

TEMA 8

Detección precoz e intervención breve

Carlos Soler González, Hugo López Pelayo
y Antoni Gual Solé

EL PAPEL DE LA EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Como se comentó en el tema 5, Atención Primaria (AP) es el servicio en general más asequible, y constituye a menudo la puerta de entrada al sistema. Se calcula que el 70-80% de la población adulta pasa anualmente por la AP. Por tanto, el médico de atención primaria (MAP) tiene un amplio contacto con la comunidad. Sabemos también que las personas que beben en exceso o que tienen una dependencia del alcohol, así como sus familiares, hacen un mayor uso de los servicios sanitarios que el resto de la población. Asimismo existe una relación continuada entre el usuario y el equipo de

atención primaria (EAP) que favorece la confianza en el MAP. Por tanto, lo más probable es que sea el MAP quien aprecie las primeras manifestaciones de un uso problemático del alcohol.

En este sentido, las intervenciones breves se consideran efectivas y pueden ser mucho más rentables y mejor aceptadas por el usuario que otras estrategias más intensivas. Sabemos también que una derivación precipitada, sin un trabajo previo de concienciación y motivación, puede significar la desvinculación del paciente. Desde la AP se comprueba que las reducciones significativas o las abstinencias suelen implicar una importante mejoría de la salud y la calidad de vida de las personas, hechos que pueden usarse como refuerzo positivo de la conducta sana.

Por todos estos motivos, la AP brinda una posición privilegiada a la hora de:

- Reducir el consumo de alcohol en la población, para evitar los problemas que de este puedan derivarse (prevención primaria).
- Diagnosticar precozmente de las situaciones de riesgo, para intervenir antes de que se establezca la enfermedad (prevención secundaria).

Lo expuesto previamente explica por tanto la tendencia creciente a implicar al EAP en todo lo relativo a estilos de vida que puedan representar un riesgo para la salud.

Diversos factores dificultan la intervención del MAP en los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Sugerimos su consideración como elemento de juicio crítico, destinado a mejorar el proceso. De modo práctico, los agrupamos en tres niveles:

A. Médico:

- Infradetección (deficiente registro de consumos).
- Subestimación (deficiente interpretación de la información recogida).
- Rechazo asociado a prejuicios sociales frente al alcohólico.
- Escasa motivación ante pacientes considerados de mal pronóstico y procesos terapéuticos que se intuyen tórpidos.
- Baja percepción de eficacia ante problemas que no se encuadran en el modelo médico clásico.

B. Paciente:

- Ausencia de conciencia del riesgo o problema. Negación u ocultación.

- Resistencia a pedir ayuda al MAP, aún intuyendo el problema. Ambivalencia o rechazo de una intervención terapéutica. Falta de adherencia.
- La *coartada terapéutica*: visitado un médico, el enfermo ya ha *cumplido* frente a sus familiares y patrono.
- Manipulación de los servicios asistenciales.

C. Sistema sanitario:

- Sobrecarga de la demanda asistencial.
- Escasa coordinación entre los diferentes eslabones del sistema y a veces dentro de un mismo equipo terapéutico.
- Deficiencias de planificación y de incentivos.

Las reformas de la AP avanzan hacia la minimización de los obstáculos y se promueve la figura del MAP como un promotor de la salud, no solo como un agente que soluciona problemas según surgen. La formación de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria contempla cada vez con mayor consistencia la problemática relacionada con el alcohol, y la propia sociedad adopta progresivamente una *cultura de la salud*, donde a cada cual le corresponde su cuota de responsabilidad. Es en este contexto que el diagnóstico precoz y la intervención breve, desde una perspectiva motivacional, tienen sentido (**TABLA 8-1**).

El SIB (*screening* e intervención breve)

Como ya hemos comentado, las intervenciones breves toman cada vez más protagonismo en el manejo de los problemas relacionados con el alcohol. Su uso conjunto con la detección precoz conforma lo que se

TABLA 8-1 | Exploración sistemática del consumo de alcohol en AP

¿A QUIÉN? Persona de más de 15 años; sin límite superior de edad. Especial atención a adolescentes y jóvenes, embarazo y lactancia y otros grupos de riesgo.

¿CON QUÉ FRECUENCIA? Como mínimo cada 2 años.

¿CUÁNDO?

- Apertura o actualización de una historia clínica.
- Parte de un examen preventivo rutinario.
- Antes de prescribir fármacos que interactúen con el alcohol.
- Sospecha de consumo.
- Respuesta a problemas que pueden estar relacionados con el alcohol.

denomina el SIB (del inglés *screening* ('cribado'), por detección precoz, e intervención breve). Como veremos más adelante, sirve como método para la detección y estratificación del consumo de alcohol, así como para el tratamiento de bebedores con consumo de riesgo y perjudicial y para facilitar la derivación de los casos más graves a un tratamiento especializado. El SIB se consolida como un método eficaz de promoción de la salud y de prevención de enfermedades para todos los pacientes atendidos por los EAP en su comunidad, dado que facilita que en unos pocos minutos, los profesionales puedan tener un impacto positivo sobre los elementos que sostienen el consumo perjudicial y de riesgo.

DETECCIÓN PRECOZ DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Es notorio que, a pesar de la frecuencia e importancia de las consecuencias del consumo excesivo de alcohol, los estudios indiquen que la mayoría de bebedores

excesivos no están diagnosticados. Hay que destacar que, aunque las personas con dependencia de alcohol son las más propensas a desarrollar repercusiones más graves, la mayor parte de los daños relacionados con el alcohol (sociales, laborales, lesiones y enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol) se presentan en personas consumidoras de riesgo de alcohol que no son dependientes. Es por ello primordial identificar de forma precoz los problemas relativos al alcohol, ya que de este modo se disminuyen los riesgos de daño y se posibilita que las modificaciones conductuales sean más asequibles y sostenibles.

Abordamos un problema prevalente, con consecuencias potencialmente graves, que se desarrollan habitualmente en un lapso de tiempo suficientemente prolongado y para el que disponemos de tratamientos eficaces. Es por estos motivos que las distintas organizaciones de salud han promovido el desarrollo e implementación del *screening* poblacional, con el objetivo de identificar a los bebedores según el tipo y grado de consumo para proporcionarles una intervención apropiada, que abarcará desde lo preventivo hasta la derivación al especialista. Como hemos remarcado en apartados previos, el MAP tiene, por su posición óptima en el sistema sanitario, un rol esencial en este proceso.

ANAMNESIS Y DETECCIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO

Como se ha comentado anteriormente, idealmente el MAP debería realizar el *screening* en toda persona

mayor de 15 años, cada 2 años. Cuando ello no sea posible, se recomienda una búsqueda oportunistas de casos entre las personas con alteraciones físicas relevantes (hipertensión arterial, trastornos gastrointestinales o hepáticos, etc.) o problemas de salud mental. También es conveniente explorar el consumo al abrir o actualizar la historia clínica, y ante cualquier indicio de sospecha en:

- Fumadores, adolescentes y adultos jóvenes.
- Embarazadas.
- Accidentes de tráfico y laborales, problemas digestivos, cardiovasculares y de salud mental, traumatismos, dificultades familiares.

Los instrumentos diagnósticos para la detección temprana en el ámbito de la AP son la entrevista clínica y los cuestionarios específicos. Comentaremos también el papel de los marcadores biológicos.

Entrevista clínica

La ausencia de marcadores biológicos patognomónicos, unida a las características del consumo de alcohol, que por una parte cuenta con la aceptación social pero por otra en su vertiente más problemática enfrenta un estigma, hacen que la entrevista clínica sea el pilar esencial de la detección del consumo. En este sentido será importante el tono empleado, así como el vínculo con el paciente, elementos que contribuirán a generar un clima empático que favorecerá que fluya la información. Se suele estimar conveniente incorporar las preguntas acerca del consumo dentro de las cuestiones sobre el estilo de vida y hábitos.

Es importante calcular la cantidad y frecuencia de las bebidas alcohólicas consumidas, preferiblemente en **unidades de bebida estándar (UBE)** y con una frecuencia semanal para poder determinar el grupo de riesgo en el que se ubica el paciente, como se vio en el tema 1: "Epidemiología y tipologías".

Síntomas médicos y psiquiátricos. Variables sociales

Detallar la exploración física y psicopatológica del alcoholismo, así como la problemática social concomitante va más allá del propósito de este curso, así que nos remitimos a un breve resumen de síntomas y signos que deberían llamar nuestra atención y dirigirnos hacia una exploración más detallada del consumo de alcohol (**TABLA 8-2**).

Marcadores biológicos

Directos: expresan medidas de la cantidad de alcohol ingerida.

- **Alcoholemia:** buen indicador, tanto del consumo agudo como del grado de tolerancia. Si es mayor de 1,5 g/l y no hay síntomas cerebelosos, indica una alta tolerancia, lo que es indicativo de posible dependencia.
- **Concentración de transferrina deficiente en hidratos de carbono:** incrementa después de consumos superiores a 50-80 g de etanol/día durante 1 semana. Su sensibilidad es del 75-90% y la especificidad, del 70-100%. Es útil para monitorizar la abstinencia y detectar recaídas. Tras interrumpir el consumo durante 12-17 días los valores se normalizan. No se realiza de forma rutinaria en nuestro medio clínico.

TABLA 8-2 | Signos, síntomas y variables médicos, neuropsiquiátricos y sociales

MÉDICOS	Cefalea (aguda y crónica), anorexia, astenia, hiporreflexia, pirosis retroesternal, dolor abdominal, diarrea, hipertensión arterial, temblor distal, enfermedades de transmisión sexual, crisis y traumatismos. En la exploración física pueden objetivarse signos relacionados con el consumo de alcohol crónico, como facies pletórica, inyección conjuntival, arañas vasculares en la epidermis facial, fetor alcohólico, desnutrición, hipertrofia parotídea, eritema palmar, subictericia o ictericia, hepatomegalia, ginecomastia, obesidad y signos de tabaquismo importantes.
NEURO-PSIQUIÁTRICOS	Agresividad, conducta irracional, discusiones, violencia, pérdida de memoria, insomnio, depresión, ansiedad, cuadros alucinatorios o delirantes, síndrome de abstinencia, <i>delirium</i> , intoxicaciones atípicas.
SOCIALES	En la consulta de AP se debe realizar una valoración de los problemas familiares que podrían objetivarse, como trastornos de ansiedad o depresión en hijos o pareja del paciente alcohólico, problemas escolares, traumatismos secundarios al abuso físico, síntomas médicos inexplicables en los hijos como cefaleas, dolor abdominal, etc., y/o visitas frecuentes de los miembros de la familia del paciente en la consulta. Es necesario explorar el apoyo familiar y la estabilidad sociolaboral de las familias en las que se aprecia un problema relacionado con el alcohol.

TABLA 8-3 | Marcadores biológicos. CDT: concentración de transferrina deficiente en carbohidratos

PARÁMETRO	NORMALIZACIÓN TRAS ABST.	SENSIBILIDAD (%)	ESPECIFICIDAD (%)
Triglicéridos	Varias semanas	30	–
GGT	2-6 semanas	35-85	81-89
AST/GOT	Variable	10-40	<50
ALT/GPT	Variable	10-40	<50
VCM	3-4 meses	30-50	65-100
CDT	12-17 días	75-90	70-100

Indirectos: expresan alteraciones debidas a una exposición prolongada a altas cantidades de alcohol. Son baratos y asequibles pero su sensibilidad y especificidad no son óptimas, por lo que su rendimiento clínico es relativamente bajo (para ingestas menores a 40-60 g/día su correlación con el consumo es débil). No se considera indicado su uso indiscriminado como método de detección. Se usan para captar la repercusión orgánica en sujetos identificados mediante la anamnesis como consumidores perjudiciales o dependientes, y también para monitorizar la abstinencia. La GGT es el marcador más sensible (33-52%) y específico (81-89%). Permite seguir la abstinencia, ya que se normaliza tras 2-6 semanas sin consumir. Pierde utilidad si existen hepatopatías u otras enfermedades (pancreatitis, insuficiencia cardíaca) y con ciertos fármacos (BZD, anticonvulsivos, anticonceptivos, etc.). Su uso conjunto con el volumen corpuscular medio (VCM) ofrece el mejor rendimiento, ya que permite la identificación correcta del 75% de los alcohólicos. Nos remitimos a la **TABLA 8-3** para una breve exposición de estos marcadores.

Cuestionarios específicos

Existe evidencia numerosa y sólida que demuestra la efectividad de los cuestionarios en el *screening* del uso problemático de alcohol, habiéndose llevado a cabo la mayoría de estudios en AP. Distintos cuestionarios, incluyendo el *AUDIT* y sus variantes breves, se han mostrado más apropiados en estudios de coste-eficacia que los marcadores bioquímicos y que los indicadores clínicos en la identificación del consumo problemático. Más aún, existe evidencia obtenida a través de ensayos clínicos controlados que el *screening* de pacientes usando el *AUDIT* puede reducir el consumo perjudicial en determinadas poblaciones.

Los resultados se tomarán como un punto de partida para organizar una intervención apropiada para cada paciente. No obstante, el juicio clínico deberá emplearse para aquellos casos en los que las puntuaciones totales de dichos instrumentos puedan no suponer un reflejo idóneo de la situación de riesgo. Asimismo, distintas revisiones sistemáticas resaltan la importancia de seleccionar puntos de corte apropiados para la población en cuestión.

Los diversos instrumentos diagnósticos se tratan con mayor detalle en el tema 6, "Instrumentos de evaluación".

INTERVENCIÓN BREVE

Objetivos de la intervención breve

La intervención breve (IB) tiene como objetivos la reducción en el consumo de alcohol, la reducción de los

consumidores de riesgo de alcohol, la reducción de los consumidores perjudiciales de alcohol y la reducción de los problemas relacionados con el alcohol. Ha demostrado ser eficaz en estos cuatro puntos (Anderson P y cols., 2005).

Como vemos, excluye los dependientes a alcohol. Según la bibliografía de la que se dispone, la IB podría perder eficacia en los pacientes más graves (Vasilaki y cols., 2006). Esto es coherente con las medidas que se evalúan en los estudios que pretenden demostrar su eficacia. Habitualmente se evalúan reducción en el consumo medio informado por el paciente durante la última semana, consecuencias del consumo de alcohol y reducción en la puntuación de las escalas de identificación de consumidores de riesgo y/o perjudiciales o la reducción del número de pacientes clasificados como consumidores de riesgo o perjudiciales en estas escalas. La escala más utilizada es la *AUDIT* ya que, como hemos comentado, ha demostrado mejores características psicométricas y ha sido validada en diversos idiomas.

La versión original del cuestionario *AUDIT* son 10 preguntas, por lo que en determinados casos se podría utilizar la versión corta (*AUDIT-C*) dentro del contexto de evaluación de hábitos saludables de forma general. Se debe tener en cuenta que la sensibilidad y la especificidad son menores. En 2002, Gual y cols. compararon el *AUDIT-C* con el diagnóstico clínico de consumo de riesgo por médicos investigadores en AP. Se demostró una correlación positiva y significativa entre los resultados del *AUDIT-C*, *AUDIT* completo y el consumo de alcohol en UBE. La sensibilidad (92,4% en varones, 90,9% en mujeres) y la especificidad (74,3% en varones, 68,4%

en mujeres) para el *AUDIT-C* en identificación de consumidores de riesgo fue buena para un punto de corte de 5 en varones y 4 en mujeres (Gual A y cols., 2002; Anderson P y cols., 2005).

Tipos de intervención breve y características.

En 1995, Heather describe dos tipos de IB. Un primer tipo más oportunista, realizada por profesionales de primaria o urgencias, y otro segundo tipo llevada a cabo por especialistas en adicciones y en pacientes que buscan ayuda o han sido persuadidos para buscarla. En 2005, Anderson y colaboradores denominarían intervenciones breves al primer grupo y tratamiento de baja intensidad al grupo de las intervenciones breves especializadas. Los componentes de la IB que han mostrado ser más eficaces son: aportar *feedback*, ofrecer consejo y establecer un objetivo.

La IB a su vez puede subclasificarse en consejo breve (5 minutos de duración) y asesoramiento breve (20-30 minutos). El número de sesiones que pueden resultar eficaces no está claro. Múltiples intervenciones podrían tener mayor magnitud del efecto pero ser muy heterogéneas comparadas con la sesión única que muestra más estabilidad y solidez, con menor magnitud del efecto (Anderson P y cols., 2005). Esto lleva a dos conclusiones. En primer lugar se requieren más estudios que comparen la magnitud del efecto de la dosis y por otra parte, podría existir un perfil de pacientes que se beneficiarían más de las intervenciones múltiples, lo que explicaría esta heterogeneidad de resultados (**TABLA 8-4**).

TABLA 8-4 | Diferencias entre dos tipos de intervenciones breves

INTERVENCIÓN BREVE	TRATAMIENTO DE BAJA INTENSIDAD
Oportunista. Demanda de atención diferente al consumo de alcohol.	Dirigida a una población demandante de ayuda.
Realizada por un profesional no especialista.	Realizada por un especialista.
Problemas relacionados con alcohol menos graves.	Mayor gravedad de problemas relacionados con alcohol.
Motivación al cambio: menor.	Motivación al cambio: mayor.
Corta y poco estructurada.	Más largas y estructuradas.

Basado en Anderson P y cols., 2005.

Consejo breve

Se trata, como hemos comentado, de una subcategoría dentro de las IB no especializadas. También recibe el nombre de intervención muy breve o mínima. Tiene una duración menor de cinco minutos y está bien estructurada. Es una adaptación de la IB que puede ser de especial interés en AP ya que se adapta a las características de presión asistencial sin perder los principios de la intervención breve.

El enfoque motivacional

La entrevista motivacional es un estilo de asistencia directa, centrada en el paciente, que pretende provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a explorar y resolver ambivalencias. Se basa en respetar la autonomía del paciente, la compasión, en colaborar con el paciente y evocar los motivos de cambio de él mismo. Para ello, intenta expresar empatía, facilitar la aparición de discrepancias, avanzar con las resistencias y fomentar la autoeficacia (Miller WR y Rollnick S, 1991,

2012). Algunas breves definiciones operativas limitadas al contexto motivacional propias de los autores de este capítulo pueden ser útiles para comprender mejor el abordaje motivacional.

- **Empatía:** la capacidad del terapeuta de expresar comprensión con la situación, sentimientos y pensamientos del paciente.
- **Discrepancia:** expresión de la diferencia entre los objetivos del paciente y el estado actual de él mismo.
- **Resistencia:** expresión de la diferencia de objetivos entre el paciente y el terapeuta.
- **Autoeficacia:** percepción subjetiva de capacidad de cambio del paciente.
- **Ambivalencia:** estado de contraposición de sentimientos, razones o motivaciones en relación a una idea, situación, conducta, etc.

Los autores de la entrevista motivacional hacen referencia explícita a la IB en sus libros. A través de los trabajos de Prochaska y DiClemente (modelo transteórico del cambio) hablan de «cambio autoinducido». Es decir, el cambio se produce tanto dentro como fuera de la consulta. Para soportar esta hipótesis se basan en estudios de los años 70, 80 y 90 del siglo xx que demuestran unas tasas pequeñas de implementación de los tratamientos formales en adicciones y que dentro de los que realizan un cambio de conducta respecto a la sustancia, se trata de una minoría los que requieren una intervención formal para realizar este cambio (Miller WR & Rollnick S 1991). De esta manera se pone énfasis en el proceso decisional propio del paciente y como intervenciones breves pueden abrir un proceso de reflexión que lleve a cambios importantes y mantenidos en el tiempo.

Desde el origen de la entrevista motivacional ya se propone un esquema de IB creando la intervención breve motivacional (IBM). Se basa en 6 elementos básicos que movilizan la motivación para el cambio (Miller WR & Rollnick S, 1991):

1. **Feedback.** Se trataría de utilizar los resultados de la evaluación personalizada en un contexto motivacional. La utilización de instrumentos psicométricos, medidas biológicas o la propia evaluación clínica pueden ser útiles como motores de cambio si se personalizan y se centran en la situación del paciente.
2. **Responsabilidad.** Poner énfasis en que el cambio depende de que el paciente tome la decisión de llevarlo a cabo.
3. **Consejo.** Debe ser claro y adaptado al paciente.
4. **Menú.** Se trata de que el paciente pueda escoger entre una lista de opciones personalizadas. De esta manera se incide en la capacidad de elección según sus propias necesidades y esto incrementa la probabilidad de cambio.
5. **Empatía.** Se trata de un elemento básico para establecer un correcto vínculo terapéutico y, por tanto, para incrementar las probabilidades de cambio.
6. **Autoeficacia.** Una simplificación ilustrativa sería la definición de la autoeficacia como la creencia del paciente de que está capacitado para cambiar. No se debe confundir con la creencia del terapeuta de que el paciente puede cambiar, que pese a ser importante para incrementar las probabilidades de cambio, no hace referencia al término de autoeficacia.

Un metaanálisis sobre IBM (Vasilaki y cols., 2006) soporta la evidencia para realizarla en consumidores de riesgo y perjudiciales. En este metaanálisis se incluyeron



hasta 9 estudios que comparaban con ningún tratamiento mostrando un tamaño del efecto de 0,18 que se incrementaba hasta 0,60 si se consideraba solo el seguimiento a 3 meses. Excluyendo los consumidores dependientes este efecto todavía era mayor. Otros 9 estudios comparaban IBM con otro tratamiento (tratamiento habitual, consejo breve, confrontacional, educacional, entrenamiento de habilidades o terapia cognitivo-conductual) con un tamaño del efecto de 0,43.

Modelo informativo *versus* motivacional

De forma general se puede hablar de tres estilos de comunicación. Un estilo estrictamente directivo, otro de acompañamiento (poco estructurado, sin un objetivo claro) y uno, tal vez intermedio, de guía. El estilo exclusivamente directivo pondría especial énfasis en la información global destinada al paciente por encima de la individualización de la información. Por tanto, se relacionaría con un modelo de entrevista más informativo. El estilo motivacional se relacionaría con un estilo de guía, donde recoger información propia del paciente para personalizar la información que se va a aportar es un acto fundamental. El modelo informativo trata de dar consejos de *experto*, intenta persuadir, convencer desde la autoridad y es poco personalizado.

Por otra parte, el modelo motivacional estimula la motivación al cambio desde la colaboración y el respeto a la autonomía. Incluye la posibilidad de aportar información. Sin embargo, esta posibilidad viene desde la autonomía del paciente (se debe pedir permiso para aportarla) y no desde la autoridad médica. Además, es una información personalizada a las necesidades

verbalizadas por el paciente, a la situación actual del mismo y huye de la confrontación con los objetivos planteados por el paciente. Tiene una aplicación progresiva, lo que lo hace dinámico y adaptable a los cambios que se pretenden conseguir. Es bueno recordar que el modelo motivacional tiene un objetivo global claro: preparar para el cambio, y objetivos específicos de cada intervención en función del estadio de cambio.

Evidencias para la intervención breve en atención primaria

Los primeros ensayos controlados sobre IB fueron publicados a mediados de los 80, y existen actualmente alrededor de 60 publicados en este terreno. Tras más de 25 años de evidencia acumulada, la IB aún debe lograr un impacto significativo en la práctica clínica diaria. Queda claro que, aunque es fundamental un sustento científico apropiado, será un trabajo en vano sin una implementación adecuada entre los MAP.

La evidencia científica que soporta el uso de la IB en pacientes con un consumo de riesgo o perjudicial del alcohol es amplia. Dicha evidencia alcanza diversos ámbitos clínicos de intervención (Urgencias, AP, pacientes hospitalizados, salud laboral, estudiantes etc.). Como se recoge en *Alcohol y Atención Primaria de salud: guía clínica para la identificación y las intervenciones breves* (Anderson P y cols., 2005), solo entre 1993 y 2005 existen hasta 14 metaanálisis o revisiones sistemáticas (Bien y cols., 1993; Freemantle y cols., 1993; Kahan y cols., 1995; Wilk y cols., 1997; Poikolainen, 1999; Irvin y cols., 2000; Moyer y cols., 2002; D'Onofrio & Degutis, 2002; Berglund y cols., 2003; Emmen y cols., 2004; Ballesteros

y cols., 2004; Whitlock y cols., 2004; Cuijpers y cols., 2004; Bertholet y cols., 2005). Este resumen didáctico se centra en los estudios con mayor evidencia científica y más recientes en relación con la IB en AP.

El último metaanálisis de Cochrane (Kaner y cols., 2007, revisado en 2009 aunque sin cambios en las conclusiones) incluyó 24 ensayos clínicos controlados y aleatorizados, con más de 7.000 pacientes en total. Los autores concluyeron que *“la IB en atención primaria resulta en una reducción significativa del consumo semanal en los hombres, con una reducción promedio de hasta 6 UBE por semana en pacientes comparado con controles”*. Los beneficios no fueron claros entre las mujeres (hecho que se atribuye parcialmente a un bajo poder estadístico, ya que los ensayos que reportaron resultados relativos a mujeres solo incluyeron 499 participantes). Estos resultados son similares a los arrojados por metaanálisis previos.

La *US Preventive Services Task Force* recomendó usar el *screening* y la IB en primaria para reducir el consumo problemático de alcohol. Un importante estudio se llevó a cabo en los EUA (Solberg y cols., 2008) para desarrollar una medida estandarizada del coste-efectividad y la carga de prevención clínica que derivarían de cumplir con la recomendación, y de este modo permitir su comparación con otros servicios recomendados. Los resultados situaron el *screening* y la IB como uno de los servicios preventivos mejor posicionados de entre un total de 25. Asimismo, concluyeron que, dado que la implementación del *screening* y la IB fue la más baja de entre los servicios comparables, se trataba de un área de especial interés con un amplio margen de mejora.

La guía *NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)* para la prevención del desarrollo del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol (NICE, 2010) también destaca la *“gran cantidad de evidencia en relación con el screening y la intervención breve en adultos (...). Al revisar la evidencia no se identificó un beneficio significativo de las intervenciones intensivas respecto a otras formas más breves de IB.”* Esta guía hace hincapié en la necesidad de proporcionar soporte a la AP para la implementación de la IB.

Una revisión aún más reciente sobre la efectividad de la IB en el consumo problemático de alcohol, realizada por el *SCHARR (School of Health and Related Research de Sheffield)* para el *NICE* (Jackson y cols., 2011) incluyó 27 revisiones sistemáticas y metaanálisis (la mayoría llevados a cabo en AP). Se destaca que la calidad de las revisiones fue en general elevada en cuanto a diseño y reporte de los datos. Se identificó evidencia sobre el impacto positivo de la IB en el consumo de alcohol, morbilidad, mortalidad, lesiones relacionadas con el alcohol, consecuencias sociales relacionadas con el alcohol y uso de recursos sanitarios. A diferencia de lo afirmado en el metaanálisis Cochrane, se afirma que la IB demostró efectividad tanto en hombres como en mujeres. No quedó clara la relación entre el grado de dependencia al alcohol y la efectividad de la IB, y tampoco el beneficio de una intervención más prolongada.

Las nuevas líneas de investigación se centran en los programas de tipo *SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment)*. Se trata de programas protocolizados, sobretudo en el ámbito de las urgencias hospitalarias, que incluyen un *screening* con escalas



validadas a prácticamente el 100% de la población atendida en urgencias, seguido de una IB estructurada y una derivación oportuna. Otros proyectos interesantes se están realizando en Reino Unido, con el programa de IB en línea en pacientes de AP llamado *Down-yourdrink* o en Suiza con el programa *Alcoquizz* (ver bibliografía). Esta misma línea de investigación se está desarrollando en Italia, Australia y España con el proyecto **EFAR**, que pretende demostrar la no inferioridad del uso de Internet para la realización de IB en comparación con la IB presencial en el ámbito de la AP. También existen proyectos de ámbito europeo para mejorar la **implementación** y dotar de evidencia científica a la IB. Destacan el proyecto **ODHIN** (*Optimizing Delivery of Health Care Interventions*) y el proyecto **BISTAIRS** (*Brief Intervention in the Treatment of Alcohol use disorders In Relevant Settings*).

En conclusión, podemos afirmar que la evidencia científica es amplia, creciente en los últimos años y demuestra una aplicabilidad en diferentes entornos asistenciales. La evidencia científica es más contundente en AP. Aunque sobrepasa el marco de este curso, se puede afirmar que existe una incipiente evidencia científica en el ámbito de las urgencias hospitalarias y los estudiantes. Finalmente, otro ámbito como el medio laboral o trabajo social son un foco de especial interés para la investigación clínica en IB. En los últimos años se están realizando esfuerzos para dotar de evidencia científica a la IB en otros ámbitos diferentes de la AP, para otras sustancias diferentes al alcohol, acompañados de otros elementos protocolizados (*SBIRT*) y aprovechando el desarrollo de las tecnologías de la comunicación.

Propuesta de identificación e intervención breve motivacional

Cabe mencionar que se trata de una propuesta basada en la evidencia científica en combinación con la experiencia clínica de los autores. Otras propuestas pueden ser igualmente válidas. La utilización de elementos motivacionales está presente tanto en la identificación como en la intervención. La empatía debe ser una constante durante toda la intervención y la evaluación.

Identificación

Como vimos en el apartado 2, la evaluación del patrón de consumo de alcohol es punto fundamental de la prevención primaria y secundaria. El ámbito de mayor desarrollo de la prevención es la AP. En este contexto, el uso de escalas en función de las posibilidades organizativas es de utilidad y sería el paso previo a la intervención breve.

Paso 1. Invitar al paciente a la auto o heteroadministración de la escala *AUDIT* o *AUDIT-C* en función de la disponibilidad de tiempo. Priorizar el uso heteroadministrado.

Paso 2.

A. Evaluación de la *AUDIT-C*.

B. Evaluación de otros elementos que permitan la identificación de consumo de riesgos (anamnesis, historia clínica, exploración física, datos de laboratorio u otras exploraciones complementarias).

C. Valorar la utilización de otros instrumentos de evaluación o criterios operativos (CIE-10, DSM 5)

para descartar un trastorno por uso de alcohol severo (antes conocido como dependencia). En caso de que así fuera, valorar otras opciones de tratamiento especializado y reorientar la IB con este objetivo.

Intervención breve

Paso 3. Solicitar permiso al paciente para comentar el patrón de consumo de alcohol del paciente y los resultados de la evaluación. Transmitir *feedback* sobre la evaluación.

Paso 4. Preguntar abiertamente sobre la opinión sobre el patrón de consumo de alcohol del paciente (opinión, consideraciones, relación con estado de salud-enfermedad, problemas, etc.) y el *feedback* transmitido.

Paso 5. Evaluar estadio de cambio. Incidir en la responsabilidad del paciente para la toma de decisión que acabará en el cambio de conducta.

Paso 6. Fomentar autoeficacia.

Paso 7. Ofrecer consejo. Establecer un menú de opciones.

Paso 8. Negociar y establecer un objetivo.

Paso 9. Abrir la entrevista a la resolución de dudas. Agradecer la colaboración prestada. Ofrecer seguimiento de los objetivos propuestos.

Consejos prácticos

1. La IBM pretende incrementar las probabilidades de cambio. No se debe considerar un fracaso la ausencia de cambios entre entrevistas. Diferentes pacientes tienen diferentes ritmos de cambio.
2. El uso de las habilidades (preguntas abiertas, reflejos, afirmaciones y resúmenes) requiere entrenamiento y tiempo. No dude en utilizarlo siempre que pueda.
3. Utilizar la IB no es sinónimo de *correr*. Seguir correctamente las etapas de la intervención breve permite avanzar con más velocidad que *quemar* etapas por tener prisa.
4. Mantener un clima empático es tan importante como seguir los diferentes pasos propuestos.
5. Huir de la confrontación ayuda a mantener el espíritu motivacional.
6. Tener presente durante toda la entrevista que el paciente es experto en sí mismo. Terapeuta y paciente deben colaborar juntos.
7. El paciente es autónomo y, por tanto, capaz de tomar sus propias decisiones.
8. Son más útiles los motivos propios del paciente para tomar una decisión que cualquiera que pueda aportar el terapeuta. Nuevamente, el paciente es autónomo y experto en sí mismo.
9. Los ámbitos preferenciales para la intervención breve son la AP y las urgencias, sin embargo, puede utilizarlo en otros ámbitos si las condiciones lo permiten.
10. El uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación son una ayuda que puede ahorrar tiempo en la consulta. Utilizarlas como aliadas. 🍷

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson PA, Gual A et al. Alcohol i atenció primària de salut: guia clínica per a la identificació i les intervencions breus. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2005.
- Anderson P, Laurant M et al. Engaging general practitioners in the management of hazardous and harmful alcohol consumption: results of a meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol*. 2004; 65 (2): 191-9.
- Babor MJ, De la Fuente JK et al. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary healthcare. Geneva: World Health Organization; 1992.
- Ballesteros J, Duffy JC et al. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: Systematic review and meta-analyses. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*. 2004; 28 (4): 608-18.
- Beich A, Thorsen T et al. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2003; 327 (7414): 536-42.
- Berglund M, The lander S. Reply to the commentary by Kari Poikolainen on evaluation of the effect of treatment of alcohol and drug problems by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). *Alcohol and Alcoholism*. 2003; 38 (5): 443-5.
- Berner MM, Kriston L et al. The alcohol use disorders identification test for detecting at-risk drinking: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2007; 68 (3): 461-73.
- Bertholet N, Daeppen JB et al. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care-Systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*. 2005; 165 (9): 986-95.
- Bien TH, Miller WR et al. Brief interventions for alcohol problems - a review. *Addiction*. 1993; 88 (3): 315-36.
- Bray JW, Cowell AJ et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Health Care Utilization Outcomes in Alcohol Screening and Brief Intervention Trials. *Medical Care*. 2011; 49 (3): 287-94.
- Carey KB, Scott-Sheldon LAJ et al. Individual-level interventions to reduce college student drinking: A meta-analytic review. *Addictive Behaviors*. 2007; 32 (11): 2469-94.
- Coulton S, Drummond C et al. Stepwise Research Team. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *BMJ*. 2006; 332 (7540): 511-7.
- Cuijpers P, Riper H et al. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction*. 2004; 99 (7): 839-45.
- Dhalla S, Kopec JA. The CAGE questionnaire for alcohol misuse: a review of reliability and validity studies. *Clinical & Investigative Medicine - Medecine Clinique et Experimentale*. 2007; 30 (1): 33-41.
- D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*. 2002; 9 (6): 627-38.
- Emmen MJ, Schippers GM et al. Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *British Medical Journal*. 2004; 328 (7435): 318-20B.
- Feuerlein W, Ringer CH et al. Diagnose des alkoholismus: der Munchner Alkoholismus Test (MALT). *Munchener Medizinische Wochenschrift*. 1977; 119: 1275-82.
- Fiellin DA, Reid MC et al. Screening for alcohol problems in primary care. A systematic review. *Arch Intern Med*. 2000; 160: 1977-89.
- Freemantle N, Gill P et al. Brief interventions and alcohol use. *Quality in health care : QHC*. 1993; 2 (4): 267-73.
- Gordon AJ. Screening the drinking: Identifying problem alcohol consumption in primary care settings. *Advanced Studies in Medicine*. 2006;6 (3): 137-47.
- Gual A. Cribado del consumo de alcohol. En *Prevención de los problemas derivados del alcohol*. 1.ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

- Gual A, Segura L, et al. AUDIT-3 and AUDIT-4: Effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol and Alcoholism*. 2002; 37 (6): 591-6.
- Guardia G, Jiménez-Arriero MA et al. Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo. Valencia: Socidrogalcohol; 2007. p 21-5.
- Guía de Buena Práctica Clínica en Uso y Abuso de Alcohol Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía de Referencia Rápida para abordar el Consumo de Alcohol.; 2005.
- Heather N. Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers – The need for caution. *Alcohol and Alcoholism*. 1995; 30 (3): 287-96.
- Heather N. The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: The British experience. *Addictive Behaviors*. 1996; 21 (6): 857-68.
- Hodgson RJ, John B et al. Fast screening for alcohol misuse. *Addictive Behaviors*. 2003;28 (8): 1453-63.
- Hutchings D, Cassidy P et al. Implementing screening and brief alcohol interventions in primary care: views from both sides of the consultation. *Primary Health Care Research and Development*. 2006; 7: 1-9.
- Irvin CB, Wyer PC et al. Preventive care in the emergency department, part II: Clinical preventive services - An emergency medicine evidence-based review. *Academic Emergency Medicine*. 2000; 7 (9): 1042-54.
- Jackson R, Johnson M et al. SchARR. Screening and brief interventions for prevention and early identification of alcohol use disorders in adults and young people. NICE; 2011.
- Kahan M, Wilson L et al. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers – A review. *Canadian Medical Association Journal*. 1995; 152 (6): 851-9.
- Kaner EFS, Dickinson HO et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009.
- Larimer ME, Counce JM. Identification, prevention, and treatment revisited: Individual-focused college drinking prevention strategies 1999-2006. *Addictive Behaviors*. 2007; 32 (11): 2439-68.
- Mayfield D, McLeod G et al. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. *Am J Psychiatry*. 1974; 131: 1121-3.
- McCambridge J, Day M. Randomised controlled trial of the effects of completing the Alcohol Use Disorders Identification Test questionnaire on self-reported hazardous drinking. *Addiction*. 2008; 103 (2): 241-8.
- McQueen J, Howe TE et al. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011.
- Miller WR, Rollnick S. La Entrevista Motivacional: preparar para el cambio de las conductas adictivas. Paidós Ibérica; 1999.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing, Third Edition: Helping People Change* The Guilford Press; 2012.
- Moyer A, Finney JW, et al. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 200; 97 (3): 279-92.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol-use disorders preventing the development of hazardous and harmful drinking. 2010; www.nice.org.uk/guidance/PH24
- Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: A meta-analysis. *Preventive Medicine*. 1999; 28 (5): 503-9.
- Rapley T, May C et al. Still a difficult business? Negotiating alcohol-related problems in general practice consultations. *Social Science & Medicine*. 2006; 63 (9): 2418-28.
- Reinert DF, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test: An update of research findings. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 2007; 31 (2): 185-99.
- Rist F, Glockner-Rist A et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test revisited: establishing its structure using nonlinear factor analysis and identifying subgroups of respondents using latent class factor analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 2009; 100 (1-2): 71-82.



- Rodríguez-Martos A. MALT (Munchner Alcoholismus Test): validación de la versión española de este test para el diagnóstico de alcoholismo. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur y Am Lat.* 1984; 16: 421-32.
- Rodríguez Martos A, Navarro RM, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Droga-Alcohol.* 1986; 11: 132-9.
- Rodríguez-Martos A, Santamarina E. Does the short form of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) work at a trauma emergency department? *Substance Use & Misuse.* 2007; 42 (6): 923-32.
- Saunders JB, Aasland OG et al. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) – WHO collaborative project on early detections of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction.* 1993; 88 (6): 791-804.
- Vasilaki EI, Hosier SG et al. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism.* 2006; 41 (3): 328-35.
- Whitlock EP, Polen MR et al. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: A summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine.* 2004; 140 (7): 557-68.
- Wilk AI, Jensen NM et al. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine.* 1997; 12 (5): 274-83.