



Guía breve

Para el cribado e intervención
breve en el consumo de riesgo
y perjudicial de alcohol
en Atención Primaria

2022

PAPPS-semFYC

Autores: Francisco Camarellés Guillem, Rodrigo Córdoba García, Soledad Justo Gil, José Ignacio Ramírez Manent, Laura Rodríguez Benito, Raquel Cervigón Portaencasa, María del Campo Giménez. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS de la semFYC



semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

© 2022, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Diputació, 320
08009 Barcelona
www.semfy.com

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

Coordinación y dirección editorial:

Congresos y ediciones semFYC
Carrer del Pi, 11, 2.^a planta, of. 13
08002 Barcelona
ediciones@semfy.com

ISBN: 978-84-124769-6-5

Printed in Spain

Para citar esta publicación:

Camarelles Guillem F, Córdoba García R, Justo Gil S, Ramírez Manent JI, Rodríguez Benito L, Cervigón Portaencasa R, et al. Guía breve para el cribado e intervención breve en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2022.

FINANCIADO POR:



CONTENIDO

ACERCA DE ESTA GUÍA	3
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	4
A TENER EN CUENTA	5
CÓMO USAR ESTA GUÍA	6
Objetivos del cribado y la intervención breve del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol	6
Cómo cribar y realizar una intervención breve sobre el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol	7
Preguntar sobre el consumo de alcohol	8
Determinar el nivel de consumo	10
Evaluar el riesgo	11
Aconsejar y ayudar	12
Acordar un seguimiento	17
Habilidades comunicacionales y atención centrada en la persona	18
RECURSOS PARA DERIVAR A SERVICIOS ESPECIALIZADOS	19
Otros recursos de interés	19
BIBLIOGRAFÍA	20

ACERCA DE ESTA GUÍA



El consumo de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad en nuestro país, pero no siempre los pacientes con consumo de riesgo y perjudicial reciben una intervención adecuada. El cribado e intervención sobre el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en Atención Primaria es una actividad que necesitan estos pacientes, que funciona y que es de fácil aplicación.

El consumo de riesgo y los problemas ocasionados por el alcohol son frecuentes, y a menudo el consumo de riesgo pasa desapercibido. Los pacientes tienden a ser más receptivos y estar abiertos y listos para el cambio de lo que los profesionales sanitarios esperamos, estando los sanitarios en una posición privilegiada para producir cambios.

Esta guía ha sido elaborada por el Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), y cuenta con la financiación del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad.

Con solo unos minutos de tu práctica clínica, para aconsejar a las personas que consumen alcohol sobre los riesgos del consumo, se pueden prevenir consecuencias personales y sociales negativas, al tiempo que ayudar a cambiar las percepciones y actitudes que mantienen los riesgos en nuestra sociedad.

El consumo de alcohol se relaciona con más de 200 problemas de salud, enfermedades y lesiones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica el alcohol como un agente cancerígeno del grupo 1, el de mayor riesgo con la misma categoría que el del humo del tabaco, el amianto y las radiaciones ionizantes. No hay ningún nivel de consumo seguro para la salud.

Es importante tener en cuenta que consumir alcohol no es solo una decisión individual, sino que está influenciada por las condiciones y circunstancias en las que la gente vive (determinantes sociales de la salud), y que su consumo se asocia a desigualdades sociales y en salud. Por ello, en la consulta se pueden identificar factores de riesgo y factores protectores, teniendo en cuenta los entornos de las personas y las necesidades específicas de determinados grupos de población. Es fundamental un abordaje comunitario ya que, probablemente, algunas personas que necesitan una intervención en alcohol no están llegando a la consulta.

En la **figura 1** se especifican algunas de las patologías relacionadas con el consumo de alcohol.

FIGURA 1. PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL



Basada en: Alcohol, OMS, 2018.

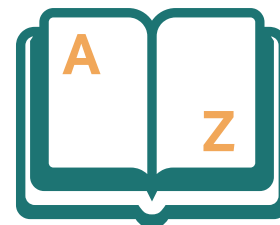
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

En la **tabla 1** se ofrece un glosario con todos los términos que se usan en esta guía y su definición correspondiente.

TABLA 1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS QUE SE USAN EN ESTA GUÍA

CONSUMO DE BAJO RIESGO DE ALCOHOL	Consumo promedio de alcohol a partir del cual se produce un aumento significativo de mortalidad, lo que no significa que por debajo de ese consumo la mortalidad no esté aumentada. Los límites son 10 g/día en mujeres y 20 g/día en hombres
CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL	Un nivel de consumo de alcohol, o patrón de consumo, que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas en caso de persistir. El daño puede ser para la salud, físico o mental, y puede incluir consecuencias sociales para la persona que consume o para otras personas. Pueden utilizarse diferentes criterios (> 2-2,5 UBE/día en mujeres o > 4 UBE/día en hombres; AUDIT mayor o igual a 6 puntos en mujeres y mayor o igual a 8 puntos en hombres, entre otros)
CONSUMO PERJUDICIAL	Un patrón de consumo que causa daño a la salud, sea física o mental. A diferencia del consumo de riesgo, el diagnóstico de consumo perjudicial requiere que el daño generado a la persona que consume ya esté presente
DEPENDENCIA AL ALCOHOL	Conjunto de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos en los que el uso de alcohol supone para la persona una prioridad mucho más elevada que otras conductas que antes tenían mayor valor. Una característica central es el deseo de beber alcohol. El reinicio del consumo después de un período de abstinencia se asocia con frecuencia a una reinstauración rápida de las características del síndrome
EPISODIOS DE CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL, ATRACÓN O BINGE DRINKING	Consumo de 60 g o más (6 UBE) en hombres y de 40 g o más (4 UBE) en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente, 4-6 horas), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8 g/L)
INTERVENCIÓN BREVE	Estrategia terapéutica en la cual se ofrece un tratamiento estructurado de corta duración (normalmente, de 5-30 minutos) con el fin de ayudar a una persona a suspender o reducir el consumo de alcohol
UBE	Equivale a 10 g de alcohol, que es, aproximadamente, el contenido medio de un vaso de vino de 125 mL de 10 grados, 1 vaso de 250 mL de cerveza de 5 grados o 30 mL de licor de 40 grados

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test; UBE: unidad de bebida estándar.



A TENER EN CUENTA



Esta guía va dirigida a profesionales de medicina y enfermería que trabajan en Atención Primaria y atienden, en su práctica clínica diaria, a pacientes que consumen alcohol.

Los profesionales sanitarios pueden aplicar, de forma simple y rápida, esta herramienta basada en la evidencia para identificar a las personas con un consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, y que es probable que se beneficien de consejos e intervenciones motivacionales.

Esta guía va dirigida a intervenir sobre personas adultas con un consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, y no es aplicable a las personas que beben por debajo de los límites de consumo de bajo riesgo. También incluye algunas nociones básicas sobre cómo manejar la dependencia o problemas graves del consumo de alcohol, y cuándo debemos derivar a un manejo clínico más intensivo.

Las intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol en personas con consumo de riesgo y perjudicial han demostrado ser efectivas para disminuir este consumo y la morbilidad y mortalidad que ocasiona, por lo que todos los profesionales sanitarios deberían realizarlas. Además, se encuentran entre las intervenciones sanitarias más baratas que conducen a una mejora en la salud. La efectividad y el coste-efectividad de las intervenciones breves han sido probados por numerosos estudios, tanto nacionales como internacionales. En general, hay evidencia consistente de la efectividad de las intervenciones breves en Atención Primaria para reducir el consumo de alcohol.

Cualquier consumo de alcohol implica un riesgo para la salud. Está demostrado que para determinadas enfermedades (gastrointestinales, cáncer y lesiones) no existe un nivel seguro de consumo. Disponemos de evidencias convincentes de la relación del consumo de alcohol con cáncer de la cavidad oral, la faringe, laringe, esófago, colorrectal, mama, e hígado.

A TENER EN CUENTA

En las siguientes circunstancias, cualquier consumo de alcohol se puede considerar un consumo de riesgo

NO CONSUMIR ALCOHOL



Conducción



Lactancia



Embarazo



Trabajo de precisión



Menor de edad



Algunos medicamentos y enfermedades



Actividades de riesgo



Cuidado de menores

CÓMO USAR ESTA GUÍA



OBJETIVOS DEL CRIBADO Y LA INTERVENCIÓN BREVE DEL CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL DE ALCOHOL

- Proporcionar una forma sencilla de identificar a las personas cuyo consumo de alcohol puede representar un riesgo para su salud, y a aquellas que ya han experimentado problemas relacionados con el alcohol.
- Proporcionar información a los profesionales sanitarios para desarrollar un plan de intervención.
- Proporcionar a los pacientes consejos personalizados que pueden utilizarse para motivarlos a cambiar su consumo de alcohol.

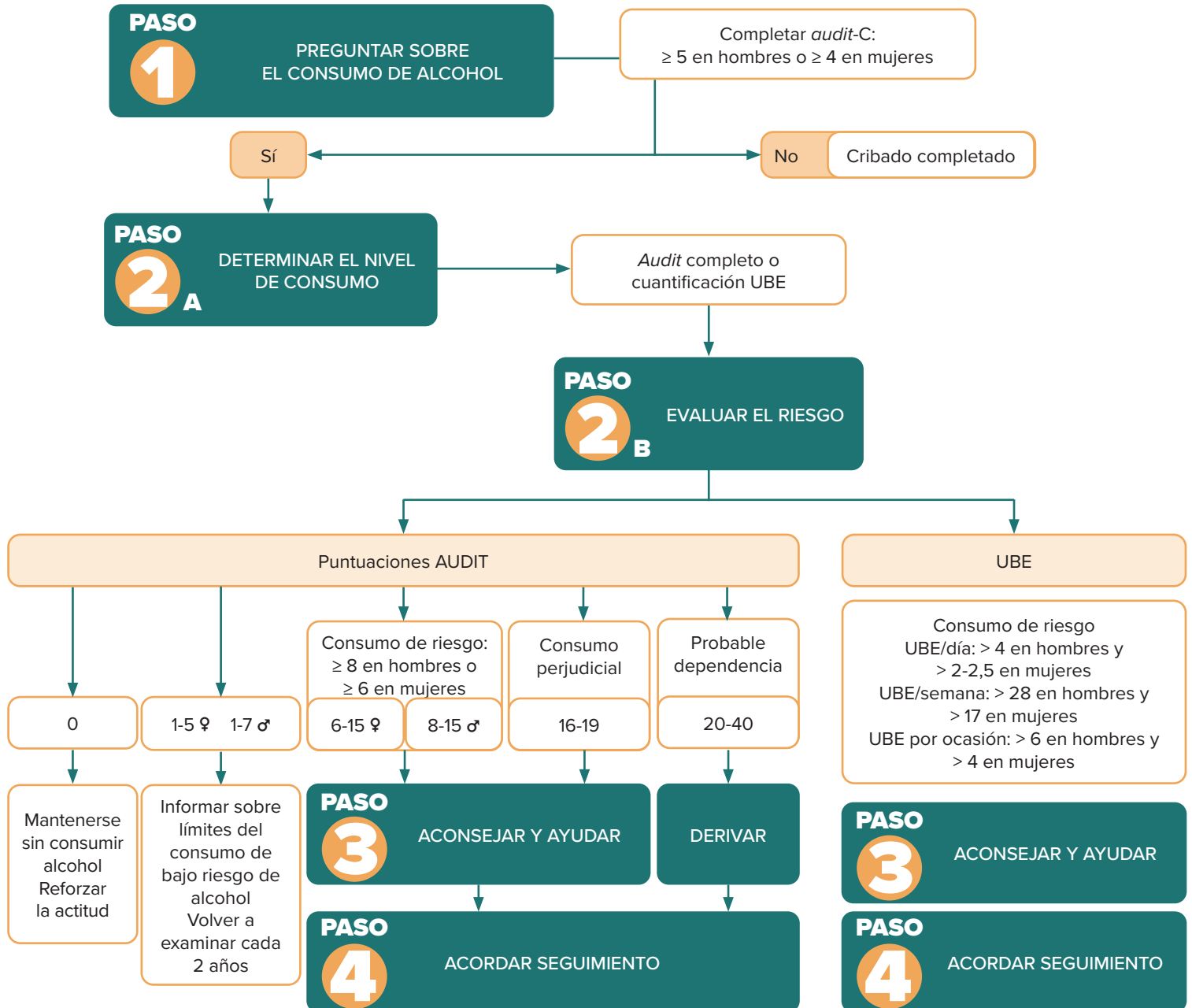




CÓMO CRIBAR Y REALIZAR UNA INTERVENCIÓN BREVE SOBRE EL CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL DE ALCOHOL

En la figura 2 se expone de manera gráfica cómo hacer un cribado del consumo de riesgo de alcohol.

FIGURA 2. CRIBADO DE CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL



AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test; UBE: unidad de bebida estándar.

Basada en Alcohol Screening and Brief Intervention. A Guide for Use in Primary Care. Department of Health, The Government of the Hong Kong; 2017.

PASO

1

PREGUNTAR SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL

Se recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol, como mínimo cada 2 años en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad. Esto debería hacerse al abrir o actualizar una historia clínica o ante cualquier indicio de sospecha. Preguntar y cuantificar el consumo de alcohol puede ayudar a que el paciente conozca los límites de consumo de riesgo y de bajo riesgo.

En España, el PAPPS ha consensuado unos puntos clave y recomendaciones sobre el cribado del consumo de riesgo de alcohol:

- El Alcohol Use Disorders Identification Test-C (AUDIT-C) es el cuestionario de elección para el cribado de consumo de riesgo en el ámbito sanitario.
- El Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) es el cuestionario de elección para la detección del síndrome de dependencia alcohólica en el ámbito sanitario.
- Los marcadores biológicos no deben ser utilizados como instrumentos de cribado, aunque pueden ser útiles en el manejo clínico de pacientes.
- Los instrumentos de cribado deberán ser incorporados sistemáticamente en las historias clínicas informatizadas.

EL CRIBADO DEL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL DEBE HACERSE:

- ▶ Como parte de un examen preventivo rutinario
- ▶ Antes de prescribir fármacos que interaccionen con el alcohol
- ▶ En respuesta a problemas que pueden estar relacionados con el consumo de alcohol
- ▶ Especial atención en embarazadas, personas que fuman, adolescentes y personas adultas jóvenes

Por lo tanto, para realizar el cribado se propone usar las tres primeras preguntas del AUDIT-C (tabla 2), que es una forma adaptada y rápida de identificar qué personas pueden necesitar completar la versión entera del AUDIT (tabla 3). Esta recomendación está en línea con el consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 14 de enero de 2015.

TABLA 2. TEST AUDIT-C

1. ¿CON QUÉ FRECUENCIA CONSUME ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA?	
(0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De dos a cuatro veces al mes (3) De dos a cuatro veces a la semana (4) Cuatro o más veces a la semana	<input type="checkbox"/>
2. ¿CUÁNTAS CONSUMICIONES DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS SUELE REALIZAR EN UN DÍA DE CONSUMO NORMAL?	
(0) Uno o dos (1) Tres o cuatro (2) Cinco o seis (3) Siete a nueve (4) Diez o más	<input type="checkbox"/>
3. ¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMA 6 O MÁS BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN UNA OCASIÓN DE CONSUMO?	
(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>

Puntos de corte para el consumo de riesgo: 5 o más en hombres y 4 o más en mujeres. Si es positivo hacer AUDIT completo de 10 ítems

TABLA 3. AUDIT COMPLETO (ALCOHOL USE DISORDERS INVENTORY TEST)

<p>1. ¿CON QUÉ FRECUENCIA CONSUME ALGUNA BEBIDA ALCOHOLICA?</p>	<p>6. ¿CON QUÉ FRECUENCIA EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO HA NECESITADO BEBER EN AYUNAS PARA RECUPERARSE DESPUÉS DE HABER CONSUMIDO MUCHO EL DÍA ANTERIOR?</p>
<p>(0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De dos a cuatro veces al mes (3) De dos a cuatro veces a la semana (4) Cuatro o más veces a la semana</p>	<p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿CUÁNTAS CONSUMICIONES DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS SUELE REALIZAR EN UN DÍA DE CONSUMO NORMAL?</p>	<p>7. ¿CON QUÉ FRECUENCIA EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO HA TENIDO REMORDIMIENTOS O SENTIMIENTOS DE CULPA DESPUÉS DE HABER BEBIDO?</p>
<p>(0) Uno o dos (1) Tres o cuatro (2) Cinco o seis (3) Siete a nueve (4) Diez o más</p>	<p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMA 6 O MÁS BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN UNA OCASIÓN DE CONSUMO?</p>	<p>8. ¿CON QUÉ FRECUENCIA EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO NO HA PODIDO RECORDAR LO QUE SUCEDIÓ LA NOCHE ANTERIOR PORQUE HABÍA ESTADO BEBIENDO?</p>
<p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. ¿CON QUÉ FRECUENCIA EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO HA SIDO INCAPAZ DE PARAR DE BEBER?</p>	<p>9. ¿USTED O ALGUNA OTRA PERSONA HA RESULTADO HERIDA PORQUE USTED HABÍA BEBIDO?</p>
<p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año</p>
<p>5. ¿CON QUÉ FRECUENCIA EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO NO PUDO HACER LO QUE SE ESPERABA DE USTED PORQUE HABÍA BEBIDO?</p>	<p>10. ¿ALGÚN FAMILIAR, AMIGO, MÉDICO O PROFESIONAL SANITARIO HA MOSTRADO PREOCUPACIÓN POR SU CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O LE HA SUGERIDO QUE DEJE DE BEBER?</p>
<p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año</p>

Puntos de corte para el consumo de riesgo: 8 o más en hombres y 6 o más en mujeres

PASO

2^A

DETERMINAR EL NIVEL DE CONSUMO

Cuando el AUDIT-C sea ≥ 5 en hombres o ≥ 4 en mujeres, se propone realizar el AUDIT o la cuantificación de consumo en UBE.

El término UBE se utiliza para simplificar la medición del consumo de alcohol. Para esta exploración se recomienda el manejo de una encuesta semiestructurada de cantidad/frecuencia, compuesta por unas preguntas básicas «blandas» que analizan el consumo por días laborables, festivos y por ocasiones de consumo.

En la **figura 3** y la **tabla 4** se resume cómo puede realizarse el cálculo del alcohol consumido empleando la cuantificación en unidades (UBE; 1 UBE = U = 10 g de alcohol puro).

En el siguiente enlace se pueden conocer cuántas unidades de alcohol se consumen (<https://encuestas.msssi.gob.es/limesurvey/index.php/481849?lang=es>):

FIGURA 3. CÓMO CALCULAR LA UNIDAD DE BEBIDA ESTÁNDAR UBE

$$\text{Gramos alcohol puro} = \frac{\text{volumen (expresado en cc)} \times \text{graduación} \times 0,8}{100}$$


↓

Unidad de bebida estándar (UBE)
1 UBE = 10 g de alcohol puro


TABLA 4. TIPO DE BEBIDA, VOLUMEN, UNIDADES DE BEBIDAS ESTÁNDARES Y GRAMOS

TIPO DE BEBIDA	CANTIDAD DE BEBIDA	VOLUMEN ALCOHOL %	UBE	TOTAL (G)
Vino	1/2 copa (125 mL)	10 %	1	10
	1 L	10 %	8	80
Cerveza	1 caña (250 mL)	5 %	1	10
	1 tercio (375 mL)	5 %	1,5	15
Sidra	1 jarra (500 mL)	5 %	2	20
	1 vaso (250 cc)	5 %	1	10
Copas	1 copa (60 mL)	40 %	2	20
	1 chupito de coñac, whisky (30 mL)	40 %	1	10
	1 combinado de anís, pacharán, licor (60 mL)	40 %	2	20
Jerez, vermut, cava	1 copa de jerez (80 mL)	15 %	1	10
	1 vermut (80 mL)	15 %	1	10
	1 copa de cava (125 mL)	10 %	1	10


1 UNIDAD = 10 GRAMOS



1 chupito
(40%) 30 mL




Media copa de vino
(10%) 125 mL




1 caña
(5%) 250 mL

1 UNIDAD EQUIVALE A 1 UBE


2 UNIDADES = 20 GRAMOS




2 chupitos
(40%) 60 mL



1 copa de vino
(10%) 250 mL



1 jarra de cerveza
(5%) 500 mL



1 combinado
(40%) 60 mL

PASO

2^B

EVALUAR EL RIESGO

Tras la aplicación del AUDIT o la cuantificación del consumo de alcohol en UBE, podemos saber si estamos ante un paciente que presenta un consumo de riesgo de alcohol, lo que debe cumplir las especificaciones incluidas en la [tabla 5](#).

Las puntuaciones totales de AUDIT de 8-15 en hombres o 6-15 en mujeres son indicativas de un consumo de riesgo, y las de 16-19, de un consumo perjudicial de alcohol.

Los datos epidemiológicos sugieren que aumentan significativamente los riesgos de problemas relacionados con el alcohol cuando el consumo excede los 20 g de alcohol puro por día en hombres y los 10 g en mujeres (límites de consumo de bajo riesgo).

Técnicamente, puntuaciones más altas pueden reflejar una mayor gravedad de los problemas y la dependencia del alcohol, así como una necesidad de tratamiento más intensivo.

Zona I (AUDIT 0-7 en hombres o 0-5 en mujeres). Aunque los niveles actuales de consumo de alcohol están asociados con bajo riesgo, el consumo de alcohol podría aumentar. Por tanto, unas pocas palabras o información escrita sobre los riesgos de beber alcohol pueden evitar que aumente el consumo de alcohol en el futuro.

Zona II (AUDIT 8-15 en hombres o 6-15 en mujeres). **CONSUMO DE RIESGO**. Aunque puede que las consecuencias negativas para la persona que consume y su entorno no sean evidentes en el momento actual, son pacientes:

- En riesgo de padecer enfermedades crónicas debido al consumo regular de alcohol y/o,
- en riesgo de sufrir lesiones, violencia, problemas legales, bajo rendimiento laboral o problemas sociales debido a episodios de intoxicación aguda.

Zona III (AUDIT 16-19). **CONSUMO PERJUDICIAL**. Estos pacientes:

- Ya pueden tener problemas de salud física y/o mental debido al consumo regular de alcohol y/o,
- experimentan lesiones, violencia, problemas legales, bajo desempeño laboral o problemas sociales debido a la intoxicación frecuente.
- Probablemente, se encuentran en las fases previas de la dependencia.

Zona IV (AUDIT ≥ 20). **PROBABLE DEPENDENCIA**. Una puntuación ≥ 20 en el AUDIT es indicativa de dependencia del alcohol, aunque puntuaciones menores también pueden significar dependencia. El diagnóstico es un paso necesario tras una alta puntuación. La undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), descrita en la [tabla 6](#), proporciona pautas para el diagnóstico del trastorno de dependencia del alcohol.

TABLA 5. CRITERIOS PARA EL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL

CONSUMO DE RIESGO
Si cumple ALGUNO de estos criterios:
• AUDIT ≥ 8 en hombres y ≥ 6 en mujeres
• > 4 UBE/día en hombres y $> 2-2,5$ UBE en mujeres
• > 28 UBE/semana (5 días a la semana) en hombres y > 17 en mujeres
• > 6 UBE por ocasión en hombres y > 4 en mujeres. Consumo intensivo de alcohol o <i>binge-drinking</i>

A TENER EN CUENTA

3 de cada 1.000 pacientes atendidos en consulta son dependientes
1-2 de cada 20 pacientes en consulta tienen consumo de riesgo o nocivo de alcohol

TABLA 6. DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

CRITERIOS CIE-10 PARA EL SÍNDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Tres o más de las siguientes manifestaciones deben haber estado presentes durante al menos un mes o si han durado menos de un mes, deben haber aparecido juntas de forma repetida en algún período de doce meses:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el inicio del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico del alcohol o el consumo de la misma sustancia (o una muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de alcohol; aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como se observa por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente, o es de esperar que lo sea, de la naturaleza o extensión del daño.

WHO; 1993. p. 57

MARCADORES BIOLÓGICOS DEL CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL DE ALCOHOL

- Existen marcadores biológicos indirectos de alto consumo de alcohol, como pueden ser el aumento de la gamma-glutamil transferasa (GGT) o el volumen corpuscular medio (VCM).
- Tienen una especificidad y una sensibilidad muy variable, por lo que no deben ser utilizados como instrumentos de cribado.
- Sí que pueden tener valor en el seguimiento del consumo de riesgo. La GGT disminuye un 50% después de 10 días de abstinencia y puede normalizarse en unas 6 semanas. El VCM no se normaliza hasta pasados 3-4 meses.

PASO

3

ACONSEJAR Y AYUDAR

La intervención breve sobre el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol suele estructurarse de acuerdo con el enfoque de FRAMEAP, que involucra a los profesionales en: dar *feedback* (F) (retroalimentación sobre el consumo de alcohol del paciente), señalar la responsabilidad (R) por el cambio, ofrecer asesoramiento (A), listar un menú de opciones para el cambio de comportamiento (M), tener un enfoque empático (E), desarrollar la autoeficacia (A) y elaborar un plan (P).

F

DAR FEEDBACK sobre los riesgos o daños del consumo de riesgo o perjudicial de alcohol y valorar la interpretación del paciente.

- ▶ Introducir el tema.

PUEDE DECIR

Tras examinar las respuestas del cuestionario que completó, parece que puede estar en riesgo de experimentar problemas relacionados con el consumo de alcohol si sigue bebiendo en los niveles actuales. Me gustaría hablar con usted unos minutos sobre este tema.

- Proporcionar información basada en la clasificación según el resultado del AUDIT (figura 4).

FIGURA 4. INFORMACIÓN AL PACIENTE SEGÚN EL RESULTADO DEL AUDIT



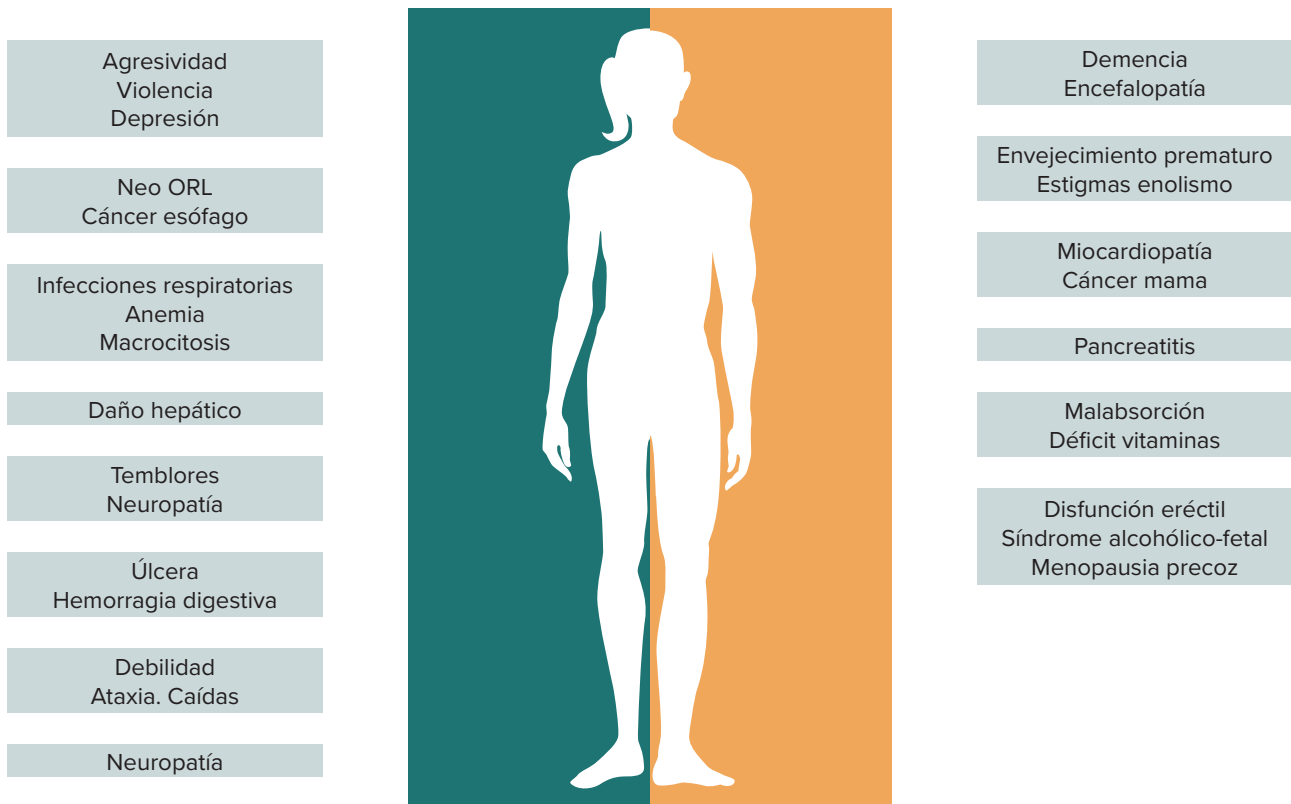
Basada en Alcohol Screening and Brief Intervention. A Guide for Use in Primary Care. Department of Health, The Government of the Hong Kong, 2017.

- Proporcionar información sobre los efectos del consumo de riesgo de alcohol (figura 5) y señalar los riesgos específicos de seguir consumiendo por encima de los límites de consumo de bajo riesgo. Resaltar los daños agudos (por ejemplo, intoxicación etílica, pérdidas de conciencia) experimentados por las personas y discutir claramente la necesidad de dejar de beber o disminuir el consumo.

PUEDE DECIR

Obtuvo una puntuación de... [8-15 en hombres o 6-15 en mujeres/16-19], lo que representa que es probable que su consumo de alcohol le cause o le esté causando problemas. Sus respuestas al cuestionario indican que se encuentra en lo que denominamos consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. Su nivel de consumo de alcohol presenta riesgos para su salud y posiblemente para otros aspectos de su vida.

FIGURA 5. PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL



PUEDA AÑADIR

La mejor manera de evitar estos tipos de problemas de salud es reducir la frecuencia y la cantidad de consumo de alcohol. Cuanto menos, mejor o, preferiblemente, abstenerse por completo de beber alcohol.

R

Señalar la **RESPONSABILIDAD** por el cambio.

- ▶ Enfátice que la decisión de cambiar los patrones de consumo de alcohol o continuar bebiendo al mismo nivel es una elección de cada persona.

Nadie puede tomar esta decisión por usted. Realmente depende de usted hacer un cambio...

- ▶ Hable sobre la necesidad de dejar de beber o de disminuir el consumo.

PUEDA DECIR

Y ESTO

Es importante que reduzca la cantidad de bebidas alcohólicas que toma o que deje de beber por completo. A muchas personas les resulta posible hacer cambios en su forma de beber. ¿Cómo ve usted el tema?

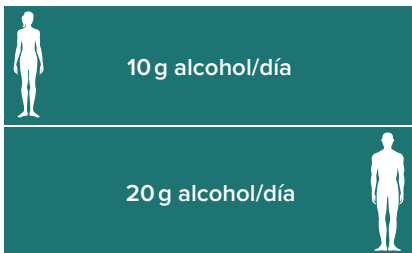
A

ACONSEJAR

Hable con el paciente sobre los límites de consumo de alcohol. Con los pacientes que prefieren beber a niveles de menor riesgo, remarque que:

- Lo único que evita el riesgo es no consumir alcohol. Con el cáncer, enfermedades digestivas y lesiones, cualquier cantidad aumenta el riesgo.
- Se define el consumo de bajo riesgo de alcohol el que no excede de 20 g (2 UBE/día) en hombres y de 10 g (1 UBE/día) en mujeres, dejando al menos 2 días libres de alcohol a la semana.
- Las personas que beben más de este límite están en mayor riesgo de tener problemas relacionados con el alcohol.
- Explicar el concepto de unidad de bebida estándar (UBE) de alcohol y cómo calcularla. Ofrecer información por escrito.

Información sobre los límites de consumo de bajo riesgo de alcohol



La información sobre los límites de consumo de bajo riesgo de alcohol se puede ofrecer como información a la población que acude a consulta dentro del consejo en estilos de vida saludable (recomendando que lo único que evita los riesgos asociados con el consumo de alcohol es no consumir, y que, si se consume, cuanto menos, mejor). El consumo de bajo riesgo de alcohol es un consumo objetivo para valorar si no es posible o no se desea la abstinencia. No es realista fijarlo como criterio para la intervención breve individualizada.

PUEDE DECIR

Como su médico o médica o como su enfermera o enfermero, le aconsejo que limite su consumo de alcohol o que deje de beber. Puedo ayudarle, si lo desea.

Es importante entender cuánto alcohol hay en cada tipo de bebida (tabla 4). Por ejemplo, 1 vaso de cerveza (5% de alcohol) de 250 mL contiene 1 UBE de alcohol (10 g).

PUEDE AÑADIR

M

MENÚ

Buscar alternativas, junto con el paciente, para disminuir el consumo de alcohol (tabla 7).

TABLA 7. CONSEJOS PRÁCTICOS DE REDUCCIÓN DEL CONSUMO EN PERSONAS CON CONSUMO DE RIESGO, SIN DEPENDENCIA

- Defina un límite por día, por semana y por ocasión
- Monitoree los hábitos de bebida para saber qué cantidad bebe
- No beba nunca en ayunas
- Intente restringir la bebida a solo algunas ocasiones (por ejemplo, beber solo durante las comidas)
- Beba lentamente. No mantenga el vaso en la mano entre cada sorbo
- No deje la botella a mano para la próxima copa
- Cambie de tipo de bebida de vez en cuando (bebidas no alcohólicas)
- Utilice bebidas de poca graduación en lugar de bebidas de alta graduación
- Disfrute de las bebidas no alcohólicas de vez en cuando
- Evite beber antes de las comidas
- Si bebe diariamente, haga «pausas» en el consumo y no beba nada de alcohol durante 4 o 5 días cada mes
- Practique el rechazar bebidas y decida no beber en algunas ocasiones
- No se sume a todas las rondas ni fuerce a beber a los demás
- No sobrepase diariamente los límites de consumo de bajo riesgo
- No beba en situaciones de riesgo (embarazo, en el trabajo, conducción, tomando medicamentos)
- No beba para solucionar problemas personales (angustia, nerviosismo...). Identifique las motivaciones para beber y no beba como alivio o escape
- No apague nunca la sed bebiendo alcohol

E

EMPATÍA Y AUTOEFICACIA

- ▶ Animar a los pacientes (con tacto, pero con firmeza) a tomar medidas para cambiar su forma de beber.
- ▶ Hablar con autoridad sin ser confrontativo si los pacientes no están preparados para cambiar.
- ▶ Hay que reconocer que el cambio es difícil, pero al mismo tiempo es importante enfatizar los beneficios personales de beber menos y de la abstinencia.

PUEDE DECIR

Muchos pacientes son capaces de controlar con éxito su consumo de alcohol, o dejar de beber!

Con el apoyo adecuado e información, estoy seguro de que tú también lo harás.

Entiendo que a veces es difícil hacerlo, pero te puedo ayudar a conseguirlo.

P

PLAN DE ACCIÓN

Una decisión importante que se debe tomar al elaborar el plan de tratamiento es si se debe aspirar a la abstinencia o a establecer un límite de consumo preferiblemente por debajo de los límites de bajo riesgo. El objetivo ideal es la abstinencia, aunque no siempre es posible o aceptable para todos los pacientes, al menos a corto plazo.

Ejemplos de establecimiento de objetivos:

- Reduzca la cantidad de bebida gradualmente (por ejemplo, de 5 bebidas al día a 3 bebidas al día) durante X días o semanas, luego de 3 bebidas al día a menos de 2 bebidas al día.
- Reduzca la frecuencia de consumo eligiendo 1 o 2 días a la semana como días sin alcohol, y luego extienda el número de días a la semana en los que no consume.

Es posible que el objetivo de la intervención sobre el paciente no se limite solo a la conducta de beber. En ocasiones, hay que estar preparados para lidiar con cualquier problema acompañante asociado con la salud, las relaciones, el trabajo y la repercusión social del consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. Al principio, las metas deben ser a corto plazo y alcanzables. Se pueden establecer metas a largo plazo cuando el tratamiento progresa, con el objetivo de cambiar los factores que perpetúan el problema con la bebida, como puede ser un problema de pareja.

Se recomienda establecer un plan de acción para el cambio que incluya razones para cambiar, qué objetivos quiere conseguir, qué necesita para alcanzarlos, qué dificultades se puede encontrar y cómo se van a afrontar, cómo se siente el paciente sobre su consumo de alcohol actual, cuán importante es cambiar, y cuánta confianza tiene el paciente en conseguirlo.

Materiales de interés: folleto «HOY puede ser un buen día para empezar una vida más saludable» (<https://drive.google.com/file/d/0B8qgwLYYRSWRYIpvRy1GMMG5reDA/view?resourcekey=0-QNTtiRc-X64t9IztpJ96CA>)

PASO

4

ACORDAR UN SEGUIMIENTO

Para pacientes con un consumo de riesgo de alcohol:

- El seguimiento se puede programar según sea apropiado para el grado de riesgo percibido y/o para asegurar que el paciente está progresando con respecto al logro de la meta de consumo de alcohol.
- Volver a examinar anualmente.

Para pacientes con consumo perjudicial de alcohol:

- Si el paciente está listo para cambiar, se debe realizar un seguimiento regular para reforzar la eficacia y prevenir recaídas. Según el juicio clínico, se realizan de 1 a 3 sesiones de seguimiento.
- Considerar la posibilidad de una derivación, si es necesario, si hay recaídas del paciente, no responde a una intervención breve, requiere un tratamiento más intensivo o tiene otras comorbilidades relacionadas con el alcohol más allá de la experiencia del profesional en el manejo.
- Si el paciente no está listo para cambiar, reafirme su preocupación y móvvelo a cambiar (por ejemplo, puede enfatizar los daños de beber alcohol y los beneficios de no beber).
- Volver a examinar anualmente.



HABILIDADES COMUNICACIONALES Y ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Para implementar con éxito la intervención breve sobre el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, es necesaria la capacitación de los profesionales sanitarios en habilidades y prácticas de comunicación efectivas. Además, hay que incluir la atención centrada en el paciente basada en la teoría de la autodeterminación, que proporciona una base teórica sólida a esta. En psicología, el concepto de autodeterminación se refiere a la capacidad de una persona para tomar decisiones y administrar su propia vida, lo que afecta la motivación. Las personas están más motivadas para actuar cuando creen que pueden cambiar el resultado de lo que se proponen. La motivación humana es impulsada por el cumplimiento de tres principios intrínsecos de necesidades psicológicas: la autonomía percibida o voluntad propia, la competencia y crecimiento personal percibidos, y la relación o conexión con los demás.

Las habilidades comunicacionales básicas se pueden aplicar en el **PASO 1** (Preguntar sobre el consumo de alcohol) mediante el enfoque AARR:

A: Preguntas abiertas.

A: Afirmar lo que dice el paciente.

R: Reflejar lo que dice el paciente (escucha reflexiva).

R: Resumir.

PREGUNTAS ABIERTAS

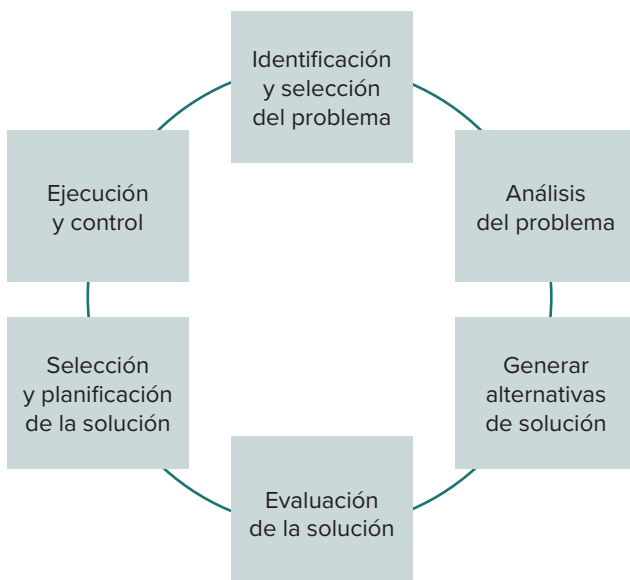
Háblame sobre su consumo de alcohol.
¿Cómo está afectando el consumo de alcohol a su salud?
¿Qué puede hacer para disminuir su consumo de alcohol?

PROMOVIENDO AFIRMACIONES AUTOMOTIVADORAS

Si no lo entiendo mal, dices que no sería fácil, pero que podrías intentarlo...

ESCUCHA REFLEXIVA

Veo que está preocupado por las consecuencias del consumo de alcohol.
Parece que usted es capaz de controlar la cantidad de alcohol que consume.



Y en el **PASO 3** (aconsejar y ayudar), se puede aplicar el proceso de 5 pasos para la resolución de problemas:

1. Identificación de barreras para el cambio de comportamiento.
2. Búsqueda de soluciones mediante la lluvia de ideas.
3. Analizar los pros y los contras de las soluciones (análisis coste-beneficio).
4. Elegir la solución deseada.
5. Desarrollar un plan de acción.

Es el paciente quien define las barreras para cambiar su comportamiento e identifica soluciones y la mayoría del curso de acción más apropiado.

RECURSOS PARA DERIVAR A SERVICIOS ESPECIALIZADOS

Aquellas personas que puntúan 20 o más en el AUDIT o que presentan condiciones especiales deben ser referidas a servicios especializados. La Atención Primaria desempeña un papel clave a la hora del tratamiento de las personas dependientes del alcohol (tabla 8).

TABLA 8. PAPEL CLAVE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS CASOS DE PERSONAS DEPENDIENTES DEL ALCOHOL

- Identificar a las personas que sufren dependencia alcohólica
- Intervenir en la derivación de las personas que lo precisen para que sean tratadas de la forma más eficaz
- Apoyar al paciente a lo largo del proceso
- La depresión y la ansiedad van, a menudo, de la mano de la dependencia del alcohol. Los estudios muestran que las personas que dependen del alcohol tienen dos o tres veces más probabilidades de sufrir depresión o ansiedad durante su vida. Al abordar los problemas con la bebida, es importante buscar también tratamiento para cualquier problema de salud, incluyendo de salud mental, que lo acompañe
- Coordinación con los diferentes recursos sanitarios ambulatorios (centro de atención a drogodependientes) necesarios en muchas ocasiones para la desintoxicación, la deshabituación y la rehabilitación
- Orientar al paciente en cómo conseguir el reciclaje necesario para su reincorporación al mercado laboral o la promoción profesional, coordinándose con los diferentes recursos psicosociales
- Considerar darle una baja laboral si lo precisa durante el proceso de desintoxicación
- Conocer y colaborar con diferentes asociaciones de ayuda mutua
- Luchar contra la culpa y la discriminación de la persona con dependencia alcohólica

La atención a la persona con dependencia alcohólica está muy fragmentada en nuestro país y depende de cada servicio de salud de cada comunidad autónoma, e incluso de la ciudad donde se reside. Pueden existir unidades de conductas adictivas específicas y/o estar incluido el tratamiento en los servicios de salud mental.

Además, hay que contar con organizaciones no gubernamentales como Alcohólicos Anónimos (http://www.alcoholicos-anonimos.org/v_portal/apartados/apartado.asp) y CAARFE (<http://www.caarfe.org/>).

OTROS RECURSOS DE INTERÉS

- ▶ La web *Prevención del consumo de alcohol* del Ministerio de Sanidad proporciona información sobre el tema:
 - a) Para la ciudadanía: <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/consumo/home.htm>
 - b) Para profesionales y ciudadanía: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/home.htm>
- ▶ Información sobre centros de atención a adicciones. Portal Plan Nacional sobre Drogas: <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/ayudaCerca/home.htm>
- ▶ Enlaces de interés de comunidades y ciudades autónomas sobre prevención del consumo de alcohol: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/EnlacesInteres_CCAA.htm
- ▶ Blog sobre salud y prevención del PAPPs. *Alcohol*: <https://educacionpapps.blogspot.com/search/label/alcohol>

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcohol. [Internet.] OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol#:~:text=Est%C3%A1%20asociado%20con%20el%20riesgo,derivados%20de%20la%20violencia%20y>
2. Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arago J, Ramírez Manen JI, et al. Grupo de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida 2020. Atención Primaria. 2020;52(S2):32-43.
3. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 14 de enero de 2015. Informes, Estudios e Investigación 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf
4. Alcohol Screening and Brief Intervention. A Guide for Use in Primary Care. Department of Health. The Government of the Hong Kong Special Administrative Region. September 2017.
5. National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism. How to Help Patients Who Drink Too Much. A Clinical Approach. 2005.
6. 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de los problemas derivados del alcohol. Documento de trabajo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
7. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud; 2001.
8. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Intervención breve. Para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud; 2001.
9. Miller W, Rollnick S. Motivational Interviewing, Preparing People for Change. 2ª ed. Guilford Press; 2008.
10. Ministerio de Sanidad. Límites de consumo de bajo riesgo de alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. [Internet.] Madrid; 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol_Actualizacion.pdf
11. Valencia JL, Galán I, Segura L, Camarelles F, Suárez Cardona M, Brime B. Episodios de consumo intensivo de alcohol «binge drinking»: retos en su definición e impacto en salud. Rev Esp Salud Pública. 2020;94:13 de noviembre e1-17.
12. Colom J, Segura-García L. La actualización de los límites de bajo riesgo del alcohol. Una oportunidad para mejorar la implementación de las estrategias de identificación precoz e intervención breve en España. Rev Esp Salud Pública. 2020;94:13 de noviembre e1-12.
13. Sordo L, Córdoba R, Gual A, Sureda X. Límites para el consumo de bajo riesgo de alcohol en función de la mortalidad asociada. Rev Esp Salud Pública. 2020;94: 13 de noviembre e1-11.
14. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. p. 109. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_Monografia_Alcohol_consumos_y_consecuencias.pdf