

Alcohol i atenció primària de salut

**Guia clínica per
a la identificació i les
intervencions breus**

Aquest document ha estat elaborat per Peter Anderson, Antoni Gual i Joan Colom en nom de la xarxa Projecte europeu sobre l'alcohol a l'atenció primària de salut (Primary Health Care European Project on Alcohol, PHEPA), i és el resultat del projecte PHEPA.

El projecte PHEPA, cofinançat per la Comissió Europea i el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, ha comptat amb la participació de representants de 17 països europeus. Els autors del text són responsables del contingut d'aquest document, que no representa l'opinió de la Comissió Europea. Aquest organisme no es fa responsable dels possibles usos de la informació que conté aquest document. Si voleu consultar més informació o veure la versió electrònica del document, entreu a <http://www.phepa.net>.

Aquest document s'ha de citar de la manera següent: Anderson, P.; Gual, A.; Colom, J. (2005). Alcohol i atenció primària de salut: guia clínica per a la identificació i les intervencions breus. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya: Barcelona.

Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya
Barcelona,

Maquetació i disseny de la portada: Xavier Cañadell

Imprès a Espanya

ÍNDEX

Resum	4
I. Introducció	11
II. Mètodes per elaborar la guia	13
III. Descripció del consum d'alcohol i els problemes relacionats amb l'alcohol	15
IV. Alcohol i salut	20
V. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol	52
VI. Efectivitat de les intervencions breus	67
VII. Costos i relació cost-efectivitat de les intervencions breus	78
VIII. Implementació dels programes d'identificació i intervenció breu	82
IX. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència de l'alcohol	93
Annex	111
Agraïments	120

Resum

Introducció

La Unió Europea és la regió del món on la proporció de consumidors d'alcohol i els nivells de consum d'alcohol per habitant són més elevats. L'alcohol és el tercer factor de risc, en ordre d'importància, per als problemes de salut i les morts prematures, després de l'hàbit tabàquic i la hipertensió arterial, i per davant del colesterol alt i el sobrepès. A més de crear dependència i ser la causa de més de seixanta tipus diferents de malalties i lesions, l'alcohol és el responsable de problemes socials, mentals i emocionals molt estesos, entre ells la delinqüència i la violència familiar, que comporten uns costos enormes per a la societat. L'alcohol no només perjudica el consumidor, sinó que també afecta les persones que l'envolten, des dels nonats, als infants, els membres de la família i les víctimes d'actes de delinqüència, violència i accidents de trànsit relacionats amb el consum de begudes alcohòliques.

Els professionals d'atenció primària de salut tenen la responsabilitat d'identificar i intervenir en els casos en què el consum d'alcohol pugui posar en perill o perjudicar la salut del pacient. La identificació i la intervenció breu en matèria de consum d'alcohol als centres d'atenció primària de salut permeten conscienciar els pacients sobre els riscos que comporta el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol. La informació sobre la quantitat i la freqüència del consum de begudes alcohòliques pot aportar dades per a la diagnosi de l'estat de salut del pacient i, a més a més, alertar el personal sanitari sobre la necessitat d'aconsellar els pacients amb un patró de consum perjudicial per a la seva medicació i altres aspectes del seu tractament. Pel que fa als programes d'identificació i intervenció breu, cal destacar la importància del fet que a les persones que no són dependents de l'alcohol els és més senzill reduir el consum o deixar de consumir begudes alcohòliques, amb els esforços i l'assistència apropiats, que a les persones dependents.

Malgrat això, per als professionals de la salut d'atenció primària, identificar i aconsellar els pacients sobre el consum d'alcohol sol ser una tasca complicada. Entre les raons més freqüents, hi trobem la manca de temps, una formació inadequada, la preocupació per no incomodar els pacients, la incompatibilitat que es percep entre les intervencions breus sobre el consum d'alcohol i l'atenció primària de salut, i la creença que les persones dependents de l'alcohol no responen a cap mena d'intervenció.

Elaboració de la guia

L'objectiu d'aquesta guia és presentar, de manera resumida, l'evidència basada en els problemes que comporta el consum d'alcohol i com tractar el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol a l'atenció primària de salut. A més, en el document també es descriuen la dependència de l'alcohol i el seu tractament, per tal que el personal sanitari dels centres d'atenció primària de salut sàpiga què pot esperar quan els pacients més difícils de tractar es remetin a l'especialista.

Resum

La finalitat principal d'aquesta guia és informar els professionals d'atenció primària dels coneixements actuals sobre l'efectivitat de diverses tècniques d'ajuda per a les persones amb un consum de risc o perjudicial d'alcohol. La guia es basa en la revisió de l'evidència i en l'experiència d'un grup de treball creat per a la redacció d'aquest document. Per tant, sempre que ha estat possible, les pautes de la guia s'han extret de l'evidència obtinguda en estudis d'investigació sòlids. Quan no s'ha disposat d'aquesta evidència, les recomanacions es basen en l'experiència clínica corresponent.

Descripció del consum d'alcohol i els problemes relacionats amb l'alcohol

El consum de begudes alcohòliques es pot descriure segons els grams d'alcohol ingerit o bé en funció de les unitats de beguda estàndard consumides. En aquest cas, a Europa es considera que una unitat de beguda estàndard (UBE) conté 10 g d'alcohol.

El consum de risc és un nivell o patró de consum d'alcohol que sol causar problemes si els hàbits persisteixen. Segons la definició operativa de l'Organització Mundial de la Salut, el consum de risc és la ingesta mitjana habitual d'entre 20 i 40 g d'alcohol diaris en el cas de les dones, i d'entre 40 i 60 g diaris en el cas dels homes. El consum perjudicial d'alcohol es defineix com «un patró de consum d'alcohol que perjudica la salut física o mental de la persona». Segons l'Organització Mundial de la Salut, es considera perjudicial el consum habitual mitjà que supera els 40 g d'alcohol diaris en el cas de les dones, i els 60 g diaris en el cas dels homes. Els episodis de consum intensiu d'alcohol (anomenats binge drinking en anglès), que poden ser especialment perjudicials per a les persones que pateixen certs tipus de malalties, es defineixen com el consum d'un mínim de 60 g d'alcohol en una sola ocasió. La dependència de l'alcohol és un conjunt de fenòmens fisiològics, conductuals i cognitius en els quals el consum d'alcohol esdevé prioritari davant d'altres comportaments que en el passat tenien més importància.

La genètica és un factor important en el risc de patir un consum perjudicial d'alcohol i la dependència de l'alcohol: alguns gens incrementen el risc i d'altres el redueixen. Els gens interactuen amb l'entorn, de manera que les persones que beuen més alcohol o que viuen en entorns en què es consumeixen més begudes alcohòliques presenten un risc més elevat de patir problemes de salut relacionats amb el consum d'alcohol. En qualsevol nivell de consum, les dones es troben en una situació de més risc, que varia segons cada malaltia. Això es deu, segurament, al fet que el cos femení conté menys aigua per quilogram de massa corporal que el cos masculí. A més, el consum d'alcohol és un dels factors que comporta que el risc de mort entre els homes de mitjana edat dels grups amb un nivell socioeconòmic baix sigui fins a un 25% més elevat que entre els homes de mitjana edat dels grups amb un nivell socioeconòmic alt.

El consum d'alcohol, els problemes relacionats amb l'alcohol i la dependència de l'alcohol estan presents en un contínuum, és a dir, que no són entitats fixes i les persones poden passar d'un punt del contínuum a un altre al llarg de la seva vida.

Alcohol i salut

El consum d'alcohol incrementa el risc d'una gran varietat de problemes socials, de manera proporcional a la dosi ingerida i sense indicis de cap efecte llindar. Per a la persona que beu, com més elevada és la quantitat d'alcohol que consumeix, més importants són els riscos. Els problemes causats pel consum d'alcohol per part d'una altra persona poden incloure des de molèsties socials, com l'alteració del son nocturn, fins a conseqüències més greus, com el maltractament de la parella o els fills, la delinqüència, la violència i, en última instància, l'homicidi. Normalment, com més greu és el delicte o el greuge, més possibilitats hi ha que l'alcohol hi sigui present. Evitar que el consum d'alcohol perjudiqui tercers és una raó suficient per intervenir en el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol.

L'alcohol causa lesions, trastorns mentals i conductuals, afeccions gastrointestinals, càncers, malalties cardiovasculars, trastorns immunològics, malalties òssies, trastorns reproductius i perjudica els nonats. El risc de patir aquestes malalties i lesions augmenta amb el consum d'alcohol, de manera proporcional a la dosi ingerida i sense indicis d'un efecte llindar. És a dir, que com més alcohol es consumeix, més elevat és el risc.

Consumir una petita dosi d'alcohol regularment redueix el risc de patir malalties cardíques, tot i que la relació exacta entre la reducció del risc i el nivell de consum d'alcohol que permet reduir aquest risc encara no s'ha determinat. Els estudis de més qualitat i els que tenen en compte possibles factors que hi influeixen estableixen un menor risc quan el nivell de consum d'alcohol és reduït. La major part de la reducció del risc es pot aconseguir ingerint una mitjana de 10 g d'alcohol cada dos dies. Si se superen els 20 g d'alcohol per dia, el risc de patir una malaltia coronària augmenta. Sembla ser que l'alcohol és la substància que redueix el risc de patir aquest tipus de malalties, independentment de la classe de beguda de què es tracti. Tot i així, cal tenir present que el consum de grans quantitats d'alcohol en una sola ocasió incrementa el risc de patir arítmies cardíques i mort sobtada per fallada cardíaca.

El risc de mort per consum d'alcohol es troba a mig camí entre el risc de patir malalties i lesions, que augmenta amb el consum d'alcohol, i el risc de patir malalties cardíques, que disminueix amb el consum de petites quantitats d'alcohol. Aquesta relació demostra que, excepte en el cas de les persones grans, el consum de begudes alcohòliques sempre comporta riscos. El nivell de consum que comporta un risc menor de mort és zero, o prop de zero en el cas de dones de menys de seixanta-cinc anys, i menys de 5 g d'alcohol diaris per a les dones de seixanta-cinc anys o més. Per als homes, el nivell de consum d'alcohol amb el menor risc de mort és zero per als homes de menys de trenta-cinc anys, uns 5 g diaris per als homes de mitjana edat, i menys de 10 g diaris per als homes de seixanta-cinc anys o més.

D'altra banda, cal recordar que reduir el consum d'alcohol o deixar de beure'n pot beneficiar la salut. Si es deixa de consumir alcohol, es poden revertir tots

Resum

els riscos aguts causats per l'alcohol. Fins i tot en casos de malalties cròniques, com la cirrosi hepàtica i la depressió, reduir o posar fi al consum de begudes alcohòliques pot comportar millores immediates de salut.

Segons la dosi consumida, l'alcohol pot comportar un gran nombre de problemes de salut, tant físics com mentals. Per tant, aquest fet dona l'oportunitat als professionals d'atenció primària d'identificar els pacients adults amb un consum de risc i perjudicial d'alcohol. A més, com que als centres d'atenció primària de salut es tracten diverses malalties físiques i mentals habituals, cal fer front a les causes relacionades amb el consum d'alcohol i tractar-les. És especialment important reduir el risc de perjudicar tercers.

Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

Per implementar una estratègia realment preventiva, caldria fer una identificació entre tots els pacients adults per identificar qualsevol consum de risc i perjudicial d'alcohol, inclosos els patrons d'episodis de consum intensiu. Si no fos possible seguir aquest plantejament, una altra opció viable consisteix a limitar la identificació als grups d'alt risc o a certes situacions específiques. Aquests grups podrien incloure homes joves i de mitjana edat. Malgrat que no hi ha evidència que demostrï amb quina freqüència cal realitzar els exàmens per controlar el consum de risc o el consum perjudicial d'alcohol, si no s'observa cap raó clínica, s'haurien de fer, segurament, un cop cada quatre anys.

La manera més senzilla de plantejar aquests exàmens és fer preguntes relacionades amb el consum d'alcohol al pacient. Les primeres tres preguntes del Test d'Identificació de Trastorns Relacionats amb el Consum d'Alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT-C) de l'Organització Mundial de la Salut, pensat per identificar els pacients amb un consum de risc i perjudicial d'alcohol als centres d'atenció primària de salut, han estat provades i validades. La primera pregunta fa referència a la freqüència de consum; la segona, a la quantitat d'alcohol consumit en un dia de consum habitual, i la tercera, a la freqüència dels episodis de consum intensiu d'alcohol. La identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol és més precisa quan s'aplica a les pràctiques i els sistemes clínics rutinaris. Per exemple, es poden fer aquestes preguntes a tots els pacients que es visitin al centre per primera vegada, a tots els pacients que sol·licitin una revisió mèdica, o bé a tots els homes d'entre 18 i 44 anys que s'adrecin a la consulta. No hi ha evidència que la identificació sistemàtica del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol pugui tenir efectes negatius, com la incomoditat o la insatisfacció dels pacients.

Cal demanar als pacients de sexe masculí que obtinguin una puntuació de 5 o més al test AUDIT-C, o que consumeixin 210 g o més d'alcohol per setmana, i als pacients de sexe femení que obtinguin una puntuació de 4 o més al test AUDIT-C, o que consumeixin 140 g o més d'alcohol per setmana, que responguin les deu preguntes del test AUDIT per poder fer una avaluació completa.

Entre les proves bioquímiques per a trastorns de consum d'alcohol s'inclouen els enzims hepàtics (per exemple, el sèrum gammaglutamiltransferasa —GGT— i les aminotransaminases), la transferrina deficient en carbohidrats (TDC) i el volum corpuscular mitjà (VCM). Aquest tipus de proves no són útils per a la identificació, ja que quan els resultats són alts, ofereixen poca sensibilitat i només permeten identificar una petita proporció dels pacients amb un consum de risc o perjudicial d'alcohol.

Efectivitat de les intervencions breus

L'evidència suggereix que els professionals de l'atenció primària haurien d'oferir consells breus als pacients de sexe masculí que obtinguin entre 8 i 15 punts al test AUDIT o bé que consumeixin 280 g d'alcohol o més per setmana, i als pacients de sexe femení que obtinguin entre 8 i 15 punts al test AUDIT o bé que consumeixin 140 g d'alcohol o més per setmana. Aquests punts de tall s'hauran d'adaptar segons les avaluacions i les directrius específiques de cada país. Una puntuació d'entre 8 i 15 al test AUDIT sol indicar un consum de risc, tot i que també pot incloure pacients amb un consum perjudicial o amb dependència de l'alcohol. Els consells breus es poden basar en les pautes següents: **informar** el pacient que el seu nivell de consum d'alcohol s'inclou a la categoria de consum perjudicial; **proporcionar informació** sobre els riscos concrets del consum continuat d'alcohol en nivells perjudicials; **permetre que el pacient estableixi un objectiu** per tal de modificar els seus hàbits de consum d'alcohol; **aconsellar** el pacient per tal que limiti el consum per sota dels 280 g d'alcohol o més per setmana, en el cas dels homes, i per sota dels 140 g d'alcohol o més per setmana, en el cas de les dones, i **encoratjar** el pacient fent-li saber que el consum perjudicial d'alcohol no implica dependència i que el patró de consum es pot modificar.

Cal oferir assessorament breu als pacients de sexe masculí que obtinguin entre 16 i 19 punts al test AUDIT o bé que consumeixin 350 g d'alcohol o més per setmana, i als pacients de sexe femení que obtinguin entre 16 i 19 punts al test AUDIT o bé que consumeixin 210 g d'alcohol o més per setmana. Aquests punts de tall s'hauran d'adaptar segons les avaluacions i les directrius específiques de cada país. Malgrat que alguns dels pacients que obtinguin entre 16 i 19 punts al test AUDIT compleixin els criteris de dependència, l'assessorament breu també els pot beneficiar. Aquest assessorament es pot basar en les pautes següents: **oferir consells breus** al pacient sobre els punts anteriors; **avaluar i adaptar els consells a l'etapa de canvi**, tenint en compte que, si el pacient es troba en la fase de precontemplació, la sessió s'ha de centrar més en la retroalimentació per tal de motivar-lo a actuar; si el pacient ha estat pensant en actuar (fase de contemplació), cal posar èmfasi en els beneficis que comporta, els riscos de retardar l'acció i com fer els primers passos, i si el pacient ja està preparat per actuar, la sessió s'ha de centrar a establir objectius i obtenir un compromís per part del pacient de reduir el consum d'alcohol; i fer un **seguiment** mitjançant estratègies de manteniment que proporcionin suport, retroalimentació i assistència per establir, assolir i mantenir objectius realistes que cal incorporar des de les primeres sessions, tenint en compte que, si el pacient experimenta dificultats durant diversos mesos per assolir i mantenir l'objectiu de consum establert,

Resum

caldrà considerar una transició al nivell d'intervenció següent, és a dir, derivar el pacient a un tractament prolongat, en cas que sigui una opció factible.

Les intervencions breus als centres d'atenció primària de salut són efectives per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol entre les persones amb un consum perjudicial d'alcohol però que no pateixen dependència de l'alcohol. Per tal que un pacient se'n beneficiï, s'han d'aconsellar vuit pacients. Hi ha molt poca evidència que demostrï que aquestes intervencions tenen un efecte directe en les dosis d'alcohol consumides i no sembla que les sessions prolongades siguin més efectives que les intervencions breus. L'efectivitat d'aquestes sessions es manté durant un any i es pot prolongar fins a quatre anys.

Les intervencions breus són igual d'efectives per als homes que per a les dones, i per a la gent gran i la gent jove. Solen ser més efectives amb problemes de menor gravetat. La informació obtinguda fins avui suggereix que l'efectivitat de les intervencions amb pacients embarassades és limitada.

No hi ha evidència que les intervencions puguin tenir efectes negatius, com la incomoditat o la insatisfacció dels pacients.

Costos i relació cost-efectivitat de les intervencions breus

Es calcula que establir i mantenir un programa d'identificació i intervenció breu a la Unió Europea té un cost mitjà de 1.644 euros anuals per cada mil pacients atesos per un metge d'atenció primària. D'altra banda, amb un cost anual de 1.960 euros per a la prevenció de problemes de salut i morts prematures, les intervencions breus per als pacients amb un consum de risc i perjudicial d'alcohol a l'atenció primària són un dels tipus d'intervenció mèdica més econòmics per millorar la salut de la població. En altres paraules, si un professional de l'atenció primària ha de dur a terme una activitat nova, oferir consells breus als pacients amb un consum de risc i perjudicial d'alcohol pot beneficiar més la salut dels pacients potencials que dedicar deu minuts a fer qualsevol altra cosa.

Implementació dels programes d'identificació i intervenció breu

El suport és un requeriment previ per tal que els professionals d'atenció primària s'interessin pels problemes relacionats amb l'alcohol, en cas que es trobin amb dificultats, i per garantir una capacitació professional contínua. Els metges de capçalera que treballen en un ambient de suport tenen una actitud més positiva a l'hora de tractar persones amb problemes relacionats amb l'alcohol i, a més, atenen un nombre més elevat de pacients.

Si es proporcionen formació i materials de suport per a la consulta es poden augmentar gairebé en un 50% l'índex d'identificació i el percentatge d'assessorament ofert pel personal dels centres d'atenció primària de salut, fins i tot si el suport queda limitat a una consulta i consells telefònics continuats, mentre que si tan sols es proporciona la guia els efectes seran gairebé nuls. Amb la formació i amb els materials de suport per a les consultes es poden assolir els mateixos resultats, però si es combinen totes dues opcions el resultat és més efectiu. La intensitat del suport no és necessàriament rellevant per al nivell d'efectivitat.

Cal que el suport s'adapti a les necessitats i la posició dels metges d'atenció primària, ja que, si no és així, no funcionarà, i fins i tot podria ser perjudicial a llarg termini. Per augmentar l'experiència i l'efectivitat dels metges de capçalera amb els pacients amb problemes relacionats amb l'alcohol és necessari proporcionar educació i formació, a més d'afavorir el suport a l'entorn de treball per millorar la confiança i el compromís del personal. L'ajuda dels especialistes pot augmentar l'activitat dels professionals de l'atenció primària i secundària, ja que, si sorgeixen dificultats, es pot obtenir suport i derivar el pacient a l'especialista.

En vista de l'efectivitat i la relació cost-efectivitat d'aquest programa, les institucions que financen els serveis sanitaris haurien de destinar fons als programes d'identificació i intervenció breu als centres d'atenció primària de salut per reduir el consum de risc o el consum perjudicial d'alcohol. Es calcula que, si els consells mèdics breus tinguessin una cobertura del 25% dels pacients, es podrien evitar noranta-un anys de problemes de salut i mort prematura per cada cent mil habitants, és a dir, un 9% de tots els problemes de salut i morts prematures causades pel consum d'alcohol a la Unió Europea. El projecte PHEPA ha creat un instrument per avaluar l'adequació dels serveis per als pacients amb consum de risc o perjudicial d'alcohol que s'ofereixen als centres d'atenció primària de salut.

Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència de l'alcohol

Els pacients amb un consum de risc o perjudicial d'alcohol, o amb indicis clínics de consum perjudicial d'alcohol o dependència de l'alcohol, es poden beneficiar d'una avaluació més acurada. El test de deu ítems AUDIT de l'Organització Mundial de la Salut és l'instrument d'elecció. Un resultat de 20 punts o més al test AUDIT indica dependència de l'alcohol, tot i que la dependència també pot ser present amb resultats més baixos. En aquest cas, pot ser necessari derivar els pacients a un especialista per tal que faci una avaluació diagnòstica i proporcioni un tractament. La dependència de l'alcohol es pot avaluar amb el mòdul de dependència de l'alcohol de la Composite International Diagnostic Interview, o CIDI (Entrevista Diagnòstica Internacional Composta) de l'Organització Mundial de la Salut. Aquesta entrevista conté set preguntes que permeten mesurar la dependència de l'alcohol. La diagnòsi s'obté amb un resultat de quatre o més respostes positives. Els nivells elevats de sèrum GGT i d'aminotransferases, TDC i VCM sovint són deguts al consum d'alcohol. Com que aquestes proves es fan rutinàriament, com a part d'una bateria de proves bioquímiques, la presència d'un nivell elevat hauria d'alertar el personal clínic sobre una possible diagnòsi de consum perjudicial d'alcohol i dependència de l'alcohol.

Tractament dels símptomes d'abstinència

Les persones que són físicament dependents de l'alcohol solen experimentar símptomes d'abstinència entre 6 i 24 hores després d'haver consumit l'última beguda alcohòlica. Es recomana administrar diazepam com a tractament d'elecció per a l'abstinència, ja que té una mitja vida relativament llarga i una efectivitat

Resum

comprovada. La pauta terapèutica estàndard inclou dosis regulars de diazepam durant dos a sis dies, amb la interrupció del tractament el sisè dia per tal d'evitar el risc de dependència.

Tractament de la dependència de l'alcohol

Hi ha persones que superen la seva dependència de l'alcohol sense ajuda externa, i no tots els qui són dependents de l'alcohol necessiten rebre tractament especialitzat per vèncer la dependència, tot i que, per a una gran part, el tractament sí que és necessari. Les persones que pateixen dependència de l'alcohol poden rebre tractament als centres d'atenció primària de salut si es comprometen a no consumir begudes alcohòliques encara que no es considerin dependents, si es neguen a adreçar-se a un centre especialitzat i si no presenten complicacions mèdiques, socials o psiquiàtriques greus. Cal derivar els pacients amb dependència de l'alcohol a un especialista quan ja s'hagin intentat altres tractaments sense èxit, quan sorgeixin complicacions greus o risc de símptomes d'abstinència moderats o greus, quan s'identifiquin problemes mèdics greus o comorbiditat psiquiàtrica, i quan el tractament no pugui ser administrat per l'equip d'atenció primària.

Els tractaments especialitzats inclouen estratègies conductuals i farmacoteràpia. Les propostes més efectives són l'entrenament en habilitats socials, l'abordatge de reforç comunitari i la teràpia conductual de parella, especialment quan posen èmfasi en la capacitat de reduir el consum o deixar de consumir alcohol mitjançant l'aprenentatge de tècniques d'autocontrol, l'abordatge motivacional i el reforç del sistema de suport de la persona. També són efectius l'acamprosat i la naltrexona, antagonista opiàci. Els mètodes menys efectius són els que han estat elaborats per educar, commocionar o interioritzar la natura i les causes de la dependència de l'alcohol, o per fer-hi front, i l'assistència obligatòria a les sessions d'Alcohòlics Anònims. Hi ha molt poca evidència que demostrï que els resultats generals d'un tractament es poden millorar si s'apliquen diferents tipus de tractament segons el pacient.

Encara no s'ha determinat quin és el millor model de relació entre l'atenció primària i els serveis especialitzats, tot i que sembla que els tractaments integrats d'atenció primària i serveis especialitzats proporcionen millors resultats que quan s'ofereixen per separat. El seguiment dels pacients pot reduir el risc de recaiguda. Per tant, és important que els professionals d'atenció primària mantinguin el contacte a llarg termini amb els pacients que hagin rebut tractament per dependència de l'alcohol i ja no estiguin en contacte amb els serveis especialitzats.

1. Introducció

La **Unió Europea** és la regió del món on la proporció de consumidors d'alcohol i els nivells de consum d'alcohol per habitant són més elevats (Anderson [et al.], 2005). L'alcohol és el tercer factor de risc, en ordre d'importància, per als problemes de salut i les morts prematures, després de l'hàbit tabàquic i la hipertensió arterial, i per davant del colesterol alt i el sobrepès, tres cops més rellevant que la diabetis i cinc vegades més important que l'asma (Organització Mundial de la Salut, 2002). A més, l'alcohol representa una de cada catorze causes de tots els problemes de salut i les morts prematures a la Unió Europea (Anderson [et al.], 2005). A part de provocar dependència i ser la causa de més de seixanta tipus diferents de malalties i lesions, l'alcohol és el responsable de problemes socials, mentals i emocionals molt estesos, incloses la delinqüència i la violència familiar, que comporten uns costos materials aproximats de 124.000 milions d'euros l'any per a la Unió Europea (Baumberg i Anderson, 2005). L'alcohol no només perjudica el consumidor, sinó que també afecta les persones que l'envolten, des dels nonats, als infants, els membres de la família i les víctimes d'actes de delinqüència, violència i accidents de trànsit relacionats amb el consum de begudes alcohòliques.

Uns 55 milions d'europaus adults (el 15% de la població adulta) presenten, com a mínim, un consum de risc (definit com el consum mitjà habitual de 20 a 40 g d'alcohol per dia en el cas de les dones, i de 40 a 60 g d'alcohol per dia en el cas dels homes), amb un índex de letalitat del 3,5 al 4,8 per cada mil dones i del 3,7 al 8,1 per cada mil homes (Chisholm [et al.], 2004). D'aquests 55 milions, uns 20 milions de persones, que representen el 6% de la població adulta de la UE, presenten un consum perjudicial d'alcohol (definit com el consum mitjà habitual de més de 40 g d'alcohol per dia en el cas de les dones i més de 60 g d'alcohol per dia en el cas dels homes). En general, la freqüència mitjana europea d'episodis de consum intensiu d'alcohol entre els europeus (també anomenat binge drinking) és d'una vegada i mitja per mes, que representa entre un 10% i un 60% de les ocasions en què es consumeix alcohol en el cas dels homes i aproximadament la meitat en el cas de les dones (Anderson [et al.], 2005). Uns 118 milions d'europaus, és a dir, gairebé un de cada tres adults, experimenten episodis de consum intensiu com a mínim un cop al mes. Un 5% dels homes adults i un 1% de les dones adultes pateixen dependència de l'alcohol, és a dir, que cada any 23 milions de persones desenvolupen una dependència de l'alcohol (Anderson [et al.], 2005).

Els professionals d'atenció primària tenen la responsabilitat d'identificar i intervenir en els casos en què el consum d'alcohol pugui posar en perill o perjudicar la salut del pacient (Babor i Higgins-Biddle, 2001). La identificació i la intervenció breu en matèria de consum d'alcohol als centres d'atenció primària de salut permeten conscienciar els pacients sobre els riscos que comporta el consum de risc i perjudicial d'alcohol. La informació sobre la quantitat i la freqüència del consum de begudes alcohòliques pot aportar dades per a la diagnòsi de l'estat de salut del pacient i, a més a més, alertar el personal sanitari

1. Introducció

sobre la necessitat d'aconsellar els pacients amb un patró de consum perjudicial per a la seva medicació i altres aspectes del seu tractament. Pel que fa als programes d'identificació i intervenció breu, cal destacar la importància del fet que a les persones que no són dependents de l'alcohol els és més senzill reduir el consum o deixar de consumir begudes alcohòliques, amb els esforços i l'assistència apropiats, que a les persones dependents.

Malgrat això, per a molts professionals d'atenció primària, fer una identificació i aconsellar els pacients sobre el consum d'alcohol sol ser una tasca complicada. Entre les raons més freqüents, hi trobem la manca de temps, una formació inadequada, la preocupació per no incomodar els pacients, la incompatibilitat que es percep entre les intervencions breus sobre el consum d'alcohol i l'atenció primària (Beich [et al.], 2002), i la creença que les persones dependents de l'alcohol no responen a cap mena d'intervenció (Roche i Richard, 1991; Roche [et al.], 1991; Roche [et al.], 1996; Richmond i Mendelsohn, 1998; McAvoy [et al.], 1999; Kaner [et al.], 1999; Cornuz [et al.], 2000; Aalto [et al.], 2001; Kaariainen [et al.], 2001).

L'objectiu d'aquesta guia és presentar, de manera resumida, evidència sobre els problemes que comporta el consum d'alcohol i com dur a terme la identificació i les intervencions breus per als pacients amb un consum de risc o perjudicial d'alcohol als centres d'atenció primària de salut. Tot i que la guia no és un manual per al tractament de la dependència de l'alcohol, descriu breument aquest trastorn i els possibles tractaments per tal que els professionals d'atenció primària sàpiguen què poden esperar quan els pacients més difícils de tractar es remetin a l'especialista.

Les intervencions breus per al consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol són molt efectives, a més de tenir una bona relació cost-efectivitat. Si s'apliquessin de manera general a tot Europa, amb una cobertura de fins a un 25% de la població adulta amb un consum de risc i perjudicial d'alcohol, comportaria uns costos generals relativament barats de 740 milions d'euros per al conjunt de la Unió Europea i permetria prevenir, aproximadament, un 9% de tots els problemes de salut i morts prematures causats per l'alcohol a la Unió Europea (Anderson [et al.], 2005).

La guia s'ha elaborat a escala europea, com a part del PHEPA (Projecte europeu sobre l'alcohol a l'atenció primària de salut), en el qual participen 17 països i que està cofinançat per la Comissió Europea, i coordinat i gestionat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Aquesta guia serveix de referència per a les polítiques i les directrius nacionals i regionals específiques per saber com identificar i reduir el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol a l'atenció primària.

A l'annex 1 s'inclou una **nota orientativa** per als metges d'atenció primària en la qual s'explica com realitzar la identificació i les intervencions breus sobre el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol, basades en el manual de l'OMS sobre intervencions breus per al consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol (Babor i Higgins-Biddle, 2001).

Bibliografia

Aalto, M., Pekuri, P. & Seppa, K. (2001) Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction*,96,305-11.

Anderson, P., Baumberg, B. & McNeill, A. (2005). Alcohol in Europe. Report to the European Commission.

Babor, T.F. & Higgins-Biddle, J.C. (2001) Brief Intervention For Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care Geneva: World Health Organization

Baumberg, B. & Anderson, P. (2005). The social cost of alcohol to Europe. Submitted for publication.

Beich, A., Gannik, D. & Malterud, K. (2002) Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *British Medical Journal*,325,870-872.

Chisholm, D., Rehm, J., Van Ommeren, M., & Monteiro, M. (2004) Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: a Comparative Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(6),782-93.

Cornuz, J., Ghali, W.A., Di Carlantonio, D., Pecoud, A. & Paccaud, F. (2000) Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Family Practice*,17,535-40.

Kaariainen, J., Sillanaukee, P., Poutanen, P. & Seppa, K. (2001) Opinions on alcohol-related issues among professionals in primary, occupational, and specialized health care. *Alcohol Alcohol*,36,141-6.

Kaner, E.F., Heather, N., McAvoy, B.R., Lock, C.A. & Gilvarry, E. (1999) Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol Alcohol*,34,559-66.

Richmond, R.L. & Mendelsohn, C.P. (1998) Physicians' views of programs incorporating stages of change to reduce smoking and excessive alcohol consumption. *American Journal of Health Promotion*, 12,254-7.

Roche, A.M & Richard, G.P. (1991) Doctors' willingness to intervene in patients' drug and alcohol problems. *Social Science & Medicine*,33,1053-61.

Roche, A.M., Guray, C. & Saunders, J.B. (1991) General practitioners' experiences of patients with drug and alcohol problems. *British Journal of Addiction*,86,263-75.

Roche, A.M., Parle, M.D. & Saunders, J.B. (1996) Managing alcohol and drug problems in general practice: a survey of trainees' knowledge, attitudes and educational requirements. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*,20,401-8.

World Health Organization (2002) The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva; World Health Organization.

2. Mètodes per elaborar la guia

La finalitat principal d'aquesta guia és informar els professionals d'atenció primària dels coneixements actuals sobre l'efectivitat de diverses tècniques d'ajuda per a les persones amb un consum de risc o perjudicial d'alcohol. La guia es basa en la revisió de l'evidència i en l'experiència d'un grup de treball creat per a la redacció d'aquest document. Per tant, sempre que ha estat possible, les pautes de la guia s'han extret de l'evidència obtinguda en estudis d'investigació sòlids. Quan no s'ha disposat d'aquesta evidència, les recomanacions es basen en l'experiència clínica corresponent. L'evidència es resumeix en cadascun dels capítols. La guia pretén ser una pauta més que no pas dictar les intervencions, l'educació i la capacitat professional. A més, no pretén substituir les directrius nacionals existents, sinó estimular el desenvolupament i la implementació de guies a tots els països.

Propòsit de la guia: l'objectiu principal d'aquesta guia és proporcionar informació actualitzada i basada en dades de l'evidència als professionals d'atenció primària sobre la finalitat i la manera d'identificar els pacients que presentin un consum de risc o perjudicial d'alcohol, i com intervenir-hi. Aquesta informació és necessària a causa de la importància i les dimensions de la càrrega que representa l'alcohol per a la salut, i de les variacions de la pràctica —i sovint la manca de pràctica, a tot Europa— per ajudar els pacients amb un consum de risc i perjudicial d'alcohol.

Públic objectiu per a la guia: aquesta guia està enfocada tant als professionals d'atenció primària (metges i personal d'infermeria) que atenen els pacients amb consum de risc o perjudicial d'alcohol, com als directors, educadors, finançadors i avaluadors dels serveis d'atenció primària que desitgin saber els detalls d'una intervenció efectiva.

Elaboració de la guia: aquesta guia es basa en una revisió de l'evidència disponible sobre problemes i eficàcia i dels coneixements d'un grup de treball creat per al projecte PHEPA per redactar aquest document. Les tasques de cerca d'informació han inclòs la recerca de metanàlisis i revisions publicades a les bases de dades pertinents, la cerca manual a les publicacions pertinents, la cerca de bibliografies a la xarxa i el contacte amb els principals centres i investigadors per obtenir altres dades i directrius rellevants. Les bases de dades que s'han tingut en compte per a la cerca són: Medline, Psychinfo i Cochrane Database of Systematic Reviews. D'altra banda, ens hem basat en les publicacions i anàlisis de la Comissió Europea, l'Organització Mundial de la Salut i el NIAAA (Institut Nacional de Consum Perjudicial d'Alcohol i Alcoholisme dels Estats Units). (Al final de cada capítol s'inclou una llista amb la bibliografia consultada)

Nivells d'evidència i importància de les recomanacions: les organitzacions que elaboren guies clíniques classifiquen la qualitat de l'evidència disponible i la rellevància de les recomanacions consegüents. Cada organització utilitza un sistema lleugerament diferent i actualment no s'ha acordat cap sistema universal.

Tot i que el nivell preferible de l'evidència és que provingui de revisions sistemàtiques i metanàlisis¹ d'estudis epidemiològics i d'assajos clínics aleatoritzats, aquest tipus de dades no estan sempre disponibles en tots els àmbits d'interès. Quan no s'han trobat revisions

2. Mètodes per elaborar la guia

sistemàtiques i metanàlisis d'estudis epidemiològics, els autors de la guia han considerat els assajos clínics aleatoritzats la segona opció per ordre de preferència². Mitjançant els assajos clínics, l'investigador pot extreure conclusions bastant fiables sobre si implementar el tractament provat és més efectiu que no emprar cap tractament. Quan no han disposat d'assajos clínics aleatoritzats, els autors han optat pels estudis comparatius, els estudis no experimentals i les opinions dels experts, per aquest ordre de preferència. Com que el projecte PHEPA no està constituït com un grup formal per a l'elaboració d'aquesta guia, hem decidit no classificar les recomanacions segons la seva importància, com han fet altres autors, sinó fer recomanacions coherents amb les altres publicacions i basades en l'opinió experta dels membres del projecte PHEPA en conjunt. Per tal de verificar i comprovar la coherència de tot el procés s'ha fet servir l'instrument AGREE (Apraisal of Guidelines for Research and Evaluation) per a l'avaluació de guies de pràctica clínica (AGREE Collaboration, 2001).

Bibliografia

AGREE Collaboration (2001) Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. Available from: <http://www.agreecollaboration.org>.

¹ La metanàlisi és una tècnica estadística que combina diversos estudis o assajos independents per augmentar el pes i la certesa generals dels resultats.

² Un assaig clínic aleatoritzat és un estudi que inclou, com a mínim, un grup de tractament i un grup de control, normalment placebo o sense tractament. L'estudi té en compte els resultats que s'han obtingut abans i després del tractament, i els participants es distribueixen aleatòriament entre ambdós grups. Alguns assajos també empren el sistema doble cec, és a dir, que ni els participants ni l'investigador no saben quin tipus d'intervenció està rebent cada pacient, o el sistema simple cec, és a dir, que o bé els participants o l'investigador desconeixen quina intervenció rep cada pacient.

3. Descripció del consum d'alcohol i els problemes relacionats amb l'alcohol

Resum de l'evidència del capítol

1. Com podem descriure el consum d'alcohol?

El consum d'alcohol es pot descriure segons els grams d'alcohol ingerit o bé en funció d'UBE consumides. En aquest cas, a Europa es considera que una UBE conté 10 g d'alcohol.

2. Com podem descriure el consum de risc, el consum perjudicial d'alcohol i la dependència de l'alcohol?

El consum de risc és un nivell o patró de consum d'alcohol que sol causar problemes si els hàbits persisteixen. Segons la definició operativa de l'Organització Mundial de la Salut, el consum de risc és la ingesta mitjana habitual d'entre 20 i 40 g d'alcohol diaris en el cas de les dones, i d'entre 40 i 60 g diaris en el cas dels homes. El consum perjudicial d'alcohol es defineix com «un patró de consum d'alcohol que perjudica la salut física o mental de la persona». Segons l'Organització Mundial de la Salut, es considera perjudicial el consum habitual mitjà que supera els 40 g d'alcohol diaris en el cas de les dones, i els 60 g diaris en el cas dels homes. Els episodis de consum intensiu d'alcohol (també anomenats binge drinking), que poden ser especialment perjudicials per a les persones que pateixen certs tipus de malalties, es defineixen com el consum d'un mínim de 60 g d'alcohol en una sola ocasió. La dependència de l'alcohol és un conjunt de fenòmens fisiològics, conductuals i cognitius en els quals el consum d'alcohol esdevé prioritari davant d'altres comportaments que en el passat tenien més importància.

3. El consum de risc, el consum perjudicial d'alcohol i la dependència de l'alcohol estan presents en un contínuum?

El consum d'alcohol, els problemes relacionats amb l'alcohol i la dependència de l'alcohol estan presents en un contínuum, és a dir, que no són entitats fixes i les persones poden passar d'un punt del contínuum a un altre al llarg de la seva vida.

Recomanacions

1. Des d'un punt de vista científic, és preferible mesurar el consum d'alcohol en grams ingerits. Pel que fa a l'atenció primària, és preferible utilitzar el sistema d'UBE per mesurar el consum.
2. Els termes aconsellats són consum de risc, consum perjudicial d'alcohol, episodi de consum concentrat d'alcohol i dependència de l'alcohol, en lloc de termes com abús d'alcohol, consum inadequat d'alcohol i alcoholisme.

3. Descripció del consum d'alcohol i els problemes relacionats amb l'alcohol

3.1 Com podem descriure el consum d'alcohol?

Per descriure el consum d'alcohol dels seus pacients, els professionals d'atenció primària poden mesurar el consum a partir dels grams d'alcohol ingerit o segons les UBE consumides. A Europa, una UBE sol contenir 10 g d'alcohol absolut (Turner, 1990).

En l'àmbit científic, els informes sobre la quantitat d'alcohol consumida haurien d'emprar els grams d'alcohol absolut com a unitat per facilitar la comparació de dades a escala internacional.

El terme unitat de beguda estàndard (UBE) s'utilitza per simplificar el mesurament del consum d'alcohol. Tot i que pot no ser del tot precís, el nivell de precisió és suficientment vàlid per recomanar aquest mètode a l'hora de calcular el consum d'alcohol en diferents entorns, com els centres d'atenció primària de salut, les sales de traumatologia i els serveis d'urgències dels hospitals i els pacients hospitalitzats.

Malgrat els avantatges que ofereix fer servir el terme unitat de beguda estàndard per mesurar el consum d'alcohol, també presenta certs inconvenients:

- El contingut alcohòlic de les begudes varia enormement, des d'un 1% fins a més d'un 45%, factor que pot comportar fàcilment errors de càlcul.
- El mateix tipus de beguda es pot servir en una gran varietat de recipients i, per tant, contenir una quantitat d'alcohol diversa.
- El mateix tipus de beguda pot contenir concentracions d'alcohol diferents, segons on i com s'hagi elaborat.
- Les UBE varien segons el país.
- A la majoria de països, el contingut d'alcohol d'una UBE s'ha establert per consens, sense dur a terme un estudi científic previ.

L'ús d'UBE com a unitat de mesura simplifica l'avaluació del consum d'alcohol i es pot utilitzar sistemàticament als centres d'atenció primària de salut. Tot i així, a causa de les diferències entre països, el contingut d'alcohol d'una UBE s'hauria de definir segons el país i mitjançant un estudi científic, i no només per consens.

L'Organització Mundial de la Salut (Babor i Higgins-Biddle, 2001) ha proposat que una UBE equivalgui a:

- 330 ml de cervesa amb un 5% d'alcohol
- 140 ml de vi amb un 12% d'alcohol
- 90 ml de vi generós (per exemple, xerès) amb un 18% d'alcohol
- 70 ml de vermut amb un 25% d'alcohol
- 40 ml de licors amb un 40% d'alcohol

A causa de la densitat de l'alcohol, un mil·lilitre d'aquesta substància conté 0,785 g d'alcohol. Per tant, segons la definició de l'OMS, una UBE conté uns 13 g d'alcohol. A Europa, les UBE solen contenir 10 g d'alcohol (Turner, 1990).

3. Descripció del consum d'alcohol i els problemes relacionats amb l'alcohol

3.2 Com podem descriure el consum de risc, el consum perjudicial d'alcohol i la dependència de l'alcohol?

Consum de risc

El consum de risc és un nivell o patró de consum d'alcohol que sol causar problemes si els hàbits persisteixen (Babor [et al.], 1994). No hi ha cap acord estandarditzat sobre el nivell de consum d'alcohol que s'hauria de considerar consum de risc i, com demostren les moltes afeccions que s'anomenen al capítol 4, qualsevol nivell de consum pot comportar riscos. Segons la definició operativa de l'Organització Mundial de la Salut, el consum de risc és el consum mitjà habitual d'entre 20 g i 40 g d'alcohol diaris en el cas de les dones, i d'entre 40 g i 60 g diaris en el cas dels homes (Rehm [et al.], 2004).

Consum perjudicial d'alcohol

El consum perjudicial es defineix com «un patró de consum d'alcohol que perjudica la salut física (cirrosi hepàtica) o mental (depressió derivada del consum d'alcohol) de la persona» (Organització Mundial de la Salut, 1992). D'acord amb la informació epidemiològica que relaciona el consum d'alcohol amb els problemes de salut (vegeu el capítol 4), l'Organització Mundial de la Salut considera perjudicial el consum habitual mitjà que supera els 40 g d'alcohol diaris en el cas de les dones, i els 60 g diaris en el cas dels homes (Rehm [et al.], 2004).

Intoxicació

La intoxicació es pot definir com un estat més o menys temporal de deficiència funcional del rendiment psicològic i psicomotriu causat per la presència d'alcohol a l'organisme (Organització Mundial de la Salut, 1992), fins i tot amb nivells de consum molt reduïts (Eckardt [et al.], 1998). La intoxicació no és sinònim de binge drinking ni d'episodi de consum intensiu d'alcohol.

Episodis de consum intensiu

Els episodis de consum intensiu es poden definir com la ingesta d'un mínim de 60 g d'alcohol en una sola ocasió (Organització Mundial de la Salut, 2004). Habitualment, se sol fer servir el terme binge drinking.

Dependència de l'alcohol

La Classificació Internacional de Trastorns Mentals i Conductuals de l'Organització Mundial de la Salut (1992), l'ICD-10, defineix la dependència de l'alcohol com un conjunt de fenòmens fisiològics, conductuals i cognitius en els quals el consum d'alcohol esdevé prioritari davant d'altres comportaments que en el passat tenien més importància. Una característica fonamental d'aquest fenomen és el desig (sovint fort, i a vegades dominant) de beure alcohol. Normalment, tornar a consumir alcohol després d'un període d'abstinència s'associa a la reparació ràpida de les característiques de la síndrome. Aquestes característiques es descriuen a la taula 3.1.

3. Descripció del consum d'alcohol i els problemes relacionats amb l'alcohol

Taula 3.1: Criteris de l'ICD-10 per definir la dependència de l'alcohol.

1. Evidència d'una tolerància a l'alcohol, com el fet que sigui necessari consumir una quantitat notablement més elevada per arribar a la intoxicació etílica o aconseguir l'efecte desitjat, o bé que l'efecte de la mateixa quantitat d'alcohol en l'organisme hagi disminuït clarament.
2. Patir un estat psicològic d'abstinència quan es redueix el consum o es deixa de consumir alcohol, confirmat per l'aparició de la síndrome d'abstinència característica de la substància o l'ús de la mateixa substància (o similar) amb la intenció d'alleujar o eliminar els símptomes de l'abstinència.
3. Continuar consumint alcohol malgrat conèixer clarament les conseqüències perjudicials que comporta, tal com evidencia el consum continuat d'alcohol quan la persona és conscient, o hauria de ser conscient, de la naturalesa i la dimensió del problema.
4. Estar especialment pendent del consum d'alcohol, cosa que es manifesta en deixar córrer o reduir plaers o interessos alternatius importants per consumir alcohol, o dedicar molt de temps a activitats necessàries per aconseguir alcohol, consumir-lo o recuperar-se dels seus efectes.
5. Perdre capacitat per controlar el comportament de consum d'alcohol pel que fa a l'inici, el final o el nivell del consum, com evidencia el fet de consumir alcohol en grans quantitats o durant més temps del previst, o els esforços o el desig persistent de reduir o controlar el consum d'alcohol, sense èxit.
6. Sentir un fort desig o sensació compulsiva de consumir alcohol.

Termes mal definits que no es recomana utilitzar: hi ha diversos termes mal definits que no s'empren en aquest estudi, inclosos els següents:

- **consum moderat d'alcohol:** s'ha evitat emprar la paraula moderat perquè és un terme inexacte per a un patró de consum d'alcohol que, implícitament, es compara amb el consum elevat d'alcohol. Tot i que, normalment, sol significar un consum d'alcohol que no genera problemes (i, per tant, no és un consum «excessiu»), és un terme difícil de definir. Una manera millor d'anomenar aquest tipus de consum pot ser consum d'alcohol de baix risc.
- **consum sensible,** consum responsable i consum social d'alcohol: tots aquests termes són impossibles de definir i depenen de valors socials, culturals i ètics que poden presentar grans diferències segons el país, la cultura i l'època de què es tracti.
- **consum excessiu d'alcohol:** actualment, no es considera el millor terme per definir un patró de consum que excedeix el nivell estàndard del consum lleuger. Es prefereix l'ús del terme consum de risc.

3. Descripció del consum d'alcohol i els problemes relacionats amb l'alcohol

- **alcoholisme:** és un terme que s'ha utilitzat durant molt de temps i que té un significat variable. Normalment, es fa servir per referir-se al consum continu crònic o al consum periòdic d'alcohol, que es caracteritzen per la manca de control del consum, episodis freqüents d'intoxicació i l'obsessió per l'alcohol i el consum d'alcohol, malgrat les conseqüències negatives que comporta. A causa de la seva inexactitud, aquest terme va ser desaprobat per un comitè d'experts de l'OMS, que va preferir l'expressió més concreta de síndrome de dependència de l'alcohol com un dels diversos problemes relacionats amb l'alcohol (Edwards i Gross, 1976; Organització Mundial de la Salut, 1980), i no s'inclou com a entitat diagnòstica a l'ICD-10. Es prefereix el terme dependència de l'alcohol.

- **abús d'alcohol:** l'ús d'aquest terme està molt estès però el seu significat és variable. Malgrat que s'inclou a la classificació del Manual Estadístic i Diagnòstic de Trastorns Mentals (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de l'Associació Psiquiàtrica Americana (1994), s'hauria de considerar una categoria residual i emprar el terme dependència quan s'escaigui. En algunes ocasions, aquest terme s'utilitza de forma poc apropiada per fer referència a qualsevol tipus de consum, especialment el consum de drogues il·legals. A causa de la seva ambigüitat, no s'utilitza a la classificació ICD-10. Els termes equivalents són consum perjudicial i consum de risc.

- **consum inadequat d'alcohol:** aquest terme descriu el consum d'alcohol amb un propòsit que difereix de les pautes legals o mèdiques, com el consum de medicaments amb recepta mèdica amb finalitats no mèdiques. Tot i que alguns experts prefereixen fer servir consum inadequat d'alcohol abans que abús d'alcohol perquè el consideren menys crític, també és un terme ambigu. El terme equivalent és consum de risc.

3.3 El consum de risc, el consum perjudicial d'alcohol i la dependència de l'alcohol estan presents en un contínuum?

El consum d'alcohol, els problemes relacionats amb l'alcohol i la dependència de l'alcohol estan presents en un contínuum. El consum d'alcohol pot variar des de l'abstinència fins al consum de baix risc, el consum de risc, el consum perjudicial i la dependència de l'alcohol. De la mateixa manera, els problemes causats per l'alcohol poden ser des d'inexistents fins a moderats, substancials o greus. El consum d'alcohol i els problemes causats per l'alcohol no són entitats fixes i les persones poden passar d'un punt a un altre del contínuum, inclosos superar la dependència de l'alcohol i recaure-hi al llarg de la seva vida. Un estudi nord-americà ha trobat que, de les persones que patien dependència de l'alcohol abans de l'any anterior, un 18% s'havien abstingut de consumir alcohol durant l'últim any, un 18% eren consumidors de baix risc, un 12% eren consumidors de risc asimptomàtics amb un patró de consum que comportava un risc de recaiguda, un 27% es trobaven en una fase de recuperació parcial i un 25% encara estaven classificats com a dependents (Dawson [et al.], 2005). Només una quarta part d'aquestes persones havien rebut tractament per a la dependència de l'alcohol.

3. Descripció del consum d'alcohol i els problemes relacionats amb l'alcohol

L'etiologia i el curs del consum perjudicial d'alcohol i la dependència de l'alcohol depenen, en gran part, de factors conductuals, de l'entorn i dels esdeveniments vitals (McLellan [et al.], 2000; Bacon, 1973; Öjesjö, 1981; Edwards, 1989; Moos [et al.], 1990). Es poden descriure com a trastorns clínics que responen als estímuls de l'entorn (Curran [et al.], 1987; Pattison [et al.], 1977; Humphreys [et al.], 2002); responen fàcilment a polítiques reguladores de l'entorn, com el preu de l'alcohol i les normatives que regulen la disponibilitat de l'alcohol (Bruun [et al.], 1975; Edwards [et al.], 1994; Babor [et al.], 2003), i que responen ràpidament al tractament (Klingemann [et al.], 1992; Blomqvist, 1998), l'impacte del qual sol ser més important en presència de polítiques efectives relacionades amb l'entorn.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. 4th edn. Washington DC: American Psychiatric Association
- Babor T et al. (2003) Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Oxford, Oxford University Press.
- Babor, T., Campbell, R., Room, R. & Saunders, J., eds. (1994) Lexicon of Alcohol and Drug Terms, World Health Organization, Geneva.
- Babor, T.F. & Higgins-Biddle, J.C. (2001) Brief Intervention For Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care Geneva: World Health Organization
- Bacon, S. D. (1973) The process of addiction to alcohol: social aspects. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 34, 1-27.
- Blomqvist, J. (1998) The 'Swedish model' of dealing with alcohol problems: historical trends and future challenges. Contemporary Drug Problems, 25, 253-320.
- Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R. E., Room, R., Schmidt, W., Skög, O.-J., Sulkunen, P. & Osterberg, E. (1975) Alcohol Control Policies in Public Health Perspective. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Curran, W., Arif, A. & Jayasuriya, D. (1987) Guidelines for assessing and revising national legislation on treatment of drug- and alcohol-dependent persons. International Digest of Health Legislation, 38, Suppl. 1.
- Dawson, D.A., Grant, B.F., Stinson, F.S., Chou, P.S., Huang, B. & Ruan, W.J. (2005) Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. Addiction, 100, 281-292
- Eckardt MJ, File SE, Gessa GL, Grant KA, Guerri C, Hoffman PL, Kalant H, Koop GF, Li TK, Tabakoff B (1998) Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. Alcoholism, Clinical & Experimental Research, 22, 998-1040.
- Edwards, G. & Gross, M.M. (1976) Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. British Medical Journal, 1, 1058-1061.
- Edwards, G. (1989) As the years go rolling by: drinking problems in the time dimension. British Journal of Psychiatry, 154, 18-26.

3. Descripció del consum d'alcohol i els problemes relacionats amb l'alcohol

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H.D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L.T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J., & Skog, O-J. (1994) *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.

Humphreys, K., & Tucker, J. (2002) Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. *Addiction*, 97, 126-132.

Klingemann, H., Takala, J-P. & Hunt, G., eds. (1992) *Cure, Care or Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*. Albany, NY: State University of New York Press.

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. & Kleber, H. D. (2000) Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1689-1695.

Moos, R. H., Finney, J. W. & Cronkite, R. C. (1990) *Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome*. New York: Oxford University Press.

Öjesjö, L. (1981) Long-term outcome in alcohol abuse and alcoholism among males in the Lundby general population, Sweden. *British Journal of Addiction*, 76, 391-400.

Pattison, E. M., Sobell, M. B. & Sobell, L. C., eds. (1977) *Emerging Concepts of Alcohol Dependence*. New York: Springer.

Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, T., Sempos, C.T., Frick, U. & Jernigan, D. (2004) Alcohol. In: WHO (ed), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva: WHO.

Turner, C. (1990) How much alcohol is in a 'standard drink': an analysis of 125 studies. *British Journal of Addiction*, 85, 1171-6.

World Health Organization (1980) *Problems related to alcohol consumption. Report of a WHO Expert Committee*. Geneva. World Health Organization (WHO Technical Report Series, No.650).

World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2004) *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva, World Health Organization.

4. Alcohol i salut

Resum de l'evidència del capítol

1. L'alcohol augmenta el risc de problemes socials i de perjudicar terceres persones?

El consum d'alcohol incrementa el risc de diversos problemes socials, de manera dependent de la dosi consumida, sense evidència d'un efecte llindar. Per a la persona que beu, com més alcohol consumeix, més elevat és el risc. Els problemes causats pel consum d'alcohol d'una altra persona poden incloure des de molèsties socials, com l'alteració del son nocturn, fins a conseqüències més greus, com el maltractament de la parella o els fills, la delinqüència, la violència i, en última instància, l'homicidi. Normalment, com més greu és el delicte o el greuge, més possibilitats hi ha que l'alcohol hi sigui present. Evitar que el consum d'alcohol perjudiqui tercers és una raó suficient per intervenir en el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol.

2. El consum d'alcohol incrementa el risc de patir problemes de salut?

A part de provocar dependència, l'alcohol és la causa d'uns seixanta tipus diferents de malalties i lesions, com ferides, trastorns mentals i conductuals, malalties gastrointestinals, càncers, malalties cardiovasculars, trastorns immunològics, malalties òssies, trastorns reproductius i perjudica els nonats. El risc de patir aquestes malalties i lesions augmenta amb el consum d'alcohol, de manera dependent de la dosi ingerida i sense indicis d'un efecte llindar. És a dir, que com més alcohol es consumeix, més elevat és el risc.

3. El consum d'alcohol redueix el risc de patir malalties cardíques?

Consumir una petita dosi d'alcohol regularment redueix el risc de patir malalties cardíques, tot i que la relació exacta entre la reducció del risc i el nivell de consum d'alcohol que permet reduir al màxim aquest risc encara no s'ha determinat. Els estudis de més qualitat i els que tenen en compte possibles factors d'influència estableixen un menor risc quan el nivell de consum d'alcohol és reduït. La major part de la reducció del risc es pot aconseguir ingerint una mitjana de 10 g d'alcohol cada dos dies. Si se superen els 20 g d'alcohol per dia, el risc de patir una malaltia coronària augmenta. Sembla que l'alcohol és la substància que redueix el risc de patir aquest tipus de malalties, independentment de la classe de beguda de què es tracti. Tot i així, cal tenir present que el consum de grans quantitats d'alcohol en una sola ocasió incrementa el risc de patir arítmies cardíques i mort sobtada per fallada cardíaca.

4. El consum d'alcohol pot no comportar riscos?

El risc de mort per consum d'alcohol es troba a mig camí entre el risc de patir malalties i lesions, que augmenta amb el consum d'alcohol, i el risc de patir una malaltia cardíaca, que disminueix amb el consum de petites quantitats d'alcohol. Aquesta relació demostra que, excepte en el cas de

4. Alcohol i salut

les persones grans, el consum de begudes alcohòliques sempre comporta riscos. El nivell de consum que comporta un risc menor de mort és zero, o prop de zero en el cas de dones de menys de 65 anys, i menys de 5 g d'alcohol diaris per a les dones de 65 anys o més. Per als homes, el nivell de consum d'alcohol amb el menor risc de mort és zero per als homes de menys de 35 anys, uns 5 g diaris per als homes de mitjana edat, i menys de 10 g diaris per als homes de 65 anys o més.

5. Quins factors determinen el consum de risc, el consum perjudicial i la dependència de l'alcohol?

La genètica és un factor important en el risc de consum perjudicial d'alcohol i la dependència de l'alcohol: alguns gens incrementen el risc i d'altres el redueixen. Els gens interactuen amb l'entorn, de manera que les persones que beuen més alcohol o que viuen en ambients en què es consumeixen més begudes alcohòliques presenten un risc més elevat de patir problemes de salut relacionats amb el consum d'alcohol. Amb qualsevol nivell de consum, les dones es troben en una situació de més risc, que varia segons cada malaltia. Això es deu, segurament, al fet que el cos femení conté menys aigua per quilogram de massa corporal que el cos masculí. A més, el consum d'alcohol és un dels factors que comporta que el risc de mort entre els homes de mitjana edat de grups amb un nivell socioeconòmic baix sigui fins a un 25% més elevat que entre els homes de mitjana edat de grups amb un nivell socioeconòmic alt.

6. Quina importància té l'alcohol com a causa de problemes de salut?

A la Unió Europea en conjunt, el consum d'alcohol és una de les causes més importants dels problemes de salut i les morts prematures, després de l'hàbit tabàquic i la hipertensió arterial, i per davant del colesterol alt i el sobrepès.

7. Reduir el consum d'alcohol pot comportar millores de salut?

Reduir el consum o deixar de beure alcohol beneficia la salut. Si es deixa de consumir alcohol, es poden revertir tots els riscos aguts causats per l'alcohol. Fins i tot en casos de malalties cròniques, com la cirrosi hepàtica i la depressió, reduir o posar fi al consum de begudes alcohòliques pot comportar millores immediates de salut.

Recomanacions

1. L'alcohol pot comportar un gran nombre de problemes de salut, tant físics com mentals, de manera dependent de la dosi consumida. Aquest fet dóna l'oportunitat als professionals d'atenció primària d'identificar els pacients adults amb un consum de risc i perjudicial d'alcohol.

2. Com que als centres d'atenció primària de salut es tracten diverses malalties físiques i mentals habituals, cal fer front a les causes relacionades amb el consum d'alcohol i tractar-les. És especialment important reduir el risc de perjudicar tercers.

4.1 L'alcohol augmenta el risc de problemes socials i de perjudicar tercers?

Alcohol i plaer social

El consum de begudes alcohòliques comporta diversos plaers (Peele i Grant, 1999; Peele i Brodsky, 2000). La noció que el consum baix d'alcohol és beneficiós per a la salut és, segurament, tan antiga com la història de l'alcohol (Thom, 2001) i està molt arrelada (Cherrington, 1925). Quan es fan estudis amb poblacions generals i es pregunta als participants quins efectes esperen obtenir del consum d'alcohol, les respostes solen incloure més sensacions i experiències positives que negatives (per exemple, relaxament, sociabilitat), i gairebé no se cita cap problema (Mäkelä i Mustonen, 1988; Mäkelä i Simpura, 1985; Nyström, 1992).

L'alcohol té un paper important en la vida social quotidiana i assenyala esdeveniments com naixements, casaments i defuncions, a més de servir de transició entre la feina i l'oci i facilitar les relacions socials. Durant les diverses etapes de la història i en moltes cultures diferents, l'alcohol ha estat una manera habitual de realçar el plaer de la companyia entre amics i companys i, en general, de passar-s'ho bé (Heath, 1995).

Els beneficis del consum d'alcohol en situacions socials estan molt influenciats per la cultura, l'ambient en què es beu alcohol i les expectatives sobre els efectes de l'alcohol. Les creences sobre els efectes de l'alcohol estan tan esteses que les persones comencen a comportar-se de manera marcadament més sociable quan pensen que han consumit alcohol, encara que, en realitat, no ho hagin fet (Darkes i Goldman, 1993). Una de les raons importants per les quals molta gent decideix beure alcohol és que aquesta substància millora l'estat d'ànim de les persones a curt termini (Hull i Stone, 2004). De fet, hi ha molta evidència que demostra que els efectes immediats de l'alcohol inclouen l'augment del plaer, l'eufòria, la felicitat i l'expressió general de bon humor, sensacions que s'experimenten més intensament en grup que bevent sense companyia (Pliner i Cappell, 1974), i estan molt influenciades per les expectatives (Brown [et al.], 1980; Hull [et al.], 1983). En els pocs estudis sobre persones que manifesten obtenir beneficis psicològics amb el consum d'alcohol, el nombre de beneficis obtinguts és proporcional a la quantitat d'alcohol consumida i la freqüència de consum elevat d'alcohol (Mäkelä i Mustonen, 1988). Com és evident, els participants d'un d'aquests estudis que consumien una quantitat més elevada d'alcohol també experimentaven més problemes derivats del consum i, en aquests casos, la proporció entre beneficis i problemes solia disminuir.

Malgrat que els beneficis psicosocials del consum d'alcohol més freqüents són la reducció de l'estrès, la millora de l'estat d'ànim, l'increment de la sociabilitat i el relaxament (Hull i Bond, 1986; Baum-Baicker, 1987), encara no hi ha estudis sobre l'efectivitat del consum d'alcohol respecte d'altres maneres d'alleujar les malalties relacionades amb l'estrès. Tot i així, hi ha una gran quantitat d'informació que demostra que les persones que pateixen desordres psicològics i confien en

4. Alcohol i salut

l'alcohol per alleugerar l'estrès tenen més possibilitats de caure en la dependència de l'alcohol (Kessler [et al.], 1996, 1997; Book i Randall, 2002). Cada any, més d'un de cada vuit individus amb un trastorn d'ansietat també pateixen un trastorn de consum d'alcohol (Grant [et al.], 2004). D'altra banda, se sol considerar que l'alcohol ajuda a dormir, tot i que, malgrat que pot produir son, també fa que la persona es desvetlli i desperti després d'unes hores i agreuja els trastorns del son (Castaneda [et al.], 1998).

L'alcohol i les conseqüències socials negatives

Sovint, les begudes alcohòliques es consumeixen amb la intenció d'experimentar els efectes de la intoxicació. Moltes persones que beuen alcohol i, en particular, els homes joves, utilitzen aquesta substància deliberadament i conscientment per intoxicar-se, és a dir, embriagar-se. És aquest tipus d'intoxicació la que sol produir problemes socials.

El risc de patir les conseqüències socials negatives més freqüents, com intervenir en una baralla, perjudicar la vida familiar, el matrimoni, la feina, els estudis, les amistats o la vida social, augmenta de manera dependent de la dosi consumida, sense indicis de cap efecte llindar (figura 4.1). El risc elevat que s'identifica en els nivells baixos de consum es deuen, principalment, a un petit volum de consumidors que, esporàdicament, consumeixen quantitats d'alcohol elevades (Rehm i Gmel, 1999).

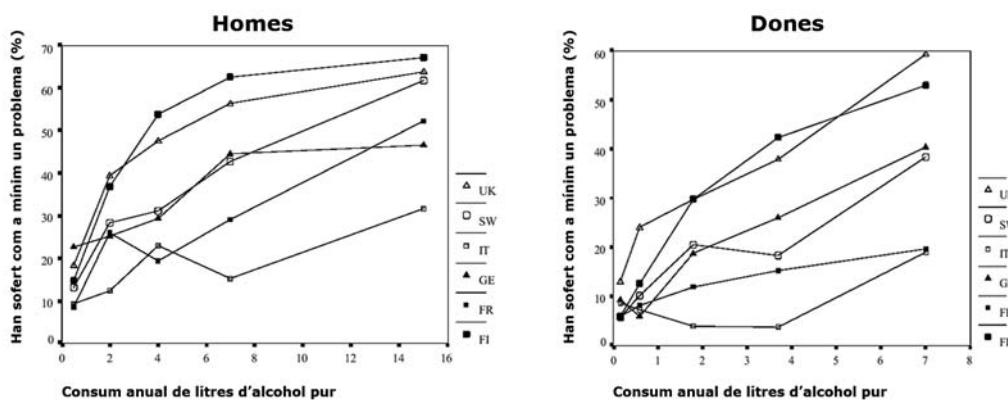


Figura 4.1: Increment del risc de, com a mínim, una conseqüència social negativa (intervenir en una baralla, perjudicar la vida familiar, el matrimoni, la feina, els estudis, les amistats o la vida social) pel consum anual d'alcohol als països europeus seleccionats. UK = Regne Unit, SW = Suècia, IT = Itàlia, GE = Alemanya, FR = França, FI = Finlàndia. Font: Norström [et al.] 2001.

Els problemes socials causats pel consum d'alcohol d'altres persones també són freqüents, tot i que les conseqüències menys greus (com l'alteració del son nocturn per les molèsties causades per persones en estat d'embriaguesa) són més habituals que les més greus, com l'assetjament en llocs públics, l'assetjament en festes privades, o ser insultat per les persones en estat d'embriaguesa en zones públiques i tenir-los por, a més d'altres tipus de conseqüències més greus (com les lesions físiques o els danys a la propietat) (Rossow i Hauge, 2004). Segons els estudis realitzats, una petita proporció de la població pateix aquests problemes repetidament i de diverses maneres. Els joves, les dones i les persones

4. Alcohol i salut

amb un consum anual d'alcohol elevat, episodis d'intoxicació més freqüents i que visiten més sovint llocs públics on es consumeix alcohol tenen més possibilitats de ser perjudicats pel consum d'alcohol d'algú altre (Rossow, 1996; Mäkelä [et al.], 1999). Pel que fa al consum d'alcohol, el comportament de la víctima típica de problemes socials causats pel consum d'alcohol d'una altra persona s'assembla molt al comportament de consum de les persones que han experimentat diversos problemes socials relacionats amb l'alcohol per causa del seu propi consum (Hauge i Irgens-Jensen, 1986; Room [et al.], 1995; Midanik, 1999; Mustonen i Mäkelä, 1999; Rehm i Gmel, 1999). Els problemes que l'alcohol pot causar en tercers es resumeixen al quadre 4.1.

Quadre 4.1: Com perjudica els tercers el consum d'alcohol	
CONDITION	Resum de les conclusions
Conseqüències socials negatives	Els problemes socials causats pel consum d'alcohol per part d'altres Els problemes socials causats pel consum d'alcohol per part d'altres persones són més freqüents com a conseqüències de poca gravetat (com l'alteració del son nocturn per les molèsties de persones en estat d'embriaguesa) que com a conseqüències més greus (com tenir por de les persones en estat d'embriaguesa en zones públiques). Les conseqüències socials negatives que afecten tercers tenen un percentatge més elevat que les conseqüències socials que afecten la persona que consumeix alcohol.
Violència i delinqüència	El consum d'alcohol i el risc d'implicació en actes violents (inclòs l'homicidi) estan relacionats, sobretot en casos d'intoxicació més que no pas en el consum en general. També hi ha relació entre el consum elevat d'alcohol i la violència sexual (especialment, la violència contra persones desconegudes) i la violència domèstica (tot i que aquest tipus de violència queda atenuada quan es tenen en compte altres factors). En general, com més quantitat d'alcohol es consumeix, més greus són els actes violents.
Problemes matrimonials	A més de la marcada relació que hi ha entre el consum elevat d'alcohol i les crisis matrimonials, alguns estudis ben estructurats demostren que existeix un risc significativament superior de separació o divorci entre les persones casades que presenten un consum elevat d'alcohol.
Maltractament infantil	En un gran nombre d'estudis, no sempre elaborats amb una metodologia adequada, s'afirma que diversos problemes de la infància són molt més freqüents entre els fills de persones amb un consum elevat d'alcohol que entre els altres nens.
Problemes professionals	El consum elevat d'alcohol comporta una reducció de la productivitat i perjudica els altres.
Conduir sota els efectes de l'alcohol	El risc de patir accidents i ferir tercers per haver consumit alcohol augmenta proporcionalment amb el nombre d'ocasions en què es consumeixen grans quantitats d'alcohol.
Afeccions prenatales	El consum d'alcohol ha mostrat toxicitat reproductiva. L'exposició a l'alcohol durant la fase prenatal pot estar relacionada amb un patró característic de dèficits intel·lectuals que es manifesten durant la infància. Encara que el volum d'alcohol consumit sigui reduït, durant l'embaràs, la ingesta de diverses begudes alcohòliques en una ocasió pot augmentar el risc d'avortament espontani, baix pes en néixer, prematuritat i retard del creixement intrauterí, i pot reduir la producció de llet de les mares durant l'alletament.

4. Alcohol i salut

Violència: en un percentatge substancial dels incidents d'agressió i crims violents hi participen una o més persones que han consumit alcohol (Pernanen, 1991; Collins, 1993; Wells [et al.], 2000; Pernanen [et al.], 2002; Allen [et al.], 2003). Concretament, en una mitjana d'entre el 40% i el 50% dels crims violents, hi ha participat una persona que ha consumit alcohol. Aquest percentatge pot variar depenent del país i la cultura (Murdoch, Pihl i Ross, 1990). El consum d'alcohol i el risc d'implicació en actes violents (inclòs l'homicidi) estan relacionats, sobretot en casos d'intoxicació més que no pas en el consum en general (Rossow, 2000; Wells [et al.], 2000). Hi ha un gran nombre d'estudis que demostren que el risc de prendre part en actes violents augmenta significativament entre les persones amb un consum elevat d'alcohol, que també són més propenses a ser víctimes de la violència (Rossowet [et al.], 2001; Greenfield i Henneberg, 2001).

Els episodis de consum intensiu d'alcohol, la freqüència de consum i el volum d'alcohol ingerit són factors associats de manera independent amb el risc d'agressió (Wechsler [et al.], 1994; Wechsler [et al.], 1995; Wechsler [et al.], 1998; Komro [et al.], 1999; Bonomo [et al.], 2001; Swahn, 2001; Richardson i Budd, 2003; Swahn i Donovan, 2004; Wells [et al.], 2005). El més rellevant d'aquests factors és la freqüència de consum (Wells [et al.], 2005). En una mostra de població general, el volum d'alcohol ingerit es va associar a les agressions relacionades amb el consum d'alcohol, fins i tot quan el consum d'elevades quantitats d'alcohol estava controlat (Room [et al.], 1995).

D'altra banda, hi ha una relació general entre un consum més elevat d'alcohol i la violència domèstica i criminal, amb dades especialment significatives provinents d'estudis sobre violència domèstica i sexual (Mirrlees-Black, 1999; Abbey [et al.], 2001; Caetano [et al.], 2001; Brecklin i Ullman, 2002; White i Chen, 2002; Lipsey [et al.], 1997; Greenfeld, 1998). La relació s'atenua quan es tenen en compte altres característiques, com la cultura, el gènere, l'edat, la classe social, l'estatus criminal, els maltractaments infantils i el consum d'altres drogues a més de l'alcohol. En general, com més quantitat d'alcohol es consumeix, més greus són els actes violents. (Gerson i Preston, 1979; Martin i Bachman, 1997; Sharps [et al.], 2001). Els estudis elaborats al Regne Unit (Mirrlees-Black, 1999) i Irlanda (Watson i Parsons, 2005) indiquen que un terç de la violència íntima entre parelles té lloc quan l'autor de l'acte violent es troba sota la influència de l'alcohol. Tot i així, el consum d'alcohol sol estar més relacionat amb la violència contra persones desconegudes que amb la violència contra la parella (Abbey [et al.], 2001; Testa i Parks, 1996).

Normalment, tant l'autor dels actes violents com la víctima de la violència presenten una taxa d'alcoholèmia elevada o han consumit un volum elevat d'alcohol (Makkai, 1997; Mirrlees-Black, 1999; Brecklin i Ullman, 2002). La probabilitat de patir agressions sexuals relacionades amb el consum d'alcohol perpetrades per desconeguts augmenta proporcionalment amb la quantitat d'alcohol ingerida per la víctima, mentre que, quan l'autor d'aquest tipus d'agressions és la parella o el cònjuge, el volum d'alcohol consumit per la víctima no sembla tenir cap influència (Kaufman Kantor i Asdigian, 1997; Chermack [et al.], 2001). Moltes víctimes pateixen problemes amb l'alcohol com a conseqüència de la violència sexual (Darves-Bornoz [et al.], 1998).

4. Alcohol i salut

A part dels estudis d'investigació epidemiològics i experimentals que defensen l'existència d'un vincle causal entre la intoxicació i la violència (Graham i West, 2001), també hi ha altres estudis que indiquen l'existència de mecanismes biològics específics que relacionen l'alcohol amb el comportament agressiu (Bushman, 1997; Lipsey [et al.], 1997), moderats per factors culturals i de situació (Wells i Graham, 2003). Els efectes farmacològics de l'alcohol inclouen l'increment de la labilitat emocional i la fixació en el present (Graham [et al.], 2000), la disminució de la consciència dels senyals interns o la menor consciència d'un mateix (Hull, 1981), la reducció de la capacitat de considerar les conseqüències (Hull i Bond, 1986; Pihl [et al.], 1993; Ito [et al.], 1996) o la reducció de la capacitat per solucionar problemes (Sayette [et al.], 1993), i la manca d'autodisciplina i autocontrol (Hull i Slone, 2004).

L'alcohol interactua amb les característiques de la personalitat i altres factors relacionats amb una tendència personal cap a la violència com, per exemple, la impulsivitat (Zhang [et al.], 1997; Lang i Martin, 1993). Les lesions resultants d'un acte de violència també poden tenir més relació amb la dependència de l'alcohol que altres tipus de lesions vinculades amb el consum d'alcohol (Cherpitel, 1997). A més de la ingesta d'alcohol i del patró de consum, el context social on es consumeix aquesta substància també és una dada rellevant per a les agressions relacionades amb el consum d'alcohol (Eckardt [et al.], 1998; Fagan, 1990; Martin, 1992; Collins i Messerschmidt, 1993; Graham [et al.], 1998; Parker i Auerhahn, 1998), especialment entre la gent jove, amb uns hàbits de consum fortament influenciats pels iguals (Hansen, 1997). D'acord amb els resultats d'una metanàlisi, els efectes de l'alcohol són més intensos en situacions en les quals es pateix ansietat, conflictes d'inhibició i frustració. En canvi, les diferències entre les persones en estat de sobrietat i d'embriaguesa són menys rellevants en situacions amb un alt nivell de provocació o atenció en un mateix (Ito [et al.], 1996). D'altra banda, si hi ha factors suficients que desmotivin l'agressió, els efectes de l'alcohol en l'agressivitat es poden reduir o fins i tot eliminar completament (Hoaken [et al.], 1998; Jeavons i Taylor, 1985).

Els establiments públics on es consumeixen begudes alcohòliques són llocs amb un alt risc d'agressions relacionades amb l'alcohol (Pernanen, 1991; Stockwell [et al.], 1993; Archer [et al.], 1995; Rossow, 1996; Leonard [et al.], 2002). Tot i així, els ambients de consum d'alcohol per si sols no expliquen la relació entre l'alcohol i les agressions, ja que els efectes de l'alcohol actuen independentment del context o l'entorn en què es produeix el consum de begudes alcohòliques (Wells [et al.], 2005). Malgrat això, l'entorn on es produeixen agressions relacionades amb l'alcohol no està totalment desvinculat del consum d'alcohol. Per exemple, en entorns dedicats al consum d'alcohol, com els bars i els pubs, no té sentit intentar determinar la proporció de violència que s'hauria desencadenat si la persona no hagués consumit alcohol, perquè aquest tipus d'entorns no existeixen sense el consum d'alcohol. Tot i que alguns dels incidents que es produeixen als bars tenen relació amb conflictes personals entre amics o entre parelles que podrien succeir en qualsevol altre lloc, gairebé tots els incidents d'agressió que tenen lloc en bars són espontanis i sorgeixen com a fruit de la interacció social a l'establiment (Graham i Wells, 2001), i sovint impliquen

4. Alcohol i salut

persones desconegudes. Per tant, podem suposar que gairebé tots els incidents violents que tenen lloc als bars i altres entorns on el consum d'alcohol és l'activitat principal, són atribuïbles a l'alcohol, ja sigui directament, a través dels efectes farmacològics d'aquesta substància, o indirectament, a través de les normes socials relacionades amb el consum d'alcohol.

Violència i problemes matrimonials: un gran nombre d'estudis transversals han demostrat que hi ha una associació positiva important entre el consum elevat d'alcohol i el risc de crisi matrimonial (Leonard i Rothbard, 1999), però només alguns dels estudis més ben estructurats demostren que existeix un risc significativament superior de separació o divorci entre les persones casades que presenten un consum elevat d'alcohol (Fu i Goodman, 2000). D'altra banda, una gran quantitat d'estudis transversals (Lipsey [et al.], 1997; Leonard, 2005) i uns quants estudis longitudinals sobre el consum d'alcohol i les agressions matrimonials demostren que el consum elevat d'alcohol per part del marit incrementa el risc de violència matrimonial (Quigley i Leonard, 1999), de manera proporcional a la dosi ingerida (Kaufman Kantor i Straus, 1987). També s'ha comprovat que el tractament per a la dependència de l'alcohol redueix la violència íntima entre les parelles (O'Farrell i Choquette, 1991; O'Farrell [et al.], 1999; O'Farrell [et al.], 2000; O'Farrell [et al.], 2003; Stuart [et al.], 2003). Les dones que pateixen problemes relacionats amb l'alcohol solen experimentar problemes matrimonials (Blankfield i Maritz, 1990), i se senten menys segures a l'hora de resoldre els conflictes de parella (Kelly [et al.], 2000). A més, les dones que pateixen dependència de l'alcohol reben una proporció més gran d'agressions per part dels seus cònjuges (Miller [et al.], 1989; Miller i Downs 1993), i les dones víctimes de la violència relacionada amb l'alcohol, al seu torn, solen consumir més alcohol (Olenick i Chalmers, 1991).

Maltractament infantil: un gran nombre d'estudis demostren que diversos trastorns mentals i conductuals de la infància són més freqüents entre els fills de persones amb un consum elevat d'alcohol que entre els altres nens, tot i que molts d'aquests estudis han estat criticats per no implementar una metodologia apropiada (Miller [et al.], 1997; Rossow, 2000; Widom i Hiller-Sturmhofel, 2001). Alguns informes recents procedents d'estudis ben estructurats demostren que el risc de maltractament infantil augmenta a les famílies on els pares presenten un consum elevat d'alcohol (Rossow, 2000).

Reducció del rendiment laboral: el consum elevat d'alcohol comporta un índex més alt d'atur (Mullahy i Sindelar, 1996) i redueix potencialment els ingressos, en comparació amb el consum baix d'alcohol (Hamilton i Hamilton, 1997). A més, el consum elevat d'alcohol i la intoxicació incrementen el risc d'absentisme (com arribar tard a la feina i sortir més aviat del compte), a causa de les baixes mèdiques o les suspensions disciplinàries, que representen una reducció de la productivitat, i comporten la renovació de personal (a causa de les morts prematures), els problemes disciplinaris o la baixa productivitat pel consum d'alcohol, el comportament inadequat (com els comportaments que desencadenen procediments disciplinaris), els robatoris i altres formes de delinqüència, la poca relació amb els companys de feina i el poc esperit d'empresa (Marmot [et al.], 1993; Mangione [et al.], 1999; Rehm i Rossow, 2001).

4.2 El consum d'alcohol incrementa el risc de patir problemes de salut?

L'alcohol és una substància tòxica relacionada amb més de seixanta tipus diferents de trastorns greus i crònics (Gutjahr [et al.], 2001; English [et al.], 1995; Ridolfo i Stevenson, 2001). La relació entre el consum d'alcohol i el risc de patir problemes de salut relacionats amb les afeccions més importants es resumeixen a la taula 4.1. Moltes de les afeccions s'agreuïen quan augmenta la quantitat d'alcohol consumida, sense indicis de cap efecte llindar (Rehm [et al.], 2003), i el gradient dels riscos canvia segons el gènere (Corrao [et al.], 1999; Corrao [et al.], 2004). Al quadre 4.2 es resumeixen els problemes que causa l'alcohol a la persona que el consumeix.

Taula 4.2. Riscs relatius de les afeccions seleccionades per a les quals l'alcohol és un factor de risc.

	Dones			Homes		
	Consum d'alcohol, g/dia					
	0-19	20-39	40+	0-39	40-59	60+
Afeccions neuropsiquiàtriques						
Epilèpsia	1.3	7.2	7.5	1.2	7.5	6.8
Afeccions gastrointestinals						
Cirrosi hepàtica	1.3	9.5	13.0	1.3	9.1	13.0
Variça esofàgica	1.3	9.5	9.5	1.3	9.5	9.5
Pancreatitis aguda i crònica	1.3	1.8	1.8	1.3	1.8	3.2
Afeccions metabòliques i endocrines						
Diabetis mellitus	0.9	0.9	1.1	1.0	0.6	0.7
Tumors malignes						
Càncer de boca i d'orofaringe	1.5	2.0	5.4	1.5	1.9	5.4
Càncer d'esòfag	1.8	2.4	4.4	1.8	2.4	4.4
Càncer de laringe	1.8	3.9	4.9	1.8	3.9	4.9
Càncer de fetge	1.5	3.0	3.6	1.5	3.0	3.6
Càncer de mama	1.1	1.4	1.6			
Altres tumors	1.1	1.3	1.7	1.1	1.3	1.7
Malalties cardiovasculars						
Hipertensió arterial	1.4	2.0	2.0	1.4	2.0	4.1
Cardiopatia coronària	0.8	0.8	1.1	0.8	0.8	1.0
Ictus isquèmic	0.5	0.6	1.1	0.9	1.3	1.7
Ictus hemorràgic	0.6	0.7	8.0	1.3	2.2	2.4
Arítmia cardíaca	1.5	2.2	2.2	1.5	2.2	2.2
Afeccions durant el període perinatal						
Avortament espontani	1.2	1.8	1.8	1.0	1.4	1.4
Baix pes en néixer ¹	1.0	1.4	1.4	0.9	1.4	1.4
Prematuritat ¹	0.9	1.4	1.4	1.0	1.7	1.7
Retard del creixement intrauterí ¹	1.0	1.7	1.7			

¹El risc relatiu fa referència al consum d'alcohol per part de la mare.

Font: Rehm [et al.] (2004).

4. Alcohol i salut

Quadre 4.2: Danys causats per l'alcohol al consumidor		
	PROBLEMA	Resum de les conclusions
Benestar social	Conseqüències socials negatives	El risc de prendre part en una baralla o perjudicar la vida familiar, el matrimoni, la feina, els estudis, les amistats o la vida social augmenta proporcionalment amb la quantitat d'alcohol consumida, sense indicis de cap efecte llindar.
	Reducció del rendiment laboral	El consum elevat d'alcohol comporta un índex menor d'ocupació i un risc més gran d'atur o absentisme.
Lesions intencionades i inintencionades	Violència	Hi ha una relació gairebé lineal entre el consum de begudes alcohòliques i el risc de prendre part en actes violents..
	Conduir sota els efectes de l'alcohol	El risc de conduir sota els efectes de l'alcohol augmenta d'acord amb la quantitat d'alcohol ingerit i la freqüència de les ocasions en què el consum és molt elevat. Quan la taxa d'alcoholèmia arriba a 0,5 g/l, el risc d'accidents augmenta un 38%.
	Lesions	El consum d'alcohol i el risc de patir accidents fatals i no fatals i lesions estan relacionats. Les persones que normalment beuen en nivells baixos però que, periòdicament, consumeixen grans quantitats d'alcohol, es troben especialment en una posició de risc. A més, l'alcohol augmenta el risc d'haver d'acudir als serveis d'urgències d'un hospital de manera proporcional a la dosi consumida, i incrementa el risc d'operacions i complicacions quirúrgiques.
	Suïcidi	Hi ha una relació directa entre el consum d'alcohol i el risc de suïcidi i l'intent de suïcidi, que és més elevat en el cas d'intoxicació que en el consum en general.
Afeccions neuropsiquiàtriques	Ansietat i trastorns del son	Més d'una de cada vuit persones amb un trastorn d'ansietat també pateixen un trastorn de consum d'alcohol. D'altra banda, l'alcohol agreuja els trastorns del son.
	Depressió	Els trastorns de consum d'alcohol són un factor de risc per als trastorns depressius de manera proporcional a la dosi d'alcohol ingerida. Els trastorns de consum d'alcohol sovint precedeixen el trastorn depressiu, que millora amb l'abstinència de l'alcohol.
	Dependència de l'alcohol	El risc de dependència de l'alcohol comença en nivells baixos de consum i augmenta directament tant amb el volum d'alcohol ingerit com amb un patró de consum de grans quantitats d'alcohol en una sola ocasió.
	Afeccions nervioses	El consum d'alcohol durant un període de temps continuat incrementa el risc, de manera proporcional a la dosi ingerida, de perjudicar els nervis perifèrics de l'organisme.

4. Alcohol i salut

	PROBLEMA	Resum de les conclusions
	Danys cerebrals	El consum elevat d'alcohol accelera l'encongiment del cervell, que comporta un deteriorament cognitiu. Les persones amb dependència de l'alcohol a llarg termini presenten un continuïum de danys cerebrals.
	Dèficit cognitiu i demència	El consum elevat d'alcohol incrementa el risc de patir deficiències cognitives de manera proporcional a la dosi ingerida.
	Trastorns d'addicció	El consum d'alcohol i de tabac són comportaments fortament vinculats, de la mateixa manera que el tabaquisme i el consum elevat d'alcohol.
	Esquizofrènia	El consum de risc de begudes alcohòliques és més freqüent entre persones amb una diagnosi d'esquizofrènia. Fins i tot un nivell baix de consum d'alcohol pot empitjorar els símptomes i interferir en l'efectivitat del tractament.
Afeccions gastrointestinals	Cirrosi hepàtica	L'alcohol incrementa el risc de patir cirrosi hepàtica de manera proporcional a la dosi ingerida. Sigui quin sigui el nivell de consum, les dones tenen més probabilitats de desenvolupar cirrosi hepàtica que els homes.
	Pancreatitis	L'alcohol incrementa el risc de patir pancreatitis aguda i crònica de manera proporcional a la dosi ingerida.
	Diabetis de tipus II	Tot i que, si es consumeixen petites dosis d'alcohol, el risc de contraure aquesta malaltia disminueix, la ingesta de dosis elevades n'incrementa el risc.
Càncers	Tracte gastro-intestinal	El consum d'alcohol incrementa el risc de patir càncer de boca, esòfag (gola), laringe (via respiratòria superior) i, en una proporció més reduïda, càncer d'estómac, còlon i recte, en una relació lineal.
	Fetge	El consum d'alcohol incrementa el risc de patir càncer de fetge en una relació exponencial.
	Mama	Actualment, hi ha evidència que el consum d'alcohol incrementa el risc de patir càncer de mama entre les dones.
Malalties cardiovasculars	Hipertensió arterial	L'alcohol augmenta la pressió sanguínia i el risc de desenvolupar hipertensió, en gran part de manera proporcional a la dosi ingerida.
	Accident vascular cerebral	El consum d'alcohol pot augmentar el risc d'ictus isquèmic i hemorràgic, aquest últim amb una relació més rellevant entre la dosi ingerida i el desenvolupament de l'ictus. Malgrat que els estudis individuals indiquen que el consum baix d'alcohol redueix el risc de patir ictus isquèmics, una revisió sistemàtica de tots els estudis mostra que no hi ha evidència que el consum baix o moderat d'alcohol redueix el risc d'ictus isquèmics o accidents vasculars cerebrals en general. La intoxicació etílica és un factor de risc important tant per als ictus isquèmics com per als hemorràgics, i és especialment rellevant com a causa d'accidents vasculars cerebrals entre joves i adolescents.

4. Alcohol i salut

	PROBLEMA	Resum de les conclusions
	Irregularitats en el ritme cardíac	Els episodis de consum intensiu d'alcohol augmenten el risc de patir aritmies cardíques i mort sobtada per fallada cardíaca, fins i tot en persones que no presentin indicis previs de malalties cardíques.
	Malaltia coronària	Tot i que el consum baix d'alcohol redueix el risc de patir malalties coronàries, si se superen el 20 g d'alcohol per dia (el nivell d'ingesta d'alcohol amb el risc més baix), el risc de patir malalties coronàries augmenta, i pot superar el nivell de risc d'una persona abstèmia que consumeixi 80 g d'alcohol en un dia.
Sistema immunològic		L'alcohol pot interferir en les funcions habituals del sistema immunològic i incrementar la susceptibilitat envers diverses malalties infeccioses, incloses la pneumònia, la tuberculosi i el VIH.
Afeccions òssies		Entre el consum d'alcohol i el risc de fractura òssia hi ha una relació proporcional a la dosi ingerida. Aquest risc és més rellevant en els homes que en les dones.
Afeccions reproductives		L'alcohol pot perjudicar la fertilitat masculina i femenina.
Mortalitat total		Entre les persones joves (dones de menys de 45 anys i homes de menys de 35 anys), qualsevol nivell de consum d'alcohol incrementa el risc global de mort de manera proporcional a la dosi ingerida.

Lesions inintencionades i intencionades

Conduir sota els efectes de l'alcohol: el risc de conduir sota els efectes de l'alcohol augmenta amb el volum d'alcohol ingerit i amb la freqüència de les ocasions de consum elevat (Midanik [et al.], 1996). Si comparem la taxa d'alcoholèmia dels conductors que han patit accidents amb la dels conductors que no han participat en accidents, les corbes de risc que s'obtenen mostren que, amb una taxa d'alcoholèmia de 0,5 g/l, el risc augmenta en un 38%, mentre que, quan la taxa d'alcoholèmia és d'1,0 g/l, el risc d'accidents es multiplica per cinc (Blomberg [et al.], 2002). Els riscos són encara més significatius en el cas d'accidents greus i mortals, accidents d'un sol vehicle i accidents amb conductors joves. El consum d'alcohol incrementa les possibilitats de ser hospitalitzat per ferides causades per conduir sota els efectes de l'alcohol i la gravetat de les ferides (Borges [et al.], 1998).

Lesions: el consum d'alcohol i el risc de patir accidents fatals i no fatals i lesions estan relacionats (Cherpitel [et al.], 1995; Brismar i Bergman, 1998; Smith [et al.], 1999). Segons un estudi realitzat a Austràlia, el risc de patir una lesió després de consumir més de 60 g d'alcohol en un període de temps de 6 hores és deu vegades superior en el cas de les dones i dues vegades superior en el cas dels homes (McLeod [et al.], 1999). Per a les persones que normalment consumeixen quantitats moderades d'alcohol però que, periòdicament, ingereixen grans quantitats d'alcohol, el risc és especialment rellevant (Watt [et al.], 2004).

4. Alcohol i salut

L'alcohol augmenta el risc d'haver d'acudir als serveis d'urgències d'un hospital de manera proporcional a la dosi consumida (Cherpitel, 1993; Cherpitel [et al.], 2003; Borges [et al.], 2004). De fet, entre un 20% i un 80% de les admissions d'urgència als hospitals estan relacionades amb el consum de begudes alcohòliques (Hingson i Howland, 1987). L'alcohol altera el procés de tractament dels pacients ferits, pot comportar complicacions quirúrgiques (Smith [et al.], 1999) i augmenta la probabilitat de defunció del pacient (Li [et al.], 1994).

Suïcidi: el consum elevat d'alcohol és un dels factors de risc principals del suïcidi i els comportaments suïcides entre els joves i els adults (Shaffer [et al.], 1996; Lesage [et al.], 1994; Andrews i Lesinsohn 1992; tots ells citats a Beautrais 1998). Entre el consum d'alcohol i el risc de suïcidi i intent de suïcidi hi ha una relació directa, com s'indica a la figura 4.2, més rellevant en el cas d'intoxicació que en el consum d'alcohol en general (Rossow, 1996).

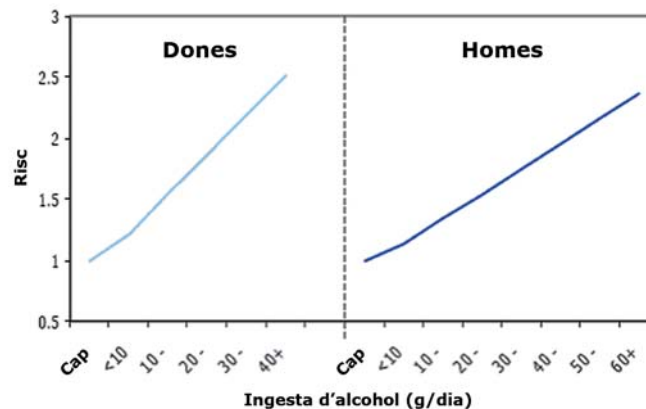


Figura 4.2: Riscs relatius de suïcidi segons la ingesta d'alcohol. Font: Strategy Unit (2003).

Afeccions neuropsiquiàtriques

Depressió: molts estudis coincideixen a assenyalar que les persones que pateixen depressió i trastorns de l'estat d'ànim presenten un risc més elevat de dependència de l'alcohol i viceversa (Regier [et al.], 1990; Merikangas [et al.], 1998; Swendson [et al.], 1998; Kringlen [et al.], 2001; de Graaf [et al.], 2002; Petrakis [et al.], 2002; Sonne i Brady, 2002). Per a les persones amb dependència de l'alcohol, el risc de patir trastorns depressius és entre dues i tres vegades més elevat (Hilarski i Wodarki, 2001; Schuckit, 1996; Swendson [et al.], 1998). A més, hi ha evidència de la presència d'un contínuum en la magnitud de comorbiditat d'acord amb el nivell de consum d'alcohol (Kessler [et al.], 1996; Merikangas [et al.], 1998; Rodgers [et al.], 2000). Hi ha diversos mecanismes biològics plausibles a través dels quals la dependència de l'alcohol pot provocar trastorns depressius (Markou [et al.], 1998).

Un estudi nord-americà ha trobat que, durant el transcurs d'un any, un 11% de les persones amb depressió greu també pateixen dependència de l'alcohol (Grant [et al.], 2004) (vegeu les taules 4.2 i 4.3). A la inversa, un 20% de les persones amb dependència de l'alcohol pateixen un trastorn depressiu greu.

4. Alcohol i salut

Taula 4.2: Risc de dependència de l'alcohol en persones amb trastorns de l'estat d'ànim (informació dels EUA).

Trastorns de l'estat d'ànim comòrbids* i consum perjudicial d'una substància			
	Consum perjudicial o dependència de qualsevol substància (%)	Dependència de l'alcohol (%)	Consum perjudicial d'alcohol (%)
Qualsevol trastorn de l'estat d'ànim	32.0	4.9	6.9
Qualsevol trastorn bipolar	56.2	27.6	16.1
Bipolar I	60.7	31.5	14.7
Bipolar II	48.1	20.8	18.4
Depressió unipolar	27.2	11.6	5.0

NOTES: * Els trastorns de l'humor inclouen la depressió i el trastorn bipolar. El trastorn bipolar, o depressió maníaca, es caracteritza per canvis d'humor extrems. El trastorn bipolar I és el tipus més greu de trastorn bipolar. El trastorn bipolar II és menys greu. La depressió unipolar equival a la depressió sense episodis maníacs.
Font: la informació que s'inclou en aquesta taula es basa en les conclusions de l'Estudi de l'àrea d'atracció epidemiològica (Epidemiologic Catchment Area Study) (Regler [et al.], 1990).

Taula 4.3: Risc de patir trastorns de l'estat d'ànim en persones amb dependència de l'alcohol (informació dels EUA).

Prevalença dels trastorns psiquiàtrics en persones amb consum perjudicial d'alcohol i dependència de l'alcohol				
Trastorn comòrbid	Consum perjudicial d'alcohol		Dependència de l'alcohol	
	Percentatge durant un any (%)	Oportunitat relativa	Percentatge durant un any (%)	Oportunitat relativa
Estudi nacional de comorbiditat¹				
Trastorns de l'estat d'ànim	12.3	1.1	29.2	3.6*
Trastorn depressiu greu	11.3	1.1	27.9	3.9*
Trastorn bipolar	0.3	0.7	1.9	6.3*
Trastorns d'ansietat	29.1	1.7	36.9	2.6*
Trastorn d'ansietat generalitzada	1.4	0.4	11.6	4.6*
Pànic	1.3	0.5	3.9	1.7
Trastorn d'estrès posttraumàtic	5.6	1.5	7.7	2.2*
Estudi de l'àrea d'atracció epidemiològica²				
Esquizofrènia	Índex durant la vida (%)	Oportunitat relativa	Índex durant la vida (%)	Oportunitat relativa
	9.7	1.9	24	3.8*

NOTES: * L'oportunitat relativa registrada és significativament diferent del nivell 1 al 0,05. L'oportunitat relativa representa una probabilitat més gran que una persona amb consum perjudicial d'alcohol o dependència de l'alcohol pateixi un trastorn psiquiàtric comòrbid (per exemple, una persona amb dependència de l'alcohol té 3,6 vegades més probabilitats de patir un trastorn de l'estat d'ànim que una persona que no sigui dependent). L'índex durant un any d'un trastorn mostra el percentatge de persones que complien els criteris per a un determinat trastorn durant l'any anterior a l'estudi. L'índex durant la vida representa el percentatge de persones que compleixen els criteris d'un determinat trastorn en qualsevol moment de la seva vida.
Font: 1 Kessler [et al.], 1996.
2 Regier [et al.], 1990.

4. Alcohol i salut

Tot i que la depressió pot precedir el consum elevat d'alcohol o els trastorns en el consum d'alcohol, s'identifica una comorbiditat substancial quan l'aparició dels trastorns de consum d'alcohol precedeix l'aparició dels trastorns depressius (Merikangas [et al.], 1998; Kessler [et al.], 1996; Rehm [et al.], 2004). Moltes de les síndromes depressives milloren visiblement després d'uns dies o unes setmanes d'abstinència (Brown i Schuckit, 1988; Dackis [et al.], 1986; Davidson, 1995; Gibson i Becker, 1973, Penick [et al.], 1988; Pettinati [et al.], 1982; Willenbring, 1986).

Dependència de l'alcohol: independentment de com es mesuri el consum d'alcohol, el risc de dependència de l'alcohol comença en nivells baixos de consum i augmenta directament tant amb el volum d'alcohol ingerit com amb els patrons de consum de grans quantitats d'alcohol en una sola ocasió (Caetano [et al.], 2002). Els dos factors que contribueixen al desenvolupament de la dependència de l'alcohol són el reforçament psicològic i l'adaptació biològica del cervell (Organització Mundial de la Salut, 2004).

Afeccions nervioses (neuropatia perifèrica): durant un període de temps substancial, i de manera proporcional a la dosi ingerida, l'alcohol incrementa el risc d'afeccions al sistema nerviós que s'encarrega dels sentits i del moviment i, especialment, de la zona de les cames (Monforte [et al.], 1995). Tot i que l'efecte no depèn de la malnutrició, encara no s'ha determinat fins a quin punt la malnutrició pot empitjorar l'afecció.

Dèficit cognitiu, demència i danys cerebrals: el consum d'alcohol provoca un efecte perjudicial immediat i a llarg termini en el cervell i les funcions neuropsicològiques. S'ha demostrat que el consum elevat d'alcohol i el dèficit cognitiu estan relacionats (Williams i Skinner, 1990). Les persones que ingereixen entre 70 g i 84 g d'alcohol per dia durant un període de temps prolongat mostren algunes ineficiències cognitives, les persones que ingereixen entre 98 g i 126 g d'alcohol per dia presenten dèficits cognitius lleus, i les persones que ingereixen 140 g o més d'alcohol per dia pateixen dèficits cognitius moderats, semblants als que experimenten les persones amb dependència de l'alcohol (Parsons i Nixon, 1998). Alguns indicis apunten que el consum baix d'alcohol pot reduir el risc de demència de causa vascular, mentre que els efectes en la malaltia de l'Alzheimer i la cognició encara no s'han determinat. Alguns estudis mostren una relació entre ambdós factors (Stampfer [et al.], 2005) i d'altres no (Gunzerath [et al.], 2004). Segons un estudi finlandès, el consum freqüent d'alcohol per part de persones de mitjana edat està relacionat amb el dèficit cognitiu i els efectes perjudicials per al cervell durant l'última etapa de la vida, més pronunciats en cas de susceptibilitat genètica per a la demència (Antilla [et al.], 2004).

El consum elevat d'alcohol accelera l'encongiment del cervell, fet que comporta un deteriorament cognitiu (Rourke i Loberg, 1996; Oscar-Berman i Marinkovic, 2003). Durant l'adolescència, l'alcohol pot provocar canvis estructurals en l'hipocamp (una part del cervell involucrada en el procés d'aprenentatge) (De Bellis [et al.], 2000) i perjudicar de manera permanent el desenvolupament del cervell (Spear,

4. Alcohol i salut

2002). La dependència de l'alcohol a llarg termini pot ser la causa d'un ampli ventall de danys cerebrals, des de dèficits moderats fins a la psicosi greu de la síndrome de Wernicke-Korsakoff, que produeix confusió, trastorns de la marxa, visió doble i incapacitat de retenir informació nova.

Addicció a la nicotina: el consum d'alcohol i de tabac són comportaments molt relacionats. Per tant, les persones que beuen alcohol tenen més probabilitats de fumar (i viceversa) i, a més, les persones que consumeixen grans quantitats d'alcohol tendeixen a fumar més. Es calcula que la proporció d'hàbit tabàquic entre les persones amb dependència de l'alcohol arriba fins al 90%. De la mateixa manera, els fumadors tenen moltes més probabilitats de consumir alcohol que els no fumadors i, per als fumadors dependents de la nicotina, el risc de patir dependència de l'alcohol és 2,7 vegades superior que per a les persones no fumadores (vegeu Drobos, 2002). Aquesta és una de les raons que justifica la relació lògica entre el consum d'alcohol i el càncer de pulmó que mostren molts estudis epidemiològics (Bandera [et al.], 2001; English [et al.], 1995).

Esquizofrènia: el consum de risc no només és més comú entre les persones amb una diagnosi d'esquizofrènia (Hulse [et al.], 2000), sinó que hi ha dades que demostren que fins i tot un nivell baix de consum d'alcohol pot empitjorar els símptomes d'aquesta afecció, a més d'interferir en l'efectivitat d'algunes medicacions estàndard (Castaneda [et al.], 1998). D'altra part, en els casos en què el consum perjudicial d'alcohol i l'esquizofrènia s'han tractat conjuntament, els resultats obtinguts amb el tractament han estat molt més positius (Mueser i Kavanagh, 2001).

Afeccions gastrointestinals

L'alcohol augmenta el risc de patir cirrosi hepàtica (figura 4.3) i pancreatitis aguda i crònica (Corrao [et al.], 1999). Per als homes que moren entre els 35 i 69 anys d'edat, el risc de morir de cirrosi hepàtica passa d'un total de 5 casos per cada 100.000 persones, si no es consumeix alcohol, a 41 casos per cada 100.000 persones, si es consumeixen quatre o més begudes alcohòliques per dia (Thun [et al.], 1997).

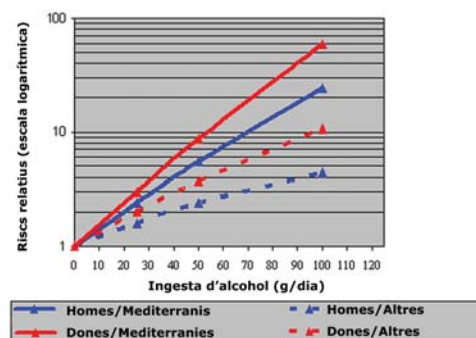


Figura 4.3: Riscs relatius de patir cirrosi hepàtica pel consum d'alcohol. Font: Strategy Unit (2003).

4. Alcohol i salut

Tot i que s'aprecia una correlació notable entre el risc de patir cirrosi, el producte d'alcohol que s'ingereix diàriament en grams i el període de temps en què es consumeix alcohol, només un 20% aproximat de les persones amb dependència de l'alcohol desenvolupen cirrosi hepàtica. Alguns estudis assenyalen l'existència de factors genètics que predisposen les persones a desenvolupar malalties hepàtiques relacionades amb l'alcohol. En aquest aspecte, pel que fa a la cirrosi hepàtica, la concordança entre dos bessons homozigòtics (bessons idèntics) és gairebé d'un 15%, comparat amb un 5% en el cas dels bessons heterozigòtics (bessons no idèntics) (Lumeng i Crabb, 1994). El polimorfisme dels enzims metabolitzadors d'etanol i/o les mutacions també poden contribuir a augmentar el risc de malalties hepàtiques vinculades al consum d'alcohol. Alguns estudis demostren que la incidència més important d'alguns antígens HLA, com el B8, Bw40, B13, A2, DR3 i DR2, està relacionada amb l'increment del risc de desenvolupar malalties hepàtiques causades per l'alcohol (Lumeng i Crabb, 1994). El patró de consum també és important, ja que la ingesta periòdica d'alcohol en grans quantitats comporta un risc menor que el consum continuat d'alcohol durant un període de temps prolongat. D'altra banda, també s'observa una interacció amb la infecció d'hepatitis C. La infecció augmenta el risc de patir cirrosi hepàtica amb qualsevol nivell d'ingesta d'alcohol i d'experimentar un augment de la gravetat de la cirrosi (Schiff, 1997; Schiff i Ozden, 2003). També sembla haver-hi una interacció aparent entre els congèneres de l'alcohol alifàtic procedents dels licors d'elaboració casolana, que augmenten el risc de patir cirrosi amb qualsevol nivell de consum (Szucs [et al.], 2005). Sigui quin sigui el nivell de consum, les dones tenen més probabilitats de desenvolupar una cirrosi hepàtica que els homes (Mann [et al.], 2003).

Aparentment, no hi ha cap relació entre el consum d'alcohol i el risc d'úlcera gàstrica i duodenal (Corrao [et al.], 1999). Alguns indicis assenyalen que l'alcohol podria reduir el risc de formació de pedres a la vesícula (Leitzmann [et al.], 1998; vegeu Ashley [et al.], 2000), tot i que aquesta conclusió no es manté en tots els estudis (Sahi [et al.], 1998; Kratzer [et al.], 1997). Aquest fet contrasta amb l'augment del risc dels pacients que pateixen cirrosi a desenvolupar pedres a la vesícula.

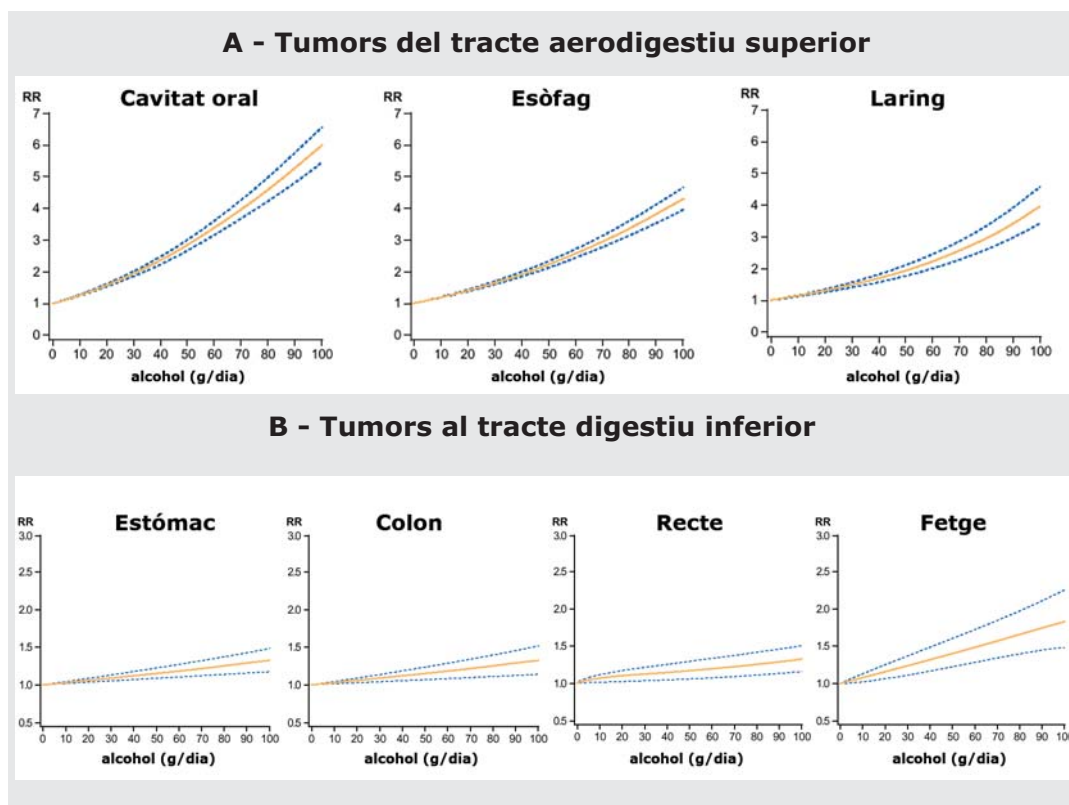
Afeccions endocrines i metabòliques

La relació amb el tipus II de diabetis es pot comparar amb una corba amb forma de U: una dosi petita disminueix el risc, en comparació amb els abstemis (Rimm [et al.], 1995; Perry [et al.], 1995; Stampfer [et al.], 1988), i una dosi elevada n'augmenta el risc (Wei [et al.], 2000; Wannamethee [et al.], 2003). No tots els estudis indiquen que el risc pot disminuir amb un consum baix d'alcohol (Hodge [et al.], 1993; Feskens i Kromhout, 1989). D'altra part, l'alcohol augmenta el risc d'obesitat, tot i que aquesta afirmació no és vàlida per a tots els estudis (Wannamethee i Shaper, 2003).

4. Alcohol i salut

Càncers

L'alcohol és una substància cancerígena i incrementa el risc de patir càncer de boca, esòfag (gola), laringe (via respiratòria superior), fetge i mama, en el cas de les dones, i, en una proporció més reduïda, càncer d'estómac, còlon i recte en una relació lineal, com mostra la figura 4.4 (Bagnardi [et al.], 2001a; Bagnardi [et al.], 2001b). El risc anual de mort per càncer causat pel consum d'alcohol (boca, gola, coll i fetge) augmenta d'un total de 14 casos per cada 100.000 homes de mitjana edat, si no consumeixen alcohol, fins a un total de 50 casos per cada 100.000 persones, si es consumeixen quatre o més begudes alcohòliques (40 g d'alcohol) per dia (Thun [et al.], 1997). Actualment, hi ha dades provades evidència que el consum d'alcohol augmenta el risc de càncer de mama entre les dones (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002). El risc als 80 anys d'edat augmenta de 88 casos per cada 1.000 dones que no consumeixen alcohol a 133 casos per cada 1.000 dones que consumeixen sis begudes alcohòliques (60 g d'alcohol) per dia. És possible que l'alcohol incrementi el risc de desenvolupar càncer de mama augmentant els nivells d'hormones sexuals, que es consideren un factor de risc per al càncer de mama.



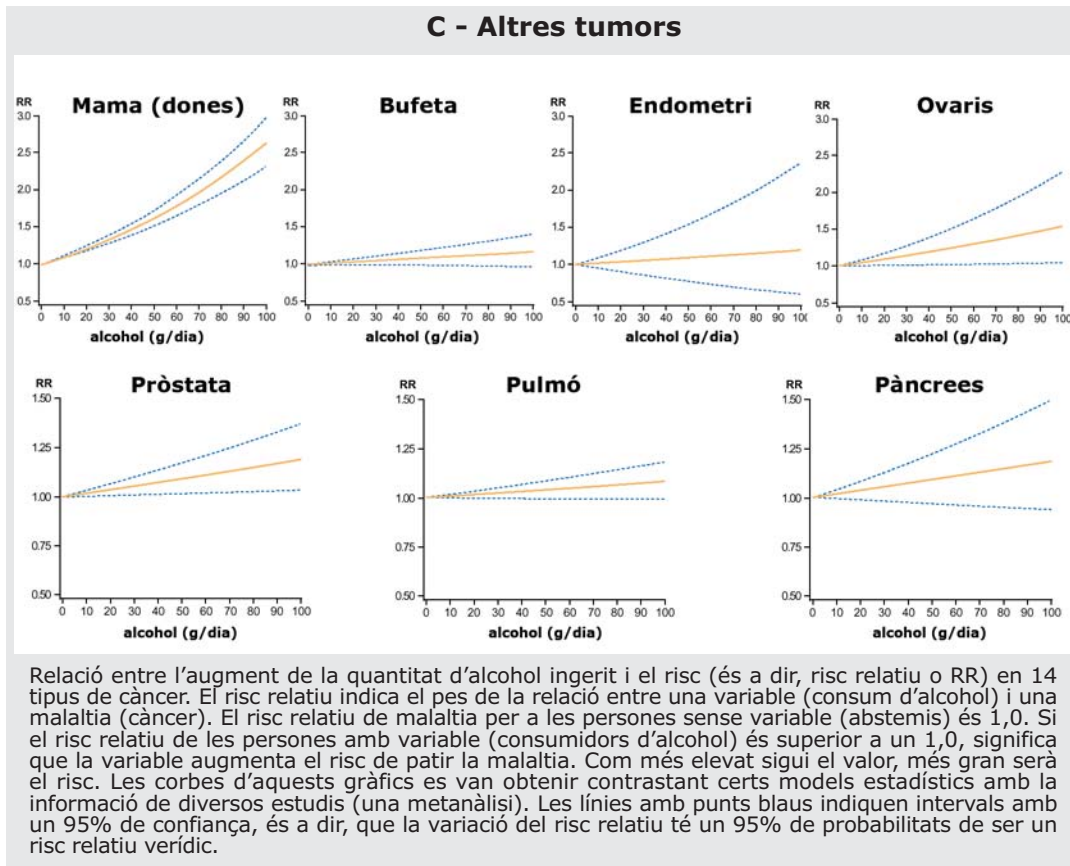


Figura 4.4: Relació entre els nivells de consum d'alcohol i el risc de patir 14 tipus diferents de càncer. Font: Bagnardi [et al.], 2001.

Una anàlisi combinada d'informació original procedent de nou estudis cas-control ha permès descobrir que les persones que consumeixen alcohol presenten un risc menor de patir alguns limfomes no hodgkinians, malgrat que no tots (un grup de malalties heterogènies que es caracteritzen per la transformació maligna de cèl·lules limfoides sanes) (Morton [et al.], 2005). La reducció del risc no està relacionada amb el nivell de consum d'alcohol, i les persones que consumeixen alcohol en el passat tenen un risc similar a les persones que no han consumit mai alcohol. No s'ha determinat fins a quin punt les conclusions extrems es poden explicar amb factors de confusió no identificats. A més, com s'ha apuntat anteriorment, hi ha una relació lògica entre el consum d'alcohol i el càncer de pulmó (English [et al.], 1995), probablement causada per l'hàbit tabàquic (Bandera [et al.], 2001).

Els estudis realitzats també han intentat esbrinar si l'alcohol és genotòxic o mutagen, és a dir, si és una substància que pot provocar canvis permanents en el funcionament de les cèl·lules, els teixits i els òrgans, que podrien contribuir al desenvolupament d'un càncer. Diversos estudis suggereixen que l'alcohol té

4. Alcohol i salut

un potencial genotòxic lleu després dels canvis metabòlics (Obe i Anderson, 1987; Greim, 1998). Malgrat que no se sap el grau d'importància que pot tenir aquest descobriment (Phillips i Jenkinson, 2001), s'ha acceptat una proposta, tot i que encara no ha estat aprovada, per tal que l'Oficina Europea de Substàncies Químiques (1999) de la Comissió Europea classifiqui l'etanol com a mutagen de categoria 2 (substàncies que s'han de considerar mutàgenes per a l'ésser humà), d'acord amb el sistema de classificació de la Directiva de substàncies perilloses (67/548/CEE) (annex VI) (Comissió Europea, 2005).

Malalties cardiovasculars

Hipertensió: arterial: l'alcohol augmenta la pressió sanguínia i el risc de patir hipertensió arterial de manera proporcional a la dosi ingerida (Beilin [et al.], 1996; Curtis [et al.], 1997; English [et al.], 1995; Grobbee [et al.], 1999; Keil [et al.], 1997; Klatsky, 1996; Klatsky, 2001), com mostra la figura 4.5.

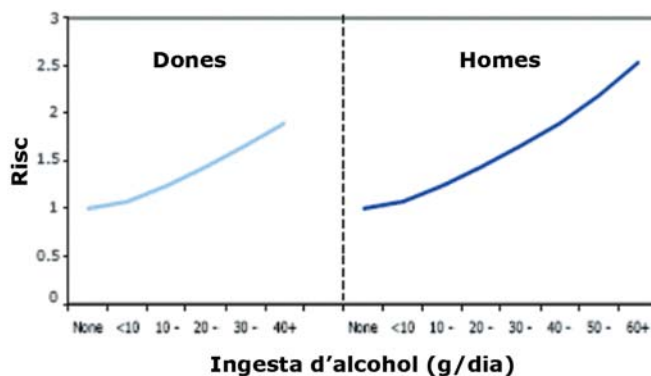


Figura 4.5: Riscs relatius d'hipertensió per ingesta d'alcohol. Font: Strategy Unit (2003).

Accident vascular cerebral: hi ha dos tipus principals d'ictus, l'ictus isquèmic, que es produeix pel bloqueig d'una artèria que subministra sang al cervell, i l'ictus hemorràgic (que també inclou l'hemorràgia subaracnoïdal), que es dona quan es produeix una hemorràgia en un vas sanguini del cervell. L'alcohol augmenta el risc de patir tots dos tipus d'ictus, amb una relació més rellevant entre la dosi ingerida i el desenvolupament de l'ictus en el cas dels ictus hemorràgics (Corrao [et al.], 1999), com indica la figura 4.6. Malgrat que alguns estudis individuals indiquen que el consum baix d'alcohol redueix el risc de patir ictus isquèmics (Beilin [et al.], 1996; Hillbom, 1998; Keil [et al.], 1997; Kitamura [et al.], 1998; Knuiman i Vu, 1996; Sacco [et al.], 1999; Thun [et al.], 1997; Wannamethee i Shaper, 1996), una revisió sistemàtica de tots els estudis indica que no hi ha evidència sobre l'efecte protector del consum baix o moderat d'alcohol en el risc d'ictus isquèmics o accidents vasculars cerebrals en general (Mazzaglia [et al.], 2001). Els episodis de consum intensiu d'alcohol són un factor de risc significatiu tant per als ictus isquèmics com per als ictus hemorràgics, a més de ser una causa particularment important en els accidents vasculars cerebrals en adolescents i persones joves. Fins a un de cada cinc ictus isquèmics en persones de menys de 40 anys d'edat estan relacionats amb el consum d'alcohol, amb una relació especialment clara en els adolescents (Hillbom i Kaste, 1982).

4. Alcohol i salut

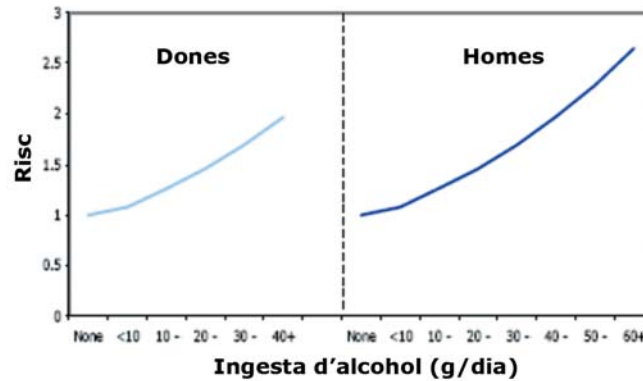


Figura 4.6: Riscs relatius de patir un ictus hemorràgic per ingesta d'alcohol. Font: Strategy Unit (2003).

Irregularitats en els ritmes cardíacs: els episodis de consum intensiu d'alcohol augmenten el risc de patir arítmies cardíques i mort sobtada per fallada cardíaca, fins i tot en persones que no presentin indicis previs de malalties cardíques (Robinette [et al.], 1979; Suhonen [et al.], 1987; Wannamethee i Shaper, 1992). La fibril·lació auricular és la forma més comuna d'arítmia causada pel consum elevat i continuat d'alcohol i els episodis de consum intensiu d'alcohol. Es calcula que en un 15-30% dels pacients que pateixen fibril·lació auricular, l'arítmia pot estar relacionada amb el consum d'alcohol, i entre un 5% i un 10% dels episodis nous de fibril·lació auricular poden ser deguts al consum de risc (Rich [et al.], 1985).

Sistema immunològic

L'alcohol pot interferir en el funcionament normal de diferents components del sistema immunològic i, per tant, contribuir a la deficiència immunològica i ser la causa d'una susceptibilitat més gran envers diverses malalties infeccioses, incloses la pneumònia, la tuberculosi i el VIH (Departament de Salut i Serveis Humans dels EUA, 2000).

Afeccions òssies

El consum d'alcohol està relacionat amb l'osteoporosi i el risc de fractura de manera proporcional a la dosi ingerida, tant en el cas de les dones com dels homes (Departament de Salut i Serveis Humans dels EUA, 2000; Preedy [et al.], 2001). L'associació entre el consum elevat d'alcohol i la massa òssia reduïda i l'augment del risc de fractura és menys prevalent en el cas de les dones que en el dels homes (Sampson, 2002). Fins i tot hi ha alguns indicis que demostren que les dones que consumeixen alcohol en petites dosis solen tenir més massa òssia que les dones abstèmies (Turner i Sibonga, 2001).

Afeccions reproductives

L'alcohol pot comportar conseqüències negatives per a la reproducció en els homes i les dones. El consum d'alcohol afecta les glàndules endocrines i les

4. Alcohol i salut

hormones responsables de la reproducció masculina, i poden reduir la fertilitat a través de disfuncions sexuals i disminuint la producció d'esperma (Emanuele i Emanuele, 2001). El consum de begudes alcohòliques durant la primera adolescència pot suprimir la secreció de determinades hormones reproductives femenines i, per tant, retardar la pubertat i perjudicar la maduració del sistema reproductiu (Dees [et al.], 2001). Després de la pubertat, el consum d'alcohol pot alterar el cicle menstrual normal i disminuir la fertilitat (Emanuele [et al.], 2002).

Afeccions prenatales

El consum d'alcohol ha mostrat toxicitat reproductiva. L'exposició a l'alcohol durant la fase prenatal pot estar relacionada amb un patró característic de dèficits intel·lectuals que es manifesten durant la infància, com reduccions en el funcionament intel·lectual general i les aptituds acadèmiques, i dèficits en l'aprenentatge verbal, la memòria espacial, el raonament, el temps de reacció, l'equilibri i altres aptituds cognitives i motrius (Mattson [et al.], 2001; Chen [et al.], 2003; Koditowakko [et al.], 2003). Algunes deficiències, com els problemes amb el funcionament social, es poden agreujar quan aquests nens arriben a l'adolescència i es fan adults, i poden comportar un índex més elevat de trastorns mentals (Jacobson i Jacobson, 2002). Tot i que aquestes deficiències són més greus i s'han documentat més extensament en nens amb la síndrome d'alcoholisme fetal, els nens que, durant la fase prenatal, han estat exposats a petits nivells d'alcohol poden experimentar problemes similars (Gunzerath [et al.], 2004), de manera proporcional a la dosi ingerida (Sood [et al.], 2001). Alguns indicis demostren que el consum d'alcohol, especialment durant el primer trimestre de l'embaràs, i fins i tot si el volum de consum mitjà és baix, pot augmentar el risc d'avortament espontani, baix pes en néixer, prematuritat i retard del creixement intrauterí (Abel, 1997; Bradley [et al.], 1998; Windham [et al.], 1997; Albersen [et al.], 2004; Rehm [et al.], 2004). També hi ha dades que demostren que la ingesta d'alcohol pot reduir la producció de llet de les mares durant l'alletament (Mennella, 2001; Gunzerath [et al.], 2004).

4.3 El consum d'alcohol redueix el risc de patir malalties cardíques?

El consum de petites dosis d'alcohol redueix el risc de patir malalties coronàries (Gunzerath [et al.], 2004). En els estudis de més qualitat definits objectivament, l'efecte protector és menys rellevant que en els estudis de menor qualitat (Corrao [et al.], 2000). Segons una anàlisi dels estudis de més qualitat, la ingesta de 20 g d'alcohol per dia (dues begudes alcohòliques) disminueix un 80% el risc de patir malalties coronàries comparat amb les persones que no consumeixen alcohol, tal com s'aprecia a la figura 4.7. La major part de la reducció del risc s'aconsegueix consumint una beguda cada dos dies. Tot i així, si es consumeixen més de dues begudes alcohòliques al dia (el nivell d'ingesta d'alcohol amb el risc més baix), el risc de patir malalties coronàries augmenta, i pot superar el nivell de risc d'una persona abstèmia amb el consum de més de 80 g d'alcohol al dia.

4. Alcohol i salut

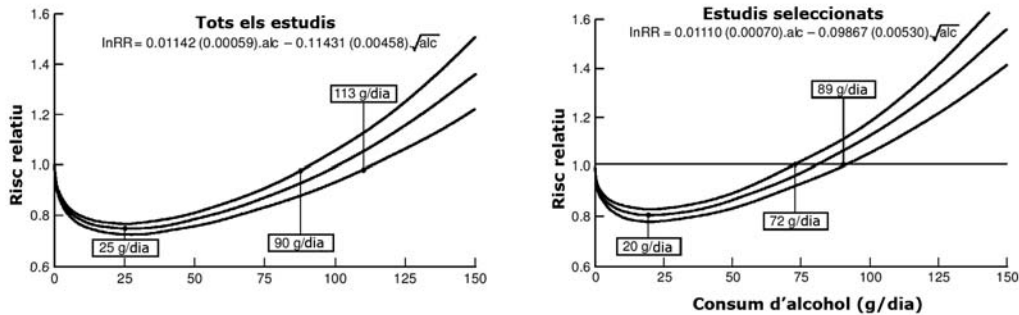


Figura 4.7: Funcions (i els intervals corresponents de confiança del 95%) que descriuen la relació dosi-resposta entre el consum d'alcohol i el risc relatiu de patir una malaltia coronària, obtingut amb la combinació dels 51 estudis inclosos i els 28 estudis de cohorts seleccionats, als quals s'ha assignat una puntuació d'alta qualitat. Es mostren els models inclosos (amb errors estàndard entre parèntesis) i els tres nivells d'exposició crítics (punt nadir, dosi màxima d'efecte positiu provat estadísticament i dosi mínima d'efecte negatiu provat estadísticament). Reproduït de Corrao [et al.], 2000.

L'efecte protector de l'alcohol és més important per als atacs cardíacs que no resulten fatals que per als fatals, per als homes que per a les dones i per a les persones dels països mediterranis que per a la resta de països. Aquest efecte protector de l'alcohol només és rellevant per a les persones de mitjana edat i adults d'edat més avançada que presenten un risc elevat de malaltia cardíaca. Al quadre 4.3 es resumeixen tots els beneficis que pot comportar l'alcohol per a la salut de la persona.

Malgrat que el consum d'alcohol en petites dosis pot ajudar a prevenir malalties cardíaques, el consum de dosis elevades n'augmenta el risc i els episodis de consum intensiu d'alcohol poden ocasionar arítmies cardíaques, isquèmia miocardiàica o infart i mort per fallada cardíaca (Trevisan [et al.], 2001a; Trevisan [et al.], 2001b; Murray [et al.], 2002; Gmel [et al.], 2003; Britton i Marmot, 2004; Trevisan [et al.], 2004).

4. Alcohol i salut

QUADRE 4.3: Beneficis del consum d'alcohol per a la salut de la persona		
	AFECCIÓ	Resum de les conclusions
Benestar social	Sensacions i experiències positives	Identificades als estudis de població general. Influenciats per la cultura, l'entorn on es consumeix l'alcohol i les expectatives sobre els efectes de l'alcohol.
	Salut subjectiva	El consum baix de vi, però no el de cervesa ni el de licors, s'associa amb una percepció personal de bona salut quan es compara amb les persones abstèmies o amb un consum elevat d'alcohol. No se sap quin percentatge és degut a altres factors que no siguin l'alcohol.
Afeccions neuropsiquiàtriques	Funcionament cognitiu i demència	El consum baix d'alcohol pot reduir el risc de patir demència de causa vascular, mentre que els efectes en la malaltia de l'Alzheimer i la cognició encara no s'han determinat. Alguns estudis demostren que pot tenir efectes beneficiosos i d'altres no.
Afeccions gastrointestinals, endocrines i metabòliques	Pedres a la vesícula	Alguns indicis assenyalen que l'alcohol podria reduir el risc de formació de pedres a la vesícula, tot i que aquesta conclusió no es manté en tots els estudis.
	Diabetis de tipus II	La relació amb el tipus II de diabetis es pot comparar amb una corba amb forma de U: una dosi petita disminueix el risc, en comparació amb els abstemis, i una dosi elevada n'augmenta el risc. No tots els estudis indiquen que el risc pot disminuir amb un consum baix d'alcohol.
Malalties cardiovasculars	Ictus isquèmic	Malgrat que molts estudis individuals indiquen que el consum baix d'alcohol redueix el risc de patir ictus isquèmics, una revisió sistemàtica de tots els estudis indica que no hi ha evidència que corrobori aquest efecte protector.
	Malaltia coronària	Una metanàlisi de 51 estudis i 28 estudis de cohorts seleccionats de gran qualitat demostra que el risc de patir malalties coronàries es redueix un 20% amb un consum diari de 20 g d'alcohol. En els estudis de més qualitat, l'efecte protector és menys rellevant i s'aconsegueix amb el consum d'una quantitat menor d'alcohol. Malgrat que la relació entre el consum d'alcohol i el risc de patir malalties coronàries és biològicament plausible, es tem que l'efecte protector o, com a mínim, part d'aquest efecte, es degui a problemes amb el mesurament del consum d'alcohol i a factors de confusió que no s'hagin controlat adequadament en tots els estudis.
Afeccions òssies		Alguns indicis demostren que les dones que consumeixen alcohol en petites dosis solen tenir més massa òssia que les dones abstèmies.
Mortalitat total		Les persones grans que consumeixen petites quantitats d'alcohol presenten un menor risc general de mort comparat amb les persones abstèmies. El nivell de consum d'alcohol que comporta el menor risc de mortalitat total (nadir) se situa en 4 g d'alcohol al dia, en el cas de les dones de 65 o més anys d'edat, i 11 g per dia, en el cas dels homes de 65 o més anys d'edat.

4. Alcohol i salut

La relació entre el consum d'alcohol i el risc de patir malalties coronàries és biològicament plausible i independent del tipus de beguda consumida (Mukamal [et al.], 2003). El consum d'alcohol incrementa els nivells de colesterol HDL (el contingut a les lipoproteïnes d'alta densitat) (Klatsky, 1999). Aquest tipus de colesterol elimina els dipòsits de greix dels vasos sanguinis i, per aquest motiu, es relaciona amb un menor risc de mort per malaltia coronària. El consum moderat d'alcohol afavoreix els perfils de coagulació sanguinis i, per tant, redueix el risc de malalties cardíaques (McKenzie i Eisenberg, 1996; Reeder [et al.], 1996; Gorinstein [et al.], 2003; Imhof i Koenig, 2003). L'efecte de l'alcohol en els mecanismes de coagulació sol ser immediat i, com que la modificació dels lípids en les persones grans és especialment beneficiosa, les persones grans i de mitjana edat poden aconseguir l'efecte que produeix l'augment de colesterol HDL consumint alcohol.

Els canvis bioquímics que poden reduir el risc de malalties cardíaques es produeixen tant amb el consum de cervesa, com de vi o licors (der Graag [et al.], 2000) i es deuen als polifenols i a l'etanol (Gorinstein i Trakhtenberg, 2003). Malgrat que el vi negre és la beguda alcohòlica amb un contingut més alt de polifenols, els canvis bioquímics no s'obtenen del suc de raim ni del vi del qual s'hagi extret l'alcohol (Sierksma, 2003). D'altra banda, s'ha demostrat que el consum d'alcohol, de manera proporcional a la dosi ingerida, i els episodis de consum intensiu d'alcohol augmenten el risc de calcificació de les artèries coronàries en les persones adultes joves (Pletcher [et al.], 2005), un marcador d'aterosclerosi que pronostica malalties cardíaques en el futur (Pletcher [et al.], 2004).

Tot i que la relació entre el consum baix d'alcohol i el menor risc de patir malalties coronàries apareix en molts estudis, no és present en tots. Segons un estudi realitzat amb un grup d'homes escocesos treballadors de més de 21 anys, el risc de patir malalties coronàries no és més elevat entre els abstemis, si els comparem amb les persones que consumeixen una quantitat petita o moderada d'alcohol (Hart [et al.], 1999). Segons altres estudis realitzats amb població general, en els quals les persones enquestades van haver de reduir el consum d'alcohol per problemes de salut, no hi ha diferències en els índexs de mortalitat entre les persones amb consum baix d'alcohol i els abstemis (Fillmore [et al.], 1998a; Fillmore [et al.], 1998b; Leino [et al.], 1998).

Alguns estudis realitzats al Regne Unit i als EUA han trobat que, comparat amb les persones abstèmies, les persones amb un consum baix d'alcohol solen dur estils de vida més sans, és a dir, consumeixen una dieta més equilibrada, fan més activitat física i no fumen (Wannamathee i Shaper, 1999; Barefoot [et al.], 2002), i tenen uns ingressos més elevats (Hamilton i Hamilton, 1997; Zarkin [et al.], 1998). S'ha suggerit que aquest fet podria explicar l'aparent increment en el risc de patir malalties cardíaques de les persones abstèmies respecte de les persones amb un consum baix d'alcohol. Els exemples dels factors que, habitualment, s'associen amb l'estatus de persona abstèmia, excepte en el cas d'un estudi finlandès (Poikolainen [et al.], 2005), són: ser una persona gran, no ser de raça blanca, ser vidu o no haver estat casat, tenir un nivell educatiu i d'ingressos baix, no tenir accés als serveis sanitaris o als serveis preventius de salut, patir més d'una patologia, com diabetis i hipertensió, presentar un

4. Alcohol i salut

nivell baix de benestar mental, tenir més probabilitats de requerir equips mèdics, tenir una salut més problemàtica i presentar un risc més gran de patir malalties cardiovasculars (Naimi [et al.], 2005). Pel que fa als factors en els quals les categories de risc són múltiples, la relació entre els nivells de risc més elevats i la probabilitat més gran de ser abstemi és gradual.

Segons un estudi australià, les persones abstèmies presenten un ventall de característiques que s'associen amb l'ansietat, la depressió i altres aspectes vinculats a una mala salut, com feines de baix estatus, un nivell educatiu baix, problemes econòmics, poc suport social i esdeveniments vitals estressants recents, a més d'un risc més gran de depressió. Totes aquestes característiques podrien ser l'explicació del risc més gran de les persones abstèmies de patir malalties cardíques, comparat amb les persones amb un consum baix d'alcohol (Rodgers [et al.], 2000; Greenfield [et al.], 2002). Un estudi nord-americà ha trobat que, tot i que el consum d'alcohol redueix el risc de patir malalties coronàries entre els homes de raça blanca, el risc augmenta entre els homes de raça negra, fet que suggereix que potser l'efecte protector de l'alcohol es pot explicar amb els factors de confusió conseqüents de les característiques de l'estil de vida de les persones que consumeixen alcohol (Fuchs [et al.], 2004).

L'Estudi regional britànic sobre malalties cardíques (British Regional Heart) ha confirmat que, com que el consum d'alcohol sol disminuir amb l'edat, els estudis epidemiològics basats en el mesurament a partir d'un punt de referència subestimen els riscos (Emberson [et al.], 2005). En aquest estudi, la relació entre la ingesta d'alcohol de referència i les malalties cardiovasculars i la mortalitat de qualsevol causa formen una corba amb forma de U en què les persones amb un consum baix d'alcohol presenten el menor risc i les persones abstèmies i que consumeixen grans quantitats d'alcohol presenten un risc similarment alt. Però aquesta relació canvia si es té en compte la ingesta mitjana d'alcohol durant el període de més de vint anys que comprèn l'estudi. En aquest cas, el percentatge de risc de les persones abstèmies disminueix i el de les persones amb un consum moderat o elevat d'alcohol augmenta, com mostra la figura 4.8. Per a les persones amb un consum elevat regular d'alcohol, el risc de patir una malaltia coronària greu és un 74% superior, el risc de patir un accident cerebral vascular, un 133% superior, i el risc de mortalitat per qualsevol causa, un 127% superior que el de les persones amb un consum ocasional d'alcohol (aquests percentatges eren del 8%, el 54% i el 44% abans de canviar el paràmetre referent a la ingesta).

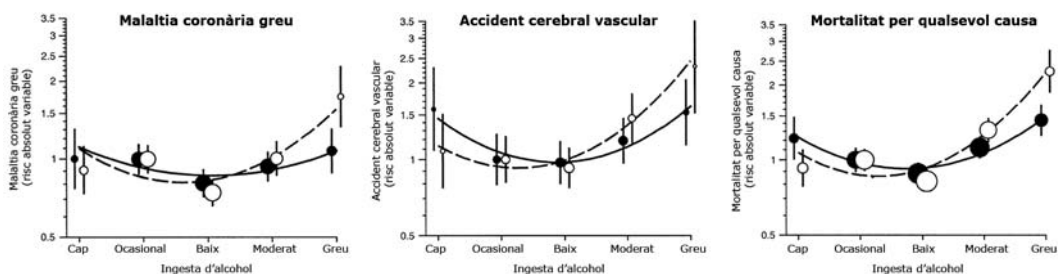


Figura 4.8: Risc relatiu de malalties coronàries greus (mort cardíaca i infart de miocardi no fatal), accidents cerebrals vasculars i mortalitat per qualsevol causa per la ingesta d'alcohol entre els homes enquestats per l'Estudi regional britànic sobre malalties cardíques (British Regional Heart), que no patien cap malaltia cardiovascular al principi de l'estudi, amb un seguiment continuat des

4. Alcool i salut

dels anys 1978/1980 fins a 1998/2000. Els cercles negres i les línies contínues corresponen als nivells d'ingesta d'alcohol de referència, i els cercles blancs i les línies discontinües corresponen als nivells d'ingesta «habituals» obtinguts després d'ajustar la variació individual d'ingesta d'alcohol. La mida dels cercles indica la quantitat d'informació estadística en què es basa cada càlcul. Les línies verticals mostren els intervals de 95% de confiança dels riscos absoluts. Font: Emberson [et al.], 2005.

4.4. El consum d'alcohol pot no comportar riscos?

El tipus de relació entre el consum d'alcohol i la mort depèn de la distribució de les causes de mort entre la població estudiada, i del nivell i els patrons de consum d'alcohol de la població. Entre les persones més joves predominen les morts per accident de trànsit i violència (que augmenten amb el consum d'alcohol), mentre que les morts per malaltia coronària (que disminueixen amb el consum d'alcohol) són molt poc freqüents. Aquesta relació entre mort i consum d'alcohol s'inverteix en les persones d'edat més avançada. Sigui quin sigui el nivell de consum d'alcohol, el risc augmenta per a les persones que ingereixen grans quantitats d'alcohol en una sola ocasió (Tolstrup [et al.], 2004).

Per tant, s'observa una relació positiva, i en gran part lineal, entre el consum d'alcohol i el risc de mort entre poblacions o grups amb uns índexs baixos de malaltia coronària (que inclou les persones joves). D'altra part, hi ha una relació amb forma de J, o amb forma de U entre les persones d'edat més avançada, entre el consum d'alcohol i el risc de mort en poblacions amb índexs elevats de malalties coronàries. L'edat exacta en la qual la relació canvia i passa de ser lineal a tenir forma de J o de U depèn de la distribució de les causes de mort, tot i que, als països europeus, es manifesta entre els 50 i els 60 anys d'edat (Rehm i Sempos, 1995).

Com succeeix amb les malalties coronàries, el nivell de consum relacionat amb el menor risc de mort varia segons el país. Per tant, als estudis realitzats als països d'Europa central i del sud, amb un nivell de consum d'alcohol més elevat, almenys fins fa poc, el nivell de consum associat al menor risc de mort és superior (Farchi [et al.], 1992; Brenner [et al.], 1997; Keil [et al.], 1997; Renaud [et al.], 1998).

Al Regne Unit, s'estima que el nivell de consum d'alcohol amb el menor risc de mort per a les dones és zero per sota dels 45 anys, 3 g diaris dels 45 als 64 anys, i 4 g diaris a partir dels 65 anys d'edat, com s'indica a la figura 4.9.

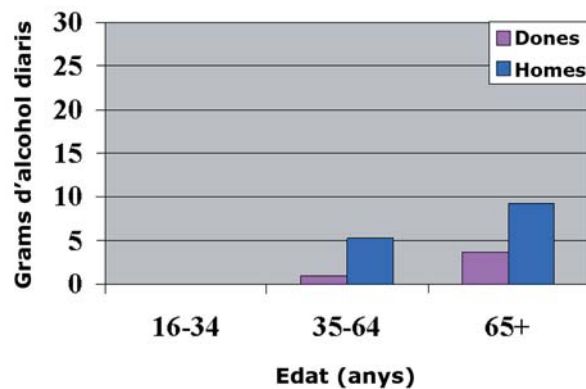


Figura 4.9: Nivell de consum d'alcohol amb el menor risc de mort
Font: White [et al.], 2002

4. Alcohol i salut

Per als homes, els nivells que comporten un menor risc de mort són zero per sota dels 35 anys, 2,5 g diaris dels 35 als 44 anys, 9 g diaris dels 45 als 64 anys, i 11 g diaris a partir dels 65 anys d'edat. Per damunt d'aquests nivells, el risc de mort augmenta proporcionalment a la dosi d'alcohol ingerida (White [et al.], 2002). Pel que fa als homes que moren entre els 35 i els 69 anys d'edat, el risc de mort augmenta d'un total de 1.167 casos per cada 100.000 persones, si es consumeixen 10 g d'alcohol al dia, fins a 1.431 casos per cada 100.000 persones, si es consumeixen 60 g o més d'alcohol per dia. Pel que fa a les dones, el risc augmenta d'un total de 666 casos per cada 100.000 persones, si es consumeixen 10 g d'alcohol per dia, fins a 828 casos per cada 100.000 persones, si es consumeixen 60 g o més d'alcohol per dia (Thun [et al.], 1997).

Al quadre 4.4 es resumeix l'impacte de l'alcohol i la salut en el transcurs de la vida.

4.5 Quins factors determinen el consum de risc, el consum perjudicial i la dependència de l'alcohol?

Influències genètiques

La base genètica exerceix influència en el risc de patir trastorns de consum d'alcohol. L'estructura clàssica d'estudi de bessons compara les semblances, en una afecció concreta, entre bessons monozigòtics (bessons idèntics) i bessons dizigòtics (bessons fraterns) per tal de determinar fins a quin punt la genètica, o heretabilitat, tenen influència en l'afecció. L'heretabilitat es pot calcular perquè els bessons monozigòtics són genèticament idèntics, mentre que els bessons dizigòtics només comparteixen la meitat dels seus gens. El mètode es basa en la «presumpció d'entorn igual», és a dir, que la similitud entre els entorns dels dos individus d'una parella de bessons monozigòtics és la mateixa que la similitud entre els entorns dels dos individus d'una parella de bessons dizigòtics, tot i que hi ha una interacció clara entre els gens i l'entorn (Heath i Nelson, 2002).

Malgrat que els estudis de bessons no identifiquen els gens específics que exerceixen influència en l'afecció, sí que proporcionen informació rellevant sobre l'impacte genètic de l'afecció (proprietats més generals del patró d'herència com, per exemple, si els gens actuen independentment els uns dels altres o conjuntament, per influenciar una afecció), quins aspectes de l'afecció són més heretables, si els mateixos gens tenen influència en una afecció en ambdós gèneres i si les afeccions múltiples comparteixen alguna influència genètica comuna. Si la informació obtinguda dels bessons es completa amb dades dels membres de la seva família, l'estudi s'anomena «estudi de bessons i família» i pot proporcionar informació més precisa per estudiar si els pares transmeten una afecció conductual als seus descendents genèticament o a través d'algun aspecte de l'entorn familiar (transmissió cultural). Si es recullen dades referents a l'entorn, els estudis de bessons i els estudis de bessons i família poden proporcionar informació sobre la manera com interactuen els factors de l'entorn i la predisposició genètica quan es produeix una afecció.

Alguns estudis de bessons i família suggereixen que la proporció d'heretabilitat de la dependència de l'alcohol se situa entre un 50% i un 60% (Cook i Gurling, 2001; Dick i Forud, 2002; Departament de Salut i Serveis Humans dels EUA, 2000). La literatura actual se sol centrar en la dependència de l'alcohol, però

4. Alcohol i salut

hi ha raons per creure que la part heretable del consum elevat o problemàtic d'alcohol va més enllà de la dependència de l'alcohol diagnosticable.

Les anàlisis de 987 persones de 105 famílies realitzades a la mostra inicial de l'Estudi col·laboratiu sobre la genètica de l'alcoholisme (Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism, COGA), un estudi de família a gran escala elaborat per identificar els gens que influeixen en el risc de dependència de l'alcohol i comportaments i característiques relacionats amb el consum d'alcohol, ha demostrat l'existència de gens que augmenten el risc de dependència de l'alcohol en regions de tres cromosomes (Reich [et al.], 1998). Els indicis més fiables s'han identificat en regions dels cromosomes 1 i 7, i s'han observat indicis més modestos en una regió del cromosoma 2. La mostra de replicació, realitzada amb 1.295 persones de 157 famílies, confirma les conclusions anteriors, tot i que amb menys suport estadístic (Foroud [et al.], 2000).

Quadre 4.4: Alcohol i salut en el transcurs de la vida

	Etapa prenatal	Infància	Joventut	Mitjana edat	Vellesa
Conseqüències socials			Les persones que consumeixen alcohol experimenten plaer amb aquesta substància.		
	Les conseqüències socials negatives poden perjudicar les persones en qualsevol edat.				
Lesions			Els adults joves solen ser responsables de les conseqüències socials i es troben especialment en una situació de risc.		
	Les lesions intencionades i inintencionades poden perjudicar les persones en qualsevol edat.				
Afeccions neuropsiquiàtriques			Els adults joves solen ser responsables de les lesions intencionades, i es troben especialment en una situació de risc de patir lesions tant intencionades com inintencionades.		
	Les conseqüències de les afeccions neuropsiquiàtriques poden perjudicar les persones en qualsevol edat.				
Afeccions gastro-intestinals			Malgrat que la dependència de l'alcohol pot afectar les persones adultes en qualsevol edat, els adults joves es troben en una situació de més risc.		
				Les persones de mitjana edat i les persones grans presenten un risc més elevat de patir danys cerebrals i deteriorament cognitiu.	
Càncers				Malgrat que la cirrosi hepàtica és més habitual entre les persones de mitjana edat i les persones grans, els adults joves també es troben en una situació de risc.	
Malalties cardiovasculars				Els càncers solen afectar amb més freqüència les persones de mitjana edat i les persones grans.	
			Els episodis de consum intensiu d'alcohol són un factor de risc important per als accidents cerebrals vasculars entre els adults joves.		
			El consum elevat episòdic d'alcohol és un factor de risc important per als accidents cerebrals vasculars entre els adults joves.		
			Les malalties coronàries no són freqüents entre els adults joves.		
Afeccions prenatals				El menor risc de patir malalties coronàries adquireix més rellevància entre les persones de mitjana edat i les persones grans.	
	Les conseqüències de l'alcohol durant l'etapa prenatal es prolonguen durant tota la vida.				

4. Alcohol i salut

Una variant dels gens ADH2 i ADH3 protegeix considerablement (però no completament) els seus portadors de desenvolupar dependència de l'alcohol fent que experimentin molèsties o malestar després de consumir alcohol (Reich [et al.], 1998). Els gens codifiquen l'aldehid deshidrogenasa, un dels dos enzims hepàtics clau que participen en el metabolisme de l'alcohol per convertir-lo en producte final (acetat). Les anàlisis amb germans que no pateixen dependència de l'alcohol realitzades a la mostra inicial de l'Estudi col·laboratiu sobre la genètica de l'alcoholisme (COGA) proven l'existència d'una regió protectora en el cromosoma 4, prop dels gens d'alcohol deshidrogenasa (Williams [et al.], 1999; Edenberg, 2000; Saccone [et al.], 2000).

Altres factors de risc

Independentment del nivell de consum d'alcohol, les dones presenten un risc més elevat de patir problemes crònics produïts per l'alcohol, amb diferents nivells de risc segons les diverses malalties. Segurament, això es deu al fet que el cos femení conté una proporció d'aigua menor que el cos masculí (Swift, 2003). Per tant, si una dona i un home que tenen aproximadament el mateix pes i edat consumeixen la mateixa quantitat d'alcohol, la concentració d'alcohol serà més elevada per a la dona que per a l'home, ja que l'alcohol es dissoldrà en menys quantitat d'aigua.

En diversos estudis realitzats a diferents països queda patent que la mortalitat relacionada amb el consum d'alcohol és més elevada entre els adults amb un estatus socioeconòmic baix (Romelsjo i Lundberg, 1996; Leclerc [et al.], 1990; Lundberg i Osterberg, 1990; Makela [et al.], 1997; Makela, 1999; Loxely [et al.], 2004). Aquest fet es deu, principalment, a la presència més gran de consum de risc i intoxicació en els grups amb un estatus socioeconòmic baix, ja que la relació entre el consum d'alcohol i la mortalitat a escala individual s'ajusta als diversos nivells educatius (Schnohr, 2004). També s'aprecia una interacció entre el consum d'alcohol i la pobresa en relació als crims violents, com l'homicidi, amb uns percentatges més elevats quan aquests dos factors de risc es combinen que els resultats que s'obtidrien de la suma dels percentatges d'ambdós factors per separat (Parker, 1993). Al Regne Unit, els homes d'entre 25 i 69 anys d'edat que pertanyen a l'estatus socioeconòmic més baix (treballadors no qualificats) presenten un risc 15 vegades més elevat de mortalitat relacionada amb el consum d'alcohol que els professionals de les categories socioeconòmiques més altes de la mateixa franja d'edat (Harrison i Gardiner, 1999). A Suècia, fins a un 30% de la mortalitat diferencial dels homes de mitjana edat classificats segons l'estatus socioeconòmic està relacionada amb el consum d'alcohol (Hemström, 2001).

Els infants són més vulnerables que els adults davant l'alcohol. A més de ser físicament més petits, no tenen experiència ni en el consum ni en els efectes de l'alcohol. Tampoc no disposen de context ni de punts de referència per avaluar-ne o regular-ne el consum i, a més a més, no han desenvolupat cap tolerància envers l'alcohol. Entre l'adolescència mitjana i el principi de l'edat adulta es produeixen augments significatius en la quantitat i la freqüència de consum d'alcohol i en els problemes relacionats amb aquesta substància (Wells [et al.],

4. Alcohol i salut

2004; Bonomo [et al.], 2004). Les persones que consumeixen més alcohol durant l'adolescència mitjana solen presentar un consum elevat d'alcohol, patir dependència de l'alcohol i experimentar problemes relacionats amb l'alcohol durant la primera etapa de l'edat adulta, com una salut mental més deteriorada, un nivell educatiu més baix i un risc més elevat de cometre actes delictius (Jefferis [et al.], 2005). El consum de begudes alcohòliques entre adolescents i adults joves s'associa a lesions i morts per accident de trànsit, suïcidi i depressió, absentisme escolar i menor rendiment acadèmic, pèrdua de memòria, pèrdues momentànies de consciència, baralles, danys a la propietat, crítiques als iguals i pèrdua d'amistats, violacions durant una cita i relacions sexuals sense protecció, que comporten el risc de contreure malalties de transmissió sexual, adquirir el virus del VIH i patir un embaràs no desitjat (Williams i Knox, 1987).

Tot i així, en general, el determinant més rellevant del consum perjudicial d'alcohol i els trastorns de consum d'alcohol és com actua la resta de la població (Rose, 1992), com queda palès en la relació entre el consum total d'alcohol per capita i la proporció de persones amb un consum elevat d'alcohol en una població (Skog, 1991; Lemmens, 2001; Academy of Medical Sciences, 2004).

4.6 Quina importància té l'alcohol com a causa de problemes de salut?

L'estudi Global Burden of Disease, o GBD (Càrrega mundial de morbiditat) de l'Organització Mundial de la Salut calcula la contribució de diversos factors de risc, com l'alcohol o el tabac, i diferents malalties i trastorns, com la diabetis o la dependència de l'alcohol, en els problemes de salut i la mort prematura (Rehm [et al.], 2004). Els problemes de salut i la mort prematura es mesuren mitjançant els anys de vida ajustats per invalidesa (DALY, per les sigles en anglès), una unitat de mesura que correspon a un any de problemes de salut o mort prematura. L'estudi Global Burden of Disease de l'OMS posa de manifest que l'alcohol és el tercer factor de risc per ordre d'importància, després de l'hàbit tabàquic i la hipertensió arterial, dels problemes de salut i la mort prematura a la Unió Europea (Anderson [et al.], 2005), com mostra la figura 4.10. Es tracta d'una quantitat neta, de la qual ja s'han extret els efectes beneficiosos que comporta el consum d'alcohol per a diverses malalties. Segons aquest estudi, d'entre els problemes de salut i mort prematura dels europeus, els trastorns de consum d'alcohol (un indicatiu de dependència de l'alcohol) són la quarta malaltia per ordre d'importància, després de les malalties cardíaques, la depressió i els accidents cerebrals vasculars, i ocupen una posició més rellevant que les malalties pulmonars cròniques i el càncer de pulmó.

4. Alcohol i salut

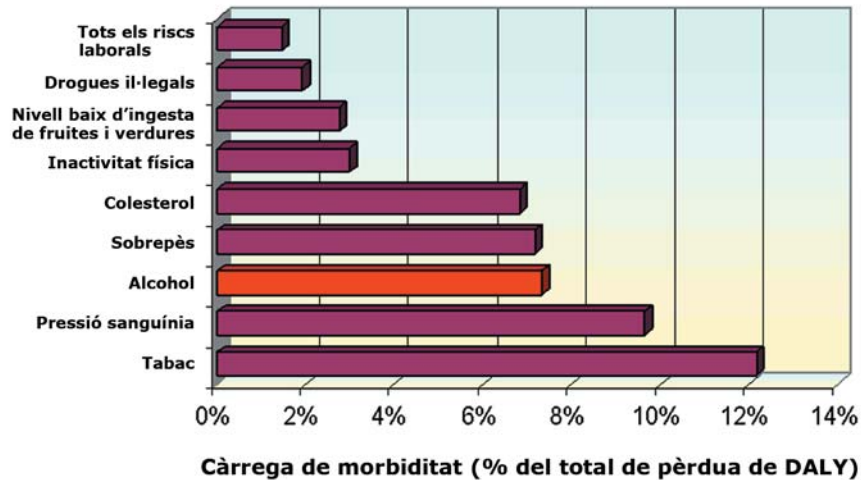


Figura 4.10: Anys de vida ajustats per invalidesa per factors de risc seleccionats, Europa. Font: Anderson [et al.], 2005.

En general, les lesions representen la proporció més elevada de la càrrega de morbiditat causada per l'alcohol, amb un 40% del total, i les lesions inintencionades superen de llarg les lesions intencionades, com mostra la figura 4.11. La segona categoria per ordre d'importància inclou les malalties i els trastorns neuropsiquiàtrics, amb un 38% del total. Les malalties no transmissibles relacionades amb el consum d'alcohol (com, per exemple, la cirrosi hepàtica), el càncer i les malalties cardiovasculars representen un 7% i un 8% del total.

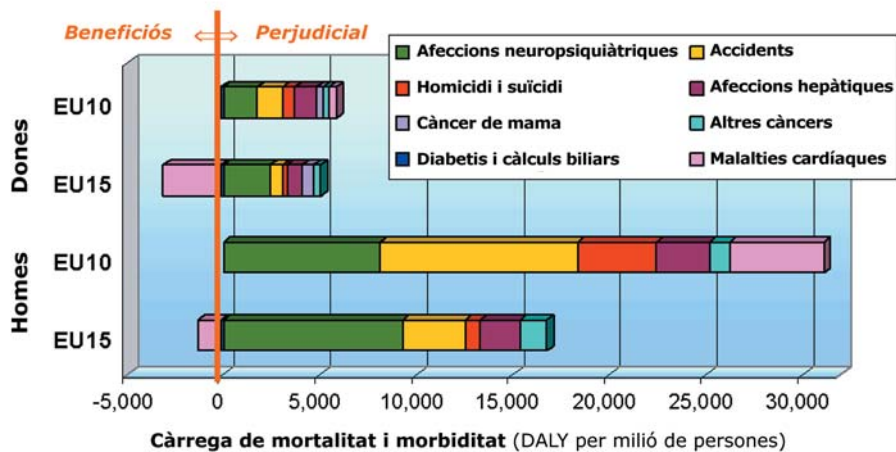


Figura 4.11: Càrrega de mortalitat i de morbiditat atribuïbles a l'alcohol a la Unió Europea. Adaptat de l'estudi Global Burden of Disease de l'Organització Mundial de la Salut. Font: Anderson [et al.], 2005.

4.7 Reduir el consum d'alcohol pot comportar millores de salut?

Reduir el consum o deixar de consumir alcohol és beneficiós per a la salut. Part dels problemes provocats per l'alcohol són reversibles de manera immediata i, si

4. Alcohol i salut

es deixa de consumir alcohol, es poden revertir tots els riscos greus causats per aquesta substància. Les persones joves que disminueixen la quantitat d'alcohol que ingereixen quan passen a l'edat adulta redueixen el risc de patir problemes relacionats amb el consum d'alcohol (Toumbourow [et al.], 2004).

Les malalties cròniques solen dependre de l'exposició a l'alcohol al llarg de tota la vida i, per tant, el risc se sol reduir deixant de consumir begudes alcohòliques, però no s'elimina completament. D'altra banda, algunes dades indiquen que la reducció del consum d'alcohol en la població està relacionada amb un descens força ràpid de les malalties cròniques, com les morts per cirrosi hepàtica (Ledermann, 1964). Per exemple, algunes anàlisis de sèries temporals assenyalen que els descensos en el consum per capita estan relacionats amb reduccions simultànies considerables en el nombre de morts per cirrosi hepàtica (Ramstedt, 2001; Skog, 1980; i, especialment, Cook i Tauchen, 1982). Un altre exemple d'una afecció crònica amb una recuperació ràpida i, en alguns casos, fins i tot immediata, és la depressió. La majoria d'estudis demostren que moltes de les síndromes depressives milloren visiblement després d'uns dies o unes setmanes d'abstinència (Brown i Schuckit, 1988; Dackis [et al.], 1986; Davidson, 1995; Gibson i Becker, 1973; Penick [et al.], 1988; Pettinati [et al.], 1982; Willenbring, 1986).

Les intervencions proporcionades pels serveis d'atenció sanitària en casos de consum de risc i consum perjudicial d'alcohol permeten disminuir el consum de begudes alcohòliques i han demostrat reduir els problemes relacionats amb l'alcohol (Moyer [et al.], 2002) i la mortalitat vinculada al consum d'alcohol (Cuijpers [et al.], 2004). L'estudi realitzat a escala local a Malmö durant els anys setanta, amb un seguiment posterior de sis anys, va demostrar que oferir una intervenció breu a les persones amb un consum elevat d'alcohol permetia reduir a la meitat el nombre de morts en comparació amb el grup de control, que no va rebre cap intervenció (Kristenson [et al.], 1983).

Bibliografia

Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P.O., Clinton, A. and McAuslan, P. (2001) Alcohol and Sexual Assault. *Alcohol Health and Research World*, 25 (1), 43-51.

Abel EL (1997) Maternal alcohol consumption and spontaneous abortion. *Alcohol & Alcoholism*, 32, 211-219.

Academy of Medical Sciences (2004) Calling Time: The nation's drinking as a major public health issue. Available from: www.acmedsci.ac.uk

Ahlstrom, S. (1987) Women's use of alcohol, in: SIMPURA, J. (Ed.) *Finnish Drinking Habits*, pp. 109-134 (Helsinki, The Finnish Foundation for Alcohol Studies).

Albano, E. & Clot, P. (1996) Free radicals and ethanol toxicity. IN V.R.Preedy & R.R. Watson (Eds.). *Alcohol and the gastrointestinal tract*. CRC Press: Boca Raton, FL. 57-68

Albertsen, A., Andersen, A-M, Olsen, J. & Grønbaek, M. (2004) Alcohol consumption during pregnancy and risk of preterm delivery. *American Journal of Epidemiology*, 159,155-161.

Allen, J., Nicholas, S., Salisbury, H. and Wood, M. (2003) Nature of burglary, vehicle and violent crime in C. Flood-Page and J. Taylor (eds). *Crime in England and Wales 2001/2002: Supplementary Volume*. Home Office Statistical Bulletin 01/03. London: Home Office.

4. Alcohol i salut

Anderson, P., Baumberg, B. & McNeill, A. (2005) *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.

Anderson, P. (2003) *The Risk of Alcohol*. PhD thesis. Nijmegen, Radboud University. http://webdoc.ubn.kun.nl/mono/a/anderson_p/riskofal.pdf

Anderson, P., Cremona, A., Paton, A., Turner, C. & Wallace, P. (1993) The Risk of alcohol. *Addiction*, 88, 1493-1508.

Andrews JA, Lewinsohn PM (1992) Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 655-662.

Antilla, T., Helkala, E-L., Viitanen, M., Kareholt, I., Fratiglioni, L., Winblad, B., Soininen, H., Tuomilehto, J., Nissinen, A. & Kivipelto, M. (2004) Alcohol drinking in middle age and subsequent risk of mild cognitive impairment and dementia in old age: a prospective population based study. *British Medical Journal*, 329,539-545.

Archer, J., Holloway, R. & McLoughlin, K. (1995) Self-reported physical aggression among young men. *Aggressive Behavior*, 21,325-342.

Ashley MJ, Rehm J, Bondy S, Single E, Rankin J (2000) Beyond ischemic heart disease: are there other health benefits from drinking alcohol? *Contemporary Drug Problems*, 27,735-777.

Australian Bureau of Statistics (1991) 1989-90 National Health Survey Summary of Results, Australia. Catalogue No. 4364.0, Commonwealth of Australia.

Bagnardi, V., Blangiardo, M., La Vecchia, C., et al. (2001b) A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *British Journal of Cancer*, 85(11):1700-1705.

Bagnardi, V.; Blangiardo, M., La Vecchia, C., et al. (2001a) Alcohol consumption and the risk of cancer: A meta-analysis. *Alcohol Research & Health*, 25(4):263-270.

Bandera E.V., Freudenheim J.L., and Vena J.E. (2001) Alcohol and lung cancer: a review of the epidemiologic evidence. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 10, 813-821.

Barefoot, J.C., Grønbaek, M., Feaganes, J.R., McPherson, R.S., Williams, R.B. & Siegle, I.C. (2002) Alcoholic beverage preference, diet, and health habits in the UNC Alumni Heart. *Study Am J Clin Nutr*, 76,466-72.

Baum-Baicker, C. (1987) The psychological benefits of moderate alcohol consumption: a review of the literature. *Drug & Alcohol Dependence*, 15, 305-322.

Beautrais AL (1998) Risk factors for suicide and attempted suicide amongst young people. A report to the National Health and Medical Research Council.

Beilin LJ, Puddey IB, Burke V (1996) Alcohol and hypertension—kill or cure?. *Journal of Human Hypertension*, 10(2):S1-S5.

Blankfield A, Maritz JS (1990) Female alcoholics IV: admission problems and patterns. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 12, 445-450.

Britton, A. & Marmot, M. (2004) Different measures of alcohol consumption and risk of coronary heart disease and all-cause mortality: 11 year follow-up of the Whitehall II Cohort Study. *Addiction*, 99,109-116.

Blomberg, R.D., Peck, R.C., Moskowitz, H., Burns, M. and Fiorentino, D. (2002) *Crash Risk of Alcohol Involved Driving*. National Highway Traffic Safety Administration, Washington, D.C.

Bonomo, Y., Coffey, C., Wolfe, R., Lynskey, M., Bowes, G. & Patton, G. (2001) Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. *Addiction*, 96,1485-1496.

Bonomo, Y.A., Bowes, G., Coffey, C., Carlin, J.B. & Patton, G.C. (2004) Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addiction*, 99, 1520-1528.

4. Alcohol i salut

Book, S.W. & Randall, C.L. (2002) Social anxiety disorder and alcohol use. *Alcohol Research and Health*, 26, 130-135.

Borges, G., Cherpitel, C. & Mittleman, M. (2004) Risk of injury after alcohol consumption: a case-crossover study in the emergency department. *Social Science & Medicine*, 58, 1191-1200.

Borges, G., Cherpitel, C.J., Medina Mora, M.E., Mondragón, L. and Casanova, L. (1998) Alcohol consumption in emergency room patients and the general population: a population-based study. *Alcohol Clin Exp Res*, 22 (9): 1986-1991.

Bradley KA, Badrinath S, Bush K, Boyd-Wickizier J, Anawalt B (1998) Medical risks for women who drink alcohol. *Journal of General Internal Medicine*, 13:627-639.

Blomberg, R.D., Peck, R.C., Moskowitz, H., Burns, M. and Fiorentino, D. (2002) Crash Risk of Alcohol Involved Driving. National Highway Traffic Safety Administration, Washington, D.C.

Bonomo, Y., Coffey, C., Wolfe, R., Lynskey, M., Bowes, G. & Patton, G. (2001) Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. *Addiction*, 96, 1485-1496.

Bonomo, Y.A., Bowes, G., Coffey, C., Carlin, J.B. & Patton, G.C. (2004) Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addiction*, 99,1520-1528.

Book, S.W. & Randall, C.L. (2002) Social anxiety disorder and alcohol use. *Alcohol Research and Health*, 26,130-135.

Borges, G., Cherpitel, C. & Mittleman, M.(2004) Risk of injury after alcohol consumption: a case-crossover study in the emergency department. *Social Science & Medicine*. 58 1191-1200.

Borges, G., Cherpitel, C.J., Medina Mora, M.E., Mondragón, L. and Casanova, L. (1998) Alcohol consumption in emergency room patients and the general population: a population-based study. *Alcohol Clin Exp Res*, 22 (9): 1986-1991.

Bradley KA, Badrinath S, Bush K, Boyd-Wickizier J, Anawalt B (1998) Medical risks for women who drink alcohol. *Journal of General Internal Medicine*,13,627-639.

Brecklin, L.R. and Ullman, S.E. (2002) The roles of victim and offender alcohol use in sexual assaults: results from the National Violence Against Women Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (1): 57-63.

Brenner, H., Arndt, V., Rothenbacher, D., Schuberth, S., Fraisse, E. & Fliedner, T. (1997) The association between alcohol consumption and all-cause mortality in a cohort of male employees in the German construction industry, *International Journal of Epidemiology*, 26, 85-91.

Brismar, B. & Bergman, B. (1998) The significance of alcohol for violence and accidents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22,2995-3065.

Brown SA, Schuckit MA (1988) Changes in depression among abstinent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 49,412-417.

Brown, S.A., Goldman, M.S., Inn, A. & Anderson, L.R. (1980) Expectations of reinforcement from alcohol: their domain and relation to drinking patterns. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 48,419-426.

Budd, T. (2003) Alcohol-related assault: findings from the British Crime Survey. Home Office Online Report 35/03. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/rdsolr3503.pdf>.

Bushman B.J. & Cooper H.M. (1990) Effects of alcohol on human aggression: An integrative research review. *Psychological Bulletin*, 107,341-354.

4. Alcohol i salut

Bushman B.J. (1997) Effects of alcohol on human aggression: validity of proposed mechanisms. In: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism, Alcohol and Violence*, 13, 227-244. New York: Plenum Press.

Caetano, R. & Cunradi, C. (2002) Alcohol dependence: a public health perspective. *Addiction*, 97, 633-645.

Caetano, R., Schafer, J. & Cunradi, C.B. (2001) Alcohol-related intimate partner violence among white, black and Hispanic couples in the United States. *Alcohol Research and Health*, 25, 58-65.

Castaneda R, Sussman N, Levy O'Malley M, Westreich L (1998) A review of the effects of moderate alcohol intake on psychiatric and sleep disorders. In: Galanter M, (Ed.) *Recent developments in alcoholism: The consequences of alcoholism*, 14, 197-226. New York: Plenum Press.

Cherrington, E.H. (Editor-in-chief) (1925) *Standard Encyclopaedia of the Alcohol Problem*, Vol. 1. Westerville OH: Aarau-Buckingham.

Chen, W-J., Maier, S.E., Parnell, S.E. & West, J.R. (2003) Alcohol and the developing brain: neuroanatomical studies. *Alcohol Research and Health*, 27, 174-180.

Chermack, S.T.; Walton, M.A.; Fuller, B.E.; And Blow, F.C. (2001) Correlates of expressed and received violence across relationship types among men and women substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(2):140-150.

Cherpitel C.J., Bond, J., Ye, Y., Borges, G., Macdonald, S & Giesbrecht, N. (2003) A cross-national meta-analysis of alcohol and injury: data from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP). *Addiction*, 98, 1277-1286.

Cherpitel CJ (1992) The epidemiology of alcohol-related trauma. *Alcohol Health & Research World*, 16, 191-196.

Cherpitel CJ (1997) Alcohol and violence-related injuries in the emergency room. *Recent Developments in Alcoholism*, 13, 105-118.

Cherpitel CJ, Tam T, Midanik L, Caetano R, Greenfield T (1995) Alcohol and nonfatal injury in the US general population: a risk function analysis. *Accident Analysis Prevention*, 27, 651-661

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002) *British Journal of Cancer* 87 1234-1245.

Collins J.J. & Schlenger W.E. (1988) Acute and chronic effects of alcohol use on violence. *Journal of Studies on Alcohol* 49, 516-521.

Collins, J. J. & Messerschmidt, P. M. (1993) Epidemiology of alcohol-related violence. *Alcohol Health and Research World*, 17, 93-100.

Collins, J. J. (1993) Drinking and violence: an individual offender focus. In: Martin, S. E., ed. *Alcohol and Interpersonal Violence: Fostering Multidisciplinary Perspectives*, pp. 221-235. Research Monograph no. 24. Rockville, MD: NIAAA.

Cook PJ, Tauchen G (1982) The effect of liquor taxes on heavy drinking. *Addiction*, 13:379-390.

Cook, C.H., & Gurling, H.D. (2001). Genetic predisposition to alcohol dependence and problems. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds.), *International Handbook of Alcohol Problems and Dependence*. West Sussex, U.K: John Wiley & Sons, Ltd.

4. Alcohol i salut

Corrao G, Luca R, Bagnardi V, Zambon A, Poikolainen K (2000) Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction*, 95(10), 1505–1523.

Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. & Arico, S. (1999) Exploring the dose- response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta-analysis *Addiction* 94, 1551-1573.

Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. & La Vecchia C. (2004) A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*. 38 613-619.

Cuijpers, P., Riper, H. & Lemmens, L. (2004) the effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction*. 99 839-845.

Curtis AB, Sherman JA, Strogatz DS, Raghunathan TE, Siobàn H (1997) Alcohol consumption and changes in blood pressure among African Americans—The Pitt county study. *American Journal of Epidemiology*, 146(9):727–733.

Dackis C.A., Gold M.S., Pottash A.L.C., Sweeney D.R. (1986) Evaluating depression in alcoholics. *Psychiatry Research*, 17(2):105–109.

Darkes, J. & Goldman, M.S. (1993) Expectancy challenge and drinking reduction: experimental evidence for a mediational process. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61,344-353.

Darves-Bornoz, J., Lepine, J., Choquet, M., Berger, C., Degiovanni, A., and Gaillard, P. (1998) Predictive factors of chronic stress disorder in rape victims. *European Psychiatry*, 13(6):281–287.

Davidson K.M. (1995) Diagnosis of depression in alcohol dependence: changes in prevalence with drinking status. *British Journal of Psychiatry*, 166,199–204.

De Bellis M.D., Clark D.B., Beers S.R. et al. (2000E) Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *Am J Psychiatry*, 157(5):737-744.

De Graaf, R., Bijl, R.B., Smit, F., Vollebergh, W.A.M. & Spijker, J. (2002) Risk factors for 12-month co morbidity of mood, anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands mental health survey and incidence study. *Am J Psychiatry*, 159,620-629.

Dees, W.L., Srivatsava, V.K., & Hiney, J.K. (2001) Alcohol and female puberty. *Alcohol Research and Health*, 25,271-275.

Dick, D.M. & Foroud, T. (2002) Genetic strategies to detect genes involved in alcoholism and alcohol-related traits. *Alcohol Research and Health*, 26,172-180.

Drobes, D. (2002) Concurrent alcohol and tobacco dependence. *Alcohol Research and Health*, 26,136-142.

Eckardt MJ, File SE, Gessa GL, Grant KA, Guerri C, Hoffman PL, Kalant H, Koop GF, Li TK, Tabakoff B (1998) Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. *Alcoholism, Clinical & Experimental Research*, 22,998–1040.

Edenberg, H.J. (2001) Regulation of the mammalian alcohol dehydrogenase genes. *Progress in Nucleic Acid Research and Molecular Biology*, 64,295–341.

Emanuele, M.A. & Emanuele, N.V. (2001) Alcohol and the male reproductive system. *Alcohol Research and Health*, 25,282-287.

4. Alcohol i salut

Emanuele, M.A., Wezeman, F. & Emanuele, N.V. (2002) Alcohol's effect on female reproductive function. *Alcohol Research and Health*, 26, 274-281.

Emberson, J.R., Shaper, A.G., Wannamethee, S.G., Morris, R.W. & Whincup, P.H. (2005) Alcohol intake in middle age and risk of cardiovascular disease and mortality: accounting for variation for intake variation over time. *American Journal of Epidemiology*, 161, 856-863.

English DR, Holman CD, Milne E, Winter MJ, Hulse GK, Codde G, Bower CI, Cortu B, de Klerk N, Lewin GF, Knuiman M, Kurinczuk JJ, Ryan GA (1995) The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health.

European Chemicals Bureau (1999). Available from:
http://ecb.jrc.it/classlab/SummaryRecord/5598r2_sr_CM1098.doc

European Commission (2005) ANNEX VI General Classification And Labelling Requirements for Dangerous Substances and Preparations. Available from:
http://europa.eu.int/comm/environment/dansub/pdfs/annex6_en.pdf

Fagan, J. (1990) Intoxication and aggression. In: Tonry, M. & Wilson, J. Q., eds. *Drugs and Crime*, 241-320. Chicago: University of Chicago Press.

Farchi, G., Fidanza, F., Mariotti, S. & Menotti, A. (1992) Alcohol and mortality in the Italian rural cohorts of the Seven Countries Study, *International Journal of Epidemiology*, 21, 74-81.

Feskens EJ, Kromhout D (1989) Cardiovascular risk factors and the 25-year incidence of diabetes mellitus in middle-aged men. The Zutphen Study. *American Journal of Epidemiology*, 130(6):1101-8.

Fillmore, K.M., Golding, J.M., Graves, K.L. et al. (1998) Alcohol consumption and mortality: I. Characteristics of drinking groups, *Addiction*, 93, 183- 203.

Fillmore, K.M., Golding, J.M., Graves, K.L. et al. (1998) Alcohol consumption and mortality: III. Studies of female populations. *Addiction*, 93, 219-229.

Fu H. and Goldman N. (2000) Association between health-related behaviours and the risk of divorce in the USA. *Journal of Biosocial Science*, 32, 63-88.

Fuchs, F.D., Chambless, L.E., Folsom, A.R., Eigenbrodt, M.L., Duncan, B.B., Gilbert, A. & Szklo, M. (2004) Association between Alcoholic Beverage Consumption and Incidence of Coronary Heart Disease in Whites and Blacks. The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Am J Epidemiol*, 160, 466-474.

Gerson, L. & Preston. D. (1979) Alcohol consumption and the incidence of violent crime. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 307-312.

Gibson S, Becker J (1973) Changes in alcoholics' self-reported depression. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34(3):829-836.

Gmel, G., Gutjahr, E. & Rehm, J. (2003) How stable is the risk curve between alcohol and all-cause mortality and what factors influence the shape? A precision-weighted hierarchical meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*, 18, 631-642.

Goerdt A., Koplan J.P., Robine J.M., Thuriaux M.C., & van Ginneken J.K. (1996) Non-fatal health outcomes: concepts, instruments and indicators. In: Murray C.J.L. and Lopez A.D., eds. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. 201-246. Boston: Harvard School of Public Health.

4. Alcohol i salut

Gorinstein, S. & Trakhtenberg, S. (2003) Alcohol beverages and biochemical changes in blood. *Addiction Biology*, 8,445-454.

Gorinstein, S., Caspi, A., Goshev, I., Asku, S., Salnikow, J., Scheler, C., Delgado-Licon, E., Rosen, A., Wesz, M., Libman, I. & Trakhtenberg, S. (2003) Structural changes in plasma circulating fibrinogen after moderate beer consumption as determined by electrophoresis and spectroscopy. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 51,822-827.

Graham K, West P (2001) Alcohol and crime: examining the link. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds.), *International Handbook of Alcohol Problems and Dependence*. West Sussex, U.K: John Wiley & Sons, Ltd.

Graham, K., Leonard, K. E., Room, R., Wild, T. C., Pihl, R. O., Bois, C. et al. (1998) Current directions in research on understanding and preventing intoxicated aggression. *Addiction*, 93,659-676.

Graham, K., West, P. & Wells, S. (2000) Evaluating theories of alcohol-related aggression using observations of young adults in bars. *Addiction*, 95,847-673.

Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, P., Dufour, M.C., Compton, W., Pickering, R.P. & Kaplan, K. (2004) Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61,807-816.

Greenfield, L.A. (1998) Alcohol and Crime: An Analysis of National Data on the Prevalence of Alcohol Involvement in Crime." Report prepared for the Assistant Attorney General's National Symposium on Alcohol Abuse and Crime. Washington, DC: U.S. Department of Justice.

Greenfield, L.A. & Henneberg, M.A. (2001) Victim and Offender self-reports of alcohol involvement in crime. *Alcohol Research and Health*, 25,20-31.

Greenfield, T.K., Rehm, J., & Rodgers, J.D. (2002) Effects of depression and social integration on the relationship between alcohol consumption and all-cause mortality. *Addiction*, 97, 29-38.

Greim H (Ed.) (1998a) *Ethanol. Toxikologisch-arbeitsmedizinische Begründungen von MAK-Werten*, 26. Lieferung, VCH-Verlag, Weinheim

Grobbée DE, Rimm EB, Keil U, Renaud SC (1999) Alcohol and the cardiovascular system. In: *Health issues related to alcohol consumption*. Macdonald I, ed. Blackwell & ILSI, Oxford.

Gunzerath, L., Faden, V., Zakhari, S & Warren, K. (2004) National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism report on moderate drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28,829-847.

Gutjahr E, Gmel G, Rehm J (2001) Relation between average alcohol consumption and disease: an overview. *European Addiction Research*, 7(3):117-127.

Halldin, J. (1985) Alcohol consumption and alcoholism in an urban population in central Sweden, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 128± 140.

Hamilton, V. & Hamilton, B. (1997) Alcohol and earnings: does drinking yield a wage premium. *Canadian Journal of Economics*, 30,135-151.

Hansen, W. B. (1997) A Social Ecology Theory of Alcohol and Drug Use Prevention Among College and University Students. *Designing Alcohol and Other Drug Prevention Programs in Higher Education: Bridging Theory into Practice*. 155-176. Washington: US Department of Education.

4. Alcohol i salut

Harrison, L. & Gardiner, E. (1999) Do the rich really die young? Alcohol-related mortality and social class in Great Britain, 1988–94. *Addiction*, 94,1871–1880.

Hart CL, Smith GD, Hole DJ, Hawthorne VM (1999) Alcohol consumption and mortality from all causes, coronary heart disease, and stroke: results from a prospective cohort study of Scottish men with 21 years of follow up. *British Medical Journal*, 318,1725–1729.

Hauge, R. & Irgens-Jensen, O. (1986) Relationship between alcoholconsumption, alcohol intoxication and negative consequencesof drinking in four Scandinavian countries. *BritishJournal of Addiction*, 81, 513–524.

Heath, A.C. & Nelson, E.C. (2002) Effects of the interaction between genotype and environment. *Alcohol Research and Health*, 26,193-201.

Heath, D.B. (1995) Some generalisations about alcohol and culture. In Heath, D.B., ed. *International Handbook on Alcohol and Culture*. Westport CT: Greenwood. 348-361.

Hebert, J. R., Ebbeling, C. B., Matthews, C. E., Hurley, T. G., Ma, Y., Druker, S. et al. (2002) Systematic errors in middle-aged women's estimates of energy intake: comparing three self-report measures to total energy expenditure from doubly labelled water. *Annals of Epidemiology*, 12,577–586.

Hemström, Ö. (2001) The contribution of alcohol to socioeconomic differentials in mortality – the case of Sweden. In Ed. Norström T. *Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm, National Institute of Pubic Health.

Hilarski C; Wodarki JS (2001) Comorbid substance abuse and mental illness: Diagnosis and treatment. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(1):105–119.

Hill AB (1965) The environment and disease: association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 58:295–300.

Hillbom M (1998) Alcohol consumption and stroke: benefits and risks. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22(7):352S–358S.

Hillbom, M. & Kaste, M. (1982) Alcohol intoxication: a risk factor for primary subarachnoid hemorrhage, *Neurology*, 32,706-711.

Hingson R, Howland J (1987) Alcohol as a risk factor for injury or death resulting from accidental falls: a review of the literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 212–219.

Hoaken PNS, Assaad JM, Phil RO (1998) Cognitive functioning and the inhibition of alcohol-induced aggression. *Journal of Studies on Alcohol*, 59:599–607.

Hodge AM, Dowse GK, Collins VR, Zimmet PZ (1993) Abnormal glucose tolerance and alcohol consumption in three populations at high risk of non-insulin dependent diabetes mellitus. *American Journal of Epidemiology*, 137,178–189.

Hull, J. G. (1981) A self-awareness model of the causes and effects of alcohol consumption. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 586600.

Hull, J.G. & Bond, C.F. (1986) Social and behavioural consequences of alcohol consumption aill expectancy: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 99, 347-360.

Hull, J.G. & Stone, L.B. (2004) Alcohol and self-regulation. In Eds R.F. Baumeister & K.D. Vohs. *Handbook of self-regulation*, pp 466-491. London: the Guilford Press.

4. Alcohol i salut

Hull, J.G., Levenson, R.W., Young R.D. & Sher, K.J. (1983) Self-awareness-reducing effects of alcohol consumption. *Journal of Personality & Social Psychology*, 44,461-473.

Hulse G, Saunders GK, Roydhouse RM, Stockwell TR, Basso MR (1999) Screening for hazardous alcohol use and dependence in psychiatric inpatients using the AUDIT questionnaire. *Drug and Alcohol Review*, 19, 291-298.

Imhof, A & Koenig, W. (2003) Alcohol inflammation and coronary heart disease. *Addiction Biology*. 8 271-277.

Ito, T. A., Miller, N. & Pollock, V. E. (1996) Alcohol and aggression: a meta-analysis on the moderating effects of inhibitory cues triggering events, and self-focused attention. *Psychological Bulletin*, 120, 6082.

Jacobsen, B. K. (1989) Frequency of alcohol use and the level of education, *Journal of Internal Medicine*, 225, 417± 422.

Jacobson, J.L. & Jacobson, S.W. Effects of prenatal alcohol exposure on child development. *Alcohol Research and Health* 2002 26 282-286.

Jeavons CM, Taylor SP (1985) The control of alcohol-related aggression: redirecting the inebriate's attention to socially appropriate conduct. *Aggressive Behavior*, 11:93-101.

Jefferis, B.J.M.H., Powwer, C. & Manor, O. (2005) Adolescent drinking level and adult binge drinking in a national birth cohort. *Addiction*. 100 543-549.

Kaufman Kantor, G., And Asdigian, N. (1997) When women are under the influence: Does drinking or drug use by women provoke beatings by men? In: Galanter, M., ed. *Alcohol and Violence: Epidemiology, Neurobiology, Psychology, Family Issues. Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 13. New York: Plenum Press, pp. 315-336.

Kaufman Kantor, G., And Straus, M.A. The "drunken bum" theory of wife beating. *Social Problems* 34(3):214-230, 1987.

Keil, U., Chambless, L. E., Doring, A., Filipiak, B. & Stieber, J. (1997) The relation of alcohol intake of coronary heart disease and all-cause mortality in a beer-drinking population, *Epidemiology*, 8, 150- 156.

Kelly AB, Halford K, Young RMCD (2000) Maritally distressed women with alcohol problems: the impact of a short-term alcohol-focused intervention on drinking behaviour and marital satisfaction. *Addiction*, 95, 1537-1549.

Kessler R, Crum R, Warner L, Nelson C, Schulenberg J, Anthony J (1997) Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 54, 313-321.

Kessler R, Nelson C, McGonagle K, Edlund M, Frank R, Leaf P (1996) The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 17-31.

Kitamura A, Iso H, Sankai T, et al. (1998) Alcohol intake and premature coronary heart disease in urban Japanese men. *American Journal of Epidemiology*, 147(1):59-65.

Klatsky AL (1996) Alcohol, coronary heart disease, and hypertension. *Annual Review of Medicine*, 47:149-160.

4. Alcohol i salut

Knuiman MW, Vu HT (1996) Risk factors for stroke mortality in men and women: the Busselton Study. *Journal of Cardiovascular Risk*, 3(5):447-452.

Knupfer, G. (1989) The prevalence in various social groups of eight different drinking patterns, from abstaining to frequent drunkenness: analysis of 10 US surveys combined, *British Journal of Addiction*, 84, 1305± 1318.

Kodituwakku, P.W., Kalber, W. & May, P.A. (2001) The effects of prenatal alcohol exposure on executive functioning. *Alcohol Research and Health* 25 192-198.

Komro, K. A., Williams, C. L., Forster, J. L., Perry, C. L., Farbakhsh, K. & Stigler, M. H. (1999) The relationship between adolescent alcohol use and delinquent behaviors. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 9, 13-28.

Kratzer, W., Kachele, R., Mason, A., Muche, R., Hay, B., Wiesneth, W., Hill, V., Beckh, K., Adler, G. (1997) Gallstone prevalence in relation to smoking, alcohol, coffee consumption and nutrition: the Ulm Gallstone Study. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 32, 953-958.

Kringlen, E., Tirgersen, S. and Cramer, V. (2001) A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158,1091-1098.

Kristenson, H., Ohlin, M.B., Hultin-Nosslin, E., Trelle, E. and Hood, B. (1983) Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men. Results and follow-up of 24-60 months of long-term study with randomised controls. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 7,203-209.

Lang, A., Martin, S. (1993) Alcohol-related violence: An individual offender focus. In: *Alcohol and interpersonal violence: Fostering multidisciplinary perspectives*. 221-236. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services.

Leclerc, A., Lert, F. and Fabien, C. (1990) Differential mortality: some comparisons between England and Wales, Finland and France, based on inequality measures. *International Journal of Epidemiology*, 19,1001-1010.

Ledermann S. (1964) *Alcool, Alcolism, Alcolisation*. Vol. 2. Presses Universitaires de France, Paris.

Leino, E.V., Romelsjo, A., Shoemaker, C. et al. (1998) Alcohol consumption and mortality: II. Studies of male populations, *Addiction*, 93,205- 218.

Leitzmann, M.F., Giovannucci, E.L., Rimm, E.B., Stampfer, M.J., Spiegelman, D., Wing, A.L., Willett, W.C. (1998) The relation of physical activity to risk for symptomatic gallstone disease in men. *Annals of Internal Medicine*, 128,417-425.

Lemmens, P.H. (2001) Relationship of alcohol consumption and alcohol problems at the population level. In Heather, N., Peters, T.J. & Stockwell, T., eds. *International handbook of alcohol dependence and problems*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Leonard, K.E. and Rothbard, J.C. (1999) Alcohol and the marriage effect. *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 13),139-146S.

Leonard, K. E., Quigley, B. M. and Collins, R. L. (2002) Physical aggression in the lives of young adults: prevalence, location, and severity among college and community samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 17,533-550.

Leonard, K.E. (2005) Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is a contributory cause of violence? *Addiction*,100,422-425.

4. Alcohol i salut

Lesage, A.D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C., Loyer, (1994) Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry*, 151,1063–1068.

Li, G., Smith, G.S., Baker, S.P. (1994) Drinking behaviour in relation to cause of death among U.S. adults. *American Journal of Public Health*, 84,1402–1406.

Lipsey, M.W., Wilson, D.B., Cohen, M.A., And Derzon, J.H. (1997) Is there a causal relationship between alcohol use and violence? A synthesis of evidence. In: Galanter, M., ed. *Alcohol and Violence: Epidemiology, Neurobiology, Psychology, Family Issues. Recent Developments in Alcoholism*. New York: Plenum Press, 13,245–282.

Loxely, W., Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Haines, B., Scott, K., Godfrey, C., Waters, E., Patton, G., Fordham, R., Gray, D., Marshall, J., Ryder, D., Saggars, S., Sanci, L & Williams, J. (2004) *The prevention of substance use, risk and harm in Australia*. Canberra: National Drug Research Institute and Centre for Adolescent Health.

Lumeng, L. and Crabb, D.W. (1994) Genetic aspect and risk factors in alcoholism and alcoholic liver disease. *Gastroenterology*,107,572.

Lundberg, O. and Osterberg, E. (1990) Klass och alkohol. Bidrar klasskillnader i alkoholrelaterad dödlighet till dödlighetsskillnaderna i Sverige? *Alkoholpolitik, Tidskrift för nordisk alkoholforskning*, 7,196-204.

Makela, P., Valkonen, T. and Martelin, T. (1997) Contribution of deaths related to alcohol use to socio-economic variation in mortality: register based follow up study, *British Medical Journal*, 315.

Mäkelä, K., Mustonen, H., (1988) Positive and negative consequences related to drinking as a function of annual alcohol intake. *Brit. J. Addict.* 83,403-408.

Mäkelä, K., Simpura, J. (1985) Experiences related to drinking as a function of annual alcohol intake and by sex and age. *Drug Alcohol Depend.* 15,389-404.

Mäkelä, P. (1999) Alcohol-related mortality as a function of socio-economic status. *Addiction*, 94,867–886.

Mäkelä, P., Fonager, K., Hibell, B., Nordlund, S., Sabroe, S. & Simpura, J. (1999) *Drinking Habits in the Nordic Countries*.

Makkai, T. (1997) Alcohol and disorder in the Australian community: Part I—Victims. *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice*, 76. Canberra: Australian Institute of Criminology.

Mangione, T.W., Howland, J., Amick, B. et al. (1999) Employee drinking practices and work performance. *Journal of Studies on Alcohol*, 60,261–270.

Mann, R.E., Smart, R.G. & Govoni, R. (2003) The epidemiology of alcoholic liver disease. *Alcohol Research and Health*, 27,209-219.

Marmot, M.G., North, F., Feeney, A., and Head, J. (1993) Alcohol consumption and sickness absence: From the Whitehall II study. *Addiction*, 88,369–382.

Martin, S. E. and Bachman, R. (1997) The relationship of alcohol to injury in assault cases. In: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism*, 13,4256. New York: Plenum Press.

Martin, S. E. (1992) The epidemiology of alcohol-related interpersonal violence. *Alcohol Health and Research World*, 16, 230– 237.

4. Alcohol i salut

Mattson, S.N., Schoenfeld, A.M. and Riley, E.P. (2001) Teratogenic effects of alcohol on brain and behaviour. *Alcohol Research and Health*, 25,175-191.

Mazzaglia, G., Britton, A.R., Altmann, D.R., and Chenet, L. (2001) Exploring the relationship between alcohol consumption and non-fatal or fatal stroke: systematic review. *Addiction*, 96, 1743-1756.

Mckenzie, C. and Eisenberg, P. R. (1996) Alcohol, coagulation, and arterial thrombosis, in: Zakhari, S. & Wassef, M., eds. *Alcohol and the Cardiovascular System*, 22,413-439 (Bethesda, MD, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism).

McLeod. R., Stockwell, T., Stevens, M., Phillips, M. (1999) The relationship between alcohol consumption patterns and injury. *Addiction*, 94,1719-1734.

Mennella, J. (2001) Alcohol's effect on lactation. *Alcohol Research and Health*. 25 230-234,

Merikangas, K.R., Mehta, R.L., Molnar, B.E. et al. (1998) Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors: An International Journal*, 23(6):893-907.

Midanik, L. T. and Clark, W. B. (1995) Drinking related problems in the United States: description and trends, 1984± 1990. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 395± 402.

Midanik, L. T. (1999) Drunkenness, feeling the effects and 5 plus measures. *Addiction*, 94, 887-897.

Midanik, L. T., Tam, T. W., Greenfield, T. K. and Caetano, R. (1996) Risk functions for alcohol-related problems in a 1988 US sample. *Addiction*, 91,1427-1437.

Miller, B.A., Downs, W.R. (1993) The impact of family violence on the use of alcohol by women. *Alcohol Health and Research World*, 17,137-143

Miller, B.A., Downs, W.R., Gondoli, D.M. (1989) Spousal violence among alcoholic women as compared with a random household sample of women. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 533-540.

Miller, B.A., Maguin, E. and Downs, W.R. (1997) Alcohol, drugs, and violence in children's lives. In: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism: Volume 13. Alcoholism and Violence*. New York: Plenum Press, 357-385.

Mirrlees-Black, C. (1999) Domestic violence: findings from a new British Crime Survey self-completion questionnaire. Home Office Research Study No. 191. London: Home Office.

Monforte, R., Estruch, R., Valls-Solé, J., Nicolás, J., Villalta, J. and Urbano-Marquez, A. (1995) Autonomic and peripheral neuropathies in patients with chronic alcoholism. A dose-related toxic effect of alcohol. *Archives of Neurology*, 52,45-51.

Morton, L.M., Zheng, T., Holford, T.R., Holly, E.A., Chiu, B.C.H., Costantini, A.S., Stagnaro, E., Willett, E.V., Maso, L.D., Serraino, D., Chang, E.T., Cozen, W., Davis, S., Severson, R.K., Bernstein, L., Mayne, S.T., Dee, F.R., Cerhan, J.R., Hartge, P. (2005) Alcohol consumption and risk of non-Hodgkin lymphoma: a pooled analysis. *Lancet Oncol*, 6,469-476.

Moyer, A., Finney, J.W., Swearingen, C.E. and Vergun, P. (2002) Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97,279-292.

Mueser, K.T., Kavanagh, D. (2001) Treating comorbidity of alcohol problems and psychiatric disorder. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds), *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*, John Wiley & Sons.

4. Alcohol i salut

Mukamal, K.J., Conigrave, K.M., Mittleman, M.A., Camargo, C.A., Stampfer, M.J., Willett, W.C. & Rimm, E.B. (2003) Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men. *New England Journal of Medicine*, 348, 109-118.

Mullahy, J. and Sindelar, J.L. (1996) Employment, unemployment and problem drinking. *Journal of Health Economics*, 15,409-434.

Murdoch, D., Pihl, R. O. and Ross, D. (1990) Alcohol and crimes of violence: present issues. *International Journal of the Addictions*, 25,1065-1081.

Murray, R.P., Connett, J.E., Tyas, S.L. et al. (2002) Alcohol volume, drinking pattern, and cardiovascular disease morbidity and mortality: is there a U-shaped function?. *American Journal of Epidemiology*, 155(3):242-248.

Murray, C. J. L. & Lopez, A. (1996) Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factors, in: Murray, C. & Lopez, A., eds. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. 295-324 (Boston, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank).

Mustonen, H. and Mäkelä, K. (1999) Relationships between characteristics of drinking occasions and negative and positive.

Naimi, T.S., Brown, D.W., Brewer, R.D., Giles, W.H., Menash, G., Serdula, M.K., Mokdad, A.H., Hungerford, D.W., Lando, J., Naimi, S. & Stroup, D.F. (2005) Cardiovascular risk factors and confounders among nondrinking and moderate-drinking US adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 28,369-373.

Norström, T., Ö. Hemström, M. Ramstedt, I. Rossow, and O-J. Skog. (2001) "Mortality and Population Drinking." *Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*, T. Norström. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Nyström, M., (1992) Positive and negative consequences of alcohol drinking among young university students in Finland. *British Journal Addiction*, 87,715-722.

O'Farrell, T. J. and Choquette, K. (1991) Marital violence in the year before and after spouse-involved alcoholism treatment. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 1,32-40.

O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W., Murphy, M. and Murphy, C. M. (2003) Partner violence before and after individually based alcoholism treatment for male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71,92-102.

O'Farrell, T. J., Murphy, C. M., Neavins, T. M. and Van Hutton, V. (2000) Verbal aggression among male alcoholic patients and their wives in the year before and two years after alcoholism treatment. *Journal of Family Violence*, 15,295-310.

O'Farrell, T. J., Van Hutton, V. and Murphy, C. M. (1999) Domestic violence before and after alcoholism treatment: a two year longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 60,317- 321.

Obe, G., Anderson, D. (1987) Genetic effects of ethanol. *Mutation Research*, 186, 177-200.

Olenick, N.L., Chalmers, D.K. (1991) Gender-specific drinking styles in alcoholics and nonalcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 52,324-330.

Oscar-Berman, M. and Marinkovic, K. (2003) Alcoholism and the brain: an overview. *Alcohol Research and Health*, 27,125-133.

4. Alcohol i salut

Parker, R. (1993) Alcohol and theories of homicide. In: Adler, F. & Laufer, W., eds. *Advances in Criminological Theories*, 4,113–142. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

Parker, R. N. & Auerhahn, K. (1998) Alcohol, drugs and violence. *Annual Review of Sociology*, 24,291–311.

Parsons, O.A., Nixon, S.J. (1998) Cognitive functioning in sober social drinkers: a review of the research since 1986. *Journal of Studies on Alcohol*, 59,180–190.

Peele, S. and Brodsky, A. (2000) Exploring psychological benefits associated with moderate alcohol use. *Drug and Alcohol Dependence*, 60,221–247.

Peele, S. and Grant, M. (Eds) (1999) *Alcohol and Pleasure: A Health Perspective*. Washington DC: International Center for Alcohol Policies.

Penick, E.C., Powell, B.J., Liskow, B.I., Jackson, J.O., Nickel, E.J. (1988) The stability of coexisting psychiatric syndromes in alcoholic men after one year. *Journal of Studies on Alcohol*, 49,395–405.

Pernanen, K. (1991) *Alcohol in Human Violence*. New York: Guilford Press.

Pernanen, K., Cousineau, M. M., Brochu, S. & Sun, F. (2002) Proportions of Crimes Associated with Alcohol and Other Drugs in Canada. Ottawa: Canadian Centre on Substance Use.

Perry, I.J., Wannamethee, S.G., Walker, M.K., Thomson, A.G., Whincup, P.H., Shaper, A.G. (1995) Prospective study of risk factors for development of non-insulin dependent diabetes in middle aged British men. *British Medical Journal*, 310(6979):560–564.

Peterson, J.B., Rothfleisch, J., Zelazo, P. and Pihl, R.O. (1990) Acute alcohol intoxication and neuropsychological functioning. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 114–122.

Petrakis, I.L., Gonzalez, G., Rosenheck, R. and Krystal, J.H. (2002) Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. *Alcohol Research and Health*, 26,81–89.

Pettinati, H., Sugerman, A., Maurer, H.S. (1982) Four-year MMPI changes in abstinent and drinking alcoholics. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 6,487–494.

Phillips, B.J. and Jenkinson, P. (2001) Is ethanol genotoxic? A review of the published data. *Mutagenesis*, 16,91–101.

Pihl, R. O., Peterson, J. B. and Lau, M. A. (1993) A biosocial model of the alcoholaggression relationship. *Journal of Studies on Alcohol*, 11,128139.

Pletcher, M.J., Tice, J.A., Pignone, M. et al. (2004) Using the coronary artery calcium score to predict coronary heart disease events: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 164,1285–1292.

Pletcher, M.J., Varosy, P., Kiefe, C.I., Lewis, C.E., Sidney, S. and Hulley, S.B. (2005) Alcohol consumption, binge drinking and early coronary calcification: findings from the coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study. *American Journal of Epidemiology*,161,423–433.

Pliner, P. and Cappell, H. (1974) Modification of affective consequences of alcohol: a comparison of solitary and social drinking. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 418–425.

Poikolainen, K., Vahtera, J., Virtanen, M., Linna, A., & Kivimäki, M. (2005) Alcohol and coronary heart disease risk—is there an unknown confounder? *Addiction*. 100(8):1150–1157.

4. Alcohol i salut

Preedy, V.R., Mantle, D. & Peters, T.J. (2001) Alcoholic muscle, skin and bone disease. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds.), *International Handbook of Alcohol Problems and Dependence*. West Sussex, U.K: John Wiley & Sons, Ltd.

Puffer R. & Griffith G.W. (1967) *Patterns of Urban Mortality*, Scientific Publication, 151. Washington DC: Pan American Health Organization.

Quigley B.M. and Leonard K.E. (1999) Husband alcohol expectancies, drinking, and marital conflict styles as predictors of severe marital violence among newlywed couples. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13,49-59.

Ramstedt, M. (2001) Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries. *Addiction*, 96(1):S19-S34.

Ramstedt, M. (2002) Alcohol-related mortality in 15 European countries in the postwar period. *European Journal of Population*, 18,307-23.

Reeder, V. C., Aikens, M. L., Li, X.-N. and Booyse, F. M. (1996) Alcohol and the fibrinolytic system, in: Zakhari, S. & Wassef, M., eds. *Alcohol and the Cardiovascular System*, 21,391-411. Bethesda, MD, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S. et al (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 264,2511–2518.

Rehm, J., Room. R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G., and Sempos, C.T. (2003) The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98,1209-1228.

Rehm, J., Room, R, Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, T., Sempos, C.T., Frick, U., Jernigan, D. (2004) Alcohol. In: WHO (ed), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva: WHO.

Rehm, J. and Rossow, I. (2001) The impact of alcohol consumption on work and education. In: Klingemann H. and Gmel G. (eds.) *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*, 67-77. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Rehm, J. and Gmel, G. (2000) Gaps and needs in international alcohol epidemiology. *Journal of Substance Use*, 5,6-13.

Rehm, J. and Gmel, G. (1999) Patterns of alcohol consumption and social consequences. Results from an 8 year follow-up study in Switzerland. *Addiction*, 94, 899-912.

Rehm, J. & Sempos, C. T. (1995a) Alcohol consumption and all-cause mortality—questions about causality, confounding and methodology. *Addiction*, 90,493-498.

Rehm, J., Ashley, M., Room, R. et al. (1996) Emerging paradigm of drinking patterns and their social and health consequences, *Addiction*, 91,1615-1621.

Reich, T., Edenberg, H.J., Goate, A., Williams, J.T., Rice, J.P., Van Eerdewegh, P., Foroud, T., Hesselbrock, V., Schuckit, M.A., Bucholz, K., Porjesz, B., Li, T.K., Conneally, P.M., Nurnberger, J.I., Jr., Tischfield, J.A., Crowe, R.A., Cloninger, C.R., Wu, W., Shears, S., Carr, K., Crose, C., Willig, C. and Begleiter, H. (1998) Genome-wide search for genes affecting the risk for alcohol dependence. *American Journal Medicine Genetics*, 81(3):207–215.

4. Alcohol i salut

Renaud, S., Guegen, R., Schenker, J. and D'houtard, A. (1998) Alcohol and mortality in middle-aged men from eastern France, *Epidemiology*, 9,184-188.

Report on the National Study of Domestic Abuse National Crime Council: www.crimecouncil.ie.

Rich, E. C., Siebold, C. and Champion, B. (1985) Alcohol-related acute atrial fibrillation. A case-control study and review of 40 patients. *Archives of Internal Medicine*, 145,830- 833.

Richardson, A. and Budd, T. (2003) *Alcohol, Crime and Disorder: a Study of Young Adults*. Home Office Research Study, 263. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.

Ridolfo, B. and Stevenson, C. (2001) *The Quantification of Drug-Caused Mortality and Morbidity in Australia, 1998*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Rimm, E.B., Chan, J., Stampfer, M., Colditz, G.A., Willett, W. (1995) Prospective study of cigarette smoking, alcohol use, and the risk of diabetes in men. *British Medical Journal*, 310,555-559.

Robinette, C. D., Hrubec, Z. & Fraumeni, J. F. (1979) Chronic alcoholism and subsequent mortality in World War II veterans, *American Journal of Epidemiology*, 109,687-700.

Rodgers, B., Korten, A.E., Jorm, A.F., Jacomb, P.A., Christensen, H., Henderson, A.S. (2000) Non-linear relationships in associations of depression and anxiety with alcohol use. *Psychological Medicine*, 30(2):421-432.

Rodgers, B., Korten, A.E., Jorm, A.F., Christensen, H., Henderson, S. & Jacomb, P.A. (1990) Risk factors for depression and anxiety in abstainers, moderate drinkers and heavy drinkers. *Addiction*, 95,1833-1845.

Romelsjö, E.A. and Lundberg, M. (1996) The changes in the social class distribution of moderate and high alcohol consumption and of alcohol-related disabilities over time in Stockholm County and in Sweden. *Addiction*, 91,1307-1323.

Room, R., Bondy, S. J. and Ferris, J. (1995) The risk of harm to oneself from drinking, Canada 1989. *Addiction*, 90,499- 513.

Room, R., Rehm, J., Trotter, R.T., Paglia, A., & Üstün, T.B. (2001) Cross-cultural views on stigma, valuation, parity, and societal values towards disability. In: Üstün T.B., Chatterji S., Bickenbach J.E., Trotter R.T., Room R., Rehm J., & Saxena S., eds. *Disability and Culture: Universalism and Diversity*, 247-291. Seattle: Higrefe and Huber.

Rose, G. (1992) *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press.

Rossow I. (2000) Suicide, violence and child abuse: review of the impact of alcohol consumption on social problems. *Contemporary Drug Problems*, 27,397-434.

Rossow I., Parnanen K., and Rehm J. (2001) Alcohol, suicide and violence. In: Klingemann H. and Gmel G. (eds.) *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*, 93-112. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Rossow, I. and Hauge, R. (2004) Who pays for the drinking? Characteristics of the extent and distribution of social harms from others' drinking. *Addiction*, 99,1094-1102.

Rossow, I. (1996) Alcohol related violence: the impact of drinking pattern and drinking context. *Addiction*, 91,1651- 1661.

Rossow, I. (1996) Alcohol and suicide –beyond the link at the individual level. *Addiction*, 91,1463-1469.

4. Alcohol i salut

- Rothman, K.J., Greenland, S. (1998) Causation and causal inference. In: Modern epidemiology. 2nd edn. Rothman KJ, Greenland S, eds. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, PA.
- Rourke, S.B., And Löberg, T. (1996) The neurobehavioral correlates of alcoholism. In: Nixon, S.J., ed. Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric Disorders, 2d ed. New York: Oxford University Press, 423–485.
- Sacco, R.L., Elkind, M., Boden-Albala, B. et al. (1999) The protective effect of moderate alcohol consumption in ischemic stroke. *Journal of the American Medical Association*, 281(1):53–60.
- Saccone, N.L., kwon, J.M., Corbett, J. et al. (2000) A genome screen of maximum number of drinks as an alcoholism phenotype. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)*, 96,632–637.
- Sahi, T., Paffenbarger, R.S.J., Hsieh, C.C., Lee, I.M. (1998) Body mass index, cigarette smoking, and other characteristics as predictors of self-reported, physician-diagnosed gallbladder disease in male college alumni. *American Journal of Epidemiology*, 147,644–651.
- Sampson, H.W. (2002) Alcohol and other factors affecting osteoporosis risk in women. *Alcohol Research and Health*, 26,292-298.
- Sayette, M. A., Wilson, T. and Elias, M. J. (1993) Alcohol and aggression: a social information processing analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 54,399407.
- Schiff, E.R. and Ozden, N. (2003) Hepatitis C and alcohol. *Alcohol Research and Health*, 27,232-239.
- Schiff, E.R. (1997) Hepatitis C and alcohol *Hepatology*,26(suppl 1),9s.
- Schuckit, A.(1996) Alcohol, anxiety, and depressive disorders. *Alcohol Health and Research World*, 20(2):81–85.
- Seitz, H.K. and Homan, N. (2001) Effect of alcohol on the orogastrointestinal tract, the pancreas and the liver. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds.), *International Handbook of Alcohol Problems and Dependence*. West Sussex, U.K: John Wiley & Sons, Ltd.
- Shaffer, D., Gould, M., Fisher, P., Trautman, P., Mourau, D., Kleinman, M., Flory, M. (1996) Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53,339–348.
- Sharps, P. W., Campbell, J., Campbell, D., Gary, F. & Webster, D. (2001) The role of alcohol use in intimate partner femicide. *American Journal on Addictions*, 10, 122135.
- Sierksma, A. (2003) Moderate alcohol consumption and vascular health. PhD Thesis. Utrecht University, Utrecht, The Netherlands.
- Skog, O-J. (1980) Liver cirrhosis epidemiology: some methodological problems. *British Journal of Addiction*, 7,227–243.
- Skog, O-J. (1991) Drinking and the distribution of alcohol consumption. In: Pittman D.J. and Raskin White H. (eds.) *Society, Culture, and Drinking Patterns Reexamined*. 135-156. New Brunswick: Alcohol Research Documentation.
- Smith, G.S., Branas, C.C. and Miller, T.R. (1999) Fatal nontraffic injuries involving alcohol: A metaanalysis. *Annals of Emergency Medicine*, 33(6):659–668.

4. Alcohol i salut

Sonne, S.C. and Brady, K.T. (2002) Bipolar disorder and alcoholism. *Alcohol Research and Health*, 26,103-108.

Sood, B., Delaney-Black, V., Covington, C., Nordstrom-Klee, B., Ager, J., Templin, T. et al. (2001) Prenatal alcohol exposure and childhood behaviour at age 6-7 years: dose response effect. *Paediatrics*, 108,e34-35.

Spear, L. (2002) Adolescent brain and the college drinker: Biological basis of propensity to use and misuse alcohol. *Journal Studies Alcohol*, 14,71-81.

Stampfer, M.J., Colditz, G.A., Willett, W.C., Manson, J.E., Arky, R.A., Hennekens, C.H., Speizer, F.E. (1988) A prospective study of moderate alcohol drinking and risk of diabetes in women. *American Journal of Epidemiology*, 128(3):549-58.

Stampfer, M.J., Kang, J.H., Chen, J., Cherry, R., and Grodstein, F. (2005) Effects of Moderate Alcohol Consumption on Cognitive Function in Women. *New England Journal Medicine*,352,245-253.

Stockwell, T., Lang, E. and Rydon, P. (1993) High risk drinking settings: the association of serving and promotional practices with harmful drinking. *Addiction*, 88,1519-1526.

Strategy Unit (2003) Strategy Unit Alcohol Harm Reduction project: Interim Analytical Report. www.strategy.gov.uk.

Stuart, G. L., Ramsey, S. E., Moore, T. M., Kahler, C. W., Farrell, L. E., Recupero, P. R. & Brown, R. A. (2003) Reductions in marital violence following treatment for alcohol dependence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18,1113-1131.

Suhonen, O., Aromaa, A., Reunanen, A., & Knekt, P. (1987) Alcohol consumption and sudden coronary death in middle-aged Finnish men. *Acta Medica Scandinavica*, 221,335-341.

Swahn, M. H. and Donovan, J. E. (2004) Correlates and predictors of violent behavior among adolescent drinkers. *Journal of Adolescent Health*, 34,480-492.

Swahn, M. H. (2001) Risk factors for physical fighting among adolescent drinkers. *American Journal of Epidemiology*, 153,S72.

Swendsen, J.D., Merikangas, K.R., Canino, G.J. et al. (1998) Comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Comprehensive Psychiatry*, 39(4):176-184.

Swift, R. (2003) Direct measurement of alcohol and its metabolites. *Addiction*,98 (2):73-80.

Szucs, S., Sarvary, A., McKee, M. & Adany, R. (2005) Could the high level of cirrhosis in central and eastern Europe be due partly to the quality of alcohol consumed? An exploratory investigation. *Addiction*, 100,536-542.

Testa, M. and Parks, K.A. (1996). The role of women's alcohol consumption in sexual victimization. *Aggression and Violent Behaviour*, 1 (3): 217-234.

Thom, B. (2001) A social and political history of alcohol. In Heather, N., Peters, T.J. & Stockwell, T., eds. *International handbook of alcohol dependence and problems*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Thun, M.J., Peto, R., Lopez, A.D., Monaco, J.H., Henley, S.J., Heath, C.W.J., Doll, R. (1997) Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. *The New England Journal of Medicine*, 337,1705-1714.

4. Alcohol i salut

Tolstrup, J.S., Jensen, M.K., Tjønneland, A., Overvad, K. & Grønbaek, M. (2004) Drinking pattern and mortality in middle-aged men and women. *Addiction*, 99,323-330.

Toumbourou, J.W., Williams, I.R., White, V.M., Snow, P.C., Munro, G.D. and Schofield, P.E. (2004) Prediction of alcohol-related harm from controlled drinking strategies and alcohol consumption trajectories. *Addiction*, 99,498-508.

Trevisan, M., Dorn, J., Falkner, K., Russell, M., Ram, M., Muti, P., Freudenheim, J.L., Nochajski, T and Hovey, K. (2004) Drinking pattern and risk of non-fatal myocardial infarction: a population-based case-control study. *Addiction*, 99,313-322.

Trevisan, M.T., Ram, M., Hovey, K. et al. (2001a) Alcohol drinking patterns and myocardial infarction. *American Journal of Epidemiology*, 153(11):S97.

Trevisan, M.T., Schisterman, E., Mennotti, A. et al. (2001b) Drinking pattern and mortality: The Italian Risk Factor and Life Expectancy Pooling Project. *Annals of Epidemiology*, 11,312-319.

Turner, R.T. and Sibonga, J.D. (2001) Effects of alcohol use and estrogen on bone. *Alcohol Research and Health*, 25,276-281.

US Department of Health and Human Services (2000) 10th Special report to the US Congress on Alcohol and Health. Washington, US Department of Health and Human Services.

Wannamethee, S.G., Shaper, A.G. (1996) Patterns of alcohol intake and risk of stroke in middle-aged British men. *Stroke*, 27,1033-1039.

Wannamethee, S.G., Shaper, A.G. (2003) Alcohol, body weight, and weight gain in middle-aged men. *American Journal Clinical Nutrition*, 77,1312-1317.

Wannamethee, G. and Shaper, A. G. (1992) Alcohol and sudden cardiac death, *British Heart Journal*, 68,443-448.

Wannamethee, S.G. and Shaper, A.G. (1999) Type of alcoholic drink and risk of major coronary heart disease events and all-cause mortality. *American Journal of Public Health*, 89,685-690.

Watson, D. and Parsons, S. (2005) Domestic Abuse of Women and Men in Ireland.

Watt, K., Purdie, D.M., Roche, A.M. and McClure, R.J. (2004) Risk of injury from acute alcohol consumption and the influence of confounders. *Addiction*, 99,1262-1273.

Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B. and Castillo, S. (1994) Health and behavioral consequences of binge drinking in college: a national survey of students at 140 campuses. *JAMA*, 272,1672-1677.

Wechsler, H., Dowdall, G. W., Davenport, A. and Castillo, S. (1995) Correlates of college student binge drinking. *American Journal of Public Health*, 85,921-926.

Wechsler, H., Dowdall, G. W., Maenner, G., Gledhill-Hoyt, J. and Lee, H. (1998) Changes in binge drinking and related problems among American college students between 1993 and 1997: results of the Harvard School of Public Health College Alcohol Study. *Journal of American College Health*, 47,57-68.

Wei, M., Gibbons, L.W., Mitchell, T.L., Kampert, J.B., Blair, S.N. (2000) Alcohol intake and incidence of type 2 diabetes in men. *Diabetes Care*, 23(1):18-22.

Wells, S., Graham, K., and West, P. (2000) Alcohol-related aggression in the general population. *Journal of Studies on Alcohol*. 61,626-632.

4. Alcohol i salut

Wells, J.E., Horwood, L.J. and Fergusson, D.M. (2004) Drinking patterns in mid-adolescence and psychosocial outcomes in late adolescence and early adulthood. *Addiction*, 99,1529-1541.

Wells, S., Graham, K. and West, P. (2000) Alcohol-related aggression in the general population. *Journal of Studies on Alcohol*, 61,626-632.

Wells, S., Graham, K., Speechley, M. and Koval, J.J. (2005) Drinking patterns, drinking contexts and alcohol-related aggression among late adolescent and young adult drinkers. *Addiction*, 100,933-944.

White, H.R. and Chen, P-H (2002) Problems drinking and intimate partner violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 63,205-214.

White, I. R. (1999) The level of alcohol consumption at which all-cause mortality is least. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52,967-975.

White, I.R., Altmann, D.R. and Nanchahal, K. (2002) Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. *British Medical Journal*, 325,191-198.

Widom, C.S. and Hiller-Sturmhofel, S. (2001) Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. *Alcohol Research and Health*, 25,52-57.

Wiley, J. A. and Weisner, C. (1995) Drinking in violent and nonviolent events leading to arrest: Evidence from a survey of arrestees. *Journal of Criminal Justice*, 23,461-476.

Willenbring, M.L. (1986) Measurement of depression in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 49,412-417.

Williams, C.M., Skinner, A.E. (1990) The cognitive effects of alcohol abuse: a controlled study. *British Journal of Addiction*, 85,911-917.

Williams, F.G., Knox, R. (1987) Alcohol abuse intervention in a university setting. *Journal of American College Health*, 36,97-102.

Williams, J.T., Begleiter, H., Porjesz, B. et al. (1999) Joint multipoint linkage analysis of multivariate qualitative and quantitative traits. II. Alcoholism and event-related potentials. *American Journal of Human Genetics*, 65,1148-1160.

Windham, G.C., Von Behren, J., Fenster, L. et al. (1997) Moderate maternal alcohol consumption and risk of spontaneous abortion. *Epidemiology*, 8(5):509-514.

World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders*. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (2001) *The International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2004) *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: World Health Organization.

Zarkin, G.A., French, M.T., Mroz, T. and Bray, J. (1998) Alcohol use and wages: new results from the National Household Survey on Drug Abuse. *Journal of Health Economics*, 17,53-68.

Zhang, L., Wiczorek, W., Welte, J. (1997) The nexus between alcohol and violent crime. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21,1264-1271.

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

Resum de l'evidència del capítol

1. Cal identificar el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol?

Segons la dosi consumida, l'alcohol pot comportar un gran nombre de problemes de salut, tant físics com mentals. Aquest fet dóna l'oportunitat als professionals d'atenció primària d'identificar els pacients adults amb un consum de risc o perjudicial d'alcohol. Múltiples estudis demostren que la majoria de pacients amb un consum de risc o perjudicial d'alcohol passen desapercebuts per als professionals d'atenció sanitària.

2. En quins grups de pacients s'hauria d'identificar el consum de risc o perjudicial d'alcohol?

Per implementar una estratègia realment preventiva, caldria fer una identificació entre tots els pacients adults per identificar qualsevol consum de risc i perjudicial d'alcohol, inclosos els patrons d'episodis de consum intensiu. Si no fos possible seguir aquest plantejament, una altra opció viable consisteix a limitar la identificació als grups d'alt risc o a certes situacions específiques. Aquests grups podrien incloure els homes joves fins a la mitjana edat i les consultes especials (per exemple, consultes per a la hipertensió).

3. Quines són les millors preguntes o els instruments d'identificació més efectius per identificar el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol?

La manera més senzilla de plantejar aquests exàmens és fer preguntes relacionades amb el consum d'alcohol al pacient. Les primeres tres preguntes del test AUDIT-C de l'Organització Mundial de la Salut, pensat per identificar els pacients amb un consum de risc i perjudicial d'alcohol als centres d'atenció primària de salut, han estat provades i validades. La primera pregunta fa referència a la freqüència de consum; la segona, a la quantitat d'alcohol consumit en un dia de consum habitual, i la tercera, a la freqüència dels episodis de consum intensiu d'alcohol.

4. Com s'han d'utilitzar els qüestionaris o els instruments d'identificació?

La identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol és més precisa quan s'aplica a les pràctiques i els sistemes clínics rutinaris. Per exemple, es poden fer aquestes preguntes a tots els pacients que es visitin al centre per primera vegada, a tots els pacients que sol·licitin una revisió mèdica, o bé a tots els homes d'entre 18 i 44 anys que s'adrecin a la consulta. No hi ha evidència que la identificació sistemàtica del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol pugui tenir efectes negatius, com la incomoditat o la insatisfacció dels pacients.

5. Les proves bioquímiques són útils per a la identificació?

Entre les proves bioquímiques per a trastorns de consum d'alcohol s'inclouen els enzims hepàtics (per exemple, el sèrum γ -glutamilttransferasa (GGT) i

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

les transaminases), la transferrina deficient en carbohidrats (TDC) i el volum corpuscular mitjà (VCM). Aquest tipus de proves no són útils per a la identificació, ja que quan els resultats són alts, ofereixen poca sensibilitat i només permeten identificar una petita proporció dels pacients amb un consum de risc o perjudicial d'alcohol.

Recomanacions

1. La identificació del consum de risc, el consum perjudicial d'alcohol i els episodis de consum intensiu d'alcohol s'ha d'oferir a tots els pacients adults dels centres d'atenció primària de salut.
2. Emprar les primeres tres preguntes sobre consum d'alcohol del test AUDIT és un dels mètodes més eficients per identificar el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol. Als pacients de sexe masculí que obtinguin una puntuació de 5 o més al test AUDIT-C o consumeixin 280 g o més d'alcohol per setmana, i als pacients de sexe femení que obtinguin una puntuació de 4 o més al test AUDIT-C o consumeixin 140 g o més d'alcohol per setmana, se'ls ha d'oferir una intervenció breu (vegeu l'annex). Aquests punts de tall s'hauran d'adaptar segons les avaluacions i les directrius específiques de cada país.
3. La identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol és més precisa quan s'aplica a les pràctiques i els sistemes clínics rutinaris.
4. La identificació rutinària de consum de risc, consum perjudicial d'alcohol o dependència de l'alcohol a l'atenció primària de salut no s'ha de basar en proves bioquímiques, com el sèrum γ -glutamilttransferasa (GGT), la transferrina deficient en carbohidrats (TDC) i el volum corpuscular mitjà (VCM).

5.1 Cal identificar el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol?

Al capítol 4 s'ha apuntat que, a part de ser una droga que crea dependència, l'alcohol és la causa de seixanta o més tipus diferents de malalties i afeccions, incloent-hi lesions, trastorns mentals i conductuals, afeccions gastrointestinals, càncers, malalties cardiovasculars, trastorns immunològics, malalties òssies, trastorns reproductius i problemes prenatals. Al capítol anterior també s'esmenta que l'alcohol incrementa el risc de patir aquestes malalties i lesions de manera proporcional a la dosi ingerida, sense indicis de cap efecte llindar. Com més elevat sigui el consum d'alcohol, més gran és el risc. Com indica el capítol 4, reduir o abandonar el consum d'alcohol té efectes beneficiosos per a la salut. Si es deixa de consumir alcohol, es poden revertir tots els riscos greus causats per aquesta substància. Fins i tot en casos de malalties cròniques, com la cirrosi hepàtica i la depressió, reduir o posar fi al consum de begudes alcohòliques pot comportar millores immediates de salut.

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

Segons la dosi consumida, l'alcohol pot comportar un gran nombre de problemes de salut, tant físics com mentals. Aquest fet dona l'oportunitat als professionals d'atenció primària d'identificar els pacients adults amb un consum de risc o perjudicial d'alcohol. Malgrat això, tot i que un alt percentatge de metges de capçalera afirmen realitzar identificacions dels problemes relacionats amb l'alcohol (Kaner [et al.], 1999; McAvoy [et al.], 1999; Haley [et al.], 2000; McAvoy [et al.], 2001; Lopez-de-Munai [et al.], 2001), els índexs d'identificació són reduïts (Brotons [et al.], 1996; Spandorfer [et al.], 1999; Heather, 1996; Gomel [et al.], 1998; Rumpf [et al.], 2001), i els mateixos pacients declaren que poques vegades se'ls pregunta sobre el consum d'alcohol, fins i tot en casos de consum de risc (Aalto [et al.], 2001). Per tant, com que la majoria de pacients amb un consum de risc o perjudicial d'alcohol passen desapercibuts per als professionals d'atenció sanitària (Spandorfer [et al.], 1999; Vinson [et al.], 2000; McGlynn [et al.], 2003; Rush [et al.], 2003), per identificar aquests tipus de consum és necessari implementar una estratègia sistemàtica.

5.2 En quins grups de pacients s'hauria d'identificar el consum de risc o perjudicial d'alcohol?

Per implementar una estratègia realment preventiva, caldria implementar una identificació sistemàtica. Però, en moltes consultes generals, amb un gran volum de visites, no és possible cribrar sistemàticament tots els pacients adults. En aquest cas, una altra opció viable consisteix a limitar la identificació als grups d'alt risc o a certes situacions específiques. Aquesta alternativa s'ha de considerar una fase intermèdia en el procés d'implementació. La selecció d'aquests grups d'alt risc es pot basar en dades epidemiològiques (per exemple, homes de mitjana edat) o en els riscos per a la salut que pot comportar el consum d'alcohol per a certs grups (per exemple, adults joves o dones embarassades).

Aquestes són algunes de les opcions:

1. Tots els pacients (a través de la recepcionista, el personal d'infermeria o el metge): ideal, però no sempre factible.
2. Tots els pacients durant certs períodes de temps (per exemple, un mes cada sis mesos): permet identificar el pacients amb consum de risc i consum perjudicial d'alcohol, però només durant períodes limitats.
3. Tots els pacients que es visitin per primer cop al centre: permet identificar els pacients amb consum de risc i consum perjudicial d'alcohol.
4. Alguns grups d'edat (per exemple, els homes joves): permet identificar els pacients amb consum de risc i consum perjudicial d'alcohol però no detecta els casos en altres grups d'edat.
5. Pacients amb símptomes, diagnòs, signes i resultats de proves de laboratori específics (vegeu més endavant), o pacients que s'adrecin a consultes especials (per exemple, consultes per a la hipertensió): permet identificar sobretot casos de consum perjudicial d'alcohol i requereix la intervenció d'un metge en la majoria dels casos.

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

Al capítol 4 es descriuen nombrosos problemes socials i físics causats per l'alcohol. La identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol s'ha de realitzar quan s'observa qualsevol d'aquests problemes, com hipertensió arterial, mals de cap, malestars d'estómac, ansietat i depressió, dificultats sexuals, problemes de son, poca concentració, baix rendiment laboral, lesions accidentals, malalties hepàtiques, ressaques, càncer, irritabilitat i preocupacions econòmiques. Els signes mèdics com la tremolor de les mans, el trencament de vasos sanguinis a la cara i els canvis a les membranes mucoses (com, per exemple, la conjuntivitis) i la cavitat oral (com, per exemple, la glossitis), l'hepatomegàlia i l'olor d'alcohol a l'alè també són indicadors per identificar el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol. I, finalment, també cal tenir en compte els nivells elevats de sèrum γ -glutamilttransferasa (GGT), transaminases, TDC i VCM, ja que solen estar vinculats al consum d'alcohol. Com que aquestes proves es fan rutinàriament, com a part d'una bateria de proves bioquímiques, la presència d'un nivell elevat hauria d'alertar el personal clínic sobre una possible diagnosi de consum perjudicial i dependència de l'alcohol.

5.3 Quines són les millors preguntes o els instruments d'identificació més efectius per identificar el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol?

El consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol es poden identificar mesurant la ingesta d'alcohol o bé utilitzant un instrument d'identificació ideat específicament per a aquest propòsit. El consum d'alcohol es pot mesurar fent preguntes de quantitat i freqüència o mitjançant mètodes d'estimació del consum diari. Aquestes preguntes i mètodes es poden realitzar oralment, amb qüestionaris impresos o amb format digital.

Pel que fa als instruments d'identificació, és important entendre els conceptes de «sensibilitat» i «especificitat». La sensibilitat és la proporció de persones que pateixen l'afecció (en aquest cas, consum de risc i consum perjudicial d'alcohol) que identificarà el test, mentre que l'especificitat és la proporció de persones que no presenten un consum de risc o perjudicial d'alcohol i que obtindran resultats normals o negatius. Aquests dos percentatges són interdependents, ja que la sensibilitat es pot augmentar reduint l'especificitat, i viceversa, canviant el punt de tall que diferencia un resultat normal d'un resultat anormal. Per aquest motiu, en les estimacions sobre el rendiment d'un test s'esmenten tant la sensibilitat com l'especificitat, i les comparacions resulten més senzilles si s'estableix un nivell d'especificitat aproximat del 95% en tots els tests que s'hagin de comparar o avaluar. Com que la distribució de freqüències del consum d'alcohol és contínua i els problemes causats per l'alcohol depenen, en gran part, de la dosi ingerida, i malgrat que hi ha guies especialitzades sobre què es considera consum de risc i perjudicial d'alcohol en un test d'identificació, és difícil definir quins pacients s'inclouen al grup «normal» i quins al grup «anormal». Per tant, resulta complicat avaluar la sensibilitat o l'especificitat absolutes d'un test. Només és possible comparar el rendiment relatiu de diversos tests.

5.3.1 Mesurar el consum d'alcohol

Per mesurar el consum d'alcohol segons les indicacions del pacient es poden emprar dos mètodes diferents: (1) preguntes de quantitat i freqüència, mitjançant les quals

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

es demana al pacient que resumeixi la quantitat d'alcohol que consumeix i la freqüència del consum, durant un període de temps específic (una setmana, o el mes anterior o l'any anterior) o bé segons els seus patrons de consum «típics» o «habituals», i (2) mètodes retrospectius d'estimació del consum diari, que consisteixen a preguntar al pacient quina quantitat d'alcohol va consumir cada dia durant un període de temps específic, normalment, la darrera setmana.

Preguntes de quantitat i freqüència del consum: l'avantatge principal d'aquest mètode (figura 5.1) és que les preguntes són fàcils de respondre i, per tant, permeten realitzar una identificació de grans mostres de pacients de manera ràpida i eficient. Les preguntes de quantitat i freqüència són un mètode vàlid, fiable i molt útil (Grant [et al.], 1995; Hasin [et al.], 1997; Dawson, 1998a). En general, les preguntes específiques (per exemple, les que fan referència a un període de temps determinat) permeten obtenir una avaluació més precisa que les preguntes generals (per exemple, preguntes sobre el comportament de consum «típic» o «habitual») (Belson, 1981). Les preguntes de quantitat i freqüència solen descriure el comportament «més habitual» i no el comportament «mitjà» (Poikolainen i Karkkainen, 1983; Midanik, 1991), i alguns indicis demostren que els pacients enquestats ometen els períodes d'abstinència quan responen a les preguntes que fan referència als «últims 12 mesos» (Weisner [et al.], 1999). A l'hora de determinar l'interval de temps que s'ha d'avaluar, cal tenir en compte els límits de la memòria. Un període breu de referència (per exemple, una setmana o els últims 30 dies) és més fàcil de recordar, però potser no és representatiu del patró de consum d'alcohol general. Una de les polèmiques més reiteratives sobre la validesa de les preguntes de quantitat i freqüència és com s'ha de mesurar la variació dels patrons de consum en un mateix pacient. En els comportaments de consum d'alcohol, la variació és més freqüent que la regularitat. A més, també és important tenir en compte que la variació sol augmentar quan les quantitats mitjanes que es consumeixen són més elevades (Greenfield, 2000). Normalment, aquest problema es resol amb el mètode de la freqüència gradual, una estratègia que permet mesurar la quantitat d'alcohol ingerida amb una sèrie de preguntes sobre el grau (per exemple, el nombre o la proporció d'ocasions en què es consumeixen d'una a dues begudes alcohòliques, de tres a quatre begudes, etc.) o els llistats de consum.

Preguntes	0	1	2	3	4
1. Amb quina freqüència pren alguna beguda alcohòlica?	Mai	Un cop o menys l mes	2 a 4 cops al mes	2 o 3 cops a la setmana	4 o més cops a la setmana
2. Quantes consumicions de begudes amb contingut alcohòlic sol fer en un dia de beure normalment?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 o 9	10 o més

Figura 5.1: Exemple d'un qüestionari de freqüència i quantitat (primeres dues preguntes del test AUDIT, vegeu més endavant).
Font: Babor [et al.]. 2001.

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

Si el pacient indica que consumeix begudes alcohòliques entre 2 i 3 cops per setmana i, normalment, pren entre 5 i 6 begudes en una sola ocasió, el consum mitjà és de 2,5 cops per 5,5, és a dir, gairebé 14 begudes per setmana.

Mètodes d'estimació del consum diari: els mètodes per calcular el consum diari requereixen més recursos (per exemple, temps i formació de l'entrevistador, equip especialitzat) i representen una càrrega molt més feixuga per als pacients que les preguntes de quantitat i freqüència. Els instruments retrospectius (com, per exemple, el mètode de seguiment temporal Timeline Followback: Sobell i Sobell, 1992, 1995a; i l'instrument Form 90: Miller i Del Boca, 1994; Miller, 1996) solen proporcionar als pacients un calendari que inclou un interval concret de temps (per exemple, 7 o 90 dies). Mitjançant tècniques de memòria assistides, es demana als pacients que indiquin el nombre estimat d'UBE consumides (o que descriguin el contingut i la quantitat de les begudes) cadascun dels dies que apareixen al calendari. Normalment, l'exercici es completa amb una entrevista personal, tot i que també hi ha adaptacions per fer l'entrevista per telèfon (per exemple, l'instrument Form 90-T: Miller, 1996) i avaluacions assistides per ordinador (per exemple, el mètode Timeline Followback: Sobell i Sobell, 1995b).

La fiabilitat i la validesa dels mètodes retrospectius d'estimació del consum diari han estat demostrades (per exemple, Sobell [et al.], 1979, 1986; Tonigan [et al.], 1997). Aquests mètodes solen proporcionar unes estimacions de consum més vàlides que les preguntes de quantitat i freqüència (per exemple, Sobell i Sobell, 1995c). Com que es basen en tècniques de memòria assistides i impliquen el record dels episodis en els quals s'han consumit begudes alcohòliques, tenen una validesa aparent més elevada que les altres tècniques. A més, permeten extreure informació sobre els patrons de consum d'alcohol. Si el comportament s'aplica a un període de temps en què el consum d'alcohol pot haver estat variable, es poden obtenir episodis que no representen les ocasions «típiques» o «habituals» de consum d'alcohol que registren moltes de les preguntes de quantitat i freqüència. Tot i així, com que aquests mètodes quantifiquen el consum d'alcohol amb molta precisió, es pot tendir a considerar les quantitats indicades en termes absoluts i no com a estimacions o aproximacions del consum. La validesa dels mètodes retrospectius d'estimació del consum diari dependrà de les habilitats de l'entrevistador i de la cooperació de l'entrevistat. Per aquest motiu, les versions que permeten que els pacients completin el qüestionari sols o a través del telèfon poden ser difícils d'implementar.

Avaluació assistida per ordinador i avaluació per Internet: l'ús dels ordinadors per guiar o per administrar directament els tests cada cop està més estès. Entre aquests mètodes s'inclouen les entrevistes personals assistides per ordinador (CAPI, per les sigles en anglès), durant les quals l'entrevistador llegeix un qüestionari generat per ordinador al pacient i introdueix les respostes obtingudes; les autoentrevistes assistides per ordinador (CASI, per les sigles en anglès), durant les quals els pacients llegeixen un qüestionari generat per ordinador i responen les preguntes de la pantalla, introduint directament la

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

informació, i el mètode A-CASI, amb preguntes gravades en format de so que es poden escoltar a través dels auriculars i, al mateix temps, llegir-les a la pantalla. En una nova versió, que és una variació del test CASI, la informació es pot recollir a través d'Internet. L'ús d'ordinadors per guiar o administrar els tests ofereix molts avantatges obvis. Els mètodes A-CASI, en particular, poden reduir els requisits acadèmics dels participants de l'estudi. A més, la tecnologia assistida per ordinador es pot fer servir per millorar les estimacions de consum mostrant gràfics de vasos per a begudes alcohòliques de diversos tipus i mides per facilitar la conversió de les respostes en UBE (Dawson, 1998b). Tot i així, les estimacions de consum obtingudes amb avaluacions assistides per ordinador no sempre presenten diferències significatives respecte de les dades obtingudes amb mètodes convencionals amb paper i llapis (Hallfors [et al.], 2000; Miller [et al.], 2002). D'altra banda, les avaluacions a través de pàgines web solen assolir uns índexs de resposta més elevats que les avaluacions per correu electrònic (McCabe [et al.], 2002).

Mesurar el consum d'alcohol. Resum. Les preguntes de quantitat i freqüència de consum (per exemple, les primeres dues preguntes del test AUDIT, vegeu més endavant) són el mètode més simple i ràpid per identificar el consum d'alcohol. Són vàlides i fiables i es poden incorporar fàcilment als qüestionaris de salut general.

5.3.2 Ús dels instruments d'identificació

Hi ha un gran varietat d'instruments que es poden utilitzar per identificar el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol, com el test AUDIT (Babor [et al.], 2001), una versió breu del test AUDIT, l'AUDIT-C (Bush [et al.], 1998), el Test d'Identificació Ràpida d'Alcohol (Fast Alcohol Screening Test, FAST) (Health Development Agency, 2002), el CAGE (Mayfield [et al.], 1974), el TWEAK (Russell [et al.], 1991), el MAST breu (Pokorny [et al.], 1972), el RAPS (Cherpitel, 2000), el Qüestionari de Cinc Preguntes (Five-Shot Questionnaire) (Seppa [et al.], 1998) i el PAT (Smith [et al.], 1996). En aquest apartat, s'avaluen els tests AUDIT, AUDIT-C, FAST i CAGE, ja que són els mètodes que més s'utilitzen.

Test d'Identificació de Trastorns Relacionats amb el Consum d'Alcohol (AUDIT): l'AUDIT és un qüestionari elaborat per l'Organització Mundial de la Salut per identificar el consum de risc, perjudicial o elevat d'alcohol, com mostra la figura 5.2. Inclou deu preguntes que cobreixen tres tipus de consum: consum de risc, consum perjudicial i dependència de l'alcohol, com mostra la figura 5.3. L'AUDIT és fàcil de puntuar. Cada pregunta té diverses respostes per triar i cada resposta té una puntuació del 0 al 4. Per calcular el resultat final, només cal sumar les puntuacions obtingudes a totes les preguntes.

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

Test AUDIT: versió entrevista Llegiu les preguntes tal com estan escrites. Anoteu les respostes. Comenceu el qüestionari amb la frase: «A continuació li faré unes quantes preguntes sobre les begudes alcohòliques que ha consumit durant el darrer any». Expliqueu què vol dir «begudes alcohòliques» fent servir exemples locals de cervesa, vi, vodka, etc. Convertiu les respostes de les preguntes en UBE. Introduïu el número de la resposta seleccionada a la casella de la dreta.	
1. Amb quina freqüència pren alguna beguda alcohòlica? (0) Mai [passeu a les preguntes 9 i 10] (1) Un cop o menys al mes (2) 2 a 4 cops al mes (3) 2 a 3 cops a la setmana (4) 4 o més cops a la setmana	<input type="text"/>
2. Quantes consumicions de begudes amb contingut alcohòlic sol fer en un dia de beure normalment? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7 a 9 (4) 10 o més	<input type="text"/>
3. Amb quina freqüència pren sis o més consumicions alcohòliques en un sol dia? (0) Mai (1) Menys d'un cop al mes (2) Mensualment (3) Setmanalment (4) A diari o quasi a diari Passeu a les preguntes 9 i 10 si la puntuació total de les preguntes 2 i 3 suma 0 punts.	<input type="text"/>
4. Amb quina freqüència en el curs del darrer any s'ha trobat que no podia parar de beure un cop havia començat? (0) Mai (1) Menys d'un cop al mes (2) Mensualment (3) Setmanalment (4) A diari o quasi a diari	<input type="text"/>
5. Amb quina freqüència en el curs del darrer any no ha pogut realitzar l'activitat que li corresponia, per haver begut? (0) Mai (1) Menys d'un cop al mes (2) Mensualment (3) Setmanalment (4) A diari o quasi a diari	<input type="text"/>
6. Amb quina freqüència en el curs del darrer any ha necessitat beure en dejú al matí per recuperar-se d'haver begut molt la nit anterior? (0) Mai (1) Menys d'un cop al mes (2) Mensualment (3) Setmanalment (4) A diari o quasi a diari	<input type="text"/>
7. Amb quina freqüència en el curs del darrer any ha tingut remordiments o sentiments de culpa després d'haver begut? (0) Mai (1) Menys d'un cop al mes (2) Mensualment (3) Setmanalment (4) A diari o quasi a diari	<input type="text"/>
8. Amb quina freqüència en el curs del darrer any ha estat incapaç de recordar què va passar la nit anterior perquè havia estat bevent? (0) Mai (1) Menys d'un cop al mes (2) Mensualment (3) Setmanalment (4) A diari o quasi a diari	<input type="text"/>
9. Vostè o alguna persona s'ha fet mal com a conseqüència que vostè havia begut? (0) No (2) Sí, però no en el curs del darrer any (4) Sí, el darrer any	<input type="text"/>
10. Algun familiar, amic, metge o professional sanitari s'ha preocupat pel seu consum de begudes alcohòliques o li ha suggerit que deixi de beure? (0) No (2) Sí, però no en el curs del darrer any (4) Sí, el darrer any	<input type="text"/>
Anoteu aquí el total de les preguntes específiques.	
Si la puntuació total excedeix el punt de tall recomanat, consulteu el Manual de l'usuari.	

Figura 5.2: AUDIT (versió entrevista). Font: Babor [et al.], 2001.

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

Àmbit i contingut dels ítems del test AUDIT		
Àmbits	Número de la pregunta	Contingut de l'ítem
Consum de risc	1	Freqüència de consum.
	2	Quantitat habitual.
	3	Freqüència de consum elevat.
Síntomes de dependència	4	Manca de control del consum.
	5	Augment del desig de beure.
	6	Consum matutí d'alcohol.
Consum perjudicial d'alcohol	7	Culpabilitat després de beure
	8	Pèrdues momentànies de consciència.
	9	Lesions relacionades amb l'alcohol.
	10	Preocupació de les persones de l'entorn pel consum d'alcohol.

Figura 5.3: Diferents àmbits del test AUDIT. Font: Babor [et al.], 2001.

L'avaluació original del test AUDIT ha demostrat una sensibilitat del 97% i una especificitat del 78% per al consum de risc, i una sensibilitat del 95% i una especificitat del 85% per al consum perjudicial d'alcohol, amb un punt de tall de 8 o més (Saunders [et al.], 1993). Fent servir el mateix punt de tall però aplicant uns estàndards de comparació diferents, s'han registrat una sensibilitat d'entre un 51% i un 59% i una especificitat d'entre un 91% i un 96% a l'hora d'identificar el consum de risc o el consum elevat d'alcohol (Volk [et al.], 1997a; Sillanauke [et al.], 1998; Bush [et al.], 1998; Bradley [et al.], 1998a). Aplicant un punt de tall de 5 o més, s'ha obtingut una sensibilitat del 84% i una especificitat del 90% per al consum de risc, el consum perjudicial i la dependència de l'alcohol combinats (Picinelli [et al.], 1997).

Fins ara, s'ha estudiat un ampli espectre de subpoblacions, inclosos pacients de l'atenció primària (Volk [et al.], 1997; Rigmaiden [et al.], 1995; Piccinelli [et al.], 1997), casos d'urgències (Cherpitel, 1995), consumidors de droga (Skipsey [et al.], 1997), persones a l'atur (Clausen i Aasland, 1993), estudiants universitaris (Fleming [et al.], 1991), pacients d'hospital d'edat avançada (Powell i McInness, 1994), i persones d'estatus socioeconòmic baix (Isaacson [et al.], 1994). S'ha demostrat que el test AUDIT proporciona una discriminació satisfactòria en diversos entorns on es poden trobar aquests grups de població.

D'altra banda, la recerca duta a terme en una gran varietat de països i cultures (Cherpitel, 1995; Conigrave [et al.], 1995a; Volk [et al.], 1997; Piccinelli [et al.], 1997; Powell i McInness, 1994; Ivis [et al.], 2000; Lapham [et al.], 1998; Steinbauer [et al.], 1998) suggereix que el test AUDIT ha complert el seu paper com a test d'identificació internacional. A més, l'AUDIT ha demostrat ser un mètode d'identificació apropiat tant per als homes com per a les dones, malgrat que les proves amb pacients de sexe femení són força escasses (Cherpitel, 1995;

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

Conigrave [et al.], 1995a; Steinbauer [et al.], 1998). L'efecte de l'edat en els resultats no s'ha analitzat de manera sistemàtica com a possible factor d'influència per al test, però un estudi (Powell i McInness, 1994) ha trobat que, amb pacients de més de 65 anys, el test registra una sensibilitat menor i una especificitat més elevada.

Comparat amb altres tests d'identificació, l'AUDIT proporciona uns resultats igualment vàlids o, fins i tot, amb un grau de precisió més elevat (Allen [et al.], 1997; Cherpitel, 1995; Clements, 1998; Hays [et al.], 1995) amb una gran varietat de mesures de comparació. Bohn [et al.] (1995) posen de manifest, al seu estudi, una important correlació entre l'AUDIT i el MAST ($r = 0,88$), tant per als homes com per a les dones.

S'ha observat un coeficient de correlació molt elevat (0,78) entre el test AUDIT i el test CAGE amb pacients d'atenció ambulatoria (Hays [et al.], 1995). A més, també és alta la correlació entre els resultats de l'AUDIT i els indicadors que mesuren les conseqüències del consum d'alcohol, les actituds envers l'alcohol, la vulnerabilitat davant la dependència de l'alcohol, els estats de mal humor posteriors al consum d'alcohol i els motius per consumir alcohol (Bohn [et al.], 1995).

Dos estudis han examinat la relació entre els resultats de l'AUDIT i els indicadors futurs de problemes relacionats amb l'alcohol i de funcionament vital en general. Segons un dels estudis (Clausen i Aasland, 1993), les probabilitats de continuar a l'atur durant un període de més de dos anys és 1,6 cops més elevat per a les persones que han obtingut un resultat de 8 punts o més al test AUDIT que per a les persones en una situació semblant però amb una puntuació més baixa al test. En un altre estudi (Conigrave [et al.], 1995b), els resultats del test AUDIT de pacients d'atenció ambulatoria van permetre pronosticar l'aparició posterior d'un trastorn físic i de problemes socials relacionats amb el consum d'alcohol, a més de l'ús dels serveis d'atenció sanitària i el perill de començar a consumir alcohol amb un nivell de risc en el futur (Conigrave [et al.], 1995b).

Diversos estudis corroboren la fiabilitat del test AUDIT (Fleming [et al.], 1991; Hays [et al.], 1995; Sinclair [et al.], 1992). Els resultats d'aquestes investigacions suggereixen que, per la seva elevada consistència interna, el test permet mesurar un únic constructe amb una gran fiabilitat. D'altra banda, un estudi test-retest de fiabilitat (Sinclair [et al.], 1992) ha permès registrar una alta fiabilitat ($r = 0,86$) amb una mostra de consumidors d'alcohol que no tenien un consum de risc, consumidors de cocaïna i persones amb dependència de l'alcohol. Un altre estudi metodològic realitzat, en part, per investigar l'efecte que exerceix l'ordre de les preguntes i la manera de formular-les en les estimacions de prevalença i la fiabilitat de la consistència interna (Lapham [et al.], 1998) demostra que aquests paràmetres no influencien els resultats del test. Aquest fet suggereix que, dins d'uns límits, l'ordre de les preguntes de l'AUDIT i la manera de formular-les es pot modificar.

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

Seppä [et al.] (1998) van crear el Five-Shot Questionnaire (Qüestionari Abreujat de Cinc Preguntes) per identificar el consum de risc d'alcohol. Aquest qüestionari combina dos elements del test AUDIT, que fan referència a la quantitat d'alcohol consumit, i tres elements del test CAGE, que corresponen als tres tipus de preguntes de l'AUDIT (consum de risc, símptomes de dependència i consum perjudicial d'alcohol). Aquest instrument es va posar a prova amb una població masculina de mitjana edat i, tot i que va proporcionar uns resultats més acurats que el test CAGE, encara no s'ha demostrat que sigui útil per als grups d'altres edats, els pacients de sexe femení i els centres d'atenció primària de salut.

El test AUDIT-C (Bush [et al.], 1998; Aertgeerts [et al.], 2001; Gordon [et al.], 2001) només inclou les tres preguntes referents al consum d'alcohol del test AUDIT. Bush [et al.] (1998) van avaluar l'AUDIT-C com a instrument d'identificació del consum perjudicial d'alcohol o la dependència de l'alcohol i/o el consum de risc amb una població masculina. Malgrat que l'AUDIT-C va demostrar ser més eficaç per identificar el consum de risc que el test AUDIT complet i el test CAGE, cal tenir en compte que aquest estudi només va incloure pacients de sexe masculí de tres clíniques de medicina general del Veterans Affairs (Departament d'Afers Veterans) dels EUA i les entrevistes es van realitzar per telèfon. Les entrevistes telefòniques poden influir notablement en els resultats (Kraus i Augustin, 2001). Gordon [et al.] (2001) van emprar el test AUDIT-C per identificar els consumidors de risc entre una àmplia mostra de pacients de l'atenció primària. En aquest cas, el test va demostrar ser tan efectiu com l'AUDIT complet, tot i que els criteris per al consum de risc no s'havien establert segons un judici clínic, sinó fent servir mesures de quantitat i freqüència obtingudes amb un qüestionari emplenat pels mateixos enquestats. En general, el test AUDIT-C ha demostrat oferir una sensibilitat del 54% al 98% i una especificitat del 57% al 93% amb diverses definicions de consum de risc (Fiellin [et al.], 2000a).

A Europa, es va realitzar un ampli estudi sobre qüestionaris per a la identificació del consum d'alcohol a l'atenció primària realitzat a Bèlgica (Aertgeerts [et al.], 2001) per comparar el test AUDIT complet amb dues formes més curtes (Bush [et al.], 1998; Gordon [et al.], 2001) i amb el Five-Shot Questionnaire (Seppä [et al.], 1998). L'AUDIT-C, que se centra en la dependència de l'alcohol i no en el consum de risc o perjudicial d'alcohol, va oferir uns resultats bastant menys precisos que l'AUDIT complet amb pacients de sexe femení, tot i que va demostrar ser un instrument eficient comparat amb altres qüestionaris.

Gual [et al.] (2002) van comparar l'AUDIT-C amb les diagnosis clíniques de consum de risc realitzades per metges investigadors després d'entrevistar pacients que acudien als centres d'atenció primària de salut. Les correlacions entre els resultats de l'AUDIT-C, els de l'AUDIT complet i el consum d'alcohol (en UBE) van ser positives i molt significatives. L'AUDIT-C i l'AUDIT complet van registrar resultats similars i sensibilitats i especificitats semblants en la identificació del consum de risc entre els pacients de sexe masculí i de sexe femení als

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

centres d'atenció primària de salut. En el cas dels homes, el punt de tall més òptim va ser el 5 (sensibilitat d'un 92,4% i especificitat d'un 74,3%), mentre que, per a les dones, el punt de tall més òptim va ser el 4 (sensibilitat d'un 90,9% i especificitat d'un 68,4%).

El Test d'Identificació Ràpida d'Alcohol (FAST), creat al Regne Unit, inclou quatre preguntes: dues sobre el consum d'alcohol i dues sobre els problemes relacionats amb l'alcohol, com mostra la figura 5.4 (Health Development Agency, 2002). Fent servir un punt de tall de 3 per al consum de risc, el FAST proporciona una fiabilitat test-retest elevada i, comparat amb el test AUDIT complet, registra una sensibilitat del 93% i una especificitat del 88%. A més, ha demostrat ser igualment efectiu en diferents entorns mèdics (centres d'atenció primària de salut, clíniques dentals i clíniques per al tractament de fractures) i en grups d'edats i gèneres diferents (Hodgson [et al.], 2003).

Feu un cercle a la resposta més adient per a cada pregunta.				
1 beguda = 1 beguda = 1 cervesa o 1 got de vi o 1 copa de licor sol				
1.HOMES: Amb quina freqüència pren VUIT o més consumicions alcohòliques en un sol dia? DONES: Amb quina freqüència pren SIS o més consumicions alcohòliques en un sol dia?				
0	1	2	3	4
Mai	Menys d'un cop al mes	Mensualment	Setmanalment	A diari o quasi a diari
2. Amb quina freqüència en el curs del darrer any ha estat incapaç de recordar què va passar la nit anterior perquè havia estat bevent?				
0	1	2	3	4
Mai	Menys d'un cop al mes	Mensualment	Setmanalment	A diari o quasi a diari
3. Amb quina freqüència en el curs del darrer any no ha pogut realitzar l'activitat que li corresponia, per haver begut?				
0	1	2	3	4
Mai	Menys d'un cop al mes	Mensualment	Setmanalment	A diari o quasi a diari
4. En el curs del darrer any, algun familiar, amic, metge o professional sanitari s'ha preocupat pel seu consum de begudes o li ha suggerit que deixi de beure?				
0		2		4
No		Sí, en una ocasió		Sí, en més d'una ocasió

Figura 5.4: Test FAST. Font: Health Development Agency 2002.

Qüestionari CAGE: el qüestionari CAGE també ha estat avaluat com a instrument d'identificació del consum de risc, perjudicial o perillós d'alcohol a l'atenció primària. Amb les quatre preguntes d'aquest test, que cobreixen quatre àmbits

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

diferents, es van obtenir una sensibilitat del 84% i una especificitat del 95%, amb un punt de tall de 2 o més respostes positives per identificar les persones amb un consum de risc, definit com el consum de 64 g o més d'alcohol per dia (King, 1986). Emprant els mateixos criteris per a un resultat positiu, el qüestionari CAGE va registrar una sensibilitat del 14% i una especificitat del 97% per identificar el consum de risc (segons els criteris del NIAAA) entre els pacients de més de 60 anys d'edat (Adams [et al.], 1996). A més, per a la identificació de pacients amb un consum elevat d'alcohol, aquest qüestionari va oferir una sensibilitat d'entre un 49% i un 69% i una especificitat d'entre un 75% i un 95% (Aithal [et al.], 1998; Bradley [et al.], 1998b). D'altra banda, una versió més completa del qüestionari CAGE, que inclou les quatre preguntes habituals del test, les dues primeres preguntes de quantitat i freqüència del test AUDIT i una pregunta sobre l'historial dels problemes relacionats amb el consum d'alcohol, va permetre obtenir una sensibilitat del 65% i una especificitat del 74% (Bradley [et al.], 1998b).

Resum dels instruments d'identificació: l'ampli ventall d'instruments amb sensibilitats i especificitats acceptables dificulta la selecció d'un instrument davant dels altres. El test AUDIT ha estat ideat específicament pel seu ús a l'atenció primària, però, com a instrument d'identificació ràpida, és un test llarg i requereix cert temps de dedicació. Les primeres tres preguntes de l'AUDIT (AUDIT-C), que fan referència al consum d'alcohol, són, segurament, la millor opció disponible en aquest moment.

5.4 Com s'han d'utilitzar els qüestionaris o els instruments d'identificació?

El test AUDIT es pot utilitzar com una entrevista oral o bé com un qüestionari individual. Cada mètode implica avantatges i inconvenients que cal sospesar amb relació a les restriccions temporals i econòmiques. Un qüestionari que pugui respondre el pacient tot sol comporta menys temps, és fàcil d'administrar, es pot presentar i puntuar amb ordinador, i proporciona unes respostes més precises. A més, una entrevista complementària permet aclarir les respostes ambigües, emprar el qüestionari amb pacients amb un nivell de lectura baix, dur a terme una retroalimentació sense problemes amb el pacient i començar a suggerir consells breus.

En la majoria d'assajos sobre identificació i intervencions breus, el metge d'atenció primària és el responsable d'identificar els pacients amb un consum determinat d'alcohol. En alguns països que han participat a la fase III de l'Estudi col·laboratiu sobre l'alcohol i l'atenció primària de salut de l'OMS (WHO Collaborative Study on Alcohol and Primary Health Care), els qüestionaris AUDIT s'han lliurat als pacients a la recepció (Funk [et al.], 2005). D'altra banda, cada cop hi ha més evidència de la importància del paper del personal d'infermeria en la identificació i les intervencions breus (Owens [et al.], 2000; Lock [et al.], 2002; Deehan [et al.], 1998). En general, es recomana que tant el personal d'infermeria com els metges de capçalera s'impliquin en els programes d'identificació i intervencions

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

breus. Els equips d'atenció primària han de distribuir les diverses responsabilitats professionals tenint en compte les característiques específiques del sistema sanitari, el centre de salut i la població tractada.

Malgrat que es poden identificar el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol en qualsevol moment, cal considerar, com a mínim, quatre situacions per dur a terme la identificació:

- Com una part del procés d'alta d'història clínica.
- Com a part d'una intervenció rutinària
- Abans de receptar un medicament que pugui interactuar amb l'alcohol
- Com a resposta a problemes que puguin estar relacionats amb el consum d'alcohol

Implementar uns mètodes eficaços per a la identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol als centres d'atenció primària de salut no és una tasca senzilla. Per optimitzar els resultats, es recomana seguir les indicacions següents:

- Les preguntes sobre el consum d'alcohol es poden incorporar a un historial de preguntes sobre estil de vida o a un qüestionari sobre salut general (preguntes sobre exercici físic, nutrició, l'hàbit tabàquic i medicació).
- Als pacients amb un alt risc de consumir drogues il·lícites se'ls poden fer preguntes sobre el consum d'alcohol i de drogues conjuntament.
- Durant l'entrevista i quan es comentin els resultats de la identificació, el metge ha d'adoptar una posició d'empatia envers el pacient, sense jutjar-lo ni criticar-lo.
- Quan comentin els resultats de la identificació, el metge ha d'indicar al pacient que un resultat positiu en la prova d'identificació no equival necessàriament a una diagnòsi.
- Si es registra un resultat positiu, cal explicar clarament l'àmbit i els límits de confidencialitat al pacient. S'han de marcar els quadres amb un resultat positiu, però els consells han de ser neutrals, és a dir, no han d'identificar el problema marcat.

Actualment, es desconeix quina és la freqüència més indicada per dur a terme els tests d'identificació de consum de risc i perjudicial d'alcohol. Hi ha dades que demostren que l'efecte de les intervencions breus per al consum de risc i perjudicial d'alcohol disminueix després de quatre anys (vegeu el capítol 6). Per tant, la prova d'identificació es pot repetir cada quatre anys, llevat que hi hagi una raó clínica per fer-ho abans. La revisió sistemàtica realitzada pel Grup de Treball dels Serveis Preventius dels EUA (US Preventive Services Task Force) no ha trobat cap estudi que investigui els efectes negatius dels programes d'identificació sistemàtica de consum d'alcohol (Whitlock [et al.], 2004) (vegeu el capítol 7).

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

5.5 Les proves bioquímiques són útils per a la identificació?

Entre les proves bioquímiques per a trastorns de consum d'alcohol s'inclouen els enzims hepàtics (per exemple, el sèrum γ -glutamilttransferasa (GGT) i les transaminases), la transferrina deficient en carbohidrats (TDC) i el volum corpuscular mitjà (VCM).

γ -glutamilttransferasa (GGT): els nivells de sèrum de GGT augmenten, en diversos graus, com a resposta al consum d'alcohol (Rosalki [et al.], 1970). Normalment, els nivells de GGT solen presentar una correlació moderada amb el consum d'alcohol ($r = 0,30-0,40$ en homes i $0,15-0,30$ en dones) (Sillanaukee [et al.], 2000), i no sempre és possible preveure quins consumidors registraran un nivells de GGT superiors quan el consum d'alcohol sigui elevat. La GGT no respon a una sola dosi d'alcohol, llevat que es tracti d'una persona que hagi experimentat un consum elevat en el passat (Dunbar [et al.], 1982; Gill [et al.], 1982; Devgun [et al.], 1985). Els nivells de GGT augmenten, fins i tot, amb un nivell baix de consum regular d'alcohol (Sillanaukee [et al.], 2000). Tot i així, en general, perquè una proporció rellevant dels nivells superi els intervals de referència del laboratori, cal que el consum elevat sigui continuat. El consum regular d'alcohol sol augmentar més els nivells de GGT que el consum episòdic (Meerkerk [et al.], 1999), i la intensitat del consum, és a dir, el nombre de begudes alcohòliques ingerides en un dia de consum d'alcohol, representa un dels factors més rellevants. Els nivells de GGT tendeixen a elevar-se més ràpidament quan els pacients amb un historial de consum elevat tornen a consumir alcohol i, especialment, si en el passat ja han experimentat augments en els nivells de GGT (Nemezanszky [et al.], 1998). Malgrat que els nivells de GGT solen començar a disminuir durant la primera setmana després d'abandonar el consum elevat d'alcohol, el percentatge de descens és variable, especialment quan hi ha antecedents de deficiències hepàtiques.

Com a instrument d'identificació, la prova de GGT presenta algunes limitacions, com una sensibilitat relativament baixa. Només entre un 30% i un 50% (Sillanaukee [et al.], 2000; Hashimoto [et al.], 2001; Poikolainen i Vartiainen, 1997) de les persones amb un consum elevat d'alcohol que acudeixen als centres mèdics locals o a les consultes de capçalera registren uns nivells elevats de GGT (Meerkerk [et al.], 1999), tot i que, a vegades, la proporció no arriba al 10% (Lof [et al.], 1994; Aertgeerts [et al.], 2001). En aquests casos, l'especificitat varia des d'un 40% fins a gairebé un 90%.

Transferrina deficient en carbohidrats (TDC): s'ha fet un gran nombre d'investigacions sobre la prova de TDC com a test bioquímic per al consum elevat d'alcohol (Salaspuro, 1999; Sharpe, 2001). Algunes de les conclusions d'aquests estudis són que els nivells de TDC augmenten amb un consum d'entre 50 g i 80 g d'alcohol per dia durant un mínim d'una setmana (Stibler, 1991). A més, en la majoria de casos, durant els períodes d'abstinència, la TDC es normalitza amb un mitja vida de 15 dies (Stibler, 1991; Allen [et al.], 2001), tot i que el període pot ser més curt (Spies [et al.], 1995a, b, 1996a, b). Altres

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

estudis realitzats en aquest àmbit indiquen que els nivells de TDC són un indicador molt més eficaç per identificar el consum elevat crònic d'alcohol que el consum de risc o elevat en el present (Sillanaukee [et al.], 1993; Allen [et al.], 1994; Gronbaek [et al.], 1995). D'altra banda, la prova de TDC permet identificar amb més eficàcia la dependència de l'alcohol que el consum elevat d'alcohol sense dependència (Mikkelsen [et al.], 1998).

En un estudi d'identificació recent realitzat amb una població de 1.863 persones (WHO/ISBRA Collaborative Study), la prova de TDC va registrar una sensibilitat i una especificitat del 60% i el 92%, en el cas dels homes, i del 29% i el 92%, en el cas de les dones. La prova es va realitzar per avaluar el consum elevat d'alcohol del mes anterior, indicat pels pacients, amb un consum de més de 80 g diaris, en el cas dels homes, i més de 40 g diaris, en el cas de les dones (Conigrave [et al.], 2002). El principal avantatge que ofereix el test de TDC és que el percentatge de resultats positius falsos és relativament baix (especificitat elevada). Malgrat això, la prova pot produir resultats positius falsos en diversos contextos, com quan el pacient presenta variants genètiques D, síndrome de la glicoproteïna deficient en carbohidrats, cirrosi biliar primària, carcinoma hepatocel·lular, cirrosi hepàtica viral, en cas de trasplantament de pàncrees i ronyó o per causa dels medicaments emprats per tractar aquests trastorns (Sillanaukee [et al.], 2001a). No hi ha informació disponible sobre l'eficàcia de la prova de TDC per pronosticar la morbiditat o la mortalitat.

Volum corpuscular mitjà (VCM): durant molts anys s'ha considerat que el volum mitjà dels eritròcits (volum corpuscular mitjà) augmenta amb el consum d'alcohol (Wu [et al.], 1974). Amb el consum elevat d'alcohol, la majoria de casos de macrocitosi es produeixen amb uns nivells normals de folat (Wu [et al.], 1974; Maruyama [et al.], 2001), sense presència d'anèmia, i no responen al tractament per al folat (Wu [et al.], 1974).

El període de vida d'un eritròcit és de 120 dies. Per tant, els canvis en el consum d'alcohol poden trigar mesos a quedar impresos en els nivells de VCM (Hasselblatt [et al.], 2001). Si el pacient no pateix cap deficiència de folat, malaltia hepàtica o hemorràgia, és necessari un consum elevat continuat i regular d'alcohol perquè els nivells de VCM augmentin. No hi ha cap estudi experimental que demostrï que els nivells de VCM augmenten si s'administra alcohol a voluntaris sans. D'altra banda, s'ha observat que la regularitat del consum és un factor de rellevància per a aquesta prova (Meerkerk [et al.], 1999). Pel que fa a la dependència de l'alcohol, cal destacar que els nivells de VCM poden continuar creixent després d'abandonar el consum d'alcohol (Monteiro i Masur, 1986).

Com a test d'identificació, la prova de VCM presenta algunes limitacions, com una sensibilitat reduïda que, normalment, sol ser inferior al 50%. Segons un estudi realitzat amb aquesta prova, en una consulta de medicina general, el test de VCM va identificar menys del 20% dels pacients amb un consum elevat d'alcohol (Meerkerk [et al.], 1999). Malgrat això, la prova de VCM és més

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

específica que la de GGT en la majoria de poblacions, amb especificitats que superen el 90% (Meerkerk [et al.], 1999).

Combinacions de proves bioquímiques: l'ús combinat de marcadors permet obtenir més informació que un sol marcador (Conigrave [et al.], 1995c; Helander [et al.], 1996; Anton, 2001; Sillanaukee i Olsson, 2001; Anton [et al.], 2002; Martin [et al.], 2002). El grau de coincidència no només està relacionat amb la quantitat d'alcohol ingerit i la gravetat de les malalties hepàtiques, sinó que pot presentar diferències segons el gènere, l'edat (Anton i Moak, 1994; Allen [et al.], 2000; Sharpe, 2001; Conigrave [et al.], 2002), l'índex de massa corporal (Sillanaukee [et al.], 2001b; Conigrave [et al.], 2002; Reif [et al.], 2001), la presència d'una malaltia hepàtica (Salaspuro, 1999) i els patrons de consum d'alcohol (Anton [et al.], 1998). Tot i així, no hi ha cap criteri simple acceptat per interpretar els resultats de proves múltiples de laboratori (Rubio [et al.], 1996; Allen [et al.], 1997, 2000; Allen i Litten, 2001; Hermansson [et al.], 2000; Harasymiw i Bean, 2001; Mundle [et al.], 2000; Sillanaukee i Olsen, 2001; Martin [et al.], 2002; Sharpe, 2001; Fiellin [et al.], 2000a; Fiellin [et al.], 2000b; Saunders i Lee, 2000; Sharpe, 2001; Rehm [et al.], 2003).

Proves bioquímiques i gènere del pacient: les diferències en intensitat, freqüència i patró de consum d'alcohol entre els homes i les dones poden justificar les diferències en els resultats dels marcadors (Brienza i Stein, 2002; Gentilello [et al.], 2000; Sillanaukee [et al.], 2000). Allen [et al.] (2000) van analitzar sis estudis que comparen els resultats de proves de TDC i GGT de pacients de sexe femení amb un consum elevat d'alcohol i amb dependència de l'alcohol, i van obtenir unes sensibilitats semblants (52% i 54%, respectivament) i unes especificitats notables (92% i 96%, respectivament). Però, d'altra banda, alguns informes consideren que l'ús de proves de TDC no és tan vàlid i útil per als pacients de sexe femení com per als de sexe masculí (Nystrom [et al.], 1992; Anton i Moak, 1994; La Grange [et al.], 1994; Huseby [et al.], 1997b). En el cas dels homes, els nivells de TDC responen, principalment, a la freqüència de consum d'alcohol, mentre que els nivells de GGT estan influenciats, sobretot, per la intensitat del consum (Whitfield [et al.], 1978; Allen [et al.], 2000; Mundle [et al.], 2000; Sharpe, 2001; Whitfield, 2001). Pel que fa a les dones, tant els nivells de TDC com els de GGT estan més influenciats pel consum diari (intensitat) que pel nombre de dies de consum (freqüència) (Anton i Moak, 1994). A l'hora d'identificar el consum elevat d'alcohol en la fase inicial en una mostra estudiada en un centre d'atenció primària de salut, la prova de VCM va permetre obtenir una sensibilitat més elevada en els pacients de sexe femení (40%) que la prova de TDC (29%) o de GGT (34%) (Sillanaukee [et al.], 1998). Altres informes remarquen la utilitat de la prova de VCM per identificar el consum elevat d'alcohol entre les dones (Martensson [et al.], 1997; Wetterling [et al.], 1998a; Allen [et al.], 2000; Mundle [et al.], 2000).

Proves bioquímiques i edat del pacient: les diferències en intensitat, freqüència i patró de consum d'alcohol entre els pacients joves i els pacients d'edat més avançada explica les diferències en els resultats dels biomarcadors. En les

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

persones joves amb un patró més episòdic i intermitent de consum de risc o perjudicial d'alcohol, els qüestionaris resulten molt més efectius (Allen [et al.], 1997; Fiellin [et al.], 2000a; Fiellin [et al.], 2000b). Huseby [et al.] (1997) van estudiar un grup amb unes edats compreses entre els 21 i els 35 anys en comparació amb un grup de 36 a 50 anys d'edat, amb un consum d'alcohol similar, i van obtenir una sensibilitat del 17% amb la prova de TDC (comparat amb un 57% en l'altre grup) i d'un 8% amb la prova de GGT (comparat amb un 43%). Molts altres estudis corroboren que, en els pacients joves, els marcadors de consum crònic d'alcohol ofereixen una sensibilitat menor (Bisson i Milford-Ward, 1994; Salaspuro, 1999; Sharpe, 2001; Conigrave [et al.], 2002; Gomez [et al.] 2002). Els nivells de GGT no solen ser elevats en persones de menys de 30 anys (Whitfield [et al.], 1978; Sharpe, 2001).

Ús de les proves bioquímiques a l'atenció primària: no hi ha cap prova bioquímica que sigui suficientment sensible per identificar un consum crònic d'alcohol d'entre 40 g i 60 g diaris, tot i que Sillanaukee [et al.] (2000) van demostrar l'existència de diferents llindars de relació entre el consum d'alcohol i els nivells de TDC (homes 55 g d'alcohol per setmana, dones 15 g d'alcohol per setmana) o GGT (homes 74 g/setmana i dones 60 g/setmana). Actualment, encara no s'ha trobat cap marcador prou precís per identificar el consum elevat d'alcohol en la població general, especialment quan hi ha una proporció considerable de consumidors joves, amb un consum de risc no continuat, de nivell baix i amb un patró d'episodis de consum intensiu (Salaspuro, 1999; Sharpe, 2001). La prova de TDC només ha registrat sensibilitats moderades, del 12% al 45% o menys, en la població general i els centres d'atenció primària de salut (Sharpe, 2001). En una metanàlisi de 110 estudis clínics, Scouller [et al.] (2001) van extreure la conclusió que, en aquest aspecte, la prova de TDC no ofereix un resultat més efectiu que la prova de GGT. La prova de TDC va oferir uns resultats una mica més precisos que la de GGT a l'hora d'identificar el consum de risc elevat o mitjà d'alcohol en una mostra àmplia, multicèntrica i de base predominantment local. D'altra part, la sensibilitat de la prova de VCM per identificar el consum elevat d'alcohol és d'entre un 40% i un 50%, tot i que l'especificitat d'aquesta prova és bastant elevada (entre un 80% i un 90%). A més, les persones abstèmies i amb un consum de baix risc gairebé mai no registren nivells elevats de VCM (Helander [et al.], 1998; Salaspuro, 1999; Helander, 2001; Sharpe, 2001). En poblacions de consultes de medicina general, els qüestionaris resulten més eficaços per a la identificació (Nilssen [et al.], 1992; Hermansson [et al.], 2000; Aertgeerts [et al.], 2001).

Resum de les proves bioquímiques: les proves bioquímiques no són útils per a la identificació, ja que quan els resultats són alts, ofereixen poca sensibilitat i només permeten identificar una petita proporció dels pacients amb un consum de risc o perjudicial d'alcohol. Tot i així, els nivells alts solen ser deguts al consum d'alcohol i, com que aquestes proves es fan rutinàriament, com a part d'una bateria de proves bioquímiques, la presència d'un nivell elevat hauria d'alertar el personal clínic sobre una possible diagnosi de consum perjudicial i dependència de l'alcohol (vegeu el capítol 9).

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

Bibliografia

Aalto, M., Pekuri, P., and Seppa, K. (2001) Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction*, 96, 305-311.

Adams WL., Barry KL., Fleming MF. (1996) Screening for problem drinking in older primary care patients. *Journal of the American Medical Association*, 276, 1964-1967.

Aertgeerts, B., Buntinx, F., Ansoms, S. & Fevery, J. (2001) Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *British Journal of General Practice*, 51, 206-217.

Aithal GP, Thornes H, Dwarakanath AD, Tanner AR. (1998) Measurement of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in a general medical clinic: is this test useful in assessing alcohol consumption? *Alcohol and alcoholism*, 33, 304-309.

Allen, J. P. & Litten, R. Z. (2001) The role of laboratory tests in alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 81-85.

Allen, J. P., Litten, R. Z., Anton, R. F. & Cross, G. M. (1994) Carbohydrate-deficient transferrin as a measure of immoderate drinking: remaining issues [Review]. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 18, 799-812.

Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B. & Babor, T. (1997) A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21, 613-619.

Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B. & Sillanaukee, P. (2000) Carbohydrate-deficient transferrin, gamma-glutamyltransferase, and macrocytic volume as biomarkers of alcohol problems in women. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 24, 492-496.

Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B. & Sillanaukee, P. (2001) Carbohydrate-deficient transferrin: an aid to early recognition of alcohol relapse. *American Journal of Addiction*, 10, 24- 28.

Anton, R. F. & Moak, D. H. (1994) Carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase as markers of heavy alcohol consumption: gender differences. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 18, 747-754.

Anton, R. F. (2001) Carbohydrate-deficient transferrin for detection and monitoring of sustained heavy drinking. What have we learned? Where do we go from here? *Alcohol*, 25, 185-188.

Anton, R. F., Lieber, C. & Tabakoff, B. (2002) Carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase for the detection and monitoring of alcohol use: results from a multisite study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26, 1215-1222.

Anton, R. F., Stout, R. L., Roberts, J. S. & Allen, J. P. (1998) The effect of drinking intensity and frequency on serum carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyl transferase levels in outpatient alcoholics. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22, 1456-1462.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001) The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf

Belson, W. A. (1981) *The Design and Understanding of Survey Questions*. Aldershot, UK, Gower.

Bisson, J. I. & Milford-Ward, A. A. (1994) comparison of carbohydrate deficient transferrin with other markers of alcohol misuse in male soldiers under the age of thirty. *Alcohol and Alcoholism*, 29, 315-321.

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

Bohn, M.J., Babor, T.F. and Kranzler, H.R. (1995) 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.

Bradley KA, McDonell MB, Bush K, Kivlahan DR, Diehr P, Fihn SD. (1998a) The AUDIT alcohol consumption questions: reliability, validity, and responsiveness to change in older male primary care patients. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22, 1842-1849.

Bradley KA, Bush KR, McDonell MB, Malone T, Fihn SD. (1998b) Screening for problem drinking: comparison of CAGE and AUDIT. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 379-388.

Brienza, R. S. & Stein, M. D. (2002) Alcohol use disorders in primary care: do gender-specific differences exist? *Journal of General Internal Medicine*, 17, 387-397.

Brotos, C., Iglesias, M., Martin-Zurro, A., Martin-Rabadan, M., and Gene, J. Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. The Coordinating Group For Prevention and Health Promotion in Primary Care in Spain. *Family practice*, 13, 144-51.

Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. S., Fihn, S. D. and Bradley, K. A. (1998) The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine* 158, 1789-1795.

Cherpitel, C. J. (2000). Brief screening instrument for problem drinking in the emergency room: the RAPS4. *Journal of Studies on Alcohol*, 61 (3), 447-9.

Cherpitel, C.J. (1995) Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 695-700.

Claussen, B. and Aasland, O.G. (1993) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed. *Addiction*, 88, 363-368.

Clements, R. (1998) 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.

Conigrave, K. M., Degenhardt, L. J., Whitfield, J. B., Saunders, J. B., Helander, A. & Tabakoff, B. (2002) CDT, GGT, and AST as markers of alcohol use: the WHO/ISBRA collaborative project. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26, 332-339.

Conigrave, K.M., Hall, W.D., Saunders, J.B. (1995a) The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. *Addiction*, 90, 1349-1356.

Conigrave, K.M., Saunders, J.B. and Reznik, R.B. (1995b) Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm. *Addiction*, 90, 1479-1485.

Conigrave, K.M., Saunders, J.B. & Whitfield, J.B. (1995c) Diagnostic tests for alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism*, 30, 13-26.

Dawson, D. A. (1998a) Volume of ethanol consumption: effects of different approaches to measurement. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 191-197.

Dawson, D. A. (1998b) Measuring alcohol consumption: limitations and prospects for improvement. *Addiction*, 93, 965-968.

Deehan A, Templeton L, Taylor C, Drummond C, Strang J. (1998) Are practice nurses an unexplored resource in the identification and management of alcohol misuse? Results from a study of practice nurses in England and Wales in 1995. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (3), 592-597

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

Devgun, M. S., Dunbar, J. A., Hagart, J., Martin, B. T. & Ogston, S. A. (1985) Effects of acute and varying amounts of alcohol consumption on alkaline phosphatase, aspartate transaminase, and gamma-glutamyltransferase. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 9, 235-237.

Dunbar, J. A., Hagart, J., Martin, B., Ogston, S. & Devgun, M. S. (1982) Drivers, binge drinking, and gammaglutamyltranspeptidase. *British Medical Journal Clinical Research Edition*, 285, 1083.

Farren, C. K. & Tipton, K. F. (1999) Trait markers for alcoholism: clinical utility. *Alcohol and Alcoholism*, 34, 649-665.

Fiellin, D. A., Carrington, R. & O'Connor, P. G. (2000) Screening for Alcohol problems in primary care, a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1977-1989.

Fiellin, D. A., Reid, M. C. & O'Connor, P. G. (2000) Outpatient management of patients with alcohol problems. *Annals of Internal Medicine*, 133, 815-827.

Fleming, M.F., Barry, K.L. and MacDonald, R. (1991) The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample. *International Journal of the Addictions*, 26, 1173-1185.

Funk, M., Wutzke, S., Kaner, E., Anderson, P., Pas, L., McCormick, R., Gual, A., Barford, S., Saunders, J. (2005) A multi country controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 379-388.

Gentilello, L. M., Rivara, F. P., Donovan, D. M., Villaveces, A., Daranciang, E., Dunn, C. W. & Ries, R. R. (2000) Alcohol problems in women admitted to a level I trauma center: a gender-based comparison. *Journal of Trauma*, 48, 108-114.

Gill, G. V., Baylis, P. H., Flear, C. T., Skillen, A. W. & Diggle, P. H. (1982) Acute biochemical responses to moderate beer drinking. *British Medical Journal Clinical Research Edition*, 285, 1770-1773.

Gomel, M.K., Wutzke, S.E., Hardcastle, D.M., Lapsley, H., and Reznik, R.B. (1998) Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Social science & medicine*, 47, 203-11.

Gomez, A., Conde, A., Aguiar, J. A., Santana, J. M., Jorriñ, A. & Betancor, P. (2001) Diagnostic usefulness of carbohydrate-deficient transferrin for detecting alcohol-related problems in hospitalized patients. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 266-270.

Gordon, A. J., Maisto, S. A., McNeil, M., Kraemer, K. L., Conigliaro, R. L., Kelley, M. E. and Conigliaro, J. (2001) Three questions can detect hazardous drinkers. *Journal of Family Practice*, 50, 313-320.

Grant, B. F., Harford, T. C., Dawson, D. A., Chou, P. S. & Pickering, R. P. (1995) The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 39, 37-44.

Greenfield, T. K. (2000) Ways of measuring drinking patterns and the differences they make: experience with graduated frequencies. *Journal of Substance Abuse*, 12, 33-49.

Gronbaek, M., Henriksen, J. H. & Becker, U. (1995) Carbohydrate- deficient transferrin: a valid marker of alcoholism in population studies? Results from the Copenhagen City Heart Study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 19, 457-461.

Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N. & Colom, J. (2002) Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test *Alcohol & Alcoholism*, 37 (6), 591-596.

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

Haley, N., Maheux, B., Rivard, M. and Gervais, A. (2000) Lifestyle health risk assessment. Do recently trained family physicians do it better? *Canadian family physician*, 46, 1609-1616.

Hallfors, D., Khatapoush, S., Kadushin, C., Watson, K. & Saxe, L. (2000) A comparison of paper v. computer-assisted self- interview for school alcohol, tobacco, and other drug surveys. *Evaluation and Program Planning*, 23, 149-155.

Harasymiw, J. & Bean, P. (2001) The combined use of the early detection of alcohol consumption (EDAC) test and carbohydrate-deficient transferrin to identify heavy drinking behaviour in males. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 349-353.

Hashimoto, Y., Futamura, A., Nakarai, H. & Nakahara, K. (2001) Relationship between response of gammaglutamyl transpeptidase to alcohol drinking and risk factors for coronary heart disease. *Atherosclerosis*, 158, 465- 470.

Hasin, D., Carpenter, J., McCloud, S., Smith, M. & Grant, B. (1997) The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a clinical sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 44, 133-141.

Hasselblatt, M., Martin, F., Maul, O., Ehrenreich, H. & Kernbach-Wighton, G. (2001) Persistent macrocytosis following abstinence from chronic alcohol use. *Journal of the American Medical Association*, 286, 2946.

Hays, R.D., Merz, J.F. and Nicholas, R. (1995) Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and AUDIT alcohol screening measures. *Behavioral Research Methods, Instruments & Computers* 27, 277-280.

Health Development Agency (2002) The Fast Alcohol Screening Test.
http://www.hda-online.org.uk/documents/manual_fastalcohol.pdf

Heather, N. (1996) The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: the British experience. *Addictive behaviours*, 21, 857-868.

Helander, A. (2001) Biological markers of alcohol use and abuse Biomarkers for alcohol use disorders in clinical practice 89 in theory and praxis. In: Agarwal, D. P. & Seitz, H. K., eds. *Alcohol in Health and Disease*, 9, 177-206.

Helander, A., Carlsson, A. V. & Borg, S. (1996) Longitudinal comparison of carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyl transferase: complementary markers of excessive alcohol. *Alcohol and Alcoholism*, 31, 101-107.

Helander, A., Vabom, E., Levin, K. & Borg, S. (1998) Intra- and interindividual variability of carbohydrate-deficient transferrin, gamma-glutamyltransferase, and mean corpuscular volume in teetotalers. *Clinical Chemistry*, 44, 2120-2125.

Hermansson, U., Helander, A., Huss, A., Brandt, L. & Ronnberg, S. (2000) Alcohol Use Disorder Identification test (AUDIT) and carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in a routine workplace health examination. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 180-187.

Huseby, N. E., Nilssen, O., Erfurth, A., Wetterling, T. & Kanitz, R. D. (1997b) Carbohydrate-deficient-transferrin and alcohol dependency: variations in response to alcohol intake among different groups of patients. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21, 201-205.

Isaacson, J.H., Butler, R., Zacharek, M. and Tzelepis, A. (1994) Screening with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city population. *Journal of General Internal Medicine*, 9, 550-553.

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

Ivis, F.J., Adlaf, E.M. and Rehm, J. (2000) Incorporating the AUDIT into a general population telephone survey: a methodological experiment. *Drug & Alcohol Dependence*, 60, 97-104.

Kaner, E.F., Heather, N., McAvoy, B.R., Lock, C.A. and Gilvarry, E. (1999) Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol and alcoholism*, 34, 559-66.

King M. (1986) At risk drinking among general practice attenders: validation of the CAGE questionnaire. *Psychological medicine*, 16, 213-217.

Kraus, L. and Augustin, R. (2001) Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems: comparison of responses from self-administered questionnaires and telephone interviews. *Addiction*, 96, 459-471.

La Grange, L., Anton, R. F., Crow, H. & Garcia, S. (1994) A correlational study of carbohydrate-deficient transferrin values and alcohol consumption among Hispanic college students. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 18, 96.

Lapham, S.C., Skipper, B.J., Brown, P., Chadbunchachai, W., Suriyawongpaisal, P. and Paisarnsilp, S. (1998) Prevalence of alcohol use disorders among emergency room patients in Thailand. *Addiction*, 93(8), 1231-1239.

Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond S. (2002) A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 39(4), 333-342.

Lof, K., Seppa, K., Itala, L. et al. (1994) Carbohydrate deficient transferrin (CDT) as an alcohol marker among female heavy drinkers: a population based study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 18, 889-894.

Lopez-de-Munain, J., Torcal, J., Lopez, V. and Garay, J. (2001) Prevention in routine general practice: activity patterns and potential promoting factors. *Preventive medicine*, 32, 13-22.

Martensson, O., Harlin, A., Brandt, R., Seppa, K. & Sillanaukee, P. (1997) Transferrin isoform distribution: gender and alcohol consumption. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21, 1710-1715.

Martin, M. J., Heymann, C., Neumann, T., Schmidt, L., Soost, F., Mazurek, B., Bohm, B., Marks, C., Helling, K., Lenzenhuber, E., Muller, C., Kox, W. J. & Spies, C. D. (2002) Preoperative evaluation of chronic alcoholics assessed for surgery of the upper digestive tract. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26, 836-840.

Maruyama, S., Hirayama, C., Yamamoto, S., Koda, M., Udagawa, A., Kadowaki, Y., Inoue, M., Sagayama, A. & Umeki, K. (2001) Red blood cell status in alcoholic and non-alcoholic liver disease. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, 138, 332-337.

Mayfield, D., McLeod, G. and Hall, P. (1974) The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.

McAvoy, B.R., Donovan, R.J., Jalleh, G., Saunders, J.B., Wutzke, S.E., Lee, N., Kaner, E.F., Heather, N., McCormick, R., Barford, S., and Gache, P (on behalf of the WHO brief intervention study group) (2001) General practitioners, prevention and alcohol - A powerful cocktail? Facilitators and inhibitors of practising preventive medicine in general and early intervention for alcohol in particular: a twelve nation key informant and general practitioner study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 8, 103-117.

5. Detecció del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

McAvoy, B.R., Kaner, E.F., Lock, C.A., Heather, N. and Gilvarry, E. (1999) Our Healthier Nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle advice giving. *The British journal of general practice*, 49, 187-90.

McCabe, S. E., Boyd, C. J., Couper, M. P., Crawford, S. & D'Arcy, H. (2002) Mode effects for collecting alcohol and other drug use data: web and U.S. mail. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 755-761.

McGlynn, E. A., Asch, S. M., Adams, J., Keeseey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A. et al. (2003) The quality of health care delivered to adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 348, 2635.

Meerkerk, G. J., Njoo, K. H., Bongers, I. M., Trienekens, P. & van Oers, J. A. (1999) Comparing the diagnostic accuracy of carbohydrate-deficient transferrin, gammaglutamyltransferase, and mean cell Volume in a general practice population. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 23, 1052-1059.

Midanik, L. (1991) 'Unstandard' ways of answering standard questions: protocol analysis in alcohol survey research. *Drug and Alcohol Dependence*, 27, 245-252.

Mikkelsen, I. M., Kanitz, R. D., Nilssen, O. & Huseby, N. E. (1998) Carbohydrate-deficient transferrin: marker of actual alcohol consumption or chronic alcohol misuse? *Alcohol and Alcoholism*, 33, 646-650.

Miller, E. T., Neal, D. J., Roberts, L. J., Baer, J. S., Cressler, S. O., Metrik, J. & Marlatt, G. A. (2002) Test-retest reliability of alcohol measures: is there a difference between internet-based and traditional methods? *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 56-63.

Miller, W. R. & Del Boca, F. K. (1994) Measurement of drinking behavior using the Form 90 family of instruments. *Journal of Studies on Alcohol*, 12, 112-118.

Miller, W. R. (1996) Manual for Form 90: A Structured Assessment Interview for Drinking and Related Behaviors. Project MATCH Monograph Series 5, NIH Publication no. 96-4004. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Monteiro, M. G. & Masur, J. (1986) Monitoring alcoholism treatment: the appropriateness of choice between gamma-GT or MCV evaluation after a short time of abstinence. *Alcohol*, 3, 223-226.

Mundle, G., Munkes, J., Ackermann, K. & Mann, K. (2000) Sex differences of carbohydrate-deficient transferrin, gammaglutamyltransferase, and mean corpuscular volume in alcohol-dependent patients. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 24, 1400-1405.

Nemesanszky, E., Lott, J. A. & Arato, M. (1988) Changes in serum enzymes in moderate drinkers after an alcohol challenge. *Clinical Chemistry*, 34, 525-527.

Nilssen, O., Huseby, N. E., Hoyer, G., Brenn, T., Schirmer, H. & Forde, O. H. (1992) New alcohol markers-how useful are they in population studies: the Svalbard Study 1988-89. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 16, 82-86.

Nystrom, M., Perasalo, J. & Salaspuro, M. (1992) Carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in serum as a possible indicator of heavy alcohol drinking in young university students. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 16, 93-97.

Owens L, Gilmore IT, Pirmohamed M. (2000) General Practice Nurses' knowledge of alcohol use and misuse: A questionnaire survey. *Alcohol and Alcoholism*, 35(3), 259-262.

Piccinelli, M., Tessari, E., Bortolomasi, M., Piasere, O., Semenzin, M. Garzotto, N. and Tansella, M. (1997) 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.

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

Poikolainen, K. & Karkkainen, P. (1983) Diary gives more accurate information about alcohol consumption than questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 11, 209– 216.

Poikolainen, K. & Vartiainen, E. (1997) Determinants of gamma-glutamyltransferase: positive interaction with alcohol and body mass index, negative association with coffee. *American Journal of Epidemiology*, 146, 1019– 1024.

Pokorny, A. D., Miller B. A. and Kaplan H. B. (1972) The brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *American Journal of Psychiatry*, 129 (3), 342-345.

Powell, J.E. and McInness, E. (1994) Alcohol use among older hospital patients: Findings from an Australian study. *Drug and Alcohol Review*, 13, 5-12.

Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G. & Sempos, C. T. (2003) The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98, 1209–1228.

Reif, A., Keller, H., Schneider, M., Kamolz, S., Schmidtke, A. & Fallgatter, A. J. (2001) Carbohydrate-deficient transferrin is elevated in catabolic female patients. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 603–607.

Rigmaiden, R.S., Pistorello, J., Johnson, J., Mar, D. and Veach, T.L. (1995) Addiction medicine in ambulatory care: Prevalence patterns in internal medicine. *Substance Abuse*, 16, 49-57.

Rosalki, S. B., Rau, D., Lehmann, D. & Prentice, M. (1970) Determination of serum gamma-glutamyl transpeptidase activity and its clinical applications. *Annals of Clinical Biochemistry*, 7, 143–147.

Rubio, C., Gil, V., Aparicio, J. M., Belda, J., Pascual, R. & Merino, J. (1996) Diagnostic efficiency of biological markers of alcohol consumption for the detection of excessive drinkers. *Anales de Medicina Interna*, 13, 274–278.

Rumpf, H-J., Bohlmann, J., Hill, A., Hapke, U. and John, U. (2001) Physicians' low detection rates of alcohol dependence or abuse: A matter of methodological shortcomings? *General Hospital Psychiatry*, 23, 133-7.

Rush, B. R., Urbanoski, K. A., & Allen, B. A. (2003) Physicians' enquiries into their patients' alcohol use: public views and recalled experiences. *Addiction*, 98, 895-900.

Russell, M., Martier, S. S., Sokol, R. J., Jacobson, S. and Bottoms, S. (1991) Screening for pregnancy risk drinking: TWEAKING the tests. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 15 (2), 638.

Salaspuro, M. (1999) Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: a systematic review. *Alcohol*, 19, 261–271.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. (1993) 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.

Saunders, J. B. & Lee, N. K. (2000) Hazardous alcohol use: its delineation as a subthreshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. *Comprehensive Psychiatry*, 2, 95–103.

Scouller, K., Conigrave, K. M., Macaskill, P., Irwig, L. & Whitfield, J. B. (2000) Should we use carbohydrate-deficient transferrin instead of g-gutamyltransferase for detecting problem drinkers? A systematic review and metaanalysis. *Clinical Chemistry*, 46, 1894–1902.

Seppä, K., Lepistö, J. and Sillanaukee, P. (1998) Five-shot questionnaire on heavy drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1788–1791.

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

Sharpe, P. C. (2001) Biochemical detection and monitoring of alcohol abuse and abstinence. *Annals of Clinical Biochemistry*, 38, 652–664.

Sillanaukee, P. & Olsson, U. (2001) Improved diagnostic classification of alcohol abusers by combining carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase. *Clinical Chemistry*, 47, 681–685.

Sillanaukee, P., Aalto, M. & Seppa, K. (1998) Carbohydrate deficient transferrin and conventional alcohol markers as indicators of brief intervention among heavy drinkers in primary health care. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22, 892–896.

Sillanaukee, P., Massot, N., Jousilahti, P., Vartiainen, E., Sundvall, J., Olsson, U., Poikolainen, K., Ponnio, M., Allen, J. P. & Alho, H. (2000) Dose–response of laboratory markers to alcohol consumption in a general population. *American Journal of Epidemiology*, 152, 747–751.

Sillanaukee, P., Seppa, K., Lof, K. & Koivula, T. (1993) Carbohydrate-deficient transferrin (CDT) by anion exchange chromatography followed by RIA as a marker of heavy drinking among men. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 17, 230–233.

Sillanaukee, P., Strid, N., Allen, J. P. & Litten, R. Z. (2001a) Possible reasons why heavy drinking increases CDT. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25, 34–40.

Sillanaukee, P., Strid, N., Jousilahti, P., Vartiainen, E., Poikolainen, K., Nikkari, S., Allen, J. P. & Alho, H. (2001b) Association of self-reported diseases and health care use with commonly used laboratory markers for alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 339–345.

Sinclair, M., McRee, B. and Babor, T.F. (1992) Evaluation of the Reliability of AUDIT. University of Connecticut School of Medicine, Alcohol Research Center, (unpublished report).

Skipsey, K., Burleson, J.A. and Kranzler, H.R. (1997) Utility of the AUDIT for the identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence* 45, 157–163.

Smith, S. G. T., Touquet, R., Wright, S. and Das Gupta, N. (1996) Detection of alcohol misusing patients in accident and emergency departments: the Paddington alcohol test (PAT). *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 13(5), 308–312.

Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1992) Timeline followback: a technique for assessing self-reported ethanol consumption. In: Allen, J. & Litten, R. Z., eds. *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods*, 41–72.

Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1995a) *Alcohol Timeline Follow-back Users' Manual*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.

Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1995b) *Alcohol Timeline Follow-back Computer Software*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.

Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1995c) Alcohol consumption measures. In: Allen, J. P. & Columbus, M., eds. *Assessing Alcohol Problems: a Guide for Clinicians and Researchers*. Treatment Handbook Series 4. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 55–73.

Sobell, L. C., Maisto, S. A., Sobell, M. B. & Cooper, A. M. (1979) Reliability of alcohol abusers' self-reports of drinking behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 157–160.

Sobell, M. B., Sobell, L. C., Khajner, F., Pavon, D. & Basian, E. (1986) The reliability of a timeline method for assessing normal drinker college students' recent drinking history: utility for alcohol research. *Addictive Behaviors*, 11, 149–161.

5. Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

Spandorfer, J. M., Israel, Y., & Turner, B. J. (1999) Primary care physicians' views on screening and management of alcohol abuse: inconsistencies with national guidelines. *Journal of Family Practice*, 48, 899-902.

Spies, C. D., Emadi, A., Neumann, T., Hannemann, L., Rieger, A., Schaffartzik, W., Rahmzadeh, R., Berger, G., Funk, T., Blum, S., Muller, C. & Rommelspacher, H. (1995a) Relevance of carbohydrate-deficient transferrin as a predictor of alcoholism in intensive care patients following trauma. *Journal of Trauma*, 39, 742-748.

Spies, C. D., Rommelspacher, H., Schnapper, C., Muller, C., Marks, C., Berger, G., Conrad, C., Blum, S., Specht, M., Hannemann, L. et al. (1995b) Beta-carbolines in chronic alcoholics undergoing elective tumor resection. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 19, 969-976.

Spies, C., von Winterfeld, A., Müller, C., Rommelspacher, H., Neumann, T., Marks, C., Berger, G., Conrad, C., Blum, S., Hannemann, L., Striebel, H. W. & Schaffartzik, W. (1996a) Reliability of carbohydrate deficient transferrin to detect chronic alcohol misuse in carcinoma patients. *European Addiction Research*, 2, 156-162.

Spies, C. D., Rommelspacher, H., Winkler, T., Muller, C., Brummer, G., Funk, T., Berger, G., Fell, M., Blum, S., Specht, M., Hannemann, L. & Schaffartzik, W. (1996b) Beta-carbolines in chronic alcoholics following trauma. *Addiction Biology*, 1, 93- 103.

Steinbauer, J.R., Cantor, S.B., Holder, C.E. and Volk, R.J. (1998) Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Annals of Internal Medicine* 129, 353-362.

Stibler, H. (1991) Carbohydrate-deficient transferrin in serum: a new marker of potentially harmful alcohol consumption reviewed. *Clinical Chemistry*, 37, 2029-2037.

Tonigan, J. S., Miller, W. R. & Brown, J. M. (1997) The reliability of Form 90: an instrument for assessing alcohol treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 358-364.

Vinson, D. C., Elder, N. C., Werner, J. J., Vorel, L. A., & Nutting, P. A. (2000) Alcohol-related discussions in primary care: A report from ASPN. *Journal of Family Practice*, 49, 28-33.

Volk, R.J., Steinbauer, J.R., Cantor, S.B. and Holzer, C.E. (1997) 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.

Weisner, C., Kaskutas, L. A., Hilton, M. E. & Barile, A. L. (1999) 'When you were drinking' vs. 'in the past 12 months': the impact of using different time frames in clinical and general populations. *Addiction*, 94, 731-736.

Wetterling, T., Kanitz, R. D., Rumpf, H. J., Hapke, U. & Fischer, D. (1998a) Comparison of CAGE and MAST with the alcohol markers CDT, gamma-GT, ALAT, ASAT and MCV. *Alcohol and Alcoholism*, 33, 424-430.

Whitfield, J. B. (2001) Gamma glutamyl transferase. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Science*, 38, 263-355.

Whitfield, J. B., Hensley, W. J., Bryden, D. & Gallagher, H. (1978) Effects of age and sex on biochemical responses to drinking habits. *Medical Journal of Australia*, 2, 629-632.

Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, T. & Klein, J. (2004) Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140, 557-568.

Wu, A., Chanarin, I. & Levi, A. J. (1974) Macrocytosis of chronic alcoholism. *Lancet*, May 4, 1 (7862), 829-31.

6. Efectivitat de les intervencions breus

Resum de l'evidència del capítol

1. Són efectives les intervencions breus per reduir el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol?

Les intervencions breus als centres d'atenció primària de salut són efectives per reduir el consum de risc i perjudicial d'alcohol. Per tal que un pacient se'n beneficiï, s'han d'aconsellar vuit pacients, un percentatge d'eficàcia més alt que el que s'obté amb els consells breus als pacients amb hàbit tabàquic. En aquest cas, perquè un pacient deixi de fumar, s'ha d'aconsellar uns 20 pacients fumadors. La proporció millora en uns 10 casos quan s'empra un tractament de farmacoteràpia. Hi ha molt poca evidència d'un efecte dosi-resposta i no sembla que les sessions prolongades siguin més efectives que les intervencions breus. L'efectivitat d'aquestes sessions es manté durant un any i es pot prolongar fins a quatre anys.

2. Les intervencions breus són efectives per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol?

Les intervencions breus als centres d'atenció primària de salut són efectives per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol entre les persones amb un consum perjudicial d'alcohol però que no pateixen dependència de l'alcohol. Per tal que un pacient se'n beneficiï, s'han d'aconsellar vuit pacients. Les intervencions breus també són eficaces per reduir la mortalitat. Per prevenir una mort anual, cal proporcionar assessorament a 282 pacients.

3. Per a quin tipus de pacients són efectives les intervencions breus?

Les intervencions breus són igual d'efectives per als homes com per a les dones, i per a la gent gran i la gent jove. Solen ser més efectives amb problemes de menor gravetat. La informació obtinguda fins avui suggereix que l'efectivitat de les intervencions en pacients embarassades és limitada.

4. Quins són els components més efectius?

Disposem de molt poca informació sobre l'efectivitat dels diferents components de les intervencions. Tot i així, segons el contingut de les intervencions avaluades, s'han proposat tres elements essencials per a les sessions: la retroalimentació, oferir consell i establir un objectiu. Hi ha una evidència mixta a l'hora de determinar si les intervencions amb més d'una sessió són més efectives que les intervencions amb una sola sessió. Les entrevistes motivacionals són una tècnica d'intervenció efectiva.

Recomanacions

1. Els metges de capçalera i els altres professionals d'atenció primària haurien d'oferir, com a mínim, una intervenció molt breu (cinc minuts) a tots els pacients en els quals s'hagi detectat un consum de risc o perjudicial d'alcohol.
2. Les intervencions efectives per reduir el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol consisteixen tan sols en un consell breu, però ben estructurat, de menys de cinc minuts. Les intervencions una mica més intenses inclouen una sessió d'assessorament d'uns 15 minuts, durant la qual s'ofereix retroalimentació i consells i s'estableix un objectiu. La majoria també inclouen assistència i seguiment complementaris. Per descriure les intervencions, es poden utilitzar com a referència els cinc punts fonamentals de la guia d'assessorament conductual: avaluar el consum d'alcohol amb un instrument d'identificació ràpid i, a continuació, realitzar una avaluació clínica, en cas que sigui necessària; aconsellar als pacients que redueixin el consum d'alcohol fins a un nivell de consum moderat; establir objectius individuals amb els pacients perquè redueixin el consum d'alcohol o s'abstinguin de consumir begudes alcohòliques (si s'escau); ajudar els pacients a adquirir les motivacions, tècniques d'autoajuda o el suport necessaris per canviar la seva conducta, i organitzar sessions d'assessorament continuades i de suport de seguiment, incloent-hi derivar els pacients amb dependència de l'alcohol a un tractament especialitzat (US Preventive Services Task Force, 2004).

6.1. Són efectives les intervencions breus per reduir el consum de risc i perjudicial d'alcohol?

Una de les dificultats de resumir la literatura d'investigació sobre els efectes de les intervencions breus és la varietat de definicions que reben aquestes intervencions en diversos estudis. Com suggereix el terme, una característica definidòria de les intervencions breus és la durada. En aquest sentit, Babor i Grant (1994) fan servir els termes següents: per a una sola sessió, intervenció mínima; d'una a tres sessions, intervenció breu; de cinc a set sessions, intervenció moderada, i vuit o més sessions, tractament intensiu. Tot i així, una mateixa intervenció pot ser considerada «breu» o «prolongada» segons l'estudi on aparegui. Altres característiques que defineixen les intervencions breus són: (1) centrar-se en l'objectiu de consum d'alcohol reduït, sense risc o no perjudicial, en lloc de l'abstinència; (2) procedir d'un metge o un altre professional d'atenció primària i no d'un especialista en addiccions, i (3) adreçar-se a pacients que no pateixin dependència de l'alcohol i no a persones que pateixin dependència de l'alcohol.

Heather (1995, 1996) sosté que cal classificar les intervencions en dos grups generals. El primer tipus, les intervencions breus oportunistes, són les intervencions pensades per a les persones que no han sol·licitat ajuda per problemes relacionats amb l'alcohol i han estat detectades mitjançant identificacions oportunistes dels

6. Efectivitat de les intervencions breus

centres d'atenció primària de salut, i que s'avaluen entre aquestes persones. Aquestes persones solen patir problemes relacionats amb l'alcohol de menor gravetat i estan menys motivades per canviar. Aquest tipus d'intervencions solen ser curtes, menys estructurades i menys teòriques i les sol oferir un professional no especialitzat.

Anomenarem aquest primer tipus d'intervencions breus. El segon tipus, les intervencions breus especialitzades, que van sorgir com un requisit de control en les avaluacions de tractaments tradicionals, se solen emprar amb persones que sol·liciten ajuda o que han estat persuadides per sol·licitar un tractament per problemes relacionats amb l'alcohol. Aquestes intervencions solen ser més llargues, més estructurades, més teòriques i les sol administrar un especialista. Anomenarem aquest segon tipus d'intervencions tractament de baixa intensitat.

Heather (1989) també destaca que la informació que demostra l'efectivitat d'aquests dos tipus d'intervenció breu és el resultat d'investigacions diferents. Els estudis que examinen les intervencions oportunistes, o intervencions breus, a l'atenció primària solen comparar els resultats amb un grup de control que no rep tractament, mentre que els estudis que examinen les intervencions breus especialitzades solen comparar-les amb tractaments tradicionals, més prolongats. A l'hora de comparar intervencions breus amb el tractament tradicional, la dificultat és demostrar la hipòtesi nul·la (Heather, 1989), ja que la manca de diferències estadísticament significatives no demostra necessàriament que el nivell d'eficàcia sigui el mateix (Mattick i Jarvis, 1994), especialment amb mostres petites.

Dins la categoria de les intervencions breus, cal diferenciar dos nivells d'activitat: les intervencions molt breus (o mínimes), que consisteixen en un consell breu, però ben estructurat, de menys de cinc minuts (també anomenades consell breu), i les intervencions breus una mica més intensives, d'entre 20 i 30 minuts de durada, que solen incloure diverses sessions (també anomenades assessorament breu).

Segons l'estudi de Mesa Grande, una revisió sistemàtica contínuament actualitzada sobre l'efectivitat de diferents tractaments per al consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol que classifica l'efectivitat de 48 modalitats de tractament diferents, les intervencions breus encapçalen la llista dels mètodes de tractament que es basen en l'evidència, a causa de les conclusions positives obtingudes en un elevat nombre d'estudis de gran qualitat (Miller i Wilbourne, 2002) (vegeu la taula 9.1, capítol 9).

Existeixen, com a mínim, 14 metanàlisis i/o revisions sistemàtiques que investiguen l'efectivitat de les intervencions breus, amb mètodes i objectius lleugerament diferents (Bien, Tonigan i Miller, 1993; Freemantle [et al.], 1993; Kahan [et al.], 1995; Wilk [et al.], 1997; Poikolainen, 1999; Irvin [et al.], 2000; Moyer [et al.], 2002; D'Onofrio i Degutis, 2002; Berglund [et al.], 2003; Emmen [et al.], 2004;

6. Efectivitat de les intervencions breus

Ballesteros [et al.], 2004a; Whitlock [et al.], 2004; Cuijpers [et al.], 2004; Bertholet [et al.], 2005). Tots aquests estudis aporten conclusions favorables, d'una manera o d'una altra, sobre l'efectivitat de les intervencions breus per reduir el consum de risc i perjudicial fins a un nivell de risc baix.

A la metanàlisi de Moyer [et al.] (2002) es van tenir en compte tant la població diana (pacients que van sol·licitar ajuda mèdica i pacients que no van sol·licitar ajuda) com la intensitat de la intervenció breu (grup de control, grup d'intervenció breu o prolongada), i es va calcular una estimació combinada unint les magnituds de l'efecte heterogeni dels diversos estudis individuals.

Pel que fa a les poblacions que no havien sol·licitat cap tractament, en comparar les intervencions breus, amb un màxim de quatre sessions, amb els grups de control, l'estudi va identificar unes magnituds de l'efecte significatives en la modificació del consum d'alcohol de 0,26 (95% d'IC, 0,20-0,32) (taula 6.1 i figura 6.1; reproduït de Moyer [et al.], 2002). Una magnitud de l'efecte de 0,26 equival a una millora del 13% del grup d'intervenció respecte del grup de control, mentre que un 0,24 equival a un 12% de millora.

Taula 6.1 Total de les magnituds de l'efecte de les intervencions breus comparades amb els grups de control de mostres de persones que no han sol·licitat tractament.

Resultats	Nombre de mostres	Magnitud de l'efecte ^a	Interval de confiança del 95%	Heterogeneïtat		
				Q	df	p
<i>Composició de tots els resultats relacionats amb el consum d'alcohol</i>						
≥3 mesos	4	0.300**	0.082, 0.518	4.5	3	0.211
>3-6 mesos	11	0.144***	0.081, 0.206	10.6	10	0.391
>6-12 mesos	23	0.241***	0,184, 0.299	30.6	22	0.105
>12 mesos	5	0.129	-0.007, 0.060	7.4	4	0.188
Consum d'alcohol						
≥ 3 mesos	3	0.669***	0.392, 0.945	3.6	2	0.164
>3-6 mesos	11	0.160***	0.098, 0.222	18.5	10	0.048
>6-12 mesos	20	0.263***	0.203, 0.323	50.8	19	0.000
>12 mesos	2	0.202	-0.008, 0.412	0.8	1	0.381

^a Els valors positius de les magnituds de l'efecte indiquen que el grup sotmès a les intervencions breus ha obtingut uns resultats millors que el grup de control.

** $P < 0.01$;
*** $P < 0.001$.

Reproduït de Moyer et al. (2002).

6. Efectivitat de les intervencions breus

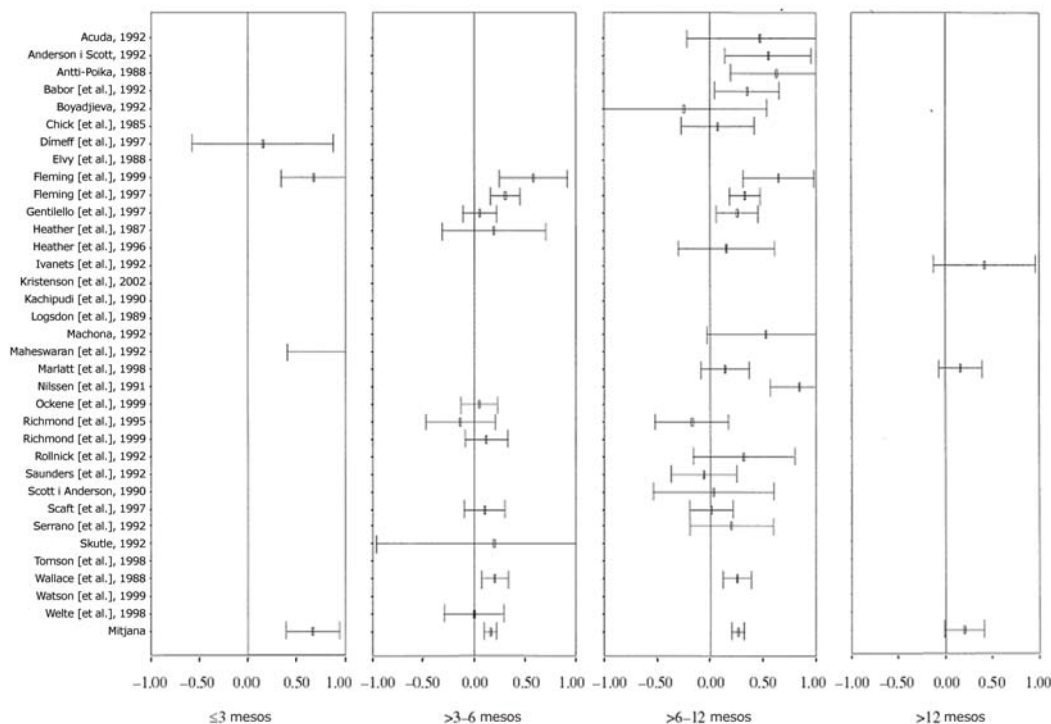


Figura 6.1: Magnituds de l'efecte i intervals de confiança del 95% de les intervencions breus comparat amb els grups de control, consum d'alcohol. Reproduït de Moyer [et al.], 2002.

Segons altres revisions basades en l'evidència, les intervencions breus són un mètode efectiu. Segons l'anàlisi Swedish Technology Assessment (Berglund [et al.], 2003), «en la majoria d'estudis (sobre intervencions breus per a la prevenció secundària) s'ha observat un efecte significatiu de les intervencions breus en seguiments de fins a dos anys. L'efecte de les intervencions és comparable al que s'aconsegueix en molts dels tractaments mèdics habituals per als trastorns crònics». Segons una revisió sistemàtica realitzada a Austràlia (Shand [et al.], 2003a), «les intervencions breus oportunistes són efectives per reduir el consum d'alcohol dels pacients amb un consum problemàtic i un nivell reduït de dependència».

Efectes de les intervencions breus a llarg termini

Hi ha dos estudis que analitzen els efectes a llarg termini de les intervencions breus a l'atenció primària de salut. L'estudi realitzat per Fleming [et al.] (2002) determina una eficàcia de 48 mesos i inclou una anàlisi de relació cost-efectivitat del Projecte TrEAT, Assaig sobre el tractament prematur del consum d'alcohol (Trial for Early Alcohol Treatment), un assaig clínic aleatoritzat sobre els consells mèdics breus per al tractament del consum problemàtic d'alcohol. Durant aquest estudi, els pacients del grup de tractament van experimentar reduccions

6. Efectivitat de les intervencions breus

significatives en el consum setmanal d'alcohol, el nombre d'episodis de consum intensiu i la freqüència de consum de risc, en comparació amb el grup de control. L'efecte de les intervencions es va manifestar en els sis mesos posteriors a les sessions, i es va mantenir durant els 48 mesos del període de seguiment. A més, el grup de tractament també va registrar menys dies d'hospitalització i menys visites a urgències.

L'estudi de Wutzke [et al.] (2002) va registrar els resultats d'un seguiment de deu anys d'intervencions breus i prematures en pacients amb un consum de risc i perjudicial d'alcohol. L'efectivitat dels tres tipus d'intervencions, que varien entre cinc i seixanta minuts, es va comparar amb els resultats obtinguts en un grup de control sense tractament. Malgrat que l'efecte de les intervencions quedava palès en el seguiment que es va dur a terme després de nou mesos, en el seguiment després de deu anys les intervencions ja no tenien cap influència en el consum mitjà, la reducció mitjana del consum des del punt de referència fins al moment del seguiment, la mortalitat i les diagnòsics de dependència de l'alcohol o consum perjudicial d'alcohol segons la classificació ICD 10. Entre el punt de referència inicial i el moment en què es va realitzar el seguiment després de nou mesos, el grup d'intervenció va reduir el consum mitjà d'alcohol de 324 g a 208 g per setmana, una reducció de 116 g equivalent al 36%. En canvi, el grup de control va reduir el consum mitjà d'alcohol de 309 g a 263 g per setmana, és a dir, 46 g o un 15%. En el seguiment a deu anys, es va observar una reducció del consum d'alcohol de 324 g a 174 g per setmana, és a dir, de 150 g, o el 46%, en el grup d'intervenció, comparat amb una reducció de 309 g a 158 g per setmana, és a dir, de 151 g, o el 49%, en el grup de control. Per millorar l'efectivitat de les intervencions breus a llarg termini, cal que els professionals d'atenció primària realitzin un seguiment continuat del consum d'alcohol dels pacients, i intervinguin degudament si el consum torna a assolir un nivell de risc (Stout [et al.], 1999).

Intervencions breus a l'atenció primària de salut

Segons cinc revisions sistemàtiques, amb metanàlisis que se centren especialment en l'efectivitat de les intervencions breus a l'atenció primària (Kahan [et al.], 1995; Poikolainen, 1999; Ballesteros [et al.], 2004a; Whitlock [et al.], 2004; Bertholet [et al.], 2005), les intervencions breus que s'ofereixen als centres d'atenció primària de salut són efectives.

D'aquestes anàlisis, la més recent (Bertholet [et al.], 2005) afirma que les intervencions breus segueixen sent efectives per reduir el consum d'alcohol, tant en el cas dels homes com en el de les dones, després de sis i dotze mesos de la intervenció. Aquesta anàlisi es limita als estudis realitzats en condicions habituals a l'atenció primària de salut, i no té en compte els estudis elaborats a partir de llistes de pacients, inscripcions o sessions d'identificació organitzades de manera especial. Per tant, és més propera a les condicions reals de les consultes de medicina general que altres anàlisis.

6. Efectivitat de les intervencions breus

La magnitud de l'efecte de les intervencions breus és més fàcil d'entendre a partir del nombre necessari de pacients que s'han de tractar (NNT), és a dir, el nombre de pacients amb un consum de risc o perjudicial d'alcohol que han de participar en una intervenció breu perquè un pacient redueixi el seu consum fins a un nivell de risc baix. El NNT estimat de les intervencions breus més recent és d'unes vuit persones (Moyer [et al.], 2002), un percentatge d'eficàcia elevat si el comparem amb el NNT de l'assessorament per deixar de fumar, d'unes 20 persones, tot i que aquest valor pot millorar fins a 10 casos quan s'empra una teràpia de substitució de la nicotina (Silagy i Stead, 2003). En aquest sentit, el NNT subestima l'efectivitat total de les intervencions breus, ja que, fins i tot si el pacient no redueix immediatament el consum d'alcohol, pot començar a pensar a modificar el seu comportament, i aquest canvi es pot convertir, més endavant, en un esforç actiu per reduir el consum d'alcohol o, en altres paraules, en l'inici d'un moviment en el cicle de canvi (Prochaska i DiClemente, 1986).

Les intervencions breus en altres entorns

No hi ha gaire informació que demostrï l'efectivitat de les intervencions breus en entorns hospitalaris generals (Emmen [et al.], 2004), malgrat la gran quantitat de dades que proven l'efectivitat d'aquest mètode a les sales de traumatologia i els serveis d'urgències (Monti [et al.], 1999; Gentilello [et al.], 1999; Longabaugh [et al.], 2001; D'Onofrio i Degutis, 2002; Crawford [et al.], 2004; Smith [et al.], 2003) i les institucions educatives (Baer [et al.], 1992; Marlatt [et al.], 1998; Baer [et al.], 2001; Borsari i Carey, 2000; McCambridge i Strang, 2004). A més, cada cop hi ha més dades que demostren l'efectivitat de les proves d'identificació i les intervencions breus a través de pàgines web (Kypri [et al.], 2004).

6.2 Les intervencions breus són efectives per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol?

Segons l'anàlisi de Moyer [et al.] (2002), en comparar l'efecte de les intervencions breus, amb un màxim de quatre sessions, entre la població que no havia sol·licitat tractament i el grup de control, l'estudi va identificar unes magnituds de l'efecte significatives en la modificació del consum d'alcohol de 0,24 (95% d'IC, 0,18-0,30), amb un seguiment de 6-12 mesos (taula 6.1, figura 6.2; reproduït de Moyer [et al.], 2002). Una magnitud de l'efecte de 0,26 equival a una millora del 13% del grup d'intervenció comparat amb el grup de control, mentre que un 0,24 equival a un 12% de millora.

D'altra banda, un estudi australià sobre les consultes de medicina general proporciona dades directes que demostren l'efectivitat de les intervencions breus per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol (Richmond [et al.], 1995).

A més, les intervencions breus ajuden a salvar vides. En comparació amb el grup de control, les intervencions breus poden prevenir una de cada tres morts entre els pacients amb consum problemàtic d'alcohol (Cuijpers [et al.], 2004). Per prevenir una mort anual, cal aconsellar una mitjana de 282 pacients. Aquesta reducció de la mortalitat és considerable i indica que no proporcionar intervencions breus pot causar morts evitables.

6. Efectivitat de les intervencions breus

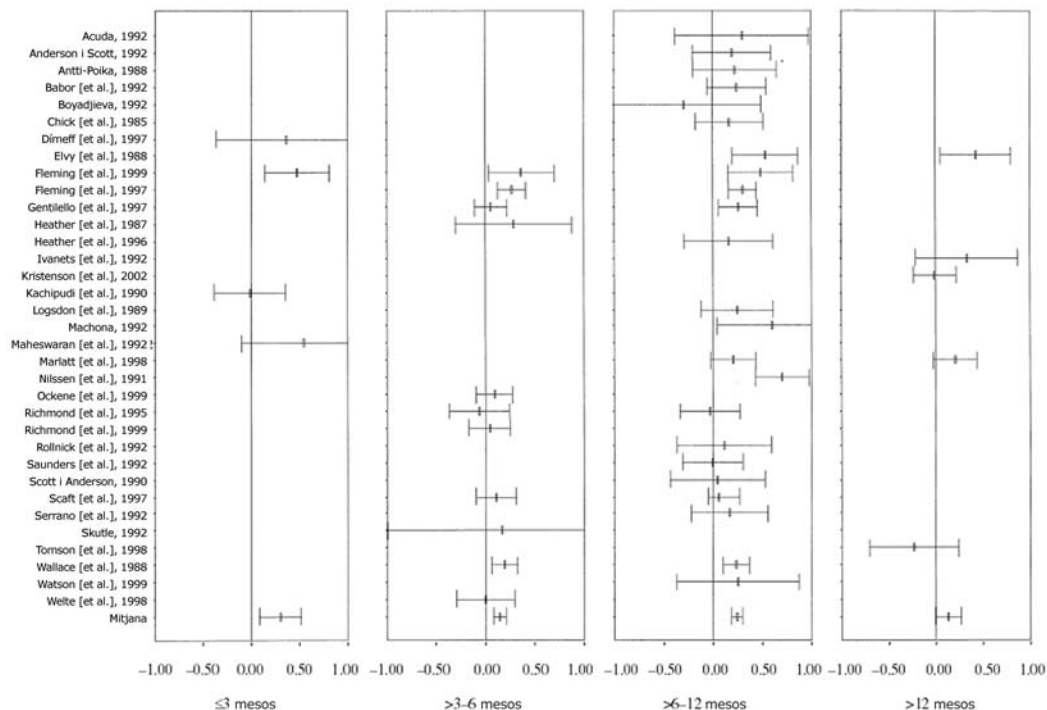


Figura 6.2: Magnituds de l'efecte i intervals de confiança del 95% de les intervencions breus comparat amb el grup de control, problemes relacionats amb l'alcohol. Reproduït de Moyer [et al.], 2002.02).

6.3. Per a quin tipus de pacients són efectives les intervencions breus?

La majoria d'estudis que han demostrat l'efectivitat de les intervencions breus han analitzat poblacions de pacients que no havien sol·licitat tractament pel consum d'alcohol i, per als consells, han emprat punts de tall d'uns 350 g d'alcohol setmanals per als homes, i d'uns 210 g d'alcohol setmanals en el cas de les dones (Moyer [et al.], 2002).

Gènere

Les anàlisis de subgrup de les metanàlisis realitzades per Wilk [et al.] (1997) mostren més probabilitats de consumir alcohol moderadament després de participar en intervencions breus per part dels pacients de sexe femení que pels de sexe masculí, tot i que la diferència no és estadísticament significativa.

En els set estudis que va incloure a l'anàlisi, Poikolainen (1999) va tenir en compte diversos tipus d'exposició (intervencions breus i exposicions prolongades) i va avaluar dos tipus de mesurament de resultats, el consum d'alcohol i el sèrum glutamiltransferasa. Els resultats de l'estudi mostren un efecte homogeni significatiu a favor de les intervencions breus prolongades per al consum d'alcohol en les mostres amb pacients de sexe femení (-51 g/setmana), tot i que es va basar en els resultats de només dos estudis.

6. Efectivitat de les intervencions breus

Segons la metanàlisi de Moyer [et al.] (2002) i la revisió del US Preventive Services Task Force (Grup de Treball dels Serveis Preventius dels EUA) (Whitlock [et al.], 2004), les intervencions breus són tan beneficioses per als homes com per a les dones.

Ballesteros [et al.] (2004b) van publicar una metanàlisi sobre intervencions breus a l'atenció primària de salut que se centra en l'efectivitat segons el gènere. S'hi van incloure set estudis i les magnituds de l'efecte estandarditzades per a la reducció del consum d'alcohol van ser similars entre els homes i les dones, com també ho van ser les oportunitats relatives de la freqüència entre les persones amb un consum d'alcohol per sota dels nivells perjudicials (quatre estudis amb oportunitats relatives de 2,32 per als homes; 95% d'IC = 1,78-2,93 i oportunitats relatives de 2,31 per a les dones; 95% d'IC = 1,60-3,17).

Edat

Els assajos realitzats en aquest àmbit demostren l'eficàcia de les intervencions breus ideades per reduir les conseqüències perjudicials del consum elevat d'alcohol entre estudiants universitaris d'alt risc (Marlatt [et al.], 1998) i entre pacients d'urgències de 18 i 19 anys amb un resultat positiu a la prova d'alcoholèmia (Monti [et al.], 1999). Malgrat que totes dues intervencions es van centrar principalment en la reducció dels problemes relacionats amb el consum elevat d'alcohol, també es van identificar reduccions en el nivell de consum. En l'estudi del servei d'urgències, es van seleccionar aleatòriament dos grups de pacients de 18 a 19 anys que havien acudit a urgències després de patir un incident relacionat amb el consum d'alcohol. Un grup es va sotmetre a una sessió d'entrevista motivacional i l'altre va rebre els serveis d'assistència habituals. En un seguiment al cap de sis mesos, es va registrar una incidència significativament més baixa de conducció sota els efectes de l'alcohol, incompliment de les normes de trànsit, i problemes i lesions relacionats amb l'alcohol entre els membres del grup sotmesos a l'entrevista motivacional que entre els que només havien rebut assistència habitual (Monti [et al.], 1999). En un segon estudi realitzat en un servei d'urgències amb adolescents d'entre 13 i 17 anys, distribuïts de manera aleatòria en dos grups amb les mateixes dues condicions de tractament que a l'estudi anterior, es va observar que els adolescents que ja estaven motivats per canviar el seu comportament de consum d'alcohol no van obtenir cap benefici diferencial de les entrevistes motivacionals, mentre que, amb els adolescents menys motivats per canviar abans de la intervenció, es van obtenir uns beneficis significativament superiors en la reducció de la conducció sota els efectes de l'alcohol (Monti [et al.], 2001).

Fleming i els seus col·legues (1999) van estudiar l'impacte dels consells mèdics breus en el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol de persones de 65 o més anys d'edat, i van identificar un efecte significatiu.

Embaràs

De tres intervencions d'assessorament conductual de gran qualitat realitzades en dones embarassades als centres d'atenció primària de salut durant les consultes prenatales, dues no van produir cap efecte en el consum d'alcohol (Handmaker [et al.], 1999; Chang [et al.], 1999) i en una d'elles es va identificar un possible efecte que no va arribar al llindar estadísticament significatiu (Reynolds [et al.], 1995).

6. Efectivitat de les intervencions breus

Gravetat dels problemes

Segons la metanàlisi de Moyer [et al.] (2002), en comparació amb el grup de control, les intervencions breus són més eficaces als estudis en els quals s'exclouen els pacients amb problemes més greus. Aquesta conclusió suggereix que les intervencions podrien ser útils només per a les persones amb problemes de consum d'alcohol de menor gravetat.

A l'assaig de la fase II de l'Organització Mundial de la Salut es va observar que, malgrat que no es registrés cap diferència entre els consells breus i l'assessorament més extens, la modalitat simple va permetre obtenir uns resultats millors amb els pacients de sexe masculí que havien experimentat un problema recent relacionat amb l'alcohol, mentre que l'assessorament breu va ser més eficaç per als pacients que no havien patit cap problema recent (Babor i Grant, 1992).

Les intervencions breus semblen ser igual d'efectives per reduir els patrons de consum d'alcohol perjudicials i el consum perjudicial en general (Beich [et al.], 2003; Whitlock [et al.], 2004).

6.4. Quins són els components més efectius?

Totes les intervencions que han demostrat produir millores significatives estadísticament en el consum d'alcohol de qualsevol intensitat inclouen, com a mínim, dos dels tres elements clau: retroalimentació, oferir consell i establir un objectiu. Com que les intervencions més efectives són les intervencions amb contactes múltiples, també proporcionen assistència i seguiment complementaris. En alguns casos, els elements de la intervenció s'han adaptat a cada pacient (Whitlock [et al.], 2004).

Durada de les sessions

L'assaig clínic d'intervencions breus a l'atenció primària de salut de l'OMS (Babor i Grant, 1992), en el qual van participar 10 països i 1.655 persones amb un consum elevat d'alcohol procedents de diversos entorns, la majoria mèdics, va posar de manifest que, per als pacients de sexe masculí, una intervenció breu integrada per un consell breu de cinc minuts basat en 20 minuts d'avaluació estructurada és un mètode tan efectiu per reduir el consum d'alcohol, amb millores concomitants en la salut, com un assessorament més llarg (15 minuts). Els metges o altres professionals de la salut poden utilitzar els consells bàsics de cinc minuts quan no disposin de temps per oferir una intervenció més llarga. Els 20 minuts d'avaluació que van precedir la intervenció de l'OMS es poden substituir pels resultats de les proves d'identificació i els coneixements del professional de la salut sobre el pacient.

Nombre de sessions

Les anàlisis de subgrup de les metanàlisis realitzades per Wilks [et al.] (1997) mostren més probabilitats de consum moderat després de les intervencions de més d'una sessió, comparat amb les intervencions d'una sola sessió, tot i que la diferència no és estadísticament significativa.

En els set estudis que va incloure a l'anàlisi, Poikolainen (1999) va tenir en compte diversos tipus d'exposició (intervencions breus i exposicions prolongades)

6. Efectivitat de les intervencions breus

i va avaluar dos tipus de mesurament de resultats, el consum d'alcohol i el sèrum glutamiltransferasa. A les conclusions de l'estudi s'observa que les intervencions molt breus (5-20 minuts) van registrar unes magnituds de l'efecte significatives per al consum d'alcohol (-70 g per setmana) i la glutamiltransferasa en el sèrum (-9,4 U/L), en comparació amb els grups de control, malgrat que les estimacions no eren homogènies. Les intervencions breus prolongades (diverses visites) van produir unes magnituds de l'efecte significatives per al consum d'alcohol (-65 g per setmana), però no per a l'activitat de la GGT en el sèrum. Tot i així, les magnituds de l'efecte d'ambdós resultats no van demostrar cap homogeneïtat estadística.

A la metanàlisi de Ballesteros [et al.] (2004a) no es va demostrar que pugui existir cap relació dosi-efecte.

En la revisió sistemàtica de tots els assajos clínics aleatoritzats realitzada pel Swedish Council of Technology Assessment Health Care (Consell Suec del Servei Sanitari d'Avaluació Tecnològica) (Berglund [et al.], 2003), es van analitzar les magnituds de l'efecte de les intervencions de sessions úniques i múltiples dels estudis d'intervencions breus a l'atenció primària (Berglund, 2005). Els estudis d'una sola sessió van obtenir una magnitud mitjana de l'efecte de 0,19, amb una heterogeneïtat negativa ($Q = 1,96$, $P = 0,58$) i els estudis de sessions repetides van obtenir una magnitud mitjana de l'efecte de 0,61 (model aleatori), amb una heterogeneïtat positiva ($Q = 72,10$, $P = < 0,001$). Les magnituds de l'efecte de les intervencions d'una sola sessió comparades amb les de les intervencions en diverses sessions van presentar diferències significatives ($P < 0,001$). Els estudis sobre una sola sessió van mostrar un efecte sòlid i estable, mentre que els estudis de diverses sessions, en general, van permetre obtenir unes magnituds de l'efecte superiors, però els resultats van ser extraordinàriament heterogenis comparats amb els estudis d'intervencions de sessió única. Alguns estudis amb diverses sessions van registrar magnituds de l'efecte més elevades i d'altres no. Caldrà continuar avançant en la recerca per determinar quins factors contribueixen i quins no contribueixen en els probables efectes addicionals d'una segona sessió.

Entrevista motivacional

En un primer moment, les entrevistes motivacionals es van crear amb l'objectiu de preparar les persones per modificar el seu comportament de consum de substàncies (Miller, 1983). Es tracta d'un estil d'entrevista directiu, que se centra en el pacient i l'ajuda a explorar i resoldre la seva ambivalència respecte al canvi de comportament (Rollnick i Miller, 1995). S'ha suggerit que aquesta tècnica podria millorar l'efectivitat i la relació cost-efectivitat de les intervencions breus. El professional que condueix l'entrevista fa servir tècniques centrades en el pacient per donar-li confiança i reduir la resistència i, al mateix temps, augmentar la disposició del pacient per modificar el seu comportament (Prochaska i DiClemente, 1986), mentre comprèn el punt de vista del pacient, evita o redueix la resistència i augmenta l'autoeficàcia del pacient i la discrepància que percep entre el seu comportament real i el seu comportament ideal (Miller i Rollnick, 1991).

Segons l'estudi de Mesa Grande (vegeu el capítol 9), la categoria «abordatge motivacional» ocupa el segon lloc. Les cinc revisions sistemàtiques de recerca

6. Efectivitat de les intervencions breus

sobre l'efectivitat de les entrevistes motivacionals per a diversos trastorns d'addicció (Noonan i Myers, 1997; Dunn [et al.], 2001; Burke [et al.], 2002; Burke [et al.], 2003; Burke [et al.], 2004; Tevyaw i Monti, 2004) proporcionen una quantitat considerable d'informació que demostra que les entrevistes motivacionals són una intervenció efectiva, tot i que no se sap exactament com funcionen, amb quines persones ofereixen un millor resultat o si són més eficaces que altres mètodes d'intervenció. Una altra metanàlisi de 72 assajos clínics d'entrevistes motivacionals va constatar que aquest mètode produïa un efecte significatiu que, comparat amb el grup de control, disminuïa amb el pas del temps (Hetteema [et al.], en premsa). A la majoria d'estudis, el canvi conductual observat després de les entrevistes motivacionals es manté durant un any de seguiment. Tot i així, el grup de comparació se situa al mateix nivell que el grup d'intervenció al llarg del temps, és a dir, que l'efecte en els grups de tractament i de control disminueix gradualment amb el temps. Aquest fet no només succeeix amb les entrevistes motivacionals, sinó que és un resultat habitual en altres intervencions. Als assajos conductuals, els grups de control solen millorar amb el pas del temps.

Bibliografia

Babor, T. F. & Grant, M. (Eds.) (1992) Project on Identification and Management of Alcohol-related Problems. Report on Phase II: A Randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care, World Health Organisation.

Babor, T.F. & Grant, M. (1994) A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care: summary of a WHO project. *Addiction*, 89, 657-678.

Baer, J. S., Marlatt, G. A., Kivlahan, D. R. et al. (1992) An experimental test of three methods of alcohol risk reduction with young adults, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60, 974-9.

Baer, J., Kivlahan, D. R., Blume, A., Mcknight, P. & Marlatt, G. (2001) Brief Intervention for heavy-drinking college students: 4-year follow-up and natural history, *American Journal of Public Health*, 91, 1310-1315.

Ballesteros, J., Duffy, J. C., Querejeta, I., Arino, J. & Gonzales-Pinto, A. (2004a) Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analysis, *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 28, 608-618.

Ballesteros, J., Gonzalez-Pinto, A., Querejeta, I. & Arino, J. (2004b) Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women, *Addiction*, 99, 103-108.

Beich A, Thorkil T, Rollnick S. (2003) Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 327, 536-42.

Berglund, M. (2005) A better widget? Three lessons for improving addiction treatment from a meta-analytical study. *Addiction*, 100, 742-750.

Berglund, M., Thelander, S. & Jonsson, E. (Eds.) *Treating Alcohol and Drug Abuse: An Evidence-based Review* (Weinheim, Wiley-VCH).

Bertholet, N., Daepfen, J-B., Wietlisbach, V., Fleming, M. & Burnand, B. (2005) Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis, *Archives of Internal Medicine*, 165, 986-995.

6. Efectivitat de les intervencions breus

Bien T. H., Miller, W. R. & Tonigan, J. S. (1993) Brief interventions for alcohol problems: a review, *Addiction*, 88, 315-335.

Borsari, B. & Carey, K. B. (2000) Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers, *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 728-33.

Burke, B. L., Arkowitz, H. & Dunn, C. (2002) The efficacy of motivational interviewing and its adaptations: what we know so far, in: Miller, W. R. & Rollnick, S. (Eds.) *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 217-250.

Burke, B. L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003) The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71, 843-861.

Burke, B. L., Dunn, C. W., Atkins, D. & Phelps, J. S. (2004) The emerging evidence base for motivational interviewing: a meta-analytic and qualitative inquiry, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 309-322.

Chang G, Wilkins-Haug L, Berman S, Goetz MA.(1999) Brief intervention for alcohol use in pregnancy: A randomized trial. *Addiction*, 94 (10), 1499-1508.

Crawford, M. J., Patton, R., Touquet, R. et al. (2004) Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial, *Lancet*, 364, 1334-1339.

Cuijpers, P., Riper, H. & Lemmens, L. (2004) The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis, *Addiction*, 99, 839-845.

D'onofrio, G. & Degutis, L. C. (2002) Preventive care in the emergency department; screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review, *Academic Emergency Medicine*, 9, 627-638.

Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, F. P. (2001) The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review, *Addiction*, 96, 1725-1742.

Emmen, M. J., Schippers, G. M., Bleijenberg, G. & Wollsheim, H. (2004) Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *British Medical Journal*, 328, 318-322.

Fleming, M. F., Manwell, L. B., Barry, K. L., Adams, W. & Stauffacher, E. A. (1999) Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *Journal of Family Practice*, 48, 378-384.

Fleming, M. F., Mundt, M., O., French, M. T. et al. (2002) Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 36-43.

Freemantle, N., Gill, P., Godfrey, C. et al. (1993) Brief Interventions and alcohol use. *Effective Health Care Bulletin*, 7, University of Leeds, Nuffield Institute for Health.

Gentilello, L. M., Rivara, F. P., Donovan, D. M. et al. (1999) Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence, *Annals of Surgery*, 230, 473-80.

Handmaker NS, Miller WR, Manicke M. (1999) Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of studies on alcohol*, 60(2).

Heather, N. (1989) Psychology and brief interventions. *British Journal of Addiction*, 84, 357-370.

6. Efectivitat de les intervencions breus

Heather, N. (1995) Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers: the need for caution. *Alcohol & Alcoholism*, 30, 287-296.

Heather, N. (1996) The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: the British experience, *Addictive Behaviors*, 21, 857-68.

Hettema, J., Steele, J. & Miller, W. R. Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, (in press).

Irvin, C. B., Wyer, P. C. & Gerson, L. W. (2000) Preventive care in the emergency department, Part II: Clinical preventive services - an emergency medicine evidence-based review, *Academic Emergency Medicine*, 7, 1042-1054.

Kahan, M., Wilson, L. & Becker, L. (1995) Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review, *Canadian Medical Association Journal*, 152, 851-859.

Kypri, K., Saunders, J.B., Williams, S.M., McGee, R.O., Langley, J.D., Cashell-Smith, M.L., & Gallagher, S.J. (2004) Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: a double-blind randomized controlled trial. *Addiction*, 99, 1410-1417.

Longabaugh, R., Woolard, R. F., Nirenberg, T. D. et al. (2001) Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department, *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 806-816.

Marlatt, G. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R. et al. (1998) Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a 2-year follow-up assessment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 604-615.

Mattick, R. P. & Jarvis, T. (1994) Brief or minimal intervention for 'alcoholics'? The evidence suggests otherwise. *Drug and Alcohol Review*, 13, 137-144.

Mccambridge, J. & Strang, J. (2004) The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk among young people: results from a multi-site cluster randomised trial, *Addiction*, 99, 39-52.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991) *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior* (New York NY, Guilford).

Miller, W. R. (1983) Motivational interviewing with problem drinkers, *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147-172.

Monti, P. M., Barnett, N. P., O'Leary, T. A. & Colby, S. M. (2001a) Motivational enhancement for alcohol-involved adolescents. In: Monti, P. M., Colby, S. M. & O'Leary, T. A., eds. *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse: Reaching Teens Through Brief Interventions*, 145-182.

Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P. et al. (1999) Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 989-994.

Moyer, A., Finney, J., Swearingen, C. & Vergun, P. (2002) Brief Interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment -seeking and non-treatment seeking populations, *Addiction*, 97, 279-292.

Noonan, W. C. & Moyers, T. B. (1997) Motivational interviewing, *Journal of Substance Abuse*, 2, 8-16.

6. Efectivitat de les intervencions breus

Poikolainen, K. (1999) Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis, *Preventive Medicine*, 28, 503-509.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1986) Toward a comprehensive model of change, in: Miller, W. R. & Heather, N., eds. *Treating Addictive Disorders: processes of change*, 3-27.

Reynolds KD, Coombs DW, Lowe JB, Peterson PL, et al. (1995) Evaluation of a self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women. *The International journal of the addictions*, 30(4), 427-443.

Richmond, R., Heather, N., Wodak, A., Kehoe, L. & Webster, I. (1995) Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking, *Addiction*, 90, 119-32.

Rollnick, S. & Miller, W. R. (1995) What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 315-314.

Shand, F., Gates, J., Fawcett, J. & Mattick, R. (2003) *The Treatment of Alcohol Problems: A Review of the Evidence* (Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing).

Silagy, C. & Stead, L.F. (2003) Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review), in: *The Cochrane Library*, Issue 4 (Chichester, Wiley).

Smith, A. J., Hodgson, R. J., Bridgeman K. & Shepherd, J. P. (2003) A randomised controlled trial of a brief intervention after alcohol-related facial injury, *Addiction*, 98, 43-52.

Stout, R. L., Rubin, A., Zwick, W., Zywiak, W. & Bellino, L. (1999) Optimizing the cost-effectiveness of alcohol treatment: a rationale for extended case monitoring. *Addictive Behaviors*, 24, 17-35.

Tevyaw, T.O. & Monti, P.M. (2004) Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations *Addiction* 99 (Suppl. 2), 63-75.

U.S. Preventive Services Task Force (2004) Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse: Recommendation Statement. *Annals of internal medicine*, 140, 554-556.

Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, T. & Klein, J. (2004) Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140, 557-568.

Wilk, A. I., Jensen, N. M. & Havighurst, T. C. (1997) Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers, *Journal of General Internal Medicine*, 12, 274-283.

Wutzke, S., Conigrave, K., Saunders, J. & Hall, W. (2002) The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up, *Addiction*, 97, 665-675.

7. Costos i relació cost-efectivitat de les intervencions breus

Resum de l'evidència del capítol

7.1 Quins costos comporten els programes d'identificació i intervenció breu?

Es calcula que establir i mantenir un programa d'identificació i intervenció breu a la Unió Europea té un cost mitjà de 1.644 euros anuals per cada 1.000 pacients atesos per un metge d'atenció primària. No hi ha evidència que la identificació i les intervencions breus puguin tenir efectes negatius, com la incomoditat o la insatisfacció dels pacients. La reacció contrària sembla ser la més freqüent, ja que els pacients solen acollir positivament les converses sobre el consum d'alcohol amb els professionals de l'atenció primària.

7.2 Quins beneficis aporten els programes d'identificació i intervenció breu?

Els programes d'identificació i intervenció breu redueixen el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol, els problemes causats per l'alcohol i la mortalitat. Una estimació molt conservadora indica que, per tal que un pacient se'n beneficiï, s'han de realitzar proves d'identificació a 385 persones, un resultat molt més eficaç que les proves per identificar la hipertensió (1.250 persones) o el càncer colorectal (3.300 persones). Per tal que un pacient se'n beneficiï, s'han d'aconsellar vuit pacients amb consum de risc i consum perjudicial d'alcohol, una xifra que demostra una eficiència dues vegades superior a la de l'assessorament per deixar de fumar. Per prevenir una mort anual, cal oferir consell a 282 pacients, un benefici enorme. L'Organització Mundial de la Salut estima que, si els consells mèdics breus tinguessin una cobertura del 25% dels pacients, es podrien evitar 91 anys dels problemes de salut i mort prematura per cada 100.000 habitants, és a dir, un 9% de tots els problemes de salut i morts prematures causades pel consum d'alcohol.

7.3 Quina relació cost-efectivitat tenen les intervencions breus?

Amb un cost anual de 1.960 euros per a la prevenció de problemes de salut i morts prematures, les intervencions breus per als pacients amb un consum de risc i perjudicial d'alcohol a l'atenció primària són algunes de les intervencions mèdiques més econòmiques per millorar la salut de la població. En altres paraules, si un professional de l'atenció primària ha de dur a terme una activitat nova, oferir consells breus als pacients amb un consum de risc i perjudicial d'alcohol pot beneficiar més la salut dels pacients potencials que dedicar deu minuts a fer qualsevol altra cosa.

Recomanacions

1. Als centres d'atenció primària de salut i dins de l'àmbit de tractament del consum d'alcohol, caldria reorientar urgentment els recursos per proporcionar programes d'identificació i intervenció breu per al consum de risc i perjudicial d'alcohol.

7. Costos i relació cost-efectivitat de les intervencions breus

7.1 Quins costos comporten els programes d'identificació i intervenció breu?

L'Organització Mundial de la Salut ha calculat els costos i l'impacte de diverses mesures de planificació per prevenir els problemes de salut i la mort prematura utilitzant com a unitat de mesura els anys de vida ajustats per invalidesa (DALY, per les sigles en anglès) que comporta el consum de risc i perjudicial d'alcohol als països europeus (Chisholm [et al.], 2004). El consum de risc i perjudicial d'alcohol s'ha definit com el consum habitual mitjà que supera els 20 g d'alcohol pur per dia, en el cas de les dones, i els 40 g d'alcohol pur per dia, en el cas dels homes (English [et al.] 1995; Babor [et al.] 2003). Els anys de vida ajustats per invalidesa és una unitat de mesura de la salut de la població que combina informació sobre la mortalitat i les conseqüències en la salut que no resulten fatals. A més, permet mesurar la diferència de salut entre la situació actual i la situació que es podria assolir. L'estat de salut, que s'extreu d'estudis sobre la salut realitzats a més de 60 països, s'ajusta a una escala que comença amb el valor zero (per a un estat de salut equivalent a la mort) i acaba amb la unitat (per a un estat ideal de salut).

Es calcula que establir i mantenir un programa d'identificació i intervenció breu a la Unió Europea té un cost mitjà de 1.644 euros anuals per cada 1.000 pacients atesos per un metge de capçalera, és a dir, un cost total d'uns 740 milions d'euros per a la Unió Europea.

És important considerar tant els costos econòmics de la implementació dels programes d'identificació i intervenció breu com els costos potencials derivats de la incomoditat o la insatisfacció per als pacients. Una revisió sistemàtica del US Preventive Services Task Force ha observat que no hi ha cap estudi de recerca dedicat als efectes negatius relacionats amb la identificació i les intervencions d'assessorament conductual sobre el consum d'alcohol (Whitlock [et al.], 2004). En tres assajos de gran qualitat sobre intervencions es va registrar un percentatge d'abandonament superior entre els pacients que se sotmetien a intervencions sobre el consum d'alcohol que entre els que participaven en controls (Curry [et al.], 2003; Wallace [et al.] 1998; Senft [et al.], 1997), tot i que, segons un altre assaig de gran qualitat, la proporció d'abandonament va ser més elevada entre els pacients que participaven en controls (Anderson i Scott, 1992). La diferència entre els percentatges d'abandonament no va afectar els resultats, ja que es van tractar de manera analítica. Malgrat això, l'abandonament pot indicar incomoditat o insatisfacció davant la intervenció, entre altres explicacions plausibles. Aquests resultats es van obtenir en una minoria d'assajos i no es poden explicar amb la informació de què disposem.

Malgrat que, en alguns casos, els pacients amb dependència de l'alcohol es neguen o es resisteixen a cooperar, normalment, les persones amb un consum de risc o perjudicial estan disposats a col·laborar. L'experiència obtinguda a partir de nombrosos estudis de recerca i programes clínics indica que gairebé tots els pacients estan disposats a cooperar, i la majoria mostren el seu agraïment quan els professionals de la salut s'interessen per la relació entre l'alcohol i la salut. En general, els pacients perceben la identificació i l'assessorament breu sobre el consum d'alcohol com una part de la feina dels professionals de la salut i gairebé mai no s'hi oposen quan es duu a terme segons els procediments que es descriuen en aquesta guia.

7. Costos i relació cost-efectivitat de les intervencions breus

7.2 Quins beneficis aporten els programes d'identificació i intervenció breu?

Els programes d'identificació i intervenció breu redueixen el consum de risc i perjudicial d'alcohol, els problemes causats per l'alcohol i la mortalitat. Una estimació molt conservadora indica que, per tal que un pacient adult se'n beneficiï, s'han de realitzar proves d'identificació a 385 persones (Beich [et al.], 2003), un resultat molt més eficaç que les proves per identificar la hipertensió (1.250 persones) (SHEP Cooperative Research Group, 1991) o el càncer colorectal (3.300 persones) (Mandel [et al.], 1993). Per tal que un pacient se'n beneficiï, s'han d'aconsellar vuit pacients amb consum de risc i perjudicial d'alcohol (Beich [et al.], 2003), una xifra que demostra una eficiència dues vegades superior a la de l'assessorament per deixar de fumar (Silagy i Stead, 2003).

A més, les intervencions breus ajuden a salvar vides. En comparació amb el grup de control, les intervencions breus poden prevenir una de cada tres morts entre els pacients amb consum problemàtic d'alcohol (Cuijpers [et al.], 2004). Per prevenir una mort anual, cal aconsellar una mitjana de 282 pacients. Aquesta reducció de la mortalitat és considerable i indica que no proporcionar intervencions breus pot causar morts evitables.

L'Organització Mundial de la Salut ha calculat els costos i l'impacte de diverses polítiques per prevenir els problemes de salut i la mort prematura utilitzant com a unitat de mesura els anys de vida ajustats per invalidesa (DALY, per les sigles en anglès) que comporta el consum de risc i perjudicial d'alcohol als països europeus. En aquestes estimacions, les intervencions breus es defineixen com un consell mèdic proporcionat en un centre d'atenció primària de salut que inclou unes quantes sessions educatives i assessorament psicosocial. Segons l'OMS, l'eficàcia estimada d'aquestes intervencions representa una reducció neta del consum del 22% entre els pacients amb consum de risc (Higgins-Biddle i Babor, 1996; Moyer [et al.], 2002; Babor [et al.], 2003), que, si s'apliqués al total de la població de risc, podria representar una reducció radical del total de consum de risc d'alcohol (una reducció de la prevalença general del 35-50%, que representa una millora del 14-18% comparat amb no proporcionar assessorament de cap tipus). Malgrat això, després de tenir en compte modificadors reals de l'efecte, incloses l'observança dels consells (70%) i la cobertura dels objectius en la població (25% de les persones amb un consum de risc), es calcula que la proporció de millora per a la població seria del 4,9% al 6,4% respecte als índexs originals. A més, la reducció del nombre de pacients amb un consum elevat d'alcohol mentre rebessin consell (però abans de la millora final) comportaria una petita millora en el nivell mitjà de discapacitat (una millora de l'1,3% després d'ajustar el resultat segons la cobertura i l'observança).

S'estima que, si s'apliqués un programa d'intervenció breu a tota la Unió Europea que arribés al 25% de la població de risc, es podrien prevenir cada any entre 512 (països EuroB) i 1.056 (països EuroC) anys de vida ajustats per invalidesa per milió d'habitants. Aquest programa representaria un cost anual d'entre 26 euros (països EuroB) i 185 euros (països EuroA) per cada 100 persones, i tindria un impacte menor que el de la tributació actual amb un augment del 25% dels

7. Costos i relació cost-efectivitat de les intervencions breus

impostos, però amb uns resultats superiors als que s'aconseguirien si s'introduïssin controls aleatoris d'alcoholèmies, es restringissin les vendes d'alcohol i es prohibís la publicitat (figura 7.1, quadre 7.1).

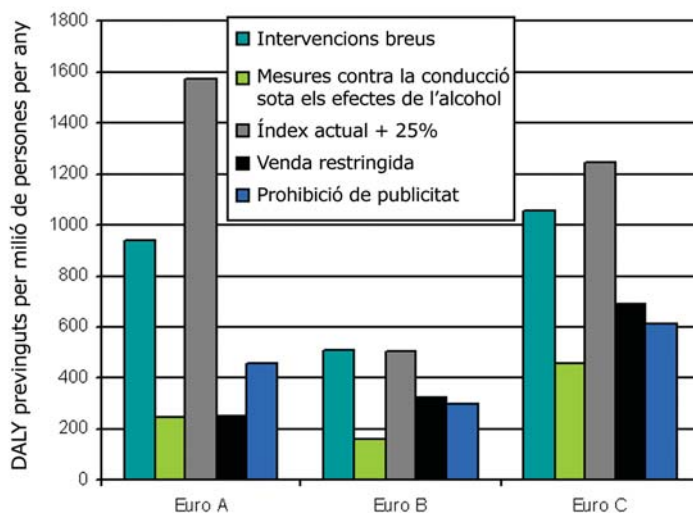


Figura 7.1 Impacte de les diverses opcions de planificació (prevenció anual d'anys de vida ajustats per invalidesa per milió d'habitants) en les tres subregions de la UE25. Font: Chisholm [et al.] (2004) (adaptat).

Classificació dels països de l'OMS basada en els índexs de mortalitat.		
Europa A	Europa B	Europa C
Mortalitat infantil i adulta molt baixes	Baixa mortalitat infantil i adulta	Baixa mortalitat infantil i alta mortalitat adulta
Àustria Bèlgica República Txeca Dinamarca Finlàndia França Alemanya Grècia Irlanda	Itàlia Luxemburg Malta Països Baixos Portugal Eslovènia Espanya Suècia Regne Unit	Xipre Polònia Eslovàquia Estònia Hongria Letònia Lituània

Segons un estudi realitzat als EUA, el benefici mitjà per pacient de les intervencions és de 1.151 dòlars americans, comprès l'estalvi en els serveis d'urgències i assistència hospitalària (531 dòlars) i l'estalvi en actes delictius i accidents de vehicles de motor (620 dòlars) (Fleming [et al.], 2000). En aquest estudi, el cost mitjà de les intervencions és de 205 dòlars per persona, xifra que representa un índex de benefici-cost de 5,6:1. L'anàlisi de la relació benefici-cost durant el període de seguiment de l'estudi, de 48 mesos, suggereix una reducció dels costos d'assistència sanitària futura de 43.000 dòlars per cada 10.000 dòlars invertits en intervencions prematures (Fleming [et al.], 2002). L'índex de benefici-cost augmenta si s'inclouen els beneficis que comporten la reducció d'accidents de trànsit i actes delictius per a la societat. Un altre estudi realitzat als EUA

7. Costos i relació cost-efectivitat de les intervencions breus

compara la relació cost-efectivitat d'una estratègia per a la identificació del consum d'alcohol i la intervenció amb una estratègia que no inclou la identificació (Kraemer [et al.], 2004). Segons els resultats d'aquest estudi, la primera estratègia implica uns estalvis de 300 dòlars i evita 0,05 anys de problemes de salut i mort prematura per cada persona que hagi realitzat una prova d'identificació.

En una anàlisi de relació cost-efectivitat realitzada a Suècia, Lindholm (1998) estima que, si un 10% de les persones que han rebut consell reduïssin el consum d'alcohol a llarg termini, tots els costos del tractament es podrien recuperar amb l'estalvi de les despeses sanitàries.

7.3 Quina relació cost-efectivitat tenen les intervencions breus?

L'Organització Mundial de la Salut ha calculat els costos i l'impacte de diverses mesures de planificació per prevenir els problemes de salut i la mort prematura utilitzant com a unitat de mesura els anys de vida ajustats per invalidesa que comporta el consum de risc i perjudicial d'alcohol als països europeus. Segons aquestes estimacions, les intervencions breus a l'atenció primària tenen una molt bona relació cost-efectivitat (1.960 euros per cada any de vida ajustat per invalidesa que s'eviti als països EuroA) (Chisholm [et al.], 2004). Aquesta xifra és comparable a les intervencions per deixar de fumar mitjançant teràpies de substitució de la nicotina, que ofereixen una relació cost-efectivitat d'uns 2.000 euros (Feenstra [et al.], 2003). A més, les intervencions breus a l'atenció primària són una de les intervencions mèdiques més econòmiques, que tenen un cost mitjà d'uns 30.000 euros. En altres paraules, si un professional de l'atenció primària ha de dur a terme una activitat nova, oferir consells breus als pacients amb un consum de risc i perjudicial d'alcohol pot beneficiar més la salut dels pacients potencials que dedicar deu minuts a fer qualsevol altra cosa.

Bibliografia

Anderson P, Scott E. (1992) The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. *British journal of addiction*, 87, 891-900.

Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube JW, Gruenewald PJ, Hill L, Holder HD, Homel R, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow I (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*. Oxford, Oxford Medical Publication, Oxford University Press.

Beich A, Thorkil T, Rollnick S. (2003) Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 327, 536-42

Chisholm, D., Rehm, J., Van Ommeren, M., and Monteiro, M. (2004) Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: a Comparative Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(6), 782-93.

Cuijpers, P., Riper, H. & Lemmens, L. (2004) The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction*, 99, 839-845.

Curry SJ, Ludman EJ, Grothaus LC, Donovan D, Kim E. (2003) A randomized trial of a brief primary-care-based intervention for reducing at-risk drinking practices. *British journal of health psychology*, 22, 156-65.

7. Costos i relació cost-efectivitat de les intervencions breus

English DR, Holman CD, Milne E, Winter MJ, Hulse GK, Codde G, Bower CI, Cortu B, de Klerk N, Lewin GF, Knuiman M, Kurinczuk JJ, Ryan GA (1995) The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health.

Feenstra TL, Hamberg-van Reenen HH, Hoogenveen RT, Rutten-van Miken MPMH. (2003) Cost-effectiveness analysis of smoking interventions by professionals: a dynamic modelling study. Reportnumber 03.67. Rotterdam: Institute for Medical Technology Assessment,.

Fleming, M.F., Mundt, M.P., French, M.T., Manwell, L.B., Stauffacher, E.A. & Barry, K.L. (2000) Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Medical care*, 38, 7-18.

Fleming, M.F., Mundt, M.P., French, M.T., Manwell, L.B., Stauffacher, E.A. & Barry, K.L. (2002) Brief Physician Advice for Problem Drinkers: Long-Term Efficacy and Benefit-Cost Analysis. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 26, 36-43.

Higgins-Biddle JC & Babor TF. (1996) Reducing Risky Drinking. Report prepared for the Robert Wood Johnson Foundation, Farmington, University of Connecticut Health Center.

Kraemer, K.L., Roberts, M.S., Freedner, N., Palfai, T. & Saitz, R. (2004) Alcohol screening and intervention in primary care extends quality-adjusted life and saves money. Paper presented to the Lindholm, L. (1998) Alcohol advice in primary health care - is it a wise use of resources? *Health Policy*, 45, 47-56.

Mandel JS, Bond JH, Church TR, et al. (1993) Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *The New England journal of medicine*, 328, 1365-1371

Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. (2002) Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97, 279-292.

Senft RA, Polen MR, Freeborn DK, Hollis JF. (1997) Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *American journal of preventive medicine*, 13, 464-70.

SHEP Cooperative Research Group. (1991) Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program. *The Journal of the American Medical Association*, 265, 3255-64.

Silagy C, Stead LF. (2003) Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Wallace, P., Cutler, S. & Haines A. (1988) Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BMJ.*, 297, 663-668.

Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, T. & Klein, J. (2004) Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140, 557-568.

8. Implementació dels programes d'identificació i intervenció breu

Resum de l'evidència del capítol

8.1 Quines són les condicions més adequades per aconseguir una implicació efectiva dels professionals d'atenció primària en la identificació i la intervenció breu sobre el consum de risc i perjudicial d'alcohol a l'atenció primària de salut?

El suport és un requeriment previ per tal que els professionals d'atenció primària s'interessin pels problemes relacionats amb l'alcohol, tant en cas de dificultats com per garantir una capacitació professional contínua. Els metges de capçalera que treballen en un ambient de suport tenen una actitud més positiva a l'hora de tractar persones amb problemes relacionats amb l'alcohol i, a més, atenen un nombre més elevat de pacients.

8.2 Quines estratègies s'han de dur a terme perquè la implicació dels professionals de l'atenció primària en la identificació i la intervenció breu sobre el consum de risc i perjudicial d'alcohol a l'atenció primària de salut sigui continuada?

Si es proporcionen formació i materials de suport per a la consulta es pot augmentar gairebé en un 50% l'índex d'identificació i el percentatge d'assessorament ofert pel personal dels centres d'atenció primària de salut, fins i tot si el suport queda limitat a una consulta i consells telefònics continuats, mentre que si tan sols es proporciona la guia els efectes seran gairebé nuls. Amb la formació i amb els materials de suport per a les consultes es poden assolir els mateixos resultats, però si es combinen totes dues opcions el resultat és més efectiu. La intensitat del suport no és necessàriament rellevant per al nivell d'efectivitat.

8.3 Quina evidència hi ha que el suport adaptat a cada pacient pot millorar la implicació dels professionals de l'atenció primària en la identificació i la intervenció breu sobre el consum de risc i perjudicial d'alcohol a l'atenció primària de salut?

Cal que el suport s'adapti a les necessitats i la posició dels metges d'atenció primària, ja que, si no és així, no funcionarà, i fins i tot podria ser perjudicial a llarg termini. Per augmentar l'experiència i l'efectivitat dels metges de capçalera per treballar amb problemes relacionats amb l'alcohol és necessari proporcionar educació i formació, a més d'afavorir un entorn de treball amb suport per millorar la confiança i el compromís del personal.

8.4 Les institucions que financen els serveis sanitaris haurien de destinar fons als programes d'identificació i intervenció breu sobre el consum de risc i consum perjudicial d'alcohol a l'atenció primària de salut?

En vista de l'efectivitat i la relació cost-efectivitat per millorar la salut de la població, les institucions que financen els serveis sanitaris haurien de destinar fons als programes d'identificació i intervenció breu als centres d'atenció primària de salut per reduir el consum de risc o el consum perjudicial d'alcohol.

8. Implementació dels programes d'identificació i intervenció breu

8.5 Quins instruments existeixen per avaluar l'adequació dels serveis?

El projecte PHEPA ha creat un instrument per avaluar l'adequació dels serveis relacionats amb el consum de risc o perjudicial d'alcohol als centres d'atenció primària de salut.

Recomanacions

1. Proporcionar formació als professionals d'atenció primària, especialment durant la formació professional i especialitzada.
2. Introduir sistemes per a la consulta, com instruments d'identificació, protocols i ajudes i suport informatitzat, que permet augmentar els índexs d'identificació i la proporció de consells oferts.
3. Adaptar els programes de formació i suport a les necessitats i la posició dels metges d'atenció primària.
4. Proporcionar assistència especialitzada per augmentar l'activitat dels professionals d'atenció primària i secundària, de manera que, si sorgeixen dificultats, es pugui obtenir suport i derivar els casos a l'especialista.
5. Hi ha arguments financers i sanitaris sòlids que justifiquen la necessitat de destinar fons als programes d'identificació i intervencions breus als centres d'atenció primària de salut per reduir el consum de risc o perjudicial d'alcohol.
6. Realitzar un seguiment rutinari i regular mitjançant l'instrument d'avaluació creat pel projecte PHEPA per comprovar que els serveis per als pacients amb un consum de risc i perjudicial d'alcohol són apropiats.

8.1 Quines són les condicions més adequades per aconseguir una implicació efectiva dels professionals d'atenció primària en la identificació i la intervenció breu sobre el consum de risc i perjudicial d'alcohol a l'atenció primària de salut?

Els metges de capçalera declaren que els problemes relacionats amb l'alcohol són difícils de gestionar (Anderson [et al.], 2003). Són menys eficaços a l'hora d'obtenir informació sobre el consum d'alcohol dels seus pacients, consideren que reduir el consum d'alcohol és poc important per a la salut i se senten menys preparats i menys efectius per aconsellar els seus pacients perquè redueixin la ingesta d'alcohol que per ajudar-los en altres àmbits de la prevenció clínica, com la dependència del tabac, el control de pes i la promoció de l'exercici físic (Saunders i Wutzke, 1998).

Entre les raons més freqüents, hi trobem la manca de temps, una formació inadequada, la preocupació per no incomodar els pacients, la incompatibilitat que es percep entre les intervencions breus en consum d'alcohol i l'atenció primària, i la creença que les persones dependents de l'alcohol no responen a cap mena d'intervenció (Roche i Richard, 1991; Roche [et al.], 1991; Roche [et al.], 1996; Richmond i Mendelsohn, 1996; McAvoy [et al.], 1999; Kaner [et al.], 1999a; Cornuz [et al.], 2000; Aalto [et al.], 2001; Kaariainen [et al.], 2001).

8. Implementació dels programes d'identificació i intervenció breu

Segons la informació obtinguda de l'estudi de l'Organització Mundial de la Salut sobre la implementació de les intervencions breus en el consum de risc i perjudicial d'alcohol en nou països, menys de la meitat dels metges de capçalera van tractar set o més pacients amb problemes de consum d'alcohol durant el darrer any (Anderson [et al.], 2003), com mostra la taula 8.1. Només dues cinques parts havien rebut quatre o més hores de formació i educació sobre l'alcohol, i només una mica més d'una quarta part creien que se sentien recolzats per l'entorn de treball a l'hora de proporcionar intervencions breus sobre consum de risc i perjudicial d'alcohol. Tot i que quatre cinques parts dels metges se sentien segurs en el seu paper durant les intervencions breus sobre consum de risc i perjudicial d'alcohol, només una mica més d'una quarta part se sentien compromesos a fer-ho.

Tabula 8.1 Metges d'atenció primària i problemes relacionats amb l'alcohol: activitats i experiències als països seleccionats.

País	Han tractat 7 o més pacients per problemes relacionats amb l'alcohol durant el darrer any	Han rebut formació o educació sobre l'alcohol durant 4 o més hores	Han treballat en un entorn de treball que els dona suport	Se senten segurs a l'hora d'aconsejar els pacients sobre el consum de risc i perjudicial d'alcohol	Se senten compromesos a aconsellar els pacients sobre el consum de risc i perjudicial d'alcohol
Austràlia	44.3%	47.7%	33.0%	83.0%	28.4%
Bèlgica	41.9%	22.6%	36.6%	82.8%	21.5%
Canadà	55.0%	53.3%	25.4%	88.8%	29.0%
Regne Unit	32.6%	46.9%	47.6%	80.8%	19.2%
França	57.8%	27.7%	18.7%	81.9%	33.1%
Itàlia	44.0%	38.0%	20.6%	82.7%	32.7%
Nova Zelanda	39.0%	44.1%	14.3%	86.0%	29.4%
Noruega	55.4%	49.4%	29.4%	88.1%	25.6%
Portugal	54.9%	62.7%	25.9%	74.5%	27.5%
Total	46.6%	43.1%	27.1%	83.9%	27.1%

Font: Anderson et al. (2003).

Els metges de capçalera que van rebre més educació sobre l'alcohol i van treballar en el que es considera un ambient de suport es van sentir més segurs i compromesos a l'hora d'aconsejar els pacients i van tractar més casos de problemes relacionats amb l'alcohol durant el darrer any (Anderson [et al.], 2003). Es considera ambient de treball de suport un entorn professional on els metges tinguin a la seva disposició materials d'identificació i assessorament, i formació i suport per als casos difícils.

8.2 Quines estratègies s'han de dur a terme perquè la implicació dels professionals de l'atenció primària en la identificació i la intervenció breu sobre el consum de risc i perjudicial d'alcohol a l'atenció primària de salut sigui continuada?

Segons una revisió sistemàtica de les intervencions per implicar els professionals d'atenció primària en la gestió dels problemes relacionats amb l'alcohol en quinze

8. Implementació dels programes d'identificació i intervenció breu

programes, en la qual es va utilitzar la metodologia del Cochrane Effective Practice and Organization of Care Group, o EPOC (Grup Cochrane per a la Pràctica i l'Organització Sanitària Efectives) (Freemantle [et al.], 1995; Bero [et al.], 2002), les intervencions realitzades en consultes i les intervencions educatives augmenten el nivell d'implicació dels metges de capçalera en la identificació i les intervencions entre un 13% i un 15%, si es compara amb les consultes habituals o una intervenció mínima (Anderson [et al.], 2004a), com mostra la taula 8.2.

Taula 8.2: Impacte del suport a les consultes i el suport educatiu en la modificació dels percentatges d'identificació i assessorament ofert pels metges de capçalera en intervencions sobre consum de risc o perjudicial d'alcohol.

	Control	Intervenció
Índexs d'identificació	35%	46%
Índexs d'assessorament	27%	42%

Font: Anderson et al. (2004a)

Amb la formació i amb els materials de suport per a les consultes es poden assolir els mateixos resultats, però si es combinen totes dues opcions el resultat és més efectiu. La intensitat del suport no és necessàriament rellevant per al nivell d'efectivitat. Els programes més prometedors són els que se centren específicament en l'alcohol i els que combinen les intervencions educatives i les intervencions a les consultes, com mostra la taula 8.3.

Taula 8.3 Descripció de 15 programes¹

Estudi	Intervenció	Mesura dels resultats	Mida de la mostra ²	Magnitud de l'efecte ³ (95% IC)
Unitat d'anàlisi per mesurar el rendiment del proveïdor segons el nivell del proveïdor				
Kaner [et al.] (1999b) ⁴ específic sobre l'alcohol al Regne Unit	Una sola visita de contacte educativa d'una sola faceta	Identificació mínima d'un pacient durant el període d'implementació de 12 setmanes	C=43 I=43	0.47 (-0.38-1.32)
	Una visita de contacte educativa multifaceta i sis contactes telefònics educatius	Identificació mínima d'un pacient durant el període d'implementació de 12 setmanes	C=43 I=42	1.15 (0.25-1.05)
Lock [et al.] (2000a) ⁴ específic sobre l'alcohol al Regne Unit	Màrqueting telefònic d'una sola faceta d'un programa d'intervenció	Identificació mínima d'un pacient durant el període d'implementació de 12 setmanes	C=320 I=213	0.82 (0.17-1.46)
	Màrqueting personal de contacte d'una sola faceta d'un programa d'intervenció	Identificació mínima d'un pacient durant el període d'implementació de 12 setmanes	C=320 I=196	1.25 (0.63-1.86)
Lockyer (1996) específic sobre l'alcohol al Canadà	Tallers de formació d'un sol dia i una sola faceta amb sessions de reforç de 33 hores	Participació en entrevistes estandarditzades amb els pacients; mitjana de mesures de procés i contingut	C=28 I=26	0.42 (-0.33-1.17)

8. Implementació dels programes d'identificació i intervenció breu

Estudi	Intervenció	Mesura dels resultats	Mida de la mostra ²	Magnitud de l'efecte ³ (95% CI)
Gual [et al.] (sense publicar) ^{4,5} específic sobre l'alcohol	Una sola visita de contacte educativa multifaceta i sis contactes telefònics educatius	Identificació mínima d'un 20% dels pacients elegibles durant el període d'implementació de 12 setmanes	C = 22 I = 38	1,37 (0,12-2,61)
		Assessorament d'un mínim del 10% dels pacients de risc durant el període d'implementació de 12 setmanes	C = 22 I = 38	1,27 (0,07-2,47)
Pas [et al.] (sense publicar) ^{4,5} específic sobre l'alcohol	Una visita de contacte educativa multifaceta i sis contactes telefònics educatius	Identificació mínima d'un 20% dels pacients elegibles durant el període d'implementació de 12 setmanes	C = 60 I = 69	0,46 (-0,39-1,31)
		Assessorament d'un mínim del 10% dels pacients de risc durant el període d'implementació de 12 setmanes	C = 60 I = 69	0,43 (-0,35-1,21)
McCormick [et al.] (sense publicar) ^{4,5} específic sobre l'alcohol	Sis contactes telefònics educatius d'una sola faceta	Identificació mínima d'un 20% dels pacients elegibles durant el període d'implementació de 12 setmanes	C = 39 I = 37	0,13 (-0,79-1,35)
		Assessorament d'un mínim del 10% dels pacients de risc durant el període d'implementació de 12 setmanes	C = 39 I = 37	0,36 (-0,57-1,28)
Adams [et al.] (1998) específic sobre l'alcohol als EUA	Reunions educatives multifaceta i intervencions amb pacients amb material de suport d'oficina	Una mitjana de 15 sessions d'assessorament per part del metge; resultats mesurats al final de la intervenció	C = 145 I = 201	2,56 (1,99-3,13)
Gomel [et al.] (19984) específic sobre l'alcohol a Austràlia	Una visita educativa d'una sola faceta	Nombre de pacients elegibles als quals s'ha fet una prova d'identificació	C = 18.427 I = 26.248	0,79 (0,74-0,84)
		Nombre de pacients de risc aconsellats pel metge durant el període d'implementació de 12 setmanes	C = 3.807 I = 6.066	0,42 (0,29-0,55)
	Una visita de contacte educativa multifaceta i tres contactes telefònics educatius	Nombre de pacients elegibles als quals s'ha fet una prova d'identificació	C = 18.427 I = 24.926	1,10 (1,05-1,15)
		Nombre de pacients de risc aconsellats pel metge durant el període d'implementació de 12 setmanes	C = 3.807 I = 6.231	1,02 (0,89-1,15)
Kaner [et al.] (1999b4) específic sobre l'alcohol al Regne Unit	Una sola visita de contacte educativa	Nombre de pacients de risc aconsellats pel metge durant el període d'implementació de 12 setmanes	C = 750 I = 1.127	0,27 (0,09-0,46)
	Una visita de contacte educativa multifaceta i sis contactes telefònics educatius	Nombre de pacients de risc aconsellats pel metge durant el període d'implementació de 12 setmanes	C = 750 I = 1.654	0,33 (0,16-0,51)

8. Implementació dels programes d'identificació i intervenció breu

Estudi	Intervenció	Mesura dels resultats	Mida de la mostra ²	Magnitud de l'efecte ³ (95% CI)
Rodney [et al.] (1985) general sobre EUA	Canvi organitzatiu d'una sola faceta en l'estructura de les històries clíniques impreses amb un espai en blanc per anotar el consum d'alcohol	Documentació emplenada pel metge durant l'any posterior al canvi	C = 189 I = 201	0,88 (0,19-1,57)
Wilson [et al.] (1992) general sobre el Regne Unit	Intervenció organitzativa d'una sola faceta orientada a proveïdors; augment de la durada de la consulta	Proporció de notes dels pacients que inclouen el consum d'alcohol	C = 2.910 I = 1.411	1,08 (0,63-1,53)
Wilson [et al.] (1992) general sobre el Regne Unit	Intervenció organitzativa d'una sola faceta orientada a proveïdors; augment de la durada de la consulta	Proporció de pacients aconsellats sobre el consum d'alcohol	C = 1.884 I = 956	0,42 (0,09-0,75)
Bonevski [et al.] (1999) general sobre Austràlia	Intervenció amb el pacient d'una sola faceta; revisió i retroalimentació; recordatoris	Classificats per un metge a les històries clíniques com a pacients amb consum de risc o perjudicial d'alcohol	C = 750 I = 675	0,51 (0,22-0,80)
Borgiel [et al.] (1999) general sobre Canadà	Taller educatiu d'una sola faceta amb líders d'opinió	El metge els ha fet preguntes sobre el consum d'alcohol un any després de la intervenció	C = 1.254 I = 1.141	0,26 (0,10-0,43)

¹ Tots els estudis són assajos clínics aleatoritzats, excepte el de Wilson [et al.] (1992), que és un assaig clínic controlat.

² C és el nombre de membres del grup de control i I el nombre de membres del grup d'intervenció.

³ Tots els estimadors de magnitud de l'efecte eren oportunitats relatives registrades; les proporcions s'han estimat a partir de la informació de Lockyer (1996); les xifres que s'inclouen són magnituds de l'efecte amb intervals de confiança del 95%.

⁴ Part de l'estudi de fase III de l'Organització Mundial de la Salut sobre la disseminació i la implementació de programes d'identificació i intervencions breus a l'atenció primària de salut (Anderson, 1996; Monteiro i Gomel, 1998).

⁵ Informació extreta de l'anàlisi realitzada a Funk [et al.] (2005). Font: Anderson [et al.], 2004a.

Les conclusions obtingudes són similars a les d'altres estudis realitzats per intentar canviar el comportament dels professionals de l'assistència mèdica. En una anàlisi sobre visites de contacte, integrada per diversos components, com materials escrits i conferències, i en la qual els comportaments que es van fixar com a objectiu eren, sobretot, les pràctiques prescriptives, es van identificar efectes positius en el grup d'intervenció d'entre un 15% i un 68% en 12 dels 13 assajos d'intervencions combinades (Thomson O'Brien [et al.], 2002), especialment en les visites de contacte que inclouen una estratègia de màrqueting social. En els tres assajos en els quals les visites de contacte es van comparar amb un grup de control sense intervencions, la millora relativa va variar del 24% al 50%. En la seva anàlisi de les intervencions per millorar l'oferta de serveis preventius clínics a l'atenció primària, Hulscher [et al.] (2002) van comparar cinc grups amb intervencions de formació i cinc grups de no-intervenció, i van identificar uns canvis absoluts dels serveis preventius que variaven entre -4% i +31%. A més, també van comparar catorze grups amb intervencions multifacetes amb grups de control, que van registrar uns canvis absoluts dels serveis preventius d'entre un -3% i un +64%.

8. Implementació dels programes d'identificació i intervenció breu

Tres dels estudis inclouen informació sobre els costos i la relació cost-efectivitat, com s'aprecia a la taula 8.4. Per al proveïdor, el cost de la implementació augmenta si incrementa el nivell de suport. Pel que fa al pacient, en l'estudi australià (Gomel [et al.] 1998), el cost per pacient assessorat augmenta lleugerament si incrementa el nivell de suport, tot i que, en l'estudi del Regne Unit (Kaner [et al.], 1999b), el cost disminueix. Després de calcular la relació cost-efectivitat de la informació australiana, Wutzke [et al.] (2001) estima que, entre el grup de control i els grups de suport mínim i màxim, la diferència entre els costos anuals relatius a les vides salvades és mínima.

Taula 8.4: Informació sobre costos i relació cost-efectivitat.

Resultat per proveïdor		
		Cost per metge de capçalera amb, com a mínim, una intervenció
Kaner [et al.] (1999b)	Només materials i instruccions	74,29 lliures esterlines
	Una visita de contacte educativa	92,80 lliures esterlines
	Una visita de contacte educativa i sis contactes de suport per telèfon	
Lock [et al.] (2000a)	Màrqueting postal	128,92 lliures esterlines
	Màrqueting per telèfon	28,33 lliures esterlines
	Màrqueting personal	27,85 lliures esterlines
		127,90 lliures esterlines

Resultat per pacient			
		Cost per pacient assessorat	Cost per vida anual salvada ¹
Gomel [et al.] (1998)	Només materials i instruccions	3,51 dòlars australians	645 dòlars australians
	Una visita de contacte educativa	2,16 dòlars australians	581 dòlars australians
	Una visita de contacte educativa i sis contactes de suport per telèfon	4,33 dòlars australians	653 dòlars australians
Kaner [et al.] (1999b)	Només materials i instruccions	8,19 lliures esterlines	
	Una visita de contacte educativa	6,02 lliures esterlines	
	Una visita de contacte educativa i sis contactes de suport per telèfon	5,43 lliures esterlines	

¹Informació de Wutzke [et al.], 2001.

Font: Anderson [et al.], 2004a.

8. Implementació dels programes d'identificació i intervenció breu

8.3 Quina evidència hi ha que el suport adaptat a cada pacient pot millorar la implicació dels professionals de l'atenció primària en la identificació i la intervenció breu sobre el consum de risc i perjudicial d'alcohol a l'atenció primària de salut?

Segons l'estudi de l'Organització Mundial de la Salut que comprova l'efecte de l'educació i el suport en l'augment dels índexs d'identificació i intervencions breus sobre consum de risc i perjudicial d'alcohol ofertes pels metges de capçalera (Funk [et al.], 2005), l'impacte del suport i la formació està influenciat per la seguretat i el compromís del personal sanitari a l'hora de treballar amb pacients amb un consum de risc i perjudicial d'alcohol (Anderson [et al.], 2004b).

La seguretat i el compromís s'han mesurat a través de les respostes de la forma abreujada de l'Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (Qüestionari sobre l'Alcohol i la Percepció dels Problemes Relacionats amb l'Alcohol) (Anderson i Clement, 1987). La seguretat permet mesurar l'adequació, per exemple «crec que puc aconsellar adequadament els meus pacients sobre el consum d'alcohol i els efectes que comporta», i la legitimitat, per exemple «crec que tinc el dret de fer preguntes als meus pacients sobre el consum d'alcohol quan sigui necessari». En canvi, el compromís permet mesurar la motivació, per exemple «el pessimisme és l'actitud més realista que es pot adoptar davant d'un bevedor», l'autoestima en cadascuna de les tasques, per exemple «en general, m'inclino a pensar que sóc un fracàs amb els bevedors», i la satisfacció de la feina, per exemple «en general, és gratificant treballar amb bevedors».

L'actitud inicial dels metges repercuteix en la relació que tenen la formació i el suport, la identificació i les intervencions breus amb els canvis posteriors en l'actitud. La formació i el suport només augmenten la proporció de deteccions i intervencions breus en els casos en què el personal sanitari ja se sent segur i compromès, com s'indica a la taula 8.5.

Taula 8.5: Oportunitats relatives (95% d'IC) per a l'impacte de la formació i el suport en els índexs d'identificació i intervencions breus amb nivells inicials elevats i reduïts de seguretat i compromís terapèutic.

		Índexs elevats de d'identificació	Índexs elevats d'intervencions breus
Seguretat inicial	Baixa	0.8 (0.3-1.3)	1.3 (0.5-2.1)
	Alta	4.3 (2.1-6.5)	4.7 (2.3-7.1)
Compromís inicial	Baix	1.3 (0.5-2.1)	2.1 (0.9-3.3)
	Alt	3.5 (0.5-2.1)	3.4 (1.7-5.1)

Font: Anderson et al. (2004b)

Tant la seguretat com el compromís van disminuir en el transcurs de l'estudi. Proporcionar suport no va millorar la seguretat i el compromís posteriors i, de fet, en els casos en els quals els professionals ja experimentaven certa inseguretat i manca de compromís, el nivell de seguretat

8. Implementació dels programes d'identificació i intervenció breu

i compromís encara va minvar més, com mostra la taula 8.6. D'altra banda, l'experiència en identificació i intervencions breus no va augmentar la seguretat i el compromís, sinó que, en els casos en què els professionals ja se sentien insegurs, l'experiència en intervencions breus encara va fer augmentar més la sensació d'inseguretat.

Taula 8.6: Oportunitats relatives (95% d'IC) de l'impacte de la formació i el suport, i els índexs elevats d'identificació i intervencions breus en més seguretat i compromís durant un seguiment de sis mesos amb nivells inicials elevats i reduïts de seguretat i compromís.

	Augment de seguretat		Augment de compromís	
	Seguretat inicial	Oportunitats relatives (95% d'IC)	Compromís inicial	Oportunitats relatives (95% d'IC)
Formació i suport	Baixa	0,2 (0,03-0,4)	Baix	0,5 (0,1-0,9)
	Alta	2,0 (0,8-3,2)	Alt	1,2 (0,4-2,0)
Índexs elevats de d'identificació	Baixa	2,2 (0,5-3,9)	Baix	0,8 (0,2-1,4)
	Alta	1,1 (0,4-1,8)	Alt	1,9 (0,7-3,1)
Índexs elevats d'intervencions breus	Baixa	0,5 (0,1-0,9)	Baix	0,8 (0,2-1,4)
	Alta	1,8 (0,7-2,9)	Alt	1,0 (0,4-1,6)

Font: Anderson et al. (2004b)

Per tant, si manquen la seguretat i el compromís, l'impacte dels programes professionals i organitzatius queda força reduït. Malgrat que cal destacar que adquirir experiència en el tracte amb els problemes relacionats amb el consum d'alcohol en un ambient de suport és un element crucial per assegurar el compromís dels professionals a l'hora d'identificar i gestionar problemes relacionats amb l'alcohol, si no es tenen en compte les respostes emocionals dels metges d'atenció primària, l'impacte d'aquest suport no assolirà el seu potencial total.

8.4 Les institucions que financen els serveis sanitaris haurien de destinar fons als programes d'identificació i intervenció breu sobre el consum de risc i consum perjudicial d'alcohol a l'atenció primària de salut?

El consum de risc i perjudicial d'alcohol és una de les causes principals de discapacitats i morts prematures a Europa, que comporten uns costos considerables per al sector sanitari i perjudiquen tant els adults com els nens. Tot i que hi ha intervencions amb molt bona relació cost-efectivitat que permeten reduir el consum de risc i perjudicial d'alcohol, les persones que beuen alcohol no les empen amb gaire freqüència i gairebé mai no s'inclouen a les consultes rutinàries dels professionals d'atenció sanitària.

8. Implementació dels programes d'identificació i intervenció breu

Es calcula que, a la Unió Europea, el cost anual mitjà per establir i mantenir un programa d'identificació i intervenció breu és de 1.644 euros per cada 1.000 pacients atesos per un metge d'atenció primària. Si els consells mèdics breus assolissin un 25% de cobertura, es podrien evitar 91 anys de mala salut i mort prematura per cada 100.000 persones, és a dir, un 9% de tots els problemes de salut i morts prematures causades pel consum d'alcohol. D'altra banda, amb un cost anual de 1.960 euros per a la prevenció de problemes de salut i morts prematures, les intervencions breus per als pacients amb un consum de risc i perjudicial d'alcohol a l'atenció primària són un dels tipus d'intervenció mèdica més econòmics per millorar la salut de la població.

Per millorar les deficiències en l'ús d'intervencions efectives per reduir el consum de risc i perjudicial d'alcohol, augmentar la participació del sector sanitari a l'hora de proporcionar aquests serveis i reduir la càrrega econòmica que implica l'alcohol per al sector sanitari, cal que les institucions que financen els serveis d'atenció sanitària garanteixin el seu suport per tal que les pautes d'aquesta guia s'apliquin de manera completa i exhaustiva i, en cas que el centre no ofereixi el servei, s'apliqui un reemborsament total dels programes d'intervenció breu.

8.5 Quins instruments existeixen per avaluar l'adequació dels serveis?

L'etiologia i el curs dels trastorns de consum d'alcohol es deuen, en gran part, a factors conductuals, de l'entorn i dels esdeveniments vitals (McLellan [et al.], 2000; Bacon, 1973; Öjesjö, 1981; Edwards, 1989; Moos [et al.], 1990). Els trastorns de consum d'alcohol es poden descriure com a trastorns clínics sensibles que responen als estímuls de l'entorn (Curran [et al.], 1987; Pattison [et al.], 1977; Humphreys [et al.], 2002). A més, són trastorns que responen fàcilment a polítiques reguladores de l'entorn, com el preu de l'alcohol i les normatives que regulen la disponibilitat de l'alcohol (Bruun [et al.], 1975; Edwards [et al.], 1994; Babor [et al.], lliurat per publicar). També són molt influenciables per les intervencions (Klingemann [et al.], 1992; Blomqvist, 1998), l'impacte de les quals sol ser més important en presència de polítiques efectives relacionades amb l'entorn. Hi ha algunes opinions que afirmen que els programes d'intervenció haurien d'estar integrats en els serveis de la sanitat pública per als trastorns de consum d'alcohol, ser accessibles i econòmicament raonables, i estar a disposició dels pacients (Heather, 1995; Humphreys i Tucker, 2002). A més, les intervencions destinades als pacients amb un consum de risc i perjudicial d'alcohol en particular haurien d'assolir una difusió més àmplia (Institute of Medicine, 1990).

El projecte PHEPA ha permès crear un instrument per avaluar l'adequació dels programes d'intervenció breu per al consum de risc i perjudicial d'alcohol (PHEPA, 2005). Aquest instrument inclou cinc dimensions per fomentar la implementació de programes d'intervenció breu, definides i estructurades a la Carta d'Ottawa per a la Promoció de la Salut (Organització Mundial de la Salut, 1986): salut pública, entorns de suport, habilitats personals, acció local i sistemes d'assistència sanitària. L'instrument avalua, en particular, la dimensió dels sistemes d'assistència

8. Implementació dels programes d'identificació i intervenció breu

sanitària, que inclou cinc camps d'organització de l'atenció sanitària: suport per oferir intervencions, disponibilitat d'intervencions efectives, oferta d'intervencions efectives per part dels professionals de la salut, i acceptació de les intervencions per part dels pacients de l'assistència sanitària.

Aquest instrument proporciona un punt de referència per mesurar els serveis per tractar el consum de risc i perjudicial d'alcohol; permet identificar els àmbits on els serveis s'han de millorar o reforçar; proporciona un mecanisme per controlar l'oferta de serveis a llarg termini; permet intercanviar informació i exemples pràctics entre països i regions, i proporciona un mecanisme perquè les associacions o les entitats socials puguin debatre i compartir les seves opinions sobre els serveis per tractar el consum de risc i perjudicial d'alcohol.

Bibliografia

Aalto, M., Pekuri, P. & Seppa, K. (2001) Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction*, 96, 305-11.

Adams, A., Ockene, J., Wheller, E., & Hurley, T. (1998) Alcohol advice giving: physicians will do it. *Journal of General Internal Medicine* 13, 692-698.

Anderson, P. & Clement, S. (1987) The AAPPQ Revisited. Measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems. *British Journal of Addiction* 82, 753-759.

Anderson, P., Kaner, E. Wutzke, S, Wensing, M., Grol, R., Heather, N. & Saunders, J. (2003) Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a WHO international Collaborative Survey. *Alcohol and Alcoholism*, 38, 597-601.

Anderson, P., Laurant, M., Kaner, E., Grol, R. & Wensing, M. (2004a) Engaging general practitioners in the management of alcohol problems: Results of a meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 191-199.

Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Funk, M., Heather, N., Wensing, M., Grol, R., Gual, A. & Pas, L. (2004b) Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on Findings from a WHO Collaborative Study. *Alcohol and Alcoholism*, 39, 351-356.

Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube JW, Gruenewald PJ, Hill L, Holder HD, Homel R, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow I (2003) *Alcohol: No Ordinary Commodity*. Research and Public Policy. Oxford, Oxford Medical Publication, Oxford University Press.

Bacon, S. D. (1973) The process of addiction to alcohol: social aspects. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34, 1-27.

Bero, L.A., Grilli, R., Grimshaw, J.M., Mowatt, G., Oxman, A.D. and Zwarenstein M (eds) (2002) *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*. In: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software.

Blomqvist, J. (1998) The 'Swedish model' of dealing with alcohol problems: historical trends and future challenges. *Contemporary Drug Problems*, 25, 253-320.

Bonevski, B., Sanson-Fisher, R.W., Campbell, E., Carruthers, A. & Reid, A.L. (1999) and Ireland, M. Randomized controlled trial of a computer strategy to increase general practitioner preventive care. *Preventive Medicine*, 29, 478-86.

8. Implementació dels programes d'identificació i intervenció breu

Borgiel, A.E., Williams, J.I., Davis, D.A., Dunn, E.V., Hobbs, N., Hutchison, B. et al. (1999) Evaluating the effectiveness of 2 educational interventions in family practice. *CMAJ*, 161, 965-70.

Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R. E., Room, R., Schmidt, W., Skög, O.-J., Sulkunen, P. & Osterberg, E. (1975) Alcohol Control Policies in Public Health Perspective. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Cornuz, J., Ghali, W.A., Di Carlantonio, D., Pecoud, A. & Paccaud, F. (2000) Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Family Practice*, 17, 535-40.

Curran, W., Arif, A. & Jayasuriya, D. (1987) Guidelines for assessing and revising national legislation on treatment of drug- and alcohol-dependent persons. *International Digest of Health Legislation*, 38, Suppl. 1.

Edwards, G. (1989) As the years go rolling by: drinking problems in the time dimension. *British Journal of Psychiatry*, 154 18-26.

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H.D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L.T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J., & Skog, O.-J. (1994) Alcohol Policy and the Public Good. Oxford: Oxford University Press.

Freemantle, N., Grilli, R., Grimshaw, J.M. and Oxman, A.D. (1995) Implementing the findings of medical research: the Cochrane Collaboration on Effective Educational Practice. *Quality Health Care*, 4,45-7.

Funk, M., Wutzke, S., Kaner, E., Anderson, P., Pas, L., McCormick, R., Gual, A., Barfod, S., Saunders, J. (2005) A multi country controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(3):379-88.

Gomel, M.K., Wutzke, S.E., Hardcastle, D.M., Lapsley, H., and Reznik, R.B. (1998) Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Social Science & Medicine*, 47, 203-11.

Gual, A. & Colom, J. A randomised controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study: Spain. Unpublished data obtained from Funk et al. (2005).

Heather, N. (1995) Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers: the need for caution. *Alcohol and Alcoholism*, 30, 287-296.

Hulscher, M.E.J.L., Wensing, M., van der Weijden, T. and Grol, R. (2002) Interventions to implement prevention in primary care (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software.

Humphreys, K., & Tucker, J. (2002) Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. *Addiction* 97, 126-132.

Institute of Medicine (1990) Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems. Washington, DC: National Academy Press.

Kaariainen, J., Sillanaukee, P., Poutanen, P. & Seppa, K. (2001) Opinions on alcohol-related issues among professionals in primary, occupational, and specialized health care. *Alcohol Alcohol*, 36, 141-6.

8. Implementació dels programes d'identificació i intervenció breu

Kaner, E.F., Heather, N., McAvoy, B.R., Lock, C.A. & Gilvarry, E. (1999a) Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol Alcohol*, 34, 559-66.

Kaner, E.F., Lock, C.A., McAvoy, B.R., Heather, N., & Gilvarry E. (1999b) A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. *British Journal of General Practice*, 49, 699-703.

Klingemann, H., Takala, J-P. & Hunt, G., eds. (1992) *Cure, Care or Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*. Albany, NY: State University Of New York Press.

Lock, C.A. and Kaner, E.F. (2000) Use of marketing to disseminate brief alcohol intervention to general practitioners: promoting health care interventions to health promoters. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 6, 345-57.

McAvoy, B.R., Kaner, E.F., Lock, C.A., Heather, N. & Gilvarry, E. (1999) Our Healthier Nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. *British Journal of General Practice*, 49, 187-90.

McCormick, R., Adams, P., Powell, A., Bunbury, D., Paton Simpson, G. and McAvoy, B. (2005) A randomised controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study: New Zealand. Unpublished data obtained from Funk et al.

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. & Kleber, H. D. (2000) Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1689-1695.

Moos, R. H., Finney, J. W. & Cronkite, R. C. (1990) *Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome*. New York: Oxford University Press.

Öjesjö, L. (1981) Long-term outcome in alcohol abuse and alcoholism among males in the Lundby general population, Sweden. *British Journal of Addiction*, 76, 391-400.

Pas, L. & Garmyn, B. (2005) A randomised controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study: Belgium. Unpublished data obtained from Funk et al.

Pattison, E. M., Sobell, M. B. & Sobell, L. C., eds. (1977) *Emerging Concepts of Alcohol Dependence*. New York: Springer.

PHEPA (2005). Primary Health Care European Project on Alcohol. Information available from: <http://www.phepa.net/units/phepa/html/en/Du9/index.html>

Richmond, R.L. & Mendelsohn, C.P. (1998) Physicians' views of programs incorporating stages of change to reduce smoking and excessive alcohol consumption. *American Journal of Health Promotion*, 12, 254-7.

Roche, A.M & Richard, G.P. (1991) Doctors' willingness to intervene in patients' drug and alcohol problems. *Social Science & Medicine*, 33,1053-61.

Roche, A.M., Guray, C. & Saunders, J.B. (1991) General practitioners' experiences of patients with drug and alcohol problems. *British Journal of Addiction*, 86, 263-75.

Roche, A.M., Parle, M.D. & Saunders, J.B. (1996) Managing alcohol and drug problems in general practice: a survey of trainees' knowledge, attitudes and educational requirements. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 20, 401-8.

8. Implementació dels programes d'identificació i intervenció breu

Rodney, W.M., Nutter, D. & Widoff, B. (1985) Recording patients' consumption of social drugs in a family medicine residency: a longitudinal study. *Family Practice*, 2, 86-90.

Thomson O'Brien, M.A., Oxman, A.D., Davis, D.A., Haynes, R.B., Freemantle, N. & Harvey, E.L. (2002) Educational outreach visits: effects on educational practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software.

Wilson, A., McDonald, P., Hayes, L. and Cooney, J. (1992) Health promotion in the general practice consultation: a minute makes a difference. *British Medical Journal*, 304, 227-30.

World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health promotion*. Geneva, World Health Organization.

Wutzke, S.E., Shiell, A., Gomel, M.K. and Conigrave, K.M. (2001) Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Social Science & Medicine*, 52, 863-70.

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

Resum de l'evidència del capítol

Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència de l'alcohol

Els pacients amb un consum de risc o perjudicial d'alcohol o amb indicis clínics de consum perjudicial o dependència de l'alcohol es poden beneficiar d'una avaluació més acurada. El test de deu ítems AUDIT de l'Organització Mundial de la Salut és l'instrument d'elecció. Un resultat de 20 punts o més al test AUDIT indica dependència de l'alcohol, tot i que la dependència també pot ser present amb resultats més baixos, i pot ser necessari derivar els pacients a un especialista per tal que faci una avaluació diagnòstica i proporcioni un tractament. La dependència de l'alcohol es pot avaluar amb el mòdul de dependència de l'alcohol de la Composite International Diagnostic Interview, o CIDI) de l'Organització Mundial de la Salut. Aquesta entrevista conté set preguntes que permeten mesurar la dependència de l'alcohol. La diagnosi s'obté amb un resultat de quatre o més respostes positives. Els nivells elevats de sèrum GGT i de transaminases, TDC i VCM sovint són deguts al consum d'alcohol. Com que aquestes proves es fan rutinàriament, com a part d'una bateria de proves bioquímiques, la presència d'un nivell elevat hauria d'alertar el personal clínic sobre una possible diagnosi de consum perjudicial d'alcohol i dependència de l'alcohol.

Tractament dels símptomes d'abstinència

Les persones que són físicament dependents de l'alcohol solen experimentar símptomes d'abstinència entre 6 i 24 hores després d'haver consumit l'última beguda alcohòlica. Es recomana administrar diazepam com a tractament d'elecció per a l'abstinència, ja que té una mitja vida relativament llarga i una efectivitat comprovada. La pauta terapèutica estàndard inclou dosis regulars de diazepam durant dos a sis dies, amb la interrupció del tractament el sisè dia per tal d'evitar el risc de dependència.

Tractament de la dependència de l'alcohol

Hi ha persones que superen la seva dependència de l'alcohol sense ajuda externa, i no tots els qui són dependents de l'alcohol necessiten rebre tractament especialitzat per vèncer la dependència, tot i que, per a una gran part, el tractament sí que és necessari. Les persones que pateixen dependència de l'alcohol poden rebre tractament als centres d'atenció primària de salut si es comprometen a no consumir begudes alcohòliques encara que no es considerin dependents, si es neguen a adreçar-se a un centre especialitzat i si no presenten complicacions mèdiques, socials o psiquiàtriques greus. Cal derivar els pacients amb dependència de l'alcohol a un especialista quan ja s'hagin intentat altres tractaments sense èxit, quan sorgeixin complicacions greus o risc de símptomes d'abstinència moderats o greus, quan es detectin problemes mèdics greus o comorbiditat psiquiàtrica, i quan el tractament no pugui ser administrat per l'equip d'atenció primària.

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

Els tractaments especialitzats inclouen estratègies conductuals i farmacoteràpia. Les propostes més efectives són l'entrenament en habilitats socials, l'abordatge de reforç comunitari i la teràpia conductual de parella, especialment quan posen èmfasi en la capacitat de reduir el consum o deixar de consumir alcohol mitjançant l'aprenentatge de tècniques d'autocontrol, l'abordatge motivacional i el reforç del sistema de suport de la persona. També són efectius l'acamprosat i la naltrexona, antagonista opioide. Els mètodes menys efectius són els que han estat elaborats per educar, commocionar o interioritzar la natura i les causes de la dependència de l'alcohol, o per fer-hi front, i l'assistència obligatòria a les sessions d'Alcohòlics Anònims. Hi ha molt poques dades que demostrin que els resultats generals d'un tractament poden millorar si, d'entre diversos tractaments, se cerca el més adequat per a cada pacient.

Encara no s'ha determinat quin és el millor model de relació entre l'atenció primària i els serveis especialitzats, tot i que sembla que els tractaments integrats d'atenció primària i serveis especialitzats proporcionen millors resultats que quan s'ofereixen per separat. El seguiment dels pacients pot reduir el risc de recaiguda. Per tant, és important que el personal dels centres d'atenció primària de salut mantingui el contacte a llarg termini amb els pacients que hagin rebut tractament per dependència de l'alcohol i ja no estiguin en contacte amb els serveis especialitzats.

Com s'ha descrit al capítol 1, l'objectiu d'aquesta guia és presentar, de manera resumida, evidència sobre els problemes que comporta el consum d'alcohol i com dur a terme la identificació i les intervencions breus per als pacients amb un consum de risc o perjudicial d'alcohol als centres d'atenció primària de salut. Tot i que aquest document no és un manual per al tractament de la dependència de l'alcohol, en aquest capítol es descriuen breument aquest trastorn i les opcions d'avaluació i tractament per tal que els professionals d'atenció primària sàpiguen què poden esperar quan els pacients més difícils de tractar es remetin a l'especialista.

9.1 Propòsit de l'avaluació

Propòsit de l'avaluació: l'avaluació compleix dues funcions importants. En primer lloc, ajuda el pacient i el professional de la salut a establir uns objectius de tractament comuns i un pla de tractament. Segons el pacient, s'hauran d'implementar estratègies diferents, ja que les persones que pateixen dependència de l'alcohol no presenten un conjunt homogeni de problemes. A més, també cal identificar els problemes de fons i adjunts, encara que la relació causal no quedi clara. En segon lloc, l'entrevista d'avaluació s'utilitza per crear un vincle. Si el professional de la salut mostra empatia i cortesia cap al pacient i li transmet una sensació d'esperança i optimisme, hi ha menys probabilitats que el pacient adopti una actitud defensiva i és més probable que accepti la possibilitat de canviar. En aquest procés compartit, l'opinió del professional pot animar el pacient a valorar la situació des d'una perspectiva nova. L'avaluació és el punt de partida de la teràpia, i cal tenir en compte que la comprensió de les implicacions que comporta per al pacient i la família n'és un factor important. L'actitud del professional de la salut ha de ser positiva però realista.

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

Els principis de l'avaluació: l'avaluació és una de les primeres oportunitats que té el professional de la salut perquè el pacient se sotmeti a un tractament i el mantingui. Cal que els tractaments intensius per als problemes relacionats amb l'alcohol comencin amb una avaluació integral, que permetrà seleccionar les intervencions més adequades per a cada cas. D'altra banda, s'han de comparar els resultats de l'avaluació amb els progressos aconseguits durant el tractament, amb l'objectiu de mantenir el pacient motivat durant tot el procés. A més, durant l'avaluació, s'han d'acordar els objectius d'un pla de tractament. El pla de tractament ha d'estar basat en la intervenció més efectiva per al pacient, i no només en el tipus de tractament més habitual. És preferible informar el pacient sobre les diverses opcions d'intervenció disponibles localment i ajudar-lo a prendre una decisió raonada sobre quina intervenció és més apropiada per a les seves necessitats. L'avaluació ha de continuar durant tot el tractament, mesurant els progressos assolits pel pacient en comparació amb els objectius establerts. A més, cal que inclogui diverses tècniques per recollir informació sobre el pacient, com entrevistes de diagnòstic, qüestionaris estandarditzats, exàmens mèdics i/o proves bioquímiques.

La majoria de la informació es pot obtenir en una entrevista parcialment estructurada i amb final obert, fent servir una exploració guiada de l'experiència subjectiva de consum d'alcohol del pacient. Un dels avantatges d'aquest mètode és la implicació del metge, amb la qual cosa és personal i receptiu amb la persona que beu alcohol, i no és un procés mecànic i impersonal. Tot i així, cal mantenir una estructura determinada per evitar parlar sobre l'historial del pacient de manera imprecisa i sense rumb. L'avaluació ha de posar èmfasi en la situació present del pacient. La informació sobre les experiències passades és útil per comprendre el procés d'evolució del pacient fins a la situació present i les causes que justifiquen que mantingui pensaments i comportaments inadaptats, però cal enfocar l'avaluació a obtenir informació que ajudi a fer un tractament a mida adequat al pacient.

Aconseguir que el pacient es comprometi a seguir un tractament: el compromís del pacient es pot valorar segons la intensitat i la duració del tractament. Un nivell elevat de compromís és un indicador de resultats positius del tractament i, al mateix temps, depèn de les característiques del pacient (per exemple, motivació prèvia al tractament, un consum d'alcohol més elevat abans del tractament, un nivell més elevat de concentració) i de les experiències de tractament —rellevància de la relació terapèutica, ajuda percebuda dels serveis de tractament, empatia del professional de la salut, eliminació de les barreres pràctiques com el transport, i inclusió d'elements per prevenir la recaiguda (Fiorentine [et al.], 1999; Joe [et al.], 1999). Les característiques del professional de la salut i la relació terapèutica també són fonamentals per aconseguir que el pacient se sotmeti al tractament (Ritter [et al.], 2002). A més, si el pacient percep la diferència entre els seus objectius i el seu estat actual, pot augmentar la seva motivació per canviar (Miller, 1995). Apreciar els objectius del pacient pot ser més eficaç per motivar-lo que insistir en una sèrie concreta d'objectius (Miller, 1987), i pot proporcionar uns resultats més efectius (Sanchez Craig, 1990). També hi ha dades que demostren que oferir un ventall d'opcions de tractament contribueix a retenir el pacient en tractament (Rokke [et al.], 1999).

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

9.2 Mètodes d'avaluació

El test AUDIT

El test AUDIT de deu ítems, de l'Organització Mundial de la Salut, és l'instrument d'elecció (Babor [et al.], 2001) (vegeu el capítol 5). L'AUDIT no només està concebut per identificar problemes relacionats amb l'alcohol de menor gravetat, com el consum de risc o perjudicial, sinó que, a més, permet identificar els trastorns de dependència. Si es registra una puntuació elevada en tres preguntes, sense uns resultats elevats en la resta de respostes, el test suggereix que el consum d'alcohol ha assolit un nivell de risc. Una puntuació elevada en unes altres quatre preguntes indica que el consum d'alcohol és perjudicial, i una puntuació elevada en les tres preguntes restants implica la presència o l'aparició de dependència de l'alcohol. Un resultat de 8 o més punts en el test AUDIT indica perill d'experimentar consum de risc, patir problemes físics i socials i requerir l'ús de l'atenció sanitària en el futur. Si el resultat és de 16 a 19 punts, es considera que el consum d'alcohol ha assolit un nivell de risc o perjudicial, que es pot tractar amb una combinació de consells breus, assessorament breu i seguiment continuat, amb una avaluació diagnòstica més completa en cas que el pacient no respongui al tractament o es detectin indicis d'una possible dependència de l'alcohol. Una puntuació de 20 punts o més al test AUDIT indica dependència de l'alcohol, tot i que la dependència també pot ser present amb resultats més baixos. En aquest cas, els pacients s'han de derivar a un especialista per tal que faci una avaluació de diagnosi i proporcioni un tractament.

Les característiques operatives de l'AUDIT com a instrument d'identificació per a la dependència de l'alcohol varien segons el punt de tall que s'utilitzi per determinar els resultats positius de la identificació i segons si es prefereix identificar una diagnosi al llarg de la vida del pacient (és a dir, si el pacient presenta els criteris per als trastorns en qualsevol moment de la seva vida) o una diagnosi actual. Per exemple, en un estudi, l'AUDIT va proporcionar una sensibilitat del 61% i una especificitat del 90% per a un trastorn actual de consum d'alcohol, amb un punt de tall de 8 (Barry [et al.], 1993) (vegeu el capítol 5 per consultar les definicions de sensibilitat i especificitat). Si el punt de tall es fixa en més d'11, la sensibilitat disminueix (40%) i l'especificitat augmenta (96%). El rendiment del test van canviar dràsticament quan es van avaluar els trastorns de consum d'alcohol al llarg de la vida del pacient. En aquest cas, l'AUDIT oferia una sensibilitat del 46% i el 30% i una especificitat del 90% i el 97%, amb punts de tall de 8 i 11, respectivament (Barry [et al.], 1993). Segons altres investigadors, l'AUDIT ofereix una sensibilitat del 63% i el 93% i una especificitat del 96% i el 96%, respectivament, en casos de diagnosi al llarg de la vida del pacient o diagnosi actual de dependència de l'alcohol (Isaacson [et al.], 1994). En un altre estudi, dut a terme per Schmidt [et al.] (1995), el test AUDIT no va resultar tan eficient com a prova d'identificació. En aquest estudi, l'AUDIT va proporcionar una sensibilitat del 38% i una especificitat del 95% per a una diagnosi de dependència al llarg de la vida del pacient. Aquests resultats són similars als obtinguts per Morton [et al.] (1996), amb un punt de tall de 8 i amb una població de més de 65 anys. En aquest cas, l'AUDIT

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

va oferir una sensibilitat del 33% i una especificitat del 91%. A més, s'ha trobat que el rendiment del test AUDIT varia segons l'ètnia i el gènere de les poblacions (Steinbauer [et al.], 1998). Amb un punt de tall de 8 per a un test positiu, l'AUDIT va assolir una sensibilitat del 70% i el 92% i una especificitat del 73% i el 94%, respectivament, amb variació de gèneres i ètnia.

Entrevista Diagnòstica Internacional Composta (CIDI)

L'Entrevista Diagnòstica Internacional Composta (CIDI) inclou un programa d'entrevistes per diagnosticar la dependència de l'alcohol, com mostra el quadre 9.1 (Organització Mundial de la Salut, 2002a).

La puntuació de dependència de l'alcohol (entre 0 i 7 punts) equival al nombre de respostes positives a les set preguntes sobre símptomes (Organització Mundial de la Salut, 2002b). Les preguntes 1.1 i 6.1 no computen per a la puntuació final. Un resultat de tres punts es considera un cas amb probabilitats de dependència de l'alcohol, mentre que un resultat de quatre o més punts indica que el pacient pateix dependència de l'alcohol.

Examen clínic

En alguns casos, un examen clínic pot ser útil per identificar el consum perjudicial crònic d'alcohol. Per aquest motiu, s'han desenvolupat diversos procediments d'identificació clínics (Babor [et al.], 1985). Entre els símptomes que es tenen en compte en l'examen clínic s'inclouen el tremolor de les mans, el trencament de vasos sanguinis a la cara i els canvis observats a les membranes mucoses (per exemple, la conjuntivitis) i la cavitat oral (per exemple, la glossitis).

Injecció conjuntival: l'afecció del teixit conjuntival s'avalua segons el nivell d'ingurgitació capil·lar i icterícia escleral. La millor manera de realitzar l'examen és demanar al pacient que, amb llum diürna, miri cap amunt i després cap avall mentre s'enretira la parpella inferior i superior. En condicions normals, la blancor nacrada habitual està distribuïda de manera uniforme. Per contra, la ingurgitació capil·lar deixa veure elements vasculars de color grana i aporta un matís verd-i-groc a l'escleròtica.

Vascularització anormal de la pell: la manera més efectiva d'avaluar aquest símptoma és fer un examen de la cara i el coll. En aquestes zones se solen observar arterioles fines i nerviüdes que apareixen com una taca rogenca. Altres signes de la ingesta crònica d'alcohol són l'aparició de carn de gallina al coll i taques groguenques a la pell.

Tremolor de les mans: per avaluar el tremolor de les mans, cal examinar el pacient amb els braços estirats endavant, amb els colzes mig doblegats i els palmells girats cap a la línia del mig.

Tremolor de la llengua: per avaluar el tremolor de la llengua, cal demanar al pacient que tregui la llengua entre els llavis, però no excessivament.

Hepatomegàlia: els canvis hepàtics s'han d'avaluar tant pel volum com per la consistència del fetge. L'augment del volum es pot identificar en funció de l'espai que es palpi per sota del marge costal. La consistència de l'òrgan pot ser normal, sòlida, dura o molt dura.

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

Quadre 9.1: Entrevista Diagnòstica Internacional Composta (CIDI) per mesurar la dependència de l'alcohol.

1. Durant els últims 12 mesos, alguna vegada la ingesta d'alcohol o la ressaca ha interferit en la seva feina, estudis o a casa?

1. Sí
2. No

1.1 Si la resposta és «Sí», quantes vegades li ha passat durant el darrer any?

1. Una o dues
2. Entre 3 i 5 vegades
3. Entre 6 i 10 vegades
4. Entre 11 i 20 vegades
5. Més de 20 vegades

2. Durant els últims 12 mesos, s'ha trobat alguna vegada sota la influència de l'alcohol en una situació en la qual podia fer-se mal, com conduint un cotxe o un vaixell, fent servir ganivets, armes o maquinària o qualsevol altra cosa?

1. Sí
2. No

3. Durant els últims 12 mesos, ha patit algun problema emocional o psicològic derivat del consum d'alcohol, com no tenir interès per les coses, sentir-se deprimat, desconfiar de la gent, sentir-se paranoic o tenir idees estranyes?

1. Sí
2. No

4. Durant els últims 12 mesos, ha experimentat un desig o una urgència tan forts per consumir begudes alcohòliques que no ha pogut evitar ingerir alcohol?

1. Sí
2. No

5. Durant els últims 12 mesos, ha passat un període d'un mes o més durant el qual ha dedicat molt de temps a beure alcohol o a recuperar-se dels efectes de l'alcohol?

1. Sí
2. No

6. Durant els últims 12 mesos, alguna vegada ha consumit més begudes alcohòliques de les que pensava ingerir o ha begut durant més estona de la que pensava fer-ho?

1. Sí
2. No

6.1 Si la resposta és «Sí», amb quina freqüència li ha passat durant el darrer any?

1. Una o dues
2. Entre 3 i 5 vegades
3. Entre 6 i 10 vegades
4. Entre 11 i 20 vegades
5. Més de 20 vegades

7. Durant els últims 12 mesos, alguna vegada ha hagut de beure més quantitat d'alcohol que abans per notar el mateix efecte?

1. Sí
2. No

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

Proves de laboratori

γ-glutamilttransferasa (GGT): malgrat que els resultats d'aquesta prova poden ser elevats fins i tot quan no hi ha cap lesió al fetge (Wu [et al.], 1976; Majumdar [et al.], 1991), també sol ser la primera prova que mostra uns nivells elevats quan l'alcohol és el causant de lesions hepàtiques (Rosalki, 1984). Els nivells elevats en els resultats d'aquest test poden servir, juntament amb els nivells de transaminases, albúmina i bilirubina i les anàlisis de coagulació, d'indicador general de la presència i la gravetat d'una afecció hepàtica, tot i que els nivells de GGT podrien disminuir en casos de cirrosi més avançada. Entre un 5% i un 20% de les persones amb un fetge histològicament normal que pateixen dependència de l'alcohol presenten un nivell elevat de GGT, mentre que aquest percentatge augmenta fins a un 90% entre les persones amb dependència de l'alcohol que pateixen cirrosi (Wu [et al.], 1976; Majumdar [et al.], 1991; Moussavian [et al.], 1985; Matsuda [et al.], 1993). L'augment dels nivells de GGT també pot servir de marcador d'altres complicacions físiques provocades pel consum d'alcohol: les persones amb un consum de risc que presenten uns nivells elevats de GGT tenen més probabilitats de patir hipertensió que les persones que ingereixen la mateixa quantitat d'alcohol però obtenen uns resultats normals a les proves de GGT (Hashimoto [et al.], 2001). El nivell de GGT ha demostrat ser un indicador independent que permet pronosticar la pressió sanguínia en el futur. A més, l'augment de GGT es pot considerar un marcador d'una susceptibilitat més important envers els efectes de l'alcohol en la hipertensió (Yamada [et al.], 1989, 1991).

A més d'identificar la patologia actual, els nivells de GGT permeten preveure la morbiditat i la mortalitat futures. La prova de GGT va pronosticar la mortalitat de qualsevol causa en tres grans cohorts de pacients de sexe masculí (Peterson [et al.], 2003; Hood [et al.], 1990; Wannamethee [et al.], 1995; Brenner [et al.], 1997). A més, a l'estudi de Malmö, realitzat a Suècia, els resultats dels tests de GGT de la comunitat local que se situaven en els decils superiors van permetre pronosticar les hospitalitzacions durant els 4-7 anys subsegüents (Kristenson, 1987). D'altra banda, els nivells de GGT permeten preveure el desenvolupament posterior d'hipertensió (Miura [et al.], 1994; Conigrave [et al.], 1995; Lee [et al.], 2002), independentment del punt de referència de consum d'alcohol, diabetis (Perry [et al.], 1998) i ictus trombòtics (Jousilahti [et al.], 2000). Les dones embarassades que presenten uns nivells elevats de GGT tenen més probabilitats de donar a llum un nadó amb síndrome alcohòlica fetal (Halmesmaki [et al.], 1986), tot i que la sensibilitat per predir aquesta afecció només arriba al 50% (amb una especificitat del 80%) entre les dones embarassades que ingereixen més de 100 g d'alcohol setmanals (Sarkola [et al.], 2000).

La prova de GGT se sol emprar per controlar l'efecte del tractament en els pacients (Persson i Magnusson, 1989; Anton [et al.], 2002). Normalment, els nivells de GGT disminueixen durant la primera setmana de reducció de consum d'alcohol o abstinència i, un cop ha transcorregut el primer mes, la disminució dels nivells és especialment pronunciada (Monteiro i Masur, 1986). La reducció prematura pot ajudar a confirmar una diagnosi de consum de risc. Els nivells de GGT se solen reduir a la meitat per tornar a la normalitat de 5 a 17 dies

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

després d'abandonar el consum d'alcohol (Lamy [et al.], 1974). Les persones amb dependència de l'alcohol solen trigar més a reduir els nivells a la normalitat, amb una mitja vida de 26 dies (Orrego [et al.], 1985). A més, els nivells de GGT solen augmentar entre un 20% i un 30% per damunt del punt de referència quan les persones amb dependència de l'alcohol pateixen una recaiguda (Anton [et al.], 1996; Anton [et al.], 2002; Irwin [et al.], 1988). A l'estudi de Malmö, realitzat a Suècia, la prova de GGT es va utilitzar com a mètode principal d'identificació i com a instrument per a la intervenció (Kristenson, 1987; Kristenson [et al.], 1983). Els pacients de sexe masculí de mitjana edat amb uns nivells de GGT en els decils superiors es van distribuir aleatòriament en grups de tractament i de control. En el grup de tractament, els pacients van rebre assessorament i informació sobre la relació entre els nivells elevats de GGT que registraven i el consum d'alcohol. Cada tres mesos, els resultats de les proves de GGT es mostraven als pacients que, al mateix temps, rebien assessorament motivacional. Comparat amb el grup de control, el grup d'intervenció va mostrar una reducció significativa en el nombre de baixes per malaltia i dies d'hospitalització, i una reducció no significativa en la mortalitat (Kristenson, 1987; Kristenson [et al.], 1983). A l'estudi de Tromsø, realitzat a Noruega (Nilssen, 1991) es van aconseguir uns resultats satisfactoris fent servir la prova de GGT de manera similar, és a dir, com a component de la identificació i les intervencions. Clínicament, comentar els resultats de les anàlisis de sang amb els pacients pot resultar útil per motivar-los i perquè canviïn el seu patró de consum d'alcohol, a més d'encoratjar els pacients que han progressat. Tot i així, no hi ha cap estudi que estableixi el nivell de benefici que aporta si ho comparem amb l'assessorament per si sol.

Les transaminases glutamicooxalacètiques (GOT) i glutamicopirúviques (GPT) (anteriorment conegudes amb el nom de transaminases glutamicooxalacètiques en sèrum, o SGOT, i transaminases glutamicopirúviques en sèrum, o SGPT) són indicadors que responen a les lesions de les cèl·lules hepàtiques (Pratt i Kaplan, 2000). Igual que els nivells de GGT, els nivells de transaminases no augmenten amb un sol episodi de consum de risc (Devgun [et al.], 1985; Nemesanszky [et al.], 1988; Freer i Statland, 1977). Les transaminases són menys sensibles que la GGT per identificar el consum elevat d'alcohol. Igual que la GGT, les transaminases actuen com a marcadors del consum d'alcohol i com a indicadors de lesions hepàtiques causades per aquesta substància.

Volum globular mitjà d'eritròcits: el VGM és una prova que es realitza amb tanta freqüència que es pot utilitzar per identificar casos de manera casual. Aproximadament, entre un 3% i un 5% dels pacients ambulatoris presenten un VGM elevat, i l'alcohol és la causa més comuna d'aquest resultat (Seppa [et al.], 1996). Malgrat això, el VGM ofereix una sensibilitat reduïda davant els canvis en el consum d'alcohol i, per tant, no se sol considerar un marcador adequat dels progressos a curt termini (Po [et al.], 1990; Monteiro i Masur, 1986).

Alcohol: el contingut d'alcohol a la sang, l'orina i l'alè es pot identificar amb pràctiques rutinàries (Helander, 2001; Eggers [et al.], 2002). El temps d'identificació és només d'unes hores i, amb una sola anàlisi, no es pot diferenciar si es tracta d'un consum elevat a curt o a llarg termini, tot i que uns valors elevats poden ajudar a determinar la tolerància a l'alcohol (Jones, 1994; Helander, 2001).

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

L'alcohol es dissol en el total d'aigua de l'organisme, i es considera que el seu volum de distribució és igual a l'aigua corporal (Watson, 1989). El contingut total d'aigua de l'organisme depèn de l'edat, el pes i el gènere, i és més elevat en els homes que en les dones (50-60% del pes total del cos en el cas dels homes, comparat amb un 45-55% del pes del cos en el cas de les dones) (Kyle [et al.], 2001). Per tant, si una dona i un home de la mateixa edat i pes, aproximadament, consumeixen la mateixa quantitat d'alcohol, la concentració d'alcohol serà superior en el cas de la dona, ja que l'alcohol es dissoldrà en un volum més reduït d'aigua corporal. D'altra banda, un percentatge aproximat del 85% de l'alcohol que s'ingereix es metabolitza al fetge, mitjançant una oxidació enzimàtica. Cada hora es poden metabolitzar, aproximadament, uns 7 g d'alcohol, és a dir, més o menys, una beguda alcohòlica per hora.

La concentració d'alcohol a la sang o a l'alè s'ha convertit en el sistema estàndard per mesurar i registrar la concentració d'alcohol a l'organisme. La majoria de lleis referents a l'alcohol especifiquen que, per mesurar el nivell d'intoxicació, s'ha d'utilitzar la proporció total d'alcohol a la sang. La taxa d'alcoholèmia es calcula fent servir el pes de l'alcohol en mil·ligrams i el volum de sang en decilitres. D'aquesta manera, la concentració d'alcohol a la sang es pot expressar com una proporció (100 mg d'alcohol per decilitre de sang o 1,0 g d'alcohol per litre de sang) o com un percentatge (0,10% d'alcohol a la sang).

5-HTOL: el metabòlit de serotonina 5-hidroxitriptofol (5-HTOL) és un component menor normal de l'orina i s'extreu, principalment, juntament amb l'àcid glucurònic. La formació de 5-HTOL augmenta substancialment després d'ingerir alcohol, a causa de la interacció metabòlica, i l'excreció urinària elevada es manté durant algun temps (> 5-15 hores segons la dosi) després que l'alcohol s'hagi eliminat. Aquest efecte bioquímic es pot emprar per identificar la ingesta recent d'alcohol (Helander i Eriksson, 2002). Normalment, el test de 5-HTOL no està disponible per a propòsits clínics.

Etil glucurònid (EtG): l'etil glucurònid és un metabòlit no volàtil, soluble en aigua, estable i directe de l'etanol que es pot identificar en diversos fluids, teixits i cabells de l'organisme. Poc després d'haver ingerit etanol, fins i tot en petites quantitats, es pot registrar un resultat positiu d'etil glucurònid. Aquesta prova permet identificar la ingesta d'etanol fins a 80 hores després de l'eliminació total de l'alcohol de l'organisme (Study on State and Trait Markers of Alcohol Use and Dependence 1997, OMS/ISBRA). Normalment, el test d'etil glucurònid no sol estar disponible per a propòsits clínics.

Adductes i anticossos d'acetaldehid-proteïna: l'etanol es metabolitza en acetaldehid mitjançant l'alcohol deshidrogenasa i, a continuació, es converteix en acetat per l'acció de l'aldehid deshidrogenasa. Les concentracions d'acetaldehid a la sang durant el metabolisme de l'etanol solen ser molt baixes (en un nivell micromolar o inferior). L'acetaldehid pot reaccionar amb grups amino lliures en les proteïnes per produir adductes d'acetaldehid-proteïna, mitjançant un mecanisme anàleg a la formació de glicoproteïnes a partir de la glucosa (Braun [et al.], 1997). La sensibilitat que ofereixen aquest tipus d'adductes com a marcadors de la ingesta d'alcohol s'ha avaluat en alguns estudis fent servir

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

diversos plantejaments analítics (Sillanaukee [et al.], 1992; Lin [et al.], 1993; Hazelett [et al.], 1998), amb uns resultats que varien entre un 20% i un 80%. Normalment, els tests d'adductes no solen estar disponibles per a propòsits clínics.

9.3 Tractament de l'abstinència aguda

Les persones que són físicament dependents de l'alcohol solen experimentar símptomes d'abstinència entre 6 i 24 hores després d'haver consumit l'última beguda alcohòlica. Normalment, la síndrome d'abstinència de l'alcohol comença quan la taxa d'alcoholèmia disminueix, i se sol manifestar clínicament abans que aquesta taxa arribi a zero (Yost, 1996; Foy [et al.], 1997). L'abstinència alcohòlica se sol autolimitar i, normalment, es pot resoldre sense complicacions en cinc dies, amb una intervenció mínima o sense intervenció. Tot i així, depèn, en gran part, del patró, la freqüència, la duració i la quantitat de consum d'alcohol del pacient. Per a la majoria de persones, la síndrome d'abstinència de l'alcohol és curta i no comporta conseqüències, mentre que per a altres, pot augmentar de gravetat durant les primeres 48 a 72 hores d'abstinència, durant les quals el pacient és molt vulnerable a l'estrès psicològic i fisiològic.

Els símptomes de l'abstinència alcohòlica poden estar presents quan la persona té una taxa d'alcoholèmia considerable. No cal que aquest nivell sigui zero perquè la persona comenci a experimentar l'abstinència. De fet, una proporció rellevant de persones amb dependència de l'alcohol comencen a patir els símptomes de l'abstinència abans que la taxa d'alcoholèmia arribi a zero. L'assistència als pacients no s'ha de proporcionar només en funció de la taxa d'alcoholèmia. També cal tenir en compte la classificació per escales de l'abstinència alcohòlica per calcular el nivell dels símptomes en el pacient. La gravetat de l'abstinència també dependrà del nombre de begudes alcohòliques per dia, el nombre total i la gravetat dels episodis d'abstinència anteriors, més ús de sedants no prescrits i medicaments hipnòtics i el nombre de problemes mèdics.

Després d'un període de 12 a 48 hores des de la ingesta de l'última beguda alcohòlica es poden experimentar atacs causats per l'abstinència. Als pacients amb un historial anterior d'atacs d'abstinència se'ls hauria de receptar medicació específica, preferiblement, amb una dosi de càrrega de diazepam oral i, en alguns casos, intravenós. Alguns pacients pateixen al·lucinacions, que poden aparèixer durant qualsevol moment de la fase d'abstinència alcohòlica. D'altra banda, un petit percentatge de pacients experimenten deliris durant les primeres 24 a 48 hores d'abstinència. El delírium trèmens és la complicació més greu de la síndrome d'abstinència alcohòlica, ja que pot posar en perill la vida del pacient. Sol ocórrer entre 48 i 96 hores després de la ingesta de l'última beguda alcohòlica i cal controlar-lo. Als pacients amb risc de patir la síndrome de Wernicke-Korsakoff se'ls ha d'administrar 100 g de tiamina per via parenteral abans de qualsevol ingesta de glucosa.

Actualment, hi ha un ampli ventall d'escenaris per al tractament de l'abstinència alcohòlica. El tractament a casa és un mètode adequat quan no hi ha signes ni historial d'abstinència greu, es disposa de parents o amics que poden donar suport a la persona, i ajudar-la i tenir-ne cura, i el pacient no pateix

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

cap altra malaltia mèdica o psiquiàtrica. Normalment, els pacients ambulatoris s'han de personar a la clínica o al centre d'atenció un cop al dia per sotmetre's a una avaluació i recollir la medicació per a l'abstinència. Podem emprar aquest sistema amb els pacients que no presentin una abstinència greu, no tinguin un historial d'abstinència greu i no pateixin cap altra malaltia mèdica o psiquiàtrica. El tractament de l'abstinència amb hospitalització és necessari quan el pacient presenta un historial d'abstinència alcohòlica greu, pateix alguna altra malaltia mèdica o psiquiàtrica i/o no disposa de l'ambient familiar adequat.

El **diazepam** es recomana com a «patró or» i com a tractament d'elecció per a l'abstinència, a causa de la seva mitja vida relativament llarga i efectivitat comprovada. Aquest fàrmac es pot administrar com a dosi d'atac, que sol ser de 20 mg cada dues hores fins que disminueix l'abstinència o s'administra un sedant al pacient, després del qual no sol ser necessari tornar a administrar el medicament. Malgrat això, la pauta terapèutica estàndard (teràpia amb una rutina fixa) inclou dosis regulars de diazepam durant un període de dos a sis dies. La dosi inicial regular és de 10 mg cada sis hores durant dos dies. Si és necessari, aquesta dosi es pot complementar amb 10 mg més, fins a la quantitat recomanada de dues dosis. La dosi es va disminuint durant els últims dies de medicació i el fàrmac no s'hauria de continuar administrant passat el sisè dia, per tal d'evitar el risc de crear dependència.

No és recomanable administrar alcohol, barbitúrics, blocadors beta-adrenèrgics, clonidina, acamprosat ni àcid gamma-hidroxibutirat com a agents per facilitar l'abstinència de l'alcohol. No es recomana l'ús de clormetiazol com a tractament d'elecció, que només pot resultar útil en cas de síndromes d'abstinència greus. La medicació anticonvulsiva no s'ha d'emprar de manera rutinària, ja que no és efectiva per prevenir complicacions de l'abstinència alcohòlica, com els atacs. Tot i així, s'ha d'administrar als pacients que la prenguin per altres motius mèdics. Cal reservar l'ús dels tranquil·litzants i medicaments antipsicòtics per als pacients que experimentin al·lucinacions i símptomes paranoics durant l'abstinència alcohòlica i no responguin a una pauta sedant convencional. Si els símptomes psicòtics persisteixen, pot ser necessària una avaluació psiquiàtrica. El tractament farmacològic s'ha d'emprar amb una escala de valoració de l'abstinència alcohòlica i s'ha de guardar en un lloc segur, fora de l'abast del pacient. I, finalment, s'ha d'administrar tiamina i un preparat multivitamínic oral cada dia durant una setmana a tots els pacients que pateixin la síndrome d'abstinència alcohòlica.

9.4 Tractaments no farmacològics per a la dependència de l'alcohol

Característiques dels professionals de la salut efectius: l'efecte de les característiques dels metges en el tractament dels trastorns de consum d'alcohol ha rebut molta menys atenció que les variables de teràpia i pacients, i la dificultat d'estudiar els efectes del personal sanitari ha contribuït a aquesta manca d'investigació (Caroll, 2001). Malgrat això, hi ha algunes dades sobre aquest camp que suggereixen que l'efecte de la teràpia està subjecte a les característiques del professional de la salut. Les habilitats interpersonals són l'element que s'associa

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

més i amb més freqüència a una efectivitat elevada del tractament (Finney i Moss, 2002; Najavits i Weiss, 1994). Najavist [et al.] (2000) posa de manifest l'efecte notable del canvi d'estils del personal clínic en el resultat de les intervencions conductuals. Aquest estudi demostra que els pacients de metges amb més habilitats interpersonals, menys agressius i més comprensius assoleixen uns resultats millors (Najavits i Weiss, 1994). Les diferències en l'efectivitat dels metges no s'atribueixen a la formació, l'orientació del tractament ni l'experiència (Miller [et al.], 1993). Si comparem un estil de suport amb un estil agressiu, aquest últim provoca més resistència per part del pacient i uns nivells superiors de consum d'alcohol (Miller [et al.], 1993). De fet, com més agressivament afronten la qüestió els metges, més alcohol consumeixen els pacients. Segons una metanàlisi que inclou estudis sobre els resultats de trastorns de consum de substàncies (però que no es limita a aquests estudis) els efectes del personal sanitari en el resultat del tractament disminueixen quan s'augmenta el tractament (Crits-Cristoph, 1991). Els metges que mostren empatia i desenvolupen una relació cordial i de suport amb el pacient solen aconseguir uns resultats més satisfactoris en la millora de les habilitats del pacient. Cal que els professionals de la salut elaborin un plantejament organitzat per al tractament del pacient i conservin anotacions sobre el cas i els progressos realitzats, ja que aquestes estratègies ajuden a anticipar les dificultats i permeten establir mètodes de planificació i pràctica per fer front a les situacions difícils abans que sorgeixin.

Assessorament: l'assessorament general i les tècniques relacionades són mètodes efectius per aconsellar les persones que tenen problemes amb l'alcohol. Les habilitats per assessorar, com saber escoltar i mostrar empatia, han de ser la base de qualsevol relació terapèutica. Tot i així, l'assessorament no sol ser suficient per modificar el comportament de consum d'alcohol del pacient, i cal fomentar-lo amb tècniques més específiques. Els dos objectius principals de l'assessorament són: en primer lloc, ajudar els pacients a gestionar els seus problemes per poder viure millor, desenvolupar recursos poc utilitzats i aprofitar al màxim oportunitats malgastades, i, en segon lloc, ajudar els pacients a millorar per ajudar-se ells mateixos en la vida diària.

Entrevistes motivacionals: les entrevistes motivacionals són una metodologia que van introduir Miller i Rollnick (1991). Segons aquests autors, es tracta d'un «mètode directiu, que se centra en el pacient i l'ajuda a millorar la seva motivació intrínseca explorant i resolent la seva ambivalència respecte al canvi de comportament» (Miller i Rollnick, 2002). L'objectiu de les entrevistes motivacionals és fomentar la motivació pel canvi en el pacient suscitant-li raons per modificar el seu comportament. Les entrevistes motivacionals se centren en el pacient i remarquen que el canvi conductual és voluntari i que el pacient és el responsable de les decisions i els resultats d'aquest canvi. A més, és un mètode directiu, ja que pretén resoldre l'ambivalència del pacient. Les entrevistes motivacionals no són un conjunt de tècniques o una estratègia específica, sinó més aviat un mètode de comunicació. Hi ha evidència raonable que recolza l'efectivitat de les entrevistes motivacionals com un tractament individual eficaç per a la dependència de l'alcohol. Miller i Rollnick (2002) suggereixen tres punts generals per aconseguir un efecte satisfactori de les entrevistes motivacionals: la col·laboració, l'evocació i l'autonomia. Una relació de col·laboració entre el metge i el pacient és un

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

element clau per a les entrevistes motivacionals. En aquest sentit, cal que el professional de la salut fomenti una relació de confiança i proporcioni suport al pacient, en lloc d'intentar persuadir-lo o coaccionar-lo. El segon punt general, l'evocació, fa referència al paper del metge per suscitar recursos i motivació per al canvi en el pacient. I el tercer i últim punt, l'autonomia, té relació amb la independència del pacient i la seva responsabilitat per modificar el seu comportament, que cal que el metge reafirmi i recolzi.

Hi ha quatre principis directors generals per a les entrevistes motivacionals: expressar empatia, crear discrepància, saber afrontar la resistència i recolzar l'autoeficàcia. L'assessorament empàtic és una característica fonamental i definidora de les entrevistes motivacionals. De fet, es considera que l'empatia és la base sobre la qual es construeixen les entrevistes motivacionals. Mostrar empatia significa adoptar una actitud d'acceptació i respecte pel pacient i compartir les seves preocupacions individuals sobre el consum perjudicial d'alcohol. El segon principi general de les entrevistes motivacionals consisteix a crear una discrepància entre el comportament actual del pacient i els seus objectius i valors més generals. La finalitat d'aquesta estratègia és aclarir els objectius vitals importants amb el pacient i analitzar les conseqüències del consum continuat d'alcohol, que entren en conflicte amb aquests objectius. El tercer principi general es basa a saber afrontar la resistència del pacient, o sigui, eludir les discussions, ja que, en alguns casos, poden ser contraproductives. En el seu lloc, el metge pot reconduir la resistència del pacient i, d'aquesta manera, crear un impuls cap al canvi conductual. L'últim principi de les entrevistes motivacionals fa referència al concepte d'autoeficàcia, és a dir, que la persona tingui confiança en les seves capacitats per dur a terme una tasca específica i aconseguir un bon resultat.

Intervencions cognitives conductuals: el terme cognitiu conductual fa referència a una perspectiva que inclou diverses estratègies i tècniques basades en principis d'aprenentatge entorn a la idea que el comportament de canvi i reaprenentatge està influenciat per la manera com es perceben les persones i com perceben els altres. La majoria de mètodes de tractament que han demostrat la seva eficàcia per tractar els trastorns de consum d'alcohol s'inclouen en l'extens conjunt de perspectives cognitives conductuals (Miller i Wilbourne, 2002). Segons l'evidència que demostra l'efectivitat de les intervencions cognitives conductuals, els procediments ben estructurats i els protocols per a la implementació, l'acceptació i la popularitat, les intervencions cognitives conductuals solen proporcionar una base pràctica i eficaç per al tractament del consum perjudicial d'alcohol i la dependència de l'alcohol. Es realitzen de manera que es creï una relació de confiança entre el metge i el pacient en una atmosfera d'empatia i sense enfrontaments, i són compatibles amb altres intervencions, com les intervencions farmacològiques i les tècniques motivacionals.

Entrenament en habilitats: l'entrenament en habilitats és una forma d'intervenció de tractament conductual cognitiu. Es tracta de mostrar als pacients certes habilitats socials que els poden ajudar a viure en societat sense utilitzar l'alcohol. Disposem d'evidència consistent que demostra que l'entrenament en habilitats

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

ajuda a reduir el consum d'alcohol, tant a curt termini com a llarg termini, entre les persones amb consum de risc o dependència de l'alcohol. L'entrenament en habilitats es pot emprar per compensar els dèficits que han portat el pacient a fer servir l'alcohol com a estratègia d'afrontament. En algunes ocasions, també s'ha integrat en el model de prevenció de recaiguda de Marlatt i Gordon, i pot ajudar els pacients a fer front a situacions d'alt risc (Marlatt i Gordon, 1985). Es recomana fer servir l'entrenament en habilitats en pacients que presentin un risc elevat de recaiguda. A més, és un mètode molt beneficiós per als pacients que no tinguin les habilitats pertinents, i s'ha d'oferir en el casos en què els metges percebin una manca de capacitats rellevants. Tot i que sol ser difícil determinar quines habilitats tenen els pacients, especialment sense fer una avaluació apropiada, preguntar-los quins problemes tenen i com s'hi enfronten pot deixar veure els àmbits en què no disposen de suficients habilitats socials. L'entrenament en habilitats es pot emprar en pacients que pretenguin moderar el seu consum d'alcohol o deixar de beure. Normalment, hi ha diversos mètodes adequats per a cada pacient, i els mètodes d'entrenament en habilitats se solen oferir juntament amb altres estratègies. És fonamental que la intervenció escollida s'adapti a les necessitats del pacient. L'entrenament en habilitats socials i altres capacitats resolutives requereix cert compromís per part del pacient, ja que aquests mètodes solen millorar si el pacient participa activament en la teràpia i continua practicant fora de les hores de tractament. Un element clau per a l'entrenament en habilitats és desglossar el comportament en diversos components. Aquest procés és essencial per adquirir noves formes de comportament, ja que la majoria de comportaments estan fixats i es produeixen sense que la persona en sigui conscient. Alguns exemples són: l'entrenament en habilitats per resoldre problemes, per refusar l'alcohol, per millorar la seguretat en si mateix, per comunicar-se, per a la relaxació i per a la gestió de l'estrès.

Autocontrol conductual: l'autocontrol conductual és una intervenció de tractament conductual cognitiu. L'entrenament en autocontrol conductual inclou una sèrie d'estratègies, com realitzar un control de si mateix, establir uns límits de consum d'alcohol, controlar els índexs de consum, identificar situacions de consum problemàtic i autorecompensar-se quan s'aconsegueixi limitar el consum d'alcohol.

Materials d'autoajuda: els materials d'autoajuda estan disponibles des dels anys setanta per ajudar les persones a modificar comportaments de consum problemàtic d'alcohol (Finfgeld, 2000). Aquests materials es poden utilitzar juntament amb altres intervencions o com a intervenció individual. Hi ha diversos manuals d'autoajuda disponibles per a les persones que volen deixar de consumir alcohol o reduir la dosi sense l'ajuda de professionals (Ryder [et al.], 1995; Sanchez Craig, 1993), i les dades demostren que l'ús d'aquests manuals s'associa amb una notable disminució del consum d'alcohol (Spivak [et al.], 1994; Sitharthan [et al.], 1996). Els manuals d'autoajuda contribueixen de manera significativa a les intervencions de tractament, ja que poden arribar a una part de la població que no sol rebre tractament. Els materials d'autoajuda resulten més efectius per als casos de consum perjudicial d'alcohol que per a les persones amb dependència de l'alcohol. Els llibres d'autoajuda es poden consultar paral·lelament a les intervencions professionals, ja que contribueixen a reforçar els missatges proporcionats a través d'una intervenció cara a cara més formal.

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

Estratègies psicosocials per a la prevenció de la recaiguda: aquestes estratègies són efectives per reduir el consum d'alcohol, disminuir la gravetat de la recaiguda i millorar els resultats psicosocials del pacient. Les estratègies de prevenció de la recaiguda ofereixen la mateixa eficàcia en diferents escenaris de tractament, en combinació amb diferents tipus de tractament i en sessions individuals o de grup. La durada i la intensitat òptimes d'aquestes estratègies no s'han determinat i poden variar segons el pacient, els problemes i les necessitats. La recaiguda és un dels problemes més importants per a les persones que intenten superar comportaments d'addicció. Per aquest motiu, un aspecte essencial del tractament consisteix a fer front al problema, un punt que causa moltes dificultats en l'àmbit de la dependència de les drogues o l'alcohol. El percentatge de recaiguda durant el primer any després del tractament és considerable i arriba, aproximadament, a un 60% quan la recaiguda es defineix com el retorn al consum problemàtic d'alcohol (Connors [et al.], 1996). Les estratègies de prevenció de la recaiguda pretenen mantenir el comportament d'abstinència o consum de baix risc d'alcohol a llarg termini i reduir la gravetat de la recaiguda, en cas que es produeixi. El model conceptual de la prevenció de la recaiguda concep la recaiguda com una part natural del procés de canvi: per als pacients, les caigudes i recaigudes representen una oportunitat de comprendre el propi comportament i desenvolupar noves capacitats per afrontar situacions d'alt risc (Parks [et al.], 2001). El model convencional de prevenció de la recaiguda va ser creat per Marlatt i els seus col·legues (Marlatt i Gordon, 1985), i inclou una sèrie d'estratègies cognitives i conductuals per a cadascuna de les fases del procés de recaiguda. S'inclouen estratègies d'intervenció específiques, que se centren en els determinants immediats de la recaiguda, i estratègies d'autocontrol generals, que se centren en els antecedents encoberts de la recaiguda (Larimer i Marlatt, 1999). Tant les estratègies específiques com les generals es divideixen en tres categories principals: entrenament en habilitats, reestructuració cognitiva i equilibri de l'estil de vida. Aquestes estratègies estan pensades per fer front als precursors immediats de la recaiguda, i inclouen l'entrenament en habilitats resolutives, qüestionen les expectatives sobre les conseqüències positives del consum d'alcohol i proporcionen mètodes per enfrontar-se als possibles consums. Perquè la prevenció de la recaiguda sigui efectiva també cal abordar els factors a més llarg termini.

9.5 Efectivitat dels tractaments no farmacològics per a la dependència de l'alcohol

A la taula 9.1, extreta de l'estudi de Mesa Grande, una revisió sistemàtica contínuament actualitzada sobre l'efectivitat de diferents tractaments per al consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol, s'inclou una classificació de l'eficàcia de 48 modalitats de tractament diferents (Miller i Wilbourne, 2002). L'estudi de Mesa Grande resumeix l'evidència després de ponderar les conclusions dels estudis segons la seva qualitat metodològica. Com més alta és la puntuació, millor és la qualitat de l'estudi. En aquesta classificació també s'assigna una puntuació de la lògica dels resultats de cada modalitat de tractament, amb la qual es puntua l'eficàcia específica segons l'estructura de l'estudi. Els estudis reben una puntuació positiva de la lògica dels resultats quan l'estructura de l'estudi ha permès una marcada inferència d'un efecte específic (per exemple,

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

la comparació del tractament amb un grup de control sense tractament), i ha proporcionat un efecte beneficiós reflectit en una diferència estadísticament significativa. En canvi, s'assigna una puntuació negativa de la lògica dels resultats als estudis amb una lògica d'estructura que hauria de mostrar clarament l'efecte d'un tractament, si n'hi hagués (per exemple, la comparació amb un grup sense tractament o grup placebo). La puntuació d'evidència acumulada (Cumulative Evidence Score, CES) és un coeficient que s'obté de multiplicar la puntuació en qualitat metodològica per la puntuació de la lògica dels resultats de tots els estudis, sumar els punts dels assajos positius i restar els punts dels assajos negatius. Les modalitats de tractament que s'enumeren a la taula 9.1 apareixen classificades segons la puntuació CES.

Tula 9.1 Efectivitat dels tractaments per al consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol.

Modalitat de tractament	CES	N	Modalitat de tractament	CES	N
1. Intervenció breu	390	34	26. Teràpia no conductual de parella	-33	8
2. Abordatge motivacional	189	18	27. Psicoteràpia de grup	-34	3
3. Agonista GABA (acamprosat)	116	5	28. Anàlisi funcional	-36	3
4. Reforç comunitari	110	7	29. Prevenció de la recaiguda	-38	22
5. Manual d'autoajuda per al canvi (biblioteràpia)	110	17	30. Autocontrol	-39	6
6. Antagonista opioide (per exemple, naltrexona)	100	6	31. Hipnosi	-41	4
7. Entrenament en autocontrol conductual	85	31	32. Medicació psiquedèlica	-44	8
8. Contracte conductual	64	5	33. Antidipsotròpic - Carbimida de calci	-52	3
9. Entrenament en habilitats socials	57	20	34. Placebo d'atenció	-59	3
10. Teràpia conductual de parella	44	9	35. Agonista de serotonina	-68	3
11. Teràpia aversiva, nàusees	36	6	36. Tractament convencional	-78	15
12. Gestió de casos	33	5	37. Facilitació basada en els 12 passos	-82	6
13. Teràpia cognitiva	21	10	38. Alcohòlics Anònims	-94	7
14. Teràpia aversiva, sensibilització	18	8	39. Medicació ansiolítica	-98	15
15. Teràpia aversiva, apneica	18	3	40. Teràpia social	-102	14
16. Teràpia familiar	15	4	41. Antidipsotròpic - Metronidazole	-103	11
17. Acupuntura	14	3	42. Medicació antidepressiva	-104	6
18. Consell centrat en el pacient	5	8	43. Vídeo d'autoconfrontació	-108	8
19. Teràpia aversiva, elèctrica	-1	18	44. Pràctiques de relaxació	-152	18
20. Exercici	-3	3	45. Assessorament de confrontació	-183	12
21. Gestió de l'estrès	-4	3	46. Psicoteràpia	-207	19
22. Antidipsotròpic - Disulfiram	-6	27	47. Assessorament general per a la dependència de l'alcohol	-284	23
23. Antidepressiu - SSRI	-16	15	48. Educació (cintes, lectures o pel·lícules)	-443	39
24. Resolució de problemes	-26	4			
25. Liti	-32	7			

CES = puntuació d'evidència acumulada (Cumulative Evidence Score).

N = nombre total d'estudis emprats per avaluar aquesta modalitat.

Font: Miller i Wilbourne, 2002.

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

Com demostra el capítol 6, les intervencions breus encapçalen la llista de mètodes de tractament que es basen en l'evidència, fins i tot si les estratègies d'abordatge motivacional breu s'inclouen en una categoria diferent. Els elevats valors CES d'aquestes dues categories reflecteixen un nombre relativament alt d'estudis amb un gran percentatge de conclusions positives. A més del gran nombre d'estudis realitzats, el CES augmenta encara més pel fet que les intervencions breus se solen comparar amb un grup de control real sense cap tractament. En molts casos, les intervencions breus es proven amb persones que no han sol·licitat cap tractament per a problemes relacionats amb l'alcohol (per exemple, pacients en els quals s'ha detectat un consum de risc). Per aquest motiu, els CES disminueix quan només es tenen en compte els estudis elaborats amb poblacions que han sol·licitat tractament.

Les estratègies d'entrenament en habilitats conductuals dominen la resta de la llista dels 10 primers mètodes de tractament recolzats per assajos comparatius. Tres d'aquestes estratègies presten una atenció especial a la xarxa de suport social del pacient: l'entrenament en habilitats socials, l'abordatge de reforç comunitari i la teràpia conductual de parella. En els 10 primers llocs de la llista també s'observen dos components específics comuns de la teràpia conductual: el contracte conductual i l'autocontrol.

La llista dels mètodes de tractament més valorats indica alguns temes generals que poden caracteritzar les estratègies conductuals més efectives. S'emfatitza l'habilitat personal per deixar de consumir alcohol o reduir-ne la ingesta. En alguns casos, això s'aconsegueix ensenyant tècniques d'autocontrol, i d'altres, animant el pacient a fer servir els seus propis recursos naturals. També es recalca la importància de la motivació per al canvi, ja sigui mitjançant un abordatge motivacional intrínsec, contractes conductuals específics o bé a través de la modificació de contingències socials per afavorir el canvi. En diverses de les estratègies més valorades destaquen l'atenció al context social i el sistema de suport de la persona.

Els tractaments menys efectius inclouen els que tenen per objectiu educar, commoure o interioritzar la natura i les causes de la dependència de l'alcohol, o fer-hi front, les pràctiques de relaxació, la teràpia social, la participació obligatòria a les reunions d'Alcohòlics Anònims, l'assessorament poc precís i el tractament estàndard convencional.

9.6 Tractaments farmacològics per a la dependència de l'alcohol

Com indica la taula 9.1, tant l'acamprosat (agonista de GABA) com la naltrexona (antagonista opiàci) han demostrat millorar els resultats del tractament. Per als pacients motivats per prendre medicació, tots dos fàrmacs són instruments potencials per prevenir la recaiguda en el consum elevat o la dependència de l'alcohol. En alguns casos, la medicació proporciona un període crític de sobrietat durant el qual el pacient pot aprendre a viure sense l'alcohol i, a continuació, mantenir l'abstinència sense l'ajuda dels fàrmacs. L'acamprosat permet reduir la ingesta d'alcohol modulant la funció del glutamat del cervell, que intervé en els símptomes d'abstinència i de recaiguda provocats per senyals procedents d'experiències d'abstinència prèvies. La naltrexona és un fàrmac contra el deler

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

de consum que redueix les possibilitats que un consum es pugui convertir en una recaiguda, actuant en els receptors d'opiacis del cervell i, en alguns casos, reduint part dels efectes d'eufòria que produeix l'alcohol.

L'acamprosat és un recurs amb una efectivitat moderada com a teràpia adjuvant per reduir el risc de recaiguda a curt termini. Aquest fàrmac també pot ser moderadament efectiu com a teràpia adjuvant a llarg termini (fins a dos anys). El pacient pot començar a prendre acamprosat durant el període d'abstinència, sempre que no s'observin interaccions amb la medicació per a l'abstinència. La teràpia amb aquest medicament s'ha d'iniciar una setmana després de començar l'abstinència. S'han detectat uns resultats més positius entre els pacients que reben tractaments que inclouen estratègies per augmentar el compliment.

La naltrexona és una teràpia adjuvant amb una efectivitat moderada per reduir el risc de recaiguda i el consum d'alcohol a curt termini. Aquest fàrmac pot resultar més efectiu per prevenir la recaiguda en el consum elevat o problemàtic d'alcohol que per mantenir l'abstinència. La naltrexona emprada com a medicament contra el deler de consum pot ser útil per reduir el risc de recaiguda. A l'hora de combinar tractaments conductuals amb la naltrexona per reduir el risc de recaiguda i el consum d'alcohol, la teràpia d'habilitats d'abordament sol ser més efectiva que la teràpia de suport orientada a l'abstinència. Malgrat que la teràpia d'habilitats d'abordament pot ajudar els pacients a enfrontar-se a les caigudes, la teràpia de suport amb naltrexona permet obtenir uns índexs més elevats d'abstinència.

Actualment, no hi ha cap evidència substancial que permeti escollir entre acamprosat i naltrexona.

9.7 Quin tractament s'adequa millor a cada pacient

En un informe del 1990, l'Institute of Medicine of the US National Academy of Sciences (Institut de Medicina de l'Acadèmia Nacional de Ciències dels EUA) defensava enèrgicament la investigació de l'adaptació o l'adequació del tractament per a cada pacient (Institute of Medicine, 1990). Malgrat que no s'ha dut a terme cap estudi sobre l'efecte de l'adequació del tractament al pacient entre poblacions amb un consum de risc o perjudicial d'alcohol que no hagin sol·licitat tractament als centres d'atenció primària de salut, el projecte MATCH va ser dissenyat per revisar la hipòtesi que l'adequació dels tractaments al pacient milloraria els resultats dels tractaments especialitzats per a la dependència de l'alcohol. A més, aquest estudi també tenia l'objectiu de comprovar les hipòtesis dels efectes específics de l'adequació dels tractaments extretes de conclusions anteriors sobre aquest àmbit (Project Match Research Group, 1993). En l'assaig es van emprar tres tractaments que s'administraven de manera individual i presentaven unes característiques molt diferents, tant per la seva filosofia com per la pràctica: (1) una teràpia de facilitació en dotze passos organitzada en dotze sessions ideada per animar els pacients a participar en l'associació Alcohòlics Anònims; (2) una teràpia conductual cognitiva organitzada en dotze sessions creada per ensenyar tècniques als pacients per fer front a les dificultats i prevenir la recaiguda, i (3) una teràpia d'abordatge motivacional per augmentar la motivació i el compromís per al canvi, dividida en quatre sessions organitzades durant 12 setmanes.

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

Un total de 1.726 persones, de característiques personals molt variades i problemes relacionats amb l'alcohol de diversos graus de gravetat, es van distribuir aleatòriament entre els tres grups de tractament en centres situats a nou localitats dels EUA. Els tres tractaments es van analitzar en estudis paral·lels en dos tipus d'escenaris: pacients ambulatoris i pacients convalsents.

Es van reunir 952 pacients ambulatoris (72% d'homes) i 774 pacients convalsents (80% d'homes) immediatament després d'una hospitalització o un tractament hospitalari intensiu de dia. A més, es van utilitzar estudis anteriors per obtenir hipòtesis específiques a priori que permetessin pronosticar quines persones respondrien millor a cadascun dels tres tractaments. També es van investigar les següents característiques dels pacients: gravetat de la relació amb l'alcohol, problemes cognitius, nivell conceptual, gènere, cerca de significat, disposició per canviar, gravetat psiquiàtrica, suport social per consumir alcohol, sociopatia, classificació de la tipologia (tipus A, tipus B), dependència de l'alcohol, ira, personalitat antisocial, asseveració d'autonomia, diagnòstic psiquiàtric, participació prèvia en Alcohòlics Anònims, religiositat, autoeficàcia i funcionament social. Les avaluacions dels resultats es van realitzar en tots els centres i en intervals de tres mesos durant els primers 15 mesos de seguiment. A més, també es van dur a terme seguiments de 39 mesos als cinc centres amb pacients ambulatoris.

Tots tres tipus de tractament van proporcionar unes millores significatives en el consum d'alcohol i en molts altres àmbits del funcionament vital dels pacients (Project MATCH Research Group, 1997a). La freqüència de consum d'alcohol va disminuir gairebé a una quarta part: de 25 dies aproximats de consum per mes, abans del tractament, a menys de sis dies per mes després del tractament. El volum d'alcohol ingerit va disminuir una cinquena part: de 15 begudes alcohòliques aproximades per dia de consum, abans del tractament, a unes tres begudes per dia després del tractament. D'altra banda, també van disminuir significativament les depressions, els problemes relacionats amb l'alcohol i el consum d'altres drogues, al mateix temps que va millorar la funció hepàtica dels pacients. Les millores aconseguïdes durant el tractament es van mantenir durant els 12 mesos posteriors. A més, un seguiment al cap de 39 mesos realitzat en la mostra de pacients ambulatoris va demostrar que els índexs d'abstinència es continuaven mantenint (Project MATCH Research Group, 1998).

La finalitat principal del Projecte MATCH era determinar si l'adaptació o adequació del tractament al pacient milloraria els resultats obtinguts. Però, de les primeres 10 variables d'adequació, només una predicció a priori es va mantenir: els pacients ambulatoris amb menys problemes psicològics o sense problemes psicològics van registrar més dies d'abstinència durant la major part de l'any posterior al tractament amb el tractament de facilitació en 12 passos que amb la teràpia conductual cognitiva. Però les diferències entre els resultats obtinguts amb els tres tractaments, radicalment diferents tant pel que fa a la filosofia com als procediments, van ser relativament poques (Project MATCH Research Group, 1997a). Per tant, els resultats d'aquest estudi suggereixen que classificar els pacients per a una teràpia individual, almenys segons els atributs i els tractaments estudiats pel Projecte MATCH, no és un requisit perquè el tractament sigui efectiu, com es creia anteriorment.

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

Una de les raons presentades per justificar el motiu pel qual el Projecte MATCH, segurament un dels assajos de psicoteràpia més extensos i estadísticament més significatius que s'hagi realitzat mai, no va aconseguir confirmar les hipòtesis que indiquen que el resultat general del tractament es pot millorar si s'adapten els diferents tipus de tractament a cada pacient és que la intervenció més intensa fou l'estudi mateix (Stockwell, 1999). Sembla raonable suggerir que, en un trastorn amb recaiguda crònica com la dependència de l'alcohol, unes quantes sessions terapèutiques durant 12 setmanes tindran menys impacte a llarg termini en el consum d'alcohol que una sèrie d'entrevistes de seguiment estratègicament distribuïdes en un període de tres anys. Molts dels ingredients del que es considera una intervenció motivacional efectiva s'inclouen en aquestes sèries d'entrevistes de recerca com, per exemple, un enfocament que no sigui crític amb el comportament recent de consum d'alcohol i els problemes derivats, i l'expectativa que això es repeteixi durant un període de temps prolongat. De fet, el temps de contacte de les avaluacions de seguiment al cap de tres anys de l'estudi va ser lleugerament més elevat (5 hores) que el temps de contacte d'un dels tractaments, la teràpia d'abordatge motivacional (Project MATCH Research Group, 1997b). Si l'avaluació proporciona un benefici terapèutic, es redueix notablement la possibilitat d'esbrinar els efectes de l'adequació simplement perquè tots els grups de tractament van rebre una quantitat idèntica d'hores d'avaluació durant el seguiment.

Malgrat que l'evidència no indica que alguns pacients responen millor a determinades intervencions de tractament, a la pràctica, els metges sí que busquen el tractament més adequat per a cada pacient. A l'hora d'assignar un tractament al pacient, els professionals de la salut solen tenir en compte criteris com la gravetat de la dependència, la comorbiditat d'una patologia o altres dificultats, com problemes matrimonials o manca de suport social. D'aquesta manera, s'asseguren que els tractaments oferts tenen en consideració els factors relacionats amb el problema de l'alcohol (Mattson, 1994). A més, el metge pot decidir, juntament amb el pacient, quina modalitat de tractament és la més indicada. Es creu que, si el pacient contribueix a l'hora de decidir quin tractament ha de rebre, hi ha més probabilitats que s'hi involucri més intensament. En aquest cas, el metge descriu les opcions de tractament disponibles que poden ser més adequades per als diversos problemes o dèficits detectats com a problemes relacionats amb el consum d'alcohol del pacient, i el pacient i el metge acorden quin tractament serà el més apropiat.

9.8 Quin és el paper de l'atenció primària a l'hora de tractar la dependència de l'alcohol?

Hi ha persones que superen la seva dependència de l'alcohol sense ajuda externa, i no tots els qui són dependents de l'alcohol necessiten rebre tractament especialitzat per vèncer la dependència, tot i que, per a una gran part, el tractament sí que és necessari (Dawson [et al.], 2005) (vegeu el capítol 3). Les persones que pateixen dependència de l'alcohol poden rebre tractament als centres d'atenció primària de salut si es comprometen a no consumir begudes alcohòliques encara que no es considerin dependents, si es neguen a adreçar-se a un centre especialitzat i si no presenten complicacions mèdiques, socials

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

o psiquiàtriques greus. Cal derivar els pacients amb dependència de l'alcohol a un especialista quan ja s'hagin intentat altres tractaments sense èxit, quan sorgeixin complicacions greus o risc de símptomes d'abstinència moderats o greus, quan es detectin problemes mèdics greus o comorbiditat psiquiàtrica, i quan el tractament no pugui ser administrat per l'equip d'atenció primària.

Encara no s'ha determinat quin és el millor model de relació entre l'atenció primària i els serveis especialitzats. Als EUA, sembla ser que els tractaments integrats d'atenció primària i tractament específic proporcionen millors resultats que quan s'ofereixen per separat (Weisner [et al.], 2001; Samet [et al.], 2001). El seguiment dels pacients pot reduir el risc de recaiguda (Hilton [et al.], 2001; Stout [et al.], 1999). Per tant, és important que els professionals d'atenció primària mantinguin el contacte a llarg termini amb els pacients que hagin rebut tractament per dependència de l'alcohol i ja no estiguin en contacte amb els serveis especialitzats.

Bibliografia

Allaway, S. L., Ritchie, C. D., Robinson, D., Seear, T., Reznek, R., Fry, I. K. & Thompson, G. R. (1988) Detection of alcohol-induced fatty liver by computerized tomography. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 81, 149-151.

Anton, R. F., Lieber, C., Tabakoff, B. & Group, C. D. S. (2002) Carbohydrate-deficient transferrin and gammaglutamyltransferase for the detection and monitoring of alcohol use: results from a multisite study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26, 1215- 1222.

Anton, R. F., Moak, D. H. & Latham, P. (1996) Carbohydrate- deficient transferrin as an indicator of drinking status during a treatment outcome study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 20, 841-846.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001) *The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization WHO/MSD/MSB/01.6a.

Babor, T.F., Weill, J., Treffardier, M. and Benard, J.Y. (1985) 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, 321-338.

Barry, K.L., Fleming, M.F. (1993) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the SMAST-13: predictive validity in a rural primary care sample. *Alcohol Alcohol*, 28:33-42.

Brenner, H., Rothenbacher, D., Arndt, V., Schuberth, S., Fraise, E. & Fliedner, T. (1997) Distribution, determinants and prognostic value for all-cause mortality of gamma-glutamyltransferase in a cohort of construction workers from Southern Germany. *Preventive Medicine*, 26, 305-310.

Carroll, K. (2001) Constrained, confounded and confused: why we really know so little about therapists in treatment outcome research. *Addiction*, 96, 203-206.

Conigrave, K. M., Saunders, J. B. & Reznik, R. B. (1995) Predictive capacity of the 'AUDIT' questionnaire for alcohol- related harm. *Addiction*, 90, 1479-1485.

Connors, G., Maisto, S., & Zywiak, W. (1996) Understanding relapse in the broader context of post-treatment functioning. *Addiction*, 91(Supplement), S173-S190.

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

Crits-Christoph, P. (1991) Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1(2), 81-91.

Dawson, D.A., Grant, B.F., Stinson, F.S., Chou, P.S., Huang, B. & Ruan, W.J. (2005) Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction*, 100, 281–292.

Devgun, M. S., Dunbar, J. A., Hagart, J., Martin, B. T. & Ogston, S. A. (1985) Effects of acute and varying amounts of alcohol consumption on alkaline phosphatase, aspartate transaminase, and gamma-glutamyltransferase. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 9, 235–237.

Eggers, V., Tio, J., Neumann, T., Pragst, F., Muller, C., Schmidt, L. G., Kox, W. J. & Spies, C. D. (2002) Blood alcohol concentration for monitoring ethanol treatment to prevent alcohol withdrawal in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 28, 1475–1482.

Finfgeld, D. (2000) Use of self-help manuals to treat problem drinkers. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 38(4), 20-7.

Finney, J. & Moos, R. (2002) Psychosocial treatments for alcohol use disorders, in *A guide to treatments that work*, P. Nathan, Gorman JM., Editor. Oxford University Press: London, England. p. 157-168.

Florentine, R., Nakashima, J., & Anglin, D. (1999) Client engagement in drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(3), 199-206.

Foy, A., Kay, J., & Taylor, A. (1997) The course of alcohol withdrawal in a general hospital. *Quarterly Journal of Medicine*, 90(253-271).

Freer, D. E. & Statland, B. E. (1977) Effects of ethanol (0.75 g/kg body weight) on the activities of selected enzymes in sera of healthy young adults: 2. Interindividual variations in response of gamma-glutamyltransferase to repeated ethanol challenges. *Clinical Chemistry*, 23, 2099–2102.

Halmesmaki, E., Autti, I., Granstrom, M.-L., Heikinheimo, M., Raivio, K. O. & Ylikorkala, O. (1986) a-Fetoprotein, human placental lactogen, and pregnancy-specific b1- glycoprotein in pregnant women who drink: relation to fetal alcohol syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 155, 598–601.

Hashimoto, Y., Futamura, A., Nakarai, H. & Nakahara, K. (2001) Relationship between response of gammaglutamyl transpeptidase to alcohol drinking and risk factors for coronary heart disease. *Atherosclerosis*, 158, 465– 470.

Hazelett, S. E., Liebelt, R. A., Brown, W. J., Androulakakis, V., Jarjoura, D. & Truitt, E. B. Jr (1998) Evaluation of acetaldehyde- modified hemoglobin and other markers of chronic heavy alcohol use: effects of gender and hemoglobin concentration. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1813–1819.

Helander, A. & Eriksson, C. J. P. (2002) Laboratory tests for acute alcohol consumption: results of the WHO/ISBRA study on state and trait markers of alcohol use and dependence. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26, 1070– 1077.

Helander, A. (2001) Biological markers of alcohol use and abuse In: Agarwal, D. P. & Seitz, H. K., eds. *Alcohol in Health and Disease*, Chapter 9, pp. 177–206. New York: Marcel Dekker Inc.

Hilton ME, Maisto SA, Conigliaro J, McNiel M, Kraemer K, Kelley ME, et al. (2001) Improving alcoholism treatment across the spectrum of services. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 25(1):128-35.

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

Hood, B., Kjellstrom, T., Ruter, G. & Kristenson, H. (1990) [Serum cholesterol, serum triglyceride, alcohol, myocardial infarction and death (2): necessary to pay attention to serum GT in assessment of risks of myocardial infarction and death]. *Lakartidningen*, 87, 3295–3298.

Institute of Medicine (1990) *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, DC: National Academy Press.

Irwin, M., Baird, S., Smith, T. L. & Schuckit, M. (1988) Use of laboratory tests to monitor heavy drinking by alcoholic men discharged from a treatment program. *American Journal of Psychiatry*, 145, 595–599.

Isaacson JH, Butler R, Zacharek M, Tzelepis A. (1994) Screening with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city population. *J Gen Intern Med*. 9:550-553.

Joe, G., Simpson, D., Greener, J., & Rowan-Szal, G. (1999) Integrative modeling of client engagement and outcomes during the first 6 months of methadone treatment. *Addictive Behaviors*, 24(5), 649-659.

Jones, A. W. (1994) Are a blood alcohol concentration of 256 mg/dl and minimal signs of impairment reliable indications of alcohol dependence? *Medicine, Science and the Law*, 34, 265–270.

Jousilahti, P., Rastenyte, D. & Tuomilehto, J. (2000) Serum gamma-glutamyl transferase, self-reported alcohol drinking, and the risk of stroke. *Stroke*, 31, 1851–1855.

Kristenson, H. (1987) Methods of intervention to modify drinking patterns in heavy drinkers. In: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism*, pp. 403–423. New York: Plenum Publishing.

Kristenson, H., Öhlin, H., Hulter-Nosslin, M. S., Trell, E. & Hood, B. (1983) Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24– 60 months of long-term study with randomised controls. *Alcoholism*, 7, 203–209.

Kyle, U. G., Genton, L., Slosman, D. O. & Pichard, C. (2001) Fatfree and fat mass percentiles in 5225 healthy subjects aged 15–98 years. *Nutrition*, 17, 2001.

Lamy, J., Baglin, M. C., Ferrant, J. P. & Weill, J. (1974) Decrease in serum gamma-glutamyltranspeptidase following abstinence from alcohol. *Clinica Chimica Acta*, 56, 169–173.

Larimer, M.E.P., RS, Marlatt GA. (1999) Relapse Prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 151-160.

Lee, D. H., Ha, M. H., Kim, J. R., Gross, M. & Jacobs, D. R. J. (2002) Gamma-glutamyltransferase, alcohol, and blood pressure. A four year follow-up study. *Annals of Epidemiology*, 12, 90–96.

Lin, R. C., S. Shahidi, T. J. Kelly, C. Lumeng & L. Lumeng (1993) Measurement of hemoglobin–acetaldehyde adduct in alcoholic patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 669–674.

Majumdar, S. K., Dias, N. & Aps, E. J. (1991) Relationship between hepatic histology and conventional biochemical liver function test in chronic alcoholic patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 28, 211–214.

Marlatt, G. & Gordon, J. (1985) *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: The Guildford Press.

Matsuda, Y., Tsuchishima, M., Ueshima, Y., Takase, S. & Takada, A. (1993) The relationship between the development of alcoholic liver and pancreatic diseases and the induction of gamma glutamyl transferase. *Alcohol and Alcoholism*, 1B, 27–33.

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

Mattson, M.E. (1994) Patient-treatment matching. *Alcohol Health and Research World*, 18(4), 287-295.

Miller, W. & Wilbourne, P. (2002) Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.

Miller, W. (1987) Motivation and treatment goals. *Drugs and Society*, 11, 33-151.

Miller, W. (1995) Increasing Motivation for Change, in *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, R.K. Hester, W.R. Miller, Editors. Allyn & Bacon: Boston.

Miller, W., Benefield, R., & Tonigan, J. (1993) Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991) *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.

Miura, K., Nakagawa, H., Nakamura, H., Tabata, M., Nagase, H., Yoshida, M. & Kawano, S. (1994) Serum gamma-glutamyl transferase level in predicting hypertension among male drinkers. *Journal of Human Hypertension*, 8, 445-449.

Monteiro, M. G. & Masur, J. (1986) Monitoring alcoholism treatment: the appropriateness of choice between gamma- GT or MCV evaluation after a short time of abstinence. *Alcohol*, 3, 223-226.

Morton JL, Jones TV, Manganaro MA. (1996) Performance of alcoholism screening questionnaires in elderly veterans. *Am J Med*.101:153-159.

Moussavian, S. N., Becker, R. C., Piepmeyer, J. L., Mezey, E. & Bozian, R. C. (1985) Serum gamma-glutamyl transpeptidase and chronic alcoholism. Influence of alcohol ingestion and liver disease. *Digestive Diseases and Sciences*, 30, 211-214.

Najavits, L. & Weiss, R. (1994) Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review. *Addiction*, 89, 679-688.

Najavits, L., Crits-Christoph, P., & Dierberger, A. (2000) Clinicians' impact on the quality of substance abuse disorder treatment. *Substance Use and Misuse*, 35(12-14), 2161-2190.

Nemesanszky, E., Lott, J. A. & Arato, M. (1988) Changes in serum enzymes in moderate drinkers after an alcohol challenge. *Clinical Chemistry*, 34, 525-527.

Orrego, H., Blake, J. E. & Israel, Y. (1985) Relationship between gamma-glutamyl transpeptidase and mean urinary alcohol levels in alcoholics while drinking and after alcohol withdrawal. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 9, 10-13.

Parks, G., Anderson, B., & Marlatt, G. (2001a). Relapse prevention therapy, in *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*, N. Heather, T.J. Peters, T. Stockwell, Editors. John Wiley and Sons: West Sussex.

Perry, I. J., Wannamethee, S. G. & Shaper, A. G. (1998) Prospective study of serum gamma-glutamyltransferase and risk of NIDDM. *Diabetes Care*, 21, 732-737.

Persson, J. & Magnusson, P. H. (1989) Early intervention in patients with excessive consumption of alcohol: a controlled study. *Alcohol*, 6, 403-408. 60.

Peterson, B., Trelle, E., Kristensson, H., Fex, G., Yettra, M. & Hood, B. (1983) Comparison of gamma-glutamyltransferase and other health screening tests in average middle aged males, heavy drinkers and alcohol non-users. *Scandinavian Journal of Laboratory Investigation*, 43, 141-149.

Pol, A., Poynard, T., Bedossa, P., Navear, S., Aubert, A. & Chaput, J.-C. (1990) Diagnostic value of serum gamma-glutamyl transferase activity and mean corpuscular volume in alcoholic patients with or without cirrhosis. *Alcoholism*, 14, 250-254.

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

Pratt, D. S. & Kaplan, M. M. (2000) Evaluation of abnormal liver-enzyme results in asymptomatic patients. *New England Journal of Medicine*, 342, 1266-1271.

Project MATCH Research Group (1993) Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 1130- 1145.

Project MATCH Research Group (1997a) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.

Project MATCH Research Group (1997b) Project MATCH secondary a priori hypotheses, *Addiction*, 92, 1671-1698.

Project MATCH Research Group (1998) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1300-1311.

Ritter, A., Bowden, S., Murray, T., Ross, P., Greeley, J., & Pead, J. (2002) The influence of the therapeutic relationship in treatment for alcohol dependency. *Drug & Alcohol Review*, 21261-268.

Rokke, P., Tomhave, J., & Jovic, Z. (1999) The role of client choice and target selection in self-management therapy for depression in older adults. *Psychology & Aging*, 14(1), 155-169.

Rosalki, S. (1984) Identifying the alcoholic. In: Rosalki, S., ed. *Clinical Biochemistry of Alcoholism*, pp. 65-92. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Ryder, D., Lenton, S., Blignault, I., Hopkins, C., & Cooke, A. (1995) *The Drinker's Guide to cutting down or cutting out*. Adelaide: The Drug and Alcohol Services Council.

Samet JH, Freidmann P, Saitz R. (2001) Benefits of linking primary medical care and substance abuse services: patient, provider and societal perspectives. *Arch Int Med*. 84:207-10.

Sanchez-Craig, M. (1990) Brief didactic treatment for alcohol and drug-related problems: an approach based on client choice. *British Journal of Addiction*, 85(2), 169-177.

Sanchez-Craig, M. (1993) *Saying when: How to quit drinking or cut down*. Toronto: Addiction Research Foundation.

Sarkola, T., Eriksson, C. J., Niemela, O., Sillanaukee, P. & Halmesmaki, E. (2000) Mean cell volume and gammaglutamyl transferase are superior to carbohydrate-deficient transferrin and hemoglobin-acetaldehyde adducts in the follow-up of pregnant women with alcohol abuse. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79, 359-366.

Schmidt A, Barry KL, Fleming MF. (1995) Detection of problem drinkers: the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *South Med J*. 88:52-59.

Seppa, K., Heinila, K., Sillanaukee, P. & Saarni, M. (1996) Evaluation of macrocytosis by general practitioners. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 97-100.

Sillanaukee, P., Seppa, K., Koivula, T., Israel, Y. & Niemala, O. (1992) Acetaldehyde-modified hemoglobin as a marker of alcohol consumption: comparison of two new methods. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, 120, 42- 47.

Sitharthan, T., Kavanagh, D., & Sayer, G. (1996) Moderating drinking by correspondence: an evaluation of a new method of intervention. *Addiction*, 91(3), 345-55.

Spivak, K., Sanchez-Craig, M., & Davila, R. (1994) Assisting problem drinkers to change on their own: effect of specific and non-specific advice. *Addiction*, 89(9), 1135-1142.

9. Avaluació dels problemes causats per l'alcohol i la dependència alcohòlica

Steinbauer JR, Cantor SB, Holzer CE, Volk RJ. (1998) Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Ann Intern Med.* 129:353-362.

Stockwell, T. (1999) Should a few hours of therapy change behaviour 3 years later? *Addiction* 94 50-52.

Stout RL, Rubin A, Zwick W, Zywiak W, Bellino L. (1999) Optimizing the cost-effectiveness of alcohol treatment: a rationale for extended case monitoring. *Addict Behav.*24(1):17-35.

Wannamethee, G., Ebrahim, S. & Shaper, A. G. (1995) Gamma-glutamyltransferase: determinants and association with mortality from ischemic heart disease and all causes. *American Journal of Epidemiology*, 142, 699-708.

Watson, P. E. (1989) Total body water and blood alcohol levels: Updating the fundamentals. In: Crow, K. E. & Batt, R. D., eds. *Human Metabolism of Alcohol*, vol. 1, pp. 41-56. Boca Raton, FL: CRC Press.

Weisner C, Mewrtens J, Parthasarathy S, Moore C, Yun L. (2001) Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomised controlled trial. *JAMA* ;286:1715-23.

WHO/ISBRA Study on Biological State and Trait Markers of Alcohol Use and Dependence (1997) Progress Report. WHO/ MSA/PSA/97. 11: pp. 1-40.

World Health Organization (2002a) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) for measuring alcohol dependence http://www3.who.int/cidi/cidi-sf__12-03-02.pdf

World Health Organization (2002b) Scoring the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) for measuring alcohol dependence <http://www3.who.int/cidi/CIDISFScoringMemo12-03-02.pdf>

Wu, A., Slavin, G. & Levi, A. J. (1976) Elevated serum gamma-glutamyl-transferase (transpeptidase) and histological liver damage in alcoholism. *American Journal of Gastroenterology*, 65, 318-323.

Yamada, Y., Ishizaki, M., Kido, T., Honda, R., Tsuritani, I., Ikai, E. & Yamaya, H. (1991) Alcohol, high blood pressure, and serum gamma-glutamyl transpeptidase level. *Hypertension*, 18, 819-826.

Yamada, Y., Ishizaki, M., Kido, T., Honda, R., Tsuritani, I., Nogawa, K. & Yamaya, H. (1989) Relationship between serum gamma-glutamyl transpeptidase activity, blood pressure and alcohol consumption. *Journal of Human Hypertension*, 3, 409-417.

Yost, D. (1996) Alcohol Withdrawal Syndrome. *American Family Physician*, 54(2), 657-659.

Annex

Per quin motiu cal oferir programes d'identificació i intervenció breu?

Hi ha diverses pautes de consum d'alcohol que poden representar un risc important o causar problemes significatius a la persona, com el consum diari elevat d'alcohol, els episodis de consum intensiu freqüents (episodis de consum concentrat), el consum que causa problemes mentals o físics i el consum que comporta dependència o addicció a l'alcohol. El consum de risc d'alcohol és un patró de consum que augmenta el risc de patir conseqüències perjudicials per al consumidor o per als altres. El consum perjudicial d'alcohol fa referència al consum que repercuteix en la salut física i mental de la persona. La dependència de l'alcohol és un conjunt de fenòmens fisiològics, conductuals i cognitius que es pot desenvolupar amb el consum continuat d'alcohol. Els riscos relacionats amb l'alcohol depenen del patró de consum i de la quantitat d'alcohol que s'ingereixi (vegeu el capítol 4). Tot i que les persones amb dependència de l'alcohol tenen més probabilitats de patir problemes més greus, la major part dels problemes relacionats amb l'alcohol afecten persones que no són dependents, potser simplement perquè n'hi ha més. Per tant, la identificació de les persones amb un consum d'alcohol de diversos tipus i nivells de risc conté un elevat potencial per reduir tot tipus de problemes relacionats amb l'alcohol.

Pel que fa als programes d'identificació i intervenció breu, cal destacar la importància del fet que a les persones que no són dependents de l'alcohol els és més senzill reduir el consum o deixar de consumir begudes alcohòliques, amb els esforços i l'assistència apropiats, que a les persones dependents. Un cop s'ha desenvolupat una dependència, deixar de consumir alcohol és més difícil i pot requerir un tractament especialitzat. La identificació del consum d'alcohol entre els pacients de l'atenció primària representa una oportunitat per conscienciar els pacients sobre els riscos que comporta el consum de risc. La informació sobre la quantitat i la freqüència del consum de begudes alcohòliques pot aportar dades per a la diagnosi de l'estat de salut del pacient i, a més a més, alertar el personal sanitari sobre la necessitat d'aconsellar els pacients amb un patró de consum perjudicial per a la seva medicació i altres aspectes del seu tractament.

Identificació del consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

El consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol es poden identificar amb tres mètodes diferents:

Les preguntes de quantitat i freqüència (Q/F), mitjançant les quals es demana al pacient que resumeixi la quantitat d'alcohol que ingereix i la freqüència de consum, ja sigui en períodes temporals específics (per exemple, una setmana, l'últim mes o l'últim any) o segons el patró de consum «típic» o «habitual», com indica la figura A1.

Preguntes	0	1	2	3	4
1. Amb quina freqüència pren alguna beguda alcohòlica?	Mai	Un o menys cops al mes	2 a 4 cops al mes	2 o 3 cops a la setmana	4 o més cops a la setmana
2. Quantes consumicions de begudes amb contingut alcohòlic sol fer en un dia de beure normalment?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 o 9	10 o més

Figura A1: Exemple d'un qüestionari de quantitat i freqüència.

Si el pacient indica que consumeix begudes alcohòliques entre 2 i 3 cops per setmana i, normalment, pren entre 5 i 6 begudes en una sola ocasió, el consum mitjà és de 2,5 cops per 5,5, és a dir, gairebé 14 begudes per setmana.

AUDIT-C: són les primeres tres preguntes del Ttest de Detecció de Trastorns Relacionats amb el Consum d'Alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test)AUDIT, i es mostra a la figura A2. L'AUDIT-C és molt senzill de puntuar. El número de la columna de cada resposta marcada pel pacient s'ha d'introduir al resultat, a la columna de l'extrem dret. A continuació, cal sumar els resultats de totes les respostes i anotar el resultat al quadre «Total».

Preguntes	0	1	2	3	4
1. Amb quina freqüència pren alguna beguda alcohòlica?	Mai	Un o menys cops al mes	2 a 4 cops al mes	2 o 3 cops a la setmana	4 o més cops a la setmana
2. Quantes consumicions de begudes amb contingut alcohòlic sol fer en un dia de beure normalment?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 o 9	10 o més
3. Amb quina freqüència pren sis o més consumicions alcohòliques en un sol dia?	Mai	Menys d'un cop al mes	Mensualment	Setmanalment	A diari o quasi a diari

Figura A2: AUDIT-C.

AUDIT complet amb deu preguntes: aquest test està pensat per identificar el consum de risc i perjudicial d'alcohol als centres d'atenció primària de salut, i es mostra a la figura A3. L'AUDIT també és molt senzill de puntuar. El número de la columna de cada resposta marcada pel pacient s'ha d'introduir a la columna de l'extrem dret de la taula. A continuació, cal sumar la puntuació de totes les respostes i anotar el resultat al quadre «Total».

ANNEX

Preguntes	0	1	2	3	4	
1. Amb quina freqüència pren alguna beguda alcohòlica?	Mai	Un o menys cops al mes	2 a 4 cops al mes	2 o 3 cops a la setmana	4 o més cops a la setmana	
2. Quantes consumicions de begudes amb contingut alcohòlic sol fer en un dia de beure normalment?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 o 9	10 o més	
3. Amb quina freqüència pren sis o més consumicions alcohòliques en un sol dia?	Mai	Menys d'un cop al mes	Mensualment	Setmanalment	A diari o quasi a diari	
4. Amb quina freqüència durant el darrer any s'ha trobat que no podia parar de beure un cop havia començat?	Mai	Menys d'un cop al mes	Mensualment	Setmanalment	A diari o quasi a diari	
5. Amb quina freqüència en el curs del darrer any no ha pogut realitzar l'activitat que li corresponia, per haver begut?	Mai	Menys d'un cop al mes	Mensualment	Setmanalment	A diari o quasi a diari	
6. Amb quina freqüència en el curs del darrer any ha necessitat beure en dejú al matí per recuperar-se d'haver begut molt la nit anterior?	Mai	Menys d'un cop al mes	Mensualment	Setmanalment	A diari o quasi a diari	
7. Amb quina freqüència en el curs del darrer any ha tingut remordiments o sentiments de culpa després d'haver begut?	Mai	Menys d'un cop al mes	Mensualment	Setmanalment	A diari o quasi a diari	
8. Amb quina freqüència en el curs del darrer any ha estat incapaç de recordar què va passar la nit anterior perquè havia estat bevent?	Mai	Menys d'un cop al mes	Mensualment	Setmanalment	A diari o quasi a diari	
9. Vostè o alguna altra persona s'ha fet mal com a conseqüència que vostè havia begut?	No		Sí, però no en el curs del darrer any		Sí, el darrer any	
10. Algun familiar, amic, metge o professional sanitari s'ha preocupat pel seu consum de begudes alcohòliques o li ha suggerit que deixi de beure?	No		Sí, però no en el curs del darrer any		Sí, el darrer any	
Total						

Figura A3: AUDIT.

Com s'han d'administrar les preguntes o els instruments d'identificació?

Els qüestionaris es poden administrar com una entrevista oral o com un qüestionari personal. Els qüestionaris personals requereixen menys temps, són fàcils de gestionar, es poden puntuar i subministrar informàticament i proporcionen uns resultats més acurats. Respondre el qüestionari en una entrevista permet aclarir les preguntes ambigües, arribar als pacients amb pocs coneixements de lectura, dur a terme una retroalimentació sense problemes amb el pacient i començar a donar consells breus al pacient.

Malgrat que es pot identificar el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol en qualsevol moment, cal considerar, com a mínim, quatre situacions per dur a terme la identificació:

- Com una part del procés d'alta d'història clínica.
- Com a part d'una intervenció rutinària.
- Abans de receptar un medicament que pugui interactuar amb l'alcohol.
- Com a resposta a problemes que puguin estar relacionats amb el consum d'alcohol.

Nivells de risc i criteris d'intervenció

A la taula A1 es resumeixen les diverses respostes per als diversos nivells de risc.

Taula A1: Respostes basades en els nivells de risc, per adaptar segons les directrius i avaluacions específiques de cada país.

Nivell de consum			Intervenció	Funció de l'atenció primària de salut
Baix risc	Consum d'alcohol (grams/setmana)	< 280 g/s homes < 140 g/s dones	Intervenció primària	Educació sanitària, sensibilització, model de rol
	AUDIT-C	< 5 homes < 4 dones		
	AUDIT	< 8		
Risc*	Consum d'alcohol (grams/setmana)	280-349 g/s homes 140-209 g/s dones	Consells breus	Identificació, valoració, consells breus
	AUDIT-C	= 5 homes = 4 dones		
	AUDIT	8-15		
Perjudicial	Consum d'alcohol (grams/setmana)	= 350g/s homes = 210 g/s dones	Consells breus, assessorament breu i seguiment continuat	Identificació, avaluació, consells breus, seguiment
	AUDIT	16-19 Presència de problemes		
Alt (dependència de l'alcohol)	AUDIT	= 20 Criteris ICD-10	Tractament especialitzat	Identificació, valoració, consulta especialista, seguiment

*Qualsevol nivell de consum en dones embarassades, persones menors de 16 anys, persones malaltes o persones que segueixen un tractament per al qual el consum d'alcohol pot ser de risc.

Font: Anderson, 1996.

A qui convé proporcionar educació sobre l'alcohol?

Les persones amb un nivell de risc baix es poden beneficiar de la informació sobre el consum d'alcohol. La majoria de gent canvia el patró de consum d'alcohol durant els anys. Per tant, una persona que actualment consumeix alcohol amb un nivell de risc baix pot augmentar el seu consum en el futur.

ANNEX

A més a més, en la publicitat de la indústria de l'alcohol i en els mitjans s'expliquen els beneficis del consum d'alcohol, que pot comportar que, amb la finalitat de millorar la seva salut, les persones abstèmies comencin a consumir alcohol i les persones amb un consum baix augmentin el seu nivell de consum. Per tant, una conversa breu o un fullet informatiu sobre els riscos de beure alcohol poden prevenir el consum de risc o perjudicial d'alcohol en el futur. També cal reconèixer els mèrits als pacients amb un consum d'alcohol de baix risc i recordar-los que, si beuen alcohol, haurien de mantenir el consum dins d'aquests límits. La informació sobre el significat de «beguda estàndard» és fonamental per entendre aquests límits (vegeu el capítol 3). Només cal disposar de menys d'un minut per transmetre aquesta informació i preguntar al pacient si té algun dubte. «Si beu alcohol, no consumeixi més de dues begudes per dia i asseguri's que no pren alcohol almenys dos dies a la setmana, encara que es tracti de quantitats petites. Sol ser útil controlar el nombre de "begudes estàndard" que es consumeixen, tenint en compte que una cervesa, un got de vi i una copa de licor solen contenir més o menys la mateixa quantitat d'alcohol. Les persones que superen aquests nivells tenen més probabilitats de patir problemes de salut relacionats amb l'alcohol, com accidents, lesions, hipertensió arterial, malalties hepàtiques, càncer i malalties cardíaques».

A qui convé oferir consells breus?

A les persones amb consum de risc d'alcohol. Els consells breus inclouen els cinc elements següents:

Informar el pacient que el seu patró de consum d'alcohol s'inclou en la categoria de consum de risc. Cal enumerar els problemes específics detectats pel test AUDIT i pels símptomes que presenten els pacients i recalcar la gravetat de la situació.

Proporcionar informació sobre els riscos específics que comporta continuar consumint alcohol amb un nivell de risc i perjudicial.

Permetre que el pacient estableixi un objectiu per canviar el seu comportament de consum.

Recomanar uns límits: la majoria de pacients solen establir un objectiu de consum d'alcohol de baix risc. A continuació, han d'estar d'acord amb reduir la ingesta d'alcohol fins a aquests «límits de consum de baix risc».

Encoratjar el pacient: les persones amb un consum de risc no són dependents d'aquesta substància i poden canviar el seu comportament de consum més fàcilment. Els professionals de la salut han d'intentar motivar el pacient perquè reafirmi la necessitat de reduir el risc animant-lo a començar en aquell mateix moment.

Les tècniques següents milloren l'efectivitat dels consells breus:

Mostrar empatia i no ser crítics: els professionals de la salut han de ser conscients que els pacients no solen conèixer els riscos que comporta el consum d'alcohol i no els han de culpar per la seva ignorància. Normalment, el consum de risc no és una malaltia permanent, sinó un patró de consum que sol afectar moltes persones de manera ocasional durant un període determinat de temps.

Per aquest motiu, el metge s'ha de sentir còmode acceptant la persona sense tolerar el seu comportament de consum d'alcohol habitual. Cal recordar que els pacients responen millor a la preocupació sincera i als consells de suport per al canvi. Si es condemna una actitud, l'efecte pot ser negatiu, ja que el pacient pot refusar el consell i la persona que li ha proposat.

Ser autoritari: el personal sanitari té una autoritat especial pels seus coneixements i la seva formació que genera respecte entre els pacients. Per aprofitar aquesta autoritat, cal tractar el pacient de manera clara, objectiva i personal quan se li comuniqui que el seu consum d'alcohol supera els límits establerts. Els pacients són conscients que, si la preocupació per la seva salut és sincera, se'ls aconsellarà autoritàriament que redueixin el consum o s'abstinguin de consumir alcohol.

Desviar la negativa: alguns pacients no estan preparats per canviar el seu comportament de consum, i neguen el fet que consumeixen massa alcohol i oposen resistència davant de qualsevol suggeriment perquè redueixin el consum. Per ajudar els pacients que encara no estan preparats per canviar, cal parlar de manera autoritària, però sense agressivitat. Cal evitar les paraules amenaçadores o pejoratives com alcohòlic i motivar el pacient proporcionant-li informació i expressant preocupació pel seu cas. Si els resultats de la identificació del pacient indiquen un nivell elevat de consum o un problema relacionat amb l'alcohol, aquesta informació es pot fer servir per demanar-li que expliqui la discrepància entre el que afirmen les autoritats sanitàries i la seva pròpia visió de la situació. En aquest moment, el professional de la salut es troba en posició per suggerir al pacient que les coses potser no són tan positives com pensa.

Facilitar: com que el resultat que pretenen assolir els consells breus és facilitar el canvi de comportament del pacient, és essencial que el pacient participi en el procés. No n'hi ha prou de dir al pacient què és el que ha de fer, sinó que l'estratègia més efectiva és fer-lo participar en un procés de presa de decisions conjuntes. Això implica preguntar-li per quin motiu beu alcohol i remarcar els beneficis personals del consum de baix risc i de l'abstinència. És especialment important que el pacient esculli un objectiu de consum de baix risc o d'abstinència i que, al final del procés, estigui d'acord amb assolir aquest objectiu.

Seguiment: el seguiment periòdic de cada pacient és fonamental per a una pràctica mèdica sòlida. Els pacients amb un consum de risc no experimenten problemes derivats de l'alcohol i, per tant, el seu seguiment potser no implica un servei urgent o costós. Malgrat això, el seguiment s'ha de programar segons el nivell de risc que es percebi per garantir que el pacient aconsegueix el seu objectiu de reducció del consum d'alcohol. Si durant el seguiment s'observa que un pacient està assolint el seu objectiu, cal proporcionar-li més suport. Si no fos així, caldrà tenir en compte una intervenció d'assessorament breu o una derivació perquè rebi una avaluació diagnòstica.

A qui convé oferir assessorament breu?

A les persones amb un nivell de consum de risc. La finalitat de l'assessorament breu és reduir el risc de patir problemes causats pel consum de risc. És possible

ANNEX

que el pacient ja estigui patint alguns d'aquests problemes i, per tant, durant l'assessorament, cal informar el pacient sobre la necessitat d'emprendre accions per prevenir els problemes relacionats amb l'alcohol.

L'assessorament breu és un procés sistemàtic i concentrat que es basa en una avaluació ràpida, una implicació àgil del pacient i una implementació immediata de les estratègies de canvi. A diferència dels consells breus, l'objectiu d'aquestes intervencions és proporcionar els instruments necessaris als pacients perquè puguin modificar actituds bàsiques i fer front a diversos problemes subjacents. Per a l'assessorament breu s'empren els mateixos elements bàsics que per als consells breus, però l'objectiu ampliat requereix més contingut i, per tant, més temps que els consells breus. D'altra banda, el personal sanitari que participa en aquest tipus d'intervenció es beneficia d'adquirir experiència en tècniques per saber escoltar amb empatia i fer entrevistes motivacionals. Igual que en els consells breus, la finalitat de l'assessorament breu és reduir el risc de patir problemes causats pel consum de risc. És possible que el pacient ja estigui patint alguns d'aquests problemes i, per tant, durant l'assessorament, cal informar el pacient sobre la necessitat d'emprendre accions per prevenir els problemes mèdics relacionats amb l'alcohol.

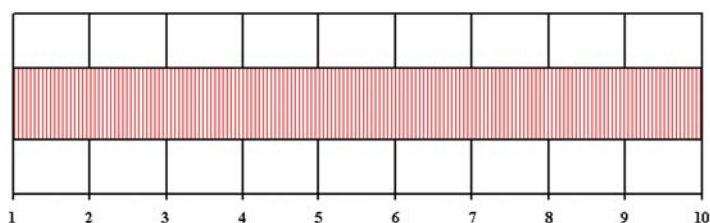
L'assessorament breu està format per tres elements bàsics:

Els consells breus: una bona manera de començar aquesta intervenció breu consisteix a seguir els mateixos procediments que s'han descrit anteriorment, a l'apartat dedicat als consells breus, per iniciar una conversa sobre l'alcohol. En aquest cas, cal informar el pacient que els resultats de la identificació mostren un consum perjudicial d'alcohol, enumerar els problemes específics (detectats per l'AUDIT i pels símptomes que presenta el pacient) i recalcar la gravetat de la situació.

Avaluar i adaptar l'assessorament a la fase de canvi: les fases de canvi representen un procés en el qual el pacient considera, inicia i manté un patró nou de comportament de salut. Cadascuna de les cinc fases, resumides al quadre A1 està relacionada amb un element específic de la intervenció breu. Una de les maneres més senzilles d'avaluar la disposició al canvi d'un pacient és fer servir la «Regla de Predisposició» (Readiness Ruler), que demana al pacient que puntuï de l'1 al 10 la pregunta «Quina importància dóna a canviar el seu patró de consum?» (en què 1 significa que no té importància i 10 que és molt important).

No té importància

És molt important



Precontempladors

Contempladors

Actors

Als pacients que escullen puntuar la pregunta amb els valors de l'extrem més a l'esquerra se'ls anomena precontempladors. Els que escullen una puntuació a la franja del mig (entre 4 i 6 punts) són contempladors, mentre que es considera que els pacients que utilitzen els valors de l'extrem dret del quadre per puntuar la frase estan preparats per emprendre accions. Si el pacient es troba en la fase de precontemplació, la sessió d'assessorament s'ha de centrar més aviat en l'aspecte informatiu, per tal de motivar-lo a actuar. Si el pacient ha estat pensant en actuar (fase de contemplació), cal posar èmfasi en els beneficis que comporta el canvi, els riscos de retardar l'acció i com fer els primers passos. Quan el pacient ja està preparat per actuar, el professional de la salut s'ha de centrar a establir objectius i obtenir un compromís per part del pacient de reduir el consum d'alcohol.

Quadre A1: Fases de canvi i elements de la intervenció breu que s'hi associen.

Fase	Definició	Elements de la intervenció breu que cal remarcar
Precontemplació	El pacient amb un consum de risc o perjudicial d'alcohol no té previst canviar en el futur pròxim, i potser no és conscient de les conseqüències reals o potencials que pot tenir aquest nivell de consum continuat en la seva salut.	Retroalimentació sobre el resultat de la identificació i informació sobre els problemes causats pel consum d'alcohol.
Contemplació	El pacient pot ser conscient de les conseqüències del consum d'alcohol en la salut però percep el canvi amb ambivalència.	Recalcar els beneficis que comporta un canvi, proporcionar informació sobre els problemes relacionats amb l'alcohol i els riscos de retardar qualsevol canvi, i comentar com escollir un objectiu.
Preparació	El pacient ja ha decidit canviar i té pensat començar a actuar.	Comentar com escollir un objectiu , oferir consell i encoratjar el pacient.
Acció	El pacient ha començat a reduir el consum o ha deixat de beure, però el canvi encara no és permanent.	Revisar els consells i encoratjar el pacient.
Manteniment	El pacient ha assolit un nivell de consum de baix risc o l'abstinència de l'alcohol de manera relativament permanent.	Encoratjar el pacient.

ANNEX

Seguiment: en el pla d'assessorament cal incloure, des del principi, estratègies de manteniment proporcionant suport, retroalimentació i assistència per establir, assolir i mantenir objectius realistes, com ajudar el pacient a identificar situacions i ocasions que puguin desencadenar una recaiguda, que podrien posar en perill la continuïtat del progrés. Com que els pacients que reben assessorament breu experimenten problemes relacionats amb l'alcohol, és essencial realitzar un seguiment periòdic adequat al grau de risc durant i (durant un temps) després de les sessions. Si el pacient [...] per transferir el pacient al següent nivell d'intervenció, derivar-lo a un tractament prolongat si està disponible. Si aquest tipus de tractament especialitzat no està disponible, pot ser necessari realitzar un seguiment regular i oferir assessorament continuat.

A qui convé derivar a un tractament especialitzat per a la dependència de l'alcohol?

Els pacients que obtinguin un resultat de 20 punts o més al test d'identificació AUDIT (tot i que també pot succeir amb puntuacions més baixes) solen requerir una diagnosi més completa i un tractament especialitzat per a la dependència de l'alcohol. Tot i així, cal recordar que l'AUDIT no és un instrument diagnòstic i, per tant, no s'ha de considerar (ni informar el pacient) que s'ha diagnosticat formalment una dependència de l'alcohol. A més, les persones que obtenen una puntuació superior als 20 punts en el test AUDIT però que no s'adeqüen a les característiques necessàries per rebre consells breus o assessorament breu s'han de derivar a un tractament especialitzat. En aquesta categoria s'inclouen les persones que presenten probabilitats elevades de patir síndrome de dependència de l'alcohol, les persones amb un historial previ de dependència de l'alcohol o d'alguna altra droga (sugerida per un tractament anterior) o lesions hepàtiques, les persones que han patit o pateixen una malaltia mental greu, i les persones que no han aconseguit els seus objectius després de rebre assessorament breu durant un període de temps prolongat.

Derivació del pacient per tal que rebí diagnosi i tractament: la finalitat de derivar un pacient a un tractament especialitzat és assegurar-nos que es posi en contacte amb un especialista per obtenir una diagnosi més completa i, si fos necessari, començar un tractament. La majoria de pacients són conscients de la quantitat d'alcohol que consumeixen, però molts d'ells es resisteixen a actuar de manera immediata per canviar. Les raons d'aquesta resistència inclouen no ser conscient que el consum d'alcohol és excessiu, no haver relacionat el consum d'alcohol amb els problemes que pateixen, haver de cedir davant dels beneficis de consumir alcohol, haver d'admetre la seva afecció personalment i davant dels altres, i no voler dedicar el temps i l'esforç necessaris a un tractament. L'efectivitat de la derivació d'un pacient a l'especialista sol dependre de la combinació de l'autoritat del professional d'assistència mèdica i el grau fins al qual el pacient pot superar aquests factors de resistència. Una forma modificada dels consells breus és útil per derivar un pacient a l'especialista, mitjançant la retroalimentació, els consells, la responsabilitat, la informació, l'encoratjament i el seguiment.

Retroalimentació: informar sobre els resultats del test d'identificació AUDIT hauria de deixar clar que el nivell de consum d'alcohol del pacient supera notablement els límits de baix risc, que es detecten problemes específics relacionats amb l'alcohol i que hi ha signes que indiquen una possible presència de la síndrome de dependència de l'alcohol. Pot ser d'utilitat remarcar que aquest patró de consum és perillós per a la salut del mateix pacient i potencialment perjudicial per a les persones que l'envolten. Parlar obertament amb el pacient sobre si ha intentat sense èxit reduir el consum d'alcohol o deixar de consumir-ne pot ajudar el pacient a entendre que és possible que necessiti ajuda per canviar.

Consell: cal que el professional de la salut transmeti de manera clara al pacient que pateix un trastorn mèdic greu i que ha de recórrer a un especialista per obtenir una diagnosi més completa i, en cas que sigui necessari, rebre un tractament. A més, cal establir la possible relació entre el consum d'alcohol i els trastorns mèdics actuals i parlar sobre el risc de patir problemes de salut i problemes socials en el futur.

Responsabilitat: és important animar el pacient a fer front a aquest trastorn visitant un especialista i seguint les seves recomanacions. Si el pacient mostra voluntat per fer-ho, cal proporcionar-li informació i encoratjar-lo. Si el pacient es resisteix, pot ser necessària una altra sessió per donar-li temps per reflexionar sobre la decisió.

Informació: els pacients que no han sol·licitat cap tractament per problemes relacionats amb l'alcohol poden necessitar informació sobre aquests tractaments. Un cop coneixen els professionals de la salut amb qui es reuniran i el tipus de tractament que rebran (vegeu el capítol 9), els pacients se solen mostrar més receptius per prendre la decisió de rebre tractament.

Encoratjament: els pacients en aquesta situació se solen beneficiar si els professionals de la salut expressen seguretat i els encoratgen. Cal dir-los que el tractament per a la dependència de l'alcohol sol ser efectiu, però que és necessari un esforç considerable de la seva part.

Seguiment: per fer un seguiment d'un tractament relacionat amb el consum d'alcohol, cal que els professionals d'atenció primària controlin els pacients de la mateixa manera que controlen els qui reben un tractament del cardiòleg o de l'ortopedista. El seguiment és un element especialment important perquè la síndrome de dependència de l'alcohol sol ser crònica i recurrent. A més, proporcionar un seguiment periòdic i donar suport al pacient pot ajudar-lo a evitar la recaiguda o a controlar el seu curs en cas que succeeixi.

Agraïments

Aquest document ha estat redactat pels autors en nom de la xarxa PHEPA. Els autors volen citar el suport i la contribució d'altres companys i experts del projecte PHEPA.

Membres de la xarxa PHEPA

COMPANYS

Rolande James Anderson
Col·legi Irlandès de Metges de Medicina General (Irlanda)

Sverre Barfod
Grup Alcohol, Unitat de Recerca Central de Medicina General (Dinamarca)

Preben Bendtsen
Departament de Sanitat i Societat, Medicina Social i Ciència de la Salut Pública, Universitat de Linköping (Suècia)

Antoni Gual
Unitat d'Alcoholologia de l'Hospital Clínic (Espanya)

Nick Heather
Escola de Psicologia i Ciències de l'Esport, Universitat de Northumbria (Regne Unit)

Annemarie Huiberts
Institut dels Països Baixos per a la Promoció de la Salut i la Prevenció de la Malaltia (Països Baixos)

Philippe Michaud
Programa «Beure menys és millor» (França)

Leo Pas
Societat Científica de Metges Generals Flamencs (WVH) (Bèlgica)

Cristina Ribeiro Gomes
Direcció General de Salut (Portugal)

Emanuele Scafato
Institut Superior de Sanitat, Organització de Recerca Científica Governamental (Itàlia)

Kaija Seppä
Universitat de Tampere, Escola Mèdica (Finlàndia)

Michael Smolka
Universitat de Heidelberg; Institut Central de Salut Mental, Departament de Comportament Addictiu i Medicina de l'Addicció (Alemanya)

OBSERVADORS

Alexander Kantchelov
Centre Nacional per a les Addiccions (Bulgària)

Marko Kolsek
Departament de Medicina Familiar (Eslovènia)

Jerzy Mellibruda
Agència Estatal per a la Prevenció dels Problemes Relacionats amb l'Alcohol (Polònia)

Eleonóra Sineger
Associació Hongaresa d'Especialistes en Addictologia (Hongria)

Hana Sovinova
Institut Nacional de Salut Pública (República Txeca)

EXPERTS

Mauri Aalto
Institut Nacional de Salut Pública (Finlàndia)

Peter Anderson
Especialista en salut pública (Regne Unit)

Mats Berglund
Hospital Universitari MAS (Suècia)

Joao Breda
Direcció General de Salut (Portugal)

Jonathan Chick
Hospital Reial d'Edimburg (Regne Unit)

Joan Colom
Programa de drogoaddicció, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (Espanya)

Bart Garmyn
Societat Científica de Metges de Medicina General Flamencs (WVH) (Bèlgica)

Isidore S. Obot
Departament de Salut Mental i Drogodependència (OMS)

Lídia Segura
Programa de drogoaddicció, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (Espanya)