

Revisión: Enfrentamiento clínico del consumo de alcohol de riesgo en atención primaria chilena

Autores: ¹ Pieper I, ¹ Glasinovic A, ¹ Perazzo F, Kast T, ¹ Urrutia M, ¹ Di Biase F

¹ Departamento de Medicina Familiar. Universidad de los Andes, Chile

Resumen

Introducción: El consumo de alcohol (OH) es un factor de riesgo significativo para la salud pública. En Chile, representa la principal causa de pérdida de años de vida saludable (AVISA) atribuibles a factor de riesgo y es responsable del 12% de la carga total de enfermedad. Aunque las intervenciones actuales han mostrado beneficios en disminuir el consumo de alcohol, falta un algoritmo que permita evaluar de forma breve la intervención adecuada para cada paciente. La estrategia propuesta facilita esta decisión, optimizando el manejo en función del nivel de consumo. **Metodología:** La metodología corresponde a una Revisión Narrativa, se revisaron Guías de Práctica Clínica sobre intervenciones en consumo de alcohol de riesgo propuestas por el Ministerio de Salud en Chile y la Organización Panamericana de la Salud. Con esta información, se plantea un algoritmo de manejo. **Resultados:** Se desarrolla un algoritmo de manejo de pacientes con consumo de alcohol de riesgo incorporando los criterios del AUDIT y la clasificación del DSM-V. El algoritmo establece claramente el tipo de intervención recomendada según el puntaje obtenido por el paciente. **Conclusión:** A pesar de la importancia de tener un orden al momento de enfrentar al paciente con consumo problemático de alcohol, es fundamental fortalecer la capacitación de los equipos de salud en atención primaria, mejorar el acceso a medicamentos y desarrollar un sistema de derivación eficiente hacia el nivel secundario. Estas medidas podrían mejorar los resultados en el tratamiento del consumo problemático de alcohol en el sistema de salud chileno.

Abstract

Introduction: Alcohol consumption is a significant risk factor for public health. In Chile, it represents the main cause of loss of years of healthy life (AVISA) attributable to risk factors and is responsible for 12% of the total burden of disease. Although current interventions have shown benefits in reducing alcohol consumption, there is a lack of an algorithm that allows briefly evaluating the appropriate intervention for each patient. The proposed strategy facilitates this decision, optimizing management based on the level of consumption. **Methodology:** The methodology corresponds to a Narrative Review, Clinical Practice Guides on interventions in risky alcohol consumption proposed by the Ministry of Health in Chile and the Pan American Health Organization were reviewed. With this information, a management algorithm is proposed. **Results:** An algorithm for managing patients with risky alcohol consumption is developed incorporating the AUDIT criteria and the DSM-V classification. The algorithm clearly establishes the type of intervention recommended according to the score obtained by the patient. **Conclusion:** Despite the importance of having order when dealing with patients with problematic alcohol consumption, it is essential to strengthen the training of health teams in primary care, improve access to medications and develop an efficient referral system to the secondary level. These measures could improve results in the treatment of problematic alcohol consumption in the Chilean health system.

Palabras claves: alcohol; AUDIT; atención primaria; consumo de riesgo.

Key words: alcohol; AUDIT; primary care; risky consumption.

Introducción

El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la salud pública, responsable de 3.3 millones de muertes anuales en todo el mundo, lo que representa el 5,9% de todas las defunciones (1). En la Región de las Américas, el consumo promedio de alcohol es considerablemente más alto que el promedio global, superándolo en 1.6 litros de etanol puro por persona (8 litros en las Américas frente a 6.4 litros a nivel mundial) (1). En particular, Chile ocupa el primer lugar en cuanto a consumo de alcohol per cápita anual de la región (2).

En términos de los costos humanos, se ha determinado que 1 de cada 10 muertes en Chile es atribuible al consumo de alcohol (2). Además, este se asocia a más de 60 problemas de salud (1). En Chile, el consumo de alcohol es la principal causa de pérdida de años de vida saludable (AVISA) atribuible a factor de riesgo y es responsable del 12% de la carga total de enfermedad (3). Los accidentes de tránsito, las agresiones y otras formas de violencia, que figuran entre las principales causas de muerte y discapacidad en Chile, están fuertemente relacionadas con el consumo de alcohol. Estos incidentes suelen ocurrir en personas que consumen de manera riesgosa, aunque no necesariamente padecen dependencia o problemas de consumo (4).

En Chile, el promedio diario de consumo de alcohol es de 55 gramos (4). En cuanto a la frecuencia, se estima que este volumen se consume en solo 1,6 días a la semana, lo que indica que el consumo de alcohol se concentra en periodos cortos de tiempo (4). Según el SENDA, el 9% de la población chilena presenta un consumo de riesgo de alcohol (2).

Es así como el consumo de alcohol en Chile se configura como un problema que afecta tanto a individuos, a través de enfermedades y accidentes, como al sistema de salud en general. En este contexto se plantea una respuesta eficaz e innovadora para realizar en la atención primaria de salud, orientada a detectar y mitigar de forma rápida y eficaz los efectos negativos del consumo de alcohol en la sociedad chilena.

Metodología

La metodología del estudio corresponde a una Revisión Narrativa. Para obtener la información se revisó la "Guía Clínica AUGÉ de Examen de Medicina Preventiva" (5) con el fin de evaluar la herramienta recomendada por el Ministerio de Salud de Chile para identificar el consumo de alcohol de riesgo en la

población. También se consultaron las recomendaciones sobre el manejo de pacientes con consumo de riesgo incluidas en la "Guía Técnica de Atención Primaria en Salud: Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo," (4) publicada en 2011 por la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Asimismo, se revisaron los criterios del DSM-V para el diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol (6) y se compararon con los criterios de consumo de riesgo según AUDIT propuestos por el MINSAL.

Adicionalmente, se revisó la "Guía de Práctica Clínica de la Organización Panamericana de la Salud: Alcohol y Atención Primaria de la Salud – Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas"(1), para evaluar las recomendaciones que realiza esta organización sobre el manejo del consumo de alcohol.

Con la información recopilada, se desarrolló un algoritmo para el manejo de pacientes con consumo de alcohol de riesgo, incorporando los criterios del AUDIT y la clasificación del DSM-V. Este algoritmo establece claramente el tipo de intervención recomendada según el puntaje obtenido por el paciente (ver Figura N°3).

Resultados

La Unidad de Bebida Estándar (UBE) es la cantidad consensuada que contiene un trago de alcohol estándar (4). Esta medida varía de un país a otro, en función de las formas de consumo locales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define una UBE como 10 gramos de alcohol, pero el Ministerio de Salud en Chile, considera que un trago estándar contiene aproximadamente 14 gramos de alcohol puro, en línea con la American Association for the Study of Liver Disease (AASLD) y la Asociación Latinoamericana para el Estudio del Hígado (ALHE) (1,7). La tabla N°1, muestra una simplificación de los tipos de bebidas alcohólicas y sus volúmenes aproximados equivalentes a 1 UBE.

Tabla N° 1, Cálculo de UBEs en bebidas alcohólicas más habituales.

TIPO DE BEBIDA	GRADO ALCOHÓLICO	VOLUMEN (APROX.)
Cerveza	5%	355 ml (una lata)
Vino	12%	150 ml (una copa)
Destilados (pisco, ron, vodka, whisky, etc.)	40%	44 ml (un shot/medida)

Adaptado de "Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo: guía técnica para atención primaria en", MINSAL, 2011 (4).

Algunos conceptos clave para entender el contexto del consumo de alcohol son el consumo de riesgo, el "binge drinking", el consumo perjudicial y la dependencia del alcohol.

El consumo de riesgo es una forma de beber que aumenta la posibilidad de desarrollar problemas relacionados con el alcohol o complica el manejo de otras condiciones de salud, sin llegar a constituir un trastorno por uso de alcohol (8). Se relaciona con el "binge drinking", definido por la OMS como el consumo de 60 gramos de alcohol en una sola ocasión (1), lo que equivale a más de 5 tragos en un mismo día para los hombres y más de 4 para las mujeres (3).

El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias adversas para la salud física o mental, y en algunos casos, también se incluyen las consecuencias sociales (8). La dependencia del alcohol es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer tras el consumo repetido (4).

Tamizaje del consumo de alcohol

El Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol (AUDIT) fue desarrollado por la OMS como una herramienta simple para el tamizaje del consumo excesivo de alcohol. También ayuda a identificar la dependencia del alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo perjudicial (3). El AUDIT clasifica al paciente en consumo de riesgo, perjudicial o dependencia.

Este es el test más utilizado a nivel mundial y en Chile, se aplica de manera sistemática como tamizaje en los adultos en los Exámenes Médicos Preventivos (EMP), los cuales cuentan con garantía explícita en salud (GES) (5). Entre sus atributos más destacados se encuentran su validación en Chile, su carácter autoaplicable, su brevedad (aproximadamente 3 minutos) y sus adecuadas propiedades psicométricas (9).

Por estas razones, lo utilizaremos como nuestra herramienta de referencia inicial, que guiará la conducta clínica posterior.

El AUDIT consta de 10 preguntas, cuyas respuestas se puntúan de 0 a 4. Estas se dividen en tres dominios:

- Dominio 1: Consumo de riesgo (ítems 1-3).
- Dominio 2: Síntomas de dependencia (ítems 4-5).
- Dominio 3: Consumo perjudicial (ítems 7-10).

Figura N° 1, Test de AUDIT.

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

Adaptado de: "Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo: Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol", DIPRECE, MINSAL, 2011 (4).

Según el puntaje obtenido en el AUDIT -10, los pacientes se clasifican en cuatro categorías: sin riesgo (<7 puntos), consumo de riesgo (8-15 puntos), consumo perjudicial (16-20 puntos) y dependencia del alcohol (>20 puntos) (10).

Debido al tiempo que implica la aplicación del AUDIT-10, se ha sugerido utilizar el "AUDIT-C" como alternativa más breve de tamizaje inicial. Este incluye solo las tres primeras preguntas del AUDIT-10: ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica? ¿Cuántos tragos sueles beber en un día habitual? ¿Con qué frecuencia consumes 6 o más bebidas en un solo día?. Este test ha demostrado tener una sensibilidad (S) similar al AUDIT-10 para detectar el consumo de riesgo en usuarios de Atención Primaria de Salud (APS), sin embargo, su especificidad es un poco menor. En hombres, el mejor punto de corte es 5 (S 92% y E 74%), y en mujeres es 4 (S 91% y E 68%) (8,11)

Aunque el AUDIT es una herramienta de tamizaje y también podría ser utilizada como seguimiento del consumo de alcohol, el estándar de oro diagnóstico de un trastorno por consumo de alcohol debe realizarse utilizando los criterios del DSM-V (6). Como se muestra en la Figura N°2.

Figura N° 2, Criterios diagnósticos DSM - V del trastorno por uso de alcohol.

La presencia de al menos 2 de estos síntomas en un periodo de 12 meses indica trastorno por consumo de alcohol (AUD) . La intensidad del AUD se define como:	
•	Leve: Presencia de 2 a 3 síntomas
•	Moderada: Presencia de 4 a 5 síntomas
•	Grave: Presencia de 6 o más síntomas
1-	Consume alcohol con frecuencia en grandes proporciones y durante un tiempo más prolongado del previsto.
2-	Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3-	Invierte mucho tiempo en actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4-	Experimenta ansia, angustia o un poderoso deseo o necesidad de continuar consumiendo alcohol.
5-	Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de deberes esenciales en el trabajo, escuela o casa.
6-	Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7-	El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8-	Consumo recurrente de alcohol en contextos en los que provoca un riesgo físico.
9-	Continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que sufre un problema físico o psicológico persistente, probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10-	Tolerancia, definida por: <ul style="list-style-type: none"> a- Necesidad de consumir dosis cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b- Efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11-	Abstinencia, manifestada por: <ul style="list-style-type: none"> a- Presencia del síndrome de abstinencia. b- Consume alcohol (o alguna sustancia) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Adaptado de: "Alcohol Use Disorders: a comparison Between DSM-IV an DSM-V", National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2021 (6).

Un estudio comparó los valores del AUDIT con el diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol, y encontró que el 20% de los pacientes con un puntaje de 5-10 en el AUDIT tenían un trastorno por consumo de alcohol. Este porcentaje aumentaba al 40% en aquellos con puntajes de 11-15, llegando al 90% en pacientes con más de 16 puntos (12).

Finalmente, podemos ayudarnos del AUDIT como apoyo al diagnóstico, mediante la comparación de criterios que son comunes a los criterios de inclusión necesarios para realizar el diagnóstico según el DSM-V. La tabla N° 2 evidencia la comparación de ambas herramientas.

Tabla N° 2, Comparación de conceptos clínicos entre el Test AUDIT y DSM-V.

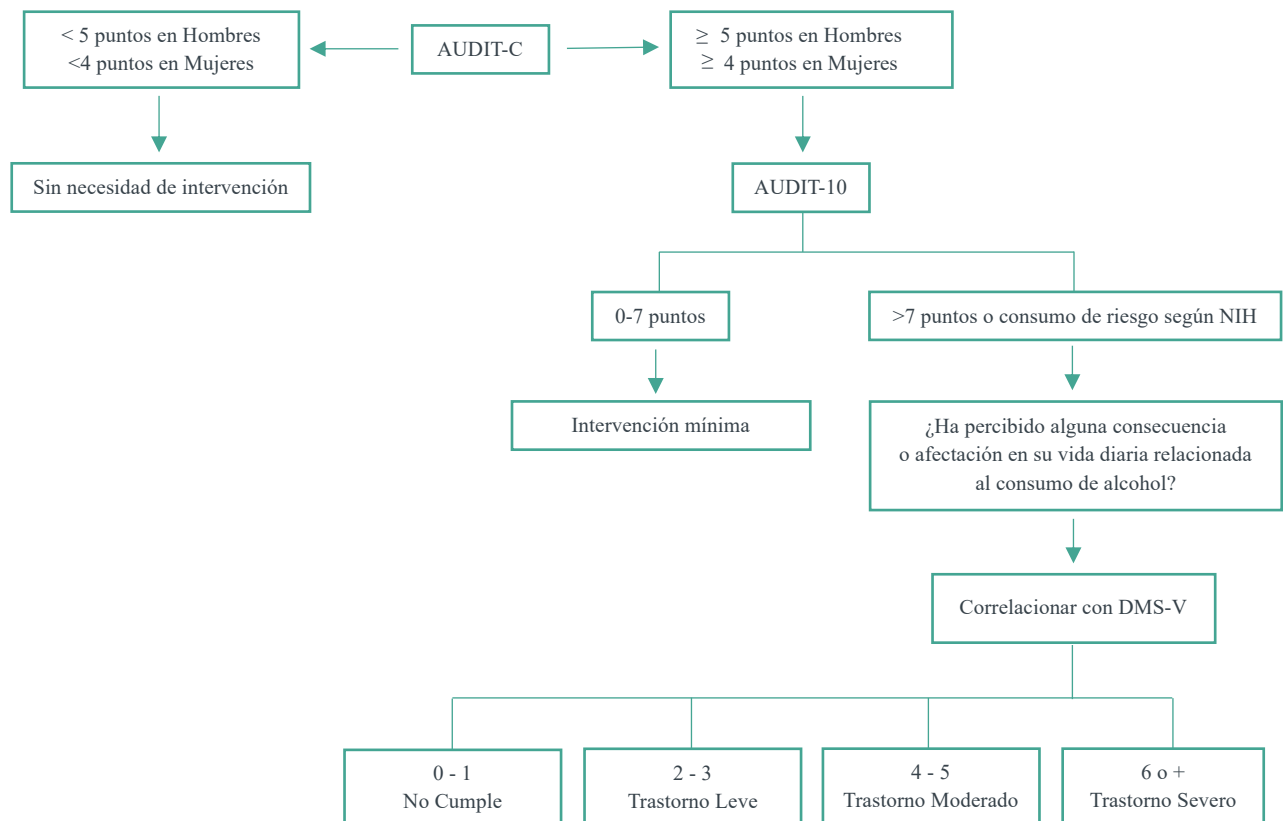
Concepto clínico	Test de AUDIT-10	Criterios Diagnósticos DSM - V
Descripción del consumo	Preguntas sobre consumo de alcohol durante el último año	Patrón es clínicamente significativo y cumple al menos 2 criterios en el último año
Cantidad y Frecuencia de consumo	Evalúa consumo habitual en sus 2 primeras preguntas	No evaluado directamente
Consumo de OH elevado	Consumo de 6 o más tragos en un día de consumo habitual	Consumo en cantidades superiores al previsto
Deseo de reducir consumo	No evaluado directamente	Intentos fallidos de disminuir consumo o deseo de disminuirlo
Afectación social o a terceros	Preocupación por terceros por el consumo	Continúa consumo pese a problemas sociales
Deseo intenso (Craving)	No evaluado directamente	Necesidad imperiosa por consumir
Problemas de salud	Daño físico por consumir	Consumo provoca un riesgo físico
Incumplimiento de obligaciones	Incumplimiento de deberes	Incumplimiento de deberes
Control	Imposibilidad de parar el consumo / Binge drinking	Imposibilidad de controlar el impulso
Abstinencia	Evalúa necesidad de alcohol por la mañana	Síntomas de Abstinencia
Reducción de actividades	No evaluado directamente	Consumo reduce actividades sociales
Tiempo dedicado	No evaluado directamente	Tiempo excesivo para conseguir, beber o recuperarse por el consumo de OH
Tolerancia	No evaluado directamente	Necesidad de más alcohol para lograr efecto deseado
Consecuencias por el consumo	Culpa o Incapacidad para recordar lo ocurrido	Síntomas de abstinencia

Referencia: Elaboración propia a partir de Criterios DSM-V y AUDIT.

Manejo del consumo de alcohol de riesgo en APS

El manejo de los pacientes con un AUDIT alterado varía dependiendo del puntaje obtenido, como se puede observar en el algoritmo que representa la Figura N°3. . Las intervenciones pueden incluir: intervención mínima, intervención breve o una derivación asistida.

Figura N° 3, Algoritmo de manejo del consumo de riesgo de OH basado en AUDIT y criterios de consumo de riesgo.



Referencia: Elaboración propia.

La intervención mínima consiste en informar al paciente que su consumo de OH es de bajo riesgo. En esta consejería, se recomienda reforzar la información sobre los números de tragos que constituye un consumo de riesgo y las situaciones en las que el consumo de OH siempre son de riesgo (1).

La intervención breve es un método estructurado que ha demostrado, en una revisión sistemática de la Cochrane, reducir el consumo de alcohol en un promedio de 20 gramos por semana, después de 12 meses de intervención (13). Esta intervención se aplica en pacientes con consumo de riesgo y busca que el paciente tome conciencia del riesgo asociado a su consumo, fomentando un cambio de hábito para disminuir o, idealmente, eliminar este riesgo. Durante la intervención, es esencial explicar claramente al paciente su puntaje y el riesgo asociado, junto con su significado, y ofrecer recomendaciones claras sobre los cambios que debe realizar en su consumo para reducir el riesgo. Es recomendable centrarse en aspectos como la cantidad, la velocidad y las situaciones en las que se consume alcohol. Si el paciente muestra que está en etapa de preparación a abstenerse o moderar el consumo de alcohol, se pueden explorar estrategias como fijar un “día D” y establecer metas realistas para la reducción. Cabe destacar que esto siempre debe realizarse de manera empática, considerando la perspectiva del paciente, ya que si este no está dispuesto a cambiar sus hábitos, será difícil avanzar. El profesional de salud debe ser respetuoso y tratar de motivar al paciente para lograr un cambio futuro. Así, se debe generar un ambiente de confianza donde el paciente se sienta libre de expresar sus dificultades para cambiar, o trabajar en la ambivalencia que le genera su consumo. De esta manera, la motivación para el cambio nacerá desde el propio paciente, lo que incrementa las probabilidades de éxito (14). Por último, al igual que en la intervención mínima, se deben reforzar las situaciones en las que el consumo NUNCA es seguro: mujeres embarazadas o en periodo de lactancia y cuando se maneja cualquier tipo de vehículo o medio de transporte (4).

En continuidad con lo anterior, cuando el paciente se encuentra en una etapa precontemplativa o contemplativa al cambio, según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, la intervención breve puede enriquecerse mediante preguntas abiertas que promuevan una reflexión más profunda sobre su consumo de alcohol o sobre cómo su familia o amigos podrían ayudarlo a realizar este cambio (14). Por ejemplo: “¿Qué situaciones lo hacen pensar en que su consumo de alcohol se está transformando en un problema?”, “¿Cómo piensa usted que su familia o amigos podría ayudarlo a realizar este cambio?”. Este tipo de cuestionamiento invita a la introspección y facilita el avance hacia la etapa de cambio (15). Además, la utilización de técnicas de la entrevista motivacional que siguen sus principios de empatía, desarrollo de discrepancias, manejo de la resistencia y apoyo de la autoeficacia son esenciales para acompañar a la persona en este proceso, con especial énfasis en estas etapas del cambio.

Asimismo, ante pacientes en etapa de preparación al cambio, se puede utilizar la estrategia de las “5A”,

recomendada por la OMS (16), originalmente diseñada para la cesación del tabaco, pero aplicable al consumo de alcohol, continuando con los puntos 4 y 5 de esta herramienta:

1. Averiguar sobre el consumo.
2. Aconsejar de forma clara y personalizada sobre la necesidad de cambiar el hábito.
3. Analizar la disposición del paciente para dejar de consumir alcohol o reducir su consumo.
4. Ayudar al paciente a desarrollar un plan de cambio.
5. Acompañar al paciente mediante controles de seguimiento o derivación a programas especializados.

Para aquellos pacientes con un trastorno por consumo de alcohol leve o moderado que requieran apoyo farmacológico, se sugiere el uso de naltrexona 50 mg diarios en caso de consumidores habituales. En caso de pacientes con consumo excesivo episódico o “binge drinking”, la naltrexona puede tomarse una hora antes de exponerse a situaciones en las que el paciente estima que estará en riesgo de consumir mayor cantidad de alcohol (17).

Para aquellos con trastorno por uso de alcohol, por consumo diario o casi todos los días, la naltrexona acompañada de psicoterapia cognitivo-conductual durante 12 semanas ha demostrado mayor efectividad en el tratamiento, reduciendo el porcentaje de recaídas, número de días que se consume alcohol y disminución de craving (15). El uso de otros fármacos para el trastorno por uso de alcohol como el acamprosato o el disulfiram, dado sus costos, complejidades de su uso y perfiles de seguridad, recomendamos que sean indicados por médicos especialistas en un nivel secundario.

Finalmente, en pacientes con un trastorno severo por consumo de alcohol o que cuentan con algún criterio de gravedad (ver Tabla N°3) (18), además de realizar una intervención breve en el momento, el profesional de APS debe derivarlo a un nivel especializado, que en el caso del sistema de salud público chileno, son los COSAM (Centro Comunitario de Salud Mental) o a la especialidad de psiquiatría en un nivel secundario. En el caso del sistema de salud privado, los trastornos severos por consumo de alcohol se derivan a un psiquiatra con experiencia en adicciones. Si el paciente rechaza esta derivación, no se le debe recriminar ni el profesional debe molestarse; es recomendable explicar al paciente el alto riesgo de su consumo y sugerir una evaluación de seguimiento en atención primaria de salud (APS), ocupando herramientas de la entrevista motivacional (ver Tabla N° 4).

Tabla N° 3, Criterios de gravedad para derivación a nivel especializado.

Criterios de gravedad para derivación a nivel especializado
Trastorno por consumo severo DSM-V o dependencia según AUDIT-10
Síndrome de abstinencia alcohólica
Refractario a intervenciones realizadas en APS
Comorbilidades psiquiátricas relevantes
Consecuencias sociales importantes o legales
Perfil psicosocial vulnerable
Deseo expreso del paciente de manejo en nivel secundario

Referencia: Elaboración propia a partir de Donnadieu-Rigole (2019), Yang (2018) y Cárdenas (2011). (18)(19)

Tabla N° 4, Puntos claves de la Entrevista Motivacional.

Puntos claves de la Entrevista Motivacional
Expresar Empatía
Evidenciar las Discrepancias o Ambivalencias
Avanzar o “Rodar” con las resistencias
Fomentar la Autoeficacia
Utilizar preguntas abiertas
Realizar una Escucha Activa
Reforzar Positivamente para entregar seguridad al paciente
Resumir periódicamente

Referencia: Elaboración propia a partir de “La entrevista motivacional en adicciones”, por Torres G, 2010. (14)

Seguimiento

En los pacientes con consumo de alcohol de riesgo y en aquellos con trastorno por consumo leve o moderado, es importante realizar un seguimiento estandarizado por el equipo de profesionales dedicados al consumo de alcohol en APS, con el fin de monitorear el patrón de consumo, realizar intervenciones breves y reevaluar si el paciente logra o no las metas acordadas o requiere derivación a un nivel secundario. En base a la valoración integral y el juicio clínico, este seguimiento podría ser entre 1 a 6 meses, considerando que en este seguimiento pueden tener un rol importante, además del profesional médico, el profesional de enfermería, psicología y/o trabajadores sociales, en base a los protocolos locales y competencias del equipo de salud local.

Es fundamental reconocer y felicitar los logros alcanzados por el paciente y evaluar su consumo en relación con las metas previamente establecidas. Si las metas no se han alcanzado, se deben plantear objetivos nuevos y realizar una nueva intervención breve. En los casos en donde no se hayan logrado cambios en el consumo, es importante evitar el juicio y proceder a una reevaluación de la situación del paciente. Si, después de cuatro sesiones de seguimiento, no se logran cambios, se debe considerar una derivación asistida a un nivel más especializado.

Discusión

El consumo de alcohol es un problema significativo en la salud pública chilena, con implicaciones que abarcan tanto el aumento en la carga de enfermedad como la disminución de años de vida saludable (2). Por lo que es de suma importancia manejar el consumo de riesgo en el contexto de la atención primaria, donde herramientas como el AUDIT-10 y su versión abreviada de 3 preguntas AUDIT-C, son fundamentales para el tamizaje y el seguimiento del consumo problemático.

El aporte de este artículo es especialmente relevante para el equipo de salud en atención primaria, ya que existe evidencia de múltiples estudios de la efectividad de las intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol en pacientes con consumo de riesgo. La implementación de estas intervenciones breves requieren un enfoque personalizado y empático, basado en técnicas de entrevista motivacional, donde se fortalece la autoeficacia del paciente y se abordan las ambivalencias para promover cambios sostenibles en su consumo de alcohol (14). Además, el seguimiento continuo es fundamental para consolidar estos cambios, ya que permite monitorear el progreso, ajustar las estrategias de acuerdo con la

evolución del paciente y reforzar los avances alcanzados, incrementando así las probabilidades de éxito a largo plazo.

A pesar del impacto positivo de las intervenciones actuales, no existe un algoritmo de manejo que permita evaluar de forma breve y precisa qué intervención aplicar según el paciente en cuestión. En respuesta a esta necesidad, se propone una estrategia práctica y concisa, basada en un algoritmo que facilita la elección de intervenciones adecuadas de acuerdo con el nivel de consumo del paciente. Además, nuestra revisión destaca la importancia de fortalecer la capacitación del equipo de salud en atención primaria en esta área, mejorar el acceso a medicamentos como la naltrexona y desarrollar mecanismos de derivación más fluidos y eficaces hacia el nivel secundario. Estas medidas contribuirían a un manejo más integral y efectivo del consumo de alcohol en el sistema de salud chileno, optimizando los resultados en la atención de pacientes con consumo problemático.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con la elaboración del artículo.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen [Internet]. Washington, D.C; 2019 [cited 2024 Nov 6]. Available from: OPS/NMH/19-012
2. Observatorio Chileno de Drogas. 15° Estudio de Drogas en la Población General. Principales Resultados [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 6]. Available from: <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2023/12/ENPG-2022-Principales-Resultados.pdf>
3. SENDA M del I y SP. Información sobre Drogas - Conoce más sobre el Alcohol [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 6]. Available from: <https://www.senda.gob.cl/informacion-sobre-drogas/conoce-mas-sobre-las-drogas/alcohol/>
4. Cárdenas Norambuena P. Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo: guía técnica para atención primaria en salud. [Internet]. Santiago; 2011 Oct [cited 2024 Nov 6]. Available from: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/5.-MINSAL_2011_-Intervenciones-breves-alcohol.pdf
5. Subsecretaría de Salud Pública. Guía Clínica AUGÉ, Examen de Medicina Preventiva [Internet]. 2013 [cited 2024 Nov 6]. Available from: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/5.-MINSAL_2011_-Intervenciones-breves-alcohol.pdf
6. NIH.Gov. Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM–IV and DSM–5. 2024.
7. Romero-Gómez M AJOCHMAMCPHBR. Is There a Safe Alcohol Consumption Limit for the General Population and in Patients with Liver Disease? *Semin Liver Dis.* 2024 Feb;44(1):69–78.
8. SENDA. CONSUMO DE ALCOHOL A NIVEL MUNDIAL Y REGIONAL [Internet]. 2016 [cited 2024 Nov 6]. Available from: https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/media/estudios/otrosSENDA/2016_Consumo_Alcohol_Chile.pdf
9. Alvarado ME, Garmendia ML, Acuña G, Santis R, Arteaga O. Validez y confiabilidad de la versión chilena del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Rev Med Chil* [Internet]. 2009 [cited 2024 Nov 6];(137):1463–8. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n11/art08.pdf>
10. Thomas F, Babor John C, Higgins-Biddle John B, Saunders Maristela G, Monteiro. Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria [Internet]. 2009 [cited 2024 Nov 6]. Available from: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AUDIT_spa.pdf
11. Mora I, Montero L. SCREENING PARA EL BEBER PROBLEMA: AUDIT – C. 2016.
12. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol.* doi: 10.1093/alcalc/37.6.591. PMID: 12414553. *Alcohol Alcohol.* 2002 Nov;37(6):591–6.
13. Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Vol. 2018, *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley and Sons Ltd; 2018.
14. Alexánder G, Carvajal T. La entrevista motivacional en adicciones Title: Motivational Interviewing in Addictions. Vol. 39, *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2010.

15. SAN MOLINA L. AMB y DHRM. Tratamiento farmacológico del alcoholismo. Trastor Adict [Internet]. 2000;2(1):41–55. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-tratamiento-farmacologico-del-alcoholismo-10016680>
16. World Health Organization. Herramientas para aplicar las intervenciones breves de las 5A y las 5R para tratar el consumo de tabaco a nivel de la atención primaria [Internet]. 2014. Available from: <https://www.who.int/tobacco/quitting/training-for-primary-care-providers/en/>
17. Niciu MJ, Arias AJ. Targeted opioid receptor antagonists in the treatment of alcohol use disorders. CNS Drugs. 2013 Oct;27(10):777–87.
18. Donnadieu-Rigole H, Jaubert L, Ursic-Bedoya J, Hanslik B, Mura T, Gamon L, et al. Integration of an Addiction Team in a Liver Transplantation Center. Liver Transplantation [Internet]. 2019;25(11). Available from: https://journals.lww.com/lt/fulltext/2019/11000/integration_of_an_addiction_team_in_a_liver.6.aspx
19. Yang P, Tao R, He C, Liu S, Wang Y, Zhang X. The risk factors of the alcohol use disorders-through review of its comorbidities. Front Neurosci. 2018 May 11;12(MAY).