes.

- Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
- Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente, habilidades de la enfermera, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas.
- Formular los objetivos del programa de Educación para la salud.
- Determinar el apoyo de la familia, compañeros y comunidad a las conductas que induzcan la salud.
- Utilizar sistemas de apoyo social y familiar para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilo de vida o de la salud.

✚ 5515. Mejorar el acceso a la información sanitaria.

- Campo 3: Conductual
- Clase S: Educación de los pacientes

- Proporcionar información esencial escrita y oral a un paciente en su lengua materna.
- Proporcionar una enseñanza o consejos individuales siempre que sea posible.
- Proporcionar materiales escritos comprensibles (p. ej., utilizar frases cortas y palabras comunes con menos sílabas, resaltar los puntos clave, utilizar una voz activa, letra grande, maquetación y diseño de fácil utilización, contenido similar de

grupo en segmentos, resaltar las conductas y la acción que debe tomarse, utilizar imágenes o diagramas para aclarar y disminuir la carga lectora).

- Utilizar múltiples herramientas de comunicación (p. ej., cintas de audio, cintas de vídeo, vídeo digital, ordenadores, pictogramas, modelos, diagramas).

NOC:

 0002. Conservación de la energía.

- Dominio 1: Salud funcional.
- Clase A: Mantenimiento de la energía.

201. Equilibrio entre actividad y descanso pasando del nivel 1 (nunca demostrado) a un nivel 3 (a veces demostrado) en dos semanas.

204. Utilizar técnicas de conservación de la energía pasando del nivel 1 (nunca demostrado) a un 3 (a veces demostrado) en tres semanas.

207. Nivel de resistencia adecuado para la actividad pasando del nivel 2 (raramente demostrado) a un nivel 4 (frecuentemente demostrado) en un mes.

NIC:

 0180. Manejo de la energía.

- Campo 1: Fisiológico básico
- Clase A: Control de la actividad y ejercicio

- Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda.
- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.
- Ayudar al paciente a programar períodos de descanso.
- Instruir al paciente y/o a los allegados sobre el estrés e intervenciones de afrontamiento para disminuir la fatiga.

NOC:

 1210. Nivel de miedo.

- Dominio 3: Salud psicosocial
- Clase M: Bienestar psicológico

121031. Temor verbalizado pasando del nivel 2 (sustancial) al nivel 4 (leve) en dos semanas.

NIC:

🚦 5820. Disminución de la ansiedad.

- Campo 3: Conductual
- Clase T: Fomento de la comodidad psicológica.

- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Animar a la familia a permanecer con el paciente
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

El plan de cuidados se desarrolló dentro de un Programa de educación para la salud en alcoholismo: (Anexo III)

- ❖ El programa se llevo a cabo en tres meses con doce sesiones, intercalando una visita con la familia y otra visita solo con el paciente.
- ❖ Cada sesión tuvo treinta minutos de duración.

5. RESULTADOS

Una vez han pasado tres meses desde que han sido aplicadas y realizadas las actividades del programa de educación propuestas con el paciente, realizamos una evaluación para saber si se han alcanzado los objetivos planteados o por el contrario es necesario modificar el plan de cuidados o continuar con el más tiempo.

Etiqueta	NOC	Escala de Inicio	Resultado esperado	No conseguido	Tiempo establecido
130201	Identifica patrones de superación eficaces	Nivel 2 (raramente demostrado)	Nivel 3 (a veces demostrado)		2 meses
130203	Verbaliza sensación de control	Nivel 1 (nunca demostrado)		Nivel 3,(a veces demostrado)	3 meses
130212	Utiliza múltiples estrategias de control	Nivel 1 (nunca demostrado)		Nivel 2, raramente demostrado	3 meses
162903	Identifica los beneficios de eliminar el consumo de alcohol	Nivel 2 (raramente demostrado)	Nivel 3 (a veces demostrado)		3 semanas
162904	Identifica las consecuencias negativas del consumo de alcohol	Nivel 2 (raramente demostrado)	Nivel 3 (a veces demostrado)		3 semanas
162905	Desarrolla estrategias efectivas para eliminar el consumo de alcohol.	Nivel 1 (nunca demostrado)		Nivel 2 (raramente demostrado)	3 semanas
162907	Identifica los estados emocionales que desencadenan el consumo de alcohol	Nivel 2 (raramente demostrado)	Nivel 3 (a veces demostrado)		2 semanas
162922	Adapta el estilo de vida para potenciar la eliminación del alcohol	Nivel 1 (nunca demostrado)		Nivel 2 (raramente demostrado)	3 semanas
162930	Elimina el consumo de alcohol	Nivel 1 (nunca demostrado)		Nivel 2 (raramente demostrado)	3 meses
201	Equilibrio entre actividad y descanso.	Nivel 1 (nunca demostrado)		Nivel 2 (raramente demostrado)	2 semanas
204	Técnicas de conservación de la energía.	Nivel 1 (nunca demostrado)	Nivel 3 (a veces demostrado)		3 semanas
207	Resistencia adecuada para la actividad	Nivel 2 (raramente demostrado)	Nivel 3 (a veces demostrado)		1 mes
121031	Temor verbalizado	Nivel 2 (raramente demostrado)	Nivel 4 (leve)		2 semanas

Los resultados obtenidos de acuerdo con el programa de educación establecido propuesto para los tres meses, fueron satisfactorios para el paciente (Anexo XV).

El paciente fue capaz de mejorar su dieta para la gastritis y con ello disminuyó el reflujo gastroesofágico que padece.

El paciente no obtuvo mejora en cuanto al estreñimiento, ya que, es debido a su proceso; por lo tanto, se le animó a continuar reduciendo el número de ingesta de alcohol, que junto a la dieta y el ejercicio harán que este disminuya. Posteriormente, se elaboró una dieta especial para el estreñimiento.

Por tanto, fue recomendado al paciente continuar con las actividades realizadas en el programa, y continuar con las visitas semanales a la consulta de enfermería de su centro de salud para la evaluación y seguimiento de su proceso.

6. DISCUSIÓN

Todos los días, las personas tomamos decisiones frente a nuestra salud, consciente o inconscientemente, y estas, como qué comer, qué ejercicio hacer, con quién te relacionas y cómo, nos afectan repercutiendo de forma integral en la salud (física, mental, social y espiritual).

El autocuidado incluye prácticas y hábitos que realizan las personas de forma consciente y libre, para obtener su bienestar. Es cierto que muchos hábitos se aprenden desde la infancia, pero el ser humano, tiene la capacidad de cambiar las costumbres dañinas y adquirir nuevos conocimientos para modificar aquello que nos perjudica y poder mejorar nuestra salud y bienestar.

Las enfermeras, como profesionales de la salud, tenemos en nuestras manos una herramienta fundamental para modificar hábitos perjudiciales o mejorar el autocuidado de los pacientes, realizando promoción y educación sanitaria; para ello, debemos evaluar las necesidades del paciente y el estilo de vida, seleccionar el material educativo adecuado para ese paciente, e integrar a la familia en el proceso.

En los resultados de este caso clínico, se logró mejorar algunos aspectos de su proceso, siendo capaz de identificar los estados emocionales que desencadenaban el consumo de alcohol, o los beneficios y las consecuencias negativas, pero no se alcanzaron otros niveles establecidos en algunos de los objetivos, como verbalizar o manifestar la situación de control, establecer el equilibrio entre actividad y descanso o llegar al nivel propuesto en la eliminación del alcohol, si bien es cierto, que se redujo el número de ingestas durante el programa de educación.

La familia se mostró participativa durante todo el programa; el paciente manifestó una mejora importante de la relación y comunicación familiar en los tres meses, debido a que el paciente se mantuvo con interés por la superación de su proceso y por las actividades realizadas con la familia en el programa de educación.

El tiempo establecido para los objetivos fue de tres meses, quizá tiempo escaso para el cumplimiento de metas de un proceso tan complicado como es modificar un hábito de adicción de consumo de alcohol.

Es importante incidir en la evaluación continua del nivel de motivación por su utilidad en diferentes momentos del tratamiento. Inicialmente, permite valorar la adecuación de plantear o no algunos objetivos terapéuticos con un paciente determinado, cambios más o menos acentuados y más o menos rápidos en su consecución. Conforme se progresa en la intervención, cualquier disminución del nivel de motivación en un momento en el que los cambios son manifiestos, advierte de la mayor probabilidad de que ocurra una recaída en el consumo o de un incumplimiento de cualquiera de los objetivos propuestos.

Al comienzo de la valoración de enfermería, encontramos al paciente en un estadio de preparación para el cambio, acudió con actitud positiva, aunque temerosa, pero con decisión de cambiar, durante el desarrollo del programa, se evaluó en cada sesión la actitud, observando al paciente motivado en las actividades e, incluso, pasando del estadio de preparación al de acción, ya que, el paciente fue capaz de realizar pequeños cambios en su conducta, como técnicas de afrontamiento, marcarse objetivos propios y expresar sentimientos.

Durante la búsqueda de información en cuanto a programas de salud en el alcoholismo, se encontró bastante información de la educación en institutos de enseñanza o escuelas para adolescentes, pero fue escasa la información obtenida en programas de educación sanitaria de alcoholismo para adultos.

El sistema sanitario español actual ha empeorado en los últimos años, tenemos muchos menos profesionales trabajando en los centros de salud de atención primaria, y estos, tienen mucha más carga de trabajo y menos tiempo de dedicación al paciente en sus consultas, pero no debemos olvidarnos de tratar al paciente de forma integral, de “hacer un hueco” en nuestro trabajo para prestar atención en detalles que pueden pasar desapercibidos y enmascarar adicciones perjudiciales, que lleven a empeorar el estado de salud del paciente y hacer peligrar su vida y la vida de los que le rodean. No olvidemos que el alcohol es una droga y es el psicoactivo de consumo más extendido en España, incluso más que el tabaco y otras drogas, y que su consumo cada vez comienza a edades más tempranas.

El desarrollo de este caso clínico con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, puede ayudar con el desarrollo de planes de cuidados y programas de educación en casos similares de consumo de alcohol, o incluso, otras drogas, aumentando los

conocimientos de los profesionales de enfermería y abriendo las puertas hacia investigaciones futuras, para mejorar las estrategias de intervención en alcoholismo.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Consumo MdSy. Organización Mundial de la Salud. (Internet). 1994 (Acceso 14 de Abril de 2015); Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44000/1/9241544686_spa.pdf?ua=1.
2. Anderson P GACJ. Alcohol y Atención Primaria de la salud: Informaciones clínicas básicas para la identificación y manejo de riesgos y problemas. Organización Panamericana de la salud. (Internet). 2008 (Acceso 17 Abril de 2015); Disponible en:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
3. Pulido J, Indave-Ruiz I, Colell-Ortega E, Ruiz-García M, Bartroli M, Barrio G. Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. Revista Española de Salud Pública. 2014 Julio y Agosto; 88(4): 493-513.
4. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España: Prevención de los problemas derivados del alcohol. Madrid; 14 y 15 de junio de 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo; Sanidad 2008.
5. Cartera de servicios de Atención Primaria (Internet). Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad; Gerencia Regional de Salud; 2011 (Acceso 22 de Marzo de 2015). Disponible en:
<file:///C:/Users/Hp/Downloads/Cartera%202011.pdf>
6. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. (Internet). 2006 (Acceso el 30 de Marzo de 2015); Disponible en:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf>
7. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas en España. (Internet). 2006 (Acceso el 30 de Marzo de 2015); Disponible en:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>
8. Ochoa Mangado E, Madoz-Gúrpide A, Vicente Muelas N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. Scielo. (Internet) 2009 (Acceso 20 Abril de 2015); Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465546X2009000100003
9. Riofrío González C, Rodríguez Solano J.J. Identificación del alcoholismo en Atención Primaria. (Internet). 2010 (Acceso 22 de Abril de 2015); Disponible en:
http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1763/65/00650072_LR.pdf

10. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre consumo de drogas en España. (Internet). 2013 (Acceso 30 de Marzo de 2015); Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2013.pdf>
11. Whilock E.P, Polen M.R., Green A., Orleans T, Klein J. Behavioral Counselin Interventions in Primary Care To Reduce Risky/Harmfuk Alcohol Use By Adults: Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Service Task Force. Ann Intern Med. 2004; 140: 554-568.
12. Chamorro Fernández A.J. Estudio Cuasi-Experimental sobre el consumo de alcohol y los efectos asociados al mismo. (Internet). 2010 (Acceso 29 de Abril de 2015); Disponible en: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/76440/1/DMPSPMM_ChamorroFernandezAJ_EfectosConsumoAlcohol.pdf
13. García-Sempere A, Portella E. Los estudios del coste del alcoholismo: Marco conceptual, limitaciones y resultados en España. Adicciones 2002; 14 (Supl 1):141-53.
14. Portella E, Ridao M, Salvat M, Carrillo E. Costes sanitarios del alcoholismo. Atención Primaria 1998; 22 (5): 279-84.
15. Rubio G, Santo-Domingo J, editores. Guía Práctica de intervención en el Alcoholismo. Madrid: Nilo Industria Gráfica; 2000.
16. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2004. In: Agencia Tributaria, ed.: Ministerio de Economía y Hacienda; 2005.
17. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
18. Moorhead S, Jonson M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed Barcelona. Elsevier- España, 2013.
19. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed Barcelona. Elsevier- España, 2013.
20. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
21. NNNConsult. (Internet), Universidad de Valladolid, Biblioteca virtual universitaria, 2015. (Acceso 7 de Mayo de 2015). Disponible en: <https://almena.uva.es/wamvalidate?url=http%3A%2F%2F0www.nnnconsult.com.almena.uva.es%3A80%2Fnanda%2Fdom>

22. Buceta J.M, Bueno A.M, Mas B. Intervención psicológica y salud: Control del estrés y conductas de riesgo. 1ª ed. Dykinson, S. L. Madrid; 2001.
23. Drogas y Atención Primaria. Guía práctica de intervención sobre el abuso de alcohol y otras drogas. (Internet). Gobierno de la Rioja, Consejería de salud; 2010 (Acceso 7 de Mayo de 2015); Disponible en:
http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/drogas_at_primaria_2010.pdf
24. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. (Internet). Generalitat Valenciana, Consejería de sanidad. 2006 (Acceso 8 de Mayo de 2015); Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/11/Tecnicas-de-comunicacion-en-Enfermeria.pdf>
25. Dres. Guardia J, Jiménez M.A, Pascual P, Flórez G, Contel M. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Sociodrogalcohol. 2ª ed. Marzo, 2007. (Internet). (Acceso 8 de Mayo de 2015); Disponible en:
http://ajarjaen.org/Fotos%20AJAR/guia_alcoholismo_08.pdf
26. Vega V. La entrevista motivacional: una valiosa herramienta de promoción de la salud, (Internet). Universidad de Cantabria, Departamento de enfermería, Junio 2012. (Acceso 8 de Mayo de 2015); Disponible en:
<http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/864/VegaTocaV.pdf?sequence=1>
27. Thomas F. Babor, John C. Higgins- Biddle, John B. Saunders, Maristela G. Monteiro. Audit. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria, (Internet). Generalitat Valenciana, Consejería de bienestar social. (Acceso 7 de Abril 2015); Disponible en:
http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
28. Danna C. Ramírez Sánchez, Katherin A. Marinez Barroso, Asúnsolo del Barco. Abuso de alcohol en el medio laboral, factores de riesgo para el consumo, e instrumentos de valoración aplicables en la vigilancia de la salud. (Internet). Medicina y Seguridad del Trabajo. (Acceso el 27 de Abril de 2015); Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en#anexo4
29. La gastritis y su dieta. (Internet). Atención Primaria en la red. Fisterra.com; 2009; Disponible en:
<http://www.fisterra.com/salud/2dietas/gastritis.aspx>

8. ANEXOS

ANEXO I. TEST AUDIT (realizado al paciente)

El test AUDIT permite evaluar la dependencia de una persona hacia el alcohol. La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos como máximo. A mayor número de puntos, mayor dependencia.

1. *¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?*

- (0) Nunca
- (1) Una o menos veces al mes
- (2) 2 a 4 veces al mes
- (3) **2 ó 3 veces a la semana**
- (4) 4 o más veces a la semana

2. *¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?*

- (0) 1 ó 2
- (1) **3 ó 4**
- (2) 5 ó 6
- (3) 7 a 9
- (3) 10 ó más

3. *¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?*

- (0) Nunca
- (1) **Menos de una vez/mes**
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

4. *¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?*

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez/mes
- (2) **Mensualmente**
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

5. *¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?*

- (0) Nunca
- (1) **Menos de una vez/mes**
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

6. *¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?*

- (0) **Nunca**
- (1) Menos de una vez/mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

7. *¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?*

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez/mes
- (2) Mensualmente

- (3) **Semanalmente**
- (4) A diario o casi a diario

8. *¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?*

- (0) Nunca
- (1) **Menos de una vez/mes**
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

9. *Tú o alguna otra persona ¿Habéis resultado heridos porque habías bebido?*

- (0) **No**
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, en el último año

10. *¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?*

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) **Sí, en el último año**

Resultado: 16 puntos.

Cuadro 6		
Nivel de Riesgo	Intervención	Puntuación del AUDIT*
Zona I	Educación sobre el alcohol	0-7
Zona II	Consejo simple	8-15
Zona III	Consejo simple más terapia breve y monitorización continuada	16-19
Zona IV	Derivación al especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento	20-40

* El valor de corte de la puntuación del Audit puede variar ligeramente dependiendo de los patrones de consumo del país, el contenido de alcohol de las bebidas habituales, y el tipo de programa de screening. El juicio clínico debe ejercitarse en los casos en los que la puntuación del paciente no sea consistente con otras evidencias, o si el paciente tiene antecedentes de dependencia de alcohol. También puede ser conveniente revisar las respuestas del paciente a las preguntas individuales relacionadas con síntomas de dependencia (preguntas 4, 5 y 6) y problemas relacionados con el alcohol (preguntas 9 y 10). Proporcione el nivel máximo de intervención a los pacientes que puntúan 2 o más en las preguntas 4, 5 y 6, o 4 en las preguntas 9 y 10.

(27)

ANEXO II: TEST CAGE (realizado al paciente)

Se trata de un cuestionario heteroaplicado, de 4 ítems de respuesta dicotómica (Sí = 1 punto/No = 0 puntos). El test se considera positivo para la presencia de abuso de alcohol si se responde afirmativamente a un mínimo de dos preguntas, con 1 punto se presuponen sólo indicios de alcoholismo y con 0 puntos se considera la ausencia de problemas relacionados con el alcohol.

1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
Sí/No
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
Sí/No
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
Sí/No
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?
Sí/No

Resultado: Dos respuestas afirmativas; abuso de alcohol.

ANEXO III: PROGRAMA DE EDUCACIÓN

Durante la entrevista, el paciente manifiesta querer abandonar el alcohol, y refiere sentirse preparado para ello, por tanto, vamos a mantener las características de la entrevista motivacional y a realizar evaluaciones durante todo el programa.



PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ALCOHOLISMO

Pautas para la intervención:

- ✓ Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente, habilidades de la enfermera y recursos disponibles.
- ✓ Utilizar un estilo empático y evitar la confrontación.
- ✓ Realizar escucha activa.
- ✓ Hacer resúmenes y favorecer la retroalimentación.
- ✓ Dar a ofrecer alternativas sobre el mejor modo de hacer los cambios.
- ✓ Enfatizar la responsabilidad del paciente para realizar los cambios.
- ✓ En cada sesión no sobrecargar al paciente con demasiada información y tareas.
- ✓ El seguimiento se hará en visitas sucesivas para reforzar y mantener el pacto.

❖ SESIÓN 1- *Paciente*

- Sensibilizar al paciente con las consecuencias del consumo de alcohol (accidentes de tráfico, violencia, agresividad, enfermedades...) y se entregará un folleto de información ⁽²³⁾

EXTENSIÓN DE LOS PROBLEMAS DE ABUSO DE ALCOHOL

FIGURA 2



- Pedir que nos cuente qué hace y cómo es su día a día, desde que se levanta hasta que se acuesta, cuándo realiza su consumo, cantidad, horarios, lugares, sentimientos que le llevan a ello y que nos cuente cómo se siente después de beber (tomaremos notas de ello).
- Ofrecerle que realice una lista con las consecuencias negativas que le aporta el consumo de alcohol y que realice otra con los beneficios que obtendría si dejase de beber. ⁽²³⁾

BALANZA DECISIONAL

El cambio necesario es improbable mientras los CONTRAS tengan más peso que los PROS.



- Realizar en una tabla los beneficios en objetivos a corto y largo plazo y traer en la siguiente sesión. ⁽²³⁾

	RAZONES PARA SEGUIR IGUAL (CONTRAS del cambio)	BENEFICIOS PARA CAMBIAR (PROS del cambio)
A CORTO PLAZO		
A LARGO PLAZO		

❖ **SESIÓN 2 - Paciente y familia**

- Preguntar a la familia qué sabe sobre esta enfermedad. (dejáramos que se explique cada miembro abiertamente y animaremos a expresar sentimientos) y aclarar los errores.
- Hablar sobre cómo es la relación familiar en el hogar y cómo le influye a la familia la problemática del alcohol.
- Pediremos al paciente que muestre y explique a la familia la tabla que realizó en la sesión 1 con las consecuencias negativas del alcohol y beneficios de abandonar su consumo.
- Proponer técnicas para una comunicación asertiva entre la familiar. ⁽²⁴⁾

La tabla 4 resume los principales elementos de la comunicación del estilo asertivo.

TABLA 4. Estilo de comunicación asertivo

Estilo de comunicación asertivo	
Elementos comunicación	Características
CONDUCTA NO VERBAL	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto ocular directo. • Gestos firmes. • Postura erguida. • Manos sueltas. • Expresión distendida.
CONDUCTA VERBAL	<ul style="list-style-type: none"> • «Pienso que...». • «Siento que...» • «¿Qué te parece...?» • «¿Cómo podemos resolver esto...?» • «Hagamos...»
CONDUCTA PARAVERBAL	<ul style="list-style-type: none"> • Volumen de voz conversacional. • Habla fluida. • Tiempo de habla adecuado. • Respetar los silencios. • Entonación agradable.

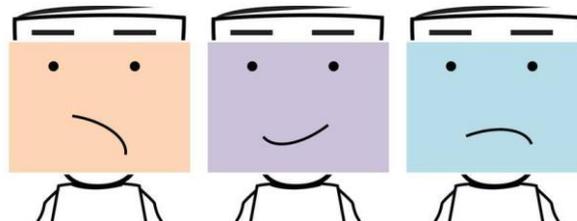
- Animar y proponer a realizar, por cada miembro de la familia, una lista actividades reales que más le gustaría hacer en familia.



- Fijar de la lista anterior una actividad propuesta de cada miembro y pedir que realicen una de ellas esta semana, y que nos cuenten en la siguiente sesión sobre su experiencia.

❖ **SESIÓN 3 – Paciente**

- Repasaremos los objetivos marcados en la sesión 1 y recordaremos los beneficios del abandono del consumo.
- Preguntaremos al paciente sobre sus sentimientos y hablaremos de ellos.



- Daremos información y explicaremos técnicas sobre afrontamiento al miedo (relajación respiratoria y detección del pensamiento mediante refuerzo positivo).



- Entregaremos una tabla con los signos y síntomas que produce el consumo excesivo de alcohol a largo plazo e identificaremos cuál de ellos padece actualmente. ⁽²⁵⁾

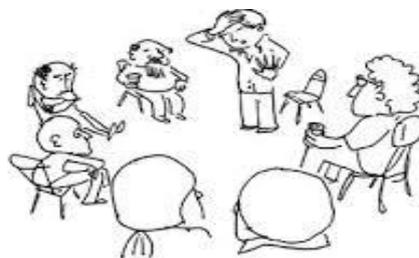
SINTOMAS	
EMOCIONALES	Sentirse abrumado, cambios de humor, agitación, sensación de soledad y/o aislamiento, irritabilidad...
FÍSICOS	Dolores, por ejemplo: de cabeza, diarrea o estreñimiento, náuseas y mareos...
CONDUCTUALES	Pérdida o ganancia de apetito, aumento o disminución del sueño, hábitos nerviosos (ej. morderse las uñas), uso de drogas, aislamiento social...
COGNITIVOS	Pérdida de memoria, incapacidad para concentrarse, negativismo, preocupación constante...

- Daremos al paciente una dieta (Anexo IV) y una lista con los alimentos indicados para la gastritis crónica y explicaremos los beneficios, si cumple con ella.
- Pedir que nos escriba en esta semana en una tabla todos los alimentos que consume y sus horarios.



❖ **SESIÓN 4 - Paciente y familia**

- En esta sesión informaremos sobre los recursos que dispone el sistema sanitario y las asociaciones que existen de ayuda: Alcohólicos Anónimos, Fundación de Ayuda a la Drogadicción (FAD)...



No no no No me habéis entendido
No quiero dejar de beber.
Quiero dejar de sentirme mal por ello.



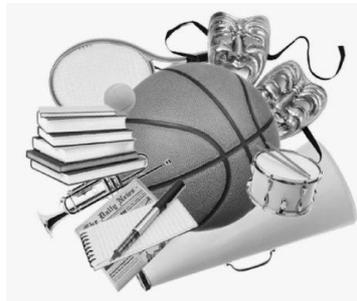
- Preguntaremos a cada miembro sobre la anterior actividad realizada en familia, cómo se han sentido y qué hubiesen hecho para mejorarla.
- Decidirán otra actividad de la lista para realizar en familia y nos contarán su experiencia en la siguiente visita. *(esta actividad y la anterior se repetirá en cada sesión familiar).*

❖ **SESIÓN 5 – Paciente**

- El paciente nos contará cómo se siente y repasaremos los objetivos marcados.
- Elaborará su propia dieta semanal con los alimentos que le hemos enseñado en la sesión 3.



- Propondremos una lista con una serie de actividades y hobbies que le gusten hacer al paciente en sus ratos libres, (talleres, ejercicio, pasatiempos...).

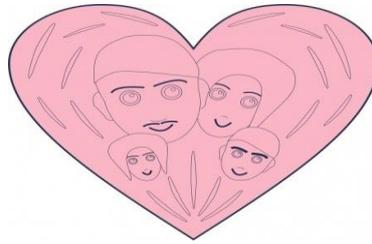


- Marcará una actividad de esas propuestas para realizar esta semana a la salida del trabajo.

❖ **SESIÓN 6 - Paciente y familia**

- Después de haber puesto en práctica las pautas dadas en anteriores sesiones haremos una evaluación para saber cómo funciona la relación familiar en el hogar.
- Hablaremos de los sentimientos y actitudes que puede crear el consumo excesivo del alcohol.
- Haremos un juego de roles, en el cual, cada uno dirá en voz alta una cualidad positiva de cada miembro de la familia y contará el mejor recuerdo que guarda de

ese familiar, (esta actividad se realizará usando las técnicas de comunicación asertivas aprendidas en la sesión 2).



- Explicaremos y practicaremos técnicas de relajación y control del estrés.



❖ **SESIÓN 7 – Paciente**

- Recordará los objetivos y beneficios del abandono del alcohol.
- Repasaremos la dieta y hablaremos de cómo tratar el estreñimiento.
- Hablaremos de que hizo la semana pasada, actividades, ejercicios e indagaremos si consumió alcohol y hablaremos de ello.
- Haremos una lista con los sentimientos que le llevan a beber alcohol y los síntomas de la recaída (aumento de la necesidad de beber y ocultar el consumo, temblores, náuseas, descuido de la alimentación...).



❖ **SESIÓN 8 - Paciente y familia**

- Cada miembro expresará cómo se siente y cómo fue la semana pasada en su hogar.
- Explicaremos a la familia los síntomas de una recaída de alcoholismo y cómo pueden prevenirla.
- Enseñaremos técnicas de afrontamiento en situación de recaída.⁽²²⁾
 - *Pensar en cuanto mejor estoy sin beber*
 - *Estar en compañía de no bebedores*
 - *Pensar en positivo*
 - *Pensar en las promesas que he hecho a mis familiares*
 - *Animarme y comprarme algo especial en vez de beber*
 - *Evitar lugares donde bebía antes*
 - *Irme a dormir*

❖ **SESIÓN 9 – Paciente**

- Comprobaremos el estado de la motivación del paciente, por si tuviéramos que trabajar en ello.



Figura 2. La rueda del cambio. (Adaptada de "la rueda del cambio"²⁶)

- Animaremos y alentaremos en la actitud al cambio, haciendo refuerzos positivos sobre cómo se está enfrentando a la situación (recordaremos que su familia le apoya y que nosotros mantenemos interés por su recuperación).

- Hablaremos de su trabajo y sus compañeros de trabajo, la relación con ellos y su jefe. (dejaremos que exprese sentimientos y anotaremos cuales son).



- Repasaremos técnicas de relajación y de afrontamiento.

❖ **SESIÓN 10 - Paciente y familia**

- Cada miembro hará una evaluación en voz alta sobre de los cambios que tenido el paciente desde la primera sesión hasta hoy.
- El paciente explicará a la familia cuales han sido sus progresos.



- Cada miembro de la familia escribirá en un papel como sería un buen día para pasarlo en familia y propondremos llevarlo a cabo.

❖ **SESIÓN 11 – Paciente**

- Revisaremos las razones para dejar de consumir alcohol y sus beneficios.
- Repasaremos los progresos hechos hasta fecha.
- Utilizaremos imágenes mentales positivas.



- Recordaremos y repasaremos la importancia de seguir con la dieta.
- Alentaremos a continuar mostrando interés por realizar actividades con la familia e individual.

- Repasaremos cuales son los signos y síntomas de una recaída y cómo manejarla.
- Haremos técnicas de relajación y animaremos a seguir con ellas.

❖ **SESIÓN 12 - Paciente y familia**

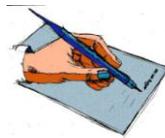
- Haremos entre todos un balance en la pizarra de los progresos logrados en este programa, importante para su motivación.
- Evaluaremos qué objetivos han sido logrados, cuáles no y porque.



- Escribiremos nuevos objetivos, si fuera necesario, y las intervenciones que podríamos hacer.
- Animaremos a seguir con los progresos y a continuar realizando actividades en familia.



- Daremos por escrito información sanitaria completa con números de teléfono y de programas de ayuda.



- Invitaremos al paciente y a la familia a realizar visitas a la consulta de enfermería cuando necesiten ayuda o hablar sobre el tema.



“EDUCAR NO ES ENSEÑAR AL HOMBRE A SABER, SINO A HACER”

FLORENCE NIGHTINGALE

ANEXO IV: CONSEJOS Y DIETA PARA LA GASTRITIS CRÓNICA. ⁽²⁹⁾

ALIMENTOS ACONSEJADOS

- ✓ VERDURAS COCIDAS SIN PIEL
- ✓ CARNES MAGRAS, PESCADOS, CLARA DE HUEVO
- ✓ PASTA, ARROZ, PATATA, PAN BLANCO
- ✓ QUESOS BLANDOS Y LÁCTEOS DESNATADOS
- ✓ FRUTAS (COCIDAS, COMPOTA, CONSERVA)
- ✓ AGUA Y BEBIDAS SIN CAFEINA

ALIMENTOS A TOMAR CON MODERACIÓN:

- ✓ VERDURAS CRUDAS
- ✓ AJO, CEBOLLA, TOMATE, PEPINO Y PIMIENTO
- ✓ PRODUCTOS INTEGRALES O RICOS EN FIBRA
- ✓ FRUTAS CON PIEL, VERDES O POCO MADURAS
- ✓ LECHE ENTERA, NATA, MANTEQUILLA
- ✓ EMBUTIDOS
- ✓ QUESOS FERMENTADOS Y MUY CURADOS
- ✓ CHOCOLATE Y BOLLERÍA
- ✓ ZUMOS DE UVA Y CÍTRICOS
- ✓ BEBIDAS CARBONATADAS.

ALIMENTOS A EVITAR:

- ✓ PIMIENTA, PIMIENTO, GUINDILLA, MOSTAZA, VINAGRE.
- ✓ ALCOHOL
- ✓ CAFÉ Y TÉ

CONSEJOS:

- ✓ COCIONES SENCILLAS: PLANCHA, GRILL, HORNO Y HERVIDO.
- ✓ EVITAR TEMPERATURAS EXTREMAS EN LOS ALIMENTOS.
- ✓ MASTICAR LENTAMENTE.
- ✓ FRACCIONAR COMIDAS Y VOLUMENES

ANEXO V: CÁLCULO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN UNIDADES (UBE).⁽⁵⁾**TABLA 1.**

1 UBE (10 g)	1 caña o 1 quinto de cerveza (200 ml) 1 vaso pequeño de vino (100 ml) 1 vaso de vino (50 ml) 1 copa de cava (50 ml) 1 carajillo de licor (25 ml)
2 UBE (20 g)	1 copa de coñac (50 ml) 1 combinado o cubata (50 ml) 1 vermut (100 ml) 1 whisky (50 ml)

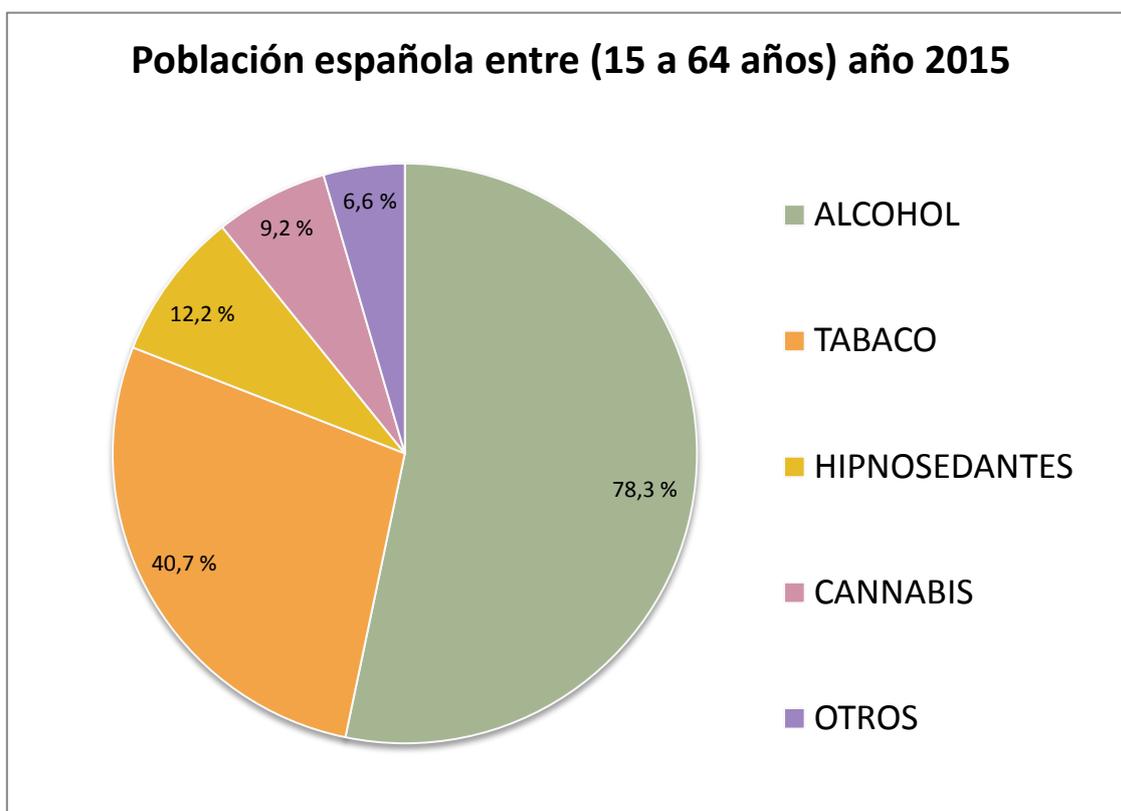
TABLA 2.

TIPO DE BEBIDA	VOLUMEN	Nº UBE
Vino	1 vaso (100 cc)	1
	1 litro	10
Cerveza	1 caña	1
	1 litro	5
Whisky, Ron, Coñac...	1 copa (50 cc)	2
	1 carajillo (25 cc)	1
	1 combinado/cubata (50 cc)	2
Jerez, Vermut, Cava.	1 copa (50 cc)	1
	1 vermut (100 cc)	2
	1 litro	20

TABLA 3– CLASIFICACIÓN DE CANTIDAD EXPRESADA POR EL PACIENTE

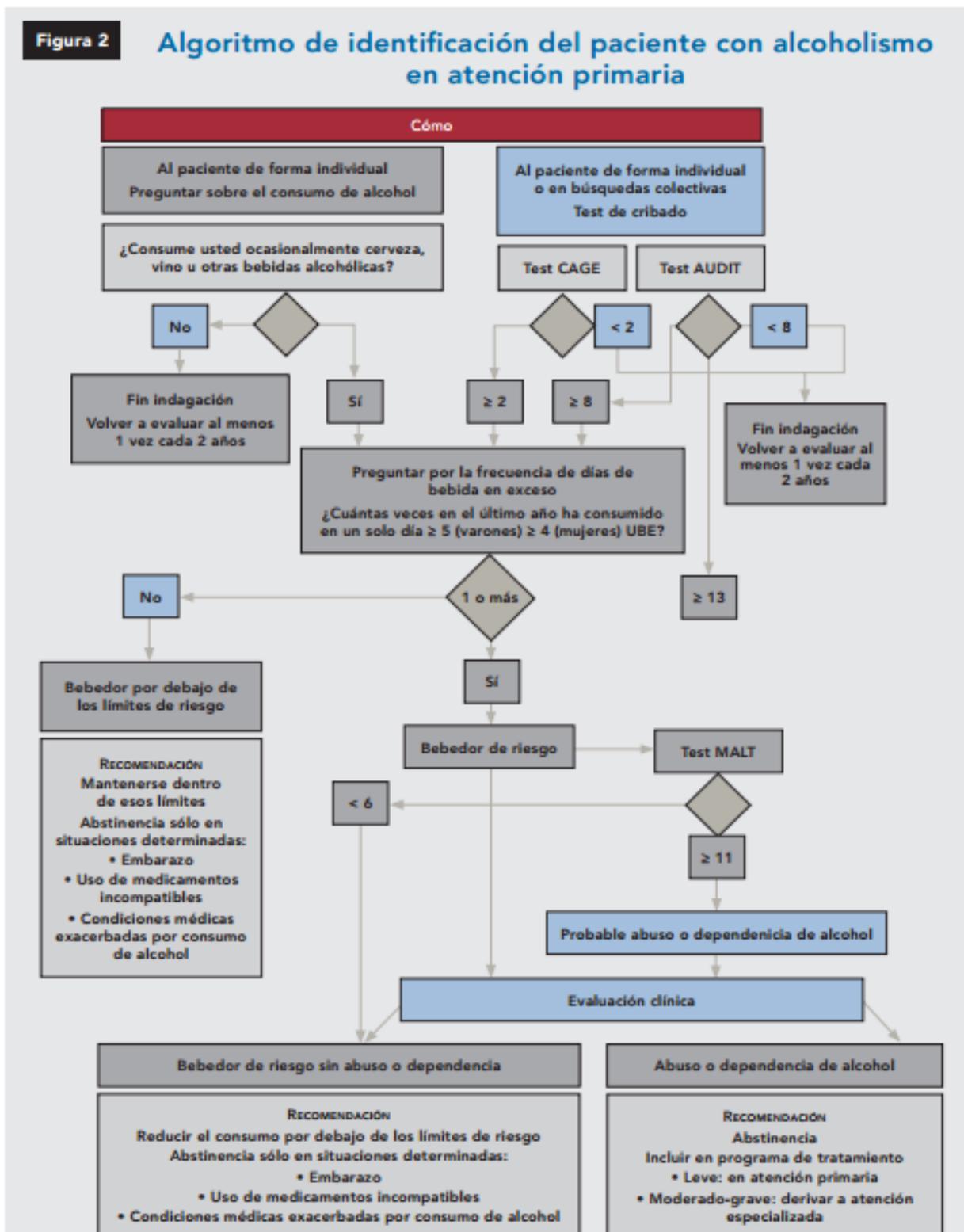
Abstemio	<ul style="list-style-type: none"> No consumo de alcohol
Consumo de bajo riesgo	<ul style="list-style-type: none"> Hombres: <17 UBE/Semana (<168g) Mujeres: <11 UBE/Semana (<108 g) <18 años: No consumo
Consumo peligroso	<ul style="list-style-type: none"> Hombres: 17-28 UBE/Semana (168-280 g) Mujeres: 11-17 UBE/Semana (108-168 g)
Consumo de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> Hombres: >28 UBE/Semana (280 g) Mujeres: >17 UBE/Semana (168 g) 6 UBE (59 g) en 24 horas al menos una vez mes. Cualquier grado de consumo en caso de: (antecedentes familiares de alcoholismo, menores y embarazo).

ANEXO VI: PORCENTAJE CONSUMO DE DROGAS



Marzo, 2015. Encuesta EDADES. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

ANEXO VII: ALGORITMO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CON ALCOHOLISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA. ⁽⁹⁾



ANEXO VIII: TEST DE MALT. ⁽²⁸⁾

ANEXO 4. CUESTIONARIO MALT

DetECCIÓN DEL ALCOHOLISMO

MALT-O. A rellenar por el médico	SI	NO
1. Enfermedad hepática		
2. Polineuropatía		
3. Delirium tremens		
4. Consumo alcohólico superior a los 150 ml diarios en los últimos meses.		
5. Consumo alcohólico superior a los 300 ml, al menos una vez al mes.		
6. Hedor alcohólico		
7. Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente		

Cuestionario MALT S. A rellenar por el propio paciente	SI	NO
1. En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos		
2. A temporadas, sobre todo por la mañana, tengo una sensación		
3. Alguna vez he intentado calmar la resaca, el temblor o la náusea		
4. En la actualidad, me siento amargado 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 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		
11. Últimamente prefiero beber el alcohol a solas y sin que me vean		
11 bis. Bebo de un trago y más de prisa que los demás		
12. Desde que bebo más, soy menos activo/a.		
13. A menudo me remuerde la conciencia o tengo sentimiento de culpa, después de haber bebido		
14. He ensayado un sistema para beber, p.ej. no beber antes de determinadas horas		
15. Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol		
16. Sin alcohol no tendría tantos problemas		
17. Cuando estoy excitado bebo alcohol para calmarme		
18. Creo que el alcohol está destruyendo mi vida		
19. Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a que no		
20. Otras personas no pueden comprender por qué bebo		
21. Si yo no bebiera, me llevaría mejor pareja		
23. Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo		
24. Repetidamente me han mencionado mi "aliento alcohólico"		
25. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo		
26. A veces, al despertar después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que pasaron en la víspera		

Valoración

4 puntos por cada respuesta positiva del MALT O

1 punto por cada respuesta positiva del MALT S

Orientación diagnóstica

0-5 puntos: ausencia de alcoholismo

6-10 puntos: sospecha de alcoholismo o riesgo de alcoholismo

11 o más puntos: alcoholismo

ANEXO IX: TEST DE CRAFFT. ⁽⁵⁾

1. **C (Car):** ¿Alguna vez has ido en coche conduciendo por alguien (incluido tú mismo) que estaba colocado o que había consumido alcohol o drogas?
 - Si/No
2. **R (Relax):** ¿Alguna vez has usado drogas o alcohol para relajarte, sentirte mejor contigo mismo o integrarte?
 - Si/No
3. **A (Alone):** ¿Alguna vez has consumido alcohol o drogas mientras estabas sólo?
 - Si/No
4. **F (Forget):** ¿Se te olvida alguna vez cosas que hiciste cuando consumes alcohol o drogas?
 - Si/No
5. **F (Friends):** ¿Alguna vez tu familia o tus amigos te han dicho que debes reducir tu consumo de alcohol o drogas?
 - Si/No
6. **T (Trouble):** ¿Alguna vez te has metido en líos cuando consumías alcohol o drogas?
 - Si/No

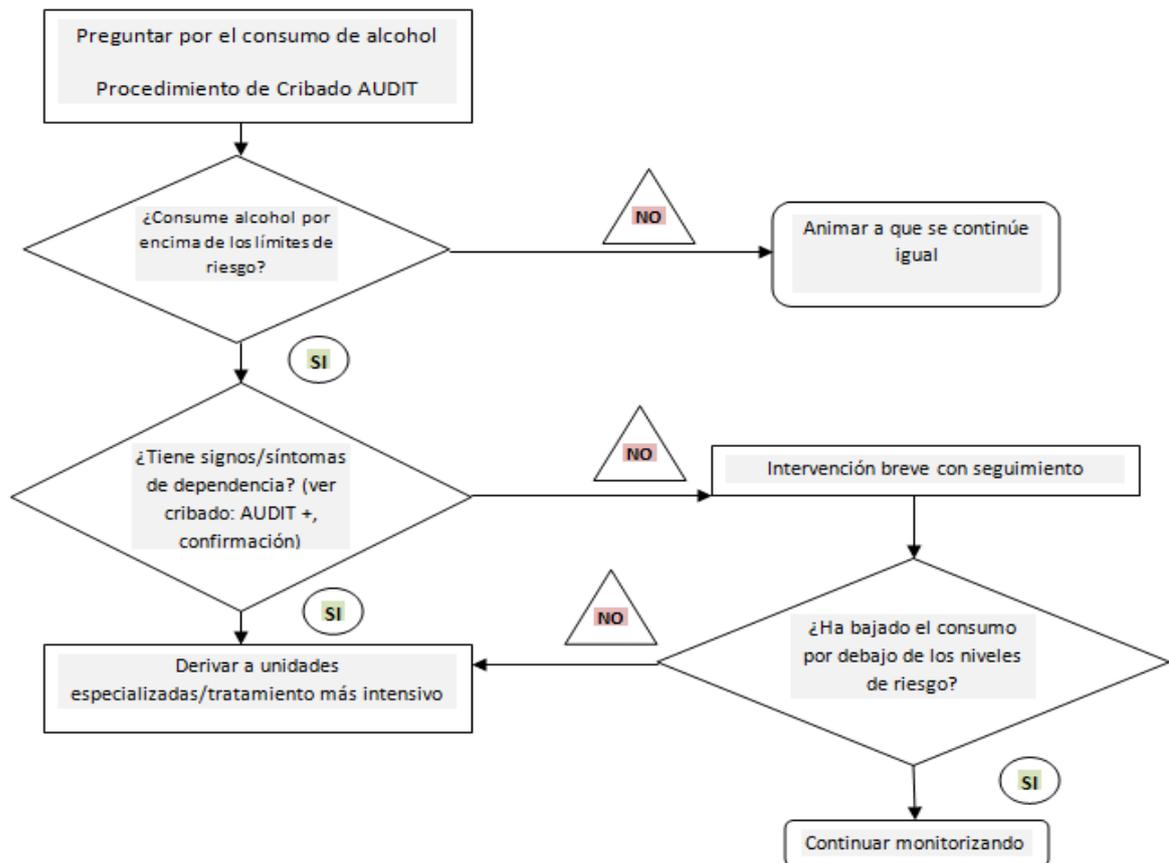
ANEXO X: MARCADORES BIOLÓGICOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL. ⁽⁹⁾

Tabla 4 Marcadores biológicos del consumo de alcohol

Parámetro	Normalización tras abstinencia	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
Triglicéridos	Varias semanas	30%	
GGT	2-6 semanas	35-85	81-89
AST (GOT)	Variable	10-40	< 50
ALT (GPT)	Variable	10-40	< 50
VCM	3-4 meses	30-50	65-100
CDT	12-17 días	75-90	70-100

ALT o GPT: transaminasa glutámico pirúvica; AST o GOT: transaminasa glutámico oxalacética; CDT: concentración de transferrina deficiente en hidratos de carbono; GGT: gamma glutamil transpeptidasa; VCM: volumen corpuscular medio.

ANEXO XI: ALGORITMO SOBRE LA INTERVENCIÓN BREVE. ⁽⁴⁾



Consejo breve para la reducción del consumo

La intervención consiste en un consejo encaminado a la modificación del patrón de consumo. Este consejo debe ser personalizado e incluir:

- Información positiva sobre los beneficios de la moderación.
- Información sobre el peligro de la ingesta excesiva de alcohol
- Negociar la reducción, hasta un pacto de consumo en la franja de riesgo (11- 17 UBE/Semana, según sexo)
- Puede añadirse material educativo de apoyo, para reafirmar el consejo, si disponemos de él.



ANEXO XII: PAUTAS DE DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE DEPENDENCIA ALCOHÓLICO SEGÚN LA OMS (CIE 10). ⁽⁴⁾

Sólo hay que hacerlo siguiendo esta clasificación si, en los últimos 12 meses, o si de forma continuada, han estado presentes tres o más de los siguientes elementos:

- I. Deseo intenso o vivencia de compulsión a consumir alcohol.
- II. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo y controlar la cantidad consumida.
- III. Sintomatología de abstinencia al reducir o cesar el uso del alcohol, que ha de ir acompañada del síndrome de abstinencia del alcohol o de una ingesta de alcohol (o sustancia similar) con la finalidad de mitigar o evitar los síntomas de abstinencia.
- IV. Tolerancia al alcohol definida como un aumento progresivo de las dosis para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- V. Abandono progresivo de otras fuentes del placer o diversión, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir alcohol, o para recuperarse de sus efectos.
- VI. Persistencia en el consumo de la sustancia, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales (daños hepáticos, estado de ánimo depresivo, etc.).

ANEXO XIII: ESTADIOS DE DISPOSICIÓN AL CAMBIO. ⁽²⁶⁾

MODELO DEL CAMBIO DE CONDUCTAS ADICTIVAS
(Prochaska y DiClemente)



ANEXO XIV: LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL. ⁽⁵⁾

“La gente se cree lo que se oye decir a sí misma”

Estilo de entrevista empático	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas abiertas• Escucha reflexiva/activa• Estar en “su longitud de onda”
Información sobre riesgos	<ul style="list-style-type: none">• Acordar y dar información sobre hechos relacionados con riesgos y problemas personales• Hoja de balance entre pros/contras de cambiar no cambiar
“Bailar” con la resistencia	<ul style="list-style-type: none">• Evitar la confrontación• Las argumentaciones que utilizan términos como “alcohólico/a” son habitualmente infructuosas especialmente en los primeros estadios
Apoyar la autoeficacia	<ul style="list-style-type: none">• El paciente toma la responsabilidad de alcanzar los objetivos• Se escoge entre un menú de opciones• Se potencia la creencia de que el cambio es posible
Reforzar las afirmaciones automotivadoras	<ul style="list-style-type: none">• Reconocimiento del daño causado• Deseo de cambiar• Factibilidad de cambio

ANEXO XV: ESCALA SUBJETIVA DE SATISFACCIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD EN EL CONSUMO DE ALCOHOL.

Es una escala no oficial, elaborada para obtener una valoración del programa realizado en los últimos tres meses, fue cumplimentada por el paciente tras finalizar el programa de actividades de educación para la salud en alcoholismo.

	0 No satisfactorio o Insuficiente	1 Poco satisfactorio o suficiente	2 Satisfactorio o notable	3 Muy satisfactorio o sobresaliente
¿Cómo le ha resultado el programa de educación?			✓	
¿Cree haber superado los objetivos marcados en este programa?		✓		
¿Le ha resultado útil la información aportada en el programa?			✓	
¿Cree haber adquirido conocimientos nuevos?			✓	
¿Aprendió a realizar nuevas técnicas de afrontamiento?			✓	
¿Siente que ha mejorado algo después de este programa?		✓		
¿Se siente motivado a continuar con el programa?			✓	