

PILOTO DEL CRIBADO E INTERVENCIÓN BREVE SOBRE EL CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL DE ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ADULTOS Y JÓVENES EN ARAGÓN

Dirección General Salud Pública
Servicio de Prevención y Promoción de la Salud
Sección Drogodependencias

1. INTRODUCCIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO DONDE SE REALIZÓ EL PILOTO

Este proyecto se desarrolla en el marco de la Acción 8 del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y tiene por objetivo aportar unas pautas para el pilotaje de las guías desarrolladas en el marco de dicha Acción, para la detección precoz e intervención breve en bebedores de riesgo adultos y jóvenes en el ámbito de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias.

Los contenidos de esta estrategia incorporan los resultados del trabajo desarrollado en el marco del proyecto europeo BISTAIRS (www.bistairs.eu), así como las recomendaciones del Plan de Calidad para la implementación de guías clínicas en el Sistema Nacional de Salud y la evidencia recopilada en fases previas de la misma Acción 8.

El objetivo de la Acción 8 es mejorar la calidad de la actuación de los servicios de atención primaria y de urgencias hospitalarias mediante la capacitación de los profesionales y el diseño conjunto de procedimientos de atención con el objetivo principal de la reducción de daños (morbimortalidad directa e indirecta) y la detección y derivación de los pacientes.

En Aragón, la Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias y el II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010-2016 establecen las líneas prioritarias para el abordaje de las adicciones en Aragón.

La reorganización de los recursos asistenciales para el tratamiento de adicciones que se inició en el I Plan Autonómico estableció como criterio la necesidad de normalización de la asistencia a estas patologías en las redes generales y, en concreto, desde el ámbito de la Salud Mental.

A tal efecto se constituyeron las Unidades de Asistencia y Seguimiento de Adicciones (UASA) como centros de referencia en cada uno de los Sectores Sanitarios. Estas Unidades abordan

las adicciones a sustancias psicoactivas, de acuerdo con la cartera de servicios definida al efecto, y se integran orgánica y/o funcionalmente dentro de la red de recursos de Salud Mental de la Comunidad Autónoma.

Hay que destacar, asimismo, el papel que juegan los Centros de atención primaria en la detección de drogodependencias y otras adicciones, así como en el abordaje terapéutico del tabaquismo y el alcoholismo, incluidos en su cartera de servicios, debiendo establecerse criterios homogéneos y precisos de derivación tanto hacia las Unidades especializadas de deshabituación tabáquica como hacia los recursos específicos de Salud Mental, cuando sea preciso.

En este sentido con la participación en el Pilotaje se pretende valorar las necesidades de formación y de coordinación entre la atención primaria y los centros de atención a drogodependientes con el propósito de mejorar el abordaje de los problemas ocasionados por el consumo de alcohol.

1.2 OBJETIVOS DEL PILOTO

Específicamente, la acción 8 tiene por objetivos:

- 1- Difundir en el ámbito de la Atención Primaria el cribado e intervención breve a población joven y adulta.
- 2- Mejorar el conocimiento y habilidades de los profesionales de la Atención Primaria en el manejo de instrumentos de cribado e intervención breve en población joven y adulta.
- 3- Identificar barreras y facilitadores de la implementación del cribado e intervención breve en población joven y adulta en el ámbito de la Atención Primaria.

2. FASE INICIAL

2.1 DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO RESPONSABLE DE IMPLEMENTACIÓN A NIVEL DE LA CCAA

La coordinación del Proyecto Piloto se llevó a cabo por la Dirección General de Salud Pública, que tiene las competencias en materia de prevención y promoción de la salud y específicamente desde el Servicio de Prevención y Promoción de la salud que es desde donde se coordinan las actuaciones de prevención de adicciones y de promoción de hábitos saludables en los ámbitos educativo, comunitario, laboral y sanitario.

Para la puesta en marcha del Piloto se implicó desde el Servicio de Prevención y Promoción de la Salud, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria puesto que tiene competencias en la gestión y mantenimiento de los sistemas de información asistencial, la coordinación de la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud y la formación continuada de las profesiones sanitarias y al Servicio Aragonés de Salud, organismo autónomo de naturaleza administrativa, adscrito al Departamento de Sanidad, que tiene como función principal la provisión de la asistencia sanitaria de la Comunidad Autónoma y de quien dependen los Centros de Atención Primaria y los profesionales de los Centros de Salud Perpetuo Socorro en Huesca, Delicias Norte y Arrabal en Zaragoza y Alcañiz en Teruel.

2.2 DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO Y POBLACIÓN IMPLICADOS EN EL PILOTO

Tras la valoración conjunta por parte de los responsables del Servicio Aragonés de Salud y de la Dirección General de Salud Pública, se planteó que la participación de Aragón en el proyecto piloto de cribado e intervención breve sobre el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol sólo se podría realizar en Atención Primaria, excluyendo desde el principio la realización de cribado

en Urgencias Hospitalarias porque no se podía asumir el esfuerzo que conllevaba la implicación de estos profesionales, porque se valoró más compleja la intervención hospitalaria y porque la situación de sobrecarga de trabajo en las urgencias de los hospitales no favorecía la realización de este proyecto.

Sin embargo, el hecho de que el Piloto coincidiera con la finalización del período de vigencia del *II Plan Autonómico sobre adicciones* y el inicio de la evaluación del mismo, se vio como una oportunidad de toma de contacto con los dispositivos de Atención Primaria para valorar su situación respecto al abordaje del consumo de alcohol.

Para la selección de los Centros de Atención Primaria que podrían participar en el Piloto, se planteó en primer lugar la representación de Equipos de las tres provincias, con el fin de poder extraer datos que pudieran servir de referencia en la elaboración del siguiente Plan de Adicciones.

En segundo lugar, se buscó la comparabilidad entre los centros, de forma que el tamaño de los Equipos y la población que atendieran fuera similar y, por último, se buscó la disponibilidad de los Equipos para la participación en el Pilotaje.

Así se seleccionaron varios EAP por provincia y tras ponernos en contacto con ellos, se concretó la colaboración con cuatro Equipos de Atención Primaria de las tres provincias, Delicias Sur y Arrabal de Zaragoza, Perpetuo Socorro de Huesca y Alcañiz de Teruel. Finalmente, este último tras comprometerse a la participación y tras realizar la formación y preparación del proyecto, no pudo participar en el desarrollo del cribado en pacientes por motivos de organización interna, por lo que la intervención se redujo a tres equipos de Atención Primaria a pesar de que sí que participaron en el registro de los datos pre-formación, post-formación y análisis de barreras y facilitadores.

2.3 DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO RESPONSABLE A NIVEL LOCAL O DE CENTRO

El primer contacto realizado fue con el Coordinador del centro para conseguir que el Piloto se viera como un proyecto conjunto y para que participara el mayor número posible de profesionales. Había que explicar en qué consistía el Piloto, dar a conocer cuál iba a ser la aportación de los profesionales y si la intervención se ceñiría al horario laboral o requería algún suplemento a su trabajo diario.

A partir del contacto con el/la Coordinador/a del Centro se contactó con la persona responsable de la formación de cada EAP para organizar el curso que los profesionales iban a recibir antes de empezar el cribado.

En los cuatro centros se vio necesario un planteamiento de intervención en alcohol y una actualización sobre el tema porque reconocían que, en ocasiones, habían tenido dificultad para abordarlo con algún paciente. Se ofrecieron todo tipo de facilidades para la participación en el Piloto y para la organización de la formación.

3. FASE DE INTERVENCIÓN

3.1 ANÁLISIS BASAL

En el sistema sanitario de Aragón, se utiliza la historia clínica electrónica en Atención Primaria que se recoge y gestiona mediante la aplicación OMI-AP, donde los procesos de salud son codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades de Atención Primaria (CIAP-1).

El Departamento de Sanidad, desde la Dirección General de Salud Pública, a través de las secciones de Información e Investigación Sanitaria y de Vigilancia Epidemiológica, se analiza la información obtenida de OMI-AP con el objetivo de valorar de forma sistemática el estado de salud en Aragón.

La cuantificación del consumo de alcohol se realiza a partir de una serie de preguntas. Aquellas personas que presenten un resultado superior a 280 g/semana en hombres o 168 g/semana en mujer serán susceptibles de cumplimentar el cuestionario CAGE. Por último y en caso de obtener un resultado mayor de 2 en el CAGE se pasarán los test MALT- O y/o MALT- S.

Por otra parte, existe la posibilidad de registrar la recomendación antialcohol, en los casos que se estime pertinente, y la extracción de los datos sobre el número de consejos proporcionados de cara a su análisis.

Con respecto al diagnóstico, actualmente sólo se pueden recoger de OMIAP los diagnósticos P15 y P16 referentes a alcohol: P15 abuso crónico de alcohol (>280 g/semana en hombres mujeres y >168 g/semana en mujeres) y P16 abuso agudo alcohol.

Sin embargo y a pesar de que estén registrados en la historia los datos de la realización de los cuestionarios MALT y CAGE no se puede extraer para su análisis ni el número de cuestionarios realizados ni las puntuaciones obtenidas en ellos.

En Aragón se han realizado informes sobre los casos atendidos por consumo de alcohol referidos a los epígrafes P15 y P16 en atención primaria de toda la Comunidad Autónoma. Para tener información sobre los últimos años, se hizo una selección de los casos atendidos desde 2010 a 2014, que se presentan a continuación desglosados por sexo y grupo de edad.

| P15: Abuso crónico de alcohol | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|----------|----------|-------------|------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|------------|--------------|
| | <15 años | | 15-44 años | | 45-64 años | | >65 años | | Total | | Total |
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | |
| 2010 | 0 | 1 | 353 | 68 | 612 | 78 | 178 | 13 | 1143 | 160 | 1303 |
| 2011 | 0 | 1 | 355 | 68 | 614 | 80 | 198 | 38 | 1167 | 187 | 1354 |
| 2012 | 0 | 0 | 288 | 61 | 505 | 105 | 171 | 23 | 964 | 189 | 1153 |
| 2013 | 1 | 0 | 226 | 69 | 428 | 98 | 120 | 24 | 775 | 191 | 966 |
| 2014 | 0 | 1 | 216 | 62 | 429 | 81 | 122 | 16 | 767 | 160 | 927 |
| Total | 1 | 3 | 1438 | 328 | 2588 | 442 | 789 | 114 | 4816 | 887 | 5703 |

| P16: Abuso agudo de alcohol | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|--------------|
| | <15 años | | 15-44 años | | 45-64 años | | >65 años | | Total | | Total |
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | |
| 2010 | 6 | 2 | 114 | 43 | 36 | 9 | 4 | 0 | 160 | 54 | 214 |
| 2011 | 6 | 13 | 124 | 50 | 48 | 18 | 19 | 3 | 197 | 84 | 281 |
| 2012 | 9 | 8 | 140 | 61 | 73 | 17 | 21 | 2 | 243 | 88 | 331 |
| 2013 | 5 | 7 | 98 | 51 | 61 | 18 | 14 | 4 | 178 | 80 | 258 |
| 2014 | 3 | 8 | 93 | 67 | 56 | 20 | 18 | 2 | 170 | 97 | 267 |
| Total | 29 | 38 | 569 | 272 | 274 | 82 | 76 | 11 | 948 | 403 | 1351 |

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Total de Casos Aragón: P15+P16 | 1517 | 1635 | 1297 | 1194 | 1194 |

A fin de obtener una visión más concreta de los centros sobre los que se iba a trabajar en el estudio Piloto y poder analizar datos de incidencia de problemas asociados al consumo de alcohol, se recogieron los datos de P15 y P16 del año 2014 de los centros de salud de Arrabal, Delicias Sur, Alcañiz y Perpetuo Socorro de Huesca.

| P15: Abuso crónico de alcohol Todos >15 años | | | |
|--|----------------|----------------|--------------|
| | Hombres | Mujeres | Total |
| Alcañiz | 8 | 2 | 10 |
| Arrabal | 9 | 3 | 12 |
| Delicias Sur | 13 | 5 | 18 |
| Perpetuo Socorro | 4 | 1 | 5 |
| TOTAL | 34 | 11 | 45 |

| P16: Abuso agudo de alcohol 2014 Todos >15 años | | | |
|---|---------------|--------------|--------------|
| | Hombre | Mujer | Total |
| Alcañiz | 2 | 0 | 2 |
| Arrabal | 2 | 0 | 2 |
| Delicias Sur | 2 | 0 | 2 |
| Perpetuo Socorro | 4 | 1 | 5 |
| TOTAL | 10 | 1 | 11 |

| TOTAL DE CASOS: P15+P16 | | | | | |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Alcañiz | 19 | 18 | 14 | 13 | 12 |
| Arrabal | 30 | 18 | 17 | 23 | 14 |
| Delicias sur | 30 | 32 | 28 | 28 | 20 |
| Perpetuo socorro | 33 | 22 | 20 | 28 | 10 |

| P15: Abuso crónico de alcohol 2014 | | | |
|---|---------------------|--------------------|--------------|
| | < 15 años | >15 años | Total |
| Hombres | | 767 | 767 |
| Mujeres | 1 | 159 | 160 |
| Total | 1 | 159 | 927 |

| P16: Abuso agudo de alcohol 2014 | | | |
|---|---------------------|--------------------|--------------|
| | < 15 años | >15 años | Total |
| Hombres | 3 | 167 | 170 |
| Mujeres | 8 | 89 | 97 |
| Total | 11 | 256 | 267 |

Barreras en la detección precoz y la intervención breve

En cuanto al análisis realizado por los profesionales de los Equipos de Atención Primaria sobre las barreras encontradas para la realización de una detección precoz o una intervención breve en relación con el consumo de alcohol se han extraído las siguientes valoraciones:

- Tiempo de consulta insuficiente (7 minutos)
- Dificultad en la cuantificación de los consumos realizados cuando éstos son puntuales y no continuados ni homogéneos. Este es el caso por ejemplo de las personas que consumen grandes cantidades una vez al mes, lo cual no se puede recoger en el programa ya que se cuantifica a nivel diario o semanal.

- Gran tolerancia de la sociedad respecto al consumo de alcohol.
- Falta de concienciación de profesionales, pacientes y, en general, de la sociedad sobre los problemas que puede generar el consumo de alcohol.
- Rechazo del profesional a la atribución de un diagnóstico relacionado con el abuso de alcohol debido a la posibilidad de estigmatizar al paciente.
- Resistencia a realizar cambios en el test de screening por sentirse cómodos utilizando el CAGE.
- Ausencia de la cuestión de género en el abordaje del consumo excesivo de alcohol pese a las grandes diferencias existentes.
- Falta de información sobre la presencia de consumo de alcohol en el momento de la prescripción de tratamientos farmacológicos que podrían estar contraindicados.
- Dificultad por parte de los profesionales de Atención Primaria en el manejo de los problemas de dependencia de alcohol.
- Escasa relevancia concedida a preguntar por el consumo de alcohol, excepto en el caso de primeras citas al abrir historia o cuando hay algún problema asociado muy evidente.
- Sensación de falta de preparación por parte de los profesionales de atención primaria para abordar la intervención breve o para aconsejar por no considerarse capacitados ni formados en comparación con otros temas.
- Temor a enfrentarse a los pacientes y a “desmontar” la idea que ellos tienen sobre los consumos de alcohol que realizan.

Facilitadores en la detección precoz y la intervención breve

En cuanto a los facilitadores que podrían ayudar a realizar esta intervención se recogieron las siguientes consideraciones:

- Existencia de un Equipo de trabajo cohesionado y con experiencia en el abordaje de problemas de adicciones. La presencia en el equipo de la figura del Trabajador Social se valoró positivamente.
- Motivación de los profesionales y conocimientos suficientes sobre el tema, las herramientas de cribado y detección precoz y las medidas de derivación y coordinación con recursos a atención especializados.
- Abordaje integral de los pacientes, importancia de los factores sociales “de todas las citas de hoy sólo he atendido a un paciente, todos los demás son por problemas no médicos”.
- Plantilla con inquietudes, alto porcentaje entre los profesionales de mujeres de entre 40-50 años y con alta motivación en la promoción de la salud y en la transmisión de valores.
- Buena disposición y acogida del Equipo de Atención Primaria a las explicaciones del piloto.
- Motivación y apoyo del coordinador del Equipo de Atención Primaria a la participación en proyectos novedosos y la existencia de sesiones clínicas en las que incluir la formación y el abordaje del problema.
- Disponibilidad de criterios uniformes en la oferta de consejo breve a los casos en los que se estime pertinente.
- Planificación de la formación en dos sesiones para que puedan acudir todos los profesionales del centro, personal de medicina, enfermería, etc.

3.2 FORMACIÓN

Como parte del Piloto, se ha propuesto la realización de un curso de información-formación (reconocido por la Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias de Aragón con 0.7 créditos) sobre las pautas para el cribado y la detección precoz del abuso de alcohol que sirva además como aliciente para el personal que realice el proyecto. Para conseguir que el curso se pudiera realizar en horario de trabajo y tuviera reconocimiento oficial requirió la tramitación y la inscripción en la plataforma que el SALUD tiene preparada al efecto.

Bajo el título ***“Mójate con el alcohol”*** el curso fue elaborado por el Grupo de Educación sanitaria y Promoción de la salud del Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS), la Sociedad española de medicina de familia y comunitaria (semFYC), el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad y el S.G. Promoción de la Salud y Epidemiología de la D.G. Salud Pública, Calidad e Innovación. La formación estaba dirigida a los profesionales sanitarios y trataba sobre la integración en la práctica clínica diaria de la detección del consumo de riesgo y nocivo de alcohol y la Intervención Breve. Fue impartido en los propios Centros a lo largo del mes de junio 2016, en horario de mañana por el Dr. Rodrigo Córdoba. Los coordinadores de los Centros colaboraron en la programación de la formación de forma que toda la plantilla sanitaria pudiera realizarla.

Los talleres de formación se realizaron según el siguiente cronograma:

- Arrabal: 1 y 8 de junio de 13:30 a 15:00 h.
- Delicias sur: 2 y 9 de junio de 8:15 a 9.45 h.
- Alcañiz: 15 de junio de 8:00 a 11:00h y un segundo taller de 12:00 a 15:00 h.
- Perpetuo Socorro: 17 de junio de 8:00 a 11:00h y un segundo taller de 12:00 a 15:00

En los talleres de formación realizados en el mes de junio de 2016, previo a la puesta en marcha del pilotaje, participaron un total de 80 profesionales: 44 enfermeras/os, 33 médicas/os, 1 Trabajadora social y 3 personas que no indicaron su profesión. Excluyendo a los

30 profesionales del Equipo de Atención Primaria de Alcañiz los profesionales que participaron en el pilotaje fueron: 30 enfermeros/as, 20 médicos/as y 1 Trabajadora Social.

Antes de realizar la formación, se pasó el cuestionario pre - test de valoración de habilidades y actitudes hacia los pacientes. Al acabar la formación se pasó la encuesta de valoración de la formación y el post - test se les pasó a primeros de septiembre para hacerlo coincidir con la puesta en marcha del pilotaje para recordar aspectos relacionados con la formación y con la utilización de la nueva aplicación preparada en OMI para incluir el test AUDIT.

Como parte de la información ofrecida a los profesionales sanitarios para la intervención, desde la Dirección General de Salud Pública se revisaron y pusieron al día el listado de Asociaciones de Ayuda Mutua de Alcohol existentes y el listado de las Unidades de Atención y Asistencia de Adicciones con teléfonos, direcciones y correos electrónicos actualizados para facilitar la utilización de recursos y la derivación por parte de profesionales y usuarios.

3.3 PILOTO

Antes de iniciar el Piloto, desde el Servicio Aragonés de Salud se realizaron adaptaciones en OMI para que los cuatro centros de salud participantes pudieran disponer de los test AUDIT, CRAFT y NIAAA en la aplicación informática y a modo de prueba, de manera que la recogida de datos resultara más fácil, práctica y rápida. Se ubicaron como plantillas de texto con campos automáticos de fusión con volcado de los datos de identificación del paciente pactados. Los profesionales tuvieron que rellenar los resultados del test y utilizar la impresión de la plantilla para recopilar los datos. En los cuatro centros seleccionados se dispuso como plantilla libre para personal de Medicina/Enfermería en la sección de plantillas de OMI, dentro de los capítulos "ZZ- CENTRO DE SALUD".

Estaba previsto que, durante el mes de septiembre y antes de iniciar el pilotaje, los profesionales que habían recibido la formación durante el mes de junio cumplimentaran el cuestionario post-formación y se les recordara las actuaciones que habría que llevar a cabo. Este procedimiento de evaluación puso de manifiesto un importante cambio de los profesionales de los EAP debido a procesos de movilidad general del SALUD por lo que fue necesario el repaso del contenido del proyecto piloto y el recuerdo de los criterios marcados en cada centro para la aplicación del AUDIT de cara a su puesta en marcha de la intervención.

En cuanto a la forma de seleccionar a los pacientes objeto del cribado, cada Equipo de Atención Primaria estableció su propia sistemática, consensuada entre todo el equipo y adecuada a cada realidad y forma de organización del trabajo. De esta forma uno de los EAP participantes se comprometió a realizar como mínimo un cribado al día por profesional, eligiendo ellos el paciente. Otro centro, en cambio, optó por hacer el cribado al primer paciente citado durante el tiempo que durara el proyecto y organizando la consulta de forma que se pudiera disponer de más tiempo para realizar el cuestionario. Por último, en el restante EAP se realizó el cuestionario a criterio de cada profesional, sin pautar mínimos ni tiempos específicos para ello.

Se acordó, además, que en caso de que fuera necesario o útil, se realizaría el AUDIT C a cualquier otro paciente a criterio del profesional, no tanto como muestra del pilotaje si no como ayuda al profesional para detectar consumo de riesgo con esta herramienta.

El período de recogida de información para el pilotaje se acordó conjuntamente entre los tres equipos participantes, de forma que todos recogieron los datos entre el 26 de septiembre y el 26 de noviembre de 2016. Además, aproximadamente a mitad de dicho período se estableció una reunión que los profesionales de los centros valoraron como muy positiva para valorar posibles problemas o mejoras en la aplicación, así como para recoger los cuestionarios realizados hasta entonces.

Fue necesaria la asignación de un responsable en cada EAP de enlace con la DGSP encargado de la recogida de los AUDIT realizados y el reparto de la información, el material del curso de formación, los folletos y demás documentación enviada.

3.4 SCREENING CON AUDIT10 Y AUDIT – C

El AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) se utiliza como método de screening para definir el patrón de consumo. Su puntuación oscila entre 0 y 40 puntos. Es una herramienta útil para determinar el riesgo existente en el consumo de alcohol y tiene dos versiones, la versión corta (AUDIT-C), que consta sólo de las tres primeras preguntas, y la versión completa (AUDIT-10), con diez preguntas que aporta una información más extensa y precisa pero que también requiere de más tiempo para su realización.

Existen una serie de conceptos a tener en cuenta en el abordaje del consumo de alcohol que en ocasiones merecen ser clarificados ya que pueden provocar cierta confusión: abstemio, consumo de bajo riesgo, consumo de riesgo, consumo perjudicial o nocivo y dependencia.

Abstemio. A efectos epidemiológicos, se considera abstemios actuales aquellas personas que no han consumido nada de alcohol en los últimos doce meses.

Consumo de bajo riesgo. El riesgo cero no existe, sino que progresa en función del nivel de consumo y todavía no se ha llegado a consensuar un dintel de validez y aceptación universal. En este estudio se toma como referencia que cumple con el criterio de consumo de bajo riesgo ≤ 4 UBEs¹/día o puntuación de 0-7 en AUDIT-10 en hombres y ≤ 2 UBEs o puntuación de 0-5 en AUDIT-10 en mujeres.

Consumo de riesgo. Es una pauta de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias nocivas para el bebedor y para terceros. Cumple los criterios de >4 UBEs/día o puntuación >7 en AUDIT-10 en hombres y 2 UBEs/día o puntuación >5 en AUDIT-10 en mujeres.

¹ **UBEs (Unidad de Bebida Estándar).** Una consumición equivale a 10g de alcohol que equivalen a: 1 Copa de vino o cava (100ml) 1 Cerveza (250ml) 1/2 Copa de licor (25ml).¹

Consumo perjudicial o nocivo. Este tipo de consumo siempre es de riesgo. Es un patrón de consumo en el que los bebedores probablemente habrán experimentado problemas de salud físicos y mentales, lesiones, violencia, problemas legales o problemas sociales debidos a la intoxicación frecuente. El término se introdujo en la CIE-10 (ICD-10) y sustituyó a “consumo no dependiente” como término diagnóstico.

Dependencia: En el DSM-III-R, la dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas. Equivale, más o menos, al síndrome de dependencia recogido en la CIE-10 (ICD-10).

Screening

El uso del AUDIT en el pilotaje como método de screening para determinar la existencia de riesgo en el consumo de alcohol se iniciará con la aplicación del AUDIT-C que recoge las 3 primeras preguntas:

- ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
- ¿Cuántas consumiciones de bebida alcohólica suele realizar en un día de consumo normal?
- ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

En dependencia de la puntuación obtenida se continuará de diferente modo en adultos y en jóvenes.

En adultos mayores de 25 años cuando el AUDIT-C sea mayor o igual a 5 en hombres y mayor o igual a 4 en mujeres, se deberá ampliar la información pasando el AUDIT-10 lo que requerirá mayor tiempo de consulta.

En jóvenes entre 15 y 25 años cuando el resultado del AUDIT-C sea mayor o igual 3 se debe realizar el CRAFFT.

El instrumento denominado CRAFFT, es un acrónimo procedente de las iniciales en inglés de las áreas a investigar en relación con el consumo, según se visualiza en el cuadro.

| | |
|---|-----------|
| C | Car |
| R | Relax |
| A | Alone |
| F | Forgotten |
| F | Friends |
| T | Trouble |

El CRAFFT es una herramienta para la detección del consumo de riesgo de alcohol y otros trastornos por consumo de drogas para adolescentes y jóvenes. Consiste en una serie de preguntas desarrolladas para una detección eficaz, destinada a evaluar si se requiere profundizar sobre el contexto de uso, la frecuencia, y otros riesgos y consecuencias del alcohol y otras drogas y eventualmente una derivación a tratamiento. Puede ser completado por el mismo adolescente o puede aplicarlo el profesional; lo importante es revisar los resultados en conjunto de manera que dé respuesta apropiada, entendiéndolo, como una oportunidad para reforzar las conductas saludables, prestar atención a señales de alerta o motivar al cambio ante conductas de riesgo o facilitando la derivación cuando se requiera.

Cuando el CRAFFT sea igual o mayor de 2 se pasará para finalizar el NIAAA (The NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM).

4. FASE DE EVALUACIÓN Y RESULTADOS

El número de AUDIT-C realizados entre todos los Equipos de Atención Primaria participantes fue de 810, de los cuales un 58% (470) fueron hombres y un 42% (340) mujeres. La distribución por centros de Salud participantes se recoge en la tabla 1. El número de AUDIT 10 o completo se realizó a 162 adultos.

Tabla 1. Total cribados realizados

| | Frec. | % |
|------------------|------------|--------------|
| Arrabal | 179 | 22,1 |
| Delicias Sur | 259 | 32,0 |
| Perpetuo Socorro | 372 | 45,9 |
| Total | 810 | 100,0 |

Puesto que el abordaje de las intervenciones es diferente según la edad, en el pilotaje se distinguen dos grupos. Por un lado, los jóvenes entre 15 y 25 años y por otro los adultos a partir de 26 años. El 93,2% de los cuestionarios realizados se pasaron a adultos. Los menores de 26 años representaron el 6,8% del total. La distribución por grupos de edad y sexo es la siguiente.

Tabla 2. Distribución por edad y sexo

| Edad | Hombre | Mujer | Total | % |
|--------------|------------|------------|------------|------------|
| <25 años | 22 | 33 | 55 | 6.8 |
| 26-35 años | 27 | 25 | 52 | 6.4 |
| 36-45 años | 55 | 69 | 124 | 15.3 |
| 46-55 años | 83 | 60 | 143 | 17.6 |
| 56-65 años | 110 | 53 | 163 | 20.1 |
| >65 años | 173 | 100 | 273 | 33.7 |
| Total | 470 | 340 | 810 | 100 |

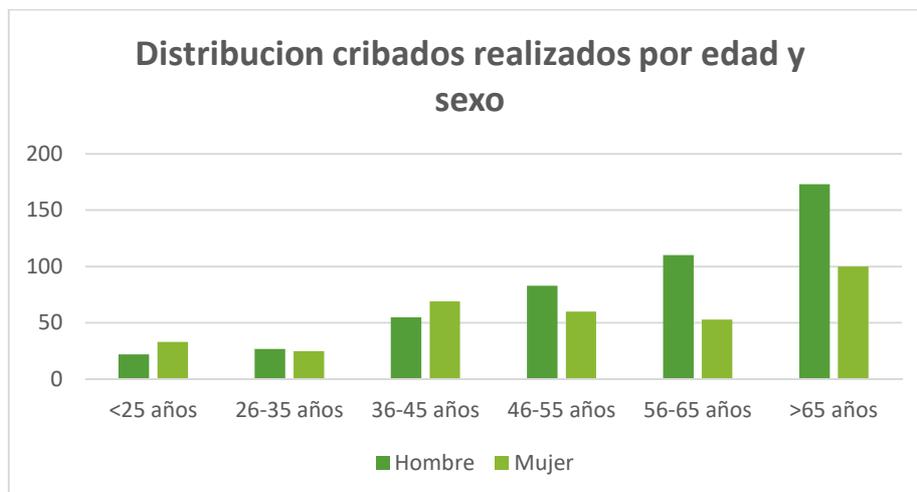


Tabla 3 Distribución centro de salud por edad

| Edad | Ppto Socorro | % | Delicias Sur | % | Arrabal | % | Total | % |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| <25 años | 20 | 5,4 | 29 | 11,2 | 6 | 3,4 | 55 | 6,8 |
| 26-35 años | 22 | 5,9 | 23 | 8,9 | 7 | 3,9 | 52 | 6,4 |
| 36-45 años | 62 | 16,7 | 47 | 18,1 | 15 | 8,4 | 124 | 15,3 |
| 46-55 años | 66 | 17,7 | 52 | 20,1 | 25 | 14,0 | 143 | 17,7 |
| 56-65 años | 84 | 22,6 | 48 | 18,5 | 31 | 17,3 | 163 | 20,1 |
| >65 años | 118 | 31,7 | 60 | 23,2 | 95 | 53,1 | 273 | 33,7 |
| Total | 372 | 100,0 | 259 | 100,0 | 179 | 100,0 | 810 | 100,0 |

Una vez realizado el cuestionario y en los casos de no consumo con el objetivo de fortalecer la sensación de autoeficacia en el mantenimiento de esta conducta, se recomendó reforzarla y elogiarla, así como reiterar que el no consumir alcohol u otras drogas es la actuación más protectora para su salud.

Así mismo y en los casos que se consideró pertinente, de entre todos los cribados realizados tanto para adultos como para jóvenes, se ofreció consejo breve en 302 casos lo que supone un 37,3% del total. En las otras 508 intervenciones no se constató la realización de consejo breve (62,7%).

En lo referente a la edad, recibieron intervención mínima o consejo breve el 41,8% de las personas jóvenes que realizaron el cribado. Este porcentaje se reduce ligeramente cuando hablamos de adultos a los que se les dio consejo breve en el 37% de los casos. De éstos, 185 (66,3%) fueron hombres y 94 (33,7%) mujeres.

La distribución por centros de Salud se recoge en la tabla 4. En el centro de salud de Arrabal se dio consejo breve en el 16,75% de los casos a los que se les había pasado el cuestionario, en Delicias Sur este porcentaje fue de 38,22% en Delicias Sur y en el Perpetuo Socorro se constató en el 46,5% de los casos.

| | Consejo No | % | Consejo Sí | % |
|------------------|------------|--------------|------------|--------------|
| Arrabal | 149 | 83,2 | 30 | 16,8 |
| Delicias Sur | 160 | 61,7 | 99 | 38,2 |
| Perpetuo Socorro | 199 | 53,5 | 173 | 57,3 |
| Total | 508 | 100,0 | 302 | 100,0 |

Por grupo de edad la distribución queda recogida en la Tabla 5.

| | Consejo No | % | Consejo Sí | % |
|--------------|------------|--------------|------------|------------|
| <25 años | 32 | 6,3 | 23 | 7,6 |
| 26-35 años | 32 | 6,3 | 20 | 6,6 |
| 36-45 años | 77 | 15,2 | 47 | 15,6 |
| 46-55 años | 79 | 15,6 | 64 | 21,2 |
| 56-65 años | 99 | 19,5 | 64 | 21,2 |
| >65 años | 189 | 37,2 | 84 | 27,8 |
| Total | 508 | 100,0 | 302 | 100 |

Se consideró importante explorar la información que tenían los pacientes sobre los riesgos y efectos del consumo, aportando información clara y precisa, aclarando mitos acerca de los

efectos negativos biológicos y psicológicos, a corto y a largo plazo de las sustancias y enfatizando aquellos que identifica como más relevantes.

En cuanto a la necesidad de derivar a algún centro especializado, en el total de los casos, sólo se observó en 9 personas, 2 del Centro de Salud Arrabal, 3 de Delicias Sur y 4 del Perpetuo Socorro, que supone un 1,1% del total de los casos

4.1 JÓVENES

Puesto que en el protocolo se recogió diferente intervención al hablar de jóvenes y adultos, los datos se trataron para su análisis por separado. El número total de jóvenes a los que se les pasó el AUDIT-C fue de 55, 40% hombres (22) y 60% mujeres (33). La media de edad de estos jóvenes es de 21,1 años tanto para los hombres como para las mujeres.

La distribución por Centro de salud fue muy desigual.

Tabla 6. Distribución jóvenes por Centro

| | Frec | % |
|------------------|-----------|------------|
| Arrabal | 6 | 10.9 |
| Delicias Sur | 29 | 52.7 |
| Perpetuo Socorro | 20 | 36.4 |
| Total | 55 | 100 |

De acuerdo con los resultados obtenidos en este pilotaje, de los 55 jóvenes a los que se les pasó el AUDIT-C, 28 tuvieron una puntuación superior a 3.

Tabla 7. Resultado ADIT-C ≥ 3

| | Frec | % |
|------------------|------|------|
| AUDIT-C <3 | 27 | 49.1 |
| AUDIT-C ≥ 3 | 28 | 50.1 |

El protocolo recogía que cuando la puntuación obtenida en el cuestionario AUDIT-C fuera mayor o igual a 3 se debería cumplimentar el cuestionario CRAFFT. Sin embargo, en la práctica

real del pilotaje esto no fue así y se pasó el cuestionario CRAFFT a todos los jóvenes participantes, sin tener en cuenta las puntuaciones obtenidas en el AUDIT-C.

Los resultados obtenidos en el cuestionario CRAFFT se recogen las siguientes tablas

Tabla 8. Resultado CRAFFT

| | Frec | % |
|--------------|-----------|------------|
| CRAFFT <2 | 25 | 45.4 |
| CRAFFT ≥2 | 30 | 54.6 |
| Total | 55 | 100 |

Tabla 9. Riesgo AUDIT-C ≥3 y CRAFFT ≥2

| | Frec | % |
|--------------|-----------|------------|
| Riesgo No | 44 | 80 |
| Riesgo Sí | 11 | 20 |
| Total | 55 | 100 |

Debido a este cambio en la aplicación del protocolo se cruzaron los datos de los resultados obtenidos en ambos cuestionarios (AUDIT-C y CRAFFT) para poder analizar el riesgo global.

Tabla 10. Distribución riesgo por sexo

| | Hombre | % | Mujer | % | Total | % |
|--------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| No | 19 | 86,4 | 25 | 75,8 | 44 | 80 |
| Sí | 3 | 13,6 | 8 | 24,2 | 11 | 20 |
| Total | 22 | 100 | 33 | 100 | 55 | 100 |

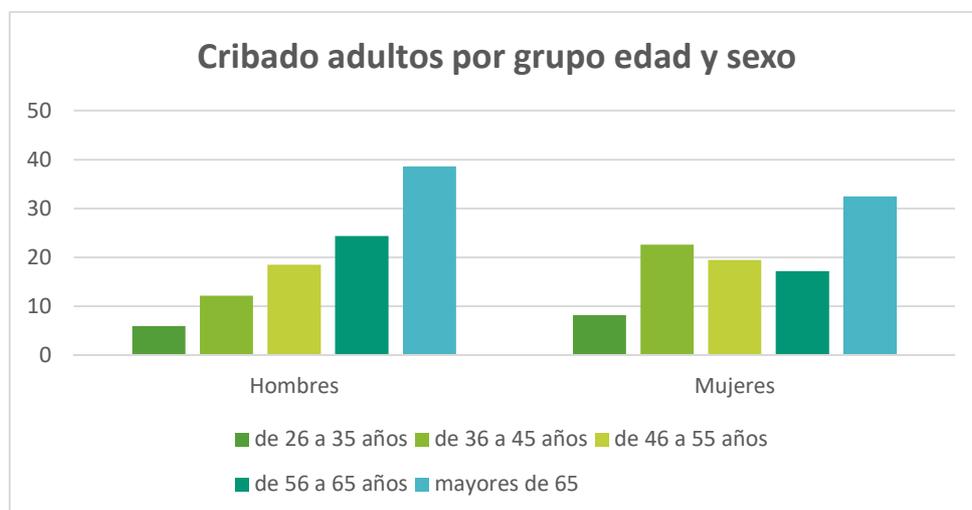
De los datos se desprende que el 20% (11) de los jóvenes que participaron en el cribado presentaron un consumo de alcohol de riesgo, de los cuales 3 fueron hombres y 8 mujeres, suponiendo esto el 13,64% de los chicos y el 24,24% de las chicas participantes.

4.2 ADULTOS

Del total de personas adultas que participaron en el cribado, los hombres representaron el 59,3% (448) y las mujeres el 40,6% (307). Por grupos de edad, el 6,9% tenían entre 26 y 35 años están y el 85,7% de los adultos tenían más de 55 años (tabla 9). Los hombres adultos encuestados fueron ligeramente mayores, con una edad media de 59,9 años, que las mujeres que participaron en el pilotaje, con una edad media de 56,5 años.

Tabla 11. Distribución AUDIT C por grupos de edad

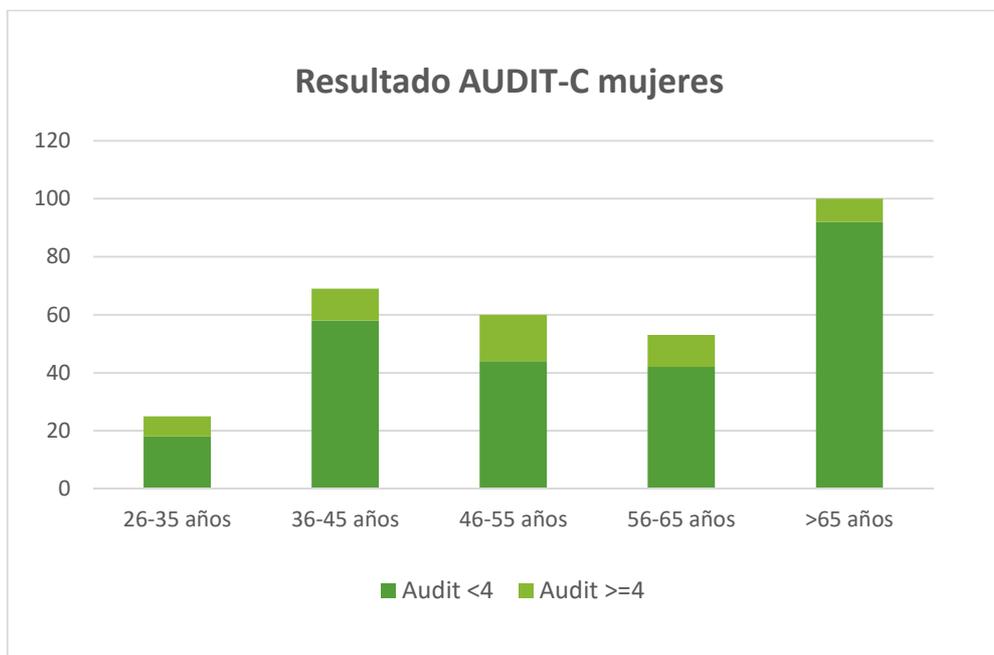
| | Total | | Hombres | | Mujeres | |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % |
| de 26 a 35 años | 52 | 6,9 | 27 | 6,0 | 25 | 8,2 |
| de 36 a 45 años | 124 | 16,4 | 55 | 12,2 | 69 | 22,6 |
| de 46 a 55 años | 143 | 18,9 | 83 | 18,5 | 60 | 19,5 |
| de 56 a 65 años | 163 | 21,6 | 110 | 24,4 | 53 | 17,2 |
| mayores de 65 | 273 | 36,1 | 173 | 38,6 | 100 | 32,5 |
| Total | 755 | 100 | 448 | 100 | 307 | 100 |



Mujeres adultas

De las mujeres a las que se pasó el AUDIT obtuvieron una puntuación menor de 4 un total de 254 lo que supuso un 82,7% del total de mujeres. Con una puntuación igual o mayor de 4 se recogieron 53 casos (17.2%). La distribución por edad se presenta a continuación.

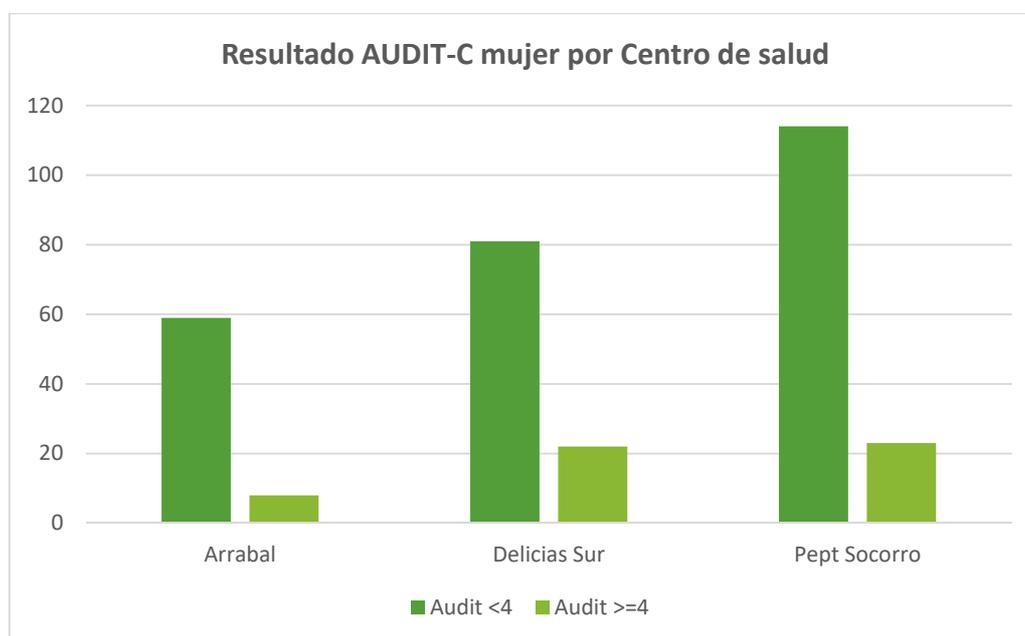
| | AUDIT-C <4 | % | AUDIT-C ≥4 | % | Total |
|--------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| 26-35 años | 18 | 72,0 | 7 | 28,0 | 25 |
| 36-45 años | 58 | 84,1 | 11 | 15,9 | 69 |
| 46-55 años | 44 | 73,3 | 16 | 26,7 | 60 |
| 56-65 años | 42 | 79,2 | 11 | 20,8 | 53 |
| >65 años | 92 | 92,0 | 8 | 8,0 | 100 |
| Total | 254 | 82,7 | 53 | 17,3 | 307 |



El porcentaje más elevado de AUDIT-C ≥ 4 lo encontramos en el Centro de Salud de Delicias Sur en el que representa un 21,3%, seguido del Perpetuo Socorro con 16,7% y por último con el menor porcentaje el de Arrabal, un 12%, lo que nos da diferencias considerables entre los Centros.

Tabla 13. Distribución AUDIT-C mujer por centro salud

| | AUDIT-C <4 | % | AUDIT-C ≥ 4 | % | Total |
|------------------|------------|-------------|------------------|-------------|------------|
| Arrabal | 59 | 88,1 | 8 | 11,9 | 67 |
| Delicias Sur | 81 | 78,6 | 22 | 21,4 | 103 |
| Perpetuo Socorro | 114 | 83,2 | 23 | 16,8 | 137 |
| Total | 254 | 82,7 | 53 | 17,3 | 307 |



El protocolo recogía que cuando la puntuación obtenida en el cuestionario AUDIT-C fuera mayor o igual a 4 se debería cumplimentar el cuestionario AUDIT al completo. Sin embargo,

en la práctica real del pilotaje esto no fue así y se pasó el cuestionario completo a algunas mujeres participantes, sin tener en cuenta las puntuaciones obtenidas en el AUDIT-C. El total de mujeres a las que se pasó el cuestionario completo fue de 59.

Tabla 14. Distribución AUDIT-10 mujer por edad

| | AUDIT-10 ≤5 | % | AUDIT-10 >5 | % | Total |
|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-----------|
| 26-35 años | 3 | 42,9 | 4 | 57,1 | 7 |
| 36-45 años | 8 | 72,7 | 3 | 27,3 | 11 |
| 46-55 años | 5 | 31,3 | 11 | 68,8 | 16 |
| 56-65 años | 8 | 72,7 | 3 | 27,3 | 11 |
| >65 años | 14 | 100,0 | 0 | 0,0 | 14 |
| Total | 38 | 64,4 | 21 | 100,0 | 59 |

Tabla 15. Distribución AUDIT-10 mujer por centro

| | AUDIT-10 ≤5 | % | AUDIT-10 >5 | % | Total |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| Arrabal | 7 | 63,6 | 4 | 36,4 | 11 |
| Delicias Sur | 14 | 58,3 | 10 | 41,7 | 24 |
| Perpetuo Socorro | 17 | 70,8 | 7 | 29,2 | 24 |
| Total | 38 | 64,4 | 21 | 35,6 | 59 |

De los datos se desprende que el 6.8% (21) de las mujeres que participaron en el cribado presentaban un consumo de alcohol de riesgo.

Hombres adultos

En este pilotaje como resultado de la implementación del cuestionario AUDIT C el número de hombres que obtuvieron una puntuación menor a 5 fue de 321, lo que supone un 71,6% y 127 o sea un 28,3%, obtuvieron una puntuación igual o superior a 5.

Tabla 16. AUDIT-C hombre por edad

| | AUDIT-C <5 | % | AUDIT-C ≥5 | % | Total |
|--------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| 26-35 años | 20 | 74,1 | 7 | 25,9 | 27 |
| 36-45 años | 40 | 72,7 | 15 | 27,3 | 55 |
| 46-55 años | 57 | 68,7 | 26 | 31,3 | 83 |
| 56-65 años | 74 | 67,3 | 36 | 32,7 | 110 |
| >65 años | 130 | 75,1 | 43 | 24,9 | 173 |
| Total | 321 | 71,7 | 127 | 28,3 | 448 |

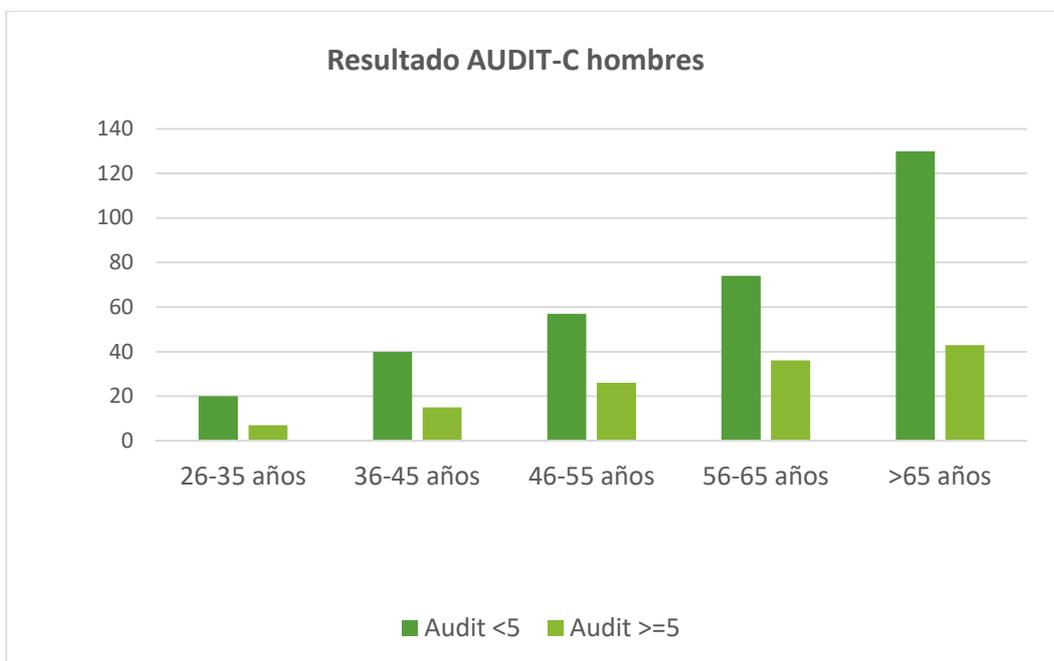


Tabla 17. Distribución AUDIT-C hombre por edad

| | AUDIT-C <5 | % | AUDIT-C ≥5 | % | Total |
|------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| Arrabal | 82 | 77,4 | 24 | 22,6 | 106 |
| Delicias Sur | 91 | 71,7 | 36 | 28,3 | 127 |
| Perpetuo Socorro | 148 | 68,8 | 67 | 31,2 | 215 |
| Total | 321 | 71,7 | 127 | 28,3 | 448 |

Siguiendo el protocolo establecido, en el caso de los hombres se debía aplicar la herramienta AUDIT 10 a los pacientes con una la puntuación en AUDIT C \geq 5. De su aplicación se extrajo que un 55,9% (71) de ellos obtuvieron una puntuación menor o igual a 7 y un 44,1% (56) una puntuación mayor de 7. En cuanto a la distribución por grupos de edad se recogió en la tabla 18.

Tabla 18. Distribución AUDIT-10 hombre por edad

| | AUDIT-10 \leq 7 | % | AUDIT-10 >7 | % | Total |
|--------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| 26-35 años | 4 | 57,1 | 3 | 42,9 | 7 |
| 36-45 años | 9 | 60,0 | 6 | 40,0 | 15 |
| 46-55 años | 11 | 42,3 | 15 | 57,7 | 26 |
| 56-65 años | 23 | 63,9 | 13 | 36,1 | 36 |
| >65 años | 24 | 55,8 | 19 | 44,2 | 43 |
| Total | 71 | 55,9 | 56 | 44,1 | 127 |

De los datos se desprende que el 44,1% (56) de los hombres que participaron en el cribado presentaban un consumo de alcohol de riesgo.

Consejo breve y derivación en hombres y mujeres

Durante la formación a profesionales que participaron en el pilotaje, se les recordó cuales eran los centros especializados existentes en la Comunidad Autónoma para el abordaje de los problemas de adicciones. Así mismo, se distribuyó información actualizada de los grupos de ayuda mutua y organizaciones no gubernamentales a las que poder acudir tanto el/la paciente como su familia.

En cuanto a las derivaciones durante el pilotaje a algún centro especializado o a un recurso específico para abordar un problema de adicción, sólo se realizó en el 1,1% de los casos de adultos y en ningún caso de jóvenes.

Tabla 19. Distribución consejo breve por edad adultos

| | Consejo No | % | Consejo Si | % | Total |
|--------------|------------|-------------|------------|--------------|------------|
| 26-35 años | 32 | 61,5 | 20 | 18,1 | 52 |
| 36-45 años | 77 | 62,1 | 47 | 46,2 | 124 |
| 46-55 años | 79 | 55,2 | 64 | 63,3 | 143 |
| 56-65 años | 99 | 60,7 | 64 | 63,4 | 163 |
| >65 años | 189 | 69,2 | 84 | 83,6 | 273 |
| Total | 476 | 63,0 | 279 | 278,9 | 755 |

Tabla 20. Distribución derivación por edad adultos

| | Derivación No | % | Derivación Si | % | Total |
|--------------|---------------|-------------|---------------|------------|------------|
| 26-35 años | 50 | 96,2 | 2 | 3,8 | 52 |
| 36-45 años | 123 | 99,2 | 1 | 0,8 | 124 |
| 46-55 años | 138 | 96,5 | 5 | 3,5 | 143 |
| 56-65 años | 162 | 99,4 | 1 | 0,6 | 163 |
| >65 años | 273 | 100,0 | 0 | 0,0 | 273 |
| Total | 746 | 98,8 | 9 | 1,2 | 755 |

5. REFLEXIONES

La detección precoz de los problemas de consumo de alcohol es un tema hacia el que existe una especial sensibilidad tanto en el ámbito de los centros especializados en adicciones como desde la Atención Primaria. Este hecho se consideró un facilitador a la hora de motivar tanto a directivos como a profesionales en la realización de un estudio de estas características que requiere de la participación de diferentes Direcciones Generales y de profesionales cuyas prioridades son diferentes e incluso en algunos casos contradictorias.

Así mismo, la puesta en marcha de la Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón y la activación de este servicio, que está reforzando el papel que los EAP tienen en la comunidad en la prevención del consumo de alcohol, ha favorecido en gran medida el pilotaje.

El apoyo de las Subdirecciones de Salud Pública y de los Centros de Prevención Comunitaria encargados de la coordinación y puesta en marcha de proyectos de prevención de consumo de adicciones a nivel comunitario, escolar y laboral también ha supuesto una gran ayuda para conseguir el apoyo de los EAP.

Sin embargo, a pesar de esta buena disposición de todos los profesionales, incluir un pequeño cambio en una administración tan lenta y con estructuras tan potentes, conlleva un esfuerzo mayor del que en un principio parece. La constitución del grupo de directivos y responsables de Atención Primaria, de Salud Pública, de los gestores de OMI y de la Dirección de Asistencia Sanitaria supuso un gran apoyo para agilizar los cambios que se tuvieron que incorporar, permitir la realización de los cursos de formación en horario de trabajo y motivar a los profesionales a introducir nuevos planteamientos en el abordaje de la detección precoz del consumo excesivo de alcohol y del consejo breve.

Dificultades detectadas

En el desarrollo del Piloto y en las distintas reuniones mantenidas, recopilamos la opinión de los médicos y enfermeras que realizaron el cribado con el protocolo propuesto.

A muchos profesionales el AUDIT les pareció una herramienta de difícil manejo por no encontrarse cómodos realizando el test al considerarlo largo, especialmente el AUDIT 10, con un lenguaje poco natural que precisaba adaptar las preguntas a cada paciente. Además, consideraban necesaria una explicación previa a su aplicación sobre el proyecto piloto y su utilidad ya que valoraban la medicación del consumo de alcohol difícil de incorporar en la consulta diaria habitual.

En comparación con otros test utilizados comentaron que les resultaba más fácil la aplicación del CAGE debido a que se sentían más familiarizados con él. Sin embargo, también opinaban que la aplicación del MALT les resultaba larga y de complicado registro. El funcionamiento de la plantilla de OMI creada para el pilotaje les parece correcto.

Por otra parte, expresaron dificultad para saber a quién y a dónde deben derivar a los pacientes en caso de que el test detecte consumo de riesgo y sea necesario hacer una intervención más intensiva

La valoración del grupo de edad entre los 15 y 25 años ha presentado trabas debido a los escasos test recogidos, por ser poco frequentadores de las consultas de atención primaria, y a la dificultad para cuantificar la cantidad de alcohol que beben, ya que refieren beber sólo el fin de semana y son poco conscientes de cuánto consumen.

Los profesionales participantes refirieron dificultades para cuantificar el consumo de alcohol en el OMI tal y como está en el momento actual, debido a que sólo se puede introducir el consumo semanal. Además, aunque las preguntas sobre el consumo de alcohol están incluidas en los hábitos, pusieron de manifiesto dificultades u olvidos a la hora de abordar el tema.

Además, se evidenció el hecho de que los profesionales de Atención Primaria, como puerta de entrada al sistema, en ocasiones se sienten desbordados por tener que intervenir en muchos y diversos campos de diferentes prioridades y que no pueden abarcar

adecuadamente. Además, la presencia de equipos informáticos obsoletos y el exceso de burocracia dificulta la atención del paciente y la posibilidad de un análisis posterior.

Logros alcanzados

A partir de la aplicación de este estudio piloto se observó un cambio de actitud por parte de los profesionales entorno a la importancia de la valoración y el abordaje de la problemática del consumo de alcohol. Se puso en evidencia la necesidad de introducir en la práctica diaria preguntas de valoración a este respecto y de mejorar en el manejo de las situaciones resultantes de esta valoración. Agradecieron la presencia de carteles y folletos en las consultas y los pasillos que llevaran a la reflexión sobre el consumo de alcohol y que facilitaran el abordaje en la consulta.

La coincidencia en el desarrollo del Piloto con la realización de la elaboración del Plan de Salud Mental y la evaluación del Plan de Drogodependencias sirvió de toma de contacto con los profesionales de Atención Primaria para recoger su punto de vista sobre la organización de la atención de adicciones en la Comunidad Autónoma.

Lecciones aprendidas, recomendaciones y próximos pasos

- ✓ Existe una negación y/o minimización de los consumos de alcohol por parte de la población general y en algunos casos por parte de los profesionales.
- ✓ Ofrecer una intervención mínima para reforzar las conductas de no consumo de alcohol u otras drogas es fundamental para mantener la conducta más protectora para la salud del paciente
- ✓ La realización de alguna pregunta al paciente sobre el consumo de alcohol le puede ayudar a reubicar y a replantearse sus consumos, haciéndole cambiar su perspectiva respecto a la cantidad de alcohol consumida.

- ✓ A las consultas acude con mayor frecuencia la población adulta por lo que es difícil abordar el tema con los jóvenes que sólo supusieron el 6,8% del total de los encuestados
- ✓ Como estrategia se plantea introducir consejo breve o información breve sobre el consumo de alcohol en todas las consultas apoyado con información atractiva en papel.
- ✓ Por grupos de edad, los patrones de mayor consumo de alcohol se dan entre los 46 a 65 años, tanto en hombres como en mujeres, lo que puede suponer una población diana a tener en cuenta en las medidas a plantear en el Plan de adicciones.