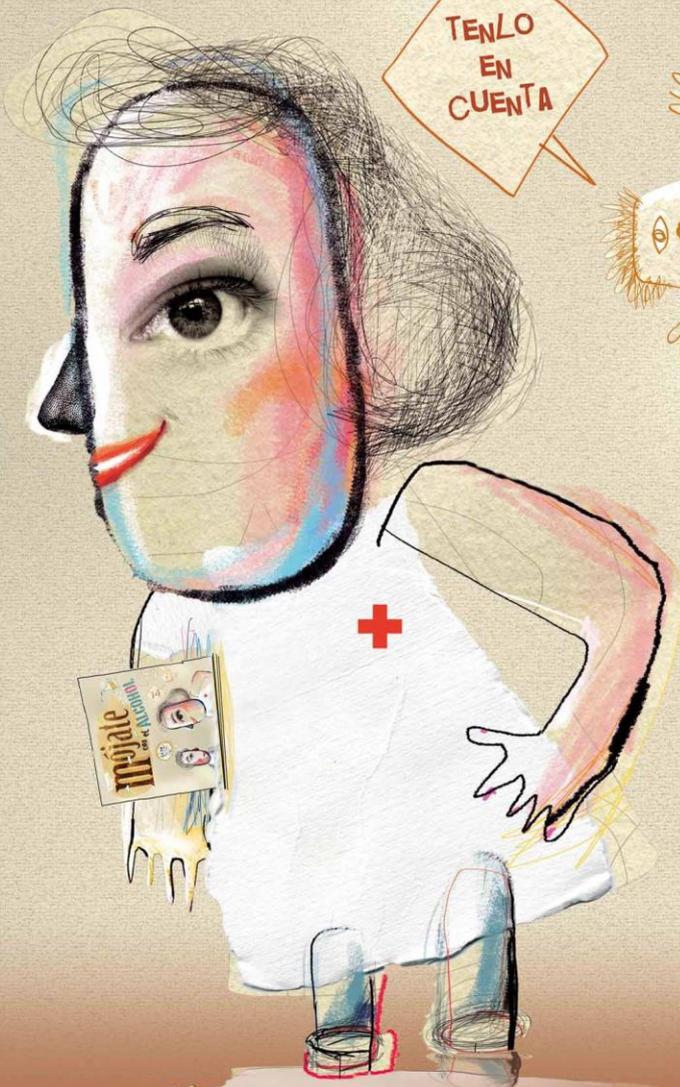


Programa para abordar el consumo de riesgo de alcohol desde la atención primaria

Prevención

# mójate

con el ALCOHOL.



## Índice

Intervención desde atención primaria sobre el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol.....	4
1. Magnitud del problema.....	4
2. ¿Cómo abordar el consumo de riesgo desde la atención primaria de la salud?.....	12
Propuesta de intervención para atención primaria .....	14
Paso 1. Identificación de los pacientes que puedan tener un problema relacionado con el alcohol. Cribado. Recomendación del programa de actividades preventivas y promoción de la salud. ....	16
Paso 2. Intervención en los pacientes con consumo de riesgo. ....	25
Intervención breve.....	26
Paciente con dependencia del alcohol .....	31
Anexo: tratamiento farmacológico ambulatorio del síndrome de dependencia alcohólica (SDA).....	35
1. Desintoxicación ambulatoria y prevención del síndrome agudo de abstinencia (SAA).....	35
2. Deshabitación y rehabilitación.....	37
Bibliografía básica: .....	43

**Autores:**

- Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS.  
SEMFyC:
  - o Rodrigo Córdoba García
  - o Francisco Camarelles Guillem
  
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. D.G. Salud Pública,  
Calidad e Innovación. S.G. Promoción de la Salud y Epidemiología:
  - o María Jiménez Muñoz
  - o Vicenta Lizarbe Alonso

## INTERVENCIÓN DESDE ATENCION PRIMARIA SOBRE EL CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL DE ALCOHOL

### Por qué intervenir en el consumo de riesgo de alcohol

#### 1. Magnitud del problema

La Unión Europea es la región del mundo con la mayor proporción de bebedores y con los niveles más elevados de consumo de alcohol en la población. En nuestro país, el consumo de riesgo y el consumo nocivo de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad. El alcohol es el tercer factor de riesgo más importante de muerte prematura y enfermedad, después del tabaquismo y la hipertensión arterial, por delante de la hipercolesterolemia y el sobrepeso. A parte de ser una droga de abuso y dependencia, y además de los 60 o más diferentes tipos de enfermedad que puede causar, el alcohol es responsable de notables perjuicios sociales, mentales y emocionales, incluyendo criminalidad y todo tipo de violencia, que conducen a enormes costes para la sociedad (tabla 1). El consumo global de alcohol disminuyó notablemente entre los años 70 y 90 para estabilizarse a continuación y haber una nueva disminución en los últimos años<sup>1</sup>.

Además, uno de los cambios más importantes en la perspectiva actual del abordaje de los problemas relacionados con el alcohol, ha sido la incorporación del patrón de consumo asociado al concepto de intoxicación. El consumo intensivo de alcohol o binge drinking se da fundamentalmente entre la población más joven, aunque hay que tener en cuenta que este patrón de consumo ha aumentado en general en toda la población en los últimos años.

**Tabla 1. Efectos derivados del consumo de alcohol a nivel individual**

Problema de salud (grupo)	Problema de salud específico	Resumen de la evidencia
<b>Neoplasias malignas</b>	Tracto gastrointestinal	El alcohol incrementa el riesgo de cánceres de labio, cavidad bucal, faringe, esófago, laringe, y en menor grado de estómago, colon, recto y próstata. La relación es de tipo lineal (a mayor incremento del consumo mayor riesgo).
	Hígado	El alcohol incrementa el riesgo de cáncer de hígado de forma exponencial.
	Mama	El alcohol incrementa el riesgo de cáncer de mama de forma dosis dependiente.
	El volumen promedio alto y sostenido de alcohol es más importante en esta relación que el patrón de consumo, que no parece tener un rol importante en la etiología del cáncer.	
<b>Enfermedades gastrointestinales, metabólicas, y endocrinas</b>	Cirrosis hepática	El alcohol incrementa el riesgo de cirrosis hepática de forma dosis-respuesta. Las mujeres tienen mayor riesgo que los hombres a cualquier nivel de consumo.
	Pancreatitis	El alcohol aumenta el riesgo tanto de pancreatitis aguda como crónica con una relación dosis-respuesta.
	Diabetes de tipo II	Aunque bajos consumos tienen un efecto protector comparados con abstemios, cantidades elevadas incrementan el riesgo.
	Sobrepeso y obesidad	El alcohol contiene 7,1 kcal/g siendo un factor de riesgo para el sobrepeso y obesidad.
	Malnutrición	Bebedores con muy altos consumos de alcohol suelen tener una ingesta nutricional desequilibrada y en algunos casos malnutrición.
	Gota	El alcohol incrementa el riesgo de tener ácido úrico elevado en sangre de forma dosis-respuesta.
	La mayor parte de esta relación parece ser dependiente del volumen de alcohol ingerido e independiente del patrón de consumo, aunque algunos autores han encontrado relación entre cirrosis hepática y binge drinking .	
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>	Hipertensión	El consumo de alcohol incrementa la presión arterial y el riesgo de hipertensión con una relación dosis-respuesta.
	Accidente cerebrovascular	El alcohol aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular hemorrágico con una relación dosis-respuesta. La relación con la isquemia cerebral es en forma de "J": consumos bajos tiene un efecto protector respecto a los abstemios, incrementándose el riesgo con consumos más elevados.
	Enfermedad coronaria	La relación del consumo de alcohol y la isquemia cardiaca tienen también forma de "J": consumos bajos tienen un efecto protector respecto a los abstemios, incrementándose el riesgo con consumos más elevados.
	Arritmia cardíaca	Esta enfermedad está ligada principalmente con el consumo binge drinking, incluso en personas sin antecedentes de enfermedad del corazón.
	Cardiomiopatía	El consumo de alcohol a dosis elevadas incrementa el riesgo de daño en el músculo cardíaco.
	La hipertensión, los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos, la enfermedad coronaria y cardiomiopatía, están relacionadas con el volumen promedio ingerido. La isquemia cerebral, arritmias y paro cardíaco, se relacionan principalmente con un patrón de consumo binge drinking, aunque también los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos y la hipertensión.	

Problema de salud (grupo)	Problema de salud específico	Resumen de la evidencia
<b>Enfermedades neuropsiquiátricas</b>	Ansiedad y alteraciones del sueño	Un 10-15% de las personas con un trastorno de ansiedad también tienen asociado trastornos por alcohol. El alcohol agrava los trastornos del sueño.
	Epilepsia	El alcohol incrementa el riesgo desde dosis bajas.
	Depresión	Los trastornos por alcohol son un factor de riesgo para la depresión con una relación dosis dependiente.
	Dependencia del alcohol	El riesgo de dependencia del alcohol comienza con bajos niveles de consumo y se incrementa con el aumento de la ingesta. Los jóvenes son particularmente vulnerables.
	Daño en el sistema nervioso	Entre un tercio y un cuarto de las personas con dependencia del alcohol tienen daño en el sistema nervioso periférico
	Daño cerebral	Altos consumos de alcohol se asocian a un incremento del riesgo de degeneración cerebral con una disminución de la función cognitiva
	Disminución de la función cognitiva y demencia	Altos consumos de alcohol incrementan el riesgo de pérdida de la capacidad cognitiva de forma dosis dependiente
	Este grupo de enfermedades se relaciona en general con altos niveles de consumo sostenidos.	
<b>Sistema inmune</b>		El alcohol puede interferir con las funciones normales del sistema inmune, incrementando la susceptibilidad hacia ciertas enfermedades infecciosas como neumonía, tuberculosis y posiblemente VIH
<b>Sistema musculoesquelético</b>		Hay un riesgo mayor de fracturas, especialmente en varones. Altos niveles de consumo originan, en una relación dosis dependiente, enfermedades musculares.
<b>Lesiones intencionales y no intencionales</b>	Violencia	Mayor riesgo de verse envuelto en acciones de violencia, que aumentan de severidad cuanto mayor es la ingesta de alcohol.
	Accidentes	Las personas que tienen más riesgo son aquellas que beben habitualmente bajas cantidades de alcohol pero que ocasionalmente ingieren altos niveles.
	Suicidio	Hay una relación directa entre el consumo de alcohol y el riesgo de suicidio.
	Los accidentes se relacionan principalmente con el patrón de consumo binge drinking.	
<b>Problemas sociales</b>	Consecuencias sociales negativas	El alcohol incrementa el riesgo de dañar la vida familiar, el trabajo, los estudios, las relaciones sociales, siendo proporcional a la cantidad de alcohol consumida.
	Reducción de la actividad laboral	El consumo de elevadas cantidades de alcohol incrementa el desempleo y disminuye la productividad

Fuente: Anderson & Baumberg, 2006<sup>3</sup>

## Mortalidad en España relacionada con el consumo de alcohol

Siguiendo la metodología propuesta por los CDC y el software ARDI (Alcohol-Related Disease Impact), en el año 2005 el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas de la Universidad de Valladolid, realizó un estudio de la mortalidad atribuible al

consumo de alcohol en España, así como de la mortalidad prematura, para el periodo 1999-2004. El número de muertes relacionadas con el consumo de alcohol en el 2004 fue de 8.391, lo que supone el 2,3% de la mortalidad total para ese año y el 9,2% de la carga de morbilidad, cifras que están sólo por detrás del tabaco y la presión arterial. Durante el año 2004, la media de años potenciales de vida perdidos por causas relacionadas con el consumo de alcohol fue de 22,6 años, con un total de años de vida perdidos por esta causa en el 2004 de 118.411<sup>2,3,4</sup>.

En dicho estudio, se analiza la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol, diferenciando entre causas agudas y crónicas, se puede observar que en la mortalidad relacionada con el alcohol, tienen mayor peso las causas crónicas que las agudas. Las causas crónicas representan aproximadamente el 60% y las causas agudas el 40%. Tanto para las causas crónicas como agudas, la relación hombre/mujer es aproximadamente de 3:1.

Las enfermedades del sistema digestivo suponen alrededor del 39-40% de toda la mortalidad. Los accidentes no intencionales suponen entre un 28-29% de la mortalidad atribuible al alcohol. Los accidentes intencionales supusieron la tercera causa más importante de mortalidad durante los seis años del estudio oscilando entre un 10,37% de 1999 y el 12,86% en 2004. En cuarto lugar, la mortalidad por enfermedades del sistema cardiovascular supuso en esos seis años el 9-11% de todas las muertes<sup>3</sup>.

La cirrosis es la causa que contribuye con el mayor número de fallecimientos. El número de defunciones por cirrosis alcohólica podemos estimarlo a partir de los datos del INE referidos a Defunciones según causa de muerte. Existe una categoría de "cirrosis hepática alcohólica", que es 100% atribuible al alcohol, y otra categoría llamada "otras cirrosis" (que engloba varios códigos de la CIE-10), y de la que se estima que es un 40% atribuible al alcohol<sup>3</sup>.

Tras analizar las defunciones correspondientes al año 2010, se observa que 4.017 muertes corresponden a la categoría "otras cirrosis", por lo que 1.607 podrían atribuirse al alcohol aplicando el razonamiento anterior. A estas muertes habría que sumar las 951 debidas a "cirrosis alcohólica". Podríamos estimar, que durante el año 2010, se produjeron 2.558 muertes por cirrosis secundaria al alcohol. Respecto al total de muertes por cirrosis hepática, las

debidas al consumo de alcohol, representan el 51,4%. Explicado de otra manera, 1 de cada 2 muertes por cirrosis, fue debida al alcohol.

El consumo de alcohol, también aumenta el riesgo de muerte por neoplasias malignas, enfermedades gastrointestinales, metabólicas y endocrinas, enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, miocardiopatía alcohólica y arritmias) y lesiones, intencionales y no intencionales. Los trastornos neurológicos como la neuropatía alcohólica y la demencia alcohólica, no son infrecuentes.

### **¿Puede esperarse algún efecto positivo derivado del consumo de alcohol?**

La relación entre consumo de alcohol y mortalidad es compleja y variable según de qué enfermedad se hable. En conjunto se puede decir que los riesgos superan a los posibles beneficios. Diversos estudios han señalado la relación inversa entre la ingesta de bajas cantidades de alcohol y la enfermedad isquémica del corazón. Esta relación se ha establecido en forma de J (dosis menores a 3 UBEs pueden reducir riesgo de cardiopatía isquémica en subgrupos de población)<sup>3</sup>. Sin embargo, para otras enfermedades como la hepatopatía, el riesgo es exponencial y para el cáncer digestivo, es lineal; además, el umbral de seguridad es estrecho. El alcohol es cancerígeno e incrementa el riesgo de padecer cáncer bucal, esofágico, laríngeo, de hígado y de mama en mujeres; y en menor medida cáncer de estómago, de colon y de recto, en ese orden. Se ha estimado un riesgo 10 veces mayor para el desarrollo de cáncer bucal o laríngeo entre bebedores con consumo perjudicial<sup>5</sup>. El riesgo poblacional de cáncer por alcohol es bajo, pero se estima que el riesgo de cáncer digestivo asociado al consumo de alcohol aumenta un 10-30% por cada dos copas de alcohol consumidas por día<sup>6</sup>.

### **Los efectos del alcohol en terceras personas**

El alcohol no sólo perjudica a quien lo consume, sino también a los que le rodean, incluyendo a los niños nonatos, niños, miembros de la familia y a las víctimas de crímenes, violencia y accidentes de tráfico debidos al alcohol. Por

ello, se está comenzando a utilizar el término de “bebedor pasivo”, concepto que se refiere al daño que pueden sufrir personas por el consumo de alcohol de otros; hace referencia a las víctimas de lesiones, tanto no intencionales (accidentes de tráfico), como intencionales (víctimas de la violencia); también nos referimos a los niños que nacen con el síndrome alcohólico fetal (SAF).

El SAF está relacionado con el consumo de alcohol en el embarazo, y se caracteriza por un retraso en el desarrollo físico y mental del niño y por alteraciones craneoencefálicas y articulares. Actualmente se sabe que: 1) el alcohol es un teratógeno que puede tener efectos devastadores en el desarrollo del embrión y el feto; 2) los efectos después de la exposición al alcohol gestacional son más amplios que los que se describen como SAF; 3) los efectos más profundos de la exposición al alcohol gestacional son los cognitivos y de comportamiento y de desarrollo cerebral, y 4) las consecuencias de la exposición prenatal al alcohol representan un serio problema de salud pública<sup>7</sup>.

El trastorno relacionado con el alcohol (ARND) es una variante del SAF en la que los niños presentan las alteraciones emocionales y conductuales pero no las somáticas, por lo que su diagnóstico es más difícil. Éste es un problema a tener en cuenta en familias que adoptan niños de Europa Oriental, países con unos niveles elevados de consumo.

El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo de maltrato y descuido de los menores por los padres o personas a su cargo; de violencia juvenil; de violencia hacia personas mayores; de violencia sexual; autoinfligida; colectiva; de violencia de pareja. En esta última, se ha cuestionado a menudo que el alcohol sea causa directa, basándose en la existencia de otros factores. Sin embargo, hay suficientes evidencias que respaldan esta relación: el consumo de alcohol afecta directamente a las funciones cognitivas y físicas y reduce el autocontrol; puede agravar las dificultades económicas, los problemas del cuidado de los hijos, la infidelidad y otros estresores familiares, generando tensión y conflictos conyugales e incrementar el riesgo de que se den actos violentos entre los miembros de la pareja. Por otro lado, ser víctima de la violencia en una relación puede conducir a beber alcohol como método de afrontamiento<sup>3</sup>.

## **Consumo intensivo de alcohol**

El consumo intensivo de alcohol<sup>3</sup> o binge drinking es un patrón de consumo de alcohol cada vez más extendido en nuestra sociedad, fundamentalmente entre los más jóvenes. Se caracteriza por la ingesta de grandes cantidades de alcohol durante un breve periodo de tiempo, 6 o más UBEs (Unidades de Bebida Estándar) en el caso de hombres y 4 o más UBEs en el caso de mujeres, en un periodo de unas 4-6 horas. Las personas que realizan este consumo, son un grupo de riesgo que a menudo pasa desapercibido; por un lado debido a que su ingesta regular es habitualmente moderada y no se detecta si sólo se considera el volumen promedio; y por otro lado, debido a la baja percepción del riesgo que se tiene de esta conducta, tanto en la persona que realiza este tipo de consumo, como en su entorno. Así, según los datos de EDADES 2009/10 (encuesta que se realiza en población de 15 a 64 años residente en hogares familiares), sólo el 45% de los encuestados perciben este tipo de consumo como conducta de riesgo<sup>8</sup>.

Esta misma encuesta refleja la tendencia ascendente de las borracheras en la población de 15 a 64 años, el 23,1% de la población informaba haberse emborrachado en los últimos 12 meses.

En cuanto a binge drinking, el 14,9% de la población de 15 a 64 años lo había hecho, siendo el colectivo de hombres de 15 a 34 años donde fundamentalmente se da.

Este tipo de consumo está estrechamente asociado a lesiones de tráfico o accidentes, suicidios juveniles y agresiones violentas.

El informe de Siniestralidad Vial de la Dirección General de Tráfico del año 2010, proporciona datos sobre los accidentes de tráfico mortales relacionados con el alcohol. Durante ese año se realizaron análisis toxicológicos a 855 conductores fallecidos en accidente de circulación, lo que representa un 56,6% del total de fallecidos por esta causa. De estos 855 conductores, el 31% presentaron una tasa de alcoholemia superior a 0,3 g/l.

El consumo de perjudicial de alcohol es un factor de riesgo grave en lo que respecta a suicidios y comportamiento suicida, tanto entre jóvenes como entre

adultos. Existe una relación directa entre consumo de alcohol y el riesgo o intento de suicidio, que es más fuerte por intoxicación que por consumo en general. El alcohol es un factor implicado en el 23% de los suicidios<sup>9</sup>.

La estadística de defunciones según causa de muerte del Instituto Nacional de Estadística (INE), refleja que en el año 2009, de las 1.537 muertes producidas en jóvenes de 15 a 24 años, un 54% correspondieron a causas externas y dentro de éstas, un 47% fueron debidas a accidentes de tráfico y un 20% a suicidios y lesiones autoinfligidas, lo que sobre el total de muertes representa un 25,5 y un 11% respectivamente. Todo ello da una idea del importante papel que juega el factor alcohol en la mortalidad juvenil.

### **Consumo de riesgo y posible dependencia en España**

El consumo habitual de altas dosis de alcohol se asocia al síndrome de dependencia alcohólica, definido como un trastorno psicoactivo caracterizado por la búsqueda y el consumo compulsivo de alcohol y una cascada de problemas familiares, laborales y sociales que convierten a la persona en un ser marginal y apartado de la sociedad. Una aproximación al consumo de riesgo y posible dependencia en la población, la ha brindado por primera vez la encuesta EDADES, que en el año 2009/10 realiza el AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol). En esta encuesta se refleja que a un 7,4% de las personas que han consumido alcohol alguna vez en la vida, se les puede atribuir un consumo de riesgo/perjudicial, lo que supondría 2 millones de personas (1.320.000 hombres y 680.000 mujeres). También se observa que un 0,3% de las personas que han consumido alcohol alguna vez en la vida, muestran una posible dependencia, lo que supondría 90.000 personas (75.600 hombres y 14.400 mujeres)<sup>7</sup>.

Además, hay que tener en cuenta que el alcohol es con frecuencia la puerta de entrada al consumo del resto de drogas y el policonsumo de drogas es un patrón de consumo cada vez más prevalente en España. Según datos de EDADES 2009/10, el alcohol está presente en el 90% de los policonsumos.

Destacar, que aunque las personas con dependencia de alcohol son más propensas a desarrollar más niveles de daño, la mayor parte de los daños

asociados con el alcohol, aparecen entre las personas que no son dependientes, aunque sólo sea porque hay muchos más de estos últimos. Por ello, la identificación de bebedores de riesgo es de gran importancia para reducir todos los daños asociados<sup>10</sup>.

## 2. ¿Cómo abordar el consumo de riesgo desde la Atención Primaria de la salud?

La **identificación precoz** de los consumidores de riesgo mediante el cribado sistemático, es la piedra angular de las intervenciones preventivas en alcohol desde el ámbito sanitario<sup>3</sup>. Los pacientes tienden a ser más receptivos, abiertos y listos para el cambio de lo que esperamos los profesionales sanitarios, y la atención primaria de salud está en una posición de privilegio para prevenir y minimizar los principales daños que ocasiona el alcohol.

Hay muchos factores que contribuyen al desarrollo de problemas relacionados con el alcohol. La ignorancia de los límites del consumo y de los riesgos asociados con el consumo de riesgo o las influencias sociales y ambientales, son factores importantes. Por ello, con la realización de un cribado y con la asistencia y el esfuerzo adecuado, se podría conseguir que las personas que no son dependientes de alcohol, paren o reduzcan su consumo. Una vez que se ha desarrollado la dependencia, el abandono del consumo de alcohol es más difícil y a menudo requiere tratamiento especializado. Aunque no todos los bebedores de riesgo llegan a ser dependientes, nadie desarrolla una dependencia sin haber mantenido durante algún tiempo un consumo de riesgo de alcohol<sup>9</sup>.

La **intervención breve** para reducir el consumo de alcohol en personas que presentan consumo de riesgo, ha demostrado ser efectiva para reducir este consumo y la morbi-mortalidad que ocasiona, por lo que todos los profesionales sanitarios deberían realizarla. Además, se encuentra entre las intervenciones médicas más baratas que conducen a una mejora en la salud<sup>11</sup>. Así, la Organización Mundial de la Salud estima que la intervención breve desde Atención Primaria sobre el consumo de alcohol, evita enfermedades y

muertes prematuras siendo la intervención sanitaria más coste efectiva, sólo por detrás de la intervención sobre el consumo de tabaco<sup>12</sup>.

Los ensayos clínicos han demostrado que las intervenciones breves, pueden promover reducciones significativas y duraderas de los niveles de consumo de alcohol<sup>13</sup>. También pueden jugar un papel esencial para lograr que personas con dependencia al alcohol, inicien tratamiento. Incluso para pacientes que no aceptan una derivación, las visitas continuas al profesional de atención primaria, centradas en la dependencia del alcohol, pueden conducir a una mejora significativa<sup>14</sup>.

Cada vez hay más evidencia del papel relevante de la enfermería en la identificación de bebedores de riesgo y la intervención breve<sup>15</sup>. Por regla general, se recomienda que todo el equipo de atención primaria se implique en los programas de intervención breve y que en cada equipo se definan las responsabilidades que asumen los distintos profesionales<sup>16</sup>.

### **Desarrollo y validación del AUDIT y el AUDIT-C<sup>15</sup>**

El AUDIT es una prueba de cribado de alcohol desarrollada por la OMS para detectar el consumo de riesgo y la posible dependencia al alcohol. El estudio original de esta prueba mostró una sensibilidad del 97% y una especificidad del 78% para el consumo de riesgo, con un punto de corte de 8 o más. En España se ha traducido y varios autores lo han validado, se ha observado una sensibilidad algo menor en mujeres. El efecto de la edad no se ha estudiado sistemáticamente, pero podría tener menor sensibilidad y mayor especificidad en personas mayores.

El AUDIT-C, que es el instrumento abreviado, ha tenido muy buenos resultados para identificar a los bebedores de riesgo en atención primaria, especialmente varones. Un estudio de validación español<sup>17</sup>, comparó el AUDIT-C con el AUDIT en pacientes con el diagnóstico de consumo de riesgo realizado por médicos de atención primaria, las correlaciones entre los resultados de ambos tests y el consumo alcohólico medido en Unidades de Bebida Estándar (UBE), fueron positivas y muy significativas. El AUDIT-C y el

AUDIT mostraron sensibilidades y especificidades similares en la detección de bebedores de riesgo.

### **Evidencias para la Intervención Breve**

La efectividad y el coste-efectividad de las intervenciones breves han sido probados por numerosos estudios, tanto nacionales como internacionales. Bertholet y col. en una revisión sistemática y metanálisis sobre el tema, concluyen que las intervenciones breves son efectivas, tanto para hombres como mujeres, en reducir el consumo de alcohol a los 6 y 12 meses, incluso en períodos superiores<sup>18</sup>.

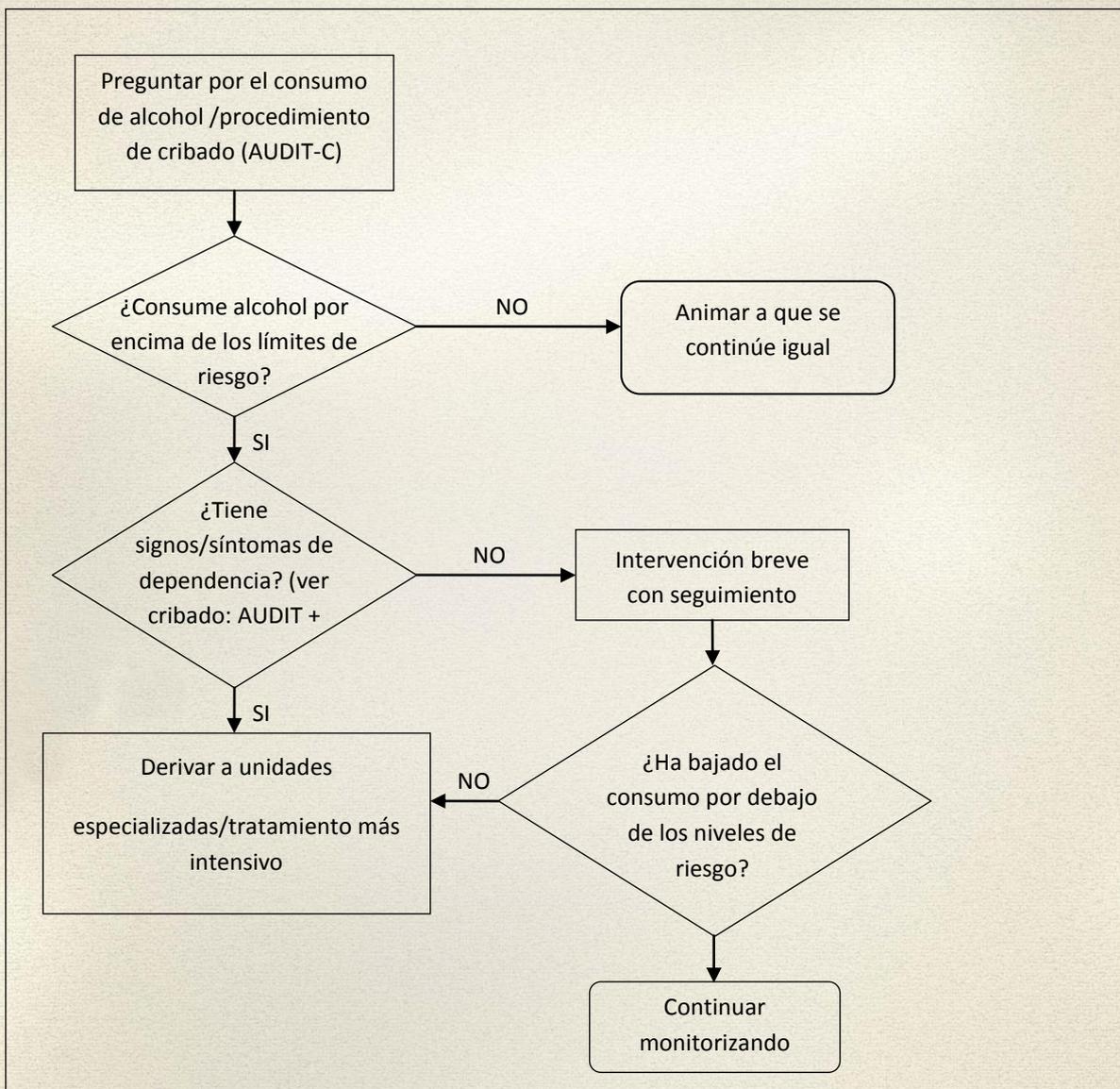
En España hay al menos tres experiencias controladas que apoyan la eficacia y efectividad de estas intervenciones en Atención Primaria<sup>19,20,21</sup>. Un metanálisis de estudios españoles en atención primaria apoya la eficacia de la Intervención breve sobre personas con consumo de riesgo, aunque su efecto sea sólo moderado, encontrándose una disminución en el consumo semanal de alcohol de aproximadamente 100 gramos. Aunque su eficacia sea moderada, su impacto en la población cuando se realiza desde la atención primaria suele ser considerable. El consejo sanitario realizado desde la atención primaria es altamente recomendable debido, por un lado, a la ausencia de efectos adversos secundarios a la intervención, su normalidad y aceptabilidad y, por otro, a sus características de coste-efectividad.

### **Propuesta de intervención para Atención Primaria**

Las tres actividades principales para abordar los problemas relacionados con el alcohol en las consultas de Atención Primaria, está descritas en la tabla 2:

- identificar a los pacientes que pueden tener un problema relacionado con el alcohol (cribado).
- intervenir sobre ellos (intervención breve).
- derivar activamente a los que necesitan ayuda más especializada.

**Tabla 2. Algoritmo para abordar los problemas relacionados con el alcohol.**



Algoritmo de actuación sobre el alcohol propuesto para la consulta de Atención Primaria de salud.  
 Fuente: Cabezas C. Efectividad de las intervenciones breves. En: Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

## Paso 1. Identificación de los pacientes que puedan tener un problema relacionado con el alcohol. Cribado. Recomendación del programa de actividades preventivas y promoción de la salud.

El cribado consiste en la identificación de personas que no buscan ayuda por problemas relacionados con el alcohol y pueden estar sufriendolos. Los profesionales pueden usar cualquier contacto con sus pacientes para abordar el cribado, pero lo recomendable es realizar un abordaje sistematizado.

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) 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 (Grado de recomendación A)<sup>22</sup>. Esto debería hacerse al abrir una historia, al actualizarla, o ante cualquier indicio de sospecha.

Se debe explicar claramente al paciente el grado y los límites de la confidencialidad si se detecta una puntuación positiva. Aunque es necesario marcar el resultado positivo en la historia clínica, los recordatorios deben ser neutrales, es decir, que no confieran al resultado del cribado un valor diagnóstico<sup>15</sup>.

Puede reducir la resistencia del paciente a hablar sobre el consumo de alcohol, el incluir su abordaje en una conversación sobre hábitos saludables, como el consumo de tabaco. En este proceso, la actitud que debe adoptar el profesional sanitario es evitar la confrontación, no juzgar, mostrar empatía al entrevistar al paciente y discutir los resultados del cribado<sup>15</sup>. El consumo de riesgo se puede identificar mediante:

### **a) Cuantificación del consumo en Unidades de Bebida Estándar (UBE).**

Preguntar y cuantificar el consumo de alcohol puede ayudar a que el paciente conozca los límites apropiados de consumo. El término “unidad de bebida estándar” es utilizado para simplificar la medición del consumo de alcohol. Para esta exploración se recomienda el manejo de una encuesta semiestructurada de cantidad/frecuencia<sup>23</sup>, compuesta por

unas preguntas básicas "blandas" que analizan el consumo por días laborables, festivos y por ocasiones de consumo.

En la tabla 3 se resume cómo puede realizarse el cálculo del alcohol consumido empleando la cuantificación en unidades (Unidad de Bebida Estándar; 1 UBE = U=10 gramos de alcohol puro).

**Tabla 3. Cálculo del consumo de alcohol en unidades**

1 UBE		2 UBE	
200 ml de cerveza (caña o quinto)		1 copa de coñac (50 ml)	
100 ml de vino (vaso pequeño)		1 combinado (50 ml)	
50 ml de vino generoso (jerez)		1 vermouth (100 ml)	
50 ml de cava (1 copa)		1 whisky (50 ml)	
25 ml de licor (carajillo)			
Tipo de Bebida	Volumen	Número de unidades	
Vino	1 vaso (100cc)	1	
	1 litro	10	
Cerveza	1 caña (200 cc)	1	
	1 litro	5	
Copas	1 copa (50 ml)	2	
	1 carajillo (25 ml)	1	
	1 combinado (50 ml)	2	
	1 litro	40	
Jerez, cava, vermut	1 copa (50 ml)	1	
	1 vermut (100 ml)	2	
	1 litro	20	

Teniendo en cuenta estos parámetros, en la tabla 4 se describen los límites para que la ingesta sea considerada como consumo de riesgo.

**Tabla 4. Niveles de consumo de riesgo.**

<b>En mujeres y personas mayores de 65 años</b>
<i>&gt;2 -2,5 UBEs al día, 17 UBEs por semana o 4 UBEs o más por ocasión de consumo concentrado</i>
<b>En varones</b>
<i>&gt;4 UBEs al día, 28 UBEs por semana o 6 UBEs o más por ocasión de consumo concentrado.</i>

**b) Utilización de cuestionarios específicamente diseñados para este propósito.**

Existen varios instrumentos que permiten identificar al consumidor de riesgo, todos ellos con sensibilidades y especificidades razonables, por lo que es difícil elegir un instrumento sobre otro. El AUDIT fue específicamente diseñado para utilizarse en atención primaria<sup>9</sup>, pero es largo y prolongado para ser utilizado como instrumento rápido de identificación.

Por ello, las tres primeras preguntas del AUDIT, el **AUDIT-C** (tabla 5), que interrogan acerca del consumo de alcohol, son la mejor opción en la actualidad. En España se ha encontrado muy buenas correlaciones entre el AUDIT-C y el AUDIT completo<sup>24</sup>. Los cuestionarios de cantidad y frecuencia (por ejemplo, las dos primeras preguntas de AUDIT) son el método más simple y rápido para identificar el consumo de alcohol.

**Tabla 5. AUDIT C.**

<b>AUDIT (C) *</b>	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	
(0) Nunca	<input type="checkbox"/>
(1) Una o menos veces al mes	<input type="checkbox"/>
(2) De dos a cuatro veces al mes	<input type="checkbox"/>
(3) De dos a cuatro veces a la semana	<input type="checkbox"/>
(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	<input type="checkbox"/>
(1) Tres o cuatro	<input type="checkbox"/>
(2) Cinco o seis	<input type="checkbox"/>
(3) Siete a nueve	<input type="checkbox"/>
(3) Diez o más	<input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?	
(0) Nunca	<input type="checkbox"/>
(1) Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/>
(2) Mensualmente	<input type="checkbox"/>
(3) Semanalmente	<input type="checkbox"/>
(4) A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>
<b>Punto de corte para el consumo de riesgo: cinco o más en varones y cuatro o más en mujeres**.</b> Si es positivo hacer AUDIT Completo de 10 items	
*Gual A., Segura L., Contel M., Heather N. & Colom J. Audit-3 and Audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test Alcohol & Alcoholism 2002;37,6:591-6.	

El **AUDIT** (tabla 6) ha demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad y las diferentes culturas. Comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de dependencia y problemas relacionados con el alcohol. Tiene como ventajas su diseño

para uso internacional, que identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia, que es breve, rápido y flexible, que ha sido diseñado para atención primaria, que es consistente con las definiciones de la CIE-10 y que se centra en el consumo reciente de alcohol<sup>9</sup>. Este cuestionario ha sido validado en España<sup>25,26</sup>.

**Tabla 6. AUDIT**

<b>AUDIT COMPLETO (Alcohol Use Disorders Inventory Test) **</b>	
<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De dos a cuatro veces al mes</p> <p>(3) De dos a cuatro veces a la semana</p> <p>(4) Cuatro o más veces a la semana</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></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</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>(0) Uno o dos</p> <p>(1) Tres o cuatro</p> <p>(2) Cinco o seis</p> <p>(3) Siete a nueve</p> <p>(3) Diez o más</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></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) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>

<p>3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario <input type="checkbox"/></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</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario <input type="checkbox"/></p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(4) A diario o casi a diario <input type="checkbox"/></p>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, el último año <input type="checkbox"/></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>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario <input type="checkbox"/></p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, el último año. <input type="checkbox"/></p>
<p>** Punto de corte para el consumo de riesgo: 8 o más en varones y 6 o más en mujeres</p>	

**c) ¿Pueden utilizarse los marcadores bioquímicos como instrumentos de cribado?**

La elevación de un buen número de parámetros analíticos se relaciona con el consumo de alcohol; los más frecuentes: ácido úrico, triglicéridos, gammaglutamiltranspeptidasa (GGT), glutámico-oxalacético transaminasa (GOT o AST), glutámico-pirúvico transaminasa (GPT o ALT), cociente GOT/GPT >1, y volumen corpuscular medio (VCM). El marcador biológico más sensible (33-52%) y específico (81-89%) para el consumo de riesgo en Atención Primaria sería la GGT, seguido del VCM y la GOT. La determinación conjunta de estos tres parámetros mejora el rendimiento, pero no sustituye a la exploración del consumo mediante entrevista.

Estos marcadores no deben ser utilizados para realizar el cribado del consumo de riesgo de alcohol, ya que no pueden detectar consumos de 40-60 g/día, ni consumos intensivos de alcohol, patrón que se produce fundamentalmente en jóvenes<sup>27</sup>. Su principal utilidad es la monitorización de los cambios en el seguimiento.

Sin embargo, los niveles elevados se deben muchas veces al alcohol y, puesto que estas pruebas se realizan rutinariamente como parte de una batería de pruebas bioquímicas más amplia, la presencia de un nivel elevado debería indicar al médico un posible diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia del alcohol<sup>28</sup>.

**Tabla 7. El cribado del consumo 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 nocivo de alcohol.**
- **Personas con comorbilidades que puedan verse afectadas por el consumo de alcohol (diabetes, hepatitis C, etc.).**
- **Especial atención en embarazadas, fumadores, adolescentes, adultos jóvenes, y personas con trabajos que requieran concentración, habilidad o coordinación (ej. conducción).**

En función del resultado de las pruebas de cribado, en la tabla 8 se definen los diferentes patrones de consumo.

**Tabla 8. Patrones de consumo**

<b>ABSTEMIO O CONSUMO DE BAJO RIESGO</b>
- <b>Abstemio*</b> : nunca ha consumido ni consume alcohol.
- <b>Consumo de bajo riesgo</b> . Si cumple <b>TODOS</b> estos criterios: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ AUDIT 0-7 en hombres, 0-5 en mujeres.</li> <li>○ <math>\leq 4</math> UBEs/día en hombres y 2-2,5 UBEs en mujeres.</li> <li>○ <math>\leq 28</math> UBE/semana (5 días a la semana) en hombres y 17 UBE/semana en mujeres.</li> <li>○ <math>\leq 6</math> UBEs por ocasión en hombres y 4 por ocasión en mujeres.</li> </ul>

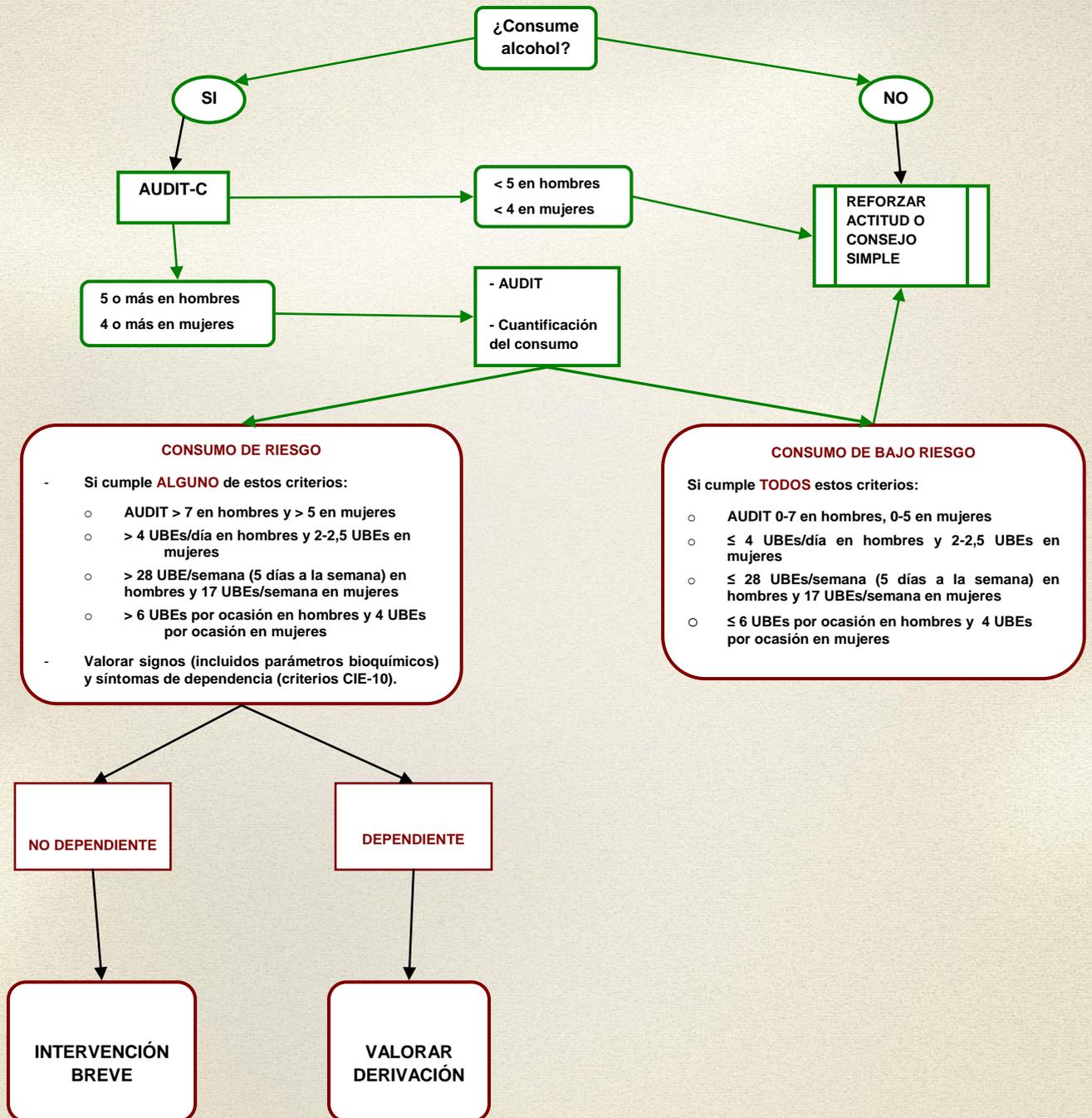
\* A efectos epidemiológicos, se consideran abstemias actuales aquellas personas que no han consumido alcohol en los últimos 12 meses.

<b>CONSUMO DE RIESGO</b>
- Si cumple <b>ALGUNO</b> de estos criterios: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ AUDIT <math>&gt; 7</math> en hombres y <math>&gt; 5</math> en mujeres.</li> <li>○ <math>&gt; 4</math> UBEs/día en hombres y 2-2,5 UBEs /día en mujeres.</li> <li>○ <math>&gt; 28</math> UBE/semana (5 días a la semana) en hombres y 17 UBE/semana (5 días a la semana) en mujeres.</li> <li>○ <math>&gt; 6</math> UBEs por ocasión en hombres y 4 UBEs por ocasión en mujeres. Consumo intensivo de alcohol o binge-drinking.</li> </ul>

Al finalizar esta fase de cribado los pacientes estarán clasificados en dos categorías:

- **Abstemio o no consumidor de riesgo**. Con estos pacientes, en el caso de ser abstemios se debe reforzar su actitud y en el caso de consumidores que no sobrepasan los niveles de riesgo, se les informará sobre esos niveles y sobre el riesgo de sobrepasarlos.
- **Consumidor de riesgo**. Se pasa al siguiente nivel de intervención.

**Tabla 9. Algoritmo de actuación.** En verde la fase de cribado que se acaba de describir.



Fuente: Área de Prevención. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.

## Paso 2. Intervención en los pacientes con consumo de riesgo.

Una vez que se ha detectado a una persona con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, el siguiente paso consistirá en valorar signos y síntomas que apunten a una posible dependencia, como el temblor de manos, la aparición de vasos sanguíneos en el rostro y cambios en las mucosas (conjuntivitis y glositis). Una puntuación de 20 o más 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 décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), descrita en la tabla 10, proporciona pautas detalladas para el diagnóstico del síndrome de dependencia del alcohol.

**Tabla 10. Criterios CIE-10 de dependencia.**

### **Criterios CIE-10 para el síndrome de dependencia de 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 evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era de esperar que lo fuera, de la naturaleza y extensión del daño.

(p. 57, WHO, 1993)

En la tabla 11 se describen los niveles de riesgo en función de los resultados del AUDIT y la correspondiente intervención.

**Tabla 11. Niveles de riesgo<sup>9</sup>.**

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

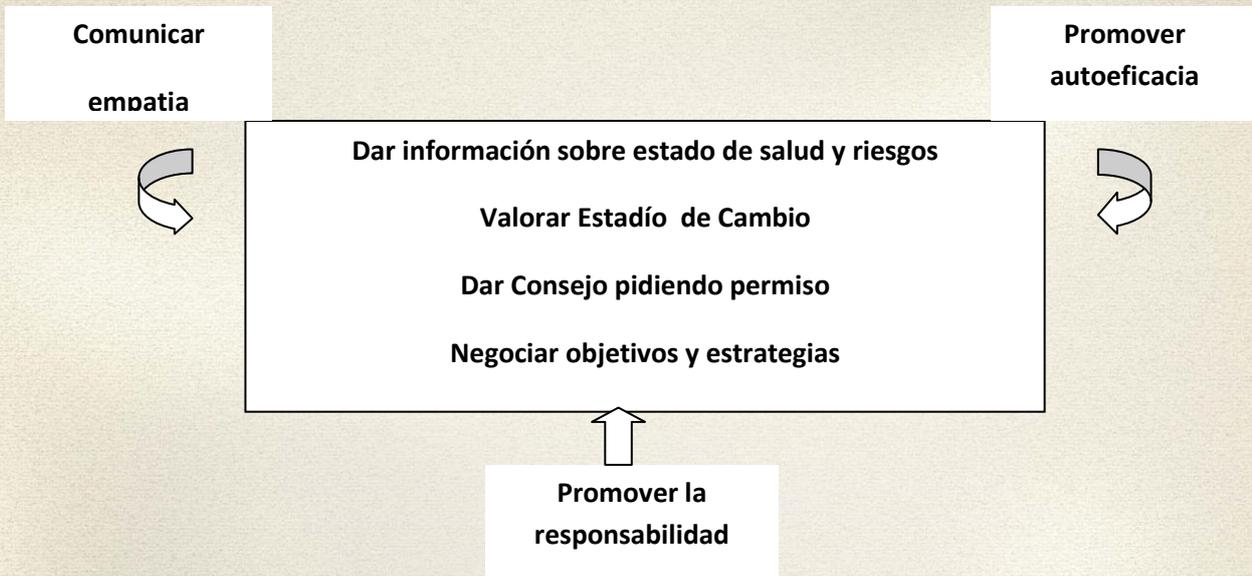
\* El valor de corte de la puntuación del AUDIT puede variar ligeramente dependiendo de los patrones de consumo del país, el contenido de alcohol de las bebidas habituales, y el tipo de programa de screening. El juicio clínico debe ejercitarse en los casos en los que la puntuación del paciente no sea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

## **INTERVENCIÓN BREVE**

La intervención breve se puede definir como una intervención limitada en el tiempo (10-15 minutos), generalmente proactiva (la genera el profesional sin esperar a que el paciente la solicite) y a menudo oportunista, dirigida a pacientes con un consumo nocivo o perjudicial de alcohol. Tiene como objetivo movilizar sus recursos personales para un cambio de conducta que conviene a su salud<sup>15</sup> (Tabla 12).

Las intervenciones breves son efectivas en entornos de atención primaria, para reducir el consumo perjudicial y de riesgo en personas sin dependencia al alcohol. Es necesario asesorar a ocho pacientes para que se beneficie uno, proporción que supera a la del consejo breve en fumadores. Las intervenciones breves son también efectivas para reducir la mortalidad. Es necesario asesorar a 282 pacientes para prevenir una muerte en periodo de un año<sup>22</sup>.

**Tabla 12. Intervención breve**



Fuente: AlcoholCME.com.

**Intervención según nivel de riesgo<sup>29</sup>:**

Se debe tener en cuenta que el valor de corte de la puntuación del AUDIT puede variar ligeramente dependiendo del patrón de consumo y el tipo de bebida consumida habitualmente.

Estos valores de corte deberían ser tomados con precaución cuando nos encontremos ante una persona perteneciente a un grupo con especial vulnerabilidad: mujeres, adolescentes y personas mayores de 65 años.

El juicio clínico debe ejercitarse en la interpretación de los resultados del test de cribado para modificar estas pautas.

**a) Zona de riesgo II. Pacientes con consumo de riesgo.**

Una puntuación en el AUDIT en el rango comprendido entre 8-15 (6-15 en mujeres) (tabla 11), precisa de una intervención breve mediante consejo simple. Estos pacientes, aunque pueden no estar experimentando o causando un daño, presentan un riesgo de patologías crónicas debido al consumo habitual de alcohol por encima del recomendado y/o un riesgo de lesiones, violencia, problemas legales, bajo rendimiento laboral o problemas

sociales debidos a episodios de intoxicación aguda. A esta intervención se le llama intervención mínima o consejo simple y consiste en un consejo de pocos minutos de duración para reducir o abandonar el consumo de alcohol.

Se debe prestar atención al número de UBEs consumidas al día o a la semana. Un paciente que declare uno o más episodios de consumo intensivo de alcohol en el último año, debería recibir consejo para evitar beber hasta la intoxicación.

**b) Zona de riesgo III. Pacientes con consumo perjudicial.**

Una puntuación en el AUDIT situada entre 16 y 19 (tabla 11), generalmente deberá ir seguida de una intervención mediante terapia breve. Los pacientes que obtienen tales puntuaciones, probablemente serán bebedores con consumo perjudicial, que han experimentado problemas de salud físicos y mentales debidos al consumo y/o han experimentado lesiones, violencia, problemas legales, pobre rendimiento laboral o problemas sociales debidos a la intoxicación frecuente. La intervención breve extendida consiste en una sesión más compleja o extensiva de tipo motivacional<sup>30</sup> (tabla 13) de 20- 30 minutos de duración y sesiones de seguimiento. El objetivo de esta intervención es motivar a las personas a cambiar su conducta explorando con ellos las causas de su comportamiento e identificando razones positivas para cambiar.

**Tabla 13. Entrevista motivacional.**

Entrevista Motivacional "La gente se cree lo que se oye decir a sí misma"	
<b>Estilo de entrevista empático</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas abiertas</li> <li>• Escucha reflexiva/activa</li> <li>• Estar en "su longitud de onda"</li> </ul>
<b>Información sobre riesgos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acordar y dar información sobre hechos relacionados con riesgos y problemas personales</li> <li>• Hoja de Balance entre pros/contras de cambiar/no cambiar</li> </ul>
<b>"Bailar" con la resistencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar la confrontación</li> <li>• Las argumentaciones que utilizan términos como "alcohólico/a" son habitualmente infructuosas especialmente en los primeros estadios</li> </ul>
<b>Apoyar la autoeficacia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente toma la responsabilidad de alcanzar los objetivos</li> <li>• Se escoge entre un menú de opciones</li> <li>• Se potencia la creencia de que el cambio es posible</li> </ul>
<b>Reforzar las afirmaciones automotivadoras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocimiento del daño causado</li> <li>• Deseo de cambiar</li> <li>• Factibilidad de cambio</li> </ul>

Tomado de Ritson B. BMJ 2005; 330: 139-141<sup>302</sup>

En la tabla 14 se describen los cinco componentes de la intervención breve sobre el consumo de alcohol, que son: **averiguar** consumo, **aconsejar** sobre el consumo, **acordar** objetivos de consumo, **ayudar** a alcanzar las metas acordadas, y **apoyar** programando un seguimiento.

**Tabla 14. Componentes de las intervenciones breves sobre el consumo de alcohol en atención primaria.**

Averiguar	Averiguar si la persona bebe y los factores que pueden influir en la elección de un cambio en la conducta, metas y métodos
Aconsejar	Dar un consejo claro, específico y personalizado para el cambio en la conducta incluyendo información sobre perjuicios para la salud y beneficios
Acordar	Seleccionar metas terapéuticas y métodos basados en la disposición de la persona a cambiar su consumo
Ayudar	Ayudar al consumidor a alcanzar las metas acordadas ayudándole a adquirir conocimientos, actitudes, habilidades, confianza y apoyo social y del entorno para cambiar su conducta
Apoyar	Programar un seguimiento para proporcionar apoyo
Fuente: Programa de formación, proyecto PHEPA <sup>32</sup> .	

En las siguientes tablas, de 15 a 17, figuran unas bases para poder realizar esta intervención.

**Tabla 15. Bases de la intervención breve para la reducción del consumo.**

<p>La intervención consiste en el consejo médico encaminado a la modificación del patrón de consumo. Este consejo debe ser personalizado e incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Información positiva sobre los beneficios de la moderación.</li> <li>- Información sobre el peligro de la ingesta excesiva de alcohol.</li> <li>- Negociar la reducción, llegando a un pacto de consumo en la franja de bajo riesgo (11-17 U/semana).</li> <li>- Puede añadirse material educativo de apoyo para reafirmar el consejo, si disponemos de él.</li> </ul>
---

**Tabla 16. Consejos prácticos de reducción del consumo en el bebedor de riesgo no dependiente.**

- ◆ Defina un límite por día, por semana y por ocasión.
- ◆ Monitorice los hábitos de bebida para saber que cantidad se bebe.
- ◆ No beba nunca en ayunas.
- ◆ Intente restringir la bebida a sólo algunas ocasiones, por ejemplo, beber sólo 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 fuertes.
- ◆ 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 el consumo de alcohol equivalente a 1/2 litro de vino.
- ◆ 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.

**Tabla 17. Estilo de intervención.**

- Utilizar un estilo **empático** y evitar la confrontación.
- Pedir al paciente **alternativas** sobre el mejor modo de hacer los cambios.
- Enfatizar la **responsabilidad** del paciente para realizar los cambios en la conducta de bebida.
- Reforzar la **confianza** de los pacientes en su capacidad para desarrollar los cambios necesarios.

## **PACIENTE CON DEPENDENCIA DEL ALCOHOL**

Cuando se **cumplen los criterios de la CIE-10 de dependencia (tabla 10) o se produce el fracaso reiterado** de las intervenciones breves, se debe sospechar que el paciente sufre dependencia del alcohol.

La dependencia del alcohol es una enfermedad en sí misma, se define como un conjunto de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona sufre un deterioro del control sobre el consumo de alcohol y que sigue consumiéndolo a pesar de las consecuencias adversas. Para esta persona, la dependencia del alcohol es un mecanismo poderoso en el mantenimiento del consumo.

La intervención breve no debería usarse como un sustituto en el manejo de los pacientes con un nivel moderado o alto de dependencia de alcohol. Sin embargo, puede utilizarse para lograr la adherencia de aquellos pacientes que necesitan un tratamiento especializado, motivando a los pacientes a que acepten una derivación para una evaluación diagnóstica y un posible tratamiento. También sería necesario recopilar información sobre los centros de tratamiento.

Aunque habitualmente el abordaje del paciente con síndrome de dependencia alcohólica suele realizarse desde un nivel especializado, la atención primaria de salud tiene un papel clave a lo largo de este proceso; primero identificando a estos pacientes, segundo interviniendo para que esa derivación sea eficaz y

por último apoyando al paciente mediante un seguimiento a lo largo de este duro proceso.

En casos muy seleccionados puede ser factible el manejo de la dependencia al alcohol desde atención primaria. Como orientación a continuación (tabla 18) se exponen una serie de criterios que el médico ha de considerar a la hora de tomar esta decisión.

**Tabla 18. Criterios a tener en cuenta a la hora de valorar una derivación.**

**Criterios por parte del paciente:**

- Estado de salud
- Recursos sociales y familiares
- Grado de dependencia
- Policonsumo

**Criterios por parte del profesional:**

- Conocimientos
- Experiencia previa
- Carga asistencial

Hay que tener en cuenta que el tratamiento de desintoxicación consiste en una abstinencia del alcohol planificada. Comporta riesgos y requiere de un manejo clínico cuidadoso. Es importante elegir el momento apropiado valorando el compromiso del paciente y sus planes a medio plazo. Debe verse como un primer paso orientado al mantenimiento de la abstinencia continuada y la prevención de recaídas. En la tabla 19 se describen los diferentes estadios en que puede encontrarse el paciente.

**Tabla 19. Estadios de cambio.**

Estadio	Características/Ejemplos
Precontemplación	La gente no ve problema en su conducta. <i>“A mí el alcohol me sienta muy bien”</i>
Contemplación	La persona ve inconvenientes en su habito. <i>“Últimamente noto que me sienta peor”</i>
Determinación	El paciente toma una serie de decisiones para superar su problema. <i>“Algo tendré que hacer”</i>
Acción	Las personas toman el control para hacer un cambio. <i>“Hace una semana que no bebo”</i>
Mantenimiento	La persona persiste en su nueva conducta. Está presente la tentación de recaer. <i>“Me resulta difícil, pero pienso que vale la pena”</i>
Recaída	El paciente vuelve a su conducta anterior. <i>“No se como sucedió, pero vuelvo a beber”</i>

Los tratamientos especializados efectivos ofrecen entrenamiento en habilidades conductuales dirigidas al autocontrol, terapia motivacional, abordaje familiar o de refuerzo comunitario y entrenamiento en habilidades de afrontamiento y comunicación. La actitud del profesional de atención primaria es fundamental para motivar al paciente a seguir el tratamiento. Hay estudios que demuestran que los pacientes con dependencia derivados a centros especializados tras la intervención del médico de familia tienen mejor pronóstico y un mayor cumplimiento del tratamiento<sup>15</sup>.

Hay algunos elementos con los que trabajar para mejorar las probabilidades de éxito de una derivación. Es importante motivar al paciente para el cambio,

explicarle que su nivel de consumo excede los límites de bajo riesgo, que hemos detectado en él problemas específicos relacionados con la bebida y que tenemos suficientes indicios, para pensar que padece un síndrome de dependencia del alcohol. Se debe enfatizar el hecho de que si continúa con esta forma de consumo, sus seres queridos u otras personas allegadas, pueden sufrir las consecuencias. Es clave transmitirle que sufre un problema médico grave y que debería acudir a un especialista<sup>15</sup>.

Una adicción es por naturaleza crónica y recidivante. Los pacientes deben ser objeto de seguimiento tras su derivación, primero para reforzar el cumplimiento del tratamiento, y después para hacer un seguimiento una vez finalizado éste y poner de manifiesto que sus progresos tienen efectos visibles positivos.

A continuación se realiza una breve descripción de las fases de desintoxicación y deshabitación y de los fármacos que habitualmente se usan, ya que es conveniente que el médico de familia esté familiarizado con ellos.

## **ANEXO: Tratamiento farmacológico ambulatorio del síndrome de dependencia alcohólica (SDA)**

Aunque el objeto fundamental de este programa formativo es estimular la intervención breve no farmacológica, en las fases tempranas de la dependencia es factible el tratamiento farmacológico ambulatorio desde atención primaria. Por ello, en este anexo se realiza un breve resumen de los fármacos habitualmente más usados. También podría resultar útil su conocimiento de cara al seguimiento, que debe realizarse desde atención primaria, de este tipo de pacientes.

El objetivo, en este caso, es la abstinencia completa y continuada. La “reducción de riesgos” que se consigue con la abstinencia intermitente no es un objetivo en sí mismo sino un resultado intermedio.

El tratamiento tiene dos fases: desintoxicación y deshabitación. Todo ello precisa además, de un continuado tratamiento cognitivo conductual, con apoyo social y familiar.

### **1. Desintoxicación ambulatoria y prevención del síndrome agudo de abstinencia (SAA)**

El tratamiento de la dependencia comienza con una primera fase de desintoxicación, que básicamente consiste en la supresión brusca del consumo de alcohol. Esta fase dura por lo general una semana.

En primer lugar se recomienda reposo domiciliario en un ambiente tranquilo, por lo que la baja laboral durante una semana es aconsejable. Debe mantener una adecuada hidratación con agua y zumos, mayor cuanto mayor sea la gravedad del cuadro, se debe vigilar la glucemia y dar suplementos vitamínicos del grupo B (B1+B6+B12). En ocasiones se debe reponer ácido fólico y/o hierro.

Como prevención del síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) se deben utilizar **fármacos sedantes**. Éstos deben ser prescritos desde el mismo momento del cese del consumo. La intensidad del SAA debe orientar sobre las dosis a utilizar. No será necesaria su utilización en pacientes con historia

previa reciente de interrupción brusca del consumo sin síntomas de abstinencia. Los fármacos más utilizados en nuestro medio son:

- **Benzodiazepinas:** Diazepam/ Clorazepato. Son de primera elección. Reducen los síntomas y pueden prevenir las convulsiones y el delirio. No hay suficiente evidencia para recomendar una benzodiazepina sobre otra. El diazepam es una de las que cuenta con más estudios en desintoxicación alcohólica. Tienen tolerancia cruzada con el alcohol, eliminación hepática, efecto depresor central y capacidad adictiva. En pacientes que presenten agitación severa o alucinaciones puede administrarse haloperidol junto a la benzodiazepina.

-**Clometiazol:** Es una segunda opción en atención primaria. Además de sedante es anticonvulsivante, lo que le da ventaja cuando se prevé la aparición de convulsiones por privación. Sus principales efectos indeseables son su capacidad adictiva y su efecto depresor respiratorio.

**Pautas farmacológicas de desintoxicación recomendadas<sup>31\*</sup>**

Día	Diazepam 10 mg	Clorazepato 15 mg	Clometiazol 192 mg
1	2-1-2	1-1-2	2-2-2
2	1-1-2	1-1-2	2-2-2
3	1-1-2	1-1-1	1-2-2
4	1-1-1	1-1-1	1-1-1
5	1-0-1	1-0-1	1-0-1
6	0-0-1	1-0-1	0-0-1
7	0-0-1	0-0-1	0-0-1

\*En casos de riesgo alto de abstinencia aumentar dosis y prolongar pauta durante 11 días.

**Prevención del síndrome de abstinencia si el paciente cumple uno o más de los siguientes criterios:**

- Antecedentes de delirium tremens o crisis comiciales por abstinência.
- Presencia de sintomatología de abstinencia matutina.
- Consumo habitual de alcohol en ayunas.
- Presencia de sintomatología de abstinencia, incluso leve, en el momento de la exploración.
- Estado orgánico gravemente comprometido (p.ej. cirrosis descompensada).

**No se requiere tratamiento de desintoxicación en caso de:**

- Bebedores intermitentes.
- Alcohólicos abstinentes de más de 72 horas y sin clínica de abstinencia.
- Pacientes que no quieren abstenerse de beber completamente.

## **2. Deshabitación y rehabilitación**

La adicción a sustancias se contempla en la actualidad como una enfermedad crónica que requiere tratamiento durante la mayor parte de la vida del paciente. También se acepta, a día de hoy, que la fase más importante en la farmacoterapia de la dependencia es la que corresponde a la prevención de recaídas<sup>32</sup>.

Los objetivos del tratamiento de deshabitación y prevención de recaídas son la extinción de la conducta condicionada de búsqueda y consumo de alcohol, la adquisición de conciencia de dependencia, el mantener la motivación a lo largo de todo el proceso, la reorganización de las actividades del paciente con búsqueda de alternativas, la prevención de recaídas y el tratamiento de la psicopatología asociada.

El tratamiento durante esta fase se realiza con dos tipos de fármacos:

## 1. Fármacos anticraving:

Este tipo de fármacos atenúan el deseo imperioso de beber (craving) y reducen los efectos reforzadores positivos asociados a la ingesta de alcohol. En relación a su nivel de evidencia, son de primera elección por encima de los interdictores. Acamprosato y naltrexona son los más usados, aunque el topiramato parece tener resultados prometedores. Tanto acamprosato como naltrexona presentan un amplio respaldo experimental, permitiendo ambos disminuir el nivel de craving, reducir el número y la intensidad de las recaídas en el consumo y mejorar el nivel de funcionamiento psicosocial de los pacientes a medio plazo. Mientras que la naltrexona parece eficaz en la atenuación de los efectos placenteros del alcohol y en la reducción del consumo en los grandes bebedores, el acamprosato parece más dirigido a conseguir la abstinencia completa a medio-largo plazo en bebedores sociales<sup>33</sup>.

- Acamprosato<sup>27</sup>: Tiene un efecto preventivo de las recaídas, ya que reduce la hiperexcitabilidad neuronal que acompaña al uso crónico y a la abstinencia del alcohol. Es un fármaco bastante seguro, no interacciona con el alcohol ni con otros fármacos de manera significativa y no presenta riesgos a nivel hepático. Su efecto indeseable potencialmente más grave y su riesgo de sobredosificación se deriva de la hipercalcemia aguda. Únicamente está contraindicado en mujeres embarazadas o lactantes, insuficiencia renal, litiasis renal o hipercalcemias.

En los diferentes estudios realizados se ha demostrado su eficacia para mantener la abstinencia y un buen cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes. Su eficacia puede aumentar al combinarlo con otros fármacos como la naltrexona o el disulfiram. Se administra a razón de 2 gramos diarios y la posología es 2-2-2 o 3-0-3. Su grado de recomendación es A<sup>34</sup>.

- Naltrexona<sup>27</sup>: Antagonista opioide puro y competitivo, que actúa contrarrestando los efectos placenteros que produce el consumo de alcohol u opiáceos. En general es bien tolerado a las dosis recomendadas, no interacciona con el alcohol, no tiene efectos

secundarios relevantes ni hepatotoxicidad. Debe usarse con precaución si las transaminasas están aumentadas cinco veces sobre el valor normal, por lo que no está indicada en pacientes con hepatopatía aguda o insuficiencia hepática. Tampoco debe usarse en pacientes que precisan tratamiento con opiáceos. No es aconsejable su combinación con interdictores (sobre todo, disulfiram) por la posible potenciación de la hepatotoxicidad.

Junto con la psicoterapia, puede ser beneficiosa para reducir el consumo de alcohol y la tasa de recaídas y el riesgo de caídas puntuales (slips).

Se utiliza en dosis de un comprimido de 50 mg en dosis única matinal con algún alimento. El efecto secundario más común son las náuseas, cefaleas y mareos que duran de una a dos semanas (10% de los pacientes). En estos casos se puede reducir la dosis a 25 mg al día o repartir los 50 mg en dos dosis. Su efecto desaparece una vez suprimida la medicación. No está establecido el tiempo óptimo de duración del tratamiento con naltrexona, por lo que se desconoce su eficacia y tolerancia a largo plazo. El grado de recomendación de la naltrexona en el tratamiento de la dependencia al alcohol es A<sup>35</sup>.

## **2. Fármacos interdictores<sup>36</sup>:**

Son fármacos que bloquean el metabolismo del alcohol mediante la inhibición de la aldehído-deshidrogenasa, lo que favorece la acumulación de acetaldehído, que provoca la aparición de síntomas tales como náuseas, taquicardia, mareo, vértigo, sudoración profusa, rubefacción facial, visión borrosa, cefalea, hipotensión ortostática y sensación de dificultad respiratoria. Los síntomas pueden aparecer a los 10-20 minutos de haber consumido alcohol. Su intensidad es proporcional a la dosis del fármaco y a la cantidad de alcohol ingerido. En los casos más graves (y raros) se puede complicar con insuficiencia respiratoria, arritmia, infarto de miocardio, colapso cardiovascular, convulsiones e incluso la muerte. El disulfiram y la cianamida cálcica son los fármacos interdictores más conocidos, aunque esta última ha sido poco estudiada. Estos fármacos requieren de un seguimiento médico estrecho por

sus potenciales graves efectos secundarios. La eficacia terapéutica se relaciona con el cumplimiento de la medicación y, por eso, la administración supervisada, mejora notablemente la eficacia.

Tienen una función disuasiva, que no merma la libertad del sujeto, pues su toma es voluntaria.

- Disulfiram. Si el paciente ha sido informado sobre su funcionamiento y se siente comprometido con la abstinencia continuada de bebidas alcohólicas, cuando toma disulfiram con regularidad consigue un efecto cognitivo y motivacional, como si el alcohol ya no estuviera “disponible” para él. Cuando el paciente experimenta dicha sensación, disulfiram puede conseguir incluso un efecto anticraving.

Disminuye el número de días de consumo y la cantidad de alcohol consumida, pero no aumenta la tasa de abstinencia. Parece ser especialmente útil en dependencias de larga duración. El grado de recomendación del disulfiram es B<sup>37</sup>.

El tratamiento debería ofertarse durante un mínimo de 6 meses con controles periódicos y debe iniciarse cuando el paciente ha estado al menos 12 horas sin tomar alcohol. Se utiliza a razón de 250 mg en dosis única diaria. Los efectos del disulfiram pueden prolongarse hasta 7 días después de su administración. Tiene múltiples efectos secundarios, siendo la hepatitis fulminante el más grave (se ha relacionado con la alergia al níquel). Está contraindicado en pacientes con alteraciones cardiovasculares, en el embarazo y en las psicosis agudas. Se debe tener especial precaución en pacientes con cirrosis hepática, bronquitis crónica, diabetes mellitus, hipotiroidismo, epilepsia e insuficiencia hepática. Respecto a sus interacciones, prolonga la vida media de la fenitoína, la warfarina, la isoniazida, la rifampicina, el diazepam, el clordiazepóxido. A su vez, los antagonistas alfa y betadrenérgicos y las fenotiazinas potencian los efectos del disulfiram.

#### **Otros Fármacos:**

La **fluoxetina** a dosis habituales, ha demostrado ayudar a reducir el consumo de alcohol aunque en menor medida que el acamprosato. Los efectos

antidepresivos demostrados ayudan en el tratamiento de la depresión comórbida en los alcohólicos (muy frecuente). El uso de Fluoxetina en el alcohólico con depresión tiene un grado de recomendación B<sup>38</sup>.

### **Lecturas recomendadas:**

- Álvarez J, Cabezas C, Colom J, Galán I, Gual A, Lizarbe V, et al. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>.
- Babor TF, Caetano R, Casswell S, et al. El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas. 2ª ed. Organización Panamericana de la Salud; 2010.
- Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B. & Monteiro M.G. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud; 2001.
- Babor T.F., Higgins-Biddle J.C. 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.
- Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf).

### **Enlaces recomendados:**

- [http://www.who.int/topics/alcohol\\_drinking/es/](http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/es/)
- [http://ec.europa.eu/health/alcohol/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/alcohol/policy/index_en.htm)
- <http://www.niaaa.nih.gov/>
- <http://www.msssi.es/alcoholJovenes/home.htm>

## Bibliografía Básica:

- <sup>1</sup> Villalbi JR, Brugal MT. Epidemiología del consumo de alcohol y de sus consecuencias en la salud. En: Pascual-Pastor F, Guardia-Seregnini J (Coords). Monografía sobre el alcoholismo. Barcelona: Socidrogalcohol, 2012; 43-74.
- <sup>2</sup> Robledo T. Alcohol: tercer factor de riesgo en países desarrollados. *Aten Primaria* 2006; 38:313-315.
- <sup>3</sup> Ochoa R, Fierro I, Yáñez JL, Álvarez FJ. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1999-2004. Valladolid: Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas, Universidad de Valladolid; 2006.
- <sup>4</sup> Álvarez J, Cabezas C, Colom J, Galán I, Gual A, Lizarbe V, et al. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- <sup>5</sup> Gual A. de, editor. Monografía alcohol: Vol. 14. Adicciones; 2002.
- <sup>6</sup> Anderson O, Cremona A, Paton A, Turner C, Wallace P. The risk of alcohol, *Addiction* 1993; 88:1493-1508.
- <sup>7</sup> Riley EP, Infante MA, Warren KR Fetal Alcohol Spectrum Disorders: An Overview *Neuropsychol Rev* (2011) 21:73–80.
- <sup>8</sup> Plan Nacional Sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Disponibles los principales resultados en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm> .
- <sup>9</sup> Galaif ER, Sussman S, Newcomb MD, Locke TF. Suicidality, depression, and alcohol use among adolescents: a review of empirical findings. *Int J Adolesc Med Health*. 2007 Jan-Mar;19(1):27-35.
- <sup>10</sup> Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B. & Monteiro M.G. The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization. 2001 WHO / MSD/ MSB/01.6a.
- <sup>11</sup> Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA), 2011. Disponible en: <http://www.phepa.net/units/phepa/html/en/Du9/index.html>.
- <sup>12</sup> Macioseck MV, Coffield AB, Edwards NM, Flotemesh TJ, Goodman MJ, Solberg LI. Priorities among effective clinical practice services. Results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med* 2006;31:52-61.
- <sup>13</sup> Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Staauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and cost-benefit analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. 26(1):36-43, 2002.
- <sup>14</sup> Willenbring ML, Olson DH. A randomized trial of integrated outpatient treatment for medically ill alcoholic men. *Arch Intern Med*. 13;159(16):1946-1952, 1999.
- <sup>15</sup> Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond SA. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief intervention in primary health care. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 30:333-342.

- 
- <sup>16</sup> Villalbi Joan R. Actualizaciones. Prevención de los daños que causa el alcohol. FMC. 2011;18: 542-51.
- <sup>17</sup> Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N. & Colom, J. (2002). Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test Alcohol & Alcoholism Vol. 37, No. 6, pp. 591–596, 2002.
- <sup>18</sup> Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in Primary Care. Systematic Review and Meta-analysis. Arch Intern Med 2005; 165: 986-995.
- <sup>19</sup> Altisent R, Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Melús E, Aranguren F et al. Estudio multicéntrico para la prevención del alcoholismo en atención primaria (EMPA). Med Clin (Barc) 1997;109-124.
- <sup>20</sup> Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Forés D, Monreal A et al. Effectiveness of brief intervention on nondependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multicentre study. Family Practice 1998;15:562-568.
- <sup>21</sup> Fernández García JA, Ruiz Moral R, Perula de Torres LA, Campos Sánchez L, Lora Cerezo N, Martínez de la Iglesia J; Grupo de Córdoba de Investigación en Atención Primaria (GCIAP). Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria. Aten Primaria. 2003; 31: 146-53.
- <sup>22</sup> Grupo Alcohol semFYC. Recomendaciones semFYC. ALCOHOL. SemFYC, 2000.
- <sup>23</sup> Altisent R, Córdoba R, Martín-Moros JM. Criterios operativos para la prevención del alcoholismo. Med Clin (Barc) 1992; 99:584-588.
- <sup>24</sup> Gual A., Segura L., Contel M., Heather N. & Colom J. Audit-3 and Audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test Alcohol & Alcoholism 2002;37,6:591-6.
- <sup>25</sup> Rubio Valladolid G, Bermejo Vicedo J, Caballero Sánchez-Serrano MC, Santo-Domingo Carrasco J. (1998) Validación de la Prueba para la identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. Revista Clínica Española; 1998, 198 (1): 11-14.
- <sup>26</sup> Segura L, Colom J, Gual A. Alcohol y Atención Primaria. Psiquiatría y Atención Primaria, 2005; 6: 22-29.
- <sup>27</sup> Nilssen O, Huseby NE, Hoyer G, Brenn T, Shirmer H, forde OH. Ney alcohol markers-how useful are in population studies: The svalbard Study. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 1992; 16:82-86.
- <sup>28</sup> Anderson P., Gual A., Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington:OPS/OMS; 2008.
- <sup>29</sup> Babor T.F., Higgins-Biddle J.C. 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.

- 
- <sup>30</sup> Ritson B. ABC of alcohol. Treatment of alcohol related problems. *BMJ* 2005; 330: 139-141.
- <sup>31</sup> ALCOHOL. Barcelona 2000 y Segura L, Colom J, Gual A. Alcohol y Atención Primaria. *Psiquiatría y Atención Primaria*, 2005;6:22-29.
- <sup>32</sup> Rueda Villar T, Ruiz Doblado, Baena Baldomero A. Tratamiento psicofarmacológico de la dependencia alcohólica (III): Naltrexona y acamprosato. *Revista Adicción y Ciencia*. 2011; 1(3).
- <sup>33</sup> Ruiz Doblado S, Rueda Villar T, Baena Baldomero A. Tratamiento psicofarmacológico de la dependencia alcohólica (I): Aspectos generales de los fármacos anticraving. Topiramato: Estado actual del conocimiento. *Revista Adicción y Ciencia*. 2011; 1(3).
- <sup>34</sup> Garbut JC, West SI, Carey TS, Lohr KN, Crews FT. Pharmacological treatment of alcohol dependence. A review of the evidence. *JAMA* 1999; 281:1318-1325.
- <sup>35</sup> Srisurapanot M, Jarusuraisin N. Opioid antagonist for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*; (1):CD001867.
- <sup>36</sup> Baena Baldomero AA, Rueda Villar T, Ruiz Doblado S. Tratamiento psicofarmacológico de la dependencia alcohólica (II): Fármacos interdictores del alcohol, aversivos o antidipsicotrópicos. *Revista Adicción y Ciencia*. 2011; 1(3).
- <sup>37</sup> West S, Garbut JC, Carey TS, Lux LJ Jackman AM, Tolleson-Rinehart S. *Pharmacotherapy for alcohol dependence*. Rockville. Md:US Department of Health and Human services; Public Health Service; Agency for Health Care Policy Research, 1999.
- <sup>38</sup> Naranjo CA, Knoke DM. The role of selective serotonin reuptake inhibitors in reducing alcohol consumption. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl 20):18-25.