

Prevención de los problemas derivados del alcohol

1ª Conferencia de prevención y
promoción de la salud en la práctica
clínica en España

Madrid 14 y 15 de junio de 2007

Prevención de los problemas derivados del alcohol

1ª Conferencia de prevención y
promoción de la salud en la práctica
clínica en España

Madrid 14 y 15 de junio de 2007

GRUPO REDACTOR

Javier Álvarez
M.ª Carmen Cabezas Peña
Joan Colom Farran
Iñaki Galán Labaca
Antoni Gual i Solé
Vicenta Lizarbe Alonso
Alicia Rodríguez-Martos
Beatriz Rosón Hernández
Lidia Segura García

EXPERTOS CONSULTORES

Ana Rosa Agius Pelegrín
M.ª Angeles de Alvaro Prieto
Ramón Aguirre Martín-Gil
Manuel Barragán Rodríguez
Amador Calafat Far
Rodrigo Córdoba
Pedro Cuadrado Callejo
Juan del Pozo Iribarria
Ana Esteban Herrera
Gerardo Flórez Menéndez
José Galbe Sánchez-Ventura
Mª Jesús Gayoso Orol
Mª Trinidad Gómez-Talegón
Ana González Izquierdo
Eduardo Gutierrez Cienfuegos
Ángel Herrera García
Mª Eugenia López Delgado
Jacinto Mosquera Nogueira
Manel Nebot Adell
Enriqueta Ochoa Mangado
Marta Ozcoidi Val
Inmaculada Pérez Pont
Francisco Pérez Riquelme
Carmen Puerta García
José Carlos Quintas Fernández
Cleopatra R'Kaina Liesfi
Susana Redondo Martín
Teresa Robledo de Dios
Amando Vega Fuente
Joan Ramón Villalbí Heréter

GRUPO DE EXPERTOS A PROPUESTA DE

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. PROFESIONALES DE SALUD MENTAL (AEN)
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (AEPAP)
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA (SEE)
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG)
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEMERGEN)
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA (SEMFYC)
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA (SEMI)
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DEL TRÁFICO (SEMT)
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TOXICOMANÍAS (SET)
SOCIDROGALCOHOL
CONSEJERÍAS DE SANIDAD DE TODAS LAS COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

DISEÑO GRÁFICO Y MAQUETACIÓN

M.ª Rosario Bris Coello (Ministerio de Sanidad y Consumo)

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Secretaría General Técnica
Paseo del Prado, 18 - 28014 MADRID
NIPO: 351-08-006-5
Depósito Legal: M-15594 - 2008
Imprime: Solana e Hijos, A.G.

Prevención de los problemas derivados del alcohol

1ª Conferencia de prevención y
promoción de la salud en la práctica
clínica en España

Madrid 14 y 15 de junio de 2007



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

Índice

7	1. CAPÍTULO I
7	1.1. Justificación
8	1.2. Magnitud del problema
8	1.2.1. Consecuencias Negativas Derivadas del Consumo de Alcohol
12	1.2.2. Consecuencias Positivas Derivadas del Consumo de Alcohol: El Caso de la Enfermedad Isquémica del Corazón y las Enfermedades Cardiovasculares
13	1.2.3. Carga de Enfermedad Asociada al Consumo de Alcohol
14	1.2.4. Costes derivados de los Problemas Asociados al Consumo de Alcohol
15	1.2.5. Situación en España
15	1.2.5.1. Consumo de alcohol en España
15	1.2.5.2. Consumo per cápita
18	1.2.5.3. Prevalencia de consumo en encuestas de salud
28	1.2.5.4. Patrón de consumo «Bing Drinking»
29	1.2.6. Dependencia del alcohol
30	1.2.7. Costes económicos en España
31	1.2.8. Mortalidad en España relacionada con el consumo de alcohol
39	2. CAPÍTULO II
39	2.1. Definición y Terminología
39	2.1.1. Definiciones y conceptos
44	2.1.2. Términos no recomendados
46	2.1.3. Límites de riesgo para poblaciones y circunstancias especiales
47	2.1.4. Circunstancias en las que no se debería beber nada
49	3. CAPÍTULO III
49	3.1. Antecedentes y estado actual
49	3.1.1. Organización Mundial de la Salud (OMS)
53	3.1.2. Unión Europea
55	3.1.3. España
61	4. CAPÍTULO IV
61	4.1. Estrategias y métodos en prevención y promoción de salud. Políticas de alcohol
61	4.1.1. Política de alcohol
61	4.1.2. Política de Salud Pública
62	4.1.3. Promoción de la salud

63	4.1.4. Estrategias preventivas
64	4.1.5. Política impositiva y de precios
66	4.1.6. Medidas que regulan la disponibilidad física del alcohol
68	4.1.6.1. Estrategias que Modifican el Contexto del Consumo
70	4.1.6.2. Estrategias para Reducir la Conducción Bajo los Efectos del Alcohol
74	4.1.6.3. Estrategias para regular la promoción de bebidas alcohólicas
76	4.1.6.4. Estrategias educativas y de persuasión
79	4.1.6.5. Estrategias de prevención indicada: intervenciones breves en los bebedores de riesgo

83 5. **CAPÍTULO V. EFICACIA, EFECTIVIDAD Y VIABILIDAD DE LAS POSIBLES INTERVENCIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

83 5.1. **Cribado del consumo de riesgo**

84	5.1.1. Métodos para estimar el consumo de alcohol
85	5.1.2. Cuestionarios de identificación o cribado

90	ANEXO I. AUDIT
93	ANEXO II. AUDIT (C)
94	ANEXO III. ALGORITMO

95 5.2. **Efectividad de las intervenciones breves**

95	5.2.1. El concepto de intervención breve
96	5.2.2. Efectividad de las intervenciones breves
98	5.2.3. Intervenciones breves en otros niveles asistenciales (hospitales generales, servicios de salud laboral, urgencias, etc.)
99	5.2.4. Efectividad de las intervenciones breves en diferentes subgrupos de población
99	5.2.5. Coste-Efectividad de las intervenciones breves
100	5.2.6. Intervención breve recomendada

101 **Algoritmo sobre la intervención breve**

105	ANEXO IV.
-----	-----------

105 5.3. **Interacciones del alcohol con los medicamentos**

105	5.3.1. Interacciones medicamentosas en la práctica clínica
105	5.3.2. Mecanismo de producción de interacciones entre alcohol y medicamentos
106	5.3.3. Factores determinantes de la interacción entre alcohol y medicamentos
106	5.3.4. Principales interacciones entre alcohol y medicamentos
107	5.3.5. La prevención de las interacciones

113 6. **CAPÍTULO VI**

113 6.1. **Consideraciones especiales sobre el tema**

119 **BIBLIOGRAFÍA**

1. Capítulo I

1.1. Justificación

(Autor: Joan Ramón Villalbí)

Dentro del mercado, el alcohol tiene una serie de características que lo hacen muy especial. Por un lado, se trata de un producto que ocupa un espacio relevante en el mercado, de curso legal, y cuyo uso está enraizado en nuestra cultura, con una fuerte presencia en la sociedad rural. Por otra parte, es responsable de un volumen importante de problemas sociales y de salud, con un coste notable en sufrimiento, enfermedad y muerte evitables. Aunque la mayoría de los consumidores de alcohol no sufran efectos adversos por su consumo, una parte –que no se limita a las personas que desarrollan dependencia del alcohol– son víctimas del alcohol, y esta situación se extiende también a personas que no consumen (lesiones por accidentes de tráfico, agresiones, etc.). Por todo ello, el alcohol es un producto peculiar, que pese a su curso legal debe ser objeto de regulación y de intervenciones sanitarias.

En el patrón actual de problemas de salud relacionados con el alcohol juega un papel crucial el marketing agresivo de algunos operadores económicos. Éste se dirige a incrementar el consumo para mejorar sus cuentas de explotación, de una forma bien distinta al comportamiento tradicional de los productores vitivinícolas. El marketing de los segmentos más agresivos de este mercado se dirige claramente a fomentar el consumo de jóvenes y adolescentes en espacios de ocio, y asociarlo a sus efectos psicoactivos y al éxito social y sexual. Los canales utilizados desbordan la clásica publicidad directa y usan estrategias innovadoras que incluyen «el product placement» en teleseries y el patrocinio de acontecimientos de interés juvenil, especialmente los deportivos y musicales. Este marketing se acompaña de una estrategia planificada para evitar su regulación, utilizando organizaciones pantalla en las que involucra a personalidades del mundo sanitario apelando a los beneficios modestos que para algunas personas tiene el consumo de dosis bajas de alcohol.

En la práctica clínica, los profesionales han de atender a un elevado número de personas que sufren las consecuencias adversas del alcohol. En muchos casos, una intervención precoz hubiera podido evitar o al menos limitar estos problemas. En general, unas políticas públicas orientadas a reducir el consumo de alcohol en la población plantearían beneficios para la sociedad, aunque susciten resistencias previsibles por parte de los grupos de interés afectados. Para reducir el daño que hace el alcohol hace falta un esfuerzo de los profesionales sanitarios, y también un esfuerzo social para adoptar y consolidar políticas públicas preventivas. Para ello es condición previa una tarea de consenso entre profesionales que sienta las bases de este progreso. Es importante clarificar la terminología, alcanzar un consenso acerca de cómo medir y expresar las diversas dimensiones del problema y sus tendencias, revisar la efectividad de las políticas y las intervenciones, identificar obstáculos y problemas, y acordar orientaciones para la práctica del profesional clínico. A todo ello va dirigido este documento.

1.2. Magnitud del problema

(Autores: Iñaki Galán / Javier Álvarez)

En España el consumo de bebidas alcohólicas está muy arraigado en los patrones culturales, utilizándose en una variedad de situaciones sociales. Las bebidas alcohólicas, particularmente el vino y la cerveza, son considerados productos de la agricultura y son una importante fuente de actividad económica. Como ejemplo, en España, el vino genera un negocio de 4.800 millones de euros/año lo que representa un 0,65% del Producto Interior Bruto (PIB).

En los últimos 30 años se han dado pasos muy importantes en el conocimiento de los daños que ocasiona, aunque también de sus potenciales beneficios, así como de los mecanismos que los originan. En pequeñas dosis se pueden producir numerosas consecuencias negativas, pero también el consumo de alcohol reduce el riesgo de ciertas enfermedades. Sin embargo, cuando su consumo es inadecuado, bien porque el volumen sostenido es excesivo, o se producen consumos agudos aunque se realicen de forma aislada, o se consume en pequeñas cantidades en grupos o situaciones de alta vulnerabilidad (embarazadas, niños y adolescentes, consumo de medicamentos, enfermedades, actividades que requieran máxima capacidad de concentración y reacción...), se produce una amplia variedad de efectos negativos.

1.2.1. Consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol

La relación entre el consumo de alcohol y sus consecuencias dependen del volumen de alcohol y del patrón de consumo, que van a modular los efectos a través de mecanismos bioquímicos, de intoxicación y dependencia¹. Estos mecanismos coexisten numerosas veces. Los efectos bioquímicos, dependiendo de la cantidad de alcohol y patrón del consumo, pueden ser dañinos o beneficiosos, y van a estar relacionados sobre todo con efectos crónicos a nivel individual. La intoxicación va a estar más relacionada con efectos agudos como la accidentabilidad, violencia y conflictos sociales. La dependencia, derivada de un consumo sostenido de alcohol tiene consecuencias tanto agudas como crónicas.

De forma general los efectos van a depender de la dosis de alcohol ingerida, siendo en la mayoría de las ocasiones una relación lineal. Sin embargo, también se ha descrito formas de tipo exponencial. Situación aparte es la relación con la isquemia cardiaca, isquemia cerebral y diabetes tipo II, con una forma de «J», que dependiendo de la dosis provoca efectos beneficiosos y tóxicos (será desarrollada más adelante).

El uso de alcohol se relaciona con un amplio rango de problemas de salud tanto físicos como mentales (más de 60 enfermedades) y sociales. A continuación, se presenta de forma sintética un resumen de las evidencias científicas sobre el daño producido a nivel individual, basadas principalmente en dos fuentes: El informe «Global status report on alcohol 2004»² y el documento «Alcohol in Europe. A public health perspective»³, que a su vez recopilan la evidencia científica de numerosos metaanálisis, revisiones y estudios individuales más recientes.

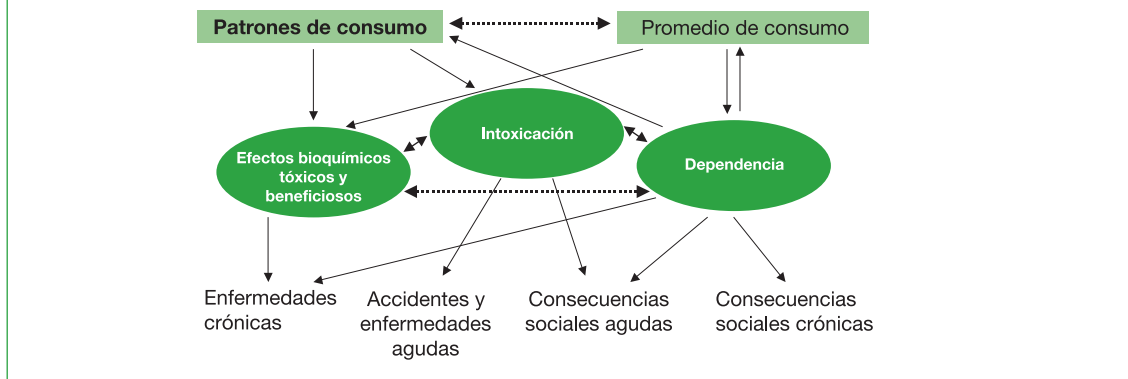
Tabla 1. Efectos derivados del consumo de alcohol a nivel individual

Problema de salud (grupo)	Problema de salud específico	Resumen de la evidencia
Neoplasias malignas	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.	
Enfermedades gastrointestinales, metabólicas, y endocrinas	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 .	
Enfermedades cardiovasculares	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 cardiaca	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 cardiaco.
	La hipertensión, los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos, la enfermedad coronaria y cardiomiopatía, están relacionadas con el volumen promedio ingerido. La isquemia cerebral, arritmias y paro cardiaco, 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
Enfermedades neuropsiquiátricas	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.	
Sistema inmune		El alcohol puede interferir con las funciones normales del sistema inmune, incrementando la susceptibilidad hacia ciertas enfermedades infecciosas como neumonía, tuberculosis y posiblemente VIH
Sistema musculoesquelético		Hay un riesgo mayor de fracturas, especialmente en varones. Altos niveles de consumo originan, en una relación dosis dependiente, enfermedades musculares.
Lesiones intencionales y no intencionales	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.	
Problemas sociales	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, 2006³

Figura 1. Mecanismos que modulan la relación entre el consumo de alcohol y sus efectos



Fuente: Anderson & Baumberg, 2006³

Tabla 2. Riesgos relativos de enfermedades seleccionadas para diferentes niveles de consumo de alcohol, según sexo

	Consumo de alcohol (g/día)					
	Hombres			Mujeres		
	<39 g	40-59 g	60 y + g	<19 g	20-39 g	40 y + g
Neoplasias malignas						
Cáncer de boca y orofaringe	1,5	1,9	5,4	1,5	2,0	5,4
Cáncer de esófago	1,8	2,4	4,4	1,8	2,4	4,4
Cáncer de laringe	1,8	3,9	4,9	1,8	3,9	4,9
Cáncer de hígado	1,5	3,0	3,6	1,5	3,0	3,6
Cáncer de mama				1,1	1,4	1,6
Otras neoplasias	1,1	1,3	1,7	1,1	1,3	1,7
Enfermedades gastrointestinales y endocrinas						
Cirrosis hepática	1,3	9,1	13,0	1,3	9,5	13,0
Varices esofágicas (en presencia de cirrosis hepática)	1,3	9,5	9,5	1,3	9,5	9,5
Pancreatitis aguda y crónica	1,3	1,8	3,2	1,3	1,8	1,8
Diabetes mellitus	1,0	0,6	0,7	0,9	0,9	1,1
Enfermedades cardiovasculares						
Hipertensión	1,4	2,0	4,1	1,4	2,0	2,0
Enfermedad coronaria	0,8	0,8	1,0	0,8	0,8	1,1
Isquemia cerebral	0,9	1,3	1,7	0,5	0,6	1,1
Hemorragia cerebral	1,3	2,2	2,4	0,6	0,7	8,0
Arritmia cardíaca	1,5	2,2	2,2	1,5	2,2	2,2
Enfermedades neuropsiquiátricas						
Epilepsia	1,2	7,5	6,8	1,3	7,2	7,5
Periodo prenatal						
Aborto espontáneo				1,2	1,8	1,8
Bajo peso al nacimiento	1,0	1,4	1,4	1,0	1,4	1,4
Prematuridad	0,9	1,4	1,4	0,9	1,4	1,4
Retraso del crecimiento intrauterino	1,0	1,7	1,7	1,0	1,7	1,7

Fuente: Anderson & Baumberg, 2006³

1.2.2. Consecuencias positivas derivadas del consumo de alcohol: El caso de la enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades cardiovasculares

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», de tal forma que el menor riesgo de enfermedad isquémica del corazón (curva inferior de la J) se establecería entre las personas que tienen un consumo de pequeñas cantidades de alcohol, aumentando la morbimortalidad entre los abstemios y los consumidores de mayores cantidades de alcohol.

En el metaanálisis realizado por Corrao et al.⁴, el menor riesgo relativo de enfermedad isquémica del corazón fue de 0,80 y la cantidad de alcohol con la que se asoció fue de 20g/día. En este segundo supuesto, con un consumo entre 72 y 89 gramos/día de alcohol volvería a obtenerse un riesgo relativo de 1. Consumos de alcohol superiores se asociarían a un efecto negativo sobre la enfermedad isquémica del corazón.

Estos mismos autores estimaron en otra revisión más reciente⁵ la relación entre la dosis de alcohol y 15 enfermedades. Concluyeron que el riesgo de enfermedad hipertensiva aumenta de forma dosis-dependiente desde las dosis más bajas. En cuanto a otras enfermedades cardiovasculares, se observó un riesgo relativo de 0.81 para la enfermedad isquémica del corazón y de 0.90 para la isquemia cerebral, con dosis de 25 gramos de alcohol diario. Con un consumo de 50 gramos/día de etanol, sólo se observaría un posible efecto beneficioso en relación a la enfermedad isquémica del corazón. En la Tabla 2 se presentan los riesgos relativos para diversas enfermedades según niveles de consumo y sexo³.

Tipo de bebida consumida. Un aspecto objeto de controversia es si el tipo de bebida influye o no en este posible efecto beneficioso. Hoy en día se tiende a considerar que el posible efecto protector del alcohol se presenta con el consumo de cualquier tipo de bebida alcohólica.

Género: En varios estudios se señala el menor consumo de alcohol necesario en la mujer para obtener el mismo efecto protector que en el varón^{4,5,6} que podría ser debido a la distinta farmacocinética del alcohol entre hombres y mujeres⁷ y por una mayor susceptibilidad de la mujer a los efectos del alcohol tanto positivos como negativos⁸.

Edad: El posible efecto protector del alcohol a nivel cardiovascular (enfermedad isquémica del corazón), no es el mismo para todas las edades. En los jóvenes el riesgo de mortalidad cardiovascular es muy bajo y las principales causas de muerte (accidentes de tráfico, agresiones, suicidio, etc.) en esta franja de edad están relacionados directamente con el consumo de alcohol³.

¿Se pueden generalizar los efectos positivos a todas las enfermedades cardiovasculares?

Un aspecto que es preciso clarificar es que el posible beneficio del consumo de alcohol se observa en relación a la enfermedad isquémica del corazón, pero no en relación a otros procesos como la enfermedad hipertensiva, altamente prevalente en la población, la cardiomiopatía alcohólica, o la taquicardia supraventricular (arritmias). Se ha descrito un posible beneficio del consumo de bajas cantidades de alcohol en relación a la isquemia cerebral, pero no en relación a otras patologías como la hemorragia cerebral o las varices esofágicas (Tablas 1 y 2).

Consecuentemente, extender el posible beneficio del consumo de alcohol de la enfermedad isquémica del corazón al conjunto de enfermedades cardíacas, o de la enfermedad isquémica del corazón y la isquemia cerebral al conjunto de las enfermedades cardiovas-

culares, es incorrecto. Con frecuencia se generalizan estos posibles beneficios al conjunto de enfermedades cardíacas o cardiovasculares y no debería hacerse.

Limitaciones de los estudios: ¿Se ha sobreestimado el posible efecto beneficioso del alcohol en la enfermedad isquémica del corazón?

La calidad de los estudios y distintos factores de confusión (consumo de tabaco, el consumo de drogas ilegales, tipo de dieta, etc.) deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar los resultados y antes de hacer ninguna recomendación sobre las posibles ventajas del consumo de alcohol en la protección cardiovascular^{4,9,10,11}.

Un reciente metaanálisis de 54 publicaciones⁹ sugiere que después de analizar todos los errores sistemáticos realizados en dichos estudios, la protección cardíaca producida por el alcohol puede haber sido sobreestimada.

Los principales aspectos a tener en cuenta en nuestra opinión son los siguientes:

- *El nivel de salud de la población estudiada:* En varios estudios cuando se considera a los abstinentes no se especifica, si nunca han consumido alcohol, si son ex-alcohólicos, o si han dejado de beber por la presencia de una enfermedad relacionada o no con el alcohol. Algunos autores^{9,12,13}, han sugerido que el mayor riesgo de enfermedad o de mortalidad prematura en muchos abstinentes sería debido a que son personas que anteriormente han sido bebedoras y han dejado de beber al tener más edad, o por tener una enfermedad relacionada o no con el alcohol, o por el uso crónico de medicación. Cuando se han separado en algunos estudios, a ex-bebedores de abstinentes totales de por vida^{12,13} o a personas con una enfermedad preexistente, se ha encontrado que el posible efecto protector del alcohol es menor. Algunos estudios se han realizado en poblaciones con alto riesgo cardiovascular o en pacientes con enfermedad cardiovascular conocida¹⁴. También se ha señalado¹¹ que las personas con mala salud serían abstinentes, evitando el alcohol pensando que sería perjudicial para su salud, mientras que los bebedores moderados serían personas saludables que no tendrían ningún miedo a beber alcohol.
- *Factores personales y de estilo de vida:* Es relativamente común que en estos estudios no se tengan en cuenta ciertos factores de confusión tales como la clase social, el nivel educacional, el peso, el ejercicio, el fumar, etc.^{12,13,15} y sobre todo la dieta, muy importante en países del área mediterránea en los que es habitual el consumo de aceite de oliva, frutas y verduras frescas, así como pescado, que como es sabido son importantes factores de protección de riesgo cardiovascular¹⁶.

1.2.3. Carga de enfermedad asociada al consumo de alcohol

El alcohol impone una fuerte carga sobre la sociedad en Europa. Desde el punto de vista de la salud el alcohol es responsable de 195.000 muertes al año, aunque su efecto principalmente cardioprotector evita (retrasa) 160.000 muertes cada año. Cuando se estudia los años de vida perdidos y vividos con incapacidad ajustada por severidad (DALYs –Disability-adjusted life years–), el alcohol es responsable del 12% del total de DALYs en hombres y del 2% en mujeres. Ello convierte al alcohol en el tercer factor de riesgo sólo por detrás del tabaco y de la hipertensión arterial³.

Se estima que 23 millones de europeos/año dependen del alcohol. Los jóvenes soportan de forma relativa una parte desproporcionada de esta carga ya que el alcohol origina el 25% de la mortalidad en los varones y del 10% en las mujeres³.

Mucho más desconocida es la dimensión social del problema. Gran parte de los daños son sufridos por personas ajenas al propio bebedor. 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 a personas mayores; de violencia sexual; autoinflingida; colectiva; de violencia de pareja. En esta última, se ha discutido 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 afrontamiento¹⁷.

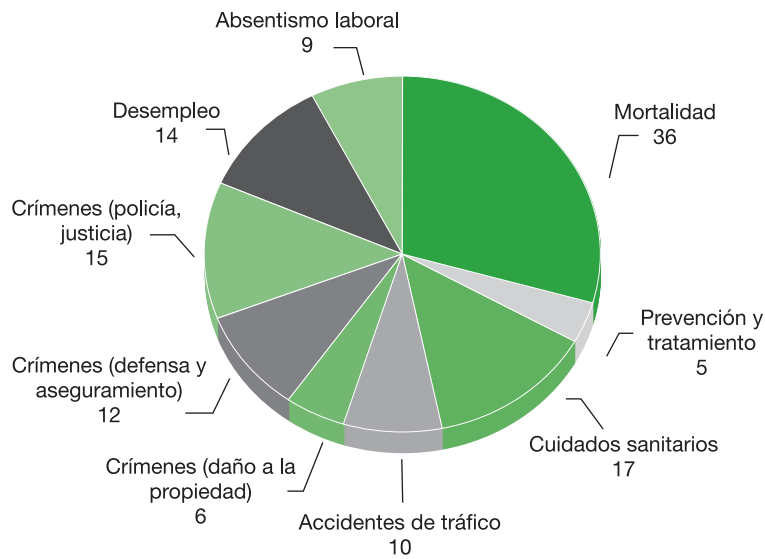
Entre las estimaciones relacionadas con la dimensión social a nivel europeo, se incluirían 60.000 nacimientos de bajo peso, así como el 16% del maltrato o abandono infantil y 5-9 millones de niños viven en familias con problemas de alcohol. Alrededor de 7 millones de adultos refieren haberse involucrado en peleas cuando bebían. El alcohol ocasiona también 10.000 muertes por accidentes de tráfico en personas distintas al conductor intoxicado³.

1.2.4. Costes derivados de los problemas asociados al consumo de alcohol

Los costes tangibles del alcohol en Europa se han estimado en 125 billones de euros para el año 2003. Esta cifra equivale al 1,3% del PIB y es similar a los costes derivados del consumo de tabaco³. En la Figura 2 se describen los componentes de los costes tangibles.

Los costes intangibles –incorporan aquellos relacionados con el dolor, sufrimiento y pérdida de vida derivados de los daños en salud y los problemas sociales originados por el alcohol–, se estimaron en 270 billones de euros. Aunque estos costes no pueden ser añadidos directamente a los costes tangibles, ofrecen una aproximación más cercana a los costes totales derivados del consumo de alcohol.

Figura 2. Componentes de los costes tangibles (billones de euros) derivados del consumo de alcohol en Europa, 2003



Fuente: Anderson & Baumberg, 2006

1.2.5. Situación en España

1.2.5.1. Consumo de alcohol en España

La aproximación al consumo de alcohol en una población puede ser realizada de dos formas: analizando la disponibilidad a través del mercado y, de forma directa, estimando individualmente el consumo a través de encuestas de salud¹⁸.

1.2.5.2. Consumo per cápita

El consumo per cápita de alcohol como indicador de consumo tiene una serie de ventajas, entre las que destacan la gran disponibilidad de datos en diferentes países, lo que permite realizar comparaciones internacionales, llevar a cabo estudios ecológicos, y estudiar largas series temporales.

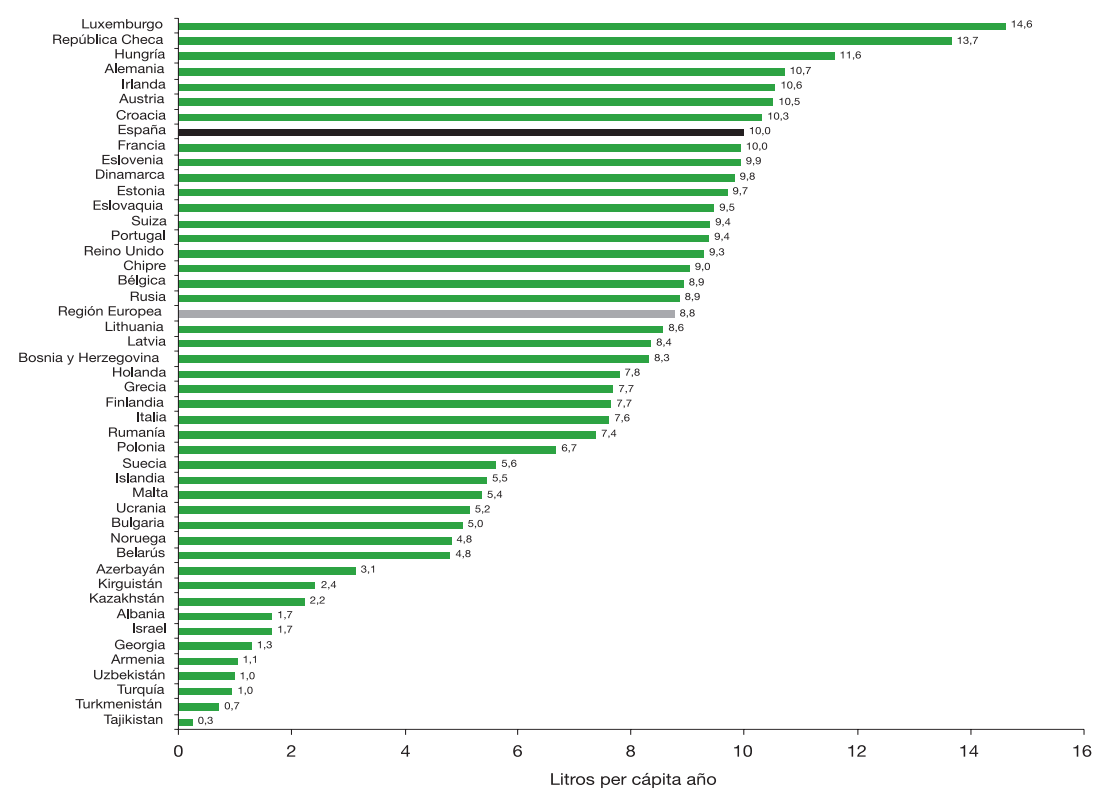
El consumo de alcohol absoluto por persona y año se considera un indicador válido para la monitorización del consumo de alcohol en la población, debido a que se asocia fuertemente a la distribución de bebidas alcohólicas. En concreto, el consumo per cápita de alcohol absoluto está relacionado con el porcentaje de bebedores excesivos de una población, según el modelo descrito por Ledermann¹⁹ y Rose²⁰ en el que la distribución se desplaza globalmente, también evidenciado en España²¹. Por ello, el seguimiento de la tendencia temporal del consumo per cápita de alcohol absoluto es una herramienta útil para predecir cambios en la proporción de bebedores de riesgo en la población.

Según las estimaciones más actuales de la Oficina Regional de la OMS para Europa²², España es el octavo país con mayor consumo de alcohol de toda la región europea

(Figura 3). La tendencia muestra cambios importantes en las últimas décadas, como observamos en la Figura 4, en la que se presenta la evolución de este indicador en España desde el año 1963 hasta el año 2003. El máximo consumo se alcanzó en el ecuador de la década de los setenta, para disminuir posteriormente, aunque en los últimos años se ha estabilizado. Esta tendencia ha coincidido con modificaciones en las preferencias de los consumidores, que han sustituido el vino como principal bebida alcohólica por la cerveza²³ (Figura 5). Es interesante destacar que, en general, este patrón también se ha producido en otros países del Sur de Europa, sobre todo en el caso de Francia e Italia que describen los descensos más notables; Grecia o Portugal muestran disminuciones más recientes y de menor magnitud (Figura 6). Por otro lado, la evolución observada en España se ha producido también en el contexto de la Unión Europea, lo que pudiera interpretarse como una tendencia a la homogeneización de los patrones de consumo en Europa, además de la influencia de las políticas de control sobre el consumo de alcohol llevadas a cabo.

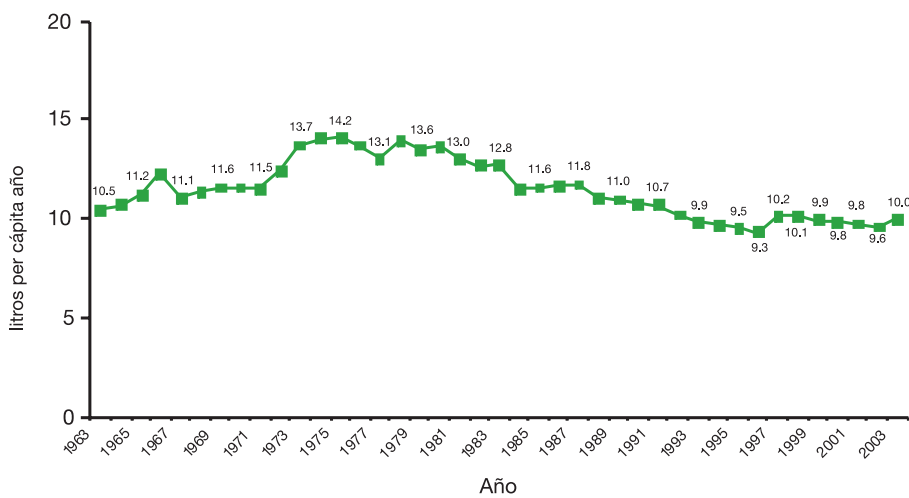
A nivel nacional, otro dato complementario relacionado con la disponibilidad, lo ofrece el panel alimentario del Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación, en el cual se estima la cantidad de alcohol consumido a partir de la cantidad comprada en el hogar y fuera del hogar, y su contribución al total de energía de la dieta. El 11% del total del gasto alimentario se dedica al consumo de bebidas alcohólicas, de las cuales tres cuartas partes se realiza fuera del hogar. Este consumo representa alrededor del 6% del total de la energía diaria aportada por los alimentos²⁴.

Figura 3. Consumo total de alcohol en países europeos, 2003. Consumo per cápita. Litros de alcohol puro



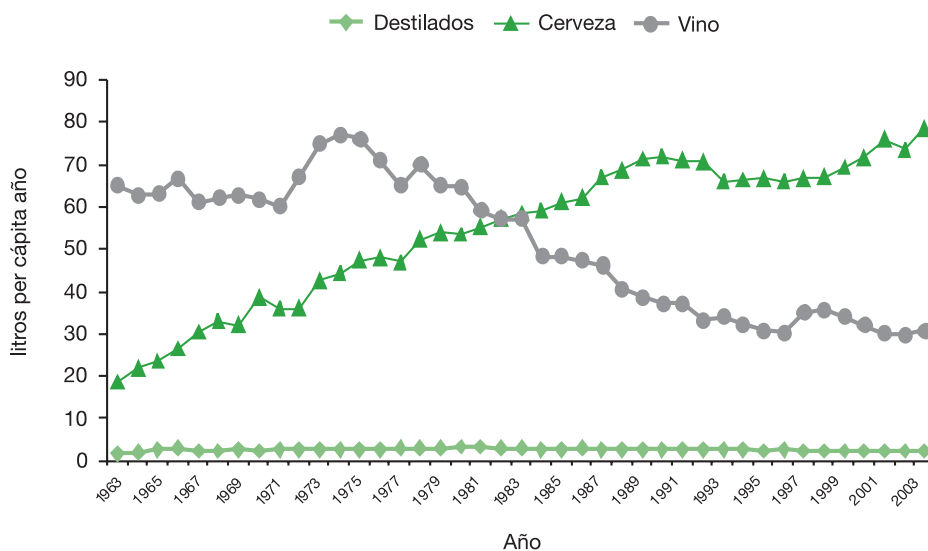
Fuente: World Health Organization. Regional Office for Europe European Health for all database (HFA-DB)

Figura 4. Consumo per cápita de alcohol puro. España, 1963-2003



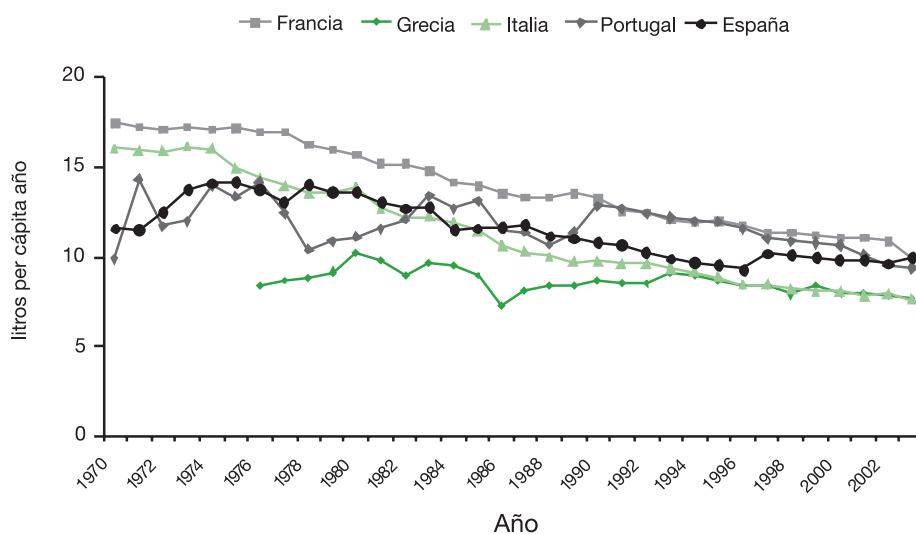
Fuente: World Drink Trends 2005

Figura 5. Consumo per cápita, según tipo de bebidas. España, 1963-2003



Fuente: World Drink Trends 2005

Figura 6. Consumo per cápita de alcohol puro. Países mediterráneos, 1970-2003



Fuente: World Health Organization. Regional Office for Europe European Health for all database (HFA-DB)

1.2.5.3. Prevalencia de consumo en encuestas de salud

Internacionalmente se admite que la mejor forma de aproximarse al patrón de consumo de bebidas alcohólicas en una comunidad, así como a sus factores determinantes, es mediante la realización de encuestas de base poblacional. Éstas, nos permiten caracterizar ampliamente el problema, detectando aquellos grupos de población con mayor riesgo. Además, llevadas a cabo de forma periódica, son indispensables para la evaluación de la efectividad de las políticas de salud puestas en marcha.

Sin embargo, a pesar de su extraordinaria utilidad, no están exentas de ciertas limitaciones, como son la dificultad para conseguir muestras representativas de la población, o el diseñar instrumentos de medición válidos y fiables. A ello hay que unir las dificultades inherentes al estudio de un aspecto que, como el consumo de alcohol, está ampliamente arraigado en nuestra sociedad. Quizás por todo ello, las estimaciones de la prevalencia del consumo de alcohol en la población procedentes de encuestas, tienden a infraestimar los datos proporcionados por las fuentes basadas en información sobre producción y venta de bebidas alcohólicas²⁵.

1.2.5.3.1. Población de 15-64 años

En España son de gran interés los datos aportados por las Encuestas Domiciliarias sobre Drogas, dirigidas a población de 15-64 años, y realizadas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo. La primera se

realizó en el año 1995, repitiéndose con una periodicidad bienal. Los últimos datos publicados hacen referencia a la encuesta realizada en el año 2003²⁶, aunque existen ya datos preliminares de la encuesta 2005-2006²⁷. Los principales resultados desprendidos de dichas encuestas se presentan en la Tabla 3 :

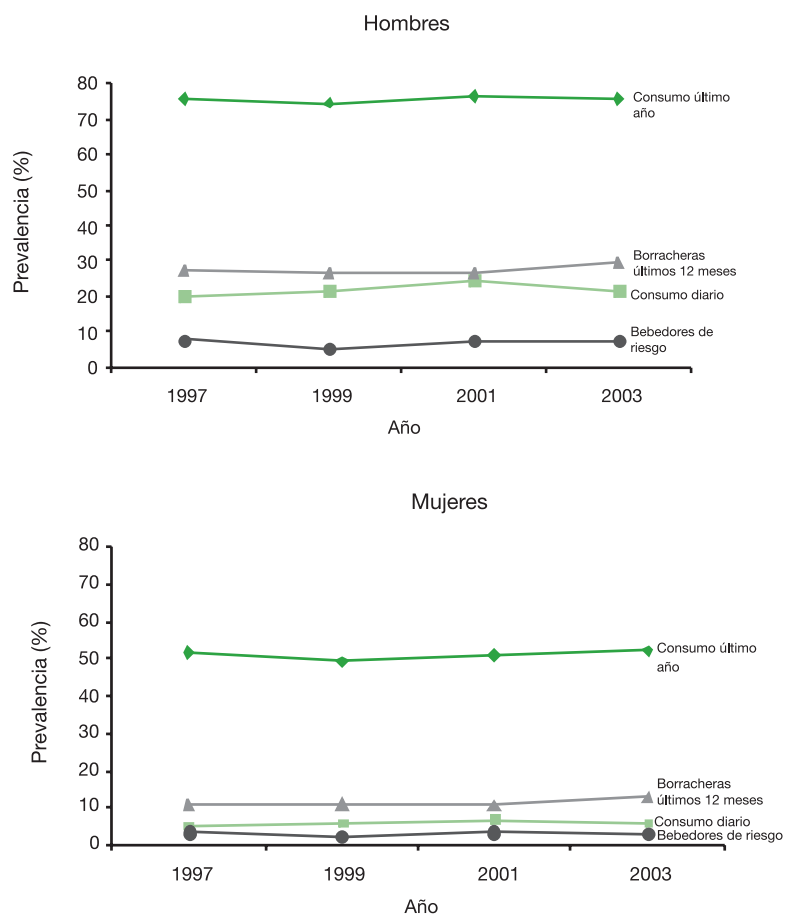
- El alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva con un consumo más extendido entre la población española. De hecho en el 2003, un 76,6% de la población de 15-64 años la había consumido alguna vez en los últimos 12 meses, un 64,1% en los últimos 30 días, un 48,2% todas las semanas en los últimos 12 meses y un 14,1% diariamente en el mismo período.
- Las prevalencias de consumo son mucho más elevadas entre los hombres que entre las mujeres en todos los grupos de edad.
- El porcentaje de bebedores de riesgo, entendiéndose por tal a consumos superiores o iguales a los 50 cc/día (equivalente a 40 g/día) en hombres y a los 30 cc/día (equivalente a 24 g/día) en mujeres, fue del 5,3% de la población (7,4% de los hombres y 3,1% de las mujeres).
- Un 21,2% de los encuestados en el año 2003 se había emborrachado durante los últimos 12 meses con diversa frecuencia. La prevalencia en hombres (29,6%) fue más del doble que en mujeres (12,7%).
- El consumo de alcohol de forma aguda como las borracheras en los últimos 12 meses, es más frecuente en la población más joven, mientras que el consumo regular, especialmente en los hombres, es superior en edades medianas.
- Estos indicadores de consumo de alcohol, tanto en hombres como en mujeres, así como en los diferentes grupos de edad, permanecen estables a lo largo del período 1997-2003 (Figura 7). Los datos provisionales de la encuesta 2005-2006, corroboran esta estabilidad.

Tabla 3. Prevalencia de consumo de alcohol en población de 15 a 64 años, según edad y sexo. España, 1997-2003

	1997						1999						2001						2003					
	15-34 años			35-64 años			15-34 años			35-64 años			15-34 años			35-64 años			15-34 años			35-64 años		
	Hombre %	Mujer %		Hombre %	Mujer %		Hombre %	Mujer %		Hombre %	Mujer %		Hombre %	Mujer %		Hombre %	Mujer %		Hombre %	Mujer %		Hombre %	Mujer %	
Número de encuestados	3396	3502		2492	2914		3022	3271		2663	3278		3465	3450		3344	3854		3247	3004		2572	3210	
Prevalencia de consumo alcohol alguna vez en la vida	93,6	89,2		96,8	83,2		89,6	85,1		94,3	80,3		91,5	87,0		95,5	82,2		91,6	86,0		95,6	81,1	
Edad media al inicio del consumo de alcohol (años)	15,4	16,3		16,4	19,2		15,6	16,4		16,6	19,0		15,7	16,3		16,5	19,1		15,5	16,2		16,2	18,8	
Prevalencia de consumo alcohol últimos 12 meses	87,5	77,3		85,3	64,7		83,5	74,4		82,9	61,1		86,3	76,5		84,2	66,4		85,5	73,2		83,7	64,8	
Prevalencia de borracheras últimos 12 meses	39,1	19,1		16,5	4,1		38,3	19,6		16,6	3,6		36,3	18,1		18,3	4,9		40,7	21,0		20,2	6,3	
Prevalencia de borracheras alcohol semanal últimos 12 meses	59,1	33,8		65,9	31,1		57,2	32,2		65,9	28,2		57,4	33,9		67,6	31,2		59,1	32,9		66,7	32,8	
Prevalencia de consumo alcohol últimos 30 días	75,8	56,8		75,5	47,8		72,5	56,0		76,0	43,3		75,1	56,0		77,6	46,9		74,8	56,1		76,6	49,0	
Prevalencia de consumo alcohol en fin de semana últimos 30 días	75,6	56,0		74,8	46,4		72,3	55,3		75,7	42,3		74,9	55,9		77,2	46,1		74,7	55,6		76,2	48,7	
Prevalencia de consumo alcohol en días laborales últimos 30 días	61,1	27,4		71,4	34,3		57,0	28,7		72,3	30,2		61,3	29,9		73,3	33,3		61,5	32,1		72,6	35,5	
Prevalencia de consumo diario de alcohol	8,6	1,8		30,8	8,2		8,8	2,6		32,9	9,0		11,4	2,5		35,5	10,1		9,9	1,7		31,8	9,8	
Prevalencia de consumo alcohol más de 8 días al mes	55,4	31,1		62,5	29,2		55,1	31,7		65,8	27,1		59,1	33,7		66,7	29,4		59,5	32,9		65,9	31,7	
Bebedores de riesgo (Hombres >= 50 cc/día; Mujeres >= 30 cc/día)	6,2	3,2		9,6	3,5		4,4	2,9		5,9	2,2		6,6	3,4		8,4	3,5		6,2	3,7		8,5	2,7	

Fuente: DGPNSD. Encuesta Domiciliaria sobre Drogas 1997-2003²⁶

Figura 7. Prevalencia del Consumo de Alcohol en población de 15 a 64 años. España, 1993-2007



Fuente: DGPNSD. Encuesta Domiciliaria sobre Drogas 1997-2003

1.2.5.3.2. Población escolar de 14-18 años

Actualmente el fenómeno del consumo y abuso de alcohol por la población juvenil ha adquirido unas dimensiones alarmantes en nuestra sociedad, que en gran parte se debe al cambio en el patrón de consumo. El problema radica en el hecho de que los jóvenes que beben lo hacen en cantidades muy elevadas en cortos períodos de tiempo, lo que los anglosajones definen como patrón «binge drinking». Consumos que se realizan preferentemente fuera del hogar, siendo la vía pública un entorno cada vez más habitual, lo que también conlleva problemas de orden público. Como consecuencia, tenemos una elevada frecuencia de episodios de embriaguez en los adolescentes, hecho que forma ya parte de la cultura juvenil de alcohol, donde se busca sus efectos psicoactivos de forma rápida.

Según la última encuesta a escolares de 14-18 años publicada²⁸, el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida entre los jóvenes de 14 a 18 años (Tablas números 4 y 5 y Figura 8).

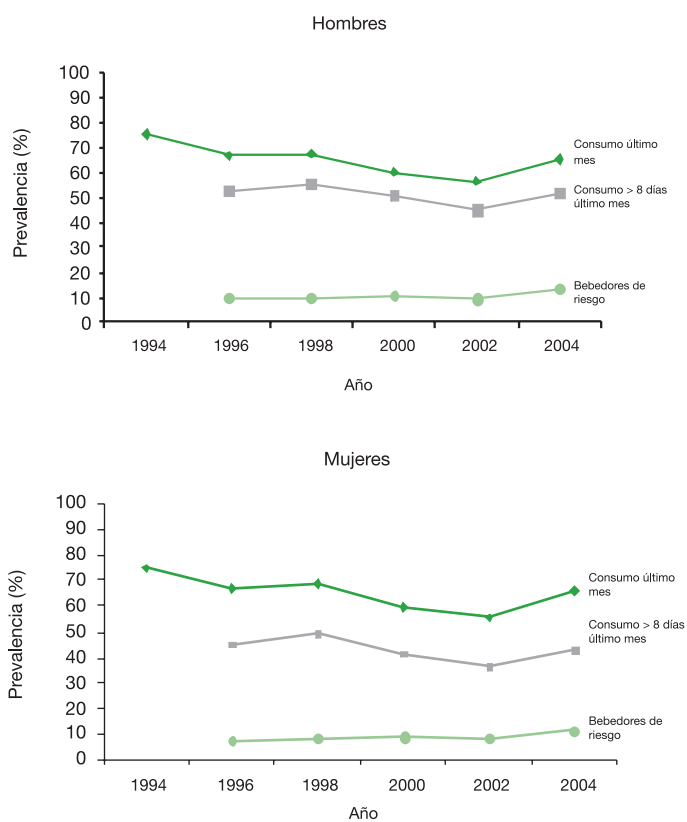
- Un 80,6% declara haber consumido alcohol alguna vez, un 79,8% durante los doce meses previos a la entrevista y un 64% durante los treinta días previos.
- Se trata de consumos localizados fundamentalmente en el fin de semana: el 69,2% de los estudiantes que consumieron en los últimos 30 días restringieron su consumo al fin de semana exclusivamente.
- El 13,1% de los hombres y el 11,5% de las mujeres son clasificados como bebedores de riesgo, utilizando los mismos puntos de corte que en la población adulta. Además, uno de cada 3-4 jóvenes se ha emborrachado en el último mes.
- A pesar de ello, sólo un 9% tiene la percepción de consumir mucho o bastante alcohol, es decir, la percepción de este tema como problema de salud es muy baja en la población estudiada, y está disminuyendo si comparamos con encuestas de años anteriores.
- La edad de inicio al consumo de alcohol se sitúa en los 13,7 años.
- Hombres y mujeres muestran una prevalencia similar en cuanto al consumo de alcohol sin tener en cuenta la cantidad. Sin embargo, los chicos realizan ingestas de mayor contenido alcohólico, lo que se traduce en una mayor prevalencia de borracheras o de bebedores de riesgo
- Las bebidas predominantes son las de alta graduación, consumidas preferentemente en lugares públicos, con amigos y durante los fines de semana (viernes, sábado y domingo). Los lugares habituales de consumo son los bares, discotecas y la calle. Así, el alcohol adquiere un papel fundamental como articulador del ocio y las relaciones sociales de los jóvenes.
- Se constata una intensa asociación entre los consumos de alcohol, tabaco y cánnabis, de modo que el uso de cualquiera de estas sustancias implica una alta probabilidad de consumo de las restantes.
- Durante el período 1994-2002, los indicadores de frecuencia de consumo en los últimos 12 meses y 30 días disminuyeron de forma consistente en todos los grupos de edad, mientras que la prevalencia de bebedores de riesgo permaneció relativamente estable. Sin embargo, en la última encuesta del 2004 se aprecia un ligero o moderado incremento respecto a los datos del 2002, aunque es prematuro interpretarlo como un cambio de tendencia, que en todo caso deberá confirmarse con la encuesta del 2006.

Tabla 4. Prevalencia de consumo de alcohol en población de 14 a 18 años, según sexo. España 1994-2004

	1994		1996		1998		2000		2002		2004	
	Hombre %	Mujer %	Hombre %	Mujer %	Hombre %	Mujer %	Hombre %	Mujer %	Hombre %	Mujer %	Hombre %	Mujer %
Número de encuestados	10415	10374	8867	9668	8224	9341	10147	9777	12964	13964	12864	13076
Prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida	84,3	84,0	84,3	84,1	85,5	86,4	78,2	77,9	75,9	77,2	81,5	82,5
Edad media al inicio del consumo de alcohol (años)	13,1	13,8	13,5	14,0	13,5	14,0	13,4	13,8	13,4	13,8	13,6	13,9
Prevalencia de consumo de alcohol últimos 12 meses	82,8	82,7	82,3	82,5	83,0	84,5	77,3	77,3	74,9	76,3	80,6	81,5
Prevalencia de consumo de alcohol últimos 30 días	75,3	74,9	66,8	66,7	67,5	68,5	60,4	59,9	56,7	55,4	65,5	65,7
Prevalencia de consumo de alcohol en fin de semana en últimos 30 días	-	-	66,0	66,4	67,0	68,1	60,1	59,8	56,3	55,2	65,1	65,5
Prevalencia consumo alcohol en días laborables últimos 30 días	-	-	26,8	14,9	26,0	16,1	30,0	16,8	20,8	10,6	26,5	14,1
Prevalencia de consumo de alcohol más de 8 días en los últimos 30 días	-	-	52,8	45,2	55,5	49,1	51,0	41,6	44,9	36,8	51,8	42,8
Bebedores de riesgo (Hombres >=50 cc/día; Mujeres >=30 cc/día)	-	-	9,5	7,8	10,0	8,8	10,5	9,0	9,3	8,2	13,1	11,5

Fuente: DGPND. Encuesta Estatal sobre uso de drogas en enseñanza secundaria 1994-2004^{2a}.

Figura 8. Prevalencia del Consumo de Alcohol en población de 14 a 18 años. España, 1994-2004



Fuente: DGPND. Encuesta Estatal sobre uso de drogas en enseñanza secundaria

Tabla 5. Distribución del consumo de alcohol según tipo de bebida (proporción de consumidores sobre total muestra)

	Últimos 12 meses %	Últimos 30 días		
		Total %	Días laborables %	Fines de semana %
Vino/champán	54,7	28,4	6,4	27,2
Cerveza/sidra	50,3	34,7	13,5	33,4
Aperitivos	18,8	11,2	2,3	10,8
Combinados/cubatas	70,2	56,9	6,7	56,6
Licores de frutas solos	44,1	26,3	4,1	25,5
Licores fuertes solos	40,4	27,8	3,2	27,4

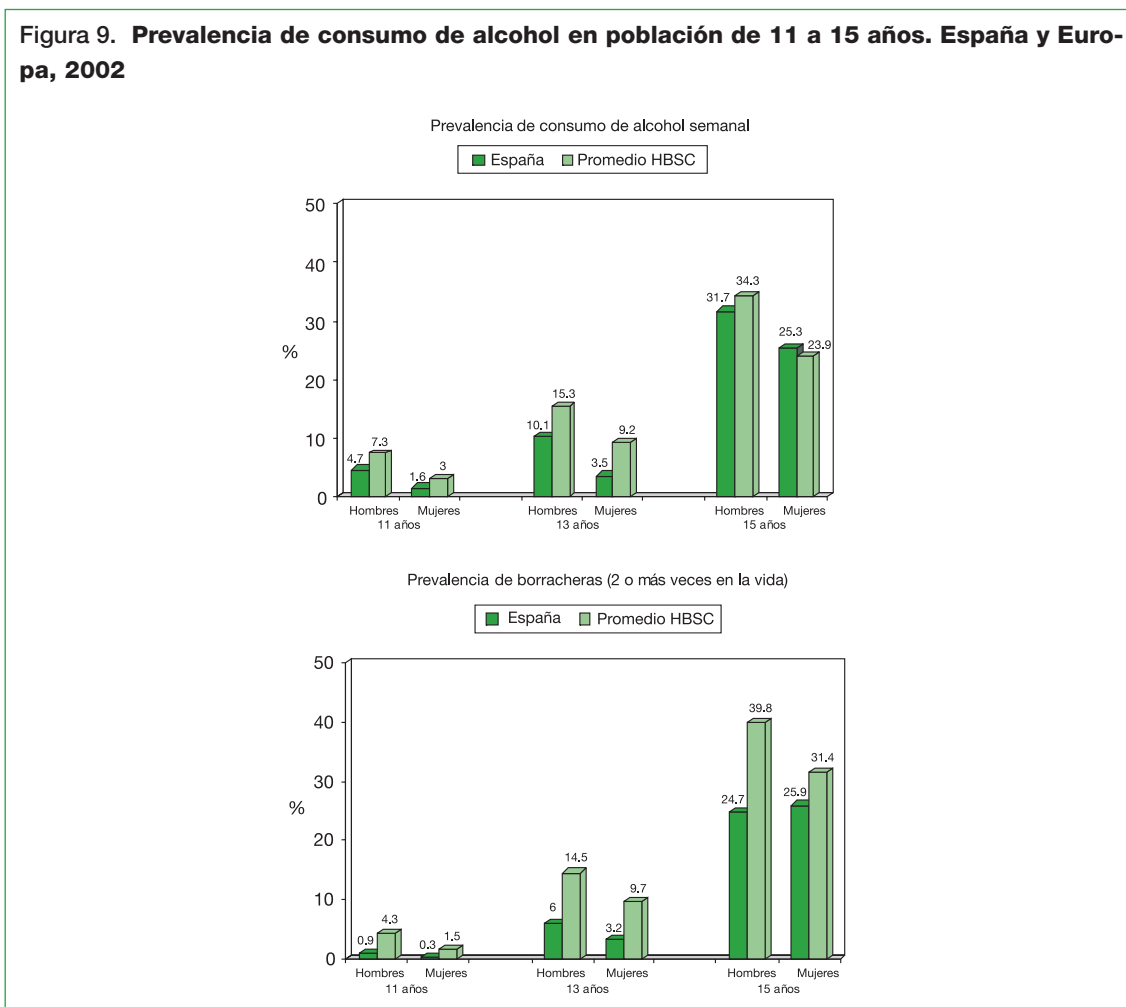
Fuente: DGPND. Encuesta Estatal sobre uso de drogas en enseñanza secundaria 2004²⁸.

1.2.5.3.3. Población escolar de 11-15 años

Además de la información facilitada por la Encuesta Estatal sobre el uso de drogas en enseñanza secundaria, el estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC)²⁹ también aporta información sobre consumo de alcohol entre los estudiantes españoles. Se trata de encuestas periódicas realizadas con una metodología similar en diversos países europeos, acerca de diversos factores relacionados con los estilos de vida de los escolares de 11 a 15 años (en España se ha extendido hasta los 18 años). Se han realizado encuestas desde 1985, siendo la última de ellas la de 2006, aunque todavía no se dispone de datos de esta última. En la encuesta de 2001-2002 participaron 32 países y en España se realizaron 13552 entrevistas.

El modelo de consumo de alcohol entre los jóvenes varía considerablemente entre países, lo que refleja diferentes culturas en materia de bebidas alcohólicas. En España, al igual que en los países vecinos Francia y Portugal, el inicio del consumo es más tardío y se produce un porcentaje muy inferior de episodios de embriaguez respecto al promedio europeo (Figura 9).

Figura 9. Prevalencia de consumo de alcohol en población de 11 a 15 años. España y Europa, 2002



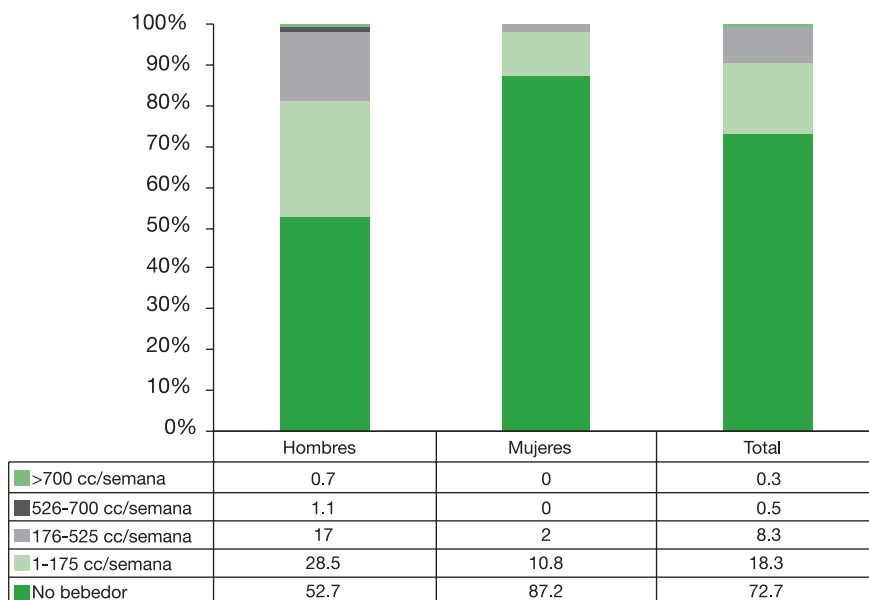
Fuente: HBSC (Health Behaviour in School Aged Children)

1.2.5.3.4. Población mayor de 64 años

Las personas mayores tienen más susceptibilidad a los daños que origina el alcohol. Por un lado, su tolerancia tiende a decrecer como consecuencia de una mayor concentración en sangre debido al menor volumen corporal de agua, especialmente a partir de los 70 años; en relación con esto, puede estar reducida también la tolerancia neurológica; por otra parte, las personas mayores toman frecuentemente medicación, la cual puede interactuar con el alcohol (ver apartado de interacciones con medicamentos de este documento); asimismo el riesgo de caídas se incrementa en las personas mayores, riesgo que aumenta considerablemente en caso de intoxicación.

No es frecuente disponer de información sobre el consumo de alcohol en estas edades, ya que muchos de los estudios dirigidos a población adulta tienden a excluir a los mayores de 65 años. En España, la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística en 1999³⁰, nos aporta información de los hábitos de consumo en mayores de 65 años. En la Figura 10 podemos observar las prevalencias para diferentes umbrales de consumo. Basado en el recuerdo de la ingesta de alcohol en la última semana, el 27,3% consumió alguna bebida alcohólica, un 18,3% en cantidades bajas (hasta 175 cc de alcohol puro/semana), un 8,3% entre 176 y 525 cc y un 0,8% por encima de estas cantidades. Globalmente el consumo es inferior respecto a edades más jóvenes pero las diferencias entre hombres y mujeres son mucho más elevadas.

Figura 10. Prevalencia de consumo de alcohol en población mayor de 64 años. España, 1999



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999

1.2.5.3.5. Mujeres en edad fértil

En España se dispone de escasa información sobre los hábitos de consumo de alcohol durante el embarazo. Quizás, la fuente de información más importante proviene del Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC). En este estudio, puesto en marcha en 1977 bajo el diseño de un estudio de casos y controles, puede considerarse que los controles (26277) representan una aproximación muestral poblacional de las gestantes españolas. Durante el periodo 1977-2001, el 16,6% reconocieron ingerir bebidas alcohólicas durante la gestación. Las principales conclusiones son el descenso global del consumo de alcohol durante el embarazo, aunque no se aprecian grandes cambios en el consumo de cantidades elevadas³¹.

De una reciente investigación realizada en Suecia y en España sobre mujeres embarazadas y hábitos de consumo de alcohol, en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo, se desprende la siguiente información:

- En términos generales, y aunque las muestras estudiadas no sean representativas de la población femenina a nivel nacional, sí nos muestran la existencia de diferencias en las prevalencias de consumo entre las mujeres en edad fértil de Estocolmo (con un 95,4% de consumidoras habituales) y de Madrid (71%).
- Diferencias que también se traducen en los consumos peligrosos o dañinos detectados durante el año anterior al embarazo, que se sitúan en un porcentaje del 17% de las mujeres encuestadas en Estocolmo, frente al 3,3% de las mujeres encuestadas en Madrid.
- Aunque en ambas investigaciones se detecta una reducción muy importante en el consumo de alcohol durante el embarazo, se mantiene un consumo regular de alcohol en un porcentaje significativo (30% de las embarazadas en Estocolmo y 24% en Madrid), lo que nos indica la necesidad de seguir interviniendo en esta área, sensibilizando y promoviendo el conocimiento de las mujeres del efecto perjudicial del alcohol antes de que estén embarazadas y fomentado la intervención del profesional sanitario en este ámbito.

Evidentemente, el proceso de cambio de hábitos de salud es largo y complejo. En un estudio realizado en mujeres embarazadas, en 1996, en el marco del Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, y realizado en el Área Sanitaria V de la Comunidad de Madrid, se observó un cambio de actitud positivo en el 29% de las consumidoras habituales, las cuales pasaron al grupo de abstinencia absoluta.

Como dato más significativo señalar que las principales variables que los autores encontraron asociadas al abandono del consumo de alcohol durante el embarazo, y que coinciden con otros estudios realizados en ámbito internacional, fueron: ser primíparas, probablemente por una mayor sensibilización a los posibles efectos del alcohol y otras sustancias sobre el feto; y principalmente, la cantidad de alcohol consumida con anterioridad al embarazo, hecho que puede reflejar ciertos niveles de «adicción» que dificultan los procesos de supresión de hábitos poco saludables.

1.2.5.4. Patrón de consumo «Binge Drinking»

Quizás uno de los cambios más importantes en la perspectiva actual del abordaje a los problemas relacionados con el alcohol, ha sido la incorporación del patrón de consumo asociado al concepto de intoxicación y las consecuencias agudas sociosanitarias que genera³².

El patrón de consumo de alcohol «binge drinking» se caracteriza por la ingesta de grandes cantidades de alcohol durante un breve periodo de tiempo (una sesión de bebida), en la que se produce algún grado de pérdida de control³³. Dado que su ingesta regular es habitualmente moderada, no es posible detectar a la mayoría de estos bebedores si consideramos únicamente el volumen promedio. Esto explica que este grupo de riesgo permaneciese «oculto» hasta la incorporación del patrón de consumo como un importante indicador en los estudios sobre alcohol, por lo que su investigación es bastante más reciente que la del consumo excesivo regular, aunque su impacto sociosanitario sea muy importante^{34,35}.

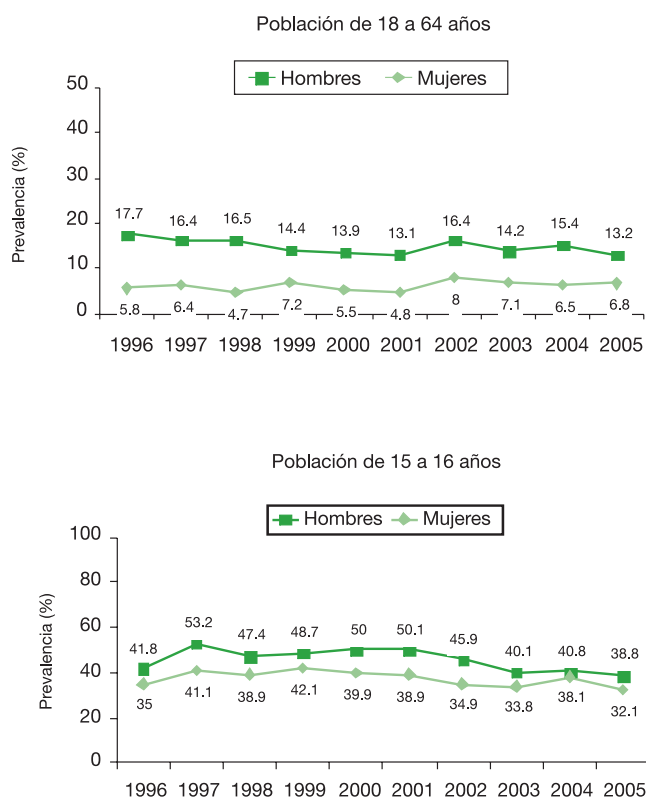
Las consecuencias de la ingesta masiva de alcohol se asocian principalmente a efectos negativos agudos, como lesiones accidentales, intoxicaciones etílicas, lesiones por violencia, conductas sexuales de riesgo, problemas laborales o alteraciones cardíacas agudas^{1,10,36,37}. Los efectos a largo plazo, mucho menos conocidos en este patrón de consumo, se relacionan con un incremento del riesgo de mortalidad general y cardiovascular en particular^{38,39}.

En España disponemos de escasa información de este patrón de consumo, no disponiendo de datos a nivel estatal. En la Comunidad de Madrid, el SIVFRENT (Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles) monitoriza con base poblacional este indicador desde 1996 tanto en adultos como en adolescentes. En la población adulta (muestra de 2000 personas/año de 18 a 64 años), se define como el consumo de 8 y 6 unidades de alcohol en hombres y mujeres, que teniendo en cuenta la referencia de la unidad estándar en España (10 g)⁴⁰ serían 80 y 60 g en una sesión de bebida; en jóvenes (muestra de 2000 escolares/año de 4º de ESO, 15-16 años) serían 60 g para ambos sexos.

En el 2005⁴¹, un 9,9% de la población adulta de 18 a 64 años realizó un consumo excesivo en una misma sesión de bebida en los últimos 30 días. La prevalencia fue casi 2 veces más frecuente en hombres que en mujeres, incrementándose hasta un 23,6% en el grupo de edad más joven. Sin embargo, el «binge drinking» no es exclusivo de la población juvenil ya que también afecta a un 6,8% de las personas de mediana edad. Este consumo ha disminuido en hombres un 16%, mientras que ha aumentado en mujeres un 9% (Figura 10).

En escolares de 15 a 16 años⁴² este tipo de consumo se eleva al 35,5%, siendo ligeramente más frecuente en los hombres que en las mujeres (38,8% frente al 32,1%). La tendencia describe desde 1997 un descenso moderado de la prevalencia de este indicador (Figura 11).

Figura 11. Prevalencia de «binge drinking» en población de 18 a 64 años y 15 a 16 años. Comunidad de Madrid 1996-2005



Fuente: SIVFRENT. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

1.2.6. Dependencia del alcohol

Realizar una aproximación a la magnitud de la dependencia del alcohol con base poblacional es una tarea tremendamente compleja. El test de CAGE, aunque inicialmente estaba diseñado para realizar cribado de dependencia alcohólica en la población clínica, también ha sido utilizado en población general a través de encuestas de salud⁴³. Su interpretación abarca no sólo la dependencia sino el consumo de riesgo, así como los trastornos por alcohol. La validez interna del test, midiendo dependencia, tiene una sensibilidad del 67% y una especificidad del 98%⁴⁴ en población general (sus características en el ámbito clínico serán descritas en otro apartado de este documento).

En la Tabla 6 se pueden observar los resultados de la utilización del CAGE poblacional y en atención primaria (con base clínica poblacional) para describir su prevalencia. La Encuesta de Salud del País Vasco del 2002⁴⁵, el SIVFRENT 2004 en la Comunidad de Madrid³⁹ y una encuesta de salud específica en Castilla y León en 2004⁴⁶, han incluido esta

medición utilizando un punto de corte de 2 o más preguntas positivas. La frecuencia más alta se obtuvo en la Comunidad de Madrid con un 10% del total de entrevistados con CAGE positivo, seguido de Castilla y León con un 8% y más alejado el País Vasco con un 3,9%.

En atención primaria, la Comunidad de Madrid⁴⁷ y el País Vasco⁴⁸ realizaron a mediados de los noventa una encuesta que incluía el test de CAGE en pacientes que realizaban demanda sanitaria en atención primaria a través de las Redes de Médicos Centinela. Las estimaciones, teniendo en cuenta las diferencias de edad entre las poblaciones encuestadas, no son muy diferentes: en el 10-15% de toda la población que demandó asistencia a este nivel asistencial, se detectó positivo el test de CAGE Tabla 6.

Tabla 6. Estimaciones del test de CAGE positivo* en encuestas de base poblacional y atención primaria

	Hombres %	Mujeres %	Total %
Encuestas poblacionales			
Castilla y León, 2004 ⁴⁴ N= 2163 (14-70 años)	9,5	6,3	8,0
Comunidad de Madrid, 2004 ³⁹ N= 2005 (18-64 años)	15,1	5,2	10,0
País Vasco, 2002 ⁴³ N= 8398 (>= 14 años)	6,7	1,3	3,9
Encuestas en atención primaria			
Comunidad de Madrid, 1995 ⁴⁵ N= 2448 (16-65 años)	22,5	3,7	10,8
País Vasco, 1994 ⁴⁶ N= 7189 (36-69 años)	25,0	5,2	14,7

*2 o más preguntas positivas

1.2.7. Costes económicos en España

Los escasos estudios sobre el coste de los problemas derivados del consumo de alcohol en nuestro ámbito geográfico, cifran su impacto económico en alrededor de 3.800 millones de euros/año, con datos correspondientes a 1996⁴⁹. Este valor está calculado a partir de los costes directos (1400 millones de euros) e indirectos por absentismo laboral y reducción de la eficiencia (2.400 millones de euros), pero no están incluidos los costes derivados de la atención de consultas externas hospitalarias, las indemnizaciones por muerte e invalidez a causa de accidentes, los costes del síndrome alcohólico fetal, el de los años potenciales de vida perdidos, así como los años potenciales de vida productiva perdidos. Por ello, el impacto económico real debería superar esta cifra ampliamente.

1.2.8. Mortalidad en España relacionada con el consumo de alcohol

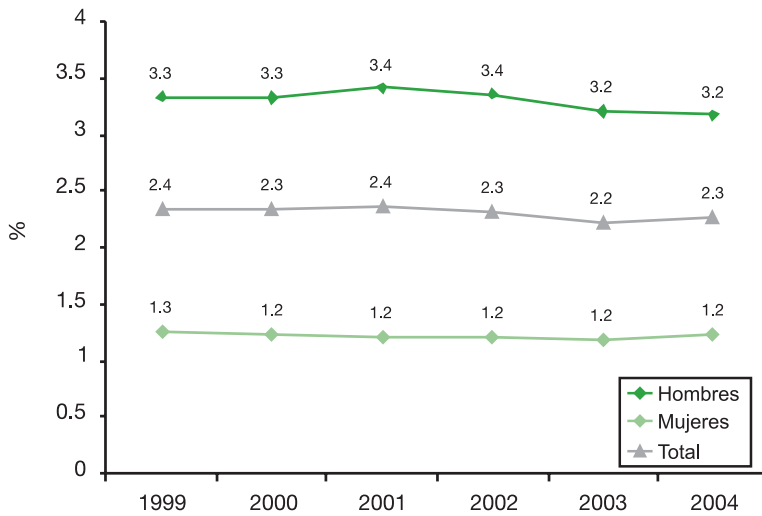
Cuantificar la mortalidad provocada por el consumo de alcohol es una tarea que presenta grandes dificultades. Existen diferencias muy notables en los métodos de estudio, la cuantificación de los riesgos no está tan consensuada como por ejemplo en el caso del tabaco y todavía existe controversia sobre la incorporación o no de la fracción protectora asociada a consumos bajos de alcohol.

Recientemente los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de los Estados Unidos han revisado la metodología para el cálculo de la mortalidad relacionada con el alcohol^{50,51} que estaba basada hasta el momento en estudios de series de casos. Para el cálculo de las defunciones atribuibles se ha utilizado la metodología del National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion mediante el software «Alcohol-related disease impact system» (ARDI)⁵², que utiliza las fracciones atribuibles para cada una de las patologías específicas relacionadas con el alcohol. Para las enfermedades que por definición se deben al alcohol la fracción atribuible es 1, para las defunciones por causas externas, cirrosis hepática inespecífica y varices esofágicas las fracciones atribuibles vienen dadas por estimaciones directas de series de casos, y para el resto de las patologías se calculan a través de los riesgos relativos. El metaanálisis de Corrao⁵³ proporciona los riesgos relativos del cáncer de próstata, isquemia cerebral y la hemorragia cerebral, y los estudios de cuantificación de la morbilidad y mortalidad causada por sustancias de abuso de English⁵⁴ los del resto de las enfermedades crónicas y cánceres.

Siguiendo la metodología propuesta por los CDC, en el año 2005 el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas de la Universidad de Valladolid⁵⁵, ha realizado un estudio de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en España, así como de la mortalidad prematura, para el período 1999-2004. El estudio se inicia en el año 1999 porque es en ese año cuando se produce en España un cambio en la codificación de la mortalidad, realizándose de acuerdo a la 10.^a revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Los resultados que se presentan a continuación corresponden a la estimación de las fracciones atribuibles teniendo en cuenta niveles de consumo medios y altos (1,9 o más unidades estándar de bebida/día para hombres y mujeres en las causas en las que se utiliza los riesgos relativos del metaanálisis de Corrao; 3,1 y 1,6 o más unidades estándar/día en hombres y mujeres respectivamente, para los riesgos relativos adaptados de English).

Tal y como se presenta en la Tabla 7, el número de muertes relacionadas con el consumo de alcohol en el 2004 fue de 8391, lo que supone un 2,3% del total de muertes acaecidas en ese año y una tasa de 19,4 fallecidos por cien mil habitantes. El número de defunciones es mayor en la población masculina, con una razón hombre/mujer de 3 a 1. Esta proporción atribuible es inferior a las estimadas en otros estudios realizados en España previamente^{56,57,58,59}, debido a la incorporación de la nueva metodología de análisis y al descenso gradual de las muertes atribuibles (Figura 12).

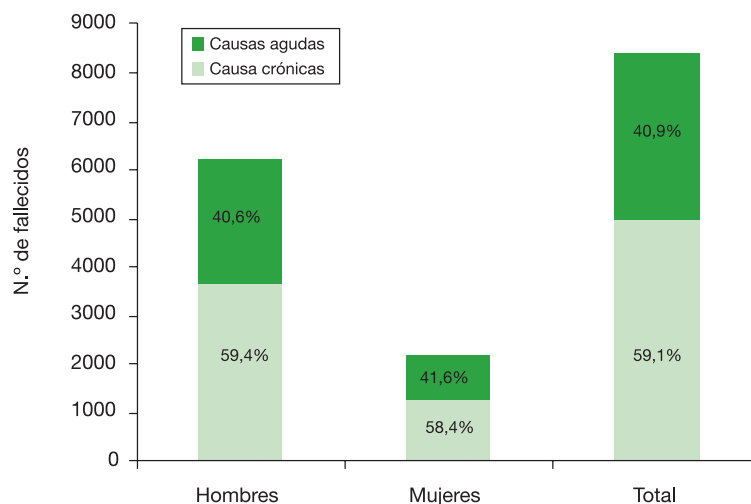
Figura 12. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol, según sexo. España, 1999-2004



Fuente: Ochoa et al, 2006

Cuando se analiza la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol diferenciando entre causas agudas y crónicas, puede observarse que tienen mayor peso las causas crónicas que las agudas: Las causas crónicas representan aproximadamente el 60% y las causas agudas el 40%. En ambos casos la relación hombre/mujer es aproximadamente de 3 a 1 (Figura 13).

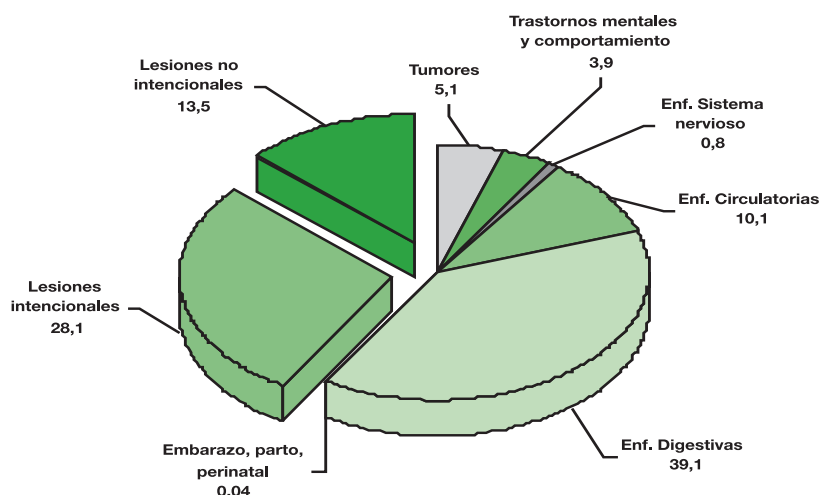
Figura 13. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol por causas agudas y crónicas, según sexo. España, 2004



Fuente: Ochoa et al, 2006

En la Figura 14 se presenta el peso de los diferentes grupos de enfermedades en el conjunto de la mortalidad relacionada con el alcohol. Como puede observarse, las enfermedades digestivas es el grupo que contribuye con el mayor número de fallecimientos. La segunda y tercera causa corresponden a los accidentes intencionales y no intencionales.

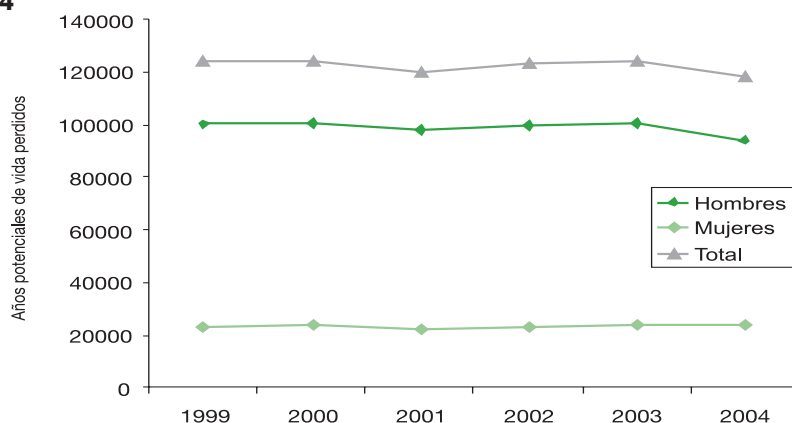
Figura 14. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol por grupos de causas. España, 2004



Fuente: Ochoa et al, 2006

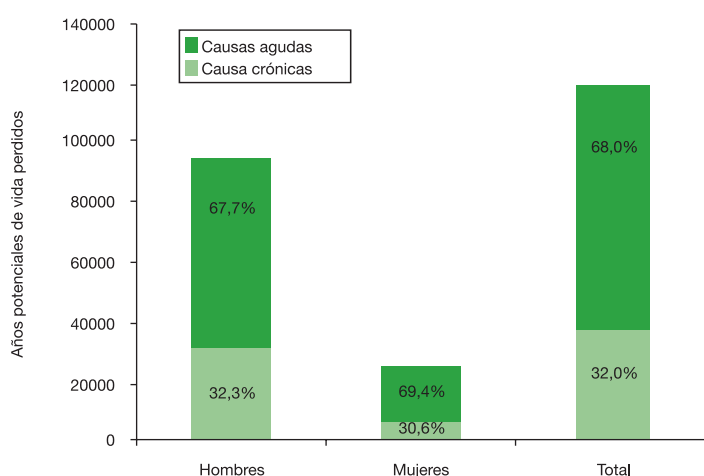
El análisis de la mortalidad prematura -años de vida potencialmente perdidos hasta los 70 años-, muestra que la media de años de vida potencialmente perdidos en el 2004 fue de 22,6, con una tendencia ligeramente descendente desde 1999 (Figura 15). A diferencia de la mortalidad general, el impacto de las causas agudas sobre este indicador es sensiblemente mayor, contribuyendo con el 68% de toda la mortalidad prematura (Figura 16).

Figura 15. Mortalidad prematura atribuible al consumo de alcohol, según sexo. España, 1999-2004



Fuente: Ochoa et al, 2006

Figura 16. Mortalidad prematura atribuible al consumo de alcohol por causas agudas y crónicas, según sexo. España, 2004



Fuente: Ochoa et al, 2006.

Tabla 7. Causas de mortalidad relacionadas con el alcohol. Fracciones atribuibles y mortalidad debida al alcohol, según sexo. España, 2004

	Hombres		Mujeres		Total
	Fracción Atribuible	Mortalidad Alcohol	Fracción Atribuible	Mortalidad Alcohol	Mortalidad Alcohol
CONDICIONES CRÓNICAS					
TUMORES					
TUMOR MALIGNO LABIO, CAVIDAD BUCAL, FARINGE	0,046	67	0,012	5	72
TUMOR MALIGNO ESÓFAGO	0,028	44	0,009	3	47
TUMOR MALIGNO HÍGADO, VÍAS BILIARES INTRAHEP	0,048	139	0,021	36	175
TUMOR MALIGNO LARINGE	0,052	84	0,022	2	86
TUMOR MALIGNO MAMA		0	0,005	34	34
TUMOR MALIGNO PRÓSTATA	0,003	17		0	17
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS					
SÍNDROME SEUDO-CUSHING INDUCIDO POR ALCOHOL	1	0	1	0	0
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO					
PSICOSIS ALCOHÓLICA	1	55	1	10	65
SÍNDROME DEPENDENCIA ALCOHOL	1	212	1	32	244
ABUSO ALCOHOL	1	22	1	1	23

	Hombres		Mujeres		Total
	Fracción Atribuible	Mortalidad Alcohol	Fracción Atribuible	Mortalidad Alcohol	Mortalidad Alcohol
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO					
POLI NEUROPATÍA ALCOHÓLICA	1	3	1	0	3
DEGENERACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO POR ALCOHOL	1	13	1	0	13
MIOPATÍA ALCOHÓLICA	1		1		
EPILEPSIA	0,15	27	0,15	22	49
ENFERMEDAD DEL SISTEMA CIRCULATORIO					
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	0,024	49	0,011	56	105
ENFERMEDAD ISQUÉMICA CORAZÓN	0,002	39	0,001	9	48
CARDIOMIOPATÍA ALCOHÓLICA	1	25	1	1	26
TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR, ARRITMIAS	0,019	20	0,009	23	43
ISQUEMIA CEREBRAL.	0,058	224	0,007	42	266
HEMORRAGIA CEREBRAL.	0,083	293	0,006	38	331
VARICES ESOFÁGICAS	0,4	21	0,4	8	29
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO					
HEMORRAGIA GASTROESOFÁGICA	0,47	1	0,47	2	3
GASTRITIS ALCOHÓLICA	1		1		
HÍGADO GRASO	1	2	1	0	2
HEPATITIS ALCOHÓLICA	1	46	1	18	64
FIBROSIS ALCOHÓLICA	1	1	1	0	1
CIRROSIS ALCOHÓLICA	1	633	1	153	786
INSUFICIENCIA HEPÁTICA ALCOHÓLICA	1	40	1	10	50
DAÑO HEPÁTICO NO ESPECIFICADO	1	223	1	32	255
OTRAS CIRROSIS	0,4	1204	0,4	597	1801
PANCREATITIS AGUDA	0,24	137	0,24	130	267
PANCREATITIS CRÓNICA ALCOHÓLICA	1	9	1	0	9
HIPERTENSIÓN PORTAL	0,4	5	0,4	3	8
COLELITIASIS	-0,010	-2	-0,004	-1	-3
HEPATITIS CRÓNICA	0,014	0	0,004	0	0
PANCREATITIS CRÓNICA	0,84	25	0,84	14	39
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO					
PSORIASIS	0,006	0	0,001	0	0
EMBARAZO, PARTO, PERINATAL					
SÍNDROME FETAL POR ALCOHOL	1	0	1	0	0
FETO Y R.N. AFECTADOS ALCOH.MADRE	1	0	1	0	0
ABORTO ESPONTÁNEO		0	0,04	0	0
RETRASO CREC FETAL	0,032	2	0,015	1	3
SUBTOTAL CONDICIONES CRÓNICAS		3680		1281	4961
CONDICIONES AGUDAS					
HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO					
HALLAZGO DE ALCOHOL EN SANGRE	1	0	1	0	0

	Hombres		Mujeres		Total
	Fracción Atribuible	Mortalidad Alcohol	Fracción Atribuible	Mortalidad Alcohol	Mortalidad Alcohol
LESIONES NO INTENCIONALES					
ACCIDENTES VEHÍCULOS MOTOR NO TRÁFICO (no tránsito)	0,18	22	0,18	3	25
ACCIDENTES VEHÍCULOS MOTOR TRÁFICO(tránsito)	*	927	*	244	1171
OTROS ACCIDENTES VEHÍCULOS SIN MOTOR	0,18	30	0,18	7	37
ACCIDENTES TRANSPORTE POR AGUA	0,18	7	0,18	0	7
ACCIDENTES TRANSPORTE AÉREO Y ESPACIAL	0,18	6	0,18	1	7
ENVENENAMIENTO POR ALCOHOL	1	32	1	12	44
CAÍDAS ACCIDENTALES	0,32	304	0,32	222	526
EXPOSICIÓN A HUMO FUEGO Y LLAMAS	0,42	52	0,42	35	87
ASPIRACIÓN	0,18	17	0,18	14	31
ARMAS	0,18	5	0,18	0	5
HIPOTERMIA	0,42	15	0,42	3	18
TRAUMATISMOS	0,18	12	0,18	1	13
ENVENAMIENTO NO ALCOHOL	0,29	155	0,29	45	200
AHOGAMIENTO Y SUMERSIÓN	0,34	150	0,34	30	180
LESIONES INTENCIONALES					
SUICIDIOS	0,23	606	0,23	196	802
SUICIDIO ENVENENA. POR ALCOHOL	1	5	1	3	8
MALTRATO NIÑOS	0,16	1	0,16	1	2
HOMICIDIOS	0,47	172	0,47	95	267
SUBTOTAL CONDICIONES AGUDAS		2518		912	3430
TOTAL		6198		2193	8391

* Las fracciones atribuibles varían por rango de edad

Fuente: Ochoa et al, 2006⁵³

Puntos clave

- El consumo de alcohol se asocia negativamente con más de 60 enfermedades tanto de tipo físico como mental, así como con numerosos problemas sociales, que afectan a personas ajenas al propio bebedor y tienen en la violencia una clara repercusión.. Muchos de estos efectos se producen incluso a dosis muy bajas, por lo que en la actualidad no hay una dosis de consumo que sea segura o que produzca un efecto beneficioso neto sobre la salud a nivel poblacional.
- La información disponible a nivel estatal sobre el consumo de alcohol y los problemas derivados, es insuficiente. Faltan datos sobre el patrón de consumo, dependencia y conductas de riesgo, así como sus consecuencias principalmente de tipo agudo.
- España se sitúa a la cabeza de consumo de alcohol en Europa. Después de alcanzar un máximo durante la segunda mitad de los años setenta, descendió posteriormente para estabilizarse en los últimos años. En la población adolescente puede haber un cambio de tendencia muy reciente con un incremento del consumo, que habrá que confirmar en un futuro.

Recomendaciones

1. Sería conveniente la realización de una encuesta nacional sobre alcohol, que estimara con base poblacional los principales indicadores relacionados con el consumo sostenido, patrón de consumo, dependencia, conductas de riesgo y problemas asociados; así como un estudio que evalúe de forma actual el impacto económico que genera.
2. Complementariamente sería recomendable realizar un mayor esfuerzo por homogeneizar la medición de los indicadores e integrar la información disponible, aprovechando mejor las bases de datos existentes.
3. Consideramos conveniente también la estimación de la dependencia de consumo de alcohol en población clínica con base poblacional. Para ello, se podría utilizar la estructura de las Redes de Médicos Centinela de las Comunidades Autónomas.
4. La Organización Mundial de la Salud lanzó el mensaje «*ALCOHOL: CUANTO MENOS MEJOR*». Con este mensaje se pretende transmitir la idea de que no existe un límite estricto en relación al nivel de consumo de alcohol a partir del cual éste empieza a ser perjudicial para la salud, pero que en cualquier circunstancia cuanta menos cantidad de alcohol se consuma mejor. En nuestra opinión este es el mensaje que los profesionales sanitarios debemos transmitir tanto a la población general como a nuestros pacientes.

2. Capítulo II

2.1. Definición y Terminología

(Autores: Alicia Rodríguez-Martos y Beatriz Rosón)

2.1.1. Definiciones y conceptos

Existe una amplia variedad de términos para describir el consumo de alcohol y sus consecuencias. Algunos de éstos no tienen una definición claramente establecida, aunque su uso se haya ido implantando por rutina. En este borrador se revisan de forma crítica y resumida los términos aceptados por la OMS^{60,61} y su adaptación a la práctica clínica. Asimismo, señalaremos aquellos términos que conviene abandonar por ser confusos e incluso peyorativos. La clasificación diagnóstica y la descripción de los patrones es importante tanto para determinar la gravedad del riesgo o trastorno y su pronóstico, como para definir el tratamiento apropiado⁶².

Alcohol: en este contexto, se refiere al etanol (C₂H₅OH) y por extensión a todas las bebidas que lo contienen⁶⁰. En España, se considera bebida alcohólica toda aquella que tiene 1,2 grados de alcohol o más. Esta es la definición que se usa con fines impositivos. De ahí que sea legal denominar como bebidas «sin» a las que tienen un contenido inferior. Por supuesto, los pacientes alcohólicos no deben beberlas porque a ellos cualquier cantidad de etanol puede provocarles una recaída.

La **Unidad de Bebida Estándar (UBE)** ha sido evitada en los estudios epidemiológicos internacionales, dada la variabilidad en gramos de alcohol en diferentes países (En EEUU y Canadá se acerca a los 14 g, en Europa y Australia está en torno a los 10 g y en el Reino Unido se le asigna un valor de 8 g). La cuantificación en forma de UBEs se muestra sin embargo muy útil en la práctica clínica, permitiendo una cuantificación rápida y fácil del consumo y su conversión en gramos de alcohol puro.

- El valor de la UBE en España⁶³ se establece en 10 g de alcohol y equivale a una:
- 1 copa de de vino o cava (100ml)
- 1 cerveza (250 ml),
- ½ copa de licor (25 ml).
- La cuantificación del consumo en UBEs facilita el trabajo asistencial y sería actualmente el método de referencia.

Niveles y categorías de consumo

El informe El Alcohol en Europa⁶⁴, como la literatura científica en general, suelen referirse a niveles de consumo en gramos de alcohol (no en ml, dado que el peso específico del etanol es 0,8, que es el contenido en peso que hay en un volumen de 1 ml).

Sin embargo, últimamente la OMS prefiere clasificar los consumos por categorías⁶⁵, especialmente para estudios epidemiológicos, ordenadas según el nivel de consumo al día, diferenciada según el sexo y considerando los abstemios como una categoría aparte.

CATEGORÍA	DEFINICIÓN (g alcohol /día)	
	HOMBRE	MUJER
ABSTEMIO	0	0
NIVEL I	>0-40 g	>0-20 g
NIVEL II	>40-60 g	>20-40
NIVEL III	>60 g	>40 g

Clasificación, tomada de Anderson & Baumberg (5).

Abstemio

En un sentido puro, abstemio es quien nunca ha consumido ni consume alcohol. A efectos epidemiológicos, se consideran abstemias actuales aquellas personas que no han consumido alcohol en los últimos 12 meses. Esto puede no coincidir con la auto-descripción como abstemio⁶¹. Así, en nuestro medio, alguien que beba esporádicamente en acontecimientos sociales puede definirse a sí mismo como abstemio cuando, en realidad, es un bebedor esporádico.

Desde el punto de vista clínico, el paciente dependiente del alcohol que no bebe debería catalogarse como abstemio o con una dependencia «en remisión».

Consumo de riesgo

Es una pauta de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias nocivas para el bebedor y para terceros. Este concepto, que suele referirse a consecuencias para la salud, aunque algunos incluirían consecuencias sociales, no está recogido en ningún manual de clasificación de enfermedades (CIE o DSM) porque no se refiere a ninguna dolencia existente. Sin embargo, tiene relevancia desde el punto de vista de la salud pública y es empleado por la OMS⁶⁰.

El riesgo 0 no existe, sino que progresa en función del nivel de consumo y todavía no se ha llegado a consensuar un dintel de validez y aceptación universal (las diferencias son menores y especialmente consistentes en considerar que los dinteles cuantitativos propuestos como «igual o más de» o «más de»). Sin embargo, suele cuantificarse como consumo de riesgo^{65,66,67,68,69} la ingestión media habitual de:

- > 20-24 g /d, en la mujer (>170 g/ semana), y de
- > 40 g /d, en el hombre (>280 g/ semana)

Es importante registrar el consumo por días y por semanas, dado que, en el caso de un bebedor intermitente, un total semanal bajo puede coexistir con una cantidad de riesgo, en los días u ocasiones en que consume.

Teniendo en cuenta estos 3 parámetros, en Europa, se considera consumo de riesgo la ingestión de:

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

La guía clínica norteamericana⁷⁰ considera consumo de riesgo 5 (70 g) o más consumiciones /día o 15 (210 g) o más a la semana, en el caso de los varones, y de 3 (42 g) o más al día o bien 8 (112 g) o más por semana, en las mujeres.

Por lo que respecta al consumo concentrado, aunque cualquier frecuencia se estima de riesgo⁷¹, éste se incrementa cuanto más regulares son estos picos de consumo.

Debemos destacar que estos límites no se aplican a niños, adolescentes, mujeres embarazadas, personas que toman medicación que interacciona con el alcohol, personas que desarrollan actividades que requieran concentración, habilidad o coordinación (ej., conducción) o con comorbilidades que puedan verse afectadas por el consumo de alcohol (diabetes, hepatitis C, etc.). Para todos estos grupos la recomendación es la abstinencia⁷². Ver más adelante.

Dado que el daño producido es en general directamente proporcional al nivel de consumo, podría establecerse una gradación de riesgos paralela a las categorías de consumo antes citadas, donde los niveles I, II, y III de consumo se corresponderían respectivamente con niveles de riesgo bajo, medio y alto. Cuando se habla simplemente de consumidor de riesgo, sin más etiquetas, nos estamos refiriendo al nivel II de consumo y de riesgo medio (> 20-24 g /d en la mujer y > 40 g /d, en el hombre), el que además definiría el criterio o umbral para una intervención^{73,74}.

Dependencia del alcohol

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, de conducta y cognitivas que se desarrollan tras el consumo repetido de la sustancia y que típicamente incluyen un fuerte deseo de consumir, dificultad en controlar el uso (se consume más o durante más tiempo del deseado o existen intentos infructuosos de abandonar la sustancia), persistencia en el consumo a pesar de consecuencias negativas, reducción o abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas para consumir o como consecuencia del consumo, aumento de la tolerancia, aparición de síntomas de abstinencia o consumo para evitar los síntomas.

Trastorno por alcohol

El término engloba la intoxicación aguda, el consumo perjudicial, la dependencia, el síndrome de abstinencia, el síndrome de abstinencia con delirium, el trastorno psicótico y el síndrome amnésico⁶⁰.

Intoxicación

Se puede definir como un estado de alteración funcional psicológica y psicomotora, de duración más o menos breve, secundario a la presencia de alcohol en el organismo⁶⁰. Intoxicación no es sinónimo de *binge drinking*, aunque este último suele implicar un cierto nivel de intoxicación.

Binge drinking

Se trata de un patrón de consumo para el cual no existe aún ni un término ni una definición única y consensuada, pero que se ha relacionado con daño secundario en diferentes estudios epidemiológicos. Uno de los objetivos de esta conferencia será consensuar una definición para esta forma de consumo. De ahí que se aporte la información disponible, a partir de la cual se proponen una denominación y una definición del concepto como base para su ulterior discusión.

En la literatura anglosajona, donde esta pauta es habitual, se habla sobre todo de *binge drinking*, que significa atracón de bebida, aunque también se usa el término *episodic heavy drinking* o consumo excesivo episódico; aunque «heavy» se traduciría por abundante, indicando un gran consumo, la traducción coloquial sería «excesivo» o «abusivo», siendo cualquiera de los adjetivos citados ambiguos por naturaleza y no recomendables.

Podríamos proponer una nomenclatura española, que tuviera en cuenta los aspectos más destacados de las definiciones propuestas, que se comentan a continuación.

Entre las alternativas, estarían: atracón, consumo excesivo episódico, consumo agudo episódico, consumo agudo concentrado o *episodios de consumo intensivo*. A nuestro juicio, la propuesta más adecuada sería la última, al ser la que mejor reflejaría el concepto habitualmente aceptado de consumo intensivo en poco espacio de tiempo y su carácter episódico, como opuesto al regular.

La definición cuantitativa del binge es la consumición de un determinado número de consumiciones (5 o más en el ámbito norteamericano; 6 o más en Europa), en función del valor en gramos de la consumición. Sea cual fuere el valor de ésta, el *binge* se definiría como la ingestión de al menos 60 g de alcohol (6 UBEs, en España) en una ocasión de consumo⁷⁵. Los británicos se refieren a una cantidad doble del límite diario recomendado por el Departamento de Salud (3-4 unidades al día para el hombre y 2-3, para las mujeres = 64 g, en el hombre y 48, en la mujer)⁷⁶.

En cuanto a la definición de «ocasión de consumo», tampoco existe unanimidad. Suele referirse a pocas horas (en general un par), pero puede incluir hasta un día completo⁷⁷. Cuando se consume de forma sostenida, podría hablarse de una sucesión de *binges* o *binges* encadenados.

Lo más importante sería la concentración del consumo en un corto período de tiempo que lleva al sujeto a un grado variable de intoxicación. El NIAA⁷⁸ considera que un *binge* es un consumo de alcohol que deriva en una alcoholemia de 0,8 g/l o superior y estima inadecuados criterios meramente cuantitativos que ignoren esta concentración del consumo, aunque se estima que éste se obtiene con una ingestión de 4/5 o más consumiciones, según se trate de la mujer o el hombre, en dos horas⁷⁹. El Eurobarómetro define los *binges* como beber hasta la intoxicación, que estiman debe tener lugar con 2,8 l de cerveza, 1 botella de vino (72 g) o 5 tragos de licor en una sola ocasión de consumo⁶⁴.

Teniendo en cuenta que la alcoholemia alcanzada depende de los gramos ingeridos, el género, los kilos de peso y de estar o no en ayunas, para alcanzar una alcoholemia de 0,8 g/l se necesitaría ingerir entre 40 y 60 g, en el caso de un varón de 70 kilos. Dado que el coeficiente de etiloxidación es de 0,10-0,15 g/l/h, se necesitan entre una y dos horas para eliminar una UBE; por tanto, el consumo unos de 5 g por hora no sería acumulativo, pero sí un consumo superior: por ej., consumir 2 UBEs (1 'cubata'), genera una alcoholemia de 0,41 g/l; al cabo de 1 hora, habrá descendido a 0,30 aproximadamente. Una nueva ingesta de 2 UBEs representará alcanzar los 0,71 g/l. Si el individuo bebe 2 UBEs más al cabo de otra hora, alcanzará una alcoholemia de 1,1; para mantener una alcoholemia alcanzada de 0,8, habría que ir reiterando las consumiciones a razón de 1 UBE por hora. Una alcoholemia de 0,8 se correspondería con una intoxicación clínica ligera (excitación o euforia, pequeños trastornos motores).

La persona alcoholizada que pasa el día embriagada no sería un *binge drinker*; en cambio, sí lo sería quien incurre en episodios de gran consumo concentrado en pocas horas, ya se trate de personas que no beban entre los episodios o de bebedores habituales de menor o mayor cantidad de alcohol, que incurren periódicamente en episodios de ingesta abundante y concentrada. El carácter episódico de tales consumos no debe confundirse con el patrón de bebedor compulsivo episódico o dipsómano (épsilon, en la tipología de Jellinek,⁸⁰ con frecuencia acompañado de comorbilidad psiquiátrica).

Otro aspecto a tener en cuenta es la frecuencia de estos episodios, habiéndose propuesto los dinteles de 100 g en una sola ocasión de consumo 2 o más veces al mes, para el varón, y 65 g o más en una sola ocasión, dos o más veces al mes, para la mujer⁶⁶. Aunque el riesgo se incrementa cuanto más frecuentes son, Babor et al estiman que una frecuencia de una o más veces al año («menos de una vez al mes», equivalente a una puntuación de 1 en el ítem 3 del AUDIT) ya debe ser considerada como un riesgo, subsidiario de consejo⁷¹.

Para el Reino Unido, *binge drinking* es ingerir 8 (64 g) o más unidades, en el caso del hombre y seis (48 g) o más, en el caso de la mujer, al menos una vez por semana⁸¹, apuntando su Departamento de Salud que cualquier episodio de consumo intensivo, debe seguirse de 48 horas de abstinencia.

Basándonos en los datos anteriormente expuestos y dado que no existe en la actualidad evidencia científica que apoye el uso de una u otra definición, proponemos la siguiente denominación y definición de *binge drinking* para discutir en el grupo de expertos.

Término propuesto: *episodios de consumo intensivo de alcohol.*

Concepto: barajamos los criterios de cantidad, duración y frecuencia.

Consumo de 60 o más gramos (6 UBEs), en varones, y de 40 o más gramos (4 UBEs), en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 h.), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8).

Consumo problemático

Se refiere en general a aquel consumo que deriva en problemas individuales o colectivos, de salud o sociales. En ocasiones se ha asimilado a un estadio precoz de la dependencia alcohólica, mientras que otros autores lo identifican con el consumo perjudicial excluyendo los casos de dependencia. Por esa ambigüedad de significados, no es recomendable usar este término ni el de «bebedor problema», que deberían sustituirse por conceptos admitidos en los manuales de clasificación internacional (CIE o DSM), en el caso de los trastornos por uso. La OMS⁶¹ recomienda referirse a los problemas derivados como «problemas relacionados con el alcohol».

Problemas relacionados con el alcohol

Son todos aquellos problemas que pueden relacionarse con el alcohol, sin que necesariamente exista causalidad. Puede referirse a un individuo o a una sociedad. A nivel individual, puede ser sinónimo de discapacidades relacionadas con el alcohol⁶¹.

Consumo perjudicial de alcohol

Patrón de consumo que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (p ej. cirrosis hepática) o mental (depresión asociada al consumo). De acuerdo con la definición del CIE-10⁶⁰; excluye daños sociales. También se ha asociado a un patrón de consumo regular elevado (más de 40 g/ en la mujer y más de 60 g/ en el hombre, Rehm et al., 2004), que coincide con el nivel II de las categorías de consumo.

Consumo controlado

Suele referirse al consumo que evita la intoxicación, y se usa sobre todo para referirse a una persona que ha tenido problemas con el alcohol e intenta mantener un uso controlado⁶¹.

2.1.2. Términos no recomendados

En el lenguaje coloquial y a menudo también en el terreno profesional, se emplean una serie de términos que deberían evitarse por imprecisos y confusos y carentes de una definición específica.

Alcoholismo

Es un término de larga tradición y con un matiz estigmatizante, en general equiparable al síndrome de dependencia alcohólica. Se recomienda utilizar el término dependencia.

Abuso

Término muy utilizado pero impreciso. En la clasificación DSMIV-TR⁸² queda como una categoría residual, mal definida y discutible, casi homologable a la dependencia «*patrón desadaptado de consumo indicado por un uso continuado a pesar de los problemas persistentes recurrentes sociales, ocupacionales, psicológicos o físicos, causados o exacerbados por el consumo de la sustancia*».

La OMS no recoge este término en la CIE-10⁶⁰, que desaconseja por ambiguo. En su lugar, prefiere usar consumo de riesgo o consumo perjudicial, según existan o no daños⁶¹.

Consumo excesivo de alcohol

Categoría que no aparece para otras drogas y que la OMS desaconseja. Este término, *heavy drinking* en inglés, suele referirse a una pauta de consumo que excede un estándar de consumo aceptado. Debería sustituirse por «consumo de riesgo»⁶¹.

Consumo moderado

Término inexacto que pretende oponerse al de consumo excesivo. Sería mejor hablar de consumo de riesgo bajo⁶¹.

Consumo prudente

Término sujeto a múltiples interpretaciones sociales y culturales y que no existe como concepto específico, aunque muchas guías de educación sobre alcohol lo emplean para referirse a aquel consumo que, de mantenerse así, no es probable que genere problemas. Podría homologarse a **consumo de riesgo bajo**. Este consumo suele referirse al consumo de no más de 2 consumiciones al día, intercalando al menos 2 días sin alcohol en la semana = unos 100 g por semana. Las personas que «se notan» los efectos del alcohol con 1-2 bebidas, deberían beber menos. La intoxicación debería evitarse en cualquier caso⁷¹. Teniendo en cuenta el balance entre el riesgo de enfermedades y lesiones atribuibles al alcohol y el riesgo vascular disminuido en ciertos casos, se estima que el nivel de consumo de menor riesgo estaría próximo a cero en las mujeres menores de 65 años y sería menor a 5 g /d en las mujeres de 65 años o más. En los hombres, el mínimo riesgo estaría en torno a los 5 g al día en la edad media de la vida e inferior a 10 g al día a los 65 o más años. En edades muy avanzadas, el menor riesgo se acercaría de nuevo a las cero consumiciones⁵.

Por géneros, la mujer no debería pasar de 1 o máximo 2 consumiciones en un día y el hombre de 2 o máximo 3.

Consumo social

Consumo en compañía, opuesto al consumo en solitario. A menudo se confunde con consumo prudente, moderado o responsable.

Consumo responsable

Este concepto no existe ni en la OMS ni en ningún glosario o léxico reconocido por instituciones sanitarias. Suele usarlo la industria para referirse al consumo moderado y sin consecuencias. Es absurdo hablar de consumo responsable de sustancias adictivas, poniendo dicha capacidad adictiva a prueba el ejercicio de la responsabilidad.

2.1.3. Límites de riesgo para poblaciones y circunstancias especiales

Jóvenes menores de 18 años

Dado que el sistema nervioso, en especial el cerebro, se sigue desarrollando hasta al menos los 18 años, no es aconsejable ningún tipo de consumo alcohólico antes de dicha edad, cuando puede haberse alcanzado la madurez orgánica y emocional.

Probablemente ese es el motivo por el que no suelen describirse niveles de riesgo específicos para jóvenes y de que no se encuentren directrices sobre el consumo de alcohol referidas a menores. Las encuestas a ellos referidas emplean los mismos parámetros descritos para los adultos o próximos a ellos.

Sin embargo, sí que existen revisiones sobre la distinta sensibilidad de los cuestionarios diagnósticos en esta franja de edad (con rendimiento habitualmente mejor del cuestionario AUDIT frente a otros), y acerca de los patrones de los criterios DSM-IV de abuso y dependencia⁸³. En los adolescentes, los problemas médicos y el síndrome de abstinencia están menos presentes; en cambio, parece ser que el inicio de la tolerancia durante la adolescencia es un fenómeno evolutivo normal. En ellos, aparecerían primero la tolerancia, el beber más de lo que se pretendía y el tiempo empleado en obtener, consumir o recuperarse de los efectos del alcohol.

Las pautas de consumo de los adolescentes suelen tener una menor duración e incorporan episodios de consumo elevado y concentrado.

En cualquier caso, el consumo por parte de menores es una realidad, favorecida hasta ahora por la tradición e incluso el marco legal. Ello no obsta para realizar un esfuerzo educativo directo e indirecto (a través de la familia, los educadores y los sanitarios) y de prevención de la oferta a través de un nuevo marco legal (18 años como edad legal para comprar y consumir), que prime la abstinencia e insista sobre todo en los riesgos del consumo concentrado, el más nocivo para los adolescentes, porque puede interrumpir procesos clave del desarrollo cerebral, que pueden comportar alteraciones cognitivas; describiéndose incluso lesiones cerebrales persistentes y alteraciones anatómicas en adolescentes que empezaron a consumir precozmente. Por otra parte, la exposición prematura al alcohol incrementa el riesgo de desarrollar dependencia, que se multiplicaría por cuatro en quienes comienzan a beber antes de los 15 años, frente a los que lo hicieron a los 20⁸⁴. La dependencia aparece antes en los bebedores precoces (en los 10 años subsiguientes y antes de los 25 años de edad), que tienen asimismo mayor probabilidad de presentar una dependencia recidivante⁸⁵.

Cabe señalar que incluso por encima de la edad legal de consumo, en la población joven (hasta los 35 años), el riesgo derivado del consumo progresa de forma lineal, sin ningún efecto protector. De ahí que en los adultos jóvenes la consigna que debe prevalecer, incluso en los bebedores, debe ser: *alcohol, cuanto menos, mejor*.

Personas mayores de 65 años

El menor contenido en agua de las personas mayores, junto con sus variaciones de peso y metabolismo, hacen recomendable un consumo menor de alcohol en esta etapa de la vida, habiéndose recomendado⁷⁸ por ese motivo reducir el consumo de los varones sanos, de 65 años o más, a 1 consumición al día y no sobrepasar las 3 consumiciones (42 g) al día ni las 7 (98 g) a la semana, el mismo límite que se recomienda para las mujeres en general. Asimismo, el punto de corte del AUDIT para el cribado de personas de la tercera edad debería ser inferior al de los adultos en general⁸⁶.

Personas con elevada tolerancia innata al alcohol

Entre los factores hereditarios para el desarrollo de la dependencia alcohólica, cuentan diferencias metabólicas y neuroquímicas que condicionan una tolerancia aumentada al etanol. De ahí que una persona con elevada tolerancia innata, especialmente si tiene antecedentes de dependencia alcohólica, debe ser advertida de su especial y aparentemente paradójica vulnerabilidad al alcohol, cuyo consumo conviene minimice.

2.1.4. Circunstancias en las que no se debería beber nada⁸⁶

- Embarazo y lactancia.
- Manejo de vehículos o maquinaria peligrosa.
- Pacientes con patología médica o medicación subsidiaria de abstinencia.
- Pacientes con antecedentes o presencia de una grave enfermedad mental.
- Pacientes con antecedentes de dependencia alcohólica u otra drogadicción.
- Personas que no pueden detener o controlar su ingestión de alcohol.

Puntos clave

- Una bebida estándar (1 vaso de vino ó un quinto de cerveza ó media copa de licor) contiene, en España, 10 gramos de alcohol puro. Esta medida estándar está, sin embargo, sujeta a variaciones de volumen y graduación, por lo que constituye más un instrumento para facilitar el cálculo que una medición rigurosa.
- El nivel 0 de riesgo no existe. A nivel poblacional, cuanto menos alcohol, mejor.
- Aunque no existe un umbral de riesgo unánimemente aceptado y se estima que el riesgo se incrementa paralelamente al consumo, se ha consensuado como nivel de riesgo que merece intervención el consumo de >20 g/día, en la mujer y de >40 g/día, en el hombre (>140 y >280 gramos por semana, respectivamente).
- Se ha consensuado una nueva categoría diagnóstica.

Recomendaciones

1. Es importante asumir una terminología común en la que se recojan conceptos formalmente aceptados por la OMS. Se propone al MSC traducir el glosario de definiciones de la OMS para su difusión posterior.
2. Tener siempre en cuenta poblaciones y circunstancias especiales, en que no son válidos las categorías de consumo según los niveles de riesgo citados para población adulta sana.
3. Recoger, como nueva categoría diagnóstica los **episodios de consumo intensivo**.

3. Capítulo III

3.1. Antecedentes y estado actual:

(Ámbito internacional, estatal, autonómico y otros)

(Autor: Vicenta Lizarbe)

3.1.1. Organización Mundial de la Salud (OMS)

En las últimas décadas la OMS ha ocupado una posición preferente para tomar la iniciativa y liderar el desarrollo de una política mundial sobre alcohol, consistente en una serie de estrategias que sirvan de guía a las medidas tanto internacionales como nacionales que se lleven a cabo para la reducción de los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Así, en 1975, la vigésimo octava Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución relacionada básicamente con los niveles de consumo de alcohol y sus implicaciones para la salud. Dicha resolución se basó parcialmente en un informe cuyo principal argumento fue que los cambios en el consumo global de bebidas alcohólicas repercuten sobre la salud de las personas en cualquier sociedad y que pueden emplearse medidas de control para limitar el consumo de alcohol; de ahí que el control de la disponibilidad de bebidas alcohólicas pase a ser una cuestión de salud pública⁸⁷.

A mediados de la década de 1980, el Comité Regional para Europa aceptó *38 metas de Salud para Todos para el Año 2000 para la Región Europea de la OMS*. Una de esas metas aconsejaba lograr una reducción significativa en el consumo de alcohol (Metas de salud para todos, 1985).

En 1992 la Oficina Regional para Europa fue la primera Oficina Regional de la OMS en llevar a cabo la iniciativa de lanzar un Plan de actuación de ámbito regional sobre el alcohol, aprobándose el primer PLAN EUROPEO DE ACTUACIÓN SOBRE ALCOHOL, (1992-1999) por el Comité Regional para Europa de la OMS. Este plan fue concebido como un conjunto positivo de directrices para los Estados Miembros, con el objetivo último de crear un movimiento europeo que respalde las actuaciones realizadas en los ámbitos local, nacional e internacional, y reduzca los riesgos para la salud y los problemas sociales que ocasiona el consumo de alcohol⁸⁸.

Para garantizar un rápido impacto del Plan, la Oficina Regional para Europa de la OMS, propone el desarrollo de políticas saludables que consideren o reconsideren los aspectos legislativos sobre política en materia de alcohol, la intervención comunitaria y el desarrollo de iniciativas en proyectos actualmente en marcha (ciudades saludables, escuelas promotoras de salud) y el refuerzo de la actividad en los sistemas sanitarios y de asistencia social, especialmente en la atención primaria de salud.

Destacar que en el transcurso de este primer PEAA han tenido lugar cinco encuentros de representantes nacionales (Viena, Berna, Roma, Madrid y Varsovia) y una Conferencia Europea Ministerial sobre Salud, Sociedad y Alcohol (París 1995)⁸⁹.

En 1995, la Conferencia Europea sobre Salud, Sociedad y Alcohol celebrada en París ratificó la Carta Europea sobre el Alcohol. La Carta dotaba a los países de principios éticos y objetivos para desarrollar políticas y programas globales sobre el alcohol y contó con el respaldo de todos los Estados Miembro de la Región Europea. Constituye sin duda un hecho histórico sin precedentes, en el que se marca un punto de inflexión en el desarrollo de políticas de salud relacionadas con el alcohol en el ámbito de la Región Europea.

La investigación y los ejemplos de éxito en diversos países demuestran que pueden lograrse considerables beneficios sanitarios y económicos en la Región Europea, si las diez estrategias siguientes para la acción sobre el alcohol se llevan a cabo:

1. Informar sobre las consecuencias del consumo de alcohol en la salud, la familia y la sociedad, y sobre que medidas son eficaces para prevenir o minimizar el daño, creando amplios programas educativos que comiencen desde la primera infancia.
2. Promover entornos públicos, privados y laborales protegidos de accidentes, violencias y otras consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol.
3. Establecer y hacer cumplir leyes que disuadan eficazmente de conducir bajo los efectos del alcohol.
4. Promover la salud controlando la disponibilidad, por ejemplo para la gente joven, e influyendo en el precio de las bebidas alcohólicas, por ejemplo mediante impuestos.
5. Aplicar controles estrictos, reconociendo las limitaciones y prohibiciones existentes en algunos países, sobre la publicidad directa e indirecta de bebidas alcohólicas y garantizar que no haya formas de publicidad específicamente dirigidas a los jóvenes, por ejemplo asociando el alcohol a acontecimientos deportivos.
6. Asegurar el acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación eficaces, que cuenten con personal adecuadamente formado, para las personas con un consumo de alcohol peligroso o dañino y para los miembros de sus familias.
7. Fomentar el conocimiento de las responsabilidades éticas y legales de las personas implicadas en la comercialización o el servicio de bebidas alcohólicas, asegurar el control estricto de la seguridad de los productos, y llevar a cabo medidas apropiadas contra su producción y venta ilícita.
8. Potenciar la capacidad de la sociedad para dar respuesta a los problemas relacionados con el alcohol mediante la formación de profesionales de diferentes sectores como la sanidad, el bienestar social, la educación y el judicial, además de fortalecer el desarrollo y liderazgo de la comunidad.
9. Apoyar a las organizaciones no gubernamentales y a los movimientos de autoayuda que promuevan estilos de vida saludables y en concreto los destinados a prevenir o reducir los daños asociados al alcohol.
10. Formular programas amplios sobre el alcohol en los Estados Miembros, teniendo en cuenta la Carta Europea sobre el Alcohol. Especificar objetivos claros e indicadores de resultados, controlar los progresos y asegurar una actualización periódica de los programas basada en la evaluación⁹⁰.

En la quincuagésimo octava Sesión del Comité Regional para Europa que tuvo lugar en 1998 se adoptó un marco renovado de política de salud para todos. En él se fijan 21 metas, la número 12 establece que antes de 2015, los efectos adversos del consumo de sustancias adictivas como el tabaco, el alcohol y las drogas psicoactivas deberían reducirse significativamente en todos los Estados Miembros.

En 1999 fue aprobado el Segundo Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol (2000-2005).

Los *objetivos globales* del PEAA consisten en:

- generar una mayor conciencia de la necesidad de proveer educación y de construir políticas de salud pública dirigidas a la prevención del daño ocasionado por el consumo de alcohol.
- reducir el riesgo de los problemas relacionados con el alcohol que se pueden producir en diferentes ambientes como el hogar, el lugar de trabajo, la comunidad y el entorno de la bebida.
- reducir tanto la extensión como la gravedad del daño relacionado con el alcohol, es decir, los casos de muerte, accidentes, violencia, maltrato a menores, y crisis familiares.
- ofrecer un tratamiento accesible y eficaz a las personas que realizan un consumo peligroso y nocivo de alcohol, así como a aquellas con una clara dependencia del alcohol.
- ofrecer una mayor protección frente a las presiones que llevan a los niños y a los jóvenes a beber, y que también soportan las personas que eligen no beber⁹¹.

En el contexto de este segundo Plan, tuvo lugar en Estocolmo (*febrero, 2001*) una segunda Conferencia Ministerial sobre «Alcohol y Jóvenes», en la que se aprobó la llamada *Declaración de Estocolmo*. En esta Declaración sobre Jóvenes y Alcohol se recogen diez objetivos para reducir tanto el consumo de alcohol de los jóvenes como los daños derivados del mismo, para lo cual se proponen medidas eficaces de política de alcohol en cuatro amplias áreas: proveer protección, promover la educación, reducir el daño y apoyar ambientes saludables.

Los diez *objetivos* contemplados para que sean alcanzados en el año 2006 son los siguientes:

1. Reducir sustancialmente el número de jóvenes que comienzan a consumir alcohol;
2. Retrasar la edad de inicio al consumo en los jóvenes;
3. Reducir sustancialmente el hecho y la frecuencia de consumos de alto riesgo entre los jóvenes, especialmente adolescentes y adultos jóvenes;
4. Desarrollar alternativas significativas al alcohol y al uso de drogas y acrecentar la formación para los que trabajan con los jóvenes;
5. Incrementar la participación de los jóvenes en las políticas relacionadas con su salud, especialmente las relacionadas con el alcohol;
6. Incrementar la educación de los jóvenes sobre alcohol;
7. Reducir las presiones a beber en la gente joven, especialmente en relación con las promociones de alcohol, patrocinio y disponibilidad;
8. Apoyar acciones contra la venta ilegal de alcohol;
9. Incrementar el acceso al consejo sanitario y a los servicios de salud, especialmente para los jóvenes con problemas de alcohol y/o padres o miembros familiares dependientes del alcohol;
10. Reducir sustancialmente los indicadores del daño atribuible al alcohol, especialmente accidentes, asaltos y violencias, y en particular los experimentados por los jóvenes

Para la consecución de estos objetivos, la Declaración de Estocolmo propone el fomento de un conjunto de medidas eficaces de políticas de alcohol en *cuatro amplias áreas*:

1. *Proveer Protección*: Intensificando las medidas dirigidas a proteger a niños y adolescentes de la promoción y sponsorización del alcohol. Asegurando que los fabricantes no destinen los productos de alcohol a niños y adolescentes. Controlando la disponibilidad del alcohol con medidas dirigidas a su accesibilidad, edad mínima y medidas económicas, incluyendo precios, que influyan en el consumo de alcohol por menores y proporcionando protección y apoyo a chicos y adolescentes cuyos padres y miembros de su familia son dependientes del alcohol o tienen problemas relacionados con el mismo.
2. *Promover la educación*: Incrementando la concienciación sobre los efectos del alcohol en particular entre la gente joven. Desarrollando programas de educación sanitaria que incluyan temas sobre el alcohol en marcos tales como la escuela, organizaciones juveniles y comunidades locales. Estos programas deberían permitir que los padres, profesores, grupos de iguales, y líderes juveniles ayuden a los jóvenes a un entrenamiento en habilidades de vida dirigido a resistir la presión social y la gestión del riesgo.
3. *Apoyar ambientes*: Creando oportunidades y fomentando y favoreciendo alternativas a la cultura de beber. Asimismo, debe fomentarse el papel de la familia en promover la salud y el bienestar de los jóvenes, y asegurar que las escuelas y otras instituciones educativas sean ambientes libres de alcohol.
4. Y finalmente, recomienda *promover medidas de reducción del daño*: Promoviendo programas de formación a los responsables de servir alcohol, promulgando normas que prohíban la venta de alcohol a menores y a personas intoxicadas. Y reforzando todas las actuaciones dirigidas a la prevención de los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol⁹².

Todo ello implicaría construir un compromiso político mediante el desarrollo de amplios planes nacionales y estrategias con jóvenes. Considerar a los jóvenes como un recurso y fomentar oportunidades para que los jóvenes participen en compartir las decisiones que afectan a sus vidas. Y evidentemente desarrollar una propuesta comprensiva, y coordinada sobre este tema, fortaleciendo la cooperación internacional entre los Estados Miembros.

En mayo de 2005, la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud adopta la Resolución WHA.58.26 sobre los Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol. En esta resolución se recuerda el *Informe sobre la salud en el mundo 2002* en cuanto a la carga de mortalidad, morbilidad, problemas sociales, muertes prematuras y pérdidas económicas que causa a la sociedad el uso nocivo de alcohol.

La Resolución pide a los Estados Miembros:

1. Que elaboren, apliquen y evalúen estrategias y programas eficaces para reducir las consecuencias sanitarias y sociales negativas del consumo nocivo de alcohol;
2. Que alienten la movilización y la participación activa y apropiada de todos los grupos sociales y económicos interesados, en particular las asociaciones científicas, profesionales, industriales, no gubernamentales, y benéficas, del sector privado y de la sociedad civil, en la reducción del consumo nocivo de alcohol⁹³.

Esta Resolución contempla que para desarrollar estos objetivos la OMS debe realizar diferentes actuaciones reforzando la información, movilizando apoyos necesarios a nivel mundial y regional, formulando recomendaciones sobre políticas e intervenciones eficaces para reducir los daños causados por el alcohol, promoviendo actividades destinadas a identificar y tratar los trastornos relacionados con el alcohol en el marco de la asistencia sanitaria, así como aumentar la capacidad de los profesionales sanitarios para hacer frente a los problemas asociados a los hábitos nocivos de consumo de alcohol que presenten sus pacientes.

Para todo ello es preciso la colaboración con los Estados Miembros, las organizaciones intergubernamentales, los profesionales sanitarios, las organizaciones no gubernamentales y otras partes interesadas pertinentes. Contempla la necesidad de organizar reuniones consultivas abiertas con los representantes de los sectores industrial y agrícola y con los sectores comerciales relacionados con las bebidas alcohólicas, con el fin de limitar las repercusiones del consumo nocivo de alcohol en la salud.

Finalmente en septiembre de 2005, fueron aprobadas las Directrices sobre alcohol en la Región Europea de la OMS en la 55.^a sesión del Comité Regional de la OMS para Europa celebrado en Bucarest. Estas Directrices constituyen una estrategia a largo plazo y crean un marco global para los actuales documentos e instrumentos de la OMS, asimismo vinculan las formas, los medios y los fines de una política eficaz sobre el alcohol.

Estas directrices:

- Representan una visión amplia de los desarrollos de la política sobre el alcohol en la región Europea de la OMS y una comprensión común de la necesidad de prevenir o reducir los daños relacionados con el alcohol.
- Establecen unos principios rectores y unos objetivos políticos y proporcionan claridad con respecto a los objetivos, funciones y responsabilidades.
- Reafirman y generan una continuidad y una plataforma común para los instrumentos existentes: La Carta Europea sobre el alcohol, el Plan Europeo de actuación frente al alcohol, y la Declaración sobre jóvenes y alcohol, que son los principales documentos para el desarrollo de políticas sobre alcohol en la región
- Facilitan la consolidación y las sinergias con otras iniciativas de salud pública locales, nacionales e internacionales.
- Proporcionan unos fundamentos y una orientación para el proceso continuo de revisión y reajuste de las políticas y los programas a nivel local, nacional e internacional

3.1.2. Unión Europea

Aunque Europa es la región que mayores tasas de consumo de alcohol registra a nivel mundial, podríamos decir que, salvo por una resolución del año 1986 sobre consumo abusivo de alcohol, no ha existido una política comunitaria en materia de salud pública y alcohol hasta hace unos años.

Con fecha 24 de noviembre de 1993, la Comisión de las Comunidades Europeas emitió una Comunicación de gran importancia sobre el marco de actuación en el ámbito de la salud pública. En ella se definían ocho áreas prioritarias de intervención, que dieron lugar a ocho programas de intervención, entre los cuáles no se incluía el alcohol.

En junio de 1997 tuvo lugar en Luxemburgo la primera reunión de un grupo de trabajo sobre «Alcohol y Salud», fruto del trabajo de este grupo se elaboró una «Recomendación del Consejo sobre consumo de alcohol por parte de niños y adolescentes», aprobada por el Consejo de Ministros de Sanidad el 5 de junio de 2001 y que sin duda constituye un modesto pero importante avance en la construcción de una política comunitaria en materia de prevención de los problemas derivados del consumo de alcohol.

La Recomendación del Consejo recoge la necesidad de que los distintos Estados Miembros, con el apoyo según proceda de la Comisión, deben formular estrategias y poner en marcha acciones reguladoras con respecto a los jóvenes y el alcohol, garantizando el desarrollo, aplicación y evaluación de políticas globales de promoción de la salud, dirigidas a este colectivo, así como de programas específicos. Asimismo, establece la necesidad de fomentar, en función de los distintos entornos jurídicos, normativos o autorreguladores, mecanismos eficaces de control en los sectores de la promoción, la comercialización y la distribución⁹⁴.

El 5 de junio del 2001 también fue aprobado el documento «Conclusiones del Consejo sobre una Estrategia Comunitaria dirigida a reducir el daño derivado de los problemas de alcohol», en el que el Consejo invita a la Comisión a que desarrolle una estrategia comunitaria comprensiva dirigida a disminuir los problemas derivados del consumo de alcohol⁹⁵.

En el contexto del Programa de Acción Comunitario en el Ámbito de la Salud Pública para el período 2003-2008, aprobado por Decisión n.º 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, ha tenido lugar en octubre de 2006 la Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de Regiones de la Estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados Miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol.

Esta Comunicación constituye una respuesta a las peticiones que el Consejo ha dirigido a la Comisión, para que se encargue del seguimiento, la evaluación y la vigilancia de la evolución y las medidas tomadas en este ámbito y le informe sobre la necesidad de nuevas medidas. La Comunicación se centra en la prevención y reducción de los comportamientos de consumo de alcohol de forma intensiva y extrema, así como del consumo por menores de edad y de sus consecuencias más negativas, como los accidentes de tráfico provocados por el alcohol y el síndrome de alcoholismo fetal.

La Estrategia establece un enfoque para la Unión Europea con el fin de apoyar y respaldar una estrategia coordinada para reducir estos daños, centrándose en *cinco temas prioritarios*:

1. Protección de los jóvenes, niños y bebés nonatos.
2. Reducción de las lesiones y muertes causadas por accidentes de carretera relacionados con el alcohol.
3. Prevención de los daños relacionados con el alcohol entre los adultos y la reducción del impacto negativo en el lugar de trabajo.
4. Información, educación y sensibilización sobre las consecuencias del consumo perjudicial y de riesgo del alcohol y sobre pautas de consumo adecuadas.
5. Elaboración y mantenimiento de una base común de datos comprobados a escala de la UE⁹⁶.

Para poder alcanzar las acciones planteadas en estas cinco áreas se precisa que los Estados Miembros desarrollen políticas sobre consumo de alcohol, y que la UE coordine y lidere determinadas actuaciones como la identificación y difusión de buenas prácticas, programas de información y educación en coordinación con los Estados Miembros.

La Comisión propone que para finales de 2012 los Estados Miembros hayan implantado medidas para paliar los daños y peligros relacionados con el consumo de alcohol.

3.1.3. España

En España, todas las Administraciones: central, autonómica y local tienen de un modo u otro competencias en materia de alcohol.

En el ámbito estatal, la Administración General del Estado es responsable con carácter general de la regulación legal de aspectos fundamentales relacionados con el alcohol, siendo a través del Plan Nacional sobre Drogas como ha desarrollado y coordinado distintos programas de actuación sobre este tema.

En la Estrategia del Plan Nacional sobre Drogas 2000-2008, aprobada por Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre, se determinan a partir de un análisis previo de actuación, las principales metas y objetivos a conseguir en la próxima década en las diferentes áreas de intervención. La estrategia se basa fundamentalmente en la prevención de consumos y sus consecuencias, incluyendo objetivos específicos en materia de alcohol.

El Nuevo Plan de Acción 2005-2008 contempla entre sus acciones el desarrollo de acciones específicas dirigidas a disminuir el consumo de bebidas alcohólicas en la población general, y especialmente en la población joven⁹⁷.

Por otra parte la Administración Autonómica ocupa un papel esencial sobre la coordinación y desarrollo de actividades que se realizan en su ámbito territorial, habiendo desarrollado la mayoría de ellas importantes actuaciones legislativas (tablas 8,9 y 10) y preventivas sobre alcohol, en algunos casos llevadas a cabo desde los Planes Regionales de Drogodependencias y en otros desde la responsabilidad de salud pública.

Hubiera sido de gran interés reflejar en este documento las importantes iniciativas autonómicas y/o municipales que se han llevado a cabo en los últimos años, pero ha sido imposible aportar una relación completa y equilibrada de las mismas.

Desde el punto de vista asistencial, se debe considerar el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En él se han definido en un único documento para todo el Estado las prestaciones básicas que deben garantizarse para una adecuada atención sanitaria en todo el Sistema Nacional de Salud (SNS). Esta norma, contempla entre otras, las actuaciones que deben llevarse a cabo para la prevención y el tratamiento de los problemas derivados del consumo de alcohol en diferentes ámbitos.

En atención primaria, en relación con los servicios de atención a la adolescencia debe de incluirse la anamnesis y consejo sobre hábitos que comporten riesgos para la salud, como el uso de tabaco, alcohol y sustancias adictivas, incluyendo la prevención de los accidentes. En cuanto a la atención a personas con conductas de riesgo se debe realizar una atención al consumidor excesivo de alcohol, incluyendo la detección y cuantificación del

consumo y frecuencia de la ingesta, la valoración de la dependencia, el consejo de limitación o eliminación de consumo, la valoración de patologías provocadas por el consumo y la oferta de asistencia sanitaria para abandono en caso necesario.

Dentro de la atención especializada, y haciendo una mención especial a la salud mental, deben llevarse a cabo actuaciones preventivas y de promoción en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios, prestando en este caso especial atención al diagnóstico de conductas adictivas, incluido el alcoholismo⁹⁸.

Finalmente, ha sido objetivo del Ministerio de Sanidad y Consumo, fomentar un conjunto de medidas eficaces de política de alcohol, mediante el inicio de la tramitación de un Anteproyecto del Ley de medidas sanitarias para la protección de la salud y la prevención del consumo de bebidas alcohólicas por menores, cuya tramitación fue suspendida.

En el ámbito de la atención primaria es importante resaltar el Programa de Actividades y de Promoción de la Salud –PAPPS– que como proyecto de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) pretende promover las actividades preventivas en los Centros de Salud.

Dentro de estas actividades, el Grupo de Educación Sanitaria del PAPPS ha elaborado la «Guía de referencia rápida para abordar el abuso de alcohol» en las consultas de atención primaria. En ella se establecen de modo conciso y claro cuándo, cómo y a quién debe realizarse la exploración sistemática del consumo de alcohol, así como los pasos a seguir.

(Preguntar / evaluar / aconsejar y tratar / acordar un seguimiento) para la detección del consumo de alcohol en atención primaria.

http://www.papps.org/publicaciones/abuso_alcohol.pdf

Grupos de expertos del PAPPS⁹⁹ han realizado diversas «**Recomendaciones sobre el estilo de vida**», después de analizar los factores (tabaco, abuso de alcohol, actividad física, alimentación y accidentes de tráfico) sobre los que el personal de atención primaria puede realizar una actividad preventiva para modificarlo. Las recomendaciones para la prevención de los problemas derivados del consumo de alcohol pueden ser consultadas en:

<http://www.papps.org/recomendaciones/06-expertos-estilos-vida.pdf>

Recomendaciones

- Proponer al Ministerio de Sanidad y Consumo un censo de actuaciones preventivas que realizan las comunidades autónomas para prevenir los daños producidos por el consumo del alcohol.

Tabla 8. Normativa autonómica. Limitaciones a la venta de bebidas alcohólicas (I)

CC.AA	Máquinas automáticas	Centros de atención a menores	Centros de enseñanza primaria y secundaria	Centros de enseñanza deportiva	Vía pública (*5)
ANDALUCÍA	X (*1)	X	X		
ARAGÓN	X (*1)	X	X		
ASTURIAS	X (*3)				
BALEARES					
CANARIAS	X (*1)	X	X	X	X
CANTABRIA	X (*1)	X	X	X	X
CASTILLA Y LEÓN	X (*1)	X	X	X	X
CASTILLA-LA MANCHA	X (*3)	X	X		
CATALUÑA	X (*1)	X	X		X
COMUNIDAD VALENCIANA	X (*1)		X	X (bebidas > 18°)	X
EXTREMADURA	X (*1)	X	X	X	
GALICIA	X (*1)	X	X		
MADRID	X (*4)		X	X	X
MURCIA	X (*1)	X	X		
NAVARRA	X (*2)		X		
PAÍS VASCO	X (*1)		X		
LA RIOJA	X (*1)		X		X

(*1) Salvo que estén ubicadas en lugares cerrados, que permita su absoluto control por las personas responsables de dichas instalaciones o sus representantes. En Aragón sólo permite en máquinas bebidas < 18° (*2) La prohibición de venta en máquinas automáticas es absoluta (*3) Prohibición de expedición incontrolada a través de máquinas automáticas (*4) Se prohíbe el suministro a través de máquinas en instalaciones abiertas al público (*5) Salvo terrazas, veladores o en días de fiestas patronales reguladas por la correspondiente ordenanza municipal.

Fuente: <http://www.westlaw.es/indexExp.html>

Tabla 9. Normativa autonómica. Limitaciones a la venta de bebidas alcohólicas (II)

CC-AA	Centros enseñanza superior y universitaria	Áreas Servicio y descanso en autopistas/autopistas	Gasolineras	Instalaciones deportivas	Dependencias Administraciones Públicas	Centros Sanitarios y Sociosanitarios	Centros de trabajo
ANDALUCÍA	X (bebidas >20°)	X (bebidas >20°)	X (bebidas >20°)	X (bebidas >20°)	X (bebidas >20°)	X (bebidas >20°) (*3)	
ARAGÓN		X (bebidas >18°) (sólo autopistas)	X (bebidas >18°)		X (bebidas >18°)	X (*3)	
ASTURIAS							
BALEARES							
CANARIAS	X (*1)		X		X (*1)	X (*1)	X (*4)
CANTABRIA					X (*1)	X (*1)	
CASTILLA Y LEON	X (bebidas >18°)	X (bebidas >18°)	X (bebidas >18°)	X (bebidas >18°)	X (*1) (bebidas >18°)	X (*1) (bebidas >18°)	X (*4) (bebidas >18°)
CASTILLA-LA MANCHA							
CATALUÑA	X (bebidas >20°)	X (bebidas >20°) (sólo autopistas) (*5)	X (*5)	X (bebidas >20°) (dependientes Adm. Públicas)	X (bebidas >20°)	X (bebidas >20°)	X (*4)
COMUNIDAD VALENCIANA	X (bebidas >18°)	X (bebidas >18°)	X (bebidas >18°)		X (bebidas >18°)	X (bebidas >18°)	X (*4 y *6) (bebidas >18°)
EXTREMADURA	X	X (*2)	X (*2)	X	X	X	X
GALICIA	X (bebidas >18°)	X (bebidas >18°)		X	X (bebidas >18°)	X (*3)	X (*4)
MADRID	X	X (bebidas >20°)			X	X (*3)	X (*4) (*6)
MURCIA	X (bebidas >18°)	X (bebidas >18°)	X (bebidas >18°)	X (bebidas >18°)	X (bebidas >18°)	X (bebidas >18°)	X (bebidas >18°)
NAVARRA	X (bebidas >18°)	X (bebidas >18°)			X (bebidas >18°)		
PAÍS VASCO	X (bebidas >20°)	X (bebidas >20°)		X (bebidas >20°)	X (bebidas >20°)	X (bebidas >20°)(*3)	X (*4)
LA RIOJA		X (bebidas >18°)			X		X

(*1) Salvo en lugares habilitados al efecto

(*2) Situadas fuera de los cascos urbanos. Las que están situadas en casco urbano se someterán al régimen similar al de establecimientos comerciales

(*3) Sólo específica centros sanitarios

(*4) Locales de trabajo de las empresas de transporte público

(*5) Prohibición total de venta de 24 horas a las 8 horas del día siguiente

(*6) Extiende la prohibición a todo centro de trabajo

Fuente: <http://www.wesitaw.es/indexExp.html>

Tabla 10. Edad legal límite para la venta de bebidas alcohólicas en ámbito autonómico. Año 2007

CC.AA.	EDAD LEGAL LÍMITE	NORMA QUE LO REGULA
ANDALUCÍA	18 años (*1)	Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en materia de Drogas.
ARAGÓN	18 años	Ley 3/2001, de 4 abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.
ASTURIAS	16 años	Ley 5/1990, de 19 diciembre, sobre prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores de 16 años.
BALEARES		
CANARIAS	18 años	Ley 1/1997, de 7 de febrero, sobre menores. Normas reguladoras de la atención integral.
CANTABRIA	18 años	Ley 5/1997, de 6 octubre, sobre toxicomanías. Prevención, Asistencia e Incorporación Social en Materia de Drogodependencias.
CASTILLA Y LEÓN	18 años	Ley 3/1994, de 29 de marzo, sobre Toxicomanías. Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes., modificada por Ley 3/2007, de 7 de marzo.
CASTILLA-LA MANCHA	18 años	Ley 2/1995, de 2 de marzo, contra la Venta y Publicidad de Bebidas Alcohólicas a Menores
CATALUÑA	18 años	Ley 1/2002, de 11 de marzo, de tercera modificación de la Ley 20/1985, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia.
C. VALENCIANA	18 años	Ley 4/2002, de 18 de junio, que modifica la ley 3/1997, de 16 de junio , sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos
EXTREMADURA	18 años	Ley 4/1997, de 10 de abril, de Medidas de Prevención y Control de la Venta y Publicidad de Bebidas Alcohólicas para Menores de Edad.
GALICIA	16 años. (*18 en el caso de bebidas alcohólicas de más de 18° centesimales)	Ley 2/1996, de 8 de mayo, sobre drogas. Regulación.
MADRID	18 años	Ley 5/2000, de 8 de mayo, por la que se eleva la edad mínima de acceso a las bebidas alcohólicas.
MURCIA	18 años	Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre drogas, prevención, asistencia e integración social.
NAVARRA	18 años	Ley Foral 10/1991, de 16 de marzo, sobre prevención y limitación de consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad.
PAÍS VASCO	18 años	Ley 18/1998, de 25 de junio, sobre Prevención, Asistencia e Inserción en materia de Drogodependencias.
LA RIOJA	18 años	Ley 4/2000, de 25 de octubre, de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas. Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones.

Fuente: <http://www.westlaw.es/indexExp.html>

(*1) Queda excluida de esta prohibición la venta o suministro a mayores de 16 años que acrediten el uso profesional del producto.

4. Capítulo IV

4.1. Estrategias y métodos en prevención y promoción de salud. Políticas de alcohol

(Autor: Alicia Rodríguez Martos)

4.1.1. Política de alcohol

La primera definición de «política de alcohol» la propusieron Kettil Bruun et al.¹⁰⁰ en 1975, refiriéndose a todas las estrategias relevantes empleadas por los gobiernos para influenciar la disponibilidad de alcohol, la educación para la salud, el cambio de actitudes y el control social informal más allá de un abordaje de mera salud pública.

Una visión más amplia de política de alcohol la dieron Edwards et al.¹⁰¹ en 1994, considerándola como una respuesta de la salud pública a las preocupaciones nacionales, que abarcaba desde estrategias educativas hasta restricciones diversas y política impositiva.

Más recientemente, Babor et al.¹⁰², tras revisar las definiciones anteriormente expuestas, definen como política de alcohol *la que se ocupa de la relación entre alcohol, salud y bienestar social*, recordando además que cualquier política pública consiste en «decisiones autoritarias» tomadas por los gobiernos, en el sentido de que son los gobiernos y no la industria privada ni los grupos de abogacía quienes deciden.

Las políticas de alcohol pueden ser «de asignación» o «reguladoras». Las primeras son aquéllas que pretenden proporcionar un beneficio neto a un determinado grupo para lograr un objetivo público (provisión de programas educativos escolares, de tratamiento para los enfermos...). Las políticas reguladoras pretenden influir en conductas y decisiones de terceros mediante control directo (regulaciones económicas, leyes que regulan la disponibilidad...). El objetivo principal de una política de alcohol es servir a los intereses de la salud pública y del bienestar social a través de su impacto sobre la salud y los determinantes sociales, entre los que cuentan la disponibilidad de alcohol, los patrones de consumo, el ambiente social, etc. De ahí que la política de alcohol haya sido también considerada como un bien público¹⁰¹.

4.1.2. Política de Salud Pública

La salud pública es la ciencia y el arte de promover la salud y prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad¹⁰³. Es, por tanto, un concepto social y político.

La política del alcohol tiende a enmarcarse cada vez más en el dominio de la salud pública y la política social¹⁰² al ser considerado el alcohol uno de los principales determi-

nantes de mala salud. Este encuadre, si bien choca en ocasiones con otros intereses sociales, tales como la libertad de mercado, permite un amplio enfoque, dando cabida a estrategias de promoción de salud, especialmente si consideramos la salud como algo más que la mera ausencia de enfermedad.

El enfoque de la salud pública nos permite además recurrir a la investigación epidemiológica como instrumento para la investigación, planificación y tratamiento. Podemos analizar la efectividad de las diversas estrategias preventivas basándonos en la evidencia de su efectividad para reducir el daño por alcohol.

4.1.3. Promoción de la Salud

Un enfoque comprehensivo de la salud es el que recoge la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud¹⁰⁴. Dicha visión integral incluye todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas y el entorno físico, que deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y bienestar individual y colectivo. Tal enfoque implica el concurso de la promoción de la salud como instrumento para generar una conciencia sanitaria que, rebasando el ámbito de la enfermedad, incluya la información, el conocimiento y las habilidades necesarias para gozar de una vida saludable.

La promoción de la salud es considerada como un proceso, que permite a las personas incrementar el control sobre su salud, a través de los determinantes de la salud, y mejorarla¹⁰⁴. Su propósito es lograr un resultado a largo plazo, pero con efectos a medio y largo plazo. Según la carta de Ottawa¹⁰⁴, la promoción de la salud incluye 3 estrategias y 5 áreas de acción prioritaria:

Estrategias

- a) Abogacía por la salud.
- b) Facilitación del desarrollo de la salud.
- c) Mediar a favor de la salud ante los intereses encontrados de la sociedad.

Áreas

1. Establecer una política pública saludable.
2. Crear entornos que apoyen la salud.
3. Fortalecer la acción comunitaria para la salud.
4. Desarrollar las habilidades personales.
5. Reorientar los servicios sanitarios.

Los enfoques que se sustentan en las 5 áreas obtienen mejores resultados que los que se concentran en una de ellas.

La Declaración de Yakarta¹⁰⁵ retoma estos principios y subraya 5 prioridades:

Prioridades

- I. Promover la responsabilidad social para la salud.
- II. Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud.
- III. Expandir la colaboración para la promoción de la salud.

IV. Incrementar la capacidad de la sociedad y

V. garantizar una infraestructura para la promoción de la salud

La relación de los individuos con el alcohol puede modificarse a través de la promoción de salud, cuyas estrategias entran de lleno en las actividades habitualmente desplegadas por todas las partes interesadas en la salud (gubernamentales y no gubernamentales). Las ONGs, ya sean profesionales o grupos de presión, suelen tener mayor libertad a la hora de abogar por la salud ante conflictos de intereses de la sociedad y compromisos que pueden acabar inclinando la balanza a favor de intereses económicos y políticos. Al formar el consumo de alcohol parte de los estilos de vida, el fomento de hábitos saludables a partir de las 5 áreas mencionadas es imprescindible para promover la salud. La responsabilidad social y la acción comunitaria deben ser objetivos prioritarios, a fin de que las medidas que se adopten en aras de una reducción de los problemas relacionados con el alcohol sean socialmente aceptables y, por tanto, sostenibles.

4.1.4. Estrategias preventivas

Podemos contemplar la prevención como un espectro de medidas (*universales, selectivas e indicadas*), que se engarzan entre sí sin solución de continuidad¹⁰⁶.

En los niveles de prevención universal y selectiva se incluyen medidas para prevenir la oferta y la demanda, no concibiéndose las unas sin las otras.

Prevención universal, homologable a la prevención primaria, es aquella que se dirige a toda la población y pivota sobre medidas dirigidas al sujeto, al agente y al ambiente (los tres elementos sobre los que gira la salud pública). Incluye programas educativos escolares y campañas dirigidas al individuo, medidas legales que regulan el ambiente (limitaciones a la venta y dispensación, etc.) y medidas directamente enfocadas al «agente» (cargas fiscales y regulación de la producción y comercio del alcohol).

Prevención selectiva, a caballo entre la prevención primaria y secundaria clásicas, se refiere a aquellas medidas que se dirigen a poblaciones con elevada probabilidad de incurrir en riesgos (Ej., jóvenes en tiempo de ocio; conductores de vehículos...) y se centra fundamentalmente en medidas que impactan sobre el ambiente (dispensación responsable de bebidas alcohólicas, *safe clubbing*, transporte público, actividades de ocio saludable, reglamentos y leyes sobre alcohol y conducción...). En este sentido, las estrategias selectivas se enmarcan de modo preferente en la acción comunitaria.

Prevención indicada, a caballo entre la prevención secundaria y terciaria clásicas, se dirige a los individuos identificados como sujetos de riesgo, ya sea a través de trabajadores o educadores sociales, ya a partir del cribado de los hábitos de consumo de alcohol desde centros sanitarios. Sus estrategias se dirigen por tanto al individuo concreto, sobre el que puede actuarse con una orientación, una intervención de consejo breve o una derivación a tratamiento.

Efectividad de las diferentes estrategias preventivas para reducir los problemas por alcohol en la población

Cabe incluir aquí tanto políticas de alcohol evaluadas, como estrategias evaluadas antes de ser adoptadas como políticas de alcohol.

Babor et al.¹⁰² revisaron las diferentes estrategias de política de alcohol recogidas en la literatura y las analizaron bajo la óptica de 4 parámetros distintos: *efectividad*, *amplitud del soporte científico* y *transculturalidad* y *coste de implementación* y *sostenimiento*. Cada uno de los 3 primeros podía medirse con 0,+, ++ ó +++¹. El coste de implementar y sostener la estrategia podía ser bajo, moderado o elevado. Una medida que mereciera 2 ó más cruces en cada uno de los 3 parámetros citados y no tuviera un coste elevado debía ser considerada como consistentemente buena.

Se analizan fundamentalmente aquellas estrategias revisadas por un grupo internacional de científicos bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud¹⁰², completando dicha revisión con otras fuentes, cuando procede.

4.1.5. Política impositiva y de precios

No hay duda de que el comercio de las bebidas alcohólicas juega un papel importante en muchos países. En España, se estima que la industria alcohólica mueve unos 11 billones de euros y representa un 20% de las ventas de la industria alimentaria. El sector produce 4.050 centros de trabajo, con más de 52.000 personas directamente empleadas por él (Federación Agroalimentaria, 2004; www.ugt.es/fta, consultado Marzo 2006). Sólo el vino, con 1.172.797 millones de hectáreas de viñedo plantadas y una producción de 42.462.409 Hl. de vino nuevo en el año 2003 (www.ine.es consultado Febrero 2007), contribuye a la producción del sector con una producción bruta de 7.869 millones de euros, lo que representa el 13,3% de la producción agroalimentaria, detrás de la carne¹⁰⁷. También se ha estimado que el vino, con unas ventas próximas a los 5 mil millones de euros, representa el 0'65% de nuestro PIB, y que, siendo el tercer productor mundial de vino, es el país cuya producción de caldos contribuye en mayor medida a su bienestar¹⁰⁸. Sin embargo, la dimensión de la industria no da necesariamente la medida del impacto de una política de alcohol. Se ha comprobado que una reducción del consumo per cápita no afecta necesariamente al número de empleos en el sector hostelero, que acusaría la reducción de forma débil. Por otra parte, se estima que a nivel de la economía de un país, el dinero no invertido en un producto se invertiría en otros¹⁰⁹. Por otra parte, si bien es cierto que la industria

¹ La efectividad se refiere a la evidencia científica. 0 evidencia de falta de efectividad; + evidencia de efectividad limitada; ++ evidencia de efectividad moderada; +++ evidencia de un grado elevado de efectividad.

La amplitud del soporte científico se refiere a la disponibilidad de estudios, revisiones y metaanálisis. 0 no se han realizado estudios de efectividad. + sólo existe un estudio de efectividad completo y bien diseñado; ++ 2-4 estudios completos; +++ 5 ó más estudios completos.

La transculturalidad se refiere a que una medida es igualmente aplicable a países, regiones o clases sociales diferentes. 0 no se ha probado adecuadamente la estrategia. + sólo se ha estudiado en un país; ++ se ha estudiado en 2-4 países; se ha estudiado en 5 ó más países.

alcoholera aporta beneficios, también es cierto que el consumo de alcohol presenta un elevado coste económico, evaluado en 3,6 billones en 1998; el 60% de este coste es en concepto de gastos indirectos (subsidios, pérdida de horas de trabajo, etc.), amén de los múltiples gastos intangibles, a menudo a cargo de terceras partes¹¹⁰. En Europa, el coste tangible se ha estimado dentro de un margen que se situaría entre los 79 y los 220 billones; el intangible, oscilaría entre los 154 y los 764 billones de euros¹⁰⁹.

El precio y los impuestos que gravan las bebidas alcohólicas han sido utilizados por los gobiernos no sólo como fuente de ingresos, sino también para controlar los problemas derivados del consumo del alcohol, habiéndose comprobado sistemáticamente que los aumentos de precio se siguen de una reducción del consumo. De acuerdo con el concepto de elasticidad de los precios de la demanda (porcentaje de cambio en el consumo que se deriva de una variación en el precio del 1%), la demanda de bebidas alcohólicas es elástica (elasticidad de -1) porque un cambio en el precio comporta una variación proporcionalmente superior en el consumo¹⁰².

El aumento de la fiscalidad y de los precios del mercado (aunque no necesariamente interdependientes debido a la libre competencia) comporta una reducción del consumo y de los problemas derivados. De ahí que esta medida represente una herramienta rentable de política de alcohol porque genera un ingreso directo y disminuye el daño. Los expertos han pedido al menos una fiscalidad creciente en función de la graduación alcohólica y una aproximación entre países de la UE.

Tabla 11. Impuestos y precios

Estrategia	Efectividad	Amplitud del soporte	Transculturalidad	Coste de implementación
Impuestos y precios	+++	+++	+++	Bajo

Fuente: Babor et al., 2003¹⁰²

La política de impuestos y precios es muy importante especialmente para reducir el consumo de alcohol en los jóvenes. Se ha estimado¹⁰⁹ que un aumento de precios en torno al 10% en Europa prevendría más de 9.000 muertes, con el beneficio adicional de 13 billones de euros ingresados por el estado en concepto de impuestos. Los efectos del aumento de precio son más notables en los jóvenes, pero también se comprueban en los grandes bebedores y en los alcoholdependientes. El aumento de precios comporta una reducción en la tasa de cirrosis, las lesiones intencionales y no intencionales, los accidentes de trabajo y las enfermedades de transmisión sexual (referido en Anderson & Baumberg, 2006¹⁰⁹). Un reciente estudio realizado en Finlandia, indica que la reducción de precios a la que se vio abocado este país para evitar la masiva introducción de bebidas alcohólicas más baratas de países limítrofes se tradujo en un incremento del 17% de las muertes súbitas por alcohol, lo que no había ocurrido antes sólo con la liberación de la introducción de bebida permitida a los viajeros ni con la entrada de Estonia en la UE¹¹¹. Estos hallazgos confirman la experiencia previa de un incremento del consumo y de las consecuencias relacionadas en el año 2004 en Finlandia, cuando se redujeron los impuestos. En los países mediterráneos, un 10% de aumento en el precio de las bebidas alcohólicas reduciría el consumo en un 2%.

La efectividad de las estrategias basadas en los precios y los impuestos queda recogida en la Tabla 11.

En España existe una baja fiscalidad de las bebidas alcohólicas, comparado con otros países. Las bebidas alcohólicas soportan un IVA del 16%. Los impuestos, en forma de porcentaje del precio de venta, son: 0,0 para el vino; 6,18 para la cerveza; 22,25 para los destilados. En cuanto a la elasticidad de precio del alcohol se ha calculado en -0.314 y el ingreso, medido como gasto en alcohol ajustado por el poder adquisitivo del consumidor, sería de 0.868¹⁰⁹.

4.1.6. Medidas que regulan la disponibilidad física del alcohol

Se entiende por disponibilidad la accesibilidad del producto, que tiene implicaciones políticas en la prevención de los problemas relacionados con el alcohol, a través de controles sobre las condiciones de venta al minorista o al bebedor¹⁰². Se puede limitar el acceso a partir de un aumento de impuestos, de limitaciones de edad, de densidad de locales, de días y horarios de apertura y de la regulación de la promoción y publicidad. El mercado legal de bebidas alcohólicas puede estar sometido a una regulación gubernamental, estatal o local.

En España, la Federación Española de Municipios y Provincias¹¹² editó un modelo de Ordenanza Municipal sobre alcohol no vinculante, que tenía en cuenta dicha disponibilidad proponiendo limitaciones que cubrían todos los aspectos mencionados: Proponía una licencia específica para la venta de alcohol en establecimientos donde no se consume, la prohibición del consumo de alcohol en la vía pública salvo en veladores y terrazas y en fiestas patronales, la distancia mínima de 25 metros entre las puertas de locales y la prohibición de tener mostradores abiertos a la vía pública. También preveía limitaciones a la publicidad y promoción de las bebidas alcohólicas y medidas en cuanto al suministro, venta y consumo de bebidas alcohólicas recomendando la edad legal mínima de 18 años para servir y vender alcohol.

Las prohibiciones totales (ley seca) o parciales de alcohol que estuvieron vigentes en los EEUU y países nórdicos en distintos momentos del siglo XX, aunque impopulares y generadoras, en el caso de Norteamérica, de graves problemas sociales, redujeron drásticamente la tasa de cirrosis, lo mismo que ocurrió durante las guerras mundiales.

Actualmente a nadie se le ocurriría abogar por la ley seca; sin embargo, determinadas restricciones son importantes tratándose de una sustancia que, por muy enmarcada que esté en la cultura y socialmente aceptada, tiene efectos tóxicos y adictivos (ver Tabla 12).

Edad legal mínima para vender a menores: el incremento de la edad legal para beber reduce las ventas y las consecuencias del consumo en los jóvenes¹⁰², lo que se traduce especialmente en una reducción de accidentes de tráfico¹¹³. Esta limitación existe en la mayoría de países (entre los 16 años de algunos países europeos, hasta los 21 de muchos estados norteamericanos). La Organización Mundial de la Salud recomienda poner el límite al menos en los 18 años, para evitar la ingestión de alcohol por parte de adolescentes cuyo cerebro se encuentra en plena evolución, que el etanol interfiere, aparte de ser mucho más vulnerables al desarrollo de una dependencia alcohólica. En España, la edad

legal oficial a nivel estatal es de 16 años, aunque, en la presente década casi todas las autonomías (menos Asturias, Islas Baleares y Galicia) han elevado esta edad a los 18 años. Esta edad es la mínima para vender y dispensar bebidas alcohólicas; por tanto es una restricción que abarca locales donde se sirve y puntos de venta para llevar.

El problema que se presenta es el rigor en la aplicación de la ley, burlada con excesiva frecuencia, como pone de manifiesto el hecho, demostrado por las encuestas nacionales¹¹⁴ y europeas¹¹⁵ de que la mayor parte de los adolescentes europeos de 16 años o menos no tienen problemas en encontrar alcohol, consumido por más de la mitad de los menores. En España, el 81% lo ha consumido en el último año y el 65,6% en el último mes¹¹⁴.

Restricción de la densidad de locales de venta y/o dispensación. Las ventas pueden realizarse en lugares en los que no se consume (supermercados, comercios especializados, etc.) o bien donde puede consumirse directamente (bares, pubs, discotecas, etc.). Los comercios de venta autorizados para llevarse pueden estar sujetos a regulaciones varias (licencia para vender alcohol, regulación del tipo, graduación, etc.). También puede regularse la ubicación de los locales.

Restricción de días y horas para vender bebidas alcohólicas en estos locales.

Los cambios en la densidad de locales y las restricciones horarias tendrán menor o mayor impacto según las posibilidades que tengan los usuarios de encontrar alternativas de compra o consumo cercanas. De ahí que estas medidas, para ser realmente útiles, han de ser de carácter nacional¹⁰⁹.

Todas estas limitaciones han demostrado ser capaces de reducir el consumo de alcohol y el daño que puede derivarse¹⁰², siendo la limitación de edad la que tiene mayor evidencia científica¹¹⁶. Por lo que respecta a la necesidad de una licencia específica para vender alcohol, contribuye a limitar y controlar las ventas, así como el cumplimiento de las normas. Otras medidas pueden ser ofrecer precios distintos en función del contenido alcohólico, de forma que sean más caras las bebidas de mayor graduación, aunque la evidencia sobre la efectividad de esta estrategia no es concluyente. Lo que está fuera de duda es que, en conjunto, las medidas dirigidas a la venta y dispensación, apoyadas por un adecuado control de su cumplimiento, son mucho más eficaces que la prevención meramente basada en la educación y persuasión del bebedor¹⁰².

En España existen limitaciones, usualmente referidas a horarios, establecidas por las comunidades autónomas. Algunos municipios limitan la venta de bebidas alcohólicas para llevarse en horario nocturno. En cuanto a los locales de dispensación, aparte de poderse regular su densidad, ubicación y horarios, pueden implantarse limitaciones como las de exigir que las medidas servidas no rebasen determinado tamaño, que los empleados tengan una formación en dispensación responsable o que estén prohibidas las promociones especiales (2 X 1, barra libre, concursos y premios), como es el caso en alguna autonomía española.

En conjunto, no existen en España restricciones de ámbito estatal para la venta de alcohol.

Tabla 12. Regulación de la disponibilidad física de las bebidas alcohólicas

Estrategia	Efectividad	Amplitud del soporte	Transculturalidad	Coste de implementación
Edad legal mínima	+++	+++	++	Bajo
Restricción densidad locales	++	+++	++	Bajo
Restricciones de días y horas	++	++	++	Bajo

Fuente: Babor et al., 2003¹⁰²

4.1.6.1. Estrategias que Modifican el Contexto del Consumo

Las medidas destinadas a modificar el contexto del consumo van ganando terreno, aunque su efectividad depende de su adecuado cumplimiento y de enmarcarlas en una acción comunitaria. Su efectividad queda recogida en la Tabla 13.

Dispensación Responsable de Bebidas Alcohólicas: es una estrategia, popular en los EEUU, Australia y algunos países del Norte de Europa, que tiene como fin último la reducción del daño relacionado con el consumo de alcohol a través de un programa de formación de quienes lo sirven, los camareros. Este programa está destinado a mejorar sus conocimientos, actitudes y habilidades respecto a la dispensación de alcohol: no servir a menores, no servir a clientes intoxicados, tratar de evitar la conducción bajo los efectos del alcohol, así como mediar para prevenir la violencia. Una vez formados en esta técnicas, los camareros mejoran sus conocimientos, actitudes y conductas¹¹⁷ y, respaldados siempre por las normas del local, reducen las conductas inadecuadas para un servicio responsable¹¹⁸; asimismo se ha comprobado que disminuye el servicio a clientes visiblemente intoxicados y, por tanto, el número de personas que salen embriagadas del local, así como las consecuencias: agresiones^{119,120,121} o accidentes de tráfico, especialmente de los nocturnos sin contrario¹²². Estos logros dependen en gran parte de la política comunitaria respecto del alcohol y del control del cumplimiento de la ley. Como medida aislada, los resultados son discrepantes. La investigación demuestra que algunas intervenciones pueden reducir el consumo de los clientes, pero aún no se sabe cómo optimizarlas (componentes básicos, sesiones de refuerzo...) ni la relación concreta que existe entre estos programas y un abanico más amplio de intervenciones comunitarias¹²³.

En España, se introdujo la Dispensación Responsable en el año 2001 por parte de la Agencia de Salud Pública de Barcelona¹¹⁸.

Control del cumplimiento de la ley. Es una medida imprescindible para que las demás estrategias funcionen. Se requiere el cumplimiento estricto de la ley, controlado de forma continuada, incrementando así la percepción del riesgo de ser sancionado por parte del infractor. No sirven las leyes ni códigos éticos cuando no se hacen cumplir.

La responsabilidad del camarero o del local. La responsabilidad legal de quien sirve respecto de las consecuencias agudas (agresiones, accidentes de tráfico, etc.) del consumo en el bebedor ha demostrado reiteradamente su eficacia en países donde existe esta medida legal, como los EEUU, Canadá, y Australia, Irlanda, Nueva Zelanda, Países Escandinavos y Reino Unido. Aun así, se dispensa habitualmente alcohol a los embriagados^{124,125}. Los EEUU¹²⁶ es el país con mayor experiencia en este campo, siendo la formación de ser-

vidores obligatoria en diversos estados. Lo mismo ocurre en Canadá, donde el Acta de la Licencia para Licores de Ontario reconoce la responsabilidad civil de los proveedores de alcohol y recomienda a los dueños de establecimientos autorizados para dispensar alcohol que envíen a sus trabajadores a un curso de dispensación responsable.

En el marco del *Rhode Island Community Alcohol Abuse Injury prevention Project* (CAAIPP), implementado entre 1984 y 1989, se empleó la estrategia del «portero de la comunidad» y se entrenó durante 5 horas curriculares en la Dispensación Responsable de Alcohol a todos los dispensadores. La significativa diferencia entre personal entrenado y no entrenado con respecto a conductas deseables de dispensación aparecía a los 15 meses y persistía a los 4 años de la formación.

Promoción de ocio sin alcohol. Desde los años ochenta, se propusieron muchas iniciativas de este tipo en los EEUU (fiestas de graduación sin alcohol, actividades alternativas deportivas o culturales, etc.). Un metaanálisis demostró que sólo los programas de alta intensidad dirigidos a la juventud de alto riesgo son eficaces¹²⁷. La literatura de los años 90 indicaba resultados globalmente pesimistas¹⁰². Una reciente iniciativa prometedora es la celebración de un festival de arte comunitario y sin alcohol, celebrado en la calle, para la noche de fin de año. Esta iniciativa, aunque no ha sido sistemáticamente evaluada, se ha introducido en unas 200 ciudades de EEUU, Canadá, Inglaterra y Australia¹⁰². La mayor parte de estos programas requieren de muchos recursos, con lo que resultan poco costo-eficientes.

En España, existen diversos programas de ocio nocturno alternativo (*Las Mil y una Noches, Abierto hasta el amanecer, De marcha sin tropezos, etc*) destinados a ampliar el abanico de actividades nocturnas y descubrir el ocio sin alcohol o siquiera a quitarle a aquél el protagonismo. Otros programas se concentran en la información y asesoramiento a un colectivo específico para que éste sea capaz de gestionar los riesgos y prevenir el daño. El *Programa El Chiringo* ofrece puntos de información y asesoramiento sobre cuestiones de salud, incluyendo alcohol y otras drogas. Tiene postales informativas y una web interactiva.

Transporte público. Una buena oferta de transporte público reduce el uso de vehículo propio cuando se sale por la noche con los amigos y, con ello, los posibles accidentes. Este efecto es sobre todo importante en grandes fiestas o en áreas donde se concentran muchos locales de ocio dispensadores de alcohol. Aunque no existe una evaluación directa del impacto de un buen servicio de transporte, programas multicomponentes que incluían esta medida han resultado tanto eficaces como ineficaces en reducir el daño por alcohol¹⁰⁹.

El taxi es una posibilidad para algunos clientes, siempre y cuando la flotilla esté disponible. Algunos taxistas se promocionan para este tipo de servicio, dejando propaganda en los parabrisas de los coches.

En el Reino Unido, algunas discotecas que quedan fuera de la cobertura del transporte público nocturno, ofrecen «party buses» que recogen a los clientes de pubs locales y los llevan a la discoteca, devolviéndolos luego al punto de partida por un módico precio.

En España, aparte de las prolongaciones de horarios del transporte público en fiestas patronales y, en algunos casos, de forma sistemática durante los fines de semana (en Barcelona la red de metro permanece abierta todo el sábado por la noche desde Abril de 2007). Algunos municipios españoles fletan autobuses especiales con ocasión de macroconciertos o simplemente en fines de semana a fin de facilitar la recogida de jóvenes en

discotecas, salas de conciertos, etc...y prolongan el horario del transporte público en fines de semana y vigiliadas señaladas.

«*Safe clubbing*» (*clubs seguros*) es un concepto que se refiere a incrementar la seguridad de los locales en todos los sentidos, desde las vías de evacuación de los clubes hasta la utilización de vasos y botellines de plástico, sustituyendo a los de cristal, así como de ceniceros de material no cortante o pesados que puedan convertirse en armas arrojadas. En el Reino Unido existe la campaña *Crystal Clear*¹²⁸, que nació como respuesta a las lesiones ocasionadas por los vasos de cristal en discotecas y bares. Los locales advirtieron de los peligros del cristal a través de pósters, posa-vasos, camisetas... y rogaron a sus clientes que no sacaran vasos afuera. Una empresa cervecera colaboradora accedió a fabricar botellas de plástico. La campaña, fruto de la colaboración entre la industria de hostelería y ocio, la industria cervecera y una agencia de información sobre drogas, logró una disminución de las lesiones por vidrio.

Los locales deberían tener ventilación e iluminación suficiente, así como material ignífugo, todo lo cual previene complicaciones en caso de incidentes.

La protección que representan los agentes de seguridad en las discotecas viene a veces contrarrestada por la agresividad que su presencia, y a veces su actitud, provocan en sujetos embriagados.

En el Reino Unido, el *Club Health*¹²⁹ es un programa que pretende proteger la salud de quienes van a los locales de ocio nocturno a través de un abordaje ambiental, involucrando a propietarios de locales, agentes de salud, policía, políticos, industria alcoholera y a los propios usuarios del ocio.

En Canadá, el *Safer bars programme*¹³⁰ incluye una evaluación de riesgos y un entrenamiento de propietarios, gerentes y plantilla. Está diseñado para reducir el riesgo de agresión. El éxito de estos programas parece depender del desarrollo de estrategias para impedir que el efecto se diluya con el paso del tiempo¹⁰².

Movilización comunitaria. Esta estrategia tiene como objetivo reducir el consumo de alcohol y sus consecuencias adversas (conducción bajo los efectos, accidentes, agresiones, etc.) a partir de la toma de conciencia de estos riesgos por parte de la comunidad. Los programas comunitarios de amplio alcance incluyen desde educación y campañas informativas hasta abogacía, promoción de salud y control de locales de consumo. La movilización comunitaria puede prevenir agresiones y ejercer presión contra incumplimiento de locales¹⁰⁹.

La Tabla 13 recoge la evaluación de las estrategias expuestas.

4.1.6.2. Estrategias para reducir la conducción bajo los efectos del alcohol

Al analizar las diferentes estrategias encaminadas a reducir la conducción bajo los efectos del alcohol, se concluye que lo más eficaz es tener un límite de alcoholemia legal bajo, controles frecuentes y aleatorios muy visibles y la posibilidad real de sanciones severas¹⁰².

Puntos de control: Los controles son de eficacia indudable. Es recomendable efectuarlos de forma aleatoria (cualquier lugar y día u hora), a fin de que la percepción de poder ser detectado sea elevada. Ello no obsta para tener puntos fijos y realizar campa-

ñas puntuales de control, aunque sus efectos sean temporales¹³¹. Conviene que los puntos fijos sean bien visibles y anunciados con avisos cuando al conductor ya no le queda más remedio que pasar por ellos.

Sin embargo, la efectividad de los *controles aleatorios* y bien visibles es superior a los fijos, lo que no es de extrañar porque la población desarrolla rápidamente estrategias de evitación. Se estima¹³² que la introducción de controles de alcoholemia amplios y sin restricciones puede reducir los accidentes mortales en más del 20%.

Tabla 13. Estrategias que modifican el contexto del consumo

Estrategia	Efectividad	Amplitud del soporte	Transculturalidad	Coste de implementación
Dispensación Responsable	+	+++	++	Moderado
Responsabilidad del camarero o local	+++	+	+	Bajo
Aplicación del reglamento existente	++	+	++	Elevado
Promoción de ocio sin alcohol	0	++	+	Elevado
Transporte público	?	+	+	Elevado
«Safe clubbing» (clubs seguros)	?	0	+	Moderado
Movilización comunitaria	++	++	+	Elevado

Fuente: Babor et al., 2003¹⁰² y Anderson & Baumberg, 2006¹⁰⁹, modificado

La reducción de lesiones y muertes como resultado de los controles aleatorios es de una evidencia contundente, a pesar de las limitaciones de muchos estudios, entre ellas la dificultad de descartar la posible influencia de otras estrategias preventivas. Existen discrepancias por lo que respecta a la duración de los efectos.

La Comisión Europea considera que deberían hacerse los controles de alcoholemia necesarios para que cada conductor tuviera la probabilidad estadística real de ser sometido a la prueba de alcoholemia al menos una vez cada tres años¹³³.

En España, el 20% de conductores habían sido controlados al menos una vez en los últimos tres años¹³⁴. La frecuencia de controles se estima en 3,302.896 y la prevalencia de alcoholemias positivas en un 2.54%. En la Comunidad de Madrid, el 3,1% de encuestados reconoce haber conducido tras haber bebido en el último mes, porcentaje que se eleva a 5,4%, en el caso de los hombres¹³⁵.

Suspensión del permiso: La suspensión del permiso es una estrategia de probada eficacia para reducir la siniestralidad, aunque su efectividad depende de la inmediatez y gravedad de la sanción.

Los reincidentes habituales son, en general, los conductores más peligrosos y los que menos reaccionan ante la retirada del permiso, no importándoles conducir sin él. Sin embargo, esta conducta es tanto menos probable cuanto mayor sea la sanción administrativa y, sobre todo, si existe una sanción penal. Un reciente estudio¹³⁶ de observación de conductores a los que se les había sido retirado el permiso, mostró diferencias significativas en cuanto a la conducción sin permiso en función de la menor o mayor dureza de la ley.

Lógicamente, en caso de dependencia alcohólica y conducción habitual bajo los efectos del alcohol, la suspensión del permiso no impedirá la reincidencia en la misma con-

ducta si no se aplican simultáneamente otras medidas para que el conductor supere su problema con el alcohol.

Íntimamente relacionado con la suspensión del permiso está el permiso por puntos, basado en que cada conductor tiene un determinado saldo de puntos, que va perdiendo a medida que comete determinadas infracciones hasta llegar a perder el propio permiso. Esta medida disuasoria ha mostrado su eficacia en Francia, Italia e Irlanda, donde además de reducirse en un 37% las admisiones en urgencias de traumatología al año, la ocupación de camas se redujo a la mitad¹³⁷.

En España, el permiso por puntos entró en vigor el 1 de Julio de 2006, por lo que es pronto para evaluar sus resultados. Se pierden 4 puntos por conducir con una alcoholemia superior a 0,5 g / l en sangre (0,25 ml en aire) y se pierden 6 puntos por conducir con >1 g / l en sangre (0,5, en aire) en el caso de los conductores particulares. Los noveles y profesionales pierden 4 con una alcoholemia superior a 0,3 (0,15, en aire) y pierden 6 con una alcoholemia superior a 0,6 (0,3, en aire).

Tasa de alcoholemia baja: El riesgo 0 no existe, por lo que no se puede recomendar ningún umbral absoluto por debajo del cual no sobrevenga ninguna deficiencia de las aptitudes psicomotoras de percepción, seguimiento, de visión y de atención¹³⁸. De ahí que se proponga una evolución a la baja de las alcoholemias legales. La UE pretende lograr primero una unificación de tasas en Europa, a un límite máximo de 0,5, como máximo, que debería evolucionar a la baja. Para conductores noveles, motoristas, conductores de vehículos de grandes dimensiones y de vehículos de transporte de materias peligrosas la tasa legal debería ser ya de 0,2^{132,133}. Las modificaciones legales, a la baja, siempre tienen un efecto disuasorio. Por el contrario, los cambios al alza se siguen de un aumento de la mortalidad, como ocurrió en Portugal en el año 2002, cuando la tasa legal pasó de 0,2 g / l a 0,5 g / l y las muertes de tráfico aumentaron en un 10%¹³². Una revisión de 14 estudios norteamericanos sobre los efectos de la reducción del nivel legal de alcoholemia comprobó la eficacia de reducir la alcoholemia legal de 1 a 0,8, de 0,8 a 0,5 y de 0,5 a 0,2 por lo que respecta a los accidentes, las lesiones y las muertes¹³⁹.

En España, la alcoholemia legal es de 0,5 g/l (0,25 ml en aire) para los conductores en general y de 0,3 g/l (0,15ml en aire espirado) para los conductores noveles y profesionales, además de para los ciclistas (Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre por el que se aprueba el Reglamento de Circulación).

Alcoholemia inferior para jóvenes («tolerancia cero»): los jóvenes tienen un riesgo muy superior de sufrir accidentes debido a su doble inexperiencia, al volante y con el alcohol. A ello habría que añadir las conductas típicas de los muy jóvenes, corriendo riesgos para impresionar. Siempre que se reduce la alcoholemia legal para los jóvenes disminuyen los accidentes y lesiones¹⁴⁰, comprobándose también una relación entre la magnitud de la reducción y la reducción de la siniestralidad.

Permiso graduado: Las limitaciones del permiso en conductores noveles se han mostrado efectivas. Suelen incluir varias limitaciones: además de una alcoholemia legal más baja que los adultos (0,2 g/l), un menor límite de velocidad, prohibición de conducción nocturna, etc.

La eficacia y efectividad del permiso graduado queda confirmada en una reciente y amplia revisión de la Biblioteca Cochran¹⁴¹.

En España, aunque no existe el permiso graduado, los jóvenes tienen menos puntos asociados al permiso de conducir (8, en lugar de 12).

El conductor designado: Es evidente que quien deba conducir no ha de beber y que es absolutamente recomendable que, si un grupo de personas sale a cenar, de fiesta o celebración, una de cada cuatro decida no beber para hacerse cargo de la conducción.

Sin embargo, la figura del «conductor designado o alternativo» se refiere al conductor que participa puntualmente en una campaña, habitualmente promovida por la industria alcoholera. Estas campañas se dirigen exclusivamente a los jóvenes que salen de noche, nunca para los ejecutivos con corbata que saborean un almuerzo de negocios bien regado. Existen evidencias^{142,143} de que los pasajeros del conductor designado beben más y de que son los jóvenes de 18 a 23 años, los bebedores de mayor riesgo y los participantes reclutados en discotecas los que tienen más tendencia a incrementar su consumo alcohólico cuando van de pasajeros de un conductor designado¹⁴⁴.

Aunque el programa puede servir para que un conductor que ha bebido no coja aquel día el volante, se ha comprobado que la participación en estos programas no modifica la conducta futura: ni el consumo de alcohol, ni la conducta de conducir bajo los efectos, ni la de montar en un vehículo conducido por un conductor intoxicado¹⁴⁴. Es más, diversos estudios han evidenciado el consumo de alcohol por parte del propio conductor designado¹⁴⁴. De hecho, estos programas no han demostrado su efectividad para reducir la accidentalidad relacionada con el alcohol.

Desde el punto de vista de la salud pública debe preocupar además el posible aumento del consumo en los pasajeros. Además del perjuicio para su salud, los pasajeros intoxicados pueden ser un peligro para el tráfico: pueden molestar al conductor y viajar sin cinturón, con lo que añaden otro elemento de peligrosidad en caso de accidente.

Alcolock: se trata de un dispositivo que se coloca al motor de arranque o contacto, impide la puesta en marcha del vehículo si el sensor electroquímico que lleva incorporado detecta etanol en el aire espirado.

Antes de arrancar el motor, el conductor debe soplar en el aparato. Si supera la tasa legal, el vehículo no arrancará. Una vez en marcha, el dispositivo demandará pruebas periódicas para evitar que otra persona sople por el conductor. Si el conductor detiene el vehículo por espacio de media hora o más, el *alcolock* vuelve a pedirle la prueba, para evitar consumos en las paradas en ruta. Los dispositivos homologados son fiables y fáciles de utilizar, aunque caros para el conductor particular. La colocación de este dispositivo garantiza la sobriedad en el conductor sancionado. En países que cuentan con legislación y programas al respecto, la instalación del *alcolock* comporta descuentos en las primas de seguros y reducciones en el período de suspensión de la licencia. Sin embargo, esta estrategia no sirve más que de compás de espera pues, si no se aprovecha este tiempo para tratar los problemas de bebida, el *alcolock* no tendrá efecto más allá del tiempo de su colocación, como se ha evidenciado en diversos estudios y se recoge en la reciente revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane¹⁴⁵.

Aunque inicialmente se implantó en los EEUU, el *alcolock* empezó a emplearse en Suecia en 1999, habiendo experimentado un amplio incremento desde entonces en su doble modalidad preventiva primaria, por parte de compañías de transporte, y preventiva secundaria, en infractores sometidos paralelamente a control médico¹⁴⁶. Tras estudiarse su viabilidad en países europeos, se ha procedido a su implementación en varios de ellos, incluida España, que lo ha instalado en autobuses urbanos de Valladolid.

La Tabla 14 recoge las medidas de prevención de la conducción bajo los efectos del alcohol.

Tabla 14. Estrategias para reducir la conducción bajo los efectos del alcohol

Estrategia	Efectividad	Amplitud del soporte científico	Transculturalidad	Coste de implementación
Puntos de control	++	+++	+++	moderado
Controles aleatorios	+++	++	+	moderado
Suspensión del permiso	++	++	++	moderado
Tasa legal de alcoholemia baja	+++	+++	++	bajo
Tasa 0, en jóvenes	+++	++	+	bajo
Permiso graduado	++	++	++	bajo
Conductor designado	0	+	+	moderado
Alcolock	+	+	++	elevado

Fuente: Babor et al., 2003¹⁰², modificado

4.1.6.3. Estrategias para regular la promoción de bebidas alcohólicas

La publicidad y las campañas de promoción son el último paso de la estrategia de mercado, iniciada con el desarrollo del producto. La industria alcohólica, como cualquier otra, promociona sus productos a base de publicidad, patrocinios y campañas promocionales diversas. Su publicidad, como la de cualquier otro producto comercial, se basa en estudios motivacionales, existiendo estudios diferenciados para los distintos sectores de la población (por género, edad, etc.). La publicidad promociona estilos de vida, lo que es sobre todo preocupante en el caso de los jóvenes. En su caso, además de estudiarse el mensaje que más eco va a encontrar en ellos, se ven sometidos a una mayor exposición a determinados anuncios que los adultos, habiéndose comprobado que, en los EEUU, los menores vieron, en 2002, un 45% más de anuncios de cerveza, un 12% más de bebidas destiladas y un 65% más de bebidas refrescantes con alcohol que los adultos¹⁴⁷.

Los anuncios de bebidas alcohólicas aparecen profusamente en revistas y prensa, diversificados según el tipo de lector destinatario, hallándose significativamente más anuncios de alcohol y tabaco en las revistas con lectores predominantemente jóvenes que en las que cuentan con pocos lectores de esa franja de edad (Sánchez et al., 2000, citado por Anderson & Baumberg, 2006¹⁰⁹). La publicidad parece incidir sobre el sistema de recompensa del cerebro existiendo cierta evidencia, aún no concluyente, con respecto a la existencia de una relación directa entre el volumen de anuncios y el consumo de bebidas alcohólicas¹⁰⁹.

En la radio, además de emitirse anuncios, existen programas de audiencia fundamentalmente juvenil (radio fórmulas) patrocinados por marcas de destilados, cuya promoción se entremezcla con el propio programa.

La televisión es el perfecto marco donde, a través de la publicidad directa o indirecta, mejor puede promocionarse una forma de vida vinculada al uso de alcohol. Éste aparece asociado a la juventud, el atractivo, la sociabilidad, el éxito sexual, la aventura... las imágenes, la música de fondo; las imágenes suelen ser especialmente atractivas, especialmente para los jóvenes. Por otra parte, las películas y muy especialmente determinadas

series de sobremesa presentan un consumo, a menudo copioso, de alcohol como una conducta normalizada y asociada tanto a la diversión como a la evasión de problemas. En el caso de las series televisivas, existe además un descarado emplazamiento de bebidas alcohólicas con la marca bien visible.

El patrocinio por parte de alcoholeras de numerosos eventos deportivos traspasa fronteras, saltándose a menudo limitaciones legales de países receptores.

Por lo que respecta a *internet*, se trata de un medio fácil para la promoción de productos y difícil de controlar.

Otra forma de promocionarse son las campañas de descuentos, las ofertas 2 x 1, etc. y la exposición del producto en el punto de venta.

Lógicamente, la inversión publicitaria se debe recuperar con las ventas. En el caso del alcohol, sin embargo, nos encontramos ante una mercancía no ordinaria y que, por tanto, debería estar sujeta a una regulación especial. La industria de las bebidas alcohólicas suele oponerse a ello, aduciendo que cuentan con sus propios códigos de autorregulación que, sin embargo, se han mostrado claramente insuficientes.

La autorregulación significa que es la propia industria (o grupo de empresas diversas) la que reglamenta y controla el cumplimiento del código consensuado. También es la entidad en cuestión la que decide a quién hay que sancionar y se ocupa de ello. Este último paso puede hacerse antes de que aparezca el anuncio, a través de control interno, o después que haya sido expuesto y sido objeto de una reclamación, a menudo desestimada con insólitos razonamientos. Aunque la autorregulación podría ser más eficiente, flexible y barata y tener más conocimiento del tema que una agencia gubernamental, existe el riesgo de que se utilicen esos conocimientos en beneficio del negocio y de que la entidad reguladora esté sujeta a presiones comerciales, además de la posibilidad de que pase por alto necesidades de la población o el punto de vista externo a la industria. También es cuestionable su posibilidad de sancionar de forma efectiva¹⁰⁹. En España, la autorregulación corre a cargo de *Autocontrol*.

Por lo que respecta a regulación propiamente dicha, consiste en las medidas legales dispuestas por cada gobierno.

En España, la Ley General de Publicidad (Ley 34/1988, de 11 de noviembre) considera ilícita la publicidad engañosa, la subliminal y la indirecta (el emplazamiento del producto, no regulado explícitamente, es objeto de controversias, aunque puede ser homologado a la publicidad indirecta y a la engañosa). Con respecto al alcohol, se prohíbe la publicidad en televisión de todos los anuncios de bebidas de más de 20° a cualquier hora. También prohíbe la publicidad de alcohol en lugares donde no está permitida su venta.

Se contempla también prohibir la publicidad de bebidas alcohólicas de menor graduación por motivos de salud, teniendo en cuenta los sujetos destinatarios (ámbitos sanitarios, educativo y deportivo).

La Ley del Deporte (Ley 10/1990, de 15 de octubre) prohíbe, en su artículo 67, la introducción, venta y consumo o tenencia de toda clase de bebidas alcohólicas en estadios o espacios deportivos. La aplicación conjunta de esta ley junto con la Ley General de Publicidad (prohibido anunciar donde está prohibido consumir) ha permitido retirar la publicidad en las vallas de dichos recintos.

La Ley 25/1994 de 12 de julio, que incorpora al ordenamiento jurídico español la directiva europea Televisión sin Fronteras (Directiva 89/552/CEE), señala las limitaciones de contenido argumentativo: no representar a menores bebiendo ni tenerlos a ellos como

destinatarios; no asociar el alcohol al éxito sexual o social, al rendimiento físico, a conducción de vehículos o a efectos terapéuticos o de solución de conflictos; no estimular el consumo inmoderado ni dar una imagen negativa de la abstinencia.

La valoración de estos contenidos está sujeta a la libre interpretación de quien los juzga, con lo que resulta difícil que un organismo autorregulador acepte las reclamaciones.

La Directiva europea, enmendada el 13 de Diciembre por el Parlamento (<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2>), invita a la colaboración entre los especialistas del sector y las autoridades nacionales a través de la corregulación como un vínculo entre la autorregulación y la legislación nacional. La «corregulación» es, en efecto, una forma intermedia, donde coexisten la autorregulación, basada en los propios códigos éticos, con la regulación legal, completándose mutuamente y a veces involucradas en un mismo organismo de control. El texto adoptado por el Parlamento no modifica en cambio el único artículo que había sobre la publicidad de bebidas alcohólicas, sólo referido al argumento de los anuncios y no se han incluido por tanto las limitaciones de horarios, frecuencia y concentración de anuncios, etc. que las ONGs orientadas a la prevención y algunas asociaciones de usuarios habían solicitado.

La reducción de la publicidad y control de su contenido probablemente reduciría el daño relacionado con el alcohol (ver Tabla 15), especialmente teniendo en cuenta el impacto de los anuncios en generar una actitud positiva frente a las bebidas alcohólicas.

Tabla 15. Estrategias para regular la promoción de bebidas alcohólicas

Estrategia	Efectividad	Amplitud del soporte científico	Transculturalidad	Coste de implementación
Reducir el volumen de anuncios	+ / ++	++	++	Bajo
Control del contenido	¿	0	0	Moderado

Fuente: Babor et al., 2003¹⁰²

4.1.6.4. Estrategias educativas y de persuasión

La educación por si sola no parece ser un elemento determinante para la prevención de hábitos tóxicos; sin embargo, está en la base de todo trabajo preventivo, aunque sea como sustrato que prepara al individuo para aceptar mejor o peor mensajes posteriores e incluso medidas legislativas (ver Tabla 16).

Los programas escolares han tenido y tienen gran difusión en todos los países. Sin embargo, a pesar de esta larga trayectoria y de las mejoras implementadas, el tamaño del efecto es pequeño para la mayoría de programas y los fracasos son frecuentes¹⁰⁹.

La prevención basada en programas educativos escolares no debe orientarse a la mera información, sino al cambio de actitudes, expectativas, habilidades sociales y autoestima que les ayuden a demorar el consumo de alcohol y hacerlo en el futuro con el mínimo riesgo.

Los programas basados en la información aumentan el conocimiento y acaso modifican actitudes, pero no llegan a modificar conductas¹⁴⁸. A veces, incluso pueden promover el uso de las sustancias.

Los programas basados en la resistencia a la presión de grupo y la educación normativa han demostrado cierta utilidad para prevenir conductas de riesgo con el alcohol, aunque con resultados dispares¹⁰⁹. La mayor parte de programas basados en las habilidades de resistencia han fallado en cuanto a modificar conductas^{149,148}.

Algunos programas escolares se han orientado a resistir la influencia de la publicidad.

Los programas con mayor posibilidad de éxito son los multicomponentes y los que entrenan a los alumnos en la toma de decisiones. También resultan prometedores los programas que, además de la educación del alumno, incluyen intervenciones a nivel familiar o comunitario. Sin embargo, existen evidencias de que incluso programas bien diseñados no bastan para demorar el inicio del consumo o mantener una pequeña reducción del consumo de alcohol más allá de la duración del programa¹⁰⁹.

Un reciente metaanálisis publicado por la biblioteca Cochrane, que revisó 56 estudios, halló una falta de efectividad en 23 de los programas con seguimiento a corto plazo; en 19, con seguimiento a medio plazo, y en 6, con seguimiento a largo plazo. Cinco programas tuvieron efectos negativos a corto y medio plazo. Los autores¹⁵⁰ señalan que algunas de las intervenciones estuvieron mal evaluadas y, por tanto, no se podía confirmar su ineficacia. Sin embargo, en otras muchas se confirmó la falta de eficacia, con lo que se concluyó que no debían continuar utilizándose.

En conjunto, no pudieron obtenerse datos concluyentes sobre la efectividad de los programas educativos con seguimiento a corto (1 año) y medio (1-3 años) plazo.

En cuanto a la efectividad a largo plazo (>3 años), pudo comprobarse para 3 programas, siendo el Programa de Fortalecimiento Familiar (*Strengthening Families Program*) el que obtuvo mejores resultados. Fue capaz de prevenir tres conductas de iniciación al alcohol: consumo, consumo sin permiso y primera embriaguez, con un NNT (número necesario para tratar) de 9. Este programa¹⁵¹ consiste en una intervención basada en la familia, tiene un diseño sólido y un sólido patrón de efectividad en las tres variables mencionadas. Al contrario que la mayoría, el programa parece aumentar su efectividad a medida que pasa el tiempo.

El programa LST (*Life Skills Training*) que es un programa multimodal de educación sobre drogas¹⁵⁰, fue parcialmente efectivo en el seguimiento a medio plazo, pero efectivo a más largo plazo (más de 3 años). Los adolescentes que lo recibieron reportaron menos episodios de embriaguez que el grupo control, siendo mejores los resultados en los adolescentes que asistieron al menos al 60% de las sesiones. Sin embargo, Foxcroft et al.¹⁵⁰ detectan un análisis defectuoso del estudio.

El tercer estudio hallado eficaz a largo plazo fue el de Schinke et al.¹⁵² con un programa basado en la cultura realizado en la escuela y la comunidad con americanos nativos. Foxcroft et al.¹⁵⁰ se plantean hasta qué punto se puede estimar un impacto de este programa en la salud pública.

Las intervenciones probadamente ineficaces incluyeron programas arraigados como el DARE o Drug Abuse Resistance Education (Clayton, 1991), el AMPS (Shope, 1996), Project Alert (Ellickson, 1990) y el Stay Smart (St Pierre, 1992), citados por Foxcroft et al.¹⁵⁰.

Tabla 16. Estrategias educativas y de persuasión

Estrategia	Efectividad	Amplitud del soporte científico	Transculturalidad	Coste de implementación
Educación escolar	0/+	+++	++	Elevado
Campañas educativas	0	+++	++	Moderado
Etiquetas con advertencias	0	+	+	Bajo

Fuente: Babor et al., 2003¹⁰² y Anderson & Baumberg, 2006¹⁰⁹

Campañas educativas: Ya se emitan por radio o televisión, se publiquen en la prensa o aparezcan en vallas publicitarias, los mensajes preventivos intentan advertir de los riesgos asociados al consumo de alcohol. Aunque bien intencionados, estos mensajes suelen tener menor soporte económico y penetración que los de promoción del consumo, pagados por la industria y con población diana bien definida. Además suelen referirse exclusivamente a aspectos muy delimitados como el alcohol y la conducción.

La contrapublicidad se diferencia de las campañas informativas por dirigirse concretamente a la forma en que el producto es promovido por la publicidad. La Agencia de Salud Pública de Barcelona editó, dentro de su programa de ocio alternativo «De Marcha sin Tropiezos», financiado por la Delegación del Plan Nacional sobre Drogas, una colección de postales de contrapublicidad.

Los medios de comunicación pueden contribuir a hacer una labor de sensibilización y educación sobre los riesgos del alcohol, contribuyendo a preparar a la población para la implantación de medidas de prevención efectivas.

Por diversos medios pueden divulgarse las guías sobre el consumo «prudente» de alcohol. Las guías suelen contener consejos no necesariamente homogéneos, teniendo en cuenta el valor de la bebida estándar, que varía según países, e incluso la cierta arbitrariedad de los límites de riesgo, no consensuados a nivel internacional. Al elaborar material divulgativo con dichas directrices se debe ser muy cauto para no dar el mensaje de «promoción del consumo responsable», sino de advertencia sobre los límites de riesgo que no conviene sobrepasar.

Etiquetas de las bebidas: Por lo que respecta a las etiquetas de las bebidas alcohólicas, deberían incluir, además de información sobre sus grados y, por tanto, la cantidad de unidades de «bebida estándar» incluidas en el envase, mensajes de advertencia sobre posibles consecuencias de su consumo para la salud. Los estados donde estas etiquetas son obligatorias, eligen el mensaje o mensajes a incluir, que pueden aludir a la salud en general o a efectos deletéreos concretos como los efectos del alcohol sobre la conducción o sobre el feto.

Para mejorar los resultados de los programas educativos, se han realizado propuestas basadas en la evidencia de los que han resultado efectivos¹⁰⁹:

1. Adoptar un diseño de investigación adecuado.
2. Animar a los planificadores de programas a entrevistarse con jóvenes y probar la intervención con gente joven y profesores, en una fase previa de desarrollo del programa.
3. Administrar el programa en períodos relevantes del desarrollo de los jóvenes.
4. Asegurarse de que los programas son interactivos y basados en el desarrollo de habilidades.

5. Establecer objetivos de cambio de conducta relevantes y que incluyan a todos los jóvenes.
6. Incluir sesiones de refuerzo, años después.
7. Incluir información que resulte de uso práctico inmediato para los jóvenes.
8. Incluir una adecuada formación de los profesores para que puedan administrar el programa de forma interactiva.
9. Hacer ampliamente asequibles los programas eficaces.
10. Adoptar estrategias de marketing que incrementen la exposición a los programas efectivos.

El bajo rendimiento de la prevención basada en la educación no debe ser interpretado como una invitación al abandono de dichas estrategias. La educación, aunque no es suficiente, es necesaria para facilitar la comprensión, aceptación y sostenibilidad de medidas de control, las más efectivas.

4.1.6.5. Estrategias de prevención indicada: intervenciones breves en los bebedores de riesgo

Las intervenciones breves, promovidas por la Organización Mundial de la Salud en los años 80 para evitar que los bebedores de riesgo progresaran a la dependencia o desarrollaran otras complicaciones de su consumo, son una forma simple de abordar el consumo arriesgado de alcohol. Como su nombre indica, son breves, aunque de variable duración, y se componen básicamente de cribado, consejo y un cierto seguimiento. Más que terapéuticas son reeducativas y proactivas, en el sentido de que se le ofrecen al paciente identificado sin esperar a que éste sienta la necesidad de consultar por su consumo de alcohol. En sus distintas modalidades de simple consejo e intervención breve, sin o con visitas de refuerzo (de 1 a 3), pretenden motivar al paciente para que corrija su hábito de consumo, no para que se abstenga. En caso de dependencia alcohólica, lo mejor es derivar al paciente a un programa de deshabitación. En los últimos 25 años se han publicado suficientes estudios, revisiones y metaanálisis^{153,154,155,156,157} para dejar fuera de duda la efectividad de las intervenciones breves en general, con un buen tamaño del efecto¹⁵⁸. Un estudio de análisis secundario de los datos procedentes de 7 estudios asignados aleatoriamente y que recogían una estimación cuantitativa del consumo de alcohol previo y posterior a la intervención, indicó una reducción neta en los grupos de intervención, comparados con los controles¹⁵⁹. La OMS ha calculado el impacto y el coste que tendría aplicar la intervención breve al 25% de los pacientes de atención primaria. Para la Unión Europea, el coste sería de 740 millones de euros, lo que evitaría 408.000 años de discapacidad y muerte prematura¹⁰⁹. Lo que se ignora aún es la duración del efecto, pues aunque algún estudio se ha extendido a lo largo de varios años¹⁶⁰, la mayor parte hacen seguimientos de 12 meses e incluso inferiores.

La mayoría de estudios sobre intervención breve se refieren a su aplicación en atención primaria de salud, aunque en los últimos años se ha ido extendiendo esta práctica al ámbito de las urgencias y de la traumatología. La complejidad de este ámbito y los distintos ambientes en que se trabaja (urgencias generales, urgencias de traumatología, hospital

de traumatología...) hacen que los resultados sean menos consistentes, aunque arrojen en conjunto un balance positivo^{161,162,163,164} como se refleja en las revisiones de D'Onofrio y Degutis¹⁶⁵ y Dinh-Zarr et al¹⁶⁶. Es de señalar que los pacientes lesionados de tráfico reaccionan más positivamente a la intervención que otros lesionados¹⁶⁴. En conjunto, el ámbito de urgencias obtiene más resultados en cambios de conductas puntuales de riesgo (conducir intoxicado) y complicaciones del consumo (nuevas lesiones) que en la reducción significativa del consumo habitual¹⁶⁷.

El problema de estas intervenciones, tanto en atención primaria como en urgencias, es su implementación. Por muy bueno que sea un procedimiento no será efectivo si no se aplica.

En España, las primeras intervenciones en primaria las aplicó SEMFYC, dentro de su programa de actividades preventivas PAPPs, habiéndose desarrollado 2 estudios multicéntricos, EMPA¹⁶⁸ y EIBAL¹⁶⁹, que indicaron la efectividad de la intervención breve, reafirmada por un metaanálisis a nivel de España¹⁷⁰.

En Cataluña y en el marco del *Drink Less Programme* de la OMS, se viene desarrollando desde finales de los 90 un programa de formación de profesionales de primaria e implementación del consejo breve en las áreas básicas de salud, que refleja las dificultades de convertir en rutinario el cribado y consejo del bebedor de riesgo. En el campo de las urgencias, se han desarrollado en Barcelona dos estudios de intervención breve en urgencias: uno de efectividad¹⁷¹ y otro de implementación. También se está desarrollando un cribado y consejo breve *on-line*, con inclusión de consultas personalizadas.

La Tabla 17 recoge el rendimiento de las intervenciones breves.

Tabla 17. Intervenciones de prevención indicada: cribado e intervención breve

Estrategia	Efectividad	Amplitud del soporte científico	Transculturalidad	Coste de implementación
Intervenciones breves en APS ²	+++	+++	+++	Moderado
Intervenciones breves desde urgencias	++	++	++	Moderado

Fuente: Babor et al., 2003¹⁰²

De la revisión de medidas preventivas realizada por Babor et al.¹⁰², se deduce que las estrategias más efectivas son las siguientes:

1. *Edad mínima para comprar alcohol* (en España todavía la edad legal es de 16 años, aunque la mayoría de autonomías la han elevado a 18 años).
2. Restricciones a las horas y días de venta (en España dependen de los municipios).
3. *Restricciones a la densidad de locales* (en España no suelen aplicarse, salvo decisión del municipio).
4. *Monopolio gubernamental de la venta al detalle* (sólo existe en los países nórdicos y no sería aplicable).

² APS: Atención Primaria de Salud.

5. *Impuestos sobre el alcohol* (En España no se grava el vino; en general, impuestos bajos).
6. *Controles de alcoholemia* (En España han ido aumentando mucho en los últimos años, aunque sería bueno incrementarlos).
7. *Bajo límite de alcoholemia legal* (En España el nivel de alcoholemia permitido a los conductores en general es el que recomendó la CE; habría que bajarlo aún más el de los noveles y profesionales: de 0,3 a 0,2).
8. *Suspensión administrativa del permiso de conducir* (En España es más probable ahora que antes, desde la entrada en vigor del permiso por puntos; la infracción de conducir sin permiso está insuficientemente penalizada; se ha propuesto que sea delito penal).
9. *Permiso graduado para conductores noveles* (existe parcialmente en España: menos puntos asociados al permiso de conducir, limitación de velocidad).
10. *Intervenciones breves para bebedores de riesgo* (desde la década de 1990 se está intentando su implementación en el ámbito de atención primaria y en la presente década se inician experiencias en urgencias y a través de internet).

Tradicionalmente, se ha considerado que la prevención y la promoción de salud eran sinónimo de educación (escolar, recomendaciones del médico, campañas comunitarias...). La prevención educativa, para prevenir la demanda, tiene su buena razón de ser y debe seguir haciéndose. Sin embargo, hay que reconocer que los mensajes de promoción del consumo (publicidad directa e indirecta, modelado de estilos de vida, etc.) tiene mucho más poder persuasivo que los mensajes de educación para la salud. Por ello, y por la evidencia de la cuestionable eficacia de los programas escolares, no tiene sentido concentrar en ellos los recursos preventivos en programas educativos a expensas de la implementación de otras estrategias con fuerte evidencia científica de su efectividad, también subsidiarias de financiación; los controles de carretera y en general del cumplimiento de la ley y el consejo breve, por ejemplo, cuestan dinero, aunque son coste-efectivos.

Toda política de salud pública y, en este caso, la de alcohol, debe apoyarse en las evidencias científicas disponibles, a las que debe darse prioridad en su implementación. La población tiene derecho a exigir que su salud se proteja y promueva con el concurso de los medios y conocimientos a nuestro alcance. Algunas medidas pueden crear un conflicto de intereses o resultar impopulares; de ahí la necesidad de una labor de abogacía (*advocacy*) por parte de los profesionales y científicos, así como la importancia de realizar una buena pedagogía social a fin de que los ciudadanos comprendan el por qué de cada medida adoptada, de forma que se faciliten su aceptación y sostenibilidad.

Puntos clave

- La mejor manera de reducir el daño por alcohol es reducir su consumo per cápita.
- A nivel poblacional, desde un punto de vista sanitario, nunca se debe promover el consumo (*alcohol, cuanto menos, mejor*), lo que no se opone a eventuales beneficios en individuos concretos, subsidiarios de recomendaciones personalizadas.
- Las medidas que afectan a la prevención de la oferta (precios, disponibilidad, edad legal...) así como otras estrategias de control externo (alcoholemias legales y controles de alcoholemia, etc.), son las más efectivas para reducir el daño por alcohol.
- La educación y sensibilización ayudan a desarrollar el control social y, a la larga, el interno o ético, que condicionan la aceptación y sostenibilidad de las medidas.

Recomendaciones para una política de alcohol efectiva

1. El establecimiento de una política de alcohol debería constituir un proceso circular¹⁰² mediante la evaluación de los problemas existentes, aplicación de estrategias con efectividad basada en la evidencia y evaluación sistemática que permita modificaciones. Aunque no siempre puede seguirse este proceso, es importante intentar ajustarse a él.
2. La Europa sin fronteras hace cada vez más difícil una autonomía de políticas, debiendo éstas ajustarse a menudo a tratados internacionales. Incluso cuando no existen decisiones vinculantes, es importante tener en cuenta las recomendaciones del Consejo de Europa, así como tratar de armonizar normativas, leyes y sanciones de los países de la Comunidad a fin de evitar incongruencias (una conducta que se sanciona en un país, deja de sancionarse al cruzar la frontera).
3. La progresiva globalización industrial y la economía de libre mercado plantean importantes retos a la política de salud pública, creando conflictos entre industria y promotores de salud, entre ministerios de un mismo gobierno y entre distintas divisiones de la Comisión Europea, olvidándose a menudo que el alcohol no es una «mercancía ordinaria¹⁰²», sino que genera globalmente más gastos que beneficios. Habría que armonizar precios e impuestos y restringir la publicidad y el patrocinio de forma consensuada.
4. No debería aceptarse el apoyo de la industria alcohólica a proyectos educativos o de investigación relacionados con el alcohol y la salud.
5. Las políticas de reducción de la oferta tienen el mayor potencial para reducir el daño que hace el alcohol. Respecto a los programas educativos de prevención, su aportación es probablemente mayor cuando son congruentes con el entorno social. Sólo los programas estructurados que hayan demostrado su utilidad en evaluaciones rigurosas deben ser apoyados a gran escala.
6. La efectividad y buen balance coste-eficacia de las intervenciones breves hace recomendable su implementación a todos los niveles de ámbito sanitario.

5. Capítulo V. Eficacia, efectividad y viabilidad de las posibles intervenciones en la práctica clínica

5.1. Cribado del consumo de riesgo³

(Autor: Antoni Gual)

¿Está justificado el cribado del consumo de riesgo?

Dado que el alcohol se halla implicado de forma dosis-dependiente en una gran variedad de patologías físicas y mentales, está justificado que los profesionales de la atención primaria aprovechen la oportunidad de detectar precozmente los consumos de riesgo. A pesar de que muchos profesionales dicen realizar este cribado de forma sistemática¹⁷², los porcentajes de población cribados son bajos¹⁷³ y los pacientes por lo general no recuerdan haber sido preguntados al respecto¹⁷⁴. Dado que muchos bebedores de riesgo son desconocidos para sus médicos¹⁷⁵, un abordaje sistematizado sería recomendable para facilitar su identificación.

¿En qué grupos de pacientes debe realizarse el cribado?

Una verdadera estrategia preventiva implica la implementación del cribado sistemático. Si la sobrecarga asistencial hace imposible dicho objetivo, se puede limitar la intervención a grupos de alto riesgo o a situaciones específicas (primera visita, incapacidades laborales por accidentes, absentismo, etc). La selección de los grupos de riesgo puede realizarse en base a la evidencia epidemiológica (por ejemplo, varones de mediana edad) o en función de la vulnerabilidad (por ejemplo mujeres embarazadas o adolescentes).

En cualquier caso, el cribado del consumo de riesgo deberá realizarse sistemáticamente en los pacientes que presenten trastornos que puedan estar relacionados con el alcohol, tales como: hipertensión, cefalalgia, dispepsia, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, déficits atencionales, disfunciones sexuales, accidentes, enfermedad hepática, cáncer, resacas y bajo rendimiento laboral. Del mismo modo, se realizará el cribado sistemáticamente ante la presencia de signos clínicos como temblor, arañas vasculares, hepatomegalia, halitosis etílica o elevaciones de VCM, GGT, ASAT o ALAT.

³ Este texto constituye una adaptación resumida del Capítulo 5 «Identifying hazardous and harmful alcohol use» en Anderson P, Gual A, Colom J. (2005) Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

¿En qué ámbitos asistenciales?

Aunque el cribado del consumo de riesgo puede realizarse en la práctica totalidad de ámbitos asistenciales, la mayor evidencia sobre su efectividad procede de la atención primaria de salud. Asimismo, su utilización rutinaria en los servicios de urgencias médicas se va generalizando, del mismo modo que en el ámbito hospitalario¹⁷⁶ existen ya diversos trabajos que ilustran la conveniencia y las dificultades para implementar las técnicas de detección precoz y consejo breve. Un ámbito donde la experiencia es más escasa pero debería desarrollarse en un próximo futuro, es el de la medicina del trabajo.

¿Cuales son los mejores instrumentos para identificar el consumo de riesgo?

El consumo de riesgo se puede identificar preguntando directamente sobre el consumo o utilizando cuestionarios específicamente diseñados para este propósito.

5.1.1. Métodos para estimar el consumo de alcohol

Existen dos métodos para registrar el consumo de alcohol referido por los pacientes: (1) las preguntas cantidad/frecuencia (Q/F) que piden al paciente que resuma las cantidades de alcohol consumidas y la frecuencia con la que lo beben durante un determinado periodo de tiempo (un día, una semana, un mes, etc) o en términos de un patrón habitual o «típico»; y (2) estimaciones retrospectivas de las cantidades bebidas en un periodo de tiempo reciente, generalmente la última semana.

Preguntas Cantidad/Frecuencia (Q/F). Una de las principales ventajas de las preguntas Q/F es que son fáciles de completar, facilitando un cribado rápido y eficiente. Su validez y utilidad ha sido demostrada¹⁷⁷ y por regla general los resultados son más objetivos cuando se circunscribe la exploración a un periodo concreto (una semana, un día, etc) que cuando se usan términos más genéricos¹⁷⁸ (habitualmente, un día normal, etc.). Las preguntas Q/F tienden a describir las conductas más habituales, más que el consumo promedio¹⁷⁹, y existe evidencia de que los encuestados tienden a omitir los periodos de abstinencia cuando se les pregunta por los últimos 12 meses¹⁸⁰. Periodos de tiempo más cortos y recientes son recordados con mayor precisión, pero pueden no ser significativos del patrón de consumo. De hecho uno de los problemas para la validez de la Preguntas Q/F lo constituye la variabilidad intra-paciente de los patrones de consumo, dado que la variabilidad es la norma y la regularidad es la excepción en relación al consumo alcohólico, y además dicha variabilidad tiende a incrementarse en los pacientes más consumidores¹⁸¹. En España se ha validado el Interrogatorio Sistematizado de Consumos alcohólicos¹⁸² que ha mostrado ser un instrumento con mayor sensibilidad en hombres que en mujeres (70%-81% versus 50%-72,7%) y con una elevada especificidad en ambos géneros (82%-99% en hombres y 97%-100% en mujeres).

Métodos de estimación mediante diario. Los métodos de estimación diaria consumen más tiempo y recursos y exigen un mayor esfuerzo al paciente. Por regla general los instrumentos retrospectivos (Timeline Followback¹⁸³; Form 90: Miller & Del Boca 1994; Miller 1996) facilitan al paciente un calendario que cubre un período específico de tiempo y se pide a los pacientes que recuerden las cantidades consumidas en cada uno de los

días controlados. Se suelen administrar mediante entrevista, pero existen adaptaciones para teléfono (Form 90-T¹⁸⁴) y ordenador (Timeline Followback: Sobell & Sobell 1995b). La validez y fiabilidad de las estimaciones retrospectivas se halla bien establecida¹⁸⁵, y su validez es superior a la de las preguntas Q/F¹⁸⁶.

Metodos de evaluación mediante ordenador o internet. El uso de ordenadores se está generalizando en la práctica clínica. Ello supone ventajas en cuanto a la posibilidad de convertir automáticamente las respuestas de los pacientes en unidades de bebida estándar (UBE)¹⁸⁷ sin que los resultados difieran sensiblemente de los que se obtienen con los métodos convencionales¹⁸⁸. Las evaluaciones a través de la web sí han mostrado mayores tasas de respuesta que las basadas en el correo¹⁸⁹.

5.1.2. Cuestionarios de identificación o cribado

Existen varios instrumentos que permiten identificar al consumidor de riesgo. Entre ellos citaremos el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)¹⁹⁰, su versión corta, el AUDIT C¹⁹¹, el Fast Alcohol Screening Test (FAST)¹⁹², el CAGE¹⁹³, así como el TWEAK¹⁹⁴, el brief MAST¹⁹⁵, el MALT¹⁹⁶, el RAPS¹⁹⁷, el Five-Shot Test¹⁹⁸ y el PAT¹⁹⁹. Nos centraremos en el AUDIT, el AUDIT-C, el FAST y el CAGE dado que son los instrumentos más validados y de mayor difusión.

Alcohol Use Disorders Identification test (AUDIT) El AUDIT fue desarrollado por la OMS para detectar tanto consumos de riesgo como dependencia alcohólica. Incluye 10 preguntas que cubren los tres ámbitos correspondientes: consumo de riesgo (preguntas 1 a 3), problemas relacionados con el alcohol (preguntas 7 a 10) y dependencia alcohólica (preguntas 4 a 6). Cada pregunta se puntúa de 0 a 4, y la suma final permite identificar, en función del punto de corte, tanto los consumos de riesgo como la dependencia alcohólica.

El estudio original del AUDIT mostró una sensibilidad del 97% y una especificidad del 78% para el consumo de riesgo con un punto de corte de 8 o más²⁰⁰. Con el mismo punto de corte pero frente a otros criterios estándar, se han encontrado sensibilidades del 51% y 59% y especificidades del 91% y 96% para consumo de riesgo y dependencia respectivamente²⁰¹. Para la detección combinada de consumo de riesgo, perjudicial y dependencia, con un punto de corte de 5 o más, se encontró una sensibilidad del 84% y una especificidad del 90%²⁰².

A pesar de que existe una versión mexicana, utilizada ya en los estudios originales, en España el AUDIT ha sido traducido y validado por varios autores^{203,204,205,206}, con algunas variaciones en la traducción de algún ítem y menor sensibilidad en la población femenina.

El AUDIT se ha utilizado con éxito en diversos ámbitos²⁰⁷: atención primaria de salud²⁰⁸, urgencias²⁰⁹, drogodependientes²¹⁰, desempleados²¹¹, estudiantes universitarios²¹², pacientes mayores hospitalizados²¹³, y personas con niveles bajos de renta²¹⁴.

Asimismo, el AUDIT ha sido estudiado en una gran variedad de países y culturas^{215,216}, lo cual hace pensar que el AUDIT ha cumplido su promesa de ser un instrumento internacional de cribado. A pesar de que su validez en mujeres es menor²¹⁷, el AUDIT se puede utilizar en ambos géneros. El efecto de la edad no se ha estudiado sistemáticamente, pero un estudio²¹⁸ encontró una menor sensibilidad y mayor especificidad en pacientes de más de 65 años y en la validación española de Rubio et al (1998) el punto de corte para mayores de 60 años se estableció en 5, aunque estudios más recientes no encuentran puntos de corte distintos entre mayores y menores de 65 años²¹⁹.

En relación al resto de instrumentos de cribado el AUDIT ha mostrado en todos los casos un rendimiento igual o superior²²⁰. Bohn, et al.²²¹ encontraron una alta correlación entre el AUDIT y el MAST ($r = 0,88$) y Hays et al²²² encontraron también una elevada correlación ($r = 0.78$) entre el AUDIT y el CAGE en pacientes de consulta externa.

Dos trabajos han estudiado la relación del AUDIT con la futura aparición de problemas. Clausen & Aasland²²³ encontraron un mayor riesgo de continuar desempleados en trabajadores en paro con AUDIT superior a 8. En el estudio de Conigrave et al²²⁴, los resultados del AUDIT predijeron tanto la futura aparición de patología orgánica y social relacionadas con el alcohol, como la utilización de recursos sanitarios.

La fiabilidad del AUDIT ha sido evaluada por diversos autores^{225,226}. Los resultados indican una alta consistencia interna, sugiriendo que el AUDIT mide un único constructo de forma fiable. En otro estudio, cambios en el orden de las preguntas y en el texto de algunas preguntas no afectó la consistencia interna ni los resultados obtenidos²²⁷, lo que sugiere que, dentro de unos límites, es aceptable cierta flexibilidad para modificar el orden y el redactado de las preguntas.

El AUDIT-C incluye las tres preguntas sobre consumo de alcohol del AUDIT. Bush et al.²²⁸ evaluaron el AUDIT-C en población masculina. Aunque el AUDIT-C obtuvo mejores resultados que el AUDIT y el CAGE en la identificación de bebedores de riesgo, este estudio se limitó a varones y las entrevistas fueron telefónicas, lo cual puede sesgar los resultados²²⁹. Gordon et al.²³⁰ utilizaron el AUDIT-C para identificar bebedores de riesgo en una amplia muestra de pacientes de atención primaria. El AUDIT-C mostró ser tan efectivo como el AUDIT. En los diversos estudios el AUDIT-C ha mostrado una sensibilidad entre 54 y 98% y una especificidad entre el 57 y el 93%²³¹.

En Bélgica, un amplio estudio²³² comparó el AUDIT con el AUDIT-C y el Five Shot Questionnaire. Para la identificación de la dependencia alcohólica el AUDIT-C obtuvo peores resultados, especialmente en mujeres.

En el estudio de validación español²³³, se 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 del AUDIT-C, el AUDIT y el consumo alcohólico medido en UBEs fueron positivas y muy significativas. El AUDIT-C y el AUDIT mostraron sensibilidades y especificidades similares en la detección de bebedores de riesgo. Para los hombres el mejor punto de corte fue 5 (sensibilidad 92.4%; especificidad 74.3%), y entre las mujeres el mejor punto de corte fue 4 (sensibilidad 90.9% y especificidad 68.4%). Un trabajo posterior de Gomez et al²³⁴ encontró resultados muy parecidos. En un trabajo pendiente de publicación²³⁵ el AUDIT-C mostró su utilidad con los mismos puntos de corte en pacientes de urgencias traumatológicas.

El Five-Shot Questionnaire. Seppä et al. desarrollaron en Finlandia este cuestionario para la detección del consumo de riesgo combinando dos preguntas del AUDIT y tres del CAGE. Este instrumento mostró un mejor rendimiento que el CAGE en población adulta masculina, pero se desconoce su utilidad en mujeres y en otros grupos de población.

El Fast Alcohol Screening Test, desarrollado en Inglaterra, tiene cuatro preguntas, dos relacionadas con el consumo y dos referidas a los trastornos relacionados con el alcohol. Con un punto de corte de 3 para el consumo de riesgo, el FAST mostró una alta fiabilidad test-retest y, comparado con el AUDIT mostró una sensibilidad del 93% y una especificidad del 88%. Su rendimiento fue similar en diversos ámbitos sanitarios (atención primaria, odontología y traumatología), para ambos géneros y en diversos grupos de edad.

El cuestionario CAGE. Aunque el CAGE se desarrolló para facilitar la detección de la dependencia alcohólica, también ha sido estudiado como instrumento de detección de bebedores de riesgo en atención primaria. El CAGE mostró una sensibilidad del 84% y

una especificidad del 95% con un punto de corte de 2 o más para detectar consumidores de más de 64 g de alcohol diarios²³⁶. Para la detección de bebedores de riesgo según los criterios estándar la sensibilidad se redujo al 14% y la especificidad se mantuvo pareja (97%) en pacientes mayores de 60 años²³⁷. Un CAGE ampliado que incluye las 4 preguntas del CAGE, las dos primeras del AUDIT y una pregunta sobre historia de problemas con la bebida mostró una sensibilidad del 65% y una especificidad del 74%²³⁸. Por regla general se recomienda limitar el uso del CAGE a la detección de la dependencia alcohólica, dado que el Audit tiene un mejor rendimiento para la detección de bebedores de riesgo. Existe una versión traducida y validada al castellano²³⁹ y se aconseja su uso camuflado entre otras preguntas sobre hábitos de salud.

¿Cómo deben ser utilizados los instrumentos de cribado?

La práctica totalidad de cuestionarios pueden ser utilizados en el marco de una entrevista o autoadministrados. Cada método comporta ventajas e inconvenientes y por tanto los pros y contras deben ser evaluados en cada situación en función de la disponibilidad de tiempo. La autoadministración es más rápida, fácil, puede hacerse en ordenador y facilita respuestas más ajustadas. La entrevista permite clarificar respuestas ambiguas, se puede utilizar en pacientes con problemas para leer y facilita la transición a la intervención breve cuando es necesaria.

En la mayor parte de ensayos clínicos la identificación la realizó el médico, aunque en algunos casos los cuestionarios fueron entregados a los pacientes por los recepcionistas²⁴⁰. Por otro lado, cada vez es mayor la evidencia del papel relevante que debe tener enfermería en la identificación e intervención breve en bebedores de riesgo²⁴¹. 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 en base a las especificidades del sistema sanitario, del centro asistencial y de la población atendida.

En todos los casos conviene no olvidar que, como su nombre indica, los cuestionarios de cribado facilitan la identificación precoz de posibles casos, que deben ser confirmados o no mediante la exploración clínica. En ningún caso se debe establecer un diagnóstico clínico en base exclusivamente a la positividad de un cuestionario de detección precoz.

¿Pueden utilizarse los marcadores bioquímicos como instrumentos de cribado?

Los marcadores bioquímicos del consumo alcohólico son los enzimas hepáticos (γ -glutamyl transferasa (GGT) y las aminotransferasas ASAT y ALAT), la transferrina deficiente en carbohidratos o desialotransferrina (CDT) y el volumen corpuscular medio (VCM).

γ -glutamyl transferasa (GGT) Los niveles séricos de GGT se incrementan de forma variable en respuesta a la ingesta alcohólica²⁴². Los valores de la GGT sólo correlacionan moderadamente con la ingesta etílica ($r = 0.30-0.40$ en hombres, $0.15-0.30$ en mujeres) (Sillanaukee et al 2000). El consumo regular produce mayores elevaciones que el consumo episódico²⁴³ y la intensidad del consumo (UBEs/día) es un factor relevante. La GGT se eleva con mayor rapidez al reiniciar la ingesta en los pacientes con antecedentes de consumo excesivo, especialmente si con anterioridad ya experimentaron elevaciones de dicha enzima²⁴⁴.

La GGT no debe utilizarse como instrumento de cribado debido a su baja sensibilidad. Solo 30–50%²⁴⁵ de los bebedores excesivos presentan elevaciones, y en algunos estudios la proporción es incluso menor del 10%²⁴⁶. Su especificidad en los mismos estudios oscila entre el 40% y el 90%.

Transferrina deficiente en carbohidratos o desialotransferrina (CDT) La CDT ha sido ampliamente investigada como marcador biológico de la ingesta etílica²⁴⁷. El consumo de 50–80 g de alcohol diarios durante al menos una semana puede producir elevaciones en los niveles séricos de CDT²⁴⁸. Con la abstinencia los valores se normalizan en dos semanas en la mayoría de pacientes²⁴⁹, e incluso en un plazo más breve²⁵⁰. La CDT es mucho más eficiente en la detección de la dependencia alcohólica que en la de bebedores de riesgo²⁵¹.

En un estudio de cribado en 1863 sujetos²⁵², la sensibilidad y especificidad de la CDT fueron 60% y 92% en hombres y 29% y 92% en mujeres respectivamente, para detectar consumos superiores a 80 g de alcohol diarios en hombres y 40 g en mujeres. La principal ventaja de la CDT es su alta especificidad, aunque puede dar falsos positivos por diversas causas: variantes genéticas, cirrosis biliar primaria, carcinoma hepatocelular, trasplante de hígado o riñón²⁵³.

Volumen Corpuscular Medio (VCM) El volumen corpuscular medio de los eritrocitos aumenta con la ingesta etílica²⁵⁴. En bebedores excesivos la mayor parte de macrocitosis aparecen con niveles normales de ácido fólico²⁵⁵, sin anemia, y no responden al tratamiento con folatos.

Dado que los eritrocitos viven unos 120 días, son necesarios meses para que los cambios en el consumo se reflejen en el hemograma²⁵⁶. No se ha podido demostrar un incremento en el VCM mediante la administración de alcohol a voluntarios sanos. En pacientes dependientes del alcohol el VCM puede continuar elevado incluso una vez instaurada la abstinencia²⁵⁷.

El valor del VCM como prueba de cribado es escaso debido a su baja sensibilidad, que se sitúa habitualmente alrededor del 50% para los bebedores de riesgo, aunque su especificidad es cercana al 90% y superior a la de la GGT.

Combinaciones de marcadores biológicos El uso combinado de marcadores, tales como el EDAC²⁵⁸, puede aportar mayor información²⁵⁹. El nivel de concordancia entre marcadores no solo depende de las cantidades consumidas, sino que puede diferir en función del género, edad²⁶⁰, índice de masa corporal²⁶¹, presencia de trastorno hepático, y patrón de consumo etílico²⁶². Sin embargo, no existe unanimidad a la hora de interpretar los valores de los marcadores combinados.²⁶³

Uso de marcadores biológicos en atención primaria Los marcadores biológicos no detectan consumos de 40g a 60 g/día. No existen en la actualidad marcadores fiables para detectar el consumo excesivo de alcohol, especialmente en pacientes jóvenes y con uso discontinuo del alcohol. La CDT muestra una sensibilidad entre el 12%–45% en población general y en atención primaria²⁶⁴. Scouller *et al.*²⁶⁵ concluyeron en un metaanálisis de 110 estudios clínicos que la CDT no es mejor que la GGT al respecto, aunque su sensibilidad es mejor que la de la GGT para detectar consumos más elevados. Asimismo, la sensibilidad del VCM ronda el 40%–50%, aunque su especificidad es mayor (80%–90%) y muy pocos abstemios o bebedores de bajo riesgo tendrán valores elevados²⁶⁶. En el ámbito de la atención primaria, los cuestionarios tienen un rendimiento superior al de las pruebas biológicas²⁶⁷.

Puntos clave

- La identificación precoz de los consumidores de riesgo es la piedra angular de las intervenciones preventivas en alcohol desde el ámbito sanitario.
- El cribado sistemático es la estrategia más adecuada para identificar precozmente los consumidores de riesgo.
- Los instrumentos estandarizados (cuestionarios) son los que ofrecen mayores garantías para realizar correctamente el cribado.

Recomendaciones

1. El Audit-C es el cuestionario de elección para el cribado de consumos de riesgo en el ámbito sanitario.
2. El Audit es el cuestionario de elección para la detección del síndrome de dependencia alcohólica en el ámbito sanitario.
3. Los marcadores biológicos no deben ser utilizados como instrumentos de cribado, aunque pueden ser útiles en el manejo clínico de los pacientes.
4. Los instrumentos de cribado deberán ser incorporados sistemáticamente en las historias clínicas informatizadas.

ANEXO I
AUDIT
(Alcohol Use Disorders Inventory Test)*

1. ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| (0) Nunca | <input type="checkbox"/> |
| (1) Una o menos veces al mes | <input type="checkbox"/> |
| (2) Dos a cuatro veces al mes | <input type="checkbox"/> |
| (3) Dos-tres 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) Una 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"/> |
| (4) Diez o más | <input type="checkbox"/> |

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 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"/> |

* 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

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber?

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

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que esperaba de usted porque había bebido

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

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

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

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido mucho el día anterior?

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

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

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

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí el último año

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?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí el último año

Punto de corte para el consumo de riesgo: 8 o más en varones y 6 o más en mujeres*

* Rubio Valladolid G, Bermejo Vicedo J, Caballero Sanchez-Serrano MC, Santo-Domingo Carrasco J. (1998) Validación de la Prueba para la Identificación de Transtornos por Uso de Alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Revista Clínica Española*; 1998, 198 (1): 11-14.

ANEXO II AUDIT (C)*

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- (0) Nunca
- (1) Una o menos veces al mes
- (2) Dos a cuatro veces al mes
- (3) Dos-tres veces/a la semana
- (4) Cuatro o más veces a la semana

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

- (0) Una o dos
- (1) Tres o cuatro
- (2) Cinco o seis
- (3) Siete a nueve
- (4) Diez o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?

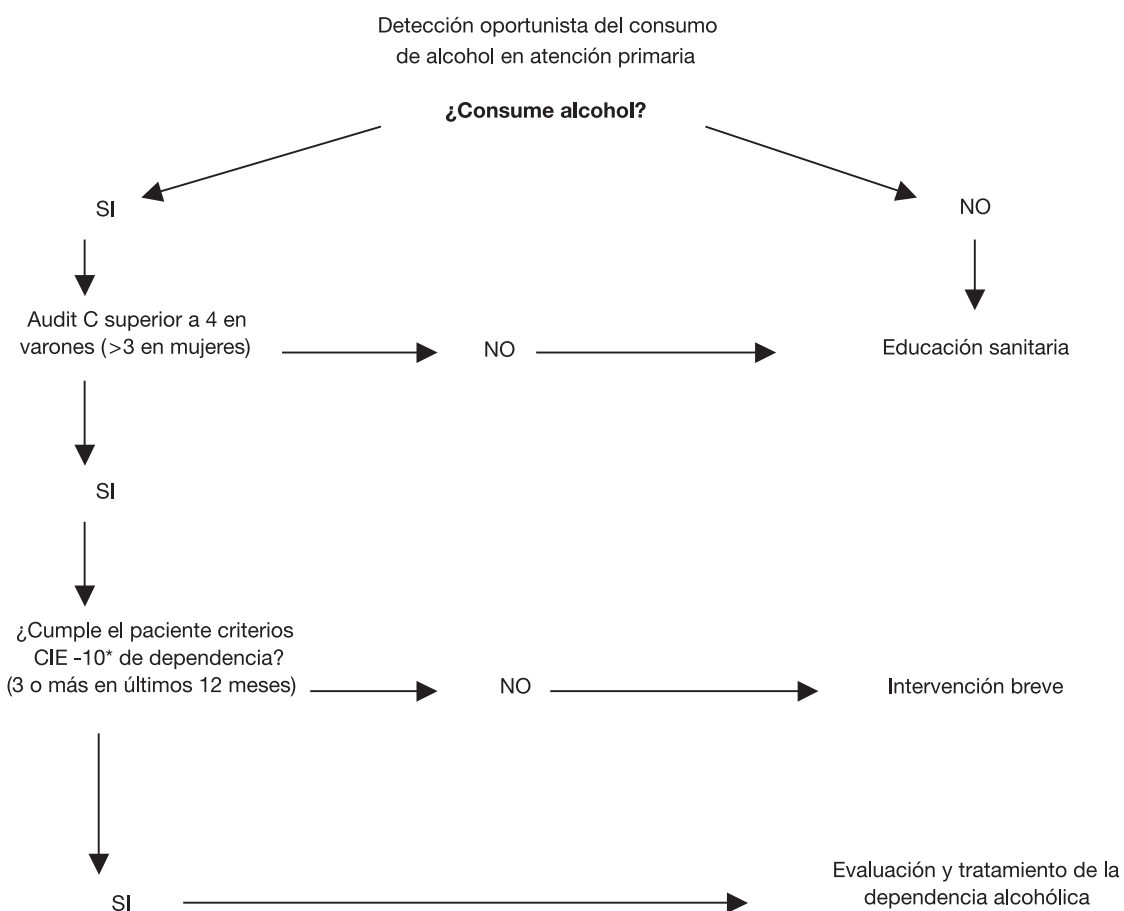
- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

Punto de corte para el consumo de riesgo: 5 o más en varones y 4 o más en mujeres.**

* Babor TF, 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.

** 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.

ANEXO III ALGORITMO



CRITERIOS CIE-10 DE DEPENDENCIA

1. Deseo intenso o compulsión a consumir alcohol.
2. Disminución de la capacidad de control:
 - Dificultades para controlar el inicio del consumo.
 - Dificultades para acabar la ingesta y controlar la cantidad.
3. Sintomatología de abstinencia.
4. Tolerancia o neuroadaptación.
5. Abandono progresivo de actividades.
6. Persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales.

5.2. Efectividad de las intervenciones breves

(Autor: Carmen Cabezas)

5.2.1. El concepto de intervención breve

Como afirma la revisión de la National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA) del National Health Service del Reino Unido de finales de 2006, no hay una definición única, bien definida y consistente de lo que es una intervención breve²⁶⁸. De hecho es un concepto paraguas que engloba un rango de actividades terapéuticas diversas. De manera operativa, se podría definir como toda intervención limitada en el tiempo y de duración siempre inferior a un tratamiento, generalmente proactiva (no espera a que el individuo la busque) y a menudo oportunista, dirigida a pacientes con un consumo de alcohol perjudicial o de riesgo, con el objetivo de movilizar sus recursos personales para un cambio de conducta que conviene a su salud²⁶⁹. En general se han incluido dos tipos de intervenciones que pueden diferenciarse claramente:

- Las dirigidas a personas que buscan ayuda de profesionales especializados y que reciben un tratamiento poco intensivo. Según la revisión del NTA no deben incluirse dentro de las intervenciones breves²⁶⁸.
- Las dirigidas a personas que no buscan ayuda de profesionales especializados y que se realizan de forma oportunista en atención primaria o en otros contextos no especializados. Este tipo de intervenciones son realizadas por médicos o por otros profesionales sanitarios como enfermeras o trabajadores sociales. Se pueden distinguir a su vez dos subtipos:
 - Las simples: consejo estructurado de unos pocos minutos de duración. A veces se denomina intervención mínima y otras veces se denomina consejo simple.
 - Las complejas o extensivas: terapias estructuradas que normalmente requieren inicialmente 20-30 minutos y más de una intervención en el tiempo. A veces se denomina terapia breve.

Según las Guías Clínicas de Intervención Conductual de la US Preventive Services Task Force, dentro de las intervenciones breves se pueden distinguir tres niveles de intensidad:

1. Intervenciones muy breves: una única sesión de hasta 5 minutos de duración
2. Intervenciones breves: una única sesión de hasta 15 minutos
3. Intervenciones breves repetidas o multicontacto: una sesión inicial de hasta 15 minutos y visitas de seguimiento²⁷⁰.

Según se afirma en la monografía del NTA citada anteriormente, consideradas en su conjunto y teniendo en cuenta que pueden realizarse en diferentes niveles asistenciales, fueron el tipo de intervención con mayor número de estudios y evidencia de apoyo en la revisión del proyecto Mesa Grande sobre la efectividad de todas las intervenciones sobre el consumo de alcohol, doblando casi la puntuación de la intervención siguiente (que era la entrevista motivacional), que en otras revisiones se incluye también dentro de las intervenciones breves²⁶⁸.

5.2.2. Efectividad de las intervenciones breves

Las personas en las que se ha detectado consumo de riesgo o consumo perjudicial de alcohol deben recibir una intervención breve, cuya efectividad y coste-efectividad está probada en numerosos estudios tanto a nivel internacional como nacional. Según la revisión de Whilock et al, esta intervención breve duraría aproximadamente unos diez-quince minutos e incluiría valoración y explicación, dar un folleto de autoayuda y el ofrecimiento de una visita de seguimiento en una o dos semanas²⁷⁰.

Normalmente se considera que las intervenciones breves, desde recursos no especializados como la atención primaria, son adecuadas para los problemas relacionados con el consumo de alcohol menos graves, como puede ser el consumo de riesgo o el perjudicial, y que los problemas más graves requieren atención especializada²⁷⁰.

Se han realizado numerosos estudios sobre la intervención breve en diversos países, principalmente en atención primaria de salud, y han sido sistematizados en varias revisiones sistemáticas, entre ellas las siguientes:

- Bien et al consideraron 32 estudios controlados con alrededor de 6.000 pacientes y encontraron que las intervenciones breves eran, a menudo, más efectivas que los tratamientos más intensivos²⁷¹.
- Kahan et al revisaron 11 ensayos sobre intervención breve y concluyeron que el impacto en la salud pública de estas intervenciones podía ser enorme, aunque aún se necesitaba más investigación sobre algunos aspectos concretos²⁷².
- La revisión de Wilk et al sobre 12 ensayos clínicos aleatorios concluyó que las personas que recibieron la intervención breve era aproximadamente dos veces más probable que redujeran su consumo, durante 6 a 12 meses, que los que no recibieron la intervención²⁷³.
- Moyer et al revisaron 34 estudios que comparaban la intervención breve frente a la no intervención en contextos no especializados, mostrando un efecto desde pequeño a moderado en los diferentes puntos de seguimiento. Esta revisión incluyó, además, la comparación de la intervención breve con intervenciones más intensivas en unidades especializadas y, para ello, se revisaron 20 estudios que no mostraron diferencias significativas entre ambas para la mayoría de los resultados estudiados (a excepción del consumo de alcohol a los 3-6 meses en el que las intervenciones más intensivas obtuvieron mejores resultados). La intervención breve se mostró efectiva, especialmente, en las personas con problemas menos severos y podía servir también como un tratamiento inicial para los más severos que necesitaban, después, un tratamiento más intensivo²⁷⁴.
- El metaanálisis de Beich et al que incluyó 8 estudios controlados reportó una reducción del riesgo absoluto del 10,5% (IC95%, 4,1% a 13,9%), con un NNT de 10 (IC95%, 4 a 14)²⁷⁵.

Según la revisión antes citada realizada por Whitlock para la USPSTF, que incluyó 12 estudios controlados (7 de los cuales habían sido también incluidos en la revisión de Beich) las intervenciones de consejo obtienen resultados diversos en los efectos a largo plazo sobre la salud de los adultos. No hay estudios que demuestren un efecto a largo plazo en la morbilidad. Los efectos conjuntos de los estudios muestran reducciones medias en el consumo semanal de alcohol que van desde las 3 a las 9 UBE por semana

(13%-34% de reducción absoluta del consumo) en los grupos intervención comparados con los control después de 6 a 12 meses de seguimiento. La mayoría de los estudios de buena calidad realizados en atención primaria muestran un incremento de un 10-19% de las personas que reportan haber pasado a consumir alcohol por debajo de niveles de riesgo o perjudiciales más que en los grupos control. Por otra parte, estos autores no encontraron diferencias importantes según el sexo o la edad de las personas que recibieron la intervención²⁷⁰.

Bertholet y col. en una revisión sistemática y metaanálisis sobre el tema, concluyen que las intervenciones breves son efectivas, tanto para hombres como para mujeres, en reducir el consumo de alcohol a los 6 y 12 meses, incluso en períodos superiores²⁷⁶.

El metaanálisis de Vasilaki sobre intervenciones de entrevista motivacional breve, muestra que ésta es efectiva tanto cuando se compara frente a no intervención como frente a otro tipo de intervenciones breves²⁷⁷.

En cuanto a la efectividad a largo plazo, la evidencia muestra resultados diversos:

- Un estudio de Fleming sobre intervenciones realizadas por médicos de familia en U.S.A. muestra que los resultados en cuanto a consumo de alcohol (cantidad, frecuencia y binge drinking) se mantienen después de 4 años de seguimiento²⁷⁸. Este mismo estudio muestra mejoras sostenidas en el tiempo en utilización de servicios sanitarios, lesiones por tránsito, mortalidad y costes.
- Los datos de seguimiento a 10 años de los participantes australianos en la fase II del WHO Collaborative Project muestra que las diferencias significativas en consumo de alcohol que se encontraron a los 9 meses, entre el grupo intervención y control, habían desaparecido a los 10 años, y que no se encontraban diferencias entre grupos ni en morbilidad ni mortalidad relacionada con el alcohol²⁷⁹.
- El seguimiento a 10-16 años de una cohorte sueca, reclutada como parte de un programa de chequeos de salud, mostró una mortalidad reducida en el grupo intervención; pero la duración de las sesiones y del programa de intervención era mayor que lo que se considera intervención breve²⁸⁰.

Algunos de los estudios citados han abordado los resultados en salud de las intervenciones. Según la revisión antes citada realizada por Whitlock para la USPSTF²⁷⁰, los resultados de salud a largo plazo de las intervenciones de consejo son diversos. No hay estudios que demuestren un efecto a largo plazo en la morbilidad. Posiblemente la revisión más extensiva hasta la fecha sobre este tema es la Cuijpers y col (2004) que realiza un metaanálisis de todos los estudios que valoran la mortalidad. Para los 4 estudios que certifican la mortalidad en el seguimiento el riesgo relativo ponderado es de 0,44 (IC 95% 0,25-0,89). Cuando se incluyen todos los 32 estudios que consideran mortalidad en el seguimiento el riesgo relativo es comparable de 0,54 (IC95%, 0,3-0,84). La fracción prevenible era de 0,33 en los estudios que verificaban la mortalidad²⁸¹.

En España hay al menos tres experiencias controladas que apoyan la eficacia y efectividad de estas intervenciones en atención primaria^{282,283,284}.

Un metaanálisis 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 de la intervención, su normalidad y aceptabilidad y, por otro, a sus características de coste-efectividad. Este metaanálisis ha mostrado que el número de estudios que se ha realizado en nuestro país es pequeño, los diseños y las intervenciones son heterogéneas y sólo se han incluido varones. Aún así la intervención breve en atención primaria en personas con consumo de riesgo se muestra eficaz. La eficacia es moderada para la disminución del consumo de alcohol y pequeña para la disminución de bebedores excesivos²⁸⁵.

5.2.3. Intervenciones breves en otros niveles asistenciales (hospitales generales, servicios de salud laboral, urgencias, etc.)

Emmen et al realizaron en 2004 un metaanálisis sobre las intervenciones realizadas en hospitales generales²⁸⁶. De los 8 estudios revisados, sólo uno con una intervención relativamente intensiva en hipertensos y con un período de seguimiento corto mostraba una reducción significativamente importante del consumo de alcohol²⁸⁷. Estos autores afirman que la evidencia no es concluyente, pero no tienen en cuenta estudios previos como un estudio de Chick de 1985 que mostraba que una intervención de una hora de una enfermera reducía los efectos del alcohol sobre la salud tras un año de seguimiento²⁸⁸. Otros autores también han encontrado reducción de efectos sobre la salud en el seguimiento a pesar de no reportarse cambios significativos en el consumo de alcohol²⁶⁸. Un estudio de Heather de 1996 mostraban diferencias significativas en los grupos de intervención (entrevista motivacional breve, y terapia conductual) frente al grupo que sólo recibió una valoración de su consumo. En este estudio se veía un efecto diferencial según el estadio del cambio: así en fases precoces fue más eficiente la entrevista motivacional y en fases más avanzadas la conductual²⁸⁹. De todas maneras, la evidencia es aún parcial y en general se necesita más investigación para valorar la efectividad de las intervenciones en el medio hospitalario.

Dado que el consumo de alcohol es muy frecuente en las personas atendidas en urgencias, se han hecho diversos estudios valorando la efectividad de la intervención breve en personas con consumos de riesgo o perjudiciales de alcohol.

D'Onofrio y Degutis (2002) revisaron cuatro estudios en departamentos de urgencias y otros dos que incluían pacientes vistos en urgencias y recomendaron la realización de intervenciones breves en estos servicios²⁹⁰.

El ensayo clínico de Crawford y col muestra reducciones significativas en el consumo tanto a 6 como a 12 meses. También encuentran diferencias en la utilización posterior de servicios de urgencias. No encuentran diferencias en la percepción de calidad de vida (medida mediante el EQ-D5)²⁹¹.

Hay otros estudios que refuerzan lo hallado por estos autores. Este tipo de intervenciones parecen ser especialmente de utilidad en varones jóvenes con traumatismos relacionados con el alcohol que son difícilmente abordados en otros servicios sanitarios. Como en el caso de las intervenciones en hospitales generales, parece ser que en algunos casos se reducen las consecuencias negativas relacionadas con el alcohol a pesar de que no se reporten disminuciones del consumo²⁶⁸.

En cuanto a las intervenciones breves en otros niveles asistenciales, según resume la guía del NTA²⁶⁸.

- Hay algunas evidencias de que las intervenciones breves son efectivas en producir reducciones a corto plazo en pacientes psiquiátricos con patología moderada atendidos en servicios de psiquiatría.
- También hay alguna evidencia de su efectividad en usuarios de programas de intercambio de jeringas.
- No hay evidencia de efectividad de las intervenciones breves en embarazadas que acuden a servicios de cuidados prenatales.
- Algunas intervenciones ligadas a programas de exámenes (chequeos) de salud a nivel nacional en países escandinavos han mostrado reducciones del consumo. En general estas intervenciones eran más largas de lo que suele considerarse breve.

5.2.4. Efectividad de las intervenciones breves en diferentes subgrupos de población

Tanto los metaanálisis de Moyer, como el de Ballesteros y la revisión de Whitlock para la USPSTF muestran que la intervención breve tiene una efectividad similar en hombres y mujeres^{270,274,285}.

Estudios realizados sobre estudiantes de alto riesgo y jóvenes con el objetivo principal de reducir los daños relacionados con el consumo de grandes cantidades de alcohol han mostrado también una reducción de consumo^{292,293}. Un estudio de Fleming y col mostró un efecto significativo en personas de 65 años o más²⁹⁴.

5.2.5. Coste-Efectividad de las intervenciones breves

La mayoría de los estudios económicos sobre las intervenciones para reducir el consumo de alcohol se basan en el modelado a partir de unas asunciones previas. Fleming en 2000 realizó un análisis económico a partir del Proyecto TrEAT, un ensayo clínico sobre una intervención por el médico general en un sistema de servicios gestionados de Estados Unidos de América. Se valoró la utilización de servicios sanitarios (Incluyendo urgencias) así como los accidentes y otras lesiones externas y los episodios de violencia. Se adjudicó un valor al trabajo de las víctimas y a las pérdidas en calidad de vida, así como, a los costes tangibles en recursos perdidos en problemas legales. Los costes de la intervención que se valoraron incluyeron el tiempo perdido de trabajo del paciente tanto por la asistencia sanitaria como por el desplazamiento, los costes de formación, cribado, valoración y el coste directo de la intervención. En global los costes de la intervención fueron sobrepasados por los beneficios: se generaron 56.263 dólares de beneficios por cada 10.000 (de 1994) invertidos²⁹⁵.

En el marco del proyecto PHEPA se ha estimado que establecer un programa basado en médicos de familia que realice un cribado e intervención breve para 1000 personas tiene un coste de 1644 euros durante un año. No se han encontrado ni efectos adversos ni disconfort relacionado con este tipo de intervenciones²⁹⁶. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que una intervención breve de los médicos de familia con una

tasa de cobertura de un 25% evitaría 91 años de enfermedad y muerte prematura por cada 100.000 personas, un 9% de todos los causados por el alcohol. El coste efectividad de la intervención breve es de 1960 euros por año de vida libre de discapacidad salvado. Es una de las intervenciones preventivas con mejor relación de coste-efectividad²⁹⁶.

En el ranking de actividades preventivas prioritarias según los beneficios que producen y su coste efectividad, esta es la segunda intervención de consejo priorizada sólo por detrás de la intervención sobre el consumo de tabaco²⁹⁷.

5.2.6. Intervención breve recomendada

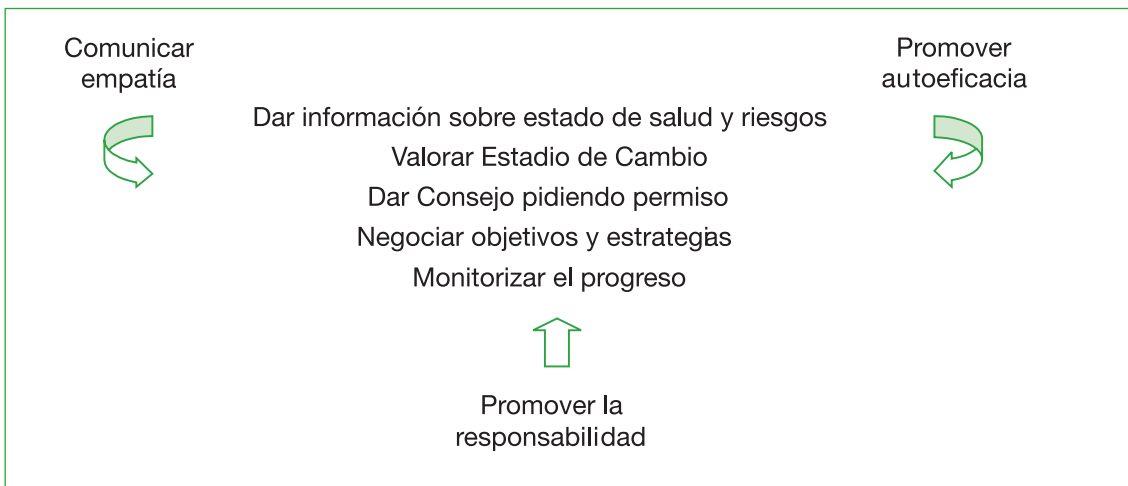
En abril de 2004 el US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomendó el cribado y el consejo sanitario para reducir el abuso de alcohol en población adulta, incluyendo mujeres embarazadas, en atención primaria, atribuyendo un grado B de efectividad a dicha recomendación²⁹⁸. El cribado y las intervenciones breves también son recomendados por otras organizaciones internacionales como: American Medical Association, American Society of Addiction Medicine y Canadian Task Force on Preventive Health Care. Por otro lado, debemos señalar que el American College of Obstetricians and Gynecologists y la American Academy of Pediatrics recomiendan esta intervención en toda mujer embarazada o que esté planificando un embarazo.

Las intervenciones que se recomiendan actualmente son consistentes con el modelo de las 5As para las intervenciones breves que propone la USPSTF²⁹⁸ y que se recoge en la tabla.

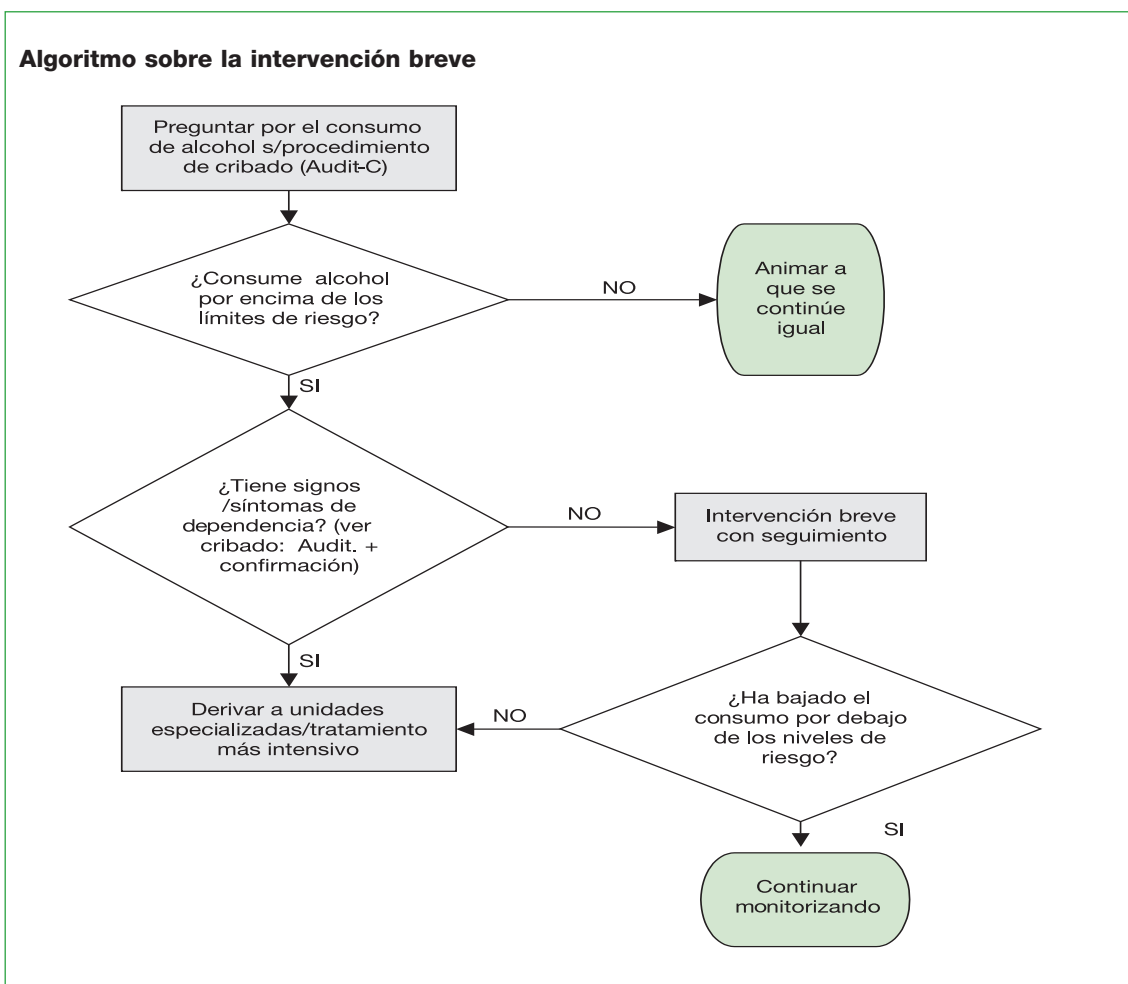
Modelo de las 5As propuesto por USPSTF para las intervenciones breves

- | | |
|-------------------|---|
| 1. Assess | Averiguar/Valorar el consumo de alcohol con un test de cribado breve seguido por valoración clínica cuando se necesite |
| 2. Advise | Aconsejar a los pacientes que reduzcan su consumo de alcohol hasta niveles por debajo de los de riesgo |
| 3. Agree | Acordar objetivos individuales para reducir el consumo de alcohol o la abstinencia (si está indicada) |
| 4. Assist | Ayudar a los pacientes a encontrar sus motivos, a adquirir habilidades de autoayuda o los apoyos que necesitan para cambiar su conducta |
| 5. Arrange | Fijar el seguimiento con apoyo y consejo repetido, incluyendo la derivación a unidades especializadas de las personas con SDA |
-

Por otro lado el marco conceptual en el que se trabaja puede expresarse según el siguiente esquema:



Fuente: Adaptado de Alcohol CME.com por A. Gual



Adaptado de Shana F, Gates J. Guidelines for the treatment of Alcohol Problems. The National Drug and Alcohol Research Centre 2003²⁹⁹.

Una vez se ha determinado que una persona tiene un consumo de riesgo o perjudicial de alcohol y se le ha informado sobre los riesgos para la salud derivados de ese consumo, puede ser que presente ambivalencia sobre la necesidad o la viabilidad de cambiar.

El modelo de los estadios del cambio de Prochaska y DiClemente³⁰⁰ establece que una persona pasa por varios estadios antes de cambiar una conducta. Primero hay que cambiar de actitud hacia el alcohol y lo que supone su consumo para la persona y una vez se ha cambiado de actitud es cuando se posibilita el cambio de conducta. Los estadios son:

- **Precontemplación:** la persona no se ha planteado seriamente el cambio. No es consciente de tener un problema o se cree incapaz de cambiar. No se piensa que los aspectos negativos de la conducta superen a los positivos.
- **Contemplación:** hay un planteamiento serio de cambio en los próximos 6 meses. Es un período caracterizado por la ambivalencia. Se considera y se rechaza el cambio a la vez.
- **Preparación o Determinación:** Se es capaz de fijar una fecha y pensar un plan para cambiar en un futuro muy próximo, generalmente en el próximo mes.
- **Acción:** Se intenta el cambio. Se ha reducido el consumo de alcohol por debajo de los límites establecidos o se ha dejado de beber durante menos de 6 meses.
- **Mantenimiento:** Se mantienen los cambios durante más de 6 meses.

La entrevista motivacional puede ser una herramienta de considerable valor en este tipo de intervenciones, sobre todo en el paso de los estadios de precontemplación a contemplación, en el avance dentro del estadio de contemplación (generalmente lento) y el paso a preparación. Tiene esencialmente un enfoque empático, no confrontacional en que el profesional sanitario ayuda a la persona a identificar sus propias razones para cambiar y sus estrategias para conseguir objetivos realistas³⁰¹. Entre sus elementos esenciales están un compromiso mantenido en el tiempo, reconocer cada avance/logro, implicar a la familia cuando es posible y afrontar rápidamente las recaídas.

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

Tomado de Ritson B. BMJ 2005; 330: 139-141³⁰²

A algunos pacientes les resulta difícil disminuir o abandonar su consumo de alcohol ya que cuando lo hacen experimentan síntomas de abstinencia, como sentirse nerviosos, o no poder concentrarse adecuadamente hasta la primera bebida del día.

Los síntomas de baja intensidad se pueden afrontar con descanso, relajación, apoyo y una explicación de la relación de los síntomas con la abstinencia del alcohol y de la duración del síndrome de abstinencia. Este enfoque suele ser suficiente cuando las personas han acudido a la consulta sin haber bebido, consumen menos de 15 UBE /día en varones y de 10 en mujeres, no han presentado síntomas de abstinencia recientes ni han bebido para disminuir los síntomas de abstinencia.

Diversos documentos y guías clínicas recientes pueden servir de ayuda a la hora de realizar intervenciones breves efectivas en las consultas^{297,300,303,304,305,306}.

Nivel de Riesgo	Intervención	Puntuación del AUDIT*
Zona I	Educación sobre el alcohol	0-7
Zona II	Consejo simple	8-15
Zona III	Consejo simple más terapia breve y monitorización continuada	16-19
Zona IV	Derivación al especialista para la 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 cribado. Consulte el manual del AUDIT para más detalles. El juicio clínico debe ejercitarse en la interpretación de los resultados del test de cribado para modificar estas pautas, especialmente si las puntuaciones en el AUDIT se sitúan en el rango de 15-20.

Tomado de Babor, 2001

Puntos clave

- La intervención breve ha demostrado ser efectiva para reducir el consumo de alcohol y la morbi-mortalidad.
- El modelo de intervención recomendada se basa en cinco pasos: a) valoración b) consejo c) acuerdo de objetivos d) apoyo específico y e) seguimiento.
- El abordaje motivacional es una buena estrategia para incrementar la efectividad de las intervenciones en personas con consumo de riesgo de alcohol.

Recomendaciones para una política de alcohol efectiva

1. Todos los profesionales sanitarios deben realizar intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol en personas que presentan consumo de riesgo.
2. Ante personas con fallos repetidos en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos debería reevaluarse la dependencia y plantearse la derivación a unidades especializadas

5.3. Interacciones del alcohol con los medicamentos

(Autor: Javier Álvarez)

5.3.1. Interacciones medicamentosas en la práctica clínica

La presentación de interacciones medicamentosas es relativamente frecuente en la práctica clínica, sin embargo, son muy difíciles de detectar puesto que, generalmente, pasan desapercibidas o confundidas con un efecto secundario de alguno de los medicamentos utilizados, o como un síntoma más de las enfermedades tratadas en el paciente.

La actitud del personal sanitario ante las interacciones medicamentosas y en particular ante los aspectos negativos de las mismas suele ser de olvido ó falta de atención, si bien, deberíamos destacar el importante papel que este puede realizar en la identificación de estas interacciones, así como en la información que debe ofrecerse a aquellas personas que toman medicamentos tanto en el momento de la prescripción como en el de su dispensación. Esto adquiere mayor relevancia en el caso del alcohol; una sustancia dotada de marcados efectos sobre el sistema nervioso central, pero a la que prestamos escasa importancia³⁰⁷.

El alcohol es uno de los principales agentes involucrados en interacciones medicamentosas, debiéndose sospechar la existencia de consumo de alcohol cuando fracasa el tratamiento farmacológico o cuando el paciente tolera peor de lo esperado un determinado tratamiento farmacológico^{308,309}.

Las interacciones medicamentosas consisten en la modificación de la actividad terapéutica de un fármaco o de su toxicidad cuando es administrado junto con otro u otros fármacos, tóxicos o alimentos³¹⁰. El resultado de esta interacción puede ser:

«**Beneficiosa**» cuando aumenta la actividad terapéutica o disminuye la toxicidad del fármaco o fármacos implicados. Con estos fines, es habitual en la práctica médica la prescripción de varios medicamentos al mismo tiempo.

«**Perjudicial**» cuando disminuye el efecto terapéutico del mismo (disminución del efecto y fracaso terapéutico) o aumento de su toxicidad (incremento de la misma y mala tolerancia al tratamiento); este tipo de interacción es la que se produce mayoritariamente en el caso del alcohol.

5.3.2. Mecanismo de producción de interacciones entre alcohol y medicamentos

Las interacciones del alcohol con los medicamentos se producen básicamente por dos mecanismos, presentándose en la Tabla 18 algunos ejemplos de interacciones medicamentosas con el alcohol atendiendo a su lugar de producción.

Interacciones farmacocinéticas: Bajo este epígrafe podemos agrupar todas aquellas interacciones que se producen por modificación en los procesos farmacocinéticos (absorción, distribución, metabolismo y eliminación) de los medicamentos al interactuar con otros fármacos, tóxicos o alimentos.

La mayoría de interacciones medicamentosas se producirían por la inducción enzimática del sistema microsomal oxidante de alcohol (MEOS).

Las reacciones tipo disulfirán se producen debido a que ciertos fármacos son capaces de inhibir la oxidación del acetaldehído al inhibir la actividad de la enzima aldehido-deshidrogenasa. Al inhibir esta enzima se produce una acumulación de acetaldehído, ocasionando un cuadro clínico caracterizado por: vasodilatación cutánea, sudor, sed, cefalea pulsátil, palpitaciones, náuseas, hipotensión, visión borrosa y síncope. El fármaco con el que se describió esta reacción fue el disulfiran (o antabus), y de ahí que se denomine de esa manera a los fármacos que producen estos mismos efectos.

Interacciones farmacodinámicas: Son las que se producen cuando los fármacos que interactúan entre sí dan lugar a modificaciones en la respuesta del órgano efector. Estas se pueden producir por la acción de los fármacos sobre el mismo o distinto receptor, órgano o sistema fisiológico. La consecuencia de dicha interacción suele ser de sinergismo o antagonismo, y más raramente de sensibilización.

Este tipo de interacciones son frecuentes entre el alcohol y cualquier otra sustancia dotada de efectos depresores sobre el sistema nervioso central, y en consecuencia se produce una potenciación de los efectos depresores sobre el sistema nervioso central del alcohol y/o medicamento con el que interactúa.

5.3.3. Factores determinantes de la interacción entre alcohol y medicamentos

Existen varios aspectos a considerar a la hora de valorar adecuadamente la interacción entre alcohol y los medicamentos: Ingesta aguda o crónica, presencia o no de enfermedad y/o fallo hepático, cantidad de alcohol consumido, y sexo.

Predecir el efecto final de la interacción farmacocinética entre el consumo de alcohol y fármacos es más difícil de prever que lo que podría parecer a simple vista. En lo que es mucho más fácil de prever es en la potenciación de los efectos sedantes: a mayor cantidad de alcohol consumida, mayor efecto depresor sobre el sistema nervioso central.

5.3.4. Principales interacciones entre alcohol y medicamentos

En la Tabla 19 se muestran las interacciones entre alcohol y medicamentos de mayor relevancia clínica detallándose las consecuencias de las mismas³⁰⁷. Para una descripción detallada de las interacciones específicas de un determinado fármaco con el alcohol se puede consultar el manual Stockley de interacciones médicas³¹¹. La Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Evidencia³¹², informa de las interacciones medicamentosas, incluido el alcohol.

5.3.5. La prevención de las interacciones

Como principio básico debe evaluarse la posibilidad de una interacción medicamentosa ante el fracaso de la terapéutica farmacológica y/o cuando un paciente tolera mucho peor de lo habitual un determinado tratamiento farmacológico.

El alcohol es una de las principales causas de interacción medicamentosa. Los médicos debemos acostumbrarnos a preguntar por el consumo de alcohol a nuestros pacientes. Antes de instaurar el tratamiento es preciso conocer que otra medicación toma el paciente, bien recetada por otro colega o un medicamento sin receta médica. Sólo a partir de esta información se podrán evitar muchas interacciones no deseables que ocurren en la práctica clínica. En la mayoría de casos la consecuencia de la interacción del alcohol-fármaco es un sobre-exceso de efectos sedantes, los cuales reducen la calidad de vida de nuestros pacientes. De nada sirve prescribir fármacos más limpios, con bajos o nulos efectos sobre el rendimiento psicomotor, si luego el paciente consume alcohol.

Debe prestarse especial atención al consumo conjunto de alcohol y medicamentos en aquellas personas que conducen, utilizan maquinaria o realizan trabajos de «riesgo» (por ejemplo en el ámbito de la construcción), ya que el incremento de la sedación y el deterioro del rendimiento psicomotor podría contribuir a que estas personas se vean involucradas en accidentes. El médico debe intentar seleccionar el medicamento que no interaccione con el alcohol y en todo caso informar adecuadamente al paciente.

Los principios básicos de actuación para prevenir las interacciones medicamentosas se presentan en la Tabla 20.

Puntos clave

- El alcohol es una de las principales causas de interacción medicamentosa.
- En la mayoría de casos la consecuencia de la interacción del alcohol-fármaco es un sobre-exceso de efectos sedantes, los cuales reducen la calidad de vida de nuestros pacientes.

Recomendaciones

1. Debe prestarse especial atención al consumo conjunto de alcohol y medicamentos en aquellas personas que conducen, utilizan maquinaria o realizan trabajos de «riesgo» (por ejemplo en el ámbito de la construcción), ya que el incremento de la sedación y el deterioro del rendimiento psicomotor podría contribuir a que estas personas se vean involucradas en accidentes.
2. El personal sanitario debe recoger información sobre si el paciente conduce o maneja maquinaria peligrosa y evitar la prescripción de medicamentos que interfieren con la conducción en sí mismos o combinados con el alcohol.
3. El médico debe intentar seleccionar el medicamento que no interactúe con el alcohol y en todo caso informar adecuadamente al paciente de que no debe consumir alcohol mientras esté tomando esa medicación.

Tabla 18. Mecanismos de las interacciones entre alcohol y medicamentos

MECANISMO	FÁRMACO	COMENTARIOS
FARMACOCINÉTICO		
Disminución del metabolismo	Barbitúricos, warfarina, narcóticos, benzodiazepinas,	Ingesta aguda
Inducción enzimática	Warfarina, eritromicina	Consumidores crónicos de alcohol
Aumento del vaciamiento gástrico	Cisapride, eritromicina	Aumento de las concentraciones sanguíneas por disminución del efecto de primer paso gástrico
Reacciones tipo disulfirán	<u>Sulfonilureas</u> : clorpropamida, Tolbutamida, <u>Antiinfecciosos</u> : metronidazol, sulfonamidas, griseofulvina, cefoperazona, cefamandol, cefotaxima, ketoconazol, isoniazida.	Acumulación de acetaldehído (vasodilatación cutánea, sudor, sed, cefalea pulsátil, palpitaciones, náuseas, hipotensión, visión borrosa y síncope)
FARMACODINÁMICO		
Aumento de la hepatotoxicidad	Paracetamol (acetaminofeno), isoniazida, fenilbutazona	Los alcohólicos pueden presentar necrosis hepáticas a dosis terapéuticas
Sedación, deterioro del rendimiento psicomotor	<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepinas, • Antihistamínicos, • Antidepresivos tricíclicos 	Se produce un exceso de sedación, deterioro del rendimiento psicomotor (tráfico, laboral, etc), mayor riesgo de accidentalidad (tráfico, laboral, etc.)
Hemorragia gastrointestinal	AINEs, ácido acetilsalicílico	Sinergismo (mayor facilidad en el desarrollo de la hemorragia)

Tabla 19. Principales grupos de fármacos con los que el alcohol interacciona

CLASIFICACIÓN	COMPUESTOS	
Analgésicos	<i>AINEs (salicilatos)</i>	<ul style="list-style-type: none"> El alcohol potencia el efecto ulcerogénico de los antiinflamatorios no esteroideos por aumentar la secreción ácida gástrica.
	<i>Paracetamol</i>	<ul style="list-style-type: none"> Ingesta aguda de alcohol: aumenta su vida media. Ingesta crónica: inducción del CYP2E1, disminuye su vida media. En ambos casos aumenta la hepatotoxicidad del paracetamol.
	<i>A. narcóticos</i>	<ul style="list-style-type: none"> Potenciación del efecto depresor sobre el SNC.
Anestésicos	<i>Halotano</i> <i>Enflurano</i>	<ul style="list-style-type: none"> El alcohol induce al CYP2E1 aumentando su toxicidad.
Ansiolíticos e Hipnóticos	<i>Benzodiazepinas</i>	<ul style="list-style-type: none"> Potenciación del efecto depresor sobre el SNC.
	<i>Meprobamato</i>	<ul style="list-style-type: none"> Potenciación del efecto depresor sobre el SNC.
Antiandrogénicos	<i>Ciproterona</i>	<ul style="list-style-type: none"> Reducción del efecto clínico de la ciproterona.
Antiarrítmicos	<i>Procainamida</i>	<ul style="list-style-type: none"> Reducción de la vida media de la procainamida.
	<i>Disopiramida</i>	<ul style="list-style-type: none"> Aumento del aclaramiento renal del fármaco.
Antiasmáticos	<i>Teofilinas</i>	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de las concentraciones plasmáticas y efectos farmacológicos de las teofilinas.
Anticoagulantes	<i>Dicumarol</i>	<ul style="list-style-type: none"> Ingesta aguda de alcohol: potenciación del efecto anticoagulante. Ingesta crónica de alcohol: reducción del efecto anticoagulante.
Anticolinérgicos	Potenciación de sus efectos depresores sobre el SNC.	
Anticonvulsivantes	<i>Barbitúricos</i>	<ul style="list-style-type: none"> Potenciación de los efectos depresores sobre el SNC. Ingesta aguda de alcohol: prolongación de la vida media. Ingesta crónica de alcohol: aumento de su metabolismo.
	<i>Fenitoína</i>	<ul style="list-style-type: none"> Ingesta aguda de alcohol: prolongación de la vida media. Ingesta crónica de alcohol: aumento de su metabolismo. En estas circunstancias puede ser preciso la administración de dosis mayores de fenitoína.
	<i>Otros antiepilépticos</i>	<ul style="list-style-type: none"> Posible potenciación de sus efectos depresores sobre el SNC.
Antidepresivos Tricíclicos	Potenciación de sus efectos sobre el SNC.	
Antidiabéticos	El alcohol enmascara los signos de hipoglucemia y puede producir hipoglucemia. El consumo de alcohol (depresión del SNC) y antiabéticos (posible aparición de hipoglucemia) hace que deba desaconsejarse en conductores de vehículos y personas que realizan trabajos de riesgo (construcción, etc.).	
	<i>Insulina</i>	<ul style="list-style-type: none"> Potenciación del efecto hipoglucemiante por reducción de la gluconeogénesis hepática.
	<i>Sulfonilureas</i>	<ul style="list-style-type: none"> Potenciación del efecto hipoglucemiante. Efecto difulfiran (acumulación de acetaldehído) especialmente con clorpropamida.
	<i>Biguanidas</i>	<ul style="list-style-type: none"> Potenciación del efecto hipoglucemiante. Hiperlacticoacidemia.

CLASIFICACIÓN		COMPUESTOS
Antihipertensivos	<i>Antagonistas del calcio</i>	<ul style="list-style-type: none"> felodipino y nimodipino: aumento de sus efectos farmacológicos. verapamilo: aumenta la concentración de alcohol.
	<i>Vasodilatadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> guanetidina, hidralazina, metildopa: aumento del efecto hipotensor.
	<i>Nitratos</i>	<ul style="list-style-type: none"> Aumento del efecto hipotensor.
	<i>Propranolol</i>	<ul style="list-style-type: none"> Reducción de sus efectos farmacológicos.
Antihistamínicos H-1	Potenciación de los efectos depresores sobre el SNC.	
Antihistamínicos H-2	<i>Cimetidina</i>	<ul style="list-style-type: none"> Inhibición del sistema microsomal hepático y potenciación de los efectos del alcohol.
Antiinfecciosos	<i>Doxiciclina</i>	<ul style="list-style-type: none"> Reducción del efecto antimicrobiano.
Antimaniacos	Reducción de los niveles séricos de litio.	
Antineoplásicos	<i>Metotrexato</i>	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de la toxicidad hepática del metotrexato.
Antiparkinsonianos	<i>Bromocriptina</i>	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de los efectos tóxicos.
Antipsicóticos	Potenciación de los efectos depresores sobre el SNC.	
Psicoestimulantes	<i>Anfetamina y cafeína</i>	<ul style="list-style-type: none"> No antagonizan los efectos depresores sobre el SNC. Los resultados de la ingesta de alcohol y anfetamina/cafeína son variables (cierto grado de antagonismo o sinergismo) en función de si cuando se ingieren los psicoestimulantes la persona esta evidenciando los efectos 'inhibitorios' o 'depresores' del alcohol. Se ha descrito aumento de la toxicidad cardiaca con el consumo conjunto de metaanfetamina y alcohol.

Tabla 20. Principios básicos de actuación para prevenir las interacciones medicamentosas

- Procurar administrar el menor número posible de fármacos, y prescribir aquellos que se puedan administrar menos veces al día.
- Realizar una cuidadosa anamnesis sobre los fármacos que el paciente está tomando, prescritos o automedicados, y sobre el consumo de alcohol.
- Prestar especial atención a los fármacos que más fácilmente son causa de interacciones medicamentosas, tales como anticoagulantes orales, antidiabéticos orales, antiepilépticos, etc.
- Sustituir los fármacos que más fácilmente provocan interacciones (prescribir ranitidina o famotidina en lugar de cimetidina, etc).
- Prestar especial cuidado a la posibilidad de interacciones medicamentosas en los pacientes ancianos y con patología orgánica grave (insuficiencia renal, insuficiencia hepática, etc.).
- Recordar que los cambios en el régimen terapéutico deben realizarse solamente cuando sean estrictamente necesarios. Los ajustes en las dosis, intervalos, etc., deben realizarse de manera lenta y gradual.
- La educación sanitaria del paciente es fundamental. Se debe advertir al paciente del riesgo de la automedicación, consumo de alcohol, y cambios en el régimen terapéutico (dosis, intervalos, etc.), sobre los efectos de los fármacos que está tomando.

6. Capítulo VI

6.1. Consideraciones especiales sobre el tema

(Autores: Joan Colom / Lidia Segura)

Cambiar los conceptos y actitudes relacionados con el alcohol tanto de la población general como de los profesionales sanitarios nunca es fácil pero lo es aún menos en aquellas culturas donde el consumo de alcohol, especialmente el de vino, es incluso considerado como un hábito saludable. Existen todavía enormes prejuicios sociales en relación a los problemas de alcohol que influyen en las actitudes de los profesionales sanitarios.

¿Cuáles son las condiciones más adecuadas para conseguir una implicación efectiva de los profesionales de atención primaria en la detección y la intervención breve sobre el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol?

A pesar de que numerosos estudios han evidenciado que los bebedores excesivos pueden reducir y suprimir el consumo de alcohol con la ayuda de los profesionales de atención primaria lo cierto es que muchos se resisten a cribar y dar consejo a sus pacientes sobre el consumo de alcohol. En el Estudio de la OMS sobre la aplicación de las intervenciones breves en el consumo de riesgo y perjudicial del alcohol, menos de la mitad de los médicos de cabecera dijeron haber tratado siete o más pacientes con problemas de alcohol durante el último año³¹³. Sólo dos quintas partes habían recibido cuatro o más horas de formación y educación sobre el alcohol, y sólo un poco más de una cuarta parte creían que se sentían apoyados por entorno de trabajo a la hora de proporcionar intervenciones breves sobre consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Aunque cuatro quintas partes de los médicos se sentían seguros en su papel durante las intervenciones breves sobre consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, sólo un poco más de una cuarta parte se sentían comprometidos a hacerlo.

Lo encuentran difícil³¹³, preguntan poco sobre el consumo de alcohol de sus pacientes, consideran que reducir el consumo de alcohol es poco importante para la salud y se consideran ellos mismos menos preparados y menos efectivos para aconsejar a sus pacientes que reduzcan el consumo de alcohol que para ayudarles en otros ámbitos de la prevención clínica como dejar de fumar, el control del peso y la promoción del ejercicio físico. Entre las razones más mencionadas están la falta de tiempo, formación inadecuada, miedo a incomodar a los pacientes, la incompatibilidad que se percibe entre las intervenciones breves en el consumo de alcohol y la atención primaria y la creencia de que las personas dependientes del alcohol no responden a ningún tipo de intervención^{314,315,316,317,318,319,320,321,322}.

Los médicos de cabecera que recibieron más educación sobre el alcohol y trabajaron en lo que se considera un ambiente de apoyo se sintieron más seguros y comprometidos a la hora de aconsejar a los pacientes y trataron más casos de problemas relacionados con el alcohol durante el último año³¹³. Se considera ambiente de trabajo de apoyo un entorno profesional donde los médicos tengan a su disposición materiales de detección y asesoramiento, y formación y apoyo para los casos difíciles.

¿Qué estrategias se tienen que llevar a cabo para que la implicación de los profesionales de la atención primaria en la detección y la intervención breve sobre el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol sea continuada?

Según un análisis sistemático de las intervenciones para implicar a los profesionales de atención primaria en la gestión de los problemas relacionados con el alcohol en quince programas³²³, las intervenciones educativas y de apoyo en consulta aumentan el nivel de implicación de los médicos de cabecera en la detección y las intervenciones entre un 11% y un 15%, si se compara con las consultas habituales o una intervención mínima³²⁴.

Con la formación y con los materiales de apoyo para las consultas se pueden alcanzar los mismos resultados, pero si se combinan las dos opciones el resultado es más efectivo. La intensidad del apoyo no es necesariamente relevante para el nivel de efectividad. Los programas más prometedores son los que se centran específicamente en el alcohol y los que combinan las intervenciones formativas y las intervenciones en las consultas.

¿Existe evidencia sobre la efectividad de la adaptación de las medidas de apoyo en implicar a los proveedores de salud en la identificación e intervención breve en el consumo de riesgo y perjudicial en la atención primaria de salud?

Según el estudio de la Organización Mundial de la Salud³²⁵, el impacto del apoyo y la formación está influenciado por la seguridad y el compromiso del profesional sanitario a la hora de trabajar con pacientes con un consumo de riesgo y perjudicial de alcohol³²⁶.

La actitud inicial de los profesionales repercute en la relación que tienen la formación y el apoyo, la detección y las intervenciones breves con los cambios posteriores en la actitud. La formación y el apoyo sólo aumentan la proporción de detecciones e intervenciones breves en los casos en que el personal médico ya se siente seguro y comprometido³²⁶.

Tanto la seguridad como el compromiso disminuyeron en el transcurso del estudio. Proporcionar apoyo no mejoró la seguridad y el compromiso posteriores y, de hecho, en los casos en los cuales los profesionales ya experimentaban cierta inseguridad y falta de compromiso, el nivel de seguridad y compromiso todavía disminuyó más. Por otra parte, la experiencia en detección e intervenciones breves no aumentó la seguridad y el compromiso, sino que, en los casos en que los profesionales ya se sentían inseguros, la experiencia en intervenciones breves todavía hizo aumentar más la sensación de inseguridad.

Por lo tanto, si faltan la seguridad y el compromiso, el impacto de los programas profesionales y organizativos queda bastante reducido. Aunque hay que destacar que adquirir experiencia en el trato con los problemas relacionados con el consumo de alcohol en un ambiente de apoyo es un elemento crucial para asegurar el compromiso de los profesionales a la hora de detectar y gestionar problemas relacionados con el alcohol, si no se tienen en cuenta las respuestas emocionales de los médicos de atención primaria, el impacto de este apoyo no alcanzará su potencial total.

Por otro lado, formar a los profesionales y dar apoyo en consulta, aunque no sea de forma intensiva, incrementa la detección y la intervención en un 50%, mientras que proveer guías de intervención solamente no tiene casi efecto. Dar formación y apoyo a la vez aumenta el efecto. No parece que dar apoyo intensivo aumente el efecto.

El apoyo se tiene que adaptar a las necesidades y actitudes de los profesionales para que tenga el efecto esperado a largo plazo. Para aumentar la experiencia y la efectividad de los profesionales sanitarios en su trabajo con los problemas de alcohol se requiere dar informa-

ción, formar y dar apoyo en consulta. El apoyo de los especialistas puede aumentar la actividad de los profesionales de atención primaria y además garantizar que en caso de dificultades tendrán el apoyo de los mismos y la posibilidad de derivar a otro nivel asistencial.

¿Qué obstáculos se han detectado en la implementación de programas en nuestro país?

En la Tabla 21 aparecen detallados los principales obstáculos percibidos por los profesionales antes de la implementación del programa «Beveu Menys» en³²⁷:

Tabla 21

Atención Especializada	Atención primaria
Falta de confianza en sus habilidades formativas	Falta de tiempo para realizar actividades preventivas
Diferencias en el lenguaje de la atención primaria y la especializada	Falta de formación
Temor a la saturación por el elevado número de horas dedicadas a la formación, al apoyo a la atención primaria y a recibir muchas derivaciones	Reticencias sobre la eficacia de las estrategias de detección precoz e intervención breve
Falta de interés en las actividades preventivas por parte de la atención primaria	Miedo a la sobrecarga que el programa les puede ocasionar
Miedo al rechazo	Confusión de conceptos (alcoholismo, consumo de riesgo, etc.)
Miedo a recibir poco apoyo por parte de las autoridades sanitarias	Las resistencias al cambio por parte de los pacientes

Las principales recomendaciones para salvar dichos obstáculos a su vez fueron:

1. Apoyo de las autoridades sanitarias a la implementación del programa (presentación oficial y visibilidad del programa)
2. Llevar a cabo formaciones piloto antes de organizar la difusión general.
3. Adaptar los materiales de formación a las necesidades y recursos de la atención primaria y a 5 horas.
4. Definir en cada Centro de Atención Primaria (CAP) un coordinador de la formación y el seguimiento.
5. Diseñar una formación interactiva y dirigida al Equipo de Atención Primaria (EAP) al completo (trabajadores sociales, médicos, enfermeros/as, etc.).
6. Prestar especial atención a la coordinación entre los CAP y los centros especializados. Mejorar la comunicación y el conocimiento mutuo de ambas redes (recursos, características y actividades) y detectar y resolver las resistencias que puedan aparecer de ambos lados.
7. Definir criterios de derivación consistentes y claros. Los médicos de atención primaria deben poder derivar a cualquier paciente que ellos crean que lo necesita. El tratamiento compartido podría ayudar a clarificar los criterios de derivación.

8. Incluir el programa en los contratos de compra de servicios con los CAP (Financiación específica para estas actividades preventivas).
9. Realizar campañas en los medios de comunicación para promover el cambio de hábitos relacionados con el consumo de alcohol de la población, enfatizando sobretodo el concepto de consumo de riesgo.

En la evaluación del programa³²⁸ se recopiló además información sobre actitudes, conocimientos y conducta a través de entrevista a profesionales y pacientes de la Atención Primaria y mediante la auditoria de historias clínicas obteniéndose los siguientes resultados:

- a) Los profesionales infravaloraban la importancia del alcohol dentro de su práctica clínica cotidiana, no tenían suficiente entrenamiento en programas de prevención del alcohol y no estaban familiarizados con el uso de instrumentos de cribado estandarizados;
- b) En las historias clínicas se registraba poco el consumo de alcohol y cuando se hacía se basaba en la impresión clínica, se infradetectaba el consumo de riesgo y no se reflejaban las intervenciones en relación al alcohol;
- c) Más de la mitad de los pacientes no habían sido preguntados por su consumo de alcohol y casi ninguno conocía los límites del consumo de riesgo.

Tras la primera fase de implementación del programa, la evaluación de proceso con grupos focales reveló como obstáculos principales:

1. Prioridad por parte de la Atención Primaria de Salud de la atención a la demanda y no de las actividades preventivas.
2. Dificultad en el establecimiento de acuerdos sobre el nivel de implementación en los centros de las estrategias de detección precoz y intervención breve.
3. Falta de recursos para la implementación de las estrategias en la consulta (materiales, instrumentos de cribado y de diagnóstico en la historia clínica informatizada de los centros).
4. Falta de acuerdos contractuales entre la administración y los proveedores en relación a la intervención preventiva en temas de alcohol.

¿Qué obstáculos se detectan en la implementación en otros contextos sanitarios?

Además de en atención primaria, los problemas relacionados con el alcohol están también muy presentes en la atención hospitalaria, pero muchos pacientes pasan por el hospital y por urgencias sin ser diagnosticados o tratados^{329,330,331} principalmente porque los profesionales piensan que este tema es un asunto privado de los pacientes y no del interés de los profesionales o que es un problema que no tiene solución y por tanto no vale la pena abordarlo. En este contexto los principales obstáculos son la falta de tiempo (especialmente en urgencias y en fin de semana), la falta de formación, las actitudes de los profesionales³²¹, la propia estructura y organización (en urgencias a veces caótica), la falta de confianza de los profesionales en relación a su habilidad para cribar efectivamente a los pacientes y la falta de modelos y recursos adecuados National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Además aunque el problema sea detectado, muchas veces no se documenta por preservar la confidencialidad (aspectos ético-legales), por no comprometer la relación con el paciente y para evitar al paciente penalizaciones de sus aseguradoras.

Puntos Clave

- Existe gran dificultad en la implementación del cribado y las intervenciones breves a pesar de su efectividad.
- Su implementación requiere sinergia de todos los actores implicados (administradores, gestores, profesionales, expertos) y una sistematización a largo plazo.
- Las resistencias de los profesionales de Atención Primaria pueden superarse mediante la formación adaptada a sus necesidades, la facilitación de herramientas útiles en consulta y el apoyo continuado a los mismos por parte de los especialistas.

Recomendaciones

1. Proporcionar formación a los profesionales sanitarios especialmente durante la formación universitaria y especializada.
2. Facilitar la implementación en la consulta proporcionando instrumentos de detección, protocolos de intervención y ayudas informatizadas.
3. Adaptar los programas de formación y apoyo a las necesidades y las actitudes y posicionamientos de los profesionales de la atención primaria.
4. Proporcionar asistencia especializada para aumentar la actividad de la atención primaria y secundaria, de manera que si surgen problemas se pueda obtener apoyo y derivar casos al especialista.
5. Se deben incorporar indicadores de su implementación en la parte variable de la compra de servicios.

Bibliografía

1. Rehm J., Room R., Graham K., Monteiro M., Gmel G., Sempos C.T. *The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview*. *Addiction* 2003; 98:1209-28.
2. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. *Global status report on alcohol 2004*. Singapore: World Health Organization; 2004.
3. Anderson P., Baumberg B. *Alcohol in Europe. A public health perspective*. Institute of Alcohol Studies, UK 2006. Disponible en: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm
4. Corrao G., Rubbiati L., Bagnardi V., Zambon A., Poikolainen K. *Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis*. *Addiction*. 2000; 95:1505-23.
5. Corrao G., Bagnardi V., Zambon A., La Vecchia C. *A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases*. *Prev Med*. 2004; 38:613-19.
6. Wellmann J., Heidrich J., Berger K., Doring A., Heuschmann P. U., Keil U. *Changes in alcohol intake and risk of coronary heart disease and all-cause mortality in the MONICA/KORA-Augsburg cohort 1987-97*. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2004; 11:48-55.
7. Tolstrup J., Jensen M. K., Tjønneland A., Overvad K., Mukamal K. J., Gronbaek M. *Prospective study of alcohol drinking patterns and coronary heart disease in women and men*. *BMJ*. 2006; 332:1244-8.
8. Urbano-Márquez A., Estruch R., Fernández-Solá J., Nicolás J.M., Paré J.C., Rubin E. *The greater risk of alcoholic cardiomyopathy and myopathy in women compared to men*. *JAMA* 1995; 274:149-54.
9. Fillmore K.M., Kerr W.C., Stockwell T., Chikritzhs T., Bostrom A. *Moderate alcohol use and reduced mortality risk: Systematic error in prospective studies*. *Addiction Research and Theory* 2006; 14: 101-32.
10. Puddey I.B., Rakic V., Dimmitt S.B., Beilin L.J. *Influence of pattern of drinking on cardiovascular disease and cardiovascular risk factors: a review*. *Addiction* 1999; 94:649-63.
11. Marmot M.G. *Commentary: reflections on alcohol and coronary heart disease*. *Int J Epidemiol*. 2001; 30:729-34
12. Wannamethee S.G., Shaper A.G. *Lifelong teetotalers, ex-drinkers and drinkers: mortality and the incidence of major coronary heart disease events in middle-aged British men*. *Int J Epidemiol*. 1997; 26:523-31.
13. Di Castelnuovo A., Rotondo S., Iacoviello L., Donati M.B., De Gaetano G. *Meta-analysis of wine and beer consumption in relation to vascular risk*. *Circulation*. 2002; 105: 2836-44.
14. Mukamal K.J., Chiuve S.E., Rimm E.B. *Alcohol consumption and risk for coronary heart disease in men with healthy lifestyles*. *Arch Intern Med*. 2006; 166: 2145-50
15. Gronbaek M., Becker U. Johansen D., Gottschau A., Schnohr P., Hein H.O., Jensen G., Sorensen T.I. *Type of alcohol consumed and mortality from all causes, coronary heart disease, and cancer*. *Ann Intern Med*. 2000; 133: 411-19.
16. Rodriguez F., Banegas J.R., de Oya M. *Dieta y enfermedad cardiovascular*. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 180-9.
17. Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A.B., Lozano R., editors. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
18. Midanik L.T., Room R. *Epidemiology of alcohol consumption*. *Alcohol Health Res World* 1992; 16:183-90.
19. Ledermann, S. *Alcohol, alcoholism, alcoholisation*. Tome 1. Paris: Presses Universitaires de France; 1956.
20. Rose G., Day S. *The population mean predicts the number of deviant individuals* *BMJ* 1990; 301:1031-4
21. Rodríguez-Artalejo F., de Andrés Manzano B., Guallar-Castillón P, Banegas Banegas J.R., del Rey Calero J. *Association of moderate consumption of alcohol with rates of heavy drinking and abstinence in Spain*. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23:1502-6.

22. World Health Organization Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB). Updated: June 2006. Disponible en: <http://data.euro.who.int/hfadbf/>
23. World Drink trends 2005. World Advertising Research Council; 2005
24. Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación 2004. Disponible en: <http://www.mapa.es/ministerio/pags/hechoscifras/espanol/pdf/16.pdf>
25. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. World Health Organization 2000 Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf
26. Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta Domiciliaria (EDADES) 2003*. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/domiciliaria2003.pdf>
27. Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta Domiciliaria (EDADES) 2005-2006*. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2005-2006.pdf>
28. Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanza secundaria 2004*. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>
29. Currie C., Roberts C. Morgan A., Smith R., Settertobulte W., Samdal O, *et al.* *La salud de los jóvenes dentro de su contexto. Estudio de la conducta sobre salud de los jóvenes en edad escolar* (Health Behaviour in School-aged Children – estudio HBSC): Informe internacional elaborado a partir de la encuesta 2001/2002. Organización Mundial de la Salud 2004. Disponible en: www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adoles2001_2002.pdf
30. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp418&O=inebase&N=&L=>
31. Martínez-Frías M.L., Bermejo E., Rodríguez-Pinilla E. *Evolución temporal y por comunidades autónomas del consumo de diferentes cantidades de alcohol durante el embarazo*. Med Clin (Barc) 2003; 120:535-41.
32. National Health and Medical Research Council. *Australian Alcohol Guidelines: Health risk and benefits*. Disponible en: http://www.nhmrc.gov.au/publications/_files/ds9.pdf
33. Wechsler H., Davenport A., Dowdall G., Moeykens B., Castillo S. Health and behavioral consequences of binge drinking in college. *A national survey of students at 140 campuses*. JAMA 1994; 272:1672-7
34. Gmel G., Rehm J., Kuntsche E. *Binge drinking in Europe: definitions, epidemiology and consequences*. Sucht [2003]; 49(2):[105-16] Disponible en : <http://www.neuland.com/index.php?s=sen&s2=inh&s3=2003205>
35. Kuntsche E., Rehm J., Gmel G., *Characteristics of binge drinkers in Europe*. Soc Sci Med 2004; 59:113-27.
36. Bondy S.J. Overview of studies on drinking patterns and consequences. *Addiction* 1996; 91:1663-74.
37. Britton A., McKee M. *The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox*. J Epidemiol Community Health 2000; 54:328-32.
38. Kauhanen J., Kaplan G.A., Goldberg D.E., Salonen J.T. *Beer bingeing and mortality: results from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study, a prospective population based study*. BMJ 1997; 315:846-51.
39. McKee M., Britton A. The positive relationship between alcohol and heart disease in eastern Europe: potential physiological mechanisms. J. R. Soc Med. 1998; 91:402-7.
40. Rodríguez-Martos Dauer A., Gual Solé A., Llopis Llácer J.J. *La «unidad de bebida estándar» como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España*. Med Clin (Barc) 1999; 112:446-50.
41. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid. *Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2005*. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2006; 12: 3-36.
42. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid. *Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2005*. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2005, 11:3-42.
43. Poulin C., Webster I., Single E. *Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire*. Can Med Assoc J 1997; 157:1529-35.

44. Cherpitel C.J. *Screening for alcohol problems in the U.S. general population: Comparison of the CAGE, RAPS4, and RAPS4-QF by gender, ethnicity, and service utilization.* Alcohol Clin Exp Res 2002; 26:1686-91.
45. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. *Encuesta de Salud de la C.A. del País Vasco.* Disponible en: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-478/es/contenidos/informacion/encuesta_salud/es_4044/adjuntos/encuesta_salud_c.pdf
46. Álvarez J., Fierro I., del Río M.C. *Alcohol-related social consequences in Castille and Leon, Spain.* Alcohol Clin Exp Res 2006; 30:656-64
47. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. *Red de Médicos Centinelas. Madrid, 1997.* Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1997; 5
48. Arteagoitia J.M., Baonza I., Larrañaga M.I., Goiri M. *Médicos Vigía: un instrumento para la vigilancia e investigación epidemiológica.* Red de Médicos Vigía del País Vasco 1990-2002. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco Disponible en: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-478/es/contenidos/informacion/medicos_vigia/es_4327/adjuntos/vigias.pdf
49. García-Sempere A., Portella E. *Los estudios del coste del alcoholismo: marco conceptual, limitaciones y resultados en España.* Adicciones 2002; 14(Supl 1):141-53
50. Rivara F.P., Garrison M.M., Ebel B., McCarty C.A., Christakis D.A. *Mortality attributable to harmful drinking in the United States, 2000.* J Stud Alcohol. 2004; 65:530-6.
51. Mokdad AH, Marks J.S., Stroup D.F., Gerberding J.L. *Actual causes of death in the United States, 2000.* JAMA. 2004; 291:1238-45.
52. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Alcohol-Related Disease Impact (ARDI). Disponible en: <http://apps.nccd.cdc.gov/ardi/Homepage.aspx>
53. Corrao G., Bagnardi V., Zambon A., Arico S. *Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta-analysis.* Addiction 1999; 94:1551-73.
54. English D.R., Holman C.D.J. Milne E., Winter M.G. *The Quantification of Drug Caused Morbidity and Mortality in Australia, 1995* edition. Canberra, Australia: Commonwealth Department of Human Services and Health; 1995.
55. Ochoa R., Fierro I., Yáñez J.L., Álvarez F.J. *Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1999-2004.* Valladolid: Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas, Universidad de Valladolid; 2006.
56. Jané M., Borrell C., Nebot M., Pasarín M.I. *Impacto del tabaquismo y del consumo excesivo de alcohol en la mortalidad de la población de la ciudad de Barcelona: 1983-1998.* Gac Sanit 2003; 17:108-15.
57. Belló L.M., Saavedra P., Serra L. *Evolución de la mortalidad y de los años de vida perdidos prematuramente relacionados con el consumo de alcohol en las Islas Canarias (1980-1998).* Gac Sanit 2003; 17: 466-73.
58. Criado-Alvárez J.J. *Mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Castilla-La Mancha (1980-1998).* Gac Sanit 2003; 17:438-9.
59. Farreny Blasi M., Godoy García P., Revuelta Muñoz E. *Mortalidad atribuible al alcohol en Cataluña y sus provincias.* Aten Primaria 2001; 27: 318-23.
60. World Health Organization. CIE 10, *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento*, Meditor, Madrid, 1992.
61. World Health Organization. *Lexicon of alcohol and drug terms.* Geneva, World Health Organization, 1994. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/.
62. Fiellin D.A, Reid M.C, O'Connor P.G. *Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review.* Arch Intern Med 2000; 160:1977-1989..
63. Rodríguez-Martos A., Gual A., Llopis Llacer J.J. *La Unidad de Bebida estándar: un registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas.* Med Clin (Barc) 1999; 112:446-450.
64. Anderson P. et al. Ver ref. 3.
65. Rehm J., Room R., Monteriro M., Gmel G., Graham K., Rehn T, et al. *Comparative quantification of health risks; Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors.* Vol 1. Geneva, World Health Organization, 2004 (pp: 959-1108).

66. Anderson P. *Alcohol and primary health care*. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe, WHO Regional Publications, European Series, N.º. 64, 1996.
67. Royal College of Psychiatrists. Alcohol: our favourite drug. *New report of a Special Committee of the Royal College of psychiatrists*. London, Tavistock, 1986: 176-178.
68. Royal College of Physicians of London. *A great and growing evil?: the medical consequences of alcohol abuse*. London, Tavistock, 1987: 108-109.
69. Hawks, D. *Is it possible to recommend safe drinking levels without increasing per capita consumption? Another aspect of prevention*. Br J ADD 1989; 84: 371-375.
70. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *Helping patients who drink too much. A clinician's guide*. 2005 edition NIH Publication No. 05-3769. Bethesda, MD. NIAAA, 2005.
71. Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B., Monteiro M.G. AUDIT *The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva, World Health Organization, 2nd edition, 2001.
72. Schwan R., Allen J.P. *Unhealthy alcohol use*. N. Engl J. Med. 2005; 352:2139-2140.
73. Rodríguez-Martos A. *Papel de la atención primaria en el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol: motivación para el cambio*. Atención Primaria 1994; 14: 743-751.
74. Red de Centros Investigadores de la SEMFYC: *Programa de actividades preventivas y de promoción de salud en atención primaria*. VI Reunión Anual 1993. Barcelona, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 1994.
75. World Health Organization. *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva, World Health Organization, 2004.
76. Parliamentary Office of Science and Technology. *Postnote Binge Drinking and Public Health*, July 2005; Nº 244: 1.
77. McAlaney J., McMahon J. *Establishing rates of binge drinking in the uk: anomalies in the data*. Alcohol Alcohol 2006; 41:355-357.
78. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). NIAAA Newsletter – Winter 2004, Nº 3: <http://www.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004> (descargado 05/04/2004).
79. Hingson R. *Advances in measurement and intervention of excessive drinking*. Am J Prev 2004; 27: 261-263.
80. Jellinek, E.M. *The disease concept of alcoholism*. Hillhouse, Haven. College and University Press, Conn. 1960 (pp.: 264).
81. Alcohol Concern Factsheet 20: *Binge Drinking* (<http://www.Alcoholconcern.org.uk>), 12/ 2003.
82. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition, Text Revision)*. Washington-DC, American Psychiatric Association 2000.
83. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *NIAAA Underage Drinking: A major public health challenge*. Alcohol Alert April 2003; N.º 59: 2.
84. Harford T.C., Grant B.F., Yi H., Chen C.M. *Patterns of DSM-IV alcohol abuse and dependence criteria among adolescents and adults: Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse*. Alc Clin ad Exp Res 2005; 29: 810-828.
85. Hingson R.W., Heeren T.; Winter M.R. *Age at drinking onset and alcohol dependence. Age at onset, duration, and severity*. Arch Pediatr Adolesc Med 2006; 160: 739-74.
86. Babor T.F., Higgins-Biddle, J.C. *Brief Intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care*. Geneva, World health Organization, 2nd edition, 2001.
87. Bruun K., Edwards G., Lumio M. *et al Alcohol control policies in public health perspective Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies*, 1975.
88. Robledo T., Álvarez F.J. (1996) «Plan Europeo de actuación sobre el consumo de alcohol: una mirada hacia el futuro» *Med Clin* 106: 581-582.
89. Robledo T. (2002) «Políticas institucionales de prevención de los problemas de salud generados por el consumo de bebidas alcohólicas en España y Europa» *Adicciones*, Vol 14, Supl. 1.

90. OMS (1995) «Carta Europea sobre Alcohol. Conferencia europea sobre Salud, Sociedad y Alcohol». París 12-14 Diciembre 1995. Disponible en:
www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/alcohol/cartaEuro.htm
91. OMS Europa «Plan Europeo de actuación sobre el Alcohol 2000-2005». (EUR/LVNG 01 05 01) Disponible en:
www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/alcohol/planEuropeo/planEuropa.htm
92. OMS (2001) «Declaración sobre Jóvenes y Alcohol». Conferencia Ministerial sobre Jóvenes y Alcohol. Estocolmo, Febrero 2001. EUR/00/5020274/6 Disponible en:
www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/alcohol/declaEsto.htm
93. OMS (2005) «Problemas de salud pública causados por el uso nocivo de alcohol». 58ª Asamblea Mundial de la OMS WHA58.26. Mayo. 2005. Disponible en:
www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/FINALWHA58_26.pdf
94. Robledo T. (2002) «Políticas institucionales de prevención de los problemas de salud generados por el consumo de bebidas alcohólicas en España y Europa» Adicciones, Vol. 14, Supl. 1.
95. Conclusiones del Consejo de 5 de junio de 2001 sobre una estrategia comunitaria para reducir los daños derivados del consumo de alcohol. (2001/C 175/01)). Disponible en
www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/docs/estrategiaComunitaria.pdf
96. Comunicación de la Comisión de la Estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol. Bruselas, noviembre 2006 (14851/06). Disponible en:
www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/EstrategiaNov2006.pdf
97. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre drogas 2000-2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: www.pnsd.msc/Categoria2/publica/pdf/PandAccion2005-2008.pdf,
98. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.). Disponible en:
www.msc.es/profesionales/CarteraDeServicios/docs/CarteraDeServicios.pdf
99. C. Cabezas, T. Robledo, F. Marqués, M. Nebot, M.J. Megido, E. Muñoz, J.A. Prados y R. Córdoba «Recomendaciones sobre el estilo de vida». Aten Primaria 2005; 36 (supl 2). Disponible en <http://www.papps.org/recomendaciones/06-expertos-estilos-vida.pdf>
100. Bruun K., Edwards G., Lumio M. *et al.*, Alcohol control policies in public health perspective. Helsinki, The Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1975.
101. Edwards G., Anderson P., Babor T.F., Casswell S., Ferrence R., Giesbrecht N., Godfrey C. *et al.* Alcohol Policy and the Public Good. Oxford, Oxford University Press, 1994.
102. Babor T., Caetano R., Casswell S., Edwards G., Giesbrecht N., Gram. K. *et al.* Alcohol no ordinary commodity: Research and Public policy. New York: Oxford University Press; 2003.
103. World Health Organization. *Glossary for Health Promotion*. WHO/HPR/HEP/98.1 Geneva, World Health Organization, 1998.
104. World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO/HPR/HEP/95.1 Geneva, World Health Organization, 1986.
105. The Yakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. WHO / HPR / HEP / 41/CHP/BR/97.4. Geneva, World Health Organization, 1997.
106. Institute of Medicine, Division of Mental Health and Behavioural Medicine. Prevention and treatment of alcohol problems: research opportunities. Washington DC: National Academy Press, 1989.
107. Federación Española de Industrias de la Alimentación y Bebidas. Perfil de la Industria Alimentaria Española. Madrid, Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Federación Española de Industrias de la Alimentación y Bebidas, 2002.
108. Recasens M. Economía Vitivinícola. ACE, Revista de Enología, 23-07-03 (www.acenologia.com/ciencia63_01.htm (consultado 19 Febrero 2006)).
109. Anderson P. *et al.* Ver ref. 3.

110. Portella, E.; Ridaó, M.; Carrillo, E.; Ribas, E.; Ribó, C.; Salvat, M.: *El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico*. Madrid, Edit. Méd. Panamericana, 1998.
111. Koski A., Sirén R., Vuori E., Poikolainen K. *Alcohol tax-cuts and increase in alcohol-positive sudden deaths - a time series intervention analysis*. *Addiction* 2007; 102 (3): 362-368.
112. Federación Española de Municipios y Provincias. Modelo de Ordenanza Reguladora del Consumo Indebido de Bebidas Alcohólicas. Madrid, Federación Española de Municipios y Provincias, Ministerio del Interior, 2003.
113. Waagenar A.C. & Toomey T.L. *Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000*. *J Stud Alcohol Suppl.* 2002; 1 (1): 31-49.
114. Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2004. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2005.
115. Hibbel B., Andersson B., Bjarnason T., Alströhm S., Balakireva O., Kokkevi A., Morgan M. *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 36 European countries*. Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs, 2004.
116. Grube J.W. & Nygaard P. *Adolescents drinking and alcohol policy*. *Contemporary Drug Problems* 2001; 28: 87-132.
117. Graham K. *Preventive interventions or on-premise drinking: A promising but underresearched area of prevention*. *Contemporary drug problems* 2000; 27: 593-668.
118. Rodríguez-Martos A., García C., Duran A. *Evaluación de un proyecto piloto de formación en dispensación responsable de bebidas alcohólicas*. *Trastornos Adictivos* 2004; 6: 240-7.
119. Wallin E., Grinpenberg J., Andréasson S. *Too drunk for a beer? A study of overserving in Stockholm*. *Addiction* 2002; 97: 901-907.
120. Wallin E. *Responsible beverage service. Effects of a community Action Project*. PhD Thesis. Stockholm: Karolinska Institutet; Dep. Public Health Sciences, Division of Social Medicine, 2004.
121. Graham K., Osgood D.W., Zibrowski E., Purcell J., Gliksmann L., Leonard K. *The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomised controlled trial*. *Drug & Alcohol review* 2004; 23: 31-41.
122. Holder H.D., Waagenaar A.C. *Mandated server training and reduced alcohol-involved traffic crashes: a time-series analysis of the Oregon experience*. *Accid Anal Prev* 1994; 26: 89-97.
123. Saltz R.F. *La introducción de una legislación en los lugares donde se sirve alcohol al público en los EEUU y la llegada del «server Training»*. *Addiction* 1993; (supl.) 95-103.
124. Andreasson S., Lindewald B., Rehnman C. *Over-serving patrons in licensed premises in Stockholm*. *Addiction* 2000; 95 (3): 359- 363.
125. Toomey T.L., Waagenaar A.C., Kilian G., Fitch O., Rothstein C., Fletcher L. *Alcohol-sales to pseudo-intoxicated bar patrons*. *Public Health Rep* 1999; 114 (4): 337-342.
126. Saltz R.F. *Research needs and opportunities in server intervention programs*. *Health Educ Q* 1989; 16 (3): 429-438.
127. Tobler N.S. *Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group*. *J Drug Issues* 1986; 16: 537-567.
128. HITTT2000. Crystal Clear - June 1999: Reducing glass related injury. [www.hit.org.uk/camp4 htm](http://www.hit.org.uk/camp4.htm)
129. Mosher J.F. *Alcohol policy and the young adult: establishing priorities, buiding partnerships, overcoming barriers*. *Addiction* 1999; 94 (3): 357-369.
130. Graham K. *Safer bars: Assessing and reducing risks of violence*. Toronto, Canada: Centre for Addictioland Mental health, 1999.
131. Ross HL. *Detering the drinking driver. Legal policy and social control*. Lexington, M.A. Lexington Books, 1982
132. Eurocare. *Drinking and Driving in Europe*. A Eurocare Report to the European Union, 2003; <http://www.eurocare.org/publications/papers.html>
133. Recomendación de la Comisión, de 17 de enero de 2001, sobre la tasa máxima de alcoholemia permitida para los conductores de vehículos de motor [Diario Oficial L 43 de 14.2.2001]. En www.europa.eu/scad-plus/legal.es

134. SARTRE 3. En [http://sartre.inrets.fr/english/sartre 3E/booklets/spanish](http://sartre.inrets.fr/english/sartre%203E/booklets/spanish)
135. *Informe sobre los hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2005*. Boletín Epidemiológico n.º 7, vol. 12 Julio 2006. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid, 2006.
136. McCartt A.T., Geary L.L., Berning A. *Observational study of the extent of driving while suspended for alcohol impaired driving*. *Inj Prev* 2003; 9: 133-137.
137. Lenehan B., Street J., Barry K., Mullan G. *Immediate impact of 'penalty points legislation on acute hospital trauma services*. *Injury* 2005; 36 (8): 912-916.
138. Moskowitz, H. and Burns, M. (1990). *Effects of alcohol on driving performance*. *Alcohol Health & Research World*, 14, 12-14.
139. Fell J.C. & Voas R.B. *The effectiveness of reducing illegal blood concentration (BAC) limits for driving: evidence for lowering the limit to 0.5 BAC*. *J safety Res* 2006; 37 (3): 233-243.
140. Zwerling C., & Jones M.P. *Evaluation of the effectiveness of blood alcohol concentration laws for younger drivers*. *Am J Prev Med* 1999; 16 (1 Suppl): 76-80.
141. Hartling L., Wiebe N., Russell K., Petruk J., Spinola C., Klassen T.P. *Graduated driver licensing for reducing motor vehicle crashes among young drivers*. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 (2): CD003300.
142. Harding W.M. & Caudill B.D. *Does the use of designated drivers promote excessive alcohol consumption?* In C. Mercier-Guyon C. (ed). *Proceedings of the 14th Annual Conference on Alcohol, Frugs and Traffic safety*. Volume 3. Annecy, France, 21-26 September 1997 (pp: 1359-1364). Annecy, France: centre d'Etudes et Recherches en Medecine du Traffic.
143. DeJong W., Winsten J.A. *The use of designated drivers by US college students: a national study*, *J Am Coll Health*. 1999 Jan;47(4):151-6.
144. Ditter S.M., Elder R.W., Shults R.A., Sleet D.A., Compton R., Nichols J.L. *Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving*. A systematic review. *Am J Prev Med* 2005; 28 (5 Suppl): 280-287.
145. Willis C., Lybrand S., Bellamy N. *Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 18;(4):CD004168. Review.
146. Bjerre B. *Primary and secondary prevention of drink driving by the use of alcohol lock device and program: Swedish experiences*. *Accid Anal Prev* 2005; 37 (6):1145-1152.
147. Jerningan D.H., Ostroff J., Ross C. O'Hara J.A. *Sex differences in adolescent exposure to alcohol advertising in magazines*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158 (7): 629-634.
148. Botvin G.J., Baker E., Dusenbury L. *Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial*. *Journal of the American Association* 1995;273: 1106-1112.
149. Shope J.T., Copeland L.A., Kamp M.E., Lanf S.W. *Twelfth grade follow-up of the effectiveness of a middle school-based substance abuse prevention program*. *J Drug Education* 1998; 28 (3): 185-197.
150. Foxcroft D.R., Ireland D., Lister-Sharp D.J., Lowe G., Breen R. *Prevención primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes (Revisión Cochrane, traducida)*. En *La Biblioteca Cochrane Plus* 2005, n.º 2. Oxford, Uupdate Software Ltd.
151. Spoth R.L., López Reyes M., Redmon C., Shin C. *Assessing a public health approach to delay onset and progression of adolescent substance use: Latent transition and log-linear analysis of longitudinal family preventive intervention outcomes*. *J Consult and Clin Psychol* 1999;67 85: 619-630.
152. Schinke S.P., Tepavac L., Cole, K.C. *Preventing substance use among native American Youth: Three-year results*. *Addictive Behaviours* 2000; 25 (3): 387-397.
153. Bien, H.T. Miller, W.R., Tonnigan, J.S. *Brief intervention for alcohol problems: a review*. *Addiction* 1992; 88: 315-336.
154. Kahan M., Wilson L., Becker L. *Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review*. *Can Med Assoc J* 1995; 152: 851-859.
155. Wilk A.I., Jensen N.M., Havighurst T.C. *Meta-analysis of randomised control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers*. *J. Gen Inter Med* 1997; 12: 274-283.
156. Poikolainen K. *Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis*. *Preventive Medicine* 1999; 28: 503-509.

157. Emmen M.J., Schippers G.M., Bleijenberg G., Wollsheim H. *Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review*. Br Med J 2004; 328: 318-322.
158. Moyer A., Finney J.W., Vergun P. *Addiction* 2002; 97: 279-292.
159. Higgins-Biddle J.C., Babor T.F. *Reducing risky drinking. Report prepared for the Robert Wood Johnson Foundation*, Farmington University of Connecticut Health center, 1996.
160. Grossberg P.M., Brown D.D., Fleming M.F. *Brief Physician advice for high-risk drinking among young adults*. Ann Fam Med. 2004; 2 (5): 472-480.
161. Gentilello, L.M., Rivara, F.P., Donovan, D.M., Jurkovich, G.J., Daranciang, E., Dunn, C.H., Villavecques, A., Copass, M., Ries, R.R. (1999) *Alcohol Interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence*. Annals of Surgery 230, 473-483.
162. Longabaugh, R., Woolard, R.F., Nirenberg, T.D., Minugh, A.P., Becker, B., Clifford, P.R., Carty, K., Sapadeo, F. and Gogineni, A. (2001) *Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department*. Journal Studies on Alcohol 62, 806-816.
163. Spirito, A., Monti, P.M., Barnett, N.P., Colby, S.M., Sindelar, H., Rohsenow, D.J., Lewander W., Myers, M. (2004) *A randomised clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department*. The Journal of Pediatrics, 145,396-402
164. Mello, M.J., Nirenberg T.D., Longabaugh, R., Woolard, R., Minugh, A., Becker, B., Baird, J., Stein, L. (2005) *Emergency department brief motivational interventions for alcohol with motor vehicle crash patients*. Annals of Emergency Medicine, 4, 620-625.
165. D'Onofrio, G., Degutis, L.C. (2002) *Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review*. Academic Emergency Medicine 9, 627-638.
166. Dinh-Zarr, T., Goss, C., Heitman, E., Roberts, I., and DiGiuseppi, C. *Interventions for preventing injuries in problem drinkers*. Cochrane Database, 2004. Syst Rev. 3:CD001857.
167. Cherpitel, C.J., Rodríguez-Martos, A. (2005). *Screening for alcohol problems and Brief Intervention in the Emergency Department: Opportunity for Prevention*. Adicciones 17, 181-192.
168. Altisent, R.; Córdoba, R.; Delgado, MT; Pico, MV.; et al. *Estudio multicéntrico sobre la eficacia del consejo para la prevención del alcoholismo en Atención Primaria EMPA*. Med Clín, 1997; 109: 121-124.
169. Córdoba R., Delgado M.T., Pico V., Altisent R., Fores D., Monreal A., Frisas O., López del Val, A.: *Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EIBAL): a Spanish Multi-centre study*. Family Practice 1998; 15 (6): 562-568.
170. Ballesteros, J. *¿Es eficaz la intervención breve en bebedores a riesgo en el ámbito de la atención primaria? Una revisión sistemática de estudios españoles*. Trastornos Adictivos 2000; 2: 32-40.
171. Rodríguez-Martos A., Santamariña E., Escayola M., Martí J. *Brief intervention in alcohol-positive traffic casualties: is it worth the effort?* Alcohol & Alcoholism 2006; 41: 76-83.
172. Kaner, E.F., Heather, N., McAvoy, B.R., Lock, C.A. and Gilvarry, E. *Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners*. Alcohol 34:559-66, 1999.
173. Rumpf, H.J., Bohlmann, J., Hill, A., Hapke, U. and John, U. *Physicians' low detection rates of alcohol dependence or abuse: A matter of methodological shortcomings?* General Hospital Psychiatry 23:133-7, 2001.
174. Aalto, M., Pekuri, P., and Seppa, K. *Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers*. Addiction 96:305-11, 2001.
175. Spandorfer, J. M., Israel, Y., & Turner, B. J. (1999). *Primary care physicians' views on screening and management of alcohol abuse: inconsistencies with national guidelines*. Journal of Family Practice, 48, 899-902.
176. Emmen *et al.* Ver ref. 157.
177. Dawson, D. A. (1998) *Measuring alcohol consumption: limitations and prospects for improvement*. Addiction, 93, 965-968.
178. Belson, W. A. (1981) *The Design and Understanding of Survey Questions*. Aldershot, UK: Gower.
179. Midanik, L. (1991) *'Unstandard' ways of answering standard questions: protocol analysis in alcohol survey research*. Drug and Alcohol Dependence, 27, 245-252.

180. Weisner, C., Kaskutas, L. A., Hilton, M. E. & Barile, A. L. (1999) «When you were drinking» vs. «in the past 12 months»: the impact of using different time frames in clinical and general populations. *Addiction*, 94, 731–736.
181. Greenfield, T. K. (2000) *Ways of measuring drinking patterns and the differences they make: experience with graduated frequencies*. *Journal of Substance Abuse*, 12, 33-49.
182. Gual A., Contel M., Segura L., Riba A., Colom J. (2001) *El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos), un nuevo instrumento para la identificación precoz de bebedores de riesgo*. *Medicina Clínica (Barc)* 117: 685-689.
183. Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1992) *Timeline followback: a technique for assessing self-reported ethanol consumption*. In: Allen, J. & Litten, R. Z., eds. *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods*, pp. 41–72. Totowa, NJ: Humana Press.
184. Miller, W. R. (1996) *Manual for Form 90: A Structured Assessment Interview for Drinking and Related Behaviors*. Project MATCH Monograph Series 5, NIH Publication no. 96–4004. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
185. Sobell, L. C., Maisto, S. A., Sobell, M. B. & Cooper, A. M. (1979) *Reliability of alcohol abusers' self-reports of drinking behavior*. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 157–160.
186. Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1995) *Alcohol consumption measures*. In: Allen, J. P. & Columbus, M., eds. *Assessing Alcohol Problems: a Guide for Clinicians and Researchers*. Treatment Handbook Series 4, pp. 55–73. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
187. Dawson, D. A. (1998) *Volume of ethanol consumption: effects of different approaches to measurement*. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 191–197.
188. Hallfors, D., Khatapoush, S., Kadushin, C., Watson, K. & Saxe, L. (2000) *A comparison of paper v. computer-assisted self-interview for school alcohol, tobacco, and other drug surveys*. *Evaluation and Program Planning*, 23, 149–155.
189. McCabe, S. E., Boyd, C. J., Couper, M. P., Crawford, S. & D'Arcy, H. (2002) *Mode effects for collecting alcohol and other drug use data: web and U.S. mail*. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 755–761.
190. Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001) *The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization WHO/MSD/MSB/01.6a.
191. Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. S., Fihn, S. D. and Bradley, K. A. (1998) *The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking*. *Archives of Internal Medicine* 158, 1789–1795.
192. Health Development Agency (2002). *The Fast Alcohol Screening Test*. http://www.hda-online.org.uk/documents/manual_fastalcohol.pdf
193. Mayfield, D., McLeod, G. and Hall, P. (1974). *The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism instrument*. *American Journal of Psychiatry* 131: 1121-3.
194. Russell, M., Martier, S. S., Sokol, R. J., Jacobson, S. and Bottoms, S. (1991). *Screening for pregnancy risk drinking: TWEAKING the tests*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 15 (2): 638.
195. Pokorny, A. D., Miller B. A. and Kaplan H. B. (1972). *The brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test*. *American Journal of Psychiatry* 129 (3): 342-5.
196. Feuerlein W., Ringer C., Kufner H., Antons K. (1979) *Diagnosis of alcoholism: the Munich Alcoholism Test (MALT)*. *Curr Alcohol*;7:137-47.
197. Cherpitel, C. J. (2000). *Brief screening instrument for problem drinking in the emergency room: the RAPS4*. *Journal of Studies on Alcohol* 61 (3): 447-9.
198. Seppä, K., Lepistö, J. and Sillanaukee, P. (1998) *Five-shot questionnaire on heavy drinking*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22, 1788–1791.
199. Smith, S. G. T., Touquet, R., Wright, S. and Das Gupta, N. (1996). *Detection of alcohol misusing patients in accident and emergency departments: the Paddington alcohol test (PAT)*. *Journal of Accident and Emergency Medicine* 13(5): 308-12.

200. Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., de la Fuente J.R., Grant M. *Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - II*. *Addiction*. 1993;88:791-804.
201. Volk, R.J., Steinbauer, J.R., Cantor, S.B. and Holzer, C.E. *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds*. *Addiction* 92(2):197-206, 1997.
202. Piccinelli, M., Tessari, E., Bortolomasi, M., Piasere, O., Semenzin, M. Garzotto, N. and Tansella, M. *Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study*. *British Medical Journal* 314(8) 420-424, 1997.
203. Rubio Valladolid G., Bermejo Vicedo J., Caballero Sanchez-Serrano M.C., Santo-Domingo Carrasco J. (1998) *Validación de la Prueba para la Identificación de Transtornos por Uso de Alcohol (AUDIT) en Atención Primaria*. *Revista Clínica Española*; 198 (1): 11-14.
204. Martínez Delgado J.M. (1996) *Validación de los cuestionarios breves: AUDIT, CAGE y CBA para la detección precoz del síndrome de dependencia de alcohol en Atención Primaria*. Tesis Doctoral. Departamento de Neurociencias. Universidad de Cádiz.
205. Contel M., Gual A., Colom J. (1999) *Test para la identificación de transtornos por uso de alcohol (audit): traducción y validación del audit al catalán y castellano*. *Adicciones*. 11(4): 337-347.
206. Gómez Arnaiz A., Conde A., Aguiar J.A., Santana J.M., Jorrín A, Betancor P. (2001) *Utilidad Diagnóstica del cuestionario Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para detectar el consumo de alcohol de riesgo en atención primaria*. *Medicina Clínica (Barc)* 116(4):121-124.
207. Reinert D.F., Allen J.P. (2007) *The alcohol use disorders identification test: an update of research findings*. *Alcohol Clin Exp Res*. Feb;31(2):185-99.
208. Rigmaiden, R.S., Pistorello, J., Johnson, J., Mar, D. and Veach, T.L. *Addiction medicine in ambulatory care: Prevalence patterns in internal medicine*. *Substance Abuse* 16:49-57, 1995.
209. Cherpitel, C.J. *Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room*. *Journal of Studies on Alcohol* 56:695-700, 1995.
210. Skipsey, K., Burlison, J.A. and Kranzler, H.R. *Utility of the AUDIT for the identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients*. *Drug and Alcohol Dependence* 45:157-163, 1997.
211. Claussen, B. and Aasland, O.G. *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed*. *Addiction* 88:363-368, 1993.
212. Fleming, M.F., Barry, K.L. and MacDonald, R. *The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample*. *International Journal of the Addictions* 26:1173-1185, 1991.
213. Powell, J.E. and McInness, E. *Alcohol use among older hospital patients: Findings from an Australian study*. *Drug and Alcohol Review* 13:5-12, 1994.
214. Isaacson, J.H., Butler, R., Zacharek, M. and Tzelepis, A. *Screening with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city population*. *Journal of General Internal Medicine* 9:550-553, 1994.
215. Ivis, F.J., Adlaf, E.M. and Rehm, J. *Incorporating the AUDIT into a general population telephone survey: a methodological experiment*. *Drug & Alcohol Dependence* 60:97-104, 2000.
216. Lapham, S.C., Skipper, B.J., Brown, P., Chadbunchachai, W., Suriyawongpaisal, P. and Paisarnsilp, S. *Prevalence of alcohol use disorders among emergency room patients in Thailand*. *Addiction* 93(8), 1231-1239, 1998.
217. Steinbauer, J.R., Cantor, S.B., Holder, C.E. and Volk, R.J. *Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders*. *Annals of Internal Medicine* 129: 353-362, 1998.
218. Powell & McInness 1994. Ver ref. 213
219. Gomez A., Conde A., Santana J.M., Jorrin A., Serrano I.M., Medina R. (2006) *The diagnostic usefulness of AUDIT and AUDIT-C for detecting hazardous drinkers in the elderly*. *Aging Ment Health*. Sep;10(5):558-61.
220. Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B. & Babor, T. (1997) *A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21, 613-619.
221. Bohn, M.J., Babor, T.F. and Kranzler, H.R. *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings*. *Journal of Studies on Alcohol* 56:423-432, 1995.

222. Hays, R.D., Merz, J.F. and Nicholas, R. *Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and AUDIT alcohol screening measures*. Behavioral Research Methods, Instruments & Computers 27:277280, 1995.
223. Clausen & Aasland (1993). Ver ref. 211.
224. Conigrave, K.M., Saunders, J.B. and Reznik, R.B. *Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm*. Addiction 90:1479-1485, 1995.
225. (Fleming et al 1991; Hays et al 1995; Ver refs 212 y 222)
226. Sinclair, M., McRee, B. and Babor, T.F. *Evaluation of the Reliability of AUDIT*. University of Connecticut School of Medicine, Alcohol Research Center, (unpublished report), 1992.
227. (Lapham et al 1998) Ver ref 216.
228. Bush *et al.* (1998) Ver ref 191.
229. Kraus, L. and Augustin, R. (2001) *Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems: comparison of responses from self-administered questionnaires and telephone interviews*. Addiction, 96, 459-471.
230. Gordon, A. J., Maisto, S. A., McNeil, M., Kraemer, K. L., Conigliaro, R. L., Kelley, M. E. and Conigliaro, J. (2001) *Three questions can detect hazardous drinkers*. Journal of Family Practice 50, 313-320.
231. Fiellin, D. A., Carrington, R. & O'Connor, P. G. (2000) *Screening for Alcohol problems in primary care, a systematic review*. Archives of Internal Medicine, 160, 1977-1989.
232. Aertgeerts, B., Buntinx, F., Ansoms, S. & Fevery, J. (2001) *Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population*. British Journal of General Practice, 51, 206-217.
233. 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.
234. Gomez A., Conde A., Santana J.M., Jorriñ A. (2005) *Diagnostic usefulness of brief versions of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for detecting hazardous drinkers in primary care settings*. J Stud Alcohol. Mar;66(2):305-8.
235. Rodríguez-Martos A., Santamariña E. *Does the short form of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) work at a trauma emergency department?* Substance Use and Misuse, 2007;46: 923-932.
236. King M. *At risk drinking among general practice attenders: validation of the CAGE questionnaire*. Psychol Med. 1986;16:213-217.
237. Adams W.L., Barry K.L., Fleming M.F. *Screening for problem drinking in older primary care patients*. JAMA. 1996;276:1964-1967.
238. Bradley K.A., Bush K.R., McDonnell M.B., Malone T., Fihn S.D. *Screening for problem drinking: comparison of CAGE and AUDIT*. J Gen Intern Med. 1998;13:379-388.
239. Rodríguez-Martos A., Navarro R., Vecino C., Pérez R. (1986) *Validación de los cuestionarios CBA y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo*. Drogalcohol 11, 4, 132-139.
240. Funk, M., Wutzke, S., Kaner, E., Anderson, P., Pas, L., McCormick, R., Gual, A., Barford, S., Saunders, J. (2005) *A multi country controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study*. Journal of Studies on Alcohol 66 379-388.
241. Lock C.A., Kaner E., Lamont S., Bond S. *A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care*. Journal of Advanced Nursing 2002;39(4):333-342.
242. Rosalki, S. B., Rau, D., Lehmann, D. & Prentice, M. (1970) *Determination of serum gamma-glutamyl transpeptidase activity and its clinical applications*. Annals of Clinical Biochemistry, 7, 143-147.
243. Meerkerk, G. J., Njoo, K. H., Bongers, I. M., Trienekens, P. & van Oers, J. A. (1999) *Comparing the diagnostic accuracy of carbohydrate-deficient transferrin, gammaglutamyltransferase, and mean cell Volume in a general practice population*. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 23, 1052-1059.
244. Nemesanszky, E., Lott, J. A. & Arato, M. (1988) *Changes in serum enzymes in moderate drinkers after an alcohol challenge*. Clinical Chemistry, 34, 525-527.

245. Sillanaukee, P., Massot, N., Jousilahti, P., Vartiainen, E., Sundvall, J., Olsson, U., Poikolainen, K., Poniö, M., Allen, J. P. & Alho, H. (2000) *Dose-response of laboratory markers to alcohol consumption in a general population*. *American Journal of Epidemiology*, 152, 747–751.
246. Lof, K., Seppa, K., Itala, L. *et al.* (1994) *Carbohydrate deficient transferrin (CDT) as an alcohol marker among female heavy drinkers: a population based study*. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 18, 889–894.
247. Salaspuro, M. (1999) *Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: a systematic review*. *Alcohol*, 19, 261–271.
248. Stibler, H. (1991) *Carbohydrate-deficient transferrin in serum: a new marker of potentially harmful alcohol consumption reviewed*. *Clinical Chemistry*, 37, 2029–2037.
249. Allen, J. P. & Litten, R. Z. (2001) *The role of laboratory tests in alcoholism treatment*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 81–85.
250. Spies, C. D., Emadi, A., Neumann, T., Hannemann, L., Rieger, A., Schaffartzik, W., Rahmzadeh, R., Berger, G., Funk, T., Blum, S., Müller, C. & Rommelspacher, H. (1995a) *Relevance of carbohydrate-deficient transferrin as a predictor of alcoholism in intensive care patients following trauma*. *Journal of Trauma*, 39, 742–748.
251. Sillanaukee, P., Seppa, K., Lof, K. & Koivula, T. (1993) *Carbohydrate-deficient transferrin (CDT) by anion exchange chromatography followed by RIA as a marker of heavy drinking among men*. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 17, 230–233.
252. Conigrave, K. M., Degenhardt, L. J., Whitfield, J. B., Saunders, J. B., Helander, A. & Tabakoff, B. (2002) *CDT, GGT, and AST as markers of alcohol use: the WHO/ISBRA collaborative project*. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26, 332–339.
253. Sillanaukee, P., Strid, N., Allen, J. P. & Litten, R. Z. (2001a) *Possible reasons why heavy drinking increases CDT*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25, 34–40.
254. Wu, A., Chanarin, I. & Levi, A. J. (1974) *Macrocytosis of chronic alcoholism*. *Lancet*, i, 829–830.
255. Maruyama, S., Hirayama, C., Yamamoto, S., Koda, M., Udagawa, A., Kadowaki, Y., Inoue, M., Sagayama, A. & Umeki, K. (2001) *Red blood cell status in alcoholic and non-alcoholic liver disease*. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, 138, 332–337.
256. Hasselblatt, M., Martin, F., Maul, O., Ehrenreich, H. & Kernbach-Wighton, G. (2001) *Persistent macrocytosis following abstinence from chronic alcohol use*. *Journal of the American Medical Association*, 286, 2946.
257. Monteiro, M. G. & Masur, J. (1986) *Monitoring alcoholism treatment: the appropriateness of choice between gamma-GT or MCV evaluation after a short time of abstinence*. *Alcohol*, 3, 223–226.
258. Harasymiw, J. & Bean, P. (2001) *The combined use of the early detection of alcohol consumption (EDAC) test and carbohydrate-deficient transferrin to identify heavy drinking behaviour in males*. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 349–353.
259. Martin, M. J., Heymann, C., Neumann, T., Schmidt, L., Soost, F., Mazurek, B., Böhm, B., Marks, C., Helling, K., Lenzenhuber, E., Müller, C., Kox, W. J. & Spies, C. D. (2002) *Preoperative evaluation of chronic alcoholics assessed for surgery of the upper digestive tract*. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26, 836–840.
260. Anton, R. F. & Moak, D. H. (1994) *Carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase as markers of heavy alcohol consumption: gender differences*. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 18, 747–754.
261. Reif, A., Keller, H., Schneider, M., Kamolz, S., Schmidtke, A. & Fallgatter, A. J. (2001) *Carbohydrate-deficient transferrin is elevated in catabolic female patients*. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 603–607.
262. Anton, R. F., Stout, R. L., Roberts, J. S. & Allen, J. P. (1998) *The effect of drinking intensity and frequency on serum carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyl transferase levels in outpatient alcoholics*. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22, 1456–1462.
263. Rubio, C., Gil, V., Aparicio, J. M., Belda, J., Pascual, R. & Merino, J. (1996) *Diagnostic efficiency of biological markers of alcohol consumption for the detection of excessive drinkers*. *Annales de Médecine Interne*, 13, 274–278.
264. Sharpe, P. C. (2001) *Biochemical detection and monitoring of alcohol abuse and abstinence*. *Annals of Clinical Biochemistry*, 38, 652–664.

265. Scouller, K., Conigrave, K. M., Macaskill, P., Irwig, L. & Whitfield, J. B. (2000) *Should we use carbohydrate-deficient transferrin instead of g-glutamyltransferase for detecting problem drinkers? A systematic review and metaanalysis*. *Clinical Chemistry*, 46, 1894–1902.
266. Helander, A. (2001) *Biological markers of alcohol use and abuse Biomarkers for alcohol use disorders in clinical practice 89 in theory and praxis*. In: Agarwal, D. P. & Seitz, H. K., eds. *Alcohol in Health and Disease*, Chapter 9, pp. 177–206. New York: Marcel Dekker Inc.
267. Nilssen, O., Huseby, N. E., Hoyer, G., Brenn, T., Schirmer, H. & Forde, O. H. (1992) *New alcohol markers-how useful are they in population studies: the Svalbard Study 1988–89*. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 16, 82–86.
268. Raistrick D, Heather N, Godfrey C. National Health Service. National Treatment Agency for Substance Misuse. *Review of the Effectiveness of treatment for alcohol problems*. London, National Treatment Agency for Substance Misuse, nov 2006. www.nta.nhs.uk accessed at dec 2006.
269. Rodriguez Martos A. *Efectividad de la técnica de consejo breve*. En Gual, A (ed.) *Monografía de Alcohol*. Adicciones 2002; 14, Supl. 1 :337-351.
270. Whitlock E.P., Polen M.R., Green A., Orleans T., Klein J. *Behavioral Counseling Interventions in Primary Care To Reduce Risky/Harmful Alcohol Use by Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force*. *Ann Intern Med*. 2004; 140: 554-568.
271. Bien *et al*. Ver ref. 153.
272. Kahan *et al*. Ver ref. 154.
273. Wilk *et al*. Ver ref. 155.
274. Moyer *et al*. Ver ref. 158.
275. Beich A., Thorsen T., Rollnick S. *Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis*. *BMJ*. 2003; 327: 536-542.
276. Bertholet N., Daepfen J.B., 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.
277. Vasilaki E, Hosier S., Cox Mw. *The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review*. *Alcohol alcohol*. 2006; 41: 328-335.
278. Fleming M.F., Mundt M.P., French M.T., Manwell L.B., Stauffacher E.A., Barry K.L. *Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis*. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002; 26: 36-43.
279. Wutzke S.E., Conigrave K.M., Saunders J.B., Hall W.D. *The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up*. *Addiction*. 2002;97:665-675.
280. Kristenson H., Osterling A., Nilsson J.A., Lindgarde F. *Prevention of alcohol-related deaths in mid-dleaged heavy drinkers*. *Alcoholism. Clinical and experimental research*. 2002; 26: 448-484.
281. Cuijpers P, Riper H., Lemmers L. *The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis*. *Addiction*. 2004; 99: 839–845
282. Altisent R., Córdoba R., Delgado M.T., Pico V., Menús E., Aranguren F. *et al. Estudio multicéntrico para la prevención del alcoholismo en atención primaria (EMPA)*. *Med Clin (Barc)*. 1994;109-124.
283. Córdoba R., Delgado M.T., 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.
284. Fernández García J.A., Ruiz Moral R., Pérula de Torres L.A., Campos Sanchez L., Lora Cerezo N., Martínez de la Iglesia J. *Grupo de Cordobes 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.
285. Ballesteros J, Ariño J, González-Pinto A., Querejeta I. *Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol*. Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria. *Gac Sanit*. 2003;14(2):116-22.
286. Emmen *et al*. Ver ref. 157.
287. Maheswaran R., Beevers M., Beevers D. G. *Effectiveness of advice to reduce alcohol consumption in hypertensive patients*. *Hypertension*. 1992; 19: 79–84.

288. Chick, J., Lloyd, G. & Crombie, E. (1985). *Counselling problem drinkers in medical wards: A controlled study*. *BMJ*. 1985; 290: 965–967.
289. Heather N., Rollnick S., Bell A., Richmond R. *Effectiveness of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards*. *Drug and Alcohol Review*. 1996; 15: 29–38.
290. D'Onofrio G., Degutis L.C. *Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review*. *Academic Emergency Medicine*, 2002;9: 627–638.
291. Crawford M.J., Patton R., Touquet R., Drummond C., Byford S., Barrett B., *et al*. *Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: A pragmatic randomised controlled trial*. *The Lancet*. 2004; 364: 1334–1339.
292. Monti P.M., Colby S.M., Barnett N.P., Spirito A., Rohsenow D.J., Myers M., *et al*. *Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999; 67: 989–994.
293. Marlatt G.A., Baer J.S., Kivlahan D.R., Dimeff L.A., Larimer M.E., Quigley L.A., *et al*. *Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: Results from a 2-year follow-up assessment*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998; 66: 604–615.
294. Fleming M.F., Manwell L.B., Barry K.L., Admás W., Stauffacher E.A. *Brief physician advice for alcohol problems in older adults. A randomized Community-based Trial*. *The Journal of Family Practice*. 1999; 48: 378–384.
295. Fleming M.F., Marlon M.P., French M.T., Manwell L.B., Stauffacher E.A., Barry K.L. *Benefit-cost analysis of brief physician advice with problems drinkers in primary care settings*. *Med Care*. 2000; 31: 7-18.
296. Anderson P., Gual A., Colom J. (2005). *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. Department of Health of the Government de Catalonia: Barcelona.
297. Maciosek M.V., Coffield A.B., Edwards N.M., Flotemesch T.J., Goodman M.J., Solberg L.I. *Priorities Among Effective Clinical Preventive Services*. Results of a Systematic Review and Analysis. *Am J Prev Med* 2006;31:52-61.
298. U.S. Preventive Services Task Force. *Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse: Recommendation Statement*. *Ann Intern Med* 2004; 140: 554-556.
299. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Assessing Alcohol Problems. A Guide for Clinicians and Researchers Second Edition*. NIH Publication No. 03-3445 Revised 2003. Allen, J.P. Wilson V., Eds. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service National Institutes of Health; Bethesda: 2003.
300. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J. *In search of how people change*. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 1992; 47: 1102-14.
301. Miller W.R., Rollnick S. *Motivational Interviewing. Preparing People for Change*. Second Edition. The Guilford Press: New York; 2002.
302. Ritson B. *ABC of alcohol. Treatment of alcohol related problems*. *BMJ* 2005; 330: 139-141.
303. Babor T.F. *et al*. Ver ref. 86.
304. U.S. Department of Health & human services. *Helping Patients who drink too much. A clinicians Guide*. Updated 2005 edition. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Bethesda, MD; 2005. www.niaaa.nih.gov/guide.
305. Gual A. *Monografía alcohol*. *Adicciones* 2002; 14 (sup. 1).
306. Aubà J., Barranco J.R., Córdoba R., Ledesma A., Mosquera J., Picó M.V., Ribas A. *Recomendaciones semFYC Alcohol*. *SemFYC*. Barcelona, 2000.
307. Álvarez F.J., Del Río M.C. *Farmacología del Alcohol*. En: Rubio G. y J. Santo-Domingo, Eds. *Curso de Especialización en Alcoholismo*. Madrid: Fundación de Ayuda a la Drogadicción, 2001; pp. 3.1-3.41.
308. Alamo C., López-Muñoz F., Martín B., Cuenca E. *Farmacología del etanol*. En: G Rubio y J Santo-Domingo, Eds. *Guía practica de intervención en el alcoholismo*. Madrid: Nilo, 2000; pp. 85-113.
309. Del Río M.C., Pérez M.B., Álvarez F.J. *Medicamentos y alcohol*. *JANO* 1998; 54 (n.º 1241): 29-36.
310. Del Río M.C., Álvarez F.J. *Interacciones entre el alcohol y los medicamentos*. *JANO* 1996; 50 (n.º 1165): 36-40.

311. Baxter K. Alcohol. En: *Stockley. Interacciones farmacológicas*. Madrid: Pharma Editores, 2ª Ed. 2007; pp. 13-41.
312. semFYC. *Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Evidencia*. 2nd Ed. Barcelona: semFYC; 2004.
313. Anderson P, Kaner E., Wutzke S., Wensing M., Grol R., Heather N., Saunders J. *Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a WHO International Collaborative Survey*. *Alcohol and Alcoholism* 2003;38:587-601.
314. Roche A.M., Richard G.P. *Doctors' willingness to intervene in patients' drug and alcohol problems*. *Soc Sci Med* 1991;33(9):1053-61.
315. Roche A.M., Guray C., Saunders J.B. *General practitioners' experiences of patients with drug and alcohol problems*. *British Journal of Addiction* 1991;86:263-275.
316. Roche A.M., Parle M.D., Saunders J.B. *Managing alcohol and drug problems in general practice: a survey of trainees' knowledge, attitudes and educational requirements*. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1996;20: 401-408.
317. Richmond R.L., Mendelsohn C.P. *Physicians' views of program incorporating stages of change to reduce smoking and excessive alcohol consumption*. *Am J Health Promot* 1998;12(4):254-7.
318. McAvoy B.R., Kaner E.F., Lock C.A., Heather N., Givarry E. *Our healthier Nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling*. *British Journal of General Practice* 1999;49:187-190.
319. Kaner E.F., Heather N., McAvoy B.R., Lock C.A., Gilvarry E. *Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners*. *Alcohol Alcohol* 1999;34(4):559-566.
320. Cornuz J., Ghali W.A., Di Carlantonio D., Pecoud A., Paccaud F. *Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits*. *Fam Pract* 2000;17:535-40.
321. Aalto M., Pekuri P., Seppä K. *Primary health care nurses' and physicians' attitudes knowledge and beliefs regarding brief intervention and heavy drinkers*. *Addiction* 2001;96:305-11.
322. Kaariainen J., Sillanaukee P., Poutanen P., Seppä K. *Opinions on alcohol-related issues among professionals in primary, occupational, and specialized health care*. *Alcohol Alcohol* 2001;36(2):141-6.
323. Bero L.A., Grilli R., Grimshaw J.M., Mowatt G., Oxman A.D., Zwarenstein M. (eds). *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*. In: *The Cochrane Library, Issue 3*, Oxford: Update Software; 2002.
324. Anderson P, Laurant M., Kaner E., Grol R., Wensing M. *Engaging general practitioners in the management of alcohol problems: Results of a meta-analysis*. *Journal of Studies on Alcohol* 2004;65:191-9.
325. Funk M., Wutzke S., Kaner E., Anderson P, Pas L., McCormick R. *et al*. A multi country controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol interventions in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study. *Journal of Studies on Alcohol* 2005;66(3):379-88.
326. Anderson P, Kaner E., Wutzke S., Funk M., Heather N., Wensing M., Grol R., Gual A., Pas L. *Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on findings from a WHO Collaborative Study*. *Alcohol and Alcoholism* 2004;39:351-6.
327. Colom J., Gual A., Segura L. *El abordaje de los problemas de alcohol desde la atención primaria*. Bilbao: Fundación Faustino Orbeago; 2004.
328. Gual A., Segura L., Montserrat O., Colom J. Catalonia. *Development of Country-Wide Strategies for Implementing Early Identification and Brief Interventions in Primary Health Care*. Geneva: WHO; 2006. p. 51-62.
329. Cherpitel C., Ye Y., Bond J. *Alcohol and injury: multi-level analysis from the emergency room Collaborative alcohol analysis project (ercaap)*. *Alcohol & Alcoholism* 2004;39(6):552-8.
330. Gentilello L.M. Rivara F.P., Donovan D.M., Jurkovich G.J., Daranciang E., Dunn C.W. *et al*. *Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence*. *Annals of Surgery* 1999;230(4):473-80.
331. Sillanaukee P.A., Kääriäinen J., Sillanaukee P., Poutanen P., Seppä K. *Substance use-related outpatient consultations in specialized health care: an underestimated entity*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2002;26:1359-1364.

