



ARTÍCULO ESPECIAL

Cribado e intervención breve en consumo de alcohol

Rodrigo Córdoba García ^{a,*} y Francisco Camarelles Guillem ^b^a Centro de Salud Universitario Delicias Sur, Zaragoza, España^b Centro de Salud Universitario Infanta Mercedes, Madrid, España

Recibido el 3 de marzo de 2022; aceptado el 7 de marzo de 2022

Disponible en Internet el 9 de mayo de 2022

PALABRAS CLAVE

Alcohol;
Intervención breve;
Prevención;
Atención Primaria

Resumen La morbilidad asociada al consumo de alcohol incluye patología digestiva, psiquiátrica, neurológica, infecciosa, cáncer de diversos tipos, enfermedades cardiovasculares, lesiones intencionales, no intencionales, patología social y problemas familiares. Las evidencias más recientes no indican que el consumo «moderado» sea beneficioso para la salud. Por lo tanto, debe enfatizarse más bien la idea de evitar los consumos de riesgo y transmitir a los pacientes que lo más beneficioso para la salud sería no consumir alcohol o hacerlo en dosis de bajo riesgo. El instrumento más adecuado de cribado es el AUDIT-C. Las bases de la intervención breve consisten en estrategias cognitivo-conductuales y motivacionales. Hay que dar una información positiva sobre los beneficios de la moderación e informar sobre el peligro de la ingesta de alcohol. En fases precoces de la dependencia se contempla la oferta de tratamiento farmacológico de desintoxicación, deshabituación y seguimiento. Los casos más graves requieren coordinación con los servicios de adicciones. En España se ha podido comprobar que la intervención breve es efectiva y que disminuye el consumo 100 gramos de alcohol a la semana. Las estrategias comunitarias son el marco normativo adecuado para lograr los mejores resultados de la intervención breve. Estas deberán ir encaminadas a reducir la oferta y la disponibilidad para el consumo, mediante la adopción de medidas legislativas, de manera que se limite tanto la accesibilidad económica como la física. Por otra parte, habrá que implementar medidas para disminuir la demanda del alcohol mediante la educación para la salud a determinados grupos de riesgo.

© 2022 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Alcohol;
Brief intervention;
Prevention;
Primary Care

Screening and brief intervention on alcohol consumption

Abstract Morbidity associated with alcohol consumption includes digestive, psychiatric, neurological, infectious disease, cancers of various types, cardiovascular disease, intentional injuries, unintentional injuries, social pathology, and family problems. The most recent evidence does not indicate that “moderate” consumption is beneficial to health. The most recent evidence indicates that “moderate” consumption is not beneficial to health. Therefore, the

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rcordoba1054@gmail.com (R. Córdoba García).

emphasis should be placed on avoiding risky drinking and advising patients that it would be in their best health interest to avoid alcohol or to drink alcohol at low-risk doses. The AUDIT-C is the most appropriate screening instrument. Cognitive-behavioural and motivational strategies form the basis of brief intervention. Positive information about the benefits of moderation and information about the dangers of alcohol intake should be given. In early stages of dependence, pharmacological treatment for detoxification, withdrawal and follow-up is considered. More serious cases require coordination with addiction services. In Spain, BI has proven effective and to reduce alcohol consumption by 100 g/week. Community strategies are the appropriate policy framework to achieve the best results from brief intervention. They should aim to reduce the supply and availability for consumption by adopting legislative measures to limit both economic and physical accessibility. Furthermore, measures should be implemented to reduce the demand for alcohol through health education for specific risk groups.

© 2022 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Alcohol y salud

El alcohol es responsable de más de 200 problemas de salud y lesiones, y contribuye de forma significativa en 40 enfermedades específicas con aumento del riesgo y atribución de una parte significativa de la mortalidad y morbilidad prevenible^{1,2}. La morbilidad asociada al consumo de alcohol incluye patología digestiva, psiquiátrica, neurológica, infecciosa (tuberculosis), cáncer de diversos tipos, enfermedades cardiovasculares (ictus hemorrágico, insuficiencia cardíaca, arritmias, miocardiopatía...), lesiones intencionales (agresiones, suicidios), no intencionales (accidentes de tráfico) patología social (adicción) y problemas familiares³. En el año 2016, el consumo de alcohol fue, a escala global, el séptimo factor de riesgo tanto para las muertes como para la pérdida de años de vida ajustado por discapacidad. El mismo informe indica que el riesgo de mortalidad por todas las causas, y específicamente de los cánceres, aumenta con el incremento de consumo, y el nivel de consumo que minimiza la pérdida de salud es cero⁴. En España, el consumo de alcohol es el 4.º factor de riesgo de pérdida de salud, siendo el 2.º en mujeres y el 5.º en hombres⁵. El consumo de alcohol produjo anualmente 15.489 muertes durante el periodo 2010-2017, siendo el 74% en hombres⁶. La relación entre consumo de alcohol y riesgo cardiovascular es compleja. Se han descrito muchos sesgos que pueden justificar esta asociación. Además, los consumos de más de 30 g/día incrementan el riesgo de otras muchas enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, fibrilación auricular, miocardiopatía alcohólica o insuficiencia cardíaca. Algunos estudios han generado confusión y dudas al enfatizar efectos «beneficiosos» del alcohol sobre determinados «biomarcadores» que no dejan de ser más que variables intermedias sin relación con la mortalidad global. Esos estudios ocultan el efecto cancerígeno del principal metabolito del alcohol, el acetaldehído, que sí tiene relación demostrada en la aparición de diversos tipos de cáncer. Se estima que el riesgo de cáncer digestivo asociado al

consumo de alcohol aumenta un 10-30% por cada dos unidades de bebida estándar (UBE) de alcohol consumidas por día⁷. En el Estudio EPIC se observó que el 10% de los cánceres en el varón y el 3% en la mujer están relacionados de forma significativa con el alcohol, siendo la tasa media de supervivencia de estos cánceres a los 5 años del 50%. Según la International Agency for Cancer Research (IARC), el alcohol es un carcinógeno del Grupo A para el cual no existe un nivel seguro de exposición⁸. Los informes del IARC señalan que hay suficiente evidencia en humanos para relacionar con el alcohol los cánceres de cavidad oral, faringe, laringe, esófago, colorrectal, mama (mujer), hígado y vía biliar. La evidencia es limitada para el cáncer de páncreas. Por lo tanto, debe enfatizarse más bien la idea de evitar los consumos de riesgo y transmitir a los pacientes y a la población que lo más beneficioso para la salud sería no consumir alcohol o hacerlo por debajo de los límites de bajo riesgo y evitar el consumo intensivo ocasional. Reducir el consumo de alcohol es prioritario y es uno de los objetivos de desarrollo sostenible de Naciones Unidas⁹, teniendo suficiente evidencia y consenso sobre cuáles son las políticas más efectivas para reducirlo que están recogidas en las estrategias internacionales¹⁰ y nacionales¹¹. Una de las políticas más rentables, que incluye la iniciativa SAFER¹², es la intervención de los profesionales sanitarios en sus consultas, facilitando el acceso al cribado, a las intervenciones breves y al tratamiento de los problemas causados por el consumo de alcohol. Además, es importante tener en cuenta que el consumo de alcohol se asocia a desigualdades sociales y en salud, de manera que, consumir alcohol no es solo una decisión individual, sino que está influenciada por las condiciones y circunstancias en las que la gente vive (determinantes sociales de la salud). Por ello, en la consulta se pueden identificar factores de riesgo y factores protectores, teniendo en cuenta los entornos de las personas, las necesidades específicas de determinados grupos de población, siendo fundamental un abordaje comunitario que alcance a grupos de personas que no frecuentan las consultas.

Tabla 1 Los 6 elementos básicos que movilizan la motivación para el cambio

1. Feedback. Se trataría de utilizar los resultados de la evaluación personalizada en un contexto motivacional. La utilización de instrumentos psicométricos, medidas biológicas o la propia evaluación clínica pueden ser útiles como motores de cambio si se personalizan y se centran en la situación del paciente
2. Responsabilidad. Poner énfasis en que el cambio depende de que el paciente tome la decisión de llevarlo a cabo
3. Consejo. Debe ser claro y adaptado al paciente
4. Menú. Se trata de que el paciente pueda escoger entre una lista de opciones personalizadas. De esta manera se incide en la capacidad de elección según sus propias necesidades y esto incrementa la probabilidad de cambio
5. Empatía. Se trata de un elemento básico para establecer un correcto vínculo terapéutico y, por tanto, para incrementar las probabilidades de cambio
6. Autoeficacia. Una simplificación ilustrativa sería la definición de la autoeficacia como la creencia del paciente de que está capacitado para cambiar. No se debe confundir con la creencia del terapeuta de que el paciente puede cambiar, que pese a ser importante para incrementar las probabilidades de cambio, no hace referencia al término de autoeficacia

Fuente: elaboración propia.

Qué es la intervención breve en consumo de riesgo y perjudicial de alcohol

La intervención breve (IB) en consumo de riesgo y perjudicial de alcohol tiene como objetivos la reducción en el consumo de alcohol, la reducción de los consumidores de riesgo de alcohol, la reducción de los consumidores perjudiciales de alcohol y la reducción de los problemas relacionados con el alcohol. La IB se basa en elementos metodológicos cognitivo-conductuales¹³ pero también en las aportaciones de la entrevista motivacional¹⁴. La IB es una forma de intervención oportunista del profesional sanitario (demanda de atención diferente al consumo de alcohol), realizada por un profesional no especialista, dirigida a problemas menos graves causados por el alcohol, con un paciente menos motivado, y de forma poco estructurada y corta. La efectividad de la IB depende en gran medida de la relación establecida entre el profesional de atención primaria y el paciente independientemente del profesional que la administre (médicos de familia, enfermeras, psicólogos)¹⁵. Para optimizar esta relación se propone la realización de una intervención breve motivacional, que se basa en 6 elementos básicos que movilizan la motivación para el cambio¹⁶ (tabla 1). La entrevista motivacional es un estilo de asistencia directa, centrada en el paciente, que pretende provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a explorar y resolver ambivalencias. Se basa en respetar la autonomía del paciente, la compasión, en colaborar con el paciente y evocar los motivos de cambio de él mismo. Para ello, intenta expresar empatía, facilitar la aparición de discrepancias, avanzar con las resistencias y fomentar la autoeficacia. Se propone utilizar herramientas específicas de la entrevista para animar a los pacientes a hablar, a explorar su ambivalencia sobre el consumo de sustancias y a aclarar sus razones para reducir o dejar de consumir alcohol. Específicamente realizar preguntas abiertas, usar técnicas de afirmación de lo que dice el paciente, utilizar la escucha reflexiva, y técnicas de resumen. En los pacientes con consumo de riesgo, pero sin criterios de síndrome de dependencia del alcohol debe plantearse un tratamiento conductual. La intervención consiste en el consejo médico encaminado a la modificación del patrón de consumo. Este consejo debe ser personalizado e incluir cinco puntos que configuran la intervención breve¹⁷ (tabla 2). La población objetivo es el bebedor de riesgo

(umbral para la intervención). Hablamos de persona bebedora de riesgo cuando el consumo de alcohol se sitúa en 28 UBE por semana (4 /día) para los hombres y 17 UBE (2,5/ día) por semana para las mujeres. También se considera de riesgo cualquier grado de consumo en caso de antecedentes familiares de dependencia al alcohol. Este umbral de riesgo es el que determina la intervención en AP dado que la estimación es que uno de cada 10 pacientes presenta consumos diarios superiores a estas cantidades. El consumo intensivo (*binge drinking*) puede definirse como el consumo igual o mayor a 6 UBE (varones) o 4 UBE (mujeres) en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 h). Aunque suele utilizarse el criterio clínico de una o más veces al mes, es bien conocido que los riesgos del consumo *intensivo* son importantes incluso cuando este patrón se adopta de forma esporádica, incluso 1 sola vez a lo largo de un año¹⁸. En pacientes no dependientes del alcohol que no desean abstinencia completa o no reúnen criterios para ello se puede negociar la reducción, llegando a un pacto de consumo en la franja de *bajo riesgo* entre 10 g/día en mujeres y 20 g/día en hombres¹⁹. En todo caso, siempre debe transmitirse la idea de que «alcohol, cuanto menos mejor». Debe quedar claro que la persona consumidora de riesgo o incluso la que hace un consumo perjudicial no es «todavía» un «alcohol-dependiente» para prevenir ese sentimiento de estigma. Por otra parte, la alusión a la ocultación del consumo no es válida para la mayoría de los casos de consumo de riesgo o perjudicial, siendo una característica de los bebedores dependientes.

Estimación del riesgo para modular la intervención

Se han utilizado diversas estrategias de valoración del riesgo como la cuantificación simple del consumo en unidades (UBE) o en gramos, el test de CAGE, el test de MALT, etc. Sin embargo, desde hace dos décadas está establecido por numerosos autores e instituciones (la OMS entre otras) que el método más adecuado para estimar el nivel de riesgo y adecuar la intervención es el test de AUDIT. La fiabilidad del AUDIT ha sido evaluada por diversos autores. El AUDIT-C incluye las tres preguntas sobre el consumo de alcohol del test de AUDIT completo de 10 ítems). El estudio de García-Carretero et al. muestra los índices de validez y utilidad que

Tabla 2 Bases prácticas de la intervención breve

- Información positiva sobre los beneficios de no consumir alcohol: ganancia en términos de salud, ahorro de dinero, prestigio en el grupo familiar, mejor rendimiento en relaciones afectivas y sexuales, etc.
- Información sobre el peligro de la ingesta excesiva de alcohol: problemas de salud como HTA, gastritis, cefalea e incluso cirrosis hepática o hemorragias digestivas
- Negociar la reducción, llegando a un pacto de consumo en la franja de *bajo riesgo* (7-14 UBE/semana). En caso necesario, proponer abstinencia completa de alcohol
- Puede añadirse material educativo de apoyo para reafirmar el consejo

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3 Índices de validez y utilidad del AUDIT-C y AUDIT (10 ítems, completo)

	Cribado		Intervención	
	AUDIT c		AUDIT (10 ítems)	
	<i>Bebedor de riesgo</i> ≥ 5	<i>Bebedor de riesgo</i> ≥ 4	<i>Bebedor de riesgo</i> ≥ 8	<i>Bebedor de riesgo</i> ≥ 6
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Sensibilidad	91	86	95	98
Especificidad	86	88	93	95
VPP	63	69	98	85

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4 Intervenciones breves en alcohol

	Tipo de IB	Duración	Estrategia
Nivel I	Intervención muy breve	< 3 minutos	Oportunista
Nivel II	Intervención breve	3-10 minutos	Oportunista
Nivel III	Intervención intensiva (avanzada o extensiva)	> 10 minutos repetidos en 3 o más consultas	Programada

Fuente: elaboración propia.

se presentan en la [tabla 3](#)²⁰. Datos no publicados nos indican que la prevalencia de consumo de riesgo en AP utilizando los criterios de AUDIT-C ≥ 5 en varones (≥ 4 en mujeres) se sitúa en torno al 11%. No se ha estimado en nuestro país el porcentaje de individuos en fases precoces de la dependencia (AUDIT 15-19) pero pueden tratarse de cientos de miles y esos serían la población diana para intervenciones desde atención primaria. Por otra parte, el 8,8% de la población adulta admite consumir alcohol todos los días y dentro de este grupo se encuentra una parte de la población en riesgo mientras otros tienen su riesgo por consumos intensivos habituales (*binge drinking*). Aunque en la práctica suele hablarse de intervención breve, sería más correcto hablar de «intervenciones breves». Existe una gran heterogeneidad en todo lo referente a la IB. Por ejemplo, en el Programa Nacional de Suecia, la IB ocupó de media menos de minutos, sin embargo, en Inglaterra, el Programa Nacional basado en el estudio SIPS, recomienda emplear entre 5 y 10 minutos, mientras que la Colaboración Cochrane define la IB en atención primaria como un tiempo promedio de 25 minutos. En realidad, de forma arbitraria pueden considerarse 3 niveles de intensidad de la IB en base a la duración y frecuencia de las intervenciones. Esta clasificación está basada en la Guía de Tratamiento del Tabaquismo de EE. UU. ([tabla 4](#)).

Efectividad de la intervención breve

La revisión de la Colaboración Cochrane seleccionó un total de 69 estudios, que incluyeron 33.642 individuos. El 55% de los estudios se desarrolló en AP, mientras otros fueron en urgencias hospitalarias y otros escenarios. El 88% comparan IB con intervención mínima o nada. El resultado medio fue una disminución de 20 g/semana al cabo de un año. Se observó una gran heterogeneidad de los estudios por las dificultades de obtener una cuantificación fiable a lo largo del tiempo en el consumo de alcohol. Por ese motivo es difícil plantear metaanálisis siendo más bien revisiones sistemáticas con un amplio rango de resultados. Entre otros resultados observó una disminución generalmente no significativa de los episodios de consumo intensivo habitual, un menor número de días de consumo por semana y también disminución de la intensidad del consumo²¹. El estudio sobre la eficacia del consejo médico para la reducción del consumo en España reveló una disminución del consumo de unos 100 g de alcohol a la semana (6,5-13,8 g/día) después de un año de seguimiento²². Por otra parte, los estudios españoles revelaron una reducción del porcentaje de bebedores de riesgo sometidos al grupo de intervención lo que indica un modesto pero real cambio cualitativo en

Tabla 5 Recomendaciones para mejorar la intervención breve

- Homogeneizar los sistemas de registro sobre alcohol en las historias clínicas electrónicas de las CC. AA. (muchos de ellos no tienen en cuenta el AUDIT como instrumento básico para el cribado)
- Asegurar la implementación de la IB mediante la incentivación de la actividad en la cartera de servicios
- Promover programas de formación continuada en IB (programa Mójate con el alcohol), y guías prácticas de implementación de la IB
- Impulsar la planificación e implementación de programas de cribado e Intervención Breve en Atención primaria y Urgencias Hospitalarias.
- Creación de una web específica para profesionales sanitarios sobre cribado e IB
- Impulsar la investigación sobre la aplicación práctica de la IB
- Avanzar hacia un marco normativo sobre el consumo de alcohol que facilite el debate social y el mejor conocimiento sobre los efectos reales del alcohol en la salud
- El marco normativo debe ir encaminado a reducir la oferta y la disponibilidad para el consumo de manera que se limite tanto la accesibilidad económica como la física (impuestos, advertencias, publicidad, venta...)
- Implementar medidas para disminuir la demanda del alcohol mediante la educación para la salud a determinados grupos de riesgo

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6 Recursos en intervención breve en consumo de riesgo de alcohol en atención primaria

- Test de detección de consumo de alcohol. Alcohol use screening tests. <https://www.gov.uk/government/publications/alcohol-use-screening-tests>
- Intervenciones breves en el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol en entornos relevantes. Brief interventions in the treatment of alcohol use disorders in relevant settings <http://www.bistairs.eu/>
- Instituto Nacional sobre el Alcohol y el Abuso de Alcohol. Ayudando a los pacientes que beben demasiado. National Institute on Alcohol and Alcohol Abuse. Helping patients who drink too much https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm
- INEBRIA. international network brief intervention for alcohol and another drugs. <http://inebria.net/>
- CDC. Planning and implementing screening and brief intervention for risky alcohol use <https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/alcoholsbiimplementationguide.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Resources for screening, brief intervention, and referral to treatment <https://www.samhsa.gov/sbirt/resources>

Fuente: elaboración propia.

la transición de grupo de riesgo a grupo de bajo riesgo. La USPSTF recomienda la IB en población adulta mayor de 18 años aunque no considera probada la efectividad de la IB en adolescentes de 12 a 18 años²³. El Programa de Actividades Preventivas (PAPPS) de la semFYC hacen también estas recomendaciones²⁴. La implementación del cribado e intervención breve sigue siendo bastante baja, a pesar de la alta prevalencia del consumo de riesgo de alcohol, su asociación con la mortalidad y la discapacidad, y la evidencia de la efectividad del cribado y la IB. Por ejemplo, en los Estados Unidos, solo 1 de cada 6 pacientes informa haber hablado sobre el alcohol con su médico; las tasas en Europa son igualmente bajas²⁵. Incluso cuando se realiza el cribado, los cuestionarios validados se usan con poca frecuencia. Las razones de su baja aceptación pueden incluir desafíos relacionados con la implementación, y las percepciones de los médicos sobre sus roles. Es poco probable que las intervenciones breves causen daños (a menos que se realicen de manera deficiente o se viole la confidencialidad), y las consecuencias del consumo de riesgo de alcohol pueden ser graves. Incluso pequeños cambios disminuyendo el consumo de alcohol, podrían mejorar los resultados de salud a nivel poblacional. Otra razón para la baja implementación de la IB es la dificultad de que los componentes de

las intervenciones breves de asesoramiento conductual no están estandarizados en cuanto al contenido, el suministro, la dosis o la duración. Por otra parte, los pacientes que son evaluados y asesorados sobre el consumo de alcohol informan haber recibido una atención primaria de alta calidad. El consumo de riesgo y perjudicial de alcohol pasa desapercibido en muchas ocasiones, y se ha comparado con tener un «elefante en la consulta»²⁶. En la [tabla 5](#) se presentan las recomendaciones para implementar y mejorar las intervenciones breves en alcohol en atención primaria en nuestro país. En la [tabla 6](#) se proponen recursos para la implementación de la IB en atención primaria.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Soledad Justo Gil e Inés Zuza Santacilia del Área de prevención del Ministerio de Sanidad por sus aportaciones y comentarios al manuscrito.

Bibliografía

- Rahm J, Gmel GR, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popoca S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction*. 2017;112:968–1001. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/add.13757>.
- World Health Organization, Global Status Report on Alcohol and Health; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2018. [consultado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>.
- Shield KD, Gmel G, Gmel G, Mäkelä P, Probst C, Room R et al. Life-time risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines. *Addiction*. 2017;112:1535–44, <http://dx.doi.org/10.1111/add.13827>. Publicación electrónica 26 Abr 2017. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/add.13827>.
- GBD 2016 Alcohol Collaborators*. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 2018; 392: 1015-1035, Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31310-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext).
- Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona P-J, Fernández E, et al. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Med Clínica*. 2018;151:171–90.
- Donat M, Sordo L, Belza MJ, Barrio G. Carga de enfermedad atribuible al alcohol en España: elaboración de una metodología y estimación durante 2001-2017 [Internet]. Madrid: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones; 2020 [citado 24 jun 2020]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2020.Mortalidad.atribuible.al.alcohol.en.Espana.2001-2017.pdf>.
- Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer*. 2014;112:580–93, <http://dx.doi.org/10.1038/bjc.2014.579>. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/bjc2014579>.
- IARC monographs on the identification of carcinogenic hazards to humans. Agents classified by the IARC monographs, volumes 1-125. 2019. [consultado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://monographs.iarc.fr/agents-classified-by-the-iarc/>.
- Naciones Unidas. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2018. ONU: Nueva York, 2018. [consultado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2018/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2018-es.pdf>.
- World Health Organization. European Alcohol Action Plan 2012-2020. Copenhagen: WHO, 2012. [consultado 17 Feb 2022]. Disponible en: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017. [consultado 17 Feb 2022]. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA.N.ADICCIONES.2017-2024_aprobada_CM.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. El paquete SAFER: cinco áreas de intervención a nivel nacional y subnacional. Ginebra: OMS, 2019. [consultado 17 Feb 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51867/9879275321959_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
- Garnett C, Crane D, Brown J, Kaner E, Beyer F, Muirhead C, et al. Reported Theory Use by Digital Interventions for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption, and Association With Effectiveness: Meta-Regression. *J Med Internet Res*. 2018;20:e69.
- Miller WR, Sovereign RG, Kreege B. Motivational Interviewing with problem Drinkers: II The Drinker's Check-up as preventive intervention. *Behavioural Psychother*. 1988;16:251–68.
- O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, et al. The impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A systematic review of reviews. *Alcohol and Alcohol*. 2014 Jan;49:66–78.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing Third Edition: Helping People Change* The Guilford Press;. 2012.
- Bador, Thomas F, Higgins-Biddle, John C. & Organización Mundial de la Salud. (2001)? Intervención breve: para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: un manual para la utilización en atención primaria. Organización Mundial de la Salud. [consultado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331322>.
- Rolland B, Chazeron I, Carpentier F, Moustafa F, Viallon A, Jacob X, et al. Comparison between the WHO and NIAAA criteria for binge drinking on drinking features and alcohol-related aftermaths: Results from a cross-sectional study among eight emergency wards in France. *Drug Alcohol Depend*. 2017;175:92–8.
- Sordo L, Córdoba R, Gual A, Sureda X. Límites para el consumo de bajo riesgo de alcohol en función de la mortalidad asociada. *Rev Esp Salud Pública*. 2020;94. ISSN-e 1135-5727, N°.
- García Carretero, MÁ, Martínez Delgado JM, O'Ferrall González C. Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. *Adicciones*, [S.l.], v. 28, n. 4, p. 194-204, mar. 2016. ISSN 0214-4840. [consultado 11 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/775/730>. doi:<https://doi.org/10.20882/adicciones.775>.
- Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004148>. CD004148. pub4. PMID: 29476653; PMCID: PMC6491186.
- Ballesteros J, Ariño J, Gonzalez-Pinto A, Querejeta I. Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol: Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*. 2003;17:116–22.
- Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. [consultado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2714537>.
- Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramírez Manent JI, et al., Grupo de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida [PAPPs expert group. Lifestyle recommendations]. *Aten Primaria*. 2020;52:32–43, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2020.07.004>. Suppl 2(Suppl 2):.
- Bazzi A, Saitz R. Screening for Unhealthy Alcohol Use. *JAMA*. 2018;320:1869–71.
- Edelman EJ, Tetrault JM. Unhealthy Alcohol Use in Primary Care-The Elephant in the Examination Room. *JAMA Intern Med*. 2019 Jan 1;179:9–10.