

Glosario y definiciones en el marco de la prevención de los daños relacionados con el consumo de alcohol

1ª versión de julio de 2025



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



ESTRATEGIA
PROMOCIÓN DE LA SALUD
Y PREVENCIÓN EN EL SNS

Glosario y definiciones en el marco de la prevención de los daños relacionados con el consumo de alcohol

1ª versión de julio de 2025



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



ESTRATEGIA
PROMOCIÓN DE LA SALUD
Y PREVENCIÓN EN EL SNS

Referencia sugerida: Ministerio de Sanidad. Glosario y definiciones en el marco de la prevención de los daños relacionados con el consumo de alcohol. 1ª versión de julio de 2025. Madrid; 2025.

© **Ministerio de Sanidad**
NIPO: Pendiente de NIPO

Índice

Abreviaturas	8
Resumen	9
ABSTEMIO/A	11
ACCIÓN COMUNITARIA EN SALUD	11
ACTIVO PARA LA SALUD	11
ADICCIÓN	12
ADICTO/A	12
ALCOHOLISMO	13
ALFABETIZACIÓN EN SALUD	13
ASSIST	13
AUDIT	13
AUDIT-C	14
BEBIDA ALCOHÓLICA	14
BEBIDA CON ALTO CONTENIDO EN CAFÉINA O ENERGÉTICA O EXCITANTE	15
BOTELLÓN	16
CONSEJO DE SALUD / CONSEJO BREVE	16
CONSUMO DE BAJO RIESGO DE ALCOHOL	17
CONSUMO INTENSIVO, EN ATRACÓN O BINGE DRINKING	18
CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL	19
CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	20
CONSUMO PROBLEMÁTICO	20
CONSUMO PROMEDIO DE ALCOHOL	20
CONSUMO TEMPRANO DE ALCOHOL (UNDERAGE DRINKING)	20
CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL	21
CRAFFT Abuse Screening Test	21
CRIBADO DEL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL	21
CRIBADO E INTERVENCIÓN BREVE (SBI) / CRIBADO E INTERVENCIÓN BREVE Y DERIVACIÓN A TRATAMIENTO (SBIRT)	22
CURSO VITAL	23
DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	24
DERIVACIÓN A TRATAMIENTO	24
DESHABITUACION DEL ALCOHOL	25
DESINTOXICACION DEL ALCOHOL	25
DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD (o INEQUIDADES EN SALUD)	25
DETERMINANTES COMERCIALES DE LA SALUD	26
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	26
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	27
EDUCACIÓN PARA LA SALUD INDIVIDUAL	27

EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL (o GRUPO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD)	27
ESTIGMA	27
ENTREVISTA MOTIVACIONAL	28
EQUIDAD EN SALUD	28
EXPOSICIÓN AL ALCOHOL EN EL EMBARAZO	29
GENERO Y CONSUMO DE ALCOHOL	30
GENÉTICA Y TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL	31
IDENTIFICACIÓN (SCREENING)	31
INTERVENCIONES AMBIENTALES	31
INTERVENCIÓN BREVE	31
Modelo de intervención de las 5Aes	32
Intervención breve motivacional. Marco FRAMEAP	33
INTERVENCIONES INTEGRALES	33
INTOXICACION POR ALCOHOL	33
INDUSTRIA DE LAS BEBIDAS ALCÓHOLICAS	34
NIVELES DE PREVENCIÓN (EN ADICCIONES)	34
ORIENTACIÓN COMUNITARIA	35
Nivel 1. Nivel individual y familiar: «pasar consulta mirando a la calle».	35
Nivel 2. Nivel grupal: «educación para la salud grupal trabajando sobre las causas de las causas».	36
Nivel 3. Nivel colectivo: Acción comunitaria en salud, «el centro de salud no es el único centro de salud».	36
PARADOJA DEL DAÑO DE ALCOHOL (ALCOHOL HARM PARADOX)	37
PERSPECTIVA DE CURSO DE VIDA	38
PLAN DE TRATAMIENTO	38
POBLACIONES QUE NO DEBEN CONSUMIR ALCOHOL	38
PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	39
REDUCCION DE DAÑOS EN EL TRATAMIENTO Y LA RECUPERACION DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL	40
RESACA	40
RIESGO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN FUNCIÓN DEL TIPO DE CONSUMO	40
SALUD DIGITAL	42
SÍNDROME DE ABSTINENCIA	43
TRASTORNO DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL (TEAF)	43
TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL	44
UNIDAD DE BEBIDA ESTANDAR (UBE)	45
TÉRMINOS NO RECOMENDADOS	46
Referencias bibliográficas	47
Autoría	57

Abreviaturas

AP:

Atención primaria de salud.

AUD:

Trastorno por consumo de alcohol (AUD por sus siglas en inglés *Alcohol Use Disorders*).

AUDIT:

Por las siglas en inglés de *Alcohol Use Disorders Identification Test*, o Prueba de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol.

AUDIT-C:

Prueba de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol- abreviado.

ASSIT:

por sus siglas en inglés *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*.

CIE:

Clasificación Internacional de Enfermedades.

CRAFFT:

Abuse Screening Test.

DSM:

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

ENT:

Enfermedades no transmisibles.

FR:

Factores de riesgo.

FRAMEAP:

Dar Feedback (F), señalar la Responsabilidad (R) por el cambio, ofrecer asesoramiento (A),

listar un Menú de opciones para el cambio de comportamiento (M), tener un enfoque Empático (E), desarrollar la Autoeficacia (A), y elaborar un Plan (P).

IMC:

Índice de masa corporal.

LGTBIQ+:

Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales, Intersexuales, Queer y más.

OMS:

Organización Mundial de la salud.

SAF:

Síndrome Alcohólico Fetal.

SAPRO:

Organizaciones de aspectos sociales y de relaciones públicas (por sus siglas en inglés *Social Aspects/Public Relations Organisations*).

SBI:

Cribado e intervención breve, por sus siglas en inglés SBI (*Screening and Brief Intervention*).

SBIRT:

Cribado e intervención breve y derivación a tratamiento, por sus siglas en inglés SBIRT (*Screening and Brief Intervention and Referral to Treatment*).

TEAF:

Trastorno del espectro alcohólico fetal.

TUS:

Trastorno por Uso de Sustancias.

UBE:

Unidad de bebida estándar.

Resumen

El Glosario recoge la definición de terminología clave sobre promoción de la salud, prevención, cribado, abordaje, e intervención breve del consumo de alcohol y sus daños relacionados.

Incluye más de sesenta definiciones ordenadas alfabéticamente, indicando aquellos términos que pueden ser estigmatizantes destacados con la anotación “alerta de estigma”, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha realizado en el documento “Informar sobre alcohol. Una guía para periodistas” (1).

Se incorporan también apartados específicos sobre términos no recomendados, abreviaturas, y referencias bibliográficas. Sus principales aportaciones son el uso de un lenguaje actualizado y no estigmatizante, un enfoque integral de prevención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, una perspectiva de equidad y salud pública, un hincapié en el abordaje desde Atención Primaria y Comunitaria, la consideración del curso vital y poblaciones en situación de vulnerabilidad, así como la clasificación de la prevención según niveles.

Este glosario se convierte en una herramienta fundamental para la coherencia terminológica, la práctica clínica y las políticas públicas de prevención y promoción de la salud frente al consumo de alcohol.

Además, se ha hecho un esfuerzo por aunar los enfoques de salud pública y adicciones, que en ocasiones utilizan diferentes términos para conceptos similares.

Actualmente la OMS tiene disponibles el Glosario de Alcohol y Drogas que no se ha actualizado desde 1994 (2) y el Glosario de Promoción de la Salud (3), además de otros documentos que recogen definiciones y conceptos como la Guía para periodistas (1). Los conceptos se han desarrollado en base a las referencias bibliográficas indicadas para cada término, así como con el criterio técnico de las personas expertas que han participado en su elaboración y revisión (ver apartado de [Autoría](#)).

Se trata de un documento vivo, que acompaña a los materiales y guías específicas que se están elaborando sobre cómo abordar la prevención, cribado e intervención breve del consumo de alcohol desde el sistema sanitario con perspectiva de curso de vida. Por lo tanto, se actualizará conforme se vayan desarrollando e incorporando nuevos documentos,

incluyendo en un futuro el abordaje del consumo de alcohol desde otros entornos.

Los documentos se desarrollarán para cubrir las diferentes etapas vitales: embarazo, edad pediátrica (infancia/adolescencia) y edad adulta. Además, estarán disponibles dos documentos transversales de apoyo (Introducción y elementos clave; y este glosario), que se irán actualizando.

Como puede verse en el apartado final de autoría, en la elaboración han participado profesionales de las diferentes Comunidades y Ciudades Autónomas, de INGESA, de Sociedades Científicas de diversos ámbitos y perfiles profesionales, así como profesionales del Ministerio de Sanidad.

Para ampliar información

Web del Ministerio de Sanidad:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentosTecnicos/guiasAlcohol/home.htm>

Glosario

ABSTEMIO/A

En sentido puro, una persona abstemia es quien nunca ha consumido ni consume alcohol. Sin embargo, se considera “abstinencia actual” en las encuestas de muchos países, cuando no se ha consumido nada de alcohol en los últimos 12 meses (2).

Por otra parte, desde el **punto de vista clínico**, la persona dependiente del alcohol que no bebe no debería catalogarse como abstemia sino como abstinente o con una dependencia en remisión (para ampliar ver término “[Dependencia](#)”).

ACCIÓN COMUNITARIA EN SALUD⁽⁴⁾

Dinamización de las relaciones sociales de cooperación entre las personas de un determinado ámbito o espacio de convivencia con una triple función transformadora: mejorar las condiciones de vida, reforzar los vínculos y la cohesión social y potenciar las capacidades de acción individual y colectiva.

Se trata de un proceso dialéctico (por las relaciones con y entre los protagonistas de la intervención comunitaria) y dinámico, ya que va evolucionando en el tiempo y en el espacio territorial en el que se produce. Se debe asegurar su sostenibilidad y continuidad. Todo proceso de acción comunitaria debe desarrollarse partiendo de lo que ya existe, teniendo en cuenta la historia de la comunidad, sobre todo en cuanto a participación se refiere, realizando cada comunidad su propio itinerario.

Para ampliar, ver concepto de orientación comunitaria. La Acción comunitaria en salud corresponder al nivel 3 de orientación comunitaria.

ACTIVO PARA LA SALUD

Cualquier factor (o recurso) identificado por personas, grupos y comunidades como apoyo para mantener y sostener la salud y el bienestar, así como para reducir las desigualdades en salud. Estos recursos presentes en la comunidad pueden actuar a nivel individual, familiar y/o comunitario y tienen como denominador común la capacidad de fortalecer la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud física, psíquica y/o social y contrarrestar situaciones de estrés (4).

ADICCIÓN

Se trata de un término de uso variable y controvertido, aunque es ampliamente utilizado tanto por profesionales como por el público general, medios de comunicación o a nivel político, así como en contextos de investigación. Describe la situación en la que se produce un consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, con un patrón de intoxicación de forma periódica o incluso continua, asociado a un deseo compulsivo de consumir, una gran dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y uso de acciones para obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio (2).

La Agencia de la Unión Europea sobre Drogas la define como una motivación fuerte y mantenida para vincularse a una conducta intencional, sin valor de supervivencia, adquirida tras participar de la conducta, y con un significativo potencial de causar un daño no deseado (5). Es considerada una construcción multifacética y socialmente definida, más que una entidad física con límites claros definidos (5). Habitualmente se utiliza como sinónimo de dependencia.

Más reciente es el concepto de adicción comportamental¹, que incluye los trastornos debidos a conductas adictivas con síndromes reconocibles y clínicamente significativos asociados con angustia o interferencia con las funciones personales que se desarrollan como resultado de conductas repetitivas y gratificantes distintas del uso de sustancias que producen dependencia (6). El término adicciones sin sustancia sería sinónimo.

ADICTO/A

¡Alerta de estigma! – Término utilizado para describir a una persona que muestra dificultades para controlar el uso de sustancias (u otro comportamiento de búsqueda de recompensas, como el juego – ver término “adicción”) a pesar de sufrir daños graves causados por dicha actividad. Para disminuir el estigma asociado con estas afecciones, en lugar de describir a una persona como “adicta al alcohol” se recomienda utilizar un lenguaje “centrado en la persona”, es decir, que dé prioridad a la persona, describiéndola como “una persona que tiene o padece una adicción, o un trastorno por consumo de alcohol” (1).

Aunque este glosario recoja sobre todo los términos relacionados con el alcohol, la palabra “adicto/a” se también es aplicable tanto al consumo de sustancias cómo a las denominadas adicciones comportamentales (ver término [Adicción](#)).

¹ La mayoría de las adicciones tienen un componente comportamental, pero en este punto se recoge la definición que se utiliza actualmente de este término.

ALCOHOLISMO

¡Alerta de estigma! – Es un término utilizado tradicionalmente para identificar el consumo de alcohol crónico por parte de personas que dependen física y psicológicamente del alcohol. Aunque este término estigmatizante siga utilizándose de manera cotidiana, hace décadas que no se utiliza como término diagnóstico y la OMS desaprobó su uso, en su lugar se recomienda el término “trastorno por consumo de alcohol” (1).

ALFABETIZACIÓN EN SALUD (3,7)

Se entiende por alfabetización en salud el conocimiento y las competencias personales que se acumulan por medio de las actividades cotidianas, las interacciones sociales y a través de las distintas generaciones. En ella influyen las estructuras institucionales y la disponibilidad de recursos que permitan a las personas acceder a la información y los servicios y de comprenderlos, evaluarlos y utilizarlos de manera que promuevan y mantengan una buena salud y bienestar para sí mismos y para su entorno, lo que a menudo se conoce como alfabetización institucional en materia de salud.

Es algo más que poder acceder a sitios web, leer folletos y seguir los comportamientos prescritos en cuanto a la búsqueda de atención de la salud. Incluye la habilidad para ejercitar el juicio crítico sobre la información y los recursos de salud, así como la capacidad de interactuar y expresar las necesidades personales y sociales para promover la salud. Es fundamental tanto para el empoderamiento de las personas en la toma de decisiones sobre su salud, como para permitir su participación en la promoción de la salud colectiva abordando los determinantes de la salud.

ASSIST⁽⁸⁾

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una herramienta técnica para ayudar a la identificación de riesgos para la salud y trastornos debido al uso de sustancias en AP, la atención médica general y otros entornos.

AUDIT

El término AUDIT, por las siglas en inglés de *Alcohol Use Disorders Identification Test*, o Prueba de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol.

El AUDIT fue desarrollado por la OMS para detectar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol y en particular para ayudar en la clínica a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo (9).

El cuestionario detecta tanto consumos de riesgo como consumo perjudicial y dependencia, en el ámbito sanitario. Incluye 10 preguntas que cubren: consumo de riesgo (de la pregunta 1 a la 3); problemas relacionados con el alcohol (preguntas de la 7 a la 10) y dependencia al alcohol (preguntas de la 4 a la 6). Cada pregunta se puntúa de 0 a 4, y la suma final permite identificar, en función del punto de corte, tanto los consumos de riesgo como la dependencia alcohólica. Este test ha sido traducido y validado para España (10) y se considera la herramienta más adecuada para estimar el nivel de riesgo y adecuar la intervención.

AUDIT-C

Incluye las tres primeras preguntas sobre consumo del AUDIT.

El Ministerio de Sanidad, siguiendo las recomendaciones de la OMS, propone la utilización del test AUDIT que detecta tanto consumos de riesgo como consumo perjudicial y dependencia y el AUDIT C, versión corta del anterior, se utiliza como test de cribado, para identificar personas con consumo de riesgo.

El AUDIT abreviado (AUDIT-C) tiene un punto de corte distinto según sexo con puntuaciones de 5 o más para los hombres y 4 o más para las mujeres.

BEBIDA ALCOHÓLICA

En la mayoría de los países con una definición legal de “bebida alcohólica”, se establece un umbral para el contenido de etanol (C₂H₅OH) (1). En España existe una definición con fines impositivos² que considera bebida alcohólica toda aquella que tiene 1,2 grados de alcohol o más (11). De ahí que sea legal denominar bebidas “sin alcohol” aquellas con un contenido inferior, algo que debe tenerse en cuenta en las situaciones en las que se desaconseje el consumo de alcohol, como pueden ser el embarazo y lactancia, la conducción, la dependencia del alcohol en remisión, algunos medicamentos y enfermedades, actividades de riesgo o menores de edad.

2 «Bebida analcohólica». Aquella cuyo grado alcohólico volumétrico adquirido no sea superior a 1,2 % vol.

Algunas legislaciones autonómicas establecen la definición de bebida alcohólica si el contenido o graduación alcohólica es igual o superior a 1 por ciento de su volumen (12,13).

Para la cerveza pueden establecerse las siguientes definiciones:

- » Cerveza de bajo contenido en alcohol: cerveza cuya graduación alcohólica esté comprendida entre el 1 y el 3 por 100 en volumen (14).
- » Cerveza “sin” alcohol: contiene una cantidad menor al 1% en volumen de alcohol (generalmente un 0,6-0,9%) (14).
- » Cerveza 0,0%: aunque no está definida en la legislación y se entiende que no debería contener alcohol, podría tener hasta un 0,04%, ya que los procesos de extracción de alcohol no son perfectos.

En este documento, “alcohol” es sinónimo de bebida(s) alcohólica(s). De manera que “alcohol” o “bebida alcohólica” se refiere a un producto que contiene etanol (alcohol etílico) y está destinado principalmente al consumo humano (principalmente a través de la bebida).

BEBIDA CON ALTO CONTENIDO EN CAFEÍNA O ENERGÉTICA O EXCITANTE³

Productos sin alcohol con un alto contenido de sustancias excitantes, principalmente cafeína, que aportan más de 15 miligramos de esta sustancia por 100 mililitros de bebida (15). Estudios recientes demuestran que el consumo de alcohol mezclado o en combinación con bebidas energéticas conduce a estados subjetivos alterados que, entre otros efectos, incluyen una disminución de la percepción de intoxicación etílica (16) con lo que aumenta la probabilidad de que la persona siga consumiendo alcohol y con ello, los riesgos para la salud.

El consumo excesivo de cafeína puede provocar efectos fisiológicos no deseados que van desde la alteración del sueño, tanto en el tiempo necesario para conciliarlo como su duración, hasta efectos psicológicos y alteración del comportamiento, así como trastornos cardiovasculares. Además, un consumo regular de cafeína puede causar dependencia física moderada a partir de 100 mg/día y tolerancia a esta sustancia, creando la necesidad de consumir una dosis mayor que la inicial para conseguir un efecto similar al original (15).

³ Puede ampliarse información en la web de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Recomendaciones de consumo de bebidas energéticas. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/noticias_y_actualizaciones/noticias/2022/recomendaciones_bebidas_energeticas.htm

BOTELLÓN

El fenómeno social “Botellón” hace referencia a la reunión masiva de personas jóvenes (fundamentalmente personas menores de edad y hasta 24 años (17). desarrollada en sitios públicos y abiertos de libre acceso donde se consumen grandes cantidades de bebidas alcohólicas adquiridas previamente en comercios (18). Suelen tratarse de eventos nocturnos en lugares de libre acceso y al aire libre, con ingesta de bebidas de alta graduación (18,19). Ver términos “consumo intensivo” y “consumo perjudicial”.

CONFLICTO DE INTERESES

Un conflicto de intereses puede definirse como un conflicto entre los intereses privados y las responsabilidades oficiales o profesionales de una persona, o como aquel que surge cuando una persona tiene un interés privado discrepante con el de su empleador/a (20).

Además, en relación a la prevención del consumo de alcohol, se considera que hay conflicto de intereses cuando un interés secundario (ej. comercial) interfiere con un interés primario (ej. salud pública) relativo al alcohol. Un mayor consumo produce mayores daños para la salud y el desarrollo, y también conlleva mayores ventas para la industria del alcohol. Esto coloca los intereses de la salud pública en un conflicto inherente y directo con los intereses de la industria del alcohol (1).

CONSEJO DE SALUD / CONSEJO BREVE

Un consejo de salud es una entrevista clínica breve oportunista (de 2 a 10 minutos) centrada en el/la paciente, sus conocimientos y sus necesidades que incluye información y una propuesta motivadora de cambio, aprovechando una consulta o encuentro profesional (21,22). La finalidad del consejo, además de fomentar un estilo de vida saludable, ha de ser el conseguir la participación activa de las personas en su propia salud, buscando su empoderamiento (21).

El consejo de salud o consejo breve puede ser considerado una parte de la intervención breve (23,24), concepto que se desarrolla más adelante en el glosario (ver término “intervención breve”). La intervención breve de menos de 5 minutos también ha demostrado efectividad en atención primaria de salud (AP) (25). En inglés sería equivalente al término “*brief advice*”(24) o “*simple brief intervention*”(23).

CONSUMO DE BAJO RIESGO DE ALCOHOL

Consumo promedio de alcohol a partir del cual se produce un aumento significativo de mortalidad, lo que no significa que por debajo de ese consumo la mortalidad no esté aumentada. Los **límites de consumo de bajo riesgo** son 10 g/día (1UBE o unidad de bebida estándar) en mujeres y 20 g/día (2 UBE) en hombres (26).

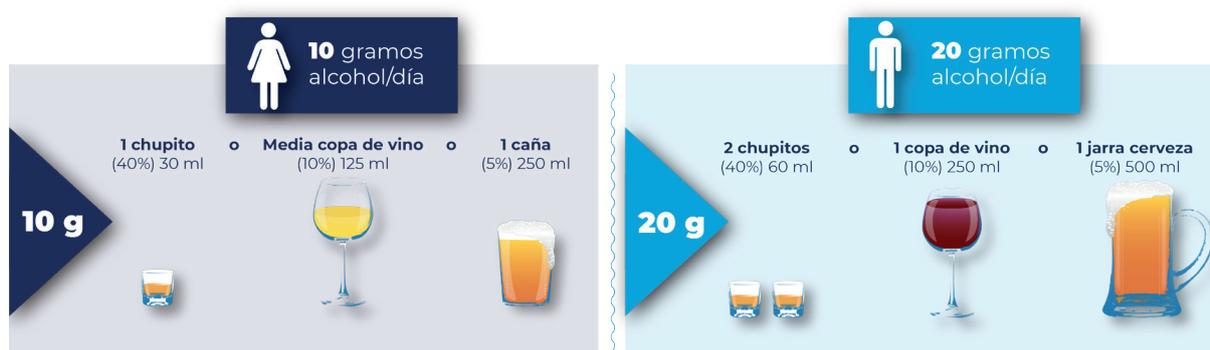


Figura 1: Límites de consumo de bajo riesgo de alcohol en mujeres y hombres

Desde hace algunos años, las guías nacionales de varios países utilizan el concepto de consumo de “bajo riesgo”, porque para determinadas enfermedades gastrointestinales, cáncer y lesiones, no existe un nivel de consumo seguro. Estas guías informan a la población de los niveles y patrones de consumo que conllevan menores riesgos para la salud (bajo riesgo), resaltando que cuanto menos se consuma menor es el riesgo y que para algunas personas la opción más segura es no consumir alcohol. Algunas guías, también recomiendan días libres de alcohol a la semana. Son por ello, una herramienta de salud pública para disminuir el daño asociado al consumo de alcohol a corto y largo plazo.

Debemos destacar que estos límites no se aplican a los grupos específicos de población o situaciones especiales indicadas previamente.

Hay que destacar que, con la actualización de los límites de bajo riesgo para España en 2020 (26), entre los niveles de los límites de consumo de bajo riesgo y el consumo de riesgo, hay un rango de consumo intermedio, en el que se debe informar sobre los riesgos animando a disminuir el consumo, al menos por debajo de los límites de bajo riesgo.

Para ampliar información ver término “Riesgo del consumo de alcohol en función de los tipos de consumo”.

CONSUMO INTENSIVO, EN ATRACÓN O BINGE DRINKING⁴

Es un patrón de consumo de alcohol cada vez más extendido en nuestra sociedad, fundamentalmente entre las personas más jóvenes. Se caracteriza por la ingesta de grandes cantidades de alcohol durante un breve periodo de tiempo: ≥ 60 g (6 UBEs) en hombres y de ≥ 40 g (4 UBEs) en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente, 4-6 horas), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8 g/L).

Las personas que realizan este consumo son un grupo de riesgo que a menudo pasa desapercibido; por un lado, debido a que su ingesta regular es habitualmente baja y no se detecta si sólo se considera el volumen promedio; y, por otro lado, debido a la baja percepción del riesgo que se tiene de esta conducta, tanto en la persona que realiza este tipo de consumo, como en su entorno. Estos episodios son perjudiciales, con consecuencias tanto en la salud de las personas que consumen, como en su entorno.

Figura 2: Consumo intensivo de alcohol, definición y cantidades según la bebida alcohólica, gradación de alcohol y volumen del envase, para hombres y mujeres



⁴ En el documento de [Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol](#) se definen los Episodios de consumo intensivo de alcohol o *Binge drinking* como el consumo de ≥ 60 gramos (6 UBEs) en hombres y ≥ 40 o más gramos (4 UBEs) en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 horas), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8 g/l). Sin embargo, para la encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) se considera *binge drinking* al consumo de ≥ 5 UBEs en hombres o ≥ 4 UBEs en mujeres, en la misma ocasión, es decir, seguidas o en un intervalo de dos horas.

Para ampliar información ver término “Riesgo del consumo de alcohol en función de los tipos de consumo”.

CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL

El consumo de riesgo de alcohol es un nivel de consumo de alcohol, o patrón de consumo, que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas en caso de persistir. El daño puede ser para la salud, física o mental, y puede incluir consecuencias sociales para la persona que consume o para otras personas. Pueden utilizarse diferentes criterios para su identificación (ver tabla inferior). No está recogido en ningún manual de clasificación de enfermedades (CIE o DSM) al no referirse a ninguna dolencia existente. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que la persona aún no haya experimentado ningún trastorno (9).

En España, en la actualidad, se considera consumo de riesgo aquel que cumple alguno de estos criterios:

Figura 3: Criterios para determinar un consumo de riesgo de alcohol.

Son los criterios a partir de los cuales actualmente se aconseja realizar una intervención en consulta

CRITERIOS	HOMBRES 	MUJERES 
UBEs/día	>4	>2-2,5
AUDIT	>7 puntos	>5 puntos
UBE/semana	>28	>17
UBE/ocasión	≥6	≥4

Es importante registrar el consumo por días y por semanas (consumo promedio), dado que, en el caso de una persona que consume de manera intermitente, un total semanal bajo puede coexistir con una cantidad de riesgo, en los días u ocasiones en que consume de manera intensiva.

Es importante recordar que a nivel individual cualquier consumo es de riesgo durante la gestación, lactancia materna, en personas menores de 18 años, cuando existen enfermedades concomitantes que empeoran con el consumo de alcohol, y otros grupos de población o situaciones específicas descritas previamente. Para ampliar ver apartado de Poblaciones que no deben consumir alcohol.

Para ampliar información ver término “Riesgo del consumo de alcohol en función de los tipos de consumo”.

CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL

Un patrón de consumo que causa daño a la salud, sea física o mental, y con frecuencia también un daño social. A diferencia del consumo de riesgo, el diagnóstico de consumo perjudicial requiere que el daño generado a la persona que consume ya esté presente. Con este patrón las personas bebedoras probablemente habrán experimentado problemas de salud físicos y mentales, lesiones, violencia, problemas legales o problemas sociales debidos a la intoxicación frecuente. El término se introdujo en la CIE-10 (ICD-10) y sustituyó a “consumo no dependiente” como término diagnóstico.

Para ampliar información ver término “Riesgo del consumo de alcohol en función de los tipos de consumo”.

CONSUMO PROBLEMÁTICO

La OMS definía este término en el Glosario de términos de alcohol y drogas, se utilizaba cuando aparecía algún problema relacionado con el alcohol (individual, colectivo, de salud, o social) (2). Actualmente se recomienda utilizar el término de trastorno por consumo de alcohol (ver término en glosario).

CONSUMO PROMEDIO DE ALCOHOL

Consumo habitual que hace una persona en un periodo de tiempo, que suele referirse al consumo diario o semanal. Puede utilizarse el **Diario de consumo** para calcularlo.

CONSUMO TEMPRANO DE ALCOHOL (UNDERAGE DRINKING)

El concepto de «consumo temprano» de alcohol tiene dos acepciones: empírica y legal. La primera se fundamenta en estudios que inciden en la mayor vulnerabilidad bio-psico-social de la persona consumidora asociándose a un mayor consumo respecto a aquellas personas que se inician más tarde, y a una mayor probabilidad de desarrollar una conducta problemática y de abuso respecto al alcohol. Desde el punto de vista legal estaríamos hablando del consumo que se produce por debajo de la edad establecida por las leyes para poder consumir alcohol (18 años en nuestro medio).

CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL ⁽²⁷⁾

La OMS recoge en el Plan de acción 2022-2030, que el término «uso nocivo del alcohol» es «el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales» (28).

Se trata de un concepto mucho más amplio que la noción clínica comprendida en la categoría diagnóstica de «hábito de consumo nocivo», que corresponde a una parte del espectro de «trastornos por consumo de alcohol» que se recoge en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Las consecuencias del uso nocivo del alcohol en la salud y el bienestar no se limitan al ámbito de la salud; también suponen pérdidas sociales y económicas importantes ligadas a los costos que se generan en el sector de la justicia, a la pérdida de productividad de la fuerza de trabajo y al desempleo, y al dolor y sufrimiento ocasionados. El uso nocivo del alcohol también puede provocar daños a terceros, como familiares, amigos, compañeros de trabajo y otras personas.

CRAFFT Abuse Screening Test ⁽²⁹⁾

El CRAFFT Abuse Screening Test es una herramienta de evaluación utilizada para identificar el riesgo de problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes y adultos jóvenes. El nombre CRAFFT es un acrónimo basado en las palabras clave de los 6 ítems de la segunda sección de la evaluación (Coche, Relajarse, Solo, Olvidar, Amistades, Problemas), que exploran comportamientos relacionados con el consumo de sustancias, como conducir bajo la influencia, usar sustancias para relajarse, y olvidar cosas mientras se está bajo la influencia. Es utilizado en entornos clínicos para detectar y prevenir problemas de abuso de sustancias en esta población.

CRIBADO DEL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL

Se trata de una actividad de prevención secundaria cuyo objetivo es identificar problemas relacionados con el alcohol en una etapa temprana, para poder intervenir y ofrecer tratamiento o consejo adecuado. Es una parte fundamental de la atención sanitaria integral y puede contribuir significativamente a la prevención y tratamiento de trastornos por consumo de alcohol, mejorando su pronóstico y evitando la mortalidad prematura y la discapacidad asociada al consumo, así como los daños a terceras personas y en su entorno.

El proceso de cribado se inicia con una entrevista en la que el/la profesional de la salud recopila información sobre el patrón de consumo de alcohol, frecuencia, cantidad y situaciones en las que se consume. Puede preguntarse directamente sobre el consumo o utilizarse cuestionarios de identificación o cribado. La OMS recomienda utilizar el test AUDIT C para identificar a personas con consumo de riesgo, una versión corta del test AUDIT, que se ha traducido y validado para España (10).

El cribado del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol implica realizar:

- » una evaluación clínica para determinar si existen signos de dependencia del alcohol u otros problemas de salud física o mental relacionados.
- » un análisis de los resultados de la información recopilada durante la entrevista y valoración para determinar si presenta un consumo de riesgo de alcohol.
- » una intervención y derivación, si se identifica un consumo de riesgo de alcohol (ver término “consumo de riesgo”). El/La profesional de la salud discute los resultados con el/la paciente y ofrece consejo sobre los riesgos asociados con el consumo. Dependiendo de la gravedad del problema, puede recomendarse un tratamiento adicional, como terapia específica, grupos de apoyo o tratamiento médico especializado.
- » un seguimiento a lo largo del tiempo para supervisar el progreso y ajustar la intervención según sea necesario.

CRIBADO E INTERVENCIÓN BREVE (SBI) / CRIBADO E INTERVENCIÓN BREVE Y DERIVACIÓN A TRATAMIENTO (SBIRT)

Cribado e Intervención breve se identifica por sus siglas en inglés SBI (*Screening and Brief Intervention*) y Cribado, Intervención breve y derivación a tratamiento por sus siglas en inglés SBIRT (*Screening and Brief Intervention and Referral to Treatment*). Ver definición de “Derivación a tratamiento”.

Se trata de una actividad de prevención secundaria⁵, basada en la evidencia y que utiliza instrumentos validados para detectar consumos de riesgo y trastornos por consumo de alcohol (ver Glosario), realizando una intervención breve, motivando a la persona que reduzca o abandone el consumo de alcohol y derivando a tratamiento⁶ en caso necesario, fundamentalmente desde AP o desde recursos específicos del campo de las adicciones. (30)

⁵ En los niveles de prevención en adicciones de Gordon se clasificaría como prevención selectiva o indicada (para ampliar ver término “Niveles de prevención (en adicciones)”).

⁶ En prevención de adicciones se denominaría derivación a intervención preventiva indicada.

La iniciativa SAFER⁷ de OMS (31) incluye facilitar la detección seguida de intervención y tratamiento (*Screening and Brief Intervention, SBI, or Screening and Brief Intervention and Referral to Treatment, SBIRT*) como una de las “mejores inversiones” para reducir el consumo de alcohol y sus daños relacionados.

CURSO VITAL (3,32)

Una secuencia de etapas culturalmente establecidas por la que las personas suelen pasar a medida que avanzan desde el embarazo, infancia, adolescencia, edad adulta y vejez, que cubre desde antes del nacimiento hasta la muerte. La salud a lo largo de la vida es un reflejo de la compleja interacción de factores biológicos, conductuales, psicológicos, la protección social y los factores de riesgo que contribuyen a los resultados de salud a lo largo de la vida de una persona.

Un enfoque desde el curso de vida proporciona una visión holística de la salud y el bienestar de las personas en todas las etapas de la vida, a la vez que lo interrelaciona con el desarrollo sostenible. El enfoque del curso de vida considera a la salud como una capacidad en evolución que se desarrolla dinámicamente a lo largo del tiempo y a través de las generaciones. Además, este enfoque permite comprender mejor cómo se perpetúan y transmiten las inequidades sociales en salud, y cómo se pueden mitigar o aliviar a través de las generaciones.

La salud de una persona y el bienestar están conformados por muchos factores individuales, sociales y ambientales diferentes a lo largo de la vida. La exposición al riesgo en los primeros años de vida puede afectar la salud, el bienestar y al estatus socioeconómica décadas después. El riesgo y la resiliencia se acumulan a lo largo del curso de la vida.

El enfoque del curso de vida abarca acciones tempranas y adaptadas a las transiciones vitales (entendidas como momentos clave de cambio en la vida) y en el conjunto de la sociedad. Este enfoque confiere beneficios a la toda la población a lo largo de la vida, así como acumular a las próximas generaciones.

⁷ La iniciativa SAFER de la OMS incluye las 5 áreas de intervención consideradas “mejores inversiones” para reducir el consumo de alcohol y los daños relacionados, 1) fortalecer las restricciones sobre la disponibilidad de alcohol, 2) Hacer cumplir las medidas de prohibición o restricción con respecto a la publicidad, el patrocinio y la promoción del alcohol, 3) Aumentar los precios del alcohol a través de impuestos selectivos al consumo y políticas de precios, 4) Impulsar y hacer cumplir las medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol y 5) Facilitar la detección de consumo de riesgo de alcohol seguido de intervención breve y tratamiento.

DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Conjunto de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos en los que el uso de alcohol supone para la persona una prioridad mucho más elevada que otras conductas que antes tenían mayor valor. Una característica central es el deseo de beber alcohol. El reinicio del consumo después de un período de abstinencia se asocia con frecuencia a una reinstauración rápida de las características del síndrome. Equivale, más o menos, a la dependencia al alcohol recogido en la CIE-10 (F10.2) y CIE-11 (6C40.2). En el DSM-5 se han integrado los términos de abuso de alcohol y dependencia de alcohol en un único trastorno denominado **trastorno por consumo de alcohol** (AUD por sus siglas en inglés) (ver Glosario), con subclasificaciones leves, moderadas y graves.

Si no se especifica, la dependencia se refiere tanto a los elementos físicos como a los psicológicos. La **dependencia psicológica o psíquica** se aplica al deterioro del control sobre la bebida o sobre el consumo de la sustancia (ansia “*craving*”, compulsión), mientras que la **dependencia fisiológica o física** se refiere a la tolerancia y los síntomas de abstinencia (neuroadaptación). En los debates centrados en la biología, el término dependencia suele emplearse únicamente en referencia a la dependencia física.

Es importante tener en cuenta que, una vez que se ha detectado a una persona con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, el siguiente paso consistirá en valorar signos y síntomas que apunten a una posible dependencia. Una puntuación de 20 o más en el AUDIT es indicativa de dependencia del alcohol, aunque puntuaciones menores también pueden significar dependencia. El diagnóstico clínico es un paso necesario tras una alta puntuación.

Después de un diagnóstico de dependencia del alcohol, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención, la persona puede reducir o abandonar el consumo de alcohol, lo que habitualmente conlleva una reducción de los síntomas y signos del trastorno, pudiéndose catalogar la situación como una “**dependencia del alcohol en remisión**” (33,34). La remisión puede ser precoz (3-12 meses), mantenida (>12 meses), y total (no cumple ningún criterio de trastorno) o parcial (ha reducido el número de criterios de trastorno).

DERIVACIÓN A TRATAMIENTO⁸

Consiste en proporcionar acceso a un tratamiento más extenso o atención especializada, para aquellas personas que se ha identificado

⁸ En prevención de adicciones se denominaría derivación a intervención preventiva.

que lo necesitan (35). Es una parte complementaria a la intervención breve y se deben mantener los principios de comunicación (colaboración/negociación) que se mantienen en dicha intervención para negociar esta parte del acuerdo del seguimiento. De manera que, la derivación se tiene que reservar para aquello/as pacientes que no responden en AP o de especial complejidad/gravedad.

Se recoge dentro del concepto Cribado, Intervención breve y derivación a tratamiento por sus siglas en inglés SBIRT (*Screening and Brief Intervention and Referral to Treatment*).

DESHABITUACION DEL ALCOHOL

El término deshabituación hace referencia al conjunto de medios terapéuticos que facilitan que el/la paciente aprenda a vivir bien sin beber (aprender a vivir en abstinencia). El/la paciente debe adquirir conocimientos sobre su enfermedad y desarrollar habilidades que le permitan crear mecanismos de defensa válidos ante situaciones de riesgo (36).

DESINTOXICACION DEL ALCOHOL

La desintoxicación del alcohol consiste en la cesación del consumo de alcohol en una persona que padece un trastorno por consumo de alcohol. Es el conjunto de medidas tanto ambientales como farmacológicas utilizadas para lograr que una persona con trastorno por consumo de alcohol interrumpa de forma duradera el consumo sin presentar signos o síntomas de abstinencia. Su objetivo es prevenir y tratar los síntomas de abstinencia mediante tratamiento farmacológico y apoyo psicoterapéutico, y social. Puede realizarse de manera ambulatoria (preferiblemente), en hospital de día o mediante ingreso hospitalario. Este proceso suele ir acompañado de la sustitución del alcohol con fármacos que tienen efectos similares a los del alcohol para disminuir los síntomas de la abstinencia de alcohol (37).

DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD (o INEQUIDADES EN SALUD)

Son aquellas diferencias en salud injustas, sistemáticas y evitables que se producen entre grupos poblacionales definidos por factores sociales, económicos, demográficos y/o geográficos (38). Estas diferencias se suelen producir fruto de la distribución diferencial de poder, prestigio y recursos, afectando a las distintas personas en función de una serie de ejes de

desigualdad con un impacto transversal en las mismas: género, edad, clase social, etnia, estatus migratorio, diversidad funcional, diversidad sexual y territorio (4).

DETERMINANTES COMERCIALES DE LA SALUD

Estrategias que utiliza el sector privado para promover productos y elecciones que son perjudiciales para la salud (39), jugando un papel fundamental en el entorno y los estilos de vida individuales, e incidiendo de esa forma en la salud de la población (40).

Los determinantes comerciales de la salud también incluyen estrategias y enfoques a través de los cuales las empresas ejercen poder e influencia en los gobiernos, la sociedad y personas consumidoras (3). Algunas de las tácticas utilizadas (41) pueden ser políticas (favoreciendo la autorregulación voluntaria para mantener la regulación obligatoria fuera de la agenda política, mediática y social (42)), científicas (financiación de investigaciones que desacrediten el conocimiento científico probado o generen incertidumbre(43)), de marketing mediante la normalización del consumo, financieras o de gestión de su reputación, entre otras. A través de ellas favorecen el desarrollo de iniciativas no regulatorias (generalmente consideradas ineficaces o menos efectivas, como por ejemplo, programas educativos) o la utilización de litigios y acciones legales para socavar políticas y regulaciones desfavorables (42). También puede influir en la opinión pública mediante la creación de Organizaciones de aspectos sociales y de relaciones públicas (SAPRO, por sus siglas en inglés *Social Aspects/Public Relations Organisations*) (43) o patrocinando eventos deportivos o culturales (42,44).

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Conjunto de factores personales, sociales, sanitarios, económicos y ambientales que condicionan el estado de salud de las personas y las poblaciones en las que estas conviven. Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la diferente y a veces injusta distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (4).

Entre los diferentes modelos teóricos destaca el de Dahlgren y Whitehead, que establece capas de influencia de los determinantes sociales. Así, se puede hablar de un nivel superior de determinantes socioeconómicos,

políticos, comerciales, culturales y ambientales; un segundo nivel en el que se sitúan las condiciones de vida, es decir, de trabajo, educación, residencia, vivienda y atención sanitaria; y un tercer nivel donde se encuentran los factores psicosociales y los estilos de vida. A su vez, alrededor de la persona y sus factores individuales (edad, sexo, factores físicos y genéticos) se encuentra su entorno familiar y comunitario, basado en las relaciones y la cohesión social (4,38).

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud comprende cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para ayudar a las personas y a las comunidades a mejorar su salud aumentando el conocimiento, influyendo en la motivación y mejorando la alfabetización en salud (3).

EDUCACIÓN PARA LA SALUD INDIVIDUAL (21)

Consulta educativa de al menos 20 minutos o serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre profesional y persona usuaria, en las que se trabajan las capacidades de esta persona sobre un tema (consumo de alcohol, alimentación, el dejar de fumar, la diabetes, la menopausia, etc.), desde una perspectiva amplia.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL (o GRUPO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD) (22)

Se trata de un conjunto de sesiones programadas (de 3 a 6 sesiones aproximadamente) dirigidas a un grupo de personas, usuario/as o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o temas de salud. La cantidad de sesiones podría establecerse en un mínimo de 3, atendiendo a la necesidad de contar con espacio y tiempo para trabajar la capacitación en conocimientos, actitudes/emociones y/o habilidades. También se incluyen intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad para aumentar su conciencia sobre factores sociales, políticos y ambientales que influyen en la salud.

ESTIGMA

Atributo, comportamiento o condición que causa estigmatización social. Está demostrado que el estigma reduce la disposición de las personas con trastornos por consumo de sustancias a buscar un tratamiento (1).

Se trata de un fenómeno social que implica la atribución de características negativas, desvalorativas o discriminatorias a una persona o grupo de personas debido a una condición, identidad, comportamiento o característica específica que es percibida como desviada o inaceptable por la sociedad (45). Este proceso resulta en la marginación, exclusión o deshumanización de estas personas, afectando profundamente su dignidad, autoestima y acceso a oportunidades y recursos (45,46).

ENTREVISTA MOTIVACIONAL (47,48)

La entrevista motivacional es un estilo o abordaje terapéutico, de asistencia directa centrada en la persona, que permite generar conversaciones que promuevan el cambio deseado en el comportamiento, ayudando a explorar y resolver ambivalencias.

De una forma general se puede definir como un estilo de conversación colaborativo con el objetivo de reforzar la motivación y el compromiso de la persona por el cambio, y desde un punto de vista profesional, es un estilo terapéutico centrado en la persona que aborda la ambivalencia ante el cambio.

Incluye una serie de técnicas o habilidades (preguntas abiertas, escucha reflexiva, resúmenes, afirmaciones, ofrecer información y consejo), el espíritu (colaboración, evocación, aceptación, compasión) y unos procesos básicos (vinculación, enfoque, evocación, planificación). Se dispone de evidencia científica de su utilidad en múltiples áreas de la salud y especialmente en el alcohol y uso de otras sustancias.

EQUIDAD EN SALUD

Equidad en salud consiste en que las personas puedan alcanzar el máximo potencial de salud independientemente de la posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales (49).

La equidad en salud requiere que las necesidades de las personas guíen la distribución de las oportunidades para el bienestar, y está ligada a las acciones que abordan los determinantes sociales de la salud, ya que está relacionada con la distribución de poder y recursos en las poblaciones (50).

Se refiere por tanto a la creación de las mismas oportunidades para la salud, así como a la reducción de las desigualdades en salud al nivel más bajo posible (4). La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según las necesidades de cada persona, a diferencia del concepto de igualdad, que consistiría en asignar los recursos a todas por igual. Por ello,

la equidad es también un valor ligado al concepto de derechos humanos y a la justicia social (51).

La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas de políticas macroeconómicas, sociales y de salud. Se da por ejemplo como consecuencia del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc. La falta de equidad en oportunidades en la vida provocaría las desigualdades en el estado de salud. Por tanto, se busca mejorar la salud y bienestar de la población a través de intervenciones destinadas a lograr una mayor equidad abordando los ejes de desigualdad transversales que generan las desigualdades en salud: género, edad, clase social, etnia, estatus migratorio, diversidad funcional, diversidad sexual y territorio (4).

En España se utiliza el término inequidades o desigualdades sociales en salud (ver término desigualdades sociales en salud) (52).

EXPOSICIÓN AL ALCOHOL EN EL EMBARAZO

Embarazo en el cual ha habido consumo de alcohol por parte de la gestante. Esta exposición es de alto riesgo para el feto. En este documento el término feto se refiere a todas las etapas de desarrollo gestacional.

El alcohol es un agente teratogénico (53) y puede causar daño permanente en el feto, ya que atraviesa con gran rapidez la placenta dejándolo expuesto a las mismas concentraciones de alcohol o incluso superiores que las de la gestante (54).

La exposición fetal a drogas puede producir cambios permanentes en las estructuras y funciones cerebrales (55,56), siendo el alcohol el que produce los mayores daños neurobiológicos (57,58).

Los daños potenciales ocasionados por el alcohol sobre el desarrollo del feto pueden ser variados y se recogen bajo el término Trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF) (ver definición).

Es importante recordar:

- » Las gestantes y las personas que desean quedarse embarazadas no deben consumir alcohol durante toda la gestación y desde que se planifica el embarazo.
- » Es fundamental que tengan el apoyo de su pareja y entorno, y la acompañen evitando el consumo de alcohol, así como generar entornos saludables en los que se favorezca no consumir alcohol.

Para ampliar información, consultar el apartado web del Ministerio de Sanidad: Prevención del consumo de alcohol en el embarazo y el documento Prevención y abordaje de la exposición al alcohol en el embarazo.

GENERO Y CONSUMO DE ALCOHOL

El género condiciona nuestros comportamientos en sociedad en base a si somos hombres o mujeres, y nos penaliza si nos desviamos de estos modelos. Las investigaciones en los últimos 20 años indican que las construcciones tradicionales de género continúan moldeando las prácticas de consumo de alcohol en la población. También indican que el consumo de alcohol y el consumo hasta la intoxicación pueden ser vías para retar o contestar a los roles tradicionales masculinos y femeninos (59).

Los roles de género tienen influencia en los hombres porque el consumo de alcohol parece reforzar la idea de masculinidad, produciéndose también una des-responsabilización del comportamiento y normalización del consumo en público, asociada a una menor percepción del riesgo, lo que lleva a que se consuma alcohol en mayor cantidad, con mayor frecuencia y a conductas más agresivas y peligrosas relacionadas con el consumo. Por su parte en las mujeres se ha asociado el consumo de alcohol a algo “poco femenino”, produciéndose una culpabilización por el consumo y sus consecuencias, llevando a un consumo en espacios más íntimos o del hogar. Este mayor estigma asociado al consumo en mujeres implica mayores dificultades para pedir y recibir ayuda, invisibilizándose los problemas relacionados con el consumo.

Hay que tener en cuenta que en la población estudiante de 14 a 18 años la prevalencia de consumo de alcohol en mujeres es ligeramente superior en los últimos años, pero conforme avanza la edad el consumo pasa a ser mayor en hombres (60).

En personas de la comunidad LGTBIQ+, el riesgo de trastorno por consumo de alcohol es mayor que el de la población general (61,62), siendo aún mayor en mujeres lesbianas o bisexuales. Estas diferencias se explican en parte también por el efecto de los roles de género, y en parte por el rol de la orientación sexual y la identidad de género como determinantes sociales de la salud generadores de inequidades (61).

Puede ampliarse información al respecto en el documento de Introducción y elementos clave, así como en la infografía **Mujeres, hombres y consumo de alcohol** (63).

GENÉTICA Y TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL ⁽⁶⁴⁾

El Trastorno por Consumo de Alcohol (ver término Trastorno por Consumo de Alcohol) a menudo parece ser hereditario, y es común escuchar sobre estudios científicos relacionados con un “gen del alcoholismo”. Aunque la genética influye en nuestra probabilidad de desarrollarlo, no es tan sencillo. La investigación muestra que los genes son responsables de aproximadamente la mitad del riesgo. Por lo tanto, los genes por sí solos no determinan si alguien desarrollará un Trastorno por Consumo de Alcohol. Los factores ambientales y las interacciones entre genes y ambiente constituyen el resto del riesgo.

IDENTIFICACIÓN (SCREENING)

Ver definición de Cribado del consumo de riesgo de alcohol.

INTERVENCIONES AMBIENTALES

La finalidad de las intervenciones ambientales de prevención es identificar las amenazas y oportunidades en el entorno y abordarlas con intervenciones que son susceptibles de incidir en todas aquellas personas que estén expuestas a estas amenazas ⁽⁶⁵⁾. Los entornos que apoyan la salud ofrecen a las personas protección frente a las amenazas de la salud y permiten que amplíen sus capacidades para abordar los determinantes de la salud ^(3,4). Estas intervenciones están diseñadas para cambiar el contexto en el que las personas toman decisiones:

- » Entorno físico: limitar el acceso y disponibilidad del alcohol, los productos de tabaco y otras sustancias.
- » Entorno social: reforzar las normas y actitudes hacia el no uso, fomentando iniciativas políticas, campañas y otros esfuerzos que se centren en reforzar las normas de comportamiento, conciencia y actitudes públicas del no uso de sustancias ⁽⁶⁵⁾.

INTERVENCIÓN BREVE

No hay una única definición de intervención breve ⁽²⁴⁾, se basan en dos elementos apoyados en una conversación paciente-profesional: valoración del nivel de riesgo y discusión, incluyendo consejo si es apropiado, sobre cómo cambiar el consumo de alcohol ⁽²⁵⁾.

La intervención breve engloba un amplio rango de actividades terapéuticas y se podría definir como toda intervención estructurada, limitada en el tiempo y de corta duración (normalmente, de 5 a 30 minutos) (66), generalmente proactiva (no espera a que el/la paciente la busque) y a menudo oportunista, dirigida a personas con un consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, con el objetivo de movilizar sus recursos personales para un cambio de conducta que conviene a su salud.

La intervención breve en consumo de riesgo y perjudicial de alcohol tiene como objetivos la reducción en el consumo de alcohol, la reducción del número de personas con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, y la reducción de los problemas relacionados con el alcohol. Se basa en elementos metodológicos cognitivo y conductuales, pero también en las aportaciones de la entrevista motivacional.

La realización de estas intervenciones de forma sistemática por parte de un elevado número de profesionales de AP, a pesar de que el porcentaje de personas que modifican su consumo de sustancias tras una única intervención es reducido, tiene una gran repercusión en la salud pública, evitando enfermedades y muertes prematuras de forma costo-efectiva (24,67).

La intervención breve se asocia con frecuencia con los test de cribado sistemáticos para la detección de consumo de riesgo y consumo perjudicial de alcohol (ver términos de consumo de riesgo y consumo perjudicial).

La intervención breve es una forma de intervención oportunista del/la profesional sanitario (demanda de atención diferente al consumo de alcohol), realizada por un/a profesional no especialista, dirigida a problemas menos graves causados por el alcohol, con un paciente menos motivado, y de forma poco estructurada y corta. Su efectividad depende en gran medida de la relación establecida entre el/la profesional de AP y el/la paciente independientemente del perfil profesional de quien la administre (medicina, enfermería, psicología, etc.).

El consejo de salud o consejo breve (ver término consejo breve) puede ser considerado una parte de la intervención breve (23,24).

MODELO DE INTERVENCIÓN DE LAS 5AES

El modelo de Intervención Breve de las 5 Aes (**A**veriguar, **A**consejar, **A**cordar objetivos, **A**yudar y **A**segurar y acordar seguimiento⁹), busca guiar y ayudar a las personas, y puede aplicarse a todos los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (tabaco, alcohol, alimentación no saludable, etc.) (21,24).

⁹ La denominación concreta de las 5As puede cambiar en función de los documentos.

INTERVENCIÓN BREVE MOTIVACIONAL. MARCO FRAMEAP ^(68,69)

Una intervención breve motivacional se suele estructurar de acuerdo con el enfoque de FRAMEAP, que involucra a los profesionales en: dar Feedback (F) (retroalimentación sobre el consumo de alcohol del paciente), señalar la Responsabilidad (R) por el cambio, ofrecer asesoramiento (A), listar un Menú de opciones para el cambio de comportamiento (M), tener un enfoque Empático (E), desarrollar la Autoeficacia (A), y elaborar un Plan (P).

INTERVENCIONES INTEGRALES

La Región Europea de la OMS reconoce la importancia de abordar de manera integral los factores de riesgo (FR) de las enfermedades no transmisibles (ENT): dado que el impacto de la exposición a múltiples FR riesgo tiende a multiplicar los resultados negativos en salud, la exposición puede agruparse para las mismas personas, especialmente en aquellas que viven en comunidades socioeconómicamente desfavorecidas, y las habilidades para ayudar a las personas a cambiar son similares. La meta es cambiar la exposición a todos los FR, pero es más factible hacerlo secuencialmente¹⁰ en lugar de todos a la vez, siendo la priorización de la secuencia es un equilibrio entre el riesgo para la salud y las preferencias del/la paciente.

La Región Europea de OMS publicó el Manual BRIEF (24) para integrar las intervenciones breves sobre los FR de las ENT en AP. Los factores que aborda son alcohol, tabaco, actividad física y alimentación saludable, además del riesgo fisiológico de elevado índice de masa corporal (IMC). Incluye de manera práctica pautas/esquemas de intervenciones integrales y para cada FR, en función del tiempo disponible.

INTOXICACION POR ALCOHOL ⁽¹⁷⁾

La intoxicación por alcohol (o borrachera) es un trastorno temporal causado por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas. La intoxicación grave por alcohol también se conoce como intoxicación etílica, envenenamiento por alcohol o congestión alcohólica.

Una intoxicación por alcohol ocurre cuando hay tanto alcohol en la sangre que las áreas del cerebro que controlan las funciones vitales básicas, como la respiración, el ritmo cardíaco y la termorregulación, comienzan a inhibirse.

¹⁰ Hay excepciones, como los enfoques combinados para una alimentación saludable y una mayor actividad física al apoyar a personas en el control de su peso

Los síntomas de la sobredosis de alcohol incluyen confusión, dificultad para permanecer consciente, vómito, convulsiones, problemas para respirar, ritmo cardíaco lento, piel fría y húmeda, respuestas entorpecidas (como falta del reflejo de náusea que evita la asfixia) y temperatura corporal extremadamente baja. La sobredosis de alcohol puede resultar en daño permanente del cerebro o la muerte (70).

El término borrachera se refiere a la consideración subjetiva de la persona entrevistada ante la pregunta directa de “¿cuántos días te has emborrachado en la vida, en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días?” (17).

INDUSTRIA DE LAS BEBIDAS ALCÓHOLICAS

Se entiende por “industria de las bebidas alcohólicas” u “operadores económicos en la producción y comercio” según la OMS (71) “a los fabricantes de bebidas alcohólicas, los distribuidores mayoristas, y los principales minoristas e importadores que comercian única y exclusivamente con bebidas alcohólicas o aquellas cuyos ingresos principales provienen del comercio de bebidas alcohólicas, así como a las asociaciones comerciales y otros actores no gubernamentales que representen a cualquiera de las entidades mencionadas”, sin olvidar los medios de comunicación, publicidad, hostelería y otros actores que comparten intereses comerciales y buscan promover, directa o indirectamente, los objetivos económicos de empresas individuales o los intereses comerciales de la industria en su conjunto. Incluye también a cualquier organización de responsabilidad social corporativa, filantropía, entidad o persona financiada directa o indirectamente por los anteriores.

Además, se incluyen aquellas que comercialicen bebidas que, por su nombre o marca, características, presentación o envasado habitual, presenten una gran similitud con alguna bebida alcohólica (como las denominadas bebidas light, sin, bajas en alcohol, 0,0, etc.); así como otros productos que contengan alcohol (gominolas, etc.).

NIVELES DE PREVENCIÓN (EN ADICCIONES) (72,73)

En materia de adicciones se emplea la clasificación en tres niveles de prevención de Gordon (72) prevención universal, selectiva e indicada, centrándose en la población a la que va dirigida.

La prevención universal se dirige a toda la población y está orientada fundamentalmente hacia la salud positiva, por ejemplo, se puede dirigir a toda la población adolescente, beneficiándose toda por igual. Se trata de

una perspectiva amplia y menos intensa y costosa, que otras que se orientan conseguir cambios de comportamientos duraderos. Se incluirían programas escolares, como los que fomentan habilidades, etc.

La prevención selectiva es aquella que se dirige a un subgrupo que tienen un riesgo de tener un consumo o adicción, que la población promedio. Se dirige a grupos de riesgo o vulnerables, que presenta mayor riesgo de consumo.

La prevención indicada suele ser más intensiva y costosa. Se dirige a la persona o a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidoras, o que ya tiene problemas de comportamiento. Se dirige a personas de alto riesgo (presenta algún criterio diagnóstico, por ejemplo, problemas laborales por consumo de sustancia, etc.).

Resulta complejo establecer una equivalencia entre los niveles de prevención de enfermedad (ver término en el glosario) y estos niveles de prevención en adicciones. Sin embargo, es de interés conocer que existen ambas terminologías y clasificaciones, que pueden resultar complementarias. También se ha recogido la necesidad de complementar o refinar esta clasificación mediante un enfoque más amplio, sugiriendo que, además del nivel de riesgo, en la planificación de las intervenciones deben considerarse también el impacto poblacional y la eficiencia de las mismas; esto permite priorizar acciones de salud pública basadas en la evidencia científica (74).

ORIENTACIÓN COMUNITARIA ^(4,75)

La orientación comunitaria del sistema sanitario conlleva la corresponsabilidad por la salud de la comunidad con la que trabaja. Esto implica incorporar un enfoque sensible a los determinantes sociales de la salud, el empoderamiento, la corresponsabilidad, la evaluación, la participación y la equidad, incluyendo además el enfoque salutogénico.

En el marco de la AP se han definido tres posibles niveles de actuación en este sentido:

NIVEL 1. NIVEL INDIVIDUAL Y FAMILIAR: «PASAR CONSULTA MIRANDO A LA CALLE».

Es el nivel de trabajo en la práctica asistencial habitual en las consultas y en los domicilios: abordaje biopsicosocial y atención centrada en el/la paciente. En él se presta atención a las personas dando importancia a

sus contextos, sus procesos biográficos, a las relaciones y a los entornos, desde un modelo de determinantes sociales de la salud.

Las herramientas de este nivel serían: uso de entrevista clínica integral centrada en el paciente, orientación hacia los determinantes sociales de la persona y su influencia en el proceso clínico, trabajo en red con otros profesionales del equipo, identificación de los activos que tienen las personas para mejorar su proceso clínico, recomendación de activos, etc.

NIVEL 2. NIVEL GRUPAL: «EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL TRABAJANDO SOBRE LAS CAUSAS DE LAS CAUSAS».

En este nivel se trabaja con grupos promoviendo acciones educativas dirigidas a la comunidad, teniendo en cuenta las características de esta y las necesidades concretas de cada territorio.

Para ello es necesaria una visión holística de las personas, invitando a la reflexión y potenciando el desarrollo de habilidades que den respuesta a los problemas e intereses de las personas, así como tener en cuenta los determinantes sociales de la salud, incorporando una perspectiva de equidad y buscando el fortalecimiento de los recursos personales a través de la acción grupal por medio del aprendizaje significativo y entre iguales y el fomento del autocuidado.

Las herramientas de este nivel serían: metodologías de educación para la salud grupal basada en aprendizajes significativos.

NIVEL 3. NIVEL COLECTIVO: ACCIÓN COMUNITARIA EN SALUD, «EL CENTRO DE SALUD NO ES EL ÚNICO CENTRO DE SALUD».

En este nivel se trabaja, de forma intersectorial e interdisciplinaria, con numerosos agentes del territorio local que tienen un papel relevante para mejorar el bienestar de la comunidad. Este proceso puede que ya exista, puede que lo esté liderando otra entidad o la ciudadanía, o puede que lo tenga que liderar el equipo de AP. Señalar que algunos de estos procesos comunitarios no hablan de “salud” pero tienen los mismos objetivos.

Las herramientas de este nivel serían las indicadas en el ciclo de acción comunitaria incluido en la guía “Acción Comunitaria para ganar salud” del Ministerio de Sanidad.

PARADOJA DEL DAÑO DE ALCOHOL (ALCOHOL HARM PARADOX)

Las personas que viven en condiciones socioeconómicas más bajas experimentan daños relacionados con el consumo de alcohol en niveles desproporcionadamente mayores respecto a aquellas que viven en condiciones socioeconómicamente menos desfavorecidas, incluso cuando la cantidad de alcohol consumida es igual o menor (76,77,78).

Factores como el entorno en el que se vive y se bebe, el nivel educativo, el género y otros determinantes sociales de la salud hacen que los grupos con mayor desventaja social sean más vulnerables a los efectos adversos derivados del consumo, incluso consumiendo las mismas cantidades que grupos más aventajados. Esto puede deberse a la falta de recursos para evitar las consecuencias negativas del alcohol, por ejemplo, las personas con recursos tienen más posibilidades de elegir ambientes seguros en los que beber o tienen un mejor apoyo social.

Así, la combinación de factores como la posición socioeconómica, el nivel educativo, el género, la etnia (79) o el lugar de residencia, entre otros determinantes sociales de la salud, amplifica las diferencias en los daños relacionados con el consumo de alcohol (80), y los modulan, pudiendo comportarse como fortalezas o vulnerabilidades.

PATOLOGÍA DUAL

La patología dual puede definirse como la existencia en una misma persona de un trastorno adictivo y de un trastorno mental y está relacionada con procesos neurobiológicos y medioambientales, involucrados en el comportamiento de las adicciones con o sin sustancia (81).

La OMS define la comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia en la misma persona de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico. Desde hace unos años se ha venido extendiendo el término «patología dual» para referirse al mismo cuadro, al de concurrencia de diagnóstico de trastorno por uso de sustancias y de otro trastorno mental, aunque no representa por sí mismo una entidad nosológica y no es reconocida como tal por las clasificaciones internacionales. A pesar de ello, puede servir para establecer un trabajo común, y su utilización se ha extendido en países de habla hispana. En los países de habla inglesa prefieren denominarlos «trastornos concurrentes» (82).

No existe consenso sobre el uso de este concepto ya que algunas personas expertas consideran que el término “patología” es inadecuado porque implicaría una visión reduccionista de los problemas de salud mental y la adicción como enfermedad cerebral, sin apreciar los factores sociales, ni psicológicos, a la vez que resulta nosológicamente inespecífica. Otras alternativas al concepto de patología dual, cada cual con matices conceptuales, son diagnóstico dual, trastorno dual, trastorno concurrente o comorbilidad (83).

PERSPECTIVA DE CURSO DE VIDA

Ver definición de “curso vital”.

PLAN DE TRATAMIENTO

El documento del proceso terapéutico en el que se definen las terapias y los tratamientos que se deben proporcionar, el ámbito en el que se llevarán a cabo y los resultados que se pretenden alcanzar a corto, medio y largo plazo, según el diagnóstico y las necesidades físicas, psíquicas y sociales de la persona atendida y con su participación y la de su familia (84).

POBLACIONES QUE NO DEBEN CONSUMIR ALCOHOL

En algunos grupos específicos de población o situaciones especiales el riesgo de sufrir daños asociados al consumo de alcohol es mayor y por ello **se recomienda no beber o, en algunos casos, recibir consejo individual por su profesional sanitario de referencia.** Algunos grupos específicos de población o situaciones especiales (26)

NO consumir alcohol



CONDUCCIÓN



LACTANCIA



EMBARAZO



TRABAJO
PRECISIÓN



MENOR
DE EDAD



ALGUNOS
MEDICAMENTOS
Y ENFERMEDADES



ACTIVIDADES
DE RIESGO



CUIDADO
DE MENORES

Se recomienda no consumir alcohol:

- » Menores de 18 años
- » Embarazo y lactancia materna
- » Conducción de vehículos
- » Otras actividades que requieren concentración o habilidades psicomotrices (operar maquinaria, antes y durante la actividad laboral, supervisión de menores, práctica de deporte, supervisión de actividades de riesgo, uso de armas, etc.)
- » Junto a otras drogas

Se recomienda **evitar el consumo o en todo caso consultar con el/la profesional sanitario** de referencia en el caso de:

- » Consumo de medicamentos que interaccionan con el alcohol
- » Personas con problemas de salud mental
- » Historia familiar de trastorno por consumo de alcohol
- » Personas con enfermedades causadas por el consumo de alcohol o que puedan empeorar con su consumo

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD ⁽³⁾

La prevención de enfermedades, desde la perspectiva de Salud Pública, describe las medidas para la reducción de riesgos, prevenir la aparición de enfermedades, detener el progreso de estas y reducir sus consecuencias una vez establecidas.

- » La prevención primaria está dirigida a reducir la prevalencia de factores de riesgo comunes a una serie de enfermedades (como el consumo de tabaco y alcohol, la inactividad física, el sedentarismo o la alimentación poco saludable) con el fin de prevenir la aparición inicial de un trastorno, por ejemplo, a través de consejos de cambio de estilos de vida. También puede incluir acciones que aborden los determinantes sociales y comerciales de la salud (ver [glosario](#)).
- » La prevención secundaria está dirigida a la detección temprana de la enfermedad existente con miras a detener o retrasar la progresión de la enfermedad y sus efectos, por ejemplo, mediante exámenes de detección y otros programas de detección temprana, como controles de salud de rutina.
- » La prevención terciaria generalmente se refiere a estrategias de manejo de enfermedades y/o rehabilitación destinados a evitar o reducir el riesgo de deterioro o complicaciones de las enfermedades, por ejemplo, a través de la educación del paciente y la fisioterapia.

REDUCCION DE DAÑOS EN EL TRATAMIENTO Y LA RECUPERACION DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL

Por muchos años, la abstinencia completa del consumo de alcohol se consideró la forma más eficaz de recuperación del trastorno por consumo de alcohol (AUD, por su sigla en inglés) y fue un resultado primario del tratamiento del AUD. Sin embargo, abundantes pruebas sugieren que las estrategias de tratamiento y recuperación que reducen el consumo excesivo de alcohol y las consecuencias relacionadas con el alcohol sin abstenerse completamente pueden ser efectivas para mitigar los daños asociados con el uso indebido del alcohol en muchas personas.

Hoy en día, aunque la abstinencia es el curso más seguro para ciertos subgrupos, las estrategias de reducción de daños que no se basan en la abstinencia se han convertido en una parte importante de la discusión sobre el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol y el proceso de recuperación (85).

RESACA (86)

La resaca se refiere a un conjunto de síntomas que ocurren como consecuencia de beber una elevada cantidad de alcohol. Los síntomas característicos incluyen cansancio, debilidad, sed, dolor de cabeza, dolor muscular, náusea, dolor de estómago, vértigo, sensibilidad a la luz y al ruido, ansiedad, irritabilidad, sudor y presión arterial alta. La resaca puede variar según la persona y sus síntomas. Alcanzan su punto máximo cuando la concentración de alcohol en la sangre vuelve a ser de aproximadamente cero. Las resacas pueden ser dolorosas y peligrosas y durante una resaca, la atención, toma de decisiones y coordinación muscular de las personas pueden verse deterioradas. Además, la capacidad para realizar tareas importantes, como conducir, operar maquinaria o cuidar a otras personas, también pueden verse afectadas de manera negativa. Los síntomas pueden durar 24 horas o más.

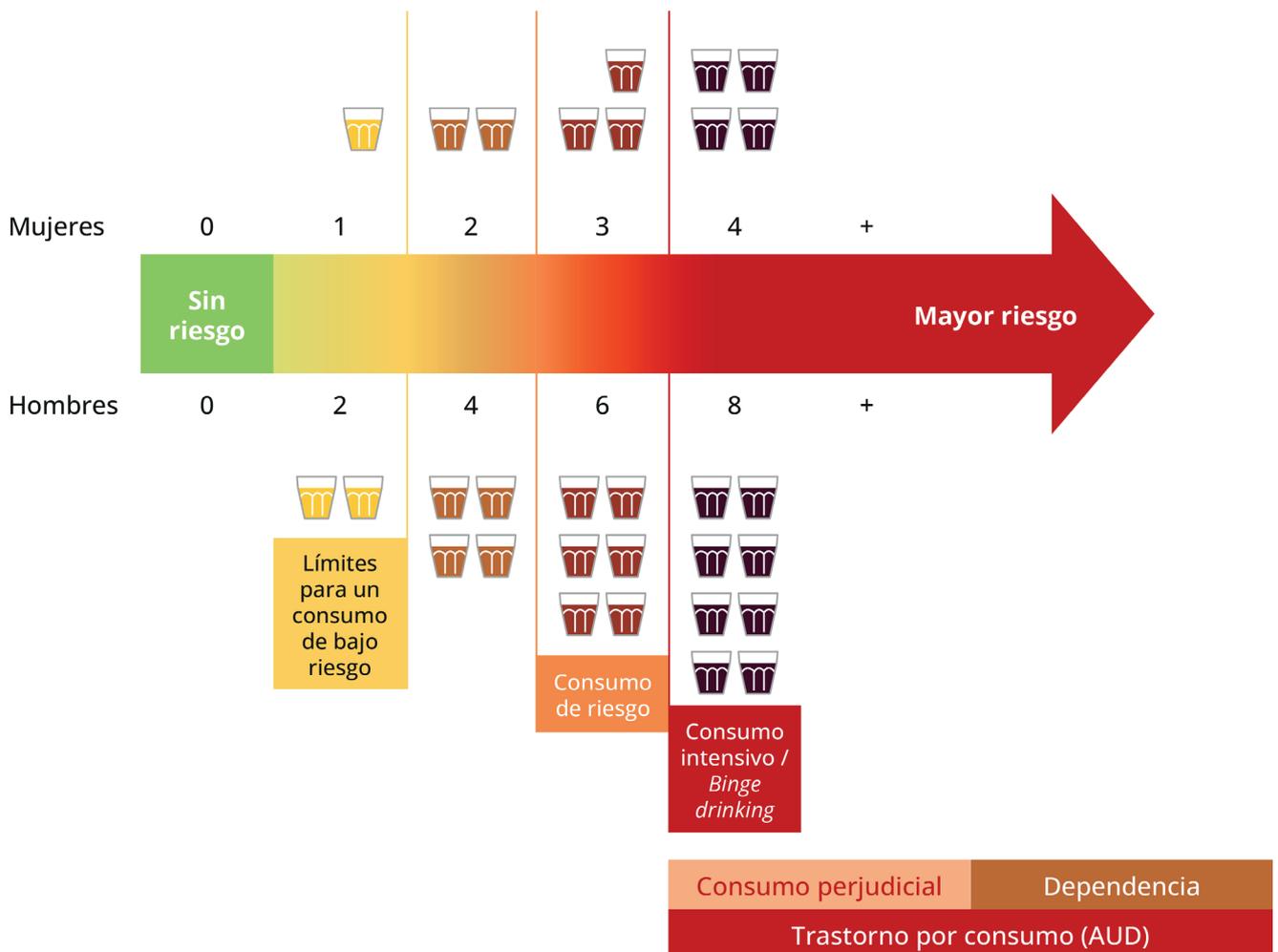
RIESGO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN FUNCIÓN DEL TIPO DE CONSUMO (26)

El riesgo asociado al consumo de alcohol comienza desde el primer consumo, ya que, para determinadas enfermedades gastrointestinales, cáncer y lesiones no existe un nivel de consumo seguro.

Aunque se han establecido puntos de corte, para poder establecer definiciones y momentos en los que es necesario un abordaje o intervención concreta del consumo de alcohol, el riesgo asociado al **consumo de alcohol es un “continuo”**, en el que, un mayor consumo implica mayor riesgo de daños (ver imagen inferior).

Como recoge la Guía sobre alcohol y salud de Canadá (87), la representación del riesgo como un continuo puede permitir a las personas situarse a sí mismas dónde está su consumo y entender en qué zona de riesgo les sitúa su consumo de alcohol, lo que les puede permitir desarrollar la intención de adoptar un estilo de vida más saludable y seguro.

Figura 4: Riesgo continuo del consumo diario o por ocasión de alcohol



 1 Unidad de Bebida Estándar = UBE = 10 gramos

Imagen inspirada en la Figura 1 de la Guía “Canada’s Guidance on Alcohol and Health: Final Report” (87)

Como puede verse en la imagen, las cantidades establecidas para definir los diferentes tipos de consumo **varían entre hombres y mujeres**. Esto es debido a que en las mujeres los efectos inmediatos del consumo de

alcohol ocurren más rápidamente y duran más tiempo que en los hombres, después de beber cantidades equivalentes, debido entre otros factores a la diferencia en la composición corporal, el metabolismo y absorción de alcohol, alcanzando mayores concentraciones en sangre que los hombres (26,88). Estas diferencias también condicionan problemas de salud a largo plazo en las mujeres con más probabilidad de enfermedades hepáticas (89), mayor sensibilidad a la toxicidad neuronal (90) y en el músculo cardíaco (91), entre otros. Esta información aparece recogida en la infografía: “**Los efectos del consumo de alcohol son diferentes en hombres y mujeres**”. Además, las mujeres presentan riesgos (92) específicos como el cáncer de mama, infertilidad, así como los problemas relacionados con su consumo durante el embarazo y lactancia (88,92,93). Los estudios muestran que las mujeres comienzan a tener problemas relacionados con el alcohol antes y con cantidades menores de consumo en comparación con los hombres, por varias razones. (para más información consultar el término [Género y consumo de alcohol](#)).

Por lo tanto, dentro del espectro pueden encontrarse los siguientes tipos de consumo (ver definición específica de cada término por orden alfabético en el [glosario](#)):

- » Abstinencia
- » Consumo de alcohol de bajo riesgo
- » Consumo de alcohol de riesgo
- » Consumo intensivo, en atracón o *binge drinking*
- » Consumo prejudicial de alcohol
- » Dependencia

SALUD DIGITAL (94)

Se entiende por salud digital el campo del conocimiento y la práctica relacionado con el desarrollo y la utilización de las tecnologías digitales para mejorar la salud.

También abarca y amplía el concepto de “Cibersalud”, que es el uso seguro y eficaz en función del coste de las tecnologías de la información y las comunicaciones en apoyo de la salud y de ámbitos conexos, como los servicios sanitarios, la vigilancia de la salud, la documentación sanitaria, la educación, los conocimientos y la investigación en salud. La Salud digital también engloba otros usos de las tecnologías digitales en el ámbito de la salud, como la internet de las cosas, la inteligencia artificial, los macrodatos y la robótica.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado o/y en dosis altas (2). El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico.

El comienzo y la evolución del síndrome de abstinencia son de duración limitada y están relacionados con el tipo y la dosis de la sustancia que se tomó inmediatamente antes de la suspensión o la disminución de su consumo. Por lo general, las características de un síndrome de abstinencia son opuestas a las de la intoxicación aguda. El síndrome de abstinencia del alcohol se caracteriza por temblor, sudoración, ansiedad, agitación, depresión, náuseas y malestar general. Aparece de 6 a 48 horas después de suspender el consumo de alcohol y, si no hay complicaciones, remite al cabo de 2 a 5 días. Puede complicarse con crisis convulsivas o progresar a una fase de estado psicótico agudo (delirium tremens) acompañado de midriasis, diaforesis, taquipnea, hipertermia y/o taquicardia (2).

TRASTORNO DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL (TEAF) ⁽⁹⁵⁾

El Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal o TEAF (en inglés, FASD: *Fetal Alcohol Spectrum Disorder*), es un término utilizado para agrupar un gran rango de anomalías físicas, mentales, conductuales y cognitivas permanentes que una persona puede presentar cuando ha estado expuesta al alcohol durante su desarrollo prenatal (consumo durante la gestación).

Existen diferentes subtipos, de los cuales la expresión más severa es el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) que presenta: unas características faciales determinadas retraso de crecimiento anomalías del desarrollo del cerebro deficiencias cognitivas y/o conductuales.

El diagnóstico TEAF no se recoge todavía como tal en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).

Actualmente existen categorías que incluyen aspectos parciales del cuadro o con otra terminología y la categorización diagnóstica estándar de uso extendido se basa en la literatura científica y en los sistemas de clasificación de las distintas entidades. Para ampliar información consultar: [Prevención del consumo de alcohol en el embarazo](#).

Ver también término [Exposición al alcohol en el embarazo](#).

TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL (AUD - *Alcohol Use Disorder* por sus siglas en inglés)

Los Trastornos por Consumo de Alcohol (TCA¹¹, o AUDs por sus siglas en inglés) se caracterizan por un deterioro en el control del consumo de alcohol y un patrón crónico de consumo excesivo, a pesar de las consecuencias negativas para la salud, las relaciones personales y la sociedad (96).

Este término incluye (97):

- » Consumo perjudicial (ver [definición](#))
- » Dependencia de alcohol (ver [definición](#))

Existen dos principales sistemas internacionales de clasificación —el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)— que definen el TCA a partir de criterios que evalúan signos y consecuencias tanto conductuales como físicas del consumo de alcohol.

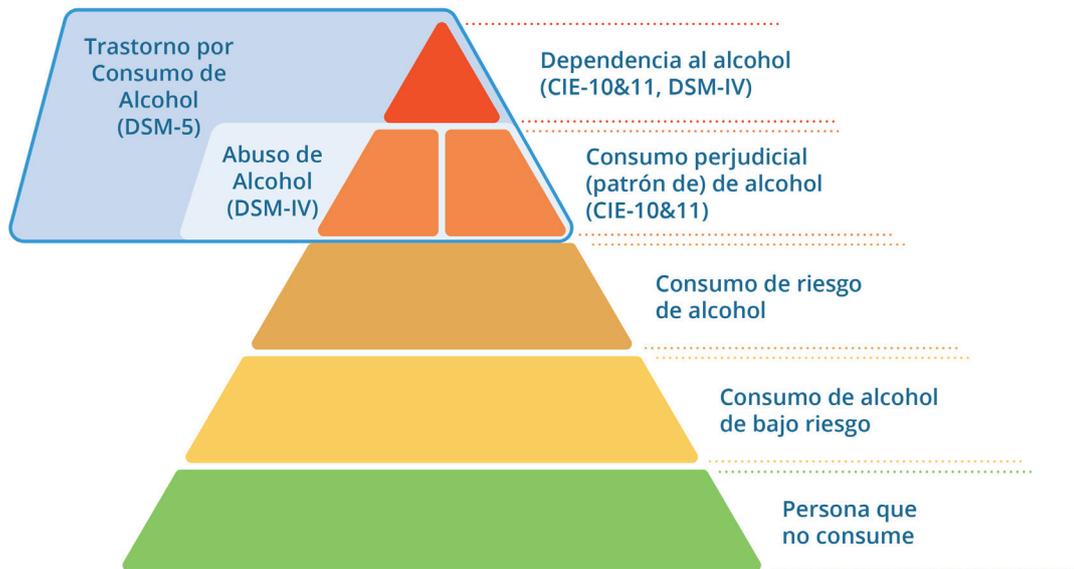
Aunque hay una superposición considerable entre ambos sistemas, también existen diferencias clave:

- » El **DSM-5** utiliza **11 criterios** para determinar la gravedad del TCA como un **concepto unidimensional**, con subclasificaciones en leve, moderado y grave (98)
- » En cambio, la **CIE** define dos categorías principales de TCA: **“dependencia del alcohol”** (tanto en CIE-10 como en CIE-11) y **“uso perjudicial del alcohol”** (CIE-10) o **“patrones perjudiciales de consumo de alcohol”** (CIE-11) (99)

La siguiente figura (97) representa estos términos diagnósticos situándolos a lo largo del **continuo del consumo de alcohol**, mostrando también su **equivalencia con el DSM**, desarrollado en EE. UU. y utilizado ampliamente a nivel internacional.

¹¹ También puede conocerse o recogerse en algunas historias clínicas con el término: Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) o Trastorno por Uso de Alcohol (TUA).

Figura 5: Términos diagnósticos del trastorno por consumo de alcohol y su equivalencia con el DSM, el CIE-10 y 11



CIE : Clasificación Internacional de Enfermedades
 DSM: Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales del inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

Fuente: Traducción y adaptación al español de la gráfica del artículo Saunders JB, Degenhardt L, Reed GM, Poznyak V. Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, Present, and Future. *Alcohol Clin Exp Res.* 2019 Aug;43(8):1617-1631. doi: 10.1111/acer.14128. Epub 2019 Jul 23. PMID: 31194891.

UNIDAD DE BEBIDA ESTANDAR (UBE)

En España, el valor de una UBE se establece en 10 gramos de alcohol y equivale a: media copa de vino o cava (120 ml); una cerveza (250 ml); 1 chupito de licor (40 ml) (26).

Calculadora de UBEs: <https://encuestas.sanidad.gob.es/limesurvey/index.php/481849?lang=es>

Figura 6: Equivalencia de las unidades de bebida estándar en medidas de las diferentes bebidas alcohólicas



TÉRMINOS NO RECOMENDADOS

Se recogen, a continuación, algunos términos que todavía son utilizados y que está desaconsejado utilizar:

- » Adicto/a (ver [definición del término](#)).
- » Alcoholismo (ver [definición del término](#)).
- » Consumo moderado: algunos organismos, incluida la OMS, lo utilizan si bien al ser subjetivo se prefiere utilizar los términos mencionados en el glosario que permiten describir de manera cuantitativa el consumo (ver [término riesgo del consumo de alcohol en función del tipo de consumo](#)).
- » Consumo excesivo.
- » Consumo responsable o prudente: la OMS indica en su Plan de Acción mundial sobre el alcohol 2022-2030 (100) que debe evitarse el uso del término «consumo responsable», debido a “la inoperancia y los riesgos de las actuales campañas de «consumo responsable», diseñadas como campañas de comercialización por los productores y distribuidores de alcohol”.
- » Consumo abusivo.

Se recomienda evitar el uso de términos como “consumo responsable” o “consumo moderado” de alcohol, (“prudente” o “social”) porque son equívocos y confusos, ya que, no cuantifican el consumo de alcohol de forma objetiva y su uso permite extrapolar subjetivamente lo que cada persona cree que es responsable o moderado al no existir una cantidad objetiva admitida, creando confusión. Es preferible referirse a los patrones de consumo de alcohol en términos cuantitativos (gramos de alcohol, unidades de bebida estándar (UBE)) y evitar utilizar estos términos.

Referencias bibliográficas

1. Traducción del documento de la OMS realizada por el Ministerio de Sanidad de España. Informar sobre alcohol. Una guía para periodistas. 2023. [Internet]. 2025. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentosTecnicos/docs/informarSobreAlcohol_Guiaparaperiodistas.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 1994. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/44000>
3. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Traducción del Glosario de Términos de Promoción de la Salud OMS 2021. Región de Murcia: Consejería de Salud; 2023.
4. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, West R. Models of addiction [Internet]. Publications Office; 2013 [citado 25 de abril de 2024]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/99994>
6. Addictive behaviour [Internet]. [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/addictive-behaviour>
7. Alfabetización en materia de salud [Internet]. [citado 27 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>
8. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): manual para uso en la atención primaria [Internet]. [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/85403>
9. Organización Mundial de la Salud. AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol [Internet]. 2001. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/audit-cuestionario-identificacion-transtornos-debidos-al-consumo-alcohol-2001>
10. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. Alcohol Alcohol Oxf Oxfs. 2002;37(6):591-6.

11. BOE-A-1992-28741 Ley 38/1992, de 28 de diciembre, de Impuestos Especiales. [Internet]. [citado 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1992-28741&b=24&tn=1&p=20210710#a19>
12. BOE-A-2015-4847 Ley 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas. [Internet]. [citado 3 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-4847>
13. Ley 5/2018, de 3 de mayo, de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en la infancia y la adolescencia. Comunidad Autónoma de Extremadura «DOE» núm. 88, de 8 de mayo de 2018 «BOE» núm. 127, de 25 de mayo de 2018. BOE-A-2018-6941.
14. Real Decreto 678/2016, de 16 de diciembre, por el que se aprueba la norma de calidad de la cerveza y de las bebidas de malta. [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2016-11952#a3>
15. AESAN. Ministerio de Consumo. Recomendaciones sobre el consumo de bebidas energéticas. 2022; Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/noticias_y_actualizaciones/noticias/2022/recomendaciones_bebidas_energeticas.htm
16. Caffeinated energy drink consumption among adolescents and potential health consequences associated with their use: a significant public health hazard - PubMed [Internet]. [citado 3 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28845841/>
17. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Monografía sobre alcohol 2024. Consumo y consecuencias. [Internet]. Madrid; 2024 p. 120. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2024_OEDA_MonografiaAlcoholConsumoConsecuencias.pdf
18. Pedrero-García E. Nightlife and Alcohol Consumption Among Youths: The Botellón Phenomenon in Spain. Sage Open. 1 de julio de 2018;8(3):2158244018800903.
19. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 8 de mayo de 2024]. botellón | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/botellón>
20. Departamento Temático de Derechos de los Ciudadanos y Asuntos Constitucionales. La eficacia de las políticas sobre conflictos de intereses en los Estados miembros de la UE. [Internet]. Parlamento Europeo; 2020. Disponible en: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/651697/IPOL_STU\(2020\)651697_ES.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/651697/IPOL_STU(2020)651697_ES.pdf)

21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/consejoIntegralAP.htm>
22. Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública. Manual de Educación para la Salud. Gobierno de Navarra; 2006.
23. Public awareness, school-based and early interventions to reduce alcohol related harm: a tool kit for evidence-based good practices. Ljubljana: National Institute of Public Health, Slovenia; 2016.
24. WHO Regional Office for Europe. Integrated brief interventions for noncommunicable disease risk factors in primary care: the manual: BRIEF project [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058551>
25. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev. 24 de febrero de 2018;2(2).
26. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida . [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentosTecnicos/limiteConsumoBajoRiesgo.htm>
27. Plan de acción mundial sobre el alcohol 2022-2030 [Internet]. [citado 31 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240090101>
28. Organización Mundial de la Salud OM de la. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2010 [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/44486>
29. Rial A, Kim-Harris S, Knight JR, Araujo M, Gómez P, Braña T, et al. Empirical validation of the CRAFFT Abuse Screening Test in a Spanish sample. Adicciones. 1 de abril de 2019;31(2):160-9.
30. Centers for Disease Control and, Prevention, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities. Planning and Implementing Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Use. A Step-by-Step Guide for Primary Care Practices. 2014.
31. Paquete técnico SAFER de la Organización Mundial de la Salud. Un mundo libre de los daños relacionados con el alcohol. [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado 3 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51867>

32. Curso de vida saludable - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2025 [citado 29 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/curso-vida-saludable>
33. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]. [citado 24 de julio de 2024]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#1836362492>
34. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV) | American Journal of Psychiatry [Internet]. [citado 24 de julio de 2024]. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.152.8.1228>
35. Hargraves D, White C, Frederick R, Cinibulk M, Peters M, Young A, et al. Implementing SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) in primary care: lessons learned from a multi-practice evaluation portfolio. *Public Health Rev.* 29 de diciembre de 2017;38:31.
36. Pérez-Poza A, Corbera M, Borrueal MJ. Deshabituación alcohólica en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 15 de mayo de 2005 [citado 25 de abril de 2024];35(8):427-35. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-deshabituacion-alcoholica-atencion-primaria-13074800>
37. Delegación de Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. Abordaje terapéutico. [Internet]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/abordaje_terapeutico/home.htm
38. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equality in health. Stockholm: Institute of Future Studies; 1991.
39. Kickbusch I, Allen L, Franz C. The commercial determinants of health. *Lancet Glob Health.* 1 de diciembre de 2016;4(12):e895-6.
40. Maani N, Collin J, Friel S, Gilmore AB, McCambridge J, Robertson L, et al. Bringing the commercial determinants of health out of the shadows: a review of how the commercial determinants are represented in conceptual frameworks. *Eur J Public Health* [Internet]. 18 de enero de 2020 [citado 26 de junio de 2020];(ckz197). Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz197>
41. Gilmore AB, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang HJ, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *The Lancet.* abril de 2023;401(10383):1194-213.
42. Savell E, Fooks G, Gilmore AB. How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *Addict Abingdon Engl.* enero de 2016;111(1):18-32.

43. Peake L, van Schalkwyk MCI, Maani N, Petticrew M. Analysis of the accuracy and completeness of cardiovascular health information on alcohol industry-funded websites. *Eur J Public Health*. 1 de diciembre de 2021;31(6):1197-204.
44. Ireland R, Bunn C, Reith G, Philpott M, Capewell S, Boyland E, et al. Commercial determinants of health: advertising of alcohol and unhealthy foods during sporting events. *Bull World Health Organ*. 2019/02/25 ed. 1 de abril de 2019;97(4):290-5.
45. Rovira J, Roig A, Ojeda S. Guía sobre el estigma en el consumo de drogas. UNAD. [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1736429842_unad_guia_sobre_el_estigma_en_el_consumo_de_drogas_digital.pdf
46. RIOD. Estigma, consumo de drogas y adicciones. Conceptos, implicaciones y recomendaciones. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://riod.org/wp-content/uploads/2019/06/ESTIGMA-CONSUMO-DE-DROGAS-Y-ADICCIONES.pdf>
47. casadellibro [Internet]. 2015 [citado 3 de abril de 2025]. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL (3a ED.) | William R. Miller | Casa del Libro. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-la-entrevista-motivacional-3-ed/9788449331398/2544298>
48. Rollnick S, Miller WR. ¿Qué es la entrevista motivacional? *RET Rev Toxicom*. 1996;(6):3-7.
49. Ministerio de Sanidad. Equidad en salud y desigualdades sociales en salud. Web. [Internet]. [citado 28 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/home.htm>
50. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0IGO. [Internet]. [citado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
51. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Pública*. 2002;11(5-6):302-9.
52. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud [Internet]. 2012. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf
53. Streissguth AP, Landesman-Dwyer S, Martin JC, Smith DW. Teratogenic effects of alcohol in humans and laboratory animals. *Science*. 18 de julio de 1980;209(4454):353-61.
54. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol | NHMRC [Internet]. 2019 [citado 21 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.nhmrc.gov.au/about->

[us/publications/australian-guidelines-reduce-health-risks-drinking-alcohol#block-views-block-file-attachments-content-block-1](#)

55. Ross EJ, Graham DL, Money KM, Stanwood GD. Developmental Consequences of Fetal Exposure to Drugs: What We Know and What We Still Must Learn. *Neuropsychopharmacology*. enero de 2015;40(1):61-87.

56. Zeng X, Cai Y, Wu M, Chen H, Sun M, Yang H. An overview of current advances in perinatal alcohol exposure and pathogenesis of fetal alcohol spectrum disorders. *J Neurodev Disord*. 20 de abril de 2024;16:20.

57. Behnke M, Smith VC, Committee on Substance Abuse, Committee on Fetus and Newborn. Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics*. marzo de 2013;131(3):e1009-1024.

58. Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 1996 [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/4991>

59. Gender and youth drinking. [Internet]. 2022. (WHO Webinar. Women, men and alcohol: Why is gender important in alcohol control policies?). Disponible en: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/10/25/default-calendar/women--men-and-alcohol--why-is-gender-important-in-alcohol-control-policies>

60. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023 [Internet]. 2023. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm

61. Gil-Borrelli CC, Velasco C, Iniesta C, de Beltrán P, Curto J, Latasa P. Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gac Sanit*. 1 de mayo de 2017;31(3):175-7.

62. Fish JN, Exten C. Sexual Orientation Differences in Alcohol Use Disorder Across the Adult Life Course. *Am J Prev Med*. septiembre de 2020;59(3):428-36.

63. Ministerio de Sanidad. Mujeres, hombres y consumo de alcohol. [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentosTecnicos/docs/ConsumoAlcohol_mujeres_hombres.pdf

64. Risk Factors: Varied Vulnerability to Alcohol-Related Harm | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) [Internet]. [citado 31 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.niaaa.nih.gov/health-professionals-communities/core-resource-on-alcohol/risk-factors-varied-vulnerability-alcohol-related-harm#pub-toc3>

65. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Currículum de prevención europeo: un manual para quienes toman decisiones, crean opinión y elaboran políticas sobre la prevención del uso de sustancias basada en la evidencia. [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/european-prevention-curriculum_en

66. Broholm K., Galluzzo L., Gandin C., Ghirini S., Ghiselli A., Jones L., Martire S., Mongan D., Montonen M., Mäkelä P., Rossi L., Sarrazin D., Scafato E., Schumacher J., Steffens R. Good practice principles for low risk drinking guidelines [Internet]. National Institute for Health and Welfare (THL); 2016 oct [citado 19 de abril de 2020]. (Montonen M., Mäkelä P., Scafato E. & Gandin C. on behalf of Joint Action RARHA's Work. Reducing Alcohol Related Harm (RARHA)). Disponible en: https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item30909/WP5_Good_practice_principles_low_risk_drinking_guidelines.pdf

67. Trapero-Bertran M, Gil-Doménech D, Vargas-Martínez AM. Economic evaluations of interventions aimed at the prevention, treatment and/or rehabilitation of alcohol-related disorders: A systematic review. *Adicciones*. 1 de septiembre de 2023;35(3):325-48.

68. Mattoo SK, Prasad S, Ghosh A. Brief intervention in substance use disorders. *Indian J Psychiatry*. febrero de 2018;60(Suppl 4):S466-72.

69. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change*, 2nd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2002. xx, 428 p. (Motivational interviewing: Preparing people for change, 2nd ed).

70. Entender los riesgos de sobredosis de alcohol | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) [Internet]. [citado 31 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/entender-los-riesgos-de-sobredosis-de-alcohol>

71. Towards an action plan (2022 - 2030) to effectively implement the Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. [Internet]. World Health Organization; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol/our-activities/towards-and-action-plan-on-alcohol>

72. Gordon RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep Wash DC* 1974. 1983;98(2):107-9.

73. Becoña Iglesias E. Universidad de Santiago de Compostela. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias [Internet]. 2002. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf

74. Foxcroft DR. Can Prevention Classification be Improved by Considering the Function of Prevention? *Prev Sci*. 1 de diciembre de 2014;15(6):818-22.

75. Pérez Alonso E, Cofiño R, García Blanco D, Hernán García M. Ministerio de Sanidad. Orientaciones didácticas para la acción comunitaria. [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentosTecnicos/docs/OrientacionesDidacticas_AccionComunitaria.pdf

76. World Health Organization. Reporting about alcohol: a guide for journalists. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240071490>

77. Kilian C, Manthey J, Braddick F, López-Pelayo H, Rehm J. Social disparities in alcohol's harm to others: evidence from 32 European countries. *Int J Drug Policy*. agosto de 2023;118:104079.

78. PROBST C, KILIAN C. Commentary on Peña et al.: The broader public health relevance of understanding and addressing the alcohol harm paradox. *Addict Abingdon Engl*. agosto de 2021;116(8):2231-2.

79. Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2014 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.; 2018 [citado 31 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/comunidadGitana/encuestasNacionales/encuesta2014.htm>

80. World Health Organization. Regional Office for Europe. Alcohol and inequities: guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 2014. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/247629/Alcohol-and-Inequities.pdf

81. Szerman N, Martínez-Raga J, Baler R, Roncero C, Vega P, Basurte I, et al. Joint statement on dual disorders: Addiction and other mental disorders. *Salud Ment*. diciembre de 2017;40(6):245-7.

82. SOCIDROGALCOHOL. Encuesta nacional sobre la prevalencia y tratamiento de la concurrencia de trastorno por uso de sustancias y de otro trastorno mental [Internet]. 2020. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2021/EncuestaConcurrenciaTUSyOTM.pdf>

83. Fernández-Artamendi S, Florez Menéndez G, Cortés-Tomás MT, Pascual Pastor FS. Dual pathology? Reviewing the conceptualization of comorbidity in addictions. *Adicciones*. 1 de marzo de 2024;36(1):3-10.

84. pla terapèutic - Terminologia de l'atenció a la salut mental i a les addiccions | TERMCAT [Internet]. [citado 31 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/242/fitxa/NDEwNjY0MA%3D%3D>:

85. Artículo destacado: La incorporación de reducción de daños en el tratamiento y la recuperación del trastorno por consumo de alcohol | NIAAA Spectrum [Internet]. [citado 9 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.spectrum.niaaa.nih.gov/archivosespanoles/Vol15Iss3Caracter%C3%ADstica>
86. Resaca | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) [Internet]. [citado 31 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/resaca>
87. Paradis, C., Butt, P., Shield, K., Poole, N., Wells, S., Naimi, T., Sherk, A., & the Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines Scientific Expert Panels. Canada's Guidance on Alcohol and Health: Final Report [Internet]. Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2023. Disponible en: https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Canadas_Guidance_on_Alcohol_and_Health_Final_Report_en.pdf
88. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. 2019 [citado 20 de junio de 2020]. Excessive Alcohol Use and Risks to Women's Health. Disponible en: <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/womens-health.htm>
89. Loft S, Olesen KL, Døssing M. Increased Susceptibility to Liver Disease in Relation to Alcohol Consumption in Women. Scand J Gastroenterol. 1 de enero de 1987;22(10):1251-6.
90. Hommer D, Momenan R, Kaiser E, Rawlings R. Evidence for a Gender-Related Effect of Alcoholism on Brain Volumes. Am J Psychiatry. 1 de marzo de 2001;158:198-204.
91. Urbano-Márquez A, Estruch R, Fernández-Solá J, Nicolás JM, Paré JC, Rubin E. The Greater Risk of Alcoholic Cardiomyopathy and Myopathy in Women Compared With Men. JAMA. 12 de julio de 1995;274(2):149-54.
92. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [Internet]. 2019 [citado 20 de junio de 2020]. Women and Alcohol. Disponible en: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/women-and-alcohol>
93. Mujer y alcohol. En Valencia; 2012 [citado 20 de junio de 2020]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/11_Socisymposiumujeryalcohol2012.pdf
94. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025 [Internet]. [citado 20 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240020924>
95. García-Algar O, Astals Vizcaino M, González Cochón P y Andreu Fernández V. Informe sobre alcohol, embarazo y trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF) [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/embarazo/docs/Informe_AlcoholEmbarazo_TEAF.pdf

96. Carvalho AF, Heilig M, Perez A, Probst C, Rehm J. Alcohol use disorders. *Lancet Lond Engl*. 31 de agosto de 2019;394(10200):781-92.
97. Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, Present, and Future - PubMed [Internet]. [citado 3 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31194891/>
98. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR) [Internet]. 2022 [citado 26 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
99. International Classification of Diseases (ICD) [Internet]. [citado 26 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
100. Towards an action plan (2022 - 2030) to effectively implement the Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. [Internet]. World Health Organization; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol/our-activities/towards-and-action-plan-on-alcohol>

Autoría

Subgrupo de trabajo para abordar para abordar el espectro del consumo de alcohol

De Comunidades y Ciudades Autónomas

Elena Sánchez Huerta. Comunidad Autónoma de Asturias.

Carla Bruguera Soler. Comunidad Autónoma de Cataluña

De Sociedades Científicas

Daniel Giménez Lorente. Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Marta Lima Serrano. Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Yolanda Rodríguez Vieira. Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP)

Francisco Camarelles Guillem. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (semFYC – PAPPS)

Rodrigo Cordoba García. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (semFYC – PAPPS)

Vicente Gasull Molinera. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Verónica Olmo Dorado. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Hugo López Pelayo. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL)

Pablo Estrella Porter. Sociedad Española de Salud Pública (SESPAS)

Albert Espelt Hernández. Sociedad Española de Epidemiología (SEE)

Grupo de trabajo para la prevención del consumo de alcohol de la Comisión de Salud Pública

María Dolores Fernández Pérez. Comunidad Autónoma de Andalucía

Ricardo Manuel Moreno Ramos. Comunidad Autónoma de Andalucía

Carmen Baranguan Badía. Comunidad Autónoma de Aragón

Ana Clavería Tabuena. Comunidad Autónoma de Aragón

José Antonio González Fernández. Comunidad Autónoma de Asturias.
Inmaculada García Fernández. Comunidad Autónoma de Asturias.
José Luis García Menéndez. Comunidad Autónoma de Asturias.
Elena Sánchez Huerta. Comunidad Autónoma de Asturias.
Elena Tejera Rife. Comunidad Autónoma de Baleares
Cristina Mayol Auetglas. Comunidad Autónoma de Baleares
Maria Eugenia Janer Dorce. Comunidad Autónoma de Baleares
M^a Jesús Mateu Aranda. Comunitat Valenciana
Remedios Garrido Montava. Comunitat Valenciana
Ángel Rodríguez Palmero. Comunidad Autónoma de Canarias
Nicolás Perdomo Álamo. Comunidad Autónoma de Canarias
María del Carmen Diego Santamaría. Comunidad Autónoma de Cantabria
Carlos Alonso Sanz. Comunidad Autónoma de Castilla La-Mancha
Teresa Jiménez López. Comunidad Autónoma de Castilla y León
Susana Redondo Martín. Comunidad Autónoma de Castilla y León
Begoña Gonzalez Bustillo. Comunidad Autónoma de Castilla y León
Mónica Elías Sancirián. Comunidad Autónoma de Castilla y León
Lidia Segura García. Comunidad Autónoma de Cataluña
Cleopatra R´Kaina Liesfi. Ciudad Autónoma de Ceuta
Dolores Naranjo Fernández. Ciudad Autónoma de Ceuta
Africa Guerrero Rodriguez. Ciudad Autónoma de Ceuta
Catalina Cuello de Oro González. Comunidad Autónoma de Extremadura
Guadalupe Llera Alonso. Comunidad Autónoma de Extremadura
Elena Quintela Loureiro. Comunidad Autónoma de Galicia
Amparo Miranda Viñuelas. Comunidad Autónoma de Madrid
Teresa Lopez Gonzalez. Comunidad Autónoma de Madrid
Soledad Saez Martínez. Comunidad Autónoma de Madrid
Soledad Díaz García. Comunidad Autónoma de Madrid
Dolores Millet Briceño. Ciudad Autónoma de Melilla
Olga Monteagudo Piqueras. Comunidad Autónoma de Murcia
Itzal Puchol Martínez. Comunidad Autónoma de Navarra
Fernando Baigorria Feltrin. Comunidad Autónoma de Navarra
María Fernández Quiñones. Comunidad Autónoma de La Rioja
Gemma Cestafe Rodríguez. Comunidad Autónoma de La Rioja
María Puy Martínez Zárate. Comunidad Autónoma de La Rioja
Juan Carlos González Luque. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional
Sobre Drogas
Ina Hristova. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas
María del Carmen Ruiz Rodríguez. INGESA Ceuta
Jorge Justo Lopez Moreno. INGESA Melilla

Coordinación

(Área de Prevención. Subdirección General de Promoción, Prevención y Equidad en Salud. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad)

Inés Zuza Santacilia
Soledad Justo Gil

Araceli Calle Martínez. Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario de Móstoles.

Ilan Cultrera Rozowski. Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Sheila Santisteban Farfan. Residente de Higiene y Medicina Preventiva en la Università degli Studi di Milano.

Almudena Núñez Fernández-Shaw. Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Clínico Universitario de Valencia

Revisión

Sociedades científicas

Andrea Vila Fariñas. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)

M. Dolores Gómez Roig. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)

Anna Suy Franch. Sección de Medicina Perinatal (SEMEPE) de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)

Ministerio de Sanidad

Jara Cubillo Llanes. Área de Promoción de la Salud y Equidad. Subdirección General de Promoción, Prevención y Equidad en Salud. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad

Agradecimientos

Grupo de trabajo para la prevención del consumo de alcohol de la Comisión de Salud Pública

Elena Aldasoro Unamuno. Comunidad Autónoma de País Vasco

Ruth Santos Holgueras. Comunidad Autónoma de País Vasco

Diseño gráfico y maquetación: Cristina Coll Fernández (a través de la Encomienda de Tragsatec)

Glosario y definiciones en el marco de la prevención de los daños relacionados con el consumo de alcohol



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



ESTRATEGIA
PROMOCIÓN DE LA SALUD
Y PREVENCIÓN EN EL SNS