



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



Universitat Autònoma
de Barcelona

TESIS DOCTORAL

Mejora de la identificación precoz y la intervención breve
en el consumo de riesgo de alcohol en la atención
primaria de salud de *Catalunya*.

*Improving early identification and brief intervention in
risky drinking in primary health care in Catalonia*

Lidia Segura García

Dirigida por:

Dra. Teresa Gutiérrez Rosado

Dra. María Soledad Mora Giral

Dr. Antoni Gual Solé

Doctorado en Psicología de la Comunicación y Cambio

Interuniversitario, Doctorado conjunto

Universitat Autònoma de Barcelona y Universitat de Barcelona
Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología

Barcelona, febrero 2021

DEDICATÒRIA

A totes les persones que pateixen problemes relacionats amb el consum d'alcohol i/o altres drogues derivats del seu propi consum o del consum de terceres persones i a tots els i les professionals, treballin on treballin, que tenen en la seva agenda diària prevenir-los, tractar-los o reduir els seus danys.

AGRAÏMENTS

“Ho van aconseguir perquè nos sabien que era impossible”

Jean Cocteau

A en Joan Colom i Farran, sub-director general de Drogodependències de l'Agència de Salut Pública, per posar i mantenir les polítiques d'alcohol, drogues i addiccions al capdamunt de l'agenda del Govern durant tants anys, pel seu lideratge, perseverança i *savoir faire* i sobretot per confiar plenament en mi, donar-me suport en moments difícils i la llibertat de créixer professionalment fins a extrems, *a priori*, mai imaginats. A en Toni Gual Solé, cap de la Unitat d'Addiccions de l'Hospital Clínic, pel seu pragmatisme, eficiència i per obrir camí i prestigiar la prevenció i el tractament dels trastorns per consum d'alcohol i altres drogues al nostre país. A tots dos, per obrir-me les portes per treballar amb ells en aquest àmbit, per tots els reptes plantejats aquí i a Europa, i tots els incomptables aprenentatges dels darrers 20 anys. Per ser incansables treballadors sempre motivats i fer possible, fins i tot, l'impossible. Aspiràvem a més però aquesta vegada sí que he fet meu allò que diuen que “*lo mejor es enemigo de lo bueno*”.

A Teresa Gutiérrez Rosado y Marisol Mora Giral, profesoras del Departament de Psicologia Clínica i de la Salut de la UAB, quienes, sin conocerme y sin proporcionarles apenas rédito académico, aceptaron ser mis tutoras. Por su acompañamiento, aliento durante estos cinco años, por su ayuda en todas las fases y trámites del proceso y sobre todo por confiar en mí, incluso cuando yo dudaba, y ayudarme a hacer realidad esta tesis.

A en Josep Guardia Serecigni, psiquiatra de l'Hospital de Sant Pau, el primer a confiar en mi i contractar-me per treballar en l'àmbit de les addiccions, per ensenyar-me tant. “*Amb tu, va començar tot!*”

A en Nick Heather, Emeritus Professor of Alcohol & Other Drug Studies at Northumbria University, per prestigiar la psicologia clínica amb la seva indispensable i nombrosa producció científica en l'àmbit de les addiccions, per ser un gran pensador i una millor persona. Per encoratjar-me a fer la tesi, per la seva amistat i per obrir-me les portes de casa seva durant la meva visita acadèmica a Newcastle.

A totes les dones i homes que m'han inspirat en el meu camí professional, especialment Peter Anderson, Sven Andreásson, Tom Babor, Miquel Casas Brugué, Niamh Fitzgerald, Malu Formigoni, Cees Goos, Eileen Kaner, Jim McCambridge, Bill Miller, Maristela Monteiro, Dorothy Newbury-Birch, Vladimir Poznyak, Jürgen Rehm, Alicia Rodríguez-Martos, Amy O'Donnell, Steve Rollnick, Robin Room, Gabriel Rubio Valladolid, Richard Saitz, Marta Torrens Mèlich i Carolina Yahne.

Als companys i companyes que esdevenen amistats i a les amistats que esdevenen companys i companyes: Begoña, Maria E., Xavier, Meri, Mercè, Neus, Inés, Momo, Maria M., Juanjo, Hugo, Pilar, Polo, David, Imma, Lourdes, Isabel, Ester, Heinrich, Silvia i Fleur.

A les meves i meus companyes i companys de feina més propers, amb qui hem fet possible, treballant colze amb colze, tants i tants projectes, inclosos alguns que configuren aquesta tesi. Especialment els meus agraïments a Jorge Palacio-Vieira per la seva tenacitat, a la Núria Ibáñez pel seu entusiasme i a l'Ariadna Sánchez per la seva versatilitat i també a Estela Díaz, Carla Bruguera, Ana Ibar, Montse Rodríguez, Victòria Serra i Gemma Ruiz. A la resta de companyes i companys, d'ara i de sempre, de la Subdirecció General de Drogodependències, que treballen intensament per proveir la millor prevenció, tractament i reducció de danys per a les persones que pateixen addiccions de *Catalunya*.

Als membres del Grup d'Alcohol i Drogues de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC), especialment a la Rosa Freixedas i a la Núria Bastida, i també a tots els i les referents d'alcohol de la XaROH (de l'APS i la XAD). Són elles i ells els que fan la feina veritablement important i no sempre en les condicions que es mereixen.

A la [International Network on Brief Interventions for Alcohol and other Drugs](#) (INEBRIA)¹, al [Grupo de Trabajo en Entrevista Motivacional en Español](#) (GETEM)² i a l'[Alcohol Policy Network in Europe](#) (APN)³, xarxes de persones expertes a les quals pertanyo i de les quals aprenc tant i tant.

¹ INEBRIA: www.inebria.net

² GETEM: www.getem.org

³ APN: www.alcoholpolicynetwork.eu

Especialment a en Dag i a en Leif Pau, per fer-me tant feliç, fer-me costat en tot i suportar-me en els moments d'estrès i desànim. *“Dag, jeg elsker deg”. “Leif Pau, persegueix els teus somnis, és l'únic camí per créixer i ser feliç”*.

Al meu pare i a la meva mare, que em van ensenyar a esforçar-me i em van donar les eines i les ales per ser el que volgués ser en aquesta vida. *“Papa, sé que estaries orgullós de mi!”*.

Als meus germans, per ser qui son i com son, per la seva complicitat i per respectar les meves decisions en moments difícils de la nostra història encara que els perjudiquessin. Quin goig tenir-los com germans!. *“Us estimo i també a les vostres famílies”*.

A les meves estimades Mercè i Glòria, amb qui compartim tanta intimitat i connexió emocional i espiritual. *“Gràcies per la vostra escolta i acompanyament en els reptes més importants de la meva vida dels darrers 20 anys”*. A les meves amigues de sempre, la Lepi, l'Emma, la Laura, la Maria, la Teresa i l'Alicia per tants anys de compartir i créixer juntes. Als cercles de dones als que pertanyo: a “las lobas: las viejas y las lobitas”, al cercle de madrines, al grup Entrenou i al cercle de dones de la família, *“gràcies per la vostra sororitat i aprenentatges de la feminitat i la maternitat”*.

A les colles d'amistats, per acceptar la diversitat i ensenyar-me la importància de l'alegria i de riure's d'una mateixa.

A la pandèmia de la COVID-19, que ha trasbalsat tant les nostres vides i que ha matat a tanta gent, no li puc donar les gràcies però sí que vull deixar constància que m'ha fet adonar, una vegada més, de com en sóc de privilegiada i que, en forçar la reducció de la mobilitat i les distraccions, ha fet possible que trobés temps per acabar aquesta tesi.

He tardat 20 anys a doctorar-me. El camí ha estat llarg, en part perquè, tot i ser un objectiu meu, no era mai una prioritat, perquè he estat enfeinada en altres reptes professionals i personals molt il·lusionants, i en part per la meva “tendència” a exigir-me massa. Acabar-la, m'omple de satisfacció perquè és fer realitat un vell somni i representa també la culminació d'una part del meu treball personal, que no s'acaba mai.

TABLA DE CONTENIDOS

Dedicatòria.....	i
Agraïments.....	iii
Tabla de contenidos	vii
Lista de tablas	xi
Lista de figuras.....	xiii
Resumen.....	xv
Resum	xvii
Abstract.....	xix
Lista de abreviaturas	xxi
Presentación	1
Capítulo 1. Introducción general	7
1.1. El impacto del alcohol a nivel de salud y social	7
1.2. La clasificación de los patrones de consumo de alcohol.....	9
1.3. La importancia de las estrategias de IPIB en los TCA dentro de las políticas efectivas para reducir los problemas de alcohol.....	12
1.4. La implementación a gran escala de las estrategias de IPIB.....	16
1.5. La implementación de las estrategias de identificación precoz e intervención breve en España	20
1.6. La experiencia de implementación y evaluación del programa <i>Beveu Menys en Catalunya</i>	22
Capítulo 2. Objetivos, hipótesis y metodología general	33
Capítulo 3. Revisión de la evidencia reciente sobre la aplicación de estrategias de identificación precoz e intervención breve en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en la atención primaria de la salud	37
3.1. Introduction	37
3.2. Methods	39
3.3. Results	40
3.4. Discussion.....	48
3.5. Conclusions	49
Capítulo 4. Análisis de los factores que pueden mejorar la fidelidad o aplicación según protocolo de las actividades de identificación precoz y de intervención breve en el consumo de riesgo de alcohol en la atención primaria de salud.....	51
4.1. Introduction	51
4.2. Methods	53
4.3. Outcomes	54

4.4. Statistical methods.....	54
4.5. Results	54
4.6. Discussion.....	58
4.7 Conclusion.....	60
Capítulo 5. Estudio de la validez de instrumentos ultra cortos para detectar el consumo de riesgo de alcohol en la atención primaria de salud.....	61
5.1. Introduction	61
5.2. Methods	63
5.3. Results	64
5.4. Discussion.....	69
5.5. Conclusions	70
Capítulo 6. Estudio de la utilidad de un instrumento informatizado para la identificación precoz y mejora de la fidelidad de la intervención breve en el consumo de riesgo de alcohol en la atención primaria de salud.....	73
6.1. Introducción.....	73
6.2. Métodos	76
6.3. Resultados.....	78
6.4. Discusión	81
6.5. Conclusiones.....	83
Capítulo 7. Discusión.....	85
7.1. Estudio 1: la evidencia reciente sobre la aplicación de estrategias de identificación precoz e intervención breve en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en la atención primaria de la salud.....	85
7.2. Estudio 2: Factores que pueden mejorar la fidelidad de actividades IPIB en APS	87
7.3. Estudio 3: Sobre la validez de instrumentos ultracortos para detectar el consumo de riesgo en APS	89
7.4. Estudio 4: Utilidad del instrumento informatizado de IPIB para detectar el consumo de alcohol y mejorar la fidelidad de la IB en APS	91
7.5. Limitaciones e implicaciones	93
7.6. Futuras líneas de investigación.....	95
7.7. Recomendaciones para continuar con la implementación en Catalunya.....	96
Capítulo 8. Conclusiones	99
Referencias	101
Anexos	127
Anexo 1. Cuaderno de recogida de datos estudio AUDIT-C y AUDIT-QF. Codificación y resoluciones de los comités éticos.	127
Anexo 2. Prueba de identificación del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST v3.1) y dictamen del comité ético.....	136

Anexo 3. Permisos de la revista y autorizaciones de los co-autores del estudio del capítulo 3.....	142
Anexo 4. Permisos de la revista y autorizaciones de los co-autores del estudio del capítulo 4.....	145
Anexo 5. Autorizaciones de los co-autores del estudio del capítulo 5.....	152
Anexo 6. Autorizaciones de los co-autores capítulo 6.....	156

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.1. <i>Niveles de riesgo según el consumo de alcohol</i>	9
Tabla 1.2. <i>Las fases, objetivos y referencias principales del proyecto colaborativo de la OMS sobre IPIB en alcohol en la APS primaria</i>	13
Tabla 1.3. <i>Los instrumentos de IP más utilizados y los niveles de sensibilidad y especificidad para los puntos de corte de la validación original</i>	14
Tabla 1.4. <i>Intervenciones recomendadas a partir de las puntuaciones obtenidas en el instrumento AUDIT y los diferentes niveles de riesgo</i>	16
Tabla 1.5. <i>Patrones de consumo, intervenciones y papel de la APS</i>	25
Table 3.1. <i>Systematic reviews and meta-analysis on ASBI in PHC</i>	41
Table 4.1. <i>Accuracy in screening and brief intervention activities in the ODHIN study at baseline and 12-week implementation periods</i>	55
Table 5.1. <i>Validity of AUDIT-QF and AUDIT-3 compared with AUDIT in detecting risky drinking among the whole sample, women and men</i>	66
Table 5.2. <i>Validity of AUDIT-QF and AUDIT-3 compared with AUDIT in detecting risky drinking by age group</i>	67
Table 5.3. <i>Comparison between non-risky and risky drinkers in mean total weekly alcohol consumption and total alcohol use disorder (AUD) symptoms</i> ...	67
Tabla 6.1. <i>Sensibilidad y especificidad para los diferentes puntos de corte en los estudios de validación internacional y en España</i>	75
Tabla 6.2. <i>Características sociodemográficas según el sexo de los participantes</i> . 78	
Tabla 6.3. <i>Patrón de consumo de sustancias según sexo de los participantes</i>	79
Tabla 6.4. <i>Adecuación de la intervención según el tipo de sustancia entre consumidores y no consumidores</i>	80

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.1.</i> El espectro y equivalencias de diferentes clasificaciones y diagnósticos relacionados con el consumo de alcohol.....	11
<i>Figura 1.2.</i> Los ítems del AUDIT-C y los puntos de corte para <i>Catalunya</i>	23
<i>Figura 1.3.</i> Los componentes de la intervención breve del programa <i>Beveu Menys</i>	23
<i>Figura 1.4.</i> Unidad de Bebida Estandar y equivalencia en gramos de alcohol puro.....	24
<i>Figura 1.5.</i> Estrategia de implementación multicomponente y multinivel del programa <i>Beveu Menys</i>	26
<i>Figura 1.6.</i> Número de personas con TCA derivadas a tratamiento. Elaboración propia a partir de información del SIDC.....	28
<i>Figura 1.7.</i> Número de CAP de <i>Catalunya</i> con referente de alcohol.....	29
<i>Figura 1.8.</i> Número de CAP formados.....	29
<i>Figura 1.9.</i> Aumento de la tasa de IP en APS.....	30
<i>Figura 1.10.</i> Desviación de los patrones de consumo detectados en la HC respecto a los estudios en APS y las encuestas poblacionales.....	31
<i>Figura 1.11.</i> Tipo de intervención recibida según patrón de consumo.....	32
<i>Figure 5.1.</i> Area under the ROC curve for AUDIT-C, AUDIT-3 and AUDIT-QF for the whole sample.....	68
<i>Figure 5.2.</i> Area under the ROC curve for AUDIT-C, AUDIT-3 and AUDIT-QF for women.....	68
<i>Figure 5.3.</i> Area under the ROC curve for AUDIT-C, AUDIT-3 and AUDIT-QF for men.....	69

RESUMEN

Introducción: El impacto a nivel de salud y costes sociales del consumo de alcohol es muy elevado. La aplicación de la identificación precoz y la intervención breve (IPIB) en el consumo de riesgo de alcohol en la atención primaria de salud (APS) es una de las cinco políticas más coste-efectivas según la OMS. En Cataluña, llevamos implementando dichas estrategias desde el 2001 con el programa *Beveu Menys*. En la evaluación se constataron problemas en la IP, en el registro de los patrones de consumo y en la implementación de la IB en APS.

Objetivo: (1) revisar la literatura reciente en la implementación de las estrategias de IPIB en el consumo de riesgo de alcohol; (2) conocer los factores que pueden incidir en la mejora de la fidelidad en la aplicación de la IPIB; (3) evaluar la validez de instrumentos ultra-cortos para facilitar la IP y (4) analizar la utilidad de un instrumento informatizado para la IP y la mejora en la fidelidad de la aplicación de la IB.

Método: El primer estudio consistió en una revisión narrativa de la literatura reciente. El segundo consistió en un análisis secundario de datos del proyecto *Optimizing delivery of health care interventions* (ODHIN) para analizar el impacto de la formación y apoyo, los incentivos y las herramientas eIB, en la mejora de la fidelidad en la aplicación de la IPIB. El tercero analizó la validez y la seguridad de instrumentos ultra-cortos derivados del *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) para el cribado del consumo de riesgo en la APS. El último exploró mediante un estudio multicéntrico observacional transversal la utilidad del *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) para la mejora de la fidelidad en la aplicación de la IB.

Resultados: La revisión corroboró la evidencia sobre la efectividad y el coste-efectividad de la IB y constató las lagunas de conocimiento sobre cómo conseguir que tengan impacto a nivel poblacional.

Según el análisis secundario, los profesionales utilizaron correctamente el AUDIT (errores inferiores al 0,5%) pero si cometieron errores al aplicar o no la IB según el protocolo. Solo los grupos que recibieron incentivos disminuyeron significativamente los errores al no proveer IB a los que sí la requerían (OR = 0,56; 95% CI, 0,31-0,99; P < ,05).

El AUDIT-3 funcionó mejor que el AUDIT-QF y su mejor funcionamiento se dio para el punto de corte 1 con AUROC (0,84) y S (75,8%), E (84,9%), VPN (95,1%) con un VPP de 47,6%.

El ASSIST fue útil para detectar consumo de riesgo situándose para el tabaco en el 46,1%, en el 17,5% en el caso del alcohol, 13% en el de cánnabis, 6,3% en el de hipno-sedantes y el 4,2% en el de cocaína. Los problemas en la fidelidad en la intervención fueron más pronunciados en las sustancias no legales llegando a ser del 93,8% en el caso de los opioides y del 71,4% de las personas con policonsumos.

Conclusiones: Es importante estudiar el impacto de los incentivos en la mejora de la fidelidad en la aplicación de las IPIB. También promover el uso del AUDIT-3 en aquellos contextos donde el tiempo sea escaso, o del ASSIST cuando se quiera cribar de forma integrada las principales sustancias psicoactivas. Es clave monitorizar la fidelidad en la aplicación de las IPIB si queremos garantizar su efectividad en la reducción del consumo de alcohol y, en consecuencia, en los problemas que éste ocasiona a nivel individual y a la sociedad en general.

Palabras clave: Atención primaria, Alcohol, Identificación precoz, Intervención breve, Prevención.

RESUM

Introducció: L'impacte a nivell de salut i costos socials del consum d'alcohol és molt elevat. L'aplicació de la identificació precoç i la intervenció breu (IPIB) en el consum de risc d'alcohol en l'atenció primària de salut (APS) és una de les cinc polítiques més cost-efectives segons l'OMS. A *Catalunya*, portem implementant aquestes estratègies des de l'any 2001 amb el programa *Beveu Menys*. En l'avaluació es van constatar problemes en la IP, en el registre dels patrons de consum i en l'aplicació de la IB en APS.

Objectius: (1) revisar la literatura recent en la implementació de les estratègies d'IPIB en el consum de risc d'alcohol; (2) conèixer els factors que poden incidir en la millora de la fidelitat a l'aplicació de la IPIB; (3) avaluar la validesa d'instruments ultra-curts per facilitar la IP i (4) analitzar la utilitat d'un instrument informatitzat per a la IP i la millora en la fidelitat de l'aplicació de la IB.

Mètode: El primer estudi va consistir en una revisió narrativa de la literatura recent. El segon va consistir en una anàlisi secundària de dades de el projecte *Optimizing delivery of health care interventions (ODHIN)* per analitzar l'impacte de la formació i suport, els incentius i les eines eIB, en la millora de la fidelitat a l'aplicació de la IPIB. El tercer va analitzar la validesa i la seguretat d'instruments ultra-curts derivats de l'*Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* per al cribratge del consum de risc en l'APS. L'últim va explorar mitjançant un estudi multicèntric observacional transversal la utilitat de *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)* per a la millora de la fidelitat en l'aplicació de la IB.

Resultats: La revisió va corroborar l'evidència sobre l'efectivitat i el cost-efectivitat de la IB i va constatar les llacunes de coneixement sobre com aconseguir que tinguin impacte a nivell poblacional.

Segons l'anàlisi secundari, els professionals van utilitzar correctament l'AUDIT (errors inferiors a l'0,5%) però si van cometre errors a l'aplicar o no la IB segons el protocol. Només els grups que van rebre incentius van disminuir significativament els errors al no proveir IB als que sí que la requerien (OR = 0,56; 95% CI, 0,31-0,99; P <, 05).

L'AUDIT-3 va funcionar millor que l'AUDIT-QF i el seu millor funcionament es va donar per al punt de tall 1 amb AUROC (0,84) i S (75,8%), E (84,9%), VPN (95,1%) amb un VPP de 47,6%.

El ASSIST va ser útil per detectar el consum de risc que se situa per al tabac en el 46,1%, en el 17,5% en el cas de l'alcohol, 13% en el del cànnabis, 6,3% en el dels hipno-sedants i el 4,2% en el de cocaïna. Els problemes en la fidelitat en l'aplicació de la IB van ser més pronunciats en les substàncies no legals arribant a ser de el 93,8% en el cas dels opioïdes i del 71,4% de les persones amb policonsums.

Conclusions: És important estudiar l'impacte dels incentius en la millora de la fidelitat en l'aplicació de les IPIB. També promoure l'ús de l'AUDIT-3 en aquells contextos on el temps sigui escàs, o de l'ASSIST quan es vulgui cribrar de forma integrada les principals substàncies psicoactives. És clau monitoritzar la fidelitat en l'aplicació de les IPIB si volem garantir la seva efectivitat en la reducció del consum d'alcohol i, en conseqüència, en els problemes que aquest ocasiona a nivell individual i a la societat en general.

Paraules clau: Atenció primària, Alcohol, Identificació precoç, Intervenció breu, Prevenció.

ABSTRACT

Background: Alcohol is the most consumed addictive substance with a significant impact on health and society. Implementing early identification and brief intervention (EIBI) for risky alcohol use in health services, especially primary health care (PHC), is one of the five most cost-effective policies for reducing alcohol-related harm according to WHO. In Catalonia we have implemented such strategies continuously since 2001, within the *Beveu Menys* (Drink Less) program. Program evaluation highlighted fidelity issues in the use of tools for early identification, in recording drinking patterns in the medical record, and in the implementation of brief interventions in primary care consultations.

Objective: 1) review the latest advances in the implementation of EIBI in risky alcohol consumption; 2) identify the factors which can improve fidelity in the use of EIBI; 3) evaluate ultra-short tools for EI of risky alcohol consumption; and 4) assess the usefulness of a computerized tool for detecting risky consumption and improving implementation fidelity in BI.

Methods: The first study consisted of a narrative review of the recent literature on implementation of EIBI for risky alcohol consumption in primary care. The second was a secondary data analysis of the results of the *Optimizing delivery of health care interventions* (ODHIN) project, to analyse the impact of different factors such as training and support, incentives, and eBI tools in improving implementation fidelity in EIBI. The third explored the validity and reliability of ultra-short tools based on the *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) as screening instruments for risky drinking in PHC. The final study explored the usefulness of a computerised version of the *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) in PHC via a multi-centre cross-sectional observational study in a non-randomised convenience sample.

Results: Review of the literature supported the evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of BI in reducing consumption. It also highlighted knowledge gaps in how to ensure that these strategies have an impact at population level.

The secondary analysis showed that professionals do not have difficulties in using AUDIT correctly (errors below 0.5%) and in correctly classifying people according to their level of consumption risk. Nonetheless, there were errors in the provision of BI. The rate of not providing a BI to those who required it was only reduced in those groups receiving incentives (OR = 0.56; 95% CI, 0.31-0.99; P < .05).

AUDIT-3 was found to function better than AUDIT-QF and to function best at a cut-off point of 1, with AUROC (0.84) y S (75.8%), E (84.9%), VPN (95.1%) con un VPP de 47.6%.

ASSIST was useful in detecting risky and harmful consumption in our context, placing risky tobacco use at 46.1%, alcohol at 17.5%, cannabis at 13%, non-prescribed sedatives at 6.3% and cocaine at 4.2%. Fidelity issues in the application of BI were more pronounced with regard to illegal substances reaching 93.8% for opioids and 71.4% in people with multiple substance use.

Conclusions: It is important to monitor the impact of performance incentives for improving implementation fidelity in EIBI; and to promote the use of short tools such as AUDIT-3 for improving EI of risky consumption in time-poor settings, and ASSIST when undertaking integrated screening for the most common psychoactive substances. Monitoring fidelity in the use of EIBI is key to ensuring that they are effective in reducing alcohol consumption and related harms to individuals and society in general.

Key words: Primary care, Alcohol, Early identification, Brief intervention, Prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS – Atención primaria de salud

ASPCAT – *Agència de Salut Pública de Catalunya*

ASSIST – *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Test* (En español: Test de detección de alcohol, tabaco y otras sustancias)

AUDIT- *Alcohol Use Disorders Identification Test* (En español: Test de Identificación de los trastornos por uso de alcohol)

AUDIT-C – Las tres primeras preguntas del Alcohol Use Disorders Identification Test

AUDIT-3 – 3ª pregunta de consumo episódico intensivo del AUDIT

AUDIT-QF – 1ª y 2ª pregunta de frecuencia y cantidad del AUDIT

AUROC – *Area under the Receiver Operating Characteristics Curve*

CAMFIC - *Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària*

CAP – Centro de atención primaria

CAS – Centro de atención y seguimiento de las drogodependencias

CIE – Clasificación internacional de enfermedades

CCAA – Comunidades Autónomas

DAT – Derivación a tratamiento

EAP – Equipo de atención primaria

eBI – Intervención breve digital

MDE – Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (de DSM – *Diagnostic and Statistic Mental Health Manual* en inglés)

EAP – Equipo de atención primaria

GENCAT – *Generalitat de Catalunya*

FRAMES – de las siglas en inglés *Feedback, Responsibility, Advice, Menu of options, Empaty and Self-efficacy*

IB – Intervención breve

INEBRIA – *International Network on Brief Interventions for Alcohol and Other Drugs*

IP – Identificación precoz

IPIB – Identificación Precoz e Intervención Breve

MAA – Mortalidad atribuible al alcohol

ODHIN – *Optimizing delivery of health care interventions project*

OR – *Odds ratio*

OMS – Organización Mundial de la Salud

PAPPS – Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud

PIB – Producto interior bruto

RE-AIM – de las siglas en inglés *Reach-Effectiveness-Adoption-Implementation-Maintenance*

SAFER – de las siglas en inglés *Strengthen-Advance-Facilitate-Enforce-Raise*

S – Sensibilidad

Sp – Especificidad (de Specificity en inglés)

SIDC – Sistema d’Informació en Drogodependències de *Catalunya*

SGD – Sub-direcció General de Drogodependències

TCA – Trastornos por consumo de alcohol

XAD – Red de atención a las Drogodependències (de *Xarxa d’Atenció a les Drogodependències* en catalán)

XaROH – Red de referentes de alcohol (de *Xarxa de Referents d’Alcohol* en catalán)

5 As – *de las siglas en inglés Ask, Assess, Advise and Assist*

PRESENTACIÓN

El alcohol es la sustancia adictiva más consumida y su impacto a nivel de salud y costes sociales es muy elevado. Sin embargo, su consumo está profundamente arraigado en nuestra sociedad y cultura por lo que la prevención de los riesgos que comporta no es tarea fácil. Y no lo es, además, porque la industria, movida por los grandes intereses económicos alrededor del alcohol, invierte grandes esfuerzos en promover las bondades de su producto y en interferir en las políticas (McCambridge, Mialon & Hawkins, 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) solo se puede contrarrestar dicho impacto negativo, mediante la implementación, generalizada y conjunta de cinco políticas que han demostrado ser efectivas: las dirigidas a restringir la disponibilidad y acceso de alcohol; a implementar la tolerancia 0 en la conducción bajo los efectos del alcohol; a reducir la promoción (publicidad o patrocinio) del alcohol; a reducir la asequibilidad de los productos mediante impuestos o el establecimiento de precios mínimos y a promover la identificación precoz, la intervención breve y el tratamiento desde los servicios de salud (Chisholm et al., 2018; OMS, 2019).

En relación a esta última política⁴, es la misma OMS, la que, a mediados de los años 80, empieza a estudiar las respuestas preventivas que se podrían aplicar desde la Atención Primaria de Salud (APS) para reducir los problemas relacionados con el alcohol promoviendo el *WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-related Problems in Primary Health Care*. En el contexto de dicho proyecto se llevaron a cabo diferentes estudios colaborativos internacionales (WHO, 2006). Este proyecto, organizado en 4 fases, dio como resultado: (a) la validación del Test de Identificación (*precoz*) de los Trastornos relacionados con el Alcohol conocido como “AUDIT”, de su nombre en inglés “Alcohol Use Disorders Identification Test” (Saunders, Aasland, Amundsen & Grant, 1993a; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente

⁴ En este trabajo hemos optado por utilizar en el título, resumen, presentación, introducción y conclusiones los términos identificación precoz e intervención breve (del inglés *early identification and brief intervention*) en lugar de detección precoz (*early detection*) o cribado (*screening*) o consejo breve (*brief advice*) que aglutinan todos los demás siguiendo la propuesta de la International Network on Brief Interventions for Alcohol and other Drugs (INEBRIA – www.inebria.net), una red internacional creada en 2004 al terminar el *WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-related Problems in Primary Health Care* con el objetivo de seguir colaborando en la investigación en este campo.

& Grant, 1993b; WHO, 2001); (b) la comprobación de la eficacia y efectividad de la intervención breve para reducir el consumo de riesgo y los problemas relacionados (Babor & Grant, 1992; Babor et al., 1994) y (c) la identificación de las estrategias clave para la implementación con éxito de dichas herramientas en toda la APS (Anderson et al., 2003; Funk et al., 2005).

*La Sub-direcció General de Drogodependències (SGD) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*⁵ se unió a dicha iniciativa colaborativa de investigación en el año 1995 y desde el 2001, momento en que me incorporo al proyecto como investigadora, hemos trabajado intensamente y de forma continua para implementar dichas estrategias preventivas en la APS de toda *Catalunya* bajo un enfoque de investigación-acción y a través del programa *Beveu Menys* (“Bebed Menos”) (Gual, Segura, Montserrat & Colom, 2006). La implementación, a lo largo de estos años, la hemos realizado en dos fases iterativas (2001-2005 y 2006-2015).

En el proceso de evaluación de la segunda fase constatamos que la tasa de identificación precoz (IP) de las personas con consumo de riesgo había mejorado, sin embargo, se detectaron también algunos errores o problemas en la fidelidad o desviaciones respecto al protocolo, en el uso de los instrumentos de identificación precoz, en el registro de los patrones de consumo en la historia clínica y en la implementación de la intervención breve (IB) en la consulta de APS.

Estos problemas en la fidelidad son habituales en la implementación de programas en contextos reales (Fixsen et al., 2015), pero es importante identificarlos y subsanarlos ya que ponen en riesgo su efectividad y por tanto el impacto a nivel individual y poblacional de los mismos.

En este contexto, desde la SGD de *Catalunya*, se plantea la necesidad de ahondar en la investigación en estos problemas y estudiar posibles soluciones, así como valorar el futuro del programa *Beveu Menys* y su implementación en *Catalunya*. Aprovechando diferentes sinergias, entre otras muchas acciones, se llevan a cabo cuatro estudios, que

⁵ La *Sub-direcció general de Drogodependències de l'Agència de Salut Pública de Catalunya* desarrolla e implementa las líneas estratégicas y de actuación en las áreas de prevención, asistencia, reducción de daños y reinserción social relacionadas con las adicciones https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/drogues_i_salut_mental/

son los que conforman esta tesis doctoral, con el objetivo general de contribuir a mejorar la implementación de las estrategias de prevención del consumo de riesgo de alcohol en los centros de APS de *Catalunya* y la finalidad de reducir dicho consumo y los problemas asociados al mismo. Los objetivos específicos planteados y desarrollados respectivamente en los capítulos 3,4,5 y 6 son los siguientes: (1) revisar los últimos avances en la implementación de las estrategias de identificación precoz e intervención breve (IPIB) en el consumo de riesgo de alcohol; (2) conocer los factores que pueden incidir en la mejora de la fidelidad de la aplicación de la IPIB; (3) evaluar la validez de instrumentos ultra-cortos para facilitar la IP del consumo de riesgo de alcohol y (4) analizar la utilidad de un instrumento informatizado para detectar los consumos de riesgo y la mejora en la fidelidad de la aplicación de la IB.

El primer estudio, recogido en el **capítulo 3**, consiste en conocer la evidencia más reciente sobre la política relativa a la IPIB en el consumo de riesgo de alcohol en la APS, a través de una revisión narrativa de la literatura. Se discute la evidencia que demuestra la efectividad de las estrategias de IPIB en APS y las lagunas de conocimiento existentes en cuanto al impacto en indicadores de salud entre otros.

El segundo estudio, **capítulo 4**, analiza los factores que pueden mejorar la fidelidad o aplicación según protocolo de las actividades de IPIB en el consumo de riesgo de alcohol en la APS. Para ello, se llevó a cabo un análisis secundario de datos del proyecto *Optimizing delivery of health care interventions* (ODHIN) (Anderson et al., 2016a). Concretamente se analizó el impacto de la introducción de la formación y apoyo, los incentivos y las herramientas de IB digitales (eBI) en la mejora de la fidelidad en la aplicación de la IPIB en la consulta de APS. Se aporta evidencia sobre cómo proveer incentivos, parece mejorar la fidelidad en la aplicación de la IB en el consumo de riesgo de alcohol en la APS. Se discute la importancia de que las autoridades sanitarias trabajen no sólo para asegurar la implementación de la IPIB sino para que se apliquen en la consulta bien y según el protocolo.

El tercer estudio, **capítulo 5**, analiza la validez del AUDIT-3 (Bradley, et al., 2007) (pregunta 3 sobre *binge drinking* del AUDIT (Saunders, et al., 1993a; Saunders, et al., 1993b; WHO, 2001)) y el AUDIT-QF (Aalto, Alho, Halme & Seppä, 2009) (preguntas 1 y 2 de cantidad y frecuencia del AUDIT) como herramientas ultra-cortas para la IP del consumo de riesgo de alcohol en APS. Se analiza tanto su validez (sensibilidad y

especificidad) como su seguridad (valor predictivo positivo y valor predictivo negativo) como prueba de cribado y también la validez de criterio. Se constata que las herramientas ultra cortas de una o dos preguntas derivadas del AUDIT no funcionan en nuestro contexto igual de bien que la versión AUDIT-C ya validada anteriormente (Gual et al., 2002). No obstante, en contextos donde por falta de tiempo no se puedan aplicar instrumentos más largos, se podría recomendar la aplicación del AUDIT-3 como primer paso en el proceso de IP del consumo de riesgo de alcohol, especialmente entre las personas más jóvenes.

En el cuarto y último estudio, **capítulo 6**, se analiza la utilidad de la implementación de una versión informatizada del Test de Detección de Uso de Alcohol, Tabaco y Otras sustancias (ASSIST del nombre en inglés “*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*”) (Humeniuk et al., 2012) para detectar los consumos de riesgo de las sustancias psicoactivas más consumidas, incluido el alcohol, y mejorar la fidelidad en la aplicación de la IB en la APS. Con este propósito, se llevó a cabo un estudio multicéntrico observacional transversal con un muestreo no probabilístico de conveniencia. Los resultados evidencian, por un lado, que la provisión de una versión informatizada del test ASSIST es útil para mejorar la IP de consumos de riesgo de todas las sustancias en la APS y, por otro, que hay márgenes de mejora en los niveles de fidelidad o aplicación según el protocolo de la IB por lo que se confirma la importancia de monitorizar la fidelidad de la actuación de los profesionales para poder asegurar el impacto de esta a nivel individual y también poblacional.

La tesis se ha enfocado desde su inicio en un formato de tesis por compendio de publicaciones, sin embargo, las dificultades relativas al tiempo necesario para publicar en revistas indexadas en *Journal Citation Report*, no lo han permitido. Esto explica la organización de los capítulos citados anteriormente en formato de artículos de publicación científica, es decir, con introducción, metodología, resultados, discusión y conclusiones, que reflejan los cuatro grandes resultados empíricos de esta Tesis. El contenido del **capítulo 3** es la adaptación del contenido de un artículo ya publicado (Segura, Anderson & Gual, 2018) para el que se ha obtenido autorización para su reproducción (Anexo 3). El artículo del **capítulo 4** también ha sido publicado (Palacio-Vieira et al., 2018) y se reproduce también con permiso (Anexo 4). Los **capítulos 5 y 6**

contienen versiones preliminares de artículos que están pendientes de publicación y se incluyen con la autorización de los co-autores (Anexos 5 y 6).

Además, hemos incluido en el **capítulo 1**, una introducción o marco teórico general organizado en siete puntos que describen: el gran impacto en salud y social que tiene el consumo de alcohol en nuestra sociedad, los diferentes patrones de consumo, la importancia de las estrategias de IPIB dentro de las políticas efectivas para reducir los problemas de alcohol, así como la evidencia acumulada en más de 30 años sobre la eficacia y efectividad de su aplicación en APS, la evaluación del estado de su implementación en España y también de las lecciones que se pueden extraer de las experiencias de su implementación a gran escala. Al final del mismo se describen, además, los antecedentes de la implementación del programa *Beveu Menys* en *Catalunya* y los principales resultados que permiten contextualizar mejor el presente trabajo y las preguntas a las que intenta responder.

En el **capítulo 2**, se presenta conjuntamente los objetivos e hipótesis y de forma escueta la metodología utilizada en cada estudio, que se desarrolla más ampliamente en sus respectivos capítulos.

En el **capítulo 7** se discuten las implicaciones de los principales resultados de todos los estudios en relación a los objetivos planteados, las limitaciones y fortalezas, así como las líneas futuras de investigación y las recomendaciones específicas para continuar con el trabajo en *Catalunya*. Finalmente, en el **capítulo 8**, se indican las principales conclusiones derivadas de esta tesis.

Nuestro trabajo pretende contribuir a mejorar la calidad de la actuación preventiva de los profesionales de APS de *Catalunya* y así aumentar su efectividad en la reducción del consumo de riesgo de alcohol y en consecuencia en los problemas que éste ocasiona a nivel individual y a la sociedad en general. Hay que tener en cuenta, que conseguir sostener la implementación de las IPIB en el consumo de riesgo de alcohol a gran escala durante tantos años es, en sí mismo, un gran éxito, ya que muy pocos países o jurisdicciones, además de *Catalunya*, lo han hecho (Colom, Scafato, Segura, Gandin & Struzzo, 2014).

Para finalizar esta presentación es importante destacar, que, si bien los resultados de esta investigación se derivan del trabajo del grupo de investigación del *Beveu Menys* en la *Sub-direcció General de Drogodependències* del *Departament de Salut* de la *Generalitat de Catalunya*, mi contribución como miembro de dicho grupo ha sido muy importante en los aspectos conceptuales, de planificación, de ejecución e interpretación de todo este trabajo. En este sentido, he liderado tanto la elaboración de los protocolos de investigación, el reclutamiento y formación de los profesionales, el análisis de los resultados y la interpretación y discusión de los mismos. Cabe destacar que, a excepción del estudio de revisión, los otros tres han supuesto 4 años de trabajo, la aprobación por parte de diferentes comités éticos, la movilización de numerosos profesionales y centros de APS de *Catalunya* y también el reclutamiento de gran cantidad de pacientes en el contexto de la consulta habitual de la APS.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN GENERAL

1.1. El impacto del alcohol a nivel de salud y social

El consumo de alcohol es un problema muy importante de salud pública, siendo uno de los principales factores de riesgo de enfermedad y mortalidad prematura. Sus efectos negativos son en general dosis dependientes, es decir, a más consumo más riesgo. Así, se ha demostrado que sus efectos tóxicos aumentan, incluso a partir de pequeñas dosis, el riesgo de cáncer, enfermedades hepáticas, psiquiátricas, cardiovasculares y enfermedades transmisibles, entre otras, y sus efectos adictivos pueden ocasionar dependencia (WHO, 2018).

En Europa, que es la región del mundo donde más alcohol se consume, en 2016 esta sustancia causó 291.103 muertes, un 5.5% del total. De estas, el 74% fueron hombres y el 26% mujeres, y el 23% jóvenes de entre 20 y 24 años. Las principales causas de muerte atribuible al alcohol en mujeres fueron las enfermedades cardiovasculares (34,8%) y en hombres el cáncer (29,2%). En menores de 35 años, lo fueron las lesiones intencionadas (suicidios, homicidios, etc.) y no intencionadas (accidentes de tráfico, caídas, quemaduras, etc.) y en personas mayores de 65 años el cáncer y las enfermedades cardiovasculares (WHO, 2019).

El consumo de alcohol, especialmente el consumo de alto riesgo, también comporta consecuencias negativas para terceros como los trastornos del espectro alcohólico fetal, la violencia de género. Tiene además una incidencia considerable en la criminalidad a nivel social y en la economía, ocasionando daños en la propiedad pública y privada, aumento del gasto en salud o absentismo, entre otros (Laslett, Room, Waleewong, Stanesby & Callinan, 2019). Además, el impacto económico y social del alcohol en Europa se estima en €155.800 millones/año (Rehm, Shield, Rehm, Gmel & Frick, 2012). En cuanto a las desigualdades que ocasiona, se observa que la carga de los daños relacionados con el alcohol recae de forma importante en ciertos grupos, siendo claves aspectos como el nivel socioeconómico, el sexo, y el lugar de residencia, aunque la relación entre el alcohol y el nivel socioeconómico no siempre sigue el gradiente inverso que se observa para muchos otros factores de riesgo (WHO, 2014).

En España, en el 2016, el consumo de alcohol per cápita fue de 10 litros de alcohol puro por persona y año en mayores de 15 años (16,4 litros para hombres y 4,0 litros para mujeres), ligeramente superior al promedio de 9,8 litros para Europa. El consumo es mayormente en forma de cerveza (54%), seguido de bebidas espirituosas o licores (28%) y vino (18%) (WHO, 2018).

Soriano et al. (2018) en el Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016 para España, establecen que el consumo de alcohol es el cuarto factor de riesgo en porcentaje de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), el 2º para hombres y el 5º en mujeres. Según el mismo estudio, en 2010-2017 se produjeron en España 15.489 muertes al año atribuibles a alcohol, que representa un 4% (5,4% en hombres y 2,3% en mujeres) de la mortalidad general, siendo el riesgo poblacional de mortalidad atribuible al alcohol (MAA), medido por tasa bruta anual (2010-2017), de 40,9 por cada 100.000 habitantes, 3,8 veces mayor en hombres (69,3 por 100.000) que en mujeres (18,1 por 100.000) (Donat, Sordo, Belza & Barrio, 2020). En España, las pérdidas de productividad (los costes indirectos) asociadas a la mortalidad atribuible al alcohol en relación al Producto Interior Bruto (PIB) corresponden a 0,170% del PIB, cifra que equivale a más de 2.000 € millones (Lyszczarz, 2019).

En *Catalunya*, en el 2017, el 8,1% de las personas entre 15 y 64 años (11,9% en hombres y 4,2% en mujeres) beben alcohol cada día y sólo un 9% (7,4% en hombres y 10,6% en mujeres) se declaran abstemios. Además, casi el 7,7% de la población en esta franja de edad (10% en hombres; 5,5% en mujeres) afirma haberse emborrachado alguna vez en los últimos 30 días y el 11,5% (15,5% en hombres; 7,5% en mujeres) ha hecho al menos un episodio de *binge drinking* en el último mes. Además, a lo largo de 2018, el 56% del total de 22.806 casos de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias, fueron por diagnósticos principales relacionados con el alcohol (43% intoxicaciones y 13% otros) (SIDC, 2019a).

El alcohol es la sustancia que más inicios de tratamiento ocasiona en los Centros de Atención a las Drogodependencias (CAS), alcanzando el 42,2% (40,3% en hombres y 48,4% en mujeres) del total (n=6.130). Además, representa una tasa de inicios de tratamiento estandarizada por edad para el total de *Catalunya* de 8,0 por cada 10.000 habitantes. Hasta un 46,6% de las personas que inician tratamiento por el alcohol no

habían sido nunca tratadas previamente. Por otra parte, el 51% (50,2% en hombres y 52,4% en mujeres) del total de 1.139 altas hospitalarias notificadas en las unidades de desintoxicación fueron por alcohol. En el 2019, además, un 20,5% de los muertos por accidente de tráfico, dieron positivo en alcohol (SIDC, 2019a).

1.2. La clasificación de los patrones de consumo de alcohol

Tradicionalmente, era el diagnóstico clínico y el tratamiento del, entonces llamado, Síndrome de Dependencia del Alcohol, lo que centraba el interés de la mayoría de los estudios en este ámbito. Sin embargo, fruto de la identificación de la relación dosis-respuesta entre los niveles de consumo de alcohol y el riesgo de enfermedades y comorbilidades, fue ganando espacio el estudio del abordaje preventivo desde una perspectiva de salud pública (Caetano & Cunradi, 2002; Wood et al., 2018).

En este contexto, se evidenció que el patrón de consumo variaba extraordinariamente entre los individuos y que era por tanto esencial clasificar los patrones a partir de la cantidad consumida. La clasificación que se ha venido utilizando, aunque está en continua actualización, establece las siguientes categorías (Rehm et al., 2012): (a) bebedores actuales o personas que han consumido alcohol al menos una vez en el último año; (b) ex-bebedores o personas que no han consumido alcohol en el último año y (c) abstemios o personas que nunca han consumido alcohol. En cuanto a las personas que beben alcohol establece 4 niveles de riesgo y también define el consumo episódico intensivo (ver tabla 1.1.).

Tabla 1.1. Niveles de riesgo según el consumo de alcohol.

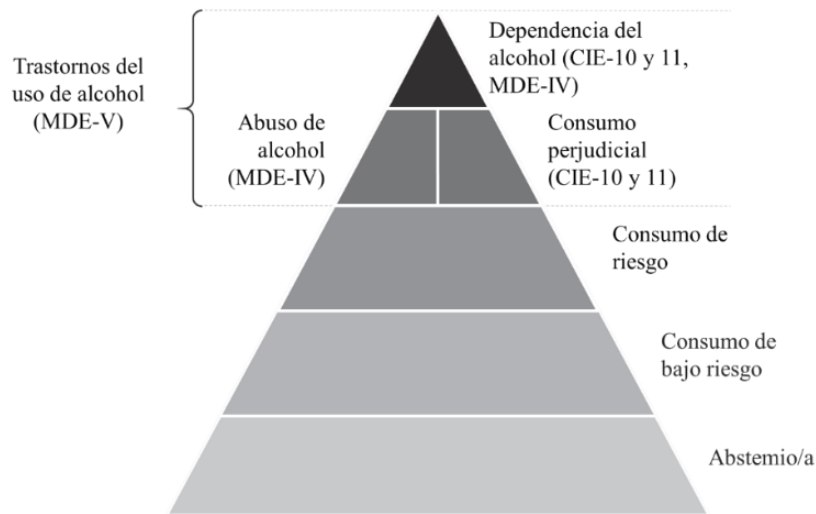
	Hombres	Mujeres
Bajo riesgo	>0-<40 gr	>0-<20 gr
Riesgo	40-<60 gr	20-<40 gr
Alto riesgo	60-<100 gr	40-<60 gr
Muy alto riesgo	100+	60+
Consumo episódico intensivo (<i>Binge drinking</i>).	Al menos 60 gr en una única ocasión en el último mes (equivalente to 6 unidades de bebida estándar (UBE) de 10 gr de alcohol puro).	Al menos 50 gr en una única ocasión en el último mes (equivalente a 5 UBE de 10 gr de alcohol puro).

Paralelamente, dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS se han ido conceptualizando y actualizando a lo largo de las diferentes ediciones, los siguientes trastornos o categorías relacionados con el alcohol (Saunders, Degenhardt, Reed & Poznyak, 2019).

- **Dependencia del alcohol** - un trastorno de la regulación del consumo de alcohol derivado de su uso repetido o continuo. Se caracteriza por un fuerte impulso interno para consumir alcohol, que se manifiesta por dificultad en controlar su uso, un aumento de la prioridad dada a su consumo por encima de otras actividades y persistencia en su consumo a pesar del daño o las consecuencias negativas.
- **Consumo perjudicial de alcohol** o patrón de consumo de alcohol que ha causado daños en la salud física o mental de la persona que lo consume o que ha resultado en daños en la salud de otros. El patrón del consumo de alcohol es evidente durante un período de al menos 12 meses si el consumo de alcohol es episódico o al menos 1 mes si el uso es continuo.
- **Consumo de riesgo de alcohol** (no incluido como trastorno sino como factor de riesgo para la salud) o patrón de consumo de alcohol que aumenta apreciablemente el riesgo de consecuencias nocivas para la salud física o mental de la persona que lo consume o para otros en una medida que requiera atención y asesoramiento de profesionales sanitarios. El aumento del riesgo puede ser debido a la frecuencia de consumo, a la cantidad consumida por ocasión, a la realización de conductas de riesgo asociadas con el uso de alcohol o el contexto de uso, o bien a una combinación de ellos.

En la *figura 1.1.*, traducida de Saunders et al. (2019), se detalla el espectro de los diferentes diagnósticos y categorías y sus equivalencias incluyendo las propuestas por el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-V de sus siglas en inglés).

Figura 1.1. El espectro y equivalencias de diferentes clasificaciones y diagnósticos relacionados con el consumo de alcohol.



En un estudio transversal de Galán et al. (2020) en el que analizaron las características individuales y contextuales de los bebedores de riesgo a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2011 a 2012 en España, encontraron que ser hombre, fumar, tener ingresos altos y el apoyo social percibido bajo se asociaron tanto con el consumo de riesgo como con el consumo episódico intensivo de alcohol. El consumo episódico intensivo fue más común entre los jóvenes y en las zonas rurales (Odds Ratio [OR] = 1,35; IC del 95%: 1,05 a 1,72), mientras que el consumo de riesgo fue menos probable en las personas que residían en zonas con altas tasas de desempleo (OR = 0,62; IC del 95%: 0,41 a 0,93).

La prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en la APS de *Catalunya* se sitúa en un 10,5% (12,8% en hombres y 5,5% en mujeres) si se analizan los niveles de consumo sólo entre las personas que beben (Miquel et al., 2018a) y en un 18,3% (23,9% en los hombres y un 15,3% en mujeres) si se utiliza el AUDIT en toda la población (Segura Garcia, Gual Solé, Montserrat Mestre, Bueno Belmonte & Colom Farran, 2006). Así mismo, los trastornos por consumo de alcohol (TCA) se sitúa en el 11,7% y la dependencia del alcohol en el 8,6% (Miquel et al., 2016).

1.3. La importancia de las estrategias de IPIB en los TCA dentro de las políticas efectivas para reducir los problemas de alcohol

Existe suficiente evidencia y consenso, desde una perspectiva de salud pública, sobre cuáles son las políticas más efectivas para reducirlo (Alcohol Policy group, 2010; Chisholm et al., 2018). Según la iniciativa SAFER⁶ (WHO, 2018), las políticas más rentables son: a) fortalecer las restricciones sobre la disponibilidad de alcohol, b) impulsar y hacer cumplir las medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol, c) facilitar el acceso a la identificación precoz y a la intervención breve, así como al tratamiento, d) hacer cumplir las medidas de prohibición o restricción con respecto a la publicidad, el patrocinio y la promoción del alcohol y e) aumentar los precios del alcohol a través de impuestos y el establecimiento de precios mínimos.

Sabemos que, aunque el consumo de alcohol es una de las causas modificables más importantes de morbilidad y mortalidad prematura, solo 1 de cada 5 personas que beben por encima de los límites de riesgo son identificadas o reciben intervenciones preventivas en la APS (Cheeta et al., 2008; Rehm et al., 2016a). Rehm et al. (2015b) informan también que sólo una cuarta parte de las personas que padecen trastornos relacionados con el consumo de alcohol reciben tratamiento, siendo la prevalencia en APS el doble que en población general (8.7% vs. 3.7% respectivamente). Según estos autores, el tratamiento se inicia además en fases muy avanzadas de la enfermedad cuando los consumos, la comorbilidad física y mental y las pérdidas funcionales son muy elevadas por lo que sugieren que el inicio temprano del tratamiento podría contribuir a evitar parte de los perjuicios en salud y sociales asociados al alcohol. Además, según los pacientes, las razones más frecuentes para no pedir ayuda son la falta de conciencia sobre la enfermedad, el sentimiento de culpa o el estigma, encontrar barreras o querer afrontar el problema solo, por lo que se sugiere que la implementación de la IPIB en APS podría contribuir a mejorar la prevención de los TCA, a asegurar un inicio más temprano del tratamiento y a ampliar la cobertura del mismo (Rehm et al., 2015b; Probst, Manthey, Martinez & Rehm, 2015).

⁶ La OMS lanzó la iniciativa SAFER en 2018 en el marco de la reunión de Naciones Unidas sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles. El objetivo de la iniciativa es brindar apoyo a los Estados Miembros para reducir el uso nocivo de alcohol mediante el fortalecimiento de la aplicación de la [Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol](#) y sus planes de acción.

Fue la OMS quien a mediados de los años 80 inició el *WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-related Problems in Primary Health Care*, un proyecto colaborativo internacional para estudiar qué respuesta se podría dar desde la APS para reducir los problemas relacionados con el alcohol. Se estructuró en 4 fases (ver tabla 1.2.) cada una con objetivos diferentes.

Tabla 1.2. *Las fases, objetivos y referencias principales del proyecto colaborativo de la OMS sobre IPIB en alcohol en la APS primaria.*

Fase	Objetivo	Referencias
Fase I (1983-1989)	Validar un instrumento de cribado para la IP	Saunders et al., 1993a; Saunders et al., 1993b; WHO, 2001
Fase II (1985-1992)	Demostrar la eficacia de las IB	Babor et al., 1994; Babor & Grant, 1992
Fase III (1992-1998)	Evaluar las estrategias más efectivas para implementar las IPIB	Anderson et al., 2003; Funk et al., 2005
Fase IV (1998-2006)	Implementar programas a gran escala de IPIB	WHO, 2016

Existen diferentes instrumentos que han demostrado ser válidos para la identificación precoz y cribado regular del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol (Ewing, 1984; WHO, 2001, Knight, Sherritt, Harris, Gates & Chang, 2003; Bradley et al., 2007; Humeniuk, Henry-Edwards, Ali, Poznyak & Monteiro, 2010). El Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (WHO, 2001), desarrollado por la OMS, es un instrumento de 10 preguntas y su versión corta, de solo 3, AUDIT-C (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn & Bradley, 1998; Bradley et al., 2007) son las más validadas y utilizadas en diferentes contextos, incluida la APS, y países y tanto en investigación como en proyectos de implementación (Reinert & Allen, 2002; Reinert & Allen, 2007). El AUDIT evalúa tres dominios: la cantidad y frecuencia de consumo, los daños o problemas relacionados y los síntomas de dependencia (Saunders et al., 1993a; Saunders et al., 1993b; WHO, 2001). El AUDIT-C (Bush et al., 1998) incluye solo las preguntas de cantidad y frecuencia por lo que es más corto y se puede utilizar o bien como instrumento autónomo o como primer paso con la administración del AUDIT en los que den positivo, lo que permite ganar algo de tiempo. La evidencia ha puesto de manifiesto repetidamente el efecto positivo que llevar a cabo el cribado tiene, por sí solo, en la toma de conciencia sobre los riesgos del consumo de alcohol. De hecho, la simple acción de hacer preguntas sencillas sobre el consumo de alcohol, como "¿Cuánto bebes?" puede ser suficiente para desencadenar

cambios positivos (O'Donnell et al., 2014). En la tabla 1.3. se detallan los niveles de sensibilidad y especificidad y puntos de corte de la validación original de ambos instrumentos.

Tabla 1.3. *Los instrumentos de IP más utilizados y los niveles de sensibilidad y especificidad para los puntos de corte de la validación original.*

	Punto de corte	Sensibilidad/Especificidad
AUDIT (Saunders et al., 1993a; Saunders et al., 1993b)	≥ 8	97/78
AUDIT-C (Bush et al., 1998)	≤ 3	95/60

La intervención breve (IB) es un término que, como explica Heather (2014), aglutina dos tipos de actividades procedentes de dos tradiciones de investigación con diferentes objetivos e intereses. Por un lado, el consejo breve en interés de la intervención precoz y por otro, la intervención breve extensa o “brief counselling” con el objetivo adicional de reducir el daño relacionado con el alcohol. Esta última, toma a menudo forma de entrevista motivacional breve (McCambridge & Rollnick, 2014). La IB es una práctica diseñada principalmente para aplicarse en personas que dan positivo por consumo de riesgo de alcohol y promover la reducción de su consumo ayudándolas a entender cómo éste les pone en riesgo. También se utiliza para promover que las personas con TCA acepten recibir o ser derivadas a centros especializados para un tratamiento intensivo (Institute of Medicine, 1990; Babor et al., 2007). La IB ha demostrado ser eficaz y efectiva reduciendo el consumo en adultos, sobretudo hombres, entre 18 y 65 años (Lopez-Marina et al., 2005; Kaner et al., 2007; O'Donnell et al., 2014; Kaner et al., 2018) y 17) en APS. Reduce otros problemas relacionados con el alcohol tales como las lesiones (Lopez-Marina et al., 2005; O'Donnell et al., 2013; Kaner et al., 2018), reduce el uso de recursos asistenciales (Kaner, et al., 2018) y la mortalidad (Cuijpers, Riper & Lemmers, 2004). La efectividad en mujeres, mujeres embarazadas, personas mayores de 65 años y en personas con comorbilidades y con problemas psiquiátricos es menos concluyente (O'Donnell et al., 2014). En cuanto al contenido, duración y periodicidad de las intervenciones breves, se observa que las más efectivas: (a) incluyen feedback, definición de objetivos y consejo (Whitlock et al., 2004); (b) están basadas en versiones breves de terapias cognitivo-conductuales y la entrevista motivacional o una combinación de ambas (McCambridge & Rollnick, 2014; Heather, 2014); (c) son de contacto múltiple, y (d) son breves o muy breves, de 5 a 15 o 30 minutos y su efectividad dependerá en gran medida de la relación

establecida entre el profesional de APS y el paciente independientemente del profesional que la administre (médicos de familia, enfermeras, psicólogos) (O'Donnell et al., 2014). El tiempo invertido en las IB es corto y la evidencia ha demostrado que no existen ventajas significativas en proporcionar IB más extensas para reducir el consumo de alcohol. La eficacia y efectividad del componente de derivación a tratamiento (DAT) está más entredicho ya que parece que sólo es eficaz en personas con TCA que buscan tratamiento o piden ayuda (Saitz, 2015).

Las IB digitales (Kaner et al., 2017), como alternativa a las intervenciones presenciales, han demostrado beneficios similares y ser también efectivas, aunque algunos estudios llevados a cabo en *Catalunya* han evidenciado que no es fácil que los profesionales las adopten en su práctica cotidiana (Bendtsen, et al., 2016; López-Pelayo, et al., 2020).

En general, se considera la IB una intervención sanitaria muy coste-efectiva (Kaner, 2010a; Angus, Latimer, Preston, Li & Purshouse, 2014a; Angus et al., 2019).

Esto, unido a la variedad de tratamientos psicosociales y farmacológicos que existen para tratar los TCA, hace prioritario que desde la APS se incorpore la IPIB como respuesta a los problemas relacionados con el alcohol (Room, Babor & Rehm, 2005; Rehm et al., 2016a). Se ha venido sugiriendo, además, que los TCA se tendrían que tratar como la hipertensión, es decir con la aplicación regular de estrategias de IP del consumo de riesgo de alcohol, de IB para las personas que hacen consumos de riesgo o consumos perjudiciales y también de tratamientos psicosociales además de tratamientos farmacológicos para los que hagan consumos de muy alto riesgo o que padezcan una posible dependencia (Rehm et al., 2016b). De hecho, ya en el manual del AUDIT editado por la OMS, se establecieron unas recomendaciones sobre el tipo de intervenciones a realizar basadas en los diferentes niveles de riesgo (ver tabla 1.4.) derivados de las puntuaciones en el instrumento de IP, que han sido la base de la mayoría de guías de intervención desarrolladas a nivel internacional.

Tabla 1.4. *Intervenciones recomendadas a partir de las puntuaciones obtenidas en el instrumento AUDIT y los diferentes niveles de riesgo.*

Nivel de riesgo	Intervención	Puntuación del AUDIT
Abstemios o bajo riesgo	Educación en salud (reforzar la conducta y recomendar no consumir en determinadas ocasiones*)	0-7
Consumo de riesgo	Consejo breve	8-15
Consumo perjudicial	Consejo breve más monitorización continua	16-19
Consumo de muy alto riesgo	Derivación a especialistas para evaluación diagnóstica y tratamiento	20-40

*Menores de 16 años, mujeres embarazadas, realización de tareas peligrosas, conducción, uso de medicamentos que interaccionan con el alcohol, etc.

Para conseguir que aumentara la adopción de las estrategias de IPIB, en la fase III, se evidenció que se tenía que formar y dar apoyo a los profesionales (Funk et al., 2005) no solo dándoles herramientas y habilidades sino también mejorando sus actitudes en relación a las IPIB, aumentando su satisfacción, su sensación de preparación, seguridad y autoeficacia en el uso de las IPIB y su compromiso (Anderson et al., 2003). En la actualidad hay consenso sobre la importancia de incluir dicha formación tanto en los cursos de pregrado como de postgrado de los profesionales de APS (Rehm et al., 2016).

1.4. La implementación a gran escala de las estrategias de IPIB

Se parte de la asunción que la efectividad demostrada en la investigación con IB se producirá también en la práctica real o consulta, siempre y cuando la aplicación se haga según el protocolo e incluya los componentes que han demostrado ser efectivos (Fixsen et al., 2015). Sin embargo, a pesar de la gran cantidad de evidencia que apunta a los potenciales beneficios de implementar las IPIB en el consumo de riesgo de alcohol, pocos gobiernos o autoridades en Europa y otros contextos han realizado las inversiones necesarias para asegurar su implementación continuada a nivel regional o nacional (Colom et al., 2014). Así, a pesar de los esfuerzos promovidos por la OMS en la fase IV, la aplicación de las IPIB todavía no es la norma en la práctica diaria en la APS (Colom et al., 2014).

Sabemos, que el nivel de implementación de las estrategias de IPIB viene condicionada por factores contextuales, relacionados con los profesionales, con los pacientes y con la propia intervención (Flottorp et al., 2013; Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate & Kyriakidou, 2004). En este sentido, para mejorar su implementación es clave aplicar estrategias multinivel y multicomponente (Keurhorst et al., 2015).

En cuanto a los pacientes, puede haber dificultades debido a barreras culturales o a reacciones negativas cuando se les pide que hablen sobre su consumo de alcohol (Bernstein et al., 2009; Rahm et al., 2015) por lo que es importante proveer instrumentos de auto-evaluación para la mejora de los estilos de vida y campañas de sensibilización sobre los riesgos del alcohol adaptadas culturalmente, etc.

En cuanto a los profesionales, sus niveles de conocimientos y formación influyen en su disposición a ofrecer asesoramiento como también lo hacen su nivel de seguridad y de autoeficacia en la utilización de los instrumentos de IP y en la provisión de la IB (Barry et al., 2004; Wilson et al., 2011; Johnson, Jackson, Guillaume, Meier & Goyder, 2011; Vendetti et al., 2017). En este sentido, a nivel de los profesionales es útil, entre otras cosas, proveer formación continuada, recibir apoyo de la gerencia de APS, abordar las limitaciones de tiempo, evaluar y dar feedback sobre la calidad de la intervención y recurrir al modelado por referentes, etc. (Keurhorst et al., 2015).

Respecto al contexto, se sabe que disponer de financiación para la implementación y el apoyo por parte de recursos a nivel local y de los servicios especializados para la continuidad asistencial puede jugar un papel clave (Hargraves et al., 2017). En este sentido es útil proveer guías de práctica clínica, introducir mejoras en el registro en la historia clínica y en la monitorización de la implementación (Keurhorst et al., 2015). Finalmente, a nivel de la intervención en sí misma es muy importante que sea percibida como compatible con la práctica habitual y la evidencia nos dice que es clave disponer de un plan para la sostenibilidad y la monitorización de las estrategias de IPIB (con el apoyo de los departamentos de tecnología de la información) desde el principio e involucrar en el proceso a la administración y a los diferentes proveedores de APS (McCormick et al., 2010; Fitzgerald, Platt, Heywood & McCambridge, 2015).

Una revisión reciente de la literatura realizada por la SGD en el marco del contrato DEEP SEAS⁷ sobre las experiencias de implementación de las IPIB a escala regional o nacional en Europa (Inglaterra, Escocia, Holanda, Suecia, Finlandia, Italia y *Catalunya*) contrastada a partir de percepciones por parte de informantes clave, arroja las siguientes lecciones:

- El principal impacto es a nivel de la sensibilización de los profesionales (cambio cultural) en cuanto a la importancia del consumo de riesgo y del objetivo de la aplicación de estrategias preventivas selectivas con personas que hacen consumo de riesgo o perjudicial de alcohol (Nilsen, Wåhlin & Heather, 2011b).
- En ninguna jurisdicción se ha conseguido la institucionalización o la aplicación rutinaria en APS de las IPIB. Los niveles de implementación son en general bajos y solo entre 1 de cada 5 y 1 de cada 3, en el mejor de los casos, personas atendidas en APS recibe la intervención (Angus et al., 2019; Noordman, Verhaak & van Dulmen, 2010; Abidi, Nilsen, Karlsson, Skagerström & O'Donnell, 2020; Nilsen, McCambridge, Karlsson & Bendtsen, 2011a; Karlsson, O'Donnell, Abidi, Skagerström & Nilsen, 2019).
- Además, se ha detectado en algunas jurisdicciones que son las personas con niveles socioeconómicos más bajos las que más consumen y las de mayor edad las que más intervenciones reciben (Angus et al., 2019).
- Los cambios son lentos pero la introducción de objetivos claros respecto a qué se tiene que hacer, quien tiene que hacerlo y en qué periodo tanto para los profesionales como para los centros de APS, en el marco de una estrategia prioritaria financiada, sostenida y coordinada a nivel gubernamental, es clave (Fitzgerald et al., 2015).
- Al terminar los proyectos de investigación a menudo se interrumpe la implementación de las estrategias preventivas por lo que se requiere iteración e inversión continuada a largo plazo (Colom et al., 2014).
- La evidencia sobre la utilidad de los incentivos es contradictoria. Por un lado, en estudios de efectividad han demostrado ser útiles en aumentar las tasas de IPIB

⁷ *Developing and Extending Evidence and Practice from the Standard European Alcohol Survey* (DEEP SEAS – www.deep-seas.eu) es un contrato de servicios adjudicado por la Comisión Europea a un grupo coordinado de instituciones liderado por la Fundación CLÍNICA para la Investigación Biomédica (FCRB).

(Anderson et al., 2016a) pero en estudios de implementación a gran escala no significó un aumento en el porcentaje de nuevos cribados, pero sí que retirarlos comportó una reducción inmediata y sostenida en las tasas de IP e IB (O'Donnell, Hanratty, Schulte, & Kaner, 2020). Existe acuerdo, no obstante, en que hay que seguir estudiando su utilidad ya que en otros contextos como el tabaco han resultado ser útiles (Brown et al., 2016).

- No se puede hacer una implementación estándar. La política se tiene que adaptar a nivel cultural a los diferentes contextos utilizando un abordaje pragmático y colaborativo con los profesionales de primera línea que preserve los elementos esenciales o centrales de la IPIB, pero que de flexibilidad al mismo tiempo (Colom et al., 2014).
- Es clave el apoyo al máximo nivel por parte de la gerencia desde el principio, la provisión de recursos (instrumentos de IP y IB), tiempo, formación en formatos flexibles (en línea, etc.), supervisión y apoyo fácilmente accesible los profesionales (Kaner, 2010b; Fitzgerald et al., 2015).
- Es también esencial, desarrollar un sentimiento de implicación (de “sense of ownership” en inglés) de todos los profesionales y capacitarlos mediante cursos de formación continuada muy prácticos y orientados a aprender a través de entrenamiento en las nuevas habilidades para modificar su manera de trabajar más que imponer nuevas o diferentes formas de hacerlo (Nilsen et al., 2011b).
- Dado que no hay diferencias en el impacto de las IPIB según la profesión y que en general los profesionales de enfermería tienen más tiempo para hacer las intervenciones preventivas, es clave su implicación en la implementación desde el principio (Nilsen et al., 2011b).
- Es importante monitorizar la fidelidad en la aplicación de la IPIB según los protocolos y la calidad del registro ya que se detectan desviaciones o errores en muchas de las experiencias (Brown et al., 2016).
- Es también necesario establecer sistemas prácticos, fiables y robustos de registro, monitorización de la aplicación de las IPIB antes de la implementación y también de análisis de las personas que reciben la IPIB (Fitzgerald et al., 2015).
- Conviene integrar los objetivos de prevención de alcohol en programas o proyectos preventivos más amplios ya sean todos los relativos a la disminución de las

enfermedades no transmisibles, la mejora de los estilos de vida, o el abordaje integral de todas las sustancias adictivas (Segura et al., 2018).

- Finalmente, también es importante integrar dicha política en políticas más amplias en relación al alcohol y crear alianzas más allá del sector salud, que compartan la misma visión, para poder conseguir los efectos poblacionales (Heather et al., 2012).

Saitz (2014a), en su comentario sobre el artículo de McCambridge & Rollnick (2014), señala lo poco que se sabe sobre las IB a pesar de casi medio siglo de estudio y su modesto efecto en la reducción del consumo. El mismo autor añade que, además, en los estudios de implementación, con frecuencia se encuentra que las IB casi no se aplican en la práctica cotidiana. Saitz (2014a) termina afirmando que no hay que seguir ignorando estos problemas, aún a pesar de poner en riesgo iniciativas de implementación que se estén llevando a cabo y reclama más investigación en este ámbito.

1.5. La implementación de las estrategias de identificación precoz e intervención breve en España

En España existen **experiencias de buenas prácticas de las IPIB en el consumo de riesgo de alcohol** en *Catalunya*, con el programa *Beveu Menys*⁸ y en Murcia, con el *Programa Argos*⁹ que se vienen implementando desde hace años.

En una evaluación realizada por la SGD, en el marco de la Acción 8 de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017) sobre la implementación de dichos programas en España, se identificó que en 3 de cada 4 comunidades autónomas (CCAA) existe uno o más organismos formales o informales encargados de implementar programas de IPIB del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, aunque en 3 de cada 4 no tienen identificado uno que supervise y coordine su implementación. Según las CCAA, en todas se están implementando acciones, incluyendo la derivación entre APS y servicios especializados, aunque el grado

⁸ Subdirección General de Drogodependencias. Agència de Salut Pública de *Catalunya*. Departamento de Salud. Programa *Beveu Menys* (www.beveumenys.cat) 2002-2020. Incluido en el *Portal de Buenas Prácticas de la CE*: <https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/practice.cfm?id=282> [Consultada el 15 de diciembre de 2020].

⁹ Consejería de Sanidad y Política Social, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2020). Programa ARGOS. 2009-2019. Incluido en el *portal de Prevención basada en la evidencia de Sociodrogalcohol* <http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha029> [Consultada el 15 de diciembre de 2020].

de implementación se valora de media en un 5,5 dentro de una escala del 0 al 10. Las estrategias de implementación más utilizadas son formación de los profesionales, apoyo por parte de los servicios especializados de atención a las drogodependencias, así como la elaboración de protocolos y recomendaciones específicas. Destaca que, exceptuando *Catalunya* y Murcia, el resto no dispone de presupuesto específico para su implementación. En general, las CCAA disponen de instrumentos de IP y de registro en la historia clínica pero los protocolos de ayuda a la decisión clínica, el apoyo de los especialistas y los sistemas para la monitorización y el seguimiento de los pacientes son menos accesibles. Sobre el análisis de barreras, se detectó a nivel de los profesionales poca motivación, escasa formación y falta de incentivos y de tiempo. A nivel de la organización, se identificó sobrecargas asistenciales, falta de espacios físicos adaptados, dificultad de colaboración entre niveles asistenciales, dificultades asociadas a los sistemas de información y falta de financiación específica. Finalmente, en relación con los pacientes, se mencionó falta de percepción de riesgo y dificultad de acceso a la población joven. En general, se constató bastante interés por parte de las CCAA en mejorar dichos programas, pero también falta de priorización a nivel de la APS y considerable variabilidad respecto al tipo de estructuras, programas y estrategias de implementación.

Cabe destacar que, en nuestro país, disponemos de instrumentos que pueden facilitar la implementación de las IPIB en APS pero no se les está sacando suficiente provecho. Existen las recomendaciones sobre el consejo integral en estilos de vida en APS que incluye el alcohol (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). También hay en APS el *Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud* (PAPPS) (Córdoba-García et al., 2018) que incluye recomendaciones sobre el alcohol y herramientas para la formación de los profesionales como el *Mójate con el alcohol* elaborado por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y el Ministerio de Sanidad en el 2012.

1.6. La experiencia de implementación y evaluación del programa *Beveu Menys en Catalunya*

La SGD del Departament de Salut de la Generalitat de *Catalunya* se unió al proyecto colaborativo de la OMS en su fase III-capítulo III (Anderson et al., 2003) en el año 1995 y desde el 2002 ha venido implementando las estrategias de IPIB de forma continuada en la APS bajo un enfoque de investigación-acción mediante el programa *Beveu Menys*.

Siguiendo las directrices de la OMS (WHO, 2016), el programa se implementó en base a cuatro pilares: (i) la adaptación de las estrategias, materiales y servicios al contexto de *Catalunya*; (ii) la reformulación de los conceptos y de los problemas del alcohol para su mayor comprensión por parte de los profesionales como de la ciudadanía; (iii) la identificación de actores clave y la construcción de alianzas estratégicas; y (iv) la evaluación de la implementación para su mejora continuada.

En cuanto a la adaptación de las estrategias, el *Beveu Menys* validó e incorporó (Colom, Contel, Segura & Gual, 2002; Segura-García, Gual & Colom, 2005) como herramientas de cribado para la IP el AUDIT (Contel, Gual & Colom, 1999), el AUDIT-C (Gual, Segura, Contel, Heather & Colom, 2002) y un instrumento específico (Interrogatorio Sistemático del Consumo de Alcohol – ISCA) que fue validado para facilitar su introducción en la consulta habitual de la APS y el registro de los consumos en la historia clínica (Gual, Contel, Segura, Ribas & Colom, 2001). Los tres son válidos en nuestro contexto y se pueden utilizar, aunque se recomienda una administración por pasos y empezar con el AUDIT-C (ver *figura 1.2.*).

Figura 1.2. Los ítems del AUDIT-C y los puntos de corte para Catalunya.

1. AUDIT C

- Amb quina freqüència pren alguna beguda alcohòlica?
 - 0 Mai
 - 1 1 cop o menys al mes
 - 2 2 a 4 cops al mes
 - 3 2 a 3 cops a la setmana
 - 4 4 o més cops a la setmana
- Quantes consumicions de begudes amb contingut alcohòlic sol fer en un dia de beure normalment?
 - 0 1 o 2
 - 1 3 o 4
 - 2 5 o 6
 - 3 7 a 9
 - 4 10 o més
- Amb quina freqüència pren 6 o més consumicions alcohòliques en un sol dia?
 - 0 Mai
 - 1 Menys d'1 cop al mes
 - 2 Mensualment
 - 3 Setmanalment
 - 4 A diari o quasi a diari

Valors de tall de risc: Homes \geq 5 Dones \geq 5

En cuanto a la IB se optó por utilizar el Modelo FRAMES (del inglés *Feedback, Responsibility, Advice, Menu of options, Empaty and Self-efficacy*) propuesto por Hester y Miller, (1995) que está a medio camino entre las dos corrientes dentro de las IB ya que incluye el consejo y aspectos del Modelo de las 5 As (*del inglés Ask, Assess, Advise and Assist*) desarrollado para el abandono del tabaco (Tobacco Use and Dependence Guideline Panel, 2008) y aspectos de la entrevista motivacional (ver *figura 1.3.*). Se trata de un abordaje especialmente indicado para personas ambivalentes en relación a su problema con el alcohol (Babor et al., 1992).

Figura 1.3. Los componentes de la intervención breve del programa Beveu Menys.



Se integró la DAT ya que en el proceso de adaptación se consideró que, para motivar a los y las profesionales de la APS, era imprescindible garantizarles apoyo ante los casos más graves, es decir ante las personas con TCA.

El desarrollo del programa y la formación se inspiró en el módulo básico de alcohol del paquete “*Skills for Change*” desarrollado por Pip Mason para la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1998).

En cuanto a la reformulación de los conceptos, se estableció la Unidad de Bebida Estándar (UBE) en 10 gr de alcohol puro (ver *figura 1.4.*) (Gual, Martos, Lligoña, & Llopis, 1999).

Figura 1.4. *Unidad de Bebida Estándar y equivalencia en gramos de alcohol puro.*



Se definieron los diferentes patrones de consumo y los tipos de intervención de acuerdo al siguiente esquema (ver tabla 1.5.). En general, se optó por ofrecer a los profesionales un menú de opciones a la hora de intervenir, pero procurando asegurar en todo caso la fidelidad en la aplicación de las estrategias en la consulta diaria.

Tabla 1.5. *Patrones de consumo, intervenciones y papel de la APS.*

Patrón de consumo	Criterios		Intervención	Papel de la atención primaria
	Hombre	Mujer		
Bajo riesgo	≤280 g/ semana (≤28 UBE)	≤168 g/semana (<17 UBE)	Educación para la salud (Prevención universal)	Refuerzo de conducta y recomendación de no consumir en determinadas circunstancias*
	<9 AUDIT	<6 AUDIT		
	<5 AUDIT	<4 AUDIT		
Riesgo*	>280 g/semana (>28 UBE)	>280 g/semana (≥17 UBE)	Intervención breve (Prevención selectiva)	Consejo breve orientado a reducir el consumo a niveles de bajo riesgo
Perjudicial	consumo de riesgo y problemas de salud o sociales relacionados			Consejo breve orientado a abandonar el consumo temporalmente hasta que la condición de salud o social se haya normalizado y no superar niveles de bajo riesgo
Alto riesgo o dependencia	Diagnóstico según CIE-10/11 o DSM-V		Tratamiento especializado (Prevención indicada)	Consejo breve orientado a iniciar tratamiento especializado en APS o derivación a la red de atención de las drogodependencias

*Cualquier consumo en mujeres embarazadas, menores de 16 años y personas que desarrollen actividades, que tengan enfermedades o sigan tratamientos que desaconsejen el consumo de alcohol.

En cuanto a la construcción de alianzas estratégicas, siendo el departamento de Salud la organización líder, se movilizó a los principales agentes e instituciones del sistema sanitario y colectivos de profesionales, entre ellos, especialmente, la *Xarxa d'Atenció a les Drogodependències* (XAD), el *Servei Català de la Salut* (CatSalut), l'*Institut Català de la Salut* (ICS), l'*Institut d'Educació Contínua per a la Salut* (IES) y la *Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària* (CAMFIC). Se creó también un equipo de coordinación central del programa (1 coordinador a tiempo completo y 1 administrativo a tiempo parcial) para apoyar todo el proceso de implementación.

La estrategia de implementación fue multicomponente y multinivel. En la *figura 1.5.* se detallan los diferentes componentes y acciones llevadas a cabo en el marco del programa en los diferentes niveles: organizaciones, profesionales y pacientes.

Figura 1.5. Estrategia de implementación multicomponente y multinivel del programa Beveu Menys.



A nivel de las organizaciones, destacan, entre otras, las acciones de institucionalización o priorización del programa en el marco de las estrategias de gobierno (*Pla de Govern*), de salud (*Pla de Salut de Catalunya*), de salud mental (*Pla Director de Salut Mental i Addiccions*), de drogas (*Pla de Drogues*). También la introducción de los instrumentos de IP (AUDIT, AUDIT-C y ISCA) en la historia clínica y de mecanismos para la mejora de la coordinación y continuidad asistencial entre APS y la XAD.

A nivel de los profesionales, se han invertido grandes esfuerzos en promover la formación de formadores y la formación entre iguales con el apoyo de la CAMFIC y la Red de Referentes de Alcohol (en catalán, *Xarxa de Referents en Alcohol XaROH*) y la acreditación de los cursos y los profesionales.

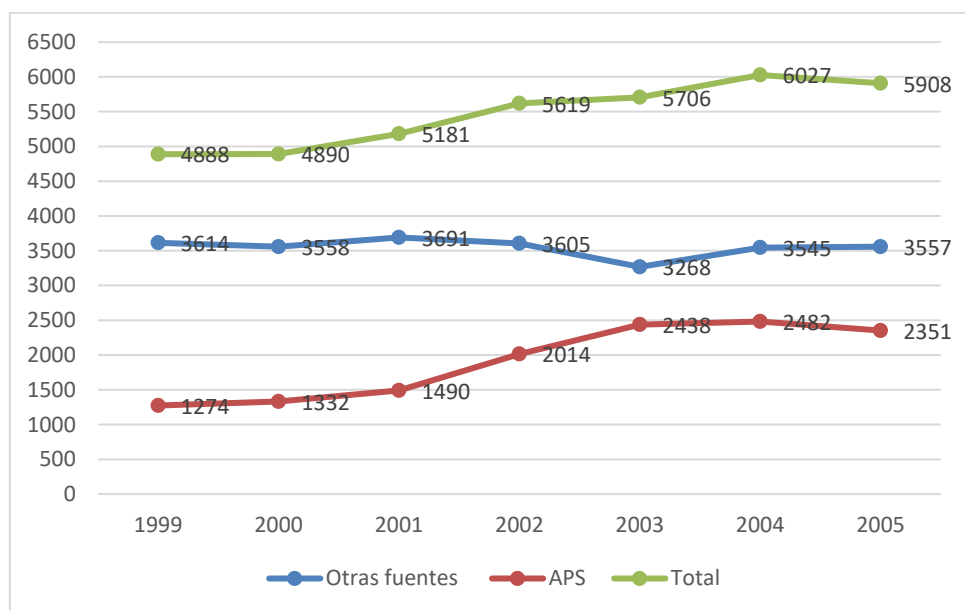
A nivel de los pacientes, ha sido importante la provisión de información en forma de dípticos, pósteres y videos para la auto-evaluación de los niveles de riesgo de alcohol y la realización de acciones de sensibilización sobre los riesgos asociados al alcohol ([“Veus el que beus”](#); [“Alcohol es responsabilitat de tothom”](#)).

La implementación, a lo largo de los años, se ha realizado en dos fases iterativas, cada una con algunas particularidades específicas, pero manteniendo también la esencia del programa, aunque con continuas mejoras y adaptaciones basadas en la evidencia.

La primera fase duró de noviembre de 2001 hasta finales de 2005. Los formadores eran especialistas en trastornos relacionados con el alcohol de la XAD, los más motivados en ese momento sobre la importancia de la prevención, que formaban a los equipos de APS de su área de referencia y se les retribuía por cada curso de 5 horas (WHO, 2006; McCormick, et al., 2010). Para la evaluación de esa fase se llevó a cabo una estrategia mixta. Para la evaluación de proceso, se analizaron los indicadores de cobertura propios del programa y se evidenció, que gracias a la retribución de la formación, se llevaron a cabo un total de 325 cursos en tres años, alcanzando un 93.6% de los CAPS de *Catalunya* y un total de 5.823 profesionales (48% de enfermería, 42.1% de medicina, 2% pediatras, 1.6% trabajadores sociales, 1.4% residentes y 4.9% otros), de los cuales 3 de cada 4 recibieron acreditación por haber asistido al 80% de la formación y manifestaron niveles altos de satisfacción con la misma. Para la evaluación de resultados, se realizó un estudio con diseño simple antes y después recogiendo datos a nivel de pacientes, profesionales e historias clínicas antes de la formación y tres meses después (Segura, et al., 2006; Gual, et al., 2006). En dicho estudio se constató (resultados no publicados) que, tras la formación, había aumentado el compromiso de los profesionales en relación a las estrategias IPIB y sus conocimientos respecto al uso de instrumentos y niveles de consumo de riesgo.

En cuanto a la evaluación del impacto, se constató a partir de una elaboración de los datos recogidos por el *Sistema d'Informació en Drogodependències de Catalunya* (SIDC), un aumento en alrededor de 1.000 casos (de 1.490 en el 2001 a 2.482 en el 2004) en el número de derivaciones de personas con TCA de la APS a los centros de atención a las drogodependencias (CAS) (ver *figura 1.6.*), aumento que se sostuvo durante toda la primera fase de implementación y que no se produjo en las otras fuentes de derivación (servicios sociales, hospitales, etc.).

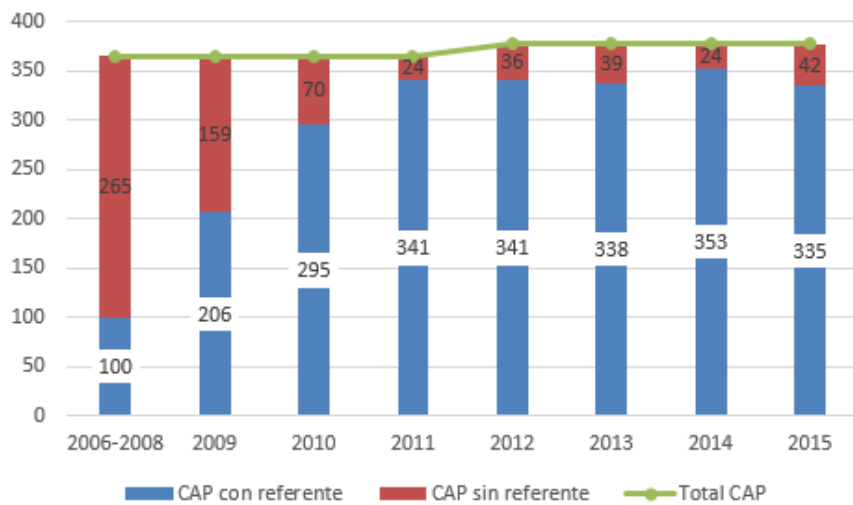
Figura 1.6. Número de personas con TCA derivadas a tratamiento. Elaboración propia a partir de información del SIDC.



No se observó, sin embargo, ningún cambio en el porcentaje de pacientes identificados o intervenidos precozmente ni en el registro de dichas actividades en la historia clínica.

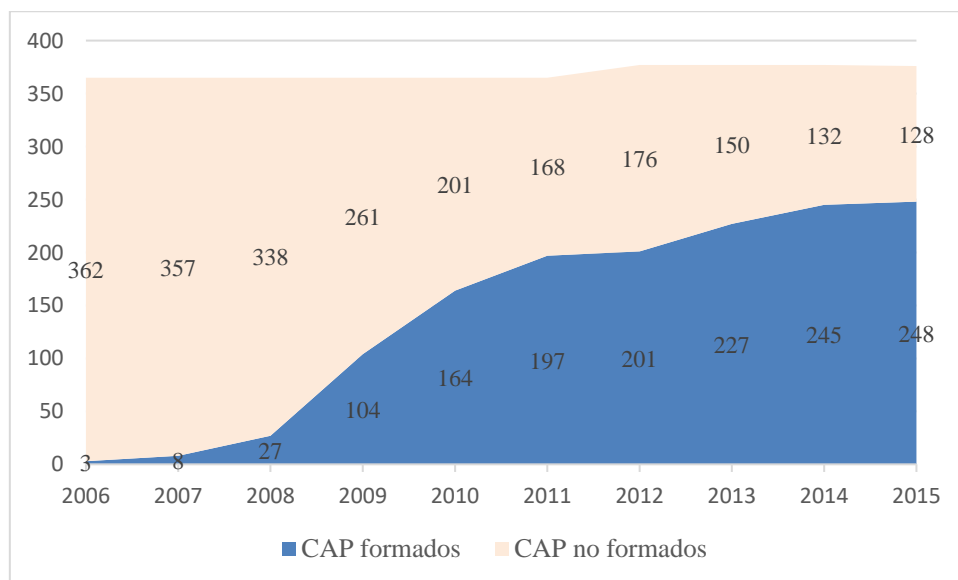
En la segunda fase del 2006 a 2015, fruto del aumento del interés entre los profesionales de la APS por los temas preventivos relacionados con el alcohol como consecuencia de las acciones de la primera fase, la formación a los EAP se hizo, entre iguales, por parte de un conjunto de profesionales (médicos o enfermeras de APS que se ofrecieron como voluntarios) capacitados como referentes de alcohol con el apoyo de los especialistas y que constituyeron la XaROH. Cada referente formaba a su EAP en un curso de 3 horas (2 horas impartidas por el referente de AP (no retribuida) y 1 hora por el profesional del CAS (retribuida para poder compensar los gastos de desplazamiento)). Además, se añadió, dentro de los indicadores de compra del CatSalut, un objetivo de desempeño (con incentivo) para los profesionales basado en la mejora de las tasas de identificación precoz, cuyo objetivo se fue elevando año tras año en función de los niveles alcanzados en el año anterior. En esta segunda fase, la evaluación de proceso y de resultados se hizo a partir de la monitorización de los indicadores procedentes del propio programa y del sistema de salud. Entre los resultados principales se observó un n aumento importante del número de centros de atención primaria con referentes de alcohol, hasta llegar al 88,9% en el 2015 (ver *figura 1.7.*).

Figura 1.7. Número de CAP de Catalunya con referente de alcohol



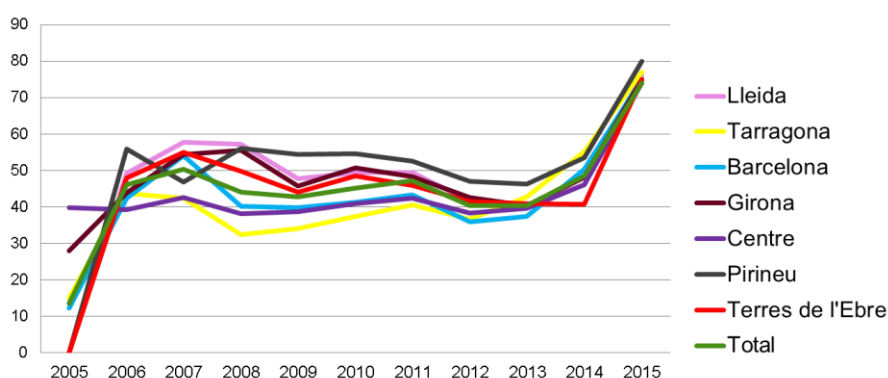
Durante esa fase, de 10 años, a pesar de disponer de referentes identificados en 9 de cada 10 CAP, estos sólo alcanzaron a formar a un 66% de los CAP de *Catalunya* (ver *figura 1.8.*), evidenciándose lo lenta que puede llegar a ser la implementación cuando esta no se refuerza mediante incentivos y se planifica con objetivos y marcos temporales específicos.

Figura 1.8. Número de CAP formados.



A pesar de ello, se constató un impacto positivo considerable del programa en la tasa de IP (número de personas con patrón de consumo de alcohol identificado/número de personas visitadas) en APS hasta alcanzar un pico del 74% para el total de *Catalunya* en 2015 (ver *figura 1.9.*). Observándose pues un impacto importante de la introducción del objetivo de desempeño en la mejora de la implementación del programa en todas las regiones sanitarias de *Catalunya*.

Figura 1.9. Aumento de la tasa de IP en APS.



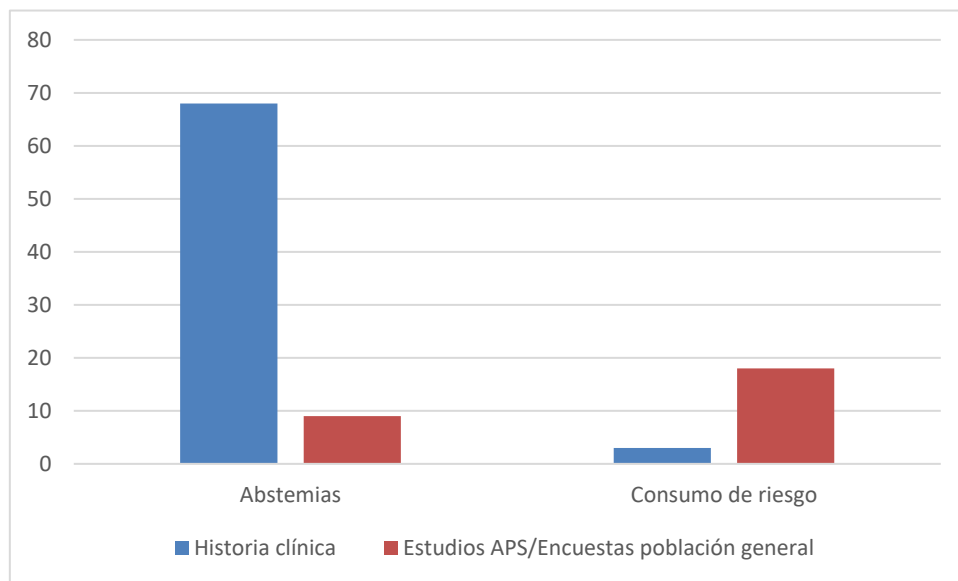
A pesar de este buen resultado, se detectó a través de análisis complementarios de los indicadores de resultado del programa, algunos errores o problemas en la fidelidad (desviaciones respecto al protocolo) tanto en el uso de los instrumentos de identificación precoz y en el registro de los patrones de consumo en la historia clínica como en la implementación de la intervención breve en la consulta de APS.

La fidelidad con la que los profesionales implementan el programa de acuerdo a los diversos elementos del protocolo, incluida la consistencia en su aplicación en la consulta es un elemento clave en la implementación de programas en salud pública (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace, 2005). En este sentido, por ejemplo, es parte del componente “Implementación” del modelo RE-AIM (de las siglas en inglés *Reach-Effectiveness-Adoption-Implementation-Maintenance*), (www.re-aim.org) uno de los más utilizados actualmente en el ámbito de las IPIB (Glasgow, Vogt & Boles, 1999).

Como se puede ver en la *figura 1.10.*, se observó, tanto a partir de los indicadores de atención primaria como en estudios complementarios (Miquel et al., 2018a), una clara infra detección del patrón de consumo de riesgo y una sobre notificación en el número de

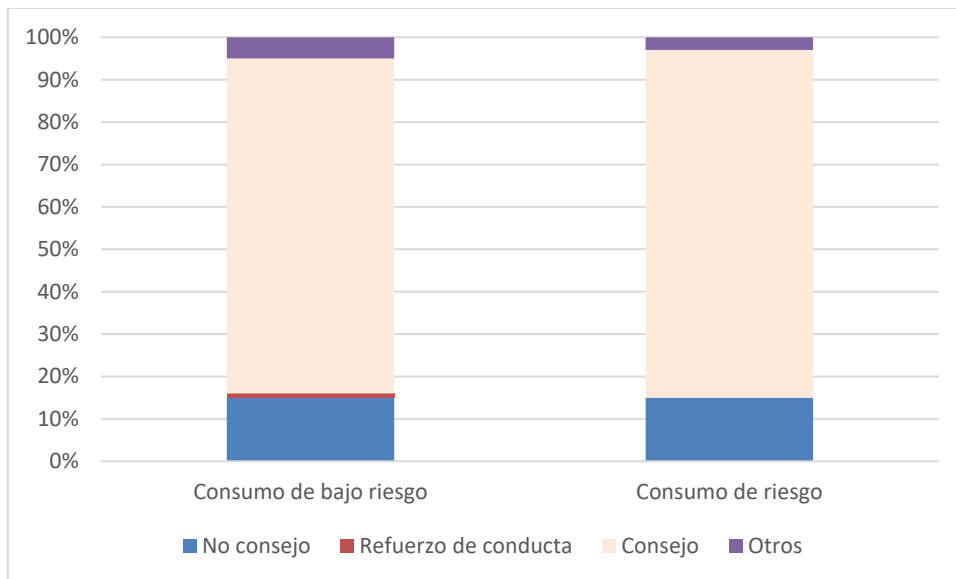
personas abstemias, lo que representa una desviación importante respecto a la distribución de los patrones de consumo detectados en otros estudios realizados en APS con el AUDIT-C donde el consumo de riesgo se situó en el 18.3% (Segura et al., 2006) y en las encuestas poblacionales donde las personas abstemias solo representan el 9% (SIDC, 2019b).

Figura 1.10. *Desviación de los patrones de consumo detectados en la HC respecto a los estudios en APS y las encuestas poblacionales.*



Por otro lado, detectamos que la intervención que se hacía no se adaptaba según el patrón de consumo como se sugería en el protocolo (ver tabla 1.5.), es decir que las personas que hacían consumos de bajo riesgo y de riesgo recibían la misma intervención (ver *figura 1.11.*) a pesar que los primeros tenían que recibir más refuerzo de conducta y los segundos más consejo.

Figura 1.11. Tipo de intervención recibida según patrón de consumo.



Estos problemas en la fidelidad son habituales en la implementación de programas en contextos reales (Fixsen et al., 2015) pero es importante identificarlos y subsanarlos ya que ponen en riesgo su efectividad y, por tanto, el impacto a nivel individual y poblacional de los mismos. De hecho, Fixsen et al. (2015) establecen que la implementación se alcanza cuando al menos el 50% de los recursos implicados aplican la intervención de acuerdo a los criterios de fidelidad.

En este contexto nos planteamos en *Catalunya* la necesidad de ahondar en la investigación en estos problemas y estudiar posibles soluciones a la par que nos replanteábamos, al igual que sucedía a nivel internacional (Glas et al., 2017), el futuro del programa y de su implementación

Así, aprovechando diferentes sinergias, nos propusimos, entre otras muchas acciones, llevar a cabo cuatro estudios, los resultados de los cuales constituyen el cuerpo empírico de esta tesis.

CAPÍTULO 2. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA GENERAL

La finalidad de la investigación presentada es contribuir a reducir el consumo de riesgo de alcohol en la población, así como los problemas asociados o derivados de dicho consumo. Para ello planteamos un objetivo general centrado en las acciones preventivas que realizan los profesionales de la atención primaria de salud, y su desarrollo en cuatro objetivos específicos y cinco hipótesis.

Cada objetivo específico corresponde con un estudio concreto. En este apartado se incluye también la metodología general utilizada para el desarrollo de los cuatro estudios, pudiéndose analizar con más detalle en los siguientes capítulos.

Objetivo General

Contribuir a mejorar la implementación de las estrategias de prevención del consumo de riesgo de alcohol en los centros de atención primaria de salud de *Catalunya* y así reducir dicho consumo y los problemas asociados al mismo.

Objetivos específicos e hipótesis

- Revisar la evidencia reciente sobre la aplicación de estrategias de identificación precoz e intervención breve en el consumo de riesgo de alcohol en la atención primaria de la salud.
- Analizar los factores que pueden mejorar la fidelidad o la aplicación según protocolo de las actividades de identificación precoz y de intervención breve en el consumo de riesgo de alcohol en la atención primaria de salud.

Hipótesis 2: La fidelidad en la aplicación de la actividad de IPIB mejora en los profesionales que reciben formación y apoyo e incentivos económicos.

- Evaluar la validez de instrumentos ultra cortos para detectar el consumo de riesgo de alcohol en la atención primaria de salud

Hipótesis 3.1. El AUDIT-3 presenta niveles de sensibilidad y especificidad adecuados y similares al AUDIT-C para la detección de bebedores de riesgo, especialmente en la población más joven.

Hipótesis 3.2. El AUDIT-QF presenta niveles de sensibilidad y especificidad adecuados para las personas de edad adulta.

- Estudiar la utilidad de la implementación de una versión informatizada de un instrumento de IPIB para detectar los consumos de riesgo de alcohol y mejorar la fidelidad en la aplicación de la intervención breve según protocolo en la APS.

Hipótesis 4.1. El instrumento ASSIST es útil para detectar los diferentes patrones de riesgo de las diferentes sustancias, incluido el alcohol.

Hipótesis 4.2. La versión informatizada ayuda a mejorar la fidelidad en la aplicación en la intervención breve.

Metodología general

La investigación realizada utiliza diferentes metodologías para dar respuesta a los objetivos y estudios desarrollados.

Concretamente el **objetivo 1** se lleva a cabo a través de una revisión narrativa de la literatura sobre publicaciones primarias y secundarias publicadas entre enero de 2016 y diciembre de 2017 en PubMed y Google Scholar.

El **objetivo 2** analiza los factores que pueden mejorar fidelidad de las actividades de IPIB en el consumo de riesgo de alcohol en la APS a través de análisis secundario de datos del proyecto *Optimizing delivery of health care interventions* (ODHIN) (Keurhorst et al., 2013). El citado proyecto utilizó un diseño experimental para evaluar el impacto de la formación y apoyo, los incentivos económicos y la disponibilidad de instrumentos digitales de intervención breve (eBI) en la actividad de IPIB de los profesionales de APS en un total de 120 centros con capacidad para 5.000 y 20.000 pacientes procedentes de cinco jurisdicciones (*Catalunya*, Inglaterra, Países Bajos, Polonia y Suecia). La fidelidad se midió de 2 formas, por un lado, la corrección al completar y puntuar el instrumento de cribado, AUDIT-C y por otro, tanto la proporción de pacientes con resultados negativos en la detección (no bebedores de riesgo) que recibieron intervención breve y la proporción de pacientes con resultados positivos en el cribado (bebedores de riesgo) que no la recibieron. Se calcularon las razones de probabilidad de corrección por tipo de profesión y por grupo de intervención: formación y apoyo, incentivo económico y la disponibilidad de eBI.

En el **objetivo 3** se analiza la validez del AUDIT-3 (3 preguntas de consumo episódico intenso) y el AUDIT-QF (preguntas 1 y 2 de cantidad y frecuencia del AUDIT) como herramientas ultra-cortas de IP del consumo de riesgo de alcohol en APS. Para ello se invitó a 13 profesionales de la medicina y de enfermería de 6 centros de APS a identificar de forma precoz el consumo de riesgo de alcohol mediante un cuestionario de salud y se llevó a cabo un análisis de la validez de criterio en una muestra de 605 pacientes, además de analizar la sensibilidad, la especificidad, el área bajo la curva ROC (AUROC) y los valores predictivos positivos y negativos del AUDIT-3 y del AUDIT-QF.

El **objetivo 4** analiza la utilidad de la implementación de una versión informatizada del *Test de Detección de Uso de Alcohol, Tabaco y Otras sustancias (ASSIST)* para detectar los consumos de riesgo, incluido el alcohol, y mejorar la fidelidad en la aplicación de la intervención breve en la APS. Se trata de un estudio multicéntrico observacional transversal con un muestreo no probabilístico de conveniencia en el que profesionales formados reclutaron de enero a septiembre del 2016 una muestra de 794 pacientes que acudieron por cualquier motivo de salud a los centros de atención primaria de salud.

CAPÍTULO 3. REVISIÓN DE LA EVIDENCIA RECIENTE SOBRE LA APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE IDENTIFICACIÓN PRECOZ E INTERVENCIÓN BREVE EN EL CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL DE ALCOHOL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD¹⁰

3.1. Introduction

Alcohol is the cause of a large number of health conditions, including cancers, cardiovascular and liver diseases, mental health problems and intentional and unintentional injuries [GBD 2016 Risk Factor Collaborators, 2017]. Globally, alcohol is estimated to be the seventh leading risk factor in 2016 for both disability-adjusted life years (DALYs) (4.2% of all DALYs) and deaths (5.2% of all deaths). Reducing alcohol consumption, and, in particular, heavy drinking, leads to a reduction in the burden of preventable diseases and costs to health systems [GBD 2015 DALYs & HALE Collaborators, 2015]. To reduce consumption, governments need to introduce effective alcohol control policies, and also prevention and treatment strategies that address alcohol-related risks and harm.

Alcohol use disorders (AUDs) are prevalent in European primary healthcare (PHC) settings [8.7%, 95% confidence interval (CI) 8.1–9.3%], but less than one in five of heavy drinkers are identified (Wolstenholme et al., 2013) and less than one in four patients with AUD are treated (22.3%, 95% CI 19.4–25.2%) (Rehm et al., 2015b). Screening and brief advice (SBA) and treatment for screen-positive patients [Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT)] (Babor et al., 2007) constitute the most researched and recommended effective and cost effective measures to prevent and manage heavy drinking and AUD in PHC (National Collaborating Centre for Mental health, 2011). Ensuring the widespread uptake of SBA and treatment programmes in PHC is key, but

¹⁰ Segura, L., Anderson, P., & Gual, A. (2018). Optimizing the delivery of interventions for harmful alcohol use in primary healthcare: an update. *Current opinion in psychiatry*, 31(4), 324–332. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000435>

few governments are willing to undertake the necessary investments to ensure countrywide implementation of SBA and treatment programmes in PHC (Colom, et al., 2014). The penetration of such programmes remains generally very low (OECD, 2015; Kaner, 2012).

Whereas screening activity ranges from less than 10% in Europe (Bendtsen et al., 2015), to up to 70% in some programmes in the United States (Glass, Bohnert & Brown, 2016), less than 10% of heavy drinkers and AUD patients in PHC report having received advice on their alcohol consumption over the past year (Bendtsen et al., 2015; Brown et al., 2016). These levels are comparable with those found in the training and support arms of the WHO phase III study performed nearly 20 years ago, in which the median proportion of patients screened did not reach more than 9%, and only 3% received an intervention.

However, the basal rate of screening and intervention (in the control condition) was only 3 and 0% (Funk et al., 2005), indicating that advice on alcohol was essentially non-existent. Scottish and Catalan nationwide programmes have resulted in successful scaling up of SBA delivery, though concerns remain about fidelity and quality of the intervention (Miquel et al., 2018), or there is little information about their impact (Beeston, McAdams & Craig, 2016).

Many studies have identified potential barriers for uptake of SBA and treatment programmes, based on providers' professional characteristics (knowledge, skills and attitudes (Anderson, 1985; Nilsen, 2010; Wilson et al., 2011; Anderson et al., 2016b), organizational issues (lack of resources, time constraints, lack of screening tools), support and financial incentives (Roche & Freeman, 2004; University of Sheffield, 2009; Nilsen, 2010; Rehm et al., 2015a) and stigma associated with AUD (Andréasson, 2017).

However, a recent meta-analysis found that delivery of SBA programmes can be increased and patients' alcohol consumption decreased by combining patient, professional and organizational-oriented actions, involving nurses and other health professionals, and also physicians (Keurhorst et al., 2015).

Despite a large amount of research on PHC based SBA programmes, many questions remain unresolved on why, how, for whom and under what circumstances

implementation strategies work best (Keurhorst et al., 2015; Fitzgerald, 2016; McCambridge & Cunningham, 2014). We review the most recent evidence responding to these questions and reflect on how best to move the field forward.

3.2. Methods

A systematic literature search with PubMed and Google Scholar was undertaken for new primary research, reviews and meta-analyses for the dates January 2016 to December 2017. The Search terms used were (((("2016/01/01"[Date-Publication]: "2017/12/31"[Date - Publication])) AND (((alcohol [Title/Abstract] OR substance use [Title/Abstract]) AND (screening [Title/Abstract] OR brief intervention [Title/Abstract])))) AND primary health care [Title/Abstract].

Complementary analysis of the articles indexed in the specialized ‘INEBRIA database’ (International Network of Brief Interventions for Alcohol and Other drugs Database, 2018) was undertaken. Inclusion criteria were articles reporting alcohol SBA programmes in PHC, and studies on digital SBA programmes facilitated by a PHC professional or tested versus face-to-face brief advice. In all, 82 articles were identified and 63 met the inclusion criteria for the review. Seven were systematic reviews, nine randomized controlled trials (RCTs), and two studies on cost-effectiveness. The rest were reviews, study protocols, feasibility or evaluation studies. Two large studies – the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)’s SBIRT initiative from the USA and the ODHIN cluster randomized factorial trial from Europe – contributed with six articles each. A Cochrane review from early 2018 was also included.

3.3. Results

3.3.1. Effectiveness

Two systematic reviews have been conducted in this period (Kaner et al., 2018; Platt et al., 2016) (Table 3.1.). Both found that brief advice reduced the quantity of alcohol consumed (0.15 standard drinks and 20 g/week, respectively) compared to control groups, and that the effects were maintained up to 1 year (Kaner et al., 2018; Platt et al., 2016). Neither setting nor content moderated the effectiveness of advice. Longer or more intensive interventions did not improve outcomes (Kaner et al., 2018). Despite relatively small effect sizes, the high proportion of population attending PHC might result in a positive impact at the population level (Kaner et al., 2018). One systematic review of the effectiveness of SBA in middle-income countries with five RCTs found a benefit for brief advice, mainly based on motivational interviewing and delivered by trained nurses, in reducing self-reported heavy alcohol use (Joseph & Basu, 2017).

Table 3.1. Systematic reviews and meta-analysis on ASBI in PHC.

Study	Nr of studies	Total participants	Population/ Professionals	Settings/ conditions	Control/ Type of studies	Outcomes
Kaner <i>et al.</i> 2018 Up to Sept 2017	69	33,642	Non-treatment seeking patients	55% in PHC and 39% in ED	88% BI versus minimal or no intervention; 6% Extended interventions were compared to BI; 10% to minimal or no intervention.	ABIs reduce alcohol consumption in hazardous and harmful drinkers by an average of 20 g/week in both genders. Effect lasted up to one year and longer or more intensive intervention did not significantly improve outcomes.
Platt <i>et al.</i> 2016 1966-2015	52	29,891	All populations aged 16 years or older but excluded populations with complex health problems	68% PHC, hospital or A&E	Treatment as usual; information-only; assessment only; no assessment; non-intervention.	ABIs reduced the quantity of alcohol consumed by 0.15 SDs. Neither the setting nor content appeared to significantly moderate intervention effectiveness. Interventions delivered by nurses had the most effect in reducing quantity (d=-0.23, 95% CI (-0.33 to -0.13)) but not frequency of alcohol consumption.
Joseph <i>et al.</i> 2017 Up to 2015	9	3,411	Middle-income countries	33% PHC	45% Health education leaflet; treatment as usual; simple advice; assessment only; non-intervention	Five trials reported statistically significant reductions of ABI in self-reported alcohol consumption at 3–24-month follow-up.
Timko <i>et al.</i> 2016 Up to Sept 2015	14	-----	Chronic medical conditions (Depression, Diabetes and Hypertension)	43% Depression; 36% HTA	treatment as usual; information-only; assessment only; no assessment; non-intervention	Screening and brief interventions for primary care patients with chronic medical conditions are effective for identifying at-risk substance use and are associated with healthy behaviours and improved outcomes.
McElwaine <i>et al.</i> 2016 1992-May 2014	7	Reported in 4 trials [556 to 4048 clients]	Intervention of nurses and allied health clinicians in several health risks	71% PHC;	57% treatment as usual	Two trials with a focus on alcohol preventive care provision. Only one trial showed a positive effect of the intervention on assessment and advice. One trial examining all four risks simultaneously (tobacco, alcohol, nutrition, physical activities) found no effect with regard to alcohol assessment or brief advice. In the one trial examining arranging alcohol referral (the multi-risk trial), the intervention effect was not significant.
Scott-Sheldon <i>et al.</i> 2017 Up to Dec 2016	21	8,461 (65–3,538)	People living with HIV/AIDS	Specialized VIH clinics	55% education, time-match alternative intervention; 45% assessment-only control	Intervention participants reduced their quantity of alcohol consumed (d? random = 0.11, 95% CI 0.03, 0.20; k = 11) and reported less heavy drinking (d? random = 0.24, 95% CI 0.07, 0.41; k = 3) relative to control conditions.
Kelly <i>et al.</i> 2017 2000- Nov 2016	13 (10 targeted harmful or hazardous older drinkers)	5,416 (30-640)	Older population (+ 55)	77% PHC	31% treatment as usual; 31% minimal intervention such as leaflets or brief advice; 15% no intervention	There was an overall intervention effect for 3- and 6-month outcomes combined (8 studies; 3,591 participants; pooled standard mean difference (SMD) -0.18 (95% CI -0.28, -0.07) and 12 months (6 studies; 2,788 participants SMD -0.16 (95% CI -0.32, -0.01).
Kaner <i>et al.</i> 2017	57 (5 eBI to face-to-face)	34,390 (390 eBI to face-to-face)	People living in the community	Digital	No intervention; 8% face-to-face	There was no difference in alcohol consumption at end of follow up (MD 0.52 g/week, 95% CI -24.59 to 25.63; low-quality evidence) compared to face-to-face ASBI).

3.3.2. Cost-effectiveness

A European study using a new ‘meta-modelling’ prediction approach found that implementing national programmes of SBA in PHC is likely to be cost-effective in reducing alcohol-related mortality in 24 out of 28 European Union countries, with cost savings in half of the countries (Angus et al., 2017). A RCT on the effectiveness and cost-effectiveness of counselling for alcohol problems (CAP) delivered by trained lay counsellors to patients with harmful drinking attending PHC settings in India found that CAP and enhanced usual care (EUC) was better than EUC alone, might be cost-effective and could contribute to reducing the treatment gap for AUD (Nadkarni et al., 2017).

An investigation on realistic and cost-effective SBI scenarios in Japan based on international systematic reviews and clinicians’ opinions suggested SBI cost-effectiveness. Involvement of multiple social settings could help increase cost-effectiveness (Taguchi, Yoshimoto & Ikeda, 2016).

3.3.3. Lessons from large trials

The optimizing delivery of health care interventions (ODHIN) cluster randomized factorial trial examined the effectiveness of training and support, modest financial reimbursement and referral to internet based brief interventions (e-BI), targeted singly or in combination to PHC units (PHCUs), on SBA activities compared to treatment as usual. One hundred and twenty PHCUs were randomized, stratified by country (Catalonia, England, the Netherlands, Poland and Sweden) (Keurhorst, 2015). Training and support and financial reimbursement delivered during a 12-week implementation period were associated with a higher proportion of patients screened and advised, albeit from a low baseline starting point, closing gaps between countries and professions of providers that were present at baseline. Training and support was associated with a higher proportion of patients intervened both directly and indirectly by improving provider attitudes towards working with heavy drinkers, which were, in turn, associated with a higher proportion of patients intervened. The direct impact of training and support endured after a 6-month washout period, whereas the impact of financial reimbursement did not. On the contrary, there was a small indirect impact of financial reimbursement on 9-month outcomes through improved therapeutic commitment over the course of the study, partly because of increased provider activity due to the initial impact of financial reimbursement. The option of referring screen positive patients to computer delivered brief advice bore no relationship to changes in the proportion of patients screened and advised (Anderson et al., 2016a; Anderson

et al., 2017a). The study provided additional qualitative evidence that both training and support and on-the-job experience are both needed to improve the quantity and quality of screening and advice for heavy drinking delivered in PHC (Palacio-Vieira et al., 2018); Keurhorst et al., 2016). Data from the ODHIN study also showed that training and support is a cost-effective approach (Angus et al., 2014c).

The SAMHSA's SBIRT initiative included 11 sites, each funded for 5 years, to promote the adoption and sustained implementation of SBIRT. The cross-site evaluation used a multi-method Evaluation design to provide comprehensive information on the processes, outcomes and costs of SBIRT as implemented in a variety of medical and Community settings (Del Boca, McRee, Vendetti & Damon, 2017). More than one million patients were screened and pre-post clinically meaningful and significant differences for almost every measure of substance use were found. The greater the intervention intensity, the larger was the substance use reduction (Del Boca, et al., 2017). Both brief intervention and brief treatment were associated with positive outcomes (Aldridge, Dowd & Bray, 2017; Aldridge, Linford & Bray, 2017), but brief intervention was more cost-effective for most substances (Barbosa et al., 2017). Presence of programme champions, availability of funding, systemic change and effective management of provider challenges was associated with program sustainability.

According to the authors, the initiative contributed to improvements in treatment system equity, efficiency and economy [Babor et al., 2007; Babor, Del Boca & Bray, 2017; Bray, Del Boca, McRee, Hayashi & Babor, 2017).

3.3.4. Impact of training on professionals' attitudes and screening and brief advice activity

Several recent studies have evaluated the impact of training on professionals' attitudes and activities. Multi-component trainings with adaptable curricula and varied delivery models have found improvements in physicians' knowledge, skills (Pringle, Kearney, Rickard-Aasen, Campopiano & Gordon, 2017a) and also attitudes, such as readiness to work with patients with unhealthy alcohol use (Mitchell et al., 2017). A high level of nurses' perceived competence was associated with improvements in screening activity (Agle et al., 2016)]. A Delphi study with PHC professionals and addiction experts identified up to 59 strategies to tackle barriers, such as use of E-learning technology; symptom-specific screening by general practitioner (GP) and/or universal screening by practice nurses; reimbursement incentives; supportive materials;

clear guidelines; service provision of addiction care centres and more publicity in the media (Abidi, Oenema, Nilsen, Anderson & van de Mheen, 2016).

3.3.5. Impact of financial incentives on screening and brief advice activity

Financial incentives are used to stimulate improvements in the quality of healthcare, but evaluation of their effectiveness remains controversial. A mixed methods study in the United Kingdom found that rates of SBA, despite being globally low, were higher in those PHCs that were financially incentivized for newly registered patients.

Prioritization in the incentive schemes, complexity in coding interventions and GPs' beliefs on the effectiveness of SBA, and patient-centred practice were influential in alcohol intervention delivery and subsequent recording (O'Donnell, Haighton, Chappel, Shevills & Kaner, 2016).

3.3.6. Methodological improvements in screening and brief advice research

To reduce the heterogeneity across SBA trials, and to facilitate replication of results, meta-analyses and economic evaluations, it is important to use standardized assessment tools and protocols. The Outcome Reporting in Brief Intervention Trials: Alcohol project aims to develop a core outcome set (COS) for SBA trials and a guidance tool to use in trials (Shorter et al., 2017). In addition, efforts have been made to develop and evaluate fidelity tools and proficiency checklists to assess competence for SBA and treatment (Pringle, et al., 2017b). Up to 11 different instruments have been identified and compared, and results find high heterogeneity and low concordance reflecting the variable nature of SBA programmes (Reho, Agley, DeSalle & Gassman, 2016).

3.3.7. Alcohol and non-communicable diseases

There is an increasing interest in the role of alcohol SBA in the management of non-communicable diseases such as cardiovascular diseases (CVDs). Receiving brief advice to reduce heavy drinking is positively associated with better blood pressure control at 18 months. A simulation study in Spain concluded that better detection of hypertension and screening for alcohol with subsequent interventions would result in marked reductions of uncontrolled hypertension and CVD mortality (Rehm, Gmel, Sierra & Gual, 2018). Despite this potential impact, the routine use of alcohol SBA in patients with chronic medical conditions, such as hypertension, diabetes or depression, is low [Timko, Kong, Vittorio & Cucciare, 2016).

A European survey found that, in the management of hypertensive patients, just one out of three PHC physicians undertook alcohol screening, just one in five delivered brief advice and only 1 in 13 provided treatment for AUD (Rehm et al., 2016b). Promising steps are being undertaken towards studying the effectiveness and cost-effectiveness of a novel intervention to reduce risky drinking in obese men with a high risk of liver disease (Crombie et al., 2017).

3.3.8. Alcohol and other lifestyles

Integrating preventive care for the four major risk factors (smoking, unhealthy diet, harmful alcohol use and low physical activity) in PHC could reduce the health burden of non-communicable diseases.

There is evidence for the beneficial impact of such approaches (Mant & Anderson, 1985; Fowler, Gray & Anderson, 1993), but a recent systematic Review identified very few trials and inconclusive evidence for an impact, when interventions are delivered by PHC nurses or allied health providers (McElwaine et al., 2016). One trial found that complex multifaceted interventions are effective in enhancing assessment of client risk status, but less so for provision of brief advice and referral (Wiggers et al., 2017). A study examined intervention preferences of PHC patients who recently screened positive for tobacco use and at-risk drinking and found that they would prefer help to reduce their risk of medical problems than to discuss cigarette or alcohol use. Patients were equally receptive to receiving brief advice in several delivery forms (Wray, Funderburk & Maisto, 2017).

3.3.9. Alcohol and infectious diseases

Alcohol is a causal factor for risky sexual behaviour, sexually transmitted diseases and HIV infection [WHO, 2014; Rehm et al., 2017a; Rehm, Probst, Shield & Shuper, 2017b), and increases the risk of communicable diseases, including tuberculosis (Imtiaz, 2017).

A systematic review of 21 studies found that behavioural interventions that target alcohol, reduce alcohol use and improve HIV related outcomes amongst people living with HIV/AIDS (Scott-Sheldon, Carey, Johnson, Carey & MASH Research Team, 2017).

Single brief interviews are effective (Wandera, et al., 2017) and impact seems greatest when interventions are based in HIV/AIDS clinics (Scott-Sheldon et al., 2017).

3.3.10. Alcohol and other drugs integrative SBI

Substance use integrated SBA models, such as the Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test (ASSIST)-linked brief intervention (ASSIST-linked brief intervention) (Humeniuk et al., 2012) could contribute to enhance the identification and treatment of poly-substance users and of AUD among people who also use illicit drugs. Whereas a recent review identified up to 26 articles on the ASSIST-linked brief intervention and confirmed its usefulness in healthcare (Silva, Lucchese, Vargas, Benício & Vera, 2016). [71], other studies have shown mixed results. A Chilean RCT did not find ASSIST-linked brief intervention to be more effective compared to an information pamphlet in non-treatment-seeking PHC users with moderate risk (Poblete et al., 2017). A non-randomized study in semirural settings in Nigeria found significant reductions in alcohol consumption at 3 months follow-up (Lasebikan, Ola & Ayinde, 2017). A controlled trial in Abu Dhabi found that SBI provision improved after training, but it was not sustained 8 months afterwards (Matheson et al., 2018). In a feasibility study, promising results were found both in enhancement of SBA and reduction of problem drinking among people receiving opioid agonist treatment in PHC (Henihan et al., 2016).

3.3.11. Screening and brief advice for older people

Harmful alcohol consumption is increasing in older people, but evidence on effectiveness of SBA in reducing the associated risks for injuries and dementia is limited. A systematic review in older populations (55+ years) found an overall intervention effect for 3 and 6-month outcomes combined, and 12 months, but risk of bias for most studies was high. Limited evidence has suggested that more intensive interventions could be more effective, but simpler interventions including brief advice, leaflets, and alcohol assessments with advice to reduce drinking could also have a positive effect (Kelly, Olanrewaju, Cowan, Brayne, & Lafortune, 2018). An effectiveness and cost-effectiveness study comparing a stepped-care versus a minimal intervention for the treatment of older heavy drinkers in PHC found no differences (Coulton et al., 2017).

3.3.12. Screening and brief advice for pregnant women

Alcohol consumption during pregnancy is a risk factor for prenatal and perinatal morbidity and mortality, but effective evidence-based approaches to decrease risks are lacking. One study that compared a preconception intervention versus brief advice in a low-income population to reduce the risk of alcohol- and tobacco-exposed pregnancies found that preconception visits were more likely to reduce the risk of exposed pregnancies than brief advice (Velasquez et al., 2017).

3.3.13. Facilitated access to digital-based screening and brief advice

Facilitated access by a PHC provider to digital brief advice offers a novel alternative to face-to-face brief advice, with potentially similar benefits, but its relative effectiveness is unknown. One trial found that, at 3 months, the impact of digital advice was the same as face-to-face advice, but the robustness of the finding was questionable due to bias in the outcome measure (Wallace et al., 2017). A health economic Evaluation found a lower cost of facilitated access (Hunter et al., 2017). A systematic review on the effectiveness and cost-effectiveness of digital interventions for alcohol concluded that digital interventions reduce alcohol consumption by up to 24 g per week on average, compared to controls. A few studies suggest there may be little or no difference between digital and face-to-face alcohol interventions (Kaner et al., 2017).

3.3.14. Enhancing the implementation of screening and brief advice programmes

Screening and brief advice programmes remain poorly implemented in routine practice, and there is a need to test innovative strategies for more effective uptake. A quasi-experimental multi-country study is being undertaken comparing the impact of SBA training and supportive community actions versus practice as usual in the scale-up of PHC-based SBA in municipal areas from Colombia, Mexico and Peru. In addition to introducing a range of community support systems to SBA, the protocol will increase standard cut-offs to trigger advice to enhance professionals' engagement. Special attention will be paid to implement mechanisms that ensure adoption and support ongoing scale-up (i.e. adjustment to local policies, tailoring materials, appointing a local champion, etc.) (Anderson et al., 2017b).

3.3.15. Treatment of alcohol use disorder in primary healthcare

Since treatment seeking among AUD patients is low (Wallhed Finn, Bakshi & Andréasson, 2014; Probst, Manthey, Martinez & Rehm, 2015), offering treatment for AUD in PHC might result in less stigmatization and enhance treatment seeking. One RCT found that treatment in Specialist care was not significantly superior to PHC ($P=0.146$) for low-to-moderate dependence, but it was for patients with high severity of AUD (Wallhed Finn, Hammarberg & Andreasson, 2018).

3.4. Discussion

Despite the large amount of studies that demonstrate the effectiveness of SBA in PHC, some limitations and evidence gaps remain (i.e. active elements of the advice, effects in health outcomes, impact of desirability bias, generalizability problems, etc.). In fact, the uptake in PHC remains low, and thus the overall impact is weak. These shortcomings have stimulated the debate towards rethinking how to optimize and upgrade the implementation of SBA programmes, and enhance the management of alcohol (McCambridge & Saitz, 2017).in PHC. Some authors propose a shift from a ‘prevention approach’ to a more medical ‘treatment approach,’ targeting heavier drinking, and focusing on treatment of AUD (Andréasson et al., 2017) in PHC. It is also proposed that screening should be prioritized for patients with alcohol related comorbidities (i.e. hypertension, insomnia, depression or anxiety disorders) (Rehm et al., 2016a). It is suggested to re-examine the tools to identify AUD patients with comorbidities (Rehm et al., 2015a), to find smarter ways to initiate discussions about alcohol (Andréasson, et al., 2017), to analyse the impact of stigma towards AUD in PHC and to reconsider existing conceptualizations of unhealthy alcohol use (Glass et al., 2017). McCambridge & Saitz (2017) suggest tackling alcohol simultaneously with other risky behaviours and mental problems, and to combine SBA programmes with the provision of care for individuals with severe alcohol problems (Wallhed Finn et al., 2014).

Others raise the importance of studying optimal ways to facilitate access to digital technologies to support implementation of brief advice in PHC (Anderson et al., 2017a), by better integrating person-to-person activities with online support and potentially reducing investments in staff time.

Anderson et al. (2017b) suggest that the next stage of scale-up of SBA programmes should take place embedded within supportive local Community action. Fitzgerald (2016) recommends studying the optimal approach (patient-centred), contents (i.e. with or without motivational interviewing, shared decision-making, etc.), delivery model (face-to-face, digital interventions, etc.), duration of the training and ongoing support, and incentives (what activities to incentivize).

3.5. Conclusions

Despite the large body of evidence, recent studies show that alcohol remains a low priority for PHC, and implementation of alcohol interventions in clinical practice is suboptimal to achieve a public health impact. A debate on how to address the evidence gaps, assess the quality of interventions and overcome implementation barriers is ongoing within the International Network of Brief Interventions for Alcohol in other Drugs (www.inebria.net).

INEBRIA aims to provide global leadership in the development of evidence-based practice in the area of early identification and brief intervention for hazardous and harmful substance use.

There is a need for more research on SBA with adolescents, older people, women, people with alcohol use disorder, patients with comorbidities or multiple risks behaviours, cultural minority groups, and in low and lower-middle income countries.

Trials should aim at standardizing SBA protocols, training curricula and outcomes, and should report longer follow-up times. A future research direction should focus on describing under what circumstances SBA is widely taken up by professionals, well received by patients and results in improving patients' health outcomes.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE PUEDEN MEJORAR LA FIDELIDAD O APLICACIÓN SEGÚN PROTOCOLO DE LAS ACTIVIDADES DE IDENTIFICACIÓN PRECOZ Y DE INTERVENCIÓN BREVE EN EL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.¹¹

4.1. Introduction

Screening and brief interventions (SBI) delivered in primary health care are typically effective in reducing heavy alcohol consumption and alcohol-related problems, with reductions in alcohol consumption between 20 and 41 g of alcohol per week (O'Donnell et al., 2014; Kaner, 2016;). Furthermore, these interventions have been shown to be cost-effective in tackling alcohol related harms in high-income countries, regardless of the type of professional who delivers them (Angus et al., 2014).

The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) was developed by the World Health Organization as a screening instrument for use in primary health care (WHO, 2001). The AUDIT contains 10 questions and can be used to identify individuals drinking at hazardous and harmful levels (identified as an alcohol use disorder). A shorter form of AUDIT is the AUDIT-C, which includes only the 3 alcohol questions of the full AUDIT, has been validated for use in primary health care in many countries (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn & Bradley, 1998; Gual et al., 2002; Bradley et al., 2007; Calabria et al., 2014; Levola & Aalto, 2015; Fujii et al., 2016; Lundin, Danielsson, Hallgren & Torgén, 2017) with high levels of sensitivity and specificity and high levels of correlation between the responses in the first and second application (0.6-0.8) (Selin, 2003). In addition, the AUDIT-C has been used in other population groups, including university students (García Carretero, Novalbos Ruiz, Martínez Delgado & O'Ferrall González, 2016), patients with a diagnosis of depression (Levola & Aalto, 2015), and patients admitted to trauma hospitals (Vitesnikova, Dinh, Leonard, Boufous & Conigrave, 2014).

¹¹ This is a non-final version of an article published in final form in Palacio-Vieira, J., Segura, L., Anderson, P., Wolstenholme, A., Drummond, C., Bendtsen, P., Wojnar, M., Kaner, E., Keurhorst, M. N., van Steenkiste, B., Kłoda, K., Mierzecki, A., Parkinson, K., Newbury-Birch, D., Okulicz-Kozaryn, K., Deluca, P., Colom, J., & Gual, A. (2018). Improving screening and brief intervention activities in primary health care: Secondary analysis of professional accuracy based on the AUDIT-C. *Journal of evaluation in clinical practice*, Volume 24, Issue 2, pages: 369–374. <https://doi.org/10.1111/jep.12854>

The ODHIN randomized controlled trial (RCT) (Keurhorst, et al., 2013) used the first 3 questions of the AUDIT (AUDIT-C) as a screening tool to promote early identification of hazardous and harmful drinking and tested 3 strategies alone, and in combination, to encourage clinicians to give brief alcohol advice to patients as follows: training and support, financial incentives, and internet-based counselling (eBI). While the most commonly used cut-off points in the AUDIT-C are ≥ 5 for men and ≥ 4 for women (Bradley et al., 2007), the ODHIN trial used cut-off points of ≥ 5 for men and women in Catalonia and England. These cut-offs avoid the risk of excessive false positives amongst women (Keurhorst et al., 2013) where a score of 5 is equivalent to a consumption level of about 20 g of alcohol per day (Anderson et al., 2016a).

Regarding the alcohol advice, participating staff that have signed up to the study was asked to deliver brief alcohol advice of 5- to 15-min duration to at-risk patients, with the length and format of the brief advice based on country-specific guidelines or, for Poland where national guidelines are lacking, the European guidelines developed by PHEPA (Anderson, Gual & Colom, 2005).

Further, despite its validity as a screening instrument for use in primary health care, the use of AUDIT-C has shown some inconsistencies between the final classification result of either a positive or negative score. One study showed that up to 21% of men and women were misclassified, because of either an underestimation of alcohol consumption, stigma, or a previous alcohol use disorder (a diagnosis that does not require passing a drinking threshold) (Rubinsky, Dawson, Williams, Kivlahan & Bradley, 2013). A further study found that patients responded differently to AUDIT-C when asked by mail, or face-to-face during a clinical visit. Nearly two-thirds of those that screened positive in the mail survey subsequently screened negative in the clinical setting (Delaney et al., 2014). This is important because as a consequence of being incorrectly classified, drinkers who do not need brief advice may be offered it, and at-risk drinkers who should receive brief advice may not be offered it.

To our knowledge, published studies to date have focused on the inconsistencies between the classifications as risky or non-risky drinkers according to the AUDIT-C and reported drinking limits as reported by patients, but none have assessed inconsistencies in professionals' performance. We collected nearly 36,000 screening questionnaires during the ODHIN baseline and 12-week implementation periods from the included questionnaires. All questionnaires

included completed AUDIT-C questions as well as information relating to whether or not brief advice was delivered. Our main objective was to assess the accuracy of screening tool completion, errors in its scoring, and the incorrect provision of brief advice at both baseline and 12-week ODHIN implementation periods.

4.2. Methods

This paper represents a secondary analysis of findings from the ODHIN trial, which tested the impact of a range of strategies on primary health care–based screening by means of the first 3 alcohol questions of the AUDIT and advice activity to reduce heavy drinking (Anderson et al., 2016a; Keurhorst et al., 2013).

The trial studied the effectiveness of training and support, financial reimbursement, and the option of referral to internet-based brief interventions (e-BI)—targeted singly or in combination to primary health care units (PHCUs)—on screening and brief advice activities compared to treatment as usual. ODHIN used a cluster randomized factorial trial, with 120 PHCUs randomized to 8 groups with approximately 5,000 to 20,000 registered patients from 5 jurisdictions (Catalonia, England, the Netherlands, Poland, and Sweden). Randomization took place after formal agreement of the PHCU that agreed to take part in the trial and were allocated to 1 of 8 groups by the European coordinating centre, using computerized randomization stratifying by country, ensuring 15 PHCUs per group (3 per country). Although the PHCUs were allocated before the baseline measurement, the research team in each of the countries and the PHCU were only informed of the allocation after collection of the baseline measurement to avoid bias as a result of group allocation. In regard to the sample size, the ODHIN protocol study defined that 24 PHCU's, per country, with a minimum of 1,000 eligible patients per month were needed to for detecting an increase in screening rates (Delaney et al., 2014).

4.3. Outcomes

4.3.1. Accuracy of completing AUDIT-C

The accuracy of completing AUDIT-C was assessed by 2 different indicators: The accuracy of the AUDIT-C scoring, in which any noted/ recorded value other than between 0 and 4 (correct response categories for AUDIT-C) for any of the 3 AUDIT-C questions was considered incorrect; and the accuracy of the professionals' scoring of the AUDIT-C for each of the 3 separate AUDIT-C questions, compared to the authors' scoring, with any deviation considered wrong. In both cases, the proportion of patient questionnaires with an error was calculated.

4.3.2. Accuracy of advice

The accuracy of advice was assessed by calculating the proportion of screen-negative patients that received advice and the proportion of screen-positive patients that did not receive advice.

4.4. Statistical methods

The original trial was conceived and analysed as a factorial design. A generalized linear model using logistic models for binary data was used using a multilevel approach using country and PHCU with random intercepts and slopes. Analysis was conducted using IBM SPSS V23, procedure GENLIN.

4.5. Results

During the study, 746 providers from 120 PHCUs (24 per each of the 5 jurisdictions) participated in the study. During the 4-week baseline measurement period, 6,091 questionnaires were available for analysis, and during the 12-week implementation period, 30,623. Two-thirds of questionnaires were completed by doctors, and one-third by non-doctors (nurses and practice assistants). Table 4.1. shows the proportion of the different errors in the AUDIT-C scoring, summing, and giving advice by the groups of profession, country, and intervention strategy.

Table 4.1. Accuracy in screening and brief intervention activities in the ODHIN study at baseline and 12-week implementation periods.

Proportion of accuracy in SBI	Baseline Period	12 week-implementation period
Errors in marking AUDIT-C questions, %	0.26	0.05
Errors in summing AUDIT-C scores, %	1.82	1.30
Advice given to AUDIT-C negative, n (%)	1,217 (26.9)	3,501 (13.9) OR=0.44; (95% CI=0.26 to 0.74). Compared to baseline*
By profession		
Doctors, %	23	8, OR=0.22;(95% CI=0.11 to 0.44) Compared to non-doctors**
Non-doctors, %	29	28
By Country		
Catalonia, %	42	28
England, %	20	21
The Netherlands, %	21	20
Poland, %	2	1
Sweden, %	21	30
By intervention		
Training and support, %	-	13
No training and support, %	-	18, OR=0.72; (95% CI=0.31 to 1.66) Compared to training and support
Financial reimbursement, %	-	13, OR=0.66; (95% CI=0.34 to 1.28) Compared to no financial reimbursement
No Financial reimbursement, %	-	18
e-BI, %	-	15, OR=0.91; (95% CI=0.40 to 2.09) Compared to no e-BI
No e-B, %I	-	16
Screen Positive not given advise, n (%)	353 (22.5)	635 (11.5), OR=0.45;95% CI=0.31 to 0.65*, Compared to baseline
By profession		
Doctors, %	14, OR=0.37; (95% CI 0.23 to 0.59)** Compared to non-doctors	9
Non-doctors	30	18
By Country		
Catalonia, %	16	15
England, %	14	9
The Netherlands, %	28	24
Poland, %	6	5
Sweden, %	34	24
By intervention		
Training and support, %	-	10, OR=0.61; (95% CI=0.35 to 1.07) Compared to no training and support
No training and support, %	-	16
Financial reimbursement, %	-	10, OR=0.56; (95% CI=0.31 to 0.99) Compared to no financial reimbursement*
No Financial reimbursement, %	-	17
e-BI, %	-	16, OR=1.60; (95% CI=0.89 to 2.85) Compared to no e-BI
No e-BI, %	-	11

* p<0.01, **p<0.001

4.5.1. Errors in marking AUDIT-C questions

Out of 36,714 questionnaires across the baseline and 12-week implementation periods, we found only 32 questionnaires in which 1 or more of the 3 AUDIT-C questions were incorrectly completed. This was 16 of 6,091 (0.26%) during the baseline period and 16 of 30,623 (0.05%) during the 12-week implementation period.

4.5.2. Errors in summing AUDIT-C scores

For completed questionnaires, incorrect scoring occurred in 111 of 6,091 (1.82%) questionnaires during the baseline period and in 397 of 30,623 (1.30%) during the 12-week implementation period. Overall, 86% of the errors did not affect screen-positive classification. Errors led to 65 of 29,641 (0.22%) screen-negative patients being falsely classified and 5 of 7,073 (0.07%) screen-positive patients being falsely classified.

4.5.3. Advice given to screen-negative and not given to screen-positive patients

During baseline, 1,217 of 4,523 (26.9%) AUDIT-C negative patients were erroneously given brief advice. During the 12-week implementation period, this proportion reduced to 3,501 of 25,118 (13.9%), which was a statistically significant reduction, $P < .01$ (odds ratio [OR] for giving advice to screen-negative patients during 12-week implementation compared to baseline = 0.44; 95% CI, 0.26-0.74). During baseline, 353 of 1,568 (22.5%) screen-positive patients were not given advice and this proportion almost halved to 635 of 5505 (11.5%) during the 12-week implementation period, which was a statistically significant reduction, $P < .001$ (OR for not advising screen-positive patients during 12-week implementation compared to baseline = 0.45; 95% CI, 0.31-0.65).

During baseline, there was no statistically significant difference between doctors (23%) and non-doctors (29%) in the proportion of screen-negative patients given advice. Doctors (14%), however, were less likely not to advise screen-positive patients than non-doctors (30%) $P < .001$ (OR for not giving brief advice to screen-positive patients by doctors compared with non-doctors = 0.37; 95% CI, 0.23-0.59).

During the 12-week implementation period, the proportion of screen-negative patients given advice was less for doctors (8%) than for non-doctors (28%), which was statistically significant, $P < .001$ (OR for giving brief advice to screen-negative patients by doctors compared with non-

doctors = 0.22; 95% CI, 0.11-0.44). Doctors (9%) were also less likely not to advise screen-positive patients than non-doctors (18%) $P < .001$ (OR for not advising screen-positive patients by doctors compared with non-doctors = 0.42; 95% CI, 0.27-0.66).

The proportion of screen-negative patients given advice differed by country. At baseline, the proportions were Catalonia 42%, England 20%, Netherlands 21%, Poland 2%, and Sweden 21%. During the 12-week implementation period, the proportions were Catalonia 28%, England 21%, Netherlands 20%, Poland 1%, and Sweden 30%. Furthermore, the proportion of screen-positive patients not given advice differed by country. At baseline, the proportions were Catalonia 16%, England 14%, Netherlands 28%, Poland 6%, and Sweden 34%. During the 12-week implementation period, the proportions were Catalonia 15%, England 9%, Netherlands 24%, Poland 5%, and Sweden 24%.

During the 12-week implementation period, the proportion of screen-negative patients given advice was 13% amongst patients whose providers had received training and support compared with 18% amongst patients whose providers had not received training and support (OR in favour of training and support = 0.72; 95% CI, 0.31-1.66, ns); the proportion of screen-positive patients not given advice was 10% amongst patients whose providers had received training and support compared with 16% amongst patients whose providers had not received training and support (OR in favour of training and support = 0.61; 95% CI, 0.35-1.07, ns).

During the 12-week implementation period, the proportion of screen-negative patients given advice was 13% amongst patients whose providers had received financial reimbursement compared with 18% amongst patients whose providers had not received financial reimbursement (OR in favour of financial reimbursement = 0.66; 95% CI, 0.34-1.28, ns); the proportion of screen-positive patients not given advice was 10% amongst patients whose providers had received financial reimbursement compared with 17% amongst patients whose providers had not received financial reimbursement (OR in favour of financial reimbursement = 0.56; 95% CI, 0.31-0.99; $P < 0.05$).

During the 12-week implementation period, the proportion of screen negative patients given advice was 15% amongst patients whose providers had the option of e-BI compared with 16% amongst patients whose providers did not have the option of eBI (OR in favour of e-BI =

0.91; 95% CI, 0.40-2.09, ns); the proportion of screen-positive patients not given advice was 16% amongst patients whose providers had the option of eBI compared with 11% amongst patients with providers who did not have the option of eBI (OR in favour of eBI = 1.60; 95% CI, 0.89-2.85, ns).

4.6. Discussion

4.6.1. Overall findings

This study confirms the feasibility and accuracy in completion of using AUDIT-C for screening alcohol problems in primary health care and the ease of use in these settings. Patients screened as positive were not all advised about their alcohol consumption: 11% at the follow-up and (22%) at the baseline. This reduction was greater in the presence of financial reimbursement and with the profession (higher amongst doctors compared with non-doctors). In contrast, more than a quarter of patients that screened negative at baseline (29.9%) were given brief advice, with this proportion halving during the 12-week implementation period (13.9%), independent of the intervention group. However, when comparisons were made between doctors and non-doctors, the provision of advice to screen-negative patients at follow-up was much higher amongst non-doctors (8% vs 28%, P value < 0.01).

4.6.2. Comparisons with other studies

The analysis of the use AUDIT-C as a screening tool during the ODHIN study demonstrated that in addition to the validity shown in previous studies (Angus et al., 2014c; Kaner et al., 2018; Bradley, 2007) it is easy to use by providers, achieving high levels of completion accuracy and showing small and not clinically significant implications for professional practice. The completion of AUDIT-C was almost perfect, with hardly any errors in completing the 3 questions and only small errors in summing of AUDIT-C scores (1.3% in the follow-up) showing that if they occurred, these errors had little clinical significance.

Training and support is potentially useful for increasing the screening of alcohol problems (Anderson, et al., 2016a) and to promote the delivery of alcohol interventions amongst risky drinkers (Kaner, Heather, Brodie, Lock & McAvoy, 2001). However in our study, the delivery of training and support to PHC professionals did not result in changes to either the accuracy of the provision of advice to screen-positive patients or its omission with screen-negative.

Further data from Catalonia has shown that professionals tend to have the same intervention rates, regardless of the screening result (Segura et al., 2011).

Other studies have shown that when primary care practitioners are asked to screen and intervene for alcohol in all primary care patients, some professional and patient variables modified the provision of advice with only 50% of those categorized as risky drinkers receiving a brief intervention (Kaner et al., 2001). No patient variables were included in our analysis as predictors of accurate provision of advice, but when professionals received financial reimbursement, their accuracy in the provision of advice was higher than those that did not receive this incentive.

4.6.3. Strengths and weaknesses

There are some strengths and weaknesses in our study. To our knowledge, our study is the first to analyse some aspects of the fidelity to alcohol SBI guidelines in PHC services. Furthermore, the study benefits from using an experimental design, consisting of the implementation of different types of strategies and using a large multicentre design. In addition, it included a large number of practices, providers, and patients, giving confidence in the findings across 5 different European jurisdictions. The study does however have some weaknesses; firstly, there is no information about the reasons why professionals did not provide advice to those patients that screened positive or why they did provide advice to those who screened negative. Non-controlled factors may have played an important role in the professional decision making, such as patients' characteristics, including gender, employment status, and level of education as described in previous studies (Kaner et al., 2001). Secondly, we did not perform a validation of AUDIT-C against any other tools. In previous European studies, researchers have demonstrated discrepancies between the use of 2 screening and diagnostic tools with fewer than one-fifth of alcohol-dependent cases being identified by 2 different methods (Rehm et al., 2015b). Finally, PHC centres that took part in the RCT were volunteers and no information is available from those that refused to participate. This might have added a bias in the form of inclusion of PHC centres whose professionals are more motivated in working with drinkers.

4.7 Conclusion

Previously, we have shown that the ODHIN RCT demonstrated that training and support and financial reimbursement were associated with improvements in screening for heavy drinking in PHC settings (Anderson et al., 2016a). In this secondary analysis study, we have demonstrated that providing training and support was not associated with the proportion of screen-positive patients who did not receive advice, whereas receipt of financial reimbursement was associated. However, a gap/discrepancy of 11% remains of screen-positive patients that did not receive advice. This might have implications for policy makers who not only need to promote the use of SBI, but ensure that it is implemented accurately to tackle alcohol-related problems in PHC settings. The impact of these interventions on individuals' health has been shown elsewhere (Angus et al., 2014; Purshouse et al., 2013), but if such strategies are not implemented appropriately, they might represent a waste of PHC resources.

The challenge is finding strategies that result in high rates of SBI implementation, while ensuring that accuracy of screening and advice is also high. The fact that financial incentive was associated with the proper provision of advice to risky drinkers could be significant from a policy perspective as a way to promote the reduction of alcohol consumption and implement public health measures aimed at these professionals.

CAPÍTULO 5. ESTUDIO DE LA VALIDEZ DE INSTRUMENTOS ULTRA CORTOS PARA DETECTAR EL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

5.1. Introduction

Despite the availability of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and shorter versions such as AUDIT-C as screening tools for hazardous and harmful alcohol consumption, risky drinking is still under-identified in primary health care (PHC). The provision of even shorter, easy-to-use tools may improve early identification in Catalonia.

5.1.2. Alcohol consumption and impact

Alcohol is a leading cause of death, disease and a number of social consequences (Lim et al., 2012). In 2016, alcohol attributable deaths accounted for approximately 5.5% of all deaths in the EU+; these were largely due to cancer (29% of alcohol-attributable deaths), liver cirrhosis (20%), cardiovascular disease (19%) and injury (18%). In addition, alcohol use caused 8.3% of the years of life lost (YLL) in the EU+, representing 7.6 million years lost prematurely due to alcohol consumption and 6.8% - equivalent to 10.3 million - of disability-adjusted life years (DALYs) (WHO, 2019).

In Spain in 2017, 5.1% of people aged 15 years and over (7.6% for men; 2.6% for women) were risky drinkers using the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Bohn, Babor & Kranzler, 1995) with a cut-off score of ≥ 8 ; in the 15 to 24 years age group the prevalence of risky drinking was 7.2% (9.8% men; 4.5% women) (OEDA, 2019).

In PHC in Catalonia, the prevalence of risky drinking was found to reach 23.9% among men and 15.3% in women (Segura et al., 2006), alcohol use disorders 11.7%, and alcohol dependence 8.6% (Rehm et al., 2015).

The cost of risky alcohol use is high, the Impact Study in Catalonia, showed that 10.5% of PHC patients that reported alcohol consumption were risky drinkers, and that these patients were more likely to be admitted to hospitals or emergency departments (ORs 1.08-1.18) compared to light drinkers. Male risky drinkers also used fewer PHC services than male light drinkers did

(OR 0.89, 95% CI 0.87-0.92). In general, risky alcohol users used services more and had longer hospital stays (Miquel et al., 2018a). In addition, alcohol consumption and health care costs showed a dose-response relationship for both sexes in all four models used: the higher the consumption, the higher the health care costs (Miquel et al., 2018b).

5.1.3. Screening tools

AUDIT, both the full and short versions, has been extensively researched to determine its accuracy and practicality in screening for alcohol problems and research continues to support its use as a screening tool for the spectrum of alcohol use disorders (AUDs) in various settings and with diverse populations (Reinert & Allen, 2007). In Spain, research has shown AUDIT to be valid (Rubio Valladolid et al., 1998), and AUDIT-C to be as reliable as AUDIT. However, AUDIT-3 performed less well (Gómez et al., 2005).

The Drink Less program (*Beveu Menys*) aimed at promoting early intervention for risky drinkers, has been iteratively implemented in PHC in Catalonia (Spain) since 2012 (Segura et al., 2006). In this context, several screening tools have been validated and introduced in the medical health record, including AUDIT (Contel et al., 1999), its shorter version AUDIT-C (Gual et al., 2002) and the Systematic Interview of Alcohol Consumption (SIAC) (Gual et al., 2001).

5.1.4. Underdetection of risky alcohol consumption

According to monitoring data provided by the Catalan Health Institute (CHI), although 53% of the population have been screened for risky drinking only 1.9% of the measurements of risky drinking in PHC are made using AUDIT or AUDIT-C. In addition, despite the fact that up to 10.5% (12.8% for men; 5.5% for women) of PHC patients are risky drinkers (Miquel et al., 2016), there is a clearly underdetection by PHC professionals, with only 2% of risky drinkers being identified. It has also been noted that PHC professionals recognise alcohol use disorders (AUD) better in the elderly with worse health conditions (Rehm et al., 2015b).

In this sense, underdetection and the resulting treatment gap in AUDs is common (Carvalho, Heilig, Perez, Probst & Rehm, 2019) and some studies show that it is not only due to under-reporting by patients fearing prejudice and stigma, but also by a lack of systematic screening by health professionals (Rehm et al., 2015b, van Boekel, Brouwers, van Weeghel & Garretsen, 2013).

About one in four patients with a current AUD diagnosed by a GP (26.0%, 95% CI: 22.4-29.7%) and 17.3% of patients diagnosed with the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (95% CI: 14.0-20.6 %) sought and received professional help (proportion of cases defined by either GP or CIDI was 22.3%, 95% CI: 19.4-25.2%) (Rehm et al., 2015).

In another study, only 14% of young adults exceeding drinking guidelines and who saw a physician in the past year were asked and advised about risky drinking (Hingson, Heeren, Edwards & Saitz, 2012).

According to some research, short screening questionnaires can identify risky drinking and AUDs as well as, and sometimes better than, longer screening tools (Gómez et al., 2005; Kaarne, Aalto, Kuokkanen & Seppä, 2010; Larsson & Nehlin, 2016; Reinert & Allen, 2007; Saitz et al., 2014b), and can be useful for both screening and preliminary assessment; thus improving the dissemination of screening and brief intervention (SBI) in PHC (Saitz et al., 2014b).

The objective of this study is to assess AUDIT-3 and AUDIT-QF for identifying risky drinking in PHC.

5.2. Methods

5.2.1 Sample

A group of trained professional champions from the Drink Less program (*Beveu Menys*) aimed at implementing SBI for risky drinking in Catalonia, was invited to participate in the study. Thirteen professionals from six PHC centres participated. Patients were selected following simple criteria: visiting any of the participating PHC centres, signing the informed consent, being 18 years old or over, and being able to respond the questionnaire. The study protocol was approved by the The IDIAPJ Gol Clinical Research Ethics Committee (CREC).

5.2.2 Instrument

The instrument (Annex 1) included sociodemographic variables, the AUDIT tool (Babor et al., 2001), AUD symptoms as in CIDI-Part A (Robins et al., 1988) and the Systematic Interview of Alcohol Consumption (SIAC) questions (Gual et al., 2001). The dimensional AUD diagnosis was determined by counting the number of criteria (up to 11) met in the past 12 months. In this

study, the standard drinking unit (SDU) was equal to 10gr. of pure alcohol (Gual, et al., 1999). A beer or a glass of wine contains one SDU and a glass of whiskey, cognac, rum or vodka contains two SDUs. As the gold standard, this study included the AUDIT previously validated in Catalan and Spanish (Contel et al., 1999; Rubio Valladolid et al., 1998) which includes 10 questions on drinking quantity and frequency, alcohol related problems and AUD symptoms; the score can range from 0 to 40. The validated cut-off points of AUDIT for detecting risky drinkers were a score of nine or more for men and six or more for women (Contel et al., 1999).

5.3.3 Data Analysis

A descriptive analysis of variables was performed including absolute and relative frequencies, means and standard deviation. The validity of AUDIT-3 and AUDIT-QF was assessed by means of its area under the Receiver Operating Characteristics curve (AUROC), sensitivity (S), specificity (Sp), and positive and negative predictive values (PPV and NPV) against the whole AUDIT. In order to improve data quality, missing values in any of the 10 AUDIT items were imputed based on estimations for the same sex and age group. Analysis were made separately for gender and age groups. AUDIT-C AUROC was also calculated, to allow it to be compared with the proposed new shorter instruments. Mean AUD dimensional measures using a simple symptom count and SIAC scores were compared for risky and non-risky drinking according to the best cut-off score and were also calculated using t-test to explore criterion validity. All the statistical analyses were performed with Stata version 15.1.

5.3. Results

5.3.1 Sample

Six hundred five patients were interviewed. Of the sample 50.3% were men, 16,7% were younger than 35 years, 44,6% were aged between 35 and 59 years, 38,7% were 60 years or older. Regarding the country of origin, 87.1% were born in Spain/Catalonia, 2.2% in other European countries and 5.4% from other countries. In respect to the civil status 65.9% were married, 17.8% single, 7.1% divorced and 7.8% widowed. Regarding education, 51,6% had primary or no education 28.1% had a secondary education 20.1% a university degree and finally regarding working status. 43,3% were currently employed, 29.5% retired and 11.4% unemployed.

According to AUDIT, 15.9% of men and 12.1% of women were considered risky drinkers. The proportion of risky drinkers was higher among women between 18 and 34 years (28.3%) and

the risk of risky drinking decreased as age increased (10.9% for those aged 35-59 and 5.1% for those over 60). Among the men, those aged 35-59 years showed the highest proportion of risky drinking (24%) followed by the youngest age group (21.7%) with the lowest proportion among the oldest age group (6.1%).

5.3.2. Comparison of AUDIT-QF and AUDIT-3 with AUDIT

Table 5.1. summarises AUROC, S, Sp, PPV and NPV for different cut-off points of the AUDIT-QF and AUDIT-3 compared with the AUDIT, for the whole sample and for men and women. For both AUDIT-QF and AUDIT-3, at any of the cut-off points proposed, S is better among men and Sp is better among women. For AUDIT-QF, for most of the cut-off points proposed, S is better than Sp. For AUDIT-3, Sp is better than S. For the whole sample, the best combination is for AUDIT-QF at a cut-off point of 4 but with AUROC (0.80), S (72.5%), Sp (67.8%), NPV (93.2%) and very low PPV (28.9%), indicating a substantial number of false positive cases. For AUDIT-3, the best combination is for point 1 with AUROC (0.84) and S (75.8%), Sp (84.9%), (95.1%) and again a low PPV (47.6%).

For AUDIT-QF among women, the best combination of AUROC (0.79), S (70%), Sp (73.2%) and NPV (93.8%) is reached at the cut-off point of 3 with low PPV (29,5%). For men, the best is at a cut-off point of 4, AUROC (0.85) with S (90.2%) and NPV (96,2%) but relatively low values of Sp (49.8%) and very low of PPV (26.6%). For AUDIT-3 among women, the best combination of AUROC (0.85), S (72.5%), Sp (91.6%) with high NPV (95.4%) and relatively low PPV (58%) is for a cut-off point of 1. Among men, it is for a cut-off point of 2, AUROC (0.85), S (66.7%), Sp (93.7%), PPV (68%) and NPV (93.3%).

Table 5.1. *Validity of AUDIT-QF and AUDIT-3 compared with AUDIT in detecting risky drinking among the whole sample, women and men.*

	Area under the Roc Curve	Sensitivity (S) % (IC 95%)	Specificity (Sp) % (IC 95%)	Positive predictive value (PPV) % (IC 95%)	Negative predictive value (NPV) % (IC 95%)
All sample					
AUDIT-QF					
>=2	0,80 (0.75 – 0.85)	96.7 (90.7 – 99.3)	29.4 (25.5 – 33.6)	19.9 (16.2 – 23.9)	98.0 (94.3 – 99.6)
>=3		84.6 (75.5 – 91.3)	53.1 (48.6 – 57.5)	24.6 (19.9 – 29.8)	95.0 (91.8 – 97.2)
>=4		72.5 (62.2 – 81.4)	67.8 (63.5 – 71.9)	28.9 (23.2 – 35.3)	93.2 (90.1 – 95.5)
AUDIT-3					
>=1	0.84 (0.80 – 0.89)	75.8 (65.7 – 84.2)	84.9 (81.5 – 87.9)	47.6 (39.2 – 56.0)	95.1 (92.7 – 96.9)
>=2		58.2 (47.4 – 68.5)	96.4 (94.4 – 97.9)	74.6 (62.9 – 84.2)	92.7 (90.2 – 94.8)
>=3		35.2 (25.4 – 45.9)	99.9 (97.7 – 99.7)	86.5 (71.2 – 95.5)	89.4 (86.5 – 91.8)
Women					
AUDIT-QF					
>=2	0.79 (0.73 – 0.86)	92.5 (79.6 – 98.4)	44.4 (38.1 – 50.8)	21.0 (15.3 – 27.8)	97.4 (92.5 – 99.5)
>=3		70.0 (53.5 – 83.4)	73.2 (67.3 – 78.6)	29.5 (20.6 – 39.7)	93.8 (89.5 – 96.8)
>=4		50.0 (33.8 – 66.2)	86.0 (81.1 – 90.1)	36.4 (23.8 – 50.4)	91.5 (87.2 – 94.7)
AUDIT-3					
>=1	0.85 (0.77 – 0.92)	72.5 (56.1 – 85.4)	91.6 (87.4 – 94.7)	58.0 (43.2 – 71.8)	95.4 (91.9 – 97.7)
>=2		47.5 (31.5 – 63.9)	99.2 (97.1 – 99.9)	90.5 (69.6 – 98.8)	92.2 (88.3 – 95.1)
>=3		17.5 (7.34 – 32.8)	100 (98.5 – 100)	100 (59.0 – 100)	88.3 (84.0 – 91.8)
Men					
AUDIT-QF					
>=2	0.85 (0.79 – 0.91)	100 (93.0 – 100)	14.6 (10.5 – 19.6)	19.1 (14.6 – 24.3)	100 (90.5 – 100)
>=3		96.1 (86.1 – 99.5)	33.2 (27.4 – 39.4)	22.5 (17.1 – 28.6)	97.7 (91.9 – 99.7)
>=4		90.2 (78.6 – 96.7)	49.8 (43.5 – 56.1)	26.6 (20.2 – 33.8)	96.2 (91.3 – 98.7)
AUDIT-3					
>=1	0,85 (0,78 – 0,91)	78.4 (64.7 – 88.7)	78.3 (72.7 – 83.2)	42.1 (32.0 – 52.7)	94.7 (90.8 – 97.3)
>=2		66.7 (52.1 – 79.2)	93.7 (89.9 – 96.3)	68.0 (53.3 – 80.5)	93.3 (89.5 – 96.1)
>=3		49.0 (34.8 – 63.4)	98.0 (95.4 – 99.4)	83.3 (65.3 – 94.4)	90.5 (86.4 – 93.7)

Again, for all age groups (Table 5.2.), AUDIT-QF has higher S than Sp and AUDIT-3 has higher Sp than S. For AUDIT-QF, S increases with age and Sp reduces. For AUDIT-3, S reduces with age and Sp increases. For AUDIT-QF the best combination for the 18-34 years age group is for a cut-off at point 3 with relatively low S (66.7%) and Sp (72.6%) and low PPV (47.4%). For the other age groups the best is for a cut-off at point 4 but with low Sp (74,9% and 54% respectively) and PPV (41.3% and 13,2% respectively). For AUDIT-3 the best combinations for all age groups are at a cut-off point of 1 but in with low PPV levels (46.8%, 47,5% and 50% respectively).

The analysis of the AUROC figures (see figure 5.1.-5.3.) in which the performance of AUDIT-C is included, shows that AUDIT-3 performs better than AUDIT-QF in the whole sample and both men and women.

Table 5.2. *Validity of AUDIT-QF and AUDIT-3 compared with AUDIT in detecting risky drinking by age group.*

	Area under the Roc Curve	Sensitivity % (IC 95%)	Specificity % (IC 95%)	Positive predictive value % (IC 95%)	Negative predictive value % (IC 95%)
18-34 Years					
AUDIT-QF					
>=2	0.77 (0.66 – 0.87)	88.9 (70.8 – 97.6)	43.8 (32.2 – 55.9)	36.9 (25.2 – 49.8)	91.4 (76.9 – 98.2)
>=3		66.7 (46.0 – 83.5)	72.6 (60.9 – 82.4)	47.4 (31.0 – 64.2)	85.5 (74.2 – 93.1)
>=4		48.1 (28.7 – 68.1)	87.7 (77.9 – 94.2)	59.1 (36.4 – 79.3)	82.1 (71.7 – 89.8)
AUDIT-3					
>=1	0.81 (0.69 – 0.91)	78.6 (59.0 – 91.7)	71.9 (61.4 – 80.9)	46.8 (32.1 – 61.9)	91.4 (82.3 – 96.8)
>=2		63.0 (42.4 – 80.6)	93.2 (84.7 – 97.7)	77.3 (54.6 – 92.2)	87.2 (77.7 – 93.7)
>=3		29.6 (13.8 – 50.2)	97.3 (90.5 – 99.7)	80.0 (44.4 – 97.5)	78.9 (69.0 – 86.8)
35-59 years					
AUDIT-QF					
>=2	0.85 (0.79 – 0.91)	100 (92.6 – 100)	27.4 (21.6 – 33.9)	23.5 (17.9 – 30.0)	100 (93.9 – 100)
>=3		89.6 (77.3 – 96.5)	54.0 (47.0 – 60.8)	30.3 (22.9 – 38.5)	95.9 (90.6 – 98.6)
>=4		79.2 (65.0 – 89.5)	74.9 (68.5 – 80.5)	41.3 (31.1 – 52.1)	94.2 (89.5 – 97.2)
AUDIT-3					
>=1	0.86 (0.79 – 0.92)	79.2 (65.0 – 89.5)	80.5 (74.5 – 85.5)	47.5 (36.2 – 59.0)	94.5 (90.2 – 97.3)
>=2		58.3 (43.2 – 72.4)	94.4 (90.5 – 97.1)	70.0 (53.5 – 83.4)	91.0 (86.5 – 94.4)
>=3		41.7 (27.6 – 56.8)	99.1 (96.7 – 99.9)	90.9 (70.8 – 98.9)	88.4 (83.6 – 92.1)
60 or more years					
AUDIT-QF					
>=2	0.86 (0.78 – 0.94)	100 (79.4 – 100)	26.5 (20.7 – 32.9)	9.2 (5.3 – 14.5)	100 (93.7 – 100)
>=3		100 (79.4 – 100)	45.6 (38.8 – 52.5)	12.0 (7.0 – 18.8)	100 (96.3 – 100)
>=4		93.8 (69.8 – 99.8)	54.0 (47.0 – 60.8)	13.2 (7.6 – 20.8)	99.1 (95.3 – 100)
AUDIT-3					
>=1	0.80 (0.67 – 0.92)	62.5 (35.4 – 84.8)	95.3 (91.6 – 97.7)	50.0 (27.2 – 72.8)	97.2 (93.9 – 98.9)
>=2		50.0 (24.7 – 75.3)	99.5 (97.4 – 100)	88.9 (51.8 – 99.7)	96.4 (93.0 – 98.4)
>=3		25.0 (7.3 – 52.4)	99.5 (97.4 – 100)	80.0 (28.4 – 99.5)	94.7 (90.9 – 97.2)

Comparison of mean total weekly alcohol consumption measured in SDUs using the SIAC, and of mean total AUD symptoms between non-risky and risky drinkers using the AUDIT-QF (cut-off of 4) and AUDIT-3 (cut-off of 1), showed significant differences (see Table 5.3.) and consistent results, with groups of risky drinkers having higher mean total weekly alcohol consumption and higher mean AUD symptoms.

Table 5.3. *Comparison between non-risky and risky drinkers in mean total weekly alcohol consumption and total alcohol use disorder (AUD) symptoms.*

		Non-risky drinkers Mean (SD)	Risky drinkers Mean (SD)	t (df)	sig
AUDIT-QF=4	Total DSM symptoms	0.56 (1.41)	1.12 (2.22)	-3.64 (550)	<0.001
	Total weekly alcohol consumption	3.31 (4.34)	18.68(30.91)	-8.80 (546)	<0.001
AUDIT-3=1	Total DSM symptoms	0.40 (1.26)	1.91 (2.53)	-9.22 (550)	<0.001
	Total weekly alcohol consumption	6,77 (21.77)	17.67 (18.49)	-5.37 (546)	<0.001

Figure 5.1. Area under the ROC curve for AUDIT-C, AUDIT-3 and AUDIT-QF for the whole sample

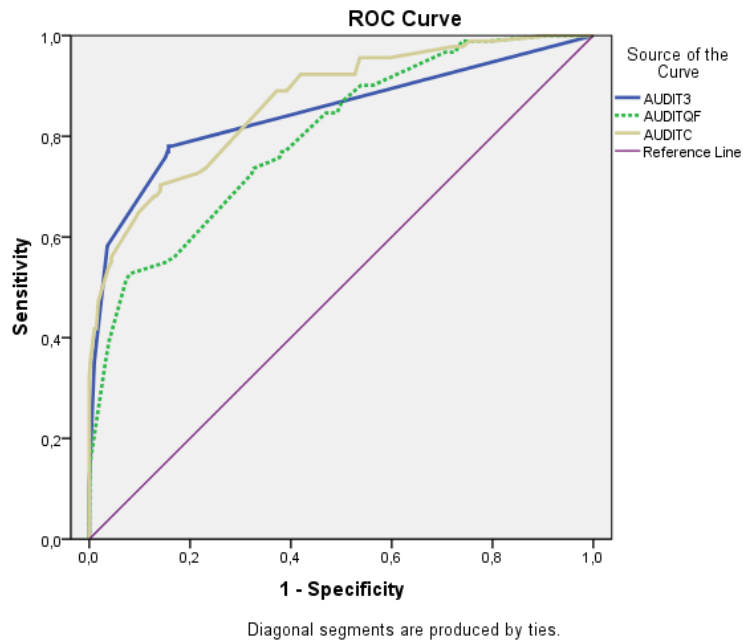


Figure 5.2. Area under the ROC curve for AUDIT-C, AUDIT-3 and AUDIT-QF for women

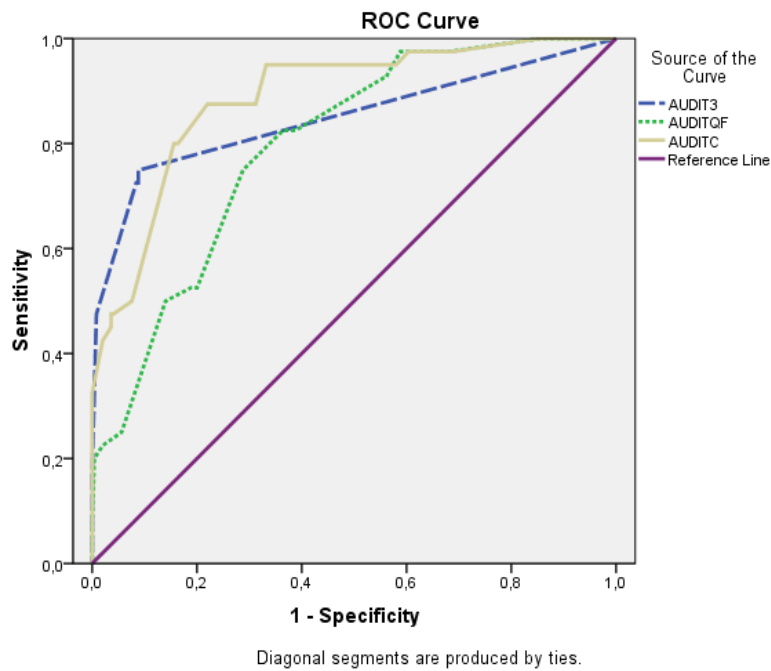
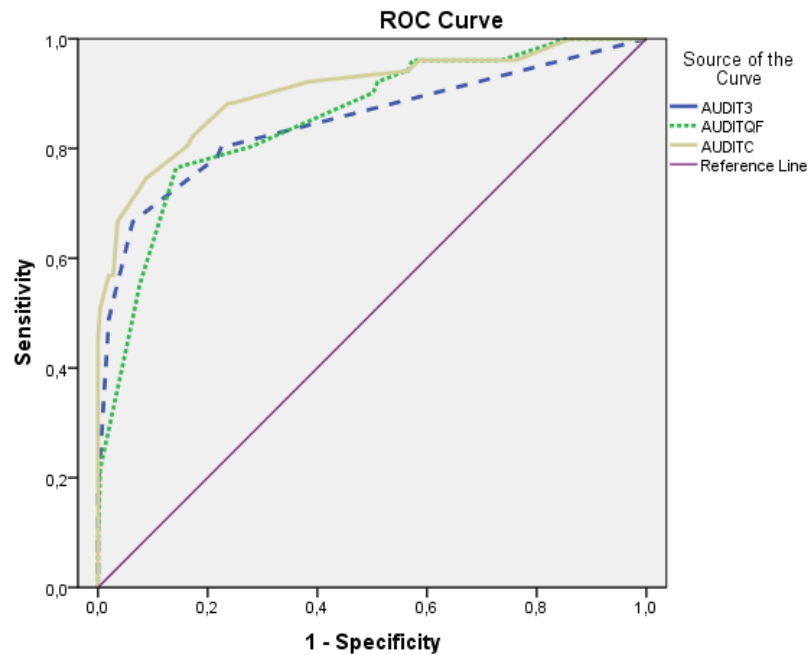


Figure 5.3. Area under the ROC curve for AUDIT-C, AUDIT-3 and AUDIT-QF for men



5.4. Discussion

AUDIT-QF and AUDIT-3 address different aspects of risky drinking. The first addresses regular risky drinking while AUDIT-3 screens for occasional risky drinking (binge drinking), therefore its validation could increase the options available for alcohol screening in health services.

In our study, performance of both AUDIT-QF and AUDIT-3 is modest and with considerable variation according to gender, and age, making it difficult to establish a general recommendation. However, results showed that AUDIT-QF has better S and AUDIT-3 better Sp, and that both instruments are more sensitive among men and more specific among women.

For the total sample, the best tool would be AUDIT-3 with a cut-off point of 1. AUDIT-QF at cut-off point of 4 was less accurate. However, PPV values for both tools are quite low and therefore the risk of false positives is high.

AUDIT-3 would also be the best tool for both genders, with a cut-off point of 1 for women and a cut-off point of 2 for men. AUDIT-QF performed worse at cut-off points 3 and 4 respectively.

When looking at age groups, AUDIT-3 at a cut-off of point 1 had low PPV for the three groups. AUDIT-QF at a cut-off point of 3 for the youngest group, and of 4 for the other two groups, had higher S but lower Sp.

In this study AUDIT-3 and AUDIT-QF performed similarly to in previous studies (Gómez et al., 2005; Kaarne et al., 2010; Reinert & Allen, 2007) but did not perform better than AUDIT-C, which reached S levels of 91% among women and 92% among men in a previous study (Gual et al., 2002).

5.5. Conclusions

Since implementation of SBI is still considered one of the most effective policies to tackle alcohol problems (Chisholm et al., 2018; WHO, 2019), identifying an adequate stepped screening strategy according to patient demographics and risky drinking patterns would be key.

In this sense, even with the modest results obtained, we recommend using, especially if lack of time, the single-question AUDIT-3 first and if scoring positive then introduce AUDIT-C especially among women and the youngest age groups since the instrument is very specific and binge drinking prevalence is higher in the younger population (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [ESPAD] Group, 2020). This is important because previous studies have shown that a lower chance of being screened for alcohol in PHC is associated with women and younger age (Engdahl & Nilsen, 2011; Volk, Steinbauer & Cantor, 1996).

The detection of AUDs has been described as non-structured and the use of validated tools could improve the involvement of healthcare professionals in identifying patients at an early stage of AUD before health is more seriously compromised (Saitz et al., 2014b). The use of very short questionnaires to detect alcohol-related problems could be very useful in reducing this gap and improving the detection of alcohol-related problems. Short questionnaires, including those consisting of only a single-question have shown to be accurate in the identification of unhealthy alcohol and other drug use in PHC even when compared to longer instruments (Smith, Schmidt, Allensworth-Davies & Saitz, 2009).

The results of our study show that AUDIT-3 can be used to improve the detection of alcohol-related problems. Introducing a single-question screening could help the implementation of early identification and BI in PHC services where one of the main barriers to professionals implementing early identification and BI is lack of time.

CAPÍTULO 6. ESTUDIO DE LA UTILIDAD DE UN INSTRUMENTO INFORMATIZADO PARA LA IDENTIFICACIÓN PRECOZ Y MEJORA DE LA FIDELIDAD DE LA INTERVENCIÓN BREVE EN EL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

6.1. Introducción

El consumo de alcohol y otras drogas es un fenómeno transversal en la sociedad y que repercute en todos los ámbitos (salud, laboral, educativo, ocio, social y otros) y su prevención es una prioridad desde la perspectiva de salud pública.

Mundialmente, en 2016, hasta 2,8 millones de muertes (95%IC 2,4-3,3) fueron atribuibles al alcohol y 452.000 (420.000-487.000) a las drogas ilegales (GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators, 2018). Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad para el alcohol fueron de 38,8 muertes por 100.000 personas para el alcohol (WHO, 2018) y de 6,9 muertes por 100.000 personas para las sustancias ilícitas en 2015 (Peacock et al., 2018). Así mismo, estas sustancias se encuentran entre los principales contribuyentes a la carga mundial de morbilidad ya que la exposición de riesgo al alcohol y las drogas para ambos sexos ha aumentado de manera significativa en las tres últimas décadas.

Entre los hombres, este fue el quinto factor de riesgo y se asoció al 6,6% (6,1-7,1) de la carga de enfermedad. Entre las mujeres, fue el doceavo con un 2% (1,8-2,2) (IHME, 2017). Así mismo, el daño a terceros ocasionado por el uso de alcohol y de drogas tanto para las familias, la comunidad y la sociedad en su totalidad, es también considerable (Nutt, King, Phillips & Independent Scientific Committee on Drugs, 2010), como también lo son los costes sociales que fueron estimados por persona en el año 2014 entre €0,38 y €78 para las drogas y entre €26 y €1.500 para el alcohol (Barrio, Reynolds, García-Altés, Gual & Anderson, 2017).

En España, el alcohol y las drogas ilícitas ocupan el sexto lugar entre los factores de riesgo en relación a la carga de morbilidad (IHME, 2017). El consumo de alcohol puro per cápita se sitúa alrededor de los 10 litros (WHO, 2018), siendo esta la sustancia más consumida. España está entre los países con el consumo más elevado de drogas ilícitas (EMCDDA, 2016).

Según la encuesta domiciliaria EDADES 2017 (PNSD, 2018), la prevalencia del consumo de sustancias en los últimos 12 meses en población de Cataluña entre 15 y 64 años fue de 76% de alcohol (80,2% en hombres y 71,7% en mujeres), de 40,5% de tabaco (45,1% en hombres y 35,9% en mujeres), 14,5% de cannabis (19,6% en hombres y 9,3% en mujeres), 9,5% hipno-sedantes con o sin receta (7% en hombres y 12% en mujeres), el 6,3% de analgésicos opiáceos (5,6% en hombres y 6,9% en mujeres) y el 2,9% de cocaína en polvo (4,5% en hombres y 1,2% en mujeres). El consumo diario de estas sustancias es de 32,9% (36,4% en hombres y 29,3% en mujeres), 8,1% de alcohol (11,9% y 4,2%), 2,9% (4,5% y 1,2%) de cannabis o derivados y 5,2% hipno-sedantes con o sin receta. El consumo de riesgo de alcohol medido mediante el AUDIT y tomando en cuenta como punto de corte una puntuación de 8 o más, en población general fue del 3,6% (4,6% hombres y 2,6% mujeres).

A pesar de su importancia como factor de riesgo para la morbimortalidad, no existen fuentes de información fiables sobre la prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas y sus problemas relacionados en los servicios de salud. La falta de instrumentos validados dentro de las historias clínicas de atención primaria y hospitales y la falta de priorización por parte de los planes de salud y los profesionales resulta en una infra-detección de dichos consumos y una brecha asistencial significativa para los trastornos relacionados con los mismos (Rehm et al., 2015b).

Los programas de identificación precoz e intervención breve han demostrado ser eficaces y efectivos en la reducción del consumo de alcohol (Kaner et al., 2018), pero la evidencia en el caso de las drogas no ha mostrado efectos consistentes (Humenuik et al., 2012; Roy-Byrne et al., 2014; Saitz et al., 2014c), aunque sí algunos prometedores en pacientes con consumo de bajo riesgo (Bertholet et al., 2020). En este sentido, la OMS desarrolló la herramienta *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) (Humenuik, Henry-Edwards, Ali, Poznyak & Monteiro, 2012) con el objetivo de facilitar a los profesionales no especialistas en adicciones un instrumento para la detección precoz y la intervención breve en el consumo de riesgo y perjudicial de diez sustancias (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, sedantes no prescritos, alucinógenos, estimulantes tipo anfetaminas, inhalantes, opioides y otras drogas). En España se validó en el contexto de la atención y mostró ser altamente fiable y válido para discriminar entre el consumo de bajo riesgo, el de riesgo y alto riesgo de sustancias en atención primaria (Rubio Valladolid et al., 2014). Con dicho instrumento se encontró que un 56,1% de la población presentó algún consumo de riesgo o alto riesgo para alguna de las sustancias

cribadas (López-Rodríguez, Rigabert, Gómez Llano, Rubio Valladolid & Grupo ASSIST, 2019). En la tabla 6.1. se comparan los resultados de la validación en nuestro país con la internacional.

Tabla 6.1. *Sensibilidad y especificidad para los diferentes puntos de corte en los estudios de validación internacional y en España.*

Sustancia	Punto de corte		Sensibilidad (%)		Especificidad (%)	
	Rubio et al. (2014)	WHO-ASSIST	Rubio et al. (2014)	WHO-ASSIST	Rubio et al. (2014)	WHO-ASSIST
Tabaco	≥5.00	4	94	97	62	62
Alcohol	>9	11	95	63	84	89
Cannabis	>3	4	99	98	90	91
Cocaína	≥4	4	98	100	89	89
Estimulantes	≥3	4	99	97	98	98
Hipno-sedantes	≥3	4	99	95	91	92

En Cataluña, se han hecho grandes avances en la implementación de las estrategias de detección precoz e intervención breve en el tabaco y en el alcohol con los Programas *Primaria sin humo* (Mataix-Sancho & Lozano-Fernández, 2006) y *Beveu Menys* (Segura et al., 2006). Aun así, no existe una estrategia para abordar el consumo del resto de drogas. Este estudio tiene como objetivo general estudiar la utilidad de la implementación de una versión informatizada de un instrumento de IPIB para detectar los consumos de riesgo de alcohol y mejorar la fidelidad en la aplicación de la intervención breve según protocolo en la APS.

6.2. Métodos

6.2.1. Diseño

Se trata de un estudio multicéntrico observacional transversal con un muestreo no probabilístico de conveniencia.

6.2.2 Participantes

De enero a septiembre del 2016 un total de 84 profesionales formados mediante un curso de 5h, reclutaron una muestra de conveniencia de pacientes que acudieron por cualquier motivo de salud a 22 Centros de Atención Primaria de 5 regiones de *Catalunya* (Barcelona, Catalunya Central, Lleida, Girona y Tarragona). Los criterios de inclusión en el estudio fueron ser mayores de 18 años de edad, que alguna vez en la vida hubieran consumido alguna de las sustancias que evalúa ASSIST y tuvieran capacidad para consentir voluntariamente participar en el estudio. De los 875 registros obtenidos, 81 (menos de un 10%) se tuvieron que eliminar por estar incompletos o repetidos. Al final se analizaron los resultados de 794 pacientes.

6.2.3. Instrumentos

Se diseñó un aplicativo en línea con filtros y algoritmos automatizados para facilitar la recopilación de los datos tanto de cribado como de intervención y guiar todo el proceso desde la firma del consentimiento informado a la implementación del consejo y la devolución de resultados a los pacientes (en papel o por correo electrónico). El aplicativo facilitaba también recomendaciones a los profesionales sobre la mejor intervención y a los pacientes (en papel o por correo electrónico) sobre reducción de riesgos de acuerdo a las puntuaciones obtenidas para cada sustancia.

El aplicativo incluía un primer apartado de variables sociodemográficas: edad, género, estado civil, nivel educacional más alto obtenido, situación actual laboral, convivencia en el domicilio y país de nacimiento). Un segundo apartado con las 8 preguntas del instrumento ASSIST: I1) consumo a lo largo de la vida; I2) uso de sustancias en los últimos tres meses; I3) fuerte deseo o ansias de consumir en los últimos tres meses; I4) problemas de salud, sociales, legales o económicos asociados al consumo en los últimos tres meses; I5) dejar de hacer lo que habitualmente se espera de uno en los últimos tres meses; I6) expresión de preocupación por parte de un amigo, familiar u otra persona por el consumo en los últimos tres meses o sí pero no en los últimos tres meses; I7) Intentos de reducir o dejar el consumo pero sin conseguir

hacerlo, en los últimos tres meses o sí pero no en los últimos tres meses; I8) uso de droga por vía inyectada en los últimos tres meses o sí pero no en los últimos tres meses. Según el ASSIST, se puede clasificar cada persona según el riesgo asociado para cada sustancia. El bajo riesgo va de 0 a 3 puntos para todas las sustancias menos para alcohol que va de 0 a 11, el consumo de riesgo de 4 a 26 para todas las sustancias menos para alcohol que es de 12 a 26 y de consumo perjudicial > 26 para todas las sustancias (Newcombe, Humeniuk & Ali, 2005). El último apartado recogía las opciones de intervención propuestas. Para el consumo de bajo riesgo (refuerzo) reforzar al paciente y empoderarlo para que mantenga el consumo de bajo riesgo y recomendar no consumir en determinadas circunstancias (embarazo, conducción, etc). Para el consumo de riesgo realizar consejo breve y dar díptico informativo con los riesgos del consumo y como evitarlos. Para el consumo de alto riesgo, realizar intervención breve motivacional, dar díptico informativo de los riesgos y maneras de evitarlos y derivar a tratamiento en el propio centro o en un centro especializado. También se recogía si el clínico no había podido intervenir por falta de tiempo, si se había programado visita para seguimiento o si el paciente había rechazado la intervención (Anexo 2).

6.2.4. Tamaño muestral y sesgo

Se calculó el tamaño muestral teniendo en cuenta la prevalencia de consumos en población general (EDADES, 2016) de sustancias más prevalentes (26,7% para tabaco y 9,8% de alcohol). Se asumió un riesgo alfa de 0.05 y una tasa de pérdida del 40% y se estableció que sería necesario reclutar unos 595 pacientes.

6.2.5. Consideraciones éticas

El Comité de Ética en Investigación Clínica del IDIAPJGol evaluó y aprobó el proyecto. Todos los pacientes firmaron la hoja del consentimiento informado donde se especificaba el anonimato y la confidencialidad de los datos. Todos recibieron información sobre los riesgos del consumo de las sustancias que estuviera consumiendo y donde pedir ayuda en caso de tener problemas con dicho consumo.

6.2.6 Análisis estadísticos

Se calcularon las puntuaciones para bajo, moderado y alto riesgo del ASSIST para cada una de las 9 sustancias a partir de los puntos de corte de la validación internacional (Newcombe, et al., 2005). Para la descripción de las características sociodemográficas se utilizaron la frecuencia (n) y los porcentajes (%) y pruebas de Chi Cuadrado. El policonsumo de sustancias fue definido

en 3 categorías: ningún consumo o consumo de bajo riesgo, consumo de riesgo o perjudicial de una sustancia o consumo de riesgo o perjudicial de dos sustancias o más (López-Rodríguez et al., 2019). Para la identificación de los factores de riesgo asociados al consumo de riesgo y perjudicial de sustancias, se estimó la Odds Ratio (OR), con intervalos de confianza (IC) de 95%, mediante un modelo de regresión logística binomial crudo y ajustado por las variables sociodemográficas. Todas las variables sociodemográficas se han categorizado en variables binarias. Para las diferencias entre los tipos de intervención dependiendo los patrones de consumo se utilizaron la frecuencia (n) y los porcentajes. Los análisis fueron realizados mediante el software SPSS Statistics 18 and STATA.

6.3. Resultados

De los 875 registros obtenidos, 81 (menos de un 10%) se tuvieron que eliminar por estar incompletos o repetidos. Al final se analizaron los resultados de 794 pacientes.

En la tabla 6.2., se describen las características sociodemográficas según el sexo. Un 55,3% de la muestra (n= 439) fueron hombres. Las mujeres tenían significativamente más estudios superiores, estaban en mayor porcentaje casadas o vivían en pareja y laboralmente más activas.

Tabla 6.2. Características sociodemográficas según el sexo de los participantes. **

	Total, n (%) 794 (100)	Mujer, n (%) 355 (44,7)	Hombre, n (%) 439 (55,3)
Grupo de edad			
18-29 años	166 (22,1)	75 (21,5)	91 (22,6)
30-65 años	584 (77,9)	273 (78,5)	311 (77,4)
Nivel educativo			
Primaria/Secundaria	534 (73,5)	201 (61,8)	333 (82,8)*
Superiores/Universidad	193 (26,5)	124 (38,2)	69 (17,2)
Estado civil			
Soltero/a/viudo/a	335 (42,2)	135 (38,1)	200 (45,6)*
Casado/pareja	459 (57,8)	220 (61,9)	239 (54,4)
Situación laboral			
Trabaja	500 (62,9)	240 (67,6)	260 (59,2)*
No trabaja/paro	196 (24,7)	96 (27,1)	100 (22,8)
Otro (pensionista)	98 (12,3)	19 (5,3)	79 (18,0)
Convivencia			
Vive solo/a	101 (13,1)	37 (10,8)	64 (14,9)
Vive	672 (86,9)	306 (89,2)	366 (85,1)
pareja/hijos/as/familia			
País de nacimiento			
España	708 (90,8)	310 (88,6)	398 (92,6)
Otro	72 (9,2)	40 (11,3)	32 (7,4)

* Diferencias estadísticamente significativas entre grupos, p-valor <0,05

** Valores perdidos no incluidos

En la tabla 6.3. se analiza el patrón de consumo para cada una de las sustancias en función del sexo. Excepto en el caso de los sedantes, los consumos de riesgo son significativamente más prevalentes en los hombres. El consumo de alto riesgo y el policonsumo también fue en general más prevalente en hombres.

Tabla 6.3. *Patrón de consumo de sustancias según sexo de los participantes.*

Sustancia	Patrón	Total, n (%) 794 (100)	Mujer, n (%) 355 (44,7)	Hombre, n (%) 439 (55,3)
Tabaco	No consumo	128 (16,1)	83 (23,4)	45 (10,2)
	Bajo riesgo	259 (32,6)	111 (31,3)	148 (33,7)
	Riesgo	366 (46,1)	144 (40,6)	222 (50,6)
	Alto riesgo	41 (5,2)	17 (4,7)	24 (5,5)*
Alcohol	No consumo	45 (5,6)	27 (7,6)	18 (4,1)
	Bajo riesgo	580 (73,1)	278 (78,3)	302 (68,8)
	Riesgo	139 (17,5)	42 (11,8)	97 (22,1)
	Alto riesgo	30 (3,8)	8 (2,2)	22 (5)*
Cánnabis	No consumo	389 (49,0)	208 (58,6)	181 (41,2)
	Bajo riesgo	289 (36,4)	130 (36,6)	159 (36,2)
	Riesgo	103 (13)	15 (4,2)	88 (20)
	Alto riesgo	13 (1,6)	2 (0,6)	11 (2,6)*
Cocaína	No consumo	611 (76,9)	311 (87,6)	300 (68,4)
	Bajo riesgo	142 (17,9)	41 (11,6)	101 (23,0)
	Riesgo	33 (4,2)	3 (0,8)	30 (5,8)
	Alto riesgo	8 (1,0)	0	8 (1,8)*
Estimulantes	No consumo	706 (88,9)	330 (93,0)	376 (85,6)
	Bajo riesgo	74 (9,3)	24 (6,7)	50 (11,4)
	Riesgo	10 (1,3)	1 (0,3)	9 (2,1)
	Alto riesgo	4 (0,5)	0	4 (0,9)*
Inhalantes	No consumo	776 (97,7)	353 (99,4)	423 (96,3)
	Bajo riesgo	15 (1,9)	1 (0,3)	14 (3,2)
	Riesgo	3 (0,4)	1 (0,3)	2 (0,5)
	Alto riesgo	0	0	0*
Sedantes/hipnóticos	No consumo	659 (83,0)	283 (79,7)	376 (85,6)
	Bajo riesgo	83 (10,5)	44 (12,4)	39 (8,9)
	Riesgo	50 (6,3)	27 (7,6)	23 (5,2)
	Alto riesgo	2 (0,2)	1 (0,3)	1 (0,2)
Alucinógenos	No consumo	713 (89,8)	339 (95,5)	374 (85,2)
	Bajo riesgo	71 (8,9)	15 (4,2)	56 (12,8)
	Riesgo	8 (1)	1 (0,3)	7 (1,6)
	Alto riesgo	2 (0,2)	0	2 (0,4)
Opioides	No consumo	769 (96,8)	350 (98,6)	419 (95,4)
	Bajo riesgo	14 (1,8)	4 (1,1)	10 (2,3)
	Riesgo	7 (0,9)	0	7 (1,6)
	Perjudicial	4 (0,5)	1 (0,3)	3 (0,7)*
Policonsumo	Ninguna	316 (39,8)	164 (46,2)	152 (34,6)
	1 sustancia	268 (33,7)	136 (38,3)	132 (30,1)
	2 o más sustancias	210 (26,5)	55 (15,5)	155 (35,3)*

* Diferencias estadísticamente significativas entre grupos, p-valor <0,05

En la tabla 6.4. se compara el porcentaje de personas que en función de su patrón de consumo para cada sustancia reciben o no una intervención ajustada al protocolo, entendiendo como

“intervención adecuada” o no recibir intervención por no requerirla o recibir la intervención según protocolo y como “intervención no adecuada” o no recibir intervención a pesar de requerirla o recibir una intervención diferente a la especificada en el protocolo. Se puede observar cómo para los patrones de bajo riesgo, riesgo o perjudicial, el % de “intervenciones no adecuadas” es más elevado en las sustancias no legales llegando a ser del 93,8% en el caso de los opioides, siendo el porcentaje más bajo en el caso del alcohol, donde 1 de cada 3 personas con alguno de estos patrones no recibe una intervención adecuada. Al considerar el policonsumo como el consumo de riesgo o perjudicial de 2 o más sustancias, el 71,4% de las personas no recibieron una intervención o la recibieron de forma errónea, comparado con el 28,6% de las personas que si recibieron una intervención adecuada a su nivel de consumo.

Tabla 6.4. *Adecuación de la intervención según el tipo de sustancia entre consumidores y no consumidores.*

Sustancia	Adecuada: no necesaria o realizada correctamente	No adecuada: no realizada o realizada incorrectamente
Tabaco, n(%)		
No consumo	240 (73,6)	86 (26,4)
Bajo riesgo, riesgo, perjudicial	247 (52,8)	221 (47,2)*
Alcohol, n(%)		
No consumo	90 (69,8)	39 (30,2)
Bajo riesgo, riesgo, perjudicial	442 (66,5)	223 (33,5)
Cannabis, n(%)		
No consumo	463 (74,3)	160 (25,7)
Bajo riesgo, riesgo, perjudicial	74 (43,3)	97 (56,7)*
Cocaína, n (%)		
No consumo	639 (89,2)	77 (10,8)
Bajo riesgo, riesgo, perjudicial	32 (41,0)	46 (59,0)*
Sedantes, n (%)		
No consumo	684 (94,3)	41 (5,7)
Bajo riesgo, riesgo, perjudicial	26 (37,7)	43 (62,3)*
Estimulantes		
No consumo	725 (94,5)	42 (5,5)
Bajo riesgo, riesgo, perjudicial	9 (33,3)	18 (66,7)*
Opioides		
No consumo	772 (99,2)	6 (0,8)
Bajo riesgo, riesgo, perjudicial	1 (6,2)	15 (93,8)*
Alucinógenos		
No consumo	725 (94,5)	42 (5,5)
Bajo riesgo, riesgo, perjudicial	6 (22,2)	21 (77,8)*
Policonsumo		
Ninguna	249 (47,9)	271 (52,2)
1 sustancia	47 (24,7)	143 (75,3)
Dos o más sustancias	24 (28,6)	60 (71,4)*

6.4. Discusión

6.4.1. Principales resultados

Se trata del primer estudio realizado en diferentes centros de atención primaria de *Catalunya* de identificación precoz e intervención breve en el consumo de riesgo y alto riesgo de sustancias utilizando el paquete ASSIST de la OMS. Es un estudio que replica parcialmente el realizado por López-Rodríguez et al. (2019) en Madrid, pero con alrededor de 300 casos más y con pacientes reclutados en un total de 22 centros de APS de entornos urbanos y semi-urbanos de 5 regiones sanitarias de *Catalunya*.

El 46,1% de ellos fueron consumidores de riesgo de tabaco, 17,5% de alcohol, 13% de cánnabis, 6,3% de sedantes no prescritos y el 4,2% cocaína. El consumo de alto riesgo o perjudicial fue del 5,2% en el caso del tabaco, del 3,8% en el caso del alcohol, del 1,6% en el caso del cannabis y del 1% en el caso de la cocaína. Más de la mitad de los pacientes consumían 2 o más sustancias y uno de cada cuatro pacientes consumieron 2 o más sustancias sobre el nivel de riesgo o perjudicial.

Nuestro estudio arroja, en general, resultados similares al estudio realizado en la APS de Madrid, siendo para todas las sustancias, excepto los hipno-sedantes, el consumo de riesgo ligeramente superior en la muestra catalana. En cuanto al riesgo en el consumo de alcohol, destaca que la prevalencia es similar a la detectada en anteriores estudios con el AUDIT (Segura et al., 2006) y que esta es cinco veces superior al que se detecta en población general con el AUDIT (17,5% versus 3,6%).

En el caso de la prevalencia de consumo de alto riesgo, sin embargo, se observan resultados muy dispares en cuanto al tabaco donde en Madrid es del 24% y en *Catalunya* solo del 5,2% y los sedantes que era del 6,4% en Madrid y sólo del 0,2% en *Catalunya*. Los resultados de alto riesgo en *Catalunya* para estas dos sustancias se alinean más con los de estudios previos (Lee, Delbanco, Wu & Gourevitch, 2011).

Así mismo, en la muestra catalana se identifican consumidores de heroína, inhalantes, estimulantes, que no se encontraron en los otros estudios. Esta disparidad podría ser debida a la selección de la muestra de conveniencia en que seguramente los profesionales, muchos de ellos referentes de los programas de tabaco y alcohol, invitaron a participar esta vez a perfiles con

mayor probabilidad de consumo de drogas ilegales. A pesar de esto, los resultados se tienen que valorar con prudencia, puesto que es conocido que la población en situación más vulnerable respecto al uso de drogas no acude a los servicios de salud general (van Boekel, Brouwers, van Weeghel & Garretsen, 2013).

Otro elemento que puede explicar las diferencias entre los resultados obtenidos en Madrid y *Catalunya* es que en la muestra catalana procede de entornos urbanos y semi-urbanos y tiene más población activa laboralmente y menos población casada. Precisamente la condición de mujer, tener estudios superiores y estar casados son factores protectores ante el consumo de riesgo y alto riesgo.

El uso de la misma definición de policonsumo de estudios anteriores anteriores (López-Rodríguez, et al., 2019) muestra diferencias, mayor en nuestra muestra en 10 puntos porcentuales (26,5% vs. 16,1%). Como posible explicación de estas diferencias está la edad, 10 años mayor en la muestra del presente estudio que en la muestra de Lopez-Rodríguez et al. (2019), y señalada por otros estudios como posible determinante del policonsumo (Darke, Kaye & Torok, 2012). Por otra parte, en este estudio se constatan las diferencias de sexo en el policonsumo de 2 o más sustancias, siendo 35,3% en los hombres y en las mujeres 15,5% en mujeres.

El modelo de intervención breve del ASSIST ha demostrado ser eficaz para reducir el consumo de sustancias (Humeniuk et al., 2012) aunque en estudios más recientes con adaptaciones a la intervención breve los resultados fueron contradictorios (Saitz et al., 2014; Bertholet et al., 2020). En nuestro contexto, no nos consta ningún estudio que haya probado la eficacia o efectividad del paquete de intervención. Atendiendo a que la mayoría de las personas de nuestro estudio que hacían consumos de bajo riesgo, riesgo o alto riesgo no recibieron ni tan siquiera la intervención propuesta en el protocolo para cada patrón, se puede concluir que hace falta capacitar mucho más a los profesionales de APS en la implementación de las estrategias de intervención breve y que la fidelidad al protocolo puede ser una variable mediadora clave en los estudios de eficacia. En otros países se ha propuesto integrar las actividades de cribado y abordaje de los diferentes consumos de sustancias en los servicios de Atención Primaria, acompañados de estrategias de formación y educación continuada de los profesionales de estos servicios (Crowley, Kirschner y Health & Public Policy Committee of the American College of Physicians, 2015). Estas actividades deberían incluir también formación de los profesionales

en el abordaje del estigma, el miedo de hablar de estos temas o a incomodar los pacientes y la falta de conocimientos específicos; todos estos factores señalados como barreras de la integración de la identificación e intervención de los consumos en los servicios de atención primaria (Richards et al., 2019).

6.4.2. Limitaciones

Al tratarse de un muestreo de conveniencia y no haberse podido comparar aquellas personas que aceptan y no aceptan participar no se pueden, en principio generalizar los resultados en cuanto a prevalencia a toda la atención primaria ni a otros servicios de salud ya que seguramente, teniendo que sólo el 13% rechaza participar, la muestra analizada es una selección de los más dispuestos y más vinculados a los servicios y sus profesionales. Ello pone en entredicho la validez externa de la prueba. Tampoco se puede extrapolar a la población general ya que la muestra de este estudio es de ámbito clínico por lo que, se presupone, una peor condición de salud ni a población adolescente, por ejemplo.

Cabe tener en cuenta también que el reclutamiento de profesionales se hizo de entre los que pertenecían a la red de referentes de los programas de alcohol y tabaco de larga trayectoria de implementación en *Catalunya*, y por lo tanto altamente motivados, por lo que sería de esperar que en otro escenario el porcentaje de profesionales que reclutarían sería inferior al 70% de nuestro estudio.

Así mismo, al tener pocos casos en las categorías de alto riesgo para algunas de las sustancias ilegales, el uso de pruebas estadísticas inferenciales como la OR, arroja valores con intervalos de confianza muy amplios y por tanto difíciles de interpretar.

6.5. Conclusiones

En cuanto a la herramienta de cribado, los resultados confirman de nuevo su utilidad para su aplicación en el cribado integrado de las 9 sustancias más comunes en APS de nuestro país y para la identificación del consumo de riesgo de alcohol. Se concluye por la concordancia, en la mayor parte de las prevalencias encontradas en diferentes estudios (Lee et al., 2011; López-Rodríguez et al., 2019) de su capacidad para evaluar diferentes dominios clínicos (frecuencia de consumo, ganas de consumir, dificultad para abandonar el consumo, etc.) e identificar de forma rápida los diferentes patrones en un continuo de problemas relacionados, incluido el

policonsumo, y de los niveles de sensibilidad y especificidad alcanzados en el estudio de validez en nuestro contexto (Rubio Valladolid et al., 2014).

El impulso de la implementación de dicha herramienta en toda la APS sería clave, sobre todo teniendo en cuenta que nuestro país se encuentra en lo más alto del ranking en cuanto a consumo de por ejemplo cánnabis y cocaína y la APS podría incidir en la identificación precoz y la derivación de los pacientes más vulnerables a centros especializados. Respecto a los niveles de fidelidad en la aplicación de la herramienta de intervención breve, los resultados evidencian que proveer una herramienta informatizada y 5 horas de formación no son suficientes para capacitar a los profesionales en la aplicación adecuada del protocolo de intervención breve, por lo que como ya proponía López-Rodríguez et al. (2019), es clave promover estudios de coste-eficacia en APS que incluyan una evaluación y control de la calidad y fidelidad en la aplicación según protocolo de las IPIB.

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN

En este apartado se plantea una discusión siguiendo el orden de nuestros objetivos específicos y en relación con el objetivo general de la investigación de contribuir a mejorar la implementación de las estrategias de prevención del consumo de riesgo de alcohol en los centros de APS de *Catalunya*. Así mismo, se analizan las limitaciones e implicaciones de la tesis, las propuestas de investigación futura y las recomendaciones que consideramos se derivan para la implementación de las estrategias de prevención del consumo de riesgo de alcohol en *Catalunya*.

7.1. Estudio 1: la evidencia reciente sobre la aplicación de estrategias de identificación precoz e intervención breve en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en la atención primaria de la salud

La revisión refleja el interés por el tema dada la gran proliferación de sobre las IPIB en alcohol, la gran diversidad de los temas estudiados y la generalización de los estudios en todos los continentes. En dos años, 2016 y 2017, se publicaron 1 revisión Cochrane, 7 revisiones sistemáticas, 9 estudios aleatorizados controlados y dos estudios de coste-efectividad. Además, se obtuvieron hasta 12 artículos sobre dos estudios de gran alcance realizados en EUA y en Europa, con 6 publicaciones cada uno.

La evidencia reciente confirma la efectividad y coste-efectividad de la IB en la reducción del consumo también en países de rentas bajas o medianas en APS y otros contextos (Platt et al., 2016; Kaner et al., 2018;). Se confirma también que la efectividad se mantiene hasta los 12 meses de seguimiento y que, a pesar de tamaños de efecto pequeños, su potencial impacto a nivel poblacional podría ser muy positivo (Kaner et al., 2018). Por otro lado, proveer formación y apoyo e incentivos económicos se asocia a una mayor proporción de pacientes cribados o aconsejados (Anderson et al., 2016a; Anderson et al., 2017a) y, en la misma línea, la presencia de profesionales que actúan como “campeones” del programa y la disponibilidad de financiación se asocia a la sostenibilidad de los mismos (Babor et al., 2007; Babor, Del Boca & Bray, 2017; Bray, Del Boca, McRee, Hayashi & Babor, 2017). Sin embargo, no hay evidencia suficiente sobre la utilidad de la IPIB en personas mayores con consumos elevados de alcohol (Coulton et al., 2017). En el caso de mujeres embarazadas hay evidencia sobre su

utilidad en reducir la exposición al alcohol durante el embarazo, pero las IPIB no son mejores que las visitas pre-gestacionales (Velasquez et al., 2017). En cuanto a la utilidad de las intervenciones breves digitales parece que se pueden equiparar a las intervenciones presenciales, son efectivas y su coste económico sería inferior, pero hay que seguir estudiándolas (Kaner et al., 2017; Wallace et al., 2017).

Hay consenso sobre la necesidad de estandarizar más la investigación e introducir instrumentos de evaluación de la fidelidad en la actuación de los profesionales para poder comparar los resultados (McCambridge & Saitz, 2017; Shorter et al., 2017; Pringle et al., 2017).

En cuanto a la ampliación del campo de estudio, hay un creciente interés en el papel que puede jugar la IPIB en el consumo de riesgo de alcohol en el manejo de las enfermedades transmisibles como los trastornos cardiovasculares, la obesidad o las infecciosas como el VIH. También en las ventajas, a pesar de que la evidencia no es concluyente, de integrar las estrategias preventivas en los cuatro factores de riesgo principales (tabaco, hábitos alimentarios, uso de alcohol y actividad física) en APS o en todas las sustancias adictivas, para reforzar el cribado del consumo de riesgo de alcohol en personas que hacen policonsumos utilizando el *Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test (ASSIST)-linked brief intervention (ASSIST-linked brief intervention)*. También se está estudiando, con resultados prometedores, si las personas con TCA leve o moderado se podrían beneficiar de ser tratados en APS en vez de en centros especializados (Wallhed Finn et al., 2018).

Las investigaciones sobre la mejora de la implementación destacan que, en cuanto a la formación, es clave disponer de estrategias multi-componentes, con currículums de formación flexibles y formatos de aplicación variados (en línea, presencial, mixtos); y que hace falta seguir estudiando la utilidad de los incentivos. En la implementación a gran escala, hay un estudio en marcha que está estudiando si la provisión de apoyo comunitario para garantizar la adopción y la sostenibilidad además de la formación puede ayudar a mejorar la incorporación de dichas estrategias en la práctica cotidiana (Anderson et al., 2017a).

A pesar de la gran cantidad de estudios que demuestran la efectividad de la IPIB en la APS, persisten algunas limitaciones y lagunas en la evidencia. De hecho, la implementación de las IPIB en la APS sigue siendo baja y, por lo tanto, el impacto poblacional es débil. Estas deficiencias han estimulado el debate para repensar cómo optimizar y mejorar la

implementación de los programas de IPIB y mejorar la prevención de los problemas de alcohol en la APS (McCambridge & Saitz, 2017). Algunos autores proponen un cambio de enfoque desde "la prevención" a los "tratamientos", es decir, potenciar el tratamiento de los TCA en la APS (Andréasson, 2017). También se propone que la identificación precoz debe priorizarse para los pacientes con comorbilidades relacionadas con el alcohol como hipertensión, insomnio, depresión o trastornos de ansiedad (Rehm et al., 2016a). Así sería importante re-examinar qué instrumentos están disponibles para identificar la comorbilidad en los TCA (Rehm et al., 2015a), encontrar formas más inteligentes de iniciar discusiones sobre el alcohol (Andréasson, 2017), analizar el impacto del estigma en el TCA en la APS y reconsiderar los actuales límites de riesgo (Glass et al., 2017), hecho que ya viene sucediendo en toda Europa (Shield et al., 2017) y recientemente en España (Tristán et al., 2020). McCambridge y Saitz, (2017) sugieren abordar el alcohol simultáneamente con otras conductas de riesgo y problemas mentales, y combinar los programas de IPIB con la atención a las personas con problemas graves de alcohol (Wallhed Finn et al., 2014).

Otros plantean la importancia de estudiar como facilitar la implementación de la eBI en la APS, integrando mejor las actividades en la consulta y reduciendo el tiempo dedicado por los profesionales. También proponen incluir acciones a nivel comunitario para la implementación a gran escala de las IPIB (Anderson et al., 2017b). Finalmente, Fitzgerald (2016) entre otros, recomienda estudiar cual ha de ser el enfoque óptimo centrado en el paciente y los componentes principales que ha de incluir la IB (abordaje motivacional, toma de decisiones compartida, etc.).

7.2. Estudio 2: Factores que pueden mejorar la fidelidad de actividades IPIB en APS

Los profesionales, desde el primer momento completan y puntúan el AUDIT correctamente (errores por debajo del 0,5%), clasificando, en consonancia, correctamente a la mayoría de personas según su consumo de riesgo. Sin embargo, sí que cometen, al inicio, errores en un 26,9% de los casos a la hora de proveer la intervención breve a personas que no lo requieren y al no proveer IB a un 22,5% a personas que sí lo requieren. En la implementación a 12 semanas se detecta una reducción a la mitad en ambos tipos de errores (OR=0,44; 95% CI=0.26 to 0.74 y OR=0.45; 95% CI=0.31 to 0.65, respectivamente) y ni la formación y apoyo y el proveer herramientas eBI tiene un efecto significativo en esa reducción. Solo se detecta una disminución

significativa en los errores al no proveer IB a los que si la requieren entre los grupos que reciben incentivos respecto a los que no (OR = 0.56; 95% CI, 0.31-0.99; P < .05).

Al principio no se encuentran diferencias según profesión en los errores al proveer intervención a quienes no la requerían, pero los profesionales de la medicina cometen menos errores a la hora de no proveer IB a los que sí lo requieren (OR no ofrecer IB a pacientes con consumo de riesgo respecto a los otros profesionales (95% CI=0.23 to 0.59). Con la implementación a 12 semanas se observa que los profesionales de la medicina reducen significativamente más los errores tanto al proveer IB a los que no lo requieren como al no proveerlo (OR= 0.22 (95% CI=0.11 to 0.44) a los que sí lo requieren respecto al resto de profesionales (OR = 0.42 (95% CI=0.27 to 0.66).

En *Catalunya*, se observa, al inicio, muchos más errores en la provisión de IB, hasta un 42%, a los que no lo requieren respecto al 20% en Inglaterra, el 21% en Holanda, el 2% en Polonia y el 21% en Suecia, aunque disminuyen en *Catalunya* considerablemente en la implementación a 12 semanas (hasta un 28%) y no tanto en el resto de países: Inglaterra (21%), Holanda (20%), Polonia (1%) y Suecia (30%). En el caso de los errores de no ofrecer IB a las que lo requieren, sin embargo, el porcentaje al inicio en *Catalunya*, del 16%, fue más parecido al resto de países: Inglaterra (14%), Holanda (28%), Polonia (6%) y Suecia (34%), aunque en la implementación a 12 semanas no disminuye apenas siendo en *Catalunya* del 15%, Inglaterra del 9%, Holanda del 24%, Polonia del 5% y Suecia del 24%.

Este estudio confirma la viabilidad, precisión y facilidad del uso del AUDIT-C para detectar problemas de alcohol en la atención primaria de salud. Sin embargo, no todos los pacientes consumidores de riesgo reciben intervención breve: 22% al principio y 11% en el seguimiento. Esta reducción es mayor entre los grupos que han recibido incentivo económico y entre los profesionales de la medicina. Así mismo, más de una cuarta parte de los pacientes que no lo requieren, reciben intervención breve al inicio del estudio (29,9%) y esta proporción se reduce a la mitad durante el período de implementación de 12 semanas (13,9%), independientemente del grupo de intervención. Los profesionales no médicos ofrecen en el seguimiento mayor tasa de IB a quienes no lo requieren (28% frente a 8%, valor de p <0,01).

El AUDIT-C como herramienta para la IP además de ser válido para detectar los consumos de riesgo (Kaner et al., 2018; Bradley, 2007), es fácil de usar por los proveedores, logrando altos

niveles de precisión y, aunque se detectan algunos problemas menores a la hora de calcular la puntuación, estos no tienen incidencia clínica. Ofrecer formación y apoyo a los profesionales es útil para aumentar la IP en el consumo de riesgo de alcohol (Anderson et al., 2016a) y para promover la aplicación de las IB entre los bebedores de riesgo (Kaner et al., 2001). Sin embargo, en nuestro estudio, la formación y el apoyo a los profesionales de la APS no comporta una mejora en la fidelidad en la aplicación de las IB según el protocolo.

En *Catalunya* ya habíamos observado que los profesionales tienden a intervenir sin tener en cuenta el resultado del cribado (Segura et al., 2011). Otros estudios han demostrado que solo el 50% de los clasificados como bebedores de riesgo reciben una intervención breve (Kaner et al., 2001). En nuestros análisis no se incluyen variables de pacientes como predictores de la fidelidad en la aplicación de la IB, pero se detecta que aquellos profesionales que reciben un incentivo económico mejoran la aplicación según protocolo respecto de los que no lo reciben.

7.3. Estudio 3: Sobre la validez de instrumentos ultracortos para detectar el consumo de riesgo en APS

AUDIT-QF muestra mejor sensibilidad que especificidad y AUDIT-3 mejor especificidad que sensibilidad. Para toda la muestra la mejor combinación de indicadores para el AUDIT-QF se da con un punto de corte de 4 con una AUROC (0.80), S (72.5%), E (67.8%), VPN (93.2%) y un VPP muy bajo (28.9%), indicando un número substancial de falsos positivos. Para el AUDIT-3 la mejor combinación es para el punto de corte de 1 con AUROC (0.84) y S (75.8%), E (84.9%), VPN (95.1%) y un bajo VPP (47.6%).

En el caso de las mujeres, el AUDIT-QF funciona mejor con un punto de corte de 3 y en el caso de AUDIT-3 con el mismo de 1. En el caso de los hombres el mejor funcionamiento se encuentra, con el punto de corte de 4 para el AUDIT-QF, aunque con bajos valores de especificidad (49,8%) y con el punto de corte de 2 con niveles de sensibilidad bajos (66,7%).

En cuanto a la edad, se observa en general que para el AUDIT-QF la sensibilidad aumenta con la edad y la especificidad se reduce. Para el AUDIT-3 en cambio la sensibilidad se reduce con la edad y la especificidad aumenta. El AUDIT-QF para el grupo más joven presenta su mejor funcionamiento con el punto de corte de 2 aunque con baja sensibilidad (66,7%) y especificidad (72,6%) y bajo valor predictivo positivo (47,4%). Para el resto de grupos, el instrumento

funciona mejor con el punto de corte 4, aunque los niveles de especificidad y valores predictivos positivos fueron bajos. Para el AUDIT-3 la mayor combinación para todos los grupos de edad es para el punto de corte de 1 pero con bajos valores predictivos positivos (46,8%, 47,5% y 50% respectivamente).

El análisis de las AUROC permite ver claramente como el instrumento AUDIT-3 funciona mejor que el AUDIT-QF tanto en la muestra general como en hombres como en mujeres.

AUDIT-QF y AUDIT-3 abordan diferentes aspectos del consumo de riesgo de alcohol. El primero aborda el consumo de riesgo regular mientras que AUDIT-3 detecta el consumo ocasional de riesgo (consumo episódico intensivo – *binge drinking*).

En nuestro estudio, el funcionamiento tanto de AUDIT-QF como de AUDIT-3 es modesto y con una variación considerable según el sexo y la edad, lo que dificulta establecer una recomendación general. Sin embargo, los resultados muestran que AUDIT-QF tiene mejor sensibilidad y AUDIT-3 mejor especificidad, y que ambos instrumentos son más sensibles entre los hombres y más específicos entre las mujeres.

Para la muestra total, la mejor herramienta es AUDIT-3 con un punto de corte de 1. AUDIT-QF en el punto de corte de 4 es menos preciso. Sin embargo, los valores de PPV para ambas herramientas son bastante bajos y, por lo tanto, el riesgo de falsos positivos es alto.

AUDIT-3 también es la mejor herramienta para ambos sexos, con un punto de corte de 1 para las mujeres y un punto de corte de 2 para los hombres. AUDIT-QF funciona peor en los puntos de corte 3 y 4, respectivamente.

Al analizarlos por grupos de edad, AUDIT-3 en el punto de corte 1, tiene valores predictivos positivos bajos para los tres grupos. AUDIT-QF en un punto de corte de 3 para el grupo más joven, y de 4 para los otros dos grupos, tiene una sensibilidad más alta pero una especificidad más baja.

En este estudio, AUDIT-3 y AUDIT-QF tienen un desempeño similar al de estudios anteriores (Gómez et al., 2005, Kaarne et al., 2010; Reinert & Allen, 2007) pero no mejor que AUDIT-C,

que alcanzó niveles sensibilidad de 91% entre mujeres y 92% entre hombres en un estudio previo (Gual et al., 2002).

7.4. Estudio 4: Utilidad del instrumento informatizado de IPIB para detectar el consumo de alcohol y mejorar la fidelidad de la IB en APS

El 46,1% de las personas son consumidoras de riesgo de tabaco, 17,5% de alcohol, 13% de cánnabis, 6,3% de sedantes no prescritos y el 4,2% cocaína. El consumo de alto riesgo es del 5,2% en el caso del tabaco, del 3,8% en el caso del alcohol, del 1,6% en el caso del cannabís y del 1% en el caso de la cocaína. Más de la mitad de los pacientes consumen 2 o más sustancias y uno de cada cuatro pacientes consumen 2 o más sustancias sobre el nivel de riesgo o alto riesgo. Excepto en los sedantes, los consumos de riesgo y el policonsumo son significativamente más prevalentes en los hombres. En el alto riesgo también, aunque las diferencias no son tan importantes.

Nuestro estudio arroja, en general, resultados similares al estudio realizado en la APS de Madrid, siendo para todas las sustancias, excepto los hipno-sedantes, el consumo de riesgo ligeramente superior en la muestra catalana. En cuanto al riesgo en el consumo de alcohol, destaca que la prevalencia es similar a la detectada en anteriores estudios con el AUDIT (Segura et al., 2006) y que esta es cinco veces superior al que se detecta en población general con el AUDIT (17,5% versus 3,6%).

En el caso de la prevalencia de consumo de alto riesgo, sin embargo, se observan resultados muy dispares en cuanto al tabaco donde en Madrid es del 24% y en *Catalunya* solo del 5,2% y los sedantes que es del 6,4% en Madrid y sólo del 0,2% en *Catalunya*. Los resultados de alto riesgo en *Catalunya* para estas dos sustancias se alinean más con los de otro estudio previo en EUA (Lee et al., 2011).

Así mismo, en la muestra catalana se identifican consumidores de heroína, inhalantes, estimulantes, que no se encontraron en los otros estudios. Esta disparidad podría ser debida a la selección de la muestra de conveniencia en que seguramente los profesionales, muchos de ellos referentes de los programas de tabaco y alcohol, invitaron a participar esta vez a perfiles con mayor probabilidad de consumo de drogas ilegales. A pesar de esto, los resultados se tienen

que valorar con prudencia, puesto que es conocido que la población en situación más vulnerable respecto al uso de drogas no acude a los servicios de salud general (van Boekel et al., 2013).

Otro elemento que puede explicar las diferencias entre los resultados obtenidos en Madrid y *Catalunya* es que en la muestra catalana procede de entornos urbanos y semi-urbanos y tiene más población activa laboralmente y menos población casada. Precisamente la condición de mujer, tener estudios superiores y estar casados son factores protectores ante el consumo de riesgo y alto riesgo.

El policonsumo es mayor en nuestra muestra en 10 puntos porcentuales (26,5% vs. 16,1%). Como posible explicación de estas diferencias está la edad, 10 años mayor en la muestra del presente estudio que en la muestra de Lopez-Rodríguez et al. (2019), y señalada por otros estudios como posible determinante del policonsumo (Darke et al., 2012). Por otra parte, en este estudio se constatan las diferencias en el policonsumo de 2 o más sustancias entre los hombres (35,3%) y las mujeres (15,5%).

El modelo de intervención breve del ASSIST ha demostrado ser eficaz para reducir el consumo de sustancias (Humeniuk et al., 2012) aunque en estudios más recientes, en que se realizaron algunas adaptaciones en la IB, los resultados fueron contradictorios (Saitz et al., 2014c; Bertholet, et al., 2020). En nuestro contexto, no nos consta ningún estudio que haya probado la eficacia o efectividad del paquete de IB del ASSIST. Atendiendo a que la mayoría de las personas de nuestro estudio que hacían consumos de bajo riesgo, riesgo o alto riesgo no recibieron ni tan siquiera la intervención propuesta en el protocolo para cada patrón, se puede concluir que hace falta capacitar mucho más a los profesionales de APS en la implementación de las estrategias de IB y que la fidelidad al protocolo puede ser una variable mediadora clave en los estudios de eficacia. En otros países se ha propuesto integrar las actividades de IP y abordaje de los diferentes consumos de sustancias en los servicios de Atención Primaria, acompañados de estrategias de formación y educación continuada de los profesionales de estos servicios (Crowley et al., 2015). Estas actividades deberían incluir también formación de los profesionales en el abordaje del estigma, el miedo de hablar de estos temas o a incomodar a los pacientes y la falta de conocimientos específicos; todos estos factores señalados como barreras de la integración de la IPIB en los servicios de APS (Richards, et al., 2019).

7.5. Limitaciones e implicaciones

En el primer estudio se repasa en profundidad y de forma sistemática la literatura reciente en el ámbito de las IPIB pero al reducirse a un análisis de la literatura publicada en los dos últimos años y ser exclusivamente narrativa, sin utilizarse protocolos ni fichas de análisis como las utilizadas en revisiones de alcance o similares ni tampoco la revisión por pares, los resultados y conclusiones pueden tener limitaciones y estar sujetos a la subjetividad de los autores.

Hasta donde sabemos, el segundo estudio es el primero en analizar algunos aspectos de la fidelidad en la aplicación de las IPIB en el consumo de alcohol en la APS. Además, el análisis se realiza en el contexto de un estudio con diseño experimental multicéntrico en el que se comparan diferentes estrategias con un grupo control. Por otro lado, se incluye un gran número de centros de APS, profesionales y pacientes lo que permite confiar en los resultados obtenidos. En cuanto a las limitaciones, no disponemos de información sobre los motivos por los cuales los profesionales se desvían del protocolo y no ofrecen IB a los pacientes que dieron positivo en el cribado o por qué lo hicieron con los que dieron negativo. No podemos saber si factores no controlados en nuestro estudio, como las características de los pacientes, incluido el sexo, la situación laboral y el nivel de educación, podrían haber condicionado la decisión de los profesionales como se describen en estudios previos (Kaner et al., 2001). Además, no realizamos una validación de AUDIT-C frente a otras herramientas por lo que no podemos detectar, como en estudios europeos anteriores, discrepancias en los patrones de consumo detectados respecto a un segundo instrumento (Rehm et al., 2015b). Finalmente, los centros de APS que participaron en el estudio fueron voluntarios y no se dispone de información de los que se negaron a participar. Esto podría comportar un sesgo en la inclusión de centros de APS cuyos profesionales están más motivados para abordar temas relacionados con el alcohol.

El tercer estudio, se trata de la primera validación en *Catalunya* de instrumentos ultra-cortos para la identificación precoz del consumo de riesgo de alcohol en una muestra de más de 600 pacientes atendidos en APS. Se trata, sin embargo, de un muestreo de conveniencia y no se registró el número de personas que rechazaron participar en el estudio por lo que no se puede extrapolar al resto de la población atendida. Además, el estudio utiliza como test de referencia exclusivamente el propio AUDIT y no otros instrumentos diagnósticos que podrían aportar información complementaria sobre otros ámbitos de estudio de la validez.

El cuarto estudio es el primero realizado en diferentes centros de atención primaria de *Catalunya* de IPIB en el consumo de riesgo y alto riesgo de sustancias utilizando el programa ASSIST de la OMS. Es un estudio que replica parcialmente el realizado por López-Rodríguez et al. (2019) en Madrid, pero con alrededor de 300 casos más y procedentes de hasta 22 centros de APS de entornos urbanos y semi-urbanos. Es también la primera vez que se estudia la fidelidad en la aplicación de la IB en función de los patrones de consumo de todas las sustancias. Sin embargo, al tratarse de un muestreo de conveniencia y no haberse podido comparar aquellas personas que aceptan y no aceptan participar no se pueden, en principio generalizar los resultados en cuanto a prevalencia a toda la atención primaria ni a otros servicios de salud ya que seguramente la muestra analizada es una selección de los más dispuestos y más vinculados a los servicios y sus profesionales. Ello pone en entredicho la validez externa de la prueba. Tampoco se puede extrapolar a la población general ni tampoco a la población adolescente ya que la muestra de este estudio es de ámbito clínico por lo que se presupone que tiene una peor condición de salud. Además, cabe tener en cuenta también que el reclutamiento de profesionales se hizo entre los que pertenecían a la red de referentes de los programas de alcohol y tabaco de larga trayectoria de implementación en *Catalunya*, y por lo tanto altamente motivados, por lo que sería de esperar que en otro escenario el porcentaje de profesionales que reclutarían sería inferior. Así mismo, al tener pocos casos en las categorías de alto riesgo para algunas de las sustancias ilegales, el uso de pruebas estadísticas inferenciales arroja valores con intervalos de confianza muy amplios y por tanto difíciles de interpretar.

7.6. Futuras líneas de investigación

Es necesario realizar más investigación en las IPIB con adolescentes, personas mayores, mujeres, personas con TCA, pacientes con comorbilidades o conductas de riesgo múltiple, grupos culturales minoritarios y en países de ingreso mediano bajo y bajo.

Los estudios deben tener como objetivo estandarizar los protocolos de la IPIB, los programas de formación y los indicadores de resultado y deben proveer resultados de seguimiento más largos.

Es importante estudiar más cómo integrar los instrumentos de cribado ultra-cortos como el AUDIT-3 como primer paso en los protocolos de IP para garantizar un aumento de las tasas de IP en contextos donde se disponga de poco tiempo.

Es clave investigar en qué circunstancias las IPIB pueden: 1) ser ampliamente adoptadas por los profesionales; 2) ser bien recibidas por los pacientes; 3) comportar la mejora de los resultados de salud de los pacientes; y 4) tener un impacto a nivel poblacional.

Uno de los temas pendientes de investigar es identificar qué estrategias pueden dar como resultado altas tasas de implementación de las IPIB al tiempo que garantizan que la fidelidad en su aplicación sea también alta. En este sentido, hay que estudiar más la utilidad de los incentivos económicos y también promover más investigación en implementación de programas de IPIB a gran escala a partir de modelos de evaluación como el RE-AIM.

Respecto a las estrategias de IPIB integradas para todas las sustancias psicoactivas, es clave seguir promoviendo estudios de coste-eficacia en APS con el ASSIST que incluyan una evaluación y control de la calidad y fidelidad en su aplicación e identifiquen qué estrategias pueden facilitar su aplicación en la consulta diaria.

7.7. Recomendaciones para continuar con la implementación en Catalunya

En *Catalunya*, en consonancia con las líneas de investigación identificadas en la revisión, sería recomendable promover acciones de investigación tanto en la utilidad de herramientas de IPIB digitales, en la integración de la intervención preventiva en los estilos de vida y en todas las drogas potencialmente adictivas, en la priorización de las IPIB en alcohol en aquellas patologías altamente asociadas a su consumo y en el tratamiento de los TCA leves o moderados en la APS.

En cuanto a las herramientas de IPIB digitales, existe cada vez más evidencia sobre su coste-efectividad (Kaner et al., 2017). En *Catalunya*, llevamos a cabo el estudio EFAR (Lopez-Pelayo et al., 2014), y se evidenció enormes dificultades para la facilitación de su uso por parte de los profesionales de APS debido a sus bajos niveles de familiaridad con el uso de dichos instrumentos (López-Pelayo et al., 2020). Sin embargo, la eclosión de la pandemia de la COVID-19, ha forzado y acelerado la irrupción de las herramientas digitales en los servicios de salud, lo que abre nuevas posibilidades para seguir investigando tanto su facilitación desde la consulta como su promoción entre la población general mediante internet. En España, existe ya una experiencia muy interesantes como la de la herramienta [ASSISTete](#), de cribado e intervención breve guiada en línea, basada en el ASSIST impulsada por Lopez-Rodriguez y Rubio Valladolid (2018).

La implementación del programa *Beveu Menys* ha evidenciado, a pesar de los esfuerzos realizados hasta ahora, que los profesionales de la APS tienden a minimizar los consumos de bajo riesgo de alcohol, asimilándolos en muchos casos con el no consumo o la abstinencia. La impresión clínica de los profesionales de APS para diagnosticar los TCA, funciona especialmente bien, incluso mejor que los instrumentos diagnósticos como el CIDI, en la población más mayor con peor condición de salud, pero no tan bien en la población más joven con menos síntomas (Miquel et al., 2016). En este sentido, sería imprescindible destinar más esfuerzos para garantizar que los profesionales de la APS conozcan bien los niveles de riesgo en el consumo de alcohol y entrenar mejor su capacidad de discernir entre los patrones, especialmente los de bajo riesgo, sin sesgos. Esto es de especial relevancia, ya que existe cada vez más evidencia sobre los daños que ocasiona el alcohol a bajas dosis (Rovira & Rehm, 2020) lo que ha ocasionado que, en España, se hayan actualizado los niveles de bajo riesgo, situándolos en una UBE/día en las mujeres y dos UBE/día en los hombres (Tristán et al., 2020).

En este proceso, será importante actualizar las guías clínicas y los instrumentos y algoritmos de las historias clínicas de acuerdo a los nuevos límites, formar a los profesionales debidamente sobre la evidencia reciente sobre los daños del alcohol a bajas dosis y también dirigir campañas de sensibilización a los propios profesionales con el doble objetivo de aumentar sus conocimientos (Colom & Segura-García, 2020) y también ayudarles a cambiar sus propios consumos de alcohol ya que son superiores a los de la población general (Romero-Rodríguez et al., 2019).

A la luz de los buenos resultados de nuestros estudios sobre la utilidad de los instrumentos AUDIT-C y ASSIST en formato informatizado (automatización de la puntuación y clasificación en los patrones) a la hora de ayudar a los profesionales a identificar los diferentes patrones de consumo y a clasificar correctamente a las personas según estos, sería recomendable que los proveedores de APS, en aras de mejorar la calidad de los registros, no solo los incluyeran sino que los destacaran en la historia clínica como los instrumentos de preferencia para la identificación precoz de los consumos de alcohol y otras drogas. Además, con el objeto de mejorar la implementación de las IB tanto en cantidad como en fidelidad, sería conveniente que en la historia clínica también se incluyeran alertas automatizadas que indicaran a los profesionales el tipo de intervención a realizar en función del patrón de riesgo detectado.

A pesar que las actividades preventivas en todos los determinantes y factores de riesgo para la salud, incluido el alcohol, forman parte de las atribuciones de la APS (Córdoba et al., 2018) y que existen consenso sobre la importancia de su rol en las mismas, lo cierto es que la baja implementación de las mismas y la baja calidad con la que se realizan, nos obligan a pensar qué más medidas a nivel organizacional y de los propios profesionales se podrían implementar para superar estos problemas. A nivel organizacional, a falta de poder reducir las cuotas de pacientes por profesional en la APS, con el objeto de disminuir el tiempo de dedicación en la consulta sería deseable proponer la integración de las actividades preventivas en los principales factores de riesgo (tabaco, sedentarismo y alcohol). A pesar de la poca evidencia en este ámbito, empiezan a haber iniciativas interesantes en nuestro país que alientan esta línea de trabajo (Zabaleta-Del-Olmo et al., 2018) y permitirían poner en práctica el consejo integral (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015) y hacer realidad lo que durante tantos años viene promoviendo el PAPPS (Córdoba et al., 2018). Así mismo, también creemos oportuno, que, en los futuros contratos de provisión de servicios con la APS, se incluyan incentivos de desempeño que combinen objetivos orientados a hacer más y mejor las actividades preventivas

y también orientados a los resultados de la intervención, es decir, la reducción del consumo de alcohol.

En cuanto a los profesionales, creemos que es clave buscar fórmulas más atractivas para promover la mejora de sus conocimientos sobre la efectividad de las IPIB y de sus habilidades para aplicarlas y sobre todo para tomar conciencia sobre el impacto que tiene su intervención preventiva en las personas que atienden y la importancia de reducir los consumos de alcohol.

Sería muy recomendable y necesario que, más allá de las evaluaciones parciales llevadas a cabo hasta ahora, se pudiera llevar a cabo una evaluación exhaustiva y completa de la implementación del programa *Beveu Menys*, a partir de modelos como el RE-AIM (Glasgow et al., 1999). *Catalunya*, es una de las pocas jurisdicciones en las que se ha mantenido más allá de 10 años la implementación de las IPIB en el consumo de riesgo de alcohol, por lo que sistematizar su evaluación, incluida la evaluación del impacto, permitiría arrojar mucha luz sobre temas de interés de la comunidad científica internacional. En este sentido, es interesante tener en cuenta estudios de evaluación existentes en nuestro contexto como el de la implementación del Programa de Promoción de la Actividad Física en la atención primaria de *Catalunya* (Gonzalez-Viana et al., 2018). Este ejercicio evaluativo sería además una aportación clave en el contexto de la evaluación de políticas de alcohol de nuestro país, ya que un estudio reciente ha evidenciado las enormes carencias que hay en este ámbito (García-Lorenzo & Trapero-Bertran, 2020).

CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES

A pesar de la gran cantidad de evidencia disponible sobre IPIB, los estudios recientes muestran que la prevención y abordaje del alcohol no es una prioridad para la APS, y que la implementación de las IPIB en la práctica clínica está aún por debajo de los niveles que podrían resultar en un impacto positivo en la salud pública. Dado sin embargo la gran importancia de dichas estrategias, la comunidad internacional debe seguir debatiendo y estudiando cómo abordar las lagunas de evidencia, evaluar la calidad de las intervenciones y superar las barreras para la implementación de las IPIB en APS.

El estudio ODHIN demostró, a nivel europeo, que ofrecer formación, apoyo e incentivos económicos a los profesionales de APS producía mejoras en la aplicación de las IPIB. Sin embargo, los análisis secundarios que realizamos nos indican que sólo la provisión del incentivo económico se asocia con la mejora en la fidelidad de la aplicación según el protocolo. A pesar de estas mejoras en la fidelidad, un 11% de los pacientes con resultados positivos de IP no reciben IB por lo que, a la hora de promover la implementación de las estrategias de IPIB, es clave también asegurarse de que se implemente de acuerdo a los protocolos. Sabemos que estas intervenciones son efectivas para mejorar la salud, pero si tales estrategias no se implementan de manera adecuada, pueden representar un malgasto de recursos sanitarios.

El uso de cuestionarios breves puede ser de gran utilidad para mejorar la detección de problemas relacionados con el alcohol por varios motivos: (a) son válidos para identificar el consumo de riesgo de alcohol en la APS; (b) facilitan la IP en la APS reduciendo el tiempo de implementación para los profesionales y (c) contribuyen a la implementación de la IB, considerada una de las políticas más efectivas para abordar los problemas de alcohol. Los resultados de nuestro estudio muestran que el AUDIT-3, funciona mejor que el AUDIT-QF (si bien ninguno de los dos supera al AUDIT-C) y puede ser usado para mejorar la detección de problemas relacionados con el alcohol. Por tanto, siempre y cuando no se disponga de tiempo, se podría utilizar como instrumento de cribado el AUDIT-3 de una sola pregunta. Esto es especialmente importante entre las mujeres y los jóvenes ya que la prevalencia del *binge drinking* es mayor en esta población y son los grupos con menor probabilidad de ser preguntados por el consumo de alcohol. A la luz de los resultados obtenidos, no se puede recomendar el uso del AUDIT-QF como instrumento de cribado en ningún subgrupo de población.

El instrumento ASSIST es un instrumento útil para el cribado integrado en APS de las 9 sustancias psicoactivas más comunes de nuestro país. Permite: (a) tener una imagen precisa de la prevalencia de consumos; (b) evaluar diferentes dominios clínicos como la frecuencia de consumo, ganas de consumir o dificultad para abandonar el consumo entre otras y (c) identificar de forma rápida los diferentes patrones en un continuo de problemas relacionados, incluido el policonsumo. Nuestro estudio replica y confirma los resultados previos por lo que sería clave impulsar su implementación en APS en nuestro país que se sitúa en lo más alto del ranking en cuanto a consumo de cánnabis y cocaína. La APS podría incidir en la identificación precoz y la derivación de las personas más vulnerables a centros especializados.

En relación a la fidelidad en la aplicación de la intervención breve según el protocolo, existe mucho margen de mejora. Si bien es cierto que los niveles de fidelidad encontrados en nuestro estudio para el alcohol, utilizando una herramienta informatizada, son mejores que los que se detectan en la consulta habitual de la APS en *Catalunya*. Aún hoy día, 1 de cada 3 personas, tanto las que no consumen o hacen consumos de bajo riesgo o las que hacen consumos de riesgo o alto riesgo, no recibe una intervención breve adecuada y según protocolo. Para mejorar la fidelidad en la aplicación de las IB, en el alcohol y en las otras drogas, hace falta incrementar el tiempo de formación de los profesionales, dado que los cursos de 5 horas son claramente insuficientes.

REFERENCIAS

- Aalto, M., Alho, H., Halme, J. T., & Seppä, K. (2009). AUDIT and its abbreviated versions in detecting heavy and binge drinking in a general population survey. *Drug and alcohol dependence*, 103(1-2), 25–29. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.02.013>
- Abidi, L., Oenema, A., Nilsen, P., Anderson, P., & van de Mheen, D. (2016). Strategies to Overcome Barriers to Implementation of Alcohol Screening and Brief Intervention in General Practice: a Delphi Study Among Healthcare Professionals and Addiction Prevention Experts. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 17(6), 689–699. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0653-4>
- Abidi, L., Nilsen, P., Karlsson, N., Skagerström, J., & O'Donnell, A. (2020). Conversations about alcohol in healthcare - cross-sectional surveys in the Netherlands and Sweden. *BMC public health*, 20(1), 283. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8367-8>
- Agley, J., McNelis, A. M., Carlson, J. M., Schwindt, R., Clark, C. A., Kent, K. A., Lay, K., Gassman, R. A., & Crabb, D. W. (2016). If You Teach It, They Will Screen: Advanced Practice Nursing Students' Use of Screening and Brief Intervention in the Clinical Setting. *The Journal of nursing education*, 55(4), 231–235. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160316-10>
- Alcohol and Public Policy Group (2010). Alcohol: no ordinary commodity--a summary of the second edition. *Addiction (Abingdon, England)*, 105(5), 769–779. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02945.x>
- Aldridge, A., Linford, R., & Bray, J. (2017). Substance use outcomes of patients served by a large US implementation of Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT). *Addiction (Abingdon, England)*, 112 Suppl 2, 43–53. <https://doi.org/10.1111/add.13651>
- Aldridge, A., Dowd, W., & Bray, J. (2017). The relative impact of brief treatment versus brief intervention in primary health-care screening programs for substance use disorders. *Addiction (Abingdon, England)*, 112 Suppl 2, 54–64. <https://doi.org/10.1111/add.13653>
- Anderson, P. (1985). Managing alcohol problems in general practice. *British medical journal (Clinical research ed.)*, 290(6485), 1873–1875. <https://doi.org/10.1136/bmj.290.6485.1873>
- Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Wensing, M., Grol, R., Heather, N., Saunders, J., & World Health Organization Brief Intervention Study Group (2003). Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a World Health Organization international collaborative survey. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 38(6), 597–601. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agg119>
- Anderson, P., Gual, A., & Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona.

Anderson, P., Bendtsen, P., Spak, F., Reynolds, J., Drummond, C., Segura, L., Keurhorst, M. N., Palacio-Vieira, J., Wojnar, M., Parkinson, K., Colom, J., Kłoda, K., Deluca, P., Baena, B., Newbury-Birch, D., Wallace, P., Heinen, M., Wolstenholme, A., van Steenkiste, B., Mierzecki, A., ... Gual, T. (2016a). Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the Optimizing Delivery of Health Care Intervention (ODHIN) five-country cluster randomized factorial trial. *Addiction (Abingdon, England)*, *111*(11), 1935–1945. <https://doi.org/10.1111/add.13476>

Anderson, P., Wojnar, M., Jakubczyk, A., Gual, A., Segura, L., Sovinova, H., Csemy, L., Kaner, E., Newbury-Birch, D., Fornasin, A., Struzzo, P., Ronda, G., van Steenkiste, B., Keurhorst, M., Laurant, M., Ribeiro, C., do Rosário, F., Alves, I., Scafato, E., Gadin, C., ... Kolsek, M. (2016b). Managing Alcohol Problems in General Practice in Europe: Results from the European ODHIN Survey of General Practitioners. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, *51*(5), 630. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agw055>

Anderson, P., O'Donnell, A., & Kaner, E. (2017). Managing Alcohol Use Disorder in Primary Health Care. *Current psychiatry reports*, *19*(11), 79. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0837-z>

Anderson, P., Coulton, S., Kaner, E., Bendtsen, P., Kłoda, K., Reynolds, J., Segura, L., Wojnar, M., Mierzecki, A., Deluca, P., Newbury-Birch, D., Parkinson, K., Okulicz-Kozaryn, K., Drummond, C., & Gual, A. (2017a). Delivery of Brief Interventions for Heavy Drinking in Primary Care: Outcomes of the ODHIN 5-Country Cluster Randomized Trial. *Annals of family medicine*, *15*(4), 335–340. <https://doi.org/10.1370/afm.2051>

Anderson, P., O'Donnell, A., Kaner, E., Gual, A., Schulte, B., Pérez Gómez, A., de Vries, H., Natera Rey, G., & Rehm, J. (2017b). Scaling-up primary health care-based prevention and management of alcohol use disorder at the municipal level in middle-income countries in Latin America: Background and pre-protocol for a three-country quasi-experimental study. *F1000Research*, *6*, 311. <https://doi.org/10.12688/f1000research.11173.2>

Andréasson, S. (2017). Commentary on McCambridge & Saitz. Rethinking brief interventions for alcohol in general practice: Rethink screening, target group and patient centered care. *BMJ*;356;j116.)

Brennan, A. (2014). Cost-effectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy. *BMC family practice*, *15*, 26. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-26>

Angus, C., Latimer, N., Preston, L., Li, J., & Purshouse, R. (2014a). What are the Implications for Policy Makers? A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Screening and Brief Interventions for Alcohol Misuse in Primary Care. *Frontiers in psychiatry*, *5*, 114. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00114>

Angus, C., Scafato, E., Ghirini, S., Torbica, A., Ferre, F., Struzzo, P., Purshouse, R., & Brennan, A. (2014b). Cost-effectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy. *BMC family practice*, *15*, 26. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-26>

Angus, C., Li, J., Parrott, S., & Brennan, A. (2014c). ODHIN Cost-effectiveness - Analysis of the WP5 trial: Addendum to Deliverable D3.1, Work Package 3. ODHIN project 2014. Available at: http://www.odhinproject.eu/resources/documents/doc_download/119-addendum-to-d3-1-cost-effectiveness-analysis-of-the-wp5-trial.html

Angus, C., Thomas, C., Anderson, P., Meier, P. S., & Brennan, A. (2017). Estimating the cost-effectiveness of brief interventions for heavy drinking in primary health care across Europe. *European journal of public health*, 27(2), 345–351. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw122>

Angus, C., Li, J., Romero-Rodriguez, E., Anderson, P., Parrott, S., & Brennan, A. (2019). Cost-effectiveness of strategies to improve delivery of brief interventions for heavy drinking in primary care: results from the ODHIN trial. *European journal of public health*, 29(2), 219–225. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky181>

Babor, T. F. & Grant, M. (1992). Programme on Substance Abuse: project on identification and management of alcohol-related problems. Report on Phase II, an randomized clinical trial of brief interventions in primary health care / edited by Thomas F. Babor and Marcus Grant. World Health Organization. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61637>

Babor, T. F., Grant, M., Acuda, W., Burns, F. H., Campillo, C., Del Boca, F. K., Hodgson, R., Ivanets, N. N., Lukomskya, M., & Machona, M. (1994). A randomized clinical trial of brief interventions in primary care: summary of a WHO project. *Addiction (Abingdon, England)*, 89(6), 657–678. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1994.tb00944.x>

Babor, T., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., Monteiro, M.G. (2001). AUDIT - The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse.

Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K., & Bray, J. (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance abuse*, 28(3), 7–30. https://doi.org/10.1300/J465v28n03_03

Babor, T. F., Del Boca, F., & Bray, J. W. (2017). Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment: implications of SAMHSA's SBIRT initiative for substance abuse policy and practice. *Addiction (Abingdon, England)*, 112 Suppl 2, 110–117. <https://doi.org/10.1111/add.13675>

Barbosa, C., Cowell, A., Dowd, W., Landwehr, J., Aldridge, A., & Bray, J. (2017). The cost-effectiveness of brief intervention versus brief treatment of Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) in the United States. *Addiction (Abingdon, England)*, 112 Suppl 2, 73–81. <https://doi.org/10.1111/add.13658>

Barrio, P., Reynolds, J., García-Altés, A., Gual, A., & Anderson, P. (2017). Social costs of illegal drugs, alcohol and tobacco in the European Union: A systematic review. *Drug and alcohol review*, 36(5), 578–588. <https://doi.org/10.1111/dar.12504>

Barry, K. L., Blow, F. C., Willenbring, M. L., McCormick, R., Brockmann, L. M., & Visnic, S. (2004). Use of Alcohol Screening and Brief Interventions in Primary Care Settings: Implementation and Barriers. *Substance abuse*, 25(1), 27–36. https://doi.org/10.1300/J465v25n01_05

Barry, A. E., King, J., Sears, C., Harville, C., Bondoc, I., & Joseph, K. (2016). Prioritizing Alcohol Prevention: Establishing Alcohol as the Gateway Drug and Linking Age of First Drink With Illicit Drug Use. *The Journal of school health*, 86(1), 31–38. <https://doi.org/10.1111/josh.12351>

Beeston, C., McAdams, R., & Craig, N. (2016). Monitoring and evaluating Scotland's alcohol strategy. Final report. Edinburgh: NHS Health Scotland.

Bendtsen, P., Anderson, P., Wojnar, M., Newbury-Birch, D., Müssener, U., Colom, J., Karlsson, N., Brzózka, K., Spak, F., Deluca, P., Drummond, C., Kaner, E., Kłoda, K., Mierzecki, A., Okulicz-Kozaryn, K., Parkinson, K., Reynolds, J., Ronda, G., Segura, L., Palacio, J., ... Gual, A. (2015). Professional's Attitudes Do Not Influence Screening and Brief Interventions Rates for Hazardous and Harmful Drinkers: Results from ODHIN Study. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 50(4), 430–437. <https://doi.org/10.1093/alcalc/aggv020>

Bendtsen, P., Müssener, U., Karlsson, N., López-Pelayo, H., Palacio-Vieira, J., Colom, J., Gual, A., Reynolds, J., Wallace, P., Segura, L., & Anderson, P. (2016). Implementing referral to an electronic alcohol brief advice website in primary healthcare: results from the ODHIN implementation trial. *BMJ open*, 6(6), e010271. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010271>

Bernstein, E., Topp, D., Shaw, E., Girard, C., Pressman, K., Woolcock, E., & Bernstein, J. (2009). A preliminary report of knowledge translation: lessons from taking screening and brief intervention techniques from the research setting into regional systems of care. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 16(11), 1225–1233. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00516.x>

Bertholet, N., Meli, S., Palfai, T. P., Cheng, D. M., Alford, D. P., Bernstein, J., Samet, J. H., Lloyd-Travaglini, C., & Saitz, R. (2020). Screening and brief intervention for lower-risk drug use in primary care: A pilot randomized trial. *Drug and alcohol dependence*, 213, 108001. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108001>

Bohn, M. J., Babor, T. F., & Kranzler, H. R. (1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of studies on alcohol*, 56(4), 423–432. <https://doi.org/10.15288/jsa.1995.56.423>

Bradley, K. A., DeBenedetti, A. F., Volk, R. J., Williams, E. C., Frank, D., & Kivlahan, D. R. (2007). AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 31(7), 1208–1217. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x>

Bray, J. W., Del Boca, F. K., McRee, B. G., Hayashi, S. W., & Babor, T. F. (2017). Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT): rationale, program overview and cross-site evaluation. *Addiction (Abingdon, England)*, 112 Suppl 2, 3–11. <https://doi.org/10.1111/add.13676>

Brown, J., West, R., Angus, C., Beard, E., Brennan, A., Drummond, C., Hickman, M., Holmes, J., Kaner, E., & Michie, S. (2016). Comparison of brief interventions in primary care on smoking and excessive alcohol consumption: a population survey in England. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(642), e1–e9. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X683149>

Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Archives of internal medicine*, 158(16), 1789–1795. <https://doi.org/10.1001/archinte.158.16.1789>

Caetano, R., & Cunradi, C. (2002). Alcohol dependence: a public health perspective. *Addiction (Abingdon, England)*, 97(6), 633–645. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00184.x>

Calabria, B., Clifford, A., Shakeshaft, A. P., Conigrave, K. M., Simpson, L., Bliss, D., & Allan, J. (2014). Identifying Aboriginal-specific AUDIT-C and AUDIT-3 cutoff scores for at-risk, high-risk, and likely dependent drinkers using measures of agreement with the 10-item Alcohol Use Disorders Identification Test. *Addiction science & clinical practice*, 9(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1940-0640-9-17>

Carvalho, A. F., Heilig, M., Perez, A., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Alcohol use disorders. *Lancet (London, England)*, 394(10200), 781–792. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31775-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31775-1)

Cheeta, S., Drummond, C., Oyefeso, A., Phillips, T., Deluca, P., Perryman, K., & Coulton, S. (2008). Low identification of alcohol use disorders in general practice in England. *Addiction (Abingdon, England)*, 103(5), 766–773. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02198.x>

Chisholm, D., Moro, D., Bertram, M., Pretorius, C., Gmel, G., Shield, K., & Rehm, J. (2018). Are the "Best Buys" for Alcohol Control Still Valid? An Update on the Comparative Cost-Effectiveness of Alcohol Control Strategies at the Global Level. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 79(4), 514–522.

Colom, J., Contel, M., Segura, L., & Gual, A. (2002). Intervención en poblaciones de riesgo (2): los bebedores de riesgo, *Adicciones*, 14(1), 375-85. <https://doi.org/10.20882/adicciones.14.5>

Colom, J., Scafato, E., Segura, L., Gandin, C., & Struzzo, P. (2014). Brief interventions implementation on alcohol from the European health systems perspective. *Frontiers in psychiatry*, 5, 161. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00161>

Colom, J., & Segura-García, L. (2020). La actualización de los límites de bajo riesgo del alcohol. Una oportunidad para mejorar la implementación de las estrategias de identificación precoz e intervención breve en España. *Rev Esp Salud Pública*, 94: 13 de noviembre e202011166

Contel, M., Gual, A., & Colom, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano (Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Translation and validation in Catalan and Castilian Spanish). *Adicciones*, 11, 337-347.

Córdoba García, R., Camarelles Guillem, F., Muñoz Seco, E., Gómez Puente, J. M., José Arango, J. S., Ramírez Manent, J. I., Martín Cantera, C., Campo Giménez, M. D., Revenga Frauca, J., & Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS (2018). Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018. *Atencion primaria*, 50 Suppl 1(Suppl 1), 29–40. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30361-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30361-5)

Coulton, S., Bland, M., Crosby, H., Dale, V., Drummond, C., Godfrey, C., Kaner, E., Sweetman, J., McGovern, R., Newbury-Birch, D., Parrott, S., Tober, G., Watson, J., & Wu, Q. (2017). Effectiveness and Cost-effectiveness of Opportunistic Screening and Stepped-care Interventions for Older Alcohol Users in Primary Care. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 52(6), 655–664. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agx065>

Crombie, I. K., Cunningham, K. B., Irvine, L., Williams, B., Sniehotta, F. F., Norrie, J., Melson, A., Jones, C., Briggs, A., Rice, P. M., Achison, M., McKenzie, A., Dimova, E., & Slane, P. W. (2017). Modifying Alcohol Consumption to Reduce Obesity (MACRO): development and feasibility trial of a complex community-based intervention for men. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 21(19), 1–150. <https://doi.org/10.3310/hta21190>

Crowley, R. A., Kirschner, N., & Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians (2015). The integration of care for mental health, substance abuse, and other behavioral health conditions into primary care: executive summary of an American College of Physicians position paper. *Annals of internal medicine*, 163(4), 298–299. <https://doi.org/10.7326/M15-0510>

Cuijpers, P., Riper, H., & Lemmers, L. (2004). The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 99(7), 839–845. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00778.x>

Darke, S., Kaye, S., & Torok, M. (2012). Age-related patterns of drug use initiation among polydrug using regular psychostimulant users. *Drug and alcohol review*, 31(6), 784–789. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00436.x>

Del Boca, F. K., McRee, B., Vendetti, J., & Damon, D. (2017). The SBIRT program matrix: a conceptual framework for program implementation and evaluation. *Addiction (Abingdon, England)*, 112 Suppl 2, 12–22. <https://doi.org/10.1111/add.13656>

Delaney, K. E., Lee, A. K., Lapham, G. T., Rubinsky, A. D., Chavez, L. J., & Bradley, K. A. (2014). Inconsistencies between alcohol screening results based on AUDIT-C scores and reported drinking on the AUDIT-C questions: prevalence in two US national samples. *Addiction science & clinical practice*, 9(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1940-0640-9-2>

Donat, M., Sordo, L., Belza, M.J. & Barrio, G. (2020). Carga de enfermedad atribuible al alcohol en España: elaboración de una metodología y estimación durante 2001-2017. Madrid: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Available from: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2020_Mortalidad_atribuible_al_alcohol_en_Espana_2001-2017.pdf

Engdahl, B., & Nilsen, P. (2011). Receiving an alcohol enquiry from a physician in routine health care in Sweden: a population-based study of gender differences and predictors. *International journal of environmental research and public health*, 8(5), 1296–1307. <https://doi.org/10.3390/ijerph8051296>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA]. (2016). *European Drug Report 2016: Trends and Developments*. Publications Office of the European Union: Luxembourg.

European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [ESPAD] Group. (2020). *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13398/2020.3878_EN_04.pdf

Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252(14), 1905-1907. <https://doi.org/10.1001/jama.252.14.1905>

Fitzgerald, N., Platt, L., Heywood, S., & McCambridge, J. (2015). Large-scale implementation of alcohol brief interventions in new settings in Scotland: a qualitative interview study of a national programme. *BMC public health*, 15, 289.

Fitzgerald N. (2016). Commentary on Anderson et al. (2016): The question is not just whether to incentivize and train practitioners on alcohol screening and brief advice, but how?. *Addiction (Abingdon, England)*, 111(11), 1946–1947. <https://doi.org/10.1111/add.13513>

Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network. Available from: <https://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf>

Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Krause, J., Musila, N. R., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., Baker, R., & Eccles, M. P. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation science: IS*, 8, 35. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-35>

Fowler, G., Gray, JAM, Anderson P. (1993). *Prevention in General Practice*. Oxford University Press

Fujii, H., Nishimoto, N., Yamaguchi, S., Kurai, O., Miyano, M., Ueda, W., Oba, H., Aoki, T., Kawada, N., & Okawa, K. (2016). The Alcohol Use Disorders Identification Test for Consumption (AUDIT-C) is more useful than pre-existing laboratory tests for predicting hazardous drinking: a cross-sectional study. *BMC public health*, *16*, 379. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3053-6>

Funk, M., Wutzke, S., Kaner, E., Anderson, P., Pas, L., McCormick, R., Gual, A., Barford, S., Saunders, J., & World Health Organization Brief Intervention Study Group (2005). A multicountry controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: findings of a World Health Organization collaborative study. *Journal of studies on alcohol*, *66*(3), 379–388. <https://doi.org/10.15288/jsa.2005.66.379>

Galán, I., Simón, L., Rodríguez-Blázquez, C., Ortiz, C., López-Cuadrado, T., & Merlo, J. (2020). Individual and Contextual Factors Associated With Hazardous Drinking in Spain: Evidence From a National Population-Based Study. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *44*(11), 2247–2256. <https://doi.org/10.1111/acer.14451>

García Carretero, M. Á., Novalbos Ruiz, J. P., Martínez Delgado, J. M., & O'Ferrall González, C. (2016). Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test in university students: AUDIT and AUDIT-C. Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. *Adicciones*, *28*(4), 194–204. <https://doi.org/10.20882/adicciones.775>

García-Lorenzo, B. & Trapero-Bertran, M. (2020). Evaluación de los programas para disminuir el consumo de alcohol en España: un tema pendiente. *Rev Esp Salud Pública*, *94*: 18 de junio e202006048

GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators (2016). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet (London, England)*, *388*(10053), 1603–1658. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31460-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31460-X)

GBD 2016 Risk Factors Collaborators (2017). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England)*, *390*(10100), 1345–1422. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32366-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32366-8)

GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The lancet. Psychiatry*, *5*(12), 987–1012. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30337-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30337-7)

Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American journal of public health*, *89*(9), 1322–1327. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1322>

Glass, J. E., Bohnert, K. M., & Brown, R. L. (2016). Alcohol Screening and Intervention Among United States Adults who Attend Ambulatory Healthcare. *Journal of general internal medicine*, *31*(7), 739–745. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3614-5>

Glass, J. E., Andréasson, S., Bradley, K. A., Finn, S. W., Williams, E. C., Bakshi, A. S., Gual, A., Heather, N., Sainz, M. T., Benegal, V., & Saitz, R. (2017). Rethinking alcohol interventions in health care: a thematic meeting of the International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs (INEBRIA). *Addiction science & clinical practice*, 12(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s13722-017-0079-8>

Gonzalez-Viana, A., Violan Fors, M., Castell Abat, C., Rubinat Masot, M., Oliveras, L., Garcia-Gil, J., Plasencia, A., Cabezas Peña, C., & PAFES working group (2018). Promoting physical activity through primary health care: the case of Catalonia. *BMC public health*, 18(1), 968. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5773-2>

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank quarterly*, 82(4), 581–629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>

Gual, A., Martos, A. R., Lligoña, A., & Llopis, J. J. (1999). Does the concept of a standard drink apply to viticultural societies?. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 34(2), 153–160. <https://doi.org/10.1093/alcalc/34.2.153>

Gual, A., Contel, M., Segura, L., Ribas, A., & Colom, J. (2001). El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos): un nuevo instrumento para la identificación prematura de bebedores de riesgo [The ISCA (Systematic Interview of Alcohol Consumption), a new instrument to detect risky drinking]. *Medicina clinica*, 117(18), 685–689. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(01\)72224-5](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(01)72224-5)

Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N., & Colom, J. (2002). Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 37(6), 591–596. <https://doi.org/10.1093/alcalc/37.6.591>

Gual, A., Segura, L., Montserrat, O., & Colom, J. (2006). Catalonia. En World Health Organization. (2006). WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care: report on phase IV: development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care / edited by Nick Heather. World Health Organization. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43519>

Hargraves, D., White, C., Frederick, R., Cinibulk, M., Peters, M., Young, A., & Elder, N. (2017). Implementing SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) in primary care: lessons learned from a multi-practice evaluation portfolio. *Public health reviews*, 38, 31. <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0077-0>

Heather, N. (2012). Can screening and brief intervention lead to population-level reductions in alcohol-related harm?. *Addiction science & clinical practice*, 7(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1940-0640-7-15>

Heather, N. (2014). The Two Forms of Alcohol Brief Intervention: An Uneasy Coalition». *Addiction (Abingdon, England)*, 109(7), 1059-60. <https://doi.org/10.1111/add.12443>.

Henihan, A. M., McCombe, G., Klimas, J., Swan, D., Leahy, D., Anderson, R., Bury, G., Dunne, C. P., Keenan, E., Lambert, J. S., Meagher, D., O'Gorman, C., O'Toole, T. P., Saunders, J., Shorter, G. W., Smyth, B. P., Kaner, E., & Cullen, W. (2016). Feasibility of alcohol screening among patients receiving opioid treatment in primary care. *BMC family practice*, *17*(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0548-2>

Hester, R.K. & Miller, W.R (1995). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. 2 ed. Boston, MA

Hingson, R. W., Heeren, T., Edwards, E. M., & Saitz, R. (2012). Young adults at risk for excess alcohol consumption are often not asked or counseled about drinking alcohol. *Journal of general internal medicine*, *27*(2), 179–184. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1851-1>

Humeniuk, R.E., Henry-Edwards, S., Ali, R.L., Poznyak, V. & Monteiro, M. (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/978924159938-2>

Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Souza-Formigoni, M. L., de Lacerda, R. B., Ling, W., McRee, B., Newcombe, D., Pal, H., Poznyak, V., Simon, S., & Vendetti, J. (2012). A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. *Addiction (Abingdon, England)*, *107*(5), 957–966. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03740.x>

Hunter, R., Wallace, P., Struzzo, P., Vedova, R. D., Scafuri, F., Tersar, C., Lygidakis, C., McGregor, R., Scafato, E., & Freemantle, N. (2017). Randomised controlled non-inferiority trial of primary care-based facilitated access to an alcohol reduction website: cost-effectiveness analysis. *BMJ open*, *7*(11), e014577. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014577>

Imtiaz, S., Shield, K. D., Roerecke, M., Samokhvalov, A. V., Lönnroth, K., & Rehm, J. (2017). Alcohol consumption as a risk factor for tuberculosis: meta-analyses and burden of disease. *The European respiratory journal*, *50*(1), 1700216. <https://doi.org/10.1183/13993003.00216-2017>

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2017). *GBD Results Tool*. Seattle, United States of America: Global Burden of Disease Collaborative Network. Recuperado de: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Institute of Medicine. Committee on Treatment of Alcohol Problems. (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington (DC): National Academies Press (US). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218841/> doi: 10.17226/1341

International Network of Brief Interventions for Alcohol and Other drugs Database. <http://inebria.net/links-and-publications/indexed-articles/>. [Accessed 22 January 2018]

Johnson, M., Jackson, R., Guillaume, L., Meier, P., & Goyder, E. (2011). Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *Journal of public health (Oxford, England)*, *33*(3), 412–421.

Joseph, J., & Basu, D. (2017). Efficacy of Brief Interventions in Reducing Hazardous or Harmful Alcohol Use in Middle-Income Countries: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 52(1), 56–64. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agw054>

Kaarne, T., Aalto, M., Kuokkanen, M., & Seppä, K. (2010). AUDIT-C, AUDIT-3 and AUDIT-QF in screening risky drinking among Finnish occupational health-care patients. *Drug and alcohol review*, 29(5), 563–567. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00172.x>

Kaner, E. F., Heather, N., Brodie, J., Lock, C. A., & McAvoy, B. R. (2001). Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol intervention in primary care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 51(471), 822–827.

Kaner E. (2010a). NICE work if you can get it: Development of national guidance incorporating screening and brief intervention to prevent hazardous and harmful drinking in England. *Drug and alcohol review*, 29(6), 589–595. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00236.x>

Kaner, E. (2010b). Brief alcohol intervention: time for translational research. *Addiction (Abingdon, England)*, 105(6), 960–965. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02848.x>

Kaner, E. (2012). Health sector responses. In: Anderson, P., Møller, L., Galea, G. *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches* (p 40-48). World Health Organization

Kaner, E.F. (22-23 September 2016). Screening and brief alcohol intervention in primary care—a perfect fit or around peg in a square hole? 13th International Network on Brief Interventions for Alcohol and Other Drugs [INEBRIA] conference, Lausanne, Switzerland.

Kaner, E. F., Beyer, F. R., Garnett, C., Crane, D., Brown, J., Muirhead, C., Redmore, J., O'Donnell, A., Newham, J. J., de Vocht, F., Hickman, M., Brown, H., Maniatopoulos, G., & Michie, S. (2017). Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD011479. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011479.pub2>

Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., Daepfen, J. B., Saunders, J. B., & Burnand, B. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD004148. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4>

Karlsson, N. E., O'Donnell, A. J., Abidi, L., Skagerström, J., & Nilsen, P. M. (2019). Addressing alcohol in routine healthcare in Sweden—population-based surveys in 2010 and 2017. *European journal of public health*, 29(4), 748–753. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz057>

Kelly, S., Olanrewaju, O., Cowan, A., Brayne, C., & Lafortune, L. (2018). Interventions to prevent and reduce excessive alcohol consumption in older people: a systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, 47(2), 175–184. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx132>

Keurhorst, M. N., Anderson, P., Spak, F., Bendtsen, P., Segura, L., Colom, J., Reynolds, J., Drummond, C., Deluca, P., van Steenkiste, B., Mierzecki, A., Kłoda, K., Wallace, P., Newbury-Birch, D., Kaner, E., Gual, T., & Laurant, M. G. (2013). Implementing training and support, financial reimbursement, and referral to an internet-based brief advice program to improve the early identification of hazardous and harmful alcohol consumption in primary care (ODHIN): study protocol for a cluster randomized factorial trial. *Implementation science : IS*, 8, 11. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-11>

Keurhorst, M., van de Glind, I., Bitarello do Amaral-Sabadini, M., Anderson, P., Kaner, E., Newbury-Birch, D., Braspenning, J., Wensing, M., Heinen, M., & Laurant, M. (2015). Implementation strategies to enhance management of heavy alcohol consumption in primary health care: a meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 110(12), 1877–1900. <https://doi.org/10.1111/add.13088>

Knight, J. R., Sherritt, L., Harris, S. K., Gates, E. C., & Chang, G. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 27(1), 67–73. <https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000046598.59317.3A>

Larsson, K., & Nehlin, C. (2016). Screening accuracy of brief alcohol screening instruments in a general hospital setting. *Scandinavian journal of public health*, 44(6), 599–603. <https://doi.org/10.1177/1403494816651779>

Lasebikan, V., Ola, B. A., & Ayinde, O. O. (2017). Effectiveness of Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test-Linked Brief Intervention on Harmful and Hazardous Alcohol Use in Nigerian Semirural Communities: A Non-Randomized Intervention Study. *Frontiers in psychiatry*, 8, 50. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00050>

Laslett, A.M., Room, R., Waleewong, O., Stanesby, O., Callinan, S., editors. (2019). Harm to others from drinking: patterns in nine societies. Geneva: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/harm-to-others-from-drinking-patterns-in-nine-societies>

Lee, J. D., Delbanco, B., Wu, E., & Gourevitch, M. N. (2011). Substance use prevalence and screening instrument comparisons in urban primary care. *Substance abuse*, 32(3), 128–134. <https://doi.org/10.1080/08897077.2011.562732>

Levola, J., & Aalto, M. (2015). Screening for At-Risk Drinking in a Population Reporting Symptoms of Depression: A Validation of the AUDIT, AUDIT-C, and AUDIT-3. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 39(7), 1186–1192. <https://doi.org/10.1111/acer.12763>

Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., Amann, M., Anderson, H. R., Andrews, K. G., Aryee, M., Atkinson, C., Bacchus, L. J., Bahalim, A. N., Balakrishnan, K., Balmes, J., Barker-Collo, S., Baxter, A., Bell, M. L., Blore, J. D., Blyth, F., ... Memish, Z. A. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)*, 380(9859), 2224–2260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)

López-Marina, V., Pizarro Romero, G., Alcolea García, R., Beato Fernández, P., Galindo Montané, E., & Montellà Jordana, N. (2005). Evaluación del cribado y la efectividad de una intervención breve en bebedores de riesgo atendidos en consultas de atención primaria. *Aten Primaria*, 36(5): 261-8.

López-Pelayo, H., Wallace, P., Segura, L., Miquel, L., Díaz, E., Teixidó, L., Baena, B., Struzzo, P., Palacio-Vieira, J., Casajuana, C., Colom, J., & Gual, A. (2014). A randomised controlled non-inferiority trial of primary care-based facilitated access to an alcohol reduction website (EFAR Spain): the study protocol. *BMJ open*, 4(12), e007130. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007130>

López-Pelayo, H., Caballeria, E., Díaz, E., Sánchez, A., Segura, L., Colom, J., Wallace, P., & Gual, A. (2020). Digital brief interventions for risky drinkers are not the panacea: A pilot study exploring barriers for its implementation according to professionals' perceptions. *Health informatics journal*, 26(2), 925–933. <https://doi.org/10.1177/1460458219855177>

Lopez-Rodriguez, J. A., & Rubio Valladolid, G. (2018). Web-Based Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test Results for the General Spanish Population: Cross-Sectional Study. *Journal of medical Internet research*, 20(2), e57. <https://doi.org/10.2196/jmir.7121>

López-Rodríguez, J. A., Rigabert, A., Gómez Llano, M. N., Rubio Valladolid, G., & Grupo ASSIST (2019). Cribado de riesgos derivados del consumo de drogas utilizando la herramienta ASSIST (Alcohol, smoking and substances involvement screening test) en pacientes de atención primaria: estudio transversal [Drug using risks screening in primary care patients using the ASSIST test: Cross sectional study]. *Atencion primaria*, 51(4), 200–207. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.021>

Lundin, A., Danielsson, A. K., Hallgren, M., & Torgén, M. (2017). Effect of Screening and Advising on Alcohol Habits in Sweden: A Repeated Population Survey Following Nationwide Implementation of Screening and Brief Intervention. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 52(2), 190–196. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agw086>

Łyszczarz, B. (2019). Production Losses Associated with Alcohol-Attributable Mortality in the European Union. *International journal of environmental research and public health*, 16(19), 3536. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193536>

Mant, D., & Anderson, P. (1985). Community general practitioner. *Lancet (London, England)*, 2(8464), 1114–1117. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(85\)90696-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(85)90696-8)

Mataix-Sancho, J., & Lozano-Fernández, J. (2006). Programa Atención Primaria Sin Humo, mucho más que centros de salud sin humo [Programme for Smoke-Free Primary Care: much more than smoke-free health centres]. *Atencion primaria*, 37(4), 183–184. <https://doi.org/10.1157/13085967>

Matheson, C., Pflanz-Sinclair, C., Almarzouqi, A., Bond, C. M., Lee, A. J., Batieha, A., Al Ghaferi, H., & El Kashef, A. (2018). A controlled trial of screening, brief intervention and referral for treatment (SBIRT) implementation in primary care in the United Arab Emirates. *Primary health care research & development*, 19(2), 165–175. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000640>

McCambridge, J., & Cunningham, J. A. (2014). The early history of ideas on brief interventions for alcohol. *Addiction (Abingdon, England)*, 109(4), 538–546. <https://doi.org/10.1111/add.12458>

McCambridge, J., & Rollnick, S. (2014). Should brief interventions in primary care address alcohol problems more strongly?. *Addiction (Abingdon, England)*, 109(7), 1054–1058. <https://doi.org/10.1111/add.12388>

McCambridge, J., & Saitz, R. (2017). Rethinking brief interventions for alcohol in general practice. *BMJ (Clinical research ed.)*, 356, j1116. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1116>

McCambridge, J., Mialon, M., y Hawkins, B. (2018). Alcohol industry involvement in policymaking: a systematic review. *Addiction (Abingdon, England)*, 113(9), 1571–1584. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/add.14216>

McCormick, R., Docherty, B., Segura, L., Colom, J., Gual, A., Cassidy, P., Kaner, E., & Heather, N., (2010). The research translation problem: Alcohol screening and brief intervention in primary care – Real world evidence supports theory. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17:6, 732-748, DOI: [10.3109/09687630903286800](https://doi.org/10.3109/09687630903286800)

McElwaine, K. M., Freund, M., Campbell, E. M., Bartlem, K. M., Wye, P. M., & Wiggers, J. H. (2016). Systematic review of interventions to increase the delivery of preventive care by primary care nurses and allied health clinicians. *Implementation science : IS*, 11, 50. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0409-3>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. Consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Madrid, 2015. Recuperado de: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). Resumen de la evaluación de la situación actual y de las necesidades en las diferentes CCAA. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 Plan de Acción sobre Drogas 2013- 2016. Recuperado de: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/plan/productos/pdf/Accion_8_Proyecto_de_mejora_de_los_procesos_deteccion_e_intervencion_breve_en_bebedores_de_riesgo.pdf

Miquel, L., Barrio, P., Moreno-España, J., Ortega, L., Manthey, J., Rehm, J., & Gual, A. (2016). Detección y prevalencia del trastorno por uso de alcohol en los centros de atención primaria de Cataluña [Detection and prevalence of alcohol use disorders in primary health care in Catalonia]. *Atencion primaria*, 48(3), 175–182. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.04.006>

Miquel, L., Manthey, J., Rehm, J., Vela, E., Bustins, M., Segura, L., Vieta, E., Colom, J., Anderson, P., & Gual, A. (2018a). Risky Alcohol Use: The Impact on Health Service Use. *European addiction research*, 24(5), 234–244. <https://doi.org/10.1159/000493884>

Miquel, L., Rehm, J., Shield, K. D., Vela, E., Bustins, M., Segura, L., Colom, J., Anderson, P., & Gual, A. (2018b). Alcohol, tobacco and health care costs: a population-wide cohort study (n = 606 947 patients) of current drinkers based on medical and administrative health records from Catalonia. *European journal of public health*, 28(4), 674–680. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx236>

Mitchell, M. A., Broyles, L. M., Pringle, J. L., Kraemer, K. L., Childers, J. W., Buranosky, R. A., & Gordon, A. J. (2017). Education for the mind and the heart? Changing residents' attitudes about addressing unhealthy alcohol use. *Substance abuse*, 38(1), 40–42. <https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1185076>

Nadkarni, A., Weobong, B., Weiss, H. A., McCambridge, J., Bhat, B., Katti, B., Murthy, P., King, M., McDaid, D., Park, A. L., Wilson, G. T., Kirkwood, B., Fairburn, C. G., Velleman, R., & Patel, V. (2017). Counselling for Alcohol Problems (CAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for harmful drinking in men, in primary care in India: a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 389(10065), 186–195. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31590-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31590-2)

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2011). *Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence*. British Psychological Society.

Newcombe, D. A., Humeniuk, R. E., & Ali, R. (2005). Validation of the World Health Organization Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): report of results from the Australian site. *Drug and alcohol review*, 24(3), 217–226. <https://doi.org/10.1080/09595230500170266>

Nilsen, P. (2010). Brief alcohol intervention--where to from here? Challenges remain for research and practice. *Addiction (Abingdon, England)*, 105(6), 954–959. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02779.x>

Nilsen, P., McCambridge, J., Karlsson, N., & Bendtsen, P. (2011a). Brief interventions in routine health care: a population-based study of conversations about alcohol in Sweden. *Addiction (Abingdon, England)*, 106(10), 1748–1756. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03476.x>

Nilsen, P., Wåhlin, S., & Heather, N. (2011b). Implementing brief interventions in health care: lessons learned from the Swedish Risk Drinking Project. *International journal of environmental research and public health*, 8(9), 3609–3627. <https://doi.org/10.3390/ijerph8093609>

Noordman, J., Verhaak, P., & van Dulmen, S. (2010). Discussing patient's lifestyle choices in the consulting room: analysis of GP-patient consultations between 1975 and 2008. *BMC family practice*, 11, 87. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-87>

Nutt, D. J., King, L. A., Phillips, L. D., & Independent Scientific Committee on Drugs (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet (London, England)*, 376(9752), 1558–1565. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya [OSSC]. (2017). *Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Recuperado de:

http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccrisi_salut/Fitxers_crisi/Salut_crisi_informe_2016.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA]. (2019). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 1995-2017* [Spanish drug and alcohol survey 1995-2017], Gobierno de España. Available from: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_EDADES.pdf

O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J., & Kaner, E. (2014). The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 49(1), 66–78. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt170>

O'Donnell, A., Haighton, C., Chappel, D., Shevills, C., & Kaner, E. (2016). Impact of financial incentives on alcohol intervention delivery in primary care: a mixed-methods study. *BMC family practice*, 17(1), 165. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0561-5>

O'Donnell, A., Hanratty, B., Schulte, B., & Kaner, E. (2020). Patients' experiences of alcohol screening and advice in primary care: a qualitative study. *BMC family practice*, 21(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01142-9>

OECD, (2015). *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*. OECD Publishing; 2015. <http://www.oecd.org/health/tackling-harmful-alcohol-use-9789264181069-en.htm> . [Accessed February 2018]

Palacio-Vieira, J., Segura, L., Anderson, P., Wolstenholme, A., Drummond, C., Bendtsen, P., Wojnar, M., Kaner, E., Keurhorst, M. N., van Steenkiste, B., Kłoda, K., Mierzecki, A., Parkinson, K., Newbury-Birch, D., Okulicz-Kozaryn, K., Deluca, P., Colom, J., & Gual, A. (2018). Improving screening and brief intervention activities in primary health care: Secondary analysis of professional accuracy based on the AUDIT-C. *Journal of evaluation in clinical practice*, 24(2), 369–374. <https://doi.org/10.1111/jep.12854>

Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., Giovino, G. A., West, R., Hall, W., Griffiths, P., Ali, R., Gowing, L., Marsden, J., Ferrari, A. J., Grebely, J., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction (Abingdon, England)*, 113(10), 1905–1926. <https://doi.org/10.1111/add.14234>

Plan Nacional sobre Drogas [PNSD]. (2018). *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2017*. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf

Platt, L., Melendez-Torres, G. J., O'Donnell, A., Bradley, J., Newbury-Birch, D., Kaner, E., & Ashton, C. (2016). How effective are brief interventions in reducing alcohol consumption: do the setting, practitioner group and content matter? Findings from a systematic review and meta-regression analysis. *BMJ open*, *6*(8), e011473. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011473>

Poblete, F., Barticevic, N. A., Zuzulich, M. S., Portilla, R., Castillo-Carniglia, A., Sapag, J. C., Villarroel, L., Sena, B. F., & Galarce, M. (2017). A randomized controlled trial of a brief intervention for alcohol and drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in primary health care in Chile. *Addiction (Abingdon, England)*, *112*(8), 1462–1469. <https://doi.org/10.1111/add.13808>

Pringle, J. L., Kearney, S. M., Rickard-Aasen, S., Campopiano, M. M., & Gordon, A. J. (2017a). A statewide screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) curriculum for medical residents: Differential implementation strategies in heterogeneous medical residency programs. *Substance abuse*, *38*(2), 161–167. <https://doi.org/10.1080/08897077.2017.1288195>

Pringle, J. L., Seale, J. P., Shellenberger, S., Grasso, K. M., Kowalchuk, A., Laufman, L., Bray, J. H., & Aldridge, A. (2017b). Development and evaluation of two instruments for assessing screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) competency. *Substance abuse*, *38*(1), 43–47. <https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1152343>

Probst, C., Manthey, J., Martinez, A., & Rehm, J. (2015). Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, *10*, 32. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0028-z>

Purshouse, R. C., Brennan, A., Rafia, R., Latimer, N. R., Archer, R. J., Angus, C. R., Preston, L. R., & Meier, P. S. (2013). Modelling the cost-effectiveness of alcohol screening and brief interventions in primary care in England. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, *48*(2), 180–188. <https://doi.org/10.1093/alcalc/ags103>

Rahm, A. K., Boggs, J. M., Martin, C., Price, D. W., Beck, A., Backer, T. E., & Dearing, J. W. (2015). Facilitators and Barriers to Implementing Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) in Primary Care in Integrated Health Care Settings. *Substance abuse*, *36*(3), 281–288. <https://doi.org/10.1080/08897077.2014.951140>

Rehm, J., Shield, K.D., Rehm, M.X., Gmel, G., Frick, U. (2012). Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Toronto: Center for Addiction and Mental Health.

Rehm, J., Allamani, A., Della Vedova, R., Elekes, Z., Jakubczyk, A., Landsmane, I., Manthey, J., Moreno-España, J., Pieper, L., Probst, C., Snikere, S., Struzzo, P., Voller, F., Wittchen, H. U., Gual, A., & Wojnar, M. (2015a). General practitioners recognizing alcohol dependence: a large cross-sectional study in 6 European countries. *Annals of family medicine*, *13*(1), 28–32. <https://doi.org/10.1370/afm.1742>

Rehm, J., Allamani, A., Elekes, Z., Jakubczyk, A., Manthey, J., Probst, C., Struzzo, P., Della Vedova, R., Gual, A., & Wojnar, M. (2015b). Alcohol dependence and treatment utilization in Europe - a representative cross-sectional study in primary care. *BMC family practice*, *16*, 90. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0308-8>

Rehm, J., Anderson, P., Manthey, J., Shield, K. D., Struzzo, P., Wojnar, M., & Gual, A. (2016a). Alcohol Use Disorders in Primary Health Care: What Do We Know and Where Do We Go?. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, *51*(4), 422–427. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agv127>

Rehm, J., Prieto, J. A., Beier, M., Duhot, D., Rossi, A., Schulte, B., Zarco, J., Aubin, H. J., Bachmann, M., Grimm, C., Kraus, L., Manthey, J., Scafato, E., & Gual, A. (2016b). The role of alcohol in the management of hypertension in patients in European primary health care practices - a survey in the largest European Union countries. *BMC family practice*, *17*(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0529-5>

Rehm, J., Gmel, G. E., Sr, Gmel, G., Hasan, O., Imtiaz, S., Popova, S., Probst, C., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V., Shield, K. D., & Shuper, P. A. (2017a). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction (Abingdon, England)*, *112*(6), 968–1001. <https://doi.org/10.1111/add.13757>

Rehm, J., Probst, C., Shield, K. D., & Shuper, P. A. (2017b). Does alcohol use have a causal effect on HIV incidence and disease progression? A review of the literature and a modeling strategy for quantifying the effect. *Population health metrics*, *15*(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12963-017-0121-9>

Rehm, J., Gmel, G., Sierra, C., & Gual, A. (2018). Reduction of mortality following better detection of hypertension and alcohol problems in primary health care in Spain. Reducción de la mortalidad mediante una mejor detección de la hipertensión y los problemas con el alcohol en atención primaria de salud en España. *Adicciones*, *30*(1), 9–18. <https://doi.org/10.20882/adicciones.726>

Reho, K., Agle, J., DeSalle, M., & Gassman, R. A. (2016). Are We There Yet? A Review of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) Implementation Fidelity Tools and Proficiency Checklists. *The journal of primary prevention*, *37*(4), 377–388. <https://doi.org/10.1007/s10935-016-0431-x>

Reinert, D. F., & Allen, J. P. (2002). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *26*(2), 272–279.

Reinert, D. F., & Allen, J. P. (2007). The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *31*(2), 185–199. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00295.x>

Richards, J. E., Bobb, J. F., Lee, A. K., Lapham, G. T., Williams, E. C., Glass, J. E., Ludman, E. J., Achtmeyer, C., Caldeiro, R. M., Oliver, M., & Bradley, K. A. (2019). Integration of screening, assessment, and treatment for cannabis and other drug use disorders in primary care: An evaluation in three pilot sites. *Drug and alcohol dependence*, *201*, 134–141. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.04.015>

- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., & Regier, D. A. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of general psychiatry*, *45*(12), 1069–1077. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800360017003>
- Roche, A. M., & Freeman, T. (2004). Brief interventions: good in theory but weak in practice. *Drug and alcohol review*, *23*(1), 11–18. <https://doi.org/10.1080/09595230410001645510>
- Romero-Rodríguez, E., Pérula de Torres, L. Á., Fernández García, J. Á., Parras Rejano, J. M., Roldán Villalobos, A., Camarelles Guillén, F., & Grupo Colaborativo Estudio Alco-AP (2019). Alcohol consumption in Spanish primary health care providers: a national, cross-sectional study. *BMJ open*, *9*(2), e024211. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024211>
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet (London, England)*, *365*(9458), 519–530. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17870-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17870-2)
- Rosón, B., Monte, R., Gamallo, R., Puerta, R., Zapatero, A., Fernández-Solá, J., Pastor, I., Girón, J. A., Laso, J., & ASMI Study Group (2010). Prevalence and routine assessment of unhealthy alcohol use in hospitalized patients. *European journal of internal medicine*, *21*(5), 458–464. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2010.04.006>
- Rosón, B., Corbella, X., Perney, P., Santos, A., Stauber, R., Lember, M., Arutyunov, A., Ruza, I., Vaclavik, J., García, L., Pujol, R., Stauber, R., Vogel, W., Vaclavik, J., Gajdová, J., Smrzova, A., Liberdová, A., Cibickova, L., Plasek, J., Svarcova, T., ... ALCHIMIE Study Group (2016). Prevalence, Clinical Characteristics, and Risk Factors for Non-recording of Alcohol Use in Hospitals across Europe: The ALCHIMIE Study. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, *51*(4), 457–464. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agv142>
- Rovira, P., & Rehm, J. (2020). Estimation of cancers caused by light to moderate alcohol consumption in the European Union. *European journal of public health*, ckaa236. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa236>
- Roy-Byrne, P., Bumgardner, K., Krupski, A., Dunn, C., Ries, R., Donovan, D., West, I. I., Maynard, C., Atkins, D. C., Graves, M. C., Joesch, J. M., & Zarkin, G. A. (2014). Brief intervention for problem drug use in safety-net primary care settings: a randomized clinical trial. *JAMA*, *312*(5), 492–501. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.7860>
- Rubinsky, A. D., Dawson, D. A., Williams, E. C., Kivlahan, D. R., & Bradley, K. A. (2013). AUDIT-C scores as a scaled marker of mean daily drinking, alcohol use disorder severity, and probability of alcohol dependence in a U.S. general population sample of drinkers. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *37*(8), 1380–1390. <https://doi.org/10.1111/acer.12092>
- Rubio Valladolid, G., Bermejo Vicedo, J., Caballero Sánchez-Serrano, M. C., & Santo-Domingo Carrasco, J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria [Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in primary care]. *Revista clinica española*, *198*(1), 11–14.

Rubio Valladolid, G., Martínez-Raga, J., Martínez-Gras, I., Ponce Alfaro, G., de la Cruz Bértolo, J., Jurado Barba, R., Rigabert Sánchez-Junco, A., & Zarco Montejó, J. (2014). Validation of the Spanish version of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Psicothema*, 26(2), 180–185. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.172>

Saitz R. (2014a). Lost in translation: The perils of implementing alcohol brief intervention when there are gaps in evidence and its interpretation. *Addiction (Abingdon, England)*, 109(7), 1060–1062. <https://doi.org/10.1111/add.12500>

Saitz, R., Cheng, D. M., Allensworth-Davies, D., Winter, M. R., & Smith, P. C. (2014b). The ability of single screening questions for unhealthy alcohol and other drug use to identify substance dependence in primary care. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 75(1), 153–157. <https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.153>

Saitz, R., Palfai, T. P., Cheng, D. M., Alford, D. P., Bernstein, J. A., Lloyd-Travaglini, C. A., Meli, S. M., Chaisson, C. E., & Samet, J. H. (2014c). Screening and brief intervention for drug use in primary care: the ASPIRE randomized clinical trial. *JAMA*, 312(5), 502–513. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.7862>

Saitz, R. (2015). 'SBIRT' is the answer? Probably not. *Addiction (Abingdon, England)*, 110(9), 1416–1417. <https://doi.org/10.1111/add.12986>

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Amundsen, A., & Grant, M. (1993a). Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--I. *Addiction (Abingdon, England)*, 88(3), 349–362. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb00822.x>

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993b). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction (Abingdon, England)*, 88(6), 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>

Saunders, J. B., Degenhardt, L., Reed, G. M., & Poznyak, V. (2019). Alcohol Use Disorders in ICD -11: past, present and future. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. <https://doi.org/10.1111/acer.14128>

Scott-Sheldon, L., Carey, K. B., Johnson, B. T., Carey, M. P., & MASH Research Team (2017). Behavioral Interventions Targeting Alcohol Use Among People Living with HIV/AIDS: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS and behavior*, 21(Suppl 2), 126–143. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1886-3>

Segura-García, L., Gual, A., Colom, J., (2005). Intervenciones efectivas en el tratamiento de los problemas de alcohol. *FMC. Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 12(10), 683-91. [https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(05\)71282-2](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(05)71282-2).

Segura Garcia, L., Gual Solé, A., Montserrat Mestre, O., Bueno Belmonte, A., & Colom Farran, J. (2006). Detección y abordaje de los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña [Detection and handling of alcohol problems in primary care in Catalonia]. *Atencion primaria*, 37(9), 484–488. <https://doi.org/10.1157/13089078>

Segura, L., Anderson, P., & Gual, A. (2018). Optimizing the delivery of interventions for harmful alcohol use in primary healthcare: an update. *Current opinion in psychiatry*, 31(4), 324–332. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000435>

Segura, L., Diaz, E., Palacio, J., Freixedas, R., Bastida, N., Duran, E, Gual, A., & Colom, J. (22-23 September 2011). Facilitators and obstacles in the institutionalization of EIBI in Catalonia. 8th International Network on Brief Interventions for Alcohol and Other Drugs [INEBRIA] conference, Boston, USA.

Selin K. H. (2003). Test-retest reliability of the alcohol use disorder identification test in a general population sample. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 27(9), 1428–1435. <https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000085633.23230.4A>

Shield, K. D., Gmel, G., Gmel, G., Mäkelä, P., Probst, C., Room, R., & Rehm, J. (2017). Life-time risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines. *Addiction (Abingdon, England)*, 112(9), 1535–1544. <https://doi.org/10.1111/add.13827>

Shorter, G. W., Heather, N., Bray, J. W., Giles, E. L., Holloway, A., Barbosa, C., Berman, A. H., O'Donnell, A. J., Clarke, M., Stockdale, K. J., & Newbury-Birch, D. (2017). The 'Outcome Reporting in Brief Intervention Trials: Alcohol' (ORBITAL) framework: protocol to determine a core outcome set for efficacy and effectiveness trials of alcohol screening and brief intervention. *Trials*, 18(1), 611. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2335-3>

Silva, A. C., Lucchese, R., Vargas, L. S., Benício, P. R., & Vera, I. (2016). Application of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) instrument: an integrative review. *Aplicação do instrumento Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): uma revisão integrativa. Revista gaucha de enfermagem*, 37(1), e52918. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.52918>

Sistema d'Informació sobre Drogodependències de Catalunya. (2019a). Informe anual 2019. Barcelona: Sub-direcció General de Drogodependències, Agència de Salut Pública de Catalunya. Recuperado de: https://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/INFORME-SIDC-2019_ok.pdf

Sistema d'Informació sobre Drogodependències de Catalunya. (2019b). Informe dels resultats per a Catalunya de l'Enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues a Espanya (EDADES) 2017. Barcelona: Sub-direcció General de Drogodependències, Agència de Salut Pública de Catalunya. Recuperado de: https://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/2017/INFORME-EDADES-2017_DEFINITIU_format-DS.pdf

Smith, P. C., Schmidt, S. M., Allensworth-Davies, D., & Saitz, R. (2009). Primary care validation of a single-question alcohol screening test. *Journal of general internal medicine*, 24(7), 783–788. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-0928-6>

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2012). *Mójate con el alcohol*. SEMFyC: Madrid. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/alcohol/mojateAlcohol.htm>

Soriano, J. B., Rojas-Rueda, D., Alonso, J., Antó, J. M., Cardona, P. J., Fernández, E., Garcia-Basteiro, A. L., Benavides, F. G., Glenn, S. D., Krish, V., Lazarus, J. V., Martínez-Raga, J., Masana, M. F., Nieuwenhuijsen, M. J., Ortiz, A., Sánchez-Niño, M. D., Serrano-Blanco, A., Tortajada-Girbés, M., Tyrovolas, S., Haro, J. M., ... Lista de colaboradores de GBD en España: (2018). The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Medicina clinica*, 151(5), 171–190. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.011>

Taguchi, Y., Yoshimoto, H., & Ikeda, S. (2016). *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai zasshi = Japanese journal of alcohol studies & drug dependence*, 51(1), 13–25.

Timko, C., Kong, C., Vittorio, L., & Cucciare, M. A. (2016). Screening and brief intervention for unhealthy substance use in patients with chronic medical conditions: a systematic review. *Journal of clinical nursing*, 25(21-22), 3131–3143. <https://doi.org/10.1111/jocn.13244>

Tobacco Use and Dependence Guideline Panel (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: Update*. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952>

Tristán, C., Zuza, I., Justo, S., Pola, E., Campos, P., Estirado, A., & López, M.A., (2020). Prevención del consumo de alcohol: límites de consumo de bajo riesgo y otras actuaciones. *Rev Esp Salud Pública*, 94:7 de julio e202007081

University of Sheffield. (2009). Prevention and early identification of alcohol use disorders in adults and young people. Final draft of Report 2 to the National Institute for Health & Clinical Excellence. Sheffield: University of Sheffield, School of Health and Related Research (ScHARR).

Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 131(1-2), 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

Velasquez, M. M., von Sternberg, K. L., Floyd, R. L., Parrish, D., Kowalchuk, A., Stephens, N. S., Ostermeyer, B., Green, C., Seale, J. P., & Mullen, P. D. (2017). Preventing Alcohol and Tobacco Exposed Pregnancies: CHOICES Plus in Primary Care. *American journal of preventive medicine*, 53(1), 85–95. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.02.012>

Vendetti, J., Gmyrek, A., Damon, D., Singh, M., McRee, B., & Del Boca, F. (2017). Screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT): implementation barriers, facilitators and model migration. *Addiction (Abingdon, England)*, 112 Suppl 2, 23–33. <https://doi.org/10.1111/add.13652>

- Vitesnikova, J., Dinh, M., Leonard, E., Boufous, S., & Conigrave, K. (2014). Use of AUDIT-C as a tool to identify hazardous alcohol consumption in admitted trauma patients. *Injury*, *45*(9), 1440–1444. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2014.01.004>
- Volk, R. J., Steinbauer, J. R., & Cantor, S. B. (1996). Patient factors influencing variation in the use of preventive interventions for alcohol abuse by primary care physicians. *Journal of studies on alcohol*, *57*(2), 203–209. <https://doi.org/10.15288/jsa.1996.57.203>
- Wallace, P., Struzzo, P., Della Vedova, R., Scafuri, F., Tersar, C., Lygidakis, C., McGregor, R., Scafato, E., Hunter, R., & Freemantle, N. (2017). Randomised controlled non-inferiority trial of primary care-based facilitated access to an alcohol reduction website. *BMJ open*, *7*(11), e014576. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014576>
- Wallhed Finn, S., Bakshi, A. S., & Andréasson, S. (2014). Alcohol consumption, dependence, and treatment barriers: perceptions among nontreatment seekers with alcohol dependence. *Substance use & misuse*, *49*(6), 762–769. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.891616>
- Wallhed Finn, S., Hammarberg, A., & Andreasson, S. (2018). Treatment for Alcohol Dependence in Primary Care Compared to Outpatient Specialist Treatment-A Randomized Controlled Trial. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, *53*(4), 376–385. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agx126>
- Wandera, B., Tumwesigye, N. M., Nankabirwa, J. I., Mafigiri, D. K., Parkes-Ratanshi, R. M., Kapiga, S., Hahn, J., & Sethi, A. K. (2017). Efficacy of a Single, Brief Alcohol Reduction Intervention among Men and Women Living with HIV/AIDS and Using Alcohol in Kampala, Uganda: A Randomized Trial. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, *16*(3), 276–285. <https://doi.org/10.1177/2325957416649669>
- Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, T., Klein, J., & U.S. Preventive Services Task Force (2004). Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, *140*(7), 557–568. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-140-7-200404060-00017>
- Wiggers, J., McElwaine, K., Freund, M., Campbell, L., Bowman, J., Wye, P., Wolfenden, L., Tremain, D., Barker, D., Slattery, C., Gillham, K., & Bartlem, K. (2017). Increasing the provision of preventive care by community healthcare services: a stepped wedge implementation trial. *Implementation science: IS*, *12*(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0636-2>
- Wilson, G. B., Lock, C. A., Heather, N., Cassidy, P., Christie, M. M., & Kaner, E. F. (2011). Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England 10 years on. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, *46*(5), 570–577. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agr067>
- Wolstenholme, A., Drummond, C., Deluca, P., Davey, Z., Elzerbi, C., Gual A., ... Kaner, E. (2012). Alcohol interventions and treatments in Europe. In: Anderson P, Braddick F, Reynolds J, Gual A, editors. *Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA*, 2nd ed. The AMPHORA Project; 2012. pp. 65–79. DOI: [10.13140/RG.2.1.3446.8967](https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3446.8967)

Wood, A. M., Kaptoge, S., Butterworth, A. S., Willeit, P., Warnakula, S., Bolton, T., Paige, E., Paul, D. S., Sweeting, M., Burgess, S., Bell, S., Astle, W., Stevens, D., Koulman, A., Selmer, R. M., Verschuren, W., Sato, S., Njølstad, I., Woodward, M., Salomaa, V., ... Emerging Risk Factors Collaboration/EPIC-CVD/UK Biobank Alcohol Study Group (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet (London, England)*, 391(10129), 1513–1523. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30134-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30134-X)

World Health Organization. (1998). *Skills for Change*. Copenhagen (DK): WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2001). *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care / Thomas F. Babor ... [et al.]*, 2nd ed. World Health Organization. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>

World Health Organization. (2006). *WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care: report on phase IV: development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care / edited by Nick Heather*. World Health Organization. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43519>

World Health Organization. (2014). *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*. WHO Press. Geneva: WHO.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2014). *Alcohol and inequities: guidance for addressing inequities in alcohol-related harm*. Copenhagen: WHO. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/247629/Alcohol-and-Inequities.pdf

World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

World Health Organization. (2019). *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries*. Geneva: WHO. Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/411418/Alcohol-consumption-harm-policy-responses-30-European-countries-2019.pdf

World Health Organization. (2019). *The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels*. Geneva: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://www.who.int/initiatives/SAFER>

Wray, J. M., Funderburk, J. S., & Maisto, S. A. (2017). Willingness to Engage in Health Behavior Change Interventions Among Primary Care Patients Positive For Tobacco Use and At-Risk Drinking. *The primary care companion for CNS disorders*, 19(6), 17m02209. <https://doi.org/10.4088/PCC.17m02209>

Zabaleta-Del-Olmo, E., Pombo, H., Pons-Vigués, M., Casajuana-Closas, M., Pujol-Ribera, E., López-Jiménez, T., Cabezas-Peña, C., Martín-Borràs, C., Serrano-Blanco, A., Rubio-Valera, M., Llobera, J., Leiva, A., Vicens, C., Vidal, C., Campiñez, M., Martín-Álvarez, R., Maderuelo, J. Á., Recio, J. I., García-Ortiz, L., Motrico, E., ... Bolívar, B. (2018). Complex multiple risk intervention to promote healthy behaviours in people between 45 to 75 years attended in primary health care (EIRA study): study protocol for a hybrid trial. *BMC public health*, 18(1), 874. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5805-y>

ANEXOS

Anexo 1. Cuaderno de recogida de datos estudio AUDIT-C y AUDIT-QF. Codificación y resoluciones de los comités éticos.

Mòdul introductori	
Català	Castellano
M'agradaria fer-li una entrevista per a un estudi dirigit pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. No durarà més de 10 minuts. L'objectiu d'aquest estudi és validar un nou qüestionari sobre el consum d'alcohol als centres d'atenció primària de Catalunya.	Me gustaría hacerle una entrevista para un estudio Dirigido por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. No durará más de 10 minutos. El objetivo de este estudio es validar un nuevo cuestionario sobre el consumo de alcohol en los centros de atención primaria de Catalunya.

1. Mòdul: Dades generals	
Català	Castellano
1.1 ID: ____ (Vegeu "Creació de l'ID", al final.)	1.1. ID: ____ (Véase "Creación del ID", al final.)
1.2. Data de l'entrevista ____ (dia) ____ (mes) ____ (any)	1.2. Fecha de la entrevista ____ (día) ____ (mes) ____ (año)
1.3. Nom del professional _____ (nom)	1.3. Nombre del profesional _____ (nombre)
1.4. Nom del centre/ABS/hospital _____ (nom)	1.4. Nombre del centro/ABS/hospital _____ (nombre)

2. Mòdul: Dades sociodemogràfiques	
Català	Castellano
2.1. Data de naixement ____ (dia) ____ (mes) ____ (any)	2.1. Fecha de nacimiento ____ (día) ____ (mes) ____ (año)
2.2. Sexe Dona (1) Home (2)	2.2. Sexo Mujer (1) Hombre (2)
2.3. País de naixement _____	2.3. País de nacimiento _____
2.4. Estat civil actual Solter/a (1) Casat/ada (o amb parella permanent) (2) Separat/ada o divorciat/ada (3) Vidu/Vídua (4) NS/NC (5)	2.4. Estado civil actual Soltero/a (1) Casado/a (o con pareja permanente) (2) Separado/a o divorciado/a (3) Viudo/a (4) NS/NC (5)

3. Mòdul: Nivell d'estudis i estatus laboral	
Català	Castellano
3.1. Quin nivell d'estudis teniu? Quin és el seu màxim nivell d'estudis? (No llegiu les alternatives.) - No sap llegir ni escriure (1) - No ha cursat estudis, però sap llegir i escriure (2)	3.1. ¿Cuál es su nivel de estudios? ¿Cuál es su máximo nivel de estudios? (No hay que leer las alternativas.) - No sabe leer ni escribir (1)

<p>- Estudis primaris incomplets (6è d'EGB o similar) (3)</p> <p>- Estudis primaris complets (EGB, graduat escolar o batxillerat elemental) (4)</p> <p>- Educació secundària obligatòria (ESO) (5)</p> <p>- Estudis secundaris (BUP, COU, PREU o batxillerat del pla nou) (6)</p> <p>- FPII i cicles formatius o fons de garantia social (7)</p> <p>- Estudis universitaris de grau mitjà (diplomats) (8)</p> <p>- Estudis universitaris de grau superior (llicenciats) (9)</p> <p>- Educació especial (10)</p> <p>- Altres possibilitats (especifiqueu-les) (11)</p> <hr/> <p>- No ho sap o no contesta (NS/NC) (12)</p>	<p>- No ha cursado estudios, pero sabe leer y escribir (2)</p> <p>- Estudios primarios incompletos (6.º de EGB o similar) (3)</p> <p>- Estudios primarios completos (EGB, graduado escolar o bachillerato elemental) (4)</p> <p>- Educación secundaria obligatoria (ESO) (5)</p> <p>- Estudios secundarios (BUP, COU, PREU o bachillerato del nuevo plan) (6)</p> <p>- FPII y ciclos formativos o fondos de garantía social (7)</p> <p>- Estudios universitarios de grado medio (diplomados) (8)</p> <p>- Estudios universitarios de grado superior (licenciados) (9)</p> <p>- Educación especial (10)</p> <p>- Otras posibilidades (especifíquense) (11)</p> <hr/> <p>- No sabe o no contesta (NS/NC) (12)</p>
<p>3.2. Quina és la vostra situació laboral actual?</p> <p>Treball (1)</p> <p>Aturat/ada (2)</p> <p>Incapacitat/ada o amb invalidesa permanent (3)</p> <p>Jubilat/ada (4)</p> <p>Feines de la llar (5)</p> <p>Estudiant (6)</p> <p>Altres possibilitats (7)</p> <p>NS/NC (8)</p>	<p>3.2. ¿Cuál es su situación laboral actual?</p> <p>Trabajo (1)</p> <p>Parado/a (2)</p> <p>Incapacitado/a o con invalidez permanente (3)</p> <p>Jubilado/a (4)</p> <p>Labores del hogar (5)</p> <p>Estudiante (6)</p> <p>Otras posibilidades (7)</p> <p>NS/NC (8)</p>
<p>3.3. Ocupació que heu realitzat durant més temps</p> <p>_____</p>	<p>3.3. Ocupación que ha realizado durante más tiempo</p> <p>_____</p>

4. Mòdul: Cribatge amb una pregunta

Català	Castellano
<p>5.1. Quantes vegades en l'últim any heu consumit...</p> <p>Homes: 5 o més begudes alcohòliques en un dia? _____ (Nombre de vegades)</p> <p>Dones: 4 o més begudes alcohòliques en un dia? _____ (Nombre de vegades)</p>	<p>5.1. ¿Cuántas veces en el último año ha consumido...</p> <p>Hombres: 5 o más bebidas alcohólicas en un día? _____ (Número de veces)</p> <p>Mujeres: 4 o más bebidas alcohólicas en un día? _____ (Número de veces)</p>

5. Mòdul: AUDIT

Català	Castellano
<p>6.1. Amb quina freqüència preneu alguna beguda alcohòlica?</p> <p>Mai (0)</p> <p>Un o menys cops al mes (1)</p> <p>De 2 a 4 cops al mes (2)</p> <p>De 2 o 3 cops a la setmana (3)</p> <p>4 o més cops a la setmana (4)</p>	<p>6.1. ¿Con qué frecuencia toma alguna alcohólica?</p> <p>Nunca (0)</p> <p>Una o menos de una vez al mes (1)</p> <p>De 2 a 4 veces al mes (2)</p> <p>De 2 o 3 veces por semana (3)</p> <p>4 o más veces por semana (4)</p>
<p>6.2. Quantes consumicions de begudes amb contingut alcohòlic soleu fer en un dia de beure normalment?</p> <p>1 o 2 (0)</p> <p>3 o 4 (1)</p>	<p>6.2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas con contenido alcohólico suele tomar en un día de bebida normalmente?</p> <p>1 o 2 (0)</p> <p>3 o 4 (1)</p>

5 o 6 (2) De 7 a 9 (3) 10 o més (4)	5 o 6 (2) De 7 a 9 (3) 10 o más (4)
6.3. Amb quina freqüència preneu 6 o més consumicions alcohòliques en un sol dia? Mai (0) Menys d'un cop al mes (1) Mensualment (2) Setmanalment (3) Diàriament o quasi cada dia (4)	6.3. ¿Con qué frecuencia consume 6 o más consumiciones alcohólicas en un solo día? Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
6.4. Amb quina freqüència en el curs del darrer any us heu trobat que no podíeu parar de beure un cop havíeu començat? Mai (0) Menys d'un cop al mes (1) Mensualment (2) Setmanalment (3) Diàriament o quasi cada dia (4)	6.4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha visto que no podía parar de beber una vez había comenzado? Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
6.5. Amb quina freqüència en el curs del darrer any no heu pogut realitzar l'activitat que us corresponia per haver begut? Mai (0) Menys d'un cop al mes (1) Mensualment (2) Setmanalment (3) Diàriament o quasi cada dia (4)	6.5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido realizar la actividad que le correspondía por haber bebido? Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
6.6. Amb quina freqüència en el curs del darrer any heu necessitat beure en dejú al matí per recuperar-vos d'haver begut molt la nit anterior? Mai (0) Menys d'un cop al mes (1) Mensualment (2) Setmanalment (3) Diàriament o quasi cada dia (4)	6.6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas por la mañana para recuperarse después de haber bebido mucho la noche anterior? Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
6.7. Amb quina freqüència en el curs del darrer any heu tingut remordiments o sentiments de culpa després d'haver begut? Mai (0) Menys d'un cop al mes (1) Mensualment (2) Setmanalment (3) Diàriament o quasi cada dia (4)	6.7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
6.8. Amb quina freqüència en el curs del darrer any heu estat incapaç de recordar què va passar la nit anterior perquè havíeu estat bevent? Mai (0) Menys d'un cop al mes (1) Mensualment (2) Setmanalment (3) Diàriament o quasi cada dia (4)	6.8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de recordar lo que había pasado la noche anterior porque había estado bebiendo? Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
6.9. Heu pres mal o n'ha pres alguna altra persona com a conseqüència que havíeu begut? No (0) Sí, però no en el curs del darrer any (2) Sí, el darrer any (4)	6.9. ¿Usted o alguna otra persona se ha hecho daño como consecuencia de que usted había bebido? No (0) Sí, pero no en el curso del último año (2) Sí, el último año (4)

6.10. Algun familiar, amic, metge o un altre professional sanitari s'ha preocupat pel vostre consum de begudes alcohòliques o us ha suggerit que deixeu de beure? No (0) Sí, però no en el curs del darrer any (2) Sí, el darrer any (4)	6.10. ¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional sanitario se ha preocupado por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que dejara de beber? No (0) Sí, pero no en el curso del último año (2) Sí, el último año (4)
---	---

6. Mòdul: ISCA							
Català				Castellano			
Si en alguna ocasió preneu begudes alcohòliques (vi, cervesa, etc.), quantes consumicions preneu el dia que beveu? (Expressat en UBE.)				Si en alguna ocasión toma bebidas alcohólicas (vino, cerveza, etc.), ¿cuántas consumiciones toma el día que bebe? (Expresado en UBE.)			
Amb quina freqüència ho feu? (Nombre de dies a la setmana.)				¿Con qué frecuencia lo hace? (Número de días a la semana.)			
Els caps de setmana (o els dies laborables) canvien els vostres hàbits de consum?				¿Los fines de semana (o los días laborables) cambian sus hábitos de consumo?			
7.1. Consum els dies laborables	Quantitat* _____	Dies _____	Total (1) _____	7.1. Consumo los días laborables	Cantidad* _____	Días _____	Total (1) _____
7.2. Consum els dies festius	Quantitat* _____	Dies _____	Total (2) _____	7.2. Consumo los días festivos	Cantidad* _____	Días _____	Total (2) _____
7.3. TOTAL** Total (1) + Total (2)			_____	7.3. TOTAL** Total(1) + Total (2)			_____

*En UBE

**En UBE/setmana



Instruccions:

- En la pregunta 1 cal especificar el nombre d'unitats de beguda consumides per dia de consum. El resultat obtingut en UBE s'ha de posar en la fila corresponent (laborables o festius) i en la columna 'quantitat'.
- En la pregunta 2 cal especificar el nombre de dies de consum, i apuntar-ho en la fila corresponent (laborables o festius) i en la columna 'dies'.
- Si la resposta a la pregunta 3 és Sí, caldrà repetir les preguntes 1 i 2 i anotar les respostes en la fila corresponent (laborables o festius).
- Per obtenir les quantitats setmanals begudes, es multiplicaran els dies de consum per les quantitats consumides, i la suma de laborables i festius donarà el total setmanal expressat en UBE.

7. Mòdul: dependència (CIDI). Part A						
F1. Alguna vegada a la vida heu tingut tantes ganes de beure que no vau poder resistir prendre una copa i us va resultar difícil pensar en una altra cosa?		Sí (1)	No (2)	No ho sap (3)	No respon (4)	
F2. Alguna vegada heu hagut d'ingerir més quantitat d'alcohol per notar-ne els efectes, o heu detectat que ja no sentíeu cap sensació d'eufòria amb la quantitat d'alcohol que solíeu consumir?		Sí (1)	No (2)	No ho sap (3)	No respon (4)	
F3. Alguna vegada heu deixat de consumir alcohol o n'heu reduït el consum i heu experimentat símptomes d'abstinència com fatiga, mals de cap, diarrea, ¿tremolors o problemes emocionals?		Sí (1)	No (2)	No ho sap (3)	No respon (4)	
F4. Alguna vegada heu pres alguna beguda alcohòlica per evitar símptomes com aquests?		Sí (1)	No (2)	No ho sap (3)	No respon (4)	
F5. Alguna vegada heu començat a beure després de prometre-us que no ho faríeu o heu begut molt més del que preteníeu?		Sí (1)	No (2)	No ho sap (3)	No respon (4)	
F6. Alguna vegada heu begut alcohol amb més freqüència o durant més dies seguits del que preteníeu?		Sí (1)	No (2)	No ho sap (3)	No respon (4)	
F7. Alguna vegada heu començat a beure i us heu emborratxat sense tenir la intenció de fer-ho?		Sí (1)	No (2)	No ho sap (3)	No respon (4)	
F8. Alguna vegada heu deixar de consumir alcohol o n'heu reduït el consum i us heu adonat que no podíeu?		Sí (1)	No (2)	No ho sap (3)	No respon (4)	
F9. Alguna vegada heu passat períodes de diversos dies o més durant els quals us heu dedicat a beure o a recuperar-vos dels efectes de l'alcohol i no heu tingut temps de fer gairebé res més?		Sí (1)	No (2)	No ho sap (3)	No respon (4)	
F10. Alguna vegada heu deixat de fer activitats importants —com esport, la feina o veure els amics i la família— o n'heu disminuït de manera substancial el temps que hi dedicàveu a causa del consum d'alcohol?		Sí (1)	No (2)	No ho sap (3)	No respon (4)	
F11. Alguna vegada heu continuat bevent tot i saber que teníeu un problema físic o emocional greu que podia estar causat pel consum d'alcohol o que podia empitjorar amb el consum d'alcohol?		Sí (1)	No (2)	No ho sap (3)	No respon (4)	
7. Mòdul: dependència (CIDI). Part B						
Nota: Cal fer la part B només si el pacient ha respòs “sí” en una (1) pregunta o més de la part A d'aquest mòdul.						
F12. Heu dit que teníeu problemes amb l'alcohol. Podeu recordar l'edat exacta que teníeu la primera vegada que vau tenir un d'aquests problemes?		Sí (1)	No (2)	No ho sap (3)	No respon (4)	
		Edat				

F13. Quan va ser l'última vegada que vau tenir un d'aquests problemes?	L'últim mes (1)	Fa de 2 a 6 mesos (2)	Fa de 7 a 12 mesos (3)	Fa més de 12 mesos (4)	No ho sap (5)	No respon (6)
F14. Quants anys teníeu l'última vegada que vau tenir un d'aquests problemes?	Anys		_____	No ho sap (2)	No respon (3)	

F15. Alguna vegada heu tingut tres problemes d'aquests o més en un mateix any?	Sí (1)	No (2)	No ho sap (3)	No respon (4)		
F16. Quants anys teníeu la primera vegada que vau tenir tres o més d'aquests problemes durant el mateix any?	Anys _____		No ho sap (2)	No respon (3)		
F17. Des que vau començar a tenir aquests problemes, quants intents seriosos heu fet per deixar l'alcohol?	Intents _____		No ho sap (3)	No respon (4)		
F18. Fins a quin punt heu vist afectada la vostra salut física a conseqüència del consum d'alcohol?	Molt (1)	Força (2)	Una mica (3)	Gens (4)	No ho sap (5)	No respon (6)

Creació de l'ID: s'han de formar amb el codi del centre més tres dígits per pacient.

Exemples: CL001, CL002, CL003.

Centres	Codis	Número professionals
1.ABS Barcelona 10-G, El Clot	CL	2
2.ABS Sant Fost de Campsentelles - Martorelles	FC	1
3.ABS Amposta	AM	2
4.ABS L'Hospitalet de Llobregat 9 - Pubilla Cases- Bòbila	PC	2
5.ABS Baix Penedès - Interior (L'Arboç)	BP	2
6.ABS Ribes de Freser - Campdevàrol	RF	1
7.ABS Sant Sadurní d'Anoia	SA	1
8.ABS Barcelona 4-C, Les Corts	LC	2
9.ABS Barcelona 9-A, La Sagrera	SE	1
10.ABS Granollers 2 - Nord	GR	1
11.ABS Manlleu	MA	2
12.Hospital de Bellvitge	HB	1
13.ABS Lleida 6, Bordeta-Magraners	LL	2
14.ABS Badalona 4, El Gorg	GO	1
15.ABS Barcelona 1-E, Raval Nord	RV	1
16.ABS El Prat de Llobregat 2, 17 de Setembre	PR	1
17.ABS Barcelona 10-D, Besòs	BE	1
18. ABS Valls Urbà	VA	1

Resolucions comitès ètics:

Resolució del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'Hospital Clínic de Barcelona

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

Dña. Begoña Gómez Pérez, del Servicio de Farmacia del Hospital Clínic de Barcelona y Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)

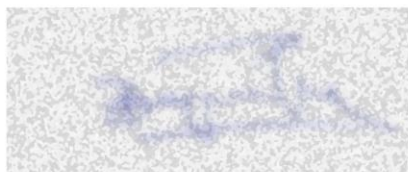
CERTIFICA:

Que el Comité Ético de Investigación Clínica, según consta en el acta de la reunión celebrada en el día de hoy, ha analizado el proyecto de investigación titulado:

Una pregunta és suficient per fer el cribatge del consum de risc d'alcohol: adaptació i validació d'un nou instrument als centres d'atenció primària de salut de Catalunya.

cuyo investigador principal es el Dr. **González de Paz, Luis** del Servicio de **Centre d'Atenció Primària Les Corts** entendiendo que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este Centro, y, por tanto, ha decidido su aprobación.

Lo que firmo en Barcelona, a 28/04/2011



CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari
COMITÉ ÈTIC
INVESTIGACIÓ CLÍNICA

CLIF - G-08431173

852

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA
Villarroel, 170 - 08036 Barcelona (España)
Tel. 93 227 54 00 Fax 93 227 54 54
www.hospitalclinic.org

Registro: 2011 / 6616

UNIVERSITAT DE BARCELONA



1 INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Gemma Rodríguez Palomar, secretaria del Comitè Ètic d' Investigació Clínica del l'IDIAP Jordi Gol i Gurina.

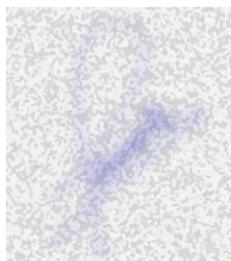
CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la reunió del dia 27 d'abril de 2011, després d'avaluar el projecte d'investigació **(P11/16)** titulat:

Una pregunta és suficient per cribar el consum de risc d'alcohol: adaptació i validació d'un nou instrument als centres d'Atenció Primària en Salut de Catalunya.

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona a 28 d'abril de 2011.





INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Dr. Jaume Plana, com a Secretari del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la FUNDACIÓ UNIO CATALANA HOSPITALS

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la seva reunió del dimarts, 24 de maig, ha avaluat:

La proposta de l'Hospital de Campdevàrol per que es realitzi l'estudi que porta per títol "Una pregunta és suficient per fer el cribatge del consum de risc d'alcohol: adaptació i validació d'un nou instrument als centres d'atenció primària de salut de Catalunya." CEIC 11/41, i considera que:

Es compleixen els requisits necessaris d' idoneïtat del protocol en relació amb els objectius de l'estudi i que estan justificats els riscos i les molesties previsibles per al subjecte.

La capacitat de l'investigador i els mitjans disponibles són apropiats per portar a terme l'estudi.

Són adequats tant el procediment per obtenir el consentiment informat com la compensació prevista per als subjectes per danys que es puguin derivar de la seva participació a l'estudi.

Que aquest comitè accepta que aquest estudi es dugui a terme al centre Hospital de Campdevàrol amb la M^a Pilar Vila com investigadora principal.

I que l'investigador principal no ha estat present en les deliberacions i aprovació d'aquest estudi.

MEMBRES DEL CEIC DE LA FUNDACIÓ UNIO CATALANA D'HOSPITALS

Dra. Imma Guasch Jordan	President	Metge
Dr. Jaume Plana Rodriguez	Secretari	Metge
Dr. Andreu Fenelosa	Vocal	Metge
Dr. Miquel Nolla Salas	Vocal	Metge
Dra. Rosa Morros Pedrós	Vocal	Farmacòloga Clínica
Dr. Jaume Trapè Pujol	Vocal	Farmacèutic
Dra. Maria Immaculada Torre	Vocal	Farmacèutica
Dra. Concha Antolin	Vocal	Farmacèutica
Sra. Elisabet Juan Badia	Vocal	Infermera
Sra. Judith Noguera	Vocal	Infermera
Sr. Joan Pl Comellas	Vocal	Psicòleg
Sr. Josep M Bosch Vidal	Vocal	Advocat
Sra. Vanessa Massó Marigot	Vocal	C. Empresaris

Barcelona, 3 de Juny de 2011

Dr. Jaume Plana
Secretari del CEIC

Anexo 2. Prueba de identificación del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST v3.1) y dictamen del comité ético.

Nom del metge		Centre	
Núm. d'identificació o nom del pacient		Data	

Introducció (llegiu-la al pacient o adapteu-la a les circumstàncies locals)*

Les preguntes següents tracten sobre la teva experiència amb el consum d'alcohol, tabac i altres drogues al llarg de la teva vida i també en els darrers tres mesos. Aquestes substàncies es poden consumir de diverses maneres: fumar, tragar, esnifar, inhalar o injectar [mostreu el full de respostes].

Algunes de les substàncies que apareixen a la llista s'aconsegueixen amb recepta mèdica (com ara les amfetamines, els sedants, els medicaments per al dolor). Durant l'entrevista **no** parlarem dels medicaments que pot **receptar** un metge. Ara bé, si has pres aquesta mena de medicaments amb **altres finalitats** que no siguin les prescrites, o les has pres amb més freqüència o en dosis més elevades del que va indicar el metge, si us plau, fes-m'ho saber.

Amb aquestes preguntes també estem interessats en el consum de diverses drogues il·legals, però tingues present que la informació que ens faciliteu sobre el teu consum de substàncies es tractarà amb estricta confidencialitat.

Abans de començar a fer les preguntes, doneu el full de respostes de l'ASSIST al pacient.		
Pregunta 1. Al llarg de la teva vida, quina de les substàncies següents <i>has consumit alguna vegada</i> (no compten els medicaments amb recepta)?		
a. Productes del tabac (cigarretes, tabac de mastegar, cigars, etc.)	No	Sí
b. Begudes alcohòliques (cervesa, vi, licors, etc.)	No	Sí
c. Cànnabis (marihuana, porros, herba, haixix, etc.)	No	Sí
d. Cocaïna (coca, crack, etc.)	No	Sí
e. Estimulants del tipus amfetamina (<i>speed</i> , amfetes, èxtasi, etc.)	No	Sí
f. Inhalants (òxid nítrós, cola, benzina, diluent de pintura, etc.)	No	Sí
g. Sedants i pastilles per dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midalzolam, etc.)	No	Sí
h. Al·lucinògens (LSD, àcid, bolets, tripis, ketamina, etc.)	No	Sí
i. Opioides (heroïna, morfina, metadona, buprenorfina, codeïna, etc.)	No	Sí
j. Altres drogues (<i>especifiqueu-les</i>): _____	No	Sí
Si el pacient respon "no" a totes les preguntes, cal preguntar-los: "Ni tan sols quan anaves a l'institut?"	Si s'obté un "no" en tots els apartats, es pot donar per acabada l'entrevista. Si s'obté un "sí" en alguna d'aquestes substàncies, feu la P2 per a les substàncies que el pacient ha consumit alguna vegada.	

* L'ASSIST v. 3.1 s'ha concebut per a proves d'identificació en entorns de salut. Per a finalitats de recerca, cal emprar la versió anterior (ASSIST v. 3.0). © Organització Mundial de la Salut, 2010.

Pregunta 2. En els darrers tres mesos amb quina freqüència has consumit les substàncies que has esmentat (primera droga, segona droga, etc.)?					
	Mai	Un cop o dos	Mensualment	Setmanalment	Diàriament o
a. Productes del tabac (cigarretes, tabac de mastegar, cigars, etc.)	0	2	3	4	6
b. Begudes alcohòliques (cervesa, vi, licors, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cànnabis (marihuana, porros, herba, haixix, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïna (coca, <i>crack</i> , etc.)	0	2	3	4	6
e. Estimulants del tipus amfetamina (<i>speed</i> , amfetes, èxtasi, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalants (òxid nítrós, cola, benzina, diluent de pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g. Sedants i pastilles per dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h. Al·lucinògens (LSD, àcid, bolets, tripis, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opioides (heroïna, morfina, metadona, buprenorfina, codeïna, etc.)	0	2	3	4	6
j. Altres drogues (<i>especifiqueu-les</i>): _____	0	2	3	4	6
Si la resposta és “mai” per a totes les substàncies, passeu a la P6. Si el pacient ha consumit alguna de les substàncies de la P2 en els darrers tres mesos, continueu amb les preguntes 3, 4 i 5 per a cadascuna de les substàncies consumides.					

Pregunta 3. En els darrers tres mesos amb quina freqüència has tingut un gran desig o necessitat de consumir (primera droga, segona droga, etc.)?					
	Mai	Un cop o dos	Mensualment	Setmanalment	Diàriament o
a. Productes del tabac (cigarretes, tabac de mastegar, cigars, etc.)	0	3	4	5	6
b. Begudes alcohòliques (cervesa, vi, licors, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cànnabis (marihuana, porros, herba, haixix, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaïna (coca, <i>crack</i> , etc.)	0	3	4	5	6
e. Estimulants del tipus amfetamina (<i>speed</i> , amfetes, èxtasi, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalants (òxid nítrós, cola, benzina, diluent de pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g. Sedants i pastilles per dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h. Al·lucinògens (LSD, àcid, bolets, tripis, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opioides (heroïna, morfina, metadona, buprenorfina, codeïna, etc.)	0	3	4	5	6
j. Altres drogues (<i>especifiqueu-les</i>): _____	0	3	4	5	6

Pregunta 4. En els darrers tres mesos amb quina freqüència el teu consum de (primera droga, segona droga, etc.) t'ha causat problemes de salut, socials, legals o financers?	Mai	Un cop o dos	Mensualment	Setmanalment	Diàriament o
a. Productes del tabac (cigarretes, tabac de mastegar, cigars, etc.)	0	4	5	6	7
b. Begudes alcohòliques (cervesa, vi, licors, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cànnabis (marihuana, porros, herba, haixix, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaïna (coca, <i>crack</i> , etc.)	0	4	5	6	7
e. Estimulants del tipus amfetamina (<i>speed</i> , amfetes, èxtasi, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalants (òxid nítrós, cola, benzina, diluent de pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g. Sedants i pastilles per dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h. Al·lucinògens (LSD, àcid, bolets, tripis, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opioides (heroïna, morfina, metadona, buprenorfina, codeïna, etc.)	0	4	5	6	7
j. Altres drogues (<i>especifiqueu-les</i>): _____	0	4	5	6	7

Pregunta 5. En els darrers tres mesos amb quina freqüència no has aconseguit fer el que s'esperava de tu a causa del teu consum de (primera droga, segona droga, etc.)?	Mai	Un cop o dos	Mensualment	Setmanalment	Diàriament o
a. Productes del tabac					
b. Begudes alcohòliques (cervesa, vi, licors, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cànnabis (marihuana, porros, herba, haixix, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaïna (coca, <i>crack</i> , etc.)	0	5	6	7	8
e. Estimulants del tipus amfetamina (<i>speed</i> , amfetes, èxtasi, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalants (òxid nítrós, cola, benzina, diluent de pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g. Sedants i pastilles per dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h. Al·lucinògens (LSD, àcid, bolets, tripis, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opioides (heroïna, morfina, metadona, buprenorfina, codeïna, etc.)	0	5	6	7	8
j. Altres drogues (<i>especifiqueu-les</i>): _____	0	4	5	6	7
Formuleu les preguntes 6 i 7 per totes les substàncies que s'han consumit alguna vegada (vegeu les respostes a la P1).					

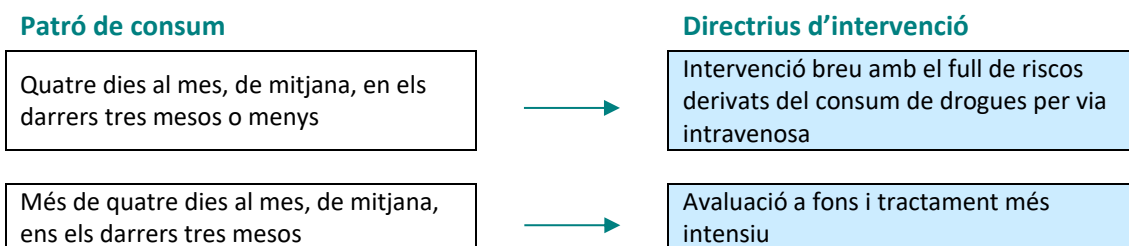
Pregunta 6. Algun amic o familiar o alguna altra persona ha expressat <i>alguna vegada</i> preocupació pel teu consum de (primera droga, segona droga, etc.)?	No, mai	Sí, en els darrers tres	Sí, però no en els darrers tres
a. Productes del tabac (cigarretes, tabac de mastegar, cigars, etc.)	0	6	3
b. Begudes alcohòliques (cervesa, vi, licors, etc.)	0	6	3
c. Cànnabis (marihuana, porros, herba, haixix, etc.)	0	6	3
d. Cocaïna (coca, <i>crack</i> , etc.)	0	6	3
e. Estimulants del tipus amfetamina (<i>speed</i> , amfetes, èxtasi, etc.)	0	6	3
f. Inhalants (òxid nítrós, cola, benzina, diluent de pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedants i pastilles per dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h. Al·lucinògens (LSD, àcid, bolets, tripis, ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opioides (heroïna, morfina, metadona, buprenorfina, codeïna, etc.)	0	6	3
j. Altres drogues (<i>especifiqueu-les</i>): _____	0	6	3
Formuleu les preguntes 6 i 7 per totes les substàncies que s'han consumit alguna vegada (vegeu les respostes a la P1).			

Pregunta 7. Has intentat reduir o deixar el consum de (primera droga, segona droga, etc.) <i>alguna vegada</i> , però no te n'has sortit?	No, mai	Sí, en els darrers tres	Sí, però no en els darrers tres
a. Productes del tabac (cigarretes, tabac de mastegar, cigars, etc.)	0	6	3
b. Begudes alcohòliques (cervesa, vi, licors, etc.)	0	6	3
c. Cànnabis (marihuana, porros, herba, haixix, etc.)	0	6	3
d. Cocaïna (coca, <i>crack</i> , etc.)	0	6	3
e. Estimulants del tipus amfetamina (<i>speed</i> , amfetes, èxtasi, etc.)	0	6	3
f. Inhalants (òxid nítrós, cola, benzina, diluent de pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedants i pastilles per dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h. Al·lucinògens (LSD, àcid, bolets, tripis, ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opioides (heroïna, morfina, metadona, buprenorfina, codeïna, etc.)	0	6	3
j. Altres drogues (<i>especifiqueu-les</i>): _____	0	6	3
Formuleu les preguntes 6 i 7 per totes les substàncies que s'han consumit alguna vegada (vegeu les respostes a la P1).			

Pregunta 8. Has consumit <i>alguna vegada</i> alguna droga per via intravenosa (no compten els medicaments amb recepta)?	No, mai	Sí, en els darrers tres	Sí, però no en els darrers tres
(Feu una creueta en el requadre corresponent.)			

Important

Als pacients que han consumit drogues per via intravenosa en els darrers tres mesos se'ls ha de preguntar sobre el seu patró de consum durant aquest període per determinar els nivells de risc i el millor curs de la intervenció.



Com es calcula la puntuació respecte al consum d'una substància determinada

Per a cada substància (etiquetades de la "a" a la "j") heu de sumar les puntuacions aconseguides per a les preguntes de 2 a 7, ambdues incloses. En aquest recompte no s'inclouen els resultats ni de la P1 ni de la P8. Per exemple, la puntuació per al consum de cànnabis es calcularia així: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**.

Fixeu-vos que a la P5 el tabac no s'ha de valorar, atès que es calcula de la manera següent: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**.

El tipus d'intervenció ve determinat per la puntuació que obtingui el pacient per a cada substància determinada				
	Puntuació per a cada substància	No cal intervenció	Cal intervenció breu	Cal un tractament més intensiu
a. Tabac		0-3	4-26	> 27
b. Alcohol		0-10	11-26	> 27
c. Cànnabis		0-3	4-26	> 27
d. Cocaïna		0-3	4-26	> 27
e. ATS		0-3	4-26	> 27
f. Inhalants		0-3	4-26	> 27
g. Sedants		0-3	4-26	> 27
h. Al·lucinògens		0-3	4-26	> 27
i. Opioides		0-3	4-26	> 27
j. Altres drogues		0-3	4-26	> 27
Ara, heu de fer servir el full d'avaluació de l'ASSIST per començar la intervenció breu.				



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Rosa Morros Pedrés, Presidenta del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol.

CERTIFICA:


Que aquest Comitè en la reunió del dia 29/04/2015, ha avaluat el projecte **Detecció precoç del consum d'alcohol i altres drogues a l'Atenció primària de Catalunya. Estudi pilot sobre la viabilitat i acceptació de l'eina ASSIST** amb el codi **P15/055** presentat per l'investigador/a **Juan Manuel Mendive Arbeloa**.

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona, a 05/05/2015

Anexo 3. Permisos de la revista y autorizaciones de los co-autores del estudio del capítulo 3

dv. 15/01/2021 20:38
"RLP - Journal Permissions" <journalpermissions@lww.com> <journalpermissions@lww.com>
RV: Case #01261779 request permission to reuse this full article [Case # 03502147] [ref_00Dd0dixc_5003w1RLRIP_00D30oeGz_5004Q27WF8lref]

Per a  Segura Garcia, Lidia
Vau reenviar aquest missatge el 18/01/2021 18:22.
Feu clic aquí per baixar les imatges. Per protegir la privadesa, l'Outlook ha impedit la baixada automàtica de les imatges d'aquest missatge.

Action Items + Aconseguiu més aplicacio

Hello Lidia,

Thank you for contacting Wolters Kluwer Permissions Team. Yes, since the embargo has elapsed, as the author of the article, you are permitted to use the **final peer reviewed manuscript** (post peer-review and acceptance for publication, but prior to publisher's copyediting and formatting) in your thesis/dissertation.

When posting, please be sure that you provide a link to the final article with the proper citation is included along with the following disclaimer: This is a non-final version of an article published in final form in (full journal citation) ex: *Thomson, Imogen Do Good Medical Students Really Make Good Doctors, Academic Medicine, Volume 92, Issue 6, June 2017, http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2017/06000/Do_Good_Medical_Students_Really_Make_Good_22.aspx*

For additional information, please review the [Author's Permission Document](#)


If you have any further questions, please let us know.

Thank You,
Chandreyi

Wolters Kluwer Permissions Team
Health Learning, Research & Practice

Post-erratum del artículo del capítulo 3¹²

ERRATUM

 **Optimizing the delivery of interventions for harmful alcohol use in primary healthcare: an update: Erratum**

In the article, "Optimizing the delivery of interventions for harmful alcohol use in primary healthcare: an update" [1], the acknowledgements section should have read: "Acknowledgements: Segura L. performed this work in the context of the Interuniversity Doctoral Study Program in Psychology of Communication and Change. Autonomous University of Barcelona (UAB) and University of Barcelona (UB)."

REFERENCE

1. Segura L, Anderson P, Gual A. Optimizing the delivery of interventions for harmful alcohol use in primary healthcare: an update. *Curr Opin Psychiatry* 2018; 31(4):324–332.

¹² Optimizing the delivery of interventions for harmful alcohol use in primary healthcare: an update: Erratum. (2020). *Current opinion in psychiatry*, 33(6), 618. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000660>

Antoni Gual Solé autoriza la utilización de los estudios de los capítulos 3, 4 y 5.



Universitat Autònoma de Barcelona

Departament de Psicologia Bàsica,
Evolutiva i de l'Educació

MODEL D'ACCEPTACIÓ DELS COAUTORS DOCTORS I NO DOCTORS

Antoni Gual Solé, amb n. de DNI o passaport , nascut/da el de del i amb domicili al ; telèfon i adreça de correu

MANIFESTO QUE

Com a **COAUTOR DOCTOR**, estic assabentat/da que el senyor / la senyora LIDIA SEGURA GARCÍA vol demanar autorització a la Comissió d'Estudis de Postgrau de la Universitat Autònoma de Barcelona per a la presentació de la seva tesi doctoral en forma de compendi de publicacions

I, a aquest efecte

FAIG CONSTAR

Que accepto que s'utilitzi els treballs següents en què consto com a co-autor per a la presentació de la seva tesi doctoral a la Universitat Autònoma de Barcelona, en forma de compendi de publicacions:

Segura, L., Anderson, P., & Gual, A. (2018). Optimizing the delivery of interventions for harmful alcohol use in primary healthcare: an update. *Current opinion in psychiatry*, 31(4), 324-332.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000435>

Palacio-Vieira J, Segura L, Anderson P, Wolstenholme A, Drummond C, Bendtsen P, Wojnar M, Kaner E, Keurhorst MN, van Steenkiste B, Kloda K, Mierzecki A, Parkinson K, Newbury-Birch D, Okulicz-Kozaryn K, Deluca P, Colom J, Gual A. Improving screening and brief intervention activities in primary health care: Secondary analysis of professional accuracy based on the AUDIT-C. *J Eval Clin Pract*. 2018 Apr;24(2):369-374. doi: 10.1111/jep.12854. Epub 2017 Dec 1. PMID: 29194899.

Segura-Garcia, L., Palacio-Vieira, J., Roson, B., Martínez, AB., Freixedas, R., Díaz, E., Gual, A., & Colom, F. (2021). Estudio de la validez de instrumentos ultra cortos para detectar el consumo de riesgo de alcohol en la atención primaria de salud [Unpublished manuscript]. Sub-dirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Catalunya.

Signatura

Barcelona, 14 de gener de 2021

A L'ATENCIÓ DE LA COMISSIÓ DEL DOCTORAT EN PSICOLOGIA DE LA COMUNICACIÓ I CANVI DE LA UAB

Peter Anderson autoriza la utilización de los estudios de los capítulos 3 y 4.



Universitat Autònoma de Barcelona

Departament de Psicologia Bàsica,
Evolutiva i de l'Educació

MODEL D'ACCEPTACIÓ DELS COAUTORS DOCTORS I NO DOCTORS

Peter Anderson, Professor, Substance Use, Policy and Practice, Population Health Sciences Institute,
Newcastle University, England (peter.anderson@newcastle.ac.uk),

DECLARES THAT

As a **DOCTORAL COAUTHOR**, I am aware that Ms. LIDIA SEGURA GARCÍA wants to request authorization from the Postgraduate Studies Commission of the Autonomous University of Barcelona for the presentation of her doctoral thesis in the form of a compendium of publications

And, to this end,

I DECLARE

that I accept the use of the following works in which I appear as co-author for the presentation of her doctoral thesis at the Autonomous University of Barcelona, in the form of a compendium of publications:

Segura L, Anderson P, Gual A. Optimizing the delivery of interventions for harmful alcohol use in primary healthcare: an update. *Curr Opin Psychiatry*. 2018 Jul; 31 (4): 324-332. doi: 10.1097 / YCO.000000000000435. Erratum in: *Curr Opin Psychiatry*. 2020 Nov; 33 (6): 618. PMID: 29846264.

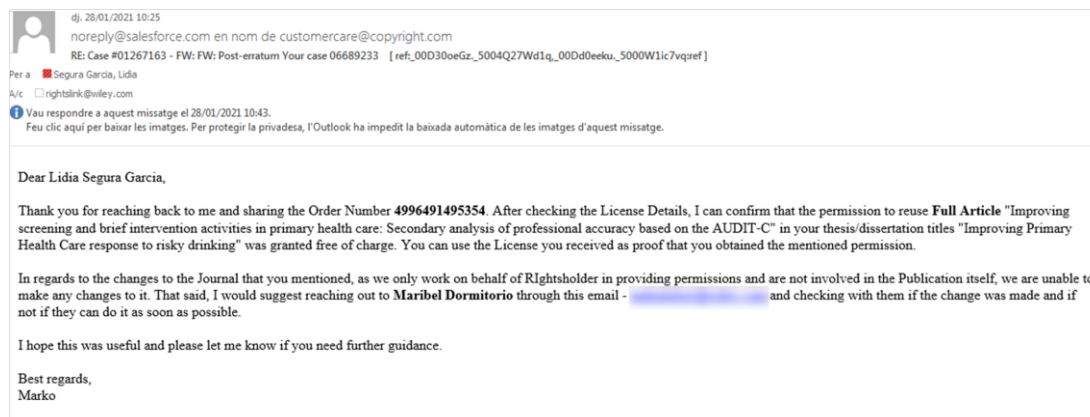
Palacio-Vieira J, **Segura L**, Anderson P, Wolstenholme A, Drummond C, Bendtsen P, Wojnar M, Kaner E, Keurhorst MN, van Steenkiste B, Kłoda K, Mierzecki A, Parkinson K, Newbury-Birch D, Okulicz-Kozaryn K, Deluca P, Colom J, Gual A. Improving screening and brief intervention activities in primary health care: Secondary analysis of professional accuracy based on the AUDIT-C. *J Eval Clin Pract*. 2018 Apr; 24 (2): 369-374. doi: 10.1111 / jep.12854. Epub 2017 Dec 1. PMID: 29194899.

Signature

Newcastle, 13 January 2021

A L'ATENCIÓ DE LA COMISSIÓ DEL DOCTORAT EN PSICOLOGIA DE LA COMUNICACIÓ I CANVI DE LA UAB

Anexo 4. Permisos de la revista y autorizaciones de los co-autores del estudio del capítulo 4



JOHN WILEY AND SONS LICENSE
TERMS AND CONDITIONS
Jan 26, 2021

This Agreement between Mrs. Lidia Segura-García ("You") and John Wiley and Sons ("John Wiley and Sons") consists of your license details and the terms and conditions provided by John Wiley and Sons and Copyright Clearance Center.

License Number	4996491495354
License date	Jan 26, 2021
Licensed Content Publisher	John Wiley and Sons
Licensed Content Publication	Journal of Evaluation in Clinical Practice
Licensed Content Title	Improving screening and brief intervention activities in primary health care: Secondary analysis of professional accuracy based on the AUDIT-C
Licensed Content Author	A. Gual, J. Colom, P. Deluca, et al
Licensed Content Date	Dec 1, 2017
Licensed Content Volume	24
Licensed Content Issue	2
Licensed Content Pages	6
Type of use	Dissertation/Thesis
Requestor type	Author of this Wiley article
Format	Print and electronic
Portion	Full article
Will you be translating?	No
Title	Improving Primary Health Care response to risky drinking
Institution name	UAB - Doctorado en Psicología de la Comunicación y Cambio
Expected presentation date	Feb 2021
Order reference number	2
Requestor Location	Mrs. Lidia Segura-García Avda Coll del Portell 52, 4A Barcelona, 08024

Publisher Tax ID
Total
Terms and Conditions

Spain
Attn: Mrs. Lidia Segura-García
EU826007151
0.00 EUR

TERMS AND CONDITIONS

This copyrighted material is owned by or exclusively licensed to John Wiley & Sons, Inc. or one of its group companies (each a "Wiley Company") or handled on behalf of a society with which a Wiley Company has exclusive publishing rights in relation to a particular work (collectively "WILEY"). By clicking "accept" in connection with completing this licensing transaction, you agree that the following terms and conditions apply to this transaction (along with the billing and payment terms and conditions established by the Copyright Clearance Center Inc., ("CCC's Billing and Payment terms and conditions"), at the time that you opened your RightsLink account (these are available at any time at <http://myaccount.copyright.com>).

Terms and Conditions

- The materials you have requested permission to reproduce or reuse (the "Wiley Materials") are protected by copyright.
- You are hereby granted a personal, non-exclusive, non-sub licensable (on a stand-alone basis), non-transferable, worldwide, limited license to reproduce the Wiley Materials for the purpose specified in the licensing process. This license, **and any CONTENT (PDF or image file) purchased as part of your order**, is for a one-time use only and limited to any maximum distribution number specified in the license. The first instance of republication or reuse granted by this license must be completed within two years of the date of the grant of this license (although copies prepared before the end date may be distributed thereafter). The Wiley Materials shall not be used in any other manner or for any other purpose, beyond what is granted in the license. Permission is granted subject to an appropriate acknowledgement given to the author, title of the material/book/journal and the publisher. You shall also duplicate the copyright notice that appears in the Wiley publication in your use of the Wiley Material. Permission is also granted on the understanding that nowhere in the text is a previously published source acknowledged for all or part of this Wiley Material. Any third party content is expressly excluded from this permission.
- With respect to the Wiley Materials, all rights are reserved. Except as expressly granted by the terms of the license, no part of the Wiley Materials may be copied, modified, adapted (except for minor reformatting required by the new Publication), translated, reproduced, transferred or distributed, in any form or by any means, and no derivative works may be made based on the Wiley Materials without the prior permission of the respective copyright owner. **For STM Signatory Publishers clearing permission under the terms of the [STM Permissions Guidelines](#) only, the terms of the license are extended to include subsequent editions and for editions in other languages, provided such editions are for the work as a whole in situ and does not involve the separate exploitation of the permitted figures or extracts**, You may not alter, remove or suppress in any manner any copyright, trademark or other notices displayed by the Wiley Materials. You may not license, rent, sell, loan, lease, pledge, offer as security, transfer or assign the Wiley Materials on a stand-alone basis, or any of the rights granted to you hereunder to any other person.
- The Wiley Materials and all of the intellectual property rights therein shall at all times remain the exclusive property of John Wiley & Sons Inc, the Wiley Companies, or their respective licensors, and your interest therein is only that of having possession of and the right to reproduce the Wiley Materials pursuant to Section 2 herein during the continuance of this Agreement. You agree that you own no right, title or interest in or to the Wiley Materials or any of the intellectual property rights therein. You shall have no rights hereunder other than the license as provided for above in Section 2. No right, license or interest to any trademark, trade name, service mark or other branding ("Marks") of WILEY or its licensors is granted hereunder, and you agree that you shall not assert any such right, license or interest with respect thereto
- NEITHER WILEY NOR ITS LICENSORS MAKES ANY WARRANTY OR REPRESENTATION OF ANY KIND TO YOU OR ANY THIRD PARTY, EXPRESS, IMPLIED OR STATUTORY, WITH RESPECT TO THE MATERIALS OR THE ACCURACY OF ANY INFORMATION CONTAINED IN THE MATERIALS, INCLUDING, WITHOUT LIMITATION, ANY IMPLIED WARRANTY OF MERCHANTABILITY, ACCURACY, SATISFACTORY QUALITY, FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE, USABILITY, INTEGRATION OR NON-INFRINGEMENT AND ALL SUCH WARRANTIES ARE HEREBY EXCLUDED BY WILEY AND ITS LICENSORS AND WAIVED BY YOU.
- WILEY shall have the right to terminate this Agreement immediately upon breach of this Agreement by you.
- You shall indemnify, defend and hold harmless WILEY, its Licensors and their respective directors, officers, agents and employees, from and against any actual or threatened claims, demands, causes of action or proceedings arising from any breach of this Agreement by you.
- IN NO EVENT SHALL WILEY OR ITS LICENSORS BE LIABLE TO YOU OR ANY OTHER PARTY OR ANY OTHER PERSON OR ENTITY FOR ANY SPECIAL, CONSEQUENTIAL, INCIDENTAL, INDIRECT, EXEMPLARY OR PUNITIVE DAMAGES, HOWEVER CAUSED, ARISING OUT OF OR IN CONNECTION WITH THE DOWNLOADING, PROVISIONING, VIEWING OR USE OF THE MATERIALS REGARDLESS OF THE FORM OF ACTION, WHETHER FOR BREACH OF CONTRACT, BREACH OF WARRANTY, TORT, NEGLIGENCE, INFRINGEMENT OR OTHERWISE (INCLUDING, WITHOUT LIMITATION, DAMAGES BASED ON LOSS OF PROFITS, DATA, FILES, USE, BUSINESS OPPORTUNITY OR CLAIMS OF THIRD PARTIES), AND WHETHER OR NOT THE PARTY HAS BEEN ADVISED OF THE POSSIBILITY OF SUCH DAMAGES. THIS LIMITATION SHALL APPLY NOTWITHSTANDING ANY FAILURE OF ESSENTIAL PURPOSE OF ANY LIMITED REMEDY PROVIDED HEREIN.
- Should any provision of this Agreement be held by a court of competent jurisdiction to be illegal, invalid, or unenforceable, that provision shall be deemed amended to achieve as nearly as possible the same economic effect as the original provision, and the legality, validity and enforceability of the remaining provisions of this Agreement shall not be affected or impaired thereby.

- The failure of either party to enforce any term or condition of this Agreement shall not constitute a waiver of either party's right to enforce each and every term and condition of this Agreement. No breach under this agreement shall be deemed waived or excused by either party unless such waiver or consent is in writing signed by the party granting such waiver or consent. The waiver by or consent of a party to a breach of any provision of this Agreement shall not operate or be construed as a waiver of or consent to any other or subsequent breach by such other party.
- This Agreement may not be assigned (including by operation of law or otherwise) by you without WILEY's prior written consent.
- Any fee required for this permission shall be non-refundable after thirty (30) days from receipt by the CCC.
- These terms and conditions together with CCC's Billing and Payment terms and conditions (which are incorporated herein) form the entire agreement between you and WILEY concerning this licensing transaction and (in the absence of fraud) supersedes all prior agreements and representations of the parties, oral or written. This Agreement may not be amended except in writing signed by both parties. This Agreement shall be binding upon and inure to the benefit of the parties' successors, legal representatives, and authorized assigns.
- In the event of any conflict between your obligations established by these terms and conditions and those established by CCC's Billing and Payment terms and conditions, these terms and conditions shall prevail.
- WILEY expressly reserves all rights not specifically granted in the combination of (i) the license details provided by you and accepted in the course of this licensing transaction, (ii) these terms and conditions and (iii) CCC's Billing and Payment terms and conditions.
- This Agreement will be void if the Type of Use, Format, Circulation, or Requestor Type was misrepresented during the licensing process.
- This Agreement shall be governed by and construed in accordance with the laws of the State of New York, USA, without regards to such state's conflict of law rules. Any legal action, suit or proceeding arising out of or relating to these Terms and Conditions or the breach thereof shall be instituted in a court of competent jurisdiction in New York County in the State of New York in the United States of America and each party hereby consents and submits to the personal jurisdiction of such court, waives any objection to venue in such court and consents to service of process by registered or certified mail, return receipt requested, at the last known address of such party.

WILEY OPEN ACCESS TERMS AND CONDITIONS

Wiley Publishes Open Access Articles in fully Open Access Journals and in Subscription journals offering Online Open. Although most of the fully Open Access journals publish open access articles under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY) License only, the subscription journals and a few of the Open Access Journals offer a choice of Creative Commons Licenses. The license type is clearly identified on the article.

The Creative Commons Attribution License

The [Creative Commons Attribution License \(CC-BY\)](#) allows users to copy, distribute and transmit an article, adapt the article and make commercial use of the article. The CC-BY license permits commercial and non-

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

The [Creative Commons Attribution Non-Commercial \(CC-BY-NC\)License](#) permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.(see below)

Creative Commons Attribution-Non-Commercial-NoDerivs License

The [Creative Commons Attribution Non-Commercial-NoDerivs License](#) (CC-BY-NC-ND) permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited, is not used for commercial purposes and no modifications or adaptations are made. (see below)

Use by commercial "for-profit" organizations

Use of Wiley Open Access articles for commercial, promotional, or marketing purposes requires further explicit permission from Wiley and will be subject to a fee.

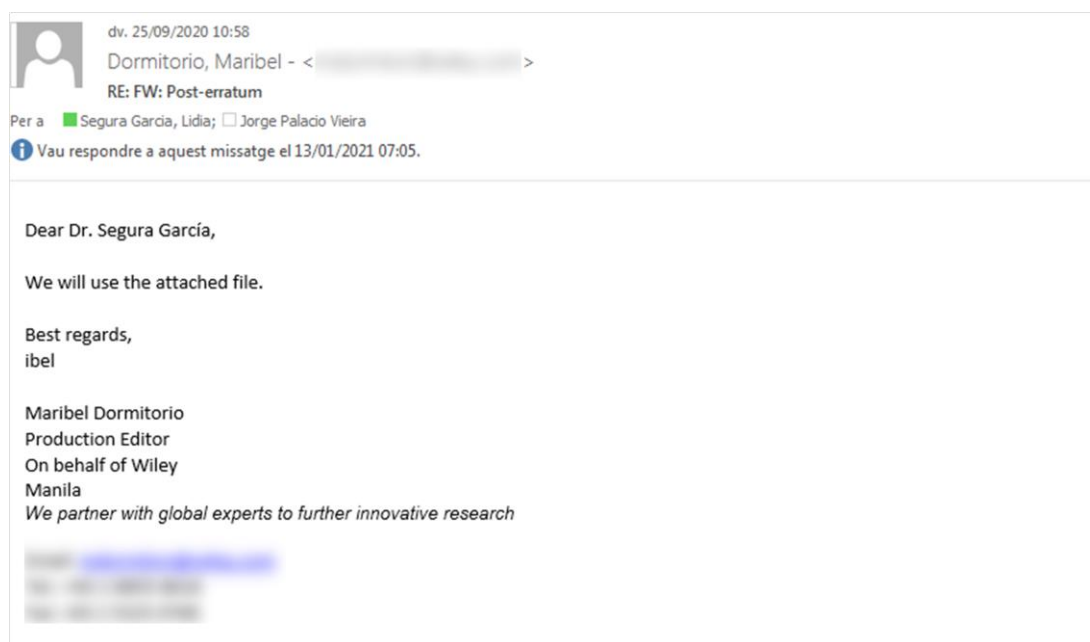
Further details can be found on Wiley Online Library <http://olabout.wiley.com/WileyCDA/Section/id-410895.html>

Other Terms and Conditions:

v1.10 Last updated September 2015

Questions? customercare@copyright.com or +1-855-239-3415 (toll free in the US) or +1-978-646-2777.

Aceptación del post-erratum del artículo del capítulo 4



Los dos co-autores principales e investigadores principales del Proyecto ODHIN, autorizan la utilización de dicho estudio en nombre del resto de co-autores.



Universitat Autònoma de Barcelona

Departament de Psicologia Bàsica,
Evolutiva i de l'Educació

CO-AUTHORS ACCEPTANCE DOCUMENT PhD & NON-PhD

Peter Anderson, Professor, Substance Use, Policy and Practice, Population Health Sciences Institute,
Newcastle University, England ()

Antoni Gual, Psychiatrist, Head of the Addictions Unit, Psychiatry Department. ICN. Hospital Clínic.
Barcelona, Spain ()

DECLARE THAT

As **DOCTORAL CO-AUTHORS**, we are aware that Ms. LIDIA SEGURA GARCÍA wants to request authorization from the Postgraduate Studies Commission of the Autonomous University of Barcelona for the presentation of her doctoral thesis in the form of a compendium of publications

And, to this end,

DECLARE

that we, as **main principal investigators of the ODHIN project**, accept, on behalf of the rest of the co-authors, the use of the following work **exclusively** for the presentation of her doctoral thesis at the Autonomous University of Barcelona, in the form of a compendium of publications

Palacio-Vieira J, Segura L, Anderson P, Wolstenholme A, Drummond C, Bendtsen P, Wojnar M, Kaner E, Keurhorst MN, van Steenkiste B, Kloda K, Mierzecki A, Parkinson K, Newbury-Birch D, Okulicz-Kozaryn K, Deluca P, Colom J, Gual A. Improving screening and brief intervention activities in primary health care: Secondary analysis of professional accuracy based on the AUDIT-C. *J Eval Clin Pract.* 2018 Apr; 24 (2): 369-374. doi: 10.1111/jep.12854. Epub 2017 Dec 1. PMID: 29194899.

Signatures

Newcastle, 18 January 2021

Barcelona, 18 January 2021

To the attention of the "COMISSIÓ DEL DOCTORAT EN PSICOLOGIA DE LA COMUNICACIÓ I CANVI DE LA UAB"

El resto de co-autores, excepto Palacio-Vieira y Colom (ver a continuación) dieron su autorización vía correo electrónico.

Jorge Palacio-Vieira autoriza la utilización de los estudios de los capítulos 4, 5 y 6.



Universitat Autònoma de Barcelona
Departament de Psicologia Bàsica,
Evolutiva i de l'Educació

MODEL D'ACCEPTACIÓ DELS COAUTORS DOCTORS I NO DOCTORS

Jorge Palacio Vieira, amb n. de DNI o passaport. ~~XXXXXXXXXX~~ nascut/da el ~~30-08-1977~~
i amb domicili al carrer / plaça / av. ~~XXXXXXXXXX, s/n, 08195 Bellaterra, Barcelona~~, telèfon
~~XXXXXXXXXX~~ i adreça de correu electrònic ~~jorgepalacio@gmail.com~~

MANIFESTO QUE

Com a **COAUTOR DOCTOR**, estic assabentat/da que el senyor / la senyora **Lidia Segura Garcia** vol demanar autorització a la Comissió d'Estudis de Postgrau de la Universitat Autònoma de Barcelona per a la presentació de la seva tesi doctoral en forma de compendi de publicacions

I, a aquest efecte

FAIG CONSTAR

Que accepto que s'utilitzi els treballs següents per a la presentació de la seva tesi doctoral a la Universitat Autònoma de Barcelona, en forma de compendi de publicacions:

Palacio-Vieira, J., Segura, L., Anderson, P., Wolstenholme, A., Drummond, C., Bendtsen, P., Wojnar, M., Kaner, E., Keurhorst, M. N., van Steenkiste, B., Kloda, K., Mierzecki, A., Parkinson, K., Newbury-Birch, D., Okulicz-Kozaryn, K., Deluca, P., Colom, J., & Gual, A. (2018). Improving screening and brief intervention activities in primary health care: Secondary analysis of professional accuracy based on the AUDIT-C. *Journal of evaluation in clinical practice*, 24(2), 369–374. <https://doi.org/10.1111/jep.12854>

Segura-Garcia, L., Palacio-Vieira, J., Ibáñez Martínez, N., Mendive Arbeola, J.J., Díaz Gallego, F., Anoro Perminger, M., Freixedas, R., & Colom Farran, J. (2021). *Estudio de la utilidad de un instrumento informatizado para la identificación precoz y mejora de la fidelidad de la intervención breve en el consumo de riesgo de alcohol en la Atención Primaria de Salud* [Unpublished manuscript]. Sub-dirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Catalunya.

Segura-Garcia, L., Palacio-Vieira, J., Roson, B., Martínez, AB., Freixedas, R., Díaz, E., Gual, A & Colom, F. (2021). *Estudio de la validez de instrumentos ultra cortos para detectar el consumo de riesgo de alcohol en la atención primaria de salud* [Unpublished manuscript]. Sub-dirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Catalunya.

Signatura



Barcelona, 20. de gener de 2021

A L'ATENCIÓ DE LA COMISSIÓ DEL DOCTORAT EN PSICOLOGIA DE LA COMUNICACIÓ I CANVI DE LA UAB

Joan Colom Farran autoriza la utilización de los estudios de los capítulos 4, 5 y 6.



Universitat Autònoma de Barcelona

Departament de Psicologia Bàsica,
Evolutiva i de l'Educació

MODEL D'ACCEPTACIÓ DELS COAUTORS DOCTORS I NO DOCTORS

Joan Colom i Farran, amb n. de DNI [redacted], nascut el [redacted] i amb domicili al carrer [redacted]
[redacted], amb telèfon [redacted] i adreça de correu electrònic
[redacted]

MANIFESTO QUE

Com a **COAUTOR NO DOCTOR**, estic assabentat/da que el senyor / la senyora LIDIA SEGURA GACIA vol demanar autorització a la Comissió d'Estudis de Postgrau de la Universitat Autònoma de Barcelona per a la presentació de la seva tesi doctoral en forma de compendi de publicacions i que faig la renúncia com a coautor a la presentació dels treballs com a part d'una altra tesi doctoral.

I, a aquest efecte

FAIG CONSTAR

Que accepto que s'utilitzi els treballs següents per a la presentació de la seva tesi doctoral a la Universitat Autònoma de Barcelona, en forma de compendi de publicacions:

Palacio-Vieira, J., Segura, L., Anderson, P., Wolstenholme, A., Drummond, C., Bendtsen, P., Wojnar, M., Kaner, E., Keurhorst, M. N., van Steenkiste, B., Kloda, K., Mierzecki, A., Parkinson, K., Newbury-Birch, D., Okulicz-Kozaryn, K., Deluca, P., Colom, J., & Gual, A. (2018). Improving screening and brief intervention activities in primary health care: Secondary analysis of professional accuracy based on the AUDIT-C. *Journal of evaluation in clinical practice*, 24(2), 369–374. <https://doi.org/10.1111/jep.12854>

Segura-Garcia, L., Palacio-Vieira, J., Ibáñez Martínez, N., Mendive Arbeola, JI., Díaz Gallego, F., Anoro Perminger, M., Freixedas, R., & Colom Farran, J. (2021). *Estudio de la utilidad de un instrumento informatizado para la identificación precoz y mejora de la fidelidad de la intervención breve en el consumo de riesgo de alcohol en la Atención Primaria de Salud* [Unpublished manuscript]. Sub-dirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Catalunya.

Segura-Garcia, L., Palacio-Vieira, J., Roson, B., Martínez, AB., Freixedas, R., Díaz, E., Gual, A & Colom, F. (2021). *Estudio de la validez de instrumentos ultra cortos para detectar el consumo de riesgo de alcohol en la atención primaria de salud* [Unpublished manuscript]. Sub-dirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Catalunya.


Signatura

Joan Colom

Barcelona, 20 de gener de 2021

A L'ATENCIÓ DE LA COMISSIÓ DEL DOCTORAT EN PSICOLOGIA DE LA COMUNICACIÓ I CANVI DE LA
UAB

Anexo 5. Autorizaciones de los co-autores del estudio del capítulo 5



Universitat Autònoma de Barcelona
Departament de Psicologia Bàsica,
Evolutiva i de l'Educació

**MODEL D'ACCEPTACIÓ DELS COAUTORS
DOCTORS I NO DOCTORS**

Estela Díaz Álvarez, amb n. de DNI o passaport..
nascut/da el i amb domicili al carrer / plaça / av.,
codi postal, ciutat, telèfon,
adreça de correu electrònic ...

MANIFESTO QUE

I Com a **COAUTOR NO DOCTOR**, estic assabentat/da que el senyor / la senyora **LIDIA SEGURA GARCÍA** vol demanar autorització a la Comissió d'Estudis de Postgrau de la Universitat Autònoma de Barcelona per a la presentació de la seva tesi doctoral en forma de compendi de publicacions i que faig la renúncia com a coautor/a a la presentació dels treballs com a part d'una altra tesi doctoral

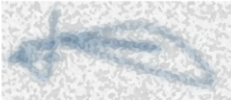
I, a aquest efecte

FAIG CONSTAR

Que accepto que s'utilitzi els treballs següents per a la presentació de la seva tesi doctoral a la Universitat Autònoma de Barcelona, en forma de compendi de publicacions:

Segura-Garcia, L., Palacio-Vieira, J., Roson, B., Martínez, AB., Freixedas, R., Díaz, E., Gual, A. & Colom, F. (2021). *Estudio de la validez de instrumentos ultra cortos para detectar el consumo de riesgo de alcohol en la atención primaria de salud* [Unpublished manuscript]. Sub-dirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Catalunya.

Signatura



Barcelona, 20 de gener de 2021

A L'ATENCIÓ DE LA COMISSIÓ DEL DOCTORAT EN PSICOLOGIA DE LA COMUNICACIÓ I CANVI DE LA UAB



Universitat Autònoma de Barcelona

Departament de Psicologia Bàsica,
Evolutiva i de l'Educació

MODEL D'ACCEPTACIÓ DELS COAUTORS DOCTORS I NO DOCTORS

Ana Belen Martinez Gonzalo, amb n. de DNI o passaport. *(filla)*
nascuda el *10 de setembre de 1978* i amb domicili al carrer *(Carrer de l'Escola)*
(08002 Barcelona, població (Barcelona), codi postal 08002)
adreça de correu electrònic *(amartinez@psicologia.uab.cat)*

MANIFESTO QUE

I Com a **COAUTOR NO DOCTOR**, estic assabentat/da que el senyor / la senyora **LIDIA SEGURA GARCÍA** vol demanar autorització a la Comissió d'Estudis de Postgrau de la Universitat Autònoma de Barcelona per a la presentació de la seva tesi doctoral en forma de compendi de publicacions i que faig la renúncia com a coautor/a a la presentació dels treballs com a part d'una altra tesi doctoral

I, a aquest efecte

FAIG CONSTAR

Que accepto que s'utilitzi els treballs següents per a la presentació de la seva tesi doctoral a la Universitat Autònoma de Barcelona, en forma de compendi de publicacions:

Segura-Garcia, L., Palacio-Vieira, J., Roson, B., Martinez, AB., Freixedas, R., Diaz, E., Gual, A. & Colom, F. (2021). *Estudio de la validez de instrumentos ultra cortos para detectar el consumo de riesgo de alcohol en la atención primaria de salud* [Unpublished manuscript]. Sub-dirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Catalunya.

Signatura

Barcelona, 20 de gener de 2021

A L'ATENCIÓ DE LA COMISSIÓ DEL DOCTORAT EN PSICOLOGIA DE LA COMUNICACIÓ I CANVI DE LA
UAB



Universitat Autònoma de Barcelona

Departament de Psicologia Bàsica,
Evolutiva i de l'Educació

MODEL D'ACCEPTACIÓ DELS COAUTORS DOCTORS I NO DOCTORS

.Beatriz Rosón Hernández, amb n. de DNI o passaport
nascut/da el amb domicili al carrer / plaça / av
....., telèfon i
adreça de correu electrònic

MANIFESTO QUE

I Com a **COAUTOR NO DOCTOR**, estic assabentat/da que el senyor / la senyora **LIDIA SEGURA GARCÍA** vol demanar autorització a la Comissió d'Estudis de Postgrau de la Universitat Autònoma de Barcelona per a la presentació de la seva tesi doctoral en forma de compendi de publicacions i que faig la renúncia com a coautor/a a la presentació dels treballs com a part d'una altra tesi doctoral

(o)

II Com a **COAUTOR DOCTOR**, estic assabentat/da que el senyor / la senyora **LIDIA SEGURA GARCÍA** vol demanar autorització a la Comissió d'Estudis de Postgrau de la Universitat Autònoma de Barcelona per a la presentació de la seva tesi doctoral en forma de compendi de publicacions

I, a aquest efecte

FAIG CONSTAR


Que accepto que s'utilitzi els treballs següents per a la presentació de la seva tesi doctoral a la Universitat Autònoma de Barcelona, en forma de compendi de publicacions:

Segura-Garcia, L., Palacio-Vieira, J., Roson, B., Martínez, AB., Freixedas, R., Díaz, E., Gual, A. & Colom, F. (2021). *Estudio de la validez de instrumentos ultra cortos para detectar el consumo de riesgo de alcohol en la atención primaria de salud* [Unpublished manuscript]. Sub-dirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Catalunya.

Barcelona, 20 de gener de 2021

A L'ATENCIÓ DE LA COMISSIÓ DEL DOCTORAT EN PSICOLOGIA DE LA COMUNICACIÓ I CANVI DE LA
UAB

Rosa Freixedas Casaponsa, autoriza la utilización de los estudios del capítulo 5 y 6.


Universitat Autònoma de Barcelona
Departament de Psicologia Bàsica,
Evolutiva i de l'Educació

**MODEL D'ACCEPTACIÓ DELS COAUTORS
DOCTORS I NO DOCTORS**

Rosa Freixedas Casaponsa, amb n. de DNI o passaport...
nascut/da el ... i amb domicili al carrer / plaça / av. ...
telèfon ...
adreça de correu electrònic ..

MANIFESTO QUE

I Com a **COAUTOR NO DOCTOR**, estic assabentat/da que el senyor / la senyora Lidia Segura Garcia vol demanar autorització a la Comissió d'Estudis de Postgrau de la Universitat Autònoma de Barcelona per a la presentació de la seva tesi doctoral en forma de compendi de publicacions i que faig la renúncia com a coautor/a a la presentació dels treballs com a part d'una altra tesi doctoral

(o)

II. Com a **COAUTOR DOCTOR**, estic assabentat/da que el senyor / la senyora NOM GOGNOM1: COGNOM2 vol demanar autorització a la Comissió d'Estudis de Postgrau de la Universitat Autònoma de Barcelona per a la presentació de la seva tesi doctoral en forma de compendi de publicacions

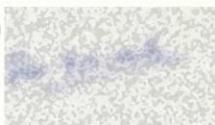
I, a aquest efecte

FAIG CONSTAR

Que accepto que s'utilitzi els treballs següents per a la presentació de la seva tesi doctoral a la Universitat Autònoma de Barcelona, en forma de compendi de publicacions:

Segura-Garcia, L., Palacio-Vieira, J., Ibáñez Martínez, N., Mendive Arbeola, JJ., Díaz Gallego, F., Anoro Perminger, M., Freixedas, R., & Colom Farran, J. (2021). *Estudio de la utilidad de un instrumento informatizado para la identificación precoz y mejora de la fidelidad de la intervención breve en el consumo de riesgo de alcohol en la Atención Primaria de Salud* [Unpublished manuscript]. Sub-dirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Catalunya.


Segura-García, L., Palacio-Vieira, J., Roson, B., Martínez, AB., Freixedas, R., Díaz, E., Gual, A & Colom, F. (2021). *Estudio de la validez de instrumentos ultra cortos para detectar el consumo de riesgo de alcohol en la atención primaria de salud* [Unpublished manuscript]. Sub-dirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Catalunya.

Signatura 

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès),...21..... degener..... de 2021...

A L'ATENCIÓ DE LA COMISSIÓ DEL DOCTORAT EN PSICOLOGIA DE LA COMUNICACIÓ I CANVI DE LA

Anexo 6. Autorizaciones de los co-autores capítulo 6


Universitat Autònoma de Barcelona
Departament de Psicologia Bàsica,
Evolució i de l'Educació

**MODEL D'ACCEPTACIÓ DELS COAUTORS
DOCTORS I NO DOCTORS**

NURIA IBÁNEZ MARTÍNEZ, amb n. de DNI o passaport: **57 344 434 F**
nascuda/te el 23 de novembre 1974 i amb domicili al carrer / plaça / av. **Cristòfol de Moura, 922, 08003**
Barcelona, telèfon 67756733 i adreça de correu electrònic **nuria.ibanez19@uab.cat**

MANIFESTO QUE

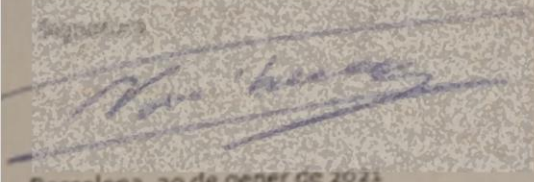
Com a **COAUTOR DOCTOR**, estic assabentada que el senyor / la senyora **LIBIA SEGURA GARCÍA** vol demanar autorització a la Comissió d'Estudis de Postgrau de la Universitat Autònoma de Barcelona per a la presentació de la seva tesi doctoral en forma de compendi de publicacions

I, a aquest efecte

FAIG CONSTAR

Que accepto que s'utilitzi els treballs següents per a la presentació de la seva tesi doctoral a la UAB Autònoma de Barcelona, en forma de compendi de publicacions:

Segura-García, L., Palacio-Vieira, J., Ibáñez Martínez, N., Mendive Arberola, J., Díaz Gallero, F., Perminger, M., Freixedas, R., & Colom Farran, J. (2021). Estudio de la utilidad de un instrumento inform para la identificación precoz y mejora de la fidelidad de la intervención breve en el consumo de riesgo de alcohol en la Atención Primaria de Salud [Unpublished manuscript]. Sub-dirección General de Drogodependencia, Agencia de Salud Pública de Catalunya.


Barcelona, 20 de gener de 2021

A L'ATENCIÓ DE LA COMISSIÓ DEL DOCTORAT EN PSICOLOGIA DE LA COMUNICACIÓ I CA
UAB



Universitat Autònoma de Barcelona

Departament de Psicologia Bàsica,
Evolutiva i de l'Educació

MODEL D'ACCEPTACIÓ DELS COAUTORS DOCTORS I NO DOCTORS

Juan Manuel Mendive Arbeloa, amb n. de DNI o passaport..... nascut/da el i amb domicili al carrer / plaça / av., telèfon i adreça de correu electrònicjuanmmendive@gmail.com

MANIFESTO QUE

Com a **COAUTOR DOCTOR**, estic assabentat/da que el senyor / la senyora LIDIA SEGURA GARCIA vol demanar autorització a la Comissió d'Estudis de Postgrau de la Universitat Autònoma de Barcelona per a la presentació de la seva tesi doctoral en forma de compendi de publicacions

I, a aquest efecte

FAIG CONSTAR

Que accepto que s'utilitzi els treballs següents per a la presentació de la seva tesi doctoral a la Universitat Autònoma de Barcelona, en forma de compendi de publicacions:

Segura-Garcia, L., Palacio-Vieira, J., Ibáñez Martínez, N., Mendive Arbeloa, JM., Díaz Gallego, F., Anoro Perminger, M., Freixedas, R., & Colom Farran, J. (2021). *Estudio de la utilidad de un instrumento informatizado para la identificación precoz y mejora de la fidelidad de la intervención breve en el consumo de riesgo de alcohol en la Atención Primaria de Salud* [Unpublished manuscript]. Sub-dirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Catalunya.

Signatura

Barcelona, 20 de gener de 2021

A L'ATENCIÓ DE LA COMISSIÓ DEL DOCTORAT EN PSICOLOGIA DE LA COMUNICACIÓ I CANVI DE LA
UAB



Universitat Autònoma de Barcelona

Departament de Psicologia Bàsica,
Evolutiva i de l'Educació

MODEL D'ACCEPTACIÓ DELS COAUTORS DOCTORS I NO DOCTORS

Francisco Díaz Gallego, amb n. de DNI o passaport....
nascut/da el 19/4/1970 i amb domicili al carrer / plaça / av.
telèfon ..
adreça de correu electrònic ..

MANIFESTO QUE

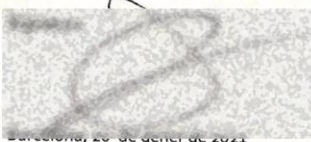
I Com a **COAUTOR NO DOCTOR**, estic assabentat/da que el senyor / la senyora LIDIA SEGURA GARCÍA vol demanar autorització a la Comissió d'Estudis de Postgrau de la Universitat Autònoma de Barcelona per a la presentació de la seva tesi doctoral en forma de compendi de publicacions i que faig la renúncia com a coautor/a a la presentació dels treballs com a part d'una altra tesi doctoral

I, a aquest efecte

FAIG CONSTAR

Que accepto que s'utilitzi els treballs següents per a la presentació de la seva tesi doctoral a la Universitat Autònoma de Barcelona, en forma de compendi de publicacions:

Segura-García, L., Palacio-Vieira, J., Ibáñez Martínez, N., Mendive Arbeola, JJ., Díaz Gallego, F., Anoro Perminger, M., Freixedas, R., & Colom Farran, J. (2021). *Estudio de la utilidad de un instrumento informatizado para la identificación precoz y mejora de la fidelidad de la intervención breve en el consumo de riesgo de alcohol en la Atención Primaria de Salud* [Unpublished manuscript]. Sub-dirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Catalunya.



Barcelona, 20 de gener de 2021

A L'ATENCIÓ DE LA COMISSIÓ DEL DOCTORAT EN PSICOLOGIA DE LA COMUNICACIÓ I CANVI DE LA
UAB



Universitat Autònoma de Barcelona

Departament de Psicologia Bàsica,
Evolutiva i de l'Educació

MODEL D'ACCEPTACIÓ DELS COAUTORS DOCTORS I NO DOCTORS

.Manel Anoro Preminger....., amb n. de DNI o passaport.....
nascut/da el amb domicili al carrer / plaça / av
..... telèfon i
adreça de correu electrònic

MANIFESTO QUE

I Com a **COAUTOR NO DOCTOR**, estic assabentat/da que el senyor / la senyora LIDIA SEGURA GARCÍA vol demanar autorització a la Comissió d'Estudis de Postgrau de la Universitat Autònoma de Barcelona per a la presentació de la seva tesi doctoral en forma de compendi de publicacions i que faig la renúncia com a coautor/a a la presentació dels treballs com a part d'una altra tesi doctoral

I, a aquest efecte

FAIG CONSTAR

Que accepto que s'utilitzi els treballs següents per a la presentació de la seva tesi doctoral a la Universitat Autònoma de Barcelona, en forma de compendi de publicacions:

Segura-García, L., Palacio-Vieira, J., Ibáñez Martínez, N., Mendive Arbeola, JJ., Díaz Gallego, F., Anoro Preminger, M., Freixedas, R., & Colom Farran, J. (2021). *Estudio de la utilidad de un instrumento informatizado para la identificación precoz y mejora de la fidelidad de la intervención breve en el consumo de riesgo de alcohol en la Atención Primaria de Salud* [Unpublished manuscript]. Sub-direcció General de Drogodependencias. Agència de Salut Pública de Catalunya.

Signatura

Barcelona, 20 de gener de 2021

A L'ATENCIÓ DE LA COMISSIÓ DEL DOCTORAT EN PSICOLOGIA DE LA COMUNICACIÓ I CANVI DE LA UAB

