



HABLEMOS DEL ALCOHOL

Promoviendo el cribado e intervención breve como práctica habitual en Atención Primaria

Iniciar una conversación sobre el alcohol puede marcar un punto de inflexión. En Europa, el consumo de alcohol está normalizado y, con frecuencia, no se mencionan sus daños. Se pierden oportunidades de prevención cuando en Atención Primaria (AP) los y las profesionales dudan en preguntar por el alcohol.

El alcohol contribuye de manera primordial a la aparición de muchas de las condiciones más frecuentes valoradas en AP, que incluyen enfermedades no transmisibles como el cáncer, lesiones y problemas de salud mental (1). **El cribado e intervención breve (SBI por sus siglas en inglés *Screening and Brief Intervention*) en alcohol integra conversaciones estructuradas y basadas en la evidencia sobre el consumo de alcohol**, riesgos asociados y posibles cambios en el comportamiento.

Administrado dentro de la actividad de AP, el SBI permite pasar de un enfoque reactivo basado en los daños relacionados con el consumo de alcohol, a un modelo preventivo de cuidado (2,3). Para el abordaje completo de los trastornos por consumo de sustancias, se utiliza a menudo el término SBIRT (cribado, intervención breve y derivación a tratamiento) (7).

¿Lo sabías?

EL ALCOHOL

suele ser el factor de riesgo conductual menos abordado, incluso menos que el tabaco, la actividad física o la alimentación.

SOLO AL 6%

de pacientes encuestados se les había preguntado por su consumo de alcohol en un estudio multi-país (6).

¡Cambiemos esto!

¿Cómo funciona SBI en alcohol?*

El SBI tiene como objetivo identificar problemas, actuales o potenciales, relacionados con el consumo de sustancias, y motivar a las personas en riesgo a cambiar su comportamiento.

El SBI incluye dos componentes:

1

Cribado

Comprende un conjunto validado de preguntas con el fin de identificar los patrones de consumo de alcohol y los niveles de riesgo. Las herramientas comunes incluyen el Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) y su versión corta, el AUDIT-C (4,5).

2

Intervención breve

Comprende la retroalimentación personalizada sobre el riesgo relacionado con el consumo de alcohol, discusión de los posibles efectos sobre la salud, apoyo para el establecimiento de objetivos, cambios en el comportamiento (a menudo utilizando técnicas motivacionales) y derivación a otros servicios cuando sea necesario.

* Nota de la traducción para España: el Ministerio de Sanidad dispone de un apartado para ampliar información con **Guías para abordar el consumo de alcohol**, incluyendo un Glosario y definiciones, disponibles aquí: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentosTecnico/guiasAlcohol/home.htm>



Las intervenciones breves **no están diseñadas para tratar la dependencia del alcohol**, que normalmente necesita una atención más intensiva y especializada.

El SBI sólo requiere unos pocos minutos.



Evaluación del riesgo mediante el AUDIT ▼

El AUDIT fue desarrollado por la OMS para ayudar a identificar posibles riesgos relacionados con el consumo de alcohol. Consta de 10 preguntas sobre hábitos y consecuencias del consumo de alcohol. El AUDIT-C es una versión corta del AUDIT con tres preguntas, que puede utilizarse como herramienta de cribado inicial cuando el tiempo es limitado.



¿Qué es una Unidad de Bebida Estándar (UBE)? ▼

Es una medida del etanol contenido en las diferentes bebidas. Los países emplean medidas y tamaños de UBEs distintos. El AUDIT utiliza 10 g de alcohol puro como medida de 1 UBE y esa misma medida se utiliza en España.

¿Cuánto son 10 g de alcohol en diferentes bebidas?

~ 30 ml de licor
al 40% (de 40°)



en un vaso de chupito

230 ml de sidra
al 5,5% (de 5,5°)



en botella pequeña

250 ml de cerveza
al 5% (de 5°)



en botella pequeña

100 ml de vino
al 12% (de 12°)



en copa pequeña

Cinco datos sobre el SBI en alcohol en Atención Primaria

1

1. El alcohol es un problema de salud habitual en AP

Es un factor causal en más de 200 enfermedades y lesiones y exacerba muchos de los problemas frecuentemente tratados en AP, como hipertensión, depresión, trastornos del sueño, diversos tipos de cáncer y otras lesiones. También puede interferir con los medicamentos (1). Conocer cuánto bebe un paciente es tan relevante clínicamente como conocer su presión arterial o sus hábitos respecto al tabaco. El alcohol también es rico en calorías vacías y puede dificultar el control del peso (4).

2

2. La mayor parte del daño proviene de personas que no tienen dependencia al alcohol

La dependencia al alcohol afecta a una minoría de pacientes, pero un grupo mucho más numeroso consume cantidades que aumentan los riesgos para su salud y la sociedad. Desde una perspectiva poblacional, en este grupo más amplio se produce gran parte del daño atribuible al alcohol, por lo que esperar a la sospecha de dependencia es una oportunidad de prevención perdida (2).

3

3. El SBI funciona, pero sigue infrautilizado

El SBI en alcohol es un enfoque basado en la evidencia que puede reducir el consumo y prevenir daños futuros. Es coste-efectivo e incluso ahorra costes cuando se integra en la actividad habitual de atención primaria, pero la cobertura permanece baja en muchos entornos (6).

4

4. Las personas están abiertas a mantener conversaciones sobre el alcohol

Las personas suelen estar abiertas a responder preguntas sobre el alcohol, incluso si los profesionales prevén resistencia. La mayoría agradecen explicaciones claras y no estigmatizantes sobre cómo el alcohol se relaciona con su salud. Cuando se da como una forma de apoyo, sin juicios y centrada en la persona, el SBI suele percibirse como una parte normal del papel del profesional sanitario (4).

5

5. Desde Atención Primaria se puede marcar una verdadera diferencia

Atención Primaria mantiene un contacto regular con los y las pacientes, manejando a menudo condiciones que empeoran por el consumo de alcohol, como hipertensión, depresión y obesidad, lo que la sitúa en una posición única para iniciar un diálogo sobre el alcohol. Las relaciones de confianza profesional-paciente hacen que las conversaciones sobre el alcohol sean mejor aceptadas, y el enfoque preventivo de AP permite identificar de forma temprana los patrones de consumo de riesgo de alcohol (2,4).



Cuándo hablar de alcohol

Las conversaciones sobre el alcohol en AP pueden empezar de forma sencilla:

Rutina (sistemática):

incluida como parte estándar de la atención para todos los/as pacientes o grupos definidos.

“Preguntamos a todas las personas sobre el alcohol como parte de la atención habitual. ¿Te importaría si te hago unas preguntas?”

Reactiva (vinculada al motivo de consulta):

se plantea cuando un síntoma, condición o evento puede verse influido por el alcohol (por ejemplo, problemas de sueño o hipertensión).

“A veces el alcohol puede contribuir a esto. ¿Te importaría si hablamos brevemente de tu consumo de alcohol?”

Dirigido por el/la paciente:

iniciada cuando una persona menciona el consumo de alcohol o manifiesta preocupación, dudas o curiosidad.

“Parece que tienes esto en la cabeza. ¿Quieres hablar de ello?”



Es importante contar con información actualizada sobre los **servicios de apoyo locales y los circuitos de derivación.**

Si un/a paciente necesita apoyo adicional, debe estar claro cuál es el siguiente paso: consejo breve (con material de apoyo, si disponible), cita de seguimiento o derivación a especialista.

Referencias

1. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/377960>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001 (<https://iris.who.int/handle/10665/67210>).
3. 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 (semFYC); 2022. ISBN: 978-84-124769-6-5.2024 (<https://www.semfy.com/actualidad/semfy-com-guia-cribado-alcohol>).
4. WHO alcohol brief intervention training manual for primary care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/346078>).
5. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2001 (<https://iris.who.int/handle/10665/67205>).
6. Anderson P, Bendtsen P, Spak F, Reynolds J, Drummon C, Segura L et al. Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the Optimizing Delivery of Health Care Intervention (ODHIN) five-country cluster randomized factorial trial. Addiction. 2016;111(11):1935–45 (<https://doi.org/10.1111/add.13476>).
7. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2016

Esta traducción no ha sido realizada por la Oficina Regional Europea de la OMS. La Oficina Regional Europea de la OMS no es responsable del contenido o la precisión de esta traducción. La edición original en inglés será la edición vinculante y auténtica: “LET’S TALK ABOUT ALCOHOL. Making alcohol screening and brief intervention routine in primary health care” Licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO.