



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2016/2017

Convocatoria Septiembre

**Modalidad:** Estudio de caso

**Título:** Prevención secundaria del consumo de alcohol a través de la Intervención Breve

**Autor:** Jessica Alexandra Piatkowski Skarbek

**Tutor:** José Luis Carballo Crespo

Elche a 1 de septiembre de 2017

<b>Índice</b>	
Resumen	3
Introducción	4
Método	5
Participante	5
Variables instrumentos	6
Procedimiento	8
Resultados	8
Propuesta de intervención	13
Descripción de las sesiones	13
Sesión 1: <i>¿Debería beber menos?</i>	14
Sesión 2: Las situaciones de riesgo	15
Sesión 3: <i>Mi plan de acción</i>	15
Sesión 4: <i>La ruta al éxito</i>	16
Sesión 5: <i>Seguimiento</i>	17
Discusión	17
Referencias	19
Tabla 1: Días de consumo y cantidades	9
Figura 1: Resultados CAGE y AUDIT	10
Figura 2: Resultados HADS	10
Figura 3: Resultados CSI	11
Figura 4: Resultados CBCS	12
Cuadro 1: Análisis funcional	13

**RESUMEN:** El presente trabajo se centra en la evaluación y propuesta de tratamiento de un caso de consumo de riesgo de alcohol. El sujeto participante es un varón de 19 años de edad con un patrón de consumo de riesgo de alcohol, sin patologías presentes, con un nivel de estudios bajo y nivel socio-económico bajo. Los instrumentos utilizados para su evaluación han sido el AUDIT para clasificar el consumo de alcohol, HADS para descartar ansiedad o depresión, CSI para analizar las estrategias de afrontamiento, CBCS para analizar la resistencia a la necesidad de beber, un autorregistro y una entrevista diseñada ad hoc. El objetivo del tratamiento consiste en la reducción del consumo a niveles que se sitúen por debajo del nivel de riesgo a través de la intervención breve. El tratamiento consta de cuatro sesiones y una sesión de seguimiento centradas en hacer consciente al sujeto de la problemática asociada al consumo de alcohol, la motivación al cambio y reducción de su patrón de consumo.

**Palabras clave:** Intervención breve, consumo de riesgo, alcohol, propuesta de intervención, reducción del consumo.



## Introducción

Según el Observatorio español de las drogas y toxicomanías (2015), el alcohol es la droga cuyo consumo está más extendido en España. Tanto es así, que alrededor de un 93'1% de la población de 15 a 65 años ha probado esta sustancia alguna vez en su vida, un 64'4% de este grupo ha consumido alcohol en los últimos 30 días y un 9'8% de la población lo consume diariamente; aunque el consumo más habitual se da durante los fines de semana. Además, es la sustancia con la edad de inicio más temprana: 13'7 años (Observatorio español de las drogas y toxicomanías, 2015).

Según la Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES, 2013) alrededor de un 5% de la población de 15 a 64 años presenta un consumo de riesgo identificado a través del AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Esto suma un total de 1.600.000 personas que presentan un patrón de consumo de riesgo, de las cuales, el rango de edad predominante es el de 15 a 24 años (Observatorio español de las drogas y toxicomanías, 2015).

Este elevado consumo de alcohol en la población trae una elevada cantidad de problemáticas. Según la Organización Mundial de la Salud (2015), un 5'1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones se atribuye al consumo de alcohol, además de ser el causante de 3'3 millones de muertes anuales; lo cual representa un total de un 5'9% de las defunciones mundiales. Además, se encuentra que el uso nocivo del alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos (OMS, 2015). El consumo de alcohol está relacionado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como: trastornos mentales y del comportamiento (trastorno psicótico, demencias, delirium...), enfermedades físicas (cirrosis, algunos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares) y está relacionado con traumatismos debidos a la violencia y los accidentes de tráfico, sobre todo en jóvenes (Córdoba, Camaralles, Jiménez y Lizarbe, 2012).

Respecto al tratamiento, se encuentra que las intervenciones breves son más eficaces en bebedores menos severos que las de intervenciones más extensas (Pedrero, et al, 2008). Las característica fundamental de este tipo de intervenciones son que se aplican con brevedad: desde una sesión de información de 5 a 10 minutos o una consulta con un médico de familia hasta 2 o 3 sesiones de entrevistas motivacionales (Heather y Kaner, 2001). Otra característica es que se suelen realizar cuando sus destinatarios no son conscientes del riesgo que comporta su ingesta de alcohol pero que son identificables con escalas de cribado, por tanto, las intervenciones breves se muestran eficaces en la prevención secundaria de problemas más graves relacionados con el consumo de alcohol (Heather y Kaner, 2001). Además, los efectos de la

intervención se mantienen varios meses después de finalizar la misma (Pedrero et al, 2008).

Durante las dos últimas décadas se han realizado numerosas investigaciones, cuyo objetivo ha sido avalar la eficacia de las intervenciones breves en la reducción del consumo de alcohol (OMS, 2001).

En España, tres ensayos clínicos han demostrado la eficacia de las intervenciones breves promoviendo la reducción del consumo de alcohol de forma duradera. Los análisis, realizados en atención primaria, apoyan la eficacia de las intervenciones breves en bebedores de riesgo, encontrando una disminución de alrededor de 100 gramos semanales de alcohol (Altisent et al. 1997, Córdoba et al. 1998, Fernández et al. 2003).

En otros países, Moyer et al. (2002) revisaron numerosos estudios en los que se comparaba la intervención breve con grupos control sin tratamiento, encontrando una amplia evidencia positiva de la eficacia de la intervención breve, especialmente en aquellos bebedores considerados de riesgo (OMS, 2001). Otra investigación realizada por Fleming et al. (2000) concluyó que las intervenciones breves eran eficaces en la reducción del consumo de alcohol y que la mejoría se mantenía durante un periodo de seguimiento de cuatro años (Heather y Kaner, 2001).

O'Donnell et al (2013) revisaron un total de 56 ensayos controlados publicados en 80 artículos llegando a la conclusión de que la intervención breve es eficaz para tratar el consumo de riesgo y perjudicial, sobre todo en personas de mediana edad.

Además, en muchos de los estudios citados (Fleming et al., 2000, Wilk et al., 1997, por ejemplo) se hace referencia al importante ahorro económico que comporta para los sistemas sanitarios la aplicación de la intervención breve debido a su bajo coste y a su breve aplicación.

El objetivo del presente trabajo es, por tanto, realizar una propuesta de intervención breve para un caso de consumo de riesgo de alcohol, con el objetivo de reducir dicho consumo a niveles no nocivos.

## **Método**

### *Participante*

R es un varón de 19 años de edad que actualmente está cursando el último curso de los estudios secundarios (4to de la ESO) en la escuela de adultos, dado que no consiguió finalizar sus estudios en el instituto. Vive con su madre, quien trabaja para la empresa "Urbaser" en el departamento de recogida de enseres y tiene un hermano de mayor edad (25) que residía en el extranjero, pero ahora ha vuelto a casa de su

madre. Sus padres están separados debido a un caso de violencia de género que afectó mucho a la dinámica familiar, según refiere el sujeto.

La edad de inicio del consumo de alcohol fue con 15 años en una fiesta de cumpleaños de uno de sus compañeros de estudios, animado por el resto, dado que su círculo de amistades ya había consumido alcohol anteriormente y varios de ellos lo hacían regularmente. A los 16'5 años comenzó a consumir alcohol más regularmente, principalmente los fines de semana (sábados) cuando "salía" con sus amistades y lo hacían normalmente en "pubs" o "taskas" consumiendo bebidas combinadas o "cubatas". Al ir avanzando en el tiempo y al cambiar de amistades el consumo se realizaba esporádicamente entre semana (miércoles o jueves) debido a las promociones de los bares, en las cuales esos días el alcohol era más barato, concretamente la cerveza.

Hoy en día, el sujeto refiere que no presenta ningún problema de salud o discapacitante, aunque en el pasado ha registrado episodios de ansiedad, fundamentalmente, durante la separación de sus padres, para la cual decidió no recibir ayuda profesional a pesar de serle ofrecida.

#### *Variables e instrumentos*

*Información general sobre el caso* recopilada a través de una entrevista redactada ad hoc con el objetivo de conocer los datos sociodemográficos del sujeto (edad, nivel de estudios, situación laboral et.), historia de consumo y antecedentes familiares.

*Cantidad y frecuencia del consumo de alcohol* medidas a través de un autorregistro. El sujeto debía informar sobre su consumo indicando la fecha del consumo, la cantidad consumida, el tipo de bebida, la situación en la que se consumió: solo o con otras personas y en un lugar público (bares, restaurantes, la calle...) o privado (en casa o en casa de amigos...) y por último, los pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo.

*Abuso de alcohol y dependencia* medidos a través del AUDIT y el CAGE. El AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1992) fue desarrollado por la OMS con el objetivo de tener una técnica de cribado para detectar bebedores de riesgo en Atención Primaria. En España se ha validado para detectar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. El cuestionario está compuesto por 10 preguntas divididas en 3 "sub-escalas"; consumo de riesgo: frecuencia, cantidad y frecuencia de consumo elevado (ítems 1, 2 y 3, respectivamente), Síntomas de dependencia (4, 5 y 6) y consumo perjudicial (ítems 7 a 10). La máxima puntuación es de 40, siendo, para hombres, una puntuación de 8 a 12 de riesgo y mayor de 13, probable dependencia. El punto de corte, por tanto, se sitúa en 8 puntos. La

puntuación se obtiene sumando el valor (0, 1, 2, 3 o 4) de cada respuesta (Contel, Gual y Colom, 1999).

Respecto a las propiedades psicométricas del cuestionario AUDIT, se encuentra que posee un buen nivel de consistencia interna, siendo Alfa de Cronbach igual a 0'88 y respecto a la validez predictiva para consumo de riesgo, siendo recomendable un punto de corte de 9, el AUDIT clasifica correctamente el 81'91% de los casos (Contel, et al., 1999).

La dependencia es medida a través del CAGE (Chronic Alcoholism General Evaluation, Mayfield, McLeod y Hall, 1974), una prueba con un nivel de sensibilidad del 49-100% y de especificidad del 79-100% compuesta por 5 preguntas, puntuando cada respuesta afirmativa como un punto. El punto de corte se establece en 2 puntos, puntuación con la cual ya se considera que hay presencia de abuso o dependencia. Con un punto se presuponen indicios de consumo de alcohol y con 0, ausencia de problemas relacionados con el alcohol (Riofrío y Rodríguez, 2010).

*Variables psicopatológicas* donde se incluye la sintomatología ansiosa o depresiva medida a través del HADS. El HADS (Hospital anxiety and depression scale, Zigmond y Snaith, 1983) se utiliza como instrumento de detección de casos de ansiedad y depresión y está traducido a numerosas lenguas. La escala está compuesta por 14 ítems, 7 referidos a la ansiedad (ítems impares) y otros 7 referidos a la depresión (ítems pares). Las opciones de respuesta varían en cada ítem pero siguen una misma línea: nunca, a veces, muchas veces o siempre. El punto de corte se sitúa en 8 puntos, siendo la puntuación menor a 7 indicativa de normalidad, de 8 a 10 como probable caso de ansiedad o depresión y mayor que 10 como caso de ansiedad o depresión (Terol, Cabrera y Martín, 2015).

*Estrategias de afrontamiento* medidas a través del CSI (Inventario de Estrategias de Afrontamiento, Tobin, Holoryd, Reynolds y Kigal, 1989), un instrumento utilizado para evaluar las estrategias de afrontamiento, definidas como las acciones específicas que desarrollan las personas para manejar los estresores. Para realizar el inventario, el sujeto comienza describiendo lo más detalladamente que pueda una situación estresante y posteriormente contesta a 72 ítems con 5 opciones de respuesta que hacen referencia a la frecuencia con la que realiza el sujeto la acción descrita en el ítem. Al finalizar se responde a un ítem adicional acerca de la autoeficacia que el sujeto percibe de sus estrategias de afrontamiento. El CSI está compuesto por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias establecidas en una estructura jerárquica (Cano, Rodríguez y García, 2007).

La consistencia interna de la prueba depende de la escala, estando los valores de Alfa de Cronbach entre 0'63 y 0'89, siendo el resultado final la clasificación de la escala

como válida y fiable en la evaluación de la utilización de estrategias de afrontamiento (Cano et al., 2007).

*Autoeficacia* medida a través del BSCQ (Brief Situational Confidence Questionnaire). Consiste en un instrumento que evalúa la autoconfianza del sujeto para resistir el impulso de beber alcohol en ocho situaciones: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando mi control sobre el consumo de alcohol, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros. Para realizar la prueba se solicita al sujeto que se imagine a sí mismo “en este mismo momento” en cada una de las situaciones y marque en la escala en qué medida siente confianza en su capacidad para dejar de beber. La escala es analógica visual que consiste en una línea de 10cm (100mm) donde 0% es “Inseguro” y 100% significa “Totalmente seguro”.

#### *Procedimiento*

Para la realización del presente trabajo fue necesaria la selección de un sujeto de estudio. Para ello, se recurrió al círculo de conocidos de la propia psicóloga. El perfil buscado era un sujeto que tuviera un consumo de riesgo de alcohol para poder diseñar un programa de prevención secundaria o indicada.

Una vez seleccionado el sujeto a través de una estimación de su consumo en su ambiente natural, se solicitó su participación en el estudio y se le informó que la participación implicaría cumplimentar una serie de pruebas así como de un autorregistro durante varias semanas. Una vez el sujeto estuvo conforme se concertó una cita con el mismo para administrar las pruebas y explicar el funcionamiento del autorregistro.

El día indicado, la primera prueba administrada fue el AUDIT para conocer con más certeza si se trataba de un consumo de riesgo. Posteriormente se administraron el resto de pruebas. Por último, se procede a explicar cómo cumplimentar el autorregistro haciendo hincapié en anotar cada parámetro (cantidad consumida, situación, pensamientos etc.) el mismo día al día siguiente del consumo. Para el correcto cálculo de las UBE se proporcionó al sujeto una fotocopia con una tabla en la que se indican las UBE por tipo de bebida y cantidad de forma muy clara y visual.

En total se ha registrado el consumo y características de 19 ocasiones que abarcan desde el día 7 de Abril hasta el día 9 de Junio (aproximadamente dos meses).

## **Resultados**

### *Cantidad y frecuencia*

En primer lugar, para saber con certeza el tipo de consumo (moderado, de riesgo, perjudicial, problema) realizado por R se analizan la información recogida en el autorregistro referentes a los días de consumo y cantidades consumidas. Para ello, se



registró el consumo de alcohol en un período de 2 meses (64 días en total) de los cuales 19 días hubo consumo de alcohol. El día más habitual de consumo es los viernes y coincide con los días que más consumo hay. La bebida más consumida es la cerveza (18 ocasiones) y en dos ocasiones se registra consumo de destilados.

Para considerar a R como consumidor de riesgo, dado que es varón, su consumo debería ser de 16 UBE/semana (160gr/semana). En este caso, R consume una media de 10'22 UBE/semana, no superando ninguna semana la cantidad de 16 UBE. Pero, dado que también se considera consumo de riesgo aquel que supera 8 UBE en un solo día, al menos una vez al mes y R ha registrado un consumo de 10 UBE dos veces y una de 13 UBE, entraría en la clasificación de consumidor de riesgo.

Por tanto, definitivamente se clasifica a R como un consumidor de riesgo de alcohol.

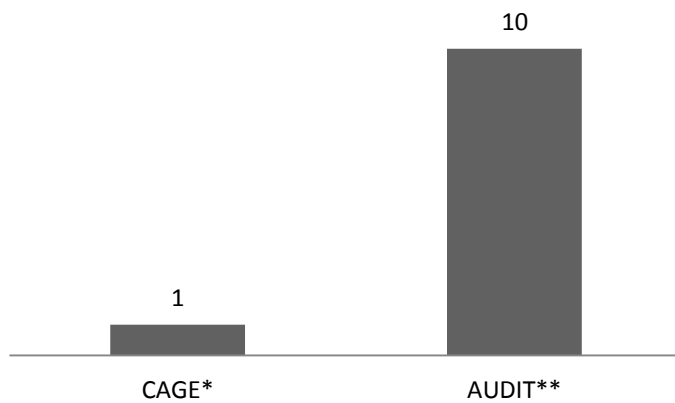
Tabla 1. *Días de consumo y cantidades*

<i>Día</i>	<i>Nº de días que consumió</i>	<i>Media de consumo por día</i>
Lunes	2	2
Martes	1	2
Miércoles	2	3
Jueves	2	1'5
<b>Viernes</b>	<b>9</b>	<b>7'2</b>
Sábado	2	3
Domingo	1	4

#### *Abuso del alcohol y dependencia*

En el CAGE, la única respuesta afirmativa fue a la pregunta “¿te ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber??” a la cual ha contestado que en una sola ocasión. Por tanto, la puntuación en el CAGE es de 1 punto.

En el AUDIT el sujeto ha registrado una puntuación total de 10, que equivale a la categoría de consumo de riesgo, lo cual refuerza los resultados del autorregistro.

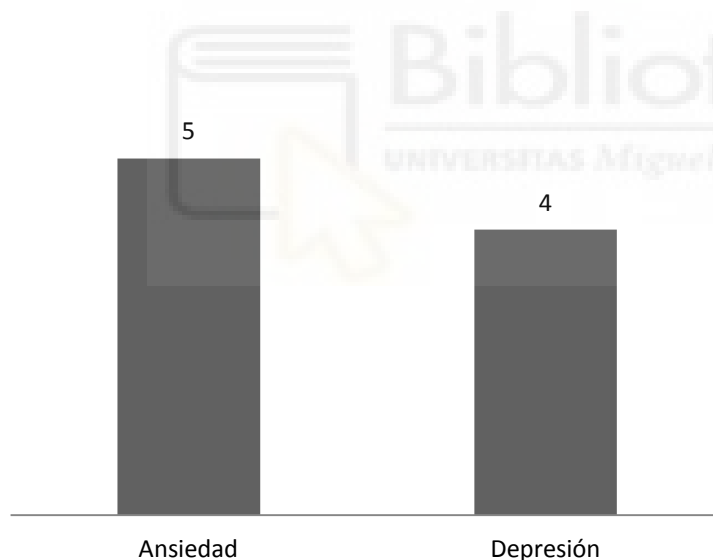


\*Rango puntuaciones: 0-4

\*\*Rango puntuaciones: 0-40

Figura 1. Resultados CAGE y AUDIT.

podría afirmar que el sujeto no tiene ningún trastorno depresivo o ansioso. Además, analizando las respuestas a los ítems no hay contestaciones llamativas, es decir, en ningún ítem ha puntuado alto, todas las puntuaciones obtenidas son de 1 o 0.



\*Rango puntuaciones: 0 – 21. Puntuación  $\geq 11$  = presencia de ansiedad o depresión.

Figura 2. Resultados del HADS.

40) y retirada social (PC= 4). Respecto a la resolución de problemas se encuentra que R ha tratado de solucionar el problema descrito en el cuestionario, ello se deduce a partir de las altas puntuaciones a los ítems correspondientes a la escala: “me esforcé para resolver los problemas de la situación”, “hice frente al problema” y “mantuve mi postura y luché por lo que quería”, por ejemplo. En cuanto a la escala de autocrítica,

### Variables psicopatológicas

Dado que hay estrecha una relación entre el abuso del alcohol y la ansiedad o depresión, aun no necesariamente siendo causales, se analiza también la puntuación en el HADS: las puntuaciones para ansiedad y depresión son 5 y 4, respectivamente. No superando el punto de corte, establecido en 7. Se

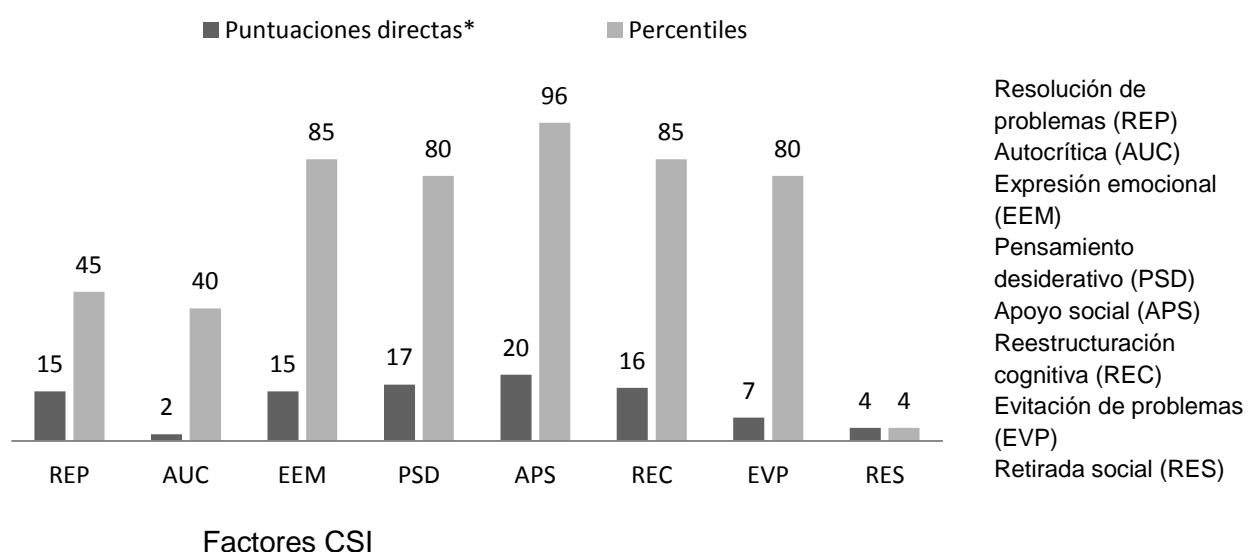
### Estilos de afrontamiento

En lo referente a las puntuaciones del CSI se encuentra que la mayoría de puntuaciones en la escalas se corresponden con un percentil elevado. Por otra parte, destacan las bajas puntuaciones en tres escalas: resolución de problemas (PC= 45), autocrítica (PC=

el sujeto no muestra una conducta crítica consigo mismo ni se culpabiliza de los problemas, teniendo bajas puntuaciones en ítems como: “me culpé a mí mismo”, “me critiqué por lo ocurrido” o “fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias”. Por último, la escala retirada social es la que tiene el percentil más bajo, dado que todas las puntuaciones a los ítems de la escala han sido 0 excepto en el ítem “traté de ocultar mis sentimientos” en el cual la puntuación es de 4.

En el ámbito emocional se encuentra que R expresa sus emociones y no las reprime (“expresé mis emociones, lo que sentía”, “dejé desahogar mis emociones”). Dentro del pensamiento desiderativo, las puntuaciones expresan que el sujeto ha deseado que la situación no hubiera sucedido o desea que termine. Respecto al apoyo social se encuentra que R tiene una buena red de apoyo social dado que en caso de conflicto, lejos de distanciarse de sus amistades, acude a ellas para expresar sus emociones, pedir consejo y pasar tiempo con ellas. La escala reestructuración cognitiva muestra que el sujeto que busca y examina sus pensamientos para encontrar una forma más positiva de ver las cosas. Por último, en lo referente a la evitación de problemas no hay una clara forma de evitación de los problemas, tratando de olvidarlos o de actuar como si no hubiera pasado nada.

En conclusión, se puede decir que R mantiene un afrontamiento activo y positivo, es decir, hace frente a los problemas, tiene una buena red de apoyo social y siente que la red le apoya en caso de tener algún conflicto, intenta ver las cosas de forma positiva y buscar soluciones.

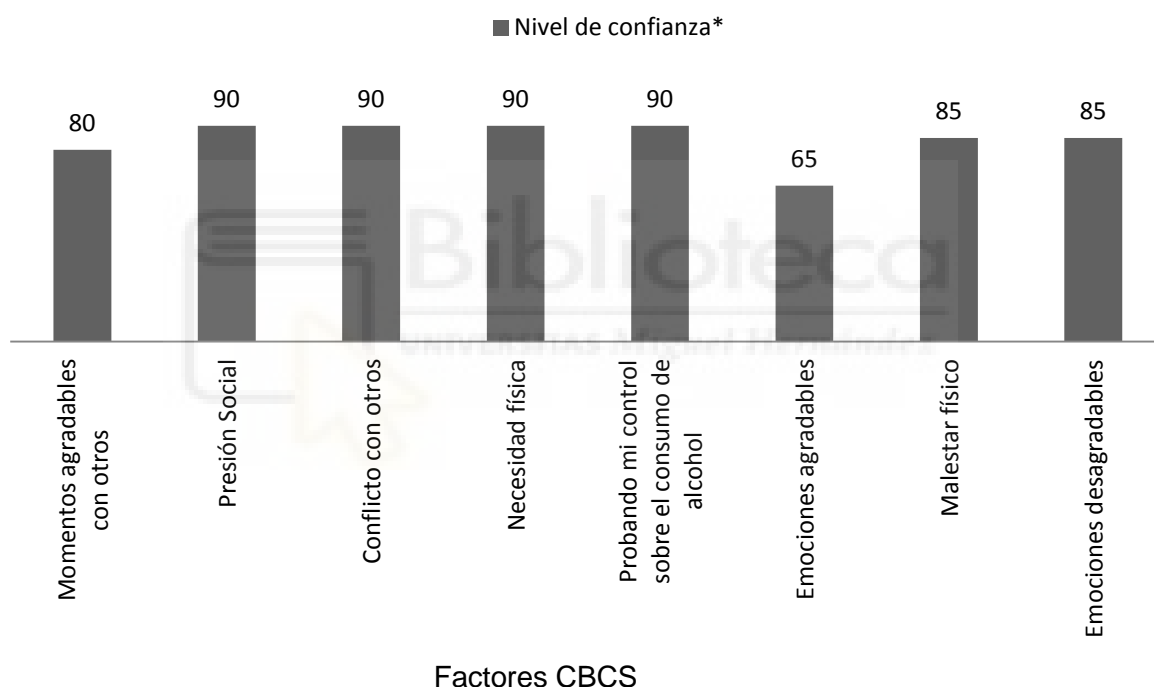


\*Rango puntuaciones: 0 – 20

Figura 3. Resultados del CSI.

### Autoeficacia

En lo referente al CBCS, la mayoría de las puntuaciones son altas, siendo 84'4% la media de confianza. La puntuación más baja (65%) se da en la escala "emociones agradables", siendo esta situación la que menos sentimiento de confianza respecto a resistir la tentación de beber le da al sujeto. Además, la segunda puntuación más baja (80%) se da en la escala "momentos agradables con otros". En general, se puede afirmar que R se siente bastante confiado para resistir la tentación de beber, pero las situaciones de menos confianza son aquellas que implican emociones positivas. Cabe mencionar también que en ninguna situación el sujeto se siente 100% o totalmente seguro de resistir la necesidad de beber.



\*Rango puntuaciones: 0 – 100

Figura 4. Resultados del CBCS.

En conclusión y en vista a los resultados obtenidos, se considera que R tiene un patrón de consumo de alcohol de riesgo, el cual, en la actualidad no le ha llevado a ninguna problemática pero si el patrón persistiera se hace cada vez más probable la aparición de patologías o problemas relacionados con el alcohol. Por otra parte, el sujeto no muestra signos de ansiedad o depresión y tiene un estilo de afrontamiento activo, una alta presencia de apoyo social, no muestra conductas de autocrítica o culpabilizarían y su nivel de confianza para resistir la necesidad de consumir alcohol es muy elevado. Sin embargo, no considera su consumo de alcohol elevado ni

considera que puede suponer un perjuicio para su salud. Con todo ello, se enfoca la intervención a la reducción del consumo de alcohol hasta mantenerlo por debajo de los límites de riesgo.

#### *Análisis funcional del caso*

Los antecedentes del consumo de alcohol son estar con amigos y los sentimientos de aburrimiento, para los cuales la respuesta es el consumo de alcohol. Las consecuencias derivadas son, por una parte, la evitación de sentimientos negativos (aburrimiento, soledad) lo cual actúa como refuerzo negativo y por otra parte, la diversión y estar con amigos, que actúan como refuerzo positivo.

Cuadro 1. *Análisis funcional*

<i>Antecedentes</i>	<i>Conducta</i>	<i>Consecuencias</i>
<p><i>Aburrimiento</i>                      “Me aburro”                      “No estoy haciendo nada”                      “Estoy solo en casa”</p>	<p>- Beber alcohol</p>	<p><i>Refuerzo positivo:</i>                      - Inspiración: “Me inspiro para tocar”                      - Diversión “Me lo paso bien con ellos”                      - Estar con amigos “Ceno con mis amigos”</p>
<p><i>Relaciones sociales</i>                      “Estoy con amigos”                      “Me invitan mis amigos”                      “Quedo con los del gimnasio”</p>		<p><i>Refuerzo negativo:</i>                      - Evitar sentimientos negativos (aburrimiento y soledad): “Me entretengo”, “Salgo un rato con mis amigos”</p>

#### **Propuesta de intervención**

En base a los resultados obtenidos se establece como objetivo general la reducción del consumo de alcohol a niveles por debajo del límite considerado de riesgo. El programa desarrollado consistirá en una intervención breve centrada en 1) concienciar al sujeto sobre la problemática que se deriva del abuso del alcohol, 2) explorar con el paciente los beneficios de la reducción del consumo, 3) dotar al sujeto de alternativas para afrontar las situaciones de riesgo y 4) motivar al cambio. Para la consecución de los objetivos se aplicarán técnicas propias de las intervenciones breves y entrevista motivacional.

#### *Descripción de las sesiones*

El programa de intervención contará con 4 sesiones, de frecuencia semanal y duración de 60 minutos aproximadamente además de una sesión de seguimiento, a los 6 meses de terminar la intervención. Todas las sesiones se realizarán de forma individual.

### Sesión 1: ¿Debería beber menos?

#### Objetivos:

- Dar información sobre los problemas asociados al consumo de alcohol, sobre los beneficios de reducir el consumo y sobre el consumo de bajo riesgo.

#### Tareas:

- Revisar el consumo de alcohol del paciente
- Revisar el mural con la pirámide de tipo de consumo de alcohol
- Mostrar el folleto con los problemas asociados al consumo de alcohol
- Realización de un listado de beneficios que el paciente experimentaría si redujera su consumo de alcohol
- Valoración de la importancia de los beneficios escritos

Se iniciará la sesión explicando el motivo de la misma: la consideración del sujeto como bebedor de riesgo, haciendo referencia a las puntuaciones en el AUDIT y las pruebas realizadas durante la sesión previa, en la cual tuvo lugar la evaluación.

Se dará feedback sobre el consumo de alcohol del sujeto mostrando una gráfica de las puntuaciones de consumo del autorregistro y una pirámide en la que aparece los diferentes niveles de consumo (abstemio, de riesgo, problema etc.) y se preguntará al paciente en cuál de los escalones de la pirámide se encuentra con el fin de que identifique su consumo como “de riesgo”. Una vez identificado se explicarán todos los problemas que puede acarrear el consumo de riesgo si se mantiene en el tiempo, para ello se enseñará un folleto en el que aparecen todos los problemas asociados de forma gráfica. Una vez expuestos todos los problemas se preguntará al paciente si considera una buena idea reducir el consumo de alcohol a niveles de bajo riesgo. Se explica que unos niveles de bajo riesgo son beber como máximo 2 UBE/día y no beber nada al menos dos días a la semana.

A continuación se pedirá al paciente que realice un listado de beneficios que tendría para él la reducción del consumo. Si no encuentra beneficios o encuentra muy pocos se mostrará una hoja con un listado de ejemplos de beneficios para que el sujeto elija de esa lista los que considera que podría experimentar. Se preguntará si considera que esos beneficios son importantes para él y si considera que son buenos motivos para reducir su consumo. Se pedirá al sujeto que valore en la regla motivacional (escala gráfica de 0 a 100) como de convencido se siente para reducir su consumo.

Para concluir, se pedirá al paciente que reflexione acerca de lo visto durante la sesión y continúe rellenando el autorregistro de consumo de alcohol.

## *Sesión 2: Las situaciones de riesgo*

### Objetivos:

- Identificar las situaciones de riesgo

### Tareas:

- Complimentación de la ficha “situaciones de riesgo”

En primer lugar se iniciará la sesión revisando el autorregistro y dando feedback sobre la evolución del consumo durante la semana y a continuación se explica el objetivo de la sesión.

Se entregará al paciente una ficha para escribir que contendrá un apartado con el título de “situación de riesgo”. Se explicará al paciente que la sesión se centrará en analizar las situaciones de riesgo y que las situaciones de riesgo son aquellas en las que, para el paciente, es más difícil resistir el impulso de consumir alcohol o aquellas en las que con mucha probabilidad consumirá alcohol en altas cantidades. Una vez explicado, se preguntará al paciente qué situaciones considera que coinciden con la descripción dada. Para ello, puede dar ejemplos de situaciones concretas en las que le costó no beber o bebió sin realmente quererlo o situaciones en las que bebió mucho y se anotarán las respuestas en la ficha. Con ayuda del terapeuta se clasificarán las situaciones en categorías, siendo las categorías similares a las del cuestionario CBCS. Si no se le ocurren situaciones, se le mostrará una hoja donde aparecen ejemplos de situaciones y se le pedirá que seleccione las dos o tres que considere de más riesgo. Para finalizar, se pedirá al sujeto que piense si hay alguna otra situación que quiera añadir, y se dirá que en la próxima sesión se realizarán planes de acción para cada situación.

## *Sesión 3: Mi plan de acción*

### Objetivos:

- Establecer planes de actuación para las situaciones de riesgo
- Descubrir alternativas al consumo de alcohol frente al aburrimiento

### Tareas:

- Complimentación de la ficha “Mi plan de acción”
- Redacción de alternativas al aburrimiento
- Valoración de la confianza del paciente para poner en práctica el plan

Al comienzo de la sesión se revisará el autorregistro y se proporcionará información al sujeto sobre su consumo durante la semana, se recordará lo realizado durante la sesión anterior y se repasarán también las situaciones de riesgo. Se entregará una ficha que llevará el título “Mi plan de acción”, con los siguientes apartados: “situación de riesgo” y “¿qué puedo hacer?”

Se pedirá al sujeto que anote la primera situación y piense en ideas de cómo afrontar las situaciones para no acabar bebiendo alcohol. Se darán ejemplos como: “si mi situación de riesgo es beber con mis amigos después de trabajar, una idea para afrontar la situación es irme directamente a casa después de trabajar o beber sólo dos cañas y luego un refresco”. Se deja al sujeto redactar sus ideas en la hoja comentando las ideas con la terapeuta. Para cada situación se pedirá que escriba tres o cuatro alternativas. Con el resto de situaciones se procederá igual.

Como última actividad se pedirá al sujeto que elabore un listado de actividades agradables o interesantes que le guste realizar. Se intenta que el listado sea lo más largo posible y si al sujeto no se le ocurren actividades se pueden sugerir algunas. Las actividades se anotarán en una hoja y se explica al sujeto que puede tener las hojas en un lugar “a mano” o visible para tener presente su nuevo plan de actuación y tener ideas de cosas que hacer cuando se sienta aburrido.

Para finalizar, se pide al sujeto que valore de 0 a 100 en la regla motivacional cómo de confiado se siente para poner en práctica el plan de acción realizado.

#### *Sesión 4: La ruta al éxito*

##### Objetivos:

- Proporcionar información al sujeto sobre su consumo
- Recoger información sobre el plan de acción
- Prevención de recaídas: la metáfora de la montaña

##### Tareas:

- Revisar el autorregistro
- Revisar el plan de acción
- Mostrar el panel con la metáfora de la montaña

Al comienzo de la sesión se revisará el autorregistro y se proporcionará información al sujeto sobre su consumo durante la semana. También se preguntará si, durante la semana, se ha visto en alguna de las situaciones de riesgo y si ha puesto en práctica el plan de acción, si las respuestas son afirmativas se preguntará sobre el resultado y sobre cómo se ha sentido. Si el plan no ha funcionado se preguntará el porqué y se propondrá cambiar el plan.

A continuación se expondrá el símil de la montaña en el cual se compara la consecución de objetivos con la escalada al pico de una montaña. Se muestra una imagen de una montaña con dos rutas, una directa y otra escarpada, con subidas y bajadas. Se explicará que, cuando las personas perseguimos nuestros objetivos, a veces, seguimos una ruta recta y sin dificultades y otras veces tenemos “bajones”.



Pero que esos bajones no significan un fracaso sino que son lecciones que nos enseñan a superarnos y luchar por nuestros objetivos.

Por último se animará al paciente a seguir como hasta ahora, reduciendo su consumo y manteniéndolo en los límites de bajo riesgo y animándole a realizar cuantos cambios sean necesarios en el plan de acción si no funciona para seguir escalando hasta la cima.

Para concluir la sesión, se dará información al sujeto sobre los recursos a los que puede recurrir en caso de tener dudas o algún problema.

### *Sesión 5: Seguimiento*

Objetivos:

- Recoger información sobre el consumo del paciente

Tareas:

- Preguntar acerca del consumo de alcohol, progresos relidos y sentimientos
- Preguntar sobre el plan de acción
- Preguntar sobre dificultades y soluciones

Durante la sesión de seguimiento e preguntará al paciente sobre diferentes cuestiones relacionadas con su consumo. En primer lugar se recogerá información sobre su patrón actual de consumo y se dará feedback. También se preguntará sobre los planes de acción: si los pone en práctica y si le funcionan o si los ha tenido que modificar. Por último se preguntará si ha tenido dificultades y cómo las has solucionado. Para finalizar, se animará al paciente a seguir como hasta ahora y se recordarán los recursos a los que puede recurrir en caso de tener alguna duda o problema.

### **Discusión**

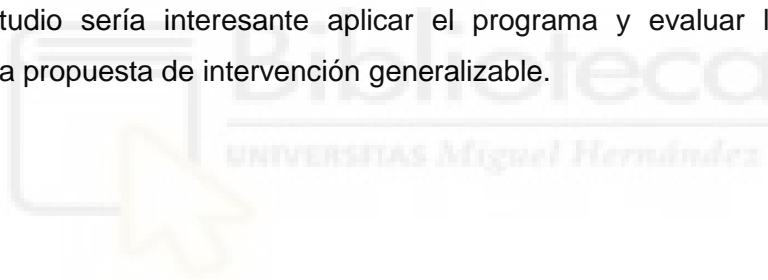
El objetivo del presente trabajo e realizar una propuesta de intervención breve para un caso de consumo de riesgo de alcohol, con la intención de reducir dicho consumo a niveles no nocivos y asegurar el mantenimiento posterior del mismo.

Se espera que la intervención tenga éxito dado que se fundamenta en las bases de intervenciones breves ya validadas, concretamente en las intervenciones breves propuestas por la OMS en su manual de intervención breve para atención primaria (OMS, 2001) y en la intervención realizada por la UCAB. Además las investigaciones apoyan la evidencia de que la intervención más eficaz para la reducción del consumo de alcohol en consumidores de riesgo es la intervención breve (Heather y Kaner, 2001). Por otra parte, se considera que la intervención propuesta se completa en lo que a contenido se refiere, ya que trata el problema del consumo de riesgo y motiva la

reducción del consumo, informa sobre los beneficios de la reducción del consumo, ayuda al paciente a identificar sus situaciones de riesgo y establecer alternativas y planes de acción, previene recaídas e informa sobre recursos a los que recurrir y todo ello desde una perspectiva en la que el paciente es el protagonista, decidiendo él mismo sus planes y las alternativas que considera más adecuadas para sí mismo, siendo el terapeuta tan solo un guía.

En cuanto a las dificultades para la realización del trabajo, se encuentra que el sujeto no se muestra participativo e incluso no responde a los cuestionarios con total sinceridad, por lo que se consideraría de gran utilidad realizar análisis biológicos, como muestras de orina, para conocer con certeza el consumo de alcohol que realiza y si hay consumo de otras sustancias, dado que esto último no ha sido posible evaluarlo.

Finalmente, se encuentra que el trabajo tiene una serie de limitaciones. En primer lugar el programa no ha sido aplicado, por lo que no se cuenta con resultados para valorar la eficacia del mismo. Además, la intervención ha sido diseñada para un único caso concreto por lo que los resultados no podrían generalizarse. Por ello y de cara a un nuevo estudio sería interesante aplicar el programa y evaluar los datos para desarrollar una propuesta de intervención generalizable.



## Referencias

- Babor, M., De la Fuente, J., Saunders, J., y Grant, M. (1992). AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization;
- Cano, F., Rodríguez, L. y García, J. (2007) Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp. Psiquiatr.* 35(1), 29-39
- 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*, 11(4), 337/347.
- Córdoba, R., Camarelles, F., Jiménez, M. y Lizarbe, V. (2012). Mójate con el alcohol: programa para abordar el consumo de alcohol desde la atención primaria. Recuperado el 24 de Junio de 2017 desde: <http://educacionpapps.blogspot.com.es/2012/09/mojate-con-el-alcohol.html>
- Heather, N., Kaner, E. (2001). Intervenciones breves: una oportunidad para reducir el consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 13(4), 463-474
- Mayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1974) The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. *Am J Psychiatry*, 131, 1121.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). INFORME 2015: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España Recuperado el 29 de Junio de 2017 desde:
- O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J. y Kaner, E. (2013) The impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A systematic review of reviews. *Alcohol and Alcoholism* (0)0, 1–13.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Intervención breve para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol, un manual para la utilización en Atención Primaria. Recuperado el 29 de Junio de 2017 desde:
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Nota descriptiva N°349. Recuperado el 29 de Junio de 2017 desde:

- Pedrero, E., Fernández, J., Casete, L., Bermejo, M., Secades, R. y Tomás, V. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Recuperado el 6 de Mayo de 2017 desde: [www.socidrogalcohol.org](http://www.socidrogalcohol.org)
- Riofrío, C. y Rodríguez, J. (2010). Identificación del alcoholismo en atención primaria. Recuperado el 27 de Junio de 2017 desde:
- Terol-Cantero, M., Cabrera-Perona, V. y Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de psicología*, 31(2), 494-503.
- Altisent, R., Córdoba, R., Delgado, M., Pico, V., Melús, E. y Aranguren, F. (1997) Estudio multicéntrico para la prevención del alcoholismo en atención primaria (EMPA). *Medicina Clínica*, 109-124.
- Córdoba, R., Delgado, M., Pico, V., Altisent, R., Forés, D. y Monreal, A. (1998) Effectiveness of brief intervention on nondependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multicentre study. *Family Practice*, 15, 562-568.
- Fernández, J., Ruiz, R., Perula de Torres, L., Campo, L., Lora, N. y Martínez de la Iglesia, J. (2003) Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria. *Atención Primaria*, 31, 146-53.