

Fer Escala Breve pag 3

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DIVISION PROGRAMAS
DE SALUD /

PROGRAMA DE SALUD MENTAL 1991:
Instrucciones para las Actividades sobre
BEBER PROBLEMA Y ALCOHOLISMO.

Durante 1991 se incluye por primera vez en el Subprograma de Alcoholismo el concepto de beber problema, con especificaciones para su identificación e intervención temprana. Este cambio de énfasis desde los casos más avanzados y terminales, con dependencia física, tradicionalmente más resistentes al tratamiento, hacia las personas que están bebiendo en forma riesgosa, pero que aún no presentan consecuencias adversas mayores recoge la experiencia de los últimos años de muchos países desarrollados en los cuales dicha identificación e intervención temprana ha significado una disminución importante de las complicaciones secundarias a la ingesta alcohólica.

Definición de Beber Problema y Alcoholismo:

Se continuará aplicando la definición operacional de enfermo alcohólico, vigente en Chile desde los años 50, que entiende como tal a la persona que, independiente de la cantidad de etanol que ingiere, ha desarrollado dependencia física, con incapacidad de abstenerse y/o detenerse, síndrome de privación, con o sin crisis patológica de ingestión.

El concepto de beber problema es más amplio que el de alcohólico, al cual lo incluye, además de abarcar al bebedor excesivo y un porcentaje de los bebedores moderados:

| ABSTEMIO | BEBEDOR MODERADO | BEBEDOR | |
|------------------------|------------------|--------------------------|------------|
| | | EXCESIVO | ALCOHOLICO |
| 20% | 65% | 10% | 5% |
| Bebedor Normal (+ 75%) | | Bebedor Problema (+ 25%) | |

El límite tradicional entre bebedor moderado y bebedor excesivo utilizado en Chile por muchos años, de 100 cc de alcohol/día y/o 12 embriagueces en el año, si bien ha sido muy útil, su definición operacional compartida por investigadores y clínicos, no puede proteger a los bebedores de las consecuencias adversas del etanol. Tanto la experiencia nacional como internacional muestra que muchas personas que beben menos de 100 cc de alcohol al día y/o que se embriagan menos de 12 veces en el año, tienen también riesgo de desarrollar complicaciones orgánicas y/o dependencia física.

Para el presente programa se utilizará la definición de bebedor normal aprobada en el III Congreso Nacional de Alcoholismo y VI Encuentro de la Asociación Nacional de Profesionales que trabajan en Alcoholismo (ASNAPROA), efectuados en Concepción en 1988, presentado y discutido en el Encuentro Anual de la Asociación Iberoamericana de Estudios sobre los Problemas del Alcohol y Drogas (AIEPAD) en Santiago en 1989, y ratificado en 1990 por una comisión de expertos que asesora en este tema al Ministerio de Salud. De acuerdo con dicha definición se considera un bebedor normal a aquella persona que:

- 1.- Tiene 16 años de edad o más
- 2.- Si es mujer, no está embarazada ni en lactancia
- 3.- Consume una dieta balanceada y normocalórica, y tiene un estado nutritivo normal.
- 4.- Ingiere bebidas alcohólicas aprobadas por las autoridades sanitarias
- 5.- No presenta embriaguez patológica o idiosincrática
- 6.- Ingiere alcohol sin consecuencias contingentes negativas para sí mismo, ni para otros, y sin presentar problemas con la justicia
- 7.- Consume bebidas alcohólicas sin perturbar la relación de pareja, ni la vida familiar, ni el rendimiento laboral.
- 8.- No depende del alcohol para alegrarse, desinhibirse o comunicarse
- 9.- No presenta patologías que se agravan o descompensan con el alcohol
- 10.- Si bebe no se embriaga.

Por contraposición, se considera bebedor problema a la persona que trasgrede cualquiera de estos 11 puntos, poniéndose en situación de riesgo de presentar consecuencias negativas de tipo biológico, psicológico, familiar o social.

Escala Breve de Beber-Anormal (EBBA)

Esta escala, cuyo facsímil se incluye en la página siguiente, es un cuestionario de 7 preguntas, con respuestas SI o NO, en las que se explora la apreciación subjetiva del sujeto respecto de su forma de beber. Ha sido construída y validada en la población masculina chilena, mostrando alta

Estados

personas

o otras personas

ESCALA BREVE PARA LA DETECCION DE BEBER ANORMAL

E.B.B.A.

| | SI | NO |
|---|----|----|
| 1. ¿HAN HABIDO PROBLEMAS ENTRE UD. Y SU PAREJA A CAUSA DEL TRAGO? | | |
| 2. ¿HA PERDIDO AMIGOS (AS) O POLOLOS (AS) POR EL TRAGO? | | |
| 3. ¿HA TENIDO GANAS DE DISMINUIR LO QUE TOMA? | | |
| 4. ¿LE OCURRE EN OCASIONES QUE SIN DARSE CUENTA TERMINA TOMANDO MÁS DE LO QUE PIENSA? | | |
| 5. ¿HA TENIDO QUE TOMAR ALCOHOL EN LAS MAÑANAS? | | |
| 6. ¿LE HA OCURRIDO QUE AL DESPERTAR, DESPUÉS DE HABER BEBIDO LA NOCHE ANTERIOR, NO SE ACUERDE PARTE DE LO QUE PASÓ? | | |
| 7. ¿LE MOLESTA QUE LO CRITIQUEN POR LA FORMA EN QUE TOMA? | | |

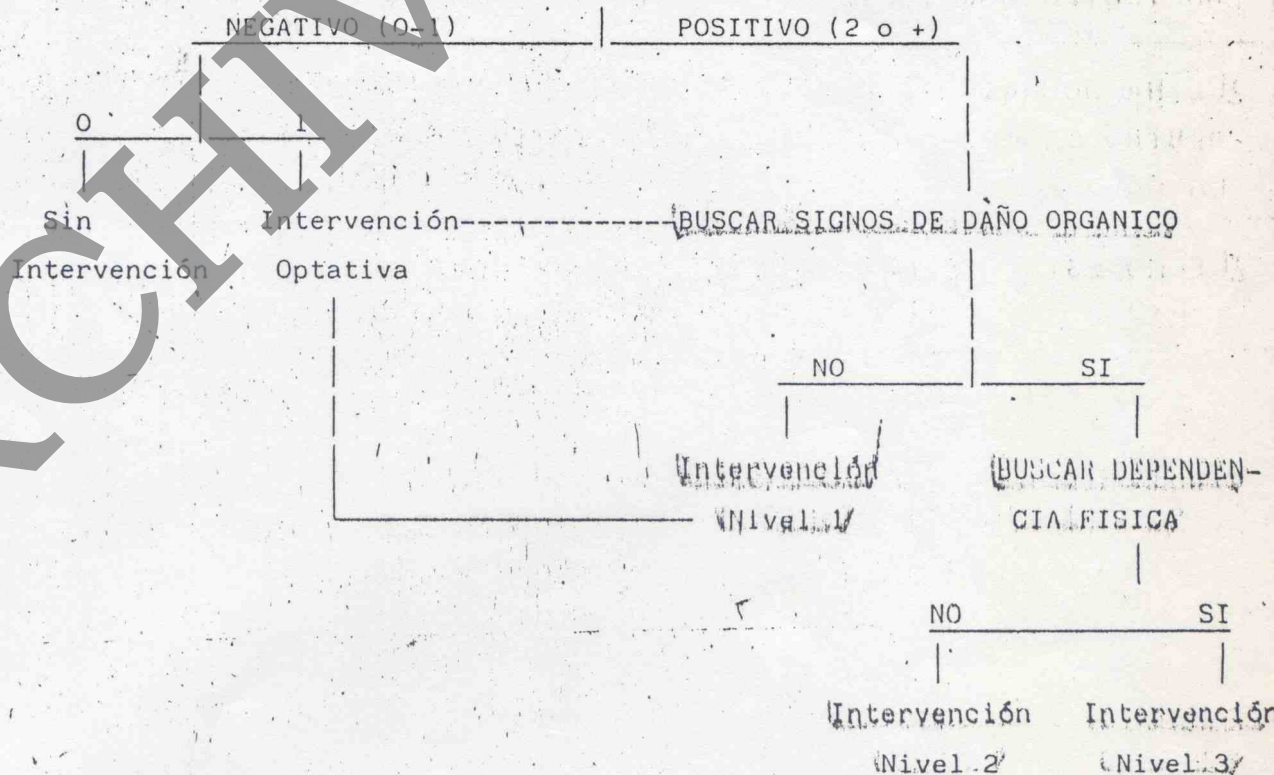
sensibilidad y especificidad como instrumento de screening o tamizaje. Un puntaje de 2 o más respuestas afirmativas indica una alta probabilidad de beber problema.

El EBBA puede ser autoaplicado en poblaciones que tienen un nivel educacional básico, y también puede utilizarse como una entrevista breve estructurada a ser efectuada por cualquiera de los miembros del equipo de salud (sin necesidad de requerir estudios universitarios).

Para el presente año se iniciará su uso rutinario en varones de 15 a 54 años de edad, consultantes a los establecimientos del nivel primario de atención o ingresados a hospitales tipo A y B. Los servicios procurarán implementar la adecuada utilización de este cuestionario con la mayor amplitud que le sea posible de acuerdo a sus recursos. Es importante formarse una experiencia local, tanto en el nivel primario como en el régimen de hospitalización.

A partir de los resultados del EBBA se puede aplicar el siguiente árbol de decisiones:

RESULTADO DEL EBBA



- Intervención optativa: según los recursos disponibles y los antecedentes clínicos
- Intervención nivel 1: EBBA de 2 o más puntos sin evidencia de daño orgánico ni de dependencia física

Estados

Personales

o otros personas

ARCHIVO FASISIC

- 5.
- Intervención nivel 2: EBBA de 2 o más puntos, con signos de daño orgánico, pero sin dependencia física.
 - Intervención nivel 3: EBBA de 2 o más puntos, con daño orgánico y con dependencia física.

(En las intervenciones de nivel 1 y 2, la meta es que el paciente se transforme en un bebedor normal, y en la de nivel 3, la meta es la abstinencia total y definitiva (por la irreversibilidad de la dependencia física).)

Intervención Nivel 1

- A) Educación durante la consulta por morbilidad, de control u otro contacto agente de salud consultante.

Esta educación debe incluir aquellos temas de mayor sensibilidad o motivación para el paciente, resonantes con su realidad emocional durante el exámen médico. No es necesario que el agente de salud enfatice preferencialmente los riesgos del beber problema, ni que entregue "recetas" de conductas a seguir; muchas veces es más efectivo una pregunta realizada en el momento preciso (ej. ¿Qué ha pensado hacer frente a esta situación?), que estimule la búsqueda de soluciones constructivas. Otras veces, se puede concordar con el paciente la realización de un experimento conductual (ej.: intentar beber sin embriaguez por 2 meses) para luego evaluar los logros y dificultades. La mayoría de los pacientes están más abiertos a modificar hábitos de ingestión alcohólica cuando ellos mantienen un cierto grado de control sobre las decisiones que se toman para lograrlo.

Según las respuestas al EBBA se pueden distinguir por lo menos 3 temas predominantes:

- Relaciones Interpersonales (preguntas 1, 2 y 7)
- Capacidad de controlar la ingestión (preguntas 3 y 4)
- Consecuencias físicas adversas (preguntas 5 y 6)

Se sugieren las siguientes estrategias de intervención en cada uno de estos temas:

a) Relaciones Interpersonales:

- * Preguntar qué piensan de su forma de beber personas significativas en su vida (hijos, pareja, padres, etc.)
- * Mostrar riesgos posibles de deterioro de su vida familiar social si no modifica su ingesta alcohólica.

- * Motivar actividades alternativas en las que el paciente disfrute con otras personas sin beber alcohol o bebiendo en forma moderada.

b) Capacidad de controlar la ingestión

- * Introducir un elemento de duda en el paciente. ¿Qué es pasando que desea disminuir lo que toma, y/o termina tomando más de lo que piensa?
- * Aumentar el temor a una pérdida progresiva del control sobre el alcohol. Hablar de casos conocidos por el paciente que hayan llegado a presentar incapacidad de detenerse y abstenerse.
- * Identificar áreas en la vida del paciente en las que éste haya demostrado capacidad de control, para usarlas como modelo factible de control sobre el alcohol.
Ejemplo: dejar de fumar, esfuerzo para terminar estudio, dieta exitosa, completar un tratamiento con medicamento, etc.

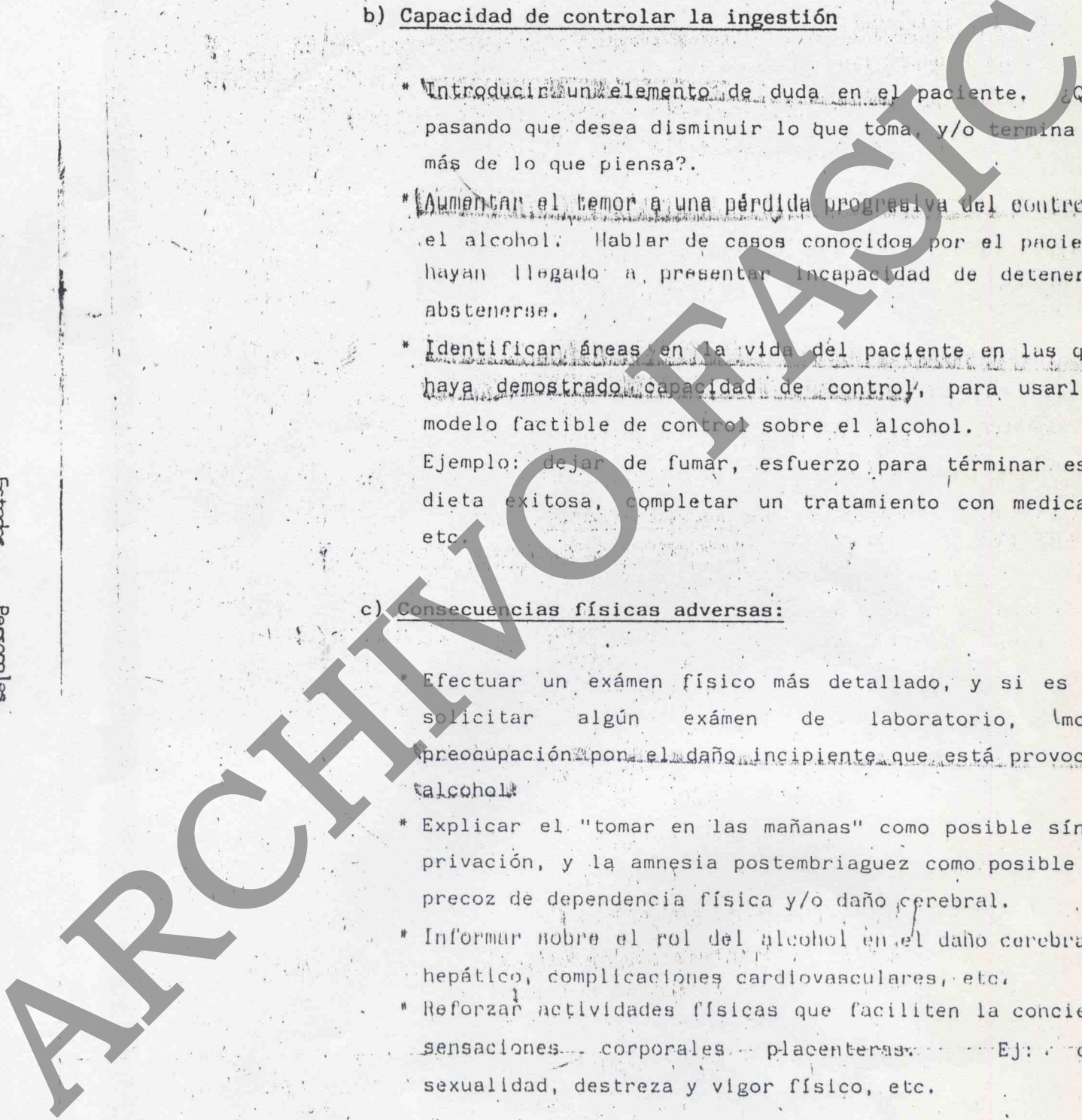
c) Consecuencias físicas adversas:

- * Efectuar un examen físico más detallado, y si es posible solicitar algún examen de laboratorio, mostrando preocupación por el daño incipiente que está provocando el alcohol.
- * Explicar el "tomar en las mañanas" como posible síntoma de privación, y la amnesia postembriaguez como posible síntoma precoz de dependencia física y/o daño cerebral.
- * Informar sobre el rol del alcohol en el daño cerebral, daño hepático, complicaciones cardiovasculares, etc.
- * Reforzar actividades físicas que faciliten la conciencia de sensaciones corporales placenteras. Ej.: deporte, sexualidad, destreza y vigor físico, etc.

La educación del paciente es tarea, idealmente, de todo el equipo de salud. El médico, por su gran ascendiente sobre nuestra población, tiene a veces una mayor cuota de responsabilidad, pero si sus mensajes no son concordantes con los de los demás integrantes del equipo perderán efectividad. De la misma manera, los mensajes educativos, deben tener concordancia entre sus componentes verbales y no verbales, "entre lo que predica y lo que realmente se hace", para que tengan alguna credibilidad pa

Estados Personales

u otros personas



el paciente. Cada educador puede usar su propio estilo de transmisión de mensajes, de acuerdo a su forma de ser y a su propia experiencia. Se espera que se estimule la creatividad personal, para ir descubriendo aquellas formas de intervención más eficaces para los distintos tipos de pacientes.

B) Referencia a Organizaciones de la Comunidad

Las organizaciones de la comunidad, tales como Clubes Rehabilitadores de Alcohólicos (CRA) y Alcohólicos Anónimos (AA) tienen una valiosa experiencia con enfermos alcohólicos, y representan una ayuda significativa para la intervención de nivel 3. Más aún, su filosofía de abstinencia absoluta es concordante con la meta de este tipo de intervención. Sin embargo, para los niveles 1 y 2 será necesario buscar nuevas formas de trabajo con dichas organizaciones, orientadas a disminuir el consumo de alcohol, o bien favorecer el surgimiento de nuevos grupos que permitan una participación activa de la comunidad en esta tarea.

Intervención Nivel 2

A) Sesiones Individuales y/o de Grupo

No existe suficiente experiencia nacional en técnicas psicosociales orientadas a modificar el hábito de ingesta en bebedores problema no alcohólicos. Se recomienda impulsar un movimiento de búsqueda de intervenciones innovadoras, incorporando elementos de experiencias exitosas extranjeras, y respetando nuestra propia realidad sociocultural.

Aspectos a considerar en este tipo de sesiones:

- Aumentar la motivación para reducir el consumo de alcohol mostrando logros atractivos que pueden ser alcanzados por el paciente. Ej.: Salud, armonía familiar, mayor rendimiento laboral, etc.
- Favorecer la identificación con bebedores normales (ex-bebedores problemas o no) que representen modelos creíbles. Ej.: sesiones de grupo con monitores que sean bebedores normales.
- Reforzar pequeños pasos en la dirección de un mayor control o reducción del beber. Ej.: aprobación social
- Desarrollar habilidades de rechazo a la presión social. Ej.: role-playing acerca de situaciones de riesgo de ingestión.
- Aumentar la auto estima y la asertividad. Ej.: dinámicas grupales.

- Incentivar actividades alternativas con bajo o sin consumo de alcohol. Ej.: deporte y convivencias sociales sin alcohol.

Se incluye como anexo el "Inventario de Situaciones de Ingestión de Alcohol" para ser utilizado como fuente de referencia sobre el tipo de situaciones que comúnmente se asocian con el beber. Algunas de estas situaciones pueden ser planteadas en intervenciones individuales y grupales, para que tanto el paciente como el miembro del equipo de salud alcancen una comprensión más personalizada de la conducta de ingestión alcohólica de cada individuo, y así poder ayudarlo a desarrollar mecanismos de control y conductas alternativas.

Cada una de las 100 situaciones descritas en dicho inventario tiene un número del 1 al 8 en el margen derecho. Ese número corresponde a cada una de las 8 categorías de situaciones que aparecen en el gráfico de la última página, a saber:

- 1.- Emociones desagradables
- 2.- Malestar físico
- 3.- Emociones agradables
- 4.- Control sobre el alcohol
- 5.- Impulsos/tentaciones por beber
- 6.- Conflictos con otros
- 7.- Presión social
- 8.- Sociabilidad grata

Las 5 primeras corresponden a estados personales y las 3 últimas a situaciones que implican a otras personas.

Si existe la disponibilidad material y temporal para aplicar el inventario total a un paciente, se puede tabular sumando los puntajes por categoría y representándolos gráficamente en la última página.

II) Involución de familiares

Motivar a uno o más familiares que sean significativos y potencialmente influyentes sobre el paciente, para que refuercen los contenidos educativos y las intervenciones psicosociales.

Intervención Nivel 3

Este nivel incluye todas las intervenciones de los niveles precedentes, agregándose además el uso de Disulfirano.

El referir al paciente a un grupo CRA o AA se considera prioritario en este nivel.

Registro de Bebedores-Problema y Alcohólicos

Muchos Servicios de Salud tienen experiencia con el uso de tarjetas para el registro de enfermos alcohólicos. Se recomienda continuar con esta práctica en aquellos Servicios en que este método se ha probado factible y eficaz

Dado que el volumen de bebedores-problema que se detectará con el EBBA es alto y que durante 1991 no se dispondrá de recursos especiales para este programa, el uso de la tarjeta puede resultar impráctico. En estos casos, se sugiere diseñar alguna forma de registro que permita la siguiente información mínima:

- Número total de pacientes con EBBA positivo y proporción de estos sobre el total de consultantes.
- Distribución etaria de ellos
- Diagnóstico clínico que motivó la consulta
- Intervenciones efectuadas
- Evolución del hábito de beber y de sus complicaciones.

En la página siguiente se incluye, a modo de ejemplo, un formato de hoja evolutiva que puede ser utilizada parcial o totalmente, si la realidad local lo aconseja. La experiencia acumulada durante el presente años permitirá diseñar una forma unificada de registrar esta información a futuro.