

¿Estamos haciendo la adecuada prevención de los problemas relacionados con el alcohol?

G. Rubio Valladolid

Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad Complutense de Madrid.
Unidad de Conductas adictivas. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción

España es uno de los países con mayor consumo de alcohol per cápita. A lo largo de los últimos diez años, las encuestas realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas indican que el 60% de la población adulta refiere consumir alcohol en los últimos 30 días y que el 10% lo hace a diario. Aunque de estas encuestas no se derivan datos sobre patologías, se estima que alrededor del 4-5% de la población adulta española tiene problemas con el alcohol (abuso o dependencia). Las consecuencias de dichos hábitos de consumo son especialmente serias, ya que entre el 12-25% de las consultas de los médicos de atención primaria (AP) están relacionadas con el alcoholismo, así como el 30% de los pacientes ingresados en los servicios de medicina interna de los hospitales generales. Por lo que respecta a la asociación de alcohol con la siniestralidad, se sabe que el alcohol está presente en el 30% de los accidentes de trabajo y en el 50% de los accidentes de tráfico mortales. Se asume que el 3,5% del total de muertes anuales se deben a los hábitos de consumo alcohólico de nuestra población.

De otro lado, los hábitos de consumo han cambiado en la última mitad del siglo pasado, pasando de un patrón mediterráneo, caracterizado por el consumo de vino asociado a los hábitos de alimentación, a un patrón de tipo anglosajón en el que la cerveza y los destilados son utilizados como instrumentos ligados al ocio durante los fines de semana.

En este panorama, los médicos de AP desempeñan un papel fundamental en la prevención primaria y secundaria de los problemas relacionados con el alcohol (PRA). Una de sus principales actividades preventivas consiste en detectar a los “consumidores de riesgo” y poner en marcha una serie de técnicas terapéuticas conocidas como intervenciones breves (IB), que tienen como finalidad disminuir dicho consumo. Ahora bien, el acúmulo de nuevos datos sobre el impacto del alcohol en diferentes patologías médicas y psiquiátricas y los avances en el desarrollo de técnicas basadas en las intervenciones breves, han provocado que muchos expertos empiecen a revisar el concepto de consumo de riesgo y que se disponga de un mayor número de técnicas terapéuticas para que los equipos de atención primaria puedan utilizarlas en sus respectivos centros. En los apartados que vienen a continuación se concretarán estos dos elementos.

El problema del consumo de riesgo: ¿existe un consumo de alcohol “saludable”?

La aparición del concepto de consumo de riesgo en el ámbito de la alcoholología es reciente. El consenso en los límites para acotar dicho rango ha dependido de los investigadores y de las hipótesis a probar. En la mayor parte de publicaciones sobre este tema la expresión de gramos de alcohol/día ha dejado paso a la de

Tabla I. Tipos de bebidas y su equivalente en unidades de bebida estándar (UBE).

Tipo de bebida	Volumen	N.º de unidades de bebida estándar (UBE)
Vino	1 vaso (100 cl.)	1
	1 litro	10
Cerveza	1 caña (200 cl.)	1
	1 litro	5
Copas	1 carajillo (25 cl.)	1
	1 copa (50 cl.)	2
	1 combinado (50 cl.)	2
	1 litro	40
Generosos (jerez, cava, vermut)	1 copa (50 cl.)	1
	1 vermut (100 cl.)	2
	1 litro	20

unidad de bebida estándar (UBE). Medir el consumo en unidades (*drinks* o *standard drinks* en la publicaciones en inglés) es forma práctica y rápida de recoger los gramos de alcohol consumidos y precisa únicamente una tabla de equivalencias con la cantidad y tipo de bebida alcohólica (tabla 1). En España y Estados Unidos una unidad de bebida es igual a 10 y 12 g de alcohol puro, respectivamente, y en Gran Bretaña es de 8 g.

El término consumo de riesgo procede del ámbito de la epidemiología y no hay consenso internacional al respecto. En Europa se tiende a considerar el límite en 40 g/día para el hombre y en 24 g/día para la mujer. En Estados Unidos los límites son de 60 g/día (420 g/semana) para hombres y 40 g/día (280 g/semana) para mujeres (tabla 2). A pesar de esta discordancia, la mayor parte de autores se ha mostrado partidaria de la opción más conservadora, ya que se sabía que a partir de esa cantidad de alcohol los riesgos de presentar distintas patologías médicas se verían aumentados. Ahora bien, los datos disponibles en la actualidad conllevan la revisión de los límites de dicho concepto e incluso podrían llegar a desaparecer, puesto que aplicar unos límites a partir de los cuales intervenir desde atención primaria lleva implícita la idea de que por debajo de esos límites podría ser "beneficioso" para la salud, hecho que no está demostrado en la actualidad.

Alcohol y enfermedad: ¿hay un límite seguro para su consumo?

Son de sobra conocidos los efectos del alcohol sobre la prevalencia de distintas patologías. La mortalidad relacionada con el consumo de alcohol se incrementa cuando los varones beben más de 4 UBS y las mujeres más de 2,5 UBS. La figura 1 ejemplifica el riesgo para diferentes enfermedades según los sujetos sean consumidores de 50 gramos de alcohol o de 100 gramos de alcohol diarios. En el caso de la dependencia alcohólica, lo que complica las actuaciones de los médicos es el hecho de que según el número de factores de riesgo presentes en el paciente (historia familiar de alcoholismo, traumas infantiles, consumo de alcohol a edades tempranas y la existencia de comorbilidad psiquiátrica), el riesgo de desarrollar dependencia en un sujeto con consumo por debajo del límite de riesgo pasa de bajo a alto, según el sujeto no tenga o tenga más de tres factores de los anteriormente señalados. Es decir, que siem-

Tabla II. Límites y criterios de bebedor moderado, consumo de riesgo y consumo perjudicial.

	Bebedor moderado	Consumo de riesgo	Consumo perjudicial
Hombres	<40 g/día	>40 g/día	Problemas físicos o psíquicos relacionados con el consumo
Mujeres	<24 g/día	>24 g/día	Problemas físicos o psíquicos relacionados con el consumo

pre hay que conocer la historia clínica del paciente para poder adaptar los límites del consumo alcohólico a su situación.

Alcohol y patología cardiovascular

Uno de los temas que más controversia ha generado en los últimos años es el del presunto efecto cardioprotector de cantidades moderadas de alcohol, especialmente de vino.

Estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos, como el Framingham Heart Study, concluían que el riesgo de infarto de miocardio era menor entre quienes realizaban consumos moderados de alcohol que entre los que bebían de forma abusiva o los que se consideraban abstemios. Estos resultados se han confirmado en otros estudios internacionales como el Interheart Study. En este último, los factores de protección señalados eran: realizar ejercicio, tomar frutas en la dieta y consumir cantidades moderadas de alcohol (1-3 UBS/día en varones).

Los datos que originan la controversia son que los considerados abstemios tuvieran más riesgo de infarto que los bebedores moderados y el de considerar al alcohol como factor aislado, sin conexión con otros hábitos de salud. La revisión de algunos de los datos de estos estudios ponía de relieve que muchos de los pacientes incluidos en el grupo de los abstemios eran antiguos dependientes del alcohol. Desde esta perspectiva el alcohol dejaba de adquirir ese efecto "terapéutico", puesto que debe entenderse que los abstemios ya habían sido expuestos

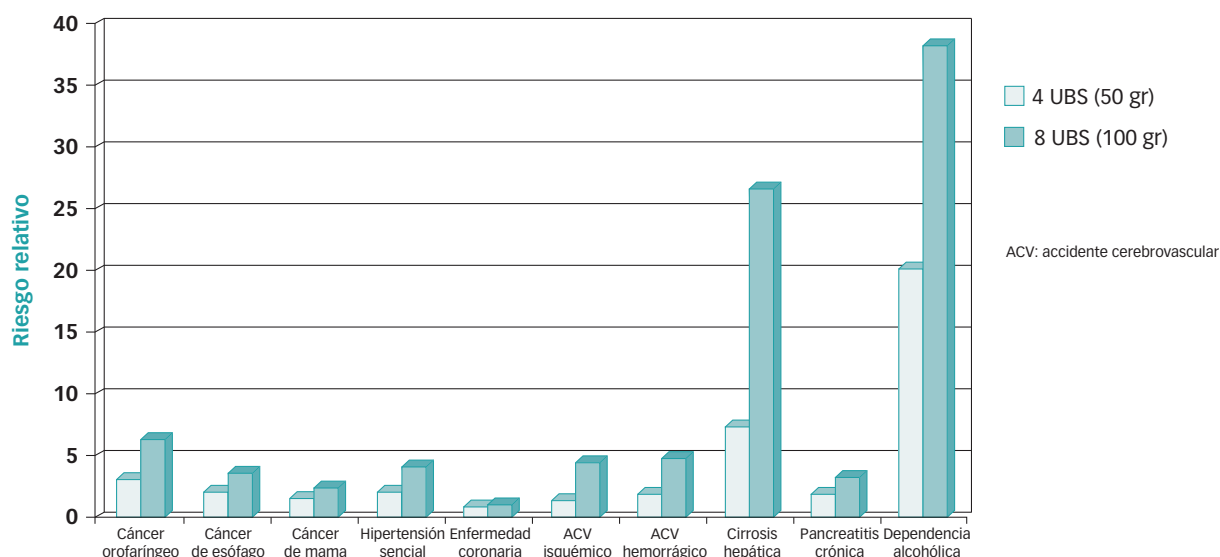


Figura 1. Riesgo relativo para enfermedades según el consumo de alcohol.

a los efectos del alcohol durante bastantes años y, por lo tanto, habría influido en incrementar el riesgo de cardiopatía.

El otro elemento que llama la atención es el hecho de desvincular el consumo moderado de alcohol de otra serie de hábitos saludables (ejercicio, dieta mediterránea), que también pueden contribuir a disminuir el riesgo de infarto. Siguiendo esa argumentación, se ha llegado a recomendar el consumo de cantidades moderadas a los pacientes con riesgo de infarto, sin analizar los otros elementos. Resulta difícil pensar que el efecto protector del consumo moderado de alcohol ocurra en personas que tengan el resto de hábitos cardioinsalubres. Lo que parece más probable, como aparece en el Interheart Study, es que quienes beben de forma moderada, también llevan la moderación al ejercicio y a la dieta.

Toda esta controversia ha llegado a tener su perspectiva nacionalista, ya que Francia tenía una de las tasas de mortalidad por coronariopatía más bajas (la segunda después de Japón), a pesar de que el consumo de grasas animales era bastante importante. Se señaló que esta paradoja francesa (baja tasa de cardiopatías para la elevada proporción de consumo de grasas animales) se debía a que los franceses incluían en su dieta bastantes frutas y especialmente vino, pero se olvidó señalar que el tipo de grasa animal que toman los franceses procede en una buena parte del pescado (como los japoneses). Además, los franceses consumen alcohol durante las comidas, lo que disminuye la absorción del mismo, a diferencia de otros países que lo consumen durante el ocio y en breves periodos de tiempo, lo que provoca tasas de alcoholemia más elevadas.

Una deriva de la paradoja francesa es el hecho de descubrir que los polifenoles presentes en el vino tinto podrían ser los responsables de algunas acciones anticancerosas. Los efectos antioxidantes del resveratrol, presentes en la uva tinta, no son mejores antioxidantes que otros tantos compuestos presentes en la uva.

No obstante, los efectos del consumo moderado de alcohol sobre los factores de riesgo cardiovascular son bastantes más complejos como para poder establecer un límite fijo. De hecho, si observamos la tabla 3 nos podemos hacer una idea de las diferentes acciones del alcohol sobre los distintos factores implicados en el riesgo cardiovascular, y así, consumos que estarían por debajo del consumo de riesgo (por ejemplo, 3 UBE/día) pueden estar influyendo negativamente sobre la tensión arterial, los niveles de triglicéridos y la fibrilación auricular. La conclusión que se obtiene de estos datos es la de que es necesario ajustar el consumo de riesgo a cada paciente y que, en cualquier caso, parece que este límite debería ser más bajo que el que hay establecido en la actualidad.

Como conclusiones sobre los efectos cardioprotectores del alcohol parece haber coincidencia en los siguientes elementos: a) para la población general, el consumo de riesgo debería situarse en 1-2 UBE para varones y 1 UBE para mujeres; b) la población diana que podría beneficiarse de los efectos de este tipo de consumo sería la de los varones de >50 años y las mujeres con posmenopausia (en ambos casos, sin antecedentes personales o familiares de abuso de drogas, sin antecedentes de trastornos psiquiátricos y que no sean fumadores); c) si estas poblaciones diana no son bebedoras, no se les debería recomendar que bebiesen, porque no hay seguridad de que puedan beneficiarse de su cardioprotección.

Alcohol y cáncer

Respecto a la relación del cáncer y el consumo de alcohol, los datos disponibles son concluyentes, de modo que por cada

Tabla III. Relación del consumo de alcohol con los factores de riesgo cardiovascular.

Factor de riesgo	Consumo ligero-moderado	Consumo de >2 UBE/día
HDL-c	↑↑	↑↑
Triglicéridos	↑	↑↑
LDL-c	↔	↔
Presión arterial	↔	↑↑
Función plaquetaria	↓	↓↓
Procesos inflamatorios	↓	↑
Fibrilación auricular	↔	↑↑

UBE diaria se incrementa en un 10% el cáncer de mama, un 20% el cáncer de esófago y el de colon. Por lo que en estos pacientes el consumo de riesgo debería ser CERO.

Alcohol y vulnerabilidad genética

Los avances en farmacogenética están proporcionando importantes avances en el tratamiento farmacológico de diferentes enfermedades y también en el conocimiento del metabolismo del alcohol. Así, se sabe que los metabolizadores lentos del acetaldehído (portadores del alelo ADH1c) tienen menos riesgo para desarrollar patologías cardíacas, pero los metabolizadores rápidos lo tienen aumentado para el cáncer de mama. El efecto protector del vino sobre el deterioro cognitivo se observa especialmente en portadores del alelo APOE#ε4. El estudio de los genes que regulan el metabolismo del HDL, de los folatos y de las vías inflamatorias también ayudará a conocer otros genotipos de riesgo frente al consumo de alcohol, con lo que las bases para el asesoramiento sobre el consumo de alcohol pasará, tarde o temprano, por conocer estos factores genéticos.

En definitiva, los datos existentes en la literatura científica son demostrativos de que los presuntos beneficios del consumo moderado frente a la abstinencia se derivan de no haber tenido en cuenta que muchos de los abstemios incluidos en los estudios eran antiguos alcohólicos. Esto debería llevarnos a adoptar una posición de prudencia a la hora de aconsejar el consumo moderado. Por otra parte, parece evidente que las intervenciones sobre el consumo de riesgo deben individualizarse siempre, teniendo en cuenta variables como los antecedentes psiquiátricos personales y familiares, factores genéticos y que, si los pacientes no beben, no van a beneficiarse de empezar a beber de forma moderada.

Las técnicas de intervención en atención primaria: ¿cuál?, ¿cuándo?

Frente a los problemas derivados del consumo de alcohol que afectan a una parte de la población con distintos niveles de gravedad, se plantean dos estrategias posibles. La primera es

concentrar los esfuerzos en los individuos más gravemente afectados con el fin de conseguir su rehabilitación. La otra posibilidad es actuar sobre el mayor porcentaje de población que lo sufre en niveles menos graves para evitar que progresen en el camino de las complicaciones. Se ha demostrado que esta última es la opción más rentable, no sólo porque se interviene sobre un mayor número de individuos, sino porque parece que la media de consumo poblacional determina la proporción de bebedores excesivos y, así, disminuyendo una cae la otra.

Es evidente que el ámbito más propicio para poner en práctica esta estrategia poblacional es la AP. Por su misma definición, es el nivel más accesible a la población. Es más, los sectores que consumen por encima de los niveles de riesgo consultan con mayor frecuencia. Hay factores que propician la intervención del médico de AP en consumidores de riesgo: la confianza que llega a establecerse debido al trato continuo durante años, el prestigio y autoridad que se concede a la figura del médico, el conocimiento del ambiente familiar y socioeconómico en que se mueve el individuo y la posibilidad de observar las primeras y más sutiles manifestaciones del consumo. Por otro lado, la derivación a la consulta de atención especializada de todos estos sujetos sería imposible por su número y porque, en muchas ocasiones, no querrían ir a otros especialistas por miedo a ser tachados de "alcohólicos". Aun cuando esté justificada la derivación, si ésta es preparada y apoyada por el médico de cabecera los resultados serán más satisfactorios.

Lo anteriormente señalado no tendría ningún valor si no se hubiesen encontrado diferentes técnicas para poder utilizar en AP (ver resumen de las mismas en tabla 4), conocerlas constituye una prioridad para los equipos de AP, de ahí que a continuación se ilustren las especificidades de las técnicas que han demostrado eficacia.

Las 5 aes

Esta técnica es muy utilizada para modificar hábitos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco, y puede adaptarse para promocionar cualquier hábito saludable como, por ejemplo, el ejercicio físico (incluye preguntar, aconsejar, atender y llevar a cabo el seguimiento). Hay que adaptar el consejo a lo que sabemos sobre la teoría de la comunicación: al dar un consejo suele producirse una reacción defensiva que suele atenuarse si el médico empieza las frases con: "Yo le recomendaría que", en lugar de empezar por: "Lo que usted debe hacer es". En este tipo de asesoramiento es importante conocer la disposición al cambio del paciente y concertar visitas de seguimiento para seguir apoyándolo y evaluar si han surgido dificultades con el cambio de hábitos.

FRAMES

Este tipo de técnica se inicia con el establecimiento de una relación entre la conducta problema (el consumo de alcohol) y una serie de indicadores objetivos, como las puntuaciones, en una escala de cribaje para alcoholismo o marcadores biológicos del consumo de alcohol. También se deben establecer relaciones entre dicho consumo y otros problemas o quejas que sean referidos por el paciente. El médico ha de hacerle ver al paciente la importancia que tiene el hecho de que sea el propio paciente quien se responsabilice del cambio. La ambivalencia que genera este tipo de intervenciones debe ser explorada por el médico. Es aconsejable que el paciente considere las alternativas para cambiar sus hábitos y que el médico le ayude a elegir la más adecuada una vez analizados pros y contras. Al final de la intervención la autoeficiencia del paciente se debe haber incrementado.

Tabla IV. Intervenciones para disminuir el consumo de alcohol en atención primaria.

Tipo de intervención	Conducta problema	Características del paciente
Las cinco aes	Conducta de riesgo	Pacientes que aceptan bien la autoridad del médico y que se pueden beneficiar principalmente de estrategias educativas con un plan concreto
FRAMES	Conducta de riesgo	Necesitan tener la constatación de que han de hacer un cambio en sus hábitos; se benefician del apoyo emocional y del reconocimiento de sus puntos fuertes
Estadios del cambio	Conducta de riesgo	Los pacientes pueden estar en distintos estadios de disposición para el cambio; se necesita que los pacientes analicen los pros y contras de la conducta problema y de los cambios de han de incluir
Entrevista motivacional	Se puede aplicar a un amplio abanico de conductas problema	Altamente ambivalentes respecto al cambio de conducta; el aspecto central que sustenta su conducta suele ser inconsistente y responden muy bien a la empatía
Terapia de resolución de problemas	Cualquier conducta que pueda ser catalogada como "problemática"	El paciente es capaz de observar los problemas de la vida desde una perspectiva intelectual, no se encuentran sobrepasados emocionalmente por los mismos, son capaces de procesar la información tanto de forma secuenciada como en forma de "tormenta de ideas"
BATHE	Cualquier tipo de problema psicosocial	Tienen bastantes habilidades verbales, son capaces de responder a las preguntas de forma eficaz, se benefician del apoyo emocional

BATHE: *background, affect, troubles, handling, empathy*; Cinco aes: *ask, advice, assist, arrange*; FRAMES: *feedback about personal risk, responsibility of patient, advice to change, menus of strategies, empathetic style, promote self-efficacy*.

Estadios del cambio

Prochaska y DiClemente formularon en 1983 su modelo integrativo y transteórico que proponía tres dimensiones compuestas por los estadios, los procesos y los niveles de cambio. Los estadios se denominaron de precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción y mantenimiento.

De este modelo quizás lo más interesante para el médico de AP sea conocer con detalle los cinco estadios, ya que las intervenciones breves se basan, en gran medida, en ellos. La tabla 5 recoge las recomendaciones que deben tener en cuenta según el estadio en el que se ubique el paciente.

Precontemplación: en esta fase el individuo entiende que su consumo de alcohol no representa ningún problema. Considera que "bebe lo normal" y se muestra incapaz de relacionar su consumo con los problemas médicos o de otro tipo que pudieran aparecer.

Desde la perspectiva del médico de AP, lo que necesita el paciente es percibirse de que su conducta supone un riesgo para la salud.

Contemplación: la persona se da cuenta de que existe un problema con su consumo pero aún no está preparado para afrontarlo. Al abordar esta etapa hay que recordar que el establecimiento de un hábito de vida obedece siempre a unas causas, por eso habrá que explorar con el paciente qué factores influyeron en su adquisición, qué funciones tiene para él, qué conflictos crea y cuáles son los motivos para cambiarlo.

Disposición para la acción: en ella se formula un compromiso explícito o implícito de cambio en un futuro inmediato. El sujeto ya está preparado para ello. Es el momento de establecer el contrato psicológico entre médico y paciente en el que se pacten los objetivos que se pretenden. Con él se hace hincapié en la responsabilidad del individuo para generar su nuevo estilo y en el apoyo que va a recibir por parte del profesional. Se deben mostrar las perspectivas de forma optimista.

Acción: esta es la fase en la que el sujeto acomete el cambio. El profesional suele colaborar proponiendo una serie de alternativas que le ayuden a beber menos. Durante esta etapa es muy importante el refuerzo positivo, ya que la motivación no es un estado constante, sino más bien con fluctuaciones. Hay que recordar periódicamente los objetivos fijados y remarcar las ventajas de la nueva situación.

Mantenimiento: esta fase se caracteriza, como su propio nombre indica, por el mantenimiento de los cambios alcanzados. En esta etapa y en la anterior son fundamentales las visitas de seguimiento, inicialmente con periodicidad mensual o bimensual y posteriormente una o dos al año.

Hay que enmarcar en este flujo de etapas el problema de las recaídas. De alguna manera suponen una contemplación inversa en la que el sujeto evalúa su nueva realidad, no encuentra ventajas, o éstas son superadas por los inconvenientes, y se decide a volver a la situación inicial. Lógicamente, el individuo se pone en un punto parecido al del inicio del proceso y deberá pasar nuevamente por las etapas conocidas. De esta manera, el modelo lineal se convierte en un círculo que se puede recorrer repetidas veces.

Entrevista motivacional

De forma genérica podemos decir que la entrevista motivacional se apoya en el refuerzo de la motivación y en que el paciente pueda darse cuenta de su actitud hacia las diferentes opciones planteadas.

El refuerzo de la motivación es un proceso de consejo directivo y comprensivo que ayuda a los pacientes a organizar su motivación para el cambio. Las técnicas de refuerzo de la motivación se fundamentan en los conceptos de autonomía, ambivalencia y aumento de la propia motivación.

La autonomía se basa en la concepción de que es el propio paciente quien resuelve su problema; el médico de atención primaria debe estar preparado para ayudar a su paciente para que tome las decisiones con menos riesgos.

Tabla V. Actuaciones en intervenciones breves según el estadio del cambio.

Estadio	Recomendaciones
Precontemplación	Analizar los pros y contras de la ingesta de alcohol y de la abstinencia Realizar un registro del consumo Pensar en las repercusiones del consumo de alcohol
Contemplación	Junto a las recomendaciones del periodo anterior, se le puede sugerir mantenerse abstinente durante un breve periodo de 2-4 semanas Darle algún folleto sobre las repercusiones del consumo
Acción	Hablar sobre las opciones terapéuticas posibles Considerar los apoyos familiares y sociales para poder hacer los cambios de conducta necesarios Establecer una meta según el nivel de consumo del paciente (que podrá ser la abstinencia o por debajo del consumo de riesgo) Analizar el plan de acción para conseguir los propósitos
Mantenimiento	Reforzar los logros conseguidos Ayudar a mantenerlos
Recaída	Ayudarle a entender que las recaídas son parte del proceso de aprendizaje Reevaluar las metas a conseguir Volver al plan de acción para conseguir los objetivos

Una tarea que se mantendrá durante todo el proceso terapéutico es la de ayudar al paciente a manejar la ambivalencia. En ocasiones, los pacientes señalan sus problemas relacionados con el alcohol, pero éstos son minimizados hasta tal punto que únicamente valoran los aspectos positivos del consumo. Es necesario que entiendan la magnitud de los otros problemas, de forma que la ambivalencia para dejar el consumo se vaya tornando en ambivalencia para la continuación del mismo. Es posible que algunos pacientes busquen la confrontación con el médico, pero hemos de saber que estas discusiones, lejos de ser útiles, provocan mayor resistencia en el paciente. Es mejor tratar de comprender la situación desde la perspectiva del paciente y mostrar comprensión ante el dilema, de esta forma, médico y paciente trabajan juntos por una meta común en vez de luchar uno contra otro.

Un error bastante frecuente por parte del personal sanitario consiste en intentar, lo más rápidamente posible, que el paciente reconozca o asuma un diagnóstico, ya sea el de abuso o dependiente del alcohol. Debe recordarse que la finalidad de la entrevista motivacional es ayudar al paciente a que pase a la siguiente fase, y que no es un prerrequisito que acepte un determinado diagnóstico.

La conducta de los pacientes suele cambiar mucho antes cuando la motivación surge de ellos mismos. De ahí la importancia que tiene el hecho de ayudarles a que vayan encontrando motivos para incrementar su propia motivación. Muchas veces tienen claro lo que desean hacer, pero ven complicado la forma de realizarlo. En estos casos, se les debe poner ejemplos de cómo han conseguido salvar otros problemas, y deben sentirse seguros del apoyo que el médico les va a seguir dando para conseguirlo.

El otro aspecto clave de la entrevista motivacional es que el paciente pueda tener información sobre sus resistencias. A lo largo de la entrevista el médico capta el significado de las expresiones verbales y no verbales del paciente. Procuraremos señalar sus ambivalencias, ayudándole a superarlas. En un primer momento, el médico debe manejar los datos objetivos que hacen consultar al paciente: malestar físico, alteraciones bioquímicas, problemas psicológicos u otros. Con estos datos caben dos hipótesis que deberá contrastar a lo largo de la entrevista: la de que el paciente no ha relacionado el motivo de consulta con su consumo de alcohol, o por el contrario, sí lo ha

asociado pero presenta una cierta resistencia a reconocerlo. En cualquiera de las dos situaciones es conveniente mostrar una actitud comprensiva y empática, realizar preguntas abiertas y abordar de manera realista las posibles ambivalencias, teniendo siempre en cuenta que cada paciente requiere su tiempo. Con algunos se puede conseguir un compromiso de reducción del consumo en la primera entrevista, mientras que con otros harán falta algunas más.

Resolución de problemas

Este tipo de terapia se desarrolla en cuatro etapas: definición del problema, búsqueda de soluciones alternativas, toma de decisiones, verificación de la solución tomada y puesta en marcha de los siguientes pasos para conseguir la resolución de los problemas. Este método es particularmente útil para pacientes que tienden a pensar de forma catastrofista y a dejar llevarse por el impacto emocional de los problemas. Este tipo de intervenciones ha demostrado su eficacia en sujetos con problemas depresivos o para mejorar la adherencia terapéutica de pacientes con diabetes.

BATHE

Este tipo de técnica ha sido diseñada para médicos de atención primaria y es de utilidad para pacientes que tienen problemas psiquiátricos y problemas psicosociales. La tabla 6 recoge las preguntas típicas que pueden hacerse. En general, se puede hacer una entrevista utilizando esta técnica en unos 5 minutos.

Uno de los problemas fundamentales que existen en muchos de nuestros centros de AP es la falta de tiempo para poder llevar a cabo evaluaciones relacionadas con el consumo y, el otro, es la escasez de tiempo para poder llevar a cabo intervenciones orientadas a resolver las conductas problema originadas por el alcohol. Las técnicas que se han expuesto en este artículo no suelen ocupar más de 10 minutos y, las más largas (la entrevista motivacional), no tienen que realizarse en una única entrevista. Sería recomendable utilizar las más sencillas en los casos en los que los pacientes refieran que sus hábitos de consumo de alcohol no estén muy arraigados y el sujeto se muestre motivado para hacer cambios. Por el contrario, en los casos de hábitos de consumo muy prolongados, en los que, además, puedan existir otros problemas relacionados con el consumo, y en pacientes poco motivados para los cambios, deberían utilizarse estrategias más elaboradas, como la entrevista motivacional.

Conclusiones

- Los datos sobre la relación del consumo de alcohol y las distintas patologías médicas indican que se debe individualizar el concepto de consumo de riesgo a las características del paciente.
- Como norma, no debería sobrepasarse el consumo de 1-2 UBE en varones y 1 UBE en mujeres ni tampoco recomendar el consumo moderado en sujetos no bebedores.
- Para ayudar a los pacientes a disminuir el consumo de alcohol, el clínico debería elegir entre las diferentes estrategias psicoterapéuticas, utilizando las más sencillas (las 5 aes, FRAMES) para pacientes más motivados y con hábitos menos arraigados, y las técnicas más elaboradas (como la entrevista motivacional) para los pacientes más complejos.

Tabla VI. Técnica BATHE para los problemas psicosociales en atención primaria.

Componente	Ejemplos de frases que se pueden utilizar
Background (antecedentes)	¿Qué es lo que le está ocurriendo últimamente? ¿Qué le ha pasado desde la última vez que nos vimos?
Affect (emoción)	¿Cómo se siente usted por todo esto que le está ocurriendo? Algunas personas cuando les ocurre lo que a usted suelen sentirse bastante...
Troubles (problemas)	¿Qué es lo que más le preocupa de esta situación?
Handling (afrentamiento)	¿Qué está haciendo para resolver esta situación?
Empathy (empatía)	Esto que me cuenta parece bastante duro, entiendo que lo esté pasando mal...