

Trastornos por consumo de sustancias

en la atención a largo plazo

Construimos entornos de atención
más seguros

Trastorno por consumo de alcohol Kit de herramientas



Índice

00	<u>Cómo utilizar este kit de herramientas</u>	<u>04</u>
01	<u>Declaración de valores</u>	<u>06</u>
02	<u>Propósito y descripción general</u>	<u>08</u>
	¿Por qué ahora?	<u>08</u>
	¿Por qué este kit de herramientas?	<u>08</u>
	Lo que aprenderá	<u>08</u>
03	<u>El recorrido del residente por la atención</u>	<u>09</u>
04	<u>Estigma y sesgo</u>	<u>11</u>
05	<u>Diferencia entre consumo de alcohol y trastorno por consumo de alcohol (AUD)</u>	
	Definición	<u>16</u>
	Síntomas del AUD	<u>16</u>
	Niveles de gravedad	<u>17</u>
	Consumo de alcohol vs. trastorno por consumo de alcohol	<u>17</u>
	Riesgo de abuso de alcohol en los residentes	<u>17</u>
	Efectos del alcohol en el cuerpo	<u>18</u>
	¿Cuándo se convierte en un problema el consumo de alcohol?	<u>18</u>
06	<u>Conversaciones que generan confianza</u>	
	Los exámenes de detección como práctica de seguridad y herramientas de evaluación	<u>19</u>
	¿Por qué se realizan los exámenes de detección?	<u>19</u>
	Herramientas de detección recomendadas	<u>20</u>
	Evaluación motivacional	<u>20</u>
	Planificación de la atención	<u>23</u>
	Cómo incorporar la preparación para el cambio	<u>23</u>
	Tratamiento	<u>24</u>
	Consideraciones sobre el síndrome de abstinencia y la seguridad	<u>25</u>

Índice (continuación)

<u>07</u>	<u>Apoyos basados en la comunidad</u>	<u>Organizaciones de recuperación</u>	<u>27</u>
		<u>Grupos para familiares</u>	<u>27</u>
		<u>Recursos en Massachusetts</u>	<u>28</u>
		<u>Recursos nacionales</u>	<u>28</u>
<u>08</u>	<u>Tratamientos</u>	<u>Tratamientos psicosociales</u>	<u>29</u>
		<u>Tratamiento asistido por medicamentos (MAT) para el AUD</u>	<u>29</u>
<u>09</u>	<u>Familia y comunidad</u>		<u>31</u>
<u>10</u>	<u>Apoyo al personal</u>	<u>Capacitación del personal</u>	<u>33</u>
		<u>Bienestar del personal, agotamiento emocional y límites</u>	<u>34</u>
		<u>Qué es el agotamiento emocional</u>	<u>34</u>
		<u>La función del personal directivo en el bienestar del personal</u>	<u>34</u>
<u>11</u>	<u>Prácticas del personal directivo</u>	<u>Herramientas para el personal directivo</u>	<u>35</u>
<u>12</u>	<u>Reflexión final y llamados a la acción</u>		<u>38</u>
	<u>Apéndices</u>		<u>39</u>
	<u>Referencias</u>		<u>61</u>

Cómo utilizar este kit de herramientas

El personal de primera línea empieza por las secciones 1 a 9 y el apéndice para obtener herramientas que puede utilizar.

Los administradores pueden ir directamente a las secciones 10 a 12 para obtener orientación sobre liderazgo. Consulte el Apéndice A para obtener una referencia rápida.

Escanee los códigos QR para acceder a árboles de decisión digitales, hojas de ruta y recursos

Este kit de herramientas está diseñado para todo el personal de residencias de reposo, incluidos los puestos clínicos y, especialmente, los no clínicos, así como para los administradores y el personal directivo. La relación de una persona con el alcohol puede ser compleja y a veces incluye un trastorno por consumo diagnosticado clínicamente. Brindar apoyo a los residentes exige responsabilidad compartida, práctica constante y capacitación del personal.

1. Entendiendo cómo el consumo de alcohol, el trastorno por consumo de alcohol (AUD, por sus siglas en inglés) y el estigma pueden afectar la salud, la seguridad y la calidad de vida de cada residente.
2. Realizando exámenes de detección de rutina como una forma comprensiva y sin prejuicios de generar confianza y entender las necesidades y los objetivos de los residentes.
3. Colaborando con los residentes (y sus familias, cuando corresponda) para desarrollar planes de atención que respeten las decisiones, promuevan la seguridad y minimicen los daños.
4. Reflexionando y capacitándose periódicamente sobre comunicación respetuosa, sesgos implícitos y atención basada en la comprensión del trauma, y reconociendo los signos de ebriedad o síndrome de abstinencia.
5. Conectando a los residentes y sus familias con recursos comunitarios que se ajusten a sus preferencias, valores y objetivos de atención.

Agradecimientos

Este kit de herramientas fue desarrollado por la Oficina de Estrategia y Planificación de Atención Médica y la Oficina de Servicios para la Adicción a Sustancias del Departamento de Salud Pública de Massachusetts (DPH, por sus siglas en inglés) para ayudar a las residencias de reposo a brindar atención a los residentes con problemas de consumo o abuso de alcohol.

La financiación de este kit de herramientas fue posible gracias al Departamento de Salud Pública de Massachusetts, a través del Fondo para la Mejora de la Calidad de la Atención a Largo Plazo.

Extendemos nuestra sincera gratitud a Healthcentric Advisors, Alliant Health Solutions y al Grupo Asesor sobre Trastornos por Uso de Sustancias en Centros de Atención a Largo Plazo por su valiosa experiencia y contribuciones, y a MARCH por su apoyo para hacer posible este recurso.



El kit de herramientas sigue un recorrido de atención sencillo y coherente que se utiliza en todo momento:



No todos los residentes harán este recorrido en línea recta. El objetivo no es la perfección, sino la claridad, la coherencia y la dignidad en cada paso.

Acciones del kit de herramientas	Ponemos nuestros valores en práctica	Cómo se alinea
1. Aprenda cómo el consumo de alcohol, el trastorno por consumo de alcohol (AUD) y el estigma pueden afectar la salud, la seguridad y la vida diaria de cada residente.	La dignidad es lo primero; la equidad y la humildad cultural son esenciales	Sabemos que el AUD es una afección médica, no un fracaso personal. Respetamos la experiencia de vida de cada residente y cómo el estigma, el trauma y los antecedentes afectan la salud.
2. Realice los exámenes de detección de forma amable y a modo de rutina para generar confianza y comprender qué es importante para los residentes.	La seguridad es una responsabilidad compartida; las relaciones impulsan los resultados	Realizamos exámenes de detección de rutina para reducir el estigma y promover la seguridad. Hacer las preguntas de la misma manera a todos ayuda a que los residentes se sientan seguros, respetados y escuchados.
3. Trabaje con los residentes (y sus familias, cuando corresponda) para planificar una atención que respete las decisiones y garantice su seguridad.	La atención centrada en la persona guía nuestro trabajo; la dignidad es primordial	Los residentes ayudan a orientar su propia atención. Respetamos la libertad de elección, nos centramos en la seguridad y aplicamos la reducción de daños cuando la abstinencia no es el objetivo.
4. Practique y capacítese sobre la comunicación respetuosa y el sesgo, la atención basada en la comprensión del trauma y los signos de ebriedad o síndrome de abstinencia.	Las palabras importan; la equidad y la humildad cultural son esenciales; el bienestar del personal sustenta la atención	Utilizamos un lenguaje respetuoso, evitamos echar culpas y seguimos aprendiendo. La capacitación ayuda al personal a sentirse respaldado y a los residentes a sentirse seguros.
5. Ayude a los residentes y a sus familias a conectarse con servicios de apoyo comunitario que se ajusten a sus objetivos y necesidades.	Las relaciones impulsan los resultados; la atención centrada en la persona guía nuestro trabajo	La atención es más eficaz cuando construimos relaciones sólidas y conectamos a los residentes con servicios de apoyo que se ajusten a sus objetivos y a su vida.

Atención del AUD centrada en la relación en residencias de reposo

Consulte el Apéndice B

Como miembros del personal de _____, esta declaración refleja nuestro compromiso con una atención segura, compasiva y equitativa de los residentes con trastorno por consumo de alcohol (AUD) y consumo activo de alcohol. Su objetivo es orientar la práctica diaria, la toma de decisiones y las acciones del personal directivo en todas las funciones.

La dignidad es lo primero

- Reconocemos el AUD como una afección de salud, no como una falla moral.
- Tratamos a cada residente con respeto, compasión y humanidad.
- Respetamos la autonomía de los residentes mientras que priorizamos la seguridad.
- Reconocemos que la dignidad del personal y la dignidad de los residentes son inseparables.

Las palabras importan

- Utilizamos un lenguaje que prioriza a la persona y que no estigmatiza, tanto en la forma de hablar como en la documentación.
- Describimos comportamientos y observaciones, no suposiciones ni etiquetas.
- Evitamos culpar, juzgar y avergonzar, especialmente durante momentos de crisis.
- Siempre que sea posible, incluimos a los residentes en las conversaciones y las decisiones.

Las relaciones impulsan los resultados

- La confianza es esencial para una atención segura y eficaz.
- Atendemos a los residentes según sus necesidades, no según cómo nos gustaría que estuvieran.
- Valoramos la experiencia vivida como forma de especialización.

La seguridad es una responsabilidad compartida

- Realizamos exámenes de detección de rutina para reducir el estigma y fomentar la prevención.
- Realizamos una supervisión constante para detectar el síndrome de abstinencia y la ebriedad.
- Creemos que la prevención y la preparación favorecen la seguridad de todos.

La atención centrada en la persona guía nuestro trabajo

- Alineamos los planes de atención con los objetivos de los residentes y su preparación para el cambio.
- Cuando la abstinencia no es el objetivo del residente, priorizamos la reducción de daños y la seguridad.
- Revisamos objetivos y planes de atención a medida que evolucionan la confianza, el estado de salud y las necesidades.

La equidad y la humildad cultural son esenciales

- Reconocemos que el AUD afecta de manera diferente a las personas y a las comunidades.
- Reconocemos que cada persona que acude a nosotros tiene una historia única, y que la cultura, las experiencias de vida, la situación económica y los traumas del pasado afectan la salud y la forma en que se recibe la atención médica.
- Analizamos y abordamos nuestro sesgo implícito.
- Brindamos atención teniendo en cuenta los aspectos culturales en función de lo que es importante para los residentes.

El bienestar del personal sustenta la atención

- Reconocemos que atender a residentes con problemas de consumo de alcohol puede despertar muchas emociones.
- Normalizamos las reuniones de revisión, la reflexión y el apoyo después de eventos difíciles.
- Reconocemos que el bienestar del personal es esencial para la seguridad de los residentes.

Nuestro compromiso

Nos comprometemos con el aprendizaje continuo, la reflexión y la colaboración. A través de relaciones sólidas, procesos transparentes y valores compartidos, nos esforzamos por crear un entorno en la residencia de reposo donde los residentes y el personal se sientan seguros, respetados y apoyados.

¿Por qué ahora?

El alcohol es de fácil acceso y se suele considerar una parte habitual de la vida en nuestra cultura. Aunque es legal, es la sustancia de la que más se abusa en el mundo, lo que significa que la gente no siempre es consciente de lo nocivo que puede ser beber en exceso. Desde la pandemia de COVID-19, más personas se sienten solas, estresadas y ansiosas, lo que puede llevarlas a beber con mayor frecuencia. Muchos de nosotros conocemos a alguien con problemas con el alcohol, y esto puede afectar a personas, familias y comunidades. Por eso, es importante mostrar comprensión en lugar de juzgar. Siendo amables y considerados, podemos crear un entorno más alentador para todos.

¿Por qué este kit de herramientas?

El consumo perjudicial de alcohol puede ser difícil de detectar. El personal de la residencia de reposo desempeña un papel importante a la hora de detectar problemas y ayudar a los residentes a obtener el apoyo que necesitan. Con atención y comprensión, el personal puede ayudar a los residentes a mantenerse seguros y a aprender formas más saludables de afrontar sus dificultades.

Al reconocer y abordar el consumo perjudicial de alcohol a tiempo, se puede:

- Evitar caídas, lesiones y problemas con medicamentos.
- Reducir visitas al hospital y reingresos.
- Mejorar la calidad de vida y ayudar a los residentes a participar en actividades.

Efectos en los residentes: Detectar y tratar precozmente el consumo perjudicial de alcohol ayuda a los residentes a mantenerse más sanos y a disfrutar de una mejor calidad de vida. También facilita la obtención rápida de ayuda y la conexión con el tratamiento cuando lo necesiten o lo deseen.

Empoderamiento del personal: El personal desempeña un papel importante a la hora de reconocer los primeros signos de problemas con el alcohol. Este kit de herramientas proporciona un apoyo sencillo y claro para ayudar al personal a detectar y abordar el consumo perjudicial de alcohol o el AUD con cuidado y respeto hacia cada residente.

Lo que aprenderá

- Cómo puede afectar el consumo de alcohol a los residentes y por qué detectar los cambios de forma temprana ayuda a mantener a todos a salvo. La concientización temprana favorece la prevención, la preparación y la responsabilidad compartida por la seguridad.
- Cómo iniciar conversaciones respetuosas y que generen confianza sobre el consumo de alcohol y cómo utilizar los exámenes como apoyo, no como un juicio. Las relaciones impulsan los resultados y la confianza hace posible una planificación honesta de la atención médica.
- Cómo el uso de un lenguaje que prioriza a las personas y no estigmatiza protege la dignidad de los residentes y del personal. Las palabras importan y la dignidad es lo primero en cada interacción.
- Cómo brindar apoyo a los residentes en las diferentes etapas de preparación, incluidos enfoques de reducción de daños y centrados en la seguridad. La atención centrada en la persona implica atender a los residentes según sus necesidades y priorizando su seguridad.

Propósito y descripción general

Todas las residencias de reposo ayudan a residentes cuya relación con el alcohol es complicada. Algunos llegan con un largo historial de consumo de alcohol. Algunos beben más después de sufrir traumas: pérdidas, enfermedades o aislamiento. Algunos beben para divertirse. Otros jamás pensaron que el alcohol se convertiría en un problema de salud hasta que ocurrió. Y a veces no se trata de demencia, sino de AUD no tratado.

El personal suele notar primero los cambios pequeños: comidas que se saltan, caídas, confusión y tensiones familiares. Con demasiada frecuencia, esas señales se malinterpretan, se minimizan o solo se abordan después de que ocurre una crisis.

Este kit de herramientas existe para cambiar esa historia. Proporcionará al personal de las residencias de reposo las herramientas prácticas que necesitan para reconocer, tratar y ayudar a los residentes y su relación con el alcohol.

El recorrido del residente por la atención

Le presentamos a tres residentes. Estos residentes aparecen a lo largo de todo el kit de herramientas para ilustrar cómo evoluciona el consumo de alcohol y la atención del AUD a lo largo del tiempo.

Consulte el Apéndice C para obtener las historias de los residentes en formato para imprimir.



Sr. James A.

Vive con AUD y cambios en el estado de salud

Edad: 72

Antecedentes: Presión arterial alta y artritis

Consumo de alcohol: Bebe todos los días, generalmente por las noches

Aspecto cognitivo: Intacto
Cambio de estado (primeros signos)

El personal observa lo siguiente del Sr. A.:

- Está más inestable al caminar
- Se pierde actividades matutinas
- Tiene lecturas más altas de presión arterial



Sra. Linda U.

Síndrome de abstinencia, respuesta de emergencia y reunión de revisión del personal

Edad: 68

Antecedentes: AUD, asma y ansiedad

Aspecto cognitivo: Presenta olvidos

AUXILIAR DE ENFERMERÍA:

"Enfermera, la Sra. U. está temblando y parece confundida. Ella no suele ser así".

Enfermera: "Gracias por decírmelo enseguida. Vamos a comprobar sus signos vitales".



Srta. Kate D.

Vive con AUD y cambios en el estado de salud

Edad: 49

Antecedentes: AUD, diabetes y antecedentes familiares complicados

Aspecto cognitivo: Intacto

Dinámica familiar:

Familiar: "Tienen que impedir que beba".

Personal: "Entiendo la preocupación. La Srta. D. tiene derecho a tomar sus propias decisiones, y nosotros nos centramos en su seguridad".

- Un familiar exige al personal que "le impida beber".
- Trae alcohol a pesar de la preocupación

La Srta. D. afirma:

"Soy adulta. Tomo mis propias decisiones".

Estas historias nos recordarán que la atención no es lineal. Se basa en la confianza, la preparación, la seguridad y los sistemas que rodean a los residentes y al personal.

RECONOCER



EXAMINAR



PLANIFICAR



RESPONDER



REVISAR

Estigma y sesgo

Si bien es importante comprender los riesgos físicos y mentales del consumo de alcohol, también lo es entender los desafíos sociales y emocionales a los que pueden enfrentarse los residentes que consumen alcohol. Muchos residentes sufren el estigma, lo que significa ser objeto de juicios negativos por parte de los demás respecto a su consumo de alcohol. El estigma puede dificultar que los residentes reciban ayuda, empeorar su salud mental y cambiar la manera en que se sienten consigo mismos. El personal debe ser consciente del estigma y el sesgo para poder brindar una atención amable y respetuosa que contribuya a la recuperación y la dignidad de los residentes.

El estigma consiste en tener ideas negativas sobre alguien debido a algo que lo hace diferente, como tener AUD, lo que puede generar discriminación. Por ejemplo, un residente con AUD podría sentir vergüenza de beber y otros podrían pensar que es un “fracaso personal” suyo. El estigma puede empeorar el AUD porque los residentes pueden creer estas ideas negativas, lo que puede provocar tristeza o cambiar la forma en que se sienten consigo mismos.

El estigma que no se aborda puede provocar lo siguiente:

- Señales de advertencia que se ignoran
- Aumento de caídas
- Hospitalizaciones evitables
- Desconfianza entre residentes y el personal, incluido el ocultamiento del consumo
- Retraso o denegación de la atención médica
- Lesiones o muertes evitables

El estigma también afecta al personal. El miedo a “decir algo inapropiado”, la frustración ante comportamientos repetitivos o la angustia moral que surge cuando la autonomía y la seguridad entran en conflicto pueden deteriorar la compasión y la confianza.



El sesgo significa favorecer a un determinado grupo o idea, lo que puede cambiar nuestra forma de pensar y tomar decisiones.

Nuestros sesgos provienen de nuestra cultura, de lo que aprendemos de los demás y de nuestras propias experiencias y creencias.

El sesgo implícito se produce incluso sin que nos demos cuenta, porque nuestro cerebro intenta comprender el mundo rápidamente.

Podemos reducir el sesgo aprendiendo más, escuchando a diferentes personas y tratando a todos de forma imparcial.^{1,2}

Ejercicio sobre estigma y sesgo del personal

Piense en alguna ocasión en la que el consumo de alcohol de un residente le haya resultado frustrante o preocupante. ¿Qué suposiciones pudieron haber influido en su respuesta?

Paso 1: Identidad

Pida a los participantes que escriban en privado tres identidades que tengan.

Pueden ser roles sociales, profesionales, vinculares o personales.

Ejemplos (los participantes eligen los suyos):

Padre/madre Hermano/a Veterano/a Maestro/a Cuidador/a Amigo/a

Paso 2: Errores

A continuación, pida a los participantes que escriban dos cosas que hayan hecho mal o de las que se arrepienten en su vida.

Estos casos deberían ser:

- No traumáticos
- Nada abiertamente ilegal
- Algo que reconocen con naturalidad en privado

Ejemplos (solo a modo de orientación):

- No cumplí un plazo importante
- Robé un paquete de caramelos
- Tomé una mala decisión
- No acompañé a alguien cuando debería haberlo hecho

Paso 3: Eliminar una identidad

Ahora, pida a los participantes que tachen una de las tres identidades que mencionaron.

Paso 4: Promover el error

A continuación, pida a los participantes que rodeen con un círculo uno de los errores e imaginen que ahora se ha convertido en el rasgo principal que los demás asocian con ellos.

Explicar: "Este error es ahora lo primero que la gente sabe de ti. Aparece en registros, conversaciones o suposiciones antes que en cualquier otra cosa".

Preguntas para reflexionar

Invite a los participantes a reflexionar en silencio o a debatir (opcional):

¿Qué se siente al perder una identidad que era importante para usted?

¿Qué se siente al ver que un error se eleva por encima del resto de lo que usted es?

¿Qué suposiciones podrían hacer los demás sobre usted basándose en ese único detalle?

¿Cómo podría esto afectar su acceso a la confianza, las oportunidades o el apoyo?

¿Quién experimenta con mayor frecuencia este tipo de reducción de identidad en nuestros sistemas?

Conclusión clave

El estigma suele aparecer cuando se permite que una acción, un diagnóstico o un error prevalezca sobre la identidad completa de una persona. En la atención médica, los servicios sociales y los sistemas públicos, esto puede influir en las decisiones, el lenguaje y los resultados, a menudo sin una intención consciente. Este ejercicio no busca generar culpa. Busca generar conciencia. Cuando reconocemos la facilidad con la que se puede reducir la identidad, nos volvemos más conscientes del lenguaje, de las suposiciones y de las decisiones, especialmente para las personas que ya enfrentan el estigma en torno a su consumo de alcohol.

Cómo el estigma actúa de barrera para obtener ayuda

El estigma es un problema importante porque los residentes pueden preocuparse por cómo los tratarán sus amigos, sus familiares o el personal. El estigma puede provocar malentendidos, disminuir la calidad de la atención y hasta dar lugar a un trato injusto. Algunas personas creen erróneamente que la adicción es una elección, lo que dificulta proporcionar una buena atención. Una investigación de la Universidad Johns Hopkins revela que la gente suele ser más negativa hacia alguien con una adicción que hacia alguien con una enfermedad mental.³

Cuando trabaja con residentes que consumen alcohol, es importante dejar de lado las propias experiencias y no juzgarlos. Concéntrese en ser amable y comprensivo. Recuerde que la situación de cada persona es diferente. Dé a cada residente la atención que necesita sin dejar que sus propios sentimientos interfieran. Esto ayuda a crear un lugar seguro y respetuoso donde los residentes se sienten valorados.

Cómo reducir el estigma

El estigma puede ser una gran barrera para la atención y la recuperación de las personas con un consumo perjudicial de alcohol o AUD. Aquí presentamos algunas maneras de crear un ambiente de apoyo y respeto:

- Trate a todos los residentes con dignidad y respeto. Todas las personas merecen una atención compasiva y centrada en ellas.
- Genere conciencia entre compañeros y residentes de que el AUD es una afección médica diagnosticada que tiene tratamientos eficaces y basados en la evidencia.
- Reconozca que el AUD no es una cuestión de "fuerza de voluntad" ni de fracaso personal. Es un problema de salud complejo que puede afectar a cualquier persona.
- Si ocupa un cargo de directivo, proporcione formación continua al personal sobre el consumo perjudicial de alcohol, el AUD, el estigma y el sesgo.
- Fomente conversaciones abiertas sobre el estigma y su impacto en la atención y la recuperación.
- Utilice un lenguaje que no estigmatice. Las palabras tienen poder; elija aquellas que sanan en lugar de las que dañan.
- Evite las etiquetas o la culpa. Por ejemplo, sustituya términos como "alcohólico" por "persona con trastorno por consumo de alcohol".

Cuando intentamos entender a las personas en lugar de juzgarlas, creamos un espacio amable y solidario. De ese modo, se frenan las ideas injustas sobre los demás y se ayuda a los residentes a sentirse vistos, apoyados e importantes mientras trabajan para mejorar.⁴

La dignidad es mutua

La dignidad de los residentes y la dignidad del personal están profundamente conectadas. Cuando los residentes se sienten juzgados o ignorados, la confianza se desgasta. Cuando el personal se siente sin apoyo o culpabilizado, aumentan el agotamiento y el daño moral.

Humanizar el consumo de alcohol protege a todos en el entorno asistencial.

El personal directivo establece las pautas. Cuando el personal directivo nombra abiertamente el estigma y da el ejemplo con un lenguaje centrado en la persona, el personal se siente más seguro al practicar la empatía y al seguir las mejores prácticas.

Las palabras importan

El lenguaje da forma a la percepción y la percepción da forma a la atención.

Comprender el estigma y el sesgo también significa saber lo poderosas que pueden ser las palabras. Las palabras que usamos pueden llevarnos, sin querer, a tener una visión injusta de los residentes y a cambiar la forma en que los cuidamos. El uso de palabras antiguas o despectivas puede hacer que alguien parezca una mala persona y afectar el modo en que el siguiente miembro del personal lo trate. Todo el personal debe usar palabras amables, justas y veraces. Las notas deben describir lo que ve, no adivinar ni usar etiquetas.

En lugar de etiquetar, documente lo siguiente:

- Comportamientos que se observan
- Las experiencias relatadas por los residentes
- Preocupaciones por la seguridad
- Medidas de atención adoptadas

Utilizar un lenguaje respetuoso y que no estigmatiza no es solo una cuestión de amabilidad; es una estrategia de seguridad. La documentación clara y neutral logra lo siguiente:

- Mejora la comunicación del equipo
- Reduce el sesgo en la toma de decisiones
- Respalda una planificación de atención correcta
- Con el tiempo, genera confianza entre los residentes

Si elegimos nuestras palabras con cuidado, podemos ser amables, brindar una mejor atención y mostrar respeto por todas las personas.

Palabras adicionales para usar⁵

Trastorno por consumo de alcohol (AUD)

Abuso de alcohol

Persona en recuperación

**Persona en recuperación de un trastorno
por consumo de alcohol**

Consumo perjudicial de alcohol

Persona con AUD

Enfermedad hepática asociada con el alcohol

**Cirrosis asociada con el alcohol
(o hepatitis, etc.)**



El recorrido del residente - Sr. A.

Cuando el personal describió el comportamiento del Sr. A. usando un lenguaje neutral y objetivo en lugar de etiquetas, las conversaciones sobre su atención se centraron en la seguridad y el apoyo. Esta coherencia ayudó al Sr. A. a sentirse respetado y más predispuesto a participar.

Responsabilidad compartida por el cambio cultural

Reducir el estigma no es solo responsabilidad del personal.

Requiere lo siguiente:

- Capacitación continua
- Ejemplo del personal directivo
- Políticas claras
- Espacio de reflexión y aprendizaje

Reflexión del personal

Si otro miembro del personal leyera su nota, ¿qué imagen del residente se crearía? ¿Se le despertaría curiosidad o juicio?

¿Qué pequeño cambio en el lenguaje podría introducir hoy para mejorar la confianza con los residentes?

Diferencia entre consumo de alcohol y trastorno por consumo de alcohol

Definición

El trastorno por consumo de alcohol (AUD, por sus siglas en inglés) se define como el consumo de alcohol que provoca síntomas que afectan al cuerpo, los pensamientos y el comportamiento. Es importante comprender que se trata de una afección médica crónica diagnosticada por un proveedor autorizado. Afecta el funcionamiento del cerebro y el cuerpo, lo que dificulta controlarlo o dejar de beber. El AUD puede causar problemas físicos, emocionales y sociales. En 2024, 28 millones de personas de 12 años o más (o 1 de cada 10 personas) tenían AUD en Estados Unidos.⁶

Síntomas del AUD

Según la obra de referencia definitiva sobre salud mental y trastornos por consumo de sustancias, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, (DSM-5-TR) (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición), el AUD se diagnostica cuando una persona presenta dos o más síntomas en un plazo de 12 meses. Los síntomas se clasifican en tres áreas principales:

Control del consumo de alcohol	Efectos en la vida cotidiana	Adicción física
Beber más o durante más tiempo del previsto	Beber incluso cuando perjudica su cuerpo o sus sentimientos	Necesitar más alcohol para sentir los mismos efectos (tolerancia)
Intentar detenerlo o reducirlo, pero no poder	Beber incluso cuando causa problemas en casa, en el trabajo o en la escuela	Sentirse mal, tener temblores, ansiedad o náuseas cuando se reduce o se interrumpe el consumo de alcohol (síndrome de abstinencia)
Pasar mucho tiempo bebiendo o sentirse mal después de beber alcohol	No poder cumplir con las responsabilidades debido al consumo de alcohol	
	Consumir alcohol en situaciones peligrosas (p. ej., al conducir)	

El AUD varía de leve a grave y puede causar problemas físicos, emocionales y sociales. El AUD puede ser leve, moderado o grave, dependiendo de la cantidad de síntomas que presente la persona.⁷

Niveles de gravedad

Nivel	Cantidad de síntomas	Ejemplo de presentación
Leve	2 o 3	Consumo social de alcohol que se está infiltrando en el uso diario; alteración de roles menores
Moderado	4 o 5	Tensión en las relaciones o el trabajo, síndrome de abstinencia y mayor tolerancia
Grave	6 o más	Dependencia diaria, complicaciones médicas y aislamiento social

(DSM-5; Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013)

Consumo de alcohol vs. trastorno por consumo de alcohol

La diferencia entre el consumo activo de alcohol y el AUD radica en que el consumo activo de alcohol generalmente implica un consumo moderado y no conlleva consecuencias negativas, como problemas legales, problemas de salud o un deterioro significativo en la vida diaria. Además, si una persona con un consumo moderado de alcohol decide reducir el consumo o dejar de beber y no experimenta ningún síntoma del síndrome de abstinencia, no tiene un AUD.⁸

Riesgo de consumo nocivo de alcohol de los residentes

El consumo excesivo de alcohol puede causar problemas graves de salud, como enfermedades cardíacas y hepáticas, pérdida de memoria, cambios de humor, ciertos tipos de cáncer y debilitamiento del sistema inmunitario. Con la edad, el cuerpo cambia (se pierde masa muscular y aumenta la grasa corporal), lo que provoca que el alcohol permanezca más tiempo en el organismo. Como consecuencia, los efectos del alcohol se notan más rápidamente, incluso cuando se consumen cantidades pequeñas. Las mujeres mayores suelen ser más sensibles a estos efectos que los hombres mayores.

Otra preocupación es la interacción entre alcohol y medicamentos. Muchos adultos mayores toman varios medicamentos recetados y mezclarlos con alcohol puede ser peligroso o incluso potencialmente mortal.

Los adultos mayores tienen un mayor riesgo de sufrir daños relacionados con el alcohol por los siguientes motivos:

- Son más sensibles a los efectos del alcohol en el equilibrio, la coordinación y la atención, lo que aumenta el riesgo de caídas y accidentes.
- El alcohol puede aumentar la presión arterial y empeorar afecciones como enfermedades cardíacas, diabetes y problemas respiratorios.
- El alcohol puede interferir en la forma en que actúan los medicamentos o aumentar los efectos secundarios.
- El consumo excesivo o prolongado de alcohol puede acelerar la pérdida de memoria y aumentar el riesgo de demencia.⁹

Efectos del alcohol en el cuerpo

El consumo excesivo de alcohol también puede dañar el cerebro y la memoria. Con el tiempo, puede causar problemas graves como la demencia relacionada con el alcohol o el síndrome de Wernicke-Korsakoff, un problema cerebral que se produce cuando el cuerpo no tiene suficiente vitamina B1. Consumir mucho alcohol de golpe puede provocar desmayos y caídas, y hacer que la persona actúe de forma peligrosa o perjudicial para sí misma o para los demás.^{10, 11}

Puntos clave

Con el tiempo, el alcohol puede perjudicar el pensamiento, la memoria y la capacidad de tomar decisiones.

Consumir mucho alcohol o demasiado rápido puede provocar desmayos, caídas y lesiones.

El consumo prolongado de alcohol puede agravar otros problemas de salud y aumentar la probabilidad de accidentes.

Información adicional: [Cómo abordar el consumo de alcohol en centros de enfermería especializada](#)

¿Qué cuenta como “una bebida”?

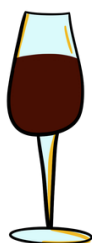
Una bebida estándar equivale a:

- 12 onzas de cerveza normal (1 lata)
- 5 onzas de vino (1 copa pequeña)
- 1.5 onzas de bebidas destiladas (1 chupito)

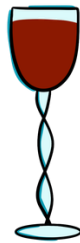
Sugerencia: Las raciones más grandes o las bebidas combinadas pueden contar como más de una bebida.



12 onzas de
cerveza
normal
(1 lata)



5 onzas
de vino
de mesa



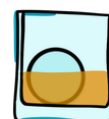
2 a 3 onzas
de licor
o un
aperitivo



1.5 onzas
de brandi
o coñac
(un solo
vacito
medidor)



8 a 10 onzas
de licor de
malta o
seltzer con
alcohol



1.5 onzas de
bebidas
alcohólicas
destiladas
(ginebra, ron,
tequila, vodka,
whisky, etc.)

¿Cuándo se convierte en un problema el consumo de alcohol?

El consumo de alcohol se vuelve preocupante cuando ocurre lo siguiente:

- Interfiere en las actividades diarias, las relaciones o la salud.
- Provoca caídas repetidas, confusión o interacciones con medicamentos.
- Causa síntomas de síndrome de abstinencia al interrumpirse el consumo de alcohol.
- Afecta el estado de ánimo, el sueño o la nutrición.
- Se necesitan cantidades cada vez mayores para obtener el mismo efecto.

Conversaciones que generan confianza

Los exámenes de detección como práctica de seguridad y herramientas de evaluación

Los exámenes de detección de consumo nocivo de alcohol son una práctica de seguridad estándar y una oportunidad fundamental para generar confianza. Cuando se realizan de forma coherente y respetuosa, reducen el estigma y fomentan la divulgación honesta de información. Consulte el Apéndice D para ver el árbol de decisiones de exámenes de detección y las respuestas.

El personal debe explicar claramente los exámenes de detección y normalizar el proceso:

- Los exámenes de detección se realizan a todos
- Los exámenes de detección tienen que ver con la seguridad, no con el castigo
- Los residentes mantienen el control de la información que comparten

Los exámenes de detección deben tener las siguientes características:

- Deben ser privados para que los residentes se sientan seguros.
- Deben ser libres de prejuicios: "Realizamos exámenes de detección a todos para asegurarnos de poder brindarles el apoyo que necesitan".
- Se deben realizar cuando el residente llega por primera vez a su residencia de reposo o centro de cuidados a largo plazo.
- Se deben realizar a cada residente al menos una vez al año.
- Se deben realizar siempre que haya cambios en el comportamiento o en la salud.
- Se deben realizar tras un gran cambio en la vida o un acontecimiento traumático.

Reflexión del personal

La forma en que se introducen los exámenes de detección puede influir en toda la relación de atención médica. ¿Qué palabras ayudan a los residentes a sentirse seguros en lugar de juzgados?

¿Por qué se realizan los exámenes de detección?

Los resultados de los exámenes de detección orientan la conversación, no las conclusiones. Piense en los exámenes de detección como el comienzo de un recorrido:



Hacer preguntas simples y basadas en evidencia puede ayudar a determinar si el consumo de alcohol de un residente está generando problemas. Los exámenes de detección no son un diagnóstico; solo indican si se necesita evaluación o apoyo adicionales. Detectar los problemas a tiempo ayuda a prevenir problemas de salud y conecta a los residentes con la atención médica apropiada.

Muchos residentes consumen alcohol por motivos como soledad, dolor o problemas para dormir. Sin embargo, el alcohol puede empeorar estos problemas y causar riesgos graves para la salud.

Herramientas de detección recomendadas:

AUDIT-C (3 preguntas): un cuestionario breve sobre hábitos de consumo de alcohol

- ¿Con qué frecuencia consumió bebidas alcohólicas durante el último año?
- Durante los días en los que consumió alcohol en el último año, ¿cuántas bebidas consumía normalmente?
- ¿Con qué frecuencia consumió 6 o más bebidas alcohólicas (para hombres) o 4 o más (para mujeres y toda persona mayor de 65 años) en una sola ocasión durante el último año?

Si esta herramienta no le parece adecuada para su centro, consulte los apéndices E a H para obtener más opciones basadas en la evidencia.

Entrevista motivacional

La entrevista motivacional es una manera de hablar con los residentes que les ayuda a reflexionar sobre el cambio a su propio ritmo. El objetivo no es decirles a los residentes qué tienen que hacer, sino escucharlos, mostrarles respeto y apoyar sus decisiones.

El personal utiliza la entrevista motivacional para hacer lo siguiente:

- Hacer preguntas abiertas y honestas
- Escuchar sin juzgar
- Respetar las decisiones de los residentes
- Ayudar a los residentes a pensar si quieren reducir el consumo, dejarlo por completo o mantener las cosas como están
- Los residentes son más propensos a comprometerse con el tratamiento cuando sienten que son escuchados y que tienen el control de sus decisiones.



Estas conversaciones ayudan al personal a generar confianza y a crear planes de atención que se ajusten a los objetivos de los residentes y a su preparación para el cambio.

Conversación con un residente sobre el consumo de alcohol

Un residente consume alcohol casi todas las noches. El personal desea saber cómo están los residentes y comprender sus opiniones sobre su consumo de alcohol.

Ejemplo 1: Entrevista motivacional: Enfoque correcto

Personal: "¿Podríamos hablar unos minutos sobre su consumo de alcohol?"

Residente: "Supongo que sí".

Personal: "Gracias. ¿Cómo se siente en este momento respecto a su consumo de alcohol?"

Residente: "No creo que sea un gran problema, pero sí me siento cansado por las mañanas".

Personal: "Parece que beber le ayuda a relajarse, pero no le gusta estar cansado".

Residente: "Sí, no me gusta sentirme cansado".

Personal: "¿Qué cree que podría ayudarlo a sentirse mejor por las mañanas?"

Residente: "Tal vez beber un poco menos".

Personal: "Tiene sentido. Si lo desea, podemos hablar sobre algunas opciones y el apoyo que tenemos disponible".

Por qué funciona:

El miembro del personal escucha

El residente dirige la decisión

Sin la presión de que lo juzguen

Ejemplo 2: No es entrevista motivacional: Qué evitar

Personal: "No debería consumir alcohol. Es malo para la salud".

Residente: "Llevo años bebiendo de esta manera".

Personal: "Bueno, tiene que parar o empeorará".

Residente: "No quiero hablar de esto".

Por qué no funciona:

El miembro del personal le dice al residente lo que tiene que hacer

El residente se siente juzgado

La conversación se acaba

Documentación y privacidad:

El personal debe documentar los resultados con cuidado y mantener la información en privado, compartiéndola únicamente con el equipo de atención médica.

- Registre los resultados en la historia clínica del residente.
- Mantenga la confidencialidad de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés).
- Comparta la información solo con el personal involucrado de forma directa en la atención.



El recorrido del residente - Sr. A.

El personal observó que el Sr. A. tenía dificultades para mantener el equilibrio al caminar, faltaba a las actividades matutinas y tenía lecturas de presión arterial más altas. Para averiguar qué le ocurre al Sr. A., un proveedor de atención médica tuvo una conversación individual con él para realizarle un examen de detección.

Examen de detección y conversación

Personal de enfermería utiliza una breve herramienta de detección de consumo de alcohol y realiza un seguimiento con una conversación de entrevista motivacional (MI, por sus siglas en inglés).

Diálogo de ejemplo

"He notado que últimamente parece más cansado. ¿Le parecería bien si habláramos de cómo el alcohol influye en su día a día?"

El Sr. A. comenta que beber le ayuda a relajarse, pero admite que se ha sentido más débil.

"¿Qué es lo que más le gusta de consumir alcohol? ¿Y qué cosas no le gustan tanto?"

¿Con qué frecuencia consumió bebidas alcohólicas durante el último año?

En los días en que consumió alcohol en el último año, ¿cuántas bebidas consumía normalmente?

¿Con qué frecuencia consumió 4 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión durante el último año?

Reflexión del personal:

- ¿Qué señales le hicieron detenerse y reflexionar?
- ¿El personal le pidió permiso?
- ¿El personal evitó emitir juicios o hacer suposiciones?
- ¿Cómo documentaría esta observación?

Planificación de la atención

Cómo incorporar la preparación para el cambio

A medida que pasamos del examen de detección a la planificación de la atención, es importante recordar que el estigma y el sesgo pueden afectar la forma en que las personas se sienten al buscar ayuda. Cuando los planes de atención son respetuosos y centrados en la persona, pueden ayudar a eliminar estas barreras. La planificación de la atención funciona mejor cuando los residentes se sienten escuchados y respetados. Los planes deben reflejar lo siguiente:

- Los objetivos del residente
- Su preparación para el cambio
- Las necesidades de seguridad inmediatas
- Las oportunidades de reducción de daños

Al elaborar o actualizar un plan de atención, tenga en cuenta la preparación de los residentes para modificar su consumo de alcohol. El Modelo de etapas del cambio (Prochaska y DiClemente) ofrece un marco para entender en qué punto del proceso de recuperación se encuentra un residente.¹²

Los residentes pueden avanzar y retroceder durante las etapas y el apoyo del personal es más eficaz cuando se ajusta a la etapa actual del residente.



Es importante conectar con los residentes en la situación en que se encuentren, ya sea que estén empezando a considerar el cambio o que sigan desarrollando nuevos hábitos. Alinear las intervenciones al nivel de preparación de los residentes ayuda a que se sientan comprendidos y apoyados.

- Precontemplación: Concéntrese en generar confianza y concientización y, al mismo tiempo, evite la confrontación.
- Contemplación: Ofrezca información y analice las ventajas y desventajas del cambio.
- Preparación: Incentive el establecimiento de objetivos y la conexión con recursos.
- Acción: Refuerce el progreso y las estrategias de afrontamiento.
- Mantenimiento: Fomente el apoyo continuo y la prevención de recaídas.
- Recaída (volver a consumir): Responda con empatía y retome el apoyo sin juzgar.
 - Comienza con la etapa de precontemplación, donde es posible que no vean el consumo de alcohol como un problema.
 - Luego, en las etapas de contemplación y determinación, comienzan a reconocer el problema y a planificar el cambio.
 - La etapa de acción ocurre cuando trabajan activamente para detener o reducir el consumo de alcohol.
 - En la etapa de mantenimiento, los residentes intentarán sostener su progreso y evitar contratiempos (recaídas). Este modelo nos ayuda a entender y apoyar a los residentes en cada etapa de su proceso de recuperación.

Reflexión del personal

Piense en un residente que consume alcohol con regularidad. ¿Qué etapa lo describe mejor en la actualidad? ¿Cómo sería el apoyo en el "siguiente paso"?

Cuando un residente no está preparado para cambiar sus hábitos de consumo de alcohol, ¿cómo puede la planificación de la atención seguir promoviendo la dignidad y la seguridad?

Recorrido del residente: Sr. A.

Inicialmente, el Sr. A. no consideraba que su consumo de alcohol fuera un problema. Gracias a que el personal abordó el examen de detección de forma respetuosa y como una práctica de rutina, se generó confianza.

Reducción de daños

Personal: "Parece que no está preparado para dejar de consumir alcohol y eso está bien. ¿Estaría dispuesto a considerar algunas ideas para ayudarlo a mantenerse a salvo?"

Sr. A.: "Sí, podría probar un par de cosas".

El Sr. A. no está preparado para dejar de consumir alcohol, pero acepta lo siguiente:

- Beber más temprano durante el día
- Limitar la cantidad de bebidas
- Comer antes de beber
- Aceptar ayuda para evitar caídas

Reflexión

¿El personal respetó las decisiones del residente?

¿Qué opciones de reducción de daños se ofreció?

¿Cómo puede el personal hacer un seguimiento sin presionar?



Tratamiento

El tratamiento no es una decisión que se pueda tomar en un único momento. Es un proceso en constante evolución y moldeado por la confianza, la preparación y la seguridad.

Los residentes pueden hacer lo siguiente:

- Querer dejar de consumir alcohol
- Querer reducir el consumo
- No querer cambiar nada
- Cada postura merece una respuesta basada en el respeto y la seguridad

Las entrevistas motivacionales, las estrategias de reducción de daños y la realización de un nuevo examen de detección ayudan a garantizar que los planes de atención sigan alineados con los objetivos de los residentes.

- Después del examen de detección: Use las respuestas de los residentes para orientar los próximos pasos.
- Durante la planificación de la atención: Alinee los objetivos a la capacidad del residente para afrontarlos y no fuerce el tratamiento antes de que esté preparado.
- Si está preparado: Ayude al residente a prepararse para hablar con sus redes de apoyo y encontrar el tipo de tratamiento adecuado (p. ej., medicamentos para el tratamiento de la adicción [MAT, por sus siglas en inglés], terapia o grupos de apoyo).
- Durante todo el proceso: Fomente la comunicación regular, involucre a la familia si es conveniente y realice un seguimiento del examen de detección para comprobar el progreso.

No todos los residentes estarán preparados para el cambio. Su función consiste en evaluar y mantener un entorno de apoyo y libre de estigma que ayude a los residentes a avanzar a su propio ritmo, adaptándose a sus necesidades actuales y priorizando la salud y la seguridad.

Recorrido del residente: Sr. A.

Con el tiempo, el Sr. A. se fue expresando con mayor franqueza, lo que permitió al personal ajustar su plan de atención para reducir el riesgo de caídas y garantizar su seguridad, incluso antes de que estuviera preparado para el cambio.

Actualización del plan de atención

Personal: "Anotaremos lo que es importante para usted para que todos en el equipo apliquen el mismo plan". El plan de atención incluye lo siguiente:

- Control de signos vitales
- Revisión de medicamentos
- Conversaciones constantes
- Documentación clara de los objetivos del residente
- Los planes de atención promueven la seguridad y la calidad de vida, no el castigo.

Reflexión del personal

¿Qué significa "éxito" cuando la abstinencia no es el objetivo?
¿Cómo medimos la seguridad, la confianza y el compromiso?

Reflexión

- ¿El plan de atención refleja los objetivos del residente?
- ¿El lenguaje es respetuoso?
- ¿El plan es realista?

Consideraciones sobre el síndrome de abstinencia y la seguridad

El síndrome de abstinencia no es un trastorno del comportamiento, sino una afección médica. Cuando una persona con AUD reduce o suspende el consumo de alcohol, puede experimentar síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia puede ser leve, pero también puede volverse grave o incluso potencialmente mortal. El residente puede sentir la necesidad de consumir alcohol para aliviar o evitar dichos síntomas. Por eso es importante que el personal detecte los síntomas a tiempo y mantenga la seguridad de los residentes. Consulte el Apéndice I para obtener una lista de verificación de los síntomas.

Síntomas frecuentes del síndrome de abstinencia de alcohol

El síndrome de abstinencia puede empezar desde unas horas hasta unos días después de dejar de consumir alcohol. Según el DSM-5, una persona puede estar teniendo síndrome de abstinencia de alcohol cuando se presentan dos o más de los siguientes síntomas:

- Sudoración o aceleración del ritmo cardíaco
- Temblor en las manos
- Dificultad para dormir
- Náuseas o vómitos
- Ver, escuchar o sentir cosas que no son reales
- Preocupación o nerviosismo
- Malestar, inquietud o incapacidad para quedarse quieto
- Convulsiones (temblores o sacudidas incontrolables)

Cómo mantener la seguridad de los residentes

- El síndrome de abstinencia puede agravarse rápidamente.
- Detectar los síntomas a tiempo ayuda al personal a supervisar a los residentes de forma segura y a obtener ayuda médica si es necesario.
- Comprobar el riesgo de síndrome de abstinencia ayuda al personal a elaborar un plan de atención seguro.

¿Qué debe hacer el personal?

- Observe si aparecen dos o más síntomas de síndrome de abstinencia.
- Informe al personal de enfermería o a un proveedor médico de inmediato.
- Siga los planes de atención de supervisión y seguridad.
- Asegúrese de que el entorno del residente sea seguro mientras se observan los síntomas.

Prevención de sobredosis o intoxicación por alcohol

Capacite al personal sobre el reconocimiento de los signos de sobredosis o intoxicación por alcohol, y asegúrese de que los protocolos de respuesta ante emergencias se apliquen y estén claramente publicados. Incluya capacitación sobre naloxona cuando corresponda. Consulte el Apéndice J para ver el árbol de decisiones sobre sobredosis.

Directrices clave^{13,14}

- Confusión, respiración irregular o piel azulada → Llame al 911 inmediatamente.
- No deje al residente solo ni intente provocarle el vómito.
- Realice respiración artificial si la persona no respira.
- Colóquelo en la posición lateral de seguridad mientras espera asistencia médica.
- Administre naloxona si es posible que haya opioides involucrados.

Síntomas de intoxicación por alcohol

- Confusión o falta de respuesta
- Respiración lenta o irregular (<8/min)
- Piel azul o pálida
- Convulsiones
- Vómitos estando inconsciente



Medidas de respuesta ante emergencias cuando un residente podría estar sufriendo una intoxicación por alcohol

1. Compruebe si responde: agítelo suavemente y grite.
2. Llame a los servicios de emergencia.
3. Colóquelo en la posición de recuperación (de lado y con la cabeza inclinada).
4. Compruebe la respiración hasta que llegue la ayuda.
5. Realice respiración artificial si la persona no respira.
6. No se vaya ni intente que se "duerma para que se le pase".
7. Administre naloxona si se sospecha el consumo de opioides.

Medidas preventivas

Fomente el consumo moderado de alcohol o la abstinencia total de alcohol en exceso.

Informe a los residentes sobre las interacciones con medicamentos.

Apoyos basados en la comunidad

Organizaciones de recuperación

Los grupos en línea y los grupos basados en la comunidad pueden ser útiles durante el síndrome de abstinencia de alcohol, el tratamiento activo y el apoyo a largo plazo de otras personas que tienen experiencias de vida similares. Consulte el Apéndice K para obtener más información sobre estas organizaciones.

SMART Recovery es el método líder, basado en la evidencia, para superar conductas adictivas y llevar una vida equilibrada. Para encontrar reuniones en línea o presenciales en su área, comience aquí: [Encuentre una reunión](#)

Alcohólicos Anónimos (AA) es una comunidad de personas que se reúnen para compartir su experiencia con el AUD y recibir apoyo de otras personas que los comprenden. AA funciona como un programa de 12 pasos.

[Encuentre una reunión](#)
[Aplicación para encontrar reuniones](#)
212-870-3400

Life Ring Secular Recovery ofrece vías de recuperación basadas en la abstinencia, laicas y autodirigidas con reuniones y comunidades de apoyo. Obtenga más información y encuentre reuniones aquí: [Encuentre una reunión](#)
800-811-4142



Grupos para familiares

Familias Anónimas (FA) ofrece apoyo y compañía a familiares y amigos de personas con trastorno por consumo de alcohol o sustancias. Directorio de reuniones: [Encuentre una reunión](#)

Al-Anon es un programa de apoyo mutuo para personas que tienen un familiar o amigo con AUD. Obtenga más información y encuentre una reunión aquí: [Encuentre una reunión](#)

Otros grupos de apoyo para diferentes afecciones que pueden coexistir con el AUD:

- [Narcóticos Anónimos](#)
- [Jugadores Anónimos](#)

Recursos en Massachusetts

Línea de ayuda para el consumo de sustancias de Massachusetts:

[Sitio web](#) en inglés; [sitio web](#) en español; también puede llamar para hablar con un especialista.

Oficina de Servicios de Adicción a Sustancias (BSAS, por sus siglas en inglés)

del Departamento de Salud Pública (617) 624-5111

Centros Comunitarios de Salud Conductual (CBHC, por sus siglas en inglés)

Puntos de acceso a servicios para personas mayores (ASAP, por sus siglas en inglés)

Red de Salud Conductual para Adultos Mayores de Massachusetts

Servicios para veteranos

Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales, sede de Massachusetts (NAMI MA, por sus siglas en inglés)

[Línea de ayuda de Compass](#)

Recursos nacionales

Línea de ayuda 988

Asociaciones profesionales de especialistas en adicciones, tanto médicos como no médicos

- [Academia Estadounidense de Psiquiatría de las Adicciones](#) | 401-524-3076
- [Asociación Estadounidense de Psicología](#) | 1-800-374-2721

(Solicite el número de referencia de su estado para encontrar psicólogos especializados en adicciones).

- [Sociedad Estadounidense de Medicina de las Adicciones](#) | 301-656-3920

Buscadores de tratamientos

[NIAAA Alcohol Treatment Navigator®: Cómo encontrar un tratamiento de calidad para el alcoholismo](#)

Localizador de servicios de tratamiento de salud conductual de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental de EE. UU. (SAMHSA, por sus siglas en inglés)

1-800-662-HELP (4357)

Tratamientos

Tratamientos psicosociales

Las terapias conductuales para el AUD ayudan a los residentes a cambiar sus comportamientos, desarrollar estrategias de afrontamiento saludables y mejorar su motivación y sus sistemas de apoyo.

- Entrevista motivacional (MI)
- Terapia cognitivo-conductual (TCC) con un profesional de la salud mental
- Grupos de apoyo de pares (AA, SMART Recovery, Women for Sobriety, etc.)
- Apoyo cultural o religioso
- Actividades estructuradas para reducir el aislamiento

Medicamentos para el tratamiento de la adicción (MAT) para el AUD

El tratamiento asistido por medicamentos, o MAT (por sus siglas en inglés), se produce cuando un médico u otro proveedor independiente autorizado receta medicamentos para ayudar a residentes con AUD. Estos medicamentos pueden hacer lo siguiente:

- Reducir las ansias de consumir alcohol
- Facilitar la reducción o el cese del consumo de alcohol
- Apoyar la recuperación a largo plazo

El MAT es seguro, está avalado por la ciencia y debe ser recetado por un proveedor médico autorizado. Funciona mejor cuando se aplica junto con asesoramiento, apoyo y un plan de atención claro.

El MAT no es igual para todas las personas. El proveedor elegirá el medicamento más seguro y eficaz en función de los antecedentes médicos, las necesidades y los objetivos de los residentes. El residente es responsable de gestionar el MAT, pero usted puede proporcionarle recordatorios y estar atento a los cambios en su comportamiento o estado mental.

Aquí puede consultar una lista de medicamentos utilizados para el AUD:

[Apéndice L: Cuadro de medicamentos](#)



Recorrido de la residente - Sra. U.

Planificación de la atención posterior al evento

Tras su hospitalización, la Sra. B. regresa con:

- Medicamentos para la prevención del síndrome de abstinencia
- Órdenes claras relacionadas con el consumo de alcohol

El equipo de atención hace lo siguiente:

- Actualiza el plan de atención
- Se comunica con todos los turnos
- Mantiene una conversación abierta y honesta utilizando la MI como herramienta para hablar sobre la seguridad en el futuro

Reflexión

- ¿Cómo puede el personal prevenir el síndrome de abstinencia repentino?
- ¿Se comunica claramente el plan de cuidados a todos los turnos?
- ¿Cómo podemos reducir el riesgo en el futuro?

Reunión de revisión del personal

El equipo directivo realiza una reunión de revisión con el personal:

- ¿Qué salió bien?
- ¿Qué causó estrés?
- ¿Qué podemos mejorar la próxima vez?
- ¿Cómo afectó esta situación emocionalmente al personal?

Familia y comunidad

El apoyo a los residentes con consumo perjudicial de alcohol y a aquellos con AUD no se limita a las paredes de la residencia de reposo. Las familias, los cuidadores y los programas comunitarios desempeñan un papel esencial para ayudar a los residentes a mantener su salud, seguridad y recuperación. Las familias y los cuidadores pueden ser aliados valiosos en el apoyo a los residentes.

A menudo, poseen información valiosa sobre los antecedentes, conocimientos y preocupaciones relacionadas con la seguridad y el bienestar de su ser querido. Al mismo tiempo, la participación de la familia siempre debe estar guiada por el consentimiento del residente, límites claros y expectativas compartidas.

Participación familiar eficaz:

- Centra los objetivos y las preferencias de los residentes
- Respeta la privacidad y el consentimiento
- Establece funciones y límites claros
- Se centra en la seguridad y la dignidad, no en el control



Recorrido de la residente - Srta. D.

Dinámica familiar

Familia de la Srta. D.: "Tienen que impedir que beba".

Personal: "Entiendo la preocupación. La Srta. D. tiene derecho a tomar sus propias decisiones, y nosotros nos centramos en su seguridad".

La familia de la Srta. D. exige que el personal "le impida beber" y trae alcohol a pesar de las preocupaciones

La Srta. D. afirma: "Soy adulta. Tomo mis propias decisiones".

El personal mostró empatía ante la preocupación de la familia, al tiempo que respetó los objetivos de la Srta. D. El personal directivo respaldó la coherencia en los mensajes y la aclaración de las políticas, al tiempo que redujo el conflicto y fomentó la confianza en todas las partes.

Reflexión del personal

¿Cómo concilia la preocupación familiar con el derecho de un residente a la autonomía y la privacidad?

Respuesta y conversación del personal

Personal: "¿Qué aspectos de su familia le resultan útiles y cuáles le generan estrés?".

Srta. D.: "Quiero apoyo, no control".

El personal formula preguntas de seguimiento a la Srta. D. para explorar lo siguiente:

- Sus objetivos
- Lo que se siente como apoyo vs. lo que se siente como control

El personal también se comunica claramente con la familia sobre lo siguiente:

- Lo que la residencia de reposo puede y no puede hacer
- Respeto a la autonomía de la residente

Participación del personal directivo y de las partes interesadas

Administrador: "Queremos brindarles apoyo a todos, respetando al mismo tiempo los derechos y la seguridad de la Srta. D.".

El personal directivo interviene para:

- Apoyar al personal
- Unificar los mensajes en todo el equipo
- Reunirse con la familia utilizando un enfoque tranquilo y coherente

Proporcionar información sobre la participación familiar, servicios de apoyo locales y recursos comunitarios complementa la atención dentro del centro y ayuda a los residentes a prosperar después del alta. Ninguna residencia de reposo puede mantener a sus residentes por sí misma. Las alianzas sólidas permiten extender la atención más allá del centro y mejoran la continuidad y los resultados.

Priorice las alianzas con organizaciones que comparten los valores de su residencia de reposo:

- Atención centrada en la persona
- Reducción de daños
- Equidad y humildad cultural
- Práctica basada en la comprensión del trauma

Estas alianzas pueden incluir:

- Proveedores de tratamiento
- Organizaciones de recuperación y apoyo de pares
- Servicios de reducción de daños
- Grupos comunitarios culturalmente específicos
- Centros para personas mayores

Puede encontrar más información y recursos útiles en los apéndices que figuran al final de este kit de herramientas.

Reflexión del personal

- ¿Cómo el personal concilia las preocupaciones familiares con los derechos de la residente?
- ¿Qué lenguaje mantiene tranquila la conversación?
- ¿Cuándo debe intervenir el personal directivo?

Reflexión del personal

¿Qué aliados comunitarios se sienten identificados con su residencia de reposo? ¿En qué aspectos podrían mejorarse las relaciones más sólidas en la atención de los residentes?

Apoyos al personal

Capacitación del personal

Generar confianza y coherencia respecto a la forma en que el personal responde es importante para brindar apoyo a los residentes. Se trata de ser amables, velar por la seguridad de las personas y trabajar en equipo. Este enfoque ayuda al personal a aprender a entender, hablar y apoyar a los residentes utilizando métodos probados, basados en la comprensión del trauma y la empatía. Consulte el Apéndice M para ver la lista de verificación.

Este es el proceso:



todo ello para crear un lugar seguro y libre de estigma.

La capacitación sobre este contenido debe realizarse periódicamente:

- Orientación/incorporación: Introducción a conceptos clave, estándares de atención a los residentes y comunicación libre de estigma.
- Capacitaciones en el trabajo: Se ofrecen de forma trimestral o semestral para reforzar las mejores prácticas, presentar las últimas novedades en la atención basada en la evidencia y permitir que el personal reflexione sobre experiencias de la vida real.
- Capacitación anual: Ayuda al personal a desarrollar sus habilidades, a mantener la coherencia y a fomentar un enfoque atento y responsable en la atención a los residentes.

Estas capacitaciones continuas ayudan a proporcionar a todos los miembros del equipo, tanto nuevos como experimentados, los conocimientos, la confianza y la compasión necesarios para brindar una atención de alta calidad y centrada en la persona a los residentes con AUD.

La capacitación basada en escenarios permite al personal practicar la empatía, la seguridad y la comunicación en situaciones realistas.

 **Lista de capacitaciones**



Bienestar del personal, agotamiento emocional y límites

Por qué el bienestar del personal es una cuestión de seguridad

Brindar apoyo a los residentes que tienen una relación compleja con el alcohol demanda esfuerzo emocional, vigilancia y empatía constante. Cuando se descuida el bienestar del personal, aumenta el riesgo de agotamiento laboral y emocional, y daño moral, lo que repercute directamente en la seguridad de los residentes y la calidad de la atención.

El bienestar del personal no es opcional. Es fundamental para una atención segura, constante y digna.^{15,16}

Qué es el agotamiento emocional

Señales:

- Irritabilidad o insensibilidad
- Dificultad para dormir
- Evitar a determinados residentes
- Pérdida de empatía

Estrategias de autocuidado

- Tómese los descansos programados durante su turno
- Realice reuniones de revisión con compañeros después de eventos difíciles
- Haga ejercicio, descanse y disfrute de sus pasatiempos
- Utilice programas de asistencia al empleado o apoyo psicológico

Reflexión del personal

Cuando se siente agotado o abrumado, ¿cómo se manifiesta eso en sus interacciones con los residentes?

Cultura de equipo

Qué promover:

- Supervisión "sin culpas"
- Círculos de reflexión regulares
- Reconocimiento del trabajo emocional

Límites:

- Evite la identificación excesiva con los residentes
- Mantenga los límites profesionales
- Busque ayuda a tiempo para la tensión emocional

Reflexión del personal

¿Qué síntomas de agotamiento emocional le resultan más familiares? ¿Qué tipo de apoyo le resulta más útil cuando los detecta?

La función del personal directivo en el bienestar

El equipo directivo es responsable de crear las condiciones necesarias para que el personal pueda realizar su mejor trabajo. Esto incluye lo siguiente:

- Normalizar las reuniones de revisión posteriores a eventos difíciles
- Proporcionar capacitación y cursos de actualización regulares
- Fomentar el uso de recursos de apoyo
- Trazar límites saludables

Perspectiva del personal directivo

¿Cómo demuestra el equipo directivo que el bienestar del personal es importante, y no solo los resultados?

Prácticas del personal directivo

Por qué el personal directivo es importante

El personal directivo da forma a la cultura de atención en las residencias de reposo. Cuando el equipo directivo da ejemplo de respeto, compasión y responsabilidad, el personal sigue ese ejemplo. De este modo, se crea un entorno seguro y de apoyo donde los residentes que consumen alcohol pueden recuperarse y prosperar.

Acciones clave del personal directivo

1. Forjar una cultura centrada en la persona

- Revisar y actualizar las declaraciones de misión y visión para incluir la atención centrada en la persona.
- Demostrar que valora la opinión de los residentes involucrándolos a ellos y a sus familias en la toma de decisiones.
- Fomentar el uso de un lenguaje que priorice a la persona (p. ej., "persona con AUD" en lugar de "alcohólico").

1. Crear políticas de apoyo

- Desarrollar políticas claras que:
 - Prohíban la discriminación de los residentes que consumen alcohol o que padecen AUD.
 - Incluyan la atención basada en la comprensión del trauma y los principios de reducción de daños.
 - Garanticen que la naloxona esté disponible y guardada de forma segura.
- Formar un Consejo Asesor de Residentes y Familias para orientar las mejoras.
- Integrar servicios cultural y lingüísticamente apropiados (CLAS, por sus siglas en inglés).

1. Proporcionar formación al personal

Capacitar a todo el personal, clínico y no clínico, en las siguientes áreas:

- Comprensión del AUD como una afección médica.
- Reducción del estigma o el sesgo, y apoyo a la recuperación.
- Desencadenantes frecuentes del AUD
- Identidades sociales en el AUD
- Reducción de daños
- Reconocimiento de los signos del síndrome de abstinencia y respuestas seguras.
- Prevención de la sobredosis y respuesta ante ella.
- Atención basada en la comprensión del trauma y habilidades de desescalada.
- Capacitaciones de actualización regulares.

Recorrido del residente: Srta. D.

El caso de la Srta. C. pone de manifiesto las deficiencias de las políticas actuales.

- Almacenamiento del alcohol
- Educación de residentes y familiares
- Vías de desescalada para el personal

El personal directivo actualiza las políticas y ofrece capacitación al personal como seguimiento de este caso. Las políticas sólidas protegen a los residentes, al personal y a las familias.



Herramientas para el personal directivo

Involucre a los residentes y a las familias

- Al elaborar las políticas, utilice estrategias como la membresía auténtica, la participación plena y las contribuciones significativas.

Mida el progreso

- Utilice autoevaluaciones y herramientas de mejora de la calidad para verificar si se está brindando una atención centrada en la persona.
- Recopile comentarios del personal, residentes y familias.

Cree un entorno seguro

- Limite el uso de sustancias nocivas estableciendo políticas justas para visitantes.
- Mantenga sistemas rigurosos de la cadena de custodia para los medicamentos.
- Fomente una comunicación respetuosa en todos los niveles.

Recordatorios visuales rápidos



Todas las voces son importantes



Claras, justas y sin estigma



Capacitación y actualizaciones para el personal



Nalaxona disponible y entorno seguro



Residentes y familias

Consulte el Apéndice N para ver un ejemplo de política para residencias de reposo

Verificación de conocimientos basado en escenarios

Liderazgo y cultura de la atención

Srta. D.: Durante el último mes, el personal informó sobre un aumento de la tensión relacionada con el almacenamiento de alcohol, interacciones con visitantes y cómo desescalar las situaciones cuando la Srta. D. se enfada. Algunos miembros del personal la califican de “difícil” y expresan frustración. Los familiares manifiestan confusión respecto de las expectativas y las políticas del centro.

Durante una reunión, un miembro del personal se refiere a la Srta. D. como “una alcohólica que no sigue las reglas”.

Verificación de conocimientos:

- ¿Cómo debe responder el personal directivo en ese momento?
- ¿Qué mensaje transmite la respuesta del equipo directivo al personal sobre el respeto, el estigma y las expectativas?

Las políticas actuales no abordan con claridad el almacenamiento de alcohol, la reducción de daños ni los protocolos de respuesta del personal.

Verificación de conocimientos:

- ¿Qué áreas de la política deberían revisarse o actualizarse en función de este escenario?
- ¿Cómo pueden las políticas lograr un equilibrio entre seguridad, dignidad y no discriminación?

Durante una interacción, la Srta. D. se muestra visiblemente angustiada y alza la voz.

Verificación de conocimientos:

- ¿Qué prácticas basadas en la comprensión del trauma y de desescalada deberían guiar la respuesta del personal?
- ¿Cómo puede el personal directivo reforzar la aplicación coherente de estos principios?

Conclusión para el personal directivo:

La atención centrada en la persona consiste en ver al individuo en su totalidad, no solo su enfermedad. Al dar el ejemplo de empatía, establecer políticas justas, capacitar al personal y formar alianzas con los residentes y sus familias, el personal directivo puede crear una cultura donde la recuperación y la dignidad sean siempre posibles.

Perspectiva del personal directivo:

¿Cómo su organización fomenta las opiniones y se adapta cuando las prácticas actuales ya no benefician a los residentes o al personal?

Reflexiones finales y llamados a la acción

Cuidar a los residentes con AUD es un trabajo complejo y profundamente humano. Requiere conocimientos sobre atención médica, presencia emocional, sistemas claros y, sobre todo, relaciones basadas en la confianza y la dignidad.

Este kit de herramientas no está diseñado para ser estático. Es una guía dinámica que refleja la evolución de las mejores prácticas, las necesidades de los residentes y la experiencia del personal. El progreso no se logra mediante la perfección, sino a través de la reflexión, la constancia y la voluntad de aprender.

Una reflexión final para el personal

Cada interacción es importante. Pequeños detalles como el tono de voz, la elección de palabras y el seguimiento pueden generar confianza o reafirmar el daño.

Reflexión del personal

Piense en una interacción reciente que le haya resultado difícil. ¿Qué ayudó a mantener la dignidad? ¿Qué le gustaría probar de forma diferente la próxima vez?

Para todo el personal:

- Seguir aprendiendo y haciendo preguntas
- Usar un lenguaje respetuoso y centrado en la persona
- Practicar la reflexión individualmente y en equipo
- Recordar que construir relaciones es parte del trabajo, no algo separado de él

Para el personal directivo y los supervisores:

- Dar el ejemplo de los valores descritos en este kit de herramientas
- Nombrar y abordar el estigma cuando aparece
- Brindar apoyo al personal mediante capacitación, reuniones de revisión y supervisión
- Garantizar que las políticas apoyen la dignidad, la seguridad y la coherencia

Para las organizaciones y los sistemas:

- Involucrar a los residentes y a sus familias/cuidadores como aliados en la mejora
- Construir y mantener alianzas comunitarias alineadas con los valores
- Revisar los incidentes y los resultados con una mentalidad de aprendizaje
- Mantener la apertura al cambio a medida que evolucionan la evidencia y las mejores prácticas

Un final esperanzador

La seguridad, la dignidad y la recuperación son posibles, incluso cuando el cambio es lento o irregular. Cuando las residencias de reposo se comprometen con la atención centrada en la persona, los sistemas claros y la responsabilidad compartida, tanto los residentes como el personal reciben un mejor apoyo.

El progreso se logra en cada conversación, cada decisión y cada relación.

Apéndices

Los apéndices incluyen herramientas de detección (AUDIT-C, CAGE-AID), ejemplos de planes de atención, folletos educativos para residentes, hojas de referencia rápida para el personal y ejemplos de políticas

Apéndice A: Guía de referencia rápida para el personal de las residencias de ancianos	40
Apéndice B: Declaración de valores	41
Apéndice C: Presentamos a los residentes	42
Apéndice D: Árbol de decisiones de exámenes de detección y las respuestas al consumo de alcohol	43
Apéndice E: AUDIT-C	46
Apéndice F: CAGE-AID	47
Apéndice G: SBIRT	48
Apéndice H: TAPS	49
Apéndice I: Lista de verificación de síntomas del síndrome de abstinencia de alcohol	50
Apéndice J: Árbol de decisiones para la sobredosis	51
Apéndice K: Recursos de apoyo para la familia y de la comunidad del AUD	52
Apéndice L: Cuadro de medicamentos	56
Apéndice M: Lista de verificación de capacitación del personal	58
Apéndice N: Ejemplos de política para residencias de reposo	59

Guía de referencia rápida para el personal de residencias de reposo: políticas sobre el consumo de alcohol y sustancias

Apéndice A

1. Examen de detección y documentación

- Examinar a todos los residentes al ingreso, anualmente y cuando haya cambios en su comportamiento o salud
- Herramientas aprobadas: AUDIT-C, CAGE-AID, TAPS y SBIRT

Documentar:

- Herramienta y puntuación
- Observaciones y afirmaciones de los residentes
- Medidas adoptadas (supervisión, remisión, intervenciones)
- Mantener la confidencialidad de los registros
- Informar los resultados positivos de las pruebas de detección al proveedor autorizado para su evaluación

2. Consumo de alcohol en el centro

- El consumo de alcohol solo está permitido previa evaluación y aprobación del proveedor
- Almacenamiento del alcohol en forma segura
- Documentar: cantidad, hora, efectos observados
- No está permitido para residentes con riesgo de uso inseguro, que estén tomando medicamentos contraindicados o que tengan restricciones médicas

3. Manejo de la intoxicación o el síndrome de abstinencia

- Reconocer la intoxicación: habla arrastrada, marcha inestable, confusión o mal olor
- Reconocer los síntomas del síndrome de abstinencia: sudoración, temblores, náuseas, agitación, ansiedad, alucinaciones o convulsiones
- Acciones inmediatas:
 - Garantizar la seguridad del residente
 - Notificar inmediatamente al proveedor autorizado
 - Seguir el plan de atención y los protocolos de seguimiento
 - Nunca dejar al residente solo si está en riesgo
- Emergencia médica: convulsiones, alucinaciones o dificultad respiratoria → llamar a los servicios de emergencia

4. Comunicación y privacidad del personal

- Utilizar un lenguaje sin estigmas y centrado en la persona
- Compartir información únicamente con el personal, los proveedores y los familiares (si corresponde) que estén autorizados
- La documentación debe ser precisa, oportuna y segura (debe cumplir con la ley HIPAA)
- Dar el ejemplo de una comunicación respetuosa y de apoyo; evitar juzgar

Sugerencias rápidas

- Siempre trate una sospecha de sobredosis o síndrome de abstinencia como una emergencia médica
- Respete los protocolos visibles en las estaciones de enfermería
- La capacitación periódica del personal mejora la seguridad y la coherencia de la atención
- Documente cada intervención y observación para fundamentar la atención continua

Declaraciones de valores

Apéndice B

Como miembros del personal de _____, esta declaración refleja nuestro compromiso con una atención segura, compasiva y equitativa de los residentes con trastorno por consumo de alcohol (AUD) y consumo activo de alcohol. Su objetivo es orientar la práctica diaria, la toma de decisiones y las acciones del personal directivo en todas las funciones.

La dignidad es lo primero

- Reconocemos el AUD como una afección de salud, no como una falla moral.
- Tratamos a cada residente con respeto, compasión y humanidad.
- Respetamos la autonomía de los residentes mientras que priorizamos la seguridad.
- Reconocemos que la dignidad del personal y la dignidad de los residentes son inseparables.

Las palabras importan

- Utilizamos un lenguaje que prioriza a la persona y que no estigmatiza, tanto en la forma de hablar como en la documentación.
- Describimos comportamientos y observaciones, no suposiciones ni etiquetas.
- Evitamos culpar, juzgar y avergonzar, especialmente durante momentos de crisis.
- Siempre que sea posible, incluimos a los residentes en las conversaciones y las decisiones.

Las relaciones impulsan los resultados

- La confianza es esencial para una atención segura y eficaz.
- Atendemos a los residentes según sus necesidades, no según cómo nos gustaría que estuvieran.
- Valoramos la experiencia vivida como forma de especialización.

La seguridad es una responsabilidad compartida

- Realizamos exámenes de detección de rutina para reducir el estigma y fomentar la prevención.
- Realizamos una supervisión constante para detectar el síndrome de abstinencia y la ebriedad.
- Creemos que la prevención y la preparación favorecen la seguridad de todos.

La atención centrada en la persona guía nuestro trabajo

- Alineamos los planes de atención con los objetivos de los residentes y su preparación para el cambio.
- Cuando la abstinencia no es el objetivo del residente, priorizamos la reducción de daños y la seguridad.
- Revisamos objetivos y planes de atención a medida que evolucionan la confianza, el estado de salud y las necesidades.

La equidad y la humildad cultural son esenciales

- Reconocemos que el AUD afecta de manera diferente a las personas y a las comunidades.
- Reconocemos que cada persona que acude a nosotros tiene una historia única, y que la cultura, las experiencias de vida, la situación económica y los traumas del pasado afectan la salud y la forma en que se recibe la atención médica.
- Analizamos y abordamos nuestro sesgo implícito.
- Brindamos atención teniendo en cuenta los aspectos culturales en función de lo que es importante para los residentes.

El bienestar del personal sustenta la atención

- Reconocemos que atender a residentes con problemas de consumo de alcohol puede despertar muchas emociones.
- Normalizamos las reuniones de revisión, la reflexión y el apoyo después de eventos difíciles.
- Reconocemos que el bienestar del personal es esencial para la seguridad de los residentes.

Nuestro compromiso

Nos comprometemos con el aprendizaje continuo, la reflexión y la colaboración. A través de relaciones sólidas, procesos transparentes y valores compartidos, nos esforzamos por crear un entorno en la residencia de reposo donde los residentes y el personal se sientan seguros, respetados y apoyados.

Presentamos a los residentes

Apéndice C

Le presentamos a tres residentes. Estos residentes aparecen a lo largo de todo el kit de herramientas para ilustrar cómo evoluciona el consumo de alcohol y la atención del AUD a lo largo del tiempo. Consulte el Apéndice C para obtener las historias de los residentes en formato para imprimir.



Sr. James A.

Vive con AUD y cambios en el estado de salud

Edad: 72

Antecedentes: Presión arterial alta y artritis

Consumo de alcohol:

Bebe todos los días, generalmente por las noches

Aspecto cognitivo: Intacto
Cambio de estado (primeros signos)

El personal observa que el Sr. S.:

- Está más inestable al caminar
- Se pierde actividades matutinas
- Tiene lecturas más altas de presión arterial



Sra. Linda U.

Síndrome de abstinencia, respuesta de emergencia y reunión de revisión del personal

Edad: 68

Antecedentes: AUD, asma y ansiedad

Aspecto cognitivo:
Presenta olvidos

AUXILIAR DE

ENFERMERÍA: "Enfermera, la Sra. U. está temblando y parece confundida. Ella no suele ser así".

Enfermera: "Gracias por decírmelo enseguida. Vamos a comprobar sus signos vitales".



Srta. Kate D.

Vive con AUD y cambios en el estado de salud

Edad: 49

Antecedentes: AUD, diabetes y antecedentes familiares complicados

Aspecto cognitivo: Intacto

Dinámica familiar:

Familiar: "Tienen que impedir que beba".

Personal: "Entiendo la preocupación. La Srta. D. tiene derecho a tomar sus propias decisiones, y nosotros nos centramos en su seguridad".

- Un familiar exige al personal que "le impida beber".
- Trae alcohol a pesar de la preocupación

La Srta. D. afirma:

"Soy adulta. Tomo mis propias decisiones".

Estas historias nos recordarán que la atención no es lineal. Se basa en la confianza, la preparación, la seguridad y los sistemas que rodean a los residentes y al personal.

Lista de verificación para el examen de detección y la respuesta al consumo de alcohol

Apéndice D

Paso 1: Comience con el examen de detección

Examine a todos para garantizar la seguridad, no para juzgar
Use las herramientas AUDIT-C o CAGE-AID:

- Al momento de la admisión
- Al menos una vez al año
- En cualquier momento en que cambien el comportamiento, el estado de ánimo o la salud
- Después de caídas, problemas con los medicamentos o confusión sin causa aparente

¿El residente dio positivo en el examen de detección o generó alguna preocupación?

NO

Continúe con la atención de rutina y vuelva a realizar el examen de detección más adelante

SÍ

Vaya al paso 2

Paso 2: Compruebe la seguridad inmediata

Primero, busque el riesgo.
Compruebe lo siguiente:

- Intoxicación (marcha inestable, dificultad para hablar, confusión u olor a alcohol)
- Síndrome de abstinencia (temblores, sudoración, náuseas, ansiedad, convulsiones o alucinaciones)

¿Existe algún riesgo inmediato de seguridad?

SÍ

Notifique al personal de enfermería/proveedor de inmediato

NO

Vaya al paso 3

Paso 3: Hable y escuche

Emplee un lenguaje respetuoso y sin prejuicios, documente lo que el residente comparta y mantenga la privacidad.

Diga:

"Les pedimos esto a todos por su seguridad".

Pregunte:

"¿Con qué frecuencia consume alcohol?"

"¿Ha cambiado su forma de consumir alcohol últimamente?"

"¿Alguna vez el alcohol le ha causado problemas?"

Luego, pregúntese:

¿El residente está preparado para hacer un cambio ahora?

Lista de verificación para el examen de detección y la respuesta al consumo de alcohol

Apéndice D

CAMINO A: Residente preparado para el cambio

Característica de este caso

El residente dice que quiere reducir o abandonar el consumo

Expresa preocupación por la salud, las caídas, el sueño o la seguridad

Acciones del personal

- ✓ Notificar al proveedor
 - Compartir los resultados del examen de detección
 - Síntomas observados
 - Comentarios de los residentes
 - Preocupaciones de seguridad
- ✓ Actualizar el plan de atención con la contribución del residente
 - Precauciones de seguridad (caídas, supervisión, interacciones medicamentosas)
 - Seguimiento del síndrome de abstinencia si se ordena
 - Estrategias de reducción de daños (apoyo en materia de seguridad y salud, reducción de los riesgos de síndrome de abstinencia)
 - Preferencias, objetivos y apoyos del residente
 - Participación familiar (según corresponda)
- ✓ Apoyar las opciones de tratamiento (asesoramiento, medicamentos, grupos)
- ✓ Realizar un seguimiento periódico

El personal dice lo siguiente:

"¿Qué tipo de apoyo le sería útil?"

"Podemos ir paso a paso".

Acciones del proveedor

- Determinar los próximos pasos:
- Posible diagnóstico de AUD
- Órdenes para la supervisión del síndrome de abstinencia
- Consideraciones sobre medicamentos
- Remisión a tratamiento

Éxito = Seguridad + objetivos liderados por el residente + confianza

Lista de verificación para el examen de detección y la respuesta al consumo de alcohol

Apéndice D

CAMINO B: El residente *no está preparado* para el cambio

Característica de este caso

El residente no quiere cambiar su forma de consumir alcohol

Dice: "Estoy bien" o "No estoy listo"

Acciones del personal

- ✓ Respetar la elección del residente
- ✓ Centrarse en la reducción de daños y la seguridad
- ✓ Actualizar el plan de atención con medidas de seguridad
- ✓ Supervisar los cambios
- ✓ Retomar la conversación más adelante
- ✓ Practicar estrategias de reducción de daños

El personal dice lo siguiente:

"Usted tiene el control de sus decisiones".

"Hablemos de cómo mantenerle a salvo".

Éxito = Dignidad protegida + riesgos reducidos + relación intacta

Paso 4: Documente y realice el seguimiento

Describa lo que ve, sin etiquetas

Documentar:

- Lo que el residente compartió
- Preocupaciones por la seguridad
- Planes acordados
- Necesidades de seguimiento
- Repita el examen de detección si hay cambios en la salud, el estado de ánimo o el comportamiento

Recuerde

No está aquí para forzar el cambio.

Su función es generar seguridad, confianza y apoyo cualquiera sea la situación del residente en este momento.

AUDIT-C

Apéndice E

Objetivo:

Detección rápida de consumo riesgoso de alcohol o posible trastorno por consumo de alcohol

Preguntas (califique cada una de 0 a 4):

¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas? Puntuación: ____

¿Cuántas bebidas alcohólicas estándar consume en un día normal? Puntuación: ____

¿Con qué frecuencia consume 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión? Puntuación: ____

Interpretación:

Hombres: ≥ 4 = examen de detección positivo

Mujeres y adultos mayores: ≥ 3 = examen de detección positivo

Referencia:

Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. (Las preguntas del AUDIT sobre el consumo de alcohol (AUDIT-C): un examen de detección breve y eficaz para el consumo problemático de alcohol. Proyecto de Mejora de la Calidad de la Atención Ambulatoria (ACQUIP).

Prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol). Arch Intern Med. 14 de septiembre de 1998; 158(16):1789-95. doi: 10.1001/archinte.158.16.1789. PMID: 9738608.

CAGE-AID

Apéndice F

Objetivo:

Realizar el examen de detección de abuso de alcohol o drogas. Sí = 1 punto, No = 0 puntos.

- ¿Alguna vez sintió que debería reducir el consumo de alcohol o drogas?
- ¿Le molestó alguna vez que la gente critique su consumo de alcohol o drogas?
- ¿Alguna vez se sintió culpable por consumir alcohol o drogas?
- ¿Alguna vez necesitó una bebida alcohólica o drogas a primera hora de la mañana (para despabilarse)?

Puntuación: ____ /4

Interpretación: Una puntuación de ≥ 2 = clínicamente significativa e indica una alta probabilidad de AUD o dependencia al alcohol.

Referencia:

Brown RL, Rounds LA. Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: criterion validity in a primary care practice (Cuestionarios de examen conjunto para la detección del abuso de alcohol y otras drogas: validez de criterio en un centro de atención primaria). Wis Med J. 1995;94(3):135-40. PMID: 7778330.

[Evaluación con el cuestionario CAGE](#)

SBIRT

Apéndice G

SBIRT (examen de detección, intervención breve y remisión a tratamiento, en inglés)

Objetivo:

La herramienta SBIRT es un marco basado en la evidencia para identificar, reducir y prevenir el consumo riesgoso de alcohol y sustancias.

Componentes de SBIRT:

Examen de detección

- Identificar de forma temprana el consumo riesgoso de alcohol o sustancias
- Utilizar herramientas de detección validadas (AUDIT-C, CAGE-AID o TAPS)

Intervención breve

- Conversación breve y estructurada
- Utiliza un lenguaje motivacional y centrado en la persona
- Se enfoca en la seguridad, la generación de conciencia y los objetivos del residente

Remisión a tratamiento

- Conectar a los residentes con atención especializada cuando sea necesario
- Incluye tratamiento médico, de salud conductual o por consumo de sustancias

Casos en los que se recomienda utilizar la herramienta SBIRT:

- Resultado positivo del examen de detección
- Residentes en riesgo de sufrir daños relacionados con sustancias
- Cambios en la salud, el comportamiento o las capacidades

Capacitaciones y recursos gratuitos de MA SBIRT: masbirt.org

Referencia:

Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias. (2011). SBIRT: Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT: Examen de detección, intervención breve y derivación a tratamiento). Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. [SBIRT: Examen de detección, intervención breve y derivación a tratamiento](#)

TAPS

Apéndice H

TAPS

(tabaco, alcohol, medicamentos recetados y otras sustancias, en inglés)

Objetivo:

TAPS es una herramienta de detección breve que se utiliza para identificar el consumo riesgoso o problemático de tabaco, alcohol, medicamentos recetados y otras sustancias.

Cuándo usar TAPS:

- Al momento de la admisión o ingreso
- Cuando existen preocupaciones sobre el consumo de sustancias además del alcohol
- Cuando se necesita un examen de detección adicional después de un resultado positivo de AUDIT-C o CAGE-AID.

Qué detecta TAPS:

Tabaco

Alcohol

Medicamentos recetados (usados sin fines médicos)

Otras sustancias

Cómo se integra TAPS en la atención:

- Ayuda a identificar a los residentes que pueden necesitar una evaluación adicional
- Contribuye a la intervención temprana y la remisión
- Puede utilizarse junto con herramientas de detección específicas para el consumo de alcohol

Referencia:

- McNeely, J., Wu, L. T., Subramaniam, G., Sharma, G., Cathers, L. A., Svikis, D., Saha, S., Bigelow, G. y Schwartz, R. P. (2016). Performance of the Tobacco, Alcohol, Prescription Medication, and Other Substance Use (TAPS) Tool for screening substance use in primary care patients [Rendimiento de la herramienta de detección de consumo de tabaco, alcohol, medicamentos recetados y otras sustancias (TAPS) para la detección del consumo de sustancias en pacientes de atención primaria]. *Journal of the American Medical Association*, 315(11), 1167-1177.

[DOI:10.7326/M16-0317](https://doi.org/10.7326/M16-0317)

Lista de verificación de síntomas del síndrome de abstinencia de alcohol

Basado en dsm-5

Apéndice I

Se debe utilizar cuando un residente redujo o cesó el consumo, o muestra cambios repentinos de comportamiento.

Para realizar un diagnóstico, se requiere que aparezcan 2 o más síntomas entre unas horas y unos pocos días después de la reducción o el cese del consumo.

Marque todas las opciones que correspondan:

- Sudoración o aumento de la frecuencia cardíaca
- Temblores en las manos
- Problemas para dormir (insomnio)
- Náuseas o vómitos
- Alucinaciones o ilusiones (visuales, táctiles o auditivas) temporales
- Ansiedad o nerviosismo
- Agitación o inquietud
- Convulsiones

Notas sobre la seguridad

- El síndrome de abstinencia puede ser peligroso.
- Notifique inmediatamente al personal médico o de enfermería autorizado si se presentan síntomas.
- Las convulsiones o alucinaciones pueden constituir una emergencia médica.

Árbol de decisiones para la sobredosis

Apéndice J

Importante: Siga siempre los protocolos de emergencia de su centro. El personal debe notificar inmediatamente a los proveedores autorizados o a los servicios de emergencia ante cualquier sospecha de sobredosis.

Paso	Medidas para el personal	Decisión/siguiente paso
1. Identificar las señales de sobredosis o intoxicación por alcohol	Qué buscar: - Falta de respuesta o dificultad para despertarse - Respiración lenta o irregular (<10 respiraciones/min) - Labios o yemas de los dedos azules - Vómitos estando inconsciente - Confusión, somnolencia extrema o agitación	¿Hay presencia de señales? Sí: Paso 2 No: Supervisar y educar a los residentes
2. Activar la respuesta ante emergencias	Seguir los pasos de respuesta ante emergencias: 1. Comprobar la capacidad de respuesta agitando suavemente a la persona y gritando 2. Llamar a los servicios de emergencia 3. Colocar a la persona en posición de recuperación (de lado y con la cabeza inclinada) 4. Comprobar la respiración hasta que llegue la ayuda 5. Realizar respiración artificial si la persona no respira 6. No irse ni intentar "que se duerma para que se le pase" 7. Administrar naloxona si se sospecha el consumo de opioides	Continuar con el paso 3
3. Proporcionar intervenciones que salvan la vida	Administrar naloxona (Narcan) si está capacitado y se sospecha el consumo de opioides Si la respiración se detiene, comenzar RCP Asegurarse de que el residente esté estable hasta que lleguen los servicios de emergencia	Continuar supervisando hasta que lleguen los servicios de emergencia
4. Monitorear y documentar	Observar los signos vitales y si hay pérdida de conocimiento Documentar el incidente minuciosamente: - Señales que se observan - Medidas adoptadas - Hora en que se llamó a los servicios de emergencia	Usar la información para la planificación de la atención posterior al evento y el seguimiento
5. Educar y prevenir	- Capacitar al personal periódicamente sobre el reconocimiento de la sobredosis y la respuesta ante emergencias - Protocolos posteriores a la emergencia en lugares visibles - Proporcionar capacitación sobre naloxona si corresponde - Revisar los medicamentos y el consumo de alcohol de los residentes para reducir el riesgo	Integrar estrategias de prevención en las rutinas de cuidado diarias

Sugerencias rápidas para el personal

- Siempre trate una sospecha de sobredosis como una emergencia médica.
- Mantenga accesibles los protocolos de emergencia y los kits de naloxona.
- Los simulacros de entrenamiento regulares mejoran el tiempo de respuesta y la seguridad.
- Documente cada evento para fundamentar los planes de atención y la prevención en el futuro.

Recursos de apoyo para la familia y la comunidad del AUD

Apéndice K

El apoyo a los residentes con trastorno por consumo de alcohol (AUD) incluye a las familias, los cuidadores y los programas comunitarios. Estos recursos ayudan a los residentes a mantenerse a salvo, sanos y apoyados durante el tratamiento y después del alta.

Organizaciones de recuperación

Los grupos en línea y los grupos basados en la comunidad pueden ser útiles durante el síndrome de abstinencia de alcohol, el tratamiento activo y el apoyo a largo plazo de otras personas que tienen experiencias de vida similares.

SMART Recovery es el método líder, basado en la evidencia, para superar conductas adictivas y llevar una vida equilibrada. SMART no estigmatiza y hace hincapié en el empoderamiento personal. SMART es la sigla en inglés de “entrenamiento para la autogestión y la recuperación”. Los métodos SMART se basan en la terapia racional emotiva conductual (TREC) y la terapia cognitivo-conductual (TCC).

El objetivo es ayudar a las personas a:

- Desarrollar y mantener la motivación
- Afrontar los impulsos y las ansias de consumir
- Controlar sus pensamientos, sentimientos y comportamientos
- Vivir una vida equilibrada
- Para encontrar reuniones en línea o presenciales en su área, comience aquí: [Encontrar una reunión](#)

Alcohólicos Anónimos (AA) es una comunidad de personas que se reúnen para compartir su experiencia con el AUD y recibir apoyo de otras personas que los comprenden. Asistir a las reuniones de AA es gratuito y no hay requisitos de edad ni de nivel educativo para participar. La membresía está abierta a cualquier persona que desee reducir el consumo de alcohol o iniciar un camino hacia la recuperación. AA funciona como un programa de 12 pasos.

[Encuentre una reunión](#)

Aplicación para encontrar reuniones: Alcohólicos Anónimos® (AA) 212-870-3400

Life Ring Secular Recovery ofrece vías de recuperación basadas en la abstinencia, laicas y autodirigidas con reuniones y comunidades de apoyo. Obtenga más información y encuentre reuniones aquí: [Encuentre una reunión](#). Teléfono: 800-811-4142

Recursos de apoyo para la familia y la comunidad del AUD

Apéndice K

Grupos para familiares

Familias Anónimas (FA) ofrece apoyo y compañía a familiares y amigos de personas con trastorno por consumo de alcohol o sustancias. FA ofrece reuniones virtuales y presenciales. Directorio de reuniones: [Encuentre una reunión](#)

Al-Anon es un programa de apoyo mutuo para personas que tienen un familiar o amigo con AUD. Al compartir experiencias comunes y aplicar los principios de Al-Anon, las familias y los amigos pueden generar cambios positivos en sus situaciones particulares. Obtenga más información y encuentre una reunión aquí: [Encuentre una reunión](#)

Otros grupos de apoyo para diferentes afecciones que pueden coexistir con el AUD:

[Narcóticos Anónimos](#)

[Jugadores Anónimos](#)

Recursos en Massachusetts

Los **Centros Comunitarios de Salud Conductual** (CBHC, por sus siglas en inglés) ofrecen una amplia gama de servicios y tratamientos para la salud mental y el abuso de sustancias. La red estatal de CBHC incluye centros en todo Massachusetts que ofrecen atención inmediata y confidencial para necesidades de salud mental y consumo de sustancias. [Encuentre un centro](#)

Los servicios de crisis están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para cualquier persona en Massachusetts, independientemente de su cobertura de seguro médico. Los CBHC también ofrecen servicios diarios de salud mental y consumo de sustancias que están cubiertos por todos los planes de MassHealth y algunos planes de seguro comerciales.

Los **Puntos de acceso a servicios para personas mayores** (ASAP, por sus siglas en inglés) están ubicados en todo el estado y brindan programas y servicios diseñados específicamente para ayudar a adultos de 60 años o más y a sus cuidadores. Los servicios incluyen coordinación de la atención, ayuda en materia de vivienda, bienestar financiero y de salud, transporte, nutrición y otros programas. [Encuentre un punto de acceso](#)

La [Red de Salud Conductual para Adultos Mayores de Massachusetts](#) aboga por la disponibilidad de servicios de salud mental y tratamiento de adicciones de alta calidad para adultos mayores.

Programas y apoyo [de servicios para veteranos](#) ofrecidos por organizaciones de Massachusetts y a nivel nacional que atienden a veteranos, miembros del ejército en servicio activo y sus familias.

Recursos de apoyo para la familia y la comunidad del AUD

Apéndice K

Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales, sede de Massachusetts (NAMI MA, por sus siglas en inglés)

NAMI ofrece apoyo de pares, ayuda a familias, educación comunitaria y una línea de ayuda telefónica. [Más información](#)

La línea de ayuda de Compass proporciona recursos y apoyo para ayudar a las personas a desenvolverse en el sistema de salud mental y a resolver problemas en circunstancias difíciles. Compass está disponible de lunes a viernes, de 10 a.m. a 6 p.m. Llame al 617-704-6264 o envíe un correo electrónico a compass@namimass.org

Dual Recovery Anonymous Massachusetts Organization for Addiction Recovery (MOAR) Recovery Binder The Phoenix

- Línea de ayuda para el consumo de sustancias de Massachusetts: sitio web en inglés y sitio web en español
 - La línea de ayuda puede brindar asistencia a personas que buscan información para sí mismas o para terceros (es decir, un amigo o familiar, un paciente o alguien que recibe servicios).
 - Llame al 800-327-5050 o visite [la línea de ayuda](#). Esta línea de ayuda cuenta con personal que asiste en la ubicación de servicios o en la búsqueda de información. También cuenta con un directorio web para buscar servicios si se prefiere.
 - Obtenga más información sobre el [sistema de tratamiento de Massachusetts](#).
- Comisión de Políticas de Salud de Massachusetts: Integración de la telemedicina para la salud conductual: Lecciones prácticas del campo
- [Oficina de Servicios de Adicción a Sustancias \(BSAS, por sus siglas en inglés\) del Departamento de Salud Pública](#) www.mass.gov/orgs/bureau-of-substance-addiction-services; (617) 624-5111
- Servicio de Consulta de Massachusetts para el Tratamiento de la Adicción y el Dolor (MCSTAP, por sus siglas en inglés); 1-833-PAIN-SUD (1-833-724-6783)
- El programa de capacitación y asistencia técnica de Massachusetts para la detección, la intervención breve y la derivación a tratamiento ([MASBIRT TTA](#), por sus siglas en inglés)
- [Centros de apoyo de pares para la recuperación](#)
- S.A.F.E. Project: Manual para la comunidad
- S.A.F.E. Project: NA y personas que reciben tratamiento asistido por medicamentos: Folleto para profesionales
- Gavin Foundation: Devine Recovery Center

Recursos de apoyo para la familia y la comunidad del AUD

Apéndice K

A nivel nacional

Línea de ayuda nacional 988

La línea de ayuda 988 está destinada a cualquier persona que esté pasando por dificultades de salud mental, angustia emocional, problemas con el consumo de alcohol o drogas, o que simplemente necesite alguien con quien hablar. La [línea de ayuda](#) está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y es gratuita y confidencial.

Asociaciones profesionales de especialistas en adicciones, tanto médicos como no médicos

- Academia Estadounidense de Psiquiatría de las Adicciones: 401-524-3076
- Asociación Estadounidense de Psicología: 1-800-374-2721
 - (Solicite el número de referencia de su estado para encontrar psicólogos especializados en adicciones).
- Sociedad Estadounidense de Medicina de las Adicciones: 301-656-3920

Buscadores de tratamientos

Localizador de servicios de tratamiento de salud conductual de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental de EE. UU. (SAMHSA, por sus siglas en inglés) 1-800-662-HELP (4357)

Cuadro de medicamentos

Apéndice L

Medicamentos de primera línea para el trastorno por consumo de alcohol (AUD) (i)		
Nombre genérico (nombre de la marca)	Naltrexona (Revia {vía oral} o Vivitrol {inyección de acción prolongada})	Acamprosato (Campral)
Dosis/frecuencia (ii,iii)	• 50 mg por vía oral al día • 380 mg por vía intramuscular mensualmente	• 666 mg por vía oral tres veces al día • Debe tomarse con las comidas
Beneficios asociados	• Solo se toma una vez al día o al mes • Reducción del retorno al consumo de alcohol y otros resultados relacionados con el consumo de alcohol	• Muy pocas interacciones medicamentosas • Reducción del retorno al consumo de alcohol y otros resultados relacionados con el consumo de alcohol
Efectos secundarios	• Náuseas (depende de la dosis) • Mareos • Vómitos	• Ansiedad • Diarrea • Vómitos
Contraindicaciones	• Enfermedad hepática grave. Tenga cuidado al prescribir este medicamento a pacientes con resultados elevados en pruebas de función hepática • Pacientes que utilizan analgésicos opioides o que prevén necesitar opioides • Hipersensibilidad a la naltrexona	• Enfermedad renal grave • Hipersensibilidad al acamprosato
Advertencias/ precauciones	• Vulnerabilidad a la sobredosis de opioides y al síndrome de abstinencia de opioides, riesgo de hospitalización por síndrome de abstinencia de opioides • Categoría C de embarazo	• Los pacientes dependientes del alcohol deben ser supervisados para detectar depresión o ideación suicida • Categoría C de embarazo
Otras consideraciones	• Aprobado por la FDA para el AUD	• Aprobado por la FDA para el AUD • Se ha comprobado que es más útil cuando las personas se abstienen de consumir alcohol

Cuadros adaptados de la [Descripción general de los medicamentos utilizados en el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol y preguntas frecuentes](#)

Cuadro de medicamentos

Apéndice L

Medicamentos de segunda línea para el trastorno por consumo de alcohol (AUD) (iv)

Nombre genérico (nombre de la marca)	Disulfiram (Antabuse)	Topiramato (Topamax)	Gabapentina (Neurontina)
Dosis/frecuencia (v,vi,vii)	- Dosis inicial: 500 mg por vía oral una vez al día (esta dosis generalmente se mantiene durante las primeras 1 a 2 semanas) - Dosis de mantenimiento: 250 mg por vía oral una vez al día (rango: de 125 mg a 500 mg una vez al día)	- El tratamiento suele comenzar con una dosis baja de 25 mg que se toma por la noche. Para minimizar los efectos secundarios, la dosis se aumenta gradualmente en 25-50 mg/semana - Dosis de mantenimiento de 100-300 mg diarios, dividida en dos tomas. Rara vez se necesitan dosis superiores a 300 mg/día	600 miligramos (mg) tres veces al día
Beneficios asociados	Ha demostrado su eficacia en pacientes seleccionados con un sólido apoyo psicosocial para garantizar el cumplimiento terapéutico.	Se muestra prometedor para el AUD. Los estudios indican que puede reducir o eliminar el consumo de alcohol.	Se muestra prometedor para el AUD porque reduce las ansias de consumir, con beneficios adicionales para el insomnio y la ansiedad.
Efectos secundarios	- Adormecimiento - Sabor metálico o a ajo en la boca - Reacción al disulfiram en caso de exposición al alcohol (náuseas, vómitos, diarrea, taquicardia, hipotensión, dificultad para respirar)	- Parestesia - Anorexia - Mareos - Somnolencia - Ralentización psicomotora - Visión anormal - Fiebre	- Mareos - Náuseas - Dolor de cabeza - Insomnio - Fatiga - Ataxia
Contraindicaciones	- Psicosis - Enfermedad cardíaca grave - Hipersensibilidad al disulfiram	Hipersensibilidad al topiramato	Hipersensibilidad a la gabapentina
Advertencias/precauciones	- Consumo de alcohol - Examen de detección de enfermedades cardiovasculares o pulmonares, antecedentes de enfermedad renal, antecedentes de psicosis, diabetes, función hepática anormal, embarazo	- Enfermedad hepática - Enfermedad renal - Categoría C de embarazo	- Miastenia grave - Enfermedad renal - Categoría C de embarazo
Otras consideraciones	- Aprobado por la FDA para el AUD - Puede eliminar eficazmente las ansias de consumir alcohol en algunas personas que se han comprometido con el objetivo de la abstinencia de alcohol	- Uso no autorizado para el AUD - Ya se utiliza en la práctica de atención primaria	- Uso no autorizado para el AUD - Se utiliza en la práctica de atención primaria - Puede funcionar mejor para personas con síntomas de síndrome de abstinencia persistentes - Supervisar en busca de consumo de opioides

Cuadros adaptados de la [Descripción general de los medicamentos utilizados en el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol y preguntas frecuentes](#)

i EvidenceNow, Managing Unhealthy Alcohol Use, An AHRQ Initiative (Cómo controlar el consumo perjudicial de alcohol, una iniciativa de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica [AHRQ, por sus siglas en inglés]). 2022. Obtenido de <https://integrationacademy.ahrq.gov/sites/default/files/2022-11/Medications%20for%20Alcohol%20Use%20FAQ.pdf>

ii Drugs.com. 2026. Obtenido de https://www.drugs.com/dosage/naltrexone.html#Usual_Adult_Dose_for_Alcohol_Dependence

iii Drugs.com. 2026. Obtenido de https://www.drugs.com/dosage/acamprosate.html#Usual_Adult_Dose_for_Alcohol_Dependence

iv EvidenceNow, Managing Unhealthy Alcohol Use, An AHRQ Initiative (Cómo controlar el consumo perjudicial de alcohol, una iniciativa de la AHRQ). 2022.

Obtenido de <https://integrationacademy.ahrq.gov/sites/default/files/2022-11/Medications%20for%20Alcohol%20Use%20FAQ.pdf>

v Drugs.com. 2026. Obtenido de https://www.drugs.com/dosage/disulfiram.html#Usual_Adult_Dose_for_Alcohol_Dependence

vi Bridge. Acute Care Treatment of Alcohol Use Disorder (Tratamiento de cuidados intensivos para el trastorno por consumo de alcohol). 2020.

Obtenido de <https://bridgetotreatment.org/resource/acute-care-treatment-of-alcohol-use-disorder>

vii Recovered. Topiramate: Uses, Effects, and Alcohol Use Disorder Treatment (Topiramato: usos, efectos y tratamiento del trastorno por consumo de alcohol). 2025.

Obtenido de <https://recovered.org/treatment/addiction-treatment-medication/topiramate>

Lista de verificación de capacitación del personal

Apéndice M

Esta lista de verificación confirma que el personal revisó y comprende cómo utilizar este kit de herramientas para brindar una atención segura, respetuosa y centrada en la persona a los residentes afectados por el consumo de alcohol o el trastorno por consumo de alcohol (AUD).

Miembro del personal: _____

Función/cargo: _____

Fecha de firma: _____

Marque cada casilla para confirmar que entiende:

- Entiendo que el AUD es una afección médica, no un fracaso personal, y que la dignidad y el respeto son lo más importante.
- Entiendo cómo el consumo de alcohol, el AUD y el estigma pueden afectar la salud, la seguridad y la vida diaria de un residente.
- Utilizo exámenes de detección de rutina de forma amable y sin prejuicios para generar confianza y garantizar la seguridad.
- Trabajo con los residentes (y sus familias, cuando corresponda) para planificar una atención que respete sus decisiones, garantice su seguridad y utilice la reducción de daños cuando sea necesario.
- Empleo un lenguaje respetuoso que prioriza a la persona y evito culpar, juzgar o etiquetar en la comunicación y la documentación.
- Entiendo las señales de intoxicación y síndrome de abstinencia, y sé cuándo debo seguir los protocolos de seguridad.
- Sé cómo conectar a los residentes y las familias con los recursos comunitarios que mejor se adaptan a sus objetivos y necesidades.
- Entiendo la importancia de la reflexión, el aprendizaje continuo y el bienestar del personal para brindar una atención segura.

Confirmación del personal

Confirmo que revisé este kit de herramientas, entiendo cómo utilizarlo en mi función y me comprometo a seguir estos principios en mi trabajo cotidiano.

Firma del personal: _____ Fecha: _____

Nombre del formador/supervisor: _____

Firma del formador/supervisor: _____ Fecha: _____

Ejemplo de política para residencias de reposo

Apéndice N

Título: Políticas sobre el consumo de alcohol y sustancias

Número de política: _____

Fecha de entrada en vigencia: _____

Fecha de revisión: _____

Aprobado por: _____

Objetivo

Mantener la seguridad y el bienestar de los residentes ofreciendo instrucciones claras sobre el examen de detección, el consumo de alcohol, el tratamiento de la intoxicación o el síndrome de abstinencia, y la comunicación o privacidad del personal.

Alcance

Esta política se aplica a todos los miembros del personal, incluido el personal clínico, de enfermería y de apoyo que interactúa con los residentes.

Declaraciones de la política

1. Examen de detección y documentación
 - Los residentes deben someterse a exámenes de detección de consumo de alcohol y sustancias al ingresar, anualmente y siempre que se produzcan cambios en su comportamiento o estado de salud.
 - Herramientas aprobadas: AUDIT-C, CAGE-AID, TAPS y SBIRT.
 - Documente la herramienta de detección, la puntuación, las observaciones, las declaraciones de los residentes y las intervenciones.
 - Mantenga la confidencialidad de toda la información de los residentes.
 - Informe los resultados positivos de los exámenes de detección a un proveedor autorizado para su evaluación.
2. Consumo de alcohol en el centro
 - El consumo de alcohol solo está permitido previa evaluación y aprobación del proveedor.
 - El alcohol debe almacenarse de forma segura y el personal supervisará el acceso según corresponda.
 - Documente todo el consumo: cantidad, hora y efectos observados.
 - Quite el alcohol a los residentes que corran riesgo de un consumo inseguro, que estén tomando medicamentos contraindicados o que tengan restricciones médicas.
3. Tratamiento de la intoxicación o el síndrome de abstinencia
 - El personal debe reconocer las señales de intoxicación (dificultad para hablar, marcha inestable, confusión, mal olor) y del síndrome de abstinencia (sudoración, temblores, náuseas, agitación, ansiedad, alucinaciones, convulsiones).
 - Acciones inmediatas:
 - Garantizar la seguridad del residente
 - Notificar inmediatamente al proveedor autorizado
 - Seguir el plan de atención y los protocolos de seguimiento
 - No dejar al residente solo si está en riesgo
 - Emergencias médicas: convulsiones, alucinaciones o problemas respiratorios. Llame inmediatamente a los servicios de emergencia.

Ejemplo de política para residencias de reposo

Apéndice N

4. Comunicación y privacidad del personal
 - Utilice un lenguaje sin estigmas y centrado en la persona.
 - Comparta la información del residente únicamente con el personal autorizado, los proveedores y los familiares (si el residente lo permite).
 - Asegúrese de que la documentación sea precisa y oportuna, y se almacene de forma segura (debe cumplir con la ley HIPAA).
 - El personal debe dar el ejemplo de una comunicación respetuosa y de apoyo.

Pasos de respuesta ante emergencias (sobredosis/intoxicación)

- Compruebe la capacidad de respuesta agitando suavemente a la persona y gritando.
- Llame a los servicios de emergencia.
- Coloque al residente en posición de recuperación (de lado y con la cabeza inclinada).
- Compruebe la respiración hasta que llegue la ayuda.
- No deje al residente solo ni intente "que se duerma para que se le pase".
- Administre naloxona si se sospecha el consumo de opioides y el personal está capacitado.
- Hágle respiración artificial mientras espera la llegada de los servicios de emergencia tras administrar naloxona.

Confirmación del personal

Leí y comprendo las políticas descritas anteriormente y acepto cumplir con ellas.

Nombre del personal	Cargo	Firma	Fecha

Política revisada por: _____ Cargo: _____ Fecha: _____

Aprobada por: _____ Cargo: _____ Fecha: _____

Referencias

1. Gould, W. R. (27 de octubre de 2025). Signs of different types of biases and how to overcome each of them (Señales de los diferentes tipos de sesgos y cómo superarlos). Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/signs-of-bias-7501512>
2. Instituto Nacional para el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo. (8 de mayo de 2025). Stigma: overcoming a pervasive barrier to optimal care (Estigma: cómo superar una barrera generalizada para una atención óptima). Institutos Nacionales de Salud. <https://www.niaaa.nih.gov/health-professionals-communities/core-resource-on-alcohol/stigma-overcoming-pervasive-barrier-optimal-care>
3. Desmon, S. y Morrow, S. D. (1 de octubre de 2014). Drug addiction viewed more negatively than mental illness, Johns Hopkins study shows (Un estudio de Johns Hopkins revela que la drogadicción se percibe de forma más negativa que la enfermedad mental). Revista Johns Hopkins. <https://hub.jhu.edu/2014/10/01/drug-addiction-stigma/>
4. Centro de Excelencia para la Salud Conductual en Residencias de Reposo. (2024). Overcoming stigma in mental health (Cómo superar el estigma en la salud mental) [PDF]. Salud mental en residencias de reposo. https://nursinghomebehavioralhealth.org/wp-content/uploads/2024/04/MDD-Stigma-508-032924f_508.pdf
5. Instituto Nacional para el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo. (sin fecha). When it comes to reducing alcohol-related stigma, words matter (Cuando se trata de reducir el estigma relacionado con el alcohol, las palabras importan). Institutos Nacionales de Salud. <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/reducing-alcohol-related-stigma>
6. Instituto Nacional para el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo. (Agosto de 2025). Alcohol use disorder (AUD) in the United States: Age groups and demographic characteristics (El trastorno por consumo de alcohol en los Estados Unidos en grupos por edades y características demográficas). Institutos Nacionales de Salud. <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohol-topics/alcohol-facts-and-statistics/alcohol-use-disorder-aud-united-states-age-groups-and-demographic-characteristics>
7. Instituto Nacional para el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo. (2025). Understanding Alcohol Use Disorder (Comprensión del trastorno por consumo de alcohol). Institutos Nacionales de Salud. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/understanding-alcohol-use-disorder>
8. Personal de Alis Behavioral Health. (7 de octubre de 2024). Alcohol use vs. alcoholism demystified (Diferencia desmitificada entre consumo de alcohol y alcoholismo). Alis Behavioral Health. <https://www.alisbh.com/blog/alcohol-use-vs-alcoholism/>
9. Instituto Nacional para el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo. (Diciembre de 2025). Aging and alcohol (El alcohol y el envejecimiento). Institutos Nacionales de Salud. <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/aging-and-alcohol>
10. Instituto Nacional para el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo. (2007). Harmful interactions: Mixing alcohol with medicines (Interacciones perjudiciales: Mezcla de alcohol con medicamentos) (publicación de los NIH). Institutos Nacionales de Salud. https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/Harmful_Interactions.pdf HathiTrust
11. Instituto Nacional para el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo. (2019). Interrupted memories: Alcohol-induced blackouts (Recuerdos interrumpidos: Desmayos provocados por el alcohol). Institutos Nacionales de Salud. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/interrupted-memories-alcohol-induced-blackouts>
12. Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change (El modelo transteórico del cambio de comportamiento en salud). American Journal of Health Promotion, 12(1), 38-48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
13. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2024). Overdose prevention (Prevención de sobredosis). Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. <https://www.cdc.gov/drugoverdose/prevention/index.html>
14. Instituto Nacional para el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo. (2023). Overdose prevention (Prevención de sobredosis). Institutos Nacionales de Salud. <https://www.niaaa.nih.gov>
15. Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care (Agotamiento emocional: La falta crónica de autocuidado de los psicoterapeutas). Journal of Clinical Psychology, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
16. Stamm, B. H. (2010). The concise ProQOL manual (2nd ed.) (El manual conciso de ProQOL [2.ª ed.]). ProQOL.org.