



El secreto del consumo peligroso de bebidas.

Kaija Seppä

FINLANDIA

La ingesta peligrosa de bebidas se refiere, en este caso, al consumo de alcohol que excede un determinado umbral. La historia clínica se considera un procedimiento de diagnóstico insuficiente porque los pacientes tienden a subestimar lo que beben. El reto radica en encontrar métodos efectivos para detectar el consumo peligroso de bebidas, pero también en establecer un patrón fiable a la hora de desarrollar estos métodos.

El seguimiento temporal es la mejor opción con fines de investigación. Mientras que con fines clínicos, se necesitan métodos que requieran menos tiempo y se prefieren las entrevistas verbales a los cuestionarios estructurados y los marcadores bioquímicos. Y así, existe la urgente necesidad de hacerse con pruebas sobre la efectividad de las entrevistas breves cara a cara en un ambiente de confianza. En el futuro, las nuevas tecnologías y la metodología que sigue el nivel de los hechos pueden servir para revelar el secreto del consumo peligroso de bebidas con fines investigadores y clínicos.

El consumo peligroso de bebidas como concepto

La secuencia de los trastornos por consumo de alcohol va desde el consumo peligroso al dañino, hasta llegar a la dependencia del alcohol. La Organización Mundial de la Salud define el consumo peligroso de bebidas como el consumo de alcohol que conlleva riesgos de daños físicos y/o psicológicos (Edwards, G., Ariff, A., Hadgson, R., 1981); generalmente también se define estableciendo un umbral de consumo de alcohol (por ejemplo, diario, semanal u ocasional). El consumo peligroso es menos grave, pero más habitual, que el consumo dañino o la dependencia; en un reciente estudio de atención primaria en el Reino Unido casi el 60% de los trastornos por consumo de alcohol afectaban a bebedores no dependientes (Coulton S., Drummond, C., James, D., Godfrey, C., Bland J.M., Parrott, J., Peters, T., 2006).

La detección temprana del consumo de alcohol es esencial porque existe entonces una opción profiláctica eficaz: la intervención breve (Ballesteros, J., Gonzales- Pinto, A., Querejeta, I., Arino, J. (2004) Bertholet, N., Daepfen, J. B., Wietlisbach, V., Fleming, M., Burnand, B., 2005). Para detectar los trastornos por consumo de alcohol se han evaluado cierto número de estrategias en diferentes entornos, pero en general se han dirigido a los trastornos por abuso y dependencia del alcohol.

Como el consumo peligroso representa sobre todo un riesgo donde todavía no han aparecido todavía las consecuencias, es más difícil de detectar.

La historia clínica podría ser un perfecto instrumento de diagnóstico. El problema es que los pacientes con frecuencia infravaloran sus consumos (Hammersley, 1994). Este es el motivo por el que se han desarrollado cuestionarios estructurados y marcadores biológicos. Cuanto menos grave sea el trastorno, más insatisfactoria es la eficacia de estos métodos de detección (Aertgeerts, B., Buntinx, F., Ansoms, S. Fevery, J., 2001).

Esto supone un reto para la investigación y para el trabajo clínico ¿Cómo detectar una situación y

desarrollar herramientas de diagnóstico para algo que ocultan los pacientes? ¿Cuál es el patrón básico del consumo de bebidas a escondidas?

Cómo detectar el consumo peligroso de bebidas: opciones de investigación

El test de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) fue el primer instrumento que abarcó también el consumo peligroso (Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T.F., de la Fuente, J. R., Grant, M., 1993). Esta investigación multinacional se basaba en entrevistas retrospectivas y utilizaba como patrón básico del consumo peligroso una ingesta media diaria de alcohol que excediese los 60 grs. en los hombres y 40 grs. en las mujeres, y para embriaguez recurrente 60 grs. en una sola sesión diaria o casi diaria o 120 grs. Por sesión por lo menos semanal. Estos límites, que a la luz de los conocimientos recientes pueden considerarse relativamente altos, dan una especificidad de 79-94% y una sensibilidad de 84-100% en la embriaguez por consumo recurrente y peligroso, utilizando la puntuación 8 del AUDIT como punto de corte. Utilizando el mismo límite, pero diferentes estándares, otros han registrado sensibilidades inferiores (51-59%) (Fiellin, D.A., Reid, M.C., O'Connor, P.G. 2000).

Desde entonces, la investigación de la validación de cuestionarios ha utilizado como patrones básicos principalmente los datos acumulados de bebida utilizando índices de bebida como el de cantidad-frecuencia (Gordon, 2001) y el seguimiento retrospectivo durante un tiempo determinado (Sobell y Sobell, 2000; Coulton et al, 2006). La utilización del consumo y dependencia del alcohol, por ejemplo siguiendo los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales (DSM) (Aertgeerts et al, 2001), excluye al grupo más relevante para la prevención, los bebedores peligrosos.

Asimismo, el AUDIT se ha utilizado como patrón de referencia (Hodgson et al, 2002).

Este enfoque sólo ofrece la eficacia del nuevo cuestionario en relación con el AUDIT, no las verdaderas cifras de sensibilidad o especificidad del consumo peligroso de bebidas. En consecuencia todos los enfoques existentes tienen sus limitaciones. El seguimiento temporal retrospectivo puede, por el momento, considerarse el mejor procedimiento para fines de investigación. Sin embargo, parece demasiado complicado para pacientes ocupados y puede conducir a bajos porcentajes de participación, tan bajos como sólo del 25% en un estudio reciente (Coulton et al., 2006). También conlleva riesgos una medición retrospectiva por el carácter imperfecto de la memoria humana. En la 'metodología del nivel de los acontecimientos', cada día o acontecimiento se registra como un dato independiente (Neal, D.j., Fromme, K., DelBoca, F.K.; Parks, K.A., King, L.P., Pardi, A.M., et al., 2006).

Los avances recientes en tecnología pueden reforzar la capacidad de los investigadores para recoger datos válidos también en relación con el consumo peligroso de bebidas (Kypri, K., Thiagarajan, S., Cunningham, J., Kavanagh, D., Dean, J., 2005). El futuro demostrará si las promesas de estos nuevos enfoques se convierten en realidad.

Cómo diagnosticar el consumo peligroso de bebidas ; retos del trabajo clínico

Los bebedores peligrosos visitan el sistema de salud por cuestiones médicas, no porque les preocupe lo que beben. Los profesionales tienen dificultades para entender la diferencia entre pacientes dependientes del alcohol y bebedores peligrosos. También ellos están ocupados tratando las enfermedades y son reacios a investigar las conductas de riesgo, sobre todo las relacionadas con el alcohol. Todos estos obstáculos han de ser resueltos cuando se implantan nuevas herramientas. Los marcadores de laboratorio son una forma fácil y rápida de detectar el consumo peligroso de bebidas. Sin embargo, su efectividad dista mucho de ser perfecta (Aertgeens et al, 2001). La pregunta de cómo se puede establecer comunicación utilizando sólo marcadores también permanece sin resolver. Si el paciente no habla de su consumo de alcohol, ¿puede el médico sugerir un marcador «que detecte lo que ellos no quieren contar»? Desde este punto de vista, los marcadores sólo pueden añadirse a las preguntas, no sustituirlas.

La ciencia ha ofrecido cuestionarios estructurados sólo por escrito. En la vida real, la situación clínica se basa en comunicaciones verbales y no verbales, no en cuestionarios escritos. Necesitamos información sobre el funcionamiento de entrevistas clínicas bien hechas en un ambiente seguro, que tengan en cuenta las realidades de un entorno de atención primaria, para detectar el consumo peligroso de bebidas. El seguimiento retrospectivo en el tiempo es posiblemente no practicable, pero sí lo serían las preguntas relacionadas con la cantidad-frecuencia y episodios graves de consumo. La relación médico-paciente de larga duración constituye una base importante para las intervenciones y podría servir como un mejor punto de partida para las intervenciones que un cuestionario escrito impersonal o los marcadores de laboratorio.

La desaparición del secreto

Los protocolos de valoración y los algoritmos clínicos de toma de decisiones, en los cuales se utilizan por igual cuestionarios de autoinformación y biomarcadores, son buenos vehículos para detectar el secreto (NIAAA, 2005). Sin embargo, teniendo en cuenta el limitado poder de los métodos que incluyen, el secreto oculto se revelaría sólo en parte.

Un profesional experimentado establece el vínculo entre el estado médico y el consumo de alcohol del paciente, reconoce los indicios, se interesa y se preocupa por el consumo de alcohol de los pacientes así como por otros factores de riesgo, no moraliza, respeta las decisiones de los pacientes, motiva y apoya, pero también puede renunciar si el paciente lo exige verbalmente o no verbalmente. Hacen un escrutinio si procede, detectan objetivos concretos cuando hace falta, dan información cuando parece necesario hacerlo y el paciente la acepta. Discutir y compartir información en el entorno clínico es más importante que saber con exactitud si el paciente es o no un bebedor peligroso.

No hay secreto en el trabajo clínico, sino comunicación entre profesionales y pacientes relativa al alcohol, como sobre otras cuestiones relacionadas con la salud. Causa poco daño dar información sobre el alcohol a «falsos positivos». Sin embargo, optimizar el trabajo en ambientes clínicos sobrecargados es importante.

En esto se necesitan ciencia y herramientas con objetivos. La investigación ya ha hecho mucho por la comprensión del consumo peligroso de bebidas.

Los cuestionarios breves abren una vía de comunicación, pero no son la respuesta final al trabajo clínico.

Los retos de la investigación consisten en encontrar métodos innovadores para comprobar y estudiar la comunicación verbal con el fin de detectar el consumo peligroso de bebidas. Tal vez sea hora de olvidar la antigua idea de que los pacientes subestiman su consumo; podría no ser cierto en un ambiente de confianza y motivación.

The secrecy of hazardous drinking

In this instance, hazardous drinking means alcohol consumption, which exceeds a certain threshold value. Clinical history is considered an insufficient diagnostic procedure, because patients tend to underestimate their drinking. The challenge is to find effective methods to detect hazardous drinking but also in establishing a reliable golden standard when developing these methods. For research purposes, a time-line follow back is the best available option. For clinical purposes, less time-consuming methods are needed and a verbal interview is preferred above structured questionnaires and biochemical markers. Thus, there is urgent need to have evidence of the effectiveness of short face-to-face interviews in a confidential atmosphere. In future, new technologies and event-level methodology may serve as aids both for research and clinical purposes to reveal the secret of hazardous drinking.

Hazardous drinking as a concept

The continuum of alcohol use disorders (AUDs) ranges from hazardous to harmful drinking and to alcohol dependence. Hazardous drinking is defined by WHO as being alcohol consumption that carries the risk of physical and/or psychological harm (Edwards, G., Ariff, A., Hadgson, R., 1981) and usually by establishing a threshold amount of alcohol consumption (eg. daily, weekly, or occasionally). Hazardous drinking is less severe but more common than harmful drinking or dependence; in a recent study from primary care in the United Kingdom almost 60% of all AUDs comprised of non-dependent drinkers (Coulton S., Drummond, C., James, D., Godfrey, C., Bland J.M., Parrott, J., Peters, T., 2006). Early detection of alcohol consumption is essential because an effective prophylactic option exists at that stage; the brief intervention (Ballesteros, J., Gonzales-Pinto, A., Querejeta, I., Arino, J. (2004) Bertholet, N., Daeppen, J. B., Wietlisbach, V., Fleming, M., Burnand, B., 2005)). A number of strategies have been evaluated in a variety of settings in screening for AUDs, but they have generally been directed toward alcohol abuse or dependence. As hazardous drinking represents a risk where no harmful consequences have yet appeared, it is most difficult to detect. Clinical history would be a perfect diagnostic tool. However, patients often underestimate their drinking (Hammersley, 1994). This is why structured questionnaires and biochemical markers have been developed. The less severe the disorder, the more dissatisfactory is the efficacy of these detection methods (Aertgeerts, B., Buntinx, F., Ansoms, S. Fevery, J., 2001). This is a challenge for research and for clinical work. How to detect a condition and develop diagnostic tools for something which is hidden by patients? What is the golden standard for hidden drinking?

How to detect hazardous drinking -research options

Alcohol Use Disorders Test (AUDIT) was the first instrument to cover also hazardous drinking (Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T.F., de la Fuente, J. R., Grant, M., 1993). This multinational research relied on retrospective interviews and established as golden standard for hazardous drinking an average daily alcohol intake exceeding 60 g for men and 40 g for women per day and for recurrent intoxication 60 g in a single session daily or almost daily or 120 g per session at least weekly. These limits, which in the light of recent knowledge can be considered relatively high, gave a specificity of 79-94 % and a sensitivity of 84-100% for hazardous consumption/recurrent intoxication using the cut-off score of 8 in the AUDIT. Using the same cut-off, but different criterion standards, others have reported lower sensitivities (51-59%) (Fiellin, D.A., Reid, M.C., O'Connor, P.G. 2000). Since, the questionnaire validation research has used as golden standards mainly the aggregate drinking data utilizing drinking indices such as quantity-frequency (Gordon, 2001) and time-line follow back (Sobell, Sobell, 2000, Coulton, et al., 2006). Use of alcohol abuse and dependence, e.g. DSM-criteria (Aertgeerts, B., & et., 2001) excludes the most relevant target group for prevention, hazardous drinkers. Also, the AUDIT has been used as golden standard (Hodgson, et al., 2002). This approach only gives the efficacy of the new questionnaire in relation to the AUDIT, not the true sensitivity or specificity figures for hazardous drinking.

Thus, all the existing approaches have their limitations. Time-line follow back can, for the moment, be considered as the best available approach for research purposes. However, it seems that it is far too complicated for busy patients and may lead to low participation percentages, as low as only 25% in a recent study (Coulton, et al., 2006). In addition, it also includes the risk of a retrospective measure, the imperfect nature of human memory. In the event-level methodology each day or event is captured as an independent data point (Neal, D.j., Fromme, K., DelBoca, F.K.; Parks, K.A., King, L.P., Pardi, A.M., et al., 2006). Recent advances in technology may enhance the ability of researchers to collect valid data also in relation to hazardous drinking (Kypri, K., Thiagarajan, S., Cunningham, J., Kavanagh, D., Dean, J., 2005). Future will show whether the promises in these new approaches will turn reality.

How to diagnose hazardous drinking-challenges in clinical work

Hazardous drinkers are seen in health care for medical concerns, not because they are worried about their drinking. Professionals have difficulties in understanding the difference between alcohol dependent patients and hazardous drinkers. They are also busy in treating the diseases and unwilling to screen for risk behaviour, especially related to alcohol. All these obstacles must be tackled when implementing new tools. Laboratory markers could be a fast and easy way to detect hazardous

drinking.

However, their effectiveness is far from perfect (Aertgeerts, et al., 2001). The question, how one could communicate using only markers, also remains unsolved. If the patient will not tell about his/her alcohol consumption, could the physician suggest a marker 'to detect what you will not tell'? From this point of view markers can only add to questions, not substitute for them.

Science has offered structured questionnaires only in written form. The real-life clinical situation is based on verbal and nonverbal communication, not on written questionnaires. We need information on how clinical, well-done interview in a safe environment, recognizing the realities of a primary care setting, would work in detecting hazardous drinking. Time-line follow-back is surely not feasible, but quantity-frequency or heavy-episodic drinking related questions might be. The long-lasting doctor-patient relationship is a meaningful basis for interventions and could serve as a better starting point for interventions than the faceless structured written questionnaires or laboratory markers.

Vanishing secrecy

Assessment protocols and clinical decision-making algorithms, in which self-report questionnaires and biomarkers are used in tandem, are good vehicles to detect the secret (NIAAA 2005). However, taken the limited power of the included methods the hidden secret can only partly be revealed.

An experienced professional makes the linkage between the medical condition and patients' alcohol use, recognizes these hints, is interested and concerned about all patients' alcohol use as well as other risk factors, does not moralize, respects the patients' decisions, motivates and supports but can also give up if the patient verbally or nonverbally demands this. (S)he does screening when suitable, targeted screening when needed, gives information whenever this feels necessary and comfortable and is accepted by the patient. Discussing and sharing information in the clinical situation is more important than knowing exactly whether the patient is or is not a hazardous drinker.

There is no secret in clinical work - only communication between professionals and patients concerning alcohol, like any other health-related matter.

Little harm is done if alcohol-related information is given to 'false positives'. However, optimising the work in busy clinical settings is important. Here, science and targeted tools are needed. Research has already done a lot to reframe understanding of hazardous drinking. Short questionnaires open the way for communication, but they are not the final answer for clinical work. The challenges for research are to find innovative methods to screen and to study verbal communication in order to detect hazardous drinking. It may be time to forget the old belief of patients underestimating their consumption - this may not at all be true in confidential and motivational **atmosphere**.

REFERENCIAS / REFERENCES

Aertgeerts, B., Buntinx, F., Ansoms, S., Fevery, J. (2001) Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *British Journal of General Practice* 464, 206-217. Ballesteros, J., Gonzales-Pinto, A., Querejeta, I., Arino, J. (2004) Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction* 99: 103-108. Bertholet, N., Daepfen, J.B., Wietlisbach, V., Fleming, M., Burnand, B. (2005) Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine* 165: 986-95.

Coulton, S., Drummond, C., James, D., Godfrey, C., Bland, J.M., Parrott, J. Peters, T. (2006) Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *British Medical Journal* 331, 511-517. Edwards, G., Ariff, A. & Hadgson, R. (1981) Nomenclature and classification of drug-and-alcohol-related problems: a WHO Memorandum. *Bulletin of the World Health Organization* 59, 225-242. Fiellin, D.A., Reid, M.C. O'Connor, P.G. (2000) Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Archives of Internal Medicine* 160, 1977-1989.

Gordon, A.J., Maisto, S.A., McNeil, M., Kraemer, K.L., Conigliaro, R.L., Kelley, M.E. Conigliaro, J. (2001) Three questions can detect hazardous drinking. *Journal of Family Practice* 50, 313-320.
Hammersley, R. (1994) A digest of memory phenomena for addiction research. *Review. Addiction* 89: 283-293.
Kypri, K., Thiagarajan, S., Cunningham, J., Kavanagh, D., Dean, J. (2005) Innovative interventions for problem drinking. *Current Opinion of Psychiatry* 18, 229-234.
Neal, D.J., Fromme, K., DelBoca, F.K., Parks, K.A., King, L.P., Pardi, A.M., Collins, R.L., Muraven, M., Vetter, C. Corbin, W.R. (2006) Capturing the moment: Innovative approaches to daily alcohol assessment. *Alcohol Clinical Exp. Research* 30, 282-291.
NIAAA, National Institute of Health, U.S. Department of Health and Human Services. *Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide*: NIH publication N° 05-3769, revised, Rockville, MD: 2005.
Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Grant M. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 88: 791-804.
Sobell, L.C. Sobell, M.B. (2000) Alcohol Timeline Followback (TLFB). *Handbook of psychiatric measures*. American psychiatric Association, Washington DC, 477-479.

Kaija Seppä

Profesora de Medicina General / Professor of General Practice Universidad de Tampere y Hospital Universitario de Tampere / University of Tampere and Tampere University Hospital Enviar correspondencia a: Kaija Seppä. Professor of General Practice. Univ. of Tampere and Tampere Univ. Hospital. Medical School. FIM-33014. University of Tampere. Finland. Email: kaija-liisa.seppa@uta.fi

FUENTE: *Revista Adicciones* 2006

<http://www.adicciones.es/files/105-110%20Kaija%20Seppa.pdf>

