



# Rastreo de abuso de alcohol y consejería breve

---



Ministerio de Salud  
Argentina

*primero  
la gente*

## AUTORIDADES

Presidente de la Nación  
Dr. Alberto Ángel Fernández

Ministra de Salud de la Nación  
Dra. Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud  
Dra. Sandra Marcela Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias  
Dr. Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles  
Dr. Nicolás Iván Haebeler

---

## EQUIPO DE TRABAJO

Débora Duffy, Aldana Casañas, Cristian Jacob  
Programa Nacional de Prevención y Lucha Contra el Consumo Excesivo de Alcohol

## USO NOCIVO DE ALCOHOL, UN PROBLEMA GRAVE DE SALUD PÚBLICA

El uso nocivo de alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo prevenibles de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), junto al consumo de tabaco, la alimentación no saludable y la inactividad física. Los cuatro factores afectan significativamente el aumento de la prevalencia de las principales ENT que concentran la mayor carga de enfermedad en la región de las Américas, a saber: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. De esta manera, el consumo de alcohol tiene graves repercusiones en la salud. Asimismo, genera altos costos sanitarios y provoca efectos perjudiciales tanto para el consumidor como para quienes lo rodean y para la sociedad en general (OMS, 2015). Un reciente estudio (The Lancet, 2018) afirma que ningún nivel de consumo es beneficioso para la salud, concluyendo que genera la pérdida de salud. Además, el uso nocivo de alcohol es considerado un factor de riesgo causante de lesiones asociadas a los siniestros viales y a otras de causa externa como, por ejemplo, las producidas por violencia interpersonal, suicidio y homicidio (OMS 2018).

Se estima que un millón de muertes por traumatismos fueron atribuibles al alcohol, lo que incluye alrededor de 370.000 muertes por traumatismos causados por el tránsito, 150.000 por autoagresión y cerca de 90.000 por violencia interpersonal. De los traumatismos causados por el tránsito, 187.000 muertes atribuibles al alcohol se produjeron en personas distintas de los conductores (OMS, 2018). Una persona en estado de embriaguez puede lastimar a otros o ponerlos en peligro de sufrir lesiones y ocasionar daños transgeneracionales por exposición prenatal y a terceros. En otras palabras, el uso nocivo de alcohol tiene un profundo efecto perjudicial en la sociedad (Anderson et. al., 2006; Sacks et al., 2013).

El uso nocivo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial y es el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad para las personas de entre 15 y 49 años, franja etaria que suele ser de las más productivas económicamente (OMS, 2015). En el año 2016, implicó la muerte de 3 millones de personas, representando el 5,3% de las muertes en el mundo y el 5,1% de la carga de enfermedades y lesiones (OMS, 2018).

El consumo de alcohol ha sido identificado como un componente causal de más de 200 enfermedades y lesiones (OMS, 2015). Representa un factor de riesgo importante para la carga global de enfermedades y causa una pérdida importante de salud, incrementando el riesgo de discapacidad y mortalidad prematura por todas las causas (The Lancet, 2018; Cremonte M., 2016).

A modo general, los distintos tipos de cáncer relacionados al consumo de drogas revelan una distribución según la sustancia consumida que ubica al tabaco como la primera en peso relativo (84%) seguida por el alcohol (15,9%). Esta última porción de los casos, presenta en su interior una mayor prevalencia de tumores malignos del esófago (46,7%), seguido por tumores malignos del estómago (22,6%), tumores malignos del labio, cavidad oral y faringe (20,6%), y finalmente tumores malignos del hígado y de las vías biliares intrahepáticas (10,1%) (SEDRONAR, 2017). Existe evidencia de alto riesgo de aparición de cáncer de mama atribuible al consumo de alcohol, representando el 8,6 y el 7,3% de incidencia y mortalidad respectivamente de todos los cánceres de mama (Shield K, 2016).

De todas las muertes atribuibles al alcohol, el 28,7% se debieron a lesiones causadas en siniestros viales, autolesiones y violencia interpersonal; el 21,3% a trastornos digestivos, el 19% a enfermedades cardiovasculares, y el resto a enfermedades infecciosas, cáncer, trastornos mentales y otras afecciones (OMS, 2018). Aproximadamente el 49% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuibles al alcohol se deben a enfermedades no transmisibles y trastornos de salud mental, y cerca del 40% se deben a lesiones no intencionales (OMS, 2018). Del total de muertes atribuibles a enfermedades no transmisibles, el 19% de dicho total corresponden a la categoría trastornos Mentales, Neurológicos, por uso de Sustancias y Suicidio (MNSS). Centrándonos específicamente en la discapacidad, el uso de sustancias y el suicidio causan más de un tercio del total de los años vividos con discapacidad por cualquier causa en el país (Vigo D, et. al 2018).

Evidencia reciente considera que el uso nocivo de alcohol contribuye a aumentar la carga de morbilidad asociada a enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, la tuberculosis y las de transmisión sexual, debido al debilitamiento del sistema inmunitario por efecto del alcohol y, además, a que la embriaguez obstaculiza la adherencia de los pacientes al tratamiento con antirretrovirales (Lönnroth et al., 2008; Rehm et al., 2009; Baliunas et al., 2010; Azar et al., 2010).

**El uso nocivo del alcohol también genera costos económicos que han sido clasificados en tres grandes categorías:** costos directos referidos a las erogaciones en que incurren las distintas instituciones (sistema de salud, sistema policial, justicia penal, protección social, etc.) para cubrir hospitalizaciones, atención ambulatoria y domiciliaria, medicamentos, tratamiento psicológico, daños a la propiedad por accidentes y delincuencia, detenciones de vehículos, etc. La segunda categoría refiere a los costos indirectos atribuibles a la pérdida de productividad por el ausentismo, la reducción de ganancias potenciales y los años de trabajo perdidos por muerte prematura o incapacidad que genera la dependencia al alcohol. Finalmente, la tercera categoría contempla los costos intangibles, es decir, aquellos atribuidos al dolor, sufrimiento y deterioro en la calidad de vida como consecuencia del uso indebido de bebidas alcohólicas (Anderson et al, 2009). Según la OMS los países de ingresos altos y medios gastan alrededor del 1% de su PBI, por las consecuencias del consumo problemático de alcohol (OMS/OPS, 2015). La causa de muerte clasificada por el CIE-10 como “agresiones” incluye aquellas lesiones ocasionadas por otra persona con intento de lesionar o matar, por cualquier medio. Estos casos son considerados sólo parcialmente atribuibles al consumo de sustancias psicoactivas.

**La ingesta de alcohol en la niñez y adolescencia, es un factor de especial preocupación dado que genera consecuencias negativas inmediatas y mediatas.** En lo inmediato, el consumo temprano de alcohol provoca accidentes domésticos, mayores probabilidades de violencia en el hogar y entre pares, conductas sexuales de riesgo, exposición a sufrir accidentes y lesiones, entre otras. Otra consecuencia es que expone a los niños, niñas y/o adolescentes que consumen, al riesgo de desarrollar problemas con el alcohol en la edad adulta. Específicamente, se ha observado una relación significativa, positiva y lineal entre la edad de inicio del consumo de alcohol y la probabilidad de desarrollar abuso y dependencia hacia la sustancia. En otras palabras, la iniciación temprana embarca a los adolescentes en trayectorias de consumo problemático y riesgoso y se constituye como un factor de vulnerabilidad para la ingesta abusiva de alcohol en el futuro. Esto se ha llamado efecto de “iniciación” o “debut temprano” (Pedersen y Skrondal, 1998). Otros investigadores (Grant y Dawson, 1997) encontraron que los sujetos que se habían iniciado en el consumo de alcohol antes de los 15 años poseían cuatro veces más posibilidades de desarrollar dependencia que los que habían comenzado luego de los 21 años, y casi siete veces más riesgo de sufrir lesiones como consecuencia de un siniestro vial o una pelea (OMS, 2015). La predisposición genética es un factor a tener en cuenta, y potenciaría los efectos ya de por sí facilitadores ejercidos por la iniciación temprana sobre el consumo de alcohol y sus problemas asociados (Pilatti y cols., 2013). Además, a diferencia de los efectos en adultos, el consumo adolescente dificulta la maduración del cerebro, puede ocasionar problemas de memoria y aprendizaje, repercutiendo en el rendimiento escolar, y predispone a padecer alteraciones en el crecimiento y en la maduración sexual (Pilatti y cols., 2013).

## ALCOHOL Y COVID-19

La Organización Mundial de la Salud ha publicado recientemente el artículo “Alcohol and COVID 19, what you need to know” donde alerta que el alcohol expone a las personas a un mayor riesgo de contraer coronavirus, exacerbando la vulnerabilidad de la salud, los comportamientos de riesgo, los problemas de salud mental y la violencia. Asimismo, expresa que el alcohol compromete el sistema inmunológico del cuerpo y aumenta el riesgo de resultados adversos para la salud. Por ello, las personas deben minimizar el consumo de alcohol en cualquier momento, y particularmente durante la pandemia de COVID-19.

El consumo de alcohol debilita el sistema inmunitario, por lo que, diversos funcionarios de la OMS exhortan a los gobiernos de todo el mundo a aplicar medidas que limiten el consumo de alcohol y repriman la información errónea sobre el coronavirus. Son varios los estudios que evidencian que el consumo excesivo de alcohol está asociado con efectos adversos para la salud relacionados con el sistema inmunitario, como la susceptibilidad a la neumonía (Revista, Alcohol Research, 2015).

En Argentina, el Observatorio de Adicciones y Consumos Problemáticos de la Defensoría del Pueblo bonaerense, ha publicado el estudio “Consumo de alcohol, tabaco y estupefacientes durante la emergencia sanitaria del COVID 19” en donde concluyen que el consumo de sustancias entre ellas, la principal, es el alcohol, ha aumentado significativamente durante el aislamiento obligatorio.

Por ello es fundamental, implementar medidas basadas en las intervenciones más costo efectivas (SAFER, 2020) para reducir la prevalencia del consumo de alcohol, entre ellas, una medida crucial es el aumento de los impuestos a las bebidas con alcohol para desincentivar el consumo. Las reglas y regulaciones existentes para proteger la salud y reducir el daño causado por el alcohol, como restringir el acceso, deben mantenerse e incluso reforzarse durante las situaciones de emergencia y pandemia de COVID-19, según la OMS.

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN LA ARGENTINA

Uruguay y Argentina encabezan el ranking del total de alcohol consumido en la región. En nuestro país se registran datos de consumo de 14,6 litros de alcohol puro por cápita, con un promedio diario de 31,5 gr. con proyecciones en aumento para el año 2025 (OMS, 2018).

Tabla comparativa regional (Alcohol per cápita, OMS 2018)

País	Población total 2016	Población en áreas urbanas (%)	Grupo de ingresos	APC litros		Trastorno por consumo de alcohol (1)	Dependencia (2)
				2010	2016		
Argentina	43.847.277	92	Medio - Alto	9.3	9.8	6.8	2.9
Bolivia	10.888.402	69	Medio - Bajo	5.9	4.8	6.7	2.9
Brasil	209.567.920	85	Medio - Alto	8.8	7.8	4.2	1.4
Chile	18.131.580	89	Medio - Alto	9.3	9.3	6.0	2.5
Paraguay	6.725.430	60	Medio - Alto	8.2	7.2	7.0	2.9
Perú	31.774.225	79	Medio - Alto	8.0	6.3	8.9	4.9
Uruguay	3.444.071	96	Alto	9.2	10.8	6.4	2.7

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a los datos publicados por SEDRONAR en el 2017, el 8% de las enfermedades cardiovasculares son atribuibles al consumo de alcohol. En los últimos tiempos, y acompañando la tendencia internacional, se evidenciaron cambios en la modalidad y patrón de consumo de bebidas alcohólicas que se manifiestan en una edad de inicio cada vez más temprana -En Argentina, es en promedio a los 13 años- y el aumento de la prevalencia de la ingesta en mujeres (achicándose la brecha con los varones) y el registro, en ambos sexos, de un mayor consumo los fines de semana y durante períodos cortos de tiempo (SEDRONAR, 2017).

Según datos de la Tercera Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE, 2018), el 77,1 % de los adolescentes de

13 a 15 consumió alcohol por primera vez antes de los 14 años de edad (presenta un aumento de prevalencia respecto del valor relevado por la Primera Edición de la misma encuesta en el año 2007 del 72.8%). Además, 7 de cada 10 adolescentes de entre 13 y 15 años compraron bebidas alcohólicas de acuerdo a la EMSE (2018) pese a la prohibición de venta a menores que establece la ley.

El patrón de consumo instalado entre los jóvenes es el denominado Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEA) o “binge drinking” el cual se define como el consumo de 2 o más tragos bebidos en una ocasión en los últimos 30 días, el mencionado patrón de consumo duplicó su prevalencia del 35,3% entre la EMSE (2007) a 62,9% en la Segunda EMSE (2012), sin evidenciarse diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes varones y mujeres. En la Tercera EMSE (2018) siguiendo con el CEEA, no se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto de la edición de (2012) (62,9% en el 2012 al 63,1% en el 2018) aunque sí se incrementó el consumo en mujeres respecto de los varones, situación que no se evidenció en la edición anterior de la encuesta. Las chicas consumieron consistentemente mas alcohol que los varones lo cual se pone de manifiesto en varios indicadores de la EMSE (2018): en el CEEA 65,4% vs. 60,4%; en la borrachera alguna vez en la vida 30,7% vs. 26,1%, como en el consumo de al menos una bebida en el último mes 50,3% vs. 44.9%, en las chicas y varones respectivamente.

#### Datos Comparativos del Consumo Episódico Abusivo de Alcohol (CEEA) según las tres ediciones de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE<sup>1</sup>), 2007,2012, 2018.

Consumo de alcohol	2007 (%)	2012 (%)	2018 (%)
Al menos una vez al día (últimos 30 días)	51,8	50	47,7
CEEA	35.3	62,9	63,1

Simultáneamente al consumo en adultos, el CEEA definido como el consumo de 5 tragos o más en una misma oportunidad en los últimos 30 días, aumentó en los últimos años. Según la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR, 2018) el CEEA en los últimos 30 días fue de 13,3% a nivel nacional. Se evidenció un crecimiento del indicador respecto de la anterior edición de la encuesta, con un aumento relativo del 27,9% respecto de la ENFR (2013), donde el CEEA fue de 10,4%.

En la ENFR (2018), al analizar el CEEA según variables sociodemográficas, se evidenció una amplia diferencia según sexo: el CEEA en varones (20,7%) resultó 3,2 veces mayor que en mujeres (6,5%). En cuanto a la edad se observó un gradiente descendiente a mayor edad, y una diferencia 9 veces mayor en el consumo de los adultos jóvenes (18-34 años: 39,0%) respecto de los de 65 años y más (4,3%). No se registraron diferencias según quintil de ingresos.

Otro indicador relevante para monitorear el consumo poblacional de alcohol es el consumo de alcohol regular de riesgo (CARR) que se define como el consumo de más de 1 trago promedio por día en mujeres y 2 tragos promedio por día en hombres en los últimos 30 días. De acuerdo a la 4ta ENFR, el CARR en los últimos 30 días fue de 8,4% manteniéndose estable respecto de la 3° edición de la ENFR (7,8%). El indicador resultó mayor entre varones respecto de mujeres y en los rangos etarios 18 a 24 años y 25 a 34 años respecto de los otros tres grupos de edad. No se evidenciaron diferencias en el resto de las variables sociodemográficas.

De acuerdo a la cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, la prevalencia de consumo de alcohol al conducir auto, moto o bicicleta en los últimos 30 días fue de 15,2%, el cual aumentó significativamente respecto de la ENFR (2013), donde el indicador era de 12,1%. Los resultados de la 4° ENFR relacionados con el consumo de alcohol, resultan preocupantes considerando que el indicador de CEEA mantiene su tendencia creciente desde el año 2009 de manera constante. Más preocupante aún al observar que éste-al igual que en las ediciones anteriores de la ENFR- resultó significativamente más prevalente en la población más joven.

<sup>1</sup> EMSE 2007 cuenta con representatividad a nivel nacional a diferencia de la EMSE 2012 y EMSE 2018, que presenta representatividad nacional y provincial.

En adultos, aún persiste el mayor consumo en varones que en mujeres tanto en el CEEA como en el CARR, a diferencia de los adolescentes, donde las mujeres toman más que los varones de acuerdo a los datos de la EMSE 2018.

**Tabla comparativa de Consumo de Alcohol Regular de Riesgo (CARR) y Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEA) a nivel nacional de acuerdo a los datos de las 4 ediciones de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada en nuestro país.**

	2005	2009	2015	2018
CARR	6,6	8,2	7,8	8,4
CEEA	10,1	8,9	10,4	13,3

En cuanto a siniestros viales, un estudio sociocultural que llevó a cabo la Agencia Nacional de Seguridad Vial en el año 2016 (ANSV, 2017), determinó que:

Si bien el 93% de los conductores de autos y motos declara que sabe que beber y conducir aumenta el riesgo de sufrir un siniestro vial, aproximadamente el 20% de la población conductora asumió haber conducido un vehículo bajo los efectos del alcohol en el último año. Cabe mencionar que este valor asciende a 27% y 29% en jóvenes entre 16 y 35 años conductores de autos y motos, respectivamente. Este estudio permitió identificar aquellas creencias de la población que subyacen a estos comportamientos de riesgo en relación al consumo de alcohol y la conducción. Algunas de estas creencias se refieren al convencimiento de poder controlar el efecto del alcohol en el cuerpo para poder conducir un vehículo y que cada persona tiene su propio límite de alcohol.

Por su parte, un informe realizado por la ANSV sobre controles de alcoholemia realizados a 48.780 conductores de vehículos distribuidos en 38 municipios de 16 provincias del país durante el año 2016 y hasta julio de 2018 (ANSV, 2019), determinaron que 9,4% superaba los límites de concentración de alcohol en sangre (CAS) permitidos por la Ley Nacional de Tránsito 24.449 para los diferentes tipos de Licencias, siendo la media de CAS de los controles positivos de 1 g/l. Al igual que se observó con las encuestas, fueron los jóvenes entre 25 y 34 años quienes presentaron alcoholemias positivas en mayor proporción (12,7%) que el resto de los grupos poblacionales.

Las muertes por homicidios relacionados al consumo de sustancias psicoactivas, suman un total de 596 casos, siendo el 88% varones. Esta causa de muerte representa el 4% entre las relacionadas al consumo de drogas (SEDRONAR, 2017). La mayor cantidad de casos de esta causa de muerte, se concentra en edades jóvenes dado que más de la mitad (53%) corresponde a la población de 15 a 29 años. En el caso de los varones, los principales afectados son menores de 29 años, grupo que acumula el 54% de los casos; para las mujeres la distribución es más homogénea, aunque con la misma tendencia. También en este caso, la mayoría de estas muertes está asociada al consumo de alcohol, representando el 94% de los casos (SEDRONAR, 2017).

## RASTREO DE ABUSO DE ALCOHOL Y CONSEJERÍA BREVE

En los últimos años se ha acumulado un corpus sustancial de conocimientos sobre viabilidad y costo-eficacia de diferentes opciones de política e intervenciones encaminadas a reducir el uso nocivo del alcohol dando lugar al planteo de una estrategia mundial (OMS, 2010).

A nivel internacional, y desde la perspectiva de las Enfermedades No Transmisibles, los estándares y lineamientos propuestos para la prevención y control del uso nocivo de alcohol se encuentran incluidos a la Estrategia para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (OPS, 2011), la cual posee cuatro líneas estratégicas:

1. Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT).
2. Identificación de factores de riesgo y factores protectores de las ENT y respuestas a través de políticas de alcance poblacional.
3. Respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo.
4. Vigilancia e investigación de las ENT.

El Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Trasmisibles (OPS, 2011), impulsa el abordaje de los factores de riesgo con intervenciones e instrumentos de base poblacional, basadas en la evidencia e intervenciones costo-eficaces, prestando especial atención a los niños, niñas y adolescentes y las personas que viven en situaciones de vulnerabilidad.

En vías de sistematizar los lineamientos estratégicos, la Organización Mundial de la Salud establece un paquete de medidas que se resumen con la sigla “SAFER” (2020) cuyas letras resumen las iniciales de las 5 políticas más costo-efectivas basadas en evidencia para reducir el consumo nocivo de alcohol. Estas medidas son:

1. S (Strengthen) Fortalecer las restricciones del acceso y disponibilidad del alcohol;
2. A (Advance) Promover y hacer cumplir medidas de control del alcohol al conducir;
3. F (Facilitate) Facilitar el acceso a la detección precoz, el consejo breve y el tratamiento en personas con consumo nocivo de alcohol en el sistema de salud;
4. E (Enforce) Implementar prohibiciones completas de publicidad, promoción y patrocinio de bebidas alcohólicas;
5. R (Raise) Aumentar los impuestos selectivos para incrementar los precios de las bebidas alcohólicas.

Estas estrategias buscan proporcionar una guía orientada a la acción para la implementación a nivel país de un número acotado de acciones estratégicas de alto impacto para reducir el consumo nocivo de alcohol, especialmente en los más jóvenes, y basadas en las intervenciones más costo eficaces (“Best buys” OMS, 2017) para el control del uso nocivo de alcohol. SAFER es la hoja de ruta más reciente dirigida por la OMS para ayudar a los gobiernos a tomar medidas prácticas para acelerar el progreso en materia de salud, combatir ENT a través del tratamiento del uso nocivo del alcohol y lograr objetivos de desarrollo.

## ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO

Los profesionales de Atención Primaria de la Salud deben tener la capacidad y las condiciones de trabajo adecuadas para la detección sistemática de todos los pacientes con patrones problemáticos de consumo de alcohol, para realizar intervenciones breves psicosociales y para derivar a los pacientes de riesgo a tratamientos más intensivos cuando resulte apropiado. Las intervenciones breves pueden ser eficaces para reducir el consumo de alcohol y los efectos perjudiciales relacionados. Están dirigidas sobre todo a los bebedores de riesgo pero que no necesariamente sufren un trastorno debido al consumo de alcohol y, por tanto, requieren un tratamiento menos intensivo.

La estrategia mundial (OMS, 2010) recomienda intervenciones afines a:

- Ampliación de la capacidad de los sistemas de salud y bienestar social para ofrecer servicios de prevención, tratamiento y atención de los trastornos por consumo de alcohol o inducidos por el alcohol y las afecciones comórbidas, con inclusión de servicios de apoyo y tratamiento para las familias afectadas y respaldo de las actividades y los programas de ayuda mutua o autoayuda.
- Apoyo a las iniciativas de detección y las intervenciones breves relacionadas con el consumo peligroso y nocivo de alcohol en la atención primaria de salud y otros entornos. Esas iniciativas deben incluir la identificación precoz y la gestión del consumo nocivo de alcohol entre las embarazadas y las mujeres en edad de procrear.
- Refuerzo de la capacidad para prevenir y detectar los casos de personas y familias que viven con el síndrome alcohólico fetal y toda una serie de trastornos asociados, y para llevar a cabo las intervenciones adecuadas.
- Desarrollo y coordinación eficaz de estrategias y servicios integrados o vinculados de prevención, tratamiento y atención de los trastornos por consumo de alcohol y las afecciones comórbidas, incluidos los trastornos por consumo de drogas, la depresión, los suicidios, el VIH/sida y la tuberculosis.
- Logro del acceso universal a la salud, en particular mediante un aumento de la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de los servicios de tratamiento de grupos con un estatus socioeconómico bajo; creación y mantenimiento de un sistema de registro y vigilancia de la morbilidad y mortalidad atribuibles al alcohol, con mecanismos de presentación de informes periódicos.
- Provisión de servicios de salud y sociales culturalmente adaptados cuando proceda.

## RASTREO EN APS

### Descripción del consumo de alcohol y daños asociados (OMS)

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. En Europa una bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol. Aunque no en todos los países de la Región existe una definición de bebida estándar, en Estados Unidos y Canadá, una bebida estándar contiene entre 12 y 14 gramos de alcohol.

El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones.

El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres.

El consumo excesivo episódico o circunstancial (también llamado binge drinking), que puede resultar particularmente dañino para ciertos problemas de salud, implica el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola ocasión.

La dependencia del alcohol es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él.

### Concepto de “bebida estándar”

El consumo de bebidas con alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar.

Una unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a:

- 1 porrón o lata individual de cerveza (300 a 350 cc), o
- 1 vaso de vino (aprox. 150 cc), o
- 1 trago de licor solo o combinado (45 cc), también pisco, ron, whisky, vodka, fernet u otros.

### UNIDAD DE BEBIDA ESTÁNDAR ALCOHÓLICA



Fuente: Guías alimentarias para la población Argentina GAPPA, 2018.

Ahora bien, para determinar el tipo de consumo, señalamos las siguientes referencias:

Consumo regular de riesgo (CARR)	Es el consumo de 1 trago promedio por día, en mujeres, de 18 años o más (ENFR, 2019).
	Es el consumo de 2 tragos promedio por día, en hombres, de 18 años o más (ENFR, 2019).
Consumo episódico excesivo de alcohol	Adultos (18 o +): Se define como el consumo de 5 tragos o más, de cualquier bebida con alcohol, en una misma ocasión, en los últimos 30 días (ENFR, 2019).
	Jóvenes-Adolescentes (13 a 17 años): Se define como el consumo de 2 o más tragos de cualquier bebida con alcohol en una misma ocasión, en los últimos 30 días (EMSE, 2018).

### ¿Cómo realizar el rastreo?

El Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, siguiendo las recomendaciones de la OMS, sugiere el uso del AUDIT-C (3 preguntas) como instrumento corto y el AUDIT (10 preguntas) como instrumento largo, validados en español.

El AUDIT está diseñado para realizar tanto como entrevista o como cuestionario autoadministrado a personas de 18 años o más, aunque también puede ser aplicado en adolescentes. Realizarlo en formato “entrevista”, es lo más recomendado ya que ofrece las ventajas de clarificación de preguntas ambiguas, puede ser realizado a pacientes que presenten dificultades con la lectura y permite una devolución directa en el momento al paciente e iniciar el consejo. Por otra parte, las ventajas del cuestionario autoadministrado son: requiere menos tiempo; es fácil de administrar tanto impreso como a través de internet; y obtener respuestas precisas. El puntaje final siempre lo brinda el equipo de salud.

#### AUDIT C versión entrevista

Consigna para que el equipo de salud:

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT-C diciendo al/la encuestado/a: «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, para esto utilice la lámina con las bebidas estándar y muéstrele a la persona qué se entiende por una bebida estándar. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro.

#### AUDIT C versión autocompletado

Quien haga la encuesta, debe explicar a la persona: “debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor. Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta”.

Preguntas	0	1	2	3	4	Puntaje (en el caso de “autocompletado”, eliminar esta columna)
1. ¿Con qué frecuencia toma una bebida que contiene alcohol?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas estándar toma en un día típico en el que está bebiendo?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas con alcohol en una sola ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
Puntuación total AUDIT-C (rango posible 0-12)						

### ¿Cómo puntuar?

Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4.

En la modalidad “entrevista”, el/la entrevistador/a debe anotar la puntuación en el recuadro “Puntaje” de cada pregunta.

En la modalidad “autoadministrado”, el paciente solo debe ir marcando con una cruz el cuadro donde está su respuesta. Las columnas de “puntaje” lo suma y registra el equipo de salud.

El/la entrevistador/a sumar los puntos (0 a 4) de cada respuesta y así obtiene una calificación final.

Puntos de corte	Interpretación de resultados	Acción sugerida
Mujeres 0-3 Hombres 0-4	Consumo de bajo riesgo o Abstinencia	Retroalimentación positiva
Mujeres 4 o más Hombres 5 o más	Consumo de Riesgo	Consejo Breve y derivar a equipo de salud interdisciplinario para realizar AUDIT completo (ver anexos)

### Retroalimentación Positiva - Consejo breve

Proporcionar al paciente herramientas para cambiar actitudes básicas y manejar una variedad de problemas subyacentes. Este consejo debe incorporar los siguientes elementos:

- Si el Audit-C dio como resultado “Consumo de bajo riesgo o Abstinencia”:
  - » Dar “retroalimentación positiva”: Que, en este caso, sería decirle al paciente que ningún nivel de consumo es saludable y que está muy bien que continúe sin beber, o bien, si bebe muy poco, sostener la idea de evitar el consumo. Y, principalmente, que no aumente el consumo: cuanto menos beba, es mejor.

2. Si el Audit C dio como resultado “Consumo de Riesgo” → Consejo Breve:
- » Dar retroalimentación: hacer una observación al/la paciente sobre el hecho de que su patrón de consumo se encuentra en el marco de consumo de riesgo. Por ejemplo:
  - » “Sus respuestas indican que su consumo pone en riesgo su salud y es aconsejable reducirlo ¿Ha pensado en este tema?”
  - » Proporcionar información sobre los problemas específicos de continuar bebiendo a niveles de riesgo o perjudiciales. Por ejemplo: “Si usted reduce su consumo va a evitar riesgos de enfermedades y accidentes”.
  - » Permitir que el paciente establezca una meta para cambiar su patrón de consumo. Por ejemplo: “Usted está bebiendo 2 copas de vino en cada comida y 6 cervezas cada viernes ¿es posible que beba menos?”
  - » Proporcionar estímulos, motivar al paciente, repitiéndole la necesidad de reducir el riesgo y alentándolo a que comience cuanto antes. Por ejemplo: “No beba sin haber comido, intente intercalar bebidas que no tengan alcohol, no beba si está triste mejor haga alguna otra cosa que le guste”.
  - » Alentar la idea de que los consumidores de riesgo no son dependientes y que por ello pueden cambiar sus hábitos de consumo. Por ejemplo: “Usted hace muy bien en no conducir cuando ha bebido, y en no beber alcohol cuando está enfermo. Como ve, usted puede decidir reducir su consumo”.
  - » Derivar para que el equipo interdisciplinario del primer nivel de atención realice el AUDIT completo.
  - » Ante síntomas de dependencia aconsejar dejar de consumir y derivar a equipo especializado para evaluación integral y tratamiento.
  - » Línea Salud responde: consumo problemático de alcohol: 0800-222-1002, opción 6.

## OTRAS HERRAMIENTAS

### 1. Intervención breve

Es un proceso de intercambio entre el prestador y el usuario en el que se proporciona orientación, información y conocimiento al consultante, usuario o familiar del servicio de salud. Suelen tener una duración de 1 a 5 sesiones (OPS, 2008).

Los objetivos principales son: desnaturalización del modo en que se vincula con la sustancia, distinguir las prácticas de consumo; instalar la percepción del riesgo y reducir daños futuros.

Según el caso, con el consentimiento de la persona se puede incluir:

- A familiares y/o adultos referentes;
- La psico-educación para una actitud comprensiva y de cuidado;
- Amigos/pares para capitalizar la crisis y promover una actitud reflexiva frente al impulso incontrolable.

Objetivos de la Intervención breve:

- I. Informar, desnaturalizar el consumo excesivo de alcohol y/o otras conductas observadas, distinguir y diferenciar las prácticas de consumo del paciente.
- II. Promover una auto percepción del problema y reflexión sobre los riesgos.
- III. Empoderar prácticas y hábitos de vida saludable.
- IV. Instalar como actividad Preventiva y para la continuidad del abordaje.
- V. Incrementar así la receptividad de la atención por Guardia.

Sugerencias:

- Se informa diagnóstico, pronóstico y conducta aconsejable a seguir; y luego explicitar plan de seguimiento y/o derivación a psicoterapia en el caso de identificar factores de consumo de riesgo, consumo problemático o dependencia.
- Se habilita un espacio de escucha donde se pueden analizar factores de riesgo luego de aplicar el AUDIT completo.
- Se comunican los riesgos de consumo para su salud (se facilitan materiales impresos con información preventiva de acuerdo a la edad).

Es importante en este proceso registrar el grado de percepción de las personas sobre prácticas de riesgo y fomentar la toma de decisiones sobre el patrón de consumo.

Para ello:

- Se promueven prácticas de cuidado y estrategias para reducir daños futuros.
- En caso de detectar Consumo de Riesgo, es importante involucrar al entorno cercano del paciente, haciéndolos participar de los Grupos de Referencia. Los GR son dispositivos grupales que tienen como finalidad orientar, contener y motivar a aquellas personas cercanas al paciente para que puedan acompañar la situación de la mejor manera posible.
- En los casos de detectar Consumo Problemático, derivarlos con los Servicios del Segundo Nivel de Atención.

## 2. Grupos Institucionales de Alcoholismo

Cuya principal estrategia es el “grupo terapéutico”, trabajando distintos aspectos de la vida de sus miembros.

## 3. Psicoterapia

Esta herramienta aborda determinantes psicoemocionales del sujeto en cuestión y colabora en la obtención de estrategias que ayuden a mejorar la toma de decisiones en cuanto a su salud.

## 4. Abordaje Clínico por Intoxicación Aguda

Este dispositivo se implementa cuando el paciente llega con un cuadro de intoxicación por consumo de alcohol excesivo y requiere de un equipo de salud interdisciplinario.

## 5. Tratamiento Farmacológico

Aquí se implementan una serie de sustancias químicas capaces de influir en las funciones psicoemocionales del sistema nervioso central, ayudando a mejorar la calidad de vida del paciente en cuestión.

Finalmente se recomienda siempre tener un listado actualizado de la red de servicios, de espacios, programas, prestaciones o cualquier estrategia que colabore con la prevención y lucha contra el consumo de alcohol excesivo para poder orientar al paciente, a sus familiares y/o su red de contención más cercana.

## ANEXO: AUDIT Versión completa (10 preguntas)

Preguntas		Sistema de puntuación					Puntaje
		0	1	2	3	4	
1	¿Con qué frecuencia toma una bebida que contiene alcohol?	Nunca	Una vez al mes o menos	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces por semana	4 o más veces por semana	
2	¿Cuántas bebidas alcohólicas estándar toma en un día típico en el que está bebiendo?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7, 8 o 9	10 o más	
3	¿Con qué frecuencia toma 6 o más tragos estándar en una ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4	En el último año, ¿con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5	En el último año, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6	En el último año, ¿con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7	En el último año, ¿con qué frecuencia ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8	En el último año, ¿con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior que había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9	¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido a causa de su consumo de alcohol?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año	
10	¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de alcohol o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año	
Puntuación total AUDIT (rango posible 0-40)							

## Calificación, puntos de corte, interpretación de resultados

**Calificación:** Se suman los puntos (0 a 4) de cada respuesta y se obtiene una calificación final.



## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Global status report on alcohol and health. Ginebra, 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
2. AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud, 2001. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AUDIT\\_spa.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AUDIT_spa.pdf)
3. Secretaría de Políticas Integrales Sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). Resumen de los resultados del Estudio 2017 de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Población de 12 a 65 años. Buenos Aires, 2017. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/INFORMACINZPARAZCOMUNICACINZPRENSA.pdf>
4. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Encuesta Mundial de Salud Escolar, 2012. Buenos Aires, 2013. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09\\_informe-EMSE-2012.pdf](http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf)
5. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013, 3º edición. Buenos Aires, 2015. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015\\_09\\_04\\_encuesta\\_nacional\\_factores\\_riesgo.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf)
6. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 4ta. Edición. Principales Resultados. Dirección Nacional de Promoción de Salud y Control de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019.
7. Diagnóstico de situación sobre el consumo de alcohol en la Argentina y recomendaciones para la puesta en marcha de políticas sanitarias. Dirección Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas no trasmisibles. [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001747cnt-consumo\\_alcohol\\_argentina-11-2019.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001747cnt-consumo_alcohol_argentina-11-2019.pdf)
8. [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_atencion\\_primaria.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf)
9. [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001231cnt-2018\\_OPS-OMS-guia-intervencin-mhGAP.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001231cnt-2018_OPS-OMS-guia-intervencin-mhGAP.pdf)
10. [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000878cnt-2018\\_lineamientos-consumo-excesivo-alcohol-adolescentes.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000878cnt-2018_lineamientos-consumo-excesivo-alcohol-adolescentes.pdf)

[argentina.gob.ar/salud](http://argentina.gob.ar/salud)  
0800.222.1002



Ministerio de Salud  
Argentina

*primero  
la gente*