

FICHA 4 RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN: ABANDONO DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL Y SITUACIONES DE DEPENDENCIA

INDICACIÓN

Prevenir situaciones de riesgo en la salud de las personas mayores de 65 años provocadas por el consumo excesivo de alcohol y situaciones de alcoholismo o dependencia alcohólica.

El consumo excesivo de alcohol en personas mayores de 65 años puede ser perjudicial para la salud y asociarse a un trastorno adictivo crónico, situándose entre los principales determinantes sociales en salud (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la toxicidad asociada al alcohol etílico, las alteraciones sensoriales y motoras derivadas de su ingesta excesiva y la enorme capacidad adictiva de esta droga, la convierten en una de las de mayor consumo y más peligrosas para las personas (2). Aproximadamente 3,3 millones de muertes cada año, es decir, el 5,9% de todas las muertes, y el 5,1% de la carga mundial de morbilidad es atribuible al consumo de alcohol (3-5). El alcoholismo constituye un problema de salud pública a nivel mundial, estimándose que afecta al 10% de la población, siendo el trastorno psiquiátrico con mayor prevalencia (3, 6).

A pesar de ello, el consumo de alcohol, forma parte de la sociedad y de la cultura, con una gran significación social. En países occidentales forma parte de los estilos de vida, existiendo una excesiva permisividad hacia su consumo (5,7). Socialmente se acepta al bebedor moderado y se rechaza al bebedor que no es capaz de controlar el consumo. La fuerte desaprobación social que presenta esta enfermedad conlleva un difícil abordaje terapéutico (8-10).

Es frecuente que la sociedad estigmatice a las personas alcohólicas considerándolas desviadas, imperfectas, indeseables, viciosas, peligrosas, violentas, agresivas o irresponsables (11). Como consecuencia la persona alcohólica y su familia, pueden sentir vergüenza, discriminación, devaluación, rechazo y aislamiento social, o experimentar baja autoestima y baja confianza (12). Con frecuencia, esta situación les lleva a desarrollar estrategias de afrontamiento inadecuadas, a rechazar la condición de enfermo, a poner barreras a la búsqueda de ayuda, a dificultar la adherencia al tratamiento, o intentar abandonar el consumo sin ayuda, pudiendo llevarles a sufrir recaídas y a cronificar el problema (13,14).

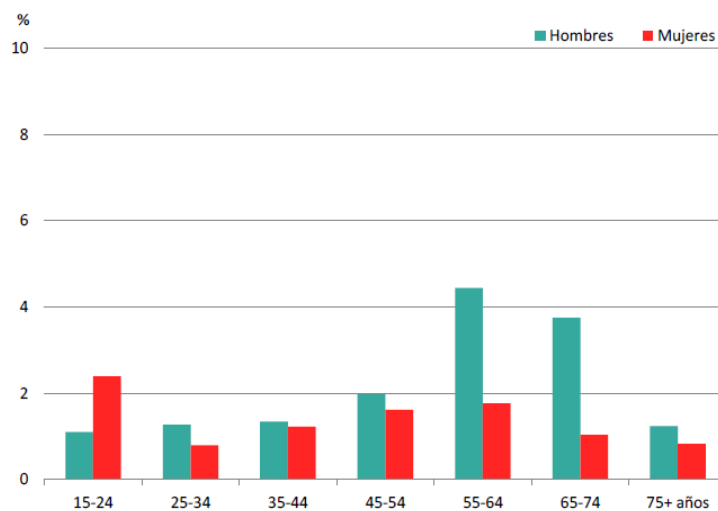
Situación en España y Andalucía del consumo del alcohol

Respecto a las encuestas sobre el consumo de alcohol, debemos tener en cuenta que subestiman la cuantía, infrarrepresentando a los bebedores de riesgo, por el sesgo de memoria y por cierta infradeclaración deliberada (15). Según la OMS, las cuantías obtenidas, mediante encuesta, representan el 40-60% de las obtenidas de datos de compraventa (2).

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2011-2012) (16), el 65,6% de la población de 15 y más años, refirió haber tomado bebidas alcohólicas en el año anterior. Respecto a la población mayor fue el 57,1%, en el grupo de 65 a 74 años, el 43,13% en el grupo de 75 a 84 años y el 29,3 en el grupo mayor, habiendo una marcada diferencia en el consumo entre ambos sexos, siendo la razón entre hombres y mujeres aproximadamente de 2:1. En Andalucía, según la Encuesta de Salud (17), en el año 2011, consumió alcohol el 30,4% en el grupo de 65 a 74 años y del 16,8% de las personas mayores de 75 años.

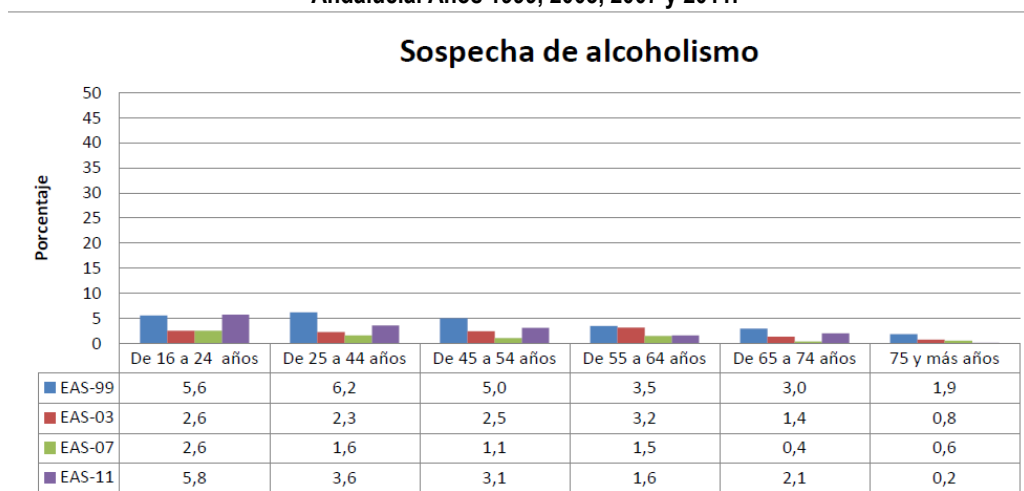
En relación al consumo de riesgo para la salud, situando el umbral de riesgo en 40 g de promedio diario para hombres y 20 g para mujeres, solo el 1,7% de la población española de 15 y más años declara consumir por encima de los umbrales de riesgo. Si la estimación se hace entre los bebedores habituales (l menos un día por semana), el porcentaje es de un 4,3%. En el grupo de 65-74 años, la prevalencia alcanza casi el 4% en hombres (figura 1) (16).

Figura 1. Porcentaje de bebedores de riesgo según sexo y grupo de edad. Población adulta (15 y más años), ENSE 2011/12, MSSSI/INE.



Dado la infraestimación asociada a las encuestas sobre consumo de alcohol (2, 15), puede ser de interés información recogida forma indirecta a través de test o escalas. Así, en Andalucía, Según la Encuesta de Salud (17), un 3,1% de la población andaluza mayor de 16 años podría realizar un consumo excesivo de alcohol, valorado mediante el test CAGE; los hombres (5,4%) tienen un mayor porcentaje que las mujeres (1%). En el grupo de 65 a 74 años, la sospecha alcoholismo es del 2,1% y en el de 75 y más años del 0,2 (figura 2).

Figura 2. Porcentaje de personas con sospecha de alcoholismo (valorado mediante test CAGE) por edad. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.



Definición de términos y criterios diagnósticos

La American Society of Addiction Medicine define el alcoholismo como una “enfermedad crónica primaria, en cuya evolución y manifestaciones intervienen factores genéticos, psicosociales y ambientales. La enfermedad suele ser progresiva y fatal, caracterizándose por una serie de rasgos, que pueden ser continuos o periódicos, como deterioro del control sobre la bebida, obsesión por el alcohol, consumo de alcohol pese a sus consecuencias adversas y perturbación del pensamiento, sobre todo, negación.” La OMS en vez de alcoholismo, utiliza el término de síndrome de dependencia del alcohol, que define como “un estado psíquico y habitualmente también físico, resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas, que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol, de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia” (6,18, 19).

Otros términos que se utilizan en relación al consumo excesivo son: Consumo problemático de alcohol (patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales) Consumo perjudicial (patrón de consumo que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para la salud física y mental) y Consumo de riesgo (que, además de estas, incluye las consecuencias sociales, afectando a la salud pública) (18).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) (20) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (21) incluyen diferentes trastornos relacionados con el consumo de alcohol, haciéndolo en términos de: abuso, consumo perjudicial, síndrome de dependencia del alcohol, intoxicación alcohólica aguda, abstinencia alcohólica.

Según el DSM-IV, el síndrome de dependencia del alcohol puede definirse como un Patrón desadaptativo de consumo, en algún momento continuado de 12 meses, que

conlleve deterioro o malestar, clínicamente significativo, expresado por 3 o más de los siguientes ítems (6,22):

1. Tolerancia (el efecto del alcohol disminuye con su consumo continuado, generando necesidad de cantidades marcadamente crecientes para conseguir la intoxicación o el efecto deseado).
2. Abstinencia alcohólica con sintomatología adyacente.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.
5. Dedicar mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, consumo o recuperación de los efectos del alcohol.
6. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión.
7. Persistencia del consumo a pesar de sus consecuencias perjudiciales.

Diagnóstico de trastornos relacionados con el consumo de alcohol.

El diagnóstico de problemas relacionados con el consumo de alcohol tiene dificultades por distintas cuestiones de criterio diagnóstico, clínicas, como la ausencia, en ocasiones, de complicaciones somáticas objetivables, la escasa conciencia de patología, la negación del problema por el paciente o la banalización por parte del profesional.

Se puede sospechar el diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia del alcohol en personas que: viven en un ambiente (familiar o social) que favorece y acepta el consumo excesivo; encuentran beneficios en el consumo de alcohol (vencer la inseguridad, la timidez, la dificultad para relacionarse); afirman que son capaces de controlarlo; reconocen un modelo de consumo (cantidad, deseo, periodicidad, rapidez) diferente a la de la mayoría de consumidores; anteponen el alcohol a otras responsabilidades (familiares, laborales, sociales); no recuerdan lo que hicieron antes de consumir; han intentado disminuir o abandonar el consumo; tienen conflictos, presiones familiares o los familiares informan sobre un consumo excesivo; presentan aislamiento social; cambian con frecuencia de domicilio, trabajo y relaciones; presentan somatización o hiperfrecuentación; han tenido repetidos accidentes o traumatismos; presentan disfunción sexual, tos crónica, síntomas gastrointestinales, cardiovasculares, crisis convulsivas de aparición tardía o abusan de otras sustancias (6, 23).

Para llegar al diagnóstico es necesario hacer una adecuada recogida de datos, con diferentes técnicas (entrevista, test, cuestionarios, exploración, determinación de marcadores biológicos), que permitan: valorar el patrón de consumo (cantidad, frecuencia), consecuencias (signos clínicos, alteraciones somáticas, psicopatologías previas o asociadas) y sus repercusiones (trastornos conductuales, familiares, sociales y legales) (17). Igualmente, importante es conocer la situación familiar de esta persona, pudiendo resultar de gran utilidad hablar con los familiares o las personas con las que convive, que nos pueden facilitar información en relación al proceso de enfermedad de la persona alcohólica (6, 24).

Hay una serie de aspectos básicos a recoger en la historia clínica: Antecedentes familiares (de consumo de alcohol, enfermedades orgánicas y / o trastornos psiquiátricos), antecedentes personales (enfermedades y tratamientos previos y actuales, antecedentes escolares, laborales, sociales y forenses), patrón de consumo de alcohol (evolución del consumo de alcohol y de los problemas relacionados con el mismo, reconstrucción de un día típico de bebida reciente, reconstrucción del consumo a lo largo de una semana reciente, influencia actual del alcohol en la personalidad del paciente y en sus actividades), periodos previos de abstinencia (duración, motivo, métodos empleados para conseguirlo), motivación del paciente para dejar de beber.

Valoración de la cantidad y frecuencia de la ingesta alcohólica.

Para calcular el consumo de alcohol, se utiliza la unidad de bebida estándar (UBE), en España es igual a 10 gramos de etanol puro. Se pueden seguir las orientaciones de la tabla 2 (25):

Tabla 1. Número de Unidades de Bebida Estándar (UBE) según el tipo y volumen de bebida (25).

Tipo de bebida	Volumen	Nº de UBES
Vino	1 Vaso (100 cc)	1
	1 Litro	10
Cerveza	1 Caña (200 cc)	1
	1 Litro	5
Copas	1 carajillo (25cc)	1
	1 copa (50cc)	2
	1 combinado (50cc)	2
	1 litro	40
Generosos	1 copa (50cc)	1
	1 vermut (100cc)	2
	1 litro	20

Patrón de consumidores y consumo de riesgo

En función del número de UBES consumidas y del sexo, se establecen diferentes patrones de consumidores (abstemio, bebedor ligero, moderado, alto, excesivo) y el tipo de consumo (Uso, Abuso, Dependencia, gran riesgo) (tabla 3) (22,26).

Tabla 2. Patrones de consumo y tipo de riesgo en función del número de Unidades de Bebidas Estándar (UBE) diarias (22).

Patrón de consumo (Bebedor)	HOMBRE	MUJER
Abstemio		
Bebedor ligero	1-2 UBE/día	1-2 UBE/día
Bebedor moderado	3-6 UBE/día	3-4 UBE/día
Bebedor alto	7-8 UBE/día	5-6 UBE/día
Bebedor excesivo	9-12 UBE/día	7-8 UBE/día
Tipo de Consumo		
USO (Bajo riesgo)	< 17 UBES/semana	< 11 UBES/Semana
ABUSO (Peligroso)	17-28 UBES/Semana	11-17 UBES/Semana
DEPENDENCIA (Riesgo Alto)	> 28 UBES/Semana, ó 5 UBES/en 14 horas/en un mes, ó antecedentes familiares de alcoholismo	> 17 UBES/Semana, ó 5 UBES/en 14 horas/en un mes, ó antecedentes familiares de alcoholismo
Gran riesgo	> 13 UBE/día	> 8 UBE/día

Unidad de Bebida Estándar (UBE): Contenido medio en alcohol de una consumición habitual en cuanto a su graduación y volumen=10 g alcohol

Gramos de alcohol: ml de bebida * graduación de la bebida * 0,8/100

Tests y cuestionarios diagnósticos

Existen diversos tests y cuestionarios eficaces para: la detección o screening; el diagnóstico de los trastornos relacionados con el uso del alcohol; determinar la gravedad e intensidad de la dependencia o para conocer la motivación para el cambio de conducta. No obstante, un resultado negativo en estos test no debe interpretarse como excluyente del problema, dado que la negación y posturas defensivas pueden provocar falsos negativos. Por ello, hay que complementarlos con pruebas biológicas y entrevistas a familiares antes de formular un diagnóstico (6,24).

1. Detección o screening, de casos. Los más utilizados, especialmente en atención primaria son el CAGE, el AUDIT, el Münchner Alkoholismus Test (MALT) (Anexo 1).
2. Diagnóstico. Cuantifican la presencia y, en su caso, la gravedad de los síntomas que constituyen la dependencia, sirviendo para confirmar y evaluar la enfermedad. En atención primaria pueden ser útiles el AUDIT y MALT.
3. Evaluación de la gravedad e intensidad de la dependencia, y del deseo o necesidad de beber (craving). Además de las anteriores podemos considerar la Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ), la Escala de intensidad de la dependencia alcohólica (EIDA) o la Escala Analógica Visual de Craving (6).
4. Evaluación de la motivación para el cambio de conducta. Pueden utilizarse la escala Perfil de bebida (CPD), el Inventario del uso del alcohol (AUI) o la Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) de Prochaska y Di Clemente entre otros.

Marcadores biológicos del alcoholismo

Ayuda a estudiar a los pacientes que niegan o minimizan el consumo, determinar la gravedad física del consumo y monitorizar la evolución. La identificación física se basa en la búsqueda de signos físicos indicativos de daños en órganos y sistemas (rubicundez, hipertrofia parotídea, alopecia y distribución ginoide del vello, etc.) (6, 24).

Además, existen una serie de parámetros biológicos indicativos de alteraciones hepáticas y/o metabólicas. La determinación conjunta de VCM y GGT permite identificar más del 75% de bebedores excesivos, sobre todo cuando van asociados a cuestionarios de detección del consumo de riesgo (6, 22).

- Volumen corpuscular medio o VCM eritrocitario: Valores mayores de 96 son considerados indicativos de abuso de alcohol. El VCM disminuye lentamente con la abstinencia y se normaliza en 3-4 meses, volviendo a elevarse tras la ingesta (27).
- La GGT o gammaglutamil transpeptidasa sérica: Se eleva con consumos mayores de 40-60 gr/día. La abstinencia prolongada disminuye los valores séricos, presentando una caída característica en los 5 primeros días tras la abstinencia y alcanzando valores normales al cabo de 2-3 meses (6).
- La GOT o AST (glutámico-oxalacético trasaminasa o aspartato-anminotransferasa) y GPT o ALT (alanino-anminotransferasa) se elevada en 32-77% de pacientes alcohólicos (6).
- La CDT está elevada en el 80% de bebedores que consumen entre 50-60 gr. de alcohol/día y en el 90% de pacientes alcohólicos. Se establece un punto de corte para hombres de 20 U/l y de 26 U/l para mujeres, con mejores resultados si se utiliza la %CDT (valor relativo mayor de 6 en ambos sexos). Tras la abstinencia sus valores se normalizan en dos semanas y vuelve a subir tras las recaídas (6).
- Además, 30% de alcohólicos presentan dislipemias, especialmente hipertrigliceridemia y el ácido úrico suele elevarse en pacientes alcohólicos masculinos.

Se recomienda solicitar una analítica general: Hemograma, VSG y estudio de coagulación, bioquímica general: función hepática, urea y creatinina, lípidos, glucosa, ácido úrico, electrolitos, CPK, amilasa y lipasa, proteinograma, marcadores de los virus de la hepatitis (VHC y VHB) serología luética, y análisis de orina (6).

Estrategias o medidas de soporte para el abordaje de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol.

El alcoholismo es una enfermedad crónica que puede cursar con períodos de remisión y recaídas. Para entender la conducta de enfermedad del enfermo alcohólico, puede ser útil el modelo Transteórico de Prochaska, que considera el cambio de conducta como un proceso que se desarrolla en cinco etapas: 1) Precontemplación, en la que la persona no intenta actuar para cambiar de conducta en un periodo inmediato, 2) Contemplación, donde la persona intenta cambiar en los próximos seis meses, 3) Preparación, cuando la persona está dispuesta a realizar

acciones en menos de un mes, 4) Acción, cuando se han realizado cambios durante los últimos seis meses, 5) Mantenimiento, cuando la persona confía en los cambios y tiene menor probabilidad de volver a la conducta no deseada (6, 23).

El enfermo alcohólico puede percibir un patrón de consumo diferente y superior al de la mayoría de las personas de su entorno, aunque suele encontrar numerosas barreras para modificar su modelo de consumo, destacando las ventajas asociadas al mismo, citadas anteriormente, y la negación del problema, característica de esta enfermedad. Estas barreras le dificultan, identificarse como enfermo, salir de la etapa de precontemplación y avanzar hacia siguientes en las etapas del proceso de cambio (23).

En caso de sospecha de este diagnóstico, **la abstención continuada de alcohol es el objetivo óptimo**, que consigue el mejor funcionamiento a largo plazo, dado que una pequeña dosis de alcohol puede desencadenar el proceso y llevar a la recaída (6,23).

Aunque algunas personas con dependencia del alcohol pueden dejar de beber por sus propios medios, muchas otras van a necesitar un tratamiento de desintoxicación y deshabitación (6). Debido a la dificultad que supone el abordaje de la enfermedad, resulta fundamental el apoyo de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, psicólogos) y de los grupos de ayuda mutua existentes, para enfermos alcohólicos y familiares, durante el proceso de recuperación de esta enfermedad crónica. Para mejorar la calidad del proceso terapéutico se deben adaptar las intervenciones, teniendo en cuenta las características de la conducta de enfermedad, en este tipo de enfermedades, y las motivaciones y dificultades asociadas a cada etapa de la misma. (23).

Existe controversia sobre cuáles son las psicoterapias más adecuadas en el tratamiento del alcoholismo, destacando las intervenciones breves (abordaje motivacional), el abordaje de refuerzo Comunitario (Community Reinforcement Approach), las técnicas facilitadoras basadas en los 12 pasos, el entrenamiento en habilidades sociales y la terapia cognitivo-conductual y de pareja. La inclusión de la pareja y familiares en el tratamiento del alcoholismo parece mejorar los resultados sobre el consumo de alcohol. El tratamiento del alcoholismo redonda, además, en una mejora del funcionamiento de la pareja y la familia (6, 23).

Entre las distintas estrategias destacamos, las intervenciones breves, utilizando como base la entrevista motivacional, y el tratamiento de deshabitación.

Intervenciones breves.

Con respecto al consumo de riesgo, diversos estudios y metanálisis han comprobado que las Intervenciones Breves son eficaces para reducir el consumo excesivo de alcohol, el número de episodios de consumo de riesgo y la frecuencia de consumos excesivos, en el ámbito de la atención primaria de salud (6, 28). Se recomienda informar a las personas que se encuentran en riesgo de alcoholismo, que se trata de una enfermedad adictiva, caracterizada por una pérdida de control sobre el consumo, con consecuencias graves para su salud y la de su familia. Dado

que la pérdida de control es un efecto de la sustancia, se recomienda la abstinencia si se sospecha la existencia de alcoholismo. La recuperación es posible, para ello se recomienda ayuda profesional, familiar y la participación en grupos de ayuda mutua.

Entrevista Motivacional.

Ayuda a explorar en qué fase de cambio se encuentra el enfermo alcohólico, y posteriormente, establecer intervenciones que fomenten su motivación para el cambio, y poder conseguir que él mismo pueda modificar sus hábitos de consumo de alcohol y su estilo de vida (6, 29,30).

El estilo terapéutico determina la eficacia de la entrevista, no se debe dirigir, ni solucionar, sino ofrecer calidez, empatía y autenticidad. Desde un lenguaje no autoritario, insinuar la responsabilidad del cambio en el paciente, mediante el uso de estrategias persuasivas.

Miller y Rollnik propusieron cinco principios claves de la entrevista motivacional: 1) Expresar empatía (aceptación, escucha reflexiva), 2) Desarrollar discrepancia (respecto a los pros y los contras, la conducta presente y la conducta esperada), 3) Evitar enfrentamientos; 4) Manejar la resistencia (evitar la imposición, buscar en el paciente las soluciones a sus propios problemas), y 5) Apoyar la autoeficacia (capacidad del paciente para cambiar y afrontar situaciones difíciles, y elegir entre distintas alternativas terapéuticas).

Como técnicas básicas encontramos: 1) Utilizar preguntas abiertas (qué, cómo, por qué, cuándo, quién...), 2) Escuchar reflexivamente o repetir (en otras palabras, lo que quieres decir...), 3) Afirmar (debe ser difícil para ti, parece que esta situación la manejas bien), 4) Resumir (comprobando si se ha entendido correctamente), y 5) Evocar frases motivacionales (reconocimiento del problema, expresión de preocupación, intención de cambiar y optimismo sobre el cambio).

Es fundamental adaptar la intervención a la fase en que se encuentra el enfermo evitando así la resistencia al cambio (6). Además, es frecuente que se produzcan recaídas y, la persona alcohólica, puede pasar varias veces por las distintas fases, antes de alcanzar una estabilidad en la recuperación (30).

En el anexo 2, se indican, de forma más extensa, estrategias motivacionales así como los pasos a seguir en la entrevista motivacional.

Tratamiento de deshabituación.

Implica un abordaje multidisciplinar que integra las dimensiones biológica, psicológica y social, trabajando todos los factores de vulnerabilidad hacia la recaída.

Tratamiento farmacológico: En determinados momentos se requiere de tratamiento farmacológico, será siempre sintomático y con la finalidad de prevenir el Síndrome de Abstinencia Alcohólica, reducir el craving, evitar las recaídas, o para otros trastornos médicos o psiquiátricos que puedan aparecer durante el tratamiento de deshabituación. Se utilizan fármacos hipno-sedantes (como benzodicepinas o clormetiazol), anticomiciales, simpaticolíticos y antidopaminérgicos. Además,

vitaminoterapia (especialmente tiamina) para prevenir el síndrome de Wernicke-Korsakoff. Ante pacientes ancianos o con compromiso hepático, o cuando deba evitarse una sedación excesiva, son de elección las benzodiacepinas de vida media corta o intermedia, como el lorazepam. Además puede ser necesario el uso de otros fármacos en caso de enfermedad existencia de enfermedad psiquiátrica (6).

Intervención psicosocial: Orientada a mantener la adherencia terapéutica, prevenir recaídas, incrementar la competencia y calidad de vida y reducir la posible comorbilidad psiquiátrica del paciente alcohólico (6).

Los pacientes que presentan dependencia del alcohol, los que presentan comorbilidad médica, psiquiátrica o adictiva, y aquellos en los que la intervención breve ha resultado ineficaz, deberían ser derivados a un centro especializado en el tratamiento del alcoholismo. Estos deben mantener una estrecha relación con la Atención Primaria y otros servicios médicos especializados, para agilizar las derivaciones y garantizar los seguimientos (6). Igualmente importante es contar con la labor de los GAM para enfermos alcohólicos y familiares (23).

Grupos de Ayuda Mutua (GAM): Los GAM para enfermos alcohólicos y familiares, resultan fundamentales, para que cuando el paciente deja de recibir atención médica, siga teniendo los apoyos, conocimientos y recursos necesarios para mantenerse en abstinencia, evitar recaídas y cambiar los estilos de vida que le llevaban al consumo. En los GAM, los familiares adquieren apoyo psicosocial, conocimientos sobre la enfermedad y el abordaje familiar de la misma, pudiendo contribuir a la recuperación del enfermo (6,23).

Destacamos la existencia, a nivel mundial existe una importante red de grupos de Alcohólicos Anónimos, para la recuperación de personas con problemas relacionados con el consumo de alcohol, y de Al-anon, para la recuperación de familiares y amigos de estas personas. En Andalucía hay más 90 grupos.

Intervención y recomendaciones en mayores de 65 años desde Atención Primaria:

Se estima que entre los pacientes de la Atención Primaria hay entre un 4% y un 29% de bebedores de riesgo, entre un 0.3% y un 10% de bebedores abusivos y entre un 2% y un 9% de pacientes con dependencia al alcohol. Los profesionales sanitarios, en Atención Primaria, tienen una labor fundamental en el diagnóstico de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol, el inicio del tratamiento mediante la intervención motivacional, la derivación a los especialistas, si el paciente lo requiere y a informarle y recomendarle acudir a GAM.

Por otra parte, dado el importante problema que supone el consumo excesivo de alcohol, en la población general, sería conveniente la detección sistemática de bebedores de riesgo en el sistema sanitario y, en especial, en la Atención Primaria de Salud, donde el consejo terapéutico sobre la reducción de un consumo de riesgo puede ser útil (6,24).

En el seguimiento de personas mayores de 65 años se tendrá especial interés en determinar y evaluar el consumo de alcohol. Cuando el consumo ha sido explicitado y está claro, la fase de evaluación podrá ser simplificada, en caso contrario y tras

preguntar a la persona procederemos a determinar si es abstemio o si tienen patrón de consumo que no representa riesgos para la salud. En ese caso procederemos a felicitar a la persona y muy esporádicamente le preguntaremos por posibles cambios en dicho consumo.

Cuando la persona consuma alcohol ocasionalmente, pasaremos a determinar el número de unidades básicas de alcohol que consume. Tomando los índices marcados anteriormente para determinar si existe USO, ABUSO o DEPENDENCIA. En caso de uso, se realizará únicamente un consejo básico explicitando el consumo de alcohol como un riesgo para la salud y combatiendo posibles mitos alrededor de éste. En el caso de que este consejo no sea suficiente, se utilizarán técnicas motivacionales.

En el caso de un consumo frecuente, o si al determinar las UBEs aparece un consumo abusivo procede aplicar técnicas de entrevista motivacional, se recomendará reducir el consumo, y en el caso de dependencia alcohólica la abstinencia total como patrón terapéutico.

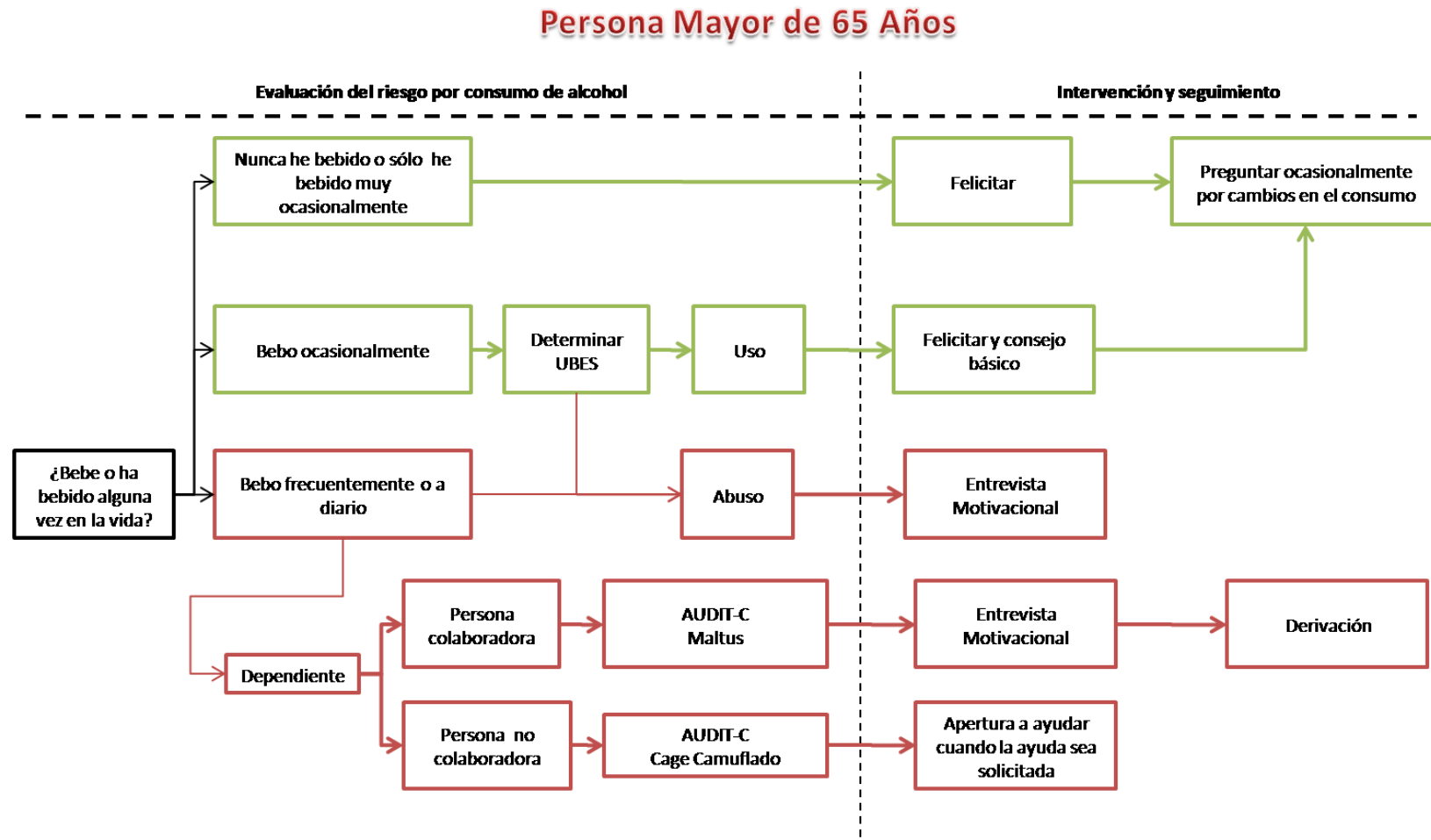
Si es dependiente y colabora, podemos aplicar el test AUDIT o el cuestionario de MALT y ciertas técnicas de entrevista motivacional e intentar derivarlo a un recurso específico, tales como centro de intoxicación o abordaje comunitario, así como grupos de ayuda mutua. Si no colabora y necesitamos evaluar la conducta de consumo podemos utilizar el CAGE camuflado. En este último caso, mostraremos una actitud receptiva y nos ofreceremos para ayudarlo a tratar el problema, cuando la persona lo estime oportuno. No procede adoptar posturas paternalistas o inquisitorias hacia su conducta, sino de oferta de ayuda para cuando la persona tome una decisión de actuar para abandonar/ controlar el consumo de alcohol.

Una buena anamnesis y exploración, así como los registros del consumo de alcohol aportarán datos sobre la duración, frecuencia y cantidad de la ingesta de cada consumición. La entrevista clínica semi-estructurada debe ser utilizada como herramienta diagnóstica de los problemas relacionados con el alcohol en todos los ámbitos clínicos, siempre que se disponga de al menos 15 minutos para realizarla. De esta forma podremos recoger los aspectos básicos que deben recogerse en la historia clínica de este tipo de personas y que se indicaron previamente.

En las siguientes páginas se presentan algoritmos de actuación para el abordaje del consumo de alcohol en pacientes mayores de 65 años.



ALGORITMO DE INTERVENCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA



Anexo 1. Instrumentos de Evaluación del consumo

1. DETECCION CONSUMO ALCOHOL - CUESTIONARIO CAGE CAMUFLADO (24, 31)

Se puede utilizar en población general y con personas no colaboradoras. Es un test heteroadministrado con 12 ítems de los cuales sólo 4 preguntas son las puntuables (marcadas en negrita en test). El punto de corte se sitúa en más de dos respuestas afirmativas. Cada preguntas debe intercalarse durante la entrevista sin formularse seguidas para evitar posturas defensivas o de rechazo.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
1. ¿Piensa usted que come demasiados dulces?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Le han ofrecido alguna vez un "porro" o una dosis de cocaína?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Le ha molestado alguna vez la gente que le critica su forma de beber?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
4. ¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio con carácter semanal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
5. ¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
6. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
7. ¿Se ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
8. ¿Le han comentado alguna vez que debería comer más frutas y verduras?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
9. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
10. ¿Le han comentado en alguna ocasión que debería fumar menos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
11. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
12. ¿Se ha planteado en alguna ocasión cambiar su costumbre de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Puntuación Total		

Fuente: Servicio Andaluz de Salud (29)

2. AUDIT C (33).

Como en el caso anterior se utiliza con personas colaboradoras. Es un test elaborado por la OMS en un contexto internacional, para identificar un consumo de riesgo, prejudicial e incluso dependencia, diseñado para atención primaria y que estudia el consumo actual de alcohol. Los puntos de corte validados para la detección de consumos de riesgo para el sexo masculino es de 9 puntos y para aquellos sujetos que admiten tener una dependencia al alcohol los puntos de corte son de 10 para hombres y de 10 u 11 para mujeres.

1. Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

(0) nunca (1) Una o menos veces al mes (2) 2 a 4 veces al mes (3) 2 o 3 veces a la semana (4) 4 o mas veces a la semana

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

(0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7 a 9 (4) 10 o mas

3. Con que frecuencia toma 6 o mas bebidas alcohólicas en un solo dia?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

4. Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

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

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

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

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

7. Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

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

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

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

(0) no (2) sí, pero no en el curso del último año (4) sí, el último año

10. Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

(0) no (2) sí, pero no en el curso del último año (4) sí, el último año

Fuente: Contel M, Gual A, Colom J. Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. Adicciones 1999; 11(4): 337-47.

3. DETECCIÓN ALCOHOLISMO – CUESTIONARIO MALT (24, 32) –

Se puede utilizar en población general, con personas colaboradoras. Es un test autoadministrado (MALT-S) y heteroadministrado (MALT-0) con 26 y 7 ítems con dos respuestas respectivamente. El valor de cada respuesta afirmativa del MALT-S tiene un valor de 1 punto, y en el MALT-0 de 4 puntos. Los puntos de corte se presentan en la siguiente tabla:

Total MALT-S		0-5 puntos: no alcoholismo 6-10 puntos: sospecha de alcoholismo ≥ 11 puntos: alcoholismo
Total MALT-O		
Total		

A cumplimentar por el profesional:

MALT-O		SI	NO
1	Enfermedad hepática (mínimo un síntoma clínico; p.ej. consistencia aumentada, hepatomegalia, dolor a la presión, etc, y al menos un valor de laboratorio patológico: p.ej. GOT, GPT o GGT). (Sólo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido: descarta, pues, hepatitis vírica, hepatomegalia de cardiopatía congestiva, etc)		
2	Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas, p.ej. diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas)		
3	Delirium tremens (actual o en la anamnesis)		
4	Consumo alcohólico superior a los 150 ml (en la mujer, 120 ml) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses		
5	Consumo alcohólico superior a los 300 ml (en la mujer, 240 ml) de alcohol puro, una o más veces al mes		
6	Fetor alcohólico (en el momento de la exploración médica)		
7	Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico/a, trabajador/a social o instituciones pertinentes).		
PUNTUACIÓN TOTAL			

A cumplimentar por el paciente:

Por favor, marque con una cruz la respuesta que mejor se adapte a su situación personal durante los últimos meses

Cuestionario MALT-S		SI	NO
1	En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos.		
2	A temporadas, sobre todo por la mañana, tengo una sensación		
3	Alguna vez he intentado calmar " la resaca", el temblor o la náusea		
4	Actualmente, me siento amargado/a por mis problemas y dificultades		
5	No es raro que beba alcohol antes del desayuno o el almuerzo		
6	Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces, siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo		
7	A menudo pienso en el alcohol		
8	A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico/a me lo había		
9	En las temporadas en que bebo más, como menos		
10	En el trabajo, me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol y/o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido		
11	Últimamente prefiero beber el alcohol a solas (y sin que me vean).		
11	Bebo de un trago y más de prisa que los demás.		
12	Desde que bebo más, soy menos activo/a.		
13	A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después		
14	He ensayado un sistema para beber (p.ej. no beber antes de		
15	Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol		
16	Sin alcohol, no tendría tantos problemas		
17	Cuando estoy excitado/a, bebo alcohol para calmarme.		
18	Creo que el alcohol está destruyendo mi vida.		
19	Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a		
20	Otras personas no pueden comprender por qué bebo		
21	Si yo no bebiera, me llevaría mejor con mi esposa o pareja.		
22	Ya he probado pasar temporadas sin alcohol		
23	Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo/a.		
24	Repetidamente me han mencionado mi "aliento alcohólico"		
25	Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo.		
26	A veces, al despertar después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que		
Puntuación Total			

Fuente: Servicio Andaluz de Salud (ver referencias bibliográficas de validación y validación al castellano)

Anexo 2.

El objetivo de la entrevista motivacional es explorar la etapa de cambio en la que se encuentra el enfermo alcohólico y establecer intervenciones que permitan pasar de la fase de pre contemplación a la de acción, fomentando la motivación para el cambio. Se recomiendan adaptar las intervenciones a la etapa en la que se encuentra el paciente (6, 28). En la tabla 4, se indican algunas de las estrategias motivacionales posibles para cada etapa (30).

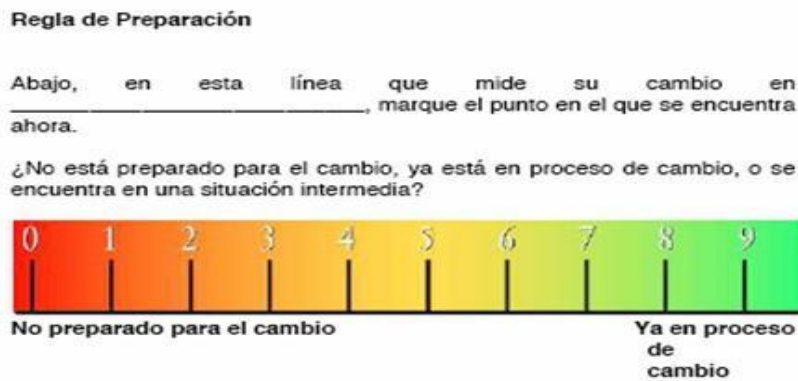
Tabla 3. Estrategias motivacionales según la etapa de cambio en la que se encuentra la persona alcohólica. Adaptado de “Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancia (William R Miller) (30).

Etapa de cambio	Estrategias adecuadas
Precontemplación	Establecer afinidad y confianza Aclarar dudas y preocupaciones del pacientes respecto al patrón de consumo de alcohol: <ul style="list-style-type: none"> - Explicar el significado de los sucesos que han llevado al paciente al tratamiento o los resultados de tratamientos anteriores. - Extraer percepciones sobre tratamientos anteriores - Ofrecer información objetiva acerca del riesgo del uso de sustancias - Proporcionar retroalimentación personalizada sobre los hallazgos de la entrevista. - Explorar las ventajas y desventajas del uso de alcohol. - Ayudar a intervenir a las personas significativas - Examinar las discrepancias entre las percepciones y los demás en cuanto al consumo.
Contemplación	Normalizar la ambivalencia Ayudar al paciente a “sopesar el balance decisional” hacia el cambio: <ul style="list-style-type: none"> - Extraer y poner en una balanza las ventajas y desventajas del uso de alcohol y del cambio. - Cambiar la motivación extrínseca por la intrínseca - Examinar los valores personales del paciente respecto al cambio. -Enfatizar la libre elección, responsabilidad y autoeficacia del paciente para el cambio -Extraer planteamientos automotivacionales respecto a la intención y el compromiso para el cambio -Extraer ideas acerca de la autoeficacia percibida y las expectativas en cuanto al tratamiento -Resumir los planteamientos de automotivación
Preparación	Aclarar las metas y estrategias del paciente para el cambio Ofrecer un menú de opciones para el cambio o el tratamiento Negociar un plan de cambio o tratamiento Considerar y reducir las barreras del cambio Ayudar al paciente a conseguir apoyo social Explorar expectativas del tratamiento y el papel del paciente Sacar del paciente lo que ha funcionado en el pasado para él o para otros que conoce
Acción	Comprometer al paciente con el tratamiento y reforzar la importancia de mantener la recuperación Apoyar un punto de vista realista de cambio a través de pasos pequeños Reconocer las dificultades para el paciente en las etapas iniciales del cambio Ayudar al paciente a identificar situaciones de alto riesgo Ayudar al paciente a encontrar nuevos refuerzos de cambio positivo Ayudar al paciente a evaluar cuando tiene un apoyo familiar y social fuerte
Mantenimiento	Ayudar al paciente e identificar y examinar alternativas al consumo Apoyar los cambios en el estilo de vida Afirmar la resolución del paciente y la autoeficacia Ayudar al paciente a practicar y usar nuevas estrategias para evitar el regreso al consumo Desarrollar un plan de “escape” si el paciente vuelve al consumo de alcohol Repasar con el paciente las metas a largo plazo
Recaídas	Ayudar al paciente a reiniciar el ciclo de cambio y reforzar cualquier disposición para reconsiderar un cambio positivo Explorar el significado y la realidad de la recaída como una oportunidad de aprendizaje Ayudar al paciente a encontrar alternativas a las estrategias de manejo

La entrevista motivacional se desarrolla en seis pasos: Introducción, conciencia, motivación, acción, prevención de recaídas y continuación. A continuación se desarrollan estas etapas.

- 1) Introducción. Consiste en la presentación del profesional y el paciente, la construcción de una relación de confianza, se explica el procedimiento de la entrevista motivacional, se trabaja la toma de conciencia del problema y se reflexiona sobre la situación, analizando el comportamiento de riesgo.
- 2) Conciencia. Para valorar y aumentar el nivel de conciencia, hay que explorar la percepción del comportamiento de riesgo, del conocimiento de que el alcohol es una sustancia que crea adicción y altera el comportamiento y proveer retroalimentación del riesgo y consecuencias para la salud, el conocimiento de las relaciones entre el problema de salud y el comportamiento, así como el nivel de conciencia de la probabilidad y gravedad de la enfermedad.
- 3) Motivación. Se debe valorar el nivel de preparación para el cambio, si es baja, trabajar la mejora de la motivación, si es alta, seguir con la acción. En esta fase puede ser útil emplear una regla de preparación para el cambio (figura 3).

Figura 3. Regla de preparación para el cambio.



Para mejorar la motivación, se recomienda valorar los pros y contras del comportamiento actual y deseable, y ayudar al paciente a modificar la balanza entre pros y contras. Una herramienta útil puede ser una matriz de pros y contras (figura 4).

Figura 4. Matriz para tomar decisiones

Problema	
Alternativas de solución	Pros (+) y Contras (-)
1	+ -
2	-
3	+ -

DECISION TOMADA:

Razones por las que se tomó la decisión:
1.
2.
3.

4) Acción. Se debe valorar el nivel de autoeficacia y habilidades para el cambio deseado, ayudarle a identificar vías para incrementar la autoeficacia y destrezas,

valorar barreras para el cambio y ayudarle a encontrar soluciones para las barreras, desarrollar planes para situaciones difíciles y ayudarle a establecer objetivos.

5) Prevención de recaídas. Ayudar al enfermo a identificar situaciones difíciles y a hacer planes para estas situaciones.

6) Continuación. Para ayudarle a mantener la sobriedad, se debe monitorizar el progreso con el paciente/cliente y ayudarle a permanecer motivado y adaptar metas y acciones.

PARA SABER MÁS:

1. Guardia J (coord.). Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo.

Socidrogalcohol. 2007 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en:

<http://www.cedro.sld.cu/bibli/gp/gp1.pdf>

2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Glosario de términos de alcohol y droga (Lexicon of Alcohol and Drug Terms. Organización Mundial de la Salud; 1994).

Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid; 20008 [consultado 27 Dic 2016].

Disponible en:

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

3. Tirado P (coord.). Guía clínica para el abordaje de trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Sevilla: Consejería de Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 2007 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/GUIA_CLINICA_ALCOHOL.pdf

4. Servicio Andaluz de Salud. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico [internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud [actualizado 18 Nov 2016; consultado 27 Dic 2016]. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5

Otros documentos de interés:

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003.

Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 [consultado 27 Dic 2016].

Disponible en: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf

2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Suiza: Editorial WHO; 2011 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en:

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprfiles.pdf

3. Chestnov O. Foreword. En: World Health Organization, editors. Global status report on alcohol and health. Geneva, Switzerland: Editorial World Health

Organization; 2014 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Suiza: Editorial WHO; 2011 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsrupr_ofiles.pdf
3. Chestnov O. Foreword. En: World Health Organization, editors. Global status report on alcohol and health. Geneva, Switzerland: Editorial World Health Organization; 2014 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf
4. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373(9682):2223-33. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60746-7
5. Oliveira GF, Luchesi LB. The discourse on alcohol in the Brazilian Journal of Nursing: 1932-2007. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010;18(spe):626-33.
6. Guardia J (coordinador). Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo. *Socidrogalcohol*. 2007 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.cedro.sld.cu/bibli/gp/gp1.pdf>
7. Menéndez EL, di Pardo RB. Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México. *Desacatos*. 2006;20:29-52
8. Hill JV, Leeming D. Reconstructing 'the Alcoholic': Recovering from Alcohol Addiction and the Stigma this Entails. *Health Addiction*. 2014;12:759-71
9. Wallhed Finn S, Bakshi AS, Andréasson S. Alcohol consumption, dependence, and treatment barriers: perceptions among nontreatment seekers with alcohol dependence. *Subst Use Misuse*. 014;49(6):762-9. doi: 10.3109/10826084.2014.891616
10. Van Boekel LC, Brouwers EP, Van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its

consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2013;131(1-2):23-35. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018

11. Link B, Phelan J. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001; 27(1): 363-85.

12. Watson A, Corrigan P, Larson J, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull.* 2007 Noviembre; 33(6): 1312-8

13. World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Regional Office for Europe; 2005 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf

14. Lauber C, Rössler W. Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *Int Rev Psychiatry.* 2007; 19(2): 157-78

15. Gutiérrez-Fisac JL. Indicadores de consumo de alcohol en España. *Med Clin (Barc)* 1995; 104:544-50

16. Suárez M, Neira M, Ichaso MS. Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Serie Informes monográficos nº 1. Consumo de alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013[consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNacional2011/informesMonograficos/ENSE2011_12_MONOGRAFICO_1_ALCOHOL4.pdf

17. Sánchez JJ (coord.). Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012. Muestra de adultos. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2013 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/EAS_2011_2012_Adultos.pdf

18. Ministerio de Sanidad y Consumo. Glosario de términos de alcohol y droga (Lexicon of Alcohol and Drug Terms. Organización Mundial de la Salud; 1994).

Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid; 20008 [consultado 27 Dic 2016].

Disponible en:

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

19. American Society of Addiction Medicine (ASAM). Public Policy Statement on the Definition of Alcoholism. North Bethesda, MD: ASAM, 1990 [consultado 27 Dic 2016].

Disponible en: <http://www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/1definition-of-alcoholism-2-902.pdf?sfvrsn=0>

20. DSM IV-TR. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.

21. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de las enfermedades mentales. 1992
22. Ochoa E, Madoz-Gúrpide A, Vicente N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Med segur trab.* 2009 [consultado 27 Dic 2016]; 55(214): 26-40
23. Lima-Rodríguez JS, Guerra-Martín MD, Domínguez-Sánchez I, Lima-Serrano M. Respuesta del enfermo alcohólico ante su enfermedad: Perspectivas de pacientes y familiares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015;23(6):1165-72. DOI: 10.1590/0104-1169.0516.2662
24. Aubà J, Freixedas R. La detección del consumo de alcohol en atención primaria. *Aten Primaria.* 2000; 25(4): 268-73
25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [internet, consultado 27 Dic 2016]. Campañas 2007- Alcohol y menores. El alcohol te destroza por partida doble. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/campañas/campanas07/alcoholmenores9.htm>.
26. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y otras Dependencias. Aula Médica. Madrid 2000.
27. Cronigrave KM, Saunders JB, Whitfield JB. Diagnostic test for alcohol consumption. *Alcohol Alcohol* 1995; 90: 1479-85
28. Colom J, Segura L, Gual A. Las intervenciones breves en los problemas de alcohol desde la atención primaria. *Tratado SET de trastornos adictivos.* Sociedad española de toxicomanías. Editorial Médica Panamericana 2006; 172-80.
29. Bóveda J, Pérula LA, Campiñez M, Bosch JM, Barragán N, Prados JA, Grupo Colaborativo Estudio Dislip-EM. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Aten Primaria* 2013; 45(9): 486–95
30. Tirado P (coord.). Guía clínica para el abordaje de trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Sevilla: Consejería de Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 2007 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/GUIA_CLINICA_ALCOHOL.pdf
31. Servicio Andaluz de Salud. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico [internet]. Detección Consumo de Alcohol- Cuestionario Cage Camuflado. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud [actualizado 18 Nov 2016; consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT1_Conalcohol_Cagecamuflado.pdf

32. Servicio Andaluz de Salud. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico [internet]. Detección Alcoholismo- Cuestionario Malt. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud [actualizado 18 Nov 2016; consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT1_Alcoh_MALT.pdf
33. Contel M, Gual A, Colom J. Test para la identificación de transtornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. Adicciones 1999; 11(4): 337-47