

# GUÍA

PARA LA INTERVENCIÓN DE  
LOS PROFESIONALES DE  
ATENCIÓN PRIMARIA EN EL  
CONSUMO DE RIESGO Y  
PERJUDICIAL DE ALCOHOL

  
Junta de  
Castilla y León





GUÍA

PARA LA INTERVENCIÓN DE  
LOS PROFESIONALES DE  
ATENCIÓN PRIMARIA EN EL  
CONSUMO DE RIESGO Y  
PERJUDICIAL DE ALCOHOL



Junta de  
Castilla y León



GUÍA

PARA LA INTERVENCIÓN DE  
LOS PROFESIONALES DE  
ATENCIÓN PRIMARIA EN EL  
CONSUMO DE RIESGO Y  
PERJUDICIAL DE ALCOHOL

CUESTIONARIO DE  
IDENTIFICACIÓN (AUDIT) E  
INTERVENCIÓN BREVE

*Adaptado por:*

*M<sup>a</sup> Ángeles de Álvaro Prieto*

*Mercedes Palacios Sanibo*

*Sara Santos Sanz*

*Fernando Martínez González*

*Comisionado Regional para la Droga*

CONSEJERÍA DE FAMILIA E IGUALDAD DE  
OPORTUNIDADES



Organización Mundial de la Salud



Edita: Junta de Castilla y León  
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades  
Comisionado Regional para la Droga  
Diseño: Rafael Rollón Casillas  
Impresión: gráficas Celarayn, s.a.  
Depósito Legal: LE - 886 - 2007



# ÍNDICE

1. Introducción .....	7
1.1 Los problemas del alcohol.....	9
1.2 Conceptos y términos.....	11
1.3 Papeles y responsabilidades de la Atención Primaria.....	15
1.4 SIB: abordaje del riesgo y manejo de casos.....	18
2. Intervención breve .....	23
2.1 Educación sobre el alcohol para bebedores de bajo riesgo, abstemios y otros.....	23
2.2 Consejo simple para bebedores de riesgo.....	25
2.3 Terapia breve para bebedores de riesgo con consumo perjudicial.....	31
2.4 Derivación de los bebedores con probable dependencia del alcohol.....	35
3. Anexo I: Audit .....	41
4. Anexo II: Recursos acreditados para la asistencia del alcoholismo en Castilla y León.....	51
5. Bibliografía.....	69





# INTRODUCCIÓN



# 1. Introducción

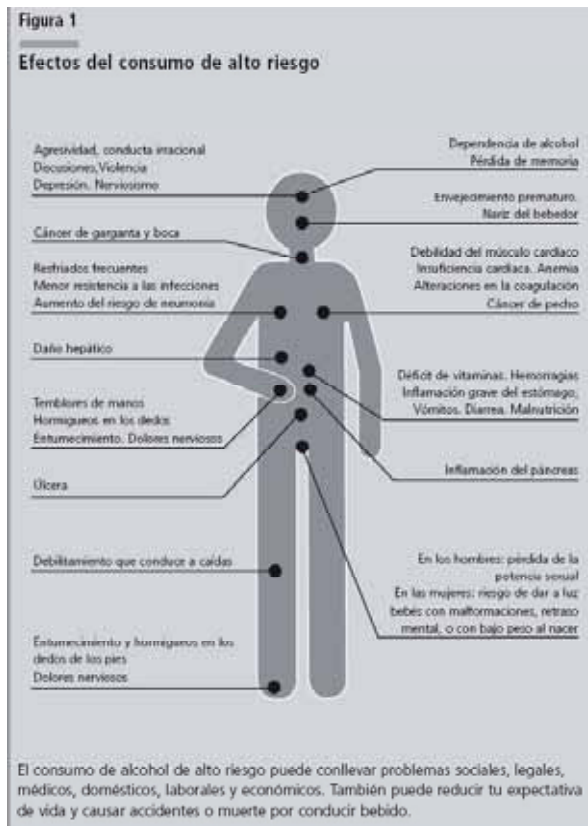
## 1.1 Los problemas del alcohol

Hay muchas formas de **consumo excesivo de alcohol** que suponen un riesgo o un daño importante para el individuo. Entre ellas se incluyen el consumo diario elevado, los episodios repetidos de beber hasta la intoxicación, los consumos de alcohol que están causando daño físico o mental y el consumo cuyo resultado es el desarrollo de dependencia o adicción.

El consumo excesivo causa enfermedad y sufrimiento en el bebedor, su familia y amigos. Es una de las causas principales de ruptura de las relaciones de pareja, de accidentes, hospitalización, incapacidad prolongada y muerte prematura, representando inmensas pérdidas económicas para muchas comunidades. Las lesiones por accidentes de tráfico y de peatones, las caídas y los problemas laborales, a menudo se producen como consecuencia del consumo excesivo de alcohol. Los riesgos se asocian con el patrón de bebida y con la cantidad de alcohol consumida<sup>1</sup>.

El alcohol está implicado en una amplia variedad de enfermedades, trastornos y lesiones, así como en múltiples problemas sociales y legales<sup>1,2,3</sup>. Es una de las causas principales del cáncer de boca, esófago y laringe. La cirrosis hepática y la pancreatitis a menudo se producen como consecuencia del consumo excesivo durante largos períodos de tiempo. El alcohol causa daños al feto en caso de mujeres embarazadas. Así mismo, problemas médicos mucho más frecuentes, como la hipertensión, la gastritis, la diabetes y algunas formas de infarto cerebral pueden agravarse incluso por el consumo ocasional y de breve duración, tal como también ocurre con trastornos mentales como la depresión.

Es necesario destacar que si bien las personas con dependencia de alcohol son más propensas a desarrollar más ni-



veles de daño, la mayor parte de los daños asociados con el alcohol aparecen entre las personas que no son dependientes, al ser muchos más estos últimos. Por ello, la identificación de bebedores según diversos tipos y grados de consumo de riesgo puede ser de gran importancia para reducir todos los daños asociados. La figura 1 ilustra la diversidad de problemas de salud asociados con el consumo de alcohol. A pesar de que las consecuencias médicas tienden a estar concentradas en personas con una dependencia grave, incluso el consumo en el margen de 20-40 gramos al día de alcohol puro (2-4 UBE) es un factor de riesgo para los accidentes, las lesiones y múltiples problemas sociales<sup>3,4</sup>.

Son muchos los factores que contribuyen al desarrollo de problemas relacionados con el alcohol. La ignorancia de los límites del consumo y de los riesgos asociados con el consumo excesivo son elementos importantes. También representan un papel destacable las influencias sociales y ambientales, tales como las costumbres y actitudes que favorecen el consumo elevado.

La mayor trascendencia del **screening** (S) está en el hecho de que las personas que aún **no** son dependientes del alcohol pueden cesar o reducir su consumo con la asistencia y el esfuerzo adecuado. Una vez que se ha desarrollado la dependencia, el abandono del consumo de alcohol es más difícil y a menudo requiere tratamiento especializado. Aunque no todos los bebedores de riesgo llegan a ser dependientes, nadie desarrolla dependencia sin haber mantenido durante algún tiempo un consumo de riesgo de alcohol. Considerando estos factores la necesidad del screening parece clara.

---

*El screening del consumo de alcohol desde la atención primaria lleva consigo muchos beneficios potenciales. Proporciona una oportunidad para educar a los pacientes sobre el consumo dentro de los niveles de bajo riesgo y sobre los riesgos que supone el consumo.*

---

Para la realización de este screening en Atención Primaria se recomienda la utilización de un instrumento estandarizado y validado, creado por la Organización Mundial de la Salud: el Cuestionario de Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol (AUDIT). El **AUDIT** fue desarrollado para detectar el consumo excesivo de alcohol y en concreto para ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo<sup>5,6,7</sup>. La mayoría de bebedores excesivos no están diagnosticados y a menudo, éstos presentan síntomas o problemas que normalmente no se relacionan con su consumo de alcohol. Los cuestionarios existentes (CAGE, MAST, MALT, etc.) no son válidos para estos casos al presentar unos indicadores de validez inaceptables en la detección de consumidores de riesgo. El AUDIT, en cambio, ayuda al clínico a identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia del alcohol.

La información sobre la **cantidad y frecuencia del consumo** de alcohol puede ayudar a establecer el diagnóstico del estado actual del paciente, así





como alertar a los clínicos sobre la necesidad de advertir a los pacientes cuyo consumo podría afectar adversamente a su medicación y a otros aspectos de su tratamiento. El screening también ofrece a los clínicos la oportunidad de adoptar medidas preventivas que han demostrado su efectividad en reducir los riesgos relacionados con el alcohol.

En cuanto a las **intervenciones breves (IB)**, éstas 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 esta guía, 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 a un tratamiento especializado. Las Intervenciones Breves **no** están diseñadas para el tratamiento de personas con dependencia del alcohol, que por lo general requieren un abordaje clínico más intensivo y experto, pero ponen en evidencia el importante papel de los sanitarios de Atención Primaria en la identificación y derivación de las personas con una probable dependencia del alcohol para su evaluación diagnóstica y tratamiento apropiado.

El **objetivo de esta guía**, basada en las elaboradas por T.F.Babor, J.C. Higgins-Biddle et al. para el Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias de la OMS<sup>7,8</sup>, es el de 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. Describe cómo los profesionales sanitarios de Atención Primaria pueden utilizar el **Screening AUDIT** y las **Intervenciones Breves (SIB = Screening + Intervención Breve)** 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 de alcohol en la comunidad.

## 1.2 Conceptos y términos

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. Según la nomenclatura de la décima revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*<sup>2</sup>, 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.

Al igual que estos conceptos, es importante distinguir entre las **categorías de riesgo** cuando se presenta un abuso de alcohol que en sentido ascendente serían: consumo de riesgo y consumo perjudicial.

El **consumo de riesgo**, concepto que no está incluido en la CIE-10, es importante para el screening, y 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.

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).

Si bien 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 (*cuadro 1*). Así, 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. Por otro lado, 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. 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 y su objetivo es identificar un problema de alcohol real o potencial y motivar al individuo a que haga algo al respecto. 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, es preferible la denominación "consumo de riesgo" o "dependencia del alcohol", a etiquetar al paciente como bebedor excesivo 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.

*Cuadro 1*

Patrones de consumo	Criterios diagnósticos
<b>Riesgo</b>	>280g/hombres (28 UBE*); >168g/mujeres (17 UBE*)
<b>Perjudicial</b>	>280g/hombres (28 UBE*); >168g/mujeres (17 UBE*) + Presencia de trastornos relacionados con el alcohol (psíquicos, físico y sociales)
<b>Dependencia</b>	CIE-10/MALT>11

\* 1 UBE = 10 g. alcohol



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

### Una unidad de Bebida Estándar (1UBE)=



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



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



Una copa de vino, jerez o cava  
( por ej. 140 ml al 12% O 90 ml al 18%)

### Dos unidades de Bebida Estándar (2UBE)=



Una copa de destilados  
(whisky, ginebra, vodka)  
Un cubata o combinado

La OMS recomienda:  
Mujeres: < 17 UBE/semana  
          ≤ 2 UBE/día  
Varones: < 28 UBE/semana  
          < 4 UBE/día



## 1.3 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<sup>3</sup>. También pueden jugar un papel esencial para lograr que pacientes con dependencia del 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 puerta de acceso al sistema sanitario, teniendo en cuenta que la mayoría de la población consulta un médico o a otro profesional sanitario de su Centro de Salud 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 (*cuadro 2*).

### **Cuadro 2.**

#### **Un ejercicio simple de formación**

*Se puede utilizar un simple ejercicio de rolplay 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 la «Guía para un 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?*





Desafortunadamente, algunos sanitarios de Atención Primaria son reacios a realizar screening y aconsejar a los pacientes en relación con el consumo de alcohol. Entre las razones citadas 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 práctica de la Atención Primaria y la creencia que los «alcohólicos» no responden a las intervenciones. Teniendo en cuenta siempre la presión asistencial y el primer deber del profesional sanitario de atención primaria, esto es, atender las necesidades inmediatas de los pacientes, cada una de estas razones constituye un error que se contradice tanto por la evidencia científica como por la lógica (cuadro 3).

Los sanitarios 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

Cuadro 3. RAZONES EN CONTRA	EVIDENCIA CIENTÍFICA
<p><i>El screening y la intervención breve requieren mucho tiempo</i></p>	<p>El consumo de alcohol está implicado en una amplia variedad de problemas relacionados con la salud del paciente<sup>2,3</sup>. A veces no se le da el peso apropiado y se sobrestima el tiempo requerido.</p> <p>Tiempo de implementación: Puede pasarse un breve autotest de screening en la sala de espera que se realiza en 2-4 minutos. La puntuación e interpretación menos de 1 min. Solo una pequeña proporción (5-20%) de los pacientes requieren intervención breve, lo que no requiere más de 15 min. Si esta fuera necesaria se ayudaría del folleto de autoayuda.</p>
<p><i>Formación inadecuada</i></p>	<p>Existen amplias oportunidades para la formación en el uso de nuevas técnicas de screening e intervención. (Cuadro 2)</p> <p>Es posible formar a una persona en la realización del screening de alcohol, reduciendo así la carga de trabajo.</p>
<p><i>Temor a antagonizar a los pacientes sobre un asunto personal sensible</i></p>	<p>Numerosos estudios de investigación y programas clínicos indican que la resistencia y negación de estos pacientes es mínima y casi todos son cooperativos</p> <p>La mayoría de ellos aprecian que los profesionales sanitarios muestren interés en la relación entre el alcohol y su salud, perciben el screening y la intervención breve como parte de las tareas profesionales cuando se lleva a cabo como describe esta guía.</p>



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

Existe una relación dosis-respuesta entre el consumo de alcohol y diversas enfermedades. Asimismo, el consumo perjudicial es causa de lesiones no intencionadas, aumento del coste sanitario familiar y problemas psiquiátricos.

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*

El abuso del alcohol incluye muchas más cosas que la dependencia del alcohol. La dependencia del 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 de SIB en Atención Primaria es doble.

1. *Identificar y derivar a las personas con dependencia de alcohol en un estadio inicial de su evolución.* Las personas con dependencia del alcohol responden bien al tratamiento formal y al apoyo comunitario que proporcionan las asociaciones de auto-ayuda<sup>9,10</sup>. 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 del alcohol al tipo de atención adecuada.
2. *Identificar y ayudar a los bebedores con consumo de riesgo y perjudicial.* Se ha mostrado en numerosos ensayos clínicos que las intervenciones breves en pacientes con consumo de riesgo y perjudicial 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

11-15



## 1.4 SIB: abordaje del riesgo y manejo de casos

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.

Su implementación se desarrollará en dos etapas:

### Primera etapa: *El screening (S)*

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. Proporciona también 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, como es 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<sup>7,17</sup>. Aunque se ha demostrado la utilidad de otros instrumentos, 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.
- Consistente con las definiciones de la CIE-10 de consumo y dependencia del alcohol.
- Centrado en el consumo reciente de alcohol.
- Validado en muchos países y disponible en muchos idiomas.

El AUDIT (*anexo 3.1*) contiene 10 preguntas. Sobre esta base, han sido validadas en España versiones reducidas del AUDIT, si bien éstas no serían adecuadas para el diagnóstico de dependencia del alcohol<sup>18</sup>. En el *cuadro 4* se describe el contenido que explora cada ítem del cuestionario basal de una forma gráfica.



Cuadro 4		DOMINIOS E ÍTEMES DEL AUDIT	
Dominios	Nº de pregunta	Contenido del ítem	
Consumo de riesgo de alcohol	1	Frecuencia de consumo	
	2	Cantidad típica	
	3	Frecuencia de consumo elevado	
Síntomas de Dependencia	4	Pérdida del control sobre el consumo	
	5	Aumento de la relevancia del consumo	
	6	Consumo matutino	
Consumo perjudicial de alcohol	7	Sentimiento de culpa tras el consumo	
	8	Lagunas de memoria	
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol	
	10	Otros se preocupan por el consumo	

### Segunda etapa: *Intervención breve (IB)*

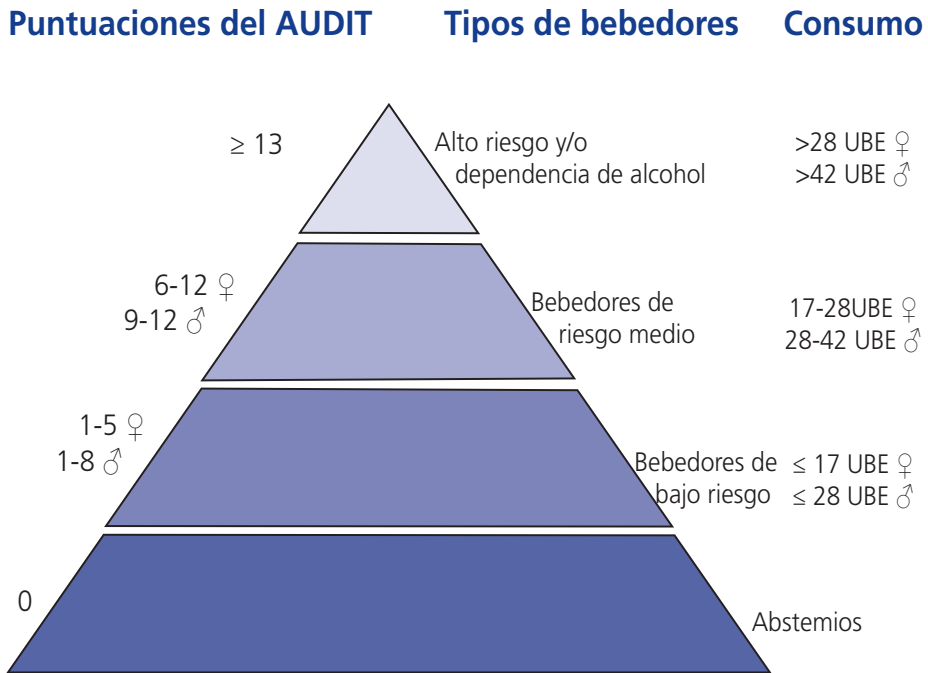
Una vez se ha llevado a cabo el screening, el siguiente paso es proporcionar una intervención apropiada en función de las necesidades de cada paciente. Habitualmente, el screening de alcohol se ha utilizado principalmente para detectar a las personas con dependencia del alcohol, que son derivadas entonces 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 esta guía ofrece una forma simple de proporcionar una intervención breve apropiada a cada paciente, basada en el nivel de riesgo. En el *cuadro 5* 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.

En el Anexo 3.1 se incluye un análisis más exhaustivo del AUDIT en cuanto a su validación y aplicación.



Figura 3. NIVELES DE RIESGO. PIRÁMIDE DEL BEBEDOR



Los **dos primeros niveles** de riesgo de la pirámide del bebedor (figura 3) agrupan a la mayoría de los pacientes en muchos países. Las puntuaciones del AUDIT por debajo de 8 generalmente indican **no consumo ó consumo de bajo riesgo**. Aunque no se requiere intervención alguna, para muchos individuos la educación sobre el alcohol es apropiada por varios motivos:

- ü contribuye a la concienciación general de los riesgos del alcohol en la comunidad
- ü puede servir como una medida preventiva
- ü puede ser eficaz para los pacientes que han minimizado el grado de su consumo en las preguntas del AUDIT y
- ü puede recordar a los pacientes con problemas pasados los peligros de volver a un consumo de riesgo.





El **tercer nivel** consiste en un consumo de alcohol por encima de las pautas establecidas. 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 a dos bebidas estándar en nuestro medio<sup>6</sup>. Una puntuación en el AUDIT entre 9 y 12 en hombres, y entre 6 y 12 en mujeres, generalmente indica un **consumo de riesgo**, pero este nivel de riesgo también puede incluir pacientes que experimentan daño, es decir, con un **consumo perjudicial**. Los pacientes en esta zona pueden manejarse mediante la combinación de consejo simple, terapia breve y monitorización continuada, dependiendo de la impresión clínica (consumo de riesgo o perjudicial) y su motivación para el cambio.

El **cuarto nivel** se refiere a un patrón de consumo de alcohol que ya está causando daño al bebedor, y que a su vez puede estar presentando **síntomas de dependencia**. Generalmente las puntuaciones del AUDIT que a menudo sugieren una dependencia alcohólica son  $\geq 13$ , por lo que se recomienda un abordaje clínico más completo. Estos pacientes deberían ser derivados a un centro especializado para una evaluación diagnóstica y posible tratamiento de la dependencia alcohólica.

Cuadro 5 VALORACIÓN DEL TEST AUDIT E INTERVENCIÓN APROPIADA			
Nivel de Riesgo	Tipo de bebedor	Puntuación del AUDIT	Intervención
I	Bebedor bajo riesgo, Abstemios y otros	0-5 mujeres 0-8 hombres (Negativo)	Educación sobre el alcohol
II	Bebedor de riesgo o perjudicial	6-12 mujeres 9-12 hombres (Positivo)	Consejo simple ± terapia breve y monitorización continua
III	Síndrome de Dependencia Alcohólica (SDA)	$\geq 13$ (Positivo)	Derivación a centros especializados para evaluación y tratamiento



## 2. Intervención breve

### 2.1 Educación sobre el alcohol para bebedores de bajo riesgo, abstemios y otros (AUDIT 0-5 ♀ / 0-8 ♂).

Los pacientes cuyo screening es negativo en el AUDIT, 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 “*Guía para un consumo de alcohol de bajo riesgo*” puede utilizarse para este fin.

El *cuadro 6* proporciona un texto simple para sanitarios de Atención Primaria que ilustra cómo manejar a los pacientes cuyos resultados en el test de screening son negativos.

#### Cuadro 6

##### ¿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 (o siendo abstemio).»

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

###### Ejemplo

«Si consume alcohol, intente no tomar más de dos consumiciones al día y al menos no beber dos días a la semana, incluso si se trata de pequeñas cantidades. A menudo es útil prestar atención al número de ‘unidades de bebida estándar’ que consume: Recuerde que una botella de cerveza, un vaso de vino y media copa o un chupito 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 esta buena costumbre 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 puede utilizarse para proporcionar educación sobre el alcohol a los bebedores de bajo riesgo, poniendo énfasis en la pirámide del bebedor, la ilustración de una unidad de bebida estándar y las recomendaciones de consumo de bajo riesgo.

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

Cuando el tema del consumo de alcohol surge durante una visita a la consulta 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<sup>3</sup>, 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 paciente que bebe en exceso; y
- § Estas personas pueden jugar un papel crítico para ayudar a cambiar la conducta del bebedor.

Los profesionales sanitarios de Atención Primaria pueden hacer al menos tres cosas para ayudar a un familiar o amigo a manejar al bebedor excesivo<sup>19</sup> (cuadro 7)

Cuadro 7

AYUDA A FAMILIARES Y AMIGOS PRESTADA POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	
<b>Escuchar comprensivamente</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Es importante determinar la gravedad del problema con la bebida en cuestión, de acuerdo con los criterios descritos en esta guía, como consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia del alcohol.</li><li>• La información debe ser tratada confidencialmente y no mostrar desagrado ante cualquier pregunta o comentario.</li></ul>



<p><b>Proporcionar información</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La información es una forma de apoyo.</li> <li>• Dependiendo de la gravedad del problema, puede proporcionarse el folleto educativo sobre consumo de bajo riesgo o el de cómo evitar los problemas relacionados con el alcohol así como información sobre los diferentes tipos de tratamiento especializado.</li> </ul>
<p><b>Dar apoyo y solucionar los problemas conjuntamente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La familia y amigos, a menudo, son el elemento de influencia más importante en la decisión del bebedor a tomar una acción positiva.</li> <li>• 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.</li> <li>• Tales intervenciones deberían tener un tono positivo, no acusatorio, sin manifestaciones negativas y lejos de una confrontación tensa.</li> </ul>

## 2.2 Consejo simple para bebedores de riesgo (AUDIT= 6-12 mujeres/ 9-12 hombres)

### ¿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 6-12 en mujeres y 9-12 en hombres. 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 (28 UBE semanales en hombres / 17 UBE semanales en mujeres). 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 consumir más de 60 gramos de alcohol puro por ocasión (pregunta 3), es decir, 6 UBE (40 gramos, 4 UBE si es mujer) una o más veces durante el último año, debería recibir consejo para evitar beber hasta la intoxicación.



## El consejo simple para bebedores de riesgo

Basándose en ensayos clínicos y en la experiencia práctica de los programas de intervención precoz en muchos países<sup>11,20,21</sup>, el consejo simple, utilizando un folleto educativo para los pacientes, es la intervención de elección para los bebedores del segundo nivel de riesgo.

El folleto *“Guía para un consumo de alcohol de bajo riesgo”*, es una adaptación de la guía desarrollada para el Proyecto de Identificación y Manejo de Personas con un Consumo Perjudicial de Alcohol de la OMS<sup>20, 22</sup>.

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 imagen, 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. En el *cuadro 8* se esquematizan algunas normas generales para los profesionales sanitarios al impartir el consejo simple y las imágenes referentes para su implementación.

Cuadro 8

CONSEJO SIMPLE	
NORMAS GENERALES	REPRESENTACIÓN GRÁFICA (Folleto)
Dé feedback	“Pirámide del bebedor”
Proporcione información	Silueta gráfica, señalados los efectos por el consumo
Establezca un objetivo	¿Deseo dejar de beber o reducirlo?
Dé consejo sobre los límites	¿Qué es un límite de bajo riesgo?
Explique qué es una «Unidad de Bebida Estándar»(UBE)	Esquema representativo de UBE.
Proporcione aliento	
OBJETIVO	Concienciar a los pacientes del segundo nivel de riesgo sobre su situación como primer paso hacia el cambio de actitudes





## Normas generales:

- ü **Dé feedback.** 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.
- ü **Proporcione información.** El sanitario 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.
- ü **Establezca un objetivo.** Establecer un objetivo dirigido a cambiar la conducta de consumo es la parte más importante del procedimiento del consejo simple para el paciente. Es mejor que el profesional permita a los pacientes que tomen su propia decisión. En el folleto se dan las pautas para elegir como meta la abstinencia total o el consumo de bajo riesgo.

La abstinencia completa será indicada en:

- § Aquellos pacientes con antecedentes de dependencia del 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.

Para el resto se perseguirá un objetivo de consumo de bajo riesgo.

Los pacientes que dudan o se resisten a establecer una meta 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.

- ü **Dé consejo sobre los límites.** 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. Según los datos epidemiológicos<sup>23</sup>, 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.



- ü **Explique qué es una «Unidad de Bebida Estándar».** Si un paciente opta por reducir el consumo, el profesional sanitario le ha de explicar los límites recomendados del consumo de bajo riesgo e introducir la idea de Unidad de Bebida Estándar señalando la ilustración en el folleto.
- ü **Proporcione aliento.** Recuerde que los bebedores de riesgo no son dependientes del alcohol y pueden cambiar sus conductas de consumo más fácilmente. El sanitario 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 profesional debe inspirar esperanza recordando a los pacientes que las recaídas ocasionales deben verse como oportunidades para aprender mejores maneras de alcanzar el objetivo. Algunas palabras de aliento pueden ser: *«Puede que no sea fácil reducir su consumo a estos límites. Si supera los límites en una ocasión, haga un esfuerzo para aprender porqué 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.»*

El cuadro 9 proporciona ejemplos, paso a paso, de cómo introducir la materia y qué decir sobre cada imagen en la «Guía para un consumo de alcohol de bajo riesgo».

#### **Cuadro 9**

**Ejemplo de una SESIÓN DE CONSEJO SIMPLE mediante la Guía para el consumo de bajo riesgo.**

##### **DE FEEDBACK: Prepare al paciente para la intervención**

*«He revisado los resultados del cuestionario que completó hace unos minutos. Si recuerda, hay 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 dedicar unos minutos para hablar con usted de ello.»*

**PROPORCIONE INFORMACIÓN: Introduzca la Guía para un consumo de alcohol de bajo riesgo y señale la imagen con 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, llamado “Guía para un consumo de alcohol de bajo riesgo”. Vamos a echarle un vistazo y luego se lo daré para que se lo lleve a casa. Esta ilustración titulada la pirámide del bebedor, describe cuatro tipos de bebedores. Una parte importante de la población de Castilla y León se abstiene completamente del alcohol, y la mayoría de la gente que bebe, lo hace con sensatez. Esta tercera área (Bebedores de 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 y el consumo de alcohol que me ha comentado indican que ha entrado dentro de la categoría de Bebedor de Riesgo. Su nivel de consumo presenta riesgos para su salud y posiblemente para otros aspectos de su vida»*



**Muestre la Imagen de los efectos del consumo de alto riesgo y proporcione información sobre los mismos**

«Este dibujo 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, absténgase por completo del alcohol.»

**ESTABLEZCA UN OBJETIVO: Señale la imagen correspondiente y hable de la necesidad de abandonar o reducir el consumo**

«Es importante que usted reduzca su consumo o lo evite 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 del 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 quizás sea suficiente con disminuirlo.»

**DÉ CONSEJO SOBRE LOS LÍMITES: Utilice la imagen que describe 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 del 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, como las que figuran aquí.»

**EXPLIQUE QUÉ ES UNA UNIDAD DE BEBIDA ESTANDAR: Señale la imagen explicativa sobre ello**

«Finalmente, es esencial, y muy sencillo, saber cuánto alcohol contienen las distintas bebidas que consume. Así, podrá calcular sus consumiciones al día y sabrá permanecer dentro de los límites de bajo riesgo. ¿Sabía usted que un vaso de vino, un botellín de cerveza y media copa de destilados o un chupito, contienen todos aproximadamente las mismas cantidades de alcohol? Si considera que cada una de ellos equivale a una unidad bebida estándar, entonces todo lo que necesita es calcular el número de consumiciones que toma al día.»

**DE ALIENTO: 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 la consulta para que podamos hablar de ello de nuevo.»

## Abordaje clínico

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

- ü **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 debe 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.

- ü **Muéstrese con autoridad sobre el tema.** Los sanitarios 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.
- ü **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.
- ü **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.
- ü **Haga 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 costosa 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.



## 2.3 Terapia breve para bebedores de riesgo con consumo perjudicial (AUDIT 6-12 ♀ o 9-12 ♂ + problemas relacionados).

### ¿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 6-12 ♀ o 9-12 ♂ y en la mayoría de los casos 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.

La clave está en las respuestas a las preguntas 9-10 del AUDIT, las cuales indican signos de daños. 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.

Aunque 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. Para realizar esta intervención, los profesionales sanitarios se beneficiarían de una formación en escucha empática y en la entrevista motivacional.

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



Cuadro 10		TERAPIA BREVE
HERRAMIENTAS	GUÍA PARA PREVENIR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL	
Dar consejo breve	Pirámide del bebedor y Silueta humana gráfica sobre los efectos para la salud	
Evaluar y ajustar el consejo al estadio de cambio	Análisis profundo diagnóstico y motivacional	
Proporcione desarrollo de habilidades	Folleto de auto-ayuda. Estrategias serias de cambio de conductas	
Seguimiento	Mantenimiento de las metas reales	
OBJETIVO	Proporcionar las herramientas adecuadas para el cambio de actitudes y manejo de problemas relacionados	

### Administración de la terapia breve

Existen cuatro elementos esenciales en la terapia breve:

#### 1. Dar consejo breve

Una buena manera de empezar la terapia breve es seguir los mismos procedimientos descritos para el consejo simple, utilizando la «*Guía para prevenir los problemas relacionados con el alcohol: Plan para cambio de hábitos*» 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 riesgo, como se muestra en la pirámide del bebedor. 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 que representa los potenciales efectos del consumo de riesgo.

#### 2. Evaluar y ajustar 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 (pre-contemplación) a una iniciación real de un plan de consumo moderado (estadio de acción).





Es útil comenzar la terapia de una manera que se adecue al nivel actual de motivación del paciente. 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. Los estadios de cambio de conducta 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 11* están emparejados cada uno de ellos con un elemento específico de intervención breve <sup>20</sup>.

Cuadro 11		LOS ESTADIOS DE CAMBIO Y LOS ELEMENTOS ESPECÍFICOS DE INTERVENCIÓN BREVE
Estadio	Definición y objetivo del profesional	Elementos de la intervención breve
Pre-contemplación	El bebedor con consumo de riesgo o perjudicial no piensa en cambiar en un futuro próximo y puede no darse cuenta de las consecuencias actuales o potenciales de un consumo continuado a este nivel. Objetivo: Promover la toma de conciencia	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. Objetivo: Explorar las preocupaciones; Promover la discrepancia interna	Resaltar los beneficios de un cambio y discutir cómo elegir una meta
Preparación	El bebedor ya ha decidido cambiar y planea entrar en acción Objetivo: Ofrecer información y consejo neutro	Hable sobre cómo 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. Objetivo: Fortalecer el compromiso y la autoeficacia hacia el cambio	Revise los consejos y dé apoyo
Mantenimiento	El bebedor ha conseguido un consumo moderado o la abstinencia de forma relativamente permanente. Objetivo: Apoyo; Prevención de recaídas	Dé apoyo



## ¿Cómo se valora la disposición al cambio?

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<sup>29</sup>. 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). La interpretación queda descrita en el siguiente cuadro:

VALORACIÓN	FASE
1 -3	Pre-contemplación
4-6	Contemplación
7-10	Preparación para el cambio

### 3. Proporcionar 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 folleto 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.<sup>15,17</sup>

El folleto se titula "Guía para un consumo de alcohol de bajo riesgo: Plan para cambio de hábitos" y está basado en la guía «Como prevenir los problemas relacionados con el alcohol» 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<sup>20,22</sup>.

Proporciona consejo práctico de cómo alcanzar los límites de consumo relacionados con el alcohol recomendados en la «Guía para un 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 mayoría de los pacientes pueden seguir el folleto de auto-ayuda con una mínima explicación, pero a algunos pacientes les beneficiaría que el profesional sanitario lo repasara con ellos (*cuadro 12*). 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.



## Cuadro 12

### Trabajar con pacientes inmigrantes o con dificultades de lectura

Estos pacientes requerirán una ayuda especial en la terapia breve. Se recomienda que el profesional sanitario 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.

#### 4. Seguimiento

Las estrategias de mantenimiento deberían integrarse dentro del plan de terapia desde el principio. Un profesional sanitario 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 la mayoría de 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.

### 2.4 Derivación de los bebedores de la Zona IV con probable dependencia de alcohol (AUDIT $\geq$ 13).

#### Preparación hacia la derivación

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. 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, conocer estos programas para establecer contactos personales que pueden utilizarse para facilitar una derivación.



Es recomendable disponer de la siguiente información (ver anexo 3.2):

- Centros acreditados de tratamiento del alcoholismo en la Comunidad Autónoma, con nombres, números de teléfono y direcciones.
- 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.
- Residencia y pisos de rehabilitación también deben ser identificados para aquellos pacientes que necesiten un sitio para vivir.
- Grupos locales de auto-ayuda como Alcohólicos Anónimos, así como los nombres de los terapeutas especializados en alcohol de la zona.
- 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 13 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 13 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
- § 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*.(cuadro 13)

Cuadro 13

AYUDA AL PROFESIONAL PARA LA DERIVACIÓN DEL PACIENTE: CONSEJO SIMPLE MODIFICADO	
<b>Feedback</b>	<p>Enfatizar en su situación actual: consumo que excede bastante de los límites de seguridad, los problemas específicos relacionados con la bebida que ya están presentes, y existen signos de un posible síndrome de dependencia de alcohol.</p> <p>Destacar que es peligroso para la propia salud del paciente y potencialmente dañino para los seres queridos y para los demás.</p> <p>Una discusión sincera sobre sus intentos anteriores fallidos para dejarlo puede ayudar al paciente a comprender que puede necesitar ayuda para cambiar.</p>
<b>Consejo</b>	<p>Proporcionar un mensaje claro de que ésta es una situación médica grave.</p> <p>Debería sugerirse la posible conexión entre el consumo y las condiciones médicas presentes, así como, el riesgo de futuros problemas sanitarios y sociales.</p>
<b>Responsabilidad</b>	<p>Motivar al paciente a abordar su situación yendo al especialista para un diagnóstico ulterior y posible tratamiento. En ese caso, se le debe proporcionar información y aliento.</p> <p>Si se resiste, puede necesitar otra cita para permitir que reflexione sobre su decisión.</p>



**Cuadro 13  
(Cont.)**

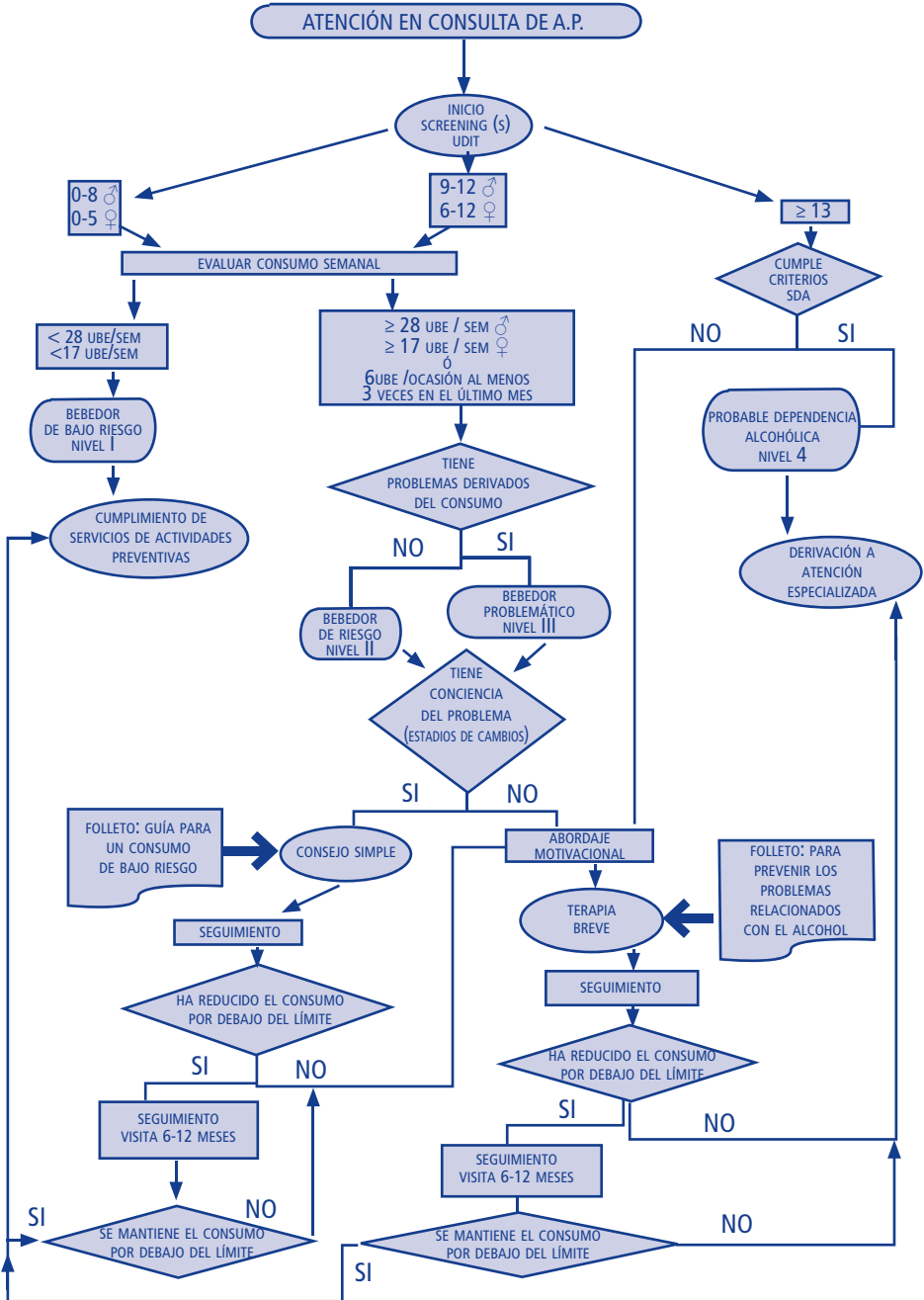
<b>Información</b>	<p>Explicar en que consiste la consulta con un especialista.</p> <p>Los pacientes son probablemente más receptivos a tomar una decisión y aceptar tratamiento, después de conocer qué profesionales sanitarios y qué tratamiento van a recibir.</p>
<b>Aliento</b>	<p>Los pacientes en esta situación probablemente se benefician de las palabras de aliento y confianza.</p> <p>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.</p>
<b>Ayuda</b>	<p>El seguimiento en el tratamiento del alcoholismo, es particularmente importante porque el síndrome de dependencia de alcohol es habitualmente crónico y recidivante y 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.</p> <p>El seguimiento periódico y el apoyo pueden ayudar al paciente a que evite una recaída o a controlar su curso si ello ocurre.</p>





# PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN



# AUDIT

## Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol *Pautas para su utilización en Atención Primaria*

### DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL AUDIT

El AUDIT fue desarrollado y evaluado a lo largo de un período de dos décadas, habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad y las diferentes culturas<sup>13, 22,23</sup>. El cuadro 3.1.1 describe los dominios conceptuales y el contenido de los ítems del AUDIT, el cual comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol.

Cuadro 3.1.1		DOMINIOS E ÍTEMS DEL AUDIT	
Dominios	Nº de pregunta	Contenido del ítem	
Consumo de riesgo de alcohol	1	Frecuencia de consumo	
	2	Cantidad típica	
	3	Frecuencia de consumo elevado	
Síntomas de Dependencia	4	Pérdida del control sobre el consumo	
	5	Aumento de la relevancia del consumo	
	6	Consumo matutino	
Consumo perjudicial de alcohol	7	Sentimiento de culpa tras el consumo	
	8	Lagunas de memoria	
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol	
	10	Otros se preocupan por el consumo	

Al tratarse del primer test de screening diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la atención primaria, el AUDIT presenta las siguientes ventajas:



- § Una estandarización internacional: El AUDIT ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países Es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional;
- § Identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia;
- § Breve, rápido, y flexible;
- § Diseñado para el personal de atención primaria;
- § Es consistente con las definiciones de la CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol;
- § Se centra en el consumo reciente de alcohol.

La sensibilidad y especificidad de cada uno de los items seleccionados para el cuestionario, fueron calculadas para múltiples criterios (p.ej. consumo diario medio de alcohol, intoxicación recurrente, presencia de al menos un síntoma de dependencia, diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol y auto-percepción del problema con la bebida). Se consideraron varios puntos de corte de la puntuación total para identificar la sensibilidad (porcentaje de casos positivos que el test identifica correctamente) y especificidad (porcentaje de casos negativos que el test identifica correctamente) óptimas con el objeto de detectar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Así mismo, la validez también fue calculada frente al diagnóstico de consumo perjudicial y de dependencia. En las muestras de desarrollo del test un valor de corte de 8 puntos condujo a una sensibilidad en el AUDIT para diversos índices de consumo problemático que se situaba generalmente por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0,80.

Desde que el manual del usuario del AUDIT fue publicado por primera vez en 1989<sup>30</sup>, el test ha cumplido muchas de las expectativas que inspiraron su desarrollo. Su fiabilidad y validez han sido establecidas en estudios de investigación llevados a cabo en diversos ámbitos y en muchos países diferentes. Ha sido traducido a muchos idiomas, y ha sido utilizado en trabajos de investigación en atención primaria y en estudios epidemiológicos para la estimación de la prevalencia en población general, así como en grupos institucionales específicos (p.ej., pacientes en régimen hospitalario, pacientes de atención primaria).

## **NORMAS DE ADMINISTRACIÓN**

El AUDIT puede ser utilizado de diversas formas para evaluar el consumo de alcohol del paciente, pero los programas para llevarlo a cabo deberían primero establecer las pautas que tengan en cuenta sus circunstancias y capacidades. Además, es importante explicar a los pacientes porqué se les está haciendo preguntas sobre el consumo de alcohol y darles la información necesaria para que respondan de forma apropiada. Debe decidirse la manera de administrar el AUDIT, verbalmente o en formato de autoadministrado. Finalmente, debe valorarse la posibilidad de saltarse algunas preguntas para reducir el screening por una mayor eficacia. Esta sección recomienda unas pautas sobre estas cuestiones relacionadas con la administración.



## Con respecto al paciente

El screening del consumo de alcohol debería ser realizado con todos los pacientes, preferiblemente de forma anual. El AUDIT puede ser administrado por separado o combinándolo con otras preguntas como parte de una entrevista de salud general, un cuestionario sobre el estilo de vida, o una historia clínica. Si el personal sanitario realiza el screening sólo a los que consideran con mayor probabilidad de tener un «problema con la bebida», se perderá a la mayoría de pacientes que beben excesivamente. Sin embargo, es importante considerar la situación de los pacientes cuando se les plantean preguntas sobre el consumo de alcohol. Para aumentar la receptividad del paciente a las preguntas y la precisión de las respuestas, es importante que:

- § El entrevistador (o la persona que realice la evaluación) sea amable y nada amenazador;
- § El paciente no esté intoxicado o necesite tratamiento de urgencias en el momento de la entrevista;
- § El objetivo del screening sea claramente enunciado en términos de su importancia para la salud del paciente;
- § Se dé la información que los pacientes necesiten para comprender las preguntas y para que se den las respuestas apropiadas y
- § Se dé la seguridad de que las respuestas de los pacientes serán confidenciales.

## INTRODUCCIÓN DEL AUDIT

Tanto si el AUDIT se utiliza como una entrevista oral o como un cuestionario a cumplimentar, se recomienda dar una explicación a los pacientes sobre el contenido de las preguntas, el motivo por el que se realizan éstas y la necesidad de responderlas adecuadamente. A continuación se muestra una introducción ilustrativa para el cuestionario oral y el escrito:

- ü *«Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año. Debido a que el consumo de alcohol puede afectar a muchos aspectos de su salud (y puede interferir con ciertos medicamentos), es importante que sepamos cuánto bebe habitualmente y si ha experimentado algún problema con su consumo. Por favor, trate de ser tan honesto y preciso como pueda.»*
- ü *«Como parte de nuestra atención sanitaria es importante examinar aspectos del estilo de vida que puedan tener un efecto sobre la salud de nuestros pacientes. Esta información nos ayudará a darles mejor tratamiento y de mayor calidad. Por lo tanto, le pedimos que complete este cuestionario sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año. Por favor, responda tan concreta y honestamente como le sea posible. Su profesional sanitario discutirá este punto con usted. Toda la información será tratada en la más estricta confidencialidad.»*  
Esta exposición debería ir seguida de una descripción de los tipos de bebidas alcohólicas típicamente consumidas en el país o región



en la que vive el paciente (p.ej. «*Por bebidas alcohólicas nos referimos a su consumo de vino, cerveza, vodka, jerez, etc.*»). Si es necesario, incluya una descripción de bebidas que podrían no considerarse alcohólicas (p.ej. sidra, cerveza sin alcohol o baja en alcohol, etc.). Con los pacientes para los que el consumo de alcohol esté prohibido por ley, cultura o religión (p. ej. adolescentes, musulmanes practicantes) el reconocimiento de tal prohibición y el estímulo de la sinceridad pueden ser necesarios. Por ejemplo, «*entiendo que los demás puedan pensar que usted no debería beber nada de alcohol, pero es importante para evaluar su salud conocer que es lo que hace en realidad.*»

### **Administración oral vs. Cuestionario de autocumplimentado**

El AUDIT puede ser administrado bien mediante una entrevista oral o como un cuestionario de autocumplimentado. Cada método conlleva sus propias ventajas e inconvenientes que deben ser sopesadas en función de las limitaciones de tiempo y coste. Las ventajas de ambos métodos de administración del AUDIT aparecen resumidas en el *cuadro 3.1.2*. Las capacidades cognitivas (capacidad de leer y escribir, memoria) y el nivel de cooperación (actitud defensiva) del paciente también deben considerarse. Una entrevista puede tener ventajas, si se tiene la certeza de que los servicios de atención primaria van a proporcionar todo el cuidado que los pacientes necesitan por sus problemas por el alcohol. Sin embargo, el método autocumplimentado es preferible en los casos en que la responsabilidad de los servicios se limita a ofrecer un consejo breve a los pacientes que den positivo en el screening, derivando los casos más graves a otros servicios. La decisión del formato elegido debe tomarse de acuerdo con los planes de implementación para establecer un completo programa de screening.

Si el AUDIT se administra como entrevista, es importante leer las preguntas tal como están escritas y en el orden indicado. Si se sigue el orden exacto del texto se obtendrá una mejor comparabilidad de los resultados obtenidos entre distintos entrevistadores. Muchas de las preguntas del AUDIT se expresan en términos de «cuántas veces» ocurren los síntomas. Muestre al paciente los tipos de respuesta para cada pregunta (por ejemplo, «*Nunca*», «*Varias veces al mes*», «*Diariamente*»).

Cuando se ha elegido una opción de respuesta es conveniente cerciorarse, en las preguntas iniciales, de que el paciente ha seleccionado la respuesta más adecuada (por ejemplo, «*Usted dice que bebe varias veces a la semana. Esto es sólo los fines de semana o bebe más o menos cada día?*»).



<b>Cuadro 3.1.2</b>	
<b>Ventajas de los diferentes métodos de administración del AUDIT</b>	
<b>Cuestionario autocumplimentado</b>	<b>Entrevista</b>
Requiere menos tiempo	Permite la clarificación de respuestas ambiguas
Fácil de administrar  Apropiado para la administración en la lectura y corrección informatizada	Puede ser administrada a pacientes con dificultades
Puede proporcionar respuestas más precisas	Permite feedback directo al paciente y el inicio del consejo breve

Si las respuestas son ambiguas o evasivas, intente aclararlo repitiendo la pregunta y las opciones de respuesta, pidiendo al paciente que elija la mejor de ellas. A veces las respuestas son difíciles de registrar ya que el paciente puede que no beba de forma habitual. Por ejemplo, si el paciente estuvo bebiendo excesivamente durante el mes previo a un accidente, pero no antes de ese momento, entonces será difícil caracterizar un día «típico» de consumo tal como se plantea en la pregunta. En estos casos lo mejor es registrar la cantidad de consumo y los síntomas relacionados durante el período de mayor consumo en el último año, anotando que esto puede ser atípico o transitorio para ese individuo.

Registre las respuestas cuidadosamente, tomando nota de cualquier circunstancia especial, información adicional y observaciones clínicas. A menudo los pacientes le proporcionarán al entrevistador comentarios sobre su consumo que pueden ser relevantes en la interpretación de la puntuación total del AUDIT.

Administrar el AUDIT mediante un cuestionario escrito o a través del ordenador elimina muchas incertidumbres en las respuestas del paciente permitiendo sólo las opciones concretas. Sin embargo, de esta manera se pierde la información que se obtiene mediante el formato de la entrevista. Además, presupone que el paciente tiene capacidad para leer y escribir, así como, para realizar lo que se le pide. También puede requerir menos tiempo por parte de los profesionales sanitarios si los pacientes son capaces de completar el proceso por sí solos. Se deben tener en cuenta formas de acortar el proceso de screening, considerando el escaso tiempo que tienen tanto los profesionales sanitarios como los pacientes.





**Cuadro 3.1.3**

**Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de entrevista.**

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10)</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7, 8, o 9</p> <p>(4) 10 o más</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?.</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p>Pese a las preguntas 9 y 10 si la total de las preguntas 2 y 3 = 0</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, el último año</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí pero no en el curso del último año</p> <p>(3) Sí, en el último año</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>

Registre la puntuación total aquí

*Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte La sección de intervenciones breves.*



## Acortamiento del proceso de screening

Bien administrado mediante entrevista o cuestionario, el AUDIT puede completarse en unos 2 a 4 minutos y ser puntuado en unos pocos segundos. Sin embargo, para muchos pacientes es innecesario aplicar el AUDIT por completo porque beben infrecuentemente, moderadamente o se abstienen por completo de beber alcohol. La versión de entrevista del AUDIT (Cuadro 3.1.3) proporciona dos formas de omitir preguntas para estos pacientes. Si la respuesta del paciente en la pregunta 1 es que no ha bebido durante el último año, el entrevistador puede saltar a las preguntas 9- 10, cuyas respuestas pueden indicar problemas anteriores con el alcohol. Se aconseja que esta recomendación de omitir preguntas sólo se utilice con la entrevista o con los formatos mediante ordenador del AUDIT.

Una segunda forma de acortar el AUDIT aparece tras responder a la pregunta 3. Si el paciente puntuó 0 en las preguntas 2 y 3, el entrevistador puede pasar a las preguntas 9 y 10 porque el consumo del paciente no ha excedido los límites de consumo de bajo riesgo.

## PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN

El AUDIT es fácil de puntuar. Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. En el formato de entrevista (*cuadro 3.1.3*) el entrevistador anota la puntuación correspondiente a la respuesta del paciente (el número dentro de los paréntesis) dentro del cuadro que se encuentra al lado de cada pregunta. En el cuestionario en formato autoadministrado (*cuadro 3.1.4*) será el evaluador quien traslade el número de la respuesta marcada por el paciente a la columna de la derecha. Todas las puntuaciones de las respuestas deben entonces ser sumadas y anotarse en el cuadro denominado «Total».

Se recomiendan unas puntuaciones totales iguales o mayores a 6 en mujeres y 9 en varones como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol (una puntuación de corte 9 proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad). Desde un punto de vista técnico, las puntuaciones más altas simplemente indican una mayor probabilidad de consumo de riesgo y perjudicial. Sin embargo, tales puntuaciones también pueden reflejar mayor gravedad de los problemas y de la dependencia de alcohol, así como de una mayor necesidad de un tratamiento más intensivo.

Una interpretación más detallada de la puntuación total del paciente puede obtenerse analizando las preguntas en las que puntuaron. En general, una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o la pregunta 3 indica un consumo en un nivel de riesgo. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4-6 (especialmente con síntomas diarios o semanales), implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. Los puntos obtenidos en



las preguntas 7-10 indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol. Tanto la puntuación total, el nivel de consumo, los signos de dependencia, así como el daño presente deberían tenerse en cuenta en el abordaje de un paciente. Las dos preguntas finales también deberían revisarse para determinar si los pacientes muestran evidencia de un problema pasado (esto es, «sí, pero no en el último año»). Incluso ante la ausencia de consumo de riesgo actual, las respuestas positivas en estos ítems deberían utilizarse para discutir la necesidad de vigilancia por parte del paciente.

En la mayoría de casos, la puntuación total del AUDIT refleja el nivel de riesgo relacionado con el alcohol del paciente. En muestras de pacientes en general y en estudios comunitarios, la mayoría presentarán una puntuación por debajo del valor de corte y puede considerarse que presentan un bajo riesgo de problemas relacionados con el alcohol. Una parte más pequeña pero significativa de la población es probable que puntúe por encima de los valores de corte pero presentarán la mayoría de los puntos en las tres primeras preguntas.

Es de esperar que un grupo aun más pequeño obtenga una puntuación mucho más alta, con puntuaciones altas en las preguntas relacionadas con la dependencia, además presentarán problemas relacionados con el alcohol. Hasta la fecha no hay suficientes estudios de investigación para poder establecer de forma precisa un punto de corte que distinga entre bebedores con consumo de riesgo y consumo perjudicial (que se beneficiarían de una intervención breve) de los bebedores dependientes de alcohol (que deben ser remitidos para una evaluación diagnóstica y tratamiento más intensivo). Esta es una cuestión importante porque los programas de screening, diseñados para identificar los casos de dependencia de alcohol, tienen una alta probabilidad de detectar bebedores con consumo de riesgo y consumo perjudicial si se recurre al punto de corte de 6 o 9. Estos pacientes necesitan ser manejados con intervenciones menos intensivas. En general, cuanto más alta sea la puntuación total en el AUDIT, mayor será la sensibilidad para detectar personas con dependencia de alcohol.

Mientras que la utilización de una versión del AUDIT de 10 preguntas, será suficiente para la inmensa mayoría de los pacientes, se puede requerir un procedimiento clínico de screening en circunstancias especiales. Por ejemplo, un paciente puede presentar resistencia, no ser cooperativo o incapaz de responder a las preguntas del AUDIT. Un examen físico y las pruebas de laboratorio se pueden utilizar en el caso de que sea necesario confirmar una posible dependencia.

### **Formato sugerido para el AUDIT autocumplimentado**

En algunos ámbitos puede ser ventajoso administrar el AUDIT como un cuestionario a cumplimentar por el paciente, en lugar de como una entrevista oral. Esta elección a menudo ahorra tiempo, dinero y puede dar lugar a respuestas más precisas por parte del paciente. Estas ventajas pueden ser las



mismas en la administración informatizada. El formato de cuestionario del AUDIT presentado en el *cuadro 3.1.3* puede resultar útil para tales fines.

La opción de omitir preguntas que se da en la entrevista oral probablemente es demasiado complicada para los pacientes cuando la administración se realiza en el formato de cuestionario auto pase mediante papel.

**Instrucciones para la puntuación:** cada respuesta se puntúa utilizando los números situados en la parte superior de cada columna de respuestas. Escriba la cifra adecuada asociada con cada respuesta en la columna de la derecha. A continuación sume todos los números en esa columna para obtener la puntuación total.

El espacio al pie del formulario puede designarse «Sólo para uso de los profesionales» para que puedan anotarse las instrucciones o para documentar las acciones llevadas a cabo por el personal sanitario que administra el AUDIT o que lleva a cabo la intervención breve. Sin embargo, dicho material deberá estar suficientemente codificado para no comprometer la honestidad de los pacientes a la hora de responder las preguntas del AUDIT.

*(Ver cuadro 3.1.4 en la página siguiente)*



**Cuadro 3.1.4****Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: Versión de autoadministrada.**

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor.

Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 o más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no puedo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A Diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A Diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
Total					



## Recursos acreditados para la asistencia del alcoholismo en Castilla y León

### 1. SERVICIOS DE INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y MOTIVACIÓN

	CENTRO	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO	FAX	E-MAIL
<b>Ávila</b>	GRUPOS DE ENFERMOS ALCOHÓLICOS RECUPERADOS DE CEBREROS (G.E.A.R.C.E.)	Juan Carlos I, nº 11	05002-CEBREROS (ÁVILA)	91 863 1087		
	GRUPO DE ENFERMOS ALCOHÓLICOS RECUPERADOS ABULENSES (G.E.A.R.A.)	Apartado de Correos 221 C/ Jesús del Gran Poder, 40-1º	05003-ÁVILA	920 21 26 81		
	ASOCIACIÓN PROVINCIAL CLUBES DE ALCOHÓLICOS EN TRATAMIENTO	C/ del Río, 1	05229-BARROMÁN (ÁVILA)	920 32 31 33		
<b>Burgos</b>	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE BURGOS (ARBU)	C/ Fray Justo Pérez de Urbel, 7 bajo	09006-BURGOS	947 24 19 24	947 21 07 65	Arbu00@terra.es



	CENTRO	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO	FAX	E-MAIL
<b>Burgos</b>	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE MIRANDA DE EBRO (AREMI)	C/ Los Almacenes, 16 bajo, izq., Apartado. 92	09200-MIRANDA DE EBRO (BURGOS)	947 33 18 58		aremi@ usuarios. retcales
<b>León</b>	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE LEÓN (ARLE)	Apartado de correos 377	24080-LEÓN	987 24 83 63 987 26 22 07	987 07 12 50	información@ arleon.org
	B.E.D.A. BERGIDUM EX-DEPENDIENTES ASOCIADOS	Av. Libertad, 31, bajo	24400-PONFERRADA (LEÓN)	987 42 35 78	987 42 75 92	
	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS "SILOUROS"	C/ Lago, s/n	24560-TORAL DE LOS VADOS (LEÓN)	987 54 53 52		
<b>Palencia</b>	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE PALENCIA (ARPA)	C/ Julián Díez, 21 - Bajo	34001-PALENCIA	979 72 89 58		asociacion@ arpalen.com



	CENTRO	DIRECCIÓN	CIUDAD	TÉLEFONO	FAX	E-MAIL
<b>Palencia</b>	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE GUARDO (ARGU)	Av. Palencia, s/n Apartado de Correos 90	34880-GUARDO (PALENCIA)	979 85 11 45 979 85 20 54		
	ASOCIACION DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE AGUILAR DE CAMPOO (ARAGUI)	Av. Cervera, 24	34800-AGUILAR DE CAMPOO (PALENCIA)	979 12 58 97 653 11 42 94		
<b>Salamanca</b>	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE SALAMANCA (ARSA)	Pº de San Vicente, 101	37007-SALAMANCA	923 26 48 53		
	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE BEJAR (ARBE)	C/ Colón 36 Apartado de correos 154	37700-BEJAR (SALAMANCA)	667 00 27 56	923 40 06 87	
<b>Segovia</b>	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE SEGOVIA (ARSEG)	C/ Jardín Botánico, 2 bajo izda.	40005-SEGOVIA	921 43 32 69		
<b>Soria</b>	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE SORIA (ARESO)	C/ Juan Antonio Simón, 16 2º C	42003-SORIA	677 40 28 89 975 37 64 24		

	CENTRO	DIRECCIÓN	CIUDAD	TÉLEFONO	FAX	E-MAIL
<b>Valladolid</b>	FEDERACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE CASTILLA Y LEÓN (FARGAL)	C/ Vicente Moliner, 3 2ª Oficina 1	47001-VALLADOLID	983 30 11 23 629 86 88 80	983 29 88 72	
	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE VALLADOLID (ARVA)	C/ Mariano Miguel López, 12	47013-VALLADOLID	983 47 48 83 699 47 18 02	983 22 28 18	
	ASOCIACIÓN VALLISOLETANA DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS (AVAR)	C/ Higinio Mangas, 1 - bajo	47005-VALLADOLID	983 30 34 93	983 20 81 85	avarasociacion@telefonica.net
	ASOCIACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL ALCOHOLISMO (A.T.R.A.)	Av. Valle Esgueva, 6	47011-VALLADOLID	983 31 02 85	983 31 03 00	dilarcuevas@hotmail.com
<b>Zamora</b>	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE ZAMORA (ARZA)	Av. Requejo, 24, portal 8, 1º iz.	49003-ZAMORA	980 51 52 72		arza@wanadoo.es



## 2. CENTROS ESPECÍFICOS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO (C.A.D.S.)

CENTRO	DEPENDENCIA INSTITUCIONAL	DIRECCIÓN	CIUDAD	TÉLFONO	FAX	E-MAIL
CENTRO ESPECIFICO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES DE ÁVILA	CÁRITAS DIOCESANA	C/ San Juan de la Cruz, 8 2ª pl Oficinas de Cáritas	05001-ÁVILA	920 25 63 60	920 25 35 76	samuel11@canal21.com
CENTRO ESPECIFICO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES DE BURGOS	CRUZ ROJA	C/ Cruz Roja, s/n	09006-BURGOS	947 21 26 64 (Ext. 2373)	947 23 46 18	cadomar@cruzroja.es
CENTRO ESPECIFICO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES DE LEÓN	CRUZ ROJA	C/ Alcalde Miguel Castaño, 108	24005-LEÓN	987 21 32 79 (Ext. 2378)	987 21 69 69	leon@cruzroja.es
CENTRO ESPECIFICO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES DE "EL BIERZO"	CONSEJO COMARCAL DEL BIERZO	Pasaje F Fernández de Luña, 2-3º	24400-PONFERRADA (LEÓN)	987 41 13 00	987 41 13 00	cctbierzo@encomix.es
CENTRO ESPECIFICO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES "SAN MIGUEL" DE PALENCIA	ORDEN HOSPITALARIA HERMANOS S. JUAN DE DIOS	C/ Mayor Antigua, 55 bajo	34005-PALENCIA	979 75 06 51 979 75 01 77 (Ext. 2372)	979 75 01 77	Palencia.cad@hsjides
CENTRO ESPECIFICO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES DE SALAMANCA	CRUZ ROJA	Cruz Roja, 1	37007-SALAMANCA	923 22 10 32	923 22 84 82	Toxicomanias@cruzroja.es
CENTRO ESPECIFICO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES DE SEGOVIA	CRUZ ROJA	C/ Altos de la Piedad, s/n	40001-SEGOVIA	921 44 02 02	921 44 14 03	bearsa@cruzroja.es
CENTRO ESPECIFICO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES DE SORIA	CRUZ ROJA	C/ San Benito, 19	42001-SORIA	975 21 45 61	975 214561	cad_soria@terra.es

CENTRO	DEPENDENCIA INSTITUCIONAL	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO	FAX	E-MAIL
CENTRO ESPECIFICO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES 1 DE VALLADOLID	CRUZ ROJA	C/ Antonio Lorenzo Hurtado, 5	47014-VALLADOLID	983 35 33 18 983 13 28 63 983 13 28 22	983 35 72 64	anmafi@cruzroja.es
CENTRO ESPECIFICO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES 2 DE VALLADOLID	A.C.L.A.D., ASOCIACIÓN DE AYUDA AL DROGODEPENDIENTE	C/ Puente la Reina, 10 Bajo	47011-VALLADOLID	983 30 64 66 983 33 88 06	983 306599	aclad@aclad.net
CENTRO ESPECIFICO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES DE ZAMORA	CÁRITAS DIOCESANA	C/ Sancho IV, 23 bajo	49002-ZAMORA	980 53 11 75	980 53 11 75	cdzamora@caritaszamora.org
SERVICIO DE ATENCIÓN AL ALCOHÓLICO	ASOC. ALCOHÓL. REHAB. DE BURGOS (ARBU)	C/ Fray Justo Pérez de Ubel, 7 bajo	09006-BURGOS	947 24 19 24	947 21 07 65	arbu00@terra.es
SERVICIO DE ATENCIÓN AL ALCOHÓLICO	B.E.D.A. BERGIDUM EX-DEPENDIENTES ASOCIADOS	Av. La Libertad, 31, bajo	24400-PONFERRADA (LEÓN)	987 42 35 78	987 42 75 92	
UNIDAD DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL ALCOHOLISMO (U.T.A.)	CONSORCIO DIPUTACIÓN- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN	Pº San Vicente, 81 (Junto Biblioteca)	37007-SALAMANCA	923 21 62 06 Ext. 758	923 26 29 22	
UNIDAD DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL ALCOHOLISMO (U.T.A.)	SACYL	Centro de Salud "Puerta Nueva" C/ Puerta Nueva, 6	49002-ZAMORA	980 50 82 52 Ext. 160	980 50 82 28	
CENTRO ESPECÍFICO DE T.TO. Y REHABILITACIÓN DE ADICCIONES SOCIALES (CETRAS) - Alcoholismo-	ASOCIACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL ALCOHOLISMO	Avda. del Valle Esgueva, 6	47011-VALLADOLID	983 31 02 85	983 31 03 00	atra_centro@msn.com



### 3. EQUIPOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO

CENTRO	DEPENDENCIA INSTITUCIONAL	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO	FAX
<b>Ávila</b> EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 1	SACYL	C/ Arturo Duperier, 4	05001-ÁVILA	920 21 28 43 920 22 76 75	
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 2	SACYL	S. T de Sanidad y Binestar Social C/ San Juan de la Cruz, 28	05001-ÁVILA	920 35 50 72 920 22 14 00	
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 3	SACYL	C/ Jesús del Gran Poder, 42	05071-ÁVILA	920 35 72 00	
<b>Burgos</b> EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 1.- Centro "Las Torres"	SACYL	C/ Vicente Aleixandre, s/n	09007-BURGOS	947 21 66 95	
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 2.- Complejo Asistencial "Divino Valles".	SACYL	Avda. Islas Baleares, 1	09006-BURGOS	947 23 50 11	974 23 90 82
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 3	SACYL.	Avda. Sierra de Atapuerca, s/n	09002-BURGOS	947 28 01 15 947 28 01 00	
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 4	SACYL	C/ Condado de Treviño, 20	09200- MIRANDA DE EBRO (BURGOS)	947 32 53 53	

CENTRO	DEPENDENCIA INSTITUCIONAL	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO	FAX
<b>Burgos</b>					
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 5	SACYL	C/ Santiago, 7	09400-ARANDA DE DUERO (BURGOS)	947 51 06 51	
CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL. Centro "Las Torres"	SACYL	c/ Vicente Aleixandre, s/n	09007-BURGOS	947 21 66 95	
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 1	SACYL	Avda. José Aguado, s/n	24005-LEÓN	987 21 41 52	
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 2	SACYL	C/ Independencia, 16	24005-LEÓN	987 25 15 12	
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 3	SACYL	Avda. Condesa de Sagasta, 28	24001-LEÓN	987 23 33 00	
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 4	SACYL	Avda. José Aguado, s/n	24005-LEÓN	987 21 41 52	
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 5	SACYL	C/ Independencia, 16	24005-LEÓN	987 25 15 12	
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 1	SACYL	Pº. de San Antonio, 47	24400-PONFERRADA (LEÓN)	987 40 11 15	
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 2	SACYL	Pº. de San Antonio, 47	2440-PONFERRADA (LEÓN)	987 40 11 15	
<b>León</b>					





CENTRO	DEPENDENCIA INSTITUCIONAL	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO	FAX
<b>Palencia</b>	EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 1	Av. S. Telmo, s/n	34004- PALENCIA	979 73 05 24	979 75 22 11
	EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 2	Avda. Casado del Alisal, 46	34001- PALENCIA	979 71 54 00 979 71 54 15	979 71 54 27
	EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 3	Pº. De San José, 3-5 entp.	34004- PALENCIA	979 73 05 24	979 75 21 11
<b>Salamanca</b>	EQUIPO DE SALUD MENTAL.- DISTRITO 1.- C. de Salud " Miguel Armijo"	C.S. Miguel Armijo C/Arapiles, 25	37007- SALAMANCA	923 29 12 45	
	EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 2	C.S. Sisinio de Castro C/Romero, s/n	37071- SALAMANCA	923 24 00 51	
	EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 3	S.T. de Sanidad y B. Social Avda. de Portugal, 89	37005- SALAMANCA	923 29 60 22 923 29 67 41	
	EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 4	C.S. "La Alamedilla" Avda. de los Comuneros, 27-31, 2ª pl	37003- SALAMANCA	923 12 65 91	
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 4	SACYL	C.S. María Auxiliadora C/Las Justas, s/n	37700-BEJAR (SALAMANCA)	923 40 20 75	

CENTRO	DEPENDENCIA INSTITUCIONAL	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO	FAX
<b>Salamanca</b>					
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 5	CONSORCIO DIPUT.-JUNTA Cyl-	H. Clínico Universitario Pº. San Vicente, 58-182	37007- SALAMANCA	923 29 14 49	
EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL	SACYL	H. Clínico Universitario Pº S. Vicente, 58-182	37007- SALAMANCA	923 29 14 49	
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 1	SACYL	C. Antonio Machado C/ Altos de la Piedad, s/n	40071-SEGOVIA	921 44 34 60 921 44 34 61	
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 2	SACYL	C. Antonio Machado C/ Altos de la Piedad, s/n	40071-SEGOVIA	921 44 34 60 921 44 34 61	
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 3	DIPUTACIÓN	C. Antonio Machado C/ Altos de la Piedad, s/n	40071-SEGOVIA	921 44 34 60 921 44 34 61	
<b>Soria</b>					
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 1	SACYL	C/ Ronda Eloy Sanz Villa, 6 bajo	42003-SORIA	975 21 14 94	
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 2	SACYL	C/ Ronda Eloy Sanz Villa, 6 bajo	42003-SORIA	975 21 14 94	
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 1 - OESTE	CONSORCIO DIPUT.-JUNTA Cyl	C. S. Parquesol Ciudad de la Habana, 17	47014- VALLADOLID	983 37 99 53	983 37 99 57
EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 2 - OESTE	CONSORCIO DIPUT.-JUNTA Cyl	C/ San Sebastián, s/n.	47009- VALLADOLID	983 35 97 04	



CENTRO	DEPENDENCIA INSTITUCIONAL	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO	FAX
<b>Valladolid</b>	EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 3 -OESTE	Hospital Militar Pso. Filipinos, s/n	47007- VALLADOLID	983 22 08 06	
	EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 1 -ESTE	S. T. Sanidad y B. Social Avda. Ramón y Cajal, s/n	47011- VALLADOLID	983 26 23 04	
	EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 2 -ESTE	Pso. Juan Carlos I, 18	47012- VALLADOLID	983 22 83 15	983 22 83 22
	EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 3 – ESTE	C. S. Rondilla C/ Cardenal Torquemada, 54	47011- VALLADOLID	983 31 01 07	
	EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.- Area Oeste	S.T. Sanidad y B. Social.- Av. Ramón y Cajal, 6	47011- VALLADOLID	983 41 37 72	
	EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL – Area Este	Hospital Clínico Universitario Av. Ramón y Cajal, s/n	47011- VALLADOLID	983 42 00 00	
	EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 1	C/ Santa Elena, s/n	49003-ZAMORA	980 53 58 62 980 51 23 11	
	EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 2	C/ Fray Toribio, 12	49600- BENAVENTE (ZAMORA)	980 63 47 38	
	EQUIPO SALUD MENTAL DE DISTRITO 3	S. T. Sanidad y B. Social Pza. de Alemania, 1	49071-ZAMORA	980 54 74 07 980 54 74 29	
<b>Zamora</b>					

#### 4. UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA (U.D.H.)

CENTRO	DEPENDENCIA INSTITUCIONAL	Nº CAMAS	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO	FAX	E-MAIL
UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA Hospital Provincial	SACYL	6	Hospital Provincial C/ Jesús del Gran Poder, 42	05003-ÁVILA	920 35 72 59 920 35 72 00 920 35 72 82	920 35 72 03	
UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA - "Dr. Pampuri"	ORDEN HOSPITALARIA HERMANOS S. JUAN DE DIOS	6	C/ La Carvajala, s/n Apartado, 66	34080-PALENCIA	979 74 23 00	979 74 28 90	Palencia.hospital@hsjd.es
UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA - "Martínez Anido"	SACYL	6	Hospital "Los Montalvos" Los Montalvos, s/n	37129- CARRASCAL DE BARREGAS (SALAMANCA)	923 33 01 63	923 33 01 65 923 33 09 55 923 33 04 18	ana@chsalmudmental.com



## 5. CENTROS RESIDENCIALES DE REHABILITACIÓN DE ALCOHÓLICOS

CENTRO	DEPENDENCIA INSTITUCIONAL	Nº PLAZAS	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO	FAX	E-MAIL
CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ALCOHÓLICOS "SAN ROMÁN"	CÁRITAS DIOCESANA DE ZAMORA	45	Finca "El Chafaril"	49880-PELEAGONZALO (ZAMORA)	980 56 80 52		
CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ALCOHÓLICOS "ALDAMA"	ASOCIACIÓN ALDAMA	36	Pº Huerta de Guadián, 3, bajo	34002-PALENCIA	979 72 35 69 979 72 35 01	979 72 35 69	aldama@retemail.es

## 6. UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

CENTRO	DEPENDENCIA INSTITUCIONAL	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO	FAX
HOSPITAL NTRA. SRA. DE SONSOLES	SACYL	Avda. Juan Carlos I, s/n	05001-ÁVILA	920 35 80 01 Ext. 58342	920 35 80 21
COMPLEJO ASISENCIAL. DIVINO VALLES	SACYL	Avda. Islas Baleares, 1	09006-BURGOS	947 23 50 11	947 22 16 43
HOSPITAL DE LEÓN	SACYL	C/Altos de la Nava, s/n	24008-LEÓN	987 23 74 00 Ext. 300	987 23 33 22
HOSPITAL DE EL BIERZO	SACYL	Médicos sin Fronteras, 7	24411-FUENTES NUEVAS (LEÓN)	987 45 52 00	987 45 53 00
COMPLEJO HOSPITALARIO DE PALENCIA. HOSPITAL PROVINCIAL SAN TELMO	SACYL	Avda. San Telmo, s/n	34004-PALENCIA	979 72 82 00	979 72 20 75
HOSPITAL GENERAL RÍO CARRIÓN	SACYL	Donantes de Sangre, s/n	34005-PALENCIA	979 16 70 00	979 16 70 14
HOSPITAL CLÍNICO	SACYL	Paseo San Vicente 58-182	37007-SALAMANCA	923 29 11 00	923 29 11 31



HOSPITAL POLICLÍNICO "SAN AGUSTÍN"	SACYL	C/ San Agustín, 13	40071-SEGOVIA	921 41 93 15 921 41 92 88	921 44 05 32
HOSPITAL DE SORIA	SACYL	Ctra. de Logroño, s/n	42004-SORIA	975 22 08 50	975 22 05 47
HOSPITAL UNIVERSITARIO	SACYL	Avda. Ramón y Cajal, s/n	47011-VALLADOLID	983 42 00 00	983 42 00 11
CENTRO ASISTENCIAL DR. VILLACIÁN	SACYL	Avda. Dr. Villacián, s/n	47014-VALLADOLID	983 34 32 11	983 34 37 33
COMPLEJO HOSPITALARIO DE ZAMORA. HOSPITAL "RODRÍGUEZ CHAMORRO"	SACYL	C/ Hernán Cortés, 40	49003-ZAMORA	980 52 16 79	980 52 16 79



# BIBLIOGRAFÍA



## Bibliografía

1. Hester, R.K. and Miller, W.R. (Eds) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. Allyn and Bacon, Boston 1995.
2. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. World Health Organization, Geneva, 1993.
3. Anderson, P. *Alcohol and Primary Health Care*. World Health Organization, Copenhagen, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 64).
4. 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.
5. 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.
6. Heather, N. *Treatment Approaches to Alcohol Problems*. World Health Organization, Copenhagen, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 65).
7. Babor, TF, Higgins-Biddle, JC, Higgins, PS, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Trust (AUDIT) - Guidelines for Use in Primary Care. WHO/MSD/MSB/01.6a.
8. Babor, TF, Higgins-Biddle, JC, Saunders, JB et al. BRIEF INTERVENTION for Hazardous and Harmful Drinking – A Manual for Use in Primary Care. WHO/MSD/MSB/01.6b.



9. Institute of Medicine. *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. National Academy Press, Washington, DC, 1990.
10. Makela, K. International comparisons of Alcoholics Anonymous. *Alcohol Health & Research World* 17:228-234, 1993.
11. Bien, T, Miller, W.R. and Tonigan, J.S. Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction* 88: 315-336, 1993.
12. 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.
13. 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.
14. Moyer, A., Finney, J., Swearingen, C. and Vergun, P. Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatmentseeking and non-treatment seeking populations. *Review. Addiction* 97 (3), 2002.
15. Berglund, M. Thelander, S. et al. Treating Alcohol and Drug Abuse: An Evidence based Review. *Alcohol Clin Exp Res* 27, 10: 1645-1656, 2003.
16. Ballesteros, J., Ariño, J. Et al. Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Meta-análisis de estudios españoles en atención primaria. *Gac Sanit* 17(2): 116-122, 2003.



17. 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.
18. Gual, A., Segura, L. et al. Audit-3 and Audit-4. Effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol & Alcoholism* 37, 6: 591-596, 2002.
19. Orford, J. Empowering family and friends: a new approach to the secondary prevention of addiction. *Drug and Alcohol Review*, 13: 417-429, 1994.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. Miller, W.R. *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment.* US Department of Health and Human Services, SAMHSA/CSAT, Rockville, MD, 1999.



25. 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.
  
26. Finnish Foundation for Alcohol Studies. *International Statistics on Alcoholic Beverages: Production, Trade and Consumption 1950-1972*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1977.
  
27. Saunders, J.B., Aasland, O.G., Amundsen, A. and Grant, M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption I. *Addiction*, 88, 349-362, 1993.
  
28. Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B. and Babor, T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21(4): 613-619, 1997.
  
29. Colom, J., Gual, A., Segura, L. El abordaje de los problemas de alcohol desde la atención primaria. Órgano Técnico de Drogodependencias. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. Fundación Faustino Orbegozo, 2004.



