

Guía para el abordaje del consumo de alcohol
*en estados preconcepcionales,
gestantes y madres lactantes.*



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno
de Canarias

Título:

GUÍA PARA EL ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTADOS PRECONCEPCIONALES, GESTANTES Y MADRES LACTANTES.

Edita:

Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.

Servicio Canario de la Salud.

Dirección General de Salud Pública.

Elabora:

Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias.

Edición: Diciembre de 2021.

ISBN: 978-84-16878-27-7.

Depósito Legal: GC 478-2021.

Tirada: 350 ejemplares.

Diseño: IOXfilm.

Impresión: Tegrarte S.L.

Web de referencia: https://bit.ly/3ccp7ZD_Drogodependencias.



RESPONSABLES INSTITUCIONALES:

- **María del Mar Julios Reyes.**
Jefa de Servicio de Atención Primaria
de la Dirección General de Programas Asistenciales.
- **Ruth Miriam Romero González.**
Jefa del Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las
Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública.

COORDINACIÓN TÉCNICA, METODOLOGÍA Y REDACCIÓN:

- **María del Mar Velasco Villar.**
Enfermera. Técnica del Servicio de Coordinación Técnica de Atención
a las Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública.
- **Ángel Rodríguez Palmero.**
F.E.A. Psicología Clínica. Técnico del Servicio de Coordinación
Técnica de Atención a las Drogodependencias de la Dirección
General de Salud Pública.
- **Aythamy González Darías.**
Técnica del Servicio de Atención Primaria
de la Dirección General de Programas Asistenciales.

PERSONAS COLABORADORAS:

- **Irene González Pérez.**
Matrona de la Gerencia de Atención Primaria Tenerife.
- **Dolores Sabina Romero Ramírez.**
Jefa de Sección de Neonatología
del Hospital Nuestra Señora de Candelaria.
- **Luisa Saavedra Jiménez.**
Trabajadora Social. Técnica del Servicio de Coordinación Técnica
de Atención a las Drogodependencias de la Dirección General
de Salud Pública.
- **Lourdes Brito González.**
Enfermera. Técnica del Servicio de Coordinación Técnica de Atención
a las Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública.
- **Amalia García Suárez.**
Operadora de Sistemas. Servicio de Coordinación Técnica de Atención
a las Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública.

Presentación

Dentro de las líneas de coordinación que actualmente está implementando el Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias, de la Dirección General de Salud Pública, en colaboración con la Dirección General de Programas Asistenciales, y teniendo en cuenta la atención global, continuada e integral y de calidad, basada en el mejor conocimiento disponible, se ha desarrollado la presente “Guía de Intervención Breve para el abordaje del consumo de alcohol en mujeres preconceptionales, gestantes y madres lactantes”.

La frecuente invisibilidad del consumo de alcohol en las mujeres, ligada a las desigualdades de género, conduce a una infraestimación de la prevalencia y gravedad del problema dificultando la detección precoz por parte del personal sanitario. El enfoque de género es algo primordial, siendo necesario concienciar, sensibilizar y formar en esta perspectiva a todo el personal de salud que atiende a la población, para estar en condiciones de satisfacer plenamente las necesidades de salud específicas que presentan mujeres y familias en un momento de suma trascendencia y especial vulnerabilidad como son los períodos de la gestación, el puerperio y la lactancia materna.

A la vista de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de las últimas evidencias publicadas, se presenta esta “Guía de Intervención Breve para el abordaje del consumo de alcohol en mujeres preconceptionales, gestantes y madres lactantes” de forma que facilite las prácticas del personal sanitario a través de un documento de sencillo manejo para que las intervenciones se realicen dirigidas a la integridad de la mujer y su entorno, y con una óptima calidad.

Esta guía pretende aportar a los y las profesionales de la salud, un soporte que facilite la prestación de una adecuada atención sanitaria en la preparación maternal y paternal, desde la promoción de la salud, el bienestar y los estilos de vida saludables, con un enfoque biopsicosocial. Además, incorpora actuaciones tanto de forma individual en la consulta de control del embarazo, como de forma grupal, lo que favorece un mejor entendimiento de los cambios que se van a pro-

ducir y una mejor comprensión sobre la maternidad y la paternidad. El embarazo, el parto y el período de lactancia materna son procesos fisiológicos, y como tales, cualquier intervención que se realice debe ir orientada hacia la corrección en las posibles desviaciones del proceso. Por lo anterior, su inclusión en el Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva (PASAR) resulta fundamental.

Los y las profesionales del Servicio Canario de la Salud, son cada vez más conscientes que para ofrecer una atención de calidad, además del criterio profesional, es necesario prestar una atención centrada en las mujeres y su entorno, facilitando la participación activa de las mismas en todo el proceso, hacerlas partícipes en la toma de decisiones al igual que se “potencie” la participación de la pareja durante la intervención, ya que dicha compañía puede ser un gran apoyo durante todo el proceso.

Este documento, basado en las últimas evidencias científicas disponibles, trata de aportar al equipo sanitario un instrumento actualizado y de calidad que les permita el adecuado abordaje clínico del consumo de alcohol en mujeres preconceptionales, gestantes y madres lactantes en nuestra comunidad autónoma, ofreciendo herramientas para lograr una comunicación adecuada entre las mujeres, familias, y el personal que les asiste para alcanzar una relación de confianza mutua.

Deseamos que esta herramienta, que ahora les presentamos, les sea de utilidad y les sirva en su labor diaria.

Elizabeth Hernández González
*Directora General de Programas Asistenciales
Servicio Canario de la Salud*

José Juan Alemán Sánchez
*Director General de Salud Pública
Servicio Canario de la Salud*

Índice

| | |
|--------------------------------|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 01 |
| 2. JUSTIFICACIÓN | 04 |
| 3. OBJETIVOS | 05 |
| 4. ALGORITMO DE INTERVENCIÓN | 06 |
| 5. VALORACIÓN DEL CONSUMO | 07 |
| 6. INTERVENCIÓN | |
| Modelo transteórico del cambio | 10 |
| 6.1 Etapa de precontemplación | 10 |
| 6.2 Etapa de contemplación | 11 |
| 6.3 Etapa de preparación | 20 |
| 6.4 Etapa acción | 21 |
| 6.5 Etapa de mantenimiento | 22 |
| 7. SEGUIMIENTO | 24 |
| 8. DESTREZAS TRANSVERSALES | 24 |
| 9. BIBLIOGRAFÍA | 29 |
| ANEXOS | 32 |

1. *Introducción*

El embarazo y el período de lactancia materna (LM) suponen momentos de transición en la vida de las mujeres, de su familia y de la relación que se establece entre ellas y su entorno.

Durante estos períodos, se producen cambios y modificaciones en la anatomía y fisiología inherentes al embarazo, postparto y lactancia, que implican incorporar nuevas conductas saludables en la alimentación, ejercicio, situación laboral y bienestar. Estos nuevos hábitos pueden entrar en contradicción con el estilo de vida de la pareja o madre antes del embarazo donde se acepta socialmente la ingesta de alcohol.

El alcohol daña al feto en cualquier estadio del embarazo, incluso antes de que la madre sepa que está embarazada. El mecanismo por el cual ejerce su acción más nociva se produce a través del paso de la sustancia nociva de la placenta (teratogenicidad) llegando a alcanzar concentraciones casi iguales en la madre y en el feto. Igualmente, durante el período de lactancia, se recomienda evitar su consumo.

El consumo de alcohol durante la gestación puede producir un espectro de problemas físicos, mentales, del comportamiento y dificultades en el aprendizaje, englobados bajo el término Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF), que tienen consecuencias a lo largo de toda la vida. Existen otras consecuencias en la salud neonatal relacionadas con el consumo de alcohol durante la gestación como son el trastorno del neurodesarrollo, las malformaciones congénitas y el trastorno neuroconductual asociado a la exposición prenatal al alcohol, además del aumento del riesgo de aborto espontáneo, de muerte fetal y del parto prematuro.

El Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) es la consecuencia más severa de la exposición prenatal a alcohol y se caracteriza por la aparición de problemas neurológicos, retraso en el desarrollo y dismorfias craneofaciales y constituye la primera causa prevenible de los defectos de nacimiento no genéticos, ya que es totalmente evitable si no se consume alcohol durante la gestación.

Introducción

La información que se ofrezca desde los servicios sanitarios a las mujeres gestantes y familias debe incidir en que no existe una dosis-efecto, es decir, no existe evidencia de que exista un umbral de consumo seguro de bebidas alcohólicas durante el embarazo, por lo que debemos transmitir que:

1. No hay una cantidad segura de ingesta de alcohol durante el embarazo.
2. No hay un trimestre seguro para beber alcohol. La exposición significativa al alcohol en el primer trimestre se asocia, principalmente, con anomalías faciales y aquellas mayores estructurales; en el segundo, aumenta el riesgo de aborto espontáneo; en el tercero, afecta al peso, la longitud y el crecimiento cerebral.
3. Todos los tipos de bebidas alcohólicas presentan un riesgo similar.
4. El consumo excesivo de alcohol presenta un riesgo relacionado con la dosis, el tiempo, el patrón de consumo y la susceptibilidad genética individual.

Por este motivo es tan importante evitarlo desde etapas preconcepcionales.

Los efectos del alcohol durante el período de LM no se han examinado de una forma tan minuciosa y existen pocos estudios que analicen el consumo de alcohol en madres que lactan y su repercusión en los lactantes. Lo cierto es que se ha descrito que los efectos en los lactantes son diversos y nocivos para su salud, tanto que puede causar los siguientes síntomas: irritabilidad, sedación y retraso psicomotor en el lactante. En situaciones de intoxicación etílica, puede originar estados de coma y muerte del lactante.

Las recomendaciones actuales indican que las madres que lactan deben abstenerse por completo de la ingesta de alcohol hasta que dejen de dar el pecho o al menos, eviten amamantar en las horas inmediatamente posteriores a la ingesta de alcohol dado que se transfiere fácilmente a la LM. Sin embargo, aproximadamente la mitad de las mujeres que amamantan en los países occidentales refieren consumir alcohol al menos ocasionalmente. Frente a esta realidad, es recomendable indicar o informar que un consumo aislado no justifica la interrupción definitiva de la lactancia, aunque sí es recomendable evitar el amamantamiento en las horas posteriores a su consumo, o

bien, indicar a las madres que su ingesta se transfiere fácilmente a la leche materna.

Existen recursos en línea que las madres pueden consultar, y que, de manera similar, respaldan la abstinencia o el paso de determinadas horas antes de amamantar.

Los efectos del consumo de alcohol en el período de lactancia:

1. El alcohol inhibe la oxitocina e interfiere en el reflejo eyector de leche, y parece reducir la producción de leche.
2. Los niveles de alcohol en la leche materna son similares a los niveles de alcohol en sangre maternos. La concentración más alta se observa después de 30 a 60 min, y la concentración disminuye linealmente al mismo ritmo que en la sangre materna.
3. Los recién nacidos tienen menor actividad de la enzima alcohol deshidrogenasa.
4. Efectos en el lactante:
 - a. Reducción del consumo de leche en las 4 horas siguientes a la ingesta.
 - b. Cambios en los patrones del sueño del lactante.
 - c. A largo plazo desconocidos: se ha descrito un caso de síndrome de Cushing y hacen falta estudios que aclaren el posible efecto encontrado en la disminución del desarrollo psicomotor.

En el caso de que la madre decida realizar un consumo ocasional debe recomendarse el uso del normograma canadiense Motherisk para determinar el tiempo necesario a esperar para la toma (basado en el peso y la cantidad consumida, anexo 1).

El consumo de bebidas alcohólicas también interfiere en la realización de otras prácticas asociadas al amamantamiento, como es el colecho. Unicef y la IHAN desaconsejan la práctica del mismo mientras la madre o pareja hayan ingerido alcohol.

2. *Justificación*

Los datos demográficos sobre el consumo de alcohol en nuestro país están en constante cambio en la actualidad, en Canarias, entre los 15 y 49 años el 91% de las mujeres encuestadas reconoce haber bebido alguna vez en la vida, un 74% lo ha hecho en los últimos siete días y el 1% durante el embarazo. El 46% bebe porque lo consideran divertido y 13% porque les gusta como se sienten después de beber (Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España 2019-2020).

En estos datos se puede apreciar la escasa percepción de riesgo que tienen las mujeres del consumo de alcohol, por lo que su prevención antes y durante el embarazo, así como en el período de LM, debe ser una acción prioritaria, ya que existe la suficiente evidencia que relaciona la aparición de efectos negativos en la salud de la gestante y su hijo o hija y, en este caso de la mujer gestante, el consejo sanitario debe ser firme basado en **consumo cero**.

Por lo tanto, se hace necesario realizar una intervención desde el ámbito asistencial para identificar un problema de consumo de alcohol real o potencial (consumo de riesgo o perjudicial) y **motivar a la mujer y a su entorno** para que alcance la abstinencia. Esta intervención debe ser **limitada en el tiempo**, de duración muy inferior a la de un tratamiento específico, que puede ser realizada por profesionales sanitarios de distintas disciplinas, como matronas, enfermeros, médicos, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales y que sea **apoyada por su entorno** familiar o social tras un breve entrenamiento. La intervención que planteamos se caracteriza también por ser **oportunist**a, hecho que facilita su implantación y puede ser más beneficiosa para las mujeres que sean susceptibles de la aplicación de dicha intervención.

3. *Objetivos*

El objetivo general de esta guía es **establecer estándares de atención para la detección, registro y asesoramiento del consumo de alcohol en mujeres en edad fértil, embarazadas y madres que amamantan mediante intervenciones breves (IB) que puedan ser implementadas por los equipos de Atención Primaria.**

Dependiendo de la meta con la que se realiza dicha intervención, puede ser considerada como una técnica para la promoción de la salud, o para la prevención primaria, secundaria o terciaria y según su objetivo, pueden ser diseñadas para:

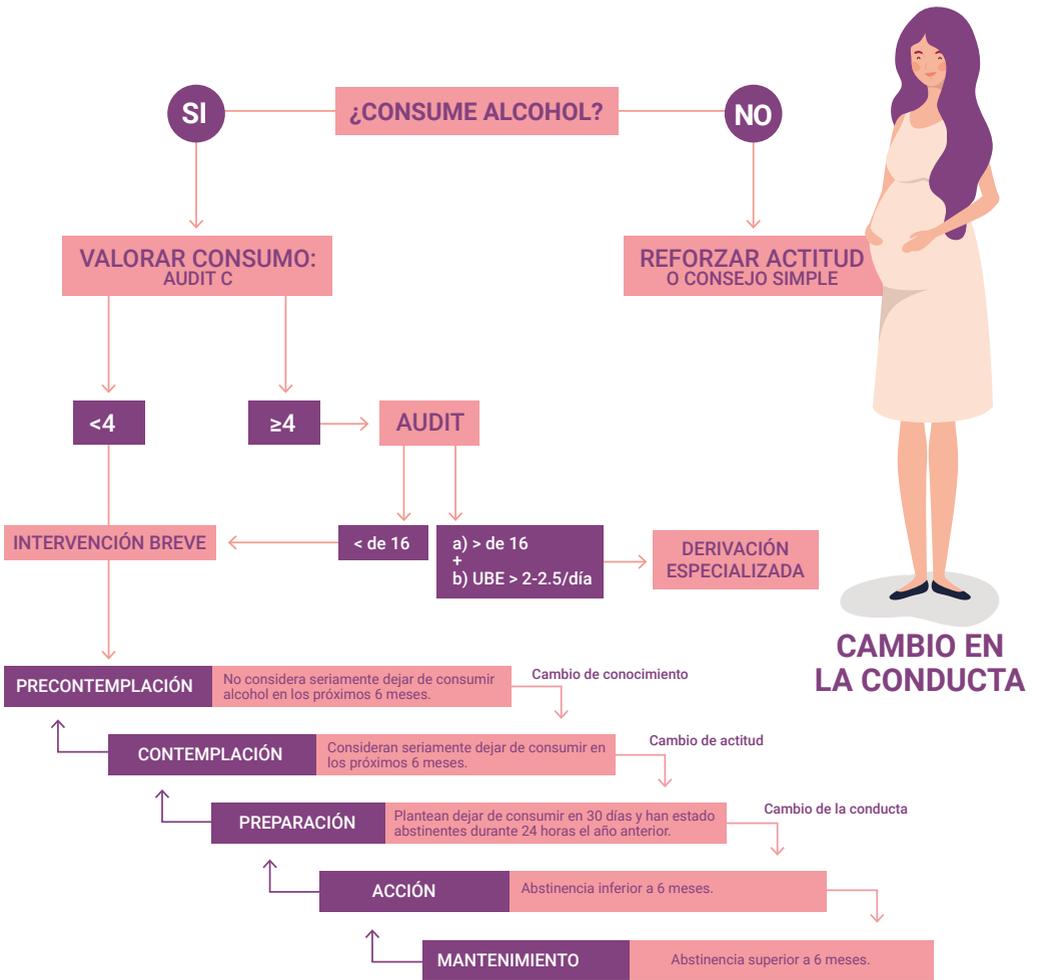
- 1) Reducir la ingesta o reducir las consecuencias negativas en relación al consumo en aquellas usuarias que presenten consumo de riesgo o perjudicial.
- 2) Promover la abstinencia en poblaciones de riesgo como las mujeres gestantes y lactantes.
- 3) Promover la aceptación de la derivación a tratamiento especializado en todos aquellos casos, donde a través de la evaluación global, se detecte dependencia.

Existe una variedad de modelos estructurados de IB, que suelen incluir tres pasos:

- 1º Una evaluación global del consumo,
- 2º Un asesoramiento breve y,
- 3º Cierta seguimiento.

Habiendo constatado la viabilidad y eficacia de estas intervenciones en mujeres en edad fértil.

4. Algoritmo de Intervención



CAMBIO EN LA CONDUCTA

5. *Valoración del Consumo*

La estigmatización social que significa beber alcohol durante el embarazo y la lactancia, puede hacer que algunas mujeres se sientan incómodas en el momento de comentar si lo hacen, y en qué medida. Es aconsejable seguir un patrón estructurado de preguntas, pues aumentan las posibilidades de que la mujer proporcione información útil para la intervención motivacional y el consejo.

- En este paso se debe **obtener información** sobre los siguientes aspectos:

A. **¿La mujer consume alcohol en la actualidad?**

Si la mujer contesta que no, preguntar específicamente por el consumo de vino y cerveza, pues este puede no considerarse como consumo alcohólico, o esconder un consumo de riesgo.

B. **Frecuencia e intensidad del consumo.**

Determinar si en el periodo preconcepcional o durante el embarazo se ha reducido el consumo y si en el último año la gestante ha estado al menos durante 24 horas sin consumir.

Al valorar el consumo de alcohol, es necesario además conocer el tipo de bebidas alcohólicas y determinar las UBE (Unidades de Bebida Estándar) que ingiere **por si existiera consumo de riesgo** (> 20-25 g/d (2-2,5 UBEs/día)).

| Tipo de bebida | Volumen | UBE |
|----------------------|---------------------------|-----|
| Vino | 1 vaso (100 ml.) | 1 |
| | 1 l. | 10 |
| Cerveza | 1 caña (200 ml.) | 1 |
| | 1 l. | 5 |
| Whisky, ron, ginebra | 1 copa/combinado (50 ml.) | 2 |
| | 1 l. | 40 |
| Champán, cava | 1 copa (50 ml.) | 1 |
| | 1 l. | 20 |

Para determinar la magnitud del consumo de bebidas alcohólicas es aconsejable preguntar por la última semana, empezando por el fin de semana (viernes, sábado y domingo) y continuando por el resto de la semana. Para completar la evaluación de la magnitud hay que preguntar si el consumo de la última semana es representativo del que viene haciendo durante el embarazo.

C. ¿Está seriamente dispuesta a dejar de beber alcohol durante el embarazo?

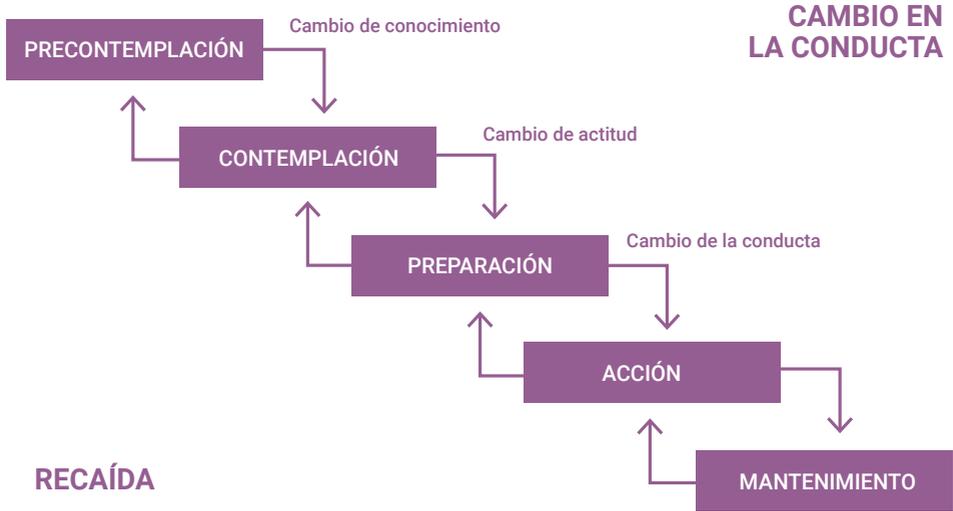
Si responde afirmativamente, habrá que determinar en qué plazo está dispuesta a dejar de consumir durante el embarazo: en el próximo mes o en un plazo de tiempo superior.

D. Ventajas e inconvenientes de beber alcohol.

Cuando a la pregunta anterior responda "NO SÉ", es necesario indagar las ventajas e inconvenientes para ella de consumir alcohol, empezando por las ventajas. Después, volveremos a preguntarle si estaría dispuesta a dejar de consumir alcohol, y en caso afirmativo, en qué plazo: en el próximo mes o en un plazo de tiempo superior.

En los ANEXOS 2 y 3 se incluyen los dos formatos del test estandarizado AUDIT-C y AUDIT que permite una medida cuantitativa del consumo.

- Para evaluar la motivación de la embarazada para dejar de consumir alcohol utilizaremos como referencia el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente (Ver ANEXO 4). Según estos autores, las etapas de cambio en las que puede encontrarse una persona son las siguientes:



En caso de duda de la etapa de cambio en que se encuentra, se recomienda adoptar la decisión más conservadora; por ejemplo, si se duda entre contemplación y preparación, optar por la primera etapa, pues supone menos riesgo, y en caso de que esté preparada para una intervención más ambiciosa, se lo hará saber.

6. *Intervención*

Esta guía está ideada para la intervención desde atención primaria en aquellos casos que **NO presentan un consumo de riesgo**. Si el/la profesional detecta un consumo de riesgo deberá derivar el caso a la RED de Atención a las Adicciones en Canarias (ANEXO 5). El acceso a la misma es universal y gratuito por lo que podrá remitir directamente el caso, concertando previamente cita con la UAD de referencia. (Sugerimos que el/la profesional realice el contacto telefónico de petición de cita y emita informe (ANEXO 6)).

MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO

6.1 Etapa de precontemplación

Si la mujer se encuentra en esta etapa las líneas de actuación se centran en proporcionar material de autoayuda y crear alianza terapéutica.

- Si la mujer está en fase precontemplativa, mantenga las líneas de comunicación abiertas al final de la entrevista con frases como “Entiendo que hoy no quieras hablar de este tema, pero quizás para la próxima visita estés más interesada”.
- Los materiales de autoayuda son más efectivos que no hacer nada, y cubren en parte la posible falta de intervención (ANEXO 7).

COMO PROFESIONAL:

- **Informe** sobre los riesgos asociados al consumo mediante materiales de autoayuda.
- Pida a la mujer que **considere** nueva información y perspectivas sobre el consumo de alcohol.
- Muéstrese **siempre disponible** para proporcionar ayuda.
- **Acepte** la dificultad al cambio.

6.2. Etapa de contemplación

6.2.1. Principios básicos de la intervención motivacional

- **Evitar el papel de experto**

Un papel directivo y autoritario lleva a la pasividad de la usuaria y la priva de explorar sus propias razones para el cambio. Existe un momento para la opinión y el consejo del profesional de la salud, pero antes hay que construir la motivación de la usuaria.

La imposición y confrontación del profesional de la salud con su paciente solo consigue menor motivación y más resistencia al cambio.

- **Aceptar la ambivalencia y dificultad al cambio.**

Este principio facilita el cambio.

- **La decisión del cambio es de la mujer, a la que se reserva un papel activo en su proceso de cambio.**

Ella es libre de aceptar o no el consejo del profesional de la salud. Se trataría de desarrollar habilidades con el fin de conseguir su empoderamiento y desarrollo de capacidades en la toma de decisiones.

- **Influir para que la motivación y el cambio surjan desde “dentro”, en lugar de imponer desde fuera.**

La mujer tiene una capacidad intrínseca para resolver sus propios problemas y para gestionar su propio cambio. La motivación es muy importante para que se activen esos recursos internos.

No obstante, la motivación requiere de un contexto interpersonal que facilite la toma de decisiones hacia el cambio.

TENER EN CUENTA:

- Evite el papel de **experto/a**.
- **Acepte** la ambivalencia y la dificultad al cambio.
- La decisión del cambio **es de la mujer**.
- El cambio debe surgir **desde dentro**.

6.2.2. Intervención motivacional

A. TÉCNICAS Y DESTREZAS

Desde la intervención motivacional, el/la profesional de la salud ejerce una especie de **guía sutil** con sus preguntas, su **comprensión y apoyo**, también **destacando y resumiendo** aquello que puede ser útil para **estimular la motivación de cambio en la mujer**.

1. Preguntas abiertas

Son las que no tienen una fácil respuesta de una manera breve (no se responden con un “sí” o un “no”). Las preguntas abiertas animan a la usuaria a hablar.

Es recomendable preguntar primero por las cosas buenas (**ventajas**) de consumir y después por las cosas menos buenas (**inconvenientes**).

Ejemplo:

¿Qué ventajas le ves a seguir tomando bebidas alcohólicas?

¿Qué cosas menos buenas le ves a seguir haciéndolo?

También se pueden hacer **preguntas abiertas conectadas** con el problema pero aparentemente neutrales.

Por ejemplo:

¿Qué crees que pasaría si no haces ningún cambio?

Si decidieras cambiar, ¿qué crees que daría resultado?

Ejemplos de otras preguntas abiertas:

¿Qué piensas sobre tu consumo actual de alcohol?

¿Qué te preocupa del consumo de alcohol?

¿Qué barreras y obstáculos ves para dejar de tomar alcohol?

¿Qué ventajas ves si dejas de consumir bebidas alcohólicas?

2. Escucha reflexiva

En la intervención motivacional la escucha reflexiva se utiliza para:

- Resaltar la ambivalencia.
- Dirigir a la usuaria a un mayor reconocimiento de sus problemas, inquietudes y preocupaciones.
- Hacer hincapié en que la usuaria está pensando en cambiar.

La comunicación es compleja, a menudo lo que las personas dicen no es exactamente lo que quieren decir; además, la mayoría de las frases pueden tener múltiples significados. La escucha reflexiva es

una forma de comprobar que se ha comprendido lo que la usuaria quiere decir y también para esclarecer lo que quiso decir.

En la escucha reflexiva se pueden distinguir dos **COMPONENTES**:

1. PREDECIR la intención de la usuaria a partir de lo que dice, haciendo una suposición razonable sobre sus intenciones y sentimientos subyacentes.

2. REFLEJAR. Repetir lo que se conjetura que ha dicho la usuaria.

No es recomendable preguntar a la mujer sobre el significado de lo que expresa, pues la distancia de su propia experiencia y puede comenzar a preguntarse si realmente siente lo que ha expresado.

La escucha reflexiva no es un proceso pasivo. El profesional de la salud decide que reflejar y que ignorar, que se enfatiza o minimiza y qué palabras utilizar para captar el significado. La reflexión puede reforzar ciertos aspectos de lo que la otra persona ha dicho o alterar su significado ligeramente.

EJEMPLOS DE FORMAS DE REFLEJAR

Repitiendo lo que ha dicho la usuaria

a) Con una o dos palabras dichas por la gestante.

Ejemplo:

Embarazada: En un programa de TV vi los efectos del alcohol en el bebé y me quedé preocupada .

Profesional: Preocupada.

b) Con una misma frase. **Ejemplo:**

Embarazada: "No quiero dejar de consumir alcohol".

Profesional: "No quieres dejar de consumir alcohol".

c) Con una frase en la que pueden sustituir algunas palabras dichas por la usuaria.

Embarazada: "Me gustaría mucho dejar de beber".

Profesional: "Dejar de beber es muy importante para ti".

Repitiendo lo que ha dicho la usuaria haciendo una conjetura sobre el significado de lo dicho por la usuaria. Ejemplo:

Embarazada: "Mi forma de consumir alcohol no es un problema".

Profesional: "No hay razón para preocuparte por tu consumo de alcohol".

Expresando cómo parece sentirse la usuaria cuando habla. Ejemplo:

Embarazada: "Mi pareja o familia me ha dicho que debería pensar en el bebé y dejar de beber"

Profesional: "Las opiniones de tu pareja parecen importantes para ti".

Reforzando ciertos aspectos de lo dicho (seleccionar). Ejemplo:

Embarazada: "Aunque lo he intentado varias veces y hasta ahora no lo conseguido, estoy decidida a dejar de beber".

Profesional: "Eres persistente. Realmente dejar de beber tiene que ser importante para ti".

Haciendo una pregunta reflexiva (no preguntar por el significado de lo que la usuaria quiere decir).

Embarazada: "Estaba contenta en Nochevieja y me tomé una copa de champán". Profesional: "En Nochevieja estabas contenta y te tomaste una copa de champán, ¿sueles tomar alcohol cuando estás contenta?".

3. Apoyo, aprecio y comprensión

Mostrar apoyo a la mujer mediante elogios y frases de aprecio y comprensión. Se trataría de mantener una atmósfera de confianza y establecer una buena relación con ella. Se pueden reforzar, por ejemplo, las fortalezas, la buena disposición al cambio y los esfuerzos realizados para conseguirlo.

Ejemplos:

"Entiendo cómo te sientes..."

"Valoro que estés pensando seriamente sobre ello..."

"Me parece muy positivo que pienses cómo resolvió tu hermana esa situación".

"Me doy cuenta de que el consumo de alcohol te preocupa y que al mismo tiempo hablar de ello te resulta difícil. Sin embargo, has logrado hacerlo, has hablado conmigo de tu consumo de alcohol. Me parece que has sido sincera y valiente".

"Creo que sentirte optimista te puede ayudar a conseguir lo que quieres".

"Valoro que estés dispuesta a hablar sobre tu consumo de alcohol. No todas las personas son capaces de hacerlo".

"Es una buena idea".

"Es bueno que te preocupes desde el principio por tu salud y la de tu futuro hijo/a".

4. Resúmenes

Utilizar resúmenes para unir contenidos que están siendo discutidos y que han aparecido por separado. Para ello se pueden utilizar expresiones como: “Por un lado... y por el otro...” “Al Mismo tiempo...”.

Los resúmenes son especialmente útiles para mostrar a la mujer su ambivalencia. Un resumen permite ver a la usuaria los aspectos positivos y negativos de su conducta simultáneamente, aceptando que ambos estén presentes.

Ejemplos de resúmenes sobre ambivalencia

- Dices que te gusta tomarte una copa de vino cuando comes con tus amigas porque ellas también beben; qué disfrutas más de la comida, que te anima y que sientes que participas más del ambiente general de bromas y risas. Piensas que una copa de vino no te hará mucho daño. Al mismo tiempo, te sientes un poco culpable, te preocupa que el alcohol pueda perjudicar a tu bebé.
- Por un lado, tomarte una copa de vino al final del día te ayuda a relajarte, también te gusta beber después de comer. Por otro lado, te preocupa el efecto que puede provocar en tu bebé, durante tu primer embarazo bebiste y tu hijo nació con poco peso. Te molestan los reproches de tu madre por beber, sobre todo porque piensas que algo de razón tiene.

5. Frases automotivacionales

Las frases automotivacionales, o argumentos para el cambio, son muy importantes para desarrollar la discrepancia en la usuaria, **¡pero cuidado!, no con la usuaria**. Cuando la embarazada se escucha diciendo este tipo de frases tiende a incrementar la conciencia de que existe una discrepancia entre sus propias metas y sus conductas presentes. Cuanto mayor sea la discrepancia, mayor será la motivación para el cambio.

Las cuatro técnicas anteriores pueden integrarse dentro del desarrollo de la discrepancia a través de las frases automotivacionales:

- Haciendo preguntas abiertas que provoquen frases automotivacionales.
- Reflejándolas de nuevo.
- Apoyando y reforzando a la usuaria por expresar frases automotivacionales.
- Ofreciendo resúmenes periódicos de las frases automotivacionales. Interesa que la usuaria escuche varias veces esas frases automoti-

vacionales: cuando las expresa por primera vez, cuando el profesional las repite con el reflejo o las apoya con el refuerzo, y cuando el profesional las incluye en sus resúmenes.

La repetición de las frases automotivacionales sirve como un recuerdo continuado de las razones para cambiar.

Ejemplos de preguntas abiertas para evocar frases automotivacionales:

- a) Reconocimiento de un problema.
¿De qué manera crees que te afecta el consumo de alcohol a ti y a tu bebé?
- b) Expresión de preocupación.
¿Qué piensa qué le ocurrirá si no deja de beber?
- c) Intención de cambiar.
¿Cuáles son sus motivos personales para dejar de beber?
- d) Optimismo sobre el cambio.
¿Qué te hace pensar que podrías abandonar tu consumo de alcohol?

Ejemplos de resúmenes de frases automotivacionales

- “No beber alcohol durante el embarazo (lactancia) es importante para ti, piensas que lo primordial ahora es tu bebé y no te perdonarías si algo le pasara. Además, crees que lo puedes conseguir porque no es mucho lo que consumes”.
- “Te ves con fuerza para dejar de beber, ya lo hiciste durante más de un año. Me has dicho que hace tiempo que estabas pensando en ello y que el embarazo es un buen momento para dejarlo”.

Si a pesar de la intervención motivacional, la mujer continúa en fase contemplativa, no está preparada para recibir consejo o plantearse el abandono del consumo, es necesario mantener las líneas de comunicación abiertas al final de la entrevista con frases como: “Comprendo que ahora mismo no estás preparada para plantearse abandonar el consumo, pero ¿lo pensará para la próxima visita?”.

B. CONSEJO

Cuando conste que la embarazada se encuentra en **contemplación avanzada**, es decir, que aunque siga ambivalente, predominan los inconvenientes sobre las ventajas percibidas de seguir consumiendo alcohol, debe darse **un consejo claro, firme y personalizado**, con mensajes inequívocos sobre los **riesgos**, tanto para la usuaria como para su bebé, de seguir consumiendo, pero sin imponer la conducta a seguir.

Ejemplos de formas adecuadas de consejo:

- “La mejor manera de que tu bebé tenga un adecuado desarrollo cerebral es que dejes de consumir alcohol”.
- “La mejor manera de que tu hijo/a nazca con un peso adecuado es que dejes de consumir alcohol”.
- “La mejor manera de evitar un aborto espontáneo es que dejes de consumir alcohol”.

La historia clínica de la paciente y sus comentarios a lo largo de la entrevista sobre el consumo pueden proporcionar información para personalizar el consejo y aumentar su motivación, como, por ejemplo, ahorrar dinero, proteger a un niño que tiene asma, factores estéticos como el olor personal o la mejora de su piel y valoración y satisfacción de familiares y amigos.

Si la embarazada está dispuesta a hablar sobre su consumo de alcohol solucione dudas y responda a las preguntas y preocupaciones más frecuentes.

Por ejemplo:

- ¿Tendrá un efecto negativo en el bebé si estoy estresada por no poder ingerir alcohol?
- Me han dicho que el bebé sufre del síndrome de abstinencia.

No es extraño tener ese tipo de pensamientos, pero estos causan preocupaciones innecesarias. La madre puede dejar de ingerir alcohol y el bebé siempre se sentirá mejor. Durante la gestación, el aporte sanguíneo a la placenta aumenta y así el bebé recibirá más oxígeno y nutrientes. El alcohol es más perjudicial para el bebé que el estrés o el síndrome de abstinencia.

- Una amiga mía bebía a diario y dio a luz a un bebé sano.

Los riesgos que acompañan a la conducta de beber durante el embarazo son bien conocidos. La futura madre deberá siempre sopesar estos riesgos frente a las ventajas de no beber. Si quiere proporcionarle a su bebé las mejores condiciones, debe dejar de beber.

- A menudo he intentado dejar de beber y no lo he conseguido.

Muchas personas necesitan intentarlo más de una vez para conseguirlo. Si lo has intentado sin conseguirlo, quiere decir que ahora tienes experiencia y puedes aprender de ella. Recuerda, ¿qué era lo positivo de dejarlo?, ¿qué era lo más difícil?, y piensa ¿qué puedo cambiar para conseguir dejarlo? Concéntrate en lo positivo y no en lo negativo de dejar el alcohol. Piensa en el buen efecto que tendrá en ti y en tu bebé. No dudes en buscar ayuda.

- Una copa de vino al día no puede hacerme daño ni a mí ni a mi bebé. No existe ninguna cantidad de alcohol que pueda considerarse segura. Todas las bebidas que contienen alcohol pueden afectar al bebé en gestación. El único consumo seguro es el consumo cero.

- En mi anterior embarazo bebí alcohol y he tenido un bebé sano.

Cada embarazo es diferente y la ausencia de complicaciones en un embarazo previo no garantiza una gestación ni un bebé libre de problemas. Además, no siempre las manifestaciones se detectan en el momento del nacimiento. Para evitar cualquier riesgo, lo mejor que puedes hacer es no beber alcohol en absoluto.

- ¿Y si dejo de consumir alcohol durante la etapa en que pueda hacer daño?

No existe ninguna etapa del embarazo y de la lactancia que pueda considerarse segura, ni siquiera aquella en la que aún no se conoce la existencia de embarazo. Por eso se recomienda la abstinencia total desde que una mujer comienza a intentar quedar embarazada. Durante el primer trimestre incrementa el riesgo de defectos físicos, y durante el segundo y tercer trimestre el riesgo será fundamentalmente para problemas de crecimiento, funcionales, sensoriales y de retraso mental.

EFECTOS POSITIVOS DEL ABANDONO DEL CONSUMO:

- El alcohol no perjudicará el desarrollo del bebé.
- Mayor esperanza de vida.
- Más posibilidades de que den de alta tu bebé contigo.
- Menor riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol.
- Se disminuye el riesgo de aborto espontáneo.
- Más vitalidad.
- Ahorro económico.
- Mejora autoestima.

RIESGOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL:

Los efectos van a depender de:

1. **la dosis de alcohol** (no existe ninguna cantidad de alcohol sin riesgo)
2. **el momento del desarrollo fetal** (no hay ningún momento sin riesgo):
 - Primer trimestre: defectos físicos.
 - Segundo y tercer trimestre: problemas de crecimiento, funcionales, sensoriales y de retraso mental.
 - El riesgo existe ya en las primeras semanas del embarazo, antes de que la mujer sepa que está embarazada.
3. **la resistencia individual de cada feto**

Efectos en el bebé:

1. Desde abortos a discapacidades mentales o de comportamientos perceptibles hasta la edad escolar.
2. Síndrome alcohólico fetal: Afecta a unos 5.000 niños en España.
3. Otras alteraciones no perceptibles hasta la edad escolar: Mala memoria y dificultades en el aprendizaje (especialmente en matemáticas), problemas emocionales y conductuales.

Es la primera causa no genética de retraso mental irreversible y evitable.

- **Reconocer las dificultades** del abandono y proporcionarle ánimo puede hacer a la mujer más receptiva al consejo. También conviene incluir una razón personal para el abandono identificada por la propia usuaria.
- Reforzar la idea de que **los beneficios comienzan inmediatamente**, al dejar de beber, ya que el alcohol puede producir daños incluso antes de conocer la existencia del embarazo.

PUNTO CLAVE

Centrar el consejo preferentemente en los ASPECTOS POSITIVOS que se consiguen, evitando en lo posible los negativos.

6.3. Etapa de preparación

- Durante la etapa de preparación se deberá proporcionar consejo **claro, objetivo, imparcial y personalizado** si no se ha hecho antes.
- Se acordará un plan de cambio con el que se comprometa la usuaria. La clave de este plan es fijar un día para abandonar el consumo ("Día D"). Ejemplo: "Debes elegir una fecha para dejar de fumar y/o tomar bebidas alcohólicas, Eso te ayudará a prepararte con antelación. ¿Sería más fácil un día entre semana o en fin de semana?". Este acercamiento directo es generalmente bien recibido por las usuarias como una señal del interés del profesional sanitario. Es recomendable evitar fechas significativas como cumpleaños o aniversarios. Algunos profesionales usan contratos escritos de abandono. También es importante que ese plan de cambio incluya una persona cercana (**persona de apoyo**) a la que la embarazada(lactante) pueda recurrir en caso de dificultades y con la que pueda hablar periódicamente sobre cómo le van las cosas, tanto buenas como malas.
- El **compromiso público** de dejar de consumir refuerza la decisión tomada y ayuda a obtener apoyo de otros para mantenerse abstinente.
- Se proporcionarán recomendaciones por escrito a la embarazada para llevar a cabo el **plan de cambio**.
Dentro de estas recomendaciones se incluye un ejemplo de cómo

decir no a ofertas de consumo (“no gracias, no bebo, estoy embarazada”) y también una serie de recomendaciones para las primeras semanas de abstinencia.

- Proporcionar **información escrita a la persona de apoyo** sobre su papel en el plan de cambio.

INTERVENCIÓN EN PREPARACIÓN

- CONSEJO claro, objetivo, imparcial y personalizado.
- Plan de cambio
- Hacer público su compromiso.

PUNTO CLAVE

DEJAR DE CONSUMIR ALCOHOL LO ANTES POSIBLE.

6.4. Etapa de acción

- **Refuerzo con elogios y reconocimiento** de la conducta abstinentes y los progresos conseguidos por la mujer.
- Animarla a que busque a una **persona de apoyo** (pareja, familiar, una amiga, ...) que la pueda ayudar a mantenerse sin consumir y a la que pueda recurrir en caso de dificultades, así como para hablar periódicamente sobre cómo le van las cosas, tanto buenas como malas. Si la pareja de la paciente no es la mejor elección, busque con ella otras personas de su círculo familiar o social en los que tenga confianza para que la ayuden.
- Proporcionar **información escrita a la persona de apoyo** sobre el papel que tiene que desempeñar (Anexo 7).
- Identificar situaciones de riesgo para volver al consumo de alcohol. Las situaciones de riesgo son específicas para cada individuo. No obstante, la gran mayoría de las personas se ven afectadas por las siguientes:
- Estados emocionales negativos como frustración, enojo, ansiedad, tensión, miedo, depresión, soledad, tristeza, aburrimiento, celos, preocupación, pérdida de un ser querido, ...
- Sentir presión por parte de otros para consumir.
- Enfrentarse a problemas que surgen por discusiones y desacuerdos.

- Tentaciones y deseos intensos de consumir.
- Estados físicos negativos por haber abandonado el consumo o por otras circunstancias (dolor, fatiga, ...).
- Poner a prueba la fuerza de voluntad o la capacidad de autocontrol.
- Situaciones que generan alegría general: fiestas, celebraciones, año nuevo, bodas, ...

INTERVENCIÓN EN ACCIÓN

- Reforzar la conducta abstinentes y los progresos conseguidos.
- Buscar apoyo social en su entorno (persona de apoyo).
- Identificar situaciones de riesgo.

6.5. Etapa de mantenimiento

- **Reforzar** con elogios y reconocimiento **la conducta abstinentes**.
- **Apoyar y confirmar** los progresos conseguidos, pues contribuirán a prevenir recaídas.
- Animar a la mujer a buscar o mantener el **apoyo social** en su entorno, y, en especial con una persona cercana que la pueda ayudar a mantenerse sin consumir y a la que pueda recurrir en caso de dificultades. **A esta persona de apoyo** se le proporcionará **información escrita** sobre el papel que tiene que desempeñar.
- Proporcione información de autoayuda para **prevenir deslices y recaídas**.
- En hábitos muy consolidados como consumir alcohol habitualmente, las recaídas son normales, y en personas dependientes es muy raro que no se produzcan. Por tanto, no son una muestra de falta de fuerza de voluntad o de una debilidad personal que se pueda reprochar a la persona que ha tenido la recaída (no culpar). Las recaídas son una oportunidad de aprendizaje, enseñan a cómo evitarlas en el futuro.

Ante una recaída es útil que se anime a la gestante a adoptar las siguientes **estrategias de pensamiento**:

- No pensar que todo está perdido y que nunca se va a poder dejar de consumir alcohol (no caer en la indefensión).
- Pensar en los objetivos personales y en las razones para mantenerse sin consumir.

Intervención

- Pensar en el esfuerzo realizado y en lo que se ha conseguido, y no olvidar lo que se puede perder si se vuelve a consumir como antes.
- Repetirse **frases de autoafirmación**, como por ejemplo: “puedo dejar de consumir y mantenerme sin hacerlo”, “este hábito no va a poder conmigo”, “no voy a perder el control, no voy a volver a consumir como antes”.

Dentro de la **información de autoayuda** que se proporciona a la embarazada o madre lactante para prevenir deslices y recaídas, se incluyen recomendaciones para:

- Identificar y analizar las situaciones (lugares, personas, momentos del día, etc.) y factores personales (actitudes, pensamientos y conductas) de alto riesgo para cada persona que pueden dar lugar a un deslíz o una recaída.
- Vigilar esas situaciones y factores personales para reconocer señales de aviso.
- Evitar las situaciones y factores personales de alto riesgo.
- Adoptar respuestas de afrontamiento lo antes posible ante los deseos intensos de consumir, las invitaciones a consumir alcohol y frente a los deslices y recaídas.



INTERVENCIÓN EN MANTENIMIENTO

- Reforzar la conducta abstinentes
- Apoyar y confirmar los progresos conseguidos.
- Buscar o mantener apoyo social en su entorno (persona de apoyo).
- Prevención de recaídas.

7. *Seguimiento*

Monitorizar el abandono y proporcionar apoyo. Las visitas de seguimiento deben incluir repetidas valoraciones de la situación de consumo.

- Hacer seguimiento en cada visita para detectar si la mujer ha cambiado su motivación, y adaptar la intervención a la etapa de cambio en la que se encuentre.
- Una vez que la embarazada o la madre lactante ha abandonado el consumo, los/las profesionales sanitarios pueden proporcionar refuerzos, como mensajes de felicitación o llamadas telefónicas de seguimiento, lo que proporciona a la paciente ánimo y ayuda con un mínimo coste.
- Utilice materiales de autoayuda para reforzar los consejos ofrecidos en fases anteriores y potenciar los beneficios obtenidos con el abandono.
- El lapso temporal entre las visitas debe permitir la comprobación de los progresos, reforzando las estrategias utilizadas y los logros conseguidos.
- No olvidar felicitar en cada consulta a la embarazada que se mantiene abstinentes. Reforzar positivamente cada esfuerzo realizado y los logros que se vayan obteniendo es una forma de mantener la motivación.

8. *Destrezas Transversales*

A lo largo de todo el proceso de intervención breve habría una serie de destrezas que han de estar presentes constantemente, independientemente de la fase de tratamiento.

Crear una buena atmósfera y relación contribuye de manera importante a que la mujer responda bien a la intervención, independientemente de la etapa de cambio en la que se encuentre.

Una atmósfera positiva propiciará que la mujer reconozca sus problemas, sus propias experiencias, preocupaciones y motivaciones, sin que se las imponga el profesional de la salud.

- **Empatía**

Entendiendo por empatía un enfoque imparcial y de aceptación que intenta comprender el punto de vista de la usuaria y evitar etiquetas como alcohólica o drogodependiente.

La escucha experta y reflexiva que aclara y amplía la propia experiencia e intención de la persona es una parte fundamental de la expresión de empatía. La empatía del/la trabajador/a de la salud contribuye de manera importante a que la usuaria responda bien a la intervención.

Podría resumirse como “**comprender sin juzgar**”.

- **Generar alianza terapéutica**

La negación y la ambivalencia son fenómenos psicológicos normales en todos los individuos y también en las personas que consumen drogas, de ahí que debamos aceptar la dificultad al cambio y manejarla adecuadamente.

- **Generar confianza**

Evitar culpar o criticar: La falta de motivación no es un defecto de la embarazada o madre lactante de la que haya que culparla; es un desafío para las habilidades del profesional sanitario.

- **No clasificar**

Evitar el etiquetado: Cuando una persona es etiquetada con una característica no deseable y no está preparada para ello, es muy probable que discuta o niegue la exactitud del diagnóstico y defienda su libertad personal. Esta reacción es más intensa si la persona se encuentra ambivalente sobre el tema tratado.

- **Crear discrepancia y ambivalencia por medio de preguntas abiertas**

Las usuarias tienen más probabilidad de sentirse motivadas a cambiar su conducta de consumo de sustancias cuando ven una diferencia o **discrepancia** entre sus hábitos actuales de consumo y los problemas relacionados, y cómo les gustaría que fuera su vida, es decir su salud y las relaciones con los demás. El objetivo de la entrevista motivacional es crear y amplificar la discrepancia entre la conducta actual y las metas y los valores en general desde el punto de vista de la usuaria.

Es importante que la usuaria identifique sus propias metas y valores y que exprese **sus propios motivos** para el cambio. Hacer **preguntas abiertas** es una técnica utilizada con frecuencia en la entrevista motivacional para hacer pensar y hablar a los usuarios sobre sus hábitos de consumo de sustancias.

Los ejemplos de las preguntas que pueden hacerse son: “¿Cuáles son las cosas buenas acerca del consumo de?” y “¿Cuáles son las ‘cosas menos buenas’ para usted acerca del consumo?”.

Hacer preguntas abiertas a las usuarias también refuerza la noción de que estas son responsables de la dirección de la intervención y de las opciones relacionadas con sus hábitos de consumo de sustancias.

• **Adaptarse a la dificultad para el cambio**

Un principio clave de la entrevista motivacional es aceptar como algo normal la ambivalencia y dificultad de las usuarias al cambio y pedirles que consideren nueva información y perspectivas sobre el consumo de alcohol. Cuando la usuaria expresa resistencia, el/la trabajador/a de la salud debe replantearse o reflexionar sobre ella en vez de oponerse. Es muy importante evitar la discusión a favor del cambio, ya que esto hace que la mujer adopte una posición defensiva.

• **Escucha reflexiva y resumen**

Una respuesta de escucha reflexiva es la que adivina la intención de la usuaria. Es importante reflexionar sobre las intenciones y sentimientos subyacentes que la usuaria ha manifestado, así como las palabras que ha utilizado. La escucha reflexiva ofrece un espejo a la persona que habla para que esta pueda escuchar al personal de la salud repetir lo que le ha comunicado.

La escucha reflexiva muestra a la usuaria que el trabajador/a de la salud entiende lo que se ha dicho; también puede utilizarse para esclarecer lo que la usuaria quiso decir. Resumir es una manera importante de reunir lo que ya se ha dicho y de preparar a la usuaria para el cambio, añade fuerza a la escucha reflexiva, en especial en relación con las inquietudes y deseos de cambio. Primero, las usuarias se escuchan decirlo, después escuchan al terapeuta repetirlo, y después lo escuchan de nuevo en el resumen.

La escucha reflexiva y el resumen se utilizan para resaltar la ambivalencia de la usuaria sobre sus hábitos de consumo de alcohol y dirigirlo hacia un mayor reconocimiento de sus problemas e inquietudes. Por ejemplo: "De modo que le gusta beber alcohol con sus amigas, pero a la vez se siente culpable al hacerlo, además de los problemas que esto trae en su relación de pareja".

PUNTOS IMPORTANTES

Al proporcionar la intervención breve, el/la profesional de la salud:

1. Es objetivo.
2. Es la vía para proporcionar la información pertinente a la usuaria.
3. Es empático e imparcial.
4. Respeta las decisiones de la usuaria sobre el consumo de alcohol y las opciones que elige durante el curso de la intervención breve.
5. Muestra a la usuaria que está escuchando y que no menosprecia sus respuestas.
6. No discute con la usuaria.
7. Utiliza un lenguaje respetuoso con la usuaria y la trata como igual.
8. Hace preguntas abiertas para dirigir la conversación con la usuaria hacia su autodescubrimiento y finalmente hacia el cambio.

ESQUEMA DE INTERVENCIÓN

1. **Averiguar y registrar** si la usuaria consume alcohol.
2. **Evaluar la motivación** para abandonar el consumo. Situar a la mujer en la etapa de cambio.
3. **Intervención** según la etapa de cambio (acciones, técnicas y destrezas).
 - 3.1. **Precontemplación**
 - Aceptar la dificultad al cambio.
 - Pedir a la embarazada que considere nueva información y perspectivas sobre el consumo.
 - Proporcionar información relevante sobre los riesgos asociados al consumo (materiales de autoayuda).
 - Mostrarse disponible para proporcionar ayuda.

3.2. Contemplación

- **Aceptar** la ambivalencia y dificultad al cambio.
- **Evitar** el papel de experto/a.
- **Empoderar** a la mujer.
- **Propiciar** que el cambio surja desde dentro.
- Formular **preguntas abiertas**.
- Realizar **escucha reflexiva**.
- Predecir la intención de la usuaria mediante una suposición razonable de lo que quiere decir.
- Reflejar. Repetir a la embarazada lo que se conjetura que ha dicho.
- Mostrar **apoyo, aprecio y comprensión**.
- Hacer resúmenes uniendo los contenidos que se están tratando.
- Evocar frases automotivacionales.
- Proporcionar consejo personalizado claro, objetivo e imparcial.

3.3. Preparación

- Proporcionar consejo personalizado claro, objetivo e imparcial.
- Negociar un plan de cambio con el que se comprometa la embarazada.
- Animar a la gestante a hacer público el compromiso.

3.4. Acción

- Reforzar la conducta abstinentes y de los progresos conseguidos.
- Animar a la embarazada a buscar apoyo social.
- Ayudar a identificar situaciones de riesgo para volver al consumo de alcohol.

3.5. Mantenimiento

- Reforzar la conducta abstinentes y de los progresos conseguidos.
- Proporcionar apoyo y confirmación.
- Animar a la embarazada a que busque o mantenga el apoyo social.
- Ayudar a prevenir deslices y recaídas.

3.6. Transversales

- Mostrar **empatía**.
- **Evitar la confrontación**, manejar la dificultad para el cambio.
- **Evitar culpar o criticar** a la embarazada.
- **Evitar el etiquetado** (no caer en debates estériles sobre las etiquetas).

9. *Bibliografía*

1. Carson, G., Cox, L. V., Crane, J., Croteau, P., Graves, L., Kluka, S., ... & Wood, R. (2010). Alcohol use and pregnancy consensus clinical guidelines. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 32(8), S1-S2.
2. Castillo, A. M. (2011). Alcohol y embarazo: intervención de enfermería en atención primaria. *Enfermería global*, 10(1).
3. CNPP, U. (2010). *Dietary guidelines for Americans*. United States Department of Agriculture Center for Nutrition Policy and Promotion. Washington, DC.
4. Codoñer-Franch P, Hernández-Aguilar MT, Navarro-Ruiz A, López-Jaén AB, Borja-Herrero C, Valls-Bellés V. Diet supplementation during early lactation with non-alcoholic beer increases the antioxidant properties of breastmilk and decreases the oxidative damage in breastfeeding mothers. *Breastfeed Med*. 2013 Apr;8:164-9. doi: 10.1089/bfm.2012.0059. Epub 2012 Nov 27. PMID: 23186386.
5. Eidelman, A. I., & Schanler, R. J. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*.
6. Fernando Martínez González, M^a Ángeles de Álvaro Prieto. Junta de Castilla y León. Consejería de familia e igualdad de oportunidades. COMISIONADO REGIONAL PARA LA DROGA GUÍA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA EVITAR EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN MUJERES EMBARAZADAS.
7. Haastруп, M. B., Pottegård, A., & Damkier, P. (2014). Alcohol and breastfeeding. *Basic & clinical pharmacology & toxicology*, 114(2), 168-173.
8. Healthy habits before, during and after pregnancy. 1st edn: The Danish Health and Medicines Authority, 2010. Available at: www.sst.dk/udgivelses/2010/HEALTHY_HABITS.
9. Ho, E., Collantes, A., Kapur, B. M., Moretti, M., & Koren, G. (2001). Alcohol and breast feeding: calculation of time to zero level in milk. *Neonatology*, 80(3), 219-222. doi: 10.1159/000047146. PMID: 11585986.
10. Hoyme, H. E., Kalberg, W. O., Elliott, A. J., Blankenship, J., Buckley, D., Marais, A. S., ... & May, P. A. (2016). Updated clinical guidelines for diagnosing fetal alcohol spectrum disorders. *Pediatrics*, 138(2).
11. Koletzko, B. (2002). Beer and breastfeeding. Short and long term effects of breast feeding on child health, 23-28.
12. Koren G. Drinking alcohol while breastfeeding. Will it harm my baby? *Can Fam Physician*. 2002 Jan;48:39-41. PMID: 11852608; PMCID: PMC2213923.

13. Lichtenberger, A., López, M., & Cremonte, M. (2015). Intervención breve para promover la abstinencia de consumo de alcohol en mujeres gestantes. Una reflexión crítica. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(3), 428-437.
14. López, M. B., & Arán Filippetti, V. (2014). Consecuencias de la exposición prenatal a alcohol: desarrollo histórico de la investigación y evolución de las recomendaciones.
15. Mårdby, A. C., Lupattelli, A., Hensing, G., & Nordeng, H. (2017). Consumption of alcohol during pregnancy—A multinational European study. *Women and Birth*, 30(4), e207-e213. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.01.003>.
16. Mennella, J. A., & Beauchamp, G. K. (1991). The transfer of alcohol to human milk: Effects on flavor and the infant's behavior. *New England Journal of Medicine*, 325(14), 981-985.
17. Nelson, L., Lewin, N., Howland, M. A., & Hoffman, R. (2011). *Goldfrank's Toxicologic Emergencies* McGraw Hill.
18. Nilsen, P. (2009). Brief alcohol intervention to prevent drinking during pregnancy: an overview of research findings. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 21(6), 496-500.
19. Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2011). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: manual para uso en la atención primaria. Organización Panamericana de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85401>
20. Reece-Stremtan, S., & Marinelli, K. A. (2015). Guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, revised 2015. ABM Clinical Protocol# 21. Academy of Breastfeeding Medicine. *Breastfeed Med*, 10, 135-41.
21. Williams, J. F., & Smith, V. C. (2015). Committee On Substance A. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics*, 136(5), e1395-406.
22. Yu, Y., Shi, Z., Xu, D., Li, Y., Qin, J., Zhang, Z. y Wang, H. (2020). La exposición prenatal al etanol aumenta la susceptibilidad a un comportamiento similar a la depresión y la ansiedad en la descendencia femenina adulta y su mecanismo subyacente. *Toxicología reproductiva* , 96 , 36-46.

23. RECURSOS EN LÍNEA

[e-lactancia: ¿Es compatible con la lactancia?](#)

www.ihan.es

[Organización Mundial de la Salud](#)

[UNICEF mejor ONG para donar y ayudar a la infancia World Alliance for Breastfeeding Action: Waba Home](#)

<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/fasd/facts.html>

<https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/chronic/Paginas/Fetal-Alcohol-Spectrum-Disorders.aspx>

<http://www.e-drogas.es/edrogas/portal/crecersinoh/tripticos.jsf>

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/Alcohol_Embarazo_TEAF.pdf

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/alcoholEmbarazo.pdf>

<https://www.mscbs.gob.es/campañas/campanas10/embarazadasCeroAlcohol/index.html>

Anexos

ANEXO 1: Tabla extraída del artículo de Koren, "Drinking alcohol while breastfeeding. Will it harm my baby? Can Fam Physician".

Table 1. Time from beginning of drinking until clearance of alcohol from breast milk for women of various body weights: Assuming alcohol metabolism is constant at 15 mg/dL and woman is of average height (1.62 m [5'4"]).

| MOTHER'S WEIGHT KG (LB) | NO. OF DRINKS* (HOURS : MINUTES) | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| 40.8 (90) | 2:50 | 5:40 | 8:30 | 11:20 | 14:10 | 17:00 | 19:51 | 22:41 | | | | | |
| 43.1 (95) | 2:46 | 5:32 | 8:19 | 11:05 | 13:52 | 16:38 | 19:25 | 22:11 | | | | | |
| 45.4 (100) | 2:42 | 5:25 | 8:08 | 10:51 | 13:34 | 16:17 | 19:00 | 21:43 | | | | | |
| 47.6 (105) | 2:39 | 5:19 | 7:58 | 10:38 | 13:18 | 15:57 | 18:37 | 21:16 | 23:56 | | | | |
| 49.9 (110) | 2:36 | 5:12 | 7:49 | 10:25 | 13:01 | 15:38 | 18:14 | 20:50 | 23:27 | | | | |
| 52.2 (115) | 2:33 | 5:06 | 7:39 | 10:12 | 12:46 | 15:19 | 17:52 | 20:25 | 22:59 | | | | |
| 54.4 (120) | 2:30 | 5:00 | 7:30 | 10:00 | 12:31 | 15:01 | 17:31 | 20:01 | 22:32 | | | | |
| 56.7 (125) | 2:27 | 4:54 | 7:22 | 9:49 | 12:16 | 14:44 | 17:11 | 19:38 | 22:06 | | | | |
| 59.0 (130) | 2:24 | 4:49 | 7:13 | 9:38 | 12:03 | 14:27 | 16:52 | 19:16 | 21:41 | | | | |
| 61.2 (135) | 2:21 | 4:43 | 7:05 | 9:27 | 11:49 | 14:11 | 16:33 | 18:55 | 21:17 | 23:39 | | | |
| 63.5 (140) | 2:19 | 4:38 | 6:58 | 9:17 | 11:37 | 13:56 | 16:15 | 18:35 | 20:54 | 23:14 | | | |
| 65.8 (145) | 2:16 | 4:33 | 6:50 | 9:07 | 11:24 | 13:41 | 15:58 | 18:15 | 20:32 | 22:49 | | | |
| 68.0 (150) | 2:14 | 4:29 | 6:43 | 8:58 | 11:12 | 13:27 | 15:41 | 17:56 | 20:10 | 22:25 | | | |
| 70.3 (155) | 2:12 | 4:24 | 6:36 | 8:48 | 11:01 | 13:13 | 15:25 | 17:37 | 19:49 | 22:02 | | | |
| 72.6 (160) | 2:10 | 4:20 | 6:30 | 8:40 | 10:50 | 13:00 | 15:10 | 17:20 | 19:30 | 21:40 | 23:50 | | |
| 74.8 (165) | 2:07 | 4:15 | 6:23 | 8:31 | 10:39 | 12:47 | 14:54 | 17:02 | 19:10 | 21:18 | 23:50 | | |
| 77.1 (170) | 2:05 | 4:11 | 6:17 | 8:23 | 10:28 | 12:34 | 14:40 | 16:46 | 18:51 | 20:57 | 23:03 | | |
| 79.3 (175) | 2:03 | 4:07 | 6:11 | 8:14 | 10:18 | 12:22 | 14:26 | 16:29 | 18:33 | 20:37 | 22:40 | | |
| 81.6 (180) | 2:01 | 4:03 | 6:05 | 8:07 | 10:08 | 12:10 | 14:12 | 16:14 | 18:15 | 20:17 | 22:19 | | |
| 83.9 (185) | 1:59 | 3:59 | 5:59 | 7:59 | 9:59 | 11:59 | 13:59 | 15:59 | 17:58 | 19:58 | 21:58 | 23:58 | |
| 86.2 (190) | 1:58 | 3:56 | 5:54 | 7:52 | 9:50 | 11:48 | 13:46 | 15:44 | 17:42 | 19:40 | 21:38 | 23:36 | |
| 88.5 (195) | 1:56 | 3:52 | 5:48 | 7:44 | 9:41 | 11:37 | 13:33 | 15:29 | 17:26 | 19:22 | 21:18 | 23:14 | |
| 90.7 (200) | 1:54 | 3:49 | 5:43 | 7:38 | 9:32 | 11:27 | 13:21 | 15:16 | 17:10 | 19:05 | 20:59 | 22:54 | |
| 93.0 (205) | 1:52 | 3:45 | 5:38 | 7:31 | 9:24 | 11:17 | 13:09 | 15:02 | 16:55 | 18:48 | 20:41 | 22:34 | |
| 95.3 (210) | 1:51 | 3:42 | 5:33 | 7:24 | 9:16 | 11:07 | 12:58 | 14:49 | 16:41 | 18:32 | 20:23 | 22:14 | |

* 1 drink = 340 g (12 oz) of 5% beer, or 141.75 g (5 oz) of 11% wine, or 42.53 g (1.5 oz) of 40% liquor.

Example no. 1: For a 40.8-kg (90-lb) woman who consumed three drinks in 1 hour, it would take 8 hours, 30 minutes for there to be no alcohol in her breast milk, but for a 95.3-kg (210-lb) woman drinking the same amount, it would take 5 hours, 33 minutes.

Example no. 2: For a 63.5-kg (140-lb) woman drinking four beers starting at 8:00 PM, it would take 9 hours, 17 minutes for there to be no alcohol in her breast milk (ie, until 5:17 AM).

ANEXO 2: AUDIT- C

Criterios de corrección (puntos de corte):

Mujeres: puntuación igual o superior a 4.

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- Nunca (0 puntos)
- Una o menos de una vez al mes (1 punto)
- 2 a 4 veces al mes (2 puntos)
- 2 o 3 veces a la semana (3 puntos)
- 4 o más veces a la semana (4 puntos)

¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- 1 o 2 (0 puntos)
- 3 o 4 (1 punto)
- 5 o 6 (2 puntos)
- 7 a 9 (3 puntos)
- 10 o más (4 puntos)

¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

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

ANEXO 3: AUDIT

Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria.

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor.

Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

| Preguntas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|-------|--------------------------|--|--------------------------------|---------------------------|
| 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? | Nunca | Una o menos veces al mes | De 2 a 4 veces al mes | De 2 a 3 más veces a la semana | 4 o más veces a la semana |
| 2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? | 1 o 2 | 3 o 4 | 5 o 6 | De 7 a 9 | 10 o más |
| 3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? | No | | Sí, pero no en el curso del último año | | Sí, el último año |
| 10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber? | No | | Sí, pero no en el curso del último año | | Sí, el último año |
| | | | | | Total |

PUNTUACIÓN AUDIT Y TIPO DE INTERVENCIÓN

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

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

ANEXO 4: Etapas de cambio del Modelo de Prochaska y Diclemente

Precontemplación (negación)

- No ve el problema.
- Dominan los aspectos positivos del consumo de drogas.
- Pueden mostrar resistencia a hablar sobre el consumo de drogas.
- No consideran seriamente dejar de consumir drogas en los próximos 6 meses.
- Tienen poca probabilidad de responder a un consejo directo para cambiar sus conductas de consumo de drogas.
- Pueden ser receptivas a la información sobre los riesgos asociados al consumo.

Contemplación (ambivalencia/duda)

- Son conscientes de que existe un problema, pero aún no tienen un compromiso firme de cambio.
- Son ambivalentes: los aspectos positivos y negativos del consumo de drogas se van equilibrando progresivamente, hasta que finalmente predominan estos últimos.
- Consideran seriamente dejar de consumir en los próximos 6 meses.
- Tienen probabilidad de responder a la información sobre los riesgos relacionados con el consumo de drogas y al consejo en contemplación avanzada.
- Pueden estar dispuestas a participar en una conversación sobre sus hábitos de consumo.
- Puede que no sepan cómo cambiar o que no tengan seguridad de que pueden cambiar.

Preparación (toma de decisión)

- Toman la decisión y se comprometen a abandonar el consumo.
- Consideran los aspectos positivos que tendría el cambio, aunque aún pueden sentir cierto grado de ambivalencia.
- Se realizan pequeños cambios conductuales. Pueden reducir la frecuencia e intensidad de consumo.
- Consideran dejar de consumir en los próximos 30 días y han dejado de consumir al menos durante 24 horas en el último año.
- Pueden compartir sus intenciones con otros.
- Se sienten más seguras y mejor preparadas para cambiar su conducta.
- Consideran las opciones disponibles.
- Fijan una fecha y establecen estrategias para dejar de consumir.

Acción

- Muestran un compromiso importante e implicación activa en el cambio de conductas.
- Se producen los cambios de conducta más manifiestos, por ejemplo, la abstinencia.
- Es posible que todavía continúen sintiéndose ambivalentes sobre el consumo y que necesiten aliento y apoyo para mantener su decisión.
- Abstinencia en el consumo de drogas inferior a 6 meses.

Mantenimiento

- Intentan conservar y consolidar los cambios de conducta conseguidos.
- Abstinencia en el consumo de drogas superior a 6 meses.
- Puede haber miedo a la recaída.

ANEXO 5: Recursos de la Red de Adicciones de Canarias.

TENERIFE

UAD SANTA CRUZ DE TENERIFE

Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel
C/ Horacio Nelson nº 32-34
38006. Santa Cruz de Tenerife
Tel.: 922 288 812
E-mail: uadsantacruz@sanmigueladicciones.org
Web: www.sanmigueladicciones.org

UAD OFRA

Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel
C/ Sargento Provisional nº 41
38010. Santa Cruz de Tenerife
Tel.: 922 651 251
E-mail: uadofra@sanmigueladicciones.org
Web: www.sanmigueladicciones.org

UAD LA LAGUNA

Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel
Avda. Trinidad nº 57
38204. San Cristóbal de La Laguna
Tel.: 922 250 512
E-mail: uadlalaguna@sanmigueladicciones.org
Web: www.sanmigueladicciones.org

UAD AÑAZA

Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel
Rambla de Añaza. Parcela I-14
38109. Añaza (Santa Cruz de Tenerife)
Tel.: 922 685 842
E-mail: uadanaza@sanmigueladicciones.org
Web: www.sanmigueladicciones.org

UAD PUERTO DE LA CRUZ

Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD)
Ctra. General nº 127
38370. La Matanza de Acentejo
Tel.: 922 577 721
E-mail: uadmatanza@antad.es
Web: www.antad.es

UAD ICOD DE LOS VINOS

Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD)
C/ Los Pescadores s/n
(Casa del Mar, San Marcos)
38420. Icod de los Vinos
Tel.: 922 810 962
E-mail: uadicod@antad.es
Web: www.antad.es

UAD LOS REALEJOS

Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD)
C/ San Isidro s/n
Antiguo Mercado Municipal, locales 7, 8 y 9
38410. Los Realejos
Tel.: 922 354 869 / 922 340 062
E-mail: uadrealejos@antad.es
Web: www.antad.es

UAD GRANADILLA

Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD)
Avda. Fundador Gonzalo González nº 60
38600. Granadilla de Abona
Tel.: 922 390 091
E-mail: uadgranadilla@antad.es
Web: www.antad.es

CENTRO DE DÍA GAROÉ TENERIFE

Fundación Canaria-CESICA Proyecto Hombre
C/ Pedro Doblado Claverie nº 34
38010. Santa Cruz de Tenerife
Telf: 922 661 020 / 627 568 784
E-mail: centrodedia.tfe@proyectohombrecanarias.com
Web: www.proyectohombrecanarias.com

UAD PROYECTO DRAGO DE CÁRITAS

Cáritas Diocesana de Tenerife
C/ Leocadio Machado nº 33 (Barrio Perú)
38008. Santa Cruz de Tenerife
Tel.: 922 230 827 / 661 110 496
E-mail: drago@caritastenerife.org
Web: www.caritastenerife.org

PALMA

UAD SANTA CRUZ DE LA PALMA

Asociación Palmera para la Prevención y Tratamiento de Toxicomanías
C/ Fernández Ferraz nº 9
38700. Santa Cruz de La Palma
Tel.: 922 420 403 / 922 420 463
E-mail: info@uadlapalma.com

UAD LOS LLANOS DE ARIDANE

Asociación Palmera para la Prevención y Tratamiento de Toxicomanías
C/ Angélica Luis nº 2 (Centro de Salud)
38760. Los Llanos de Aridane
Tel.: 922 401 233
E-mail: info@uadlapalma.com

UAD SAN ANDRÉS Y SAUCES

Asociación Palmera para la Prevención y Tratamiento de Toxicomanías
Carretera General El Pueblo s/n (Centro de Salud)
38720. San Andrés y Sauces
Tel.: 922 450 399
E-mail: info@uadlapalma.com

LA GOMERA

UAD-USM LA GOMERA

Servicio Canario de la Salud
C/ Ruíz de Padrón s/n (Antiguo Centro de Salud)
38800. San Sebastián de La Gomera
Tel.: 822 171 215
E-mail: usmlagomera@gmail.com

GRAN CANARIA

UAD SAN CRISTÓBAL

Fundación Canaria SocioSanitaria
C/ Alicante nº 28
35016. Las Palmas de Gran Canaria
Tel.: 928 331 109
E-mail: uadsancristobal@fundacioncanaria.com
Web: www.fundacioncanaria.com

UAD SAN CRISTÓBAL - ALCOHOLISMO

Fundación Canaria SocioSanitaria
C/ Alicante nº 28 (Trasera).
35016. Las Palmas de Gran Canaria
Tel.: 928 331 397
E-mail: alcoholismo@fundacioncanaria.com
Web: www.fundacioncanaria.com

UAD PUERTO DE LA LUZ

Fundación Canaria SocioSanitaria
C/ Arteni Semidán nº 8-10
35009. Las Palmas de Gran Canaria
Tel.: 928 471 129
E-mail: uadpuertodelaluz@fundacioncanaria.com
Web: www.fundacioncanaria.com

UAD SCHAMANN

Fundación Canaria SocioSanitaria
C/ Federico Viera, 54
35012. Las Palmas de Gran Canaria
Tel.: 928 398 122
E-mail: administracion-uadschamann@fundacioncanaria.com
Web: www.fundacioncanaria.com

UAD GUANARTEME

Asociación de Integración Social Calidad de Vida
C/ Veintinueve de Abril nº 75 (Bajo)
35007. Las Palmas de Gran Canaria
Tel.: 928 225 919 / 661 316 802
E-mail: uadguanartemeadm@hotmail.com
Web: www.asociacioncalidaddevida.es

UAD SAN JOSÉ

Asociación de Integración Social Calidad de Vida
C/ León nº 14
35016. Las Palmas de Gran Canaria
Tel.: 928 332 891
E-mail: cdvuadsanjose@hotmail.com
Web: www.asociacioncalidaddevida.es

UAD TAMARACEITE

Asociación de Integración Social Calidad de Vida
Ctra. General de Tamaraceite nº 106
35018. Las Palmas de Gran Canaria
Tel.: 928 676 595
E-mail: cdvuadtamaraceite@hotmail.com
Web: www.asociacioncalidaddevida.es

UAD LOS CASCAJOS

Asociación de Integración Social Calidad de Vida
C/ Los Cascajos nº 10 (Centro de Salud)
35470. La Aldea de San Nicolás
Tel.: 928 118 219 / 661 356 267
E-mail: cdvlaaldea@hotmail.com
Web: www.asociacioncalidaddevida.es

UAD YRICHEN

Fundación Canaria Yrichen
C/ Sor Carmen Peña Pulido s/n (La Pardilla)
35213. Telde
Tel.: 828 025 419 / 621 249 559
E-mail: yrichen@yrichen.org
Web: www.yrichen.org

UAD SAN BARTOLOMÉ DE TIRAJANA

Fundación Canaria Yrichen
C/ Uruguay nº 5 (El Tablero)
35109. San Bartolomé de Tirajana
Tel.: 928 723 400 (Ext. 1680) / 652 082 205
aWeb: www.yrichen.org

UAD VECINDARIO

Ayuntamiento de Santa Lucía de Tirajana
C/ Gamonal s/n
35110. Vecindario. (Santa Lucía de Tirajana)
Tel.: 928 757 152
E-mail: www.uadrog@santaluciagc.com

UAD AGÜIMES

Ayuntamiento de la Villa de Agüimes
Centro de Servicios Sociales
C/ Beletén s/n (Cruce de Arinaga)
35118. Agüimes
Tel.: 928 188 594
E-mail: uad.aguimes@aguimes.es
Web: www.aguimes.es

UAD ARUCAS

Ayuntamiento de Arucas
C/ Bruno Pérez Medina nº 6
35400. Arucas
Tel.: 928 622 613 / 928 600 182
E-mail: cad@arucas.org

UAD GÁLDAR

Instituto Municipal de Toxicomanía de Gáldar
C/ Aljirafe nº 16. Bajo
35460. Gáldar
Telf: 928 553 053 / 928 092 541 (ext de 1701 a la 1709)
E-mail: cad@galdar.es
Web: www.galdar.es

CENTRO DE ACOGIDA GRAN CANARIA

Fundación Canaria-CESICA Proyecto Hombre
C/ Eufemiano Jurado nº 5 (Esquina C/ Córdoba)
35016. Las Palmas de Gran Canaria
Tel.: 928 330 140 / 667 544 903
E-mail: centrodedia.gc@proyectohombrecanarias.com
Web: www.proyectohombrecanarias.com

SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ACOGIDA PROYECTO

ESPERANZA -VEROL
Cáritas Diocesana de Canarias
Avda. Escaleritas nº 51
35011. Las Palmas de Gran Canaria
Tel.: 928 251 740
E-mail: proyectoesperanza@caritas-canarias.org
Web: www.caritas-canarias.org

CENTRO DE ACOGIDA DE TRATAMIENTO ALUESA

Fundación ADSIS-ALUESA
C/ Joaquín Belón nº 32-35
35012. Las Palmas de Gran Canaria
Tel.: 928. 703 610 / 620 965 082
E-mail: uad.aluesa@fundacionadsis.org
Web: www.fundacionadsis.org

LANZAROTE

UAD LANZAROTE

Unidad de Atención a las Adicciones (UAA) Rosa Torres
Cabildo Insular de Lanzarote
C/ Andalucía nº 116
35500. Arrecife de Lanzarote
Tel.: 928 813 551/ 928 812 664
E-mail: cadlanzarote@cabildodelanzarote.com

FUERTEVENTURA

UAD PUERTO DEL ROSARIO

Cabildo Insular de Fuerteventura
C/ Doctor Fleming nº 1
35600. Puerto del Rosario
Tel.: 928 852 030
E-mail: sipa@cabildofuer.es

UAD GRAN TARAJAL

Cabildo Insular de Fuerteventura
C/ Isa Majorera s/n (Gran Tarajal)
35628. Tuineje
Tel.: 928 162 868
E-mail: sipa@cabildofuer.es

UAD MORRO JABLE

Cabildo Insular de Fuerteventura
C/ Mascona nº 16 (Parte alta del Mercado Municipal)
35625. Pájara (Morro Jable)
Tel.: 639 201 191
E-mail: sipa@cabildofuer.es

ANEXO 6: Modelo de Informe Derivación Atención Primaria-UAD.

Datos de filiación

Nº tarjeta sanitaria:_____

Nº historia clínica:_____

Apellidos:_____Nombre:_____

Fecha de nacimiento:_____

D.N.I.:_____

Domicilio de residencia:_____

Responsable:_____

Teléfonos:_____

Derivación

Centro:_____

Responsable:_____

Teléfonos:_____

e-mail:_____

MOTIVO DE INTERCONSULTA/DERIVACIÓN:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

ANTECEDENTES PERSONALES:

(reflejar tratamientos anteriores)

SITUACIÓN ACTUAL:

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Cesión de Datos de carácter personal:

Deben ser tenido en cuenta el cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el art.25.2 del Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, especialmente en la transmisión y acceso a los datos de los pacientes.

ANEXO 7: Información para las gestantes, lactantes y familia.

¿Cuáles son los riesgos para mi bebé si consumo alcohol durante el embarazo?

El consumo de alcohol durante el embarazo puede ocasionar diversos problemas que oscilan desde el aborto espontáneo hasta la muerte fetal. Sin embargo, también existe otro problema de salud asociado al consumo de alcohol que integra una variedad de problemas físicos, conductuales y discapacidades intelectuales para tu bebé y que pueden durar toda la vida. Éste último es el denominado Síndrome alcohólico fetal (SAF), que comprende una serie de manifestaciones que afectan al aprendizaje, ocasiona hiperactividad, dificultad con la atención, retraso en el habla y el lenguaje, bajo coeficiente intelectual y deficiente capacidad de razonamiento (pensamiento) y habilidades de juicio.

El consumo de alcohol durante el período de lactancia se relaciona con mayor irritabilidad, sedación y retraso psicomotor en las personas lactantes.

¿Qué necesito saber sobre el consumo de alcohol durante el embarazo?

No existe una cantidad que se estime segura con respecto al consumo de alcohol durante el embarazo o mientras se busca una gestación, por este motivo, se recomienda no consumir alcohol durante el tiempo de lactancia. Los SAF y otras alteraciones derivadas del consumo de alcohol, se pueden prevenir por completo si se evita su consumo durante estos períodos. Tanto la futura o reciente madre, como la familia y allegados/as deben de ser conscientes del daño que se puede ocasionar al feto o al lactante, y es recomendable proteger a la gestante o a la madre que lacta de este consumo. ¿Por qué correr el riesgo?

¿Está bien beber un poco o en determinados momentos durante el embarazo y el período de lactancia?

Todas las bebidas con alcohol pueden afectar al crecimiento o al desarrollo de un bebé y causar SAF. Todos los tipos de alcohol, incluso el vino, los refrescos de vino y la cerveza, pueden dañar al bebé en desarrollo, así como en las y los lactantes.

¿Está bien beber alcohol si estoy tratando de quedar embarazada?

Es recomendable dejar de consumir alcohol cuando comience a buscar un embarazo dado que en multitud de ocasiones, pueden pasar de 4 a 6 semanas antes de que sepa con certeza que está embarazada. Esto significa que podría estar bebiendo y exponiendo a su bebé en desarrollo al efecto tóxico del alcohol sin quererlo.

¿Qué puedo hacer para ayudarme a dejar de beber alcohol?

En el Servicio Canario de la Salud, los y las profesionales de la salud que le hacen el seguimiento de su embarazo, pueden prestarle ayuda. Juntos, pueden desarrollar un plan para dejar de beber.

¿Qué puedo decirles a las personas que me ofrecen alcohol o esperan que beba?

"No, gracias, estoy embarazada". "No gracias, estoy dando el pecho". O simplemente diga "No, gracias" y cambie de tema.

¿Cómo puedo mantener mi vida social sin beber?

Puedes salir con personas que te ayuden a no beber alcohol, por este motivo es importante que tu entorno más cercano conozca también las recomendaciones. Puedes evitar lugares y situaciones que inciten al consumo de alcohol, como la asistencia a bares y discotecas, sobre todo, en una fase inicial de deshabitación del consumo. En las fiestas, intenta mantenerte alejada de la mesa de bebidas procurando estar con las personas que no beben.

¿Qué más me puede ayudar a no beber alcohol?

Si fumas, es recomendable que dejes de hacerlo. Los cigarrillos aumentan el deseo de beber y son peligrosos para el bebé en desarrollo. Es conveniente beber mucha agua y hacer ejercicio (nadar, bailar, pasear...) para reducir el consumo de estas sustancias y aumentar tu bienestar.

Otro de los factores que pueden perjudicar nuestra salud es el estrés. Los cambios de roles que acompañan este nuevo estado, suponen en las futuras o recientes madres un incremento del nivel de tensión que puede perjudicarnos en el cese de conductas nocivas para su salud. En este ámbito, es importante que el entorno sea consciente y dé soporte a la mujer para que inicie actividades que reduzcan el estrés: tomar una ducha larga, medita o respira profundamente.



SIÉNTETE
ORGULLOSA DE TI MISMA
POR HACER TODO LO POSIBLE
PARA TENER UN BEBÉ SANO

