

Atención Primaria y problemas derivados del consumo de alcohol.

Alicia Rodríguez-Martos Dauer.
Plan Municipal de Acción sobre Drogodependencias de Barcelona.

CONCEPTO DE TRATAMIENTO: AMPLIANDO EL ESPECTRO DE ACTUACIÓN.

El consumo excesivo de alcohol presenta una notable prevalencia en nuestro país. Alrededor del 20% de la población general adulta española realiza un consumo de bebidas alcohólicas que, por su cuantía, puede ser considerado como de riesgo moderado (> 40 gr/d), mientras que el 10,9% de la población general española (1) y el 24% de la población laboral activa (2) ingiere más de 60 gr/d de alcohol puro (riesgo elevado). Se estima que alrededor del 15-20% de las consultas de Atención Primaria de Salud (APS) y alrededor del 30% de las admisiones hospitalarias están relacionadas con el alcohol (3). La prevalencia de alcoholdependencia en la APS se situaría en torno al 10% (4,5).

La dimensión de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en una comunidad (6) se estima proporcional al consumo de alcohol per cápita dentro de la misma y, por cada litro de incremento anual de dicho consumo, aumenta en un 1% la mortalidad (7), al incrementarse las ingestas en toda la población bebedora y, por tanto, los problemas derivados.

Además de la población general que consume de forma prudente, existe un amplio sector de bebedores de riesgo sin patología emergente y una franja, menos numerosa, de bebedores con problemas emergentes, pero cuya filiación alcohólica se ignora o soslaya. Los alcohólicos identificados son, por último, la punta de ese *iceberg*. El consumo alcohólico y los problemas derivados del mismo deben entenderse como una progresión cuyo avance continuado merece una intervención también sin solución de continuidad (8).

En efecto, desde la Atención Primaria de Salud (APS), no habría que limitarse a intervenir (desintoxicar, derivar...) en el caso de una dependencia alcohólica reconocida como tal. Habría que *ampliar el espectro de actuación* al mero bebedor de riesgo, en quien un consejo a tiempo para reducir el consumo puede evitar problemas futuros y a la identificación de la dependencia que subyace bajo una patología orgánica, la cual difícilmente retrogradará, si no se actúa sobre el problema de base. Dicha ampliación del espectro de actuación es promocionada por el Institute of Medicine de Washington (9), cuyo concepto de tratamiento engloba entre las intervenciones terapéuticas todas aquéllas realizadas a cualquier nivel del proceso morboso, desde su "preludio" hasta su "epílogo" de rehabilitación: "

...identificación, intervención breve, evaluación, diagnóstico, consejo, servicios médicos, servicios psiquiátricos, servicios psicológicos y seguimiento de las personas con problemas de alcohol. El objetivo global del tratamiento es reducir o eliminar el consumo de alcohol en

tanto que factor contribuyente de disfunciones físicas, psicológicas y sociales, así como detener, retrasar o hacer retrogradar el progreso de cualquier problema asociado".

A nivel de la salud comunitaria, hemos de tener en cuenta que la mayoría de problemas relacionados con el consumo de alcohol afectan a individuos que beben por encima del consumo medio, pero mucho menos que los alcoholdependientes. La merma en la calidad de vida y el coste sanitario atribuible a esta población es muy superior al protagonizado por los alcohólicos identificados y los grandes bebedores. La prevención dirigida a esta amplia franja de bebedores de riesgo moderado es más rentable que las intervenciones concentradas sobre sujetos con mayor problemática, por ser numéricamente mucho más importante. Esta *paradoja preventiva* (10) no puede ser ignorada desde la APS, sin que ello signifique desatender a los alcohólicos.

DIAGNÓSTICO DEL CONSUMO DE RIESGO, EL CONSUMO PERJUDICIAL Y LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA: CRITERIOS E INSTRUMENTOS.

Criterios:

El médico de cabecera (MC) podrá encontrarse con tres tipos de clientes subsidiarios de atención en relación con su hábito de consumo alcohólico (11):

- 1) Pacientes cuyo *consumo alcohólico* constituya un *riesgo* para su salud, aunque no hayan desarrollado aún problemas objetivables.
- 2) Pacientes con una *patología relacionada con el alcohol* sin que se haya desarrollado en ellos un patrón psicoconductual de dependencia: (*consumo perjudicial*).
- 3) Pacientes *alcoholdependientes*, con o sin tolerancia y síndrome de privación.

Revisemos brevemente los correspondientes conceptos (12):

1. *Consumo de riesgo o mal uso de alcohol* sería todo consumo de alcohol u otras sustancias que no reúnan los requisitos propios del uso racional (aceptable por su cantidad y circunstancia) en una determinada cultura. El mal uso o consumo inadecuado de alcohol es, pues, un concepto tanto cuantitativo como cualitativo (consumo en circunstancias inadecuadas: menores de edad, embarazo, conducción, ciertas enfermedades y medicaciones...).

Desde el punto de vista cuantitativo, se considera *consumo prudencial de alcohol* aquél que no supera el límite de las 14 U/semana: 2 u/d (112 gr/s: 16 gr/d), en la mujer y las 21 U/s: 3/d (168 gr/s: 24 gr/d), en el hombre (13-14). Cuando hablamos de consumo prudente, no pretendemos sugerir que deba consumirse una determinada cantidad (7), sino advertir acerca del límite que no conviene sobrepasar.

Un nivel de consumo superior a 20-30 gr/d representa, para todos los individuos, una probabilidad de acumular riesgo (15). 1993).

Por encima del límite prudencial indicado (referido a mujeres y varones adultos sanos), existiría un *riesgo progresivo* (16-20), cuya gradación podría esquematizarse como sigue:

Riesgo bajo: < 21 U (168 gr)/semana, en la mujer
(< 3 U (24 gr)/d). < 35 U (280 gr)/semana, en el
varón
(< 5 U (40 gr)/d).

Riesgo moderado: 21-35 U (168-280 gr)/semana, en la mujer
(3-5 U (24-40 gr)/d). 35-50 U (280-400 gr)/semana,
en el varón
(5-7/8 U (40-60 gr)/d).

R
i
e
s
g
o

e
l
e
v
a
d
o
:

>

3
5

U

(
>

2

(> 5 U (> 40 gr)/d).

> 50 U (> 400 gr)/semana, en el

varón

(> 7/8 U (> 60 gr)/d).

2. *Consumo perjudicial*: este concepto, definido en la CIE-10 (21), que ha eliminado de sus listas el término "abuso", alude a todo consumo que haya provocado un daño físico o psíquico al sujeto. La probabilidad de producir un daño orgánico sería considerable (6 veces superior al riesgo basal) a partir de un consumo diario de 40 gr/d, en el hombre (22) y muy elevada (14 veces superior al riesgo basal) en consumos de 60-80 gr/d. (15).
3. La dependencia es sobre todo un concepto Conductual, un estado en que el individuo se siente realmente "atrapado" por el alcohol y que se caracteriza especialmente por un estrechamiento del repertorio Conductual, que da prioridad a la conducta consumidora, la cual se antepone a todas las demás cosas que antes eran importantes para el sujeto. La presencia de tolerancia o síndrome de abstinencia, si bien fuertemente indicativas, no serían imprescindibles para diagnosticar la presencia de un trastorno más conductual que biológico (23-24). La OMS daba, en 1992, la siguiente

definición de drogodependencia (21):

"Se trata de un patrón de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el más alto valor. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir drogas (incluso las que pueden haber sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida de lo que sucede en individuos no dependientes del resto de las características del síndrome".

Rounsiville et al. (25) propusieron el concepto *síndrome de neuroadaptación a sustancias adictivas*, reservándolo para la dependencia física simple, exenta de trastorno psicoconductual, derivada del efecto de la sustancia sobre el SNC y traducida por tolerancia y SA (enfermos con medicaciones cronicadas, neonatos de madres adictas a opiáceos, alcohol, etc.).

Instrumentos:

Como *instrumentos diagnósticos* para la detección de estos 3 niveles o tipos de problemas, tenemos (12): la entrevista y examen clínicos, las pruebas de laboratorio complementarias (marcadores biológicos de alcoholismo) y los cuestionarios específicos o protocolos para el diagnóstico de la dependencia (26). No existe ningún marcador biológico que nos indique cuándo uno es adicto ni explique la pérdida de control (27).

El sentido y utilidad de cada procedimiento variará en función de cada situación. La anamnesis del consumo de alcohol deberá formar parte rutinaria de cualquier historia clínica o examen rutinario de salud. En cambio, una historia clínica alcoholológica, con interrogatorio orientado a problemática de origen alcohólico, así como las pruebas complementarias encaminadas al mismo fin, se realizarán sólo cuando la cuantía del consumo alcohólico u otros datos espontáneamente aportados en la entrevista, justifiquen la sospecha de problemas derivados.

1. Anamnesis del consumo de alcohol.

La detección empieza por averiguar el consumo de alcohol de la población asistida (a partir de los 15 años y cada 2 años) (30-31, 19-20) y esto puede lograrse mediante la entrevista clínica y con la ayuda de cuestionarios y registros diversos, algunos de los cuales puede pasarlos enfermería.

El registro de consumo deberá tener en cuenta la cantidad ingerida y la frecuencia con la que ésta se toma. Se aconseja el cálculo semanal, para reflejar el consumo tanto del bebedor diario como del de fin de semana. El criterio de intervención estará en función de dicho total semanal. En APS, suele preferirse el cálculo en unidades de bebida estándar antes que en gramos (28-29). La unidad es más cómoda de manejar, aunque su equivalencia es en cierto modo arbitraria y varía entre países. En España se viene empleando la unidad de 8 gramos (30-31,20), de acuerdo con la literatura

inglesa, pero una investigación en curso nos permitirá saber pronto si dicha equivalencia es o no válida para España (probablemente nuestra unidad será superior). También resulta práctica la utilización del **nomograma** o gráfico donde se visualiza fácilmente la equivalencia en gramos de alcohol puro para cada cantidad de una bebida dada (32).

2. Historia clínica alcoholológica.

En todo bebedor de riesgo medio o elevado debería realizarse un estudio en mayor profundidad en busca de eventuales trastornos e incluso de dependencia alcohólica. Además de la historia clínica, ahora orientada a descartar posibles problemas relacionados con el alcohol, se procederá a la determinación de marcadores biológicos y a la pasación de cuestionarios de dependencia. En APS puede ser práctico tener algún esquema o árbol de decisiones que esquematice el proceso diagnóstico a seguir y las actuaciones correspondientes.

La historia clínica alcoholológica deberá analizar:

- . El papel que ocupa el alcohol en la demanda asistencial.
 - . La anamnesis del consumo alcohólico (evolución, pautas, etc. y problemas relacionados con la bebida).
- . Los antecedentes específicos personales y familiares.
- . La exploración física (signos y síntomas atribuibles al alcohol).
- . Las pruebas complementarias, inclusive marcadores y cuestionarios.

3. Marcadores biológicos.

Están destinados a captar la impregnación tóxica alcohólica. Su elevación por encima de los valores límite puede preceder a la aparición de lesiones orgánicas producidas por el alcohol y servir para confirmar el origen alcohólico de trastornos existentes. En cualquier caso, no son todo lo específicos ni sensibles que cabría desear. Su rendimiento clínico es pequeño, dado que, por debajo de ciertos límites (< 60 gr OH puro/d), presentan en general una débil correlación con el consumo alcohólico (33): (VCM: Se 33% y Sp: 85% - GGT: Se: 16%; Sp: 93%). Su valor predictivo es, en consecuencia, bajo dentro de la población general, aumentando en cambio en el medio hospitalario y servicios específicos. De ahí que no se considere justificado su uso indiscriminado, como instrumento de detección, en población general (33).

En la actualidad, aceptamos la idoneidad de los marcadores biológicos como instrumentos de screening destinados a captar la alcoholización y sus repercusiones orgánicas en sujetos *previamente identificados* como bebedores abusivos a través de la anamnesis, así como para la ulterior monitorización de la abstinencia. A tal fin, la GGT sería reflejaría las oscilaciones consumo/abstinencia con especial fidelidad: su

descenso, a partir de valores previamente elevados y coincidiendo con una desintoxicación comprobada (hospitalaria), se considera patognomónico de alcoholización (34).

GGT, VCM y el cociente ASAT/ALAT son los marcadores más empleados para un diagnóstico precoz, La transferrina deficiente en carbohidratos (CDT), aunque parece tener la máxima sensibilidad y especificidad y constituir el monitor ideal de la abstinencia (35), está aún confinada al ámbito de la investigación hospitalaria y es muy cara. Algunos marcadores traducen las alteraciones ocasionadas por el alcohol a nivel hepático (GGT, ASAT, ALAT, FA...); otros, los efectos metabólicos del etanol sobre el hígado (triglicéridos, uratos y colesterol), mientras que el VCM y la CDT son ajenos a la hepatotoxicidad. La GGT y el VCM son los que poseen mayor sensibilidad y especificidad, brindando su utilización conjunta la mayor especificidad biológica (identificación correcta del 75% de sujetos), aunque se reduzca la sensibilidad de ambos por separado. La GGT es más sensible que específica y el VCM es más específico que sensible, en sujetos alcoholizados (32).

4. Cuestionarios para el diagnóstico del alcoholismo.

Se trata, en general, de instrumentos de autorrespuestas que requieren ulterior confirmación, aunque algunos (MALT) constituyen protocolos completos. Los más utilizados son: CAGE, MAST, MALT y AUDIT.

En la APS, los más prodigados son el CAGE (36) y el AUDIT (37). Del primero existe una versión española validada (38,26,32) y amplia experiencia, siendo el test más usado en APS (31,39,20). El AUDIT está a punto de ser introducido en nuestro país. Su empleo en APS ha sido propuesto por la OMS (28) al aludir especialmente a la cantidad y forma del consumo, además de a los problemas psicoconductuales relacionados con el mismo.

El MALT (40), también validado en España (41,32) y ampliamente prodigado (42), prevalecería como instrumento de *confirmación diagnóstica* (32) dado que sus dos partes, subjetiva y objetiva, permiten no sólo recoger los síntomas psicoconductuales, sino también determinados ítems procedentes de la exploración clínica y complementaria. El MALT no sólo sirve para detectar la dependencia alcohólica, sino también para distinguirla del abuso o consumo perjudicial ("sospecha de alcoholismo"), dadas las tres categorías diagnósticas que contempla, y brindaría el *criterio de actuación* desde la atención primaria (42-43).

3. PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: RAZONES DE SU PROTAGONISMO Y FACTORES QUE DIFICULTAN LA INTERVENCIÓN.

Razones para su protagonismo.

Consideraciones múltiples avalan el protagonismo del médico de cabecera en los problemas derivados del consumo de alcohol (32,44,12).

1. El médico de cabecera tiene un amplio contacto con la comunidad: el 70-80% de la población adulta pasa anualmente por la APS.
2. Los servicios de APS son los más numerosos y asequibles y constituyen la puerta de entrada al sistema, para derivaciones a servicios diversos.
3. Existe una relación continuada entre el usuario (Individuos y familias) y el EAP (equipo de atención primaria), lo que favorece la confianza en el médico.
4. Al médico se le suele considerar persona autorizada y prestigiada para interrogar y asesorar sobre estilos de vida, como lo demuestra el hecho de que los pacientes se quejan más de no haber sido asesorados a tiempo (24) que de una fiscalización de hábitos por parte del médico.
5. Los bebedores excesivos y los alcoholdependientes, así como sus familias, hacen mayor uso de los servicios sanitarios que el resto de la población.
6. Existe, pues, mayor oportunidad de diagnosticar e intervenir precozmente (consulta motivada por el alcohol; demandas encubiertas; diagnóstico complementario; hallazgo en examen de salud). Lo más probable es que sea el médico de cabecera (MC) quien vea las primeras manifestaciones del abuso alcohólico, lo que le coloca en una posición ideal para evitar su progresión (45).
7. La presencia de un trastorno relacionado con el consumo puede ayudar al paciente a tomar conciencia de los peligros de su hábito y a motivarse para un cambio. El MC "ocupa una posición privilegiada para aconsejar, opinar y ser escuchado" (31). La mejoría lograda con la abstinencia puede usarse como refuerzo positivo de la conducta sana.
8. Los problemas relacionados con el consumo de alcohol son complejos, pero perfectamente abordables desde una metodología de promoción de salud.
9. El médico de familia debe velar por la salud comunitaria y no puede desentenderse de las conductas de riesgo.
10. Las intervenciones breves se consideran efectivas (46) y pueden ser mucho más rentables comparadas con el resultado de estrategias más intensivas (9), además de ser mejor aceptadas por el usuario.
11. Una Derivación precipitada (sin trabajo previo de concienciación y motivación), en caso de dependencia alcohólica, puede representar la pérdida del enfermo.
12. Desde la APS, se comprueba quien reduce significativamente su consumo o se vuelve totalmente abstinentes, habitualmente disfruta de una mejoría en su estado de salud, así como en otras áreas de su vida, que serán tanto más evidentes cuanto mayor sea el tiempo transcurrido (9).

13. La rentabilidad, a nivel comunitario, de estas intervenciones no ha sido aún suficientemente demostrada (47), aunque existen indicios de una alta consistencia en cuanto a la efectividad de los resultados en una muestra amplia (46).

Los factores a favor de una implicación activa de la APS en los problemas de alcohol son, por tanto, múltiples y existe una creciente tendencia a implicar y responsabilizar al médico de APS en todo lo relativo a estilos de vida que puedan representar un riesgo para la salud. Esta responsabilidad se hace extensiva a todo el equipo de atención primaria. Los profesionales de enfermería y asistencia social, pueden desempeñar un fructífero trabajo a nivel familiar y comunitario.

Richmond, Anderson (46) consideran que la implementación, diseminación y adopción de la intervención precoz desde la APS es "el desafío de la década de los "90".

Factores que dificultan la intervención.

Diversos factores dificultan la intervención del médico de atención primaria en los problemas relacionados con el consumo de alcohol (32,44,12). Podríamos agruparlos en tres niveles:

a) A nivel del médico:

- Infradetección (deficiente registro de consumos).
- Subestimación (deficiente interpretación de la información recogida).
- Rechazo asociado a prejuicios sociales frente al alcohólico.
- La escasa motivación ante un paciente que se considera de mal pronóstico y cuyo proceso terapéutico promete ser largo.
- La poca confianza en las propias habilidades ante problemas que rebasan el modelo médico tradicional.

b) A nivel del paciente:

- La ausencia de conciencia del riesgo o problema (ésta favorecerá la sinceridad en el momento de la anamnesis, pero dificultará un cambio de hábitos).
- La denegación u ocultación.
- La ambivalencia o el rechazo de una intervención terapéutica.
- La resistencia a pedir ayuda al MC, aun intuyendo el problema.
- El incumplimiento del tratamiento por cansancio, por ganas de beber o por creer que ya no es necesario.

- La "coartada terapéutica" (visitado un médico, el enfermo ya ha "cumplido" frente a sus familiares y patrono).
- Manipulación de los servicios asistenciales implicados.

c) A nivel del sistema sanitario:

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

La reforma de la APS va avanzando en pos de la superación de esos obstáculos, mientras las nuevas generaciones de médicos de familia muestran cada vez mayor preocupación por los problemas de alcohol y va emergiendo en la sociedad una nueva cultura de la salud donde a cada cual le cabe su propia cuota de responsabilidad para conservarse sano. La figura del médico de APS como agente de salud y no sólo como reparador de entuertos es proporcionada y asimilada paulatinamente por la población, que cada vez considera más a su médico como consejero de sus hábitos de vida.

4. UMBRAL Y NIVELES DE INTERVENCIÓN.

El médico de APS puede y debe ejercer como agente de salud, aprovechando su relación continuada con la comunidad para hacer *prevención primaria* a través de la información y de su propio ejemplo. Esta labor educativa tendrá por objeto mantener el consumo dentro de límites razonables (hasta 20 o 40 gramos de alcohol puro/día, respectivamente para la mujer y el varón) o promover la abstinencia (en embarazadas, niños y adolescentes, así como en casos de enfermedades o medicaciones que contraindican la bebida) y evitar la aparición de problemas.

El **umbral de una intervención precoz** (detección precoz e intervención breve), ya catalogable como terapéutica, de acuerdo con el concepto de ampliado del tratamiento (9), se sitúa a partir de consumos considerados como de riesgo medio o moderado (17,48,39,31,19-20,12,29), sin esperar a alcanzar niveles superiores de riesgo ni a la aparición de perjuicios ocasionados por la bebida.

La **intervención precoz**, considerable como prevención secundaria, incluiría la detección precoz y todas aquellas actividades (intervención) específicamente orientadas a la resolución del problema alcohólico identificado (9) y es de la plena incumbencia del médico de cabecera (42,11-12).

El médico de Atención Primaria podrá realizar su intervención a distintos niveles:

- En el caso del **bebedor excesivo sin alcoholdependencia** y, transitoriamente en el alcoholdependiente, para orientar y preparar su deshabitación ulterior, el médico de cabecera (MC) hará una **intervención breve**, con consejo médico.
- En pacientes con un **consumo perjudicial** (patología derivada, sin alcoholdependencia), se les ofrecerá, además del consejo médico (aquí de abstinencia), un **tratamiento reparador**.
- En pacientes con **dependencia alcohólica** convendrá la **derivación a recursos específicos**, una vez valorada la indicación y mentalizado el enfermo, y siempre que existan servicios especializados. Esta derivación no exime del ulterior seguimiento del paciente, en coordinación con el especialista (12). La intervención médica "orgánica" estará en función de los posibles síntomas de impregnación tóxica o de privación y de otros trastornos derivados.

5. EL PROCESO DE CAMBIO: ESTRATEGIAS PARA PROMOVER LA MOTIVACIÓN.

Antes (49) de pretender que un paciente cambie, habrá que plantearse **qué factores** le predisponen al consumo, **qué funciones** cumple su hábito, **qué conflictos** le crea éste y **qué motivos** puede tener o llegar a descubrir para el cambio, así como qué objetivos persigue con él. No se cambia sin una auténtica motivación al respecto y el tratamiento no sirve, si no se orienta a la consecución de los objetivos que el paciente se marca (32). El médico de Atención Primaria deberá valorar exactamente el grado de conciencia que tiene el cliente acerca del riesgo o perjuicio que sufre a consecuencia de su hábito, así como las expectativas que puede depositar en una modificación de conducta (12). Dicha valoración debe partir, por ahora, de la impresión clínica, dado que no existe aún versión española del cuestionario RTCQ (50) que facilite la valoración del posicionamiento del enfermo frente a un cambio.

Dicho cambio siempre representa una evolución gradual, en la que Prochaska y Di Clemente (51) han visto unos estadios (**los estadios del cambio**), cuya concepción ha impulsado una nueva forma de entender al paciente y la propia intervención terapéutica, cuya eficacia dependerá en gran parte de que sea oportuna y adecuada a la fase en que se halla el enfermo. Esquemáticamente, estas etapas son:

- Precontemplación: "No es que no puedan ver la solución; es que no pueden ver el problema."
- Contemplación: la persona empieza a "contemplar" que tiene un problema, aunque aún no se sienta preparada para afrontarlo ("debo reflexionar sobre ello"). Progresivamente, el paciente va considerando también la posibilidad de resolver el problema, aunque a veces se queda atascado en esta etapa.
- Disposición para la acción: es el estadio en que se decide y asume un compromiso. El individuo se dispone a actuar "ya", a cambiar en un futuro inmediato (en el próximo mes).

- Acción: el individuo se pone en marcha, modificando conductas, bien sea por sí mismo o con la ayuda de un tratamiento.
- Mantenimiento: es la consolidación de resultados y cuando hay que prevenir la recaída. El mantenimiento no es algo estático, sino dinámico y que puede tener oscilaciones.
- Recaída: revocación -consciente o inconsciente- de la decisión de abstinencia, tras haberse cuestionado su sentido: ¿valía la pena? (contemplación inversa) (12).

Muchos fracasos terapéuticos podrían evitarse, si se ajustara debidamente la intervención a la etapa en que se halla el enfermo. Que alguien no esté concienciado o motivado para cambiar, no significa sentarse a esperar a que vuelva otro día tocado por una repentina iluminación al respecto. *"La motivación debe ser entendida como un proceso dinámico que se puede y debe ir generando en la interrelación médico-enfermo. La motivación es el motor del cambio, pero es el profesional el que debe poner en marcha el motor, ayudando al paciente a avanzar en su proceso de cambio y a mantenerlo"*(12).

Las intervenciones básicas de un **abordaje motivacional**, al alcance de cualquier profesional de APS (11) son (52): el suministro de información, la "**entrevista motivacional**" (10), el establecimiento negociado de objetivos y el contrato psicológico.

"El secreto de ser un centro de tratamiento de alcoholismo exitoso,
radica en ser el lugar al que llega la gente cuando,
finalmente, ha decidido dejar de beber".
(Anónimo)

6. LA INTERVENCIÓN BREVE ANTE EL BEBEDOR EXCESIVO DE ALCOHOL: EL CONSEJO MÉDICO.

En quienes presentan un *consumo de riesgo*, el médico de AP podrá realizar una intervención breve o muy breve aconsejando una reducción de consumo, y ello deberá hacerse con todo rigor y siguiendo unas directrices de intervención programadas y muy concretas (programas de *consejo médico*) (52).

La eficacia del **consejo** ha quedado repetidamente probada (44,46). Incluso la intervención *muy breve* (5-10 minutos) es capaz de conseguir reducciones de hasta un 25-35% en el consumo de alcohol y de un 45% en el porcentaje de bebedores excesivos que podría ampliarse hasta el 60%-70% (46) de ellos con intervenciones algo más profundas (intervención breve). La intervención breve e incluso la muy breve, parecen ser tanto más efectivas cuanto más reciente sea la experiencia de un problema relacionado con el consumo de alcohol (46).

La intervención *muy breve o mínima* (consejo de reducción de consumo y un folleto informativo) la reservaríamos para pacientes con un nivel de consumo de riesgo moderado (a partir de consumos semanales de 21 U y 35 U respectivamente para mujer y hombre) y sin

patología asociada (53). Sin embargo, una intervención muy breve siempre será mejor que la ausencia de intervención, incluso en pacientes que merecerían mayor atención.

La *intervención breve*, más completa, será especialmente deseable ante pacientes con un consumo de alcohol de riesgo elevado (mujeres consumidoras de más de 35 U/semana y varones que beben más de 50U/semana) y/o en presencia de factores de riesgo asociados (circunstancias especiales físicas, psíquicas o sociales) y/o trastornos médicos causados por el consumo de bebidas alcohólicas (53). Se realizará asimismo una intervención breve, con carácter transitorio, en pacientes con MALT a partir de 11 puntos (alcoholdependientes) poco concienciados o dispuestos a aceptar una derivación. Esta intervención no puede sustituir al programa específico de deshabitación (53).

Los **objetivos** de la intervención breve estarán en función de la problemática detectada e implicará una orientación diferenciada del consejo (53,12):

- 1) Reducir el riesgo asociado al consumo excesivo de alcohol = *consejo de reducción de ingesta*.
- 2) Reducir el perjuicio (lesiones orgánicas y/o trastornos psiquiátricos ocasionado por la bebida = *consejo de abstinencia*.

Los **programas de intervención breve se caracterizan por promover**, ante todo, la **motivación y el compromiso de cambio** (52).

La intervención breve incluye (55):

- 1) Una evaluación global.
- 2) Un primer *asesoramiento*, informando de los riesgos/daños y aconsejando un cambio.
- 3) Un cierto *seguimiento* (apoyo y control), de preferencia con un soporte de material informativo y de autoayuda.

Detectado el consumo de riesgo, se advertirá al paciente acerca de este riesgo "en sí", es decir, del que puede corregirse por los conocimientos médicos existentes. A continuación, en la misma o en la siguiente visita, podrán analizarse las circunstancias personales del cliente (eventual repercusión de la ingesta sobre su vida o especial contraindicación del consumo para él), junto con el resultado de los exámenes practicados. Tras la *evaluación global del caso* conjuntamente con el paciente (entrevista motivacional), se personalizará el consejo correspondiente, tratando de consensuar las soluciones con el interesado. Si el cliente no admite la necesidad de modificar sus hábitos, habrá que trabajar su concienciación del riesgo o daño que sufre, antes de lanzar consejos baldíos.

Tratándose de un bebedor excesivo no alcoholdependiente, el *consejo médico* se orientará a la reducción, si no existen trastornos o circunstancias intercurrentes (medicaciones, embarazo...) que obliguen a indicar la abstinencia. Además del consejo, que debe ser inteligible y objetivo, se ofrecerá al paciente un *asesoramiento* a cerca de estrategias para beber menos,

animándole a que no olvide en ninguna ocasión cuál era el límite que él había propuesto y pactado con el médico. Cuando sea posible, se facilitará al paciente material informativo y de autoayuda.

Se programarán visitas sucesivas de *control y seguimiento*, dado que, si bien existen evidencias de que una sola visita ya obtiene resultados, éste mejora cuanto mayor sea el número de visitas ofrecidas (56).

La evolución del paciente en cuanto al consumo, se valorará a partir de su propia información y, eventualmente, a través de terceros. Si habían existido parámetros alterados (marcadores biológicos u otros datos), sus variaciones darán la medida del cambio.

Cuando el objetivo hubiera sido la reducción, se revisarán avances y tropiezos, ayudando al paciente a identificar sus factores de riesgo y a anticiparlos, para poder enfrentarlos o evitarlos (53).

Tras 1 año de seguimiento, se evaluará globalmente el cambio logrado: consumo de alcohol (cantidad y patrón), actitud ante el problema, estilo de vida, marcadores biológicos y eventual exploración clínica.

También se valorará la actitud del cliente, fuera cual fuere su consumo: si se ha logrado motivación para el cambio, la posibilidad de una reducción/abstinencia sigue existiendo. La motivación ya es un éxito de la intervención (12); sólo faltará seguir avanzando.

7. PAPEL DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA.

Tratar a un paciente alcohólico significa tratar la dependencia del alcohol, abordándolo desde un enfoque tridimensional: biológico, psicológico y social. La intervención médica "orgánica" se ajustará a los síntomas de impregnación tóxica, síndrome de deprivación y otros trastornos derivados. Pero el síndrome de dependencia alcohólica, que merece consideración de enfermedad, aunque rebase el modelo médico tradicional, requiere además una respuesta terapéutica específica y de acuerdo con un modelo integral que ponga especial énfasis en el trastorno psicoconductual subyacente, responsable de la cronicidad y las recaídas. Sin embargo, "derivación" no implica limitarse a "pasarle a otro el problema": el médico de atención primaria tiene un papel fundamental también en el paciente alcohólico propiamente dicho (identificación, evaluación, derivación y seguimiento), aunque, en este caso, se trate de una responsabilidad compartida (49).

El alcoholdependiente no puede seguir, sin más un consejo y frenar por sí solo su consumo. El paciente alcohólico, sólo puede optar a la abstinencia y ésta no es fácil de lograr y, menos aún mantener, sin ayuda. La supresión de alcohol suele requerir soporte farmacológico para evitar el síndrome de abstinencia, pero, además, el alcoholdependiente necesita un tratamiento de deshabitación, a ser posible específico, que maneje estrategias cognitivo-conductuales y de soporte psicosocial, además de recursos de reinserción diversos. Sin embargo, el aprovechamiento que haga el paciente de un recurso específico dependerá en gran manera de la activa colaboración del médico de APS: no todo paciente con dependencia

está dispuesto a enrolarse en un programa de deshabitación, a menos que alguien le clarifique en qué consiste el tratamiento, le facilite la derivación y siga interesándose por su evolución, incluso una vez derivado.

El **objetivo** final, en el tratamiento de la dependencia alcohólica, es la recuperación integral del paciente: su rehabilitación en el sentido de ser capaz de "aprovechar las mismas posibilidades de que disponen los mismos individuos de su grupo de edad" (Thorley, citado por Saunders, 57).

El tratamiento de la dependencia alcohólica debe ser entendido como un **proceso** a través del cual el paciente tratará de recuperar su libertad, aprendiendo otras formas de conducta.

Una vez desintoxicado, el paciente deberá deshabituarse y reinsertarse progresivamente en su medio. El objetivo del tratamiento será la recuperación integral del enfermo.

Se precisa hacer tratamiento de **desintoxicación**, siempre que el paciente pueda estar bebiendo todavía, aunque dicho consumo se hubiera reducido notablemente, y/o cuando presente algún síntoma de privación. Desintoxicar es lograr la abstinencia de la forma más confortable para el enfermo, lo que implica prevenir, además de tratar, un eventual síndrome de abstinencia y favorecer el restablecimiento del estado general del enfermo, con ayuda de la correspondiente medicación sedante (tetrabamato o clormetiazol) y complementaria (vitaminoterapia, nootrópicos, etc.), cuyas indicaciones, contraindicaciones e interacciones hay que conocer.

La desintoxicación domiciliaria, la única asequible desde la APS será viable si el paciente acepta, siquiera como objetivo inmediato y transitorio, la abstinencia absoluta ("no puedo beber"), y si dispone de un familiar capaz de darle apoyo y ejercer un control.

La **deshabitación** implica utilizar estrategias psico- y socioterapéuticas estructuradas en un programa pensado para acompañar al paciente en su evolución hacia la superación de su problema y que incluyen la asistencia a grupos de discusión, además de cierto soporte farmacoterapéutico (interdictores o nuevos fármacos para disminuir el *craving* o bloquear la respuesta placentera de la bebida). Hay que conocer las indicaciones, contraindicaciones y precauciones a tener en cuenta a la hora de administrar fármacos para la deshabitación de un alcohólico.

Especial rigor hay que aplicar al usar interdictores del alcohol (disulfiram y cianamida cálcica), que no son "el tratamiento del alcoholismo" aunque ayuden a prevenir recaídas. Es imprescindible que el paciente conozca y acepte la medicación, después de haberle explicado su sentido y efectos.

En conjunto, la especificidad y el tiempo necesario para llevar a cabo un programa de deshabitación, hacen recomendable su cobertura desde programas de alcoholismo. Ello no obsta para que algún alcohólico, especialmente aquéllos procedentes de las filas de los bebedores excesivos regulares, pueda consolidar una abstinencia con la sola supervisión y asesoramiento de la APS. Desde luego, ante un enfermo reticente a la derivación, más vale un seguimiento menos especializado que una deserción. En caso de intento fallido, al médico de APS siempre le quedará la posibilidad de derivar al paciente, ahora acaso convencido.

La **consolidación de la deshabitación o mantenimiento** implica trabajar por la reinserción sociolaboral del paciente y su rehabilitación integral como ser humano. En esta fase, que se extiende a lo largo de un par de años, se manejan sobre todo estrategias psicosociales y se realiza un seguimiento cada vez más espaciado del enfermo. Esta es la etapa más delicada en cuanto posibles recaídas y la que exige, por tanto, trabajar más su prevención. Y tal tarea, que ya habrá sido asumida en la parte central del programa terapéutico, se mantendrá a través de los controles periódicos del especialista y puede ser apoyada de forma muy efectiva por parte del médico de cabecera. El médico de cabecera está a menudo en mejor situación que el especialista para detectar situaciones premonitorias de recaída:

- a) Abandono prematuro de interdictores prescritos,
- b) Manifestaciones de autosuficiencia o fantasías de beber controlado.
- c) Distimias depresivo-ansiosas.

También puede conocer precozmente la recaída acontecida, a partir de visitas intercurrentes protagonizadas por el alcohólico o sus familiares.

En todas y cada una de las fases del proceso terapéutico descrito, el MC tiene también un papel central, si bien en el caso del alcohol dependiente, su responsabilidad es compartida con la atención específica.

El **criterio de recuperación** incluye, además del restablecimiento de la salud, la asunción madura de las responsabilidades y la capacidad de ser feliz sin alcohol. La abstinencia, absoluta y definitiva, sería pues un medio, más que un objetivo en sí.

El consumo controlado no puede representar una meta para ningún alcohol dependiente. Sólo los jóvenes con un problema de alcohol incipiente pueden optar a ello, a título de prueba. De hecho, los programas de ingesta controlada se orientan a los abusadores (58), sin dependencia consolidada.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Dirección General de Salud Pública: Estudio de los estilos de vida de la población española. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1992.
2. EDIS/UGT: La incidencia de las Drogodependencias en el Medio Laboral. Madrid, 1987.
3. Departament de Sanitat i Seguretat Social: Bases per a la integració de la preveció a la pràctica assistencial. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1993.
4. Martínez, V.; Jarabo, Y.; Salcedo, F et al.: Prevalencia de alcoholismo entre al población que acude a un centro de salud urbano. Atención Primaria 1992; 10: 872-874.
5. Díez, S.; Martín J.M.; Altisent, R. et al.: Cuestionarios breves para la detección precoz del alcoholismo en atención primaria. Atención Primaria 1991; 8: 367-370.
6. Piédrola Gil G. et al.: Medicina Preventiva y salud pública. Masson-Salvat, 9ª ed., 1991.
7. Edwards, G. et al.: Alcohol Policy and the Public Good. Oxford Medical Publications. Oxford University Press. Oxford, 1994.
8. Skinner, H.A.: Spectrum of drinkers and intervention opportunities. Can. Med. Assoc. J.1990; 143 (10): 1054-1059.
9. Institute of Medicine: Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems. Washington: National Academic Press, 1990.
10. Kreitman, N.: Alcohol consumption and the preventive paradox. Br. J. Add. 1986; 81: 353-364.
11. Rodríguez-Martos, A.: Papel de la Atención Primaria en el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol: motivación para el cambio. Atención Primaria 1994; 14 (4): 743-751.
12. Rodríguez-Martos, A.: Papel del médico de Atención Primaria en el Tratamiento del Alcoholismo. En: Colectivo de Autores: Actualización del Tratamiento del Alcoholismo. Masson/Salvat Ibérica, Barcelona (en prensa).
13. Royal College of General Practitioners: Alcohol - A Balanced View. London, Royal College of General Practitioners, 1986.
14. Royal College of Physicians: The Medical Consequences of Alcohol Abuse: a great and growing evil. Tavistock Publications, London, 1987.

15. Anderson, P.; Cremona, A.; Paton, A.; Turner, C.; Wallace, P.: The risk of alcohol. *Addiction* 1993; 88: 1493-1508.
16. National Health and Medical Research Council: Is there a daily consumption of alcohol for men and women: recommendations regarding responsible drinking behaviour. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1987.
17. Anderson, P.; Wallace, P.; Jones, H.: Alcohol Problems. Oxford Medical Publications. Practical Guides for General Practice 5. Oxford University Press. Oxford, 1988.
18. Effective Health Care Team: Brief Interventions and Alcohol Use. *Effective Health Care* 1993; 7:nº monográfico.
19. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya: Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de Salut (I). Quadern 6. Servei Català de la Salut. Barcelona, 1995.
20. Regió Sanitària Barcelona Ciutat: Guia d'actuació per a la detecció, el diagnòstic, el tractament i el seguiment dels bevedors excessius d'alcohol que inclou els criteris mínims per tot Catalunya. Servei Català de la Salut. Barcelona, 1995.
21. World Health Organization: ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. WHO. Churchill Livingstone 1994.
22. Péquignot, G. et al.: Increased risk of liver cirrhosis with intake of alcohol. *Rev. Alcoholism* 1974; 20: 191-202.
23. Edwards, G.; Arif, A.; Hodgson, R.: Nomenclature and classification of drug- and alcohol-related problems: a WHO memorandum. *Bulletin of the World Health Organisation* 1981; 59: 225-242.
24. Edwards, G.: The alcohol dependence syndrome: a concept as stimulus to enquiry. *Br. J. Addiction* 1986; 81: 171-183.
25. Rounsaville, B.J.; Spitzer, R.L.; Williams, J.B.W.: Proposed changes in DSM-III substance use disorders: Description and rationales. *Am. J. Psychiatry* 1986; 143: 463-468.
26. El Diagnòstic del Alcoholismo a través de Cuestionarios. Fons Informatiu, nº 2. Ajuntament de Barcelona. Area de Serveis Socials. Programa DROSS. Barcelona, 1986.
27. Peele, St. Alexander, B.K.: Theories of Addiction. En: Peele, St. The Meaning of Addiction. Lexington Books. D.C. Health and Company. Lexington, Massachusetts/Toronto, 7ª ed. 1987.
28. World Health Organization (WHO): European Alcohol Action Plan. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1993.
29. Plinius Maior Society: Guidelines on Evaluation of Treatment of Alcohol Dependence. *Alcoholism* 1994; vol. XXX. suppl.
30. PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud. SEMFYC, Madrid, 1994.
31. Cuadrado, P.; Martínez, J.; Picatoste, J: El Profesional de Atención Primaria de Salud ante los problemas derivados del consumo de alcohol. Serie "Actuar es Posible". Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, 1994.
32. Rodríguez-Martos, A.: Manual de Alcoholismo para el Médico de Cabecera. Salvat, Barcelona, 1989.
33. Aubá, J.; Serrano, M.; Mira, M.: Rendimiento de las pruebas de laboratorios en la detección de bebedores excesivos en el medio laboral. *Med. Clín. (Barc.)* 1993; 100: 5-8.

34. Weill, J.: Le dépistage biologique des consommations excessifs d'alcool. Documentation Française HCEIA, París, 1981.
35. Lesch, O.; Ades, J.; Badawy, A.; Pelc, I.; Sass, H.: Alcohol Dependence - Classificatory considerations. Alcohol Alcoholism 1993; 28 (suppl.2): 127-131.
36. Ewing, J.A.: Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. J. American Med. Ass., 1984; 252 (14): 1905-1907.
37. Babor, T.F.; De la Fuente, J.R.; Saunders, J.B. et al.: AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Health Care. MNH/76/DAT/ 89.4) WHO, Geneva 1989.
38. Rodríguez-Martos, A.; Navarro, R.; Vecino, C.; Pérez, R.: Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. Drogalcohol 1986; 11 (4): 132-139.
39. Red de Centros Investigadores de la SEMFYC: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria. VI Reunión Anual 1993. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona, 1994.
40. Feuerlein, W.; Küfner, H.; Ringer, CH.; Antons, K.: MALT: Münchner Alkoholismus Test. Manual. Beltz Test, Weinheim, 1979.
41. Rodríguez-Martos, A.; Suarez, R.: MALT: (Münchner Alkoholismus Test): validación de la versión española de este test para el diagnóstico del alcoholismo. Rev. Psiq. y Psicol. Méd. Europa y América Lat. 1984; 16 (6): 421-432.
42. Altisent, R.; Córdoba, R.; Martín-Moros, J.M.: Criterios Operativos para la Prevención del alcoholismo. Méd. Clín./Barc. 1992; 99: 584-588.
43. Rodríguez-Martos Dauer, A.: Utilidad del Münchner Alkoholismus Test (MALT) en el diagnóstico del alcoholismo. Atención Primaria 1993; 11 (4): 185-193.
44. World Health Organization. EUR/HFA/target 17. The role of general practice settings in the prevention and management of the harm done by alcohol use. Report on a WHO meeting. Vienna 19-22. Oct. 1992. EUR/ICP/ADA 038.
45. Lewis, D.C.: Putting training about alcohol and other drugs into the mainstream of material education. Alcohol Health and Research World 1989; 13 (1): 8-13.
46. Richmond, R.; Anderson, P.: Research in general practice for smokers and drinkers in Australia and the U.K.: I. Interpretation of the results. Addiction 1994; 89: 35-40.
47. Richmond, R.; Anderson, P.: Research in general practice for smokers and drinkers in Australia and the U.K.: II. Representativeness of the results. Addiction 1994; 89: 41-47.
48. Saunders, J.B.; Hanrathy, S.J.: Early intervention for harmful alcohol consumption. En: Carless, J.; Hall, W. (eds.): Proceedings from the National Workshop on Research into Early Brief. Intervention for Drug and Alcohol Problems. Kensington: NSW. National Drug and Alcohol Research Centre, 1990.
49. Rodríguez-Martos, A.: Tratamiento del síndrome de dependencia alcohólica. Papel de la atención primaria. Atención Primaria 1995; 15 (1): 44-57.
50. Heather, N.; Rollnick, St.: Readiness to change questionnaire: user's manual (revised version). Technical Report nº 19. National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 1993.

51. Prochaska, J. y Di Clemente, C.: Towards a comprehensive model of change. En Miller, W.R. y Heather, N. (eds.): *Treating Addictive Behaviors*. Plenum Press, New York and London, 2d. ed. 1988 (pp.3-27).
52. Babor, T.P.: Brief intervention strategies for harmful drinkers: new directions for medical education. *Can. Med. Assoc. J.* 1990; 143: 1070-1076.
53. Rodríguez-Martos, A.: El consejo médico: prevención secundaria de los problemas relacionados con el consumo inadecuado de alcohol. *Atención Primaria* 1994; 14 (7): 896-904.
54. Wallace, P.; Cutler, S.; Brennan, P.J.; Haines, A.: Randomised control trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *Br. Med. J.* 1988; 297: 663-668.
55. Heather, N.: Brief intervention strategies. En Hester, R.K.; Miller, W.R. (eds.): *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. Pergamon Press. New York, 1989 (pp.: 93-116).
56. Aubá, J.: El consejo médico a los consumidores excesivos de alcohol. *Atención Primaria* 1993; 12 (3): 166-172.
57. Saunders, B.: Treatment does not work: some criteria of failure. En Heather, N.; Robertson, I.; Dawis, Ph. (eds.): The Misuse of Alcohol. Croom Helm. Londres, 1985.
58. Hodgson, R.J.: Treatment strategies for early problem drinkers. En Edwards, G.; Grant, M. (eds.): Alcoholism Treatment in Transition. Croom Helm. Londres, 1980.