

WHO/MSD/MSB/01.6a

Original: Inglés

Distribución: General

**Thomas F. Babor
John C. Higgins-Biddle
John B. Saunders
Maristela G. Monteiro**

AUDIT

Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol

Pautas para su utilización en Atención Primaria



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL

Organización Mundial de la Salud
Departamento de Salud Mental
y Dependencia de Sustancias



Resumen

Este manual presenta el AUDIT, el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, y describe cómo utilizarlo para identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. También proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo. La primera edición de este manual fue publicada en 1989 (Documento N.º. WHO/MNH/89.4) y fue actualizada en 1992 (WHO/PSA/92.4). Desde ese momento su utilización se ha extendido tanto entre el personal sanitario como entre los investigadores del alcohol. Con el creciente uso del screening de alcohol y la popularidad internacional del AUDIT, surgió la necesidad de revisar este manual para incorporar los avances en la investigación y la experiencia clínica.

Este manual va dirigido principalmente para personal sanitario, pero otros profesionales que se encuentren ante personas con problemas relacionados con el alcohol también pueden encontrarlo útil. Está diseñado para su uso junto con un documento complementario que proporciona información sobre los procedimientos de intervención precoz, y que lleva por título «La Intervención breve para el consumo perjudicial o de riesgo: Un Manual para Uso en Atención Primaria». Juntos, estos manuales describen una aproximación detallada del screening y la intervención breve para los problemas relacionados con el alcohol en Atención Primaria de Salud.

Reconocimientos

La revisión y finalización de este documento fueron coordinadas por Maristela Monteiro con la asistencia técnica de Vladimir Poznyak del Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias de la OMS, y Deborah Talamini, Universidad de Connecticut. El apoyo económico para esta publicación fue proporcionado por el Ministerio de Salud y de Bienestar de Japón.

Traducción. José Martínez-Raga, Bartolomé Pérez Gálvez, Miguel Castellano Gómez, María Dolores Temprado Albalat

© Organización Mundial de la Salud 2001

Este documento no es una publicación formal de la Organización Mundial de la Salud (OMS), todos los derechos están reservados por la Organización. Este documento puede, sin embargo, ser libremente revisado, resumido, reproducido y traducido, en parte o en su totalidad pero no para la venta o para su utilización con fines comerciales. Cualquier pregunta debe ser remitida al Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, CH-1211 Ginebra 27, Suiza, que estará encantado de aportar la información más reciente o cualquier cambio hecho en el texto, los planes para nuevas ediciones y reimpressiones, las adaptaciones regionales y las traducciones ya disponibles.

Los autores son los únicos responsables de los puntos de vista expresados en este documento, los cuales no son necesariamente los de la Organización Mundial de la Salud.

Índice

- 4 Objetivo de este manual
- 5 ¿Por qué hacer screening del consumo de alcohol?
- 8 El contexto del screening del alcohol
- 10 Desarrollo y validación del AUDIT
- 14 Normas de administración
- 19 Puntuación e interpretación
- 21 Cómo ayudar a los pacientes
- 25 Implementación del programa

- Anexos
- 28 A. Normas de investigación para el AUDIT
- 30 B. Formato sugerido para el AUDIT de auto-pase
- 32 C. Traducción y adaptación a idiomas, culturas y circunstancias específicas
- 33 D. Procedimientos de screening clínicos
- 34 E. Materiales de formación para el AUDIT

- 35 Referencias

Objetivo de este manual

Este manual presenta el AUDIT, Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, y describe cómo utilizarlo para identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve.^{1,2} Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. Proporciona un marco de trabajo para la intervención dirigida a los bebedores de riesgo, para que puedan reducir o abandonar el consumo de alcohol y, con ello, evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo. El AUDIT también ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo perjudicial. Ha sido diseñado particularmente para los clínicos y para una diversidad de recursos terapéuticos, si bien con las instrucciones apropiadas puede ser auto-administrado o utilizado por profesionales no sanitarios.

A este respecto, el manual describirá:

- Motivos por los que preguntar sobre el consumo de alcohol
- El contexto del screening de alcohol
- Desarrollo y validación del AUDIT
- Las preguntas del AUDIT y cómo utilizarlas
- Puntuación e interpretación
- Cómo llevar a cabo un examen clínico de screening
- Cómo ayudar a los pacientes cuyo screening sea positivo
- Cómo implementar un programa de screening

Los Anexos de este manual contienen información adicional, útil para clínicos e investigadores. Las directrices incluidas en el Anexo A sugieren otros posibles estudios sobre la fiabilidad, validez y puesta de funcionamiento del screening con el AUDIT. El Anexo B contiene un ejemplo del AUDIT en formato de auto-administración. El Anexo C proporciona unas pautas para la traducción y adaptación del AUDIT. El Anexo D describe procedimientos clínicos de screening mediante un examen físico, pruebas de laboratorio y la historia clínica. El Anexo E proporciona información sobre los materiales de formación disponibles.

¿Por qué hacer screening del consumo de alcohol?

Hay muchas formas de consumo excesivo de alcohol que suponen un riesgo o un daño importante para el individuo. Entre ellas se incluyen el consumo diario elevado, los episodios repetidos de beber hasta la intoxicación, consumos de alcohol que están causando daño físico o mental y el consumo cuyo resultado es el desarrollo de dependencia o adicción. El consumo excesivo causa enfermedad y sufrimiento en el bebedor, su familia y amigos. Es una de las causas principales de ruptura de las relaciones de pareja, de accidentes, hospitalización, incapacidad prolongada y muerte prematura. Los problemas relacionados con el alcohol representan una inmensa pérdida económica para muchas comunidades en todo el mundo.

El AUDIT fue desarrollado para detectar el consumo excesivo de alcohol y en particular para ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo. La mayoría de bebedores excesivos no están diagnosticados. A menudo, éstos presentan síntomas o problemas que normalmente no se relacionan con su consumo de alcohol. El AUDIT ayudará al clínico a identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia de alcohol.

El *consumo de riesgo*³ es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno.

El *consumo perjudicial* se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol.^{3,4}

La *dependencia* es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol.⁴ Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

El alcohol está implicado en una amplia variedad de enfermedades, trastornos y lesiones, así como en múltiples problemas sociales y legales.^{5,6,7} Es una de las causas principales del cáncer de boca, esófago y laringe. La cirrosis hepática y la pancreatitis a menudo se producen como consecuencia del consumo excesivo durante largos períodos de tiempo. El alcohol causa daños al feto en mujeres embarazadas. Así mismo, problemas médicos mucho más frecuentes, como la hipertensión, la gastritis, la diabetes y algunas formas de infarto cerebral pueden agravarse incluso por el consumo ocasional y de breve duración, tal como también ocurre con trastornos mentales como la depresión. Las lesiones por accidentes de tráfico y de peatones, las caídas y los problemas laborales, a menudo se producen como consecuencia del consumo excesivo de alcohol. Los riesgos se asocian con el patrón de bebida y con la cantidad de alcohol consumida.⁵ Destacar que si bien las personas con dependencia de alcohol son más propensas a desarrollar más niveles de daño, la mayor parte de los daños

asociados con el alcohol aparecen entre las personas que no son dependientes, aunque sólo sea porque hay muchos más de éstos últimos. Por ello, la identificación de bebedores según diversos tipos y grados de consumo de riesgo puede ser de gran importancia para reducir todos los daños asociados.

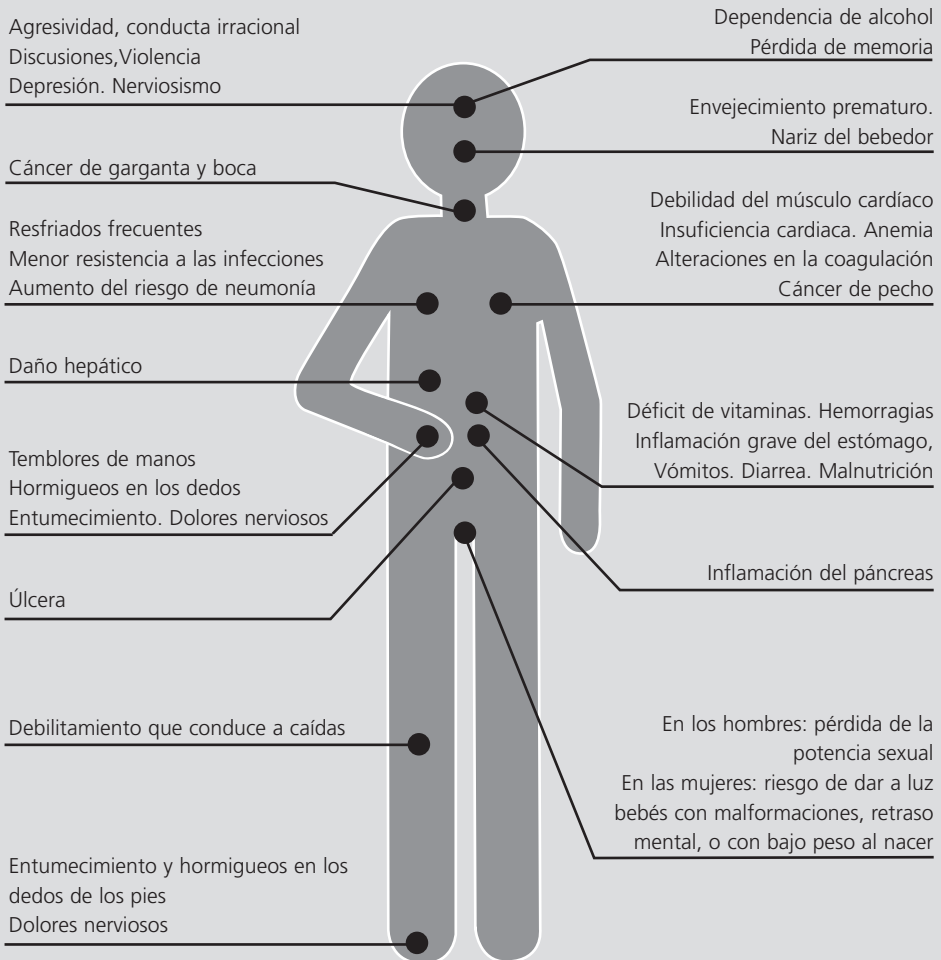
La figura 1 ilustra la diversidad de problemas de salud asociados con el consumo de alcohol. A pesar de que las consecuencias médicas tienden a estar concentradas en personas con una dependencia grave, incluso el consumo en el margen de 20-40 gramos al día de alcohol puro es un factor de riesgo para los accidentes, las lesiones y múltiples problemas sociales.^{5,6}

Son muchos los factores que contribuyen al desarrollo de problemas relacionados con el alcohol. La ignorancia de los límites del consumo y de los riesgos asociados con el consumo excesivo son factores importantes. También representan un papel destacable las influencias sociales y ambientales, tales como las costumbres y actitudes que favorecen el consumo elevado. De particular importancia en el screening es, sin embargo, el hecho que las personas que *no* son dependientes de alcohol pueden parar o reducir su consumo con la asistencia y el esfuerzo adecuado. Una vez que se ha desarrollado la dependencia, el abandono del consumo de alcohol es más difícil y a menudo requiere tratamiento especializado. Aunque no todos los bebedores de riesgo llegan a ser dependientes, nadie desarrolla dependencia sin haber mantenido durante algún tiempo un consumo de riesgo de alcohol. Considerando estos factores la necesidad del screening parece clara.

El screening del consumo de alcohol desde la atención primaria lleva consigo muchos beneficios potenciales. Proporciona una oportunidad para educar a los pacientes sobre el consumo dentro de los niveles de bajo riesgo y los riesgos que supone el consumo. La información sobre la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol puede ayudar a establecer el diagnóstico del estado actual del paciente, así como también puede alertar a los clínicos sobre la necesidad de advertir a los pacientes cuyo consumo podría afectar adversamente a su medicación y a otros aspectos de su tratamiento. El screening también ofrece a los clínicos la oportunidad de adoptar medidas preventivas que han demostrado su efectividad en reducir los riesgos relacionados con el alcohol.

Figura 1

Efectos del consumo de alto riesgo



El consumo de alcohol de alto riesgo puede conllevar problemas sociales, legales, médicos, domésticos, laborales y económicos. También puede reducir tu expectativa de vida y causar accidentes o muerte por conducir bebido.

El contexto del Screening del Alcohol

Si bien este manual se centra en el uso del AUDIT para el screening del consumo de alcohol y los riesgos relacionados en el ámbito de la atención primaria, también puede ser utilizado eficazmente en muchos otros contextos. En muchos casos ya se han desarrollado y utilizado los procedimientos de aplicación específicos. El cuadro 1 resume la información sobre el lugar de aplicación, personal encargado del screening y población diana que se consideran adecuados para un programa de screening mediante el AUDIT. Murray⁹ ha argumentado que el screening puede ser llevado a cabo exitosamente con:

- Pacientes de un hospital general, especialmente aquellos con trastornos asociados de forma clara con la dependencia de alcohol. (p.ej., pancreatitis, cirrosis, gastritis, tuberculosis, trastornos neurológicos, cardiomiopatía);
- Personas que están deprimidas o que han intentado suicidarse;
- Otros pacientes psiquiátricos;
- Pacientes que acuden al servicio de urgencias;
- Pacientes que acuden al médico general;
- Vagabundos;
- Presos; y
- Aquellos multados por motivos legales relacionados con su consumo de alcohol (p.ej., conducir bajo los efectos del alcohol, intoxicación pública).

A éstos debería añadirse aquellos grupos considerados por un Comité de Expertos de la OMS⁷ como de alto riesgo para desarrollar problemas relacionados con el alcohol: varones de mediana edad, adolescentes, trabajadores emigrantes y otros grupos

específicos de trabajadores (tales como ejecutivos de empresas, animadores, prostitutas, camareros y marineros). La naturaleza del riesgo difiere en función de la edad, género, contexto del consumo y patrón del mismo, así como, los factores socioculturales que juegan un importante papel en la definición y expresión de los problemas relacionados con el alcohol.⁶

Cuadro 1**Personal, centros y grupos que se consideran apropiados para un programa de detección utilizando el AUDIT**

Ámbito de aplicación	Grupo diana	Personal encargado del screening
Clínica de atención primaria	Pacientes médicos	Personal de enfermería, asistentes sociales.
Servicio de urgencias	Víctimas de accidentes Pacientes con intoxicación Víctimas de sucesos traumáticos	Médico, personal de enfermería u otro personal
Consulta médica	Pacientes médicos	Médico general, médico de familia u otro personal
Sala de un hospital general Policlínica ambulatoria	Pacientes con hipertensión, enfermedades cardíacas, trastornos gastrointestinales o neurológicos.	Internista u otro personal
Hospital psiquiátrico	Pacientes psiquiátricos, particularmente aquellos con tendencias suicidas.	Psiquiatra u otro personal
Tribunal, comisaría, prisión	Sujetos con delitos cometidos bajo los efectos del alcohol. Criminales violentos	Funcionarios, Terapeutas
Otros recursos de tipo sanitario	Individuos que presentan una alteración en su funcionamiento social o laboral (p.ej. problemas de pareja, abandono de niños, etc.)	Asistentes sociales y personal sanitario
Ejército	Reclutas y oficiales	Personal sanitario
Centro de trabajo. Programas de intervención laboral.	Empleados, especialmente aquellos con problemas de productividad, absentismo o accidentes.	Personal de medicina de empresa o de Mutuas de Trabajo

Desarrollo y validación del AUDIT

EL AUDIT fue desarrollado y evaluado a lo largo de un período de dos décadas, habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad y las diferentes culturas.^{1,2,10} El cuadro 2 describe los dominios conceptuales y el contenido de los ítems del AUDIT, el cual comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol. Al tratarse del primer test de screening diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la atención primaria, el AUDIT presenta las siguientes ventajas:

- Una estandarización transnacional: El AUDIT ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países.^{1,2} Es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional;
- Identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia;
- Breve, rápido, y flexible;
- Diseñado para el personal de atención primaria;
- Es consistente con las definiciones de la CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol;
- Se centra en el consumo reciente de alcohol.

En 1982 la Organización Mundial de la Salud pidió a un grupo internacional de investigadores que desarrollaran un instrumento de screening simple.² Su objetivo era la detección temprana de personas con problemas de alcohol mediante procedimientos que fueran adecuados para los sistemas de salud, tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados.

Los investigadores revisaron diversos procedimientos clínicos, de laboratorio y de auto-informe que habían sido utilizados con este fin en diferentes países. Entonces iniciaron un estudio transnacional para seleccionar los mejores rasgos de las distintas estrategias nacionales de screening.¹

Este estudio comparativo de campo fue llevado a seis países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y los Estados Unidos de América).

El método consistió en seleccionar los ítems que mejor distinguían los bebedores de bajo riesgo de aquellos con consumo perjudicial. A diferencia de los tests previos de screening, el nuevo instrumento pretendía la identificación precoz del consumo de riesgo y perjudicial, así como la dependencia de alcohol (alcoholismo). Cerca de 2.000 pacientes fueron reclutados de diversos recursos sanitarios, incluyendo centros especializados en el tratamiento del alcohol. El sesenta y cuatro por ciento eran bebedores actuales, 25% de los cuales fueron diagnosticados como dependientes de alcohol.

A los participantes se les practicó un examen físico, que incluía un análisis de sangre para determinar los marcadores estándar de alcoholismo, así como, una amplia entrevista que recogía las características demográficas, la historia médica, problemas de salud, consumo de alcohol y drogas, reacciones psicológicas al alcohol, problemas asociados con la bebida y los antecedentes familiares de problemas con el alcohol. Los ítems del AUDIT fueron seleccionados de un grupo de preguntas en base, principalmente, a correlaciones con la ingesta diaria de alcohol, la frecuencia de consumos de seis o más bebidas por episodio de consumo y su capacidad para discriminar a los bebedores de riesgo de aquellos con consumo perjudicial. Los ítems también fueron

Cuadro 2**Dominios e ítems del AUDIT**

Dominios	Número de la pregunta	Contenido del ítem
Consumo de riesgo de alcohol	1	Frecuencia de consumo
	2	Cantidad típica
	3	Frecuencia del consumo elevado
Síntomas de dependencia	4	Pérdida del control sobre el consumo
	5	Aumento de la relevancia del consumo
	6	Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7	Sentimiento de culpa tras el consumo
	8	Lagunas de memoria
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol
	10	Otros se preocupan por el consumo

elegidos en base a la validez, relevancia clínica y la cobertura de los dominios conceptuales relevantes (p.ej., consumo de alcohol, dependencia de alcohol y consecuencias adversas del consumo). Finalmente, para esta selección de los ítems, se dio especial atención a su adecuación en función del género y capacidad de generalización transnacional.

La sensibilidad y especificidad de cada uno de los ítems seleccionados para el cuestionario fueron calculadas para múltiples criterios (p.ej. consumo diario medio de alcohol, intoxicación recurrente, presencia de al menos un síntoma de dependencia, diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol y auto-percepción del problema con la bebida). Se consideraron varios puntos de corte de la puntuación total para identificar la sensibilidad (porcentaje de casos positivos que el test identifica correctamente) y especificidad (porcentaje de casos negativos que el test identifica correctamente) óptimas con el objeto de

detectar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Así mismo, la validez también fue calculada frente al diagnóstico de consumo perjudicial y de dependencia. En las muestras de desarrollo del test¹ un valor de corte de 8 puntos condujo a una sensibilidad en el AUDIT para diversos índices de consumo problemático que se situaba generalmente por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0,80.

El AUDIT difiere de otros tests de screening de auto-pase en que se basó en datos recogidos de una amplia muestra multinacional, utilizó un razonamiento estadístico-conceptual explícito para la selección de ítems, enfatizó la identificación del consumo de riesgo en lugar de la dependencia de larga duración y las consecuencias adversas de beber y se centraba en síntomas que habían aparecido en un pasado reciente en vez de «alguna vez».

Una vez se publicó el AUDIT, los autores recomendaron estudios adicionales de validación. En respuesta a esta solicitud, se han llevado a cabo un gran número de estudios para evaluar su validación y fiabilidad en diferentes muestras clínicas y comunitarias en todo el mundo.¹⁰ Para el punto de corte recomendado de 8, la mayoría de estudios han encontrado una sensibilidad muy favorable y una especificidad más baja, pero todavía aceptable, para los trastornos debidos al consumo de alcohol actuales de la CIE-10,^{10,11,12} así como para el riesgo de futuros daños.¹² No obstante, se han logrado mejoras en la detección de algunos casos mediante el aumento o disminución del valor de corte en uno o dos puntos, dependiendo de la población y el objetivo del programa de screening.^{11,12}

Se han estudiado diversas subpoblaciones entre las que se incluyen pacientes de atención primaria,^{13,14,15} casos de servicios de urgencias,¹¹ consumidores de drogas,¹⁶ parados,¹⁷ estudiantes universitarios,¹⁸ pacientes ancianos ingresados¹⁹ y personas con un bajo nivel socioeconómico,²⁰ viéndose que el AUDIT proporciona una buena discriminación. Una revisión sistemática reciente²¹ de la literatura ha llegado a la conclusión de que el AUDIT es el mejor instrumento de screening para la totalidad de problemas relacionados con el alcohol en el ámbito de atención primaria, en comparación con otros cuestionarios como el CAGE y el MAST.

La adecuación cultural y la aplicabilidad transnacional fueron consideraciones importantes en el desarrollo del AUDIT.^{1,2} Se han realizado trabajos de investigación en una gran variedad de países y culturas,^{11,12,13,15,22,23,24} que han sugerido que el AUDIT ha cumplido su promesa como test de screening internacional.

Si bien la evidencia en mujeres es de alguna forma limitada,^{11,12,24} el AUDIT parece igualmente apropiado para hombres y mujeres. El efecto de la edad no ha sido analizado sistemáticamente como una posible influencia en el AUDIT, pero un estudio¹⁹ encontró una baja sensibilidad y alta especificidad en pacientes de más de 65 años. El AUDIT ha demostrado ser preciso en la detección de dependencia de alcohol en estudiantes universitarios.¹⁸

Se ha demostrado que el AUDIT tiene una precisión igual o superior cuando se compara con otros tests de screening,^{10,11,25,26} a través de una amplia variedad de criterios. Bohn, et al.²⁷ hallaron alta correlación entre el AUDIT y el MAST ($r=.88$) tanto para hombres como mujeres y correlaciones de .47 y .46 para hombres y mujeres, respectivamente, en un test encubierto de screening del alcoholismo. También se ha visto un alto coeficiente de correlación (.78) entre el AUDIT y el CAGE en pacientes ambulatorios.²⁶ Se halló que las puntuaciones del AUDIT correlacionaban bien con medidas de las consecuencias del consumo, actitudes hacia el consumo, vulnerabilidad a la dependencia de alcohol, estados de ánimo negativos tras el consumo y razones para beber.²⁷ Parece que la puntuación total del AUDIT refleja la magnitud de la implicación del alcohol a lo largo de un amplio continuo de gravedad.

Dos estudios han considerado la relación entre las puntuaciones del AUDIT y futuros indicadores de problemas relacionados con el alcohol, con un funcionamiento general más global. En uno de los estudios,¹⁷ la probabilidad de permanecer desempleado a lo largo de un período de dos años fue 1,6 veces mayor en individuos con puntuaciones en el AUDIT iguales o mayores de 8 que para personas con puntuaciones inferiores. En otro estudio,²⁸ las

puntuaciones del AUDIT de pacientes en tratamiento ambulatorio predijeron la aparición futura de un trastorno físico, así como problemas sociales relacionados con la bebida. Las puntuaciones del AUDIT también predijeron la utilización de los recursos sanitarios y el inicio de un consumo de riesgo en el futuro.²⁸

Diversos estudios han descrito la fiabilidad del AUDIT.^{18,26,29} Los resultados indican una alta consistencia interna, lo que sugiere que el AUDIT está midiendo un constructo único de modo fiable. Un estudio de fiabilidad test-retest²⁹ indicó una alta fiabilidad ($r=.86$) en una muestra compuesta por bebedores sin consumo de riesgo, sujetos con abuso de cocaína y alcohólicos. Otro estudio metodológico fue realizado en parte para investigar el efecto del orden de las preguntas y los cambios en los términos sobre las estimaciones de prevalencia y la fiabilidad de consistencia interna.²² Los cambios en el orden de las preguntas y en los términos no afectaron a las puntuaciones del AUDIT, lo que sugeriría que dentro de ciertos límites, que los investigadores podrían tener cierta flexibilidad a la hora de modificar el orden y los términos en los ítems del AUDIT.

Con las crecientes evidencias sobre fiabilidad y validez del AUDIT, se han llevado a cabo estudios en los que se utilizaba el test para establecer la prevalencia. Lapham, et al.²³ lo utilizaron para estimar la prevalencia de los trastornos debidos al uso de alcohol en los servicios de urgencias, en tres hospitales regionales de Tailandia. Se llegó a la conclusión de que el servicio de urgencias es un escenario idóneo para la puesta en funcionamiento del screening de alcohol mediante el AUDIT. De igual modo, Piccinelli, et al.¹⁵ evaluaron el AUDIT como instrumento de screening para el consumo de riesgo de

alcohol en clínicas de atención primaria de Italia. El AUDIT funcionó bien en la identificación de los trastornos relacionados con el alcohol, así como para el consumo de riesgo. Ivis, et al.²² incorporaron el AUDIT en una evaluación telefónica de población general en Ontario, Canadá.

Desde que el manual del usuario del AUDIT fue publicado por primera vez en 1989,³⁰ el test ha cumplido muchas de las expectativas que inspiraron su desarrollo. Su fiabilidad y validez han sido establecidas en estudios de investigación llevados a cabo en diversos ámbitos y en muchos países diferentes. Ha sido traducido a muchos idiomas, incluyendo el turco, griego, hindú, alemán, holandés, polaco, japonés, francés, portugués, español, danés, flamenco, búlgaro, chino, italiano y dialectos nigerianos. Se han desarrollado programas de formación para facilitar su utilización por los médicos y demás personal sanitario^{31,32} (véase Anexo E). Ha sido utilizado en trabajos de investigación en atención primaria y en estudios epidemiológicos para la estimación de la prevalencia en población general, así como en grupos institucionales específicos (p.ej., pacientes en régimen hospitalario, pacientes de atención primaria). A pesar del alto nivel de la actividad investigadora sobre el AUDIT, se necesitan todavía más estudios, especialmente en los países menos desarrollados. El Anexo A proporciona las pautas para la investigación continuada sobre el AUDIT.

Normas de administración

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

Con respecto al paciente

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

- El entrevistador (o la persona que realice la evaluación) sea amable y nada amenazador;

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

El personal sanitario debe intentar establecer estas condiciones antes de administrar el AUDIT. Cuando esas condiciones no están presentes o cuando un paciente se oponga, los procedimientos de screening clínico (que se discuten en el Anexo D) pueden proporcionar una forma alternativa de actuar.

Elijase la mejor circunstancia posible para la administración del AUDIT. En el caso de pacientes que requieran tratamiento de urgencias o que presenten mucho dolor, es mejor esperar hasta que su condición médica se haya estabilizado y se hayan habituado al lugar donde se va a llevar a cabo la administración del AUDIT. Se deben buscar signos de intoxicación de alcohol o drogas. Los pacientes que tienen aliento a alcohol o que parezcan intoxicados pueden dar respuestas poco fiables. En este caso debe considerarse realizar el screening en otro momento. Si esto no fuera posible, habrá que dejar anotados estos hallazgos en la historia clínica del paciente.

Quando se presenta en un contexto médico en el que hay una preocupación auténtica por el bienestar de los pacientes, éstos casi siempre están abiertos y receptivos a las preguntas del AUDIT. De hecho, la mayoría de

los pacientes responden las preguntas honestamente. Incluso cuando los bebedores con consumo excesivo subestiman su consumo, a menudo presentan puntuaciones en el AUDIT que son indicativas de riesgo asociado al alcohol.

Introducción del AUDIT

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

«Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año. Debido a que el consumo de alcohol puede afectar a muchos aspectos de su salud (y puede interferir con ciertos medicamentos), es importante que sepamos cuánto bebe habitualmente y si ha experimentado algún problema con su consumo. Por favor, trate de ser tan honesto y preciso como pueda.»

«Como parte de nuestra atención sanitaria es importante examinar aspectos del estilo de vida que puedan tener un efecto sobre la salud de nuestros pacientes. Esta información nos ayudará a darles mejor tratamiento y de mayor calidad. Por lo tanto, le pedimos que complete este cuestionario sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año. Por favor, responda tan concreta y honestamente como le sea posible. Su profesional sanitario discutirá este punto con usted. Toda la información será tratada en la más estricta confidencialidad.»

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

Las instrucciones para el paciente también deberían aclarar el significado de una consumición (bebida estándar). Las preguntas 2 y 3 del AUDIT se refieren a las «bebidas alcohólicas consumidas». El significado de esta palabra difiere de una nación y cultura a otra. Es importante por ello citar las bebidas alcohólicas más habituales que pueden ser consumidas y cuanto de cada una de ellas constituye una consumición (aproximadamente 10 gramos de alcohol puro). Por ejemplo, una botella de cerveza (330 ml al 5% de alcohol), un vaso de vino (140 ml al 12% de alcohol) y una copa de destilados (40 ml al 40% de alcohol) representan una consumición de unos 13 g de alcohol. Debido a que los tipos y cantidades de bebidas alcohólicas varían según la cultura y las costumbres, el contenido de alcohol de una copa típica de cerveza, vino y destilados deberá ser determinado para adaptar el AUDIT a las situaciones particulares. Véase el Anexo C.

Administración oral vs. Cuestionario de auto-pase

El AUDIT puede ser administrado bien mediante una entrevista oral o como un cuestionario de auto-pase. Cada método conlleva sus propias ventajas e inconvenientes que deben ser sopesadas en función de las limitaciones de tiempo y coste. Las ventajas de ambos métodos de administración del AUDIT aparecen resumidas en el cuadro 3. Las capacidades cognitivas (capacidad de leer y escribir, memoria) y el nivel de cooperación (actitud defensiva) del paciente también deben considerarse. Una entrevista puede tener ventajas, si se tiene la certeza de que los servicios de atención primaria van a proporcionar todo el cuidado que los pacientes necesitan por sus problemas por el alcohol. Sin embargo, el método de auto-pase es preferible en los casos en que la responsabilidad de los servicios se limita a ofrecer un consejo breve a los pacientes que den positivo en el screening, derivando los casos más graves a otros servicios. La decisión del formato elegido debe tomarse de acuerdo con los planes de implementación para establecer un completo programa de screening.

Las preguntas y respuestas del AUDIT en el formato indicado para una entrevista oral se presentan en el cuadro 4. El Anexo B aporta un ejemplo del cuestionario de auto-pase. La adaptación debe adecuarse a las necesidades del programa de screening específico, así como a las bebidas alcohólicas más frecuentemente consumidas en esa sociedad. El Anexo C proporciona las directrices para la traducción y adaptación a las condiciones nacionales y locales.

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

Cuadro 3

Ventajas de los diferentes métodos de administración del AUDIT

Cuestionario	Entrevista
Requiere menos tiempo	Permite la clarificación de respuestas ambiguas
Fácil de administrar Apropiado para la administración y corrección a través del ordenador	Puede ser administrada a pacientes con dificultades en la lectura
Puede proporcionar respuestas más precisas	Permite feedback directo al paciente y el inicio del consejo breve

Cuadro 4**Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol:
versión de entrevista.**

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

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

Registre la puntuación total aquí

Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte el Manual de Usuario

ejemplo, «*Usted dice que bebe varias veces a la semana. Esto es sólo los fines de semana o bebe más o menos cada día?*»).

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

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

Administrar el AUDIT mediante un cuestionario escrito o a través del ordenador elimina muchas incertidumbres en las respuestas del paciente permitiendo sólo las opciones concretas.

Sin embargo, de esta manera se pierde la información que se obtiene mediante el formato de la entrevista. Además, presupone que el paciente tiene capacidad para leer y escribir, así como, para realizar lo que se le pide. También puede requerir menos tiempo por parte de los profesionales sanitarios si los

pacientes son capaces de completar el proceso por sí solos. Se deben tener en cuenta formas de acortar el proceso de screening, considerando el escaso tiempo que tienen tanto los profesionales sanitarios como los pacientes.

Acortamiento del proceso de screening

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

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

Puntuación e interpretación

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

Se recomiendan unas puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol. (Una puntuación de corte 10 proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad). Debido a que los efectos del alcohol varían según el peso medio y diferencias en el metabolismo, al reducir el corte en un punto, a una puntuación de 7 para todas las mujeres y a los varones mayores de 65, se incrementa la sensibilidad para estos grupos poblacionales. La selección de los valores de corte debería estar en función de los estándares culturales y nacionales, así como del juicio clínico que también determinará el consumo máximo recomendado. Desde un punto de vista técnico, las puntuaciones más altas simplemente indican una mayor probabilidad de consumo de riesgo y perjudicial. Sin embargo, tales puntuaciones también pueden reflejar mayor gravedad de los problemas y de la dependencia de alcohol, así como de una mayor necesidad de un tratamiento más intensivo.

Una interpretación más detallada de la puntuación total del paciente puede obtenerse analizando las preguntas en las que puntuaron. En general, una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o la pregunta 3 indica un consumo en un nivel de riesgo. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4-6 (especialmente con síntomas diarios o semanales), implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. Los puntos obtenidos en las preguntas 7-10 indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol. Tanto la puntuación total, el nivel de consumo, los signos de dependencia, así como el daño presente deberían tenerse en cuenta en el abordaje de un paciente. Las dos preguntas finales también deberían revisarse para determinar si los pacientes muestran evidencia de un problema pasado (esto es, «sí, pero no en el último año»). Incluso ante la ausencia de consumo de riesgo actual, las respuestas positivas en estos ítems deberían utilizarse para discutir la necesidad de vigilancia por parte del paciente.

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

alcohol. Hasta la fecha no hay suficientes estudios de investigación para poder establecer de forma precisa un punto de corte que distinga entre bebedores con consumo de riesgo y consumo perjudicial (que se beneficiarían de una intervención breve) de los bebedores dependientes de alcohol (que deben ser remitidos para una evaluación diagnóstica y tratamiento más intensivo). Esta es una cuestión importante porque los programas de screening, diseñados para identificar los casos de dependencia de alcohol, tienen una alta probabilidad de detectar bebedores con consumo de riesgo y consumo perjudicial si se recurre al punto de corte de 8. Estos pacientes necesitan ser manejados con intervenciones menos intensivas. En general, cuanto más alta sea la puntuación total en el AUDIT, mayor será la sensibilidad para detectar personas con dependencia de alcohol.

Debido a la experiencia obtenida en un estudio de asignación de tratamiento con personas que tenían un amplio rango de gravedad de los problemas con el alcohol, se compararon las puntuaciones del AUDIT con datos diagnósticos que reflejaban un grado bajo, medio y alto de dependencia de alcohol. Se halló que las puntuaciones del AUDIT en un rango de 8-15 representaban un nivel medio de problemas con el alcohol, mientras que una puntuación igual o mayor a 16 representaban un nivel alto.³³ A partir de la experiencia adquirida en la utilización del AUDIT en este y otros estudios de investigación, se ha sugerido que se debe dar la siguiente interpretación a las puntuaciones del AUDIT:

- Puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo.
- Puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado.
- Puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol.

Ante la ausencia de mejores estudios de investigación estas recomendaciones deben ser consideradas provisionales, sujetas a un juicio clínico que tenga en cuenta la condición médica del paciente, los antecedentes familiares de problemas con el alcohol y la honestidad percibida en las preguntas del AUDIT.

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

Cómo ayudar a los pacientes

La utilización del AUDIT en el screening de los pacientes es sólo el primer paso dentro de un proceso para ayudar a reducir los problemas y riesgos relacionados con el alcohol.

Los profesionales sanitarios deben decidir qué servicios pueden proporcionar a los pacientes cuya puntuación sea positiva. Una vez identificado un caso positivo, el siguiente paso es suministrar una intervención apropiada que haga frente a las necesidades de cada paciente. Por lo general, el screening del alcohol es utilizado principalmente para encontrar «casos» de dependencia de alcohol, tras lo que son derivados a tratamiento especializado. Sin embargo, los avances en los procedimientos de screening, en los últimos años, han hecho posible la detección de factores de riesgo, tales como el consumo de riesgo y el consumo perjudicial. Mediante la puntuación total del AUDIT, se establece una forma simple de dar a cada paciente una intervención adecuada, basada en el nivel de riesgo.

Mientras que este debate se centra en ayudar a aquellos pacientes cuya puntuación en el AUDIT sea positiva, la práctica preventiva fundamentada también requiere la comunicación de los resultados de screening a aquellos que puntúan negativo. Se les debe recordar a estos pacientes los beneficios del consumo de bajo riesgo o de la abstinencia y se les debe decir que no beban en determinadas circunstancias, tales como las mencionadas en el Cuadro 5.

El Cuadro 6 muestra cuatro niveles de riesgo. La Zona I se refiere al consumo de bajo riesgo o la abstinencia. El segundo nivel, la Zona II, comprende el consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo,⁵ que están generalmente indicadas cuando la puntuación del AUDIT está entre 8 y 15. Una intervención breve que utiliza el consejo

Cuadro 5

Aconseje a los pacientes que *no* beban

- Cuando manejen un vehículo o maquinaria
- Si están embarazadas o crean que pueden estarlo
- Si existe una contraindicación médica actual
- Después de tomar ciertos medicamentos, como es el caso de sedantes, analgésicos, y ciertos antihipertensivos.

simple o consejo y materiales educativos es el método más adecuado para estos pacientes. El tercer nivel, la Zona III, está sugerido para puntuaciones del AUDIT en el rango de 16 a 19. El consumo de riesgo y perjudicial puede ser abordado mediante una combinación de consejo simple, terapia breve y monitorización continuada, estando indicada una mayor evaluación diagnóstica si el paciente no responde o se sospecha una posible dependencia de alcohol. El cuarto nivel de riesgo está sugerido por puntuaciones del AUDIT por encima de 20. Estos pacientes deben derivarse a un especialista para una evaluación diagnóstica y un posible tratamiento de la dependencia de alcohol. Cuando estos servicios no están disponibles, estos pacientes pueden ser tratados en atención primaria, especialmente cuando las organizaciones de auto-ayuda son capaces de proporcionar apoyo comunitario. Mediante un abordaje por etapas, los pacientes pueden ser tratados primero en el nivel más bajo de intervención sugerido por su puntuación en el AUDIT. Si no responden a la intervención inicial, deben ser derivados al siguiente nivel de tratamiento.

Cuadro 6

Nivel de Riesgo	Intervención	Puntuación del AUDIT*
Zona I	Educación sobre el alcohol	0-7
Zona II	Consejo simple	8-15
Zona II	Consejo simple más terapia breve y monitorización continuada	16-19
Zona IV	Derivación al especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento	20-40

* El valor de corte de la puntuación del AUDIT puede variar ligeramente dependiendo de los patrones de consumo del país, el contenido de alcohol de las bebidas habituales, y el tipo de programa de screening. El juicio clínico debe ejercitarse en los casos en los que la puntuación del paciente no sea consistente con otras evidencias, o si el paciente tiene antecedentes de dependencia de alcohol. También puede ser conveniente revisar las respuestas del paciente a las preguntas individuales relacionadas con síntomas de dependencia (preguntas 4, 5 y 6) y problemas relacionados con el alcohol (preguntas 9 y 10). Proporcione el nivel máximo de intervención a los pacientes que puntúan 2 o más en las preguntas 4, 5 y 6, o 4 en las preguntas 9 y 10.

Las intervenciones breves para el consumo de riesgo y perjudicial constituyen una variedad de actividades caracterizadas por su baja intensidad y corta duración. Estas oscilan entre 5 minutos de consejo simple sobre cómo reducir el consumo de riesgo hasta varias sesiones de terapia breve para abordar condiciones más complicadas.³⁶ Destinadas a proporcionar una intervención precoz, antes o poco después de la instauración de los problemas relacionados con el alcohol, las intervenciones breves se componen de feedback de los datos del screening para incrementar la motivación al cambio de la conducta de consumo, así como del consejo simple, la educación para la salud, la mejora de habilidades o sugerencias prácticas. En los últimos 20 años se han desarrollado procedimientos que los médicos generales de atención primaria pueden aprender y practicar para abordar el consumo de riesgo y

perjudicial. Estos procedimientos están resumidos en el Cuadro 7.

Cuadro 7**Elementos de las Intervenciones Breves**

- Presente los resultados del screening
- Identifique los riesgos y discuta las consecuencias
- Proporcione consejo médico
- Solicite el compromiso del paciente
- Identifique el objetivo –reducir el consumo o la abstinencia
- Proporcione consejo y ánimos

Diversos ensayos controlados y aleatorizados han evaluado la eficacia de este abordaje, mostrando beneficios positivos consistentemente en pacientes que no son dependientes del alcohol.^{36,37,38} Un manual complementario de la OMS, *Intervención Breve para el Consumo de Riesgo y Perjudicial: Un Manual para la Utilización en Atención Primaria*, proporciona más información sobre este abordaje.

La derivación a los servicios de tratamiento especializado de alcohol es frecuente entre aquellos médicos de atención primaria que no están preparados para tratar los trastornos debidos al consumo de alcohol y hay atención especializada disponible. Debe tenerse en cuenta la voluntad del paciente a aceptar la derivación y el tratamiento. Muchos pacientes subestiman los riesgos asociados con la bebida; otros pueden no estar preparados para admitir y abordar su dependencia. Una intervención breve adaptada al objetivo de iniciar una derivación, utilizando datos de un examen clínico y los análisis de sangre, pueden ayudar a abordar las resistencias del paciente. El seguimiento del paciente por parte del especialista puede asegurar también que la derivación sea aceptada y reciba el tratamiento.

El diagnóstico es un paso necesario tras una alta puntuación positiva en el AUDIT, ya que el instrumento no proporciona una base suficiente para establecer un plan de abordaje o de tratamiento. Aunque las personas asociadas con el programa de screening deberían tener una mínima familiaridad con los criterios de dependencia de alcohol, la evaluación debería realizarla un profesional cualificado que esté formado en el diagnóstico de los trastornos debidos al consumo de alcohol.⁴ El mejor método para establecer un diagnóstico es mediante la

utilización de una entrevista psiquiátrica estandarizada y estructurada, como la CIDI³⁹ o la SCAN.⁴⁰ Las secciones sobre el alcohol de estas entrevistas requieren de 5 a 10 minutos para completarse.

La décima revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*⁴ proporciona pautas detalladas para el diagnóstico de una intoxicación aguda de alcohol, del consumo perjudicial, del síndrome de dependencia de alcohol, de un estado de abstinencia, así como de las condiciones médicas y neuropsiquiátricas relacionadas. Los criterios CIE-10 para el síndrome de dependencia de alcohol están descritos en el Cuadro 8.

La desintoxicación puede ser necesaria para algunos pacientes. Se debe poner especial atención en aquellos pacientes cuyas respuestas del AUDIT indican un consumo diario de grandes cantidades de alcohol y/o respuestas positivas a preguntas indicativas de una posible dependencia (preguntas 4-6). Debe examinarse cuánto tiempo ha pasado el paciente desde que estuvo un día abstinentes y si ha experimentado con anterioridad síntomas de abstinencia. Esta información, un examen físico y las pruebas de laboratorio (véanse los Procedimientos Clínicos de Screening, Anexo D) pueden proporcionar información sobre si es recomendable una desintoxicación. La desintoxicación debería proporcionarse a pacientes con mayor probabilidad de experimentar un síndrome de abstinencia de moderado a grave, no sólo para minimizar los síntomas, sino también para prevenir o controlar las convulsiones o el delirio y para facilitar la aceptación de la terapia que aborde la dependencia. Mientras que la desintoxicación hospitalaria puede ser necesaria en un pequeño número de casos graves, la desintoxicación ambulatoria o

Cuadro 8

Criterios CIE-10 para el síndrome de dependencia de alcohol

Tres o más de las siguientes manifestaciones deben haber estado presentes durante al menos un mes o si han durado menos de un mes, deben haber aparecido juntas de forma repetida en algún período de doce meses:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol;
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el inicio del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico del alcohol o el consumo de la misma sustancia (o una muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas;
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era de esperar que lo fuera, de la naturaleza y extensión del daño.

(p. 57, WHO, 1993)

domiciliaria puede ser llevada a cabo con éxito en la mayoría de los casos menos graves.

El abordaje o tratamiento médico de la dependencia de alcohol ha sido descrito en publicaciones previas OMS.⁴¹ Se han desarrollado diversos tratamientos para la dependencia de alcohol que se han mostrado efectivos.⁴² Se han hecho avances significativos en la farmacoterapia, terapia de apoyo social y familiar, prevención de recaídas e intervenciones de entrenamiento en habilidades de orientación conductual.

Debido a que el diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol se ha desarrollado como una especialidad médica, en la mayoría de países los facultativos de atención primaria no están formados o no tienen experiencia en su diagnóstico o tratamiento. En tales casos los programas de screening de atención primaria deben establecer los protocolos para derivar los pacientes que se sospecha que son dependientes de alcohol, que necesitan un ulterior diagnóstico y tratamiento.

Implementación del programa

El screening de alcohol y una atención apropiada al paciente han sido reconocidas ampliamente como esenciales para una buena práctica médica. Como muchas prácticas médicas que logran tal reconocimiento, a menudo fracasan al implementar las tecnologías efectivas dentro de los sistemas organizados de atención sanitaria. La implementación requiere esfuerzos especiales para asegurar el cumplimiento de cada uno de los facultativos, solventar los obstáculos y adaptar los procedimientos a las circunstancias especiales. La investigación sobre la implementación ha empezado a generar pautas útiles para que ésta sea efectiva.^{43,44} Cuatro son los elementos principales que han resultado decisivos para el éxito:

- planificación
- formación
- monitorización y
- feedback.

La *planificación* es necesaria no sólo para diseñar un programa de screening de alcohol sino también para involucrar a los participantes en el «dominio» del programa. Cada consulta de atención primaria es única. Cada una de ellas ha establecido los procedimientos especialmente adecuados a su espacio físico, ambiente social y cultural, población de pacientes, la economía, estructura de la plantilla de personal e incluso a las personalidades individuales. De este modo, la adaptación del screening del AUDIT a cada situación práctica debe implicar que se puedan ajustar sus elementos esenciales dentro de este contexto, de manera que sea más probable lograr un éxito mantenido. Si el screening para otros problemas de salud y factores de riesgo es ya parte de una práctica habitual, esos procedimientos deben

proporcionar un punto de partida útil. Sin embargo, se requerirán decisiones políticas y de procedimiento.

Por lo general es útil incluir en el proceso de planificación al personal que participará o se verá afectado por el screening. La participación de personas con diferentes perspectivas, experiencias y responsabilidades puede permitir identificar obstáculos y ayudar a plantear formas para solventarlos. Así mismo, la participación del personal en la planificación conlleva una sensación de propiedad sobre los planes de implementación resultantes. Esto puede aumentar el compromiso tanto de los individuos como del grupo a seguir el plan y mejorarlo conforme se progresa, lo que asegurará el éxito. En el Cuadro 9 se presenta una lista parcial de las cuestiones de implementación en las que la planificación es útil. Un plan de implementación debe recibir la aprobación formal que sea requerida a cualquier nivel antes de que empiece la formación.

La *formación* es esencial para que una organización sanitaria esté preparada para implementar su planificación. Sin embargo, la formación sin la decisión de los gestores de llevar a cabo un programa de screening, probablemente será ineficaz e incluso contraproducente. Se ha desarrollado un paquete de formación³¹ como apoyo para la implementación del AUDIT y la intervención breve (véase el Anexo E). La formación debe abordar aspectos críticos de porqué el screening es importante, qué requisitos deben ser identificados, cómo utilizar el AUDIT y los procedimientos óptimos para asegurar el éxito. La formación eficaz debe incluir una amplia discusión de las funciones y responsabilidades del personal dentro del nuevo programa. También debería proporcionar práctica de la administración

Cuadro 9

Preguntas para la implementación

- ¿En qué pacientes se realizará screening?
- ¿Con qué frecuencia se practicará el screening?
- ¿Cómo se coordinará el screening con otras actividades?
- ¿Quién llevará a cabo el screening?
- ¿Qué materiales serán utilizados para los pacientes?
- ¿Quién interpretará los resultados y ayudará a los pacientes?
- ¿Cómo se mantendrán los registros clínicos?
- ¿Qué medidas de seguimiento se tomarán?
- ¿Cómo se identificará a los pacientes que necesiten un screening?
- ¿Cuándo se llevará a cabo el screening durante las visitas del paciente?
- ¿Cómo será la secuencia de acciones?
- ¿Cómo se obtendrán, almacenarán y manejarán los instrumentos y materiales?
- ¿Cómo se planificará el seguimiento?

supervisada del AUDIT y de cualquier otro elemento del plan programado (p.ej., intervenciones breves, derivaciones, etc.).

En algunos países mucha gente, incluso el personal médico, está acostumbrada a pensar únicamente en la dependencia de alcohol cuando también se presentan otros aspectos relacionadas con el alcohol. No es extraño que los profesionales sanitarios creen que las personas con problemas de alcohol no pueden ser ayudadas a menos que «toquen fondo» y busquen tratamiento, así como que la

abstinencia total es el único recurso. Algunas personas que mantienen estas creencias pueden encontrar infructuoso o intrusivo un programa de screening y la intervención breve. Es esencial prestar particular atención a estas cuestiones y abordarlas de modo franco, abierto y atendiendo a la mejor evidencia científica. Mediante una buena explicación y paciencia, la mayoría del personal médico puede o bien entender la validez del screening o esperar a manifestar su opinión cuando la experiencia permita determinar su valor.

La *monitorización* es una manera eficaz de mejorar la calidad de la implementación del programa de screening. Hay varias maneras de medir el éxito de un programa de screening de alcohol. Se puede comparar el número de screenings realizados con el número de personas susceptibles de haberles aplicado dicho screening bajo el programa establecido, generando un porcentaje del éxito de screening. El registro y suma del porcentaje de pacientes que dan positivo es también una medida útil que estimula al personal, estableciendo así la necesidad de este servicio. Otra medida adicional del funcionamiento del programa es la determinación del porcentaje de pacientes que recibieron la intervención apropiada (intervención breve, derivación, diagnóstico, etc.) en función de su puntuación en el AUDIT. Finalmente, una pequeña muestra de los pacientes que presentaron un screening positivo en los seis a doce meses anteriores podría ser evaluada para proporcionar al menos una evidencia anecdótica del éxito. La readministración del AUDIT puede servir como base para mediciones cuantitativas.

Proporcionar *feedback* de modo frecuente a todo el personal participante es esencial para que los resultados contribuyan a mejorar el funcionamiento del programa principalmente en los períodos iniciales de la implementación, independientemente de los criterios de éxito empleados. Los informes escritos y la discusión en las sesiones clínicas también proporcionarán ocasiones en las que se pondrán de manifiesto algunos problemas que pueden interferir en el éxito.

Anexo A

Normas de investigación sobre el AUDIT

EL AUDIT se desarrolló a partir de un extenso estudio de validación realizado en seis países.^{1,2} Se han llevado a cabo estudios de investigación adicionales para evaluar su precisión y utilidad en diferentes contextos, poblaciones y grupos culturales.¹⁰ Para una mejor aclaración sobre este proceso, se recomienda que los investigadores de la salud utilicen el AUDIT para responder algunas de las siguientes preguntas:

- ¿Permite el AUDIT predecir futuros problemas de alcohol así como la repuesta del paciente a la intervención breve y a un tratamiento más intensivo?. Esto puede ser evaluado mediante aplicación de screenings repetidos con el AUDIT al mismo individuo. Las puntuaciones totales pueden correlacionarse con diversos indicadores de una sintomatología futura. Sería deseable saber, por ejemplo, si el AUDIT valora los problemas relacionados con el alcohol a lo largo de un continuo de gravedad, si las puntuaciones de gravedad incrementan progresivamente entre los individuos que continúan bebiendo mucho y si las puntuaciones disminuyen significativamente debido al consejo, terapia u otros tipos de intervención. Un test de screening no debe ser concebido de forma aislada de la intervención y el tratamiento. Debe ser evaluado en términos de su impacto sobre la morbilidad y mortalidad de la población de riesgo. Por ello, su contribución a la prevención secundaria y primaria es dependiente de la disponibilidad de las estrategias eficaces de intervención.
- ¿Cuál es la sensibilidad, especificidad y poder predictivo del AUDIT en los distintos grupos de riesgo utilizando diferentes criterios de validación? En las evaluaciones futuras de los procedimientos de screening del AUDIT, debe ponerse especial atención en los fenómenos relacionados con el alcohol que deben ser detectados o predecidos. Debería enfatizarse la evaluación de los niveles iniciales de riesgo, el consumo perjudicial y la dependencia de alcohol. Las demandas de una validación metodológicamente fundamentada requieren la utilización de criterios diagnósticos independientes, que a su vez estén validados. Dos instrumentos que pueden ser útiles para este fin son la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) y la Escala de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN).^{39,40} Ambas entrevistas proporcionan una verificación independiente de diversos trastornos debidos al consumo de alcohol, de acuerdo con la CIE-10 y otros sistemas diagnósticos. El test podría mejorarse concentrándose en grupos de riesgo más cuidadosamente definidos y en problemas relacionados con el alcohol más específicos. Es necesario poder especificar los puntos de corte para poblaciones diana cuyos problemas van a ser el foco del screening mediante AUDIT, especialmente en personas con consumo perjudicial y dependencia de alcohol.
- ¿Cuáles son las barreras prácticas para el screening con el AUDIT? Consideraciones sobre el coste y la aceptabilidad tanto por parte de los profesionales sanitarios como por las futuras poblaciones diana, son limitaciones importantes impuestas sobre los tests de screening. Cuando un test de screening es caro, los resultados del programa podrían no justificar su coste. Esto también ocurre cuando el procedimiento consume mucho tiempo, es demasiado invasivo o es de cualquier modo ofensivo para el grupo diana. Este tipo de evaluación debería llevarse a cabo con el AUDIT.

- ¿Puede el AUDIT puntuarse para permitir evaluaciones separadas del consumo de riesgo, el consumo perjudicial, y la dependencia de alcohol? Si el screening puede diferenciarse en estos dominios separados, podría resultar útil para la evaluación de los diversos abordajes educativos y de tratamiento dirigidos a la prevención secundaria. Alternativamente, la puntuación total del AUDIT proporciona una medida general de gravedad que puede ser útil para la asignación de tratamiento y los abordajes por etapas del manejo clínico (esto es, proporcionar el nivel más bajo de intervención que aborde las necesidades inmediatas del paciente). Si el paciente no responde, se recurre al siguiente escalón o etapa. Aunque puntuaciones del AUDIT en el rango de 8 a 19 parecen apropiadas para las intervenciones breves, se necesitan más trabajos de investigación para determinar los puntos de corte más óptimos para el consejo simple, la terapia breve, y tratamientos más intensivos.
- ¿Cómo puede utilizarse el AUDIT en la investigación epidemiológica? El AUDIT puede tener aplicaciones como herramienta epidemiológica en estudios de clínicas de atención sanitaria, sistemas de servicios sanitarios y de población general. Aunque el AUDIT fue desarrollado como un instrumento internacional también se puede utilizar para comparar muestras de diferentes grupos nacionales y culturales, con respecto a la prevalencia y naturaleza del consumo de riesgo, consumo perjudicial y la dependencia de alcohol. Antes de esto, sería útil desarrollar normas para diferentes niveles de riesgo, de modo que las puntuaciones individuales y de grupo puedan ser comparadas con la distribución de las puntuaciones dentro de la población general.
- ¿Cuál es la validez concurrente de los ítems del AUDIT y de las puntuaciones totales cuando se compara con diferentes indicadores «objetivos» de problemas relacionados con el alcohol, tales como los niveles de alcohol en sangre, marcadores bioquímicos de consumo elevado, antecedentes públicos de problemas relacionados con el alcohol y datos observacionales obtenidos de personas conocedoras de la conducta de consumo de alcohol del paciente? En la medida que los procedimientos de información verbal pueden tener limitaciones intrínsecas, sería útil evaluar bajo qué circunstancias los resultados del AUDIT están sesgados o serán inválidos. Los procedimientos para incrementar la precisión del AUDIT también deberían investigarse.
- ¿Cuán aceptable es el AUDIT para los trabajadores de atención primaria? ¿Cómo pueden enseñarse mejor los procedimientos de screening en el contexto de formación para los profesionales de la salud? ¿Cómo se generaliza la aplicación de los procedimientos de screening mediante el AUDIT una vez se ha formado a los estudiantes o a los profesionales sanitarios?

Anexo B

Formato sugerido para el AUDIT de auto-pase

En algunos ámbitos puede ser ventajoso administrar el AUDIT como un cuestionario a ser cumplimentado por el paciente, en lugar de como una entrevista oral. Esta elección a menudo ahorra tiempo, dinero y puede dar lugar a respuestas más precisas por parte del paciente. Estas ventajas pueden resultar también de la administración vía ordenador. El formato de cuestionario del AUDIT presentado en el Cuadro 10 puede resultar útil para tales fines.

La opción de omitir preguntas que se da en la entrevista oral (Cuadro 4 en la página 17) probablemente es demasiado complicada para los pacientes cuando la administración se realiza en el formato de cuestionario auto-pase mediante papel. Sin embargo, es fácil y se realiza de forma automática a través del ordenador.

Es conveniente que al administrar el cuestionario se añadan ilustraciones de las bebidas más habituales a nivel local reflejando las cantidades de Unidades de Bebidas Estándar. La pregunta 3 puede requerir una modificación (hasta 4 o 5 consumiciones), dependiendo del número de Unidades de Bebidas Estándar requeridas hasta un total de 60 gramos de alcohol puro (Véase el Anexo C).

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

El espacio al pie del formulario puede designarse «Sólo para uso de los profesionales» para que puedan anotarse las instrucciones o para documentar las acciones

llevadas a cabo por el personal sanitario que administra el AUDIT o que lleva a cabo la intervención breve. Sin embargo, dicho material deberá estar suficientemente codificado para no comprometer la honestidad de los pacientes a la hora de responder las preguntas del AUDIT

Cuadro 10**Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol:
versión de auto-pase.**

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

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

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

Anexo C

Traducción y adaptación a idiomas, culturas y situaciones específicas

En algunos ambientes culturales y grupos lingüísticos, las preguntas del AUDIT no se pueden traducir literalmente. Hay una serie de factores socioculturales que deben ser tomados en cuenta junto con el significado semántico. Por ejemplo, las costumbres del consumo y las preferencias de bebidas de ciertos países pueden requerir la adaptación de las preguntas para ajustarse a las condiciones locales.

Con respecto a la traducción a otros idiomas, debe señalarse que las preguntas del AUDIT han sido traducidas al español, eslavó, noruego, francés, alemán, ruso, japonés, suahili, entre otros. Estas traducciones pueden solicitarse por escrito al Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, 1211 Génova 27, Suiza. Antes de intentar traducir el AUDIT a otros idiomas, los individuos interesados deben consultar con la Sede de OMS acerca de los procedimientos que deben seguirse y la disponibilidad de otras traducciones.

¿Qué es una consumición o bebida estándar?

En diferentes países los educadores para la salud e investigadores emplean diferentes definiciones de lo que es una unidad o consumo estándar debido a las diferencias del volumen de las consumiciones en cada país. Por ejemplo,

- 1 unidad de bebida estándar en Canadá: 13,6 gr de alcohol puro
- 1 unidad de bebida estándar en el Reino Unido: 8 gr
- 1 unidad de bebida estándar en EEUU: 14 gr
- 1 unidad de bebida estándar en Australia o Nueva Zelanda: 10 gr
- 1 unidad de bebida estándar en Japón: 19,75 gr

En el AUDIT, las preguntas 2 y 3 asumen que una bebida estándar equivale a 10 gramos de alcohol. Puede necesitar ajustar el número de bebidas en las respuestas para estas preguntas

con el fin de adecuar los volúmenes más habituales de las consumiciones y los grados de alcohol en su país.

El nivel de consumo de bajo riesgo recomendado, tal como se establece en el manual de intervención breve y utilizado en el estudio de la OMS sobre intervenciones breves, es hasta 20 gramos de alcohol por día 5 días a la semana (recomendando 2 días sin beber).

¿Cómo calcular el contenido de alcohol en una bebida?

El contenido de alcohol de una bebida depende de los grados de ésta y del volumen del envase. Existen amplias variaciones en la graduación de las bebidas alcohólicas y del tamaño de las consumiciones más frecuentes en los diferentes países. Un estudio de la OMS⁴⁵ indicó que la cerveza contenía un volumen de entre un 2% y 5% de alcohol puro, los vinos contenían de un 10,5% a 18,9%, los destilados variaban desde un 24,3 % hasta un 90% y la sidra desde un 1,1% hasta un 17%. Por lo tanto, es necesario adaptar los tamaños de las bebidas a lo que es más habitual a nivel local y para conocer a grandes rasgos la cantidad de alcohol puro que una persona consume en una ocasión y por término medio.

Otra consideración en la medición de la cantidad de alcohol en una unidad de bebida estándar es el factor de conversión del alcohol. Esto le permite convertir cualquier volumen de alcohol a gramos. Por cada mililitro de alcohol, hay 0,79 gramos de alcohol puro. Por ejemplo,

- 1 lata de cerveza (330 ml) al 5% (concentración) x 0,79 (factor de conversión) = 13 gramos de alcohol
- 1 vaso de vino (140 ml) al 12% x 0,79 = 13,3 gramos de alcohol
- 1 vaso de destilados (40 ml) al 40% x 0,79 = 12,6 gramos de alcohol.

Anexo D

Procedimientos de screening clínico

Un examen clínico y las pruebas de laboratorio en ocasiones pueden ser útiles en la detección del consumo crónico y perjudicial de alcohol. Para este fin, se han desarrollado procedimientos de screening clínico.³⁴ Estos incluyen el temblor de manos, la aparición de vasos sanguíneos en la cara y los cambios que se observan en las membranas mucosas (p.ej., conjuntivitis) y la cavidad oral (p.ej., glositis), así como encimas hepáticas elevadas.

Sólo profesionales sanitarios cualificados deberían llevar a cabo el examen. Varios de los criterios requieren una explicación para realizar un diagnóstico fiable.

- Inyección conjuntival. La condición del tejido conjuntival se evalúa sobre la base de la extensión de la congestión capilar y de la ictericia escleral. El examen se realiza mejor a plena luz del día pidiéndole al paciente que dirija su mirada hacia arriba y entonces hacia abajo mientras tira hacia atrás los párpados superior e inferior. En condiciones normales, la blancura normal se distribuye ampliamente. En contraste, la congestión capilar se refleja en la apariencia de color borgoña de los elementos vasculares y en la apariencia de un tinte verdoso de la esclerótica.
- Vascularización anormal de la piel. Esto se evalúa mejor mediante el examen de la cara y cuello. Estas áreas a menudo muestran evidencia de débiles arteriolas que aparecen como una erupción rojiza. Otros signos de ingesta crónica de alcohol incluyen la apariencia de «piel de gallina» en el cuello y marcas amarillentas en la piel.
- Temblor de manos. Esto debería evaluarse con los brazos extendidos hacia delante, con los codos medio flexionados, y con las manos rotadas hacia la línea del medio.
- Temblor de la lengua. Esto debería evaluarse con la lengua protruida una corta distancia por delante de los labios, pero no excesivamente.
- Hepatomegalia. Los cambios hepáticos deberían evaluarse tanto en términos del volumen y la consistencia. El aumento del volumen puede ser calculado en términos de los anchos de dedos por debajo del margen costal. La consistencia puede ser evaluada como normal, firme, dura o muy dura.

Diversas pruebas de laboratorio son útiles en el screening del abuso del alcohol. La gamma-glutamyl-transferasa (GGT) sérica, la transferina deficiente en carbohidratos (CDT), el volumen corpuscular medio (VCM) de los glóbulos rojos y la aspartato amino transferasa (AST) sérica pueden proporcionar a un coste relativamente bajo, una posible indicación del consumo excesivo reciente del alcohol. Debe tenerse en cuenta que pueden producirse falsos positivos si el individuo está tomando medicamentos (como los barbitúricos) que inducen la GGT o tiene temblor de manos debido a nerviosismo, una enfermedad neurológica o dependencia de nicotina.

Anexo E

Material de formación para el AUDIT

Los materiales de formación y otros recursos han sido desarrollados para enseñar las técnicas de screening y de intervención breve del AUDIT. Estas incluyen vídeos, manuales para el docente y panfletos.

A continuación se enumeran los recursos que pueden utilizarse en la formación para la utilización del AUDIT en el screening de los problemas relacionados con el alcohol.

Anderson, P. Alcohol and primary health care. World Health Organization, Regional Publications, European Series no. 64, 1996.

El Proyecto NEADA (Formación para Enfermería sobre Abuso de Alcohol y Drogas), consiste en un vídeo de 30 minutos titulado «Alcohol Screening and Brief Intervention» (Screening e Intervención Breve) junto con un Manual para el Docente³¹ con material para impartir clase, ejercicios de juego de rol, pautas para discusiones de grupo, y tareas y actividades de aprendizaje. Está disponible a través del U.S. National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information: www.health.org o por teléfono a través del 1-800-729-6686.

Alcohol risk assessment and intervention (ARAI) package. Ontario, College of Family Physicians of Canada, 1994.

Sullivan, E., and Fleming, M. A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians, *Treatment Improvement Protocol Series, 24*, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, MD 20857, 1997.

Referencias

1. Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. and Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88, 791-804, 1993.
2. Saunders, J.B., Aasland, O.G., Amundsen, A. and Grant, M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption I. *Addiction*, 88, 349-362, 1993.
3. Babor, T., Campbell, R., Room, R. and Saunders, J.(Eds.) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, World Health Organization, Geneva, 1994.
4. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*, World Health Organization, Geneva, 1993.
5. Anderson, P., Cremona, A., Paton, A., Turner, C. & Wallace, P. The risk of alcohol. *Addiction* 88, 1493-1508, 1993.
6. Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Geisbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H., Lemmens, P., Makela, K., Midanik, L., Norstrom, T., Osterberg, E., Romelsjo, A., Room, R., Simpura, J., Skog., O. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press, 1994.
7. World Health Organization. *Problems related to alcohol consumption, Report of a WHO Expert Committee*. Tech. Report Series 650, Geneva, WHO, 1980.
8. Kreitman, N. Alcohol consumption and the prevention paradox. *British Journal of Addiction* 81, 353-363, 1986.
9. Murray, R.M. Screening and early detection instruments for disabilities related to alcohol consumption. In: Edwards, G., Gross, M.M., Keller, M., Moser, J. & Room, R. (Eds) *Alcohol-Related Disabilities*. WHO Offset Pub. No. 32. Geneva, World Health Organization, 89-105, 1977.
10. Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B. and Babor, T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21(4): 613-619, 1997.
11. Cherpitel, C.J. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *Journal of Studies on Alcohol* 56:695-700, 1995.
12. Conigrave, K.M., Hall, W.D., Saunders, J.B., The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. *Addiction* 90:1349-1356, 1995.
13. Volk, R.J., Steinbauer, J.R., Cantor, S.B. and Holzer, C.E. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. *Addiction* 92(2):197-206, 1997.
14. Rigmaiden, R.S., Pistorello, J., Johnson, J., Mar, D. and Veach, T.L. Addiction medicine in ambulatory care: Prevalence patterns in internal medicine. *Substance Abuse* 16:49-57, 1995.

15. Piccinelli, M., Tessari, E., Bortolomasi, M., Piasere, O., Semenzin, M. Garzotto, N. and Tansella, M. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *British Medical Journal* 314(8) 420-424, 1997.
16. Skipsey, K., Burlison, J.A. and Kranzler, H.R. Utility of the AUDIT for the identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence* 45:157-163, 1997.
17. Claussen, B. and Aasland, O.G. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed. *Addiction* 88:363-368, 1993.
18. Fleming, M.F., Barry, K.L. and MacDonald, R. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample. *International Journal of the Addictions* 26:1173-1185, 1991.
19. Powell, J.E. and McInness, E. Alcohol use among older hospital patients: Findings from an Australian study. *Drug and Alcohol Review* 13:5-12, 1994.
20. Isaacson, J.H., Butler, R., Zacharek, M. and Tzelepis, A. Screening with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city population. *Journal of General Internal Medicine* 9:550-553, 1994.
21. Fiellin, D.A., Carrington, R.M. and O'Connor, P.G. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Archives of Internal Medicine* 160: 1977-1989, 2000.
22. Ivis, F.J., Adlaf, E.M. and Rehm, J. Incorporating the AUDIT into a general population telephone survey: a methodological experiment. *Drug & Alcohol Dependence* 60:97-104, 2000.
23. Lapham, S.C., Skipper, B.J., Brown, P., Chadbunchachai, W., Suriyawongpaisal, P. and Paisarnsilp, S. Prevalence of alcohol use disorders among emergency room patients in Thailand. *Addiction* 93(8), 1231-1239, 1998.
24. Steinbauer, J.R., Cantor, S.B., Holder, C.E. and Volk, R.J. Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Annals of Internal Medicine* 129: 353-362, 1998.
25. Clements, R. A critical evaluation of several alcohol screening instruments using the CIDI-SAM as a criterion measure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22(5):985-993, 1998.
26. Hays, R.D., Merz, J.F. and Nicholas, R. Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and AUDIT alcohol screening measures. *Behavioral Research Methods, Instruments & Computers* 27:277-280, 1995.
27. Bohn, M.J., Babor, T.F. and Kranzler, H.R. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol* 56:423-432, 1995.
28. Conigrave, K.M., Saunders, J.B. and Reznik, R.B. Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm. *Addiction* 90:1479-1485, 1995.

29. Sinclair, M., McRee, B. and Babor, T.F. Evaluation of the Reliability of AUDIT. University of Connecticut School of Medicine, Alcohol Research Center, (unpublished report), 1992.
30. Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J. and Grant, M. *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. WHO/MNH/DAT 89.4, World Health Organization, Geneva, 1989.
31. McRee, B., Babor, T.F. and Church, O.M. *Instructor's Manual for Alcohol Screening and Brief Intervention*. Project NEADA, University of Connecticut School of Nursing, 1991.
32. Gomel, M. and Wutzke, S. Phase III World Health Organization Collaborative Study. Procedures Manual Strand III, Part 1. Dept. of Psychiatry, University of Sydney, New South Wales, 1995.
33. Miller, W.R., Zweben, A., DiClemente, C.C. and Rychtarik, R.G. *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Project MATCH Monograph Series, Vol. 2. Rockville MD: NIAAA, 1992.
34. Babor, T.F., Weill, J., Treffardier, M. and Benard, J.Y. Detection and diagnosis of alcohol dependence using the Le Go grid method. In: Chang N (Ed.) *Early identification of alcohol abuse*. NIAAA Research Monograph 17, DHHS Pub. No. (ADM) 85-1258, Washington, D.C. USGPO, 1985; 321-338.
35. Saunders, J.B. and Aasland, O.G. *WHO Collaborative Project on Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption*. Geneva, Switzerland, World Health Organization (Unpublished Document WHO/MNH/DAT/86.3), 1987.
36. Bien, T.H., Miller, W.R. and Tonigan, S. Brief intervention for alcohol problems: a review. *Addiction* 88:315-336, 1993.
37. Kahan, M., Wilson, L. and Becker, L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(6):851-859, 1995.
38. Wilk, A.I., Jensen, N.M. and Havighurst, T.C. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, 12:274-283, 1997.
39. Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.U., Helzer, J.E., Babor, T.F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R, Regier, D., Sartorius, N. and Towle, L. The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45:1069-1077, 1988.
40. Wing, J.K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J.E., Giel, R., Jablenski, A., Regier, D. and Sartorius, N. SCAN - Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry* 47:589-593, 1990.

41. Heather, N. *Treatment approaches to alcohol problems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 65).
42. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health*. Rockville, MD, 2000.
43. Richmond, R.L. and Anderson, P. Research in general practice for smokers and excessive drinkers in Australia and the UK. III. Dissemination of interventions. *Addiction* 89, 49-62, 1994.
44. Babor, T.F. and Higgins-Biddle, J.C. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 95(5):677-686, 2000.
45. Finnish Foundation for Alcohol Studies. *International Statistics on Alcoholic Beverages: Production, Trade and Consumption 1950-1972*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1977.

Notas

