

[Beveu Menys]

programa [Beveu Menys]

program

Documentació de treball

Alcohol i Atenció
Primària de Salut

Formació d'actualització



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Exercicis

Alcohol i atenció primària de salut

Programa Beveu Menys
Formació d'actualització

EXERCICI 1 Alcohol. Factors de risc per a la salut a Europa

Enumereu els factors següents, de l'1 al 5, segons el seu nivell de risc per a la salut, en el nostre context (1: més risc, 5: menys risc).

FACTOR	RISC (1 A 5)
Colesterol	
Sobrepès	
Hipertensió	
Alcohol	
Tabac	

- > Noteu si hi ha disparitat entre la vostra percepció i el que reflecteixen les dades epidemiològiques proveïdes per l'OMS.
- > Reflexioneu al voltant dels elements que condicionen la vostra percepció (cultura, experiència, atenció a la demanda, etc.) i l'efecte que té això sobre les vostres actuacions preventives en consulta.

EXERCICI 2 Recompte d'unitats de beguda estàndard (UBE)

Feu el recompte d'UBE a partir de la informació que se us dóna a continuació i que ha estat extreta del cas clínic número 1 del bloc pràctic, en el qual un noi jove va a la consulta del metge per demanar l'alta, després d'haver estat uns dies malalt a causa de la grip.

Doctor (D): *D'acord, Joaquim. Abans, deixa'm fer-te algunes preguntes sobre els teus hàbits de vida per completar el teu historial clínic. T'està bé?*

Pacient (P): *Faci, faci...*

D: *Fumes?*

P: *Doncs, habitualment no; sols els caps de setmana, quan surto de festa amb els amics.*

D: *I fumes molt?*

P: *No gaire. Un paquet durant el cap de setmana i un altre durant la resta de la setmana.*

D: *I d'alcohol, en prens?*

P: *Igual que els meus col·legues.*

D: *Si prens begudes alcohòliques, quantes consumicions fas el dia que en beus?*

P: *Dues o tres birres i tres cubates, en tota la nit.*

D: *Amb quina freqüència ho fas?*

P: *Els divendres i els dissabtes a la nit.*

D: *Els dies laborables canvies els teus hàbits de consum?*

P: *Sí, no bec tant. Durant la setmana, prenc –com a molt– un got de vi tot dinant i una o dues birres en sortir de la feina.*

- > Noteu que en el cas es fa ús de les preguntes de l'interrogatori sistematitzat de consums alcohòlics (ISCA) per fer el recompte de les UBE setmanals.
- > Tingueu en compte que el recompte és aproximat (variacions entre setmana, minimització per part del pacient, etc.) però que pot ser útil per orientar la intervenció que cal fer en cada cas.
- > Reflexioneu sobre les dificultats que poden haver en consulta a l'hora de fer el recompte de consums i el fet que en la història clínica informatitzada es faci ús d'altres eines.

EXERCICI 3 Instruments de cribatge: l'AUDIT

Autoadministreu-vos de forma anònima l'AUDIT per tal de conèixer-ho millor i detectar possibles avantatges i inconvenients de la seva utilització en consulta.



OBSERVACIONS

- En el qüestionari la paraula consumició equival a una UBE
- L'AUDIT és un instrument de cribatge exclusivament, no de diagnòstic i que per tant els resultats que s'obtinguin serveixen sobretot per orientar les intervencions a fer en cada cas.

EXERCICI 4 Instruments de cribatge: AUDIT, AUDIT C i ISCA

Passeu els qüestionaris AUDIT, AUDIT-C i ISCA a un/a company/a i poseu en comú l'experiència.

- > Parleu de la seva utilitat o dels dubtes en l'aplicació de cadascun d'ells.
- > Compareu els tres qüestionaris i comenteu les ocasions més favorables per utilitzar cadascun d'ells.
- > Discutiu sobre els avantatges i/o inconvenients que trobeu en la utilització dels diferents qüestionaris, en comparació a la realització de preguntes quantitat - freqüència (rigor, sistematització, temps...).

OBSERVACIONS

- En els qüestionaris la paraula consumició equival a una UBE

EXERCICI 5 Quantitat i pauta de consum

Feu el recompte de consum i adjuqueu una possible pauta de consum en cadascun dels casos següents:

CAS 1: jove 18 anys, home.

Consum habitual:

Diumenge a dijous: no consumeix alcohol

Divendres: 2 copes de vi per sopar, 1 *cubata* al pub

Dissabte: 2 copes de vi per sopar, 1 *cubata* al pub i 2 més a la discoteca.

CONSUM SETMANAL (UBE/setmana)	
PAUTA DE CONSUM	

CAS 2: dona, 45 anys.

Consum habitual:

Dilluns a divendres: 2 copes de vi per dinar

Dissabtes i diumenges: 2 copes de vi per dinar, 2 copes de vi per sopar, 1 copa de licor després de sopar

CONSUM SETMANAL (UBE/setmana)	
PAUTA DE CONSUM	

CAS 3: home, 50 anys.

Consum habitual:

Dilluns a divendres: 1 cigaló al matí, 1 copa de vi per dinar, 2 cerveses a mitja tarda al bar, 1 got de vi per sopar

Dissabtes: 1 copa de vi per dinar, 3 copes de vi per sopar, 1 whisky

Diumenges: 2 copes de vi i 1 copa de cava per dinar. Una cervesa a mitja tarda.

CONSUM SETMANAL (UBE/setmana)	
PAUTA DE CONSUM	

Noteu que en els tres casos la pauta de consum es de risc i que en tots ells convé descartar possible dependència:

- > CAS 1: Consum de més de 6 UBE en una ocasió de consum (dissabte)
- > CAS 2: Consum superior a 17 UBE/setmana per dones
- > CAS 3: Consum superior a 28 UBE/setmana per homes

EXERCICI 6 **L'entrevista clínica: cribatge i intervenció.** **Treball d'un cas simulat**

Escenifiqueu una entrevista clínica per parelles adoptant tant el rol de professional com de pacient.

- > Representeu un cas de consum de risc i no de dependència.
- > Feu l'exercici seriosament.
- > Intenteu-ho però si no ho voleu fer, no us sentiu obligats
- > Feu ús de tot el que heu après fins ara: tècniques de cribatge i intervenció
- > Feu ús de la Guia de butxaca com a material de suport
- > Tingueu en compte que disposeu de poc temps i haureu de canviar de rols

Com us heu sentit en assumir el rol de pacients? I de professionals?
Quins aspectes creieu que ha fet bé el vostre company alhora de fer de professional?

Valoreu el temps que ha transcorregut fent l'exercici i l'aplicabilitat en condicions de treball reals.

Documents de treball

Alcohol i atenció primària de salut

Programa Beveu Menys
Formació d'actualització

DOCUMENT DE TREBALL 1

Intervencions breus en alcohol en l'APS

El consum d'alcohol és un problema de salut pública important i afecta el benestar psicològic, físic i social de la població general. Hi ha nombroses evidències sobre la toxicitat orgànica de l'alcohol i sobre la seva contribució a nombrosos problemes de salut. Així mateix, el risc de desenvolupar una dependència de l'alcohol s'incrementa quan augmenta la quantitat consumida i quan es fan consums de grans quantitats d'alcohol en curts intervals de temps. Contràriament a la creença popular, la majoria dels danys associats al consum d'alcohol es presenten en consumidors de risc i no pas en consumidors dependents (WHO, 1980). És per això que dins de les polítiques de salut pública esdevé prioritari la implementació d'actuacions preventives orientades a disminuir el consum de la població general.

En aquest sentit, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va iniciar als anys 80 una estratègia global encaminada a potenciar intervencions precoces en tots els àmbits de la salut, inclòs l'alcohol i els trastorns que hi estan relacionats. En aquest context es va

definir el concepte de consum de risc com una pauta de consum d'alcohol que augmenta el risc de conseqüències nocives per a la persona que beu i per a terceres persones. L'any 1983 es va posar en marxa un estudi multicèntric internacional sobre les intervencions precoces en matèria d'alcohol des de l'atenció primària: *WHO Collaborative Study on Alcohol Early Interventions in Primary Health Care Settings*.

L'objectiu final és desenvolupar i difondre a tota l'atenció primària de salut un protocol d'intervenció estandarditzat, basat en la detecció precoç i el consell breu, que permeti disminuir la incidència i prevalença dels trastorns relacionats amb l'alcohol i, més enllà, la incidència de la síndrome de dependència de l'alcohol.

El compromís amb la prevenció és el motiu pel qual la Subdirecció General de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya decidí, el 1993, entre moltes altres actuacions, participar en aquest estudi de l'OMS. Aquesta col·laboració s'inicià efectivament el 1996, en què ens vam incorporar al tercer estadi de la fase III de la investigació de l'OMS.

El projecte de l'OMS s'estructura en 4 fases diferents, amb objectius específics:

FASES	OBJECTIUS
Fase I (1983-1989)	Validar l'instrument de cribatge AUDIT
Fase II (1985-1992)	Demostrar l'eficàcia de les intervencions breus
Fase III (1992-1998)	Avaluar les estratègies més eficaces per implementar el consell breu en l'APS
Fase IV (1998-...)	Fer disseminació i implementació general de la intervenció precoç en matèria d'alcohol des de l'APS

La fase IV, en què ens trobem actualment, consta de 4 components:

1. Adaptació del programa de formació o paquet del Beveu Menys (materials, web, etc.).
2. Formació de formadors. Es van formar professionals de la XAD (Xarxa d'Atenció a les Drogodependències) que, posteriorment, han format els professionals de l'AP.
3. Adaptació dels materials d'intervenció: materials de suport per al professional de primària, pòsters i díptics de sensibilització per a la població general.
4. Difusió del programa a l'AP, amb una formació bàsica de 5 hores, que es du a terme a la mateixa ABS.

A Catalunya actualment, estem duent a terme la difusió i implementació del programa, i en una primera fase vam fer 347 cursos de formació i es van formar 6231 (85% acreditats) professionals de medicina i infermeria. Entenent la fase IV com a procés iteratiu, el repte en què actualment està immersa la Subdirecció General de Drogodependències és el disseny i desenvolupament de noves accions que reforcin la implementació de les intervencions breus (IB) a l'AP –com la formació d'actualització– i la posada en marxa de la disseminació de les IB sobre l'alcohol en altres àmbits sanitaris (hospitals, urgències, etc.), més enllà de la primària.

DOCUMENT DE TREBALL 2

La XaROH (Xarxa de Referents sobre l'Alcohol)

Què és la XaROH?

La XaROH neix en l'àmbit del programa Beveu Menys, amb la intenció d'aplegar un seguit de professionals interessats i motivats per millorar l'abordatge preventiu dels problemes derivats del consum de risc d'alcohol.

Aquests professionals han de ser a partir d'ara els dinamitzadors de la formació i de la implementació de les IB en el consum de risc d'alcohol en els CAP.

Qui en pot ser membre?

La XaROH està oberta a qualsevol professional sanitari amb ganes de promoure la prevenció dels problemes causats per un consum de risc d'alcohol.

En l'actualitat, més de 100 professionals de medicina i infermeria de 69 centres de primària i de 37 CAS ja en formen part.

Activitats que promou

- La XaROH té com a objectiu principal promoure la formació continuada dels EAP en la detecció precoç i la IB en el consum de risc d'alcohol i monitoritzar la seva implementació. Per garantir que la XaROH pugui dur a terme això es pretén fomentar:
 - la informació i formació contínua dels seus membres
 - la millora del coneixement sobre les actuacions preventives que en relació a l'alcohol es duen a terme en cada centre
 - l'intercanvi d'experiències entre els membres
 - la participació en jornades i congressos
 - les iniciatives de recerca sobre el tema.

DOCUMENT DE TREBALL 3

Avaluació de la implementació del programa Beveu Menys

Objectiu de l'avaluació

Conèixer l'impacte que les formacions bàsiques sobre l'abordatge dels problemes d'alcohol han generat en els professionals de l'APS, pel que fa a:

- > actituds
- > coneixements
- > conducta

Metodologia

Es van aleatoritzar el 10% (n = 28) dels centres d'atenció primària existents en aquells moments. Es va dissenyar una avaluació pre/post, que recollia les mateixes dades abans de la formació i tres mesos després d'haver-la realitzat.

- > La informació es va recollir a través de les fonts següents:
- > Entrevistes a professionals (3 en cada centre)
- > Auditoria d'històries clíniques (30 en cada centre)
- > Qüestionaris a pacients (40 en cada centre).

Finalment, les dades recollides foren les següents:

Font	Basal			3 mesos		
	Esperat	Assolit	%	Esperat	Assolit	%
Professionals	84	80	95	84	67	80
Pacients	1120	973	87	1120	1027	92
Històries clíniques	840	851	101	840	809	96

RESULTATS

Entrevistes a professionals

BASAL

El 69% dels professionals són dones, que tenen una mitjana d'edat de 45 anys; el 55% són metges, enfront d'un 45% d'infermeres; el 60% dels homes són metges; la mitjana d'anys d'experiència a la primària és de 14 (+8 anys) i els metges fan de mitjana més visites que les infermeres (160 ± 49 vs. 85 ± 50, respectivament).

Els professionals situen l'alcohol en el sisè lloc dintre dels determinants de salut; al voltant del 50% té menys de 4 hores de formació en temes d'alcohol i només un 15% s'ha format en l'àmbit de la prevenció. El 49% utilitza la impressió clínica i no està familiaritzat amb els instruments estandarditzats. El 48% dels afectats

no coneix els límits del consum de risc. El 42% no coneix l'equivalència en grams de les UBE. Un 10% són bevedors de risc.

Respecte a les diferències entre les respostes dels professionals de medicina i els d'infermeria, quant a les barreres percebudes a l'hora d'implementar el programa, els primers comenten la manca de temps (40,9 vs 16,7% d'infermeria) i els segons el fet de no tenir formació suficient (58,3 vs 27,3% de medicina).

El programa es valora, en general, de forma positiva.

CANVIS ALS TRES MESOS

S'observen canvis en quatre variables:

- > Incrementa el nivell de satisfacció dels professionals a l'hora d'ajudar els pacients en el canvi d'hàbits de consum d'alcohol (62,5% pre vs 84,7% post).
- > Incrementa el grau de coneixement de l'equivalència en grams de les UBE (57,3% pre vs 87,5% post).
- > Incrementa l'ús d'instruments estandarditzats (7,9% pre vs 42,1% post).

Disminueix el percentatge de pacients cribrats (32% pre vs 25,4% post).

Auditoria de les històries clíniques (HC):

BASAL

Els pacients són majoritàriament dones que tenen al voltant de 50 anys i amb estudis primaris. El consum d'alcohol es registra en un 27%, majoritàriament sense protocols i menys del que diuen els professionals (48%). El consum de risc està infradetecat, apareix només en un 3% de les HC. El consell i el tractament compartit són poc freqüents.

CANVIS ALS TRES MESOS

No se n'observen de significatius.

Entrevistes a pacients:

BASAL

Els pacients són majoritàriament dones que tenen al voltant de 50 anys i que acudeixen a l'AP una vegada al mes o cada tres mesos. Només al 45% els han preguntat alguna vegada pel consum d'alcohol i el 15% n'han rebut consell. En general, no coneixen els límits del consum de risc. Un de cada quatre homes i una de cada set dones presenta un consum de risc.

CANVIS ALS TRES MESOS

No se n'observen de significatius.

Conclusions generals dels resultats basals

- > Els professionals de l'AP no tenen prou formació en l'àmbit de la prevenció dels problemes d'alcohol.
- > No s'utilitzen instruments estandarditzats de detecció.
- > Augmenta considerablement la derivació de casos de dependència de l'alcohol de l'AP a la XAD.
- > El consum de risc es detecta considerablement menys del que es podria esperar.

Conclusions generals dels resultats als tres mesos

- > Els professionals de l'AP mostren nivells més alts de satisfacció i un augment en els coneixements i ús dels instruments de detecció un cop formats.
- > No hi ha canvis significatius en els pacients ni en les HC.
- > Augmenta considerablement la derivació de l'AP a la XAD; per tant, hi ha més detecció dels casos de dependència de l'alcohol des de les ABS.

DOCUMENT DE TREBALL 4

Nivells d'implementació

Durant les sessions d'actualització del programa Beveu Menys, l'EAP ha d'acordar i deixar per escrit, en la mesura que sigui possible, les qüestions següents:

A quin nivell d'implementació de cribatge de consum d'alcohol i consell pot comprometre's?

Quan parlem de nivells d'implementació, fem referència bàsicament a:

MÍNIMA

- > Fer cribatge i donar consell a grups de població especialment vulnerables (p. ex. gestants, menors de 16 anys, fills d'alcohòlics, etc.)

ESTÀNDARD

- > Fer cribatge i donar consell a grups de població amb més prevalença de consum de risc (p. ex. joves, homes entre 20 i 50 anys, etc.)

MÀXIMA

- > Fer cribatge i donar consell a tota la població.

A més d'establir un nivell d'implementació, cal especificar-hi:

- > a quin grup de població es realitza
- > quin professional ho fa
- > en quines ocasions es du a terme
- > com s'enregistra a la HC informatitzada.

En cas d'identificar un consum de risc, un de perjudicial o un cas de dependència, quin procediment d'intervenció s'estableix?

Caldrà definir, en cadascuna de les pautes de consum:

- > Si hi ha un protocol d'intervenció, quin és (el del Beveu Menys, un de propi, etc.) i de quins processos consta.

Com es deriven els casos de dependència al CAS?

Específicament:

- > Si hi ha un protocol de derivació i en què consisteix.
- > Si hi ha un protocol de coordinació amb el CAS, més enllà de les derivacions (tractament compartit, reunions entre ambdós equips, etc.).

Per dur a terme aquest procés es recomana que es creï un petit grup de treball, format per professionals de medicina i infermeria, que doni suport al professional referent en l'alcohol, a l'hora de promoure aquesta presa de decisions i de fer-ne el seguiment.

DOCUMENT DE TREBALL 5

Elements bàsics de les intervencions breus



Font: Modificat de Etheridge RM i Sullivan E.
<http://www.alcoholcme.com>

En utilitzar les intervencions breus, cal prestar una atenció especial tant al contingut com a la manera de dur-les a terme. L'esperit amb què realitzem les intervencions breus és molt important, ja que estan orientades a posar de manifest estats interns i això tan sols es pot aconseguir per mitjà d'un plantejament que augmenti la motivació del pacient.

L'esperit de les intervencions breus

La IB s'inspira en alguns elements de l'entrevista motivacional:

- > Comunicar empatia
- > Promoure autoeficàcia
- > Emfasitzar la responsabilitat del pacient.

Comunicar empatia

L'empatia és una de les característiques clau de l'èxit d'un professional. Implica respecte, suport, calidesa, comprensió empàtica i compromís. Miller i Rollnick l'han descrit com a: "...una tècnica específica que es pot aprendre i que té la finalitat d'entendre el sentit del que diu l'altra persona per mitjà d'una escolta reflexiva. Exigeix una atenció especial a les afirmacions de cada nou pacient i una generació contínua d'hipòtesis, amb relació al seu sentit subjacent. El professional sanitari ha de reflectir aquestes hipòtesis en el pacient, que sovint se sumen al contingut que el pacient ha expressat de forma manifesta.

El pacient hi respon i tot el procés torna a començar”.

És important subratllar que l'empatia és una tècnica que es pot aprendre i no una habilitat natural que es té o no es té. L'empatia comporta aprendre a centrar-se en la persona, no en la malaltia.

Promoure autoeficàcia

Les intervencions breus ocasionen canvis perquè posen en marxa mecanismes interns del pacient que desconeix o en els quals no confia. Ajudar el pacient a creure en la seva capacitat per canviar és una manera d'augmentar les probabilitats que aquest canvi es produeixi efectivament. Per aconseguir aquest objectiu, sovint és útil buscar aquells esdeveniments de la història recent o passada del pacient en què s'hagi fet palesa aquesta capacitat, per exemple, canvis que va aconseguir fer en altres àmbits (pèrdua de pes, exercici físic, etc.). En pacients particularment problemàtics, també pot ser útil valorar l'esforç personal que demostra el fet que hagi acudit a la consulta i que parli dels seus problemes. En general, afirmar és una bona estratègia per fomentar l'autoeficàcia.

Emfasitzar la responsabilitat del pacient

Els pacients sovint presenten un grau elevat d'ambivalència, quan s'enfronten al seu consum d'alcohol. Com a conseqüència, si els professionals sanitaris insisteixen en una opció determinada (reducció o abstinència d'alcohol), és probable que el pacient prengui la via oposada (augment de la resistència). A fi d'evitar caure en aquest parany, els professionals han de mantenir-se “neutrals” i fomentar el respecte a la llibertat d'elecció del pacient, és a dir, a la seva responsabilitat de triar una opció. Aquesta actitud de respecte i neutralitat permet que el pacient entri en contacte amb la seva ambivalència interna. De fet, l'estratègia terapèutica es troba en el fet d'evitar la confrontació externa (dir al pacient el que hauria o no hauria de fer) i posar de manifest la seva confrontació interna, que és un agent de canvi molt potent.

Els components de les intervencions breus

Atès que el temps és una limitació important per dur a terme les intervencions breus, és essencial fer un ús adequat dels elements principals de què consten:

- > Donar resposta sobre els estats de salut i els riscos

- > Avaluar l'estadi del canvi
- > Donar consell, demanant permís al pacient
- > Negociar els objectius i les estratègies
- > Monitorar-ne el progrés.

Donar realimentació sobre l'estat de salut i els riscos

A fi que les intervencions breus tinguin èxit, cal que siguin personalitzades. En l'àmbit dels centres d'atenció primària, una forma natural de personalitzar una IB és donar resposta per mitjà dels resultats d'avaluació que s'han dut a terme. La resposta s'ha d'oferir d'una manera que no impliqui cap tipus de judici ni crítica i intentant deixar tan clar com es pugui el dany real i els riscos existents per a la salut del pacient. És important que la resposta també englobi les capacitats i potencialitats del pacient per superar el seu problema.

Avaluar l'estadi de canvi

És molt important que el professional sanitari identifiqui l'etapa del canvi en què es troba el pacient, en relació amb el problema que pateix. De fet, el professional ha d'adaptar els seus objectius a l'etapa del canvi en què es trobi el pacient, sense esperar que passi de l'etapa de precontemplació a la d'acció, passant per alt els estadis

intermedis. També podria ser que el pacient estigués en etapes diferents per resoldre problemes diferents (p. ex., precontemplació, en relació amb l'alcohol, i contemplació, en relació amb el sobrepès). De vegades, el terapeuta pot no estar segur de l'etapa en què es troba el pacient. En aquests casos, és recomanable tractar el pacient com si es trobés en l'etapa menys avançada, ja que aquesta estratègia en minimitza la resistència.

Les etapes del canvi descrites per Prochaska i Di Clemente (1986) són:

PRECONTEMPLACIÓ

- > A les persones situades en aquesta fase no els interessa el canvi, o bé perquè no creuen que aquest comportament sigui un problema, perquè no saben que n'hi pot causar o bé perquè els pot posar en risc de tenir-los.

CONTEMPLACIÓ

- > En aquesta fase, les persones dubten entre les opcions de canvi o no canvi. D'una banda, són conscients que han de canviar; però encara se senten lligades a aquest comportament problemàtic. Encara no estan preparades per al canvi, es poden passar anys en aquesta fase i pensant en un canvi d'hàbits. És una fase marcada per l'ambivalència.

PREPARACIÓ PER A L'ACCIÓ

- > Hi ha persones que es plantegen fer el canvi aviat. Comencen a fer petits canvis i proven diferents tipus de comportament. Poden dir als altres que tenen la intenció de fer un canvi d'hàbits i fer plans de com ho faran.

ACCIÓ

- > Les persones fan canvis visibles i hi posen molta energia. Sol ser quan tenen contacte amb professionals o amb grups d'autoajuda.

MANTENIMENT

- > El canvi de comportament és continu i s'ha consolidat.

RECAIGUDA

- > Si el canvi no s'ha consolidat, la persona pot passar a la recaiguda i d'allà a les fases de precontemplació o contemplació.

Les persones que fan el canvi d'hàbits amb èxit passen d'una fase a una altra fins arribar a la de manteniment, en la qual consoliden suficientment el canvi d'hàbits per sortir del cicle. Algunes persones passen molt ràpidament d'una fase a una altra o se'n salten alguna. Si les fases de consideració o preparació es passen precipitadament, hi ha un risc més alt de recaure-hi, ja que la decisió de fer el canvi d'hàbits i el pla per suportar-ho encara no són prou forts.

Donar consell demanant permís

Tal com posen de manifest Miller i Rollnick (2002): "Aconsellar a temps i amb mesura a favor del canvi pot suposar una gran diferència. De fet, un consell puntual es mostra eficaç per fer canviar el consum de tabac i alcohol del pacient. A fi que els consells siguin efectius, cal donar-los quan sigui estrictament necessari. D'una banda, si es donen massa aviat, és probable que s'incrementin les resistències del pacient. De l'altra, si triguem massa, el pacient podria sentir-se una mica confús. La millor manera de donar un consell a temps és demanar abans permís al pacient. Vegem-ne alguns exemples:

"T'agradaria que et donés més informació sobre el tema?"

"Vols que et digui què en penso?"

"Vols que et faci cinc cèntims del que he dit?"

Aquestes preguntes introductòries actuen com a preàmbul i mantenen la resistència en un nivell baix. Si el pacient respon: "No, gràcies", aleshores és molt important no donar-li consells, sinó respondre: "D'acord, si més endavant vols que te'n doni, no dubtis a dir-m'ho".

Negociar objectius i estratègies

Els professionals sanitaris han de ser completament conscients que el canvi d'hàbits és un procés lent i difícil. Per tant, les intervencions breus han de ser planificades com a accions que augmenten la probabilitat que els hàbits de risc en relació amb el consum d'alcohol disminueixin progressivament. Amb aquests objectius a llarg termini, l'estratègia es pot considerar tenint en compte no tan sols l'estat clínic del pacient sinó també si està disposat a canviar el seu consum d'alcohol. Sempre és preferible establir objectius modestos fàcilment assolibles, que augmentin l'autoeficàcia del pacient, i la probabilitat que segueixin acudint a les cites de seguiment, que fixar objectius ambiciosos que siguin difícils d'aconseguir.

Cal parlar dels objectius i les estratègies amb els pacients per tal d'aconseguir-los. La negociació amb els pacients té molts avantatges:

- > Proporciona informació sobre l'acceptabilitat d'objectius, des del punt de vista del pacient.
- > Mostra amb claredat els valors i les prioritats del pacient.

- > Augmenta el compromís del pacient per aconseguir els objectius acordats.
- > Proporciona informació útil sobre les capacitats i potencialitats del pacient.

És important explicar al pacient que la negociació ha de donar-se entre dos límits: la llibertat del pacient i la bona pràctica clínica del terapeuta. Això vol dir que no es poden prendre acords en contra de la bona pràctica clínica o de la voluntat del pacient. Això pot semblar paradoxal, ja que el professional sanitari vol promoure'n el canvi. D'altra banda, pot facilitar que el pacient vegi la seva resistència i els obstacles que li impedeixen canviar tan objectivament com sigui possible, si els ha de defensar en una conversa amb el professional sanitari, que sembla que no valori la importància que tenen per a ell.

Monitorar-ne el progrés

El canvi és un procés lent, però continu. Per tant, en lloc de planificar intervencions intenses a curt termini, és molt més raonable planificar intervencions breus a llarg termini. Els centres d'atenció primària són contextos ideals per a aquesta estratègia, ja que els pacients es mantenen en contacte amb el seu professional sanitari per diversos motius i això permet que l'alcohol estigui present a l'agenda. D'altra banda, quan els pacients canvien els seus

hàbits de consum d'alcohol, controlar el seu progrés permet que el professional proporcioni una resposta sobre els canvis positius i negatius que el pacient podria estar experimentant.

En posar en marxa intervencions breus, els pacients poden respondre-hi amb resistència o interès. És molt important per al professional ser sensible a la reacció del pacient, ja que això pot fer que el pacient pugui respondre-hi de maneres diferents. A continuació, descrivim les actituds bàsiques per donar resposta tant a un pacient que hi mostri resistència com a un altre que hi mostri bona disposició.

1) Quan el pacient continua resistint-se a canviar d'hàbits

En cas que els pacients, en les etapes de precontemplació i contemplació, tendeixin a mostrar resistència a canviar d'hàbits i que sigui probable que la confrontació augmenti aquesta reticència, s'han d'utilitzar altres estratègies.

En descriure aquestes estratègies, Miller i Rollnick (2002) estableixen una semblança amb les arts marcials, en què el lluitador, en comptes d'impedir un atac o contrarestar-lo, hi està en contacte, de manera que el fa inofensiu.

L'exemple del paràgraf anterior es pot traslladar a la sala de consulta de la manera següent:

si el professional sanitari comença a parlar de canviar d'hàbits i el pacient hi mostra resistència, en comptes d'entrar en una discussió, el professional sanitari ha d'acceptar la resistència i reconèixer-la, i emprar tècniques d'escolta reflexives. Un cop s'ha acceptat la resistència, el pacient deixa de banda aquest assumpte i és lliure de considerar altres aspectes del problema.

De fet, aquest enfocament pot fer que la persona analitzi la seva resistència al canvi, de manera que tant ell com el professional puguin aprendre'n.

La resistència també "es pot deixar de banda", d'acord amb una altra estratègia de combat. Si el pacient mostra resistència en relació amb un conjunt de temes determinats, el professional sanitari pot conduir la conversa cap a un altre tema o centrar-se en el mateix tema des d'un altre punt de vista. L'objectiu és continuar una conversa constructiva i col·laborativa fins que sigui possible, sense posar-hi traves. Mentrestant, la persona ha de continuar parlant i analitzant els seus sentiments i pensaments, cosa que ajuda al procés de contemplació.

2) Obtenir una conversa que promou el canvi

Quan els pacients tenen una reacció positiva, hi ha formes de potenciar el seu compromís per canviar, estimulants-los a formular

afirmacions que serveixin d'automotivació (conversa que promou el canvi). Si algú ens escolta quan expressem una opinió, normalment reforcem la nostra convicció sobre aquesta opinió. Per tant, si volem fomentar i facilitar el canvi, és de gran ajut dirigir la sessió de consulta de tal manera que la persona se senti estimulada a esmentar els motius que veu per canviar d'hàbits.

A continuació, hi ha alguns exemples d'algunes frases que fomenten l'automotivació:

- > “Sóc conscient que, si fumo, dono un mal exemple als meus fills”
- > “L'exercici físic m'aniria bé per a l'estrès de la feina”
- > “El meu pare va morir d'un atac de cor i no vull que em passi. Sé que si canviés d'estil de vida reduiria aquest risc”
- > “No m'agrada estar gras.

No em sento atractiu i em canso fàcilment”.

Es poden obtenir frases d'automotivació plantejant preguntes com ara:

- > “M'has comentat algunes de les coses que t'agraden del tabac. Hi ha algun aspecte que et preocupi sobre aquest hàbit?”
- > “T'has plantejat canviar determinats hàbits del teu estil de vida?”
- > “Creus que en trauries profit, de canviar els teus hàbits?”

La conversa que promou el canvi es pot expressar de maneres diferents: expressions d'interès, preocupació, etc. Tot i això, les afirmacions d'automotivació més poderoses són les que hi expressen compromís.

DOCUMENT DE TREBALL 6

La desintoxicació ambulatoria

Entenem per desintoxicació el conjunt de mesures farmacològiques i ambientals que faciliten la interrupció brusca de la ingesta etílica de forma còmoda i prevenint el risc d'aparició d'una síndrome d'abstinència de l'alcohol (SAA).

De fet, tot i que s'usa el terme desintoxicació, el tractament consisteix en una 'intoxicació controlada' amb fàrmacs que tenen tolerància encreuada amb l'alcohol i que poden ser suprimitos de forma progressiva i ràpida.

INDICACIONS. Cal instaurar una pauta de desintoxicació si el pacient compleix un dels criteris següents o més d'un:

- > Antecedents de delírium trèmens o crisis comicials
- > Presència de simptomatologia d'abstinència matutina
- > Consum habitual d'alcohol en dejú
- > Sensació subjectiva del pacient de no poder deixar l'alcohol sense suport farmacològic
- > Presència de simptomatologia d'abstinència, fins i tot si és lleu, en el moment de l'exploració
- > Estat orgànic greument compromès (p. ex. cirrosi descompensada).

CONTRAIINDICACIONS. És important saber quan no és pertinent indicar una desintoxicació. No se'n pot prescriure cap quan ens trobem davant de les situacions següents:

- > Bevedors intermitents
- > Pacients amb absència de consums etílics de més de 72 hores, que no prenguin fàrmacs amb tolerància encreuada amb l'alcohol (benzodiazepines) i sense clínica d'abstinència
- > Malalts que no vulguin prendre medicació i no tinguin risc d'abstinència greu
- > Malalts que no vulguin abstenir-se completament de begudes alcohòliques.

AVALUACIÓ DE LA SÍNDROME D'ABSTINÈNCIA DE L'ALCOHOL (SAA).

Abans de prescriure una desintoxicació farmacològica, la primera intervenció que cal realitzar en un pacient que compleix els criteris diagnòstics de dependència alcohòlica (CIM 10) és explorar la presència o no de SAA i de **patologia orgànica**. Els símptomes d'abstinència poden aparèixer entre 6 i 24 hores, després de l'últim consum. En

alguns pacients pot ser molt greu i en la majoria dels casos solen remetre per si sols uns 3-5 dies després.

Les convulsions poden aparèixer entre les 12 i 48 hores, després de l'últim consum, i el delírium trèmens entre les 48 i 96 hores.

La gravetat de la **SAA** pot ser avaluada amb l'escala CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment), que valora la intensitat dels símptomes següents (annex 1):

- > Nàusees i vòmits
- > Tremolor (braços estesos i dits separats)
- > Sudoració paroxística
- > Ansietat
- > Agitació
- > Alteracions tàctils
- > Trastorns auditius
- > Alteracions visuals
- > Cefalees
- > Orientació autoal·lopsíquica (?)

Hi ha també una escala més reduïda de valoració de la SAA: la Short Alcohol Withdrawal Scale (annex 2).

L'expressió màxima de la síndrome d'abstinència és el delírium trèmens i els criteris diagnòstics DSM IV per definir-lo són:

- a. Alteració de la consciència (p. ex. disminució de la capacitat de prendre contacte amb l'entorn) amb reducció de la capacitat per centrar, mantenir o dirigir l'atenció.
- b. Canvi en les funcions cognoscitives (com deteriorament de la memòria, desorientació, alteració del llenguatge) o presència d'una alteració perceptiva que no s'explica per una demència prèvia o en desenvolupament.
- c. L'alteració es presenta en un període curt de temps (habitualment en hores o dies) i tendeix a fluctuar al llarg del dia.
- d. Demostració mitjançant la HC, l'exploració física i les proves de laboratori que els símptomes dels criteris A i B es presenten durant una síndrome d'abstinència o poc temps després.

CRITERIS PER INDICAR LA DESINTOXICACIÓ HOSPITALÀRIA O AMBULATÒRIA. Per regla general, és preferible optar per realitzar la desintoxicació de forma ambulatoria, si es produeixen les circumstàncies que ho permetin. La taula següent resumeix els criteris per decidir si la desintoxicació es pot fer ambulatoriament o cal indicar-ne l'hospitalització.

Nota

Aquest diagnòstic s'ha de fer, en comptes del diagnòstic d'abstinència de substàncies, només quan els símptomes cognoscitius excedeixin els propis de la síndrome d'abstinència i quan els símptomes siguin de la gravetat suficient per merèixer una atenció clínica independent.

AMBULATÒRIA	HOSPITALÀRIA
Quantitat ingerida d'alcohol pur inferior a 25 UBE/dia	Quantitat ingerida d'alcohol pur superior a 25 UBE/dia
Absència de complicacions greus (antecedents de delírium, psicopatologia comòrbida, estat orgànic compromès, etc.)	Risc o antecedents de simptomatologia greu d'abstinència
Compromís del pacient: - no beure en el decurs de la desintoxicació - no sortir del domicili familiar i no realitzar activitats de risc	Estat orgànic compromès Comorbiditat psiquiàtrica gran Consum regular d'altres substàncies addictives (excepció feta de la cafeïna i el tabac)
Presència d'un familiar sense problemes addictius que es responsabilitzi d'administrar la medicació i supervisar el tractament	Manca de suport familiar, situació familiar molt conflictiva o família directa amb un trastorn addictiu
Supressió de begudes alcohòliques en el domicili familiar mentre duri la desintoxicació	
Contacte telefònic o visita cada 2-3 dies	

PAUTES DE TRACTAMENT

FARMACOLÒGIC. S'aconsella realitzar la desintoxicació amb una pauta decreixent de benzodiazepines (BZD). És important tenir en compte els aspectes següents:

- És preferible emprar BZD de semivida, preferentment diazepam, clordiazepòxid o clorazepat.
- En cap cas la pauta no ha de tenir una durada superior als 14 dies.
- L'inici de la pauta cal que se situï entre les 4-8 hores després de la darrera ingesta etílica.
- Les dosis es poden ajustar a l'alça, en funció dels resultats obtinguts en la CIWA.

- En pacients amb insuficiència hepàtica, és preferible l'ús de fàrmacs de metabolisme extrahepàtic (lorazepam).

En l'annex 3, es descriuen diverses pautes de desintoxicació, en funció del valor inicial de la CIWA.

La primera (CIWA de 0 a 10) és de fet una pauta de prevenció de la síndrome d'abstinència i seria la de primera elecció en pacients candidats a una desintoxicació ambulatoria.

En la fase de desintoxicació, es recomana l'administració de vitamines B1, B6 i B12, així com d'àcid fòlic (B9 o vitamina M) o d'altres substàncies deficitàries, per prevenir complicacions neurològiques com la polineuropatia o la síndrome de Wernicke-Korsakov.

COMPLICACIONS.

Les més freqüents són:

- a. **Somnolència.** Atribuïble bàsicament a les BZD. Habitualment, se soluciona amb una reducció de les dosis de BZD i un escurçament de la durada de la pauta prescrita. Cal comprovar que no s'ha produït una autoadministració del fàrmac.
- b. **Excitació.** Síndrome d'abstinència de l'alcohol. En tots dos casos, es produeixen per una dosificació insuficient de BZD o bé perquè el pacient no ha pres les dosis prescrites. Cal augmentar-ne les dosis, en funció de les puntuacions del CIWA i derivar a urgències si la síndrome d'abstinència és greu.
- c. **Consum d'alcohol.** En casos de pacients poc motivats o amb molt de dolor, s'ha de suspendre el tractament i programar una desintoxicació hospitalària.
- d. **Consums simultanis d'altres drogues.** Hi són freqüents, p. ex., els dels derivats del cànnabis o cocaïna. Per regla general, això constituirà un motiu de derivació a un centre especialitzat, tot i que la decisió de mantenir la pauta de desintoxicació o derivar el pacient s'ha de prendre individualment i valorant els riscos de la conducta addictiva associada (quantitat, freqüència, tipus de droga, complicacions, etc.).

DOCUMENT DE TREBALL 7

Ús dels fàrmacs en el curs de la rehabilitació

Un cop realitzada la desintoxicació, s'inicia la fase de rehabilitació, en la qual el pacient ha d'aprendre a viure sense el consum d'alcohol. En aquest període, l'èmfasi del tractament s'ha de posar en l'abordatge psicosocial i els tractaments farmacològics s'han d'entendre com un suport a aquest abordatge, no com una forma de substituir-lo.

L'ús de la medicació en aquesta etapa pot tenir tres objectius bàsics:

1. Reduir el desig de beure alcohol
fàrmacs antideler: naltrexona, acamprosat i alguns anticomicials com el topiramat
2. Dissuadir de nous consums etílics (fàrmacs interdictors: disulfiram i cianamida càlcica)
3. Tractament de la patologia psiquiàtrica comòrbida (antidepressius i neurolèptics).

1. Fàrmacs antideler (*anticraving*)

Són els que pretenen disminuir el desig intens de beure alcohol (deler) actuant sobre diferents sistemes de neurotransmissors cerebrals implicats en el desenvolupament de les addiccions.

L'acamprosat (Campral®, Zulex®) actua potenciant el sistema gabaèrgic i inhibint el sistema

NMDA-glutamat (Kiefer & Mann, 2005). Ha demostrat que és efectiu per millorar les taxes d'abstinència fins a 6 i 12 mesos, en pacients alcohòlics desintoxicats. El seu efecte persisteix un cop finalitzat el tractament. S'administra en dosis de 2 grams diaris i la posologia és de 2 comprimits cada 8 hores o bé 3 comprimits cada 12 hores (2 g/dia).

La naltrexona (Antaxone®, Celupan®, Revia®) és un antagonista opiàci que actua bloquejant l'alliberació de dopamina induïda per l'alcohol i, per tant, redueix els efectes estimulants i reforçants associats al seu consum. Disminueix els nivells de deler i la pèrdua de control. En una metanàlisi d'assaigs clínics amb cegament doble de tres mesos de durada, se n'ha demostrat l'efectivitat a l'hora de reduir significativament la taxa de recaigudes de pacients alcohòlics, però no la taxa d'abstinència (Rozen et al. 2005). El seu efecte desapareix un cop suprimida la medicació. S'administra en una dosi única de 50 mg diaris (un sol comprimit).

Tot i que la indicació no està aprovada, hi ha l'evidència experimental de l'eficàcia del topiramat com a fàrmac antideler (Ait –Daoud et al., 2006).

	ACAMPROSAT (Campral®, Zulex®)	NALTREXONA (Antaxone®, Celupan®, Revia®)
Dosi	2 g / dia 2-2-2 o 3-0-3	50 mg/dia 1-0-0

Alguns estudis oberts suggereixen la possible utilitat d'altres anticomicals com la gabapentina i l'oxcarbazepina, però les dades són encara molt insuficients.

2. Fàrmacs antidipsotròpics o interdictors

En la fase de deshabitució, s'utilitzen també fàrmacs **interdictors** com el disulfiram (Antabús®) o la cianamida càlcica (Colme®) que inhibeixen l'acció de l'aldehidodeshidrogenasa (ALDH) de tal manera que quan s'ingereix alcohol provoquen una acumulació d'acetaldèhid a la sang que ocasiona una reacció molt desagradable, com taquicàrdia, hipotensió, rubor facial i calor, cefalea pulsativa, nàusees i vòmits, ansietat i dificultat respiratòria. No s'han d'administrar fins que hagin passat 24 hores d'abstinència total. La reacció apareix als 10-15 minuts, després de la ingesta, i acostuma a durar entre 45 i 90 minuts.

S'han d'administrar sempre amb el consentiment del pacient i es recomana comptar amb la supervisió d'un familiar o persona responsable del pacient.

3. Tractament de la patologia psiquiàtrica comòrbita (San L. et al., 2004). Els trastorns depressius i ansiosos són els més

prevalents en els pacients alcohòlics i la majoria cedeixen espontàniament amb l'abstinència i sense cap tractament psicofarmacològic. És important restringir l'ús de substàncies benzodiazepíniques en els trastorns aguts d'ansietat i evitar –en tot cas– la seva prescripció més enllà de 12 setmanes.

Els inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina són els antidepressius de primera elecció, tot i que la seva prescripció cal ajornar-la fins que el pacient porti 4 setmanes abstinent i la clínica depressiva persisteixi.

Els quadres d'ansietat i l'insomni es poden tractar amb antidepressius sedatius (mirtazapina, trazodona, mianserina) o bé amb dosis baixes de neuroleptics, especialment els de perfil més sedatiu com l'olanzapina, levomepromazina, etc.

No obstant això, tal com ja hem comentat inicialment, la prescripció de fàrmacs s'ha d'emmarcar en un abordatge psicosocial integral que inclogui el seguiment individual amb psicoteràpia i/o consell breu, teràpies grupals i, si és possible, suport familiar.

DOCUMENT DE TREBALL 8

Abordatge de la família del malalt alcohòlic

L'alcoholisme ocasiona gran malestar en l'entorn familiar i sovint hi ha persones que tenen familiars amb problemes d'alcohol que no volen entrar en tractament, que demanen ajuda al professional de primària per saber com abordar el problema. Quan això succeeix, el professional ha de proveir la família d'estratègies que l'ajudin a respondre d'una manera positiva davant del problema d'alcohol del familiar i a motivar el bevedor perquè busqui ajuda o tractament.

És un mite que els familiars no puguin influenciar el bevedor a fi de canviar. Els familiars no poden fer que el familiar deixi de beure, però sí que poden canviar el seu comportament, de forma que poden ajudar el familiar a reconèixer que el seu consum d'alcohol és problemàtic (Miller et al., 1999). Encara que la persona amb problemes d'alcohol no vingui a la consulta, la situació es pot treballar amb la família per tal de canviar el context social del bevedor, desmuntar el reforç inadvertit per beure i reforçar-ne l'abstinència. A més a més, es pot preparar els familiars per identificar aquells moments en què el bevedor pot respondre favorablement a una oferta d'ajuda.

La IB amb familiars ha de consistir en:

1. Avaluació del patró de consum del bevedor, a partir de la informació facilitada pels familiars, i realimentació. Sovint els familiars estan desconcertats sobre la seriositat del problema i convé aclarir el diagnòstic a partir de la informació clínica i de la quantitat i freqüència de consum que ells ens poden facilitar. Sigui quin sigui el resultat de l'avaluació, convé retornar aquesta informació als familiars.

2. Avaluació de la resposta d'afrontament per part dels familiars i els problemes relacionats amb l'alcohol. És molt important avaluar la reacció de les famílies davant d'un problema d'alcohol. N'hi ha que actuen "tolerant-ne" el consum, d'altres que s'hi enfronten i d'altres que intenten abandonar el bevedor. Convé esbrinar com els membres de la família "reforcen" el consum, com protegeixen el bevedor dels problemes que pugui patir, com parlen amb el bevedor sobre el tema i com els afecta a ells. És convenient fer parlar els

Canviar la resposta d'afrontament dels familiars, per tal de promoure el reconeixement del problema per part de la persona que beu. Per fer-ho, s'han de treballar amb la família els aspectes següents:

- > No protegir la persona que beu de les conseqüències de les seves accions. La família –amb bona intenció– tendeix a protegir el familiar bevedor de les conseqüències dels seus actes, però amb això evita que el pacient s'adoni del cost que té el seu comportament i que pugui plantejar-se canviar una mica. Fer veure a la família les conseqüències que això té sobre el malalt és molt important.
- > Promoure una comunicació directa i positiva de la família amb la persona malalta, tenint en compte els aspectes següents:
 1. S'ha de parlar amb el pacient quan estigui sobri.
 2. Parlar sobre fets i aspectes objectius, tot evitant donar opinions o parlar d'aspectes emocionals.
 3. Parlar amb to adequat i centrar-nos en el problema que afecta la família.
 4. Fer sempre demandes específiques de canvi; en aquest sentit, cal ajudar la família a saber com demanar al seu parent que faci canvis: en el seu consum, en el seu comportament quan beu o en el fet de demanar ajut. És molt important fer veure a la família que els canvis no es produiran immediatament, però que cal insistir-hi.

familiars per esbrinar les seves percepcions sobre el que pot ser positiu o negatiu fer i sobre els seus sentiments en relació amb el familiar.

(En el requadre superior es detallen els aspectes que s'han de treballar amb la família per aconseguir canviar la seva resposta d'afrontament).

- 3. Promoure que la família tingui cura de les seves coses.** Sovint els familiars (dones) de persones amb problemes d'alcohol experimenten problemes o queixes emocionals o psicològiques importants. Per tant, a més a més d'ajudar els familiars perquè puguin

ajudar el pacient a entrar en tractament, convé que se'ls ajudi a tenir cura de si mateixos.

- 4. Vetllar per la seguretat de la família.** S'ha de procurar avaluar el risc dels familiars a patir abusos per part del pacient amb problemes d'alcohol. En cas que fos així, cal deixar clar a la família que les conductes violentes són inacceptables i que necessiten viure en un entorn segur.

Algunes **recomanacions per als familiars de malalts alcohòlics** es troben recollides en el quadre següent:

QUÈ ES POT FER?

- | | |
|--|--|
| > Recordar-li que no és l'única persona a la seva família que té problemes a causa de l'alcohol (en cas que sigui així). | > No protegir l'alcohòlic tractant d'assumir les seves responsabilitats. S'ha d'enfrontar als problemes que li ocasiona l'alcohol. |
| > Buscar ajuda en professionals o grups d'autoajuda. | > No pretendre controlar el seu consum d'alcohol. És una cosa que ha de fer ell mateix. |
| > Aprendre coses sobre la malaltia i observar com afecta els familiars. | > No creure'l, quan li digui que és culpable que ell begui. |
| > Utilitzar la seva intel·ligència per a la seva pròpia conveniència. | > No discutir amb algú que està intoxicat, ni anar en un cotxe conduït per ell. Pot ser perillós. |
| > Buscar amics en qui pugui confiar i que li ofereixin suport emocional. | > No culpar-lo, no jutjar-lo. És una malaltia. |
| > Procurar perdonar-se pels seus errors i també perdonar els altres. No guardar rancúnies. | > No deixar que el problema de l'alcohol a la seva família sigui una prioritat en la seva vida. |

ANNEX 1

CIWA-AR (Clinical Institute Withdrawal Assessment) Escala de valoració de la síndrome d'abstinència de l'alcohol

> NÀUSEES I VÒMITS

Pregunteu: “Pateix algun trastorn d'estómac? Ha vomitat?”

Observacions:

- 0 - Sense nàusees o vòmits
- 1 - Nàusea lleugera sense vòmit
- 2 -
- 3 -
- 4 - Nàusea intermitent amb arcades (intents de vomitar sense aconseguir-ho)
- 5 -
- 6 -
- 7 - Nàusea constant, arcades freqüents i vòmit.

> TREMOLORS

Observació: braços estesos i dits separats

- 0 - Sense tremolor
- 1 - No és visible, però és possible sentir-lo al tocar les puntes dels dits
- 2 -
- 3 -
- 4 - Moderat, amb els braços del pacient estesos
- 5 -
- 6 -
- 7 - Greu, amb els braços no estesos.

> SUDORACIÓ PAROXÍSTICA

Observacions:

- 0 - No s'hi observa sudoració
- 1 - Sudoració a penes perceptible, palmells humits
- 2 -
- 3 -
- 4 - Gotes de suor evidents, al front

5 -

6 -

7 - Mullat per sudoració.

> ANSIETAT

Pregunteu: “Se sent nerviós?”

Observacions:

- 0 - Sense ansietat, tranquil
- 1 - Lleugerament ansiós
- 2 -
- 3 -
- 4 - Moderadament ansiós o reservat, de manera que s'infereix l'ansietat
- 5 -
- 6 -
- 7 - Equivalent a estats de pànic agut, com s'observa en el delírium greu o en reaccions psicòtiques.

> AGITACIÓ

Observacions:

- 0 - Activitat normal
- 1 - Lleugerament superior que l'activitat normal
- 2 -
- 3 -
- 4 - Moderadament inquiet o intranquil
- 5 -
- 6 -
- 7 - Es mou endavant i enrere, durant la major part de l'entrevista, o constantment a batzegades.

> ALTERACIONS TÀCTILS

Pregunteu: “Té algun tipus de picor, o sensació

de picades i agulles, algun entumiment o sent insectes movent-se a sobre la seva pell?”

Observacions:

- o - Cap
- 1 - Picor, sensació de picades i agulles, cremor o entumiment molt lleugers
- 2 - Picor, sensació de picades i agulles, cremor o entumiment moderats
- 3 - Picor, sensació de picades i agulles, cremor o entumiment lleugers
- 4 - Al·lucinacions moderadament greus
- 5 - Al·lucinacions greus
- 6 - Al·lucinacions extremadament greus
- 7 - Al·lucinacions contínues.

> **TRASTORNS AUDITIUS**

Pregunteu: “Està més atent als sons? Són desagradables? Li fan por? Està escoltant alguna cosa que li molesta? Està escoltant coses que sap que no hi són?”

Observacions:

- o - No hi són presents
- 1 - Molt lleugerament aterridors i molestos
- 2 - Lleugerament aterridors i molestos
- 3 - Moderadament aterridors i molestos
- 4 - Al·lucinacions moderadament greus
- 5 - Al·lucinacions greus
- 6 - Al·lucinacions extremadament greus
- 7 - Al·lucinacions contínues.

> **ALTERACIONS VISUALS**

Pregunteu: “Li sembla que la llum és molt brillant? Li molesta als ulls? Veu algunes coses que li molesten? Veu coses que sap que no hi són?”

Observacions:

- o - No hi són presents
- 1 - Sensibilitat molt lleugera

- 2 - Sensibilitat lleugera
- 3 - Sensibilitat moderada
- 4 - Al·lucinacions moderadament greus
- 5 - Al·lucinacions greus
- 6 - Al·lucinacions extremadament greus
- 7 - Al·lucinacions contínues.

> **CEFALEES**

Pregunteu: “Sent que el seu cap no es troba bé? Sent com si tingués una banda al voltant del cap? No ho qualifiqueu per esvaïment o atordiment. Si no és així, qualifiqueu la gravetat del que sent”.

Observacions:

- o - No hi són presents
- 1 - Molt lleugeres
- 2 - Lleugeres
- 3 - Moderades
- 4 - Moderadament greus
- 5 - Greus
- 6 - Molt greus
- 7 - Extremadament greus.

> **ORIENTACIÓ AUTOAL·LOPSÍQUICA**

Pregunteu: “Quin dia és avui? On és? Qui sóc jo?”

Observacions:

- o – Orientat; pot fer sumes seriades
- 1 - No pot fer sumes seriades o està insegur sobre la data
- 2 - Desorientat en la data (menys de dos dies del calendari)
- 3 - Desorientat en la data (més de dos dies del calendari)
- 4 - Desorientat en el lloc i personalment.

Qualificació del CIWA-Ar total:

(Font: Sullivan et al., 1989)

ANNEX 2

Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS)*

	Absent (0)	Lleu (1)	Moderat (2)	Greu (3)
Ansietat				
Transtorn del son				
Transtorn de memòria				
Nàuseas				
Inquietud				
Tremolors/ agitació				
Estat de confusió				
Sudoració				
Tristesa/ abatiment				
Palpitacions				
Total				

*Versió validada en castellà

ANNEX 3

Pautes de desintoxicació amb diazepam, en funció del CIWA-Ar

DIA	DIAZEPAM 5 mg		
	Menys de 10	De 10 a 20	Més de 20
1	2/1/2	3/3/4	4/4/5
2	1/1/2	3/3/3	4/4/4
3	1/1/2	3/3/3	3/3/4
4	1/1/1	3/2/3	2/2/4
5	1/0/1	2/2/3	2/2/3
6	0/0/1	2/2/2	2/2/2
7	0/0/1	2/1/2	2/1/2
8	0/0/0	1/1/2	1/1/2
9	0/0/0	1/1/1	1/1/1
10	0/0/0	1/0/1	1/0/1
11	0/0/0	0/0/1	0/0/1

Afegiu-hi tiamina (100 mg/dia im) per prevenir l'encefalopatia de Wernicke-Korsakoff (els 5 primers dies).

Transcripció de casos

Alcohol i atenció primària de salut

Programa Beveu Menys
Formació d'actualització

CAS 1: Consum perjudicial I

Sexe: Home

Edat: 45 anys

Motiu de la consulta: Consultar el resultat de les anàlisis que s'ha fet a l'empresa on treballa.

Observacions: Consum de 40 UBES setmanals. Cap d'un departament de vendes.

- Introducció
- A) Entrevista motivacional: Enunciació, cribratge i consell
 - B) Consell mèdic tradicional
 - A1) Consell personalitzat: El pacient ha de reduir el consum.
 - B1) Derivació a CAS.
 - B2) Anàlisis correctes

INTRODUCCIÓ

Narrador: El senyor Francesc ha decidit consultar amb el seu metge de capçalera sobre el resultat de les anàlisis que li han fet a l'empresa on treballa. És una empresa estrangera i és cap d'un departament de vendes.

Pacient: Bona tarda doctor. Miri, jo no tinc cap problema de salut, em trobo bé, però el metge que ens fa la revisió anual a l'empresa m'ha aconsellat que consultés amb vostè ja que a l'última revisió m'ha trobat algunes alteracions a l'analítica.

Doctor: Bé, a veure com estan aquestes analítiques.

N: Mentre el doctor revisa les anàlisis, el pacient mira de reüll la reacció del metge en veure les alteracions analítiques. Dóna copets amb els dits de la mà damunt la taula. Sembla un home afable i nerviós. El metge de l'empresa li ha comentat que les alteracions es poden deure a l'alcohol.

P: Què li sembla doctor, són importants aquestes alteracions? Es poden deure a un error de laboratori?

OBSERVACIONS

MOTIU CONSULTA

NEGACIÓ

A. ENTREVISTA MOTIVACIONAL: ENUNCIACIÓ, CRIBRATGE I CONSELL

D: Bé, haurem de solicitar un nou control per confirmar-ho. Li sembla bé?

SOL·LICITUD DE PROVES DEMANANT PERMÍS

P: Sí, sí, sí, i tant!

D: De totes maneres, com que és la primera vegada que ve a la consulta, aprofitarem per obrir una historia clínica. Li prendrem la tensió arterial, pes, talla i farem una exploració física.

CRIBRATGE

P: Avui ja he acabat la feina, tinc tot el temps que vulgui.

D: M'han dit que a la seva feina ha de viatjar molt sovint i que ha d'anar a menjar amb clients assíduament, oi?

CRIBRATGE DELS HÀBITS DE FORMA INDIRECTA

P: Sí, doctor, és un treball molt estressant. Al principi és interessant, però quan fa temps que hi ets es fa monòton. En aquests dinars de negocis es menja i es beu massa.

D: Vostè pren begudes alcohòliques habitualment o només en els àpats de negocis?

DIFERENCIACIÓ ENTRE CONSUM ESPORÀDIC I CONSUM HABITUAL

P: Miri doctor, jo sóc de poble. A casa meva sempre s'ha pres vi als àpats i alguna copeta. Evidentment el dia que tinc un sopar o un dinar amb un client bec més.

D: A veure... expliqui'm què és el que pren d'alcohol en un dia normal? Un dia que no tingui dinars o sopars amb clients?

EXPLORACIÓ QUANTITAT CONSUM HABITUAL

P: Doncs miri, a mig matí un entrepà amb un quinto; al migdia un o dos gots de vi; i a la nit amb el sopar un altre got de vi.

D: I els dies que menja amb clients?

EXPLORACIÓ QUANTITAT CONSUM ESPORÀDIC

P: Aleshores prenem normalment un vi sec d'aperitiu, dos o tres vasos de vi de qualitat durant l'àpat i un cigaló o una copa.

D: Quantes vegades a la setmana menja amb clients?

EXPLORACIÓ FREQUÈNCIA CONSUM ESPORÀDIC

P: Últimament només dues o tres vegades a la setmana. Ara ja conec tots els clients i no és necessari que els vegi tant sovint. Ara intentaré dedicar-me una mica més a la família i cuidar-me una mica més. Els anys es noten. Crec que em sobren uns quilos. No m'agrada estar gras.

N: Ara ja li han fet l'exploració física. Li han pres les constants.

D: D'acord, veig que l'amoïna la seva salut i que ja pensa fer canvis en el seu estil de vida.

P: Sí, doctor, crec que si fes una mica d'exercici no tindria tant d'estrès i segurament milloraria aquest mal de cap que tinc de vegades quan em llevo al matí.

D: Pel que m'ha comentat abans, jo crec que hauria de disminuir la quantitat d'alcohol que pren durant els àpats. Les alteracions que presenta l'analítica segurament ens indiquen que l'alcohol li està perjudicant el fetge.

P: Si vostè ho diu.

D: Crec que és una persona que es vol cuidar. Ja veurà que si fa una mica d'exercici i no pren més de dos copes al dia, perdrà pes, milloraran els mals de cap i en poc temps desapareixeran les alteracions hepàtiques.

P: Jo no crec que prengui gaire alcohol. Tots els meus companys de feina en prenen molt més. Però no tinc problema a prendre'n menys.

D: Bé, llavors fem un control analític d'aquí un mes i llavors ens trobem per comentar-ho. Li dono aquesta informació escrita sobre l'alcohol. Li fa una ullada i en parlem d'aquí a un mes.

A1. ENTREVISTA MOTIVACIONAL: CONSELL PERSONALITZAT (SEGUIMENT) (Un mes després...)

D: Bé, estan millor que les que em va portar de l'empresa, però hi ha dos valors que no acaben d'estar bé del tot.

P: Miri doctor, he estat llegint la informació que em va donar. És interessant saber totes les alteracions que l'alcohol pot provocar. He pensat que potser he de donar més importància a aquest tema.

D: Veig que ha millorat molt tant l'aspecte físic com el seu estat d'ànim. Però està d'acord amb mi que ha de disminuir una mica més l'alcohol que pren? Encara no s'han normalitzat les anàlisis. Què li sembla si marquem uns límits de consum? Assegurar-nos que no perjudica la seva salut i ens veiem d'aquí unes setmanes per veure si les anàlisis acaben de millorar. D'acord?

SENYALAMENT

REFORÇAMENT POSITIU

CONSELL GENERAL:
AVANTATGES DE BEURE
MENYS

FASE
PRECONTEMPLATIVA:
Ambivalència

METGE NO PRESSIONA
PEL CANVI D'HÀBITS:
ofereix informació i
estableix seguiment per
abordar-ho en properes
visites

SENYALAMENT

FASE CONTEMPLATIVA:
l'alcohol el beneficia i el
perjudica

MISSATGE D'AUTO-
RESPONSABILITZACIÓ

P: Però quant puc beure?

D: El límit per a una persona sana, en els homes, està en vint-i-vuit consumicions setmanals, que són unes quatre consumicions diàries. En el seu cas, i com que les transaminasses segueixen elevades, hauria de beure molt menys fins que el fetge és normalitzi. De moment, jo li aconsellaria de no prendre més d'una consumició diària. Li sembla que ho podrà aconseguir?

PLANIFICACIÓ: donar informació, pactar els objectius de consum, considerar l'opinió del pacient

P: Crec que sí. Ja li ho explicaré.

D: D'acord. Per seguretat repetirem les anàlisis d'aquí a un mes. I si és tan amable, en aquesta llibreteta es va apuntant cada dia el que va bevent i així a la pròxima visita tindrem informació precisa. Li sembla bé?

ESTABLIR SEGUIMENT

AUTORREGISTRES

P: Home, no sé si me'n recordaré d'apuntar-ho cada dia. Però aquesta vegada m'ho prendré seriosament.

B. CONSELL MÈDIC TRADICIONAL: REALITZACIÓ DE NOVES ANALÍTIQUES

D: Ha tingut alguna discussió a la feina o amb la seva dona?

P: Sempre hi ha algun dia que estàs més irritat i t'enfades amb algú.

D: Miri, vostè pren massa alcohol, i gairebé segur que les alteracions de les analítiques es deuen a l'alcohol. Així que serà millor que a partir d'ara ni el tasti.

DÓNA CONSELL RÀPID I D'EXPERT, AMB AUTORITAT

P: Miri doctor, jo tinc àpats de negocis sovint i comprendrà que en aquestes situacions és gairebé impossible no prendre gens d'alcohol. A més, un amic meu que és cardiòleg m'ha comentat que una mica d'alcohol va bé per al cor.

D: Ja, és propi d'alguns especialistes que donen consells sense conèixer altres condicionants segons el cas concret.

P: Es tracta de la meua salut, i a més puc deixar de beure quan vulgui.

D: Bé, vostè mateix, jo ja li he dit que pot tenir problemes amb el seu fetge. Pot arribar a la cirrosi. Fem unes altres anàlisis i ja veiem com surten.

SE'N DESENTÉN, POC COL-LABORADOR

B1. CONSELL MÈDIC TRADICIONAL: DERIVACIÓ A CAS

N: Arriba a la consulta amb una cara inflada i vermellosa.

D: Miri, els paràmetres que es troben alterats no han millorat. Crec que necessita ajuda d'un especialista en alcoholisme. L'enviaré a un centre on treballa un equip d'especialistes que l'ajudaran millor a solucionar les conseqüències negatives que li està provocant la ingesta d'alcohol.

P: Vostè creu, doctor? Jo no estic tan malament per anar amb els alcohòlics.

D: El que farem ara és prevenir. Està clar que els meus consells no han estat suficients i abans que les coses puguin empitjorar és millor prevenir. Miri, jo ara li faig el volant i d'aquí a un mes em torna a venir a veure i m'explica com li ha anat. D'acord?

ESTABLEIX
SEGUIMENT

P: La veritat és que no ho veig gaire clar. Ho faré perquè vostè ho diu, però no n'estic gaire convençut.

PACIENT NO
CONVENÇUT,
POSSIBILITAT QUE
ES PERDI

D: Bé, li agraeixo la confiança. Quan torni el mes que ve ja m'explicarà si ha valgut la pena fer l'esforç. Jo crec que no se'n penedirà.

B2. CONSELL MÈDIC TRADICIONAL: ANÀLISIS CORRECTES

P: Han sortit bé, no prenc gairebé gens d'alcohol.

D: Enhorabona, les anàlisis estan perfectes. Continuï amb la dieta, fent exercici i segueixi sense beure alcohol. Ens veiem d'aquí a sis mesos. D'acord?

CONSELL RÀPID I
D'EXPERT. NO EXPLORA
ESTAT (ANÍMIC) DEL
PACIENT.

SEGUIMENT A MOLT
LLARG TERMINI

CAS 2: Consum perjudicial II

Sexe: Home

Edat: 22 anys

Motiu de la consulta: Ve a buscar la baixa, després d'un accident de trànsit al cap de setmana.

Observacions: Havia begut i sol fer-ho els caps de setmana.

- Introducció
- A) El metge llegeix atentament l'informe d'urgències i firma la baixa laboral.
 - B) El metge, després de llegir l'informe d'urgències, interroga el pacient sobre el seu consum d'alcohol i drogues.

INTRODUCCIÓ

N: L'acció es desenvolupa dins del despatx del metge d'assistència primària en un ambulatori d'un barri perifèric de Barcelona. El metge crida el pacient. Es tracta d'un home jove que arriba amb un braç enguixat i diversos punts de sutura.

D: Julián Muñoz. Passi, si us plau. Bon dia. Segui Julián. Vostè és fill del senyor Pere Muñoz de Menéndez.

P: Sí, és el meu *vell*.

D: No ens coneixíem, oi?

P: No.

D: Com està el seu pare de la diabetis? Fa dies que no el veig.

P: Està bé, però el metge és vostè.

D: Ja.

P: Vinc a buscar la baixa. He tingut un accident.

OBSERVACIONS

MOTIU CONSULTA

N: El pacient li dóna al doctor l'informe d'Urgències.

A. EL METGE LLEGEIX ATENTAMENT L'INFORME D'URGÈNCIES I FIRMA LA BAIXA LABORAL

El metge no aprofita l'oportunitat de seguir explorant el pacient

D: Veig que va tenir un accident de trànsit divendres a la matinada. Té una fissura de radi i una ferida oberta que va necessitar set punts de sutura al front. S'ha d'anar amb cura amb el cotxe, eh? Aquí té la seva baixa. Torni la setmana que ve. Adéu.

P: Adéu.

N: Unes setmanes després el mateix doctor atén a l'ambulatori el pare del pacient.

D: Julián Muñoz. Passi, si us plau. Bon dia senyor Julián. Feia dies que no ens veiem. Com es troba el seu fill? Crec que encara no ha vingut a recollir la baixa aquesta setmana.

N: El senyor Julián sembla preocupat i visiblement afectat.

D: Què li passa senyor Julián? El veig amonïat.

P: Doctor, el meu fill està ingressat a l'hospital. Va tenir un accident de cotxe quan sortia de la discoteca amb uns amics. Tots havien begut, però el meu fill era el que anava pitjor i ningú va fer res perquè no agafés el cotxe. Fa uns mesos que el veiem estrany. Moltes nits ja no ve a dormir a casa i quan hi és es tanca a la seva habitació i no se li pot preguntar res.

D: No és la primera vegada que té un accident oi?

P: No, ja ens havia donat d'altres ensurts abans. Però cada vegada és pitjor. La seva mare està preocupada i fins i tot atemorida. Abans mai ens alçava la veu, era un noi complidor a la feina, molt macu, fins i tot afectuós. Ja no sabem què fer.

D: Vaja, si que em sap greu això que m'explica senyor Julian. Crec que el millor seria que quan el seu fill es recuperi de l'accident, li digui que em vingui a veure al dispensari per parlar del tema i veure si hi podem posar remei.

P: Gràcies doctor.

D: Bé, el consum d'alcohol és un problema de salut cada vegada més freqüent i que es pot solucionar si es tracta. Doni records al seu fill, que es millori, i quan li donin l'alta a veure si me'l porta i enfoquem el tema.

B. EL METGE DESPRÉS DE LLEGIR L'INFORME D'URGÈNCIES INTERROGA EL PACIENT SOBRE EL SEU CONSUM D'ALCOHOL I DROGUES.

D: Aquí diu que va tenir un accident de trànsit divendres a la matinada. Té una fissura de radi i una ferida oberta que va necessitar set punts de sutura al front. S'ha d'anar amb cura amb el cotxe. Com va ser l'accident?

PREGUNTA OBERTA
per continuar explorant
el pacient

P: Bé, doncs, em vaig despistar i vam acabar a la cuneta. No va ser res greu, vam tenir sort.

D: Què vol dir que us va despistar?

REFLEX per continuar
obtenint informació

P: Bé, sortíem de la discoteca i anàvem contents. Ja sap, el puntet.

D: El puntet?

REFLEX

P: Sí, acostumo a beure els caps de setmana com tots els meus amics. Però és la primera vegada que me la foto. Normalment controlo, sap?

D: Bé, i digues-me. Què sols prendre quan surts?

CRIBRATGE

P: Doncs cerveses al principi per començar a animar-nos i després acostumo a prendre *cubates*, caipirinyes i algun whisky sol.

D: Per exemple, en una tarda, quantes cerveses sols pendre abans d'anar a la discoteca?

quantitat

P: En poden caure tres o quatre.

D: I després a la discoteca?

P: Tres *cubates* i un whisky, per exemple. Encara que hi ha algun dia que et descontroles més. Depèn de com vagi la colla, el normal, no?

D: I quants dies a la setmana prens això?

frequència

P: Quan surto, el cap de setmana. Quan hi ha alguna festa enrotllada.

D: Ja ho entenc. Mira, et pregunto tot això perquè si comptem el que beus normalment en una setmana, ens surt un consum d'alcohol elevat d'uns tres cents seixanta grams d'alcohol a la setmana, que pot tenir conseqüències no desitjades, com aquest accident, o potser altres problemes de salut. Si vols et puc donar alguna informació de la quantitat

ASSENYALAMENT
conseqüències negatives
de beure en excés

d'alcohol que es considera perjudicial, de com comptar-ho i d'alguns trucs per no passar-se. Aquí tinc un futlletó. Te'l llegeixes si vols i quan tornis per recollir la baixa em comentes què t'ha semblat.

**DONAR INFORMACIÓ
fullet
OBJECTIUS I SEGUIMENT**

P: D'acord, però tan malament no estic, eh?

D: No, però potser aquesta informació et pot interessar. I si et sembla ho podem parlar en les pròximes visites. Fins i tot és possible que el teu fetge s'estigui començant a queixar. No seria una mala idea fer-te una anàlisi per comprovar-ho.

**EXPLORACIÓ FÍSICA
El metge vol continuar
explorant**

P: Miri doctor, de moment ja en tinc prou amb el colze. Què li sembla si deixem l'anàlisi per un altre moment, per més endavant?

Pacient poc motivat

D: Com vulguis, si et sembla et llegeixes aquests fulls i l'anàlisi de moment l'aparquem, en tot cas, més endavant en podem tornar a parlar. D'acord?

**METGE NO PRESSIONA
Empàtic, abordarà el
problema en properes
visites, deixa la porta
oberta**

P: Sí, doctor.

D: Doncs aleshores fins la setmana que ve.

P: Adéu.

N: Unes setmanes després, el pacient torna a la consulta completament recuperat per recollir l'alta.

SEGUIMENT

D: Bon dia, Julián. Com va aquest colze sense guix?

N: El doctor mobilitza l'articulació del colze.

P: *Guai*, sense problemes, amb ganes de començar el *curro* demà, que els meus vells són uns ploms i a casa m'avorreixo.

D: Doncs per part meva aquest colze ja està recuperat i aquesta cicatriu, com dieu vosaltres, ha quedat molt *guai*. Per cert, què et van semblar els fulls informatius?

SEGUIMENT

P: Una mica rotllo, però la veritat, aquestes setmanes estic bevent menys. M'ha agafat per comptar els *clubates* i de vegades em paro si em sembla que en porto més del compte. Acabo comptant els de la colla per veure qui condueix. La gent mama quantitat!

D: I quantes vegades t'ha tocat conduir a tu?

P: Mai havia conduït tantes vegades des de feia temps. Però la veritat és que m'agrada, em sento més tranquil.

D: Me n'alegro, espero que em segueixis explicant com et va. Què et sembla si per més seguretat et fem una anàlisi d'aquí a uns mesos, i així comprovem que el tema està controlat..?

P: Això de les anàlisis m'espanta una mica, però si vostè ho creu...

D: És una seguretat per tu. Mèdicament és el més recomanable. Les podríem fer d'aquí a tres mesos i després veure'ns per comentar-ne els resultats, d'acord?

P: Bé, si és d'aquí a tres mesos...

D: Ah! I vine al centre si tens alguna consulta!

P: Molt bé doctor!

D: Adéu, a reveure!

SEGUIMENT
concreció propera visita,

APROXIMACIÓ
COL-LABORADORA

Deixa la porta oberta a
qualsevol consulta

CAS 3: Consum de risc

Sexe: Home

Edat: 23 anys.

Motiu de la consulta: Ve a la visita a demanar l'alta després d'haver estat uns dies malalt amb la grip.

Introducció ➤ Cribratge ➤ Enunciació ➤ Consell personalitzat ➤ Finalització del consell

INTRODUCCIÓ

D: Hola Joaquim, com et trobes?

P: Molt millor, encara em sento una mica cansat. Bé, ja no tinc febre i sembla que començo a recuperar-me.

D: T'has pres la medicació que et vaig receptar?

P: Sí, molt bé. Sembla que ja començo a estar millor. I era sí que em podries signar l'alta per tornar a treballar?

OBSERVACIONS

MOTIU CONSULTA

CRIBRATGE

D: D'acord Joaquim, però abans deixa'm aprofitar per fer-te algunes preguntes sobre els teus hàbits de vida per completar el teu historial clínic. T'està bé?

P: Faci, faci.

D: Sí? Fumes?

P: Doncs habitualment no, només els caps de setmana quan surto de festa amb els amics.

D: I fumes molt?

P: No gaire. Un paquet durant el cap de setmana i un altre durant la resta de la setmana.

EL METGE APROFITA LA CONSULTA PER FER CRIBRATGE DELS HÀBITS DE CONSUM

D: I alcohol, en prens?

INICI DEL CRIBRATGE

P: Igual que els meus col·legues.

D: I si alguna vegada prens begudes alcohòliques, quantes consumicions prens, el dia que beus?

CRIBRATGE QUANTITAT

P: Dues o tres birres i tres *cubates* en tota la nit.

D: Amb quina freqüència ho fas?

**CRIBRATGE
FREQUÈNCIA**

P: Els divendres i dissabtes a la nit.

**DIFERENCIACIÓ DEL
CONSUM: LABORABLES
I FESTIUS. MOLT
IMPORTANT EN ELS
JOVES**

D: Els dies laborables, canvies els teus hàbits de consum?

P: Sí, no bec tant. Durant la setmana bec com a molt un got de vi dinant i una o dues *birres* en sortir de la feina.

D: Prens altres drogues?

P: No. Bé, només algun porro els caps de setmana.

D: I menges bé?

P: Sí, menjo molt i de tot.

D: Fas exercici físic?

P: Jugo a futbol amb els companys de feina, un cop per setmana.

ENUNCIACIÓ

D: Bé, et sembla que et comenti com veig jo tot el que m'has estat explicant?

**ESTABLIMENT DE
BONA RELACIÓ
TERAPÈUTICA
EL METGE DEMANA
PERMÍS ABANS DE
DONAR CONSELL**

P: Vostè mateix.

D: Doncs mira. Ja fa temps que et visites amb mi i sembla que no tens cap problema de salut. Bé, la grip aquesta ha estat una mica forteta. És normal.

P: Sí, m'ha deixat kao

D: Tu ets jove i t'has recuperat força bé. D'això es tracta, de continuar així. Per això t'he preguntat tantes coses. Si et cuides, si prens drogues, etc... Si ho entès bé, sembla que et cuides força, no et passes amb el consum de tabac i de drogues, però, en el cas de l'alcohol el teu consum pot oscil·lar aproximadament entre vint-i-sis i trenta tres UBES a la setmana.

REFORÇAMENT.
Recolzar les conductes positives

ASSENYALAMENT

P: Què vol dir això? Què és una UBE?

D: Mira, per calcular-ho tingues en compte que cada copeta de vi equival a una unitat, o cervesa o vermut. En canvi, els combinats valen per dues UBES cadascuna. A més has de saber que l'Organització Mundial de la Salut recomana no ultrapassar els vint-i-vuit UBES a la setmana. Això en el cas dels homes.

PROPORCIONAR INFORMACIÓ

P: No en tenia ni idea.

CONSELL PERSONALITZAT

D: Ja ho entenc, per això t'ho explico. Hauries de vigilar la quantitat d'alcohol que beus. Perque en aquests moments estas fent un consum que nosaltres anomenem de risc.

P: De risc, perquè?

D: De risc perquè aquestes quantitats d'alcohol acaben provocant alguns problemes, bé siguin de salut, laborals i sobretot de patir algun accident si condueixes havent begut.

CONSEQÜÈNCIES NOCIVES GENERALS DE BEURE EN EXCÉS

P: No tinc cap problema amb l'alcohol.

D: Bé, ja m'ho penso. Però vull que sàpigues que és qüestió de probabilitat. Els estudis diuen que ingerir aquestes quantitats d'alcohol augmenten la probabilitat de tenir riscos o conseqüències adverses. Què en penses, de tot això que et dic?

EXPLORACIÓ CONSCIÈNCIA DEL PROBLEMA

P: No ho acabo d'entendre gaire. M'està dient que no begui tant perquè això em pot perjudicar més endavant?

FINALITZACIÓ DEL CONSELL

D: Sí, més endavant et pot perjudicar, però fins i tot a curt termini pot repercutir negativament en la teva qualitat de vida.

CONSEQÜÈNCIES NOCIVES CONCRETES PER AL PACIENT

P: I què hauria de fer?

D: És molt senzill. Tu mateix pots comptar les UBES que prens. És força útil perquè pots saber el consum que has fet cada setmana i no passar-te. Creus que hi ha algun got de vi, o *birra*, o *cubata* que poguèssis prescindir sense gaire esforç.

**NEGOCIACIÓ
D' OBJECTIUS.**
Establiment d'objectius
personalitzats

P: Potser podria deixar de beure el vi del migdia i substituir alguna cervesa per un refresc.

D: Bé, això està molt bé. Deu UBES menys. I els caps de setmana?

P: Podria intentar beure un *cubata* menys.

D: Estaria molt bé. Mira, fem una cosa. Intenta fer el que m'has dit. No beure ni durant els àpats i tan sols beure una cervesa en sortir de la feina. Els caps de setmana com a màxim tres *cubates*. Si veus que pots baixar més, tu mateix. El més important ara és que ho intentis i ens veiem d'aquí a un mes per saber com t'ha anat. Et sembla bé?

SUMARIS. El metge
resumeix els objectius
establerts

**CONCRETAR PROPERA
VISITA PER A
SEGUIMENT**

P: D'acord.

D: Doncs fins llavors.

CAS 4: Dependència de l'alcohol

Sexe: Dona

Edat: 37 anys

Observacions: Fa dos anys, va venir per demanar un tractament per una important caiguda dels cabells i també per un deteriorament en la seva qualitat. Li van administrar vitamines.

Motiu de la consulta: Ve pràcticament totes les setmanes i, cada vegada, fa demandes diferents i presenta símptomes diversos.

Introducció



A) Indicar tractament antidepressiu amb un ISRS



B) Seguir explorant la pacient

N: Al passar, la infermera veu que a la sala d'espera hi ha una altra vegada aquella dona que ve pràcticament cada setmana i que cada vegada fa demandes diferents i presenta símptomes diversos. Abans de cridar-la a consulta, repassen amb el metge la història de la pacient.

OBSERVACIONS

Infermera: Fa dos anys va anar-hi demanant tractament pel fet de patir una caiguda de cabells important i també un deteriorament en la seva qualitat. Li recepten vitamines. Li van administrar vitamines. Diverses visites amb queixes de pèrdua de memòria, especialment de la recent. Se li va fer un EEG i un scanner sense trobar aspectes significatius excepte lleugera atrofia cortical difusa. Nova visita per presentar alteracions menstruals. La pacient estava molt espantada davant un possible embaràs. Gravindex. Es va remetre al ginecòleg. Es visita perquè pateix insomni. Quan va a dormir la pacient reconcilia ràpidament la son però al cap de tres o quatre hores es desperta i li és impossible tornar-se a dormir. Li van administrar hipnòtics.

D: A veure què vol avui. Digues-li que passi.

P: Bon dia, doctor.

D: Bon dia, com es troba?

PREGUNTA OBERTA
per obtenir la màxima
informació de la pacient

P: Ai, la veritat és que no gaire bé. Estic espantada perquè cada vegada tinc menys ganes de fer les feines de casa, i això que sóc molt neta. Però fa un temps que no tinc ganes de fer res. Ni tan sols de menjar.

MOTIU CONSULTA

D: Què vol dir? Que té poca gana?

REFLEX
per continuar explorant
què li passa

P: En realitat, com que el meu marit i els nens no mengen a casa, molts dies no em faig dinar. Passo fins a la nit amb un trosset de formatge i un gotet de vi.

D: I ha dit que no té ganes de fer res?

P: Molts dies quan arriba el meu marit, gairebé no he fet les feines de casa. Ell s'enfada molt i per no sentir-lo me'n vaig directa al llit.

INDICAR TRACTAMENT ANTIDEPRESSIU AMB ISRS

D: Bé, el que vostè té és que està passant una mala època. Hi ha estacions de l'any en què ens desanimem i tenim menys energia i això ens fa sentir més ansiosos.

CONSELL D'EXPERT
No explora ni
autoresponsabilitza el
pacient

P: Segur que és això doctor, perquè fa uns dies que em sento molt nerviosa. Tant, que gairebé tremolo. Fins i tot arribo a vomitar.

D: Li donaré una medicació per als nervis i veurà com aviat es troba millor. De totes maneres hauria d'intentar animar-se. Sortir de casa o fer alguna activitat que li agradi. Ha de prendre una pastilla cada matí i tornar d'aquí a un mes.

CONSELL D'EXPERT
Resolució ràpida, no
negocia objectius amb el
pacient

N: I li dona una recepta d'antidepressius del grup ISRS.

P: Doctor, amb aquesta medicació em puc prendre el gotet de vi als àpats?

D: Home, amb aquesta medicació és millor no beure res. Però si només és un gotet.

P: Molt bé. Fins el mes que ve.

N: Al cap d'un mes.

P: Bon dia, doctor.

D: Bon dia. Què, com es troba?

P: Doncs, la veritat és que no he millorat gaire. Les pastilles que em va donar m'ajuden poc i cada vegada em noto més desanimada i trista.

D: Sap què farem? L'enviaré a l'especialista.

No negocia objectius amb el pacient

P: A quin especialista?

D: Doncs al neuropsiquiatra, dona.

P: Què passa? Es pensa que estic boja, no?

RESISTÈNCIES de la pacient que el metge no té en compte

D: No, però és millor que ell la vegi.

P: Bé, bé, faci'm el paper.

N: La pacient dubta de si l'anirà a veure o no perquè suposa que l'especialista tampoc entendreà què és el que li passa. En realitat no ho sap ni ella mateixa.

D: Tingui, aquí té el paper i de moment segueixi prenent les pastilles.

P: Molt bé, fins un altre dia. (Què s'ha cregut el doctor. Mira que enviar-me al psiquiatre. Va bé si pensa que hi aniré).

És possible que la pacient es perdi

SEGUIR EXPLORANT LA PACIENT

D: Veig que fa uns anys que no acaba de trobar-se bé. M'agradaria que entre tots dos repasséssim els símptomes per veure si trobem què és el que té.

EMPATIA aproximació col·laboradora

P: Bé doctor, tampoc no estic tant malament. Sobretot és el meu marit qui diu que el vingui a veure, perquè no em veu bé.

D: I per què ho diu el seu marit?

P: Perquè a vegades al matí vomito i estic molt tremolosa. I ell diu que això no és normal.

EXPLORACIÓ CONSCIÈNCIA DEL PROBLEMA

D: I vostè a què es pensa que es deu?

P: Doncs no ho sé. Els nens diuen que hauria de deixar el vi, però jo els dic que això no té res a veure i que el problema ha de ser un altre. Les pastilles que vostè em dona sempre m'alleugen.

NO CONSCIÈNCIA per part de la pacient

D: Miri Mercè, farem una cosa, li demanaré una anàlisi de sang i dins d'aquestes anàlisis també demanaré uns valors que ens ajudaran a saber si el vi li està fent mal o no.

EXPLORACIÓ I SEGUIMENT
No força res i concreta dades per a la propera visita

P: Molt bé doctor. Però no es pensi que sóc una borratxa. I ara?

N: Mira l'infermera intentant buscar una aliada que la tregui del mal pas.

D: Doncs aquí té els papers per a l'anàlisi. M'agradaria que quan tingui els resultats, me'ls porti i que l'acompanyi algú de la família.

P: Ui, això serà difícil perquè tots treballen.

E: Bé dona, vostè intenti-ho.

N: Al cap d'un mes entra la pacient acompanyada per una altra dona d'una edat semblant.

P: Bon dia, doctor. Li porto l'anàlisi. Aquesta és la meva veïna. Com que em va dir que vingués acompanyada, som gairebé com germanes perquè fa vint anys que vivim de costat.

D: Molt bé, a veure com està això. Bé, veig que hi ha alguna alteració. El sucre i l'àcid úric estan una mica alts i a més té una mica d'anèmia.

ASSENYALAMENT
feedback resultats analítica...

P: Ja li vaig dir que em sentia una mica cansada, sense forces ni ganes.

D: D'altra banda, veig que el fetge també està una mica afectat.

...i exploració física

P: I això de què és doctor?

D: Segurament és del que vam comentar a l'última visita. De l'alcohol.

P: Com que de l'alcohol? Si gairebé no bec.

Veïna: Veus com jo ja et deia que últimament beviessis massa! I tu deies que eren coses meves.

P: Ai, doctor, no em digui això! El meu pare va morir del fetge per beure i jo no vull que em passi el mateix.

D: L'important és que ara ja anem molt més darrere la pista del problema, per tant la podrem ajudar més.

P: El què vostè digui.

D: M'hauria d'explicar què és el que beu més o menys en un dia.

CRIBRATGE

P: Molt poc, només durant els àpats.

V: I les cerveses que beus al bingo? eh?

P: Sí, aquestes també.

N: El metge va preguntant pel consum i va desglossant les diferents parts del dia per facilitar el recompte, i al final és gairebé de vuit, deu UBES al dia.

D: Abans em comentava que tenia vòmits. Quan són més freqüents? Al matí o a la nit?

**EXPLORACIÓ
SÍMPTOMES**

P: Al matí, però no són vòmits. Són arcades, de vegades trec bilis, però crec que és del tabac.

D: A vegades li tremolen les mans?

P: Sí, al matí no puc agafar la cafetera perquè vesso el cafè, però després se'm passa.

N: Amb aquestes dades el metge comprova que hi ha criteris per diagnosticar síndrome de dependència de l'alcohol. Arriba el moment de plantejar a la dona que ha de fer un tractament per solucionar-ho.

D: Bé, queda clar que hi ha un cert problema amb l'alcohol. I, que si no fem un tractament per deixar-lo, la medicació que jo li pugui donar no li farà efecte. I, a més, els danys al fetge poden empitjorar.

CONSELL
informació sobre
conseqüències negatives

P: Què em dius, que he de deixar el vi del tot?

RESISTÈNCIES

D: Si prefereix pensar-s'ho i parlar-ho amb la família, ho deixem per la setmana que ve.

SEGUIMENT
El metge no pressiona i
concreta la propera visita

P: Mare meva! No sé com li diré això al meu marit!

V: Segur que ell estarà content, perquè últimament està molt amoïnat per tu.

N: Al cap d'una setmana van a la visita la dona i el marit.

D: Bon dia.

P: Bon dia, doctor. Aquest és el meu marit.

D: És un plaer. No sé si han pogut parlar amb la seva muller.

Marit: Em va dir que hi havia alguna cosa amb el vi. Jo fa molt de temps que li ho estic dient, però ella no ho ha volgut acceptar mai. Cada vegada la casa està més deixada, i ella també. Quan arribo a casa ella se'n va al llit. Però abans segur que hi ha hagut bronca amb els fills. Jo no sé que fer. I si no fos prou, ara li ha donat per anar al bingo i gastar-se el que no té. Li prometo que estic desesperat i els seus fills també. Però ells aviat marxaran de casa. I jo, si segueix així ja veurem què faig.

N: Comença a somicar.

D: Amb la seva dona vam quedar que pensaria si volia fer un tractament.

El metge no s'alia amb el discurs del marit

P: Sí, es clar que sí.

D: És important que vostès estiguin disposats a ajudar-la.

Estimula la col·laboració i el suport de la família

M: Si ella es porta bé, el que calgui.

D: Molt bé! La primera etapa és la desintoxicació. Li donaré unes pastilles per ajudar-la i després poc a poc hi introduïrem altres elements, si són necessaris.

DESINTOXICACIÓ
DOMICILIÀRIA
abordatge des de l'AP

N: El metge indica a la pacient i al seu marit com ha de prendre la pauta decreixent de la medicació i els torna a citar al cap de dues setmanes.

Preguntes + freqüents

Alcohol i atenció primària de salut

Programa Beveu Menys
Formació d'actualització

PREGUNTA 1 Per què el tema de l'alcohol és tan controvertit?

El consum d'alcohol és un hàbit fortament arrelat a la nostra cultura i constitueix un element indispensable en múltiples celebracions. L'any 2002, el consum d'alcohol pur per càpita de la població espanyola fou de 9,6 litres, la qual cosa el va situar en la vuitena posició mundial.

A més, és un sector econòmicament molt important, ja que Espanya és un dels països productors més importants del món, i l'any 2000 va ocupar el tercer lloc en la producció vinícola mundial. D'altra banda, sabem que l'alcohol, a part de ser una substància potencialment addictiva, consumit en excés, pot provocar importants danys físics, psicològics i socials. L'OMS situa l'alcohol en el tercer lloc entre els factors de risc per a la salut en els països desenvolupats, després del tabac i la hipertensió (World Drink Trends, 2004).

La controvèrsia de l'alcohol es visualitza en la normalitat amb què una substància àmpliament coneguda pels riscos que comporta el seu consum sovint es consumeix amb una freqüència i acceptació social tan elevades.

PREGUNTA 2 Té el consum d'alcohol efectes beneficiosos en algunes circumstàncies?

No hi ha un consum moderat d'alcohol que, de forma universal i per a tots els grups d'edat i sexe, disminueixi la mortalitat global.

“D'alcohol, com menys se'n consumeixi millor”. Aquesta és la recomanació que els professionals sanitaris hem de donar a tots els pacients i, en cap cas, recomanar consum d'alcohol als abstemis.

El consum d'alcohol només té efectes protectors cardiovasculars en un grup poblacional molt petit: individus de 40 a 70 anys, homes amb consum regular i sempre que el risc absolut de malaltia cardiovascular sigui superior al d'altres malalties relacionades amb l'alcohol, com ara cirrosi, miocardiopatia, càncer, agressions, suïcidi, etc. (Al-Ghanem et al, 2005).

Aquest efecte protector s'aconsegueix amb dosis molt baixes –1 UBE (unitat de beguda estàndard) en dies alterns; el consum de quantitats superiors incrementa els altres riscos associats.

PREGUNTA 3 Per què haig de fer cribratge?

Com que l'alcohol està implicat de forma dosis depenent en una gran varietat de patologies físiques i mentals, està justificat que els professionals de l'atenció primària aprofitin l'oportunitat d'identificar precoçment els consums de risc. Malgrat que molts professionals diuen que fan el cribratge de forma sistemàtica, els percentatges de població cribrada són baixos i els pacients en general no recorden haver estat preguntats al respecte. Com que molts bevedors de risc són desconeguts per als seus metges, un abordatge sistematitzat seria recomanable per a la seva identificació.

Per facilitar i estandarditzar la identificació del consum de risc d'alcohol en el context de l'AP a Catalunya, s'han validat els qüestionaris AUDIT –Alcohol Use Disorders Identification Test– (Contel et al, 2003), ISCA –interrogatori sistematitzat de consums alcohòlics– (Gual et al, 2001) i la versió curta de l'AUDIT, integrada només per les seves tres primeres preguntes, l'AUDIT-C (Gual et al, 2001).

PREGUNTA 4 En quins pacients s'ha d'implementar el cribratge?

Una veritable estratègia preventiva implica la implementació del cribratge sistemàtic. Si la sobrecàrrega assistencial fa impossible l'esmentat objectiu, es pot limitar la intervenció a grups d'alt risc o a situacions específiques (primera visita, incapacitats laborals per accidents o absentisme de dilluns al matí, etc.). La selecció dels grups de risc pot realitzar-se partint de l'evidència epidemiològica (per exemple, homes de mitjana edat) o en funció de la vulnerabilitat (per exemple, dones embarassades o adolescents).

En qualsevol cas, el cribratge del consum de risc s'haurà de realitzar sistemàticament en els pacients que presentin trastorns que puguin estar relacionats amb l'alcohol, com ara: hipertensió, cefalàlgia, dispèpsia, ansietat, depressió, irritabilitat, insomni, dèficits atencionals, disfuncions sexuals, accidents, malaltia hepàtica, càncer, ressaques i baix rendiment laboral. De la mateixa manera, es realitzarà el cribratge sistemàticament davant de la presència de signes clínics com tremolor, aranyes vasculares, hepatomegàlia, halitosi etílica o elevacions de VCM, GGT, ASAT o ALAT.

El Pla de salut vigent prioritza el cribratge del consum d'alcohol a la població que fa consum de risc, i l'increment, per part dels professionals de l'AP, d'un 30% en la utilització d'instruments de cribratge estandarditzats i validats (Pla de salut 2002-2005).

Per a l'any 2006 el Servei Català de la Salut ha establert el cribratge del consum d'alcohol com a objectiu comú a tots els centres de primària.

Depenent de la seva realitat, cada equip d'atenció primària (EAP) haurà de decidir quin nivell d'implementació del cribratge del consum d'alcohol estableix en el seu centre. Aquests nivells són:

- > Màxim: cribratge sistemàtic de consum de risc a tota la població.
- > Estàndard: cribratge de consum de risc de subgrups de població amb més prevalença de consum (p. ex., homes entre 20 i 50 anys, joves, etc.).
- > Mínim: cribratge de consum de risc a poblacions especialment vulnerables (p. ex., gestants, fills d'alcohòlics).

PREGUNTA 5 Què haig de tenir en compte al fer cribratge a pacients amb problemes mentals?

Hi ha una elevada probabilitat que els pacients amb problemes d'alcohol pateixin també trastorns psiquiàtrics (depressió, ansietat, insomni, disfuncions cognitives i conflictes interpersonals) i a la inversa. Per exemple, s'ha trobat que el 27,9% de persones amb dependència de l'alcohol presenten criteris de depressió més alts i el 36,9%, d'ansietat patològica (Anderson et al, 2005). Parlarem llavors de patologia dual o concurrència d'una conducta addictiva i un trastorn mental, que constitueix una nova entitat clínica i no només la suma dels dos trastorns.

Cal tenir en compte que amb pacients amb trastorns psiquiàtrics el consum d'alcohol pot comprometre la resposta al tractament i per això el cribratge del consum d'alcohol serà de vital importància.

En aquests casos, els límits per al consum de risc poden ser més baixos, depenent de la problemàtica associada i de la medicació prescrita (NIAAA 2005).

PREGUNTA 6 Com puc preguntar els pacients sobre el seu consum d'alcohol sense generar resistències?

Hi ha tres factors que cal tenir en compte a l'hora de preguntar als pacients sobre el consum d'alcohol i minimitzar possibles resistències.

Primer, fer-ho amb normalitat. Sovint el professional no se sent autoritzat a preguntar. Els professionals amb més confiança en si mateixos, a l'hora d'abordar els problemes relacionats amb l'alcohol, són els que presenten índexs de cribratge més elevats (Adams et al, 1997; Bendtsen et al, 1999).

Segon, triar el moment adequat. Tot i que en general és aconsellable efectuar el cribratge en qualsevol ocasió favorable, hi ha moments en la consulta que ens faciliten preguntar pel consum d'alcohol, per exemple, quan s'obre la història clínica en una primera visita o com a part d'un examen rutinari de salut en el context de l'exploració dels estils de vida.

I tercer, realitzar l'exploració del consum d'alcohol amb un estil motivacional, és a dir, sense pressionar el pacient i sense fer judicis sobre les seves respostes.

PREGUNTA 7 Quan un pacient respon que beu de manera “normal”, com he d'intervenir-hi?

Aquesta resposta del pacient pot obeir a dues circumstàncies: o bé el pacient mostra resistència a parlar del seu consum, o bé realment el pacient no té consciència del problema i creu que està consumint fora dels límits de risc.

Davant una resposta d'aquest tipus, el professional sanitari haurà d'explorar què entén el pacient per “normal” fent ús d'un estil motivacional. Mitjançant una pregunta oberta. Per exemple:

> I digui'm, què és el “normal”, per a vostè?

El professional haurà d'explorar la quantitat i freqüència d'alcohol que el pacient sol consumir de forma habitual per poder valorar si aquest consum suposa un risc per a la seva salut.

En general, podem evitar que el pacient respongui “el que és normal” si iniciem la conversa amb alguna frase introductòria (“Si li sembla bé, ara li faré unes quantes preguntes sobre els seus hàbits”) i continuem amb preguntes dissenyades per evitar aquestes respostes (per exemple, les preguntes de l'AUDIT-C i l'ISCA).

PREGUNTA 8 Què és el consum de risc?

És una pauta de consum d'alcohol que augmenta el risc de conseqüències nocives per a la persona que beu i per a terceres persones. Aquest concepte, com que no es refereix a cap malaltia existent, no està recollit en cap manual de classificació de malalties (CIE o DSM), però té rellevància des d'una perspectiva de salut pública i és utilitzat per a l'OMS.

El grau de risc no està només relacionat amb el nivell de consum d'alcohol sinó amb altres factors personals o ambientals: història familiar, feina, estils de vida, etc. Per això, també es considera consum de risc qualsevol consum en persones que han de conduir o realitzar activitats perilloses, infants i menors de 16 anys, dones embarassades o en període de lactància i persones que pateixen determinades malalties o que segueixen tractaments farmacològics en què el consum d'alcohol està contraindicat. En tots aquests grups la recomanació és l'abstinència.

Els límits quantificables i estandarditzats a partir dels quals s'ha de considerar que un pacient fa consum de risc d'alcohol són: superior a 28 UBE setmanals (4 UBE/dia) i igual o superior a 6 UBE en una sola ocasió de consum, en homes, i superior a 17 UBE setmanals (2 UBE/dia) i igual o superior a 5 UBE en una sola ocasió de consum, en dones (Rodríguez-Martos et al, 1999) o en més grans de 65 anys.

PREGUNTA 9 Què és una intervenció breu?

S'anomena intervenció breu (IB) aquella intervenció en la qual els professionals sanitaris donen retroalimentació sobre l'estat de salut i consell als seus pacients per aconseguir que aquests es comprometin amb l'objectiu de reduir el risc associat al consum d'alcohol (NIAAA, 2000). Així es considera IB aquelles intervencions que duren d'1 a 3 sessions d'un màxim de 30 minuts de durada cadascuna i que inclouen la recomanació de beure menys com a objectiu i que són administrades per professionals de la salut no especialistes.

Els elements o passos que cal seguir en la IB són cinc. Primer, donar realimentació al pacient pel que fa al seu estat de salut i els riscos. Segon, avaluar l'estadi de canvi per tal que el professional pugui adaptar els seus objectius a l'etapa del canvi en què aquest es trobi, atès que si no existeix consciència de problema haurem d'optar per un abordatge més motivacional. Tercer, donar consell demanant permís al pacient per tal que en redueixi el consum. El consell haurà de donar-se avançant des de consells més generals a d'altres més personalitzats per al seu cas concret. És important demanar permís per donar el consell ("Vol que li expliqui...?", "Li sembla bé que li doni un parell de consells...?") i no donar-lo sense l'assentiment del pacient, per evitar resistències. Quart, negociar els objectius i les estratègies amb el pacient, perquè aquest dugui a terme el canvi d'hàbits. I cinquè, monitorar el progrés del pacient en el decurs de properes visites.

L'esperit amb què efectuem les IB és molt important per tal de vèncer possibles resistències; per això, haurem d'efectuar-les amb un estil motivacional: comunicant empatia, emfasitzant la responsabilitat del pacient i promovent-ne l'autoeficàcia.

PREGUNTA 10 **Són efectives les intervencions breus?**

Diversos estudis han posat de manifest l'efectivitat de les IB en la disminució del consum d'alcohol en el context de l'AP. S'ha demostrat que petits consells sobre l'alcohol repercuteixen en la reducció del consum entre un 25 i un 35% (Anderson, 1993; Babor, 1992).

L'anàlisi de cinc estudis realitzats en la població espanyola i en el context de l'AP (Ballesteros et al, 2003) posava de manifest l'eficàcia de les IB en la disminució del consum d'alcohol (el grup experimental millora un 22% respecte al grup control) i la seva eficàcia en la disminució de la prevalença de bevedors de risc.

En un estudi realitzat en cinc consultes d'AP urbanes de Catalunya (López-Marina et al, 2005) s'observà un decrement significatiu en el consum d'alcohol als 2 i 12 mesos, així com una disminució del percentatge de pacients que feien consum de risc, que als 2 mesos fou de 57,6% i a l'any, del 42,4%.

El nombre necessari de pacients que fan consum de risc o perjudicial que requereixen IB per tal que un d'ells en redueixi el consum a baix risc s'estima al voltant de vuit (Moyer et al, 2002).

PREGUNTA 11 A quins pacients he de recomanar que beguin menys?

Hem de recomanar reduir el consum d'alcohol a aquells pacients que hem identificat que realitzen un consum de risc (vegeu pregunta 8), és a dir, aquells bevedors amb hàbits de consum d'alcohol que, tot i no estar afectant actualment la seva salut i qualitat de vida, poden fer-ho en el futur. Es tracta de prevenir l'aparició de problemàtiques relacionades amb l'alcohol.

PREGUNTA 12 A quins pacients he de recomanar que deixin de beure?

Caldrà recomanar l'abstinència de begudes alcohòliques a aquells pacients que compleixin els criteris de dependència de l'alcohol o que presentin una pauta de consum que actualment estigui perjudicant la seva salut.

També haurem de recomanar abstinència a aquells pacients que sense complir els criteris de dependència, qualsevol consum pot ser perjudicial per a la salut: infants o menors de 16 anys, dones embarassades o en període de lactància, persones que pateixen alguna malaltia o que segueixen algun tractament farmacològic en els quals l'alcohol està contraindicat.

Prèviament a la recomanació d'abstinència de l'alcohol, haurem d'explorar fins a quin punt el pacient és conscient de la seva problemàtica i, per tant, estarà d'acord a deixar de beure.

En cas de consciència del problema, haurem de valorar si el tractament s'assumeix al centre de primària o es deriva el pacient al CAS. Si no existeix consciència de problema, haurem d'abordar el pacient des del centre d'AP amb un abordatge motivacional, ja que una derivació a la XAD podria suposar perdre el cas.

PREGUNTA 13 Què he d'aconsellar als pacients que presenten consum de baix risc d'alcohol?

Cal tenir present que tot consum d'alcohol pot suposar un risc en coexistència amb determinades situacions (conducció, embaràs, etc.); per això, és preferible parlar sempre de consum de baix risc.

En aquests casos, reforçarem els hàbits de consum del pacient, però sempre informant-lo dels estats de risc en els quals és aconsellable no beure (descrits en el punt 11).

És important que enregistrem a la història clínica el consum d'alcohol que fa el pacient i que tornem a efectuar el cribratge 2 anys després. En pacients joves, quan els hàbits de consum d'alcohol poden variar amb facilitat, és aconsellable tornar a fer el cribratge cada vegada que el pacient vagi a la consulta o, com a mínim, anualment.

PREGUNTA 14 Què puc fer quan un pacient amb problemes amb l'alcohol no ho reconeix o no fa el que li dic?

Si ens trobem davant d'un pacient que mostra resistències, haurem d'evitar la confrontació amb ell perquè fer-ho les augmenta.

Quan el pacient es mostra poc receptiu sol ser útil respectar el seu punt de vista, mantenir una actitud empàtica, deixar clar que ens interessem per la seva salut i proposar que, tot i haver-hi desacord, ens agradaria mantenir el tema de l'alcohol a l'agenda i controlar-ne l'evolució en el futur.

PREGUNTA 15 En cas de consum de risc, intervindrem de la mateixa manera en joves que en persones grans o adults?

En cas d'identificar consum de risc en joves, seguirem els mateixos passos de la IB i els elements de l'abordatge motivacional que en els adults, tenint en compte algunes especificitats.

A l'hora de fer el cribatge, caldrà preguntar específicament el consum que el jove fa els caps de setmana, ja que la pauta de consum pot variar molt amb relació als dies laborables o entre setmana.

També hem de tenir en compte que els joves vagin a la consulta d'AP amb menys freqüència que els adults i, a més, la seva pauta de consum pot variar en períodes curts de temps. Per això és recomanable realitzar cribatge de consum cada vegada que el jove vagi a la consulta o, com a mínim, anualment.

D'altra banda, i per les característiques pròpies de l'adolescència o joventut en què les recompenses o els càstigs a llarg termini poden ser poc valorats, caldrà remarcar els avantatges i inconvenients de deixar de beure a curt termini, sense oblidar els missatges de reducció del dany: no ingerir més de 5 UBE (dones) o 6 UBE (homes) en una sola ocasió de consum, alternar begudes amb alcohol i begudes sense alcohol, evitar barrejar diferents tipus de beguda, evitar el policonsum de substàncies, no consumir-ne en prendre medicació, i no conduir després d'haver consumit alcohol ni pujar en un vehicle amb algú que ho hagi fet.

Pel que fa a la gent gran, i ateses les característiques pròpies de l'edat, igualment caldrà ressaltar els riscos de beure en excés a curt termini. Amb relació als punts de tall per a la identificació del consum de risc, l'estudi de validació del qüestionari AUDIT (Rubio et al, 1998) situa en una puntuació igual o superior a 5 per a persones més grans de 60 anys, puntuació inferior als punts de tall per a població adulta.

També caldrà incidir de manera específica en el cribatge de consum d'alcohol en la prescripció de fàrmacs, prescripció que pot donar-se amb més freqüència en pacients d'edat avançada.

PREGUNTA 16 Quin és el paper específic dels professionals d'infermeria en les intervencions breus d'alcohol?

Tant els professionals de medicina com els d'infermeria poden aplicar les IB (Vasilaki et al, 2006), des de la identificació precoç fins al seguiment del pla de reducció del consum o abstinència, en les diferents oportunitats que els permet la consulta d'AP. Tot i que la majoria dels estudis s'han centrat en les intervencions fetes per part dels metges, també hi ha nombroses evidències sobre l'eficàcia d'aquestes intervencions quan són implementades per infermeria (McIntosh et al, 1998).

Com que les polítiques de salut actuals promouen l'ampliació del rol dels professionals d'infermeria de les ABS en les tasques de promoció de la salut i com que aquest professionals han estat en general poc tinguts en compte a l'hora d'implementar les SBI en alcohol a l'atenció primària (Bendtsen et al, 1999), esdevé prioritari prestar més atenció a la seva formació i suport per tal que puguin dur a terme el seu treball adequadament. Per la proximitat amb els pacients, la freqüència de les visites i la possibilitat de seguiment, aquest personal pot jugar un paper clau en la intervenció en pacients amb consum de risc d'alcohol.

PREGUNTA 17 Quina és la millor manera d'avaluar la dependència?

Per al diagnòstic de la síndrome de dependència de l'alcohol (SDA) s'utilitzen tradicionalment dues classificacions diagnòstiques internacionals: el Manual diagnòstic i Estadístic dels trastorns mentals (DSM-IV) i la Classificació internacional de malalties (CIM-10). En el nostre context, es recomana la utilització dels criteris de la CIM-10 de l'OMS. Segons aquests criteris, hem de considerar que existeix dependència de l'alcohol si en els darrers 12 mesos han estat presents tres o més dels següents criteris:

- > Desig o compulsió per consumir alcohol.
- > Disminució de la capacitat de control: dificultats per controlar l'inici del consum o dificultats per posar fi a la ingesta i controlar-ne la quantitat.
- > Simptomatologia d'abstinència.
- > Tolerància o neuroadaptació.
- > Abandonament progressiu d'activitats que fins ara proporcionaven plaer.
- > Persistència en el consum malgrat que s'evidenciïn conseqüències perjudicials.

PREGUNTA 18 On puc derivar un pacient amb dependència de l'alcohol?

Els pacients amb dependència de l'alcohol s'han de derivar, sempre que es pugui, a la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències de Catalunya, en la qual al voltant del 41,5% (any 2005) dels inicis de tractament es deuen a l'alcohol. La XAD està formada, entre d'altres, per centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS) i per unitats hospitalàries de desintoxicació (UHD), on des d'una perspectiva multidisciplinària (medicina, psiquiatria, psicologia, infermeria, treball social, educació social) s'atenen casos de dependència de l'alcohol i d'altres substàncies. Cada CAS cobreix l'assistència d'una zona geogràfica determinada, així, cada centre d'AP té un CAS de referència al qual pot derivar els seus pacients. L'any 2005, el 40% del total de derivacions a la XAD per dependència de l'alcohol provenien de l'AP.

Els criteris per derivació al CAS són: que el professional de la primària no pugui assumir-ne el tractament, que s'hagin efectuat intents previs de tractament insatisfactoris o que el pacient presenti complicacions greus (síntomatologia d'abstinència de moderada a greu, estat orgànic compromès, manca de suport familiar o situació familiar molt conflictiva, patologia psiquiàtrica comòrbida, consum regular d'altres substàncies addictives o deler –*craving*– intens).

PREGUNTA 19 Puc dur a terme el tractament d'un pacient alcohòlic?

Els metges d'atenció primària que hagin rebut formació específica poden iniciar amb èxit el tractament de pacients sense antecedents de tractament previ i sense comorbiditat orgànica i/o psiquiàtrica.

Les persones amb dependència de l'alcohol poden ser ateses a l'AP si estan d'acord a aturar el consum d'alcohol i/o si refusen ser derivats al CAS (vegeu pregunta 17) i sempre que el professional de l'AP se'n pugui fer càrrec. El primer que cal tenir en compte a l'hora de decidir si tractar o derivar el cas és si el pacient té o no consciència de problema i si està motivat per canviar.

En cas de no consciència, és aconsellable no derivar el pacient al CAS, ja que és molt probable que no hi acudeixi. Si és així, convé fer un abordatge de reducció del dany i treballar la seva conscienciació. Si hi ha consciència, es pot fer la desintoxicació ambulatoria administrant diazepam en dosis decreixents de dos a sis dies, i no excedir dels sis dies per evitar el risc de dependència (Anderson et al., 2005).

PREGUNTA 20 **Són efectius els tractaments per a la dependència de l'alcohol?**

Una vegada realitzada la desintoxicació s'inicia la fase de rehabilitació, en la qual el pacient ha d'aprendre a viure sense consumir alcohol i en la qual és important combinar un abordatge psicosocial amb un de farmacològic. En aquesta fase, l'administració de fàrmacs per a la prevenció de recaigudes ha demostrat que és molt eficaç. La prescripció de fàrmacs, tanmateix, s'haurà d'emmarcar en un abordatge psicosocial integral que inclogui seguiment individual amb psicoteràpia i/o consell breu, teràpies grupals i si pot ser suport familiar. En aquest context, un dels elements essencials per facilitar una bona evolució, el constituirà la creació d'una sòlida aliança terapèutica entre professional i pacient. Una revisió sobre els tractaments psicosocials per a l'alcoholisme (Berglund et al. 2003) conclou que són efectius, però que les intervencions s'han de diferenciar partint de la gravetat de la dependència. Per als pacients amb alcoholisme lleu o moderat la durada i la intensitat del tractament semblen que són variables poc importants, i que poden beneficiar-se més d'un abordatge breu que de tractaments massa prolongats. Un altre estudi ha mostrat (Holder et al. 2000) que la psicoteràpia breu és cost-efectiva. En general els tractaments específics, més estructurats conceptualment i focalitzats en la conducta de beure (entrevista motivacional, teràpia cognitiva-conductual, AA, etc.) han demostrat que són més efectius que els tractaments menys estructurats (*counseling*, suport psicosocial, etc.). No s'han trobat diferències en l'efectivitat dels diferents tractaments específics i no hi ha excessiva evidència sobre l'efectivitat dels tractaments específics a llarg termini.

PREGUNTA 21 **Què són els fàrmacs antideler (*anticraving*)?**

Són els que pretenen disminuir el desig intens de beure alcohol (deler) i actuen sobre diferents sistemes de neurotransmissors cerebrals implicats en el desenvolupament de les addiccions. L'acamprosat (Campral®, Zulex®) ha demostrat ser efectiu per millorar les taxes d'abstinència fins a 6 i 12 mesos, en pacients alcohòlics desintoxicats. El seu efecte persisteix un cop finalitzat el tractament. S'administra en dosis de 2 grams diaris i la posologia és de 2 comprimits cada 8 hores o bé 3 comprimits cada 12 hores (2 g/dia). La naltrexona (Antaxone®, Celupan®, Revia®) actua reduint els efectes estimulants i reforçants associats al consum d'alcohol. Disminueix els nivells de deler i la pèrdua de control. Ha demostrat que és efectiu i actua reduint significativament la taxa de recaigudes de pacients alcohòlics. El seu efecte desapareix un cop suprimida la medicació. S'administra en una dosi única de 50 mg diaris (un sol comprimit).

Tot i que la indicació no està aprovada, hi ha l'evidència experimental de l'eficàcia del topiramato com a fàrmac antideler (Ait –Daoud et al., 2006). Alguns estudis oberts suggereixen la possible utilitat d'altres anticomicials, com la gabapentina i l'oxcarbazepina, però les dades són encara molt insuficients.

Bibliografia

Alcohol i atenció primària de salut

Programa Beveu Menys
Formació d'actualització

http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm

Anderson P., Baumber B. (2006). Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies available at http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm

Adams P.J., Powell A., McCormick R., Paton-Simpson G. (1997) Incentives for general practitioners to provide brief interventions for alcohol problems. *N Z Med J*, 8,110(1049)291-4.

Ait-Daoud, N., Malcolm, R.J., Johnson. B.A. (2006) An overview of medications for the treatment of alcohol withdrawal and alcohol dependence with an emphasis on the use of older and newer anticonvulsants. En premsa.

Al-Ghanem R., Marco A., Callao J., Lacruz E., Benito S., Córdoba R. (2005) Consumo moderado de alcohol y mortalidad por diversas causas. *Aten Primaria*, 36(2):104-11.

Anderson P. (1996) Alcohol and Primary Health care. Copenhagen: WHO Regional Publications. 64.

Anderson P. (1993) Effectiveness of general practice interventions for patients with harmful alcohol consumption. *Br J Gen Pract*, 43(374):386-9.

Ballesteros J., Ariño J., Gonzalez-Pinto A., Querejeta I. (2003) Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 17(2):116-22.

Bendtsen P., Akerlind I. (1999) Changes in attitudes and practices in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers. *Alcohol & Alcoholism*, 34(5): 795-00.

Berglund M, Thelander S, Salaspuro M, Franck J, Andreasson S, Ojehagen A. (2003) Treatment of alcohol abuse: an evidence-based review. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003 Oct;27(10):1645-56.

Contel M., Gual A., Colom J. (1999) Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*: 4-11.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (1992) L'atenció primària de salut i les drogodependències.

Diaz R., Gual A. Alcoholismo, del uso al abuso (2004) Ed Morales. Barcelona.

Garbutt J.C., West S.L., Carey T.S., Lohr K.N., Crews F.T. (2000) Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence. *ACP J Club*, 132(1);26.

Gomez MT. Et al. (1995-2001). Alcohol y accidentes laborales en España: revisión bibliográfica. *Trastornos adictivos* 2002; 4 (4): 244-255.

Gual A., Contel M., Segura L, Ribas A, Colom J. (2001) El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos): un nuevo instrumento para la identificación prematura de bebedores de riesgo. *Medicina Clínica*, 118(117): 685-89.

Gual A., Lligoña A., Costa S., Segura L., Colom J. (2004) Tratamiento del alcoholismo y su impacto a largo plazo. Resultados a 10 años de un estudio longitudinal prospectivo de 850 pacientes. *Medicina Clínica*, 123(10):364-69.

Gual A., Segura L., Contel M., Heather N., Colom J. (2002) Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol*, 37(6): 591-96.

Delegació del Govern per al PND. (1999) Enquesta Domiciliària sobre consum de Drogues. Madrid.

Delegació del Govern per al PND. (2003). Enquesta Domiciliària sobre consum de Drogues. Madrid.

Delegació del Govern per al PND. (2004) Enquesta sobre drogues a població escolar. Madrid.

Etheridge RM & Sullivan E. <http://www.alcoholme.com>.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. (2003) Pla de Salut de Catalunya 2002-2005. Estratègies de Salut per l'any 2010. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Òrgan Tècnic de Drogodependències. (2005). Sistema d'Informació en Drogodependències de Catalunya, SIDC.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2004). Pla Integral d'Urgències de Catalunya. Barcelona: Servei Català de la Salut.

Holder HD, Cisler RA, Longabaugh R, Stout RL, Treno AJ, Zweben A. Alcohol Treatment and medical costs from Project MATCH. *Addiction* 2000;95: 999-1013.

Kiefer, F. & Mann, K. (2005) New achievements and pharmacotherapeutic approaches in the treatment of alcohol dependence. *European Journal of Pharmacology*, 526:163-71.

Lopez-Marina J., Pizarro Romero G., Alcolea Garcia R., Beato Fernandez P., Galindo Montané E., Montellà Jordana N. (2005) Evaluación del cribado y la efectividad de una intervención breve en bebedores de riesgo atendidos en consultas de atención primaria. *Atención Primaria*, 36(5):261-8.

McIntosh M.C., Leigh G., Baldwin N.J., Marmulak J. (1998) Reducing alcohol consumption. Comparing three brief methods in family practice. *Can Fam Physician*, 43:1959-62.

Mendes F., Relvas AP., Lourenco, M., Reccio JL., Pietralunga S., Broyer G., Bussac MH., Calafat A., Strocco P. (1999) Palma de Mallorca. Family relationship and primary.

Miller WR, Meyers RJ and Tonigan JS (1999) Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three intervention strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 5, 688-97.

Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing*. (1991) New York: Guilford Press.

Moyer A., Finney JW., Swearingen CE., Vergun P. (2002) Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97(3):279-92.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2005) *Helping Patients Who Drink Too Much*. National Institutes of Health.U.S. Department of Health & Human Services.

Pares, A., Caballeria, J. (2002) Patología orgánica. En: *Monografía alcohol. Adicciones*, 14(1);155-73.

Primary Health European Project on Alcohol, PHEPA (2005) *Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i Comissió Europea.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986) Toward a comprehensive model of change, In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Process of change*. New York: Plenum.

Rehm J., Room R., Monteiro M., Gmel G., Graham K., Rehn T., Sempos CT., Frick U., Jernigan D. (2004) Alcohol. WHO (ed) Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease due to selected major risk factors. Geneva: WHO.

Rodriguez-Martos A., Gual A., Llopis J. (1999) La Unidad de Bebida Estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Medicina Clínica (Barcelona)* 112: 446-50.

Rozen, H.G., De Wart, R., Van Der Windt, D., Van Der Brink, W., Jong, C., Kerkhof, J.F.M. (2005) A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. En premsa.

Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M.C. and Santo-Domingo, J. (1998) Validación de la Prueba para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Revista Clínica Española* 198(1), 11-4.

San, L., Dueñas, R.M., Arranz, B. (2004) Aspectos generales de la patología dual. *Monografías de Psiquiatría*. 16(4):1-6.

San, L., Martínez-Raga, J., Arranz, B., Guardia, J. (2004) Otros diagnósticos en patología dual. *Monografías de Psiquiatría*, 16(4):32-4.

Servei Català de la Salut. (1996). Criteris per a la derivació i interconsulta entre l'atenció primària i els serveis de salut mental i d'atenció a les drogodependències. Barcelona.

Sullivan J., Sykora K., Schneiderman J. (1989) Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Add* 84(11):1353-7.

Vasilaki E., Hosier S. Cox W. (2006) The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*, 41(3):328-35.

Wilson J.M.G. and Jungner G. (1968) Principles and practice of screening for disease. World Health Organization. Geneva.

World Advertising Research Center Ltd (2004) World Drink Trends. United Kingdom.

World Health Organization. Reducing risks, promoting healthy life. (2002) The World Health Report.

