

WHO/MSD/MSB/01.6b

Original: Inglés

Distribución: General

Thomas F. Babor
John C. Higgins-Biddle

INTERVENCIÓN BREVE

Para el Consumo de Riesgo
y Perjudicial de Alcohol

Un manual para la utilización en Atención Primaria



Organización Mundial de la Salud
Departamento de Salud Mental
y Dependencia de Sustancias



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL

Resumen

Las intervenciones breves han demostrado ser efectivas y están siendo cada vez más valiosas en el manejo de individuos con un consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, llenando de este modo los huecos entre los esfuerzos de prevención primaria y un tratamiento más intensivo para las personas con trastornos debidos al consumo grave de alcohol. Las intervenciones breves también proporcionan un valioso marco de trabajo para facilitar la derivación a tratamiento especializado de los casos graves de dependencia de alcohol.

Este manual está escrito para ayudar al personal de Atención Primaria –médicos, enfermeros y otros– en el manejo de personas cuyo consumo de alcohol ha llegado a ser de riesgo o perjudicial para su salud. Su objetivo es unir la investigación científica con la práctica clínica mediante la descripción de cómo llevar a cabo las intervenciones breves en pacientes con trastornos debidos al consumo de alcohol y en aquellos con riesgo de desarrollarlos. También puede ser útil para los trabajadores de los servicios sociales, del sistema judicial, profesionales de salud mental y todos aquellos que puedan intervenir con personas con problemas relacionados con el alcohol.

Este manual está diseñado para ser utilizado junto al documento complementario, que describe como detectar los problemas relacionados con el alcohol en Atención Primaria, titulado «Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT): Pautas para su utilización en Atención Primaria». Juntos, estos manuales describen una aproximación completa para la detección de problemas relacionados con el alcohol y la intervención breve en Atención Primaria.

Reconocimientos

El Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud reconoce con gratitud los útiles comentarios y sugerencias de los siguientes expertos que revisaron el manuscrito: Olaf Gjerlow Aasland, María Lucía Formigoni, Nick Heather, Hem Raj Pak y John B. Saunders. La revisión y finalización de este documento fueron coordinadas por Maristela Monteiro con la asistencia técnica de Vladimir Poznyak del Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias de la OMS, y Deborah Talamini, Universidad de Connecticut. El apoyo económico para esta publicación fue proporcionado por el Ministerio de Salud y de Bienestar de Japón.

Traducción. José Martínez-Raga, Bartolomé Pérez Gálvez, Miguel Castellano Gómez, María Dolores Temprado Albalat

© Organización Mundial de la Salud 2001

Este documento no es una publicación formal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aunque todos los derechos están reservados por la Organización. Este documento puede, sin embargo, ser libremente revisado, resumido, reproducido, y traducido, en parte o en su totalidad, pero no para la venta o su utilización con fines comerciales.

Los autores son los únicos responsables de los puntos de vista expresados en este documento, los cuales no son necesariamente los de la Organización Mundial de la Salud.

Índice

- 4 Introducción
- 5 Conceptos y términos
- 7 Papeles y responsabilidades de la Atención Primaria
- 11 SIB: abordaje del riesgo y manejo de casos
- 14 Educación sobre el alcohol para bebedores de bajo riesgo, abstemios y otros
- 17 Consejo simple para bebedores de la Zona de Riesgo II
- 23 Terapia breve para bebedores de la Zona de Riesgo III
- 27 Derivación de los bebedores de la Zona de Riesgo IV con dependencia probable de alcohol

- Anexos
- 30 A. Folleto educativo para los pacientes
Una guía para el consumo de bajo riesgo
- 38 B. Folleto de auto-ayuda
- 47 C. Recursos para la formación
- 49 Bibliografía

Introducción

Las intervenciones breves están siendo cada vez más valiosas en el manejo de las personas con problemas relacionados con el alcohol. Debido a su bajo coste y a que han demostrado ser efectivas a lo largo del espectro de problemas relacionados con el alcohol, los profesionales sanitarios y gestores se han centrado cada vez más en ellas como herramientas para llenar el hueco entre los esfuerzos de prevención primaria y los tratamientos más intensivos, en aquellas personas con trastornos graves debidos al consumo de alcohol. Como se describe en este manual, las intervenciones breves pueden servir como tratamiento para bebedores con consumo de riesgo y perjudicial y para facilitar la derivación de los casos más graves de dependencia a un tratamiento especializado.

Este manual ha sido diseñado para ayudar a los profesionales sanitarios de Atención Primaria –médicos, enfermeras y otros– en el manejo de personas cuyo consumo de alcohol ha llegado a ser de riesgo o perjudicial para su salud. Su objetivo es unir la investigación científica con la práctica clínica mediante la descripción de cómo llevar a cabo las intervenciones breves en pacientes con trastornos debidos al consumo de alcohol y en aquellos con riesgo de desarrollarlos. También puede ser útil para los trabajadores de los servicios sociales, del sistema judicial, profesionales de salud mental y todo aquel susceptible de intervenir con personas con problemas relacionados con el alcohol. Cualquiera que sea el contexto, las intervenciones breves son prometedoras en el abordaje precoz de los problemas relacionados con el alcohol y por lo tanto para reducir el daño que causan en los pacientes y la sociedad.

Junto con la publicación complementaria, el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT),¹

estos manuales describen un abordaje completo tanto del screening como de la intervención breve (SIB) sobre los problemas relacionados con el consumo de alcohol y están diseñados para mejorar la salud de la población, de grupos de pacientes y del propio individuo. Una vez se inicia un programa de screening sistemático, el abordaje del SIB muestra como los profesionales sanitarios pueden utilizar las intervenciones breves en respuesta a tres niveles de riesgo: consumo de riesgo, consumo perjudicial, y dependencia de alcohol.

Las Intervenciones Breves *no* están diseñadas para el tratamiento de personas con dependencia de alcohol, que por lo general requieren un abordaje clínico más intensivo y experto. El lector interesado en información sobre la identificación y manejo de la dependencia de alcohol puede recurrir al listado de materiales descrito al final de este manual.^{2,3}

No obstante, el abordaje del SIB, descrito en estas páginas, resalta el importante papel de los facultativos de Atención Primaria en la identificación y derivación de las personas con una probable dependencia de alcohol para su evaluación diagnóstica y tratamiento apropiado.

Así mismo, este manual describe cómo los profesionales sanitarios de Atención Primaria pueden utilizar el SIB como un método eficaz de promoción de la salud y de prevención de enfermedades para todos los pacientes que atienden en su comunidad. Tras el screening, mediante el consejo a los consumidores de bajo riesgo y abstemios, en tan sólo unos minutos, los profesionales de Atención Primaria pueden tener un impacto positivo sobre las actitudes y normas que mantienen el consumo de riesgo y perjudicial en la comunidad.

Conceptos y términos

En este manual se utilizan una serie de términos y conceptos que pueden ser nuevos para los profesionales sanitarios de Atención Primaria. Afortunadamente, los términos son fáciles de comprender y lo bastante libres de jerga técnica para su uso con los pacientes. Muchos de estos términos ya se han incorporado en la nomenclatura de la décima revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10).⁴ Conforme la CIE-10 es incorporada en los sistemas de salud en todo el mundo, va a facilitar la utilización de su terminología en la práctica clínica diaria.

En cualquier debate sobre los problemas relacionados con el alcohol, es importante distinguir entre «consumo», «abuso» y «dependencia». La palabra consumo se refiere a cualquier ingesta de alcohol. El término de consumo de alcohol de bajo riesgo se utiliza para indicar que el consumo está dentro de las pautas legales y médicas, y que es poco probable que derive a problemas relacionados con el alcohol. El abuso del alcohol es un término general para cualquier nivel de riesgo, desde el consumo de riesgo hasta la dependencia de alcohol.

El síndrome de dependencia de alcohol es un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos. Un diagnóstico de dependencia solo debe hacerse si están presentes en algún momento de los últimos doce meses, tres o más de los siguientes síntomas:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol;
- Dificultad para controlar el consumo de alcohol: bien para controlar el inicio del consumo, para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida;

- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, o consumo de alcohol con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia;
- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas;
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol;
- Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Debido a que el abuso de alcohol puede producir daños médicos sin que haya dependencia, la CIE-10 introdujo el término de consumo *perjudicial* dentro de la nomenclatura. Esta categoría se refiere a los daños médicos u otros relacionados con ello, ya que el propósito de la CIE es clasificar las enfermedades, las lesiones y las causas de muerte. El consumo perjudicial se define como un patrón de bebida que ya ha causado daño para la salud. El daño puede ser bien físico (p.ej., daño hepático debido al consumo crónico) o mental (p.ej., episodios depresivos secundarios al consumo).

Los patrones de consumo perjudicial a menudo son criticados por otros y en ocasiones se asocian con consecuencias sociales adversas de diversa índole. Sin embargo, el hecho de que una familia o cultura desaprobe el consumo no es por sí mismo suficiente para justificar un diagnóstico de consumo perjudicial.

Un concepto relacionado que no está incluido en la CIE-10, pero que sin embargo es importante para el screening, es el *consumo de riesgo*, que se refiere a un patrón de consumo de alcohol que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para el bebedor. Estas consecuencias pueden ser el daño para la salud, física o mental, o pueden incluir consecuencias sociales para el bebedor o para los demás. El patrón de consumo, así como los antecedentes familiares, deberían tenerse en cuenta en la valoración de la extensión del riesgo.

Mientras que es importante diagnosticar la condición del paciente en términos de consumo perjudicial o dependencia, es igualmente importante comprender los patrones de consumo que producen el riesgo. Algunos pacientes pueden beber grandes cantidades en determinadas ocasiones, pero habitualmente no beber por encima de las cantidades recomendadas. Dicho consumo, hasta llegar a la intoxicación, presenta una forma de riesgo aguda que incluye lesiones, violencia, y pérdida de control que afecta a los demás tanto como a ellos mismos. Otros pacientes pueden beber en exceso de forma habitual y, habiendo desarrollado una mayor tolerancia al alcohol, puede que no presenten alteraciones importantes a niveles elevados de alcohol en sangre. El consumo excesivo crónico presenta el riesgo de complicaciones médicas a largo plazo como es el caso de daño hepático, ciertos tipos de cáncer y trastornos psicológicos. Como llegará a ser obvio en el resto del manual, el objetivo de realizar distinciones entre patrones de bebida y tipos de riesgo es poder asignar a las necesidades de salud de los diferentes tipos de bebedores las intervenciones más adecuadas. Las intervenciones necesitan ser breves, debido a la alta presión asistencial de los profesionales sanitarios en Atención

Primaria. Las *Intervenciones Breves* son aquellas prácticas cuyo objetivo es identificar un problema de alcohol real o potencial y motivar al individuo a que haga algo al respecto.

En muchas culturas las etiquetas o términos aplicados a los bebedores con consumos excesivos conllevan connotaciones muy negativas. Las distinciones hechas aquí sobre los tipos de abuso a lo largo de un amplio continuo pocas veces quedan reflejados en los conceptos y terminología popular. Para evitar que surjan resistencias y una actitud defensiva, es mejor que, siempre que sea posible, se describan el consumo de alcohol y las conductas asociadas con la bebida a utilizar etiquetas personales. Por consiguiente, el debate sobre el consumo de riesgo o la dependencia de alcohol es preferible a etiquetar al paciente como bebedor en atracones o como alcohólico. Esto permitirá que los pacientes se centren en cambiar su conducta de consumo sin una actitud defensiva sobre los términos que se le aplican.

Papeles y responsabilidades de la Atención Primaria

Los profesionales de Atención Primaria están en una posición privilegiada para identificar e intervenir con aquellos pacientes cuyo consumo es de riesgo o perjudicial para su salud.⁵ También pueden jugar un papel esencial para lograr que pacientes con dependencia de alcohol inicien tratamiento. Los pacientes tienen confianza en la experiencia de los profesionales sanitarios y esperan que ellos estén interesados en los efectos de la bebida sobre la salud. La información dada por los profesionales sanitarios es a menudo crucial no sólo en el abordaje de la enfermedad, sino también en su prevención. La Atención Primaria es la principal fuente de recursos sanitarios en muchas partes del mundo, teniendo en cuenta que la mayoría de la población mundial consulta un médico o a otro profesional sanitario al menos una vez al año. Debido a que los pacientes confían en la información que reciben de los profesionales sanitarios, el consejo sobre el consumo de alcohol suele tomarse en serio cuando se da en el contexto de una consulta médica o preventiva. De hecho, la Atención Primaria es ideal para la monitorización continua y la intervención repetida.

Desafortunadamente, algunos facultativos de Atención Primaria son reacios a realizar screening y aconsejar a los pacientes en relación con el consumo de alcohol. Entre las razones citadas más a menudo están la falta de tiempo, la formación inadecuada, el miedo a antagonizar a los pacientes, la incompatibilidad percibida de los consejos sobre alcohol con la Atención Primaria y la creencia que los «alcohólicos» no responden a las intervenciones. Cada una de estas razones constituye un error que se contradice tanto por la evidencia como por la lógica.

Falta de tiempo

Una preocupación común que expresan los profesionales sanitarios es que el screening y la Intervención Breve (SIB) requiere demasiado tiempo. Dada la presión asistencial de muchas clínicas, es razonable argumentar que el primer deber del profesional sanitario de la salud sea atender las necesidades inmediatas del paciente, que habitualmente requieren tratamiento agudo. Sin embargo, este argumento no le da el peso apropiado a la importancia que tiene el consumo de alcohol en la salud de muchos pacientes y sobrestima el tiempo requerido. Ya que el consumo de alcohol es uno de los principales factores de muchos de los problemas de salud que se abordan en Atención Primaria, el SIB a menudo puede administrarse en el curso de una práctica clínica rutinaria sin requerir significativamente más tiempo. Puede distribuirse a los pacientes un breve auto-test de screening para que lo completen en la sala de espera, junto a otros formularios, o bien las preguntas pueden integrarse dentro de la entrevista de la historia clínica. En cualquier caso, el screening requiere sólo 2-4 minutos. La puntuación e interpretación de dicho test se realiza en menos de un minuto. Con los resultados ya disponibles, sólo una pequeña proporción (5-20%) de los pacientes van a requerir una intervención breve en Atención Primaria. Para aquellos que den positivo, la intervención va a necesitar menos de cinco minutos en la mayoría de los casos. Si se requiere una terapia breve, se recomienda revisar el folleto de auto-ayuda descrito en este manual y desarrollar un plan para la monitorización o derivación, que no requiere más de 15 minutos.

Formación inadecuada

Muchos profesionales sanitarios sienten que su formación no es adecuada para el screening y el consejo a los pacientes en relación con el consumo de alcohol. Si bien es cierto que la formación profesional a menudo es inadecuada con respecto al alcohol, existen ahora amplias oportunidades para la formación en el uso de nuevas técnicas de screening e intervención. No sólo la formación es relativamente simple y fácil sino que también es posible formar a una persona en una clínica sobrecargada para que sea la responsable del screening de alcohol, con lo que se reduce la carga sobre otros miembros del equipo asistencial. Este manual también puede ayudar en la formación de los profesionales sanitarios. Otros materiales de apoyo están enumerados en el Anexo C.

Temor a antagonizar a los pacientes sobre un asunto personal sensible

Otro error frecuente sobre el SIB es que los pacientes pueden enfadarse si se les pregunta sobre su consumo o que negarán tener problemas y se resistirán a cualquier intento de cambiar su conducta de consumo. Si bien a menudo surge la negación y la resistencia en personas con dependencia de alcohol, los bebedores con consumo de riesgo y perjudicial rara vez no son cooperativos. Por el contrario, la experiencia obtenida de numerosos estudios de investigación y programas clínicos indica que casi todos los pacientes son cooperativos y la mayoría de ellos aprecian que los profesionales sanitarios muestren interés en la relación entre el alcohol y su salud. En general, los pacientes perciben

el screening del alcohol y el consejo breve como parte de las tareas del profesional sanitario y rara vez se quejan cuando se lleva a cabo de acuerdo con los procedimientos descritos en este manual.

El alcohol no es un asunto que necesite ser tratado en Atención Primaria

Este error se contradice por la gran cantidad de evidencias que muestran como el alcohol está implicado en una amplia variedad de problemas relacionados con la salud.⁶ Estos problemas no sólo afectan a la salud de los individuos, sino también a la de sus familias, comunidades y poblaciones. En general, hay una relación de dosis-respuesta entre el consumo de alcohol y diversas enfermedades, como la cirrosis hepática y ciertos cánceres (p.ej., boca, garganta y mama). Del mismo modo, a mayor cantidad de alcohol que consuma el individuo mayor riesgo de daños, accidentes de coche, problemas laborales, violencia doméstica, ahogamiento, suicidio y otros problemas sociales y legales. Tal como ocurre con los fumadores pasivos, el consumo excesivo produce efectos secundarios en la salud y bienestar de las personas en el círculo social inmediato más próximo del bebedor.

Las lesiones no intencionadas, el aumento del coste sanitario familiar y los problemas psiquiátricos son algunas de las consecuencias no deseadas del consumo perjudicial. Por ello, si entre las funciones de la Atención Primaria se incluyen la prevención y tratamiento de cuadros somáticos y mentales tan frecuentes, debe abordar entre sus causas el abuso de alcohol.

Los «alcohólicos» no responden a las intervenciones de Atención Primaria

Los profesionales sanitarios que confunden las diversas formas de consumo excesivo con la dependencia de alcohol a menudo manifiestan este concepto erróneo. El abuso del alcohol incluye muchas más cosas que la dependencia de alcohol. La dependencia de alcohol afecta a una pequeña pero significativa proporción de la población adulta en muchos países (3-5% en las naciones industrializadas), pero el consumo de riesgo y perjudicial generalmente afecta a una proporción mucho más amplia (15-40%). El objetivo de un programa sistemático del SIB en Atención Primaria es doble. En primer lugar, identificar y derivar a las personas con dependencia de alcohol en un estadio inicial de su evolución, por lo que ayudará a prevenir una posterior progresión hacia la dependencia. Un segundo objetivo es identificar y ayudar a los bebedores con consumo de riesgo y perjudicial, que es posible que desarrollen un síndrome de dependencia, pero cuyo riesgo de daños graves relacionados con el alcohol pueden reducirse. Contrariamente a las creencias populares, el SIB es efectivo en ambas poblaciones.

Las personas con dependencia de alcohol responden bien al tratamiento formal y al apoyo comunitario que proporcionan las asociaciones de auto-ayuda.^{7,8} Pero estos mismos individuos a menudo necesitan convencerse de que tienen un problema con relación al alcohol y necesitan ser alentados a buscar ayuda. Esta es una responsabilidad importante de los profesionales de Atención Primaria, que están en una situación

privilegiada para utilizar su experiencia, conocimientos y posición para derivar a los pacientes dependientes de alcohol al tipo de atención adecuada.

Contrariamente a la creencia de que los problemas relacionados con el alcohol no pueden ser atendidos en Atención Primaria, los bebedores con consumo de riesgo y perjudicial responden bien a la intervención en este ámbito (ver Cuadro 1). A diferencia de las personas con dependencia de alcohol, que deberían ser derivadas a la atención especializada, a los bebedores con consumo de riesgo y perjudicial se les debería dar un consejo simple y una terapia breve, respectivamente. Se ha mostrado en numerosos ensayos clínicos que estas intervenciones breves reducen los niveles globales de consumo de alcohol, cambian los patrones del consumo perjudicial, previenen futuros problemas de consumo, mejoran la salud y reducen los costes sanitarios.^{9,10, 11, 12}

Los facultativos de Atención Primaria están experimentados en tratar pacientes con diabetes e hipertensión, que requieren una identificación inicial mediante el screening, asesoramiento sobre cambios de comportamiento y apoyo continuado. Esta experiencia será claramente útil para proporcionar una ayuda similar a los bebedores con consumo de riesgo y perjudicial.

Resumen

La reticencia de los profesionales de Atención Primaria para realizar el screening de alcohol y la intervención breve se basa a menudo en suposiciones sobre la dificultad de la tarea, el tiempo requerido, las habilidades necesarias y la respuesta del paciente. Tras un examen más cuidadoso, la mayoría de estas barreras

percibidas sobre el SIB son concepciones erróneas o retos menores que pueden ser fácilmente superados. Sin embargo, quizás sean más difíciles de abordar las propias actitudes y el consumo personal de alcohol de los profesionales sanitarios. Dada la obligación de dar la mejor atención médica posible a los

pacientes, la implementación de un programa de prueba del SIB puede proporcionar la mejor oportunidad de convencer a los escépticos de que es factible, eficaz y efectivo.

Cuadro 1

Evidencias para la Intervención Breve

Durante los últimos 20 años se han realizado numerosos estudios clínicos aleatorizados de las intervenciones breves en diversos ámbitos sanitarios. Se han llevado a cabo estudios en Australia, Bulgaria, México, Reino Unido, Noruega, Suecia, Estados Unidos y en muchos otros países. La evidencia de la eficacia de las intervenciones breves se ha resumido en varios artículos de revisión, entre los que se incluyen los siguientes:

- En uno de los primeros artículos de revisión, Bien et al.⁹ analizaron 32 estudios controlados que incluían alrededor de 6.000 pacientes, hallando que las intervenciones breves a menudo eran tan eficaces como los tratamientos más amplios. «Existe una evidencia alentadora de que el curso del consumo perjudicial de alcohol puede alterarse eficazmente mediante estrategias de intervención bien diseñadas que son posibles dentro de contextos con un contacto relativamente breve, como es el caso de centros de Atención Primaria y programas de medicina laboral.»
- Kahan et al.¹⁰ revisaron 11 estudios sobre intervención breve y llegaron a la conclusión de que, mientras que se requieren más estudios de investigación sobre cuestiones específicas, el impacto sobre la salud pública de las intervenciones breves es potencialmente enorme. «Se recomienda a los facultativos que implementen estas estrategias en su práctica clínica, dada la evidencia de la efectividad de las intervenciones breves y de la mínima cantidad de tiempo y esfuerzo que requieren.»
- Wilk et al.¹¹ revisaron doce estudios aleatorizados y controlados, y llegaron a la conclusión de que los bebedores que reciben una intervención breve eran dos veces más propensos a reducir su consumo en un período 6 a 12 meses que aquellos que no recibieron intervención. «La intervención breve es una medida preventiva, eficaz y de bajo coste para grandes bebedores en tratamiento ambulatorio.»
- Moyer et al.¹² revisaron estudios comparando la intervención breve tanto con grupos control sin tratamiento, como con tratamientos más prolongados. Encontraron «una amplia evidencia positiva» de la eficacia de la intervención breve, especialmente en pacientes con problemas menos graves. Hay que advertir que la intervención breve no debe sustituir al tratamiento especializado, sugieren que pueden funcionar bien como un tratamiento inicial para pacientes dependientes más graves que buscan un tratamiento más amplio.

SIB: abordaje del riesgo y manejo de casos

Las restantes partes de este manual describen el abordaje del riesgo y manejo de casos en el tratamiento de bebedores con consumo de riesgo y perjudicial en centros de Atención Primaria. Se basa en el supuesto de que el screening y la intervención breve del alcohol probablemente aportarán beneficios a los pacientes que reciben su atención sanitaria en una determinada clínica. Este abordaje se centra primero en el paciente individual, pero también tiene en cuenta a su familia y a su red social en la comunidad. Mediante la utilización del SIB como una forma de proporcionar una identificación precoz de los problemas con el alcohol, así como de educar a los pacientes, se reducirían en el tiempo los efectos negativos.

El screening es el primer paso en el proceso del SIB. Proporciona una forma simple de identificar a las personas cuyo consumo de alcohol puede poner en riesgo su salud, así como para aquellos que ya están experimentando problemas relacionados con el alcohol incluyendo la dependencia. (Ver el manual acompañante, *AUDIT, Cuestionario de Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol: Pautas para su utilización en Atención Primaria*). El screening tiene también otros beneficios. Proporciona información al profesional sanitario para desarrollar un plan de intervención, y proporciona a los pacientes un feedback que puede ser utilizado para motivarles a que cambien su conducta de consumo.

Se recomienda la utilización de un instrumento de screening estandarizado y validado para llevarlo a cabo de forma sistematizada. Este manual recomienda el Cuestionario de Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol (AUDIT), que ha sido desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para identificar a las

personas con un consumo de riesgo y perjudicial de alcohol.¹³ Aunque se ha demostrado la utilidad de otros instrumentos de auto-informe, el AUDIT tiene las ventajas de ser:

- Corto, fácil de utilizar y flexible, proporcionando a la vez información útil para dar feedback a los pacientes.
- Es consistente con las definiciones de la CIE-10 de consumo y dependencia de alcohol.
- Centrado en el consumo reciente de alcohol.
- Validado en muchos países y disponible en muchos idiomas.

El AUDIT contiene 10 preguntas. Los tres primeros ítems miden la cantidad y frecuencia del consumo habitual y ocasional de alcohol. Las siguientes tres preguntas se refieren sobre la aparición de posibles síntomas de dependencia y los cuatro últimos ítems evalúan los problemas recientes y pasados asociados con el consumo del alcohol.

Una vez se ha llevado a cabo el screening, el siguiente paso es proporcionar una intervención apropiada en función de las necesidades de cada paciente. Habitualmente, el screening de alcohol se ha utilizado principalmente para detectar a las personas con dependencia de alcohol, que son derivadas entonces a tratamiento especializado. Sin embargo, en los últimos años, los avances en los procedimientos de screening han hecho posible detectar los factores de riesgo, tales como el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Mediante el AUDIT, la estrategia del SIB descrita en este manual ofrece una forma simple de proporcionar una intervención apropiada a cada paciente, basada en el nivel de riesgo. En el cuadro 2 se presentan las pautas generales

para definir los cuatro niveles de riesgo basados en las puntuaciones del AUDIT. Dichas pautas pueden servir como base para realizar juicios clínicos con el fin de adaptar las intervenciones a las condiciones particulares de cada paciente. Esta estrategia se basa en la premisa de que las puntuaciones altas en el AUDIT generalmente indican niveles más graves de riesgo. Sin embargo, no existe evidencia suficiente para que los puntos de corte sean normativos para todos los grupos e individuos. El juicio clínico debe utilizarse para identificar las situaciones en las que la puntuación total del AUDIT puede no representar el nivel total de riesgo, por ejemplo, cuando niveles relativamente bajos de consumo enmascaran

un daño significativo o signos de dependencia. No obstante, estas pautas pueden servir como punto de partida para una intervención apropiada. Si un paciente no tiene éxito en el nivel inicial de la intervención, el seguimiento debería conllevar un plan para pasar al paciente al siguiente nivel de la intervención. Se alienta a los lectores a consultar atentamente el manual acompañante,¹ sobre el AUDIT y a considerar sus recomendaciones para adaptar las puntuaciones a las situaciones nacionales, los centros de atención locales, las diferencias de género y otras cuestiones que no pueden ser abordadas aquí.

Cuadro 2

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 screening. Consulte el manual del AUDIT para más detalles. El juicio clínico debe ejercitarse en la interpretación de los resultados del test de screening para modificar estas pautas, especialmente si las puntuaciones en el AUDIT se sitúan en el rango de 15-20.

El primer nivel, la Zona de Riesgo 1, se refiere a la mayoría de los pacientes en muchos países. Las puntuaciones del AUDIT por debajo de 8 generalmente indican un consumo de bajo riesgo. Aunque no se requiere intervención alguna, para muchos individuos la educación sobre el alcohol es apropiada por varios motivos: contribuye a la concienciación general de los riesgos del alcohol en la comunidad; puede servir como una medida preventiva; podría ser eficaz para los pacientes que han minimizado el grado de su consumo en las preguntas del AUDIT y podría recordar a los pacientes con problemas pasados los peligros de volver a un consumo de riesgo.

El segundo nivel, la Zona de Riesgo II, es probable que se de en una proporción significativa de pacientes en muchos países. Consiste en un consumo de alcohol por encima de las pautas establecidas. Aunque las pautas de consumo varían de un país a otro, los datos epidemiológicos sugieren que los riesgos de los problemas relacionados con el alcohol aumentan significativamente cuando el consumo es superior a los 20 g de alcohol puro al día, que es el equivalente de aproximadamente dos bebidas estándar en muchos países.⁶ Una puntuación en el AUDIT entre 8 y 15 generalmente indica un consumo de riesgo, pero esta zona también puede incluir pacientes que experimentan daño y dependencia.

El tercer nivel, la Zona de Riesgo III, se refiere a un patrón de consumo de alcohol que ya está causando daño al bebedor, que a su vez puede estar presentando síntomas de dependencia. Los pacientes en esta zona pueden manejarse mediante la combinación de consejo simple, terapia breve y monitorización continuada. Las puntuaciones del AUDIT en el rango de 16-19 a menudo sugieren un consumo perjudicial o

dependencia, para lo que se recomienda un abordaje clínico más completo.

El cuarto y más alto nivel de riesgo, la Zona de Riesgo IV, viene sugerida por puntuaciones en el AUDIT por encima de 20. Estos pacientes deberían ser derivados a un especialista (si existe la posibilidad) para una evaluación diagnóstica y posible tratamiento de la dependencia de alcohol. Los profesionales sanitarios deberían tener en cuenta, sin embargo, que la dependencia varía a lo largo de un continuum de gravedad y podría ser clínicamente significativa incluso con puntuaciones más bajas del AUDIT. En las siguientes secciones se describe con mayor detalle el manejo clínico de los pacientes cuyas puntuaciones se sitúan en cada una de estas zonas.

Educación sobre el alcohol para bebedores de bajo riesgo, abstemios y otros

Los pacientes cuyo screening es negativo en el AUDIT (por lo tanto en Zona I), tanto si son bebedores de bajo riesgo como abstemios, pueden beneficiarse, no obstante, de la información sobre el consumo de alcohol. El consumo de alcohol de la mayoría de la gente varía a lo largo del tiempo. De este modo, una persona que ahora bebe moderadamente, puede incrementar su consumo en el futuro. Más aún, la publicidad de la industria alcoholera y la información en los medios sobre los beneficios del consumo de alcohol pueden llevar a algunos no bebedores a beber por motivos de salud y a otros que beben moderadamente a que consuman más. Por lo tanto, unas pocas palabras o información escrita sobre los riesgos de la bebida pueden prevenir el consumo de riesgo o perjudicial en el futuro.

Los pacientes también deberían ser elogiados por sus hábitos actuales de bajo riesgo, recordándoles que, si beben, lo hagan dentro de los niveles recomendados. La información sobre lo que constituye una unidad de bebida estándar es esencial para comprender esos límites. Comunicar esta información y preguntar si el paciente tiene alguna duda puede requerir menos de un minuto. El folleto de educación del paciente en el Anexo A puede utilizarse para este fin.

El Cuadro 3 proporciona un texto simple para facultativos de primaria que ilustra cómo manejar a los pacientes cuyos resultados en los tests de screening son negativos.

Cómo manejar a los pacientes que están preocupados sobre miembros de su familia y amigos

Cuando el tema del consumo de alcohol surge durante una visita de Atención Primaria, no es infrecuente que los pacientes se muestren interesados en esta información como un modo de comprender o de ayudar a familiares o amigos. Según Anderson,⁴ proporcionar consejo a familiares o amigos preocupados es importante por dos motivos:

- El consejo puede ayudar a reducir el estrés que a menudo experimentan las personas en el círculo social inmediato del sujeto que bebe en exceso; y
- Estas personas pueden jugar un papel crítico para ayudar a cambiar la conducta del bebedor. Los facultativos de Atención Primaria pueden hacer al menos tres cosas para ayudar a un familiar o amigo a manejar al bebedor excesivo.¹⁴

Escuche compasivamente

El facultativo de Atención Primaria puede pedirle al amigo o familiar preocupado que describa el problema de consumo que está intentando abordar y como les afecta. Es importante determinar la gravedad del problema con la bebida en cuestión, de acuerdo con los criterios descritos en este manual para el consumo de riesgo, consumo perjudicial y dependencia de alcohol. La información debe ser tratada confidencialmente y no mostrar perjuicio ante cualquier pregunta o comentario.

Cuadro 3

¿Qué hacer con los pacientes cuyos resultados en el Test de Screening son negativos?

Proporcione feedback sobre los resultados del Test de Screening

Ejemplo

«He revisado los resultados del cuestionario que completó hace unos minutos. Si recuerda, las preguntas valoraban su consumo de alcohol y si ha experimentado algún problema relacionado con su consumo. De sus respuestas se desprende que tiene un bajo riesgo de experimentar problemas relacionados con el alcohol si continúa bebiendo de forma moderada (siendo abstinerente).»

Eduque a los pacientes sobre los niveles de bajo riesgo y los riesgos de sobrepasarlos

Ejemplo

«Si bebe, intente no tomar más de dos consumiciones al día y asegúrese siempre de evitar beber al menos dos días a la semana, incluso en pequeñas cantidades. A menudo es útil prestar atención al número de 'unidades de bebida estandar' que consume, recordando que una botella de cerveza, un vaso de vino y una copa de destilados contienen aproximadamente las mismas cantidades de alcohol. La gente que sobrepasa estos niveles tiene más probabilidades de padecer problemas de salud relacionados con el alcohol como accidentes, lesiones, hipertensión, enfermedad hepática, cáncer y enfermedades del corazón.»

Felicite a los pacientes por seguir estas recomendaciones

Ejemplo

«Continúe con el buen trabajo y trate siempre de mantener su consumo de alcohol por debajo o dentro de las recomendaciones de bajo riesgo.»

Nota

El folleto educativo para los paciente (Anexo A) puede utilizarse para proporcionar educación sobre el alcohol a los bebedores de bajo riesgo, poniendo énfasis en la pirámide de bebedores (Panel 2), la ilustración de una unidad de bebida estándar (Panel 6) y las recomendaciones de consumo de bajobriesgo (Panel 5).

Proporcione Información

La información es una forma de apoyo. Dependiendo de la gravedad del problema, pueden proporcionarse copias del folleto de consumo de bajo riesgo (Anexo A), así como información sobre los diferentes tipos de tratamiento especializado.

Dé apoyo y solucione los problemas conjuntamente

La familia y amigos, a menudo, son el elemento de influencia más importante en la decisión del bebedor a tomar una acción positiva. Se les debería animar a hablar con el bebedor problemático de forma individual o en grupo para expresar sus preocupaciones, sugerir acciones constructivas y proporcionar apoyo emocional. Tales intervenciones deberían tener un tono positivo, no acusatorio, sin manifestaciones negativas y lejos de una confrontación tensa.

Consejo simple para bebedores de la Zona de Riesgo II

¿Para quién es adecuado el consejo simple?

Una intervención breve mediante el consejo simple generalmente es adecuada para pacientes cuya puntuación en el AUDIT esté en el rango comprendido entre 8-15. Aunque pueden no estar experimentando o causando un daño, estos pacientes presentan:

- Un riesgo de patologías crónicas, debido al consumo habitual de alcohol por encima del recomendado; y/o
- Un riesgo de lesiones, violencia, problemas legales, bajo rendimiento laboral o problemas sociales debidos a episodios de intoxicación aguda.

Debería prestarse atención al número de unidades de bebida estándar consumidas al día o a la semana para determinar si se exceden los límites del bajo riesgo. Estos límites de consumo deberían tener en cuenta tanto la cantidad habitual a la semana (preguntas 1 y 2 del AUDIT) como la frecuencia de los episodios de consumo elevado –intoxicación– (pregunta 3 del AUDIT). En general, una intervención breve mediante consejo simple es apropiada para aquellos bebedores con consumo por encima del límite de bajo riesgo semanal, incluso si no han experimentado daño. Además, un paciente que bebe por debajo de ese nivel pero que refiere (pregunta 3) consumir más de 60 gramos de alcohol puro por ocasión (4-6 consumiciones en muchos países) una o más veces durante el último año, debería recibir consejo para evitar beber hasta la intoxicación.

El consejo simple para los bebedores de la Zona de Riesgo II

Basándonos en ensayos clínicos y en la experiencia práctica de los programas de intervención precoz en muchos países,^{9,15,16} el consejo simple utilizando un folleto educativo para los pacientes es la intervención de elección para los bebedores de la Zona II. Uno de estos folletos, *Una guía para el consumo de bajo riesgo* incluida en el Anexo A, está adaptada de la guía desarrollada para el Proyecto de Identificación y Manejo de Personas con un Consumo Perjudicial de Alcohol de la OMS.^{15,17} El Cuadro 4 proporciona ejemplos, paso a paso, de cómo introducir la materia y qué decir sobre cada panel en la «Guía para el consumo de bajo riesgo».

Después de establecer que la puntuación del AUDIT está en la esfera adecuada para el consejo simple, debería darse una explicación al paciente preparándolo para la intervención. Este comentario transicional se realiza mejor haciendo referencia a los resultados del test de screening relativos a la frecuencia, cantidad o patrón de consumo y los problemas experimentados con relación al consumo. Se muestra entonces una copia del folleto al paciente, que no sólo contiene toda la información necesaria para él sino que proporciona también una guía visual completa para el consejo oral del profesional sanitario. Mediante la revisión de cada panel, de forma secuencial con el paciente, se puede administrar una intervención breve típica de manera completa y natural que requiere un mínimo de formación y práctica por parte del profesional sanitario.

Dé feedback (Panel 2)

El profesional sanitario debe guiar al paciente a través del folleto, sección a sección, comenzando con la pirámide del bebedor, que debe ser utilizada para demostrar que el consumo de la persona está dentro de la categoría de consumo de riesgo (los porcentajes mostrados en la pirámide del bebedor pueden necesitar ser adaptados a los patrones de consumo de los diferentes países, como se muestra en el Anexo A).

El facultativo puede adaptar el texto en el Cuadro 4.

Proporcione información (Panel 3)

El facultativo debe alentar amable pero firmemente al paciente a tomar una acción inmediata para reducir los riesgos asociados con el nivel de consumo actual. Utilice la sección «Efectos del consumo de alto riesgo» para señalar los riesgos específicos del consumo continuado por encima de las pautas recomendadas.

Establezca un objetivo (Panel 4)

Para el paciente la parte más importante del procedimiento del consejo simple es establecer un objetivo dirigido a cambiar su conducta de consumo. En el folleto se dan las pautas para elegir como meta la abstinencia total o el consumo de bajo riesgo. En muchas culturas es mejor que el facultativo permita a los pacientes que tomen su propia decisión. En países en los que los pacientes buscan un consejo definitivo por parte del facultativo, puede ser apropiado un abordaje más firme.

En la elección de un objetivo de consumo, también es importante identificar a las personas que deben ser orientadas hacia el logro de una abstinencia completa de alcohol. Para las siguientes personas no es apropiado un objetivo de consumo de bajo riesgo:

- aquellos con antecedentes de dependencia de alcohol u otras drogas (sugerida por un tratamiento previo) o con daño hepático;
- personas con una enfermedad mental grave pasada o presente;
- mujeres embarazadas;
- pacientes con condiciones médicas o que toman medicación que requieran la abstinencia completa.

Los pacientes que dudan a la hora de establecer una meta o que se resisten a aceptar la necesidad de hacerlo son propensos a tener problemas más graves y son tratados mejor mediante terapia breve y abordajes de tipo motivacional, como se describe en la siguiente sección (Terapia breve para los bebedores de la Zona de Riesgo III).

Dé consejo sobre los límites (Panel 5)

La mayoría de pacientes suelen elegir un objetivo de consumo de bajo riesgo. Para esto es necesario acordar con ellos la reducción de su consumo de alcohol a «los límites de consumo de bajo riesgo» establecidos en el folleto. Estos límites no son los mismos en todos los países. Varían dependiendo de las normativas nacionales, la cultura, y las costumbres locales. También variarán en función del sexo, la masa corporal y la costumbre de beber alcohol con las comidas, circunstancias que pueden afectar al metabolismo y las consecuencias del alcohol en la salud.

Cuadro 4

Ejemplo de una sesión de consejo simple mediante la Guía para el consumo de bajo riesgo.

Introduzca la materia mediante un comentario transicional

«He revisado los resultados del cuestionario que completó hace unos minutos. Si recuerda, las preguntas sobre cuanto alcohol consume, y si ha experimentado problemas relacionados con su consumo. A partir de sus respuestas parece que presenta riesgo de experimentar problemas relacionados con el alcohol si continúa bebiendo al nivel actual. Me gustaría aprovechar unos minutos para hablar con usted de ello.»

Introduzca la Guía para el consumo de bajo riesgo y señale el Panel 2: la pirámide del bebedor

«La mejor forma de explicar los riesgos para la salud que van unidos a su consumo de alcohol es siguiendo las ilustraciones de este folleto, denominado “Guía para el consumo de bajo riesgo”. Vamos a echarle un vistazo y luego le daré esta copia para que se la lleve a casa. La primera ilustración, titulada la pirámide del bebedor, describe cuatro tipos de bebedores. Mientras que mucha gente se abstiene completamente del alcohol, la mayoría de la gente que bebe, lo hace con sensatez. Esta tercera área (Bebedores de alto riesgo) representa a los bebedores cuyo consumo de alcohol probablemente causará problemas. Esta área más alta representa a aquellos a los que en ocasiones se les llama alcohólicos. Son personas cuyo consumo ha conducido a la dependencia y a problemas graves. Sus respuestas al cuestionario indican que ha entrado dentro de la categoría de Alto Riesgo. Su nivel de consumo presenta riesgos para su salud y posiblemente para otros aspectos de su vida.»

Muestre el Panel 3 y proporcione información sobre los efectos del consumo de alto riesgo

«Este cuadro muestra los tipos de problemas para la salud causados por el consumo de alto riesgo. ¿Ha experimentado usted alguna vez alguno de estos problemas? La mejor forma de evitarlos es reducir la frecuencia y cantidad de su consumo para disminuir el riesgo, o se abstenga por completo del alcohol.»

Cuadro 4 (continuación)

Señale el Panel 4 y hable de la necesidad de abandonar o reducir el consumo

«Es importante que usted reduzca su consumo o lo pare por completo durante algún tiempo. Mucha gente puede hacer cambios en su consumo. ¿Desea intentarlo? Pregúntese a sí mismo si ha experimentado algún signo de dependencia de alcohol, como presentar náuseas o temblores matutinos, o si bebe grandes cantidades de alcohol sin aparentar estar bebido. Si es este el caso, debería considerar dejarlo por completo. Si no bebe en exceso la mayor parte del tiempo y no siente que ha perdido el control sobre su consumo, entonces debe disminuirlo.»

Utilice el Panel 5 para discutir sobre los límites sensatos con los pacientes que eligen beber en los límites de bajo riesgo

«Según los expertos, no debería tomar más de dos consumiciones al día y debería beber menos si suele notar los efectos de una o dos consumiciones. Para reducir el riesgo de desarrollar dependencia de alcohol, debe haber al menos dos días a la semana en que no beba nada. Debe evitar siempre beber hasta intoxicarse, lo que puede ocurrir tan sólo con dos o tres consumiciones en una sola ocasión. De hecho, hay situaciones en las que nunca debería beber, tales como las aquí se enumeran.»

Señale el Panel 6 para revisar «Qué es una Unidad de Bebida Estándar»

«Finalmente, es esencial comprender cuánto alcohol contienen las distintas bebidas que consume. Una vez haya hecho esto, puede calcular sus consumiciones al día e intente permanecer dentro de los límites de bajo riesgo. La cifra muestra diferentes tipos de bebidas alcohólicas. ¿Sabía usted que un vaso de vino, una botella de cerveza y una copa de destilados contienen aproximadamente todos la misma cantidad de alcohol? Si considera que cada una de ellas equivale a una unidad bebida estándar, entonces todo lo que necesita es calcular el número de consumiciones que toma al día.»

Concluya con aliento

«Ahora que hemos hablado sobre los riesgos asociados con la bebida y los límites sensatos de consumo, ¿tiene alguna pregunta? Mucha gente encuentra tranquilizador saber que puede hacer algo para mejorar su salud. Confío en que pueda seguir este consejo y reducir su consumo a límites de bajo riesgo. Pero si lo encuentra difícil y no puede reducirlo, por favor llámeme o vuelva a otra visita para que podamos hablar de ello de nuevo.»

No obstante, las siguientes pautas son consistentes con los datos epidemiológicos,¹⁸ lo que indica que el riesgo de diversas condiciones médicas y consecuencias sociales aumentan por encima de 20 g al día. Las mismas cantidades tomadas en una sola ocasión pueden elevar el riesgo de accidentes y lesiones debido al deterioro psicomotor causado por el alcohol. La pauta es no consumir más de dos bebidas estándar al día. Debería aconsejarse tanto a hombres como mujeres que no beban más de 5 días a la semana. También se tendría que recordar aquellas situaciones en las que no deberían beber nada.

Explique qué es «una Unidad de Bebida Estándar» (Panel 6)

Si un paciente opta por reducir el consumo y el facultativo le ha explicado los límites recomendados del consumo de bajo riesgo, la idea de Unidad de Bebida Estándar debería introducirse señalando la ilustración en el folleto. Todas las bebidas mostradas en el folleto deberían equivaler a una Unidad de Bebida Estándar.

Proporcione aliento

Recuerde que los bebedores de riesgo no son dependientes de alcohol y pueden cambiar sus conductas de consumo más fácilmente. El facultativo debería intentar motivar al paciente exponiéndole la necesidad de reducir el riesgo y alentarle a que empiece ya. Como el cambio de hábitos no es fácil, el facultativo debe inspirar esperanza recordando a los pacientes que las recaídas ocasionales deben verse como oportunidades para aprender mejores maneras de alcanzar el objetivo consistentemente. Por

ejemplo, el facultativo puede decir, «*Puede que no sea fácil reducir su consumo a estos límites. Si supera los límites en una ocasión, haga un esfuerzo para aprender por qué lo hizo y planifique cómo no volver a hacerlo. Si recuerda lo importante que es reducir los riesgos relacionados con el alcohol, usted puede lograrlo.*»

Abordaje clínico

Las siguientes técnicas contribuyen a la eficacia de la administración del consejo simple:

Sea empático y no enjuicie

Los profesionales sanitarios deberían reconocer que los pacientes a menudo desconocen los riesgos del consumo y no se les debe culpar por su ignorancia. Como el consumo de riesgo habitualmente no es una condición permanente, sino un patrón en el que mucha gente cae ocasionalmente sólo por un período de tiempo, el facultativo debería sentirse cómodo en transmitir una buena acogida a la persona sin condenar su conducta actual de consumo de alcohol. Recuerde que los pacientes responden mejor ante una preocupación sincera y a un consejo de apoyo para que se produzca el cambio. La condena puede tener un efecto contraproducente sobre el consejo y provocar rechazo hacia el facultativo.

Muéstrese con autoridad sobre el tema

Los facultativos tienen una autoridad especial debido a sus conocimientos y formación. Los pacientes habitualmente les respetan por su experiencia. Para sacar ventaja de esta autoridad, sea claro, objetivo y personal cuando informe al paciente que está bebiendo por encima de los límites establecidos. Los pacientes reconocen que la preocupación verdadera por su salud requiere que se le proporcione un consejo autoritario de que reduzca o deje de beber.

Enfréntese a la negativa

Algunas veces los pacientes no están preparados para cambiar su conducta de consumo. Algunos pacientes pueden negar que beben demasiado y rechazan cualquier sugerencia de reducir el consumo. Para ayudar a los pacientes que no están listos para cambiar, asegúrese de que habla con autoridad y sin confrontarlos. Evite términos amenazantes o peyorativos como «alcohólico», en su lugar, motive al paciente dándole información y expresando preocupación. Si los resultados del screening del paciente han indicado un nivel alto de consumo o un problema relacionado con el alcohol, utilice esta información para pedirle que explique la discrepancia entre lo que dicen las autoridades médicas y su propio punto de vista de la situación. Usted está ahora en la posición de sugerir que las cosas pueden no ser tan positivas como ellos piensan.

Facilite

Ya que la intención del abordaje mediante el consejo simple es facilitar el cambio de conducta del paciente, es esencial que éste participe en el proceso. No basta con decirle lo que hacer. En vez de ello, el abordaje más eficaz es comprometer al paciente en un proceso de toma de decisiones conjunto. Esto significa preguntarle a cerca de las razones para beber, poniendo énfasis sobre los beneficios personales del consumo de bajo riesgo o la abstinencia. De particular importancia es que el paciente elija como meta un consumo de bajo riesgo o la abstinencia y que se comprometa a llevarlo a cabo.

Seguimiento

El seguimiento periódico con cada paciente es esencial para una buena práctica clínica. Como los bebedores de riesgo no están experimentando daño en la actualidad, su seguimiento puede no requerir una atención cara o urgente. Sin embargo, el seguimiento debe ser planificado de forma adecuada en función del grado de riesgo percibido para asegurar que el paciente alcance el éxito con relación a su meta de consumo. Si un paciente está teniendo éxito, se le debería reforzar. Si no es así, el facultativo debería considerar una terapia breve o la derivación para una evaluación diagnóstica.

Terapia breve para bebedores de la Zona de Riesgo III

¿Para quién es adecuada la terapia breve?

Una intervención mediante terapia breve generalmente es adecuada para personas cuya puntuación en el AUDIT se sitúa en el rango de 16-19. Los pacientes que obtienen tales puntuaciones probablemente serán bebedores con consumo perjudicial, que han:

- Experimentado problemas de salud físicos y mentales, debidos al consumo habitual de alcohol por encima de las pautas de consumo de bajo riesgo; y/o
- experimentado lesiones, violencia, problemas legales, pobre rendimiento laboral o problemas sociales debidos a la intoxicación frecuente.

Mientras que las personas cuya puntuación en el AUDIT está en este rango, generalmente, beberán más que aquellos con una puntuación por debajo de 16, estando la clave en las respuestas a las preguntas 9-10 del AUDIT, las cuales indican signos de daños. De hecho, algunos pacientes en esta categoría podrían no beber más que los de la Zona II. Si un paciente indica que ha sufrido una lesión o accidente en el último año o que los demás han expresado preocupación, debe considerarse una terapia breve.

La terapia breve también puede ser adecuada para aquellos bebedores de riesgo que necesitan abstenerse del alcohol permanentemente o durante un período de tiempo. Este puede ser el caso de las mujeres que están embarazadas o en lactancia y de personas que están tomando medicación con la que el consumo de alcohol está contraindicado.

Cómo difiere la terapia breve del consejo simple

La Terapia Breve es un proceso sistemático, centrado en una evaluación rápida, rápida adherencia del paciente y una implementación inmediata de las estrategias de cambio. Difiere del consejo simple en que su objetivo es proporcionar a los pacientes las herramientas adecuadas para cambiar actitudes básicas y manejar los diversos problemas subyacentes. Mientras que la terapia breve utiliza los mismos elementos básicos del consejo simple, su objetivo más extenso requiere más contenido y, por lo tanto, más tiempo que éste. Así mismo, los profesionales sanitarios que realizan esta terapia se beneficiarían con la formación en escucha empática y con la entrevista motivacional.

Como el consejo simple, el objetivo de la terapia breve es reducir el riesgo de los daños resultantes del consumo excesivo. Debido a que el paciente puede ya haber experimentado el daño, existe la obligación de informarle sobre la necesidad de esta acción para prevenir problemas médicos relacionados con el alcohol.

Administración de la terapia breve

Existen cuatro elementos esenciales en la terapia breve:

Dé consejo breve

Una buena manera de empezar la terapia breve es seguir los mismos procedimientos

descritos arriba para el consejo simple, utilizando la «Guía de consumo de bajo riesgo» como una forma de iniciar una discusión sobre el alcohol. En este caso el paciente es informado de que los resultados del screening indican un daño actual dentro de la categoría de consumo de alto riesgo, como se muestra en la pirámide del bebedor (Panel 2). Los daños específicos (ambos identificados con el AUDIT y por los síntomas actuales del paciente) deberían ser detallados y la seriedad de la situación debería enfatizarse mediante la utilización de la ilustración del Panel 3.

Evalúe y ajuste el consejo al estadio de cambio

Una evaluación ulterior más allá del screening inicial puede ser una importante ayuda para la terapia breve. La evaluación diagnóstica implica un amplio análisis de los factores que contribuyen y mantienen el consumo excesivo del paciente, la gravedad del problema y sus consecuencias. Otro tipo de evaluación se refiere al estadio motivacional en el que se encuentra el paciente, el cual puede variar desde un desinterés de cambiar la conducta de consumo (precontemplación) a una iniciación real de un plan de consumo moderado (estadio de acción).

Los estadios de cambio representan un proceso que describe cómo piensa, inicia y mantiene la gente un nuevo patrón de conducta de salud. Los cinco estadios resumidos en el Cuadro 5 están emparejados cada uno de ellos con un elemento específico de intervención breve. Una de las formas más simples de evaluar la disposición al cambio del paciente con respecto a la bebida es mediante la «Regla de la Disposición» recomendada por Miller.¹⁹ Pídale al paciente que califique en una escala de 1 a 10, «¿Cómo de importante

es para usted cambiar su consumo?» (correspondiendo 1 a no es importante y 10 muy importante). Los pacientes que puntúan en el nivel más bajo de la escala son precontempladores. Aquellos que puntúan en la mitad de la escala (4-6) son contempladores, y aquellos que puntúan en lo más alto de la escala deberían considerarse preparados para entrar en acción.

Es útil comenzar la terapia de una manera que se adecue al nivel actual de motivación del paciente. Por ejemplo, si el paciente está en un estadio de precontemplación, entonces la sesión de consejo debería centrarse más en el feedback con el objeto de motivar al paciente para que entre en acción. Si el paciente ha estado pensando en entrar en acción (estadio de contemplación), el énfasis debería entonces ponerse en los beneficios de hacerlo, los riesgos de retrasarlo y cómo dar los primeros pasos. Si el paciente ya está preparado para entrar en acción, entonces el profesional sanitario debería centrarse más en establecer las metas y asegurar un compromiso del paciente para reducir el consumo de alcohol. En la mayoría de pacientes debería seguirse la secuencia normal de feedback, información, selección de la meta, consejo y ánimo, con pequeñas modificaciones dictadas por el actual estadio de cambio.

Proporcione desarrollo de habilidades mediante el folleto de auto-ayuda

Después de evaluar la disposición del paciente para cambiar la conducta de consumo, se recomienda entregar un folleto de auto-ayuda. El Anexo B contiene una versión modificada del manual de auto-ayuda utilizado en el Proyecto de Identificación y Manejo de los Problemas Relacionados con el Alcohol de la OMS.^{15,17}

Cuadro 5

Los estadios de cambio y los elementos asociados de la intervención breve²⁰

Estadio	Definición	Elementos de la intervención breve que deben ser destacados
Precontemplación	El bebedor con consumo de riesgo o perjudicial no piensa cambiar en un futuro próximo y puede no darse cuenta de las consecuencias actuales o potenciales de un consumo continuado a este nivel.	Feedback sobre los resultados del screening, e información sobre los perjuicios de la bebida.
Contemplación	El bebedor puede haberse dado cuenta de las consecuencias asociadas al alcohol pero ser ambivalente para cambiar.	Resalte los beneficios de un cambio, dando información sobre los problemas de alcohol, los riesgos de demorarlo y discuta cómo elegir una meta .
Preparación	El bebedor ya ha decidido cambiar y planea entrar en acción.	Hable sobre como elegir una meta , dé ánimo y apoyo .
Acción	El bebedor ha empezado a reducir o detener su consumo, pero el cambio no es todavía permanente.	Revise los consejos y dé apoyo
Mantenimiento	El bebedor ha conseguido un consumo moderado o la abstinencia de forma relativamente permanente.	Dé apoyo

El folleto se titula «Como prevenir los problemas relacionados con el alcohol». Proporciona consejo práctico de cómo alcanzar los límites de consumo relacionados con el alcohol recomendados en la «Guía de consumo de bajo riesgo». Se basa en estrategias serias de cambio de la conducta que se han utilizado para enseñar a la gente a modificar su conducta de consumo de alcohol. Se pide a los pacientes que desarrollen un «Plan de cambio de hábitos» mediante la lectura de cada sección y registrando la información que se ajuste directamente a su propia situación. La primera sección pide al paciente que enumere los beneficios que podría esperar si reduce el consumo. Está diseñada para incrementar la motivación para cambiar. La segunda sección pide una lista de situaciones de alto riesgo que deberían evitarse porque conducen al consumo excesivo. La tercera sección pide al paciente que desarrolle una lista de estrategias o habilidades para resistir o evitar las situaciones de alto riesgo. La sección final solicita ideas para enfrentarse con la soledad y el aburrimiento. La mayoría de los pacientes pueden seguir el folleto de auto-ayuda con la mínima explicación y ayuda, pero a algunos pacientes les beneficiaría que un facultativo lo repasara con ellos para que el plan de cambios de hábitos pudiera ser completado antes de que abandonen la clínica (Ver Cuadro 6). Al completar las preguntas en cada sección, el paciente puede abandonar la sesión de terapia breve con una meta clara y un plan personalizado para alcanzarla.

Seguimiento

Las estrategias de mantenimiento deberían integrarse dentro del plan de terapia desde el principio. Un facultativo que aplica la terapia breve debe continuar proporcionando ayuda,

feedback y apoyo en establecer, alcanzar y mantener metas reales. Esto incluirá ayudar al paciente a identificar los desencadenantes de las recaídas y las situaciones que pudieran poner en peligro un progreso continuado. Debido a que los pacientes que reciben la terapia breve están experimentando en la actualidad un daño relacionado con el alcohol, es esencial el seguimiento periódico, adecuado al nivel de riesgo durante y (por un tiempo) tras las sesiones de terapia. Si el paciente está haciendo un progreso hacia una meta o la ha alcanzado, tal seguimiento puede reducirse a una visita cada medio año o anual. Sin embargo, si el paciente continúa teniendo, durante varios meses, dificultades en alcanzar y mantener su meta de consumo, se deberá considerar pasar al paciente al siguiente nivel más alto de intervención y, si es posible, derivarlo a un tratamiento más intenso. Si tal tratamiento especializado no está disponible, puede ser necesario un seguimiento regular y una terapia continuada.

Cuadro 6

Trabajar con pacientes analfabetos

Los pacientes que son analfabetos o tienen dificultad de lectura requerirán una ayuda especial en la terapia breve. Se recomienda que el facultativo revise el folleto de autoayuda con el paciente, le ayude a completar el plan y (si el paciente lo desea) le sugiera que le entregue los materiales a un amigo o un familiar que podría ayudarle a recordar los contenidos.

Derivación de los bebedores de la Zona IV con probable dependencia de alcohol

Preparación

La intervención breve no debería utilizarse como un sustituto en el manejo de los pacientes con un nivel moderado o alto de dependencia de alcohol. Sin embargo, puede utilizarse para lograr la adherencia de aquellos pacientes que necesitan un tratamiento especializado. En la formación para utilizar la intervención breve con el objeto de motivar a los pacientes a que acepten una derivación para una evaluación diagnóstica y un posible tratamiento, será necesario recopilar información sobre los centros de tratamiento y, si es posible, visitar estos programas para establecer contactos personales que pueden utilizarse para facilitar una derivación.

Debería hacerse una lista de todos los centros de tratamiento para el alcohol de toda la región, incluyendo los servicios que ofrecen cada uno. Registre los nombres, números de teléfono y las direcciones de los centros, así como cualquier otra información que es relevante para sus pacientes. Esto podría incluir programas ambulatorios, centro de día, residencial y programas de desintoxicación junto con centros de salud mental que pueden abordar los aspectos psiquiátricos de la dependencia del alcohol. Así mismo, cualquier residencia y pisos de rehabilitación también deben ser identificados para aquellos pacientes que necesiten un sitio para vivir. Finalmente, la lista debería incluir grupos locales de auto-ayuda como Alcohólicos Anónimos, así como los nombres de los terapeutas especializados en alcohol de la zona. También deben estar identificados otros servicios comunitarios que pueden ser útiles para los pacientes, como la rehabilitación profesional y servicios de urgencias.

¿Quién requiere la derivación para un diagnóstico y tratamiento?

Los pacientes con una puntuación igual o superior a 20 en el AUDIT, probablemente, requerirán un diagnóstico y tratamiento especializado para la dependencia de alcohol. Debería recordarse, sin embargo, que el AUDIT no es un instrumento diagnóstico, y por ello no está justificado concluir (o informar al paciente) que se ha alcanzado un diagnóstico de dependencia de alcohol.

Así mismo, ciertas personas que puntúan por debajo de 20 en el AUDIT, pero que no son adecuadas para el consejo simple o la terapia breve, deberían ser derivadas a la atención especializada. Se podrían incluir:

- personas de las que hay una firme sospecha de un síndrome de dependencia de alcohol;
- personas con antecedentes de dependencia de alcohol u otras drogas (sugeridos por un tratamiento previo) o con daño hepático;
- personas con una enfermedad mental grave actual o pasada;
- personas que no han conseguido sus objetivos a pesar de una terapia breve intensa.

Llevar a cabo la derivación para un diagnóstico y tratamiento

El objetivo de una derivación debería ser el de asegurar que el paciente contacte con un especialista para un diagnóstico ulterior y, si se requiere, tratamiento. Aunque muchos pacientes saben cuanto consumen, muchos de ellos se resisten a entrar inmediatamente en

acción para cambiar. Las razones de tal resistencia incluyen:

- no ser consciente de que su consumo es excesivo;
- no haber hecho la asociación entre el consumo y los problemas;
- rendirse a los beneficios de la bebida; admitir su situación ante sí mismos y ante los demás; y
- no querer invertir el tiempo y esfuerzo que requiere el tratamiento.

La eficacia del proceso de derivación suele depender de una combinación entre la autoridad de los profesionales sanitarios y el grado en que los pacientes pueden resolver los factores de resistencia. Una forma modificada del consejo simple es útil para llevar a cabo una derivación mediante *feedback*, *consejo*, *responsabilidad*, *información*, *aliento* y *seguimiento*.

Feedback

Al dar información sobre los resultados del screening con el AUDIT se debería dejar claro que:

- el nivel de consumo del paciente excede bastante de los límites de seguridad,
- hay problemas específicos relacionados con la bebida que ya están presentes, y
- existen signos de un posible síndrome de dependencia de alcohol.

Podría ser útil destacar que tal consumo es peligroso para la propia salud del paciente y potencialmente dañino para los seres queridos y para los demás. Una discusión sincera sobre

si el paciente ha intentado reducir o dejarlo sin éxito, puede ayudar al paciente a comprender que puede necesitar ayuda para cambiar.

Consejo

El profesional sanitario debería dar el mensaje claro de que ésta es una condición médica grave, por la que debe acudir al especialista para un diagnóstico ulterior y posible tratamiento. Debería deducirse la posible conexión entre el consumo y las condiciones médicas presentes, así como, el riesgo de futuros problemas sanitarios y sociales.

Responsabilidad

Es importante motivar al paciente a abordar su situación yendo al especialista y siguiendo sus recomendaciones. Si el paciente muestra tal voluntad, se le debe proporcionar información y aliento. Si se resiste, puede necesitar otra cita para permitir que reflexione sobre su decisión.

Información

Los pacientes que no han buscado previamente tratamiento para los problemas con el alcohol pueden necesitar información sobre lo que ello implica. Los pacientes son probablemente más receptivos a tomar una decisión y aceptar tratamiento, después de conocer qué profesionales sanitarios y qué tratamiento van a recibir.

Aliento

Los pacientes en esta situación probablemente se benefician de las palabras de aliento y confianza. Se les debe decir que el tratamiento para la dependencia de alcohol es generalmente efectivo, pero que puede ser necesario un considerable esfuerzo por su parte.

Seguimiento

El seguimiento en el tratamiento del alcohol, debería llevarse a cabo de igual modo que el que se hace con los pacientes que están siendo tratados por un cardiólogo o un ortopeda. Esto es particularmente importante porque el síndrome de dependencia de alcohol es habitualmente crónico y recidivante. El seguimiento periódico y el apoyo pueden ayudar al paciente a que se resista ante una recaída o a controlar su curso si ello ocurre.

Anexo A

Folleto educativo para los pacientes

Una nota sobre la adaptación y utilización

El folleto reproducido en este Anexo está basado en la guía de consumo de bajo riesgo que fue utilizada para proporcionar consejo simple a los bebedores con consumo de riesgo y perjudicial en el Proyecto sobre la Identificación y Manejo de los Problemas Relacionados con el Alcohol de la OMS.^{15,17} Los seis paneles pueden imprimirse en las dos caras de una hoja DIN-A4, que se puede doblar en tres partes de modo que la cubierta (Panel 1) quede en la parte superior.

Las ilustraciones y pautas proporcionadas en esta versión deberían revisarse cuidadosamente en función de su adecuación a los diferentes grupos culturales y poblaciones de Atención Primaria. Cada panel debe adaptarse a las circunstancias del programa de screening e intervención breve llevado a cabo en un centro y país. Los porcentajes en la pirámide del bebedor del Panel 2 representan la proporción de la población de cada tipo de bebedor. Estas cifras deben basarse en datos de estudios o estimaciones locales de la proporción de personas que representan cada tipo de bebedor. En algunos países, la proporción de abstemios, bebedores de bajo riesgo, bebedores de riesgo y personas con dependencia de alcohol (alcohólicos) pueden variar considerablemente. Las pautas para «el Límite de bajo riesgo» (Panel 5) pueden modificarse para ajustarlas a la política nacional y/o a las circunstancias locales. Se pueden citar diferentes límites para hombres, mujeres y ancianos. De igual modo, la lista de actividades en las que la gente no debería beber nada se debe modificar con el objeto de ajustarla a las condiciones culturales

específicas. Finalmente, el Panel 6, «¿Qué es una Unidad de Bebida Estándar?», debe modificarse para mostrar las bebidas alcohólicas locales que son comparables en su contenido absoluto de alcohol.

Si la población a la que se distribuye el folleto contiene un amplio número de personas analfabetas o tienen limitadas habilidades de lectura, al adaptar el folleto se debe poner énfasis en las ilustraciones visuales.

¿Qué es una Unidad de Bebida Estándar?

En diferentes países, los educadores e investigadores sanitarios emplean diferentes definiciones de una unidad de bebida o una bebida estándar debido a las diferencias en los volúmenes de las consumiciones habituales en cada país. Por ejemplo,

- 1 bebida estándar en Canadá: 13,6 gramos de alcohol puro
- 1 bebida estándar en el UK: 8 gramos
- 1 bebida estándar en USA: 14 gramos
- 1 bebida estándar en Australia o Nueva Zelanda: 10 gramos
- 1 bebida estándar en Japón: 19,75 gramos

En el AUDIT las preguntas 2 y 3 asumen que una Unidad de Bebida Estándar equivale a 10 gramos de alcohol puro. Usted puede necesitar ajustar el número de consumiciones dentro de las categorías de las respuestas para estas preguntas, con el fin de ajustar las medidas de las consumiciones más comunes y la concentración de alcohol en su país.

La recomendación para el nivel de consumo de bajo riesgo, establecido en la «Guía de consumo de bajo riesgo y utilizada en el estudio de la OMS sobre intervenciones breves, es inferior a 20 gramos de alcohol al día, 5 días a la semana (recomendando al menos 2 días sin consumo).

Cómo calcular el contenido de alcohol en una bebida

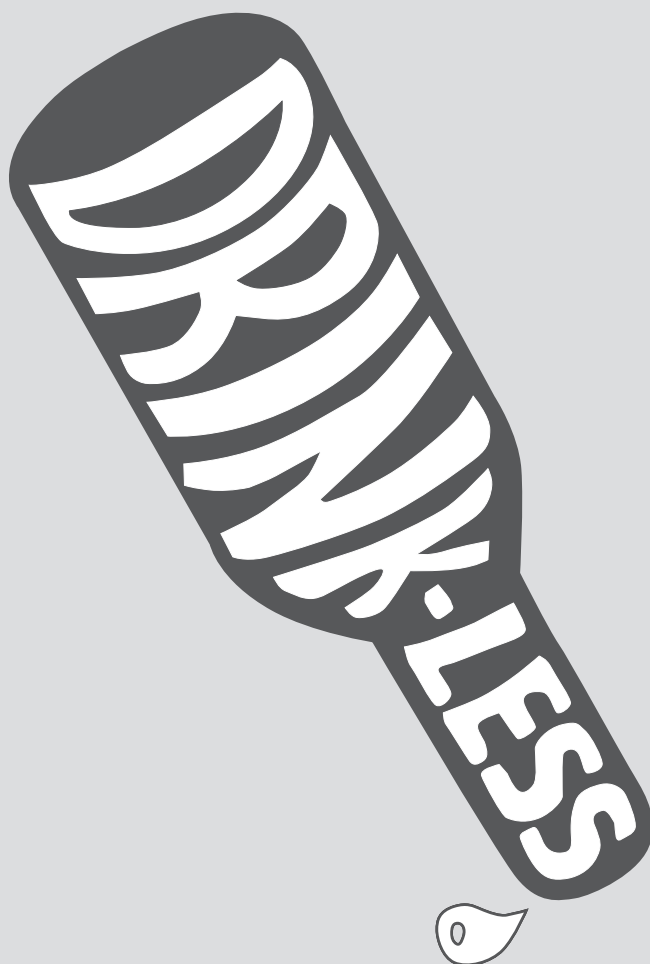
El contenido de alcohol de una bebida depende de la concentración de alcohol y del volumen del recipiente. Hay amplias variaciones respecto a la concentración de las bebidas alcohólicas y al tamaño de las de éstas comúnmente utilizadas en diferentes países. Un estudio de la OMS²¹ indicó que la cerveza contenía entre el 2% y 5% de alcohol puro, los vinos contenían entre el 10,5 y el 18,9%, los licores variaban entre el 24,3% y el 90%, y la sidra entre el 1,1% y el 17%. Por ello, es esencial adaptar los tamaños de las bebidas a lo que es más común en el ámbito local y conocer a grandes rasgos cuánto alcohol puro consume una persona por ocasión y término medio.

Otra consideración a la hora de medir la cantidad de alcohol contenida en una Unidad de Bebida Estándar es el factor de conversión del etanol. Ello le permite convertir cualquier volumen de alcohol en gramos. Por cada mililitro de etanol, hay 0,79 gramos de etanol puro. Por ejemplo,

- 1 lata de cerveza (330 ml) al 5% (concentración) x 0,79 (factor de conversión) = 13 gramos de etanol
- 1 vaso de vino (140 ml) al 12% (concentración) x 0,79= 13,3 gramos de etanol
- 1 vaso de licor (40 ml) al 40% (volumen) por 0,79= 12,6 gramos de etanol

Una guía para el consumo de bajo riesgo

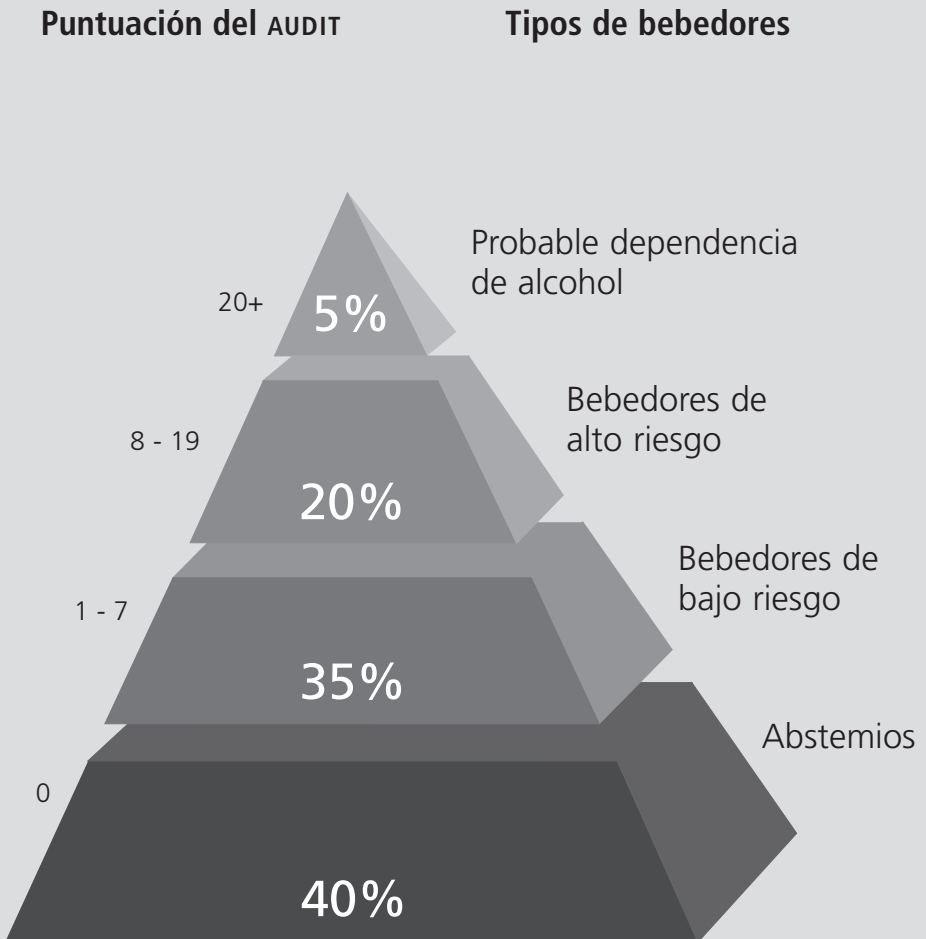
Panel 1



N. del T. al Panel 1. Dentro de la botella lo que hay escrito significa BEBE MENOS

Panel 2

La pirámide del bebedor



Panel 3

Efectos del consumo de alto riesgo

Agresividad, conducta irracional
Discusiones, Violencia
Depresión. Nerviosismo

Dependencia de alcohol
Pérdida de memoria

Cáncer de garganta y boca

Envejecimiento prematuro.
Nariz del bebedor

Resfriados frecuentes
Menor resistencia a las infecciones
Aumento del riesgo de neumonía

Debilidad del músculo cardíaco
Insuficiencia cardíaca. Anemia
Alteraciones en la coagulación
Cáncer de pecho

Daño hepático

Temblores de manos
Hormigueos en los dedos
Entumecimiento. Dolores nerviosos

Déficit de vitaminas. Hemorragias
Inflamación grave del estómago,
Vómitos. Diarrea. Malnutrición

Úlcera

Inflamación del páncreas

Debilitamiento que conduce a caídas

En los hombres: pérdida de la
potencia sexual
En las mujeres: riesgo de dar a luz
bebés con malformaciones, retraso
mental, o con bajo peso al nacer

Entumecimiento y hormigueos en los
dedos de los pies
Dolores nerviosos

El consumo de alcohol de alto riesgo puede conllevar problemas sociales, legales, médicos, domésticos, laborales y económicos. También puede reducir tu expectativa de vida y causar accidentes o muerte por conducir bebido.

Panel 4**¿Debo dejar de beber o simplemente reducirlo?****Usted debería parar de beber si:**

■ Ha intentado reducirlo antes pero sin éxito,

○

■ Padece temblores matutinos durante un período de consumo elevado,

○

■ Tiene la presión arterial elevada, está embarazada, tiene una enfermedad hepática,

○

■ Toma medicamentos contraindicados con el alcohol.

Usted debería intentar beber dentro de niveles de bajo riesgo sí:

■ Durante el último año ha estado la mayor parte del tiempo bebiendo en niveles de bajo riesgo,

y

■ No padece temblores matutinos,

y

■ Le gustaría beber a niveles de bajo riesgo.

Sólo debe elegir el consumo de bajo riesgo si las tres pueden aplicarse a usted.

Panel 5

¿Qué es un límite de bajo riesgo?

- No tomar más de dos Unidades de Bebida Estándar al día
- No beber al menos dos días a la semana

Pero recuerde. Hay ocasiones en la que incluso una o dos consumiciones pueden ser excesivas- por ejemplo:

- Cuando conduzca o maneje maquinaria.
- Si está embarazada o en período de lactancia.
- Tome determinados medicamentos.
- Si tiene ciertas condiciones médicas.
- Si no puede controlar su consumo.

Para más información pregunte a su facultativo.

Panel 6

¿Qué es una Unidad de Bebida Estándar?

Una unidad de Bebida Estándar=



1 lata de una cerveza cualquiera
(p.ej. 330 ml al 5%)

o



1 consumición («chupito») de destilados
(whiskey, ginebra, vodka, etc.)
(p.ej. 40 ml al 40%)

o



Un vaso de vino o una pequeña copa de jerez
(p.ej. 140 ml al 12% o 90 ml al 18%)

o



Una pequeña copa de licor o aperitivo
(p.ej. 70 ml al 25%)(p.ej. 330 ml al 5%)

¿Cuánto es demasiado? Lo más importante es la cantidad de alcohol puro contenido en una bebida. Estas bebidas, en las medidas normales, contienen más o menos la misma cantidad de alcohol puro. Piense en cada una de ellas como una Unidad de Bebida Estándar.

Anexo B

Folleto de auto-ayuda

Una nota sobre la adaptación y utilización

Este folleto se basa en la guía «Como prevenir los problemas relacionados con el alcohol: un manual para beber sensatamente» elaborada por R. Hodgson para proporcionar una terapia breve al proyecto de la OMS sobre la identificación y manejo de los problemas relacionados con el alcohol.^{15,17} Las pautas proporcionadas en esta versión genérica deben ser revisadas cuidadosamente en los términos de su idoneidad para los diferentes grupos culturales y poblaciones de Atención Primaria. Cada sección debe ser adaptada a las circunstancias del programa de screening e intervención breve llevado a cabo en un determinado centro y país. Por ejemplo, la sección sobre «Buenas razones para beber menos» proporciona una lista de posibles motivos que la gente utiliza para convencerse a sí mismos de que deben reducir su consumo. Estos motivos pueden diferir en función del sexo, cultura y la edad. Si los ejemplos enumerados en el folleto no son adecuados para sus pacientes, por favor cámbielos para ajustarlos a las necesidades de la gente a la que pretende acceder.

Si la población a la que se distribuye el folleto contiene un gran número de personas que son analfabetas o con limitadas habilidades de lectura, debe ponerse énfasis en el desarrollo de ilustraciones visuales y el folleto puede repasarse oralmente con el paciente.

Cómo prevenir los problemas relacionados con el alcohol

Un manual de auto-ayuda

¿Para quién es este folleto?

Este folleto no es sólo para las personas con problemas de consumo, sino también para aquellas personas que beben cantidades de alcohol más pequeñas pero que beben lo suficiente para presentar un riesgo de desarrollar problemas futuros de salud.

El consejo dado en este folleto ayudará tanto a aquellos que tienen problemas con la bebida como a aquellos que quieren prevenir problemas futuros. Este folleto proporciona:

- Consejo sobre los límites del consumo de bajo riesgo
- Buenas razones para consumir a un nivel de bajo riesgo
- Consejo sobre cambio de hábitos

El énfasis se centra en cambiar los hábitos y prevenir futuros problemas.

Contenidos

- ¿Qué es un consumo de bajo riesgo?
- ¿Cómo puede cambiar sus hábitos de consumo de alcohol?
- Buenas razones para beber menos.
- Situaciones de alto riesgo.
- ¿Qué hacer cuando está tentado?
- La gente necesita gente
- ¿Qué hacer con el aburrimiento?
- Cómo perseverar en sus planes
- Pautas para las personas de apoyo
- Cree su propio plan de cambio de hábitos

¿Qué es un consumo de bajo riesgo?

El consumo de bajo riesgo implica limitar el consumo de alcohol a cantidades y patrones de consumo que presentan una baja probabilidad de causar daños a uno mismo o a los demás. La evidencia científica indica que el riesgo de daños se incrementa significativamente cuando se consumen más de dos bebidas al día y más de cinco días a la semana. Más aun, incluso pequeñas cantidades de alcohol presentan riesgos en determinadas circunstancias. Siguiendo las simples reglas expuestas a continuación se puede reducir el riesgo para su salud y la posibilidad de poder herir a alguien:

- No tomar más de dos bebidas alcohólicas al día
- No beber más de cinco días a la semana
- No consumir nada de alcohol cuando:
 - Conduzca o maneje maquinaria
 - Durante el embarazo o lactancia
 - Tome medicación que pueda interactuar con el alcohol
 - Tenga una condición médica que empeore con el alcohol
 - No pueda parar o controlar su consumo

Pida a su correspondiente profesional de la salud más información sobre las situaciones en las que debe limitar su consumo.

Estos límites del consumo de bajo riesgo se basan en las unidades de bebidas «estándar» del alcohol. Es importante que usted determine la cantidad que hay en cada bebida que consume normalmente. La mayoría de las

botellas y latas de cerveza tienen aproximadamente la misma cantidad de alcohol que un vaso de vino o que una copa de licores destilados. Cuando piense lo que bebe, asegúrese de contar las Unidades de Bebida Estándar.

Si ha estado consumiendo por encima de esos límites, se arriesga a causarse daño a sí mismo y a los demás. Tomar tres o más bebidas en una ocasión provoca riesgos de «accidentes» incluyendo lesiones, problemas en las relaciones y laborales, problemas médicos tales como resacas, insomnio y problemas estomacales. Consumir más de dos bebidas al día durante largos períodos puede causar cáncer, enfermedad hepática, depresión y dependencia de alcohol (alcoholismo).

Afortunadamente la mayoría de la gente puede parar o reducir su consumo de alcohol si deciden hacerlo y trabajan duro para cambiar sus hábitos de consumo. Las siguientes secciones le dirán cómo.

Cómo puede cambiar sus hábitos de consumo

Cuando la gente modifica sus hábitos con éxito, habitualmente sigue un plan simple. Este manual le ayudará a realizar un plan de consumo sensato. Si es posible, intente que alguien le ayude. Quizá un amigo o familiar, un profesional sanitario o un miembro de su comunidad religiosa estarían dispuestos a ayudarle a elaborar un plan y a perseverar en él. Pida a esa persona que lea este folleto primero.

La razón para conseguir que alguien le ayude es simplemente porque dos cabezas son mejores que una. Además, podrán proporcionarle algún apoyo.

Otra forma de utilizar este manual es hacerlo con una o dos personas que también quieran modificar sus hábitos de consumo.

Desde luego, mucha gente modifica sus hábitos sin la ayuda de los demás. Si usted es incapaz de conseguir que alguien le ayude, entonces desarrolle su plan por sí mismo.

En primer lugar, debería hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Cómo me beneficiaré si reduzco mi consumo?
- ¿Cómo mejorará mi vida?

La siguiente sección le ayudara a responder estas preguntas.

Buenas razones para beber menos

Basado en estudios recientes sobre los efectos del alcohol, aquí tiene una lista de los beneficios que puede esperar razonablemente si reduce su consumo. Léalos y elija los tres que usted considere como las mejores razones para usted. Elija aquellos que pueden hacerle desear reducir su consumo de alcohol.

Si bebo dentro de los límites de bajo riesgo

- Viviré más tiempo –probablemente entre cinco y diez años más.
- Dormiré mejor.
- Estaré más feliz.
- Ahorraré mucho dinero.
- Mis relaciones mejorarán.
- Me mantendré joven más tiempo.
- Lograré más cosas en mi vida.
- Tendré más posibilidades de llegar a una edad avanzada sin daños prematuros para mi cerebro.
- Seré mejor en mi trabajo.
- Probablemente será más fácil permanecer delgado, ya que las bebidas alcohólicas contienen muchas calorías.
- Seré menos propenso a estar deprimido y cometer suicidio (probablemente 6 veces menos).
- Tendré menos probabilidad de morir de una enfermedad cardíaca o de cáncer.
- La posibilidad de que muera en un incendio o ahogado se reducirá enormemente.
- Los demás me respetarán.
- Seré menos propenso a tener problemas con la policía.
- La posibilidad de que muera por una enfermedad hepática se reducirá drásticamente (unas 12 veces menos).
- Será menos probable que muera en un accidente de coche (aprox. 3 veces menos).
- PARA LOS HOMBRES: mi funcionamiento sexual probablemente mejorará.

- PARA LAS MUJERES: existirán menos posibilidades de tener un embarazo no planeado.
- PARA LAS MUJERES: existirán menos oportunidades de que dañe a mi hijo no nacido.

Cuando haya elegido tres buenas razones para reducir su consumo, anótelas en los espacios proporcionados al final de este folleto en la sección de cómo «Crear su plan para cambiar hábitos.»

Ahora deberá tener una imagen más clara en su mente de lo que puede esperar si continúa bebiendo en exceso y una imagen más clara de su futuro si deja de beber o bebe dentro de niveles de bajo riesgo.

Situaciones de alto riesgo

Su deseo de beber en exceso probablemente varía en función de su humor, la gente con la que se encuentra y de si el alcohol está fácilmente disponible.

Piense en la última vez que bebió demasiado e intente averiguar qué cosas contribuyeron a su consumo. ¿Qué situaciones pueden hacerle desear beber en exceso en un futuro? Por ejemplo, aquí tiene una lista de una persona:

- Situaciones en las que los demás están bebiendo y esperan que yo beba.
- Sentirse aburrido y deprimido, especialmente los fines de semana.
- Después de una discusión familiar.
- Bebiendo con mis amigos.
- Cuando me siento solo en casa.

Utilice la siguiente lista para ayudarle a identificar cuatro situaciones en las que usted es más propenso a beber demasiado:

Fiestas	Determinada gente
Festivales	Tensión
Familia	Sentirse solo
Bares	Cenas de amigos
Estado de animo	Aburrimiento
Después del trabajo	Insomnio
Discusiones	Fines de semana
Críticas	Tras recibir la paga
Sentimientos de culpa	Cuando los demás están bebiendo

Cuando haya elegido las cuatro situaciones peligrosas o estados de ánimo que le suponen un mayor problema, escribálas en las páginas proporcionadas al final de este folleto en la sección de cómo «Crear su plan para cambiar hábitos». La siguiente tarea es lograr formas de manejar estas situaciones sin beber por encima de los límites recomendados.

¿Qué hacer cuando se siente tentado?

En esta sección intente responder la siguiente pregunta: ¿Cómo puedo asegurarme de no caer en la tentación de beber demasiado y, si caigo en la tentación, qué puedo hacer para detenerme?

Esta tarea no es fácil pero puede resultarle más fácil si consigue que otra persona le ayude y repasen juntos los siguientes pasos:

- Elija una de sus cuatro situaciones de alto riesgo.
- Piense diferentes maneras de evitarlas o manejarlas.
- Seleccione dos de estas formas para intentarlo. Escríbalas en la sección de cómo «Crear su plan para cambiar hábitos» al final del folleto.

Aquí tiene un ejemplo de una persona para superar la tentación de beber con los amigos después del trabajo.

Situación de alto riesgo

Beber con los amigos después del trabajo.

Formas de superar la situación sin beber demasiado

- Irse a casa en lugar de ir a beber.
- Encuentre otra actividad, p.ej., ejercicio.
- Limite el número de días de bebida con los amigos después del trabajo.
- Tome sólo dos consumiciones cuando beba.
- Cambie a bebidas no-alcohólicas después de dos consumiciones.
- Cambie de amigos.
- Trabaje hasta más tarde.

Las dos estrategias que intentaré:

- Limitar el número de días de bebida con los amigos después del trabajo
- Cambiar a bebidas no-alcohólicas después de dos consumiciones

Dese cuenta que alguna de las ideas probablemente no funcionará. Esto no importa a la hora de crear ideas. Piense tan solo en tantas como pueda realizar y entonces decida cuáles son probablemente las que funcionarán para usted. Cuando haya seleccionado dos maneras de afrontar la situación de alto riesgo, pase a la siguiente hasta finalizar con las dos formas de enfrentarse en cada una de las cuatro situaciones de alto riesgo.

La siguiente área de su vida en la que debería pensar es en la relación que tiene con los demás. Si puede incrementar el número de veces en que cada semana disfruta de la compañía de otras personas (sin beber por encima de unos límites sensatos), entonces no necesitará consumir tanto alcohol.

La gente necesita gente

El primer punto a recordar es que la mayoría de nosotros necesitamos a los demás. Necesitamos relacionarnos. En segundo lugar, una de las mejores formas de animarse a uno mismo a beber a niveles de bajo riesgo es tener amigos que beban dentro de estos límites. En tercer lugar, usted aumentará sus oportunidades de hacer nuevos contactos sociales si se pone en situaciones en las que pueda conocer nuevas personas. Por ello, la siguiente tarea que se debe plantear es pensar en formas de ponerse en tales situaciones. De nuevo, utilice el método de pensar en tantas ideas como pueda y entonces elija las dos que probablemente mejor funcionen para usted. Aquí tiene un ejemplo:

Problema

Ponerme en situaciones en las que estaré con otros que beben en los límites de bajo riesgo.

Ideas

- Apuntase a un club.
- Ayude en actividades religiosas o en Centros Comunitarios.
- Ayude en la escuela o club Juvenil de su hijo o hija.
- Únase a una organización voluntaria (p.ej., ayuda a discapacitados)
- Invite a gente a casa más a menudo.
- Visite a parientes más a menudo.

Escriba las dos formas elegidas para conocer a otros bebedores de bajo riesgo en la sección de cómo «Crear su plan para cambiar hábitos».

¿Qué hacer con el aburrimiento?

Mucha gente bebe porque está aburrida. Si el aburrimiento contribuye a su consumo por encima de los límites de bajo riesgo, su tarea en esta sección es pensar en tantas actividades como pueda que podrían mantener su interés y, entonces, seleccionar dos de ellas para ponerlas en práctica. Utilice las siguientes preguntas para hacer esta lista.

- ¿Con qué ha disfrutado aprendiendo en el pasado? (p.ej., deportes, manualidades, idiomas).

- ¿Con qué tipo de viajes ha disfrutado en el pasado? (p.ej., a la playa, al monte, al campo).
- ¿Con qué cosas podría disfrutar sino estuviera preocupado por el fracaso? (p.ej., pintar, bailar).
- ¿Cómo se divertía sólo? (p.ej., largos paseos, tocando un instrumento musical, cosiendo).
- ¿De qué ha disfrutado haciendo con los demás? (p.ej., hablando por teléfono, jugando).
- ¿Con qué ha disfrutado que cueste poco dinero? (p.ej., ir a pasear).
- ¿Con qué actividades ha disfrutado en distintos momentos? (p.ej., por la mañana, en sus días de descanso, en primavera, en el otoño).

Escriba las dos actividades que ha elegido de la sección «*Crear su plan para cambiar hábitos.*»

Las dos formas para intentar evitar el aburrimiento son:

- Unirse a un grupo comunitario (en la biblioteca, iglesia, organización de mujeres etc., o cursos de educación de adultos como dibujo, pintura, etc.).
- Haga ejercicio habitualmente (natación, salga a correr, etc.) o apuntase a un club deportivo.

Una nota sobre la depresión

Mucha gente bebe porque está deprimida. La depresión se caracteriza por sentimientos de tristeza, pérdida de interés por las actividades y una menor energía. Otros síntomas incluyen la pérdida de confianza y auto-estima, sentimientos de culpa sin motivo, pensamientos de muerte y suicidio, disminución de la concentración y alteración del sueño y del apetito.

Si se ha sentido deprimido durante dos o más semanas, debe buscar ayuda de un clínico. El tratamiento ayuda. Durante el tratamiento para la depresión debería dejar de beber, ya que el alcohol es una droga depresora que retrasará su respuesta al tratamiento.

Cómo perseverar en sus planes

En primer lugar, complete y guarde la sección de cómo «*Crear su plan para cambiar hábitos.*». Este es su plan maestro para las próximas semanas. Debe repasar su plan cada día. Si no lo hace, se olvidará de él, especialmente cuando se encuentre en una situación peligrosa o tentadora. A continuación tiene la mejor forma para asegurar que recordará su plan.

- Piense en cualquier actividad que realice varias veces cada día (p.ej., tomar una taza de café, lavarse las manos).
- Siempre que lleve a cabo esa actividad (p.ej., tomar una taza de café) repase rápidamente su plan mentalmente. Piense sobre su plan de consumo, razones para reducirlo, situaciones peligrosas y maneras de manejarla. Piense también sobre sus planes para conocer otras personas y comenzar actividades interesantes.

- Si tiene una persona de apoyo, al principio coménteles su plan y sus progresos a diario y más adelante varias veces por semana conforme va teniendo éxito de completarlo.
- Si tiene claro su plan, entonces le ayudará a cambiar. Si sólo está sobre el papel no tendrá ningún efecto. Aquí tiene otros pocos consejos:
 - Recuerde que cada vez que se sienta tentado a beber demasiado y es capaz de resistirse, está alterando sus hábitos.
 - Siempre que se sienta incómodo, angustiado o desdichado, continúe diciéndose a sí mismo que estas sensaciones pasarán. Si usted tiene ansias de beber, piense que dichas ansias son como un dolor de garganta que tiene que aguantar hasta que desaparezca.
 - Si tiene una persona de apoyo, dígame honestamente cuanto ha bebido cada día, cuando ha tenido éxito o ha bebido demasiado.
 - Finalmente, es probable que tenga algunos días malos en los que beba demasiado. Cuando esto ocurra, **NO SE DE POR VENCIDO**. Recuerde que la gente que **HA** aprendido a beber dentro de los niveles de bajo riesgo tuvo muchos días malos antes de que finalmente tuvieran éxito. Cada vez será más fácil.
- Este folleto se ha preparado teniendo en cuenta dos tipos de bebedores. Unos ya tienen problemas con la bebida y quieren cambiar. Otros beben una cantidad inferior de alcohol pero que les supone riesgo de desarrollar problemas. Se les ha aconsejado que deben reducir su consumo para que puedan evitarse futuros problemas. Prevenir es mejor que curar.
- Los principales objetivos del manual son encontrar buenas razones para beber menos y también desarrollar otras actividades en sustitución de la bebida.
- Cambiar los hábitos es una tarea difícil pero usted puede ayudar de dos formas. La primera, usted puede ayudar con los ejercicios proporcionados en el folleto. La segunda, puede proporcionar ánimo y apoyo.
- Intente no criticar a la persona a la que está ayudando, incluso si se siente molesto y frustrado con su conducta. Recuerde que cambiar los hábitos nunca es fácil. Están expuestos a tener buenas y malas semanas. Se necesita su ánimo, apoyo para el consumo de bajo riesgo o la abstinencia, por lo que se necesitan ideas creativas.

Pautas para las personas de apoyo

A veces es más fácil leer un folleto y trazar un plan para cambiar los hábitos con la ayuda de otros. Dos cabezas son a veces mejor que una. Por ello animamos a las personas que utilizan este manual a que pidan a alguien más que lo examine con ellos. Si usted está dispuesto a

Cree su propio plan de cambio de hábitos

Razones por las que reducir o dejar de beber:

- 1.
- 2.
- 3.

Situación de riesgo 1

.....

Formas de manejarla:

- 1.
- 2.

Situación de riesgo 2

.....

Formas de manejarla:

- 1.
- 2.

Situación de riesgo 3

.....

Formas de manejarla:

- 1.
- 2.

Situación de riesgo 4

.....

Formas de manejarla:

- 1.
- 2.

Maneras de conocer personas que no beben o lo hacen dentro de los límites de bajo riesgo:

- 1.
- 2.

Formas de intentar evitar el aburrimiento:

- 1.
- 2.

Cómo recordar mi plan:

- 1.
- 2.

Anexo C

Recursos para la formación

Un ejercicio simple de formación

Se puede utilizar un simple ejercicio de rol-play para permitir al profesional sanitario practicar el screening y el consejo simple con un «paciente simulado». Elija a otro participante en seminario como compañero. Uno de los dos hará el papel del «bebedor de alto riesgo» mientras que el otro hará el papel del «profesional sanitario». El «profesional sanitario» administrará la entrevista de screening del AUDIT y a continuación dará consejo simple utilizando «Una guía para el consumo de bajo riesgo». Introduzca el AUDIT dando a su compañero una idea general del contenido de las preguntas. Utilice la información relativa a cualquier problema relacionado con el alcohol que haya identificado durante el screening como parte del consejo simple a su compañero. No olvide su comentario transicional cuando introduzca la «Guía para el consumo de bajo riesgo». Los dos compañeros deberían entonces intercambiar los papeles.

Tras completar su ejercicio, comenten sobre el estilo de entrevista, incluyendo los comentarios transicionales, la claridad de las explicaciones y la utilización de información pertinente del test de screening, mientras da el consejo breve. Comenten también el estilo y la comunicación: ¿Se mostró el entrevistador amable y no amenazador? ¿Se explicó el objetivo del screening al paciente? ¿Resaltó el entrevistador el carácter confidencial? ¿Respondió el bebedor en términos de «Unidades de Bebidas Estándar»? Si no lo hizo, ¿indagó el entrevistador en las respuestas?

Programas de formación

Se han desarrollado diversos programas de formación para preparar a los profesionales sanitarios de Atención Primaria a realizar el screening y las intervenciones breves. Los procedimientos descritos en este manual pueden enseñarse a individuos y a grupos mediante un manual de formación y cintas de vídeo desarrollados por la Universidad de Connecticut (McRee et al., 1992). A continuación se enumeran este y otros recursos.

Alcohol risk assessment and intervention (ARAI) package. Ontario, College of Family Physicians of Canada, 1994.

Guide to clinical preventive services. Report of the US Preventive Services Task Force. Baltimore, Williams and Wilkins, 1989.

Anderson, P. *Alcohol and primary health care.* Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series, No.64).

Heather, N. *Treatment approaches to alcohol.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 65).

Hester, R.K. and Miller, W.R. (Eds) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives.* Elmsdorf, NY: Pergamon Press, 1989.

McRee, B., Babor, T.F. and Church, O.M. *Alcohol Screening and Brief Intervention.* Project NEADA, University of Connecticut, School of Nursing, 1992. *Ordering information may be obtained from:* the US National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information: www.health.org or call 1-800-729-6686.

Miller, W.R. *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. us. Department of Health and Human Services, SAMHSA/CSAT, Rockville, MD, 1999.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *Training Physicians in Techniques for Alcohol Screening and Brief Intervention*. National Institutes of Health: Bethesda, MD 1997.

Sanchez-Craig, M. *A Therapist's Manual: Secondary Prevention of Alcohol Problems*. Addiction Research Foundation, Toronto, Canada, 1996.

Sanchez-Craig, M. *Drink Wise: How to Quit Drink or Cut Down*. Addiction Research Foundation, Toronto, Canada, 1994.

Sullivan, E.. and Fleming, M. A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians. *Treatment Improvement Protocol Series*. us Department of Health and Human Services, Rockville, MD, 24; 1997.

Bibliografía

1. Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. and Monteiro, M.G. *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*. Second Edition. World Health Organization, Geneva, 2001.
2. Heather, N. *Treatment Approaches to Alcohol Problems*. World Health Organization, Copenhagen, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 65).
3. Hester, R.K. and Miller, W.R. (Eds) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. Allyn and Bacon, Boston 1995.
4. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. World Health Organization, Geneva, 1993.
5. Anderson, P. *Alcohol and Primary Health Care*. World Health Organization, Copenhagen, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 64).
6. Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Geisbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H., Lemmens, P., Makela, K., Midanik, L., Norstrom, T., Osterberg, E., Romelsjo, A., Room, R., Simpura, J. and Skog, O. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press, Oxford, 1994.
7. Institute of Medicine. *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. National Academy Press, Washington, DC, 1990.
8. Makela, K. International comparisons of Alcoholics Anonymous. *Alcohol Health & Research World* 17:228-234, 1993.
9. Bien, T, Miller, W.R. and Tonigan, J.S. Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction* 88: 315-336, 1993.
10. Kahan, M., Wilson, L. and Becker, L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: A review. *Canadian Medical Association Journal* 152(6):851-859, 1995.
11. Wilk, A., Jensen, N. and Havighurst, T. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine* 12:274-283, 1997.
12. Moyer, A., Finney, J., Swearingen, C. and Vergun, P. Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. *Addiction* (in press).
13. Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor T.F., De la Fuente, J.R. and Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction* 88:791-804, 1993.
14. Orford, J. Empowering family and friends: a new approach to the secondary prevention of addiction. *Drug and Alcohol Review*, 13: 417-429, 1994.

15. Babor, T.F. and Grant, M. (Eds). *Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on Phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care.* Programme on Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, 1992.
16. Babor, T.F. and Higgins-Biddle, J.C. Alcohol screening and brief intervention: Dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 95(5):677-686, 2000.
17. WHO Brief Intervention Study Group. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, 86(7): 948-955, 1996.
18. Ashley, M.J., Ferrence, R., Room, R., Rankin, J., & Single, E. Moderate drinking and health: Report of an international symposium. *Canadian Medical Association Journal* 151:1-20, 1994.
19. Miller, W.R. *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment.*us Department of Health and Human Services, SAMHSA/CSAT, Rockville, MD, 1999.
20. Prochaska, J. O. and DiClemente, C.C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51(3): 390-395, 1983.
21. Finnish Foundation for Alcohol Studies. *International Statistics on Alcoholic Beverages: Production, Trade and Consumption 1950-1972.* Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1977.

Notas

