

# Características clínicas y demográficas de bebedores “por atracones” que se relacionan con una falta de eficacia de la intervención breve y el consejo médico

## *Clinical and Demographic Characteristics of Binge Drinkers Associated with Lack of Efficacy of Brief Intervention and Medical Advice*

GABRIEL RUBIO\*,\*\*,\*\*\*,\*\*\*\*; JUAN A LÓPEZ-RODRÍGUEZ\*\*,\*\*\*\*\*; PILAR ZULUAGA\*\*\*\*; GUILLERMO PONCE\*,\*\*,\*\*\*,\*\*\*\*; ISABEL MARTÍNEZ-GRAS\*,\*\*,\*\*\*,\*\*\*\*; MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ-ARRIERO \*,\*\*,\*\*\*,\*\*\*\*\*

\* Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría, Universidad Complutense de Madrid. España. \*\* Hospital Universitario “12 de Octubre”, Madrid, España. \*\*\* Instituto de Investigación “12 de octubre”. Madrid, España. \*\*\*\* Red Temática de Investigación Cooperativa en Salud (RETICS-Trastornos Adictivos), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. \*\*\*\*\* Facultad de Medicina, Departamento de Estadística e Investigación Operacional, Universidad Complutense de Madrid, España. \*\*\*\*\* Red de Centros de Investigación Biomédica de Salud Mental (CIBERSAM). \*\*\*\*\* Centro de Salud Las Calesas. Atención Primaria. Madrid

### Resumen

La Intervención Breve (IB) y el Consejo Médico simple (CM) son intervenciones psicoterapéuticas usadas para el tratamiento del consumo de alcohol por atracones en Atención Primaria. A pesar de la frecuencia de este patrón de abuso en Europa y en los Estados Unidos, ningún estudio ha evaluado las características de los sujetos que no responden a esas dos técnicas. **Objetivo.** Determinar las características demográficas y clínicas de los bebedores por atracones en los que la IB y el CM no son efectivos para la reducción del consumo perjudicial de alcohol. **Métodos.** Se trata de un análisis secundario de los datos obtenidos en un ensayo aleatorizado de intervención breve en alcohol con un período de seguimiento de 12 meses. Un total de 674 sujetos (89%) participaron durante todo el estudio hasta el final. La variable principal fue el cambio en el uso perjudicial de alcohol tras 12 meses de seguimiento. **Resultados.** Para ambos grupos de tratamiento las variables que predecían la continuidad en el consumo perjudicial tras el seguimiento eran: bajo nivel educativo, ser jóvenes, el número de cigarrillos fumados, la historia familiar de alcoholismo y la gravedad del consumo de alcohol basalmente. **Conclusiones.** Las características clínicas y sociodemográficas de los sujetos con un patrón de consumo de alcohol por atracones atendidos en Atención primaria influyen en el pronóstico de las intervenciones breves y del Consejo Médico. **Palabras clave:** Intervención breve, Consejo médico, Atracones, Consumo perjudicial.

### Abstract

Brief Counseling Intervention (BCI) and Medical advice (MA) are psychotherapeutic approaches used for the treatment of binge drinkers in Primary Care. Although binge drinking is a common pattern of alcohol misuse in Europe and in the US, no studies have evaluated those subjects who do not respond to Brief Counseling Interventions or Medical Advice. **Objective.** To determine the clinical and demographic characteristics of binge drinkers in whom BCI or MA are not effective in reducing harmful alcohol use. **Methods.** This is a secondary analysis of data from a randomized alcohol brief intervention trial with a 12-month follow-up period. A total of 674 subjects (89%) participated right through to the end of the study. The primary outcome measure was change in harmful alcohol use from baseline to 12 months. **Results.** The strongest baseline predictors of harmful alcohol use during follow-up were educational status, young adults, and high number of cigarettes smoked, present family history of alcoholism, treatment condition and number of drinks per episode of binge drinking. **Conclusions.** Binge drinkers are a heterogeneous group that responds to brief intervention or MA but in a subgroup of them these interventions fail to prevent harmful alcohol use. Other interventions should be implemented for these subjects. **Key words:** Brief intervention, Medical advice, Binge drinking, Harmful alcohol consumption.

Recibido: Mayo2014; Aceptado: Enero 2015

#### Enviar correspondencia a:

Juan A. López-Rodríguez. CS Las Calesas. Calle Calesas 12. 28026 Madrid.  
Email: [juanantonio.lopez@salud.madrid.org](mailto:juanantonio.lopez@salud.madrid.org).

**E**l patrón de consumo de alcohol por atracones se caracteriza en el hombre por el consumo de 5 ó más UBE (50 gr. de alcohol), y en la mujer por más de cuatro unidades de bebidas estándar UBE (40 gr.), en el curso de dos horas (NIAAA, 2004). En la Unión Europea (UE), uno de cada cinco adultos de la población refiere este tipo de consumo al menos una vez a la semana (Anderson and Baumberg, 2006). Este patrón de uso de alcohol está asociado con accidentes de tráfico, complicaciones médicas, consumo de tabaco, y diversas complicaciones sociales (NIH, 2000, Naimi et al., 2003).

Las Intervenciones Breves (IB) constituyen un grupo de técnicas diseñadas para reducir los daños relacionados con el consumo alcohol en sujetos que son bebedores importantes o que consumen el alcohol en forma de atracones (Fleming, 2003, Kaner et al., 2007). Sin embargo, su eficacia es moderada y hay una gran variabilidad en su efectividad (Bertholet et al., 2013). Los resultados de los ensayos en los que se incluían sujetos que consumían alcohol en forma de atracones no son concluyentes. Así, los hallazgos procedentes del Project Trial for Early Alcohol Treatment (TrEAT) (Ensayo para el tratamiento precoz del Alcoholismo) (Fleming et al., 1997; 1999; Grossberg et al., 2004) y de nuestro grupo (Rubio et al., 2010) indican que los sujetos expuestos a la IB reducen el número de episodios de consumo por atracones de forma significativa comparados con los controles. Sin embargo, otros estudios no encontraron diferencias significativas (Ockene et al., 1999; Curry et al., 2003; Reiff-Hekking et al., 2005).

En opinión de algunos autores, las discrepancias sobre la eficacia de las IB pueden deberse a la heterogeneidad de los sujetos incluidos, de ahí la necesidad de evaluar la influencia de las variables sociodemográficas en el pronóstico de estas técnicas (Littlejohn, 2006). Otros autores incluso postulan el daño neurológico asociado al alcohol como impedimento cognitivo que disminuye los resultados de las terapias en este tipo de pacientes así como aumenta el número de recaídas (Soler-González et al, 2014)

En el ámbito de los estudios controlados realizados en población que consume alcohol en forma de atracones, el proyecto realizado por nuestro grupo ha sido el único que se ha centrado exclusivamente en esa población (Rubio et al., 2010). De ahí que en este artículo hemos llevado a cabo un segundo análisis de los resultados previos para intentar determinar las características clínicas y sociodemográficas que podrían influir en la falta de eficacia de la IB o el Consejo Médico (CM) tras 12 meses de seguimiento. Hemos elegido como la variable principal el hecho de que al final del seguimiento el paciente mostrara un patrón de *consumo perjudicial de alcohol (CPA)*, ya fuese por seguir bebiendo en forma de atracones o por tener un consumo de riesgo, ya que el objetivo de cada intervención (IB o CM) era conseguir disminuir cualquier patrón de consumo perjudicial de alcohol.

## Métodos

La metodología de este estudio ha sido descrita en otro artículo (Rubio et al., 2010) y por tanto se indicarán aquí los aspectos más relevantes.

### **Sujetos y procedimientos.**

Los sujetos de estudio fueron pacientes adultos entre 18 y 65 años atendidos en centros de Atención Primaria de la ciudad de Madrid entre marzo de 2003 y marzo de 2006. Si tras la realización del cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT [Rubio et al., 1998]) presentaban patrón de consumo por atracones y puntuaban 15 o menos en el AUDIT, se consideraban candidatos a ser aleatorizados. El porcentaje de pacientes que rechazaron realizar el cuestionario fue de 2,4%. Las características de la muestra se describen en la Tabla 1.

**Criterios de inclusión y exclusión.** Se incluyeron los pacientes bebedores con consumo de alcohol por atracones, definido como: varón que bebía 5 o más unidades de bebida estándar (UBE) por ocasión (una UBE eran 10g de alcohol) en una o más ocasiones en el mes anterior; o mujer que bebía 4 o más UBE por ocasión, una o más veces en el mes anterior.

**Protocolo de Intervención.** La intervención breve la realizaba el médico de Atención Primaria y consistía en dos sesiones separadas por 4 semanas. Cada sesión presencial duraba entre 10-15 minutos, y se llevaba a cabo durante la consulta habitual de su médico. La intervención incluía una revisión de los efectos relacionados con el consumo de alcohol, una discusión sobre los métodos para disminuir el consumo de alcohol y la planificación de lo que el paciente estaba dispuesto a llevar a cabo hasta la próxima entrevista.

Los sujetos asignados al grupo de CM recibieron un folleto que recogía los problemas generales de salud provocados por el consumo de alcohol. Las dudas sobre los folletos o sobre la IB las podían resolver de forma habitual, consultando con su médico o con la enfermera.

**Seguimiento.** Un total de 751 sujetos cumplieron los criterios de inclusión y fueron aleatorizados al grupo de intervención breve (IB, N=371) o al de consejo médico (CM, N=381). El 89.62% (N= 674) completaron el seguimiento a los 12 meses. De los 78 sujetos que no completaron el seguimiento a los 12 meses, 49 rechazaron la entrevista y 29 se perdieron durante en el seguimiento.

Las entrevistas de seguimientos fueron realizadas por investigadores ciegos no relacionados con el centro de tratamiento del paciente.

**Variable principal.** Para este estudio elegimos tener un patrón consumo perjudicial de alcohol (CPA) en el último mes como la variable resultado. En ella se incluían sujetos con episodios de bebida en atracones (>5 UBE en el hombre y >4 en la mujer por ocasión) y/o consumir más de 18 bebidas a la semana en el caso de los varones o más de 13 en el caso de las mujeres.

Características clínicas y demográficas de bebedores “por atracones” que se relacionan con una falta de eficacia de la intervención breve y el consejo médico

Tabla 1  
Características Clínicas y sociodemográficas de la población de estudio clasificada por su persistencia en el consumo perjudicial de alcohol (CPA) en el último mes de seguimiento.

Características demográficas	CPA(-) N=274 No. (%)	CPA (+) N=400 No. (%)	p-valor
Grupo de Intervención			
Control	106(31.7)	228(68.3)	0.000
IB	168(49.4)	172(50.6)	
Sexo			
Masculino	150 (36.1)	283(63.9)	0.001
Femenino	114 (49.4)	117 (50.6)	
Estado Civil			
Nunca Casado	44(27.2)	118 (72.8)	0.000
Viudo/Divorciado/Separado	4(25.0)	12 (75.0)	
Casado/ Vive en pareja	226 (45.6)	270 (54.4)	
Nivel Educativo			
Secundaria o menor	110(26.7)	302(73.3)	0.000
Bachiller	144 (60.3)	95(39.7)	
Universitarios o más	20 (87.0)	3 (13.0)	
Situación Laboral			
Activo	231(38.7)	366 (61.3)	0.000
Desempleado	3 (9.7)	28 (90.3)	
Tareas Domésticas	40(87.0)	6(13.0)	
Historia Familiar de Dependencia a Alcohol			
NO	244(49.9)	245(50.1)	0.000
YES	30(16.2)	155(83.8)	
<b>Características Clínicas</b>	<b>Media (DE)</b>	<b>Media (DE)</b>	<b>p-valor</b>
Edad Actual, años	39.49(6.03)	35.67(4.02)	0.000
Número cigarrillos/día	9.52(5.36)	16.55(9.24)	0.000
Edad al inicio del consumo	14.50(2.45)	13.41(1.58)	0.000
Edad cuando el consumo se hace habitual (Más de una vez por semana)	14.81(2.38)	13.66(1.81)	0.000
<b>Patrón basal de consumo de alcohol</b>			
Días de consumo de alcohol por mes	18.38(4.92)	19.98(4.15)	0.000
Número de Unidades de Bebida Estándar (UBE) a la semana	26.11(10.42)	30.36(8.31)	0.000
Número de episodios/mes de consumo por atracón	2.95(2.08)	3.46(2.45)	0.000
Número de UBE por episodio de atracón.	8.98(2.08)	10.80(2.95)	0.000

CPA(+)= Persistencia en el último mes de patrón de consumo perjudicial.  
CPA(-)= Ausencia en el último mes de patrón de consumo perjudicial de alcohol.

**Otras variables.** Historia familiar de alcoholismo fue determinada tras la entrevista con los participantes y aplicando los Criterios Diagnósticos de Investigación de la Historia Familiar (Endicott, Andreasen y Spitzer 1989). La edad de inicio del consumo de alcohol, era la edad a la que el sujeto indicaba que había empezado a tomar esta sustancia.

### Análisis estadístico

Las variables categóricas se describen utilizando la distribución de frecuencias y las continuas en forma de medias y desviación estándar. Las comparaciones entre variables categóricas se han realizado con el test de homogeneidad de

Chi cuadrado, y se ha utilizado el test de la U de Mann-Whitney para comparaciones entre variable continuas.

La variable principal “consumo perjudicial de alcohol en el último mes del estudio”, fue categorizada de acuerdo con la respuesta: “si tuvo consumo de alcohol perjudicial en el último mes del estudio / no tuvo consumo perjudicial de alcohol en el último mes del estudio” (1/0).

**Análisis univariante.** Inicialmente se llevó a cabo un análisis de regresión logística univariante para determinar el riesgo de asociación con la variable principal. Siguiendo las recomendaciones de Hosme y Lemesho (2000), usamos el test de razón de probabilidad (TRP) como criterio de

cribado para seleccionar las variables candidatas de cada modelo multivariante. Teniendo en cuenta que el criterio del patrón de bebida para los consumidores por atracones y para el consumo moderado de alcohol eran diferentes para hombres y mujeres, y que los hombres y las mujeres diferían en los patrones basales de consumo respectivamente ( $p < 0.031$ ), elegimos llevar a cabo un análisis de regresión separado para hombres y para mujeres. En el caso del modelo para el grupo de mujeres, sólo una variable, (número de episodio de atracones por mes  $p = 0.944$ ) no alcanzó capacidad predictiva en el modelo univariante.

Los valores mayores que 1 para la “odds ratio” indicaban una mayor probabilidad de “consumo perjudicial de alcohol”, mientras que los valores por debajo de 1 disminuían esa probabilidad.

**Análisis multivariante.** Se realizó un análisis de regresión logística multivariante siguiendo el método propuesto por Hosmer-Lemeshow (Hosmer-Lemeshow, 2000). La precisión del ajuste de la ecuación de predicción fue evaluada usando el coeficiente  $R^2$  de Nagelkerke. El área bajo la curva (ROC) fue también calculada. El análisis de datos fue realizado usando SPSS 19 y Statgraphics Centurión.

## Resultados

Los sujetos incluidos en el grupo de IB o de CM no demostraron diferencias significativas en las características clínicas o demográficas ( $p$  valor  $> 0.197$ ), lo que demostró que los grupos estaban bien balanceados.

Durante los 12 meses de seguimiento, 78 sujetos abandonaron el estudio, 47 en el grupo de consejo médico y 31 en el grupo que recibió tratamiento con IB. Comparados estos porcentajes, encontramos un mayor número de abandonos en el grupo de CM respecto de los tratados con IB ( $p = 0.036$ ).

Durante el último mes del estudio, 59.34% ( $N = 400$ ) del total de la muestra continuó teniendo un patrón de consumo perjudicial de alcohol (CPA+), mientras el resto (40.65%  $N = 274$ ) había abandonado dicho patrón de consumo (CPA-) sin diferencias estadísticamente significativas observadas entre los dos grupos.

### **Modelos de regresión logística univariante ajustado por género.**

El escaso número de mujeres para algunas de las categorías nos hizo reformular las siguientes variables: “Situación laboral” que cambió a “Labores Domésticas (SI / NO)” y estado civil se cambió a “Casado (SI / NO)”.

La Tabla 2 muestra la “odd ratio” de los modelos de regresión univariante con su intervalo de confianza al 95%, y la razón de probabilidad por género. Tanto para hombres como para mujeres la IB redujo la probabilidad de consumo perjudicial de alcohol, mientras que tener una historia familiar de alcoholismo lo incrementaba. Se observó que

cuanto más joven era el sujeto y antes hubiese iniciado el consumo del alcohol, mayor era la probabilidad de persistir en el consumo perjudicial de alcohol al final del estudio. El hecho de tener un patrón de consumo de alcohol y de tabaco más graves al inicio del estudio se asociaban a un peor pronóstico al final del seguimiento. Con relación a las variables sociodemográficas, el peor pronóstico lo tenían las personas solteras, los desempleados y los sujetos con menor formación académica.

### **Modelos de regresión multivariante para explicar la presencia de Consumo Perjudicial de Alcohol (CPA) al final del estudio.**

La Tabla 3 recoge los modelos de regresión por género. Para los hombres las variables seleccionadas fueron el grupo de tratamiento, nivel de estudios, padre/madre alcohólico, edad, consumo de cigarrillos, días de consumo basal, número de copas por episodio de atracón. Tras un estudio de linealidad de las variables: edad, consumo de cigarrillos, días de consumo basal y número de copas por episodio de atracón, encontramos que “consumo de cigarrillos” y “días de consumo basal” no tenían un efecto lineal y por ello siguiendo Hosmer-Lemeshow (2000) se añadieron las transformaciones Tabaco\*LN (Tabaco) y Días\*LN (Días).

Para las mujeres, las variables elegidas fueron: grupo de tratamiento, nivel de estudios, edad, fumadora y número UBE consumidas por semana (Bebidas). Igualmente en este caso, el número de cigarrillos fumados y el número de UBE consumidas no tuvieron un efecto lineal por tanto se realizaron las transformaciones Cigarrillos\*LN (Cigarrillos) y Bebidas\*LN (Bebidas).

Para hombres y mujeres, se comprobaron las posibles interacciones de todas las variables con el tipo de tratamiento (IB o CM) y ninguna tuvo una significación relevante (todos los  $p$  valores  $> 0.194$ , para hombres y todos los  $p$  valores  $> 0.135$  para mujeres), de forma que las variables clínicas y sociodemográficas incluidas en los modelos explicaban la falta de eficacia tanto de la IB y como del Consejo médico.

En resumen, tanto para los sujetos tratados con IB como con Consejo médico, el riesgo de mantener el “consumo perjudicial de alcohol” después de doce meses de seguimiento aumentaba en: sujetos que tienen bajo nivel educativo (primaria), jóvenes ( $< 37$  años), fumadores importantes ( $> 25$  cigarrillos), tener antecedentes de alcoholismo familiar y consumir un mayor número de UBE antes del llevar a cabo la intervención terapéutica (beber más de 10 UBE por atracón, en el caso de los hombres, o tener consumos altos de alcohol durante la semana basal en el caso de las mujeres).

Características clínicas y demográficas de bebedores "por atracones" que se relacionan con una falta de eficacia de la intervención breve y el consejo médico

Tabla 2  
Resultados de los modelos de regresión logística univariante, por género

	Masculino			Femenino		
	Odds ratio	95% intervalo	p-valor	Odds ratio	95% Intervalo	p-valor
Grupo (Grupo de Referencia: control) IB	0.597	0.402 - 0.884	0.009	0.303	0.176- 0.520	0.000
Estado Civil: (Grupo de Referencia: nunca casado)						
Viudo/Divorciado/Separado	0.497	0.313 -0.789	0.009			
Casado/ Vive en pareja	0.681	0.191- 2.421				
Estado Civil: (Grupo de referencia: no casado)						
Actualmente casado				0.374	0.178-0.781	0.009
Nivel Educativo (Grupo de referencia: Secundaria o menos)						
BUP, Bachiller, FP	0.219	0.142-0.337	0.000	0.286	0.163- 0.503	0.000
Universitarios	0.024	0.003-0.191		0.139	0.028-0.680	
Situación Laboral (Grupo de Referencia: Activo)						
Desempleado	4.411	1.295-15.026	0.005			
Situación laboral (Grupo de referencia: no act domésticas )						
Labores Domésticas				0.100	0.040-0.248	0.000
Historia familiar de dependencia a alcohol (Grupo de referencia: sin historia familiar)						
Con	6.703	3.887- 11.556	0.000	2.310	1.093- 4.876	0.023
Edad actual, años	0.877	0.844- 0.912	0.000	0.725	0.655- 0.801	0.000
Número de cigarrillos al día	1.134	1.096-1.173	0.000	1.162	1.103- 1.224	0.000
Edad al inicio del consumo	0.747	0.673-0.829	0.000	0.809	0.708 -0.942	0.002
Edad al inicio del consumo continuado (más de un día a la semana)	0.754	0.684-0.832	0.000	0.823	0.718-0.942	0.003
Días al mes de consumo	1.074	1.027- 1.121	0.001	1.093	1.026- 1.164	0.005
Número de unidades estándares a la semana	1.050	1.028- 1.073	0.000	1.041	1.007-1.075	0.014
Número de episodios de atracones al mes	1.132	1.040-1.231	0.003	0.968	0.841-1.112	0.644
Número de unidades estándares de bebida por episodio de atracón.	1.354	1.238-1.480	0.000	1.244	1.114- 1.387	0.000

Tabla 3  
Resultados de los modelos de regresión logística multivariante, por género

	Masculino		Femenino	
	Coefficientes	ODDS	Coefficientes	ODDS
Grupo IB	-0.900	0.407	-2.253	0.105
Nivel educativo				
Primaria o Secundaria	-0.894	0.409	-0.898	0.407
BUP, Bachiller o más	-2.827	0.059	-1.951	0.142
Historia Familiar de Dependencia a Alcohol				
Sí	1.825	6.201		
Edad Actual	-0.072	0.930	-0.354	0.702
Número de cigarrillos al día (Cigarrillos)	-0.454	0.635	-0.332	0.717
Días de uso de alcohol al mes (Días)	2.930	18.714		
Número de unidades de bebida estándar a la semana (bebidas)			2.116	8.296
Número de unidades de bebida estándar por episodio de atracón (bebidas)	0.240	1.271		
Cigarrillos*LN(Cigarrillos)	0.178	1.195	0.157	1.171
Días*LN(Días)	-0.768	0.464		
Bebidas*LN(Bebidas)			-0.514	0.598
Constante	-11.155		2.507	
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0.547		0.665	
Área ROC	0.898		0.928	

## Discusión

Este es el primer estudio llevado a cabo exclusivamente en sujetos que utilizan un patrón de consumo de alcohol por atracones, atendidos en centros de atención primaria, donde se demuestra la influencia de las variables clínicas y sociodemográficas sobre el pronóstico de dos intervenciones (Intervención Breve y Consejo Médico) tras 12 meses de seguimiento. Las variables relacionadas con el mantenimiento del patrón de “consumo perjudicial de alcohol” en ambos grupos de tratamiento fueron: fumar un número elevado de cigarrillos (>25), tener historia familiar de alcoholismo, ser joven (<37 años), bajo nivel de estudios, y patrón de consumo basal más grave (más de 10 UBE por episodio de atracón en el caso de los varones y para mujeres, mayor número de bebidas a la semana).

La influencia de *número elevado de cigarrillos* en el consumo perjudicial de alcohol encontrada en nuestro estudio coincide con los hallazgos encontrados en estudios previos (Murray et al. 1995, Fleming et al., 1997). En otro trabajo donde se intentó demostrar la efectividad de una terapia integrada para pacientes fumadores y bebedores con un patrón de “atracones”, se demostró que mientras el tratamiento redujo significativamente el consumo de cigarrillos no ocurrió lo mismo con el número de episodios de consumo de alcohol por atracones (Ames et al., 2010). Sin embargo lo esperable de que disminuyesen ambos, necesitó de confirmación posterior en

un ensayo clínico piloto para ver la eficacia de una intervención dirigida a disminuir ambos (Ames et al, 2014) donde se observó que cuando la intervención se realizaba de forma simultánea y se actuaba sobre el tabaco también, a los tres y seis meses, los pacientes permanecían abstinentes y reducían igualmente consumo de alcohol. Por lo tanto, y a pesar de la naturaleza heterogénea de estos resultados, la existencia de una relación especial entre el fumar y el patrón de consumo por alcohol por atracones parece ser consistente (Blazer and Wu, 2009). En nuestra muestra, los sujetos con mayor riesgo para mantener el consumo perjudicial de alcohol eran los fumadores de más de 25 cigarrillos al día, seguidos de los exfumadores y por último de los fumadores de menos de 10 cigarrillos diarios. Nuestros datos apoyan la necesidad de diseñar intervenciones para bebedores por atracones donde se integren intervenciones dirigidas a tratar la adicción al tabaco.

Desde nuestro punto de vista, el impacto de una *historia familiar de alcoholismo* sobre el consumo perjudicial de alcohol tiene un especial interés. Esta variable ha sido relacionada con mayor vulnerabilidad para el desarrollo de dependencia de alcohol (Rubio et al., 1999) y con un mal pronóstico al tratamiento farmacológico de los dependientes del alcohol (Rubio et al., 2005; Keifer et al., 2008). Es posible que estos pacientes requieran estrategias terapéuticas más intensivas por lo que consideramos que son necesarios más estudios que se centren en este hecho.

La asociación entre el *nivel educativo* y el pronóstico de las intervenciones breves, ha sido señalada en diferentes trabajos (Fleming et al., 1997; Ockene et al., 1999; Aalto y Sullanauke, 2000). Como en nuestro estudio, los sujetos que abandonaron la escolarización antes de completar estudios secundarios tenían mayor riesgo de mantener el consumo perjudicial de alcohol tras la intervención. Por lo tanto, estos resultados también apoyan la necesidad de adaptar las estrategias de tratamiento al nivel educativo de la población a la que se dirigen las intervenciones.

Nuestros hallazgos sobre la menor eficacia de las intervenciones entre los sujetos *jóvenes* no apoyan los resultados de estudios previos (Monti et al., 1999; Grossberg et al., 2004). Las razones de estas discrepancias no están claras. Es posible que los bebedores por atracones más jóvenes sean menos conscientes de las posibles consecuencias asociadas a este patrón de consumo (Okoro et al., 2004), lo que podría explicar el hecho de que tratamientos basados en intervenciones motivacionales sean más eficaces, particularmente, en aquellos que experimentaron ciertas consecuencias negativas relacionadas con el alcohol (Daepfen et al., 2011).

En nuestro trabajo los consumidores con un *patrón basal de consumo más grave* tuvieron más dificultades para abandonar el patrón de consumo perjudicial. Este hecho podría ser explicado de distintas maneras. Se ha señalado que los bebedores por atracones, comparados con los no bebedores de alcohol, tienen mayor déficit en el control inhibitorio llevado a cabo por el lóbulo frontal cerebral (Townshend and Duka, 2005), relacionado también en parte con ese daño cerebral relacionado con el alcohol acumulado (Soler González et al, 2014). Además, los bebedores moderados que consumen alcohol de forma episódica tiene mayor probabilidad de ser clasificados como sujetos con trastorno por uso de alcohol (abuso o dependencia) que los sujetos que beben moderadamente pero a diario (Kniwght et al., 2002). Esto ha llevado a hipotetizar que, los atracones de bebida provocan episodios de síndrome de abstinencia, que dificultan el control del consumo (Stephen et al, 2005) y además, contribuyen a aumentar los procesos adaptativos que subyacen en el desarrollo de la dependencia del alcohol (Breese et al, 2005). En resumen, los bebedores que tienen frecuentes periodos de atracones pueden representar un grupo de bebedores con más dificultades para modificar su patrón de bebida (Cournet y Polich, 2009), y para los que habría que proponer una aproximación terapéutica más intensa que el Consejo médico o la IB.

Una de las limitaciones de nuestro estudio es que la medida de eficacia se basó en los autoinformes de los pacientes. Desafortunadamente todavía no hay medidas biológicas eficientes para demostrar la reducción en la ingesta de alcohol. En estudios se ha utilizado el glucurónido de etilo en orina (EtG) o el sulfato de etilo pero su elevado precio no lo hace viable para este tipo de estudios. No obstante, las investigaciones indican que los autoinformes son más fiables que otros métodos de medida de consumo de alco-

hol (Harrison et al, 1997). Para intentar disminuir la limitación propia del autoinforme hemos utilizado diferentes estrategias como, por ejemplo, informar al paciente que él/ella está participando en un proyecto de investigación y que los datos no figurarían en su historia clínica. También las preguntas relacionadas con el consumo de alcohol fueron enmascaradas, mezclándolas con otras relacionadas con hábitos de salud. Además hemos utilizado métodos estandarizados para informar sobre el consumo y para recoger dicha información. El 29% ciento de los bebedores por atracones que puntuaron 15 o menos en el AUDIT rechazaron participar en la entrevista inicial. Como no sabemos si hubiesen cumplido criterios de inclusión, debemos ser cautos a la hora de generalizar nuestros resultados. Nuestra muestra fue mayoritariamente de raza blanca, lo que además limita la generalización de nuestros hallazgos a otras poblaciones.

## Conclusiones

En conjunto, nuestros resultados demuestran que una proporción sustancial de bebedores por atracones mantiene un consumo de perjudicial de alcohol tras realizar una Intervención Breve o recibir Consejo Médico. Por lo tanto, consideramos que se deben adaptar otras estrategias de tratamiento para grupos específicos, como el caso de los sujetos con historia familiar de alcoholismo, fumadores, adultos jóvenes o bebedores que tienen frecuentes episodios por atracones.

## Conflicto de Intereses

El autor primer firmante del manuscrito de referencia, en su nombre y en el do todos los autores firmantes, declara que no existe ningún potencial conflicto de intereses relacionado con este artículo.

## Agradecimientos

Esta investigación fue financiada mediante las ayudas FCM/03 y FCM/04 (Fundación Cerebro y Mente).

## Referencias

- Aalto, M., y Sillanaukee, P. (2000). Compliance rate and associated factors for entering an alcohol brief intervention treatment programme. *Alcohol and Alcoholism*, 35, 372-376. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10906003>
- Ames, S. C., Pokorny, S. B., Schroeder, D. R., Tan, W., y Werch, C. E. (2014). Integrated smoking cessation and binge drinking intervention for young adults: a pilot efficacy trial. *Addictive Behaviors*, 39, 848-853. doi:10.1016/j.addbeh.2014.02.001

- Ames, S. C., Werch, C. E., Ames, G. E., Lange, L. J., Schroeder, D. R., Hanson, A. C., y Patten, C. A. (2010). Integrated smoking cessation and binge drinking intervention for young adults: a pilot investigation. *Annals of Behavioral Medicine : A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 40, 343–349. doi:10.1007/s12160-010-9222-4
- Anderson, P., y Baumberg, B. (2008). *Alcohol in Europe*. London.
- Bertholet, N., Palfai, T., Gaume, J., Daepfen, J. B., y Saitz, R. (2014). Do brief alcohol motivational interventions work like we think they do? *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 38, 853–859. doi:10.1111/acer.12274
- Blazer, D. G., y Wu, L. T. (2009). The epidemiology of at-risk and binge drinking among middle-aged and elderly community adults: National Survey on Drug Use and Health. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1162–1169. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09010016
- Breese, G. R., Overstreet, D. H., y Knapp, D. J. (2005). Conceptual framework for the etiology of alcoholism: a “kindling”/stress hypothesis. *Psychopharmacology*, 178, 367–380. doi:10.1007/s00213-004-2016-2
- Courtney, K. E., y Polich, J. (2009). Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychological Bulletin*, 135, 142–156. doi:10.1037/a0014414
- Curry, S. J., Ludman, E. J., Grothaus, L. C., Donovan, D., y Kim, E. (2003). A randomized trial of a brief primary-care-based intervention for reducing at-risk drinking practices. *Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 22, 156–165.
- Daepfen, J.-B., Bertholet, N., Gaume, J., Fortini, C., Faouzi, M., y Gmel, G. (2011). Efficacy of brief motivational intervention in reducing binge drinking in young men: A randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 69–75. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.07.009
- Endicott, J., Andreasen, N., y Spitzler, R. (1989). *Research Diagnostic Criteria (Spanish version by Hubert MS)*. Madrid: E. Médicos, Ed.
- Fleming, M. F. (2003). Brief interventions and the treatment of alcohol use disorders: current evidence. *Recent Developments in Alcoholism : An Official Publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism*, 16, 375–390.
- Fleming, M. F., Barry, K. L., Manwell, L. B., Johnson, K., y London, R. (1997). Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA*, 277, 1039–1045. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9091691>
- Fleming, M. F., Manwell, L. B., Barry, K. L., Adams, W., y Stauffacher, E. A. (1999). Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *The Journal of Family Practice*, 48, 378–384. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10334615>
- Grossberg, P. M. (2004). Brief physician advice for high-risk drinking among young adults. *The Annals of Family Medicine*, 2, 474–480. doi:10.1370/afm.122
- Harrison, L. (1997). The validity of self-reported drug use in survey research: an overview and critique of research methods. *NIDA Research Monograph*, 167, 17–36.
- Hosmer, D., y Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*. John Wiley y Sons Ltd.
- Kaner, E. F. S., Beyer, F., Dickinson, H. O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., ... Burnand, B. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD004148. doi:10.1002/14651858.CD004148.pub3
- Kiefer, F., Jiménez-Arriero, M. A., Klein, O., Diehl, A., y Rubio, G. (2008). Cloninger’s typology and treatment outcome in alcohol-dependent subjects during pharmacotherapy with naltrexone. *Addiction Biology*, 13, 124–129. doi:10.1111/j.1369-1600.2007.00073.x
- Knight, J. R., Wechsler, H., Kuo, M., Seibring, M., Weitzman, E. R., y Schuckit, M. A. (2002). Alcohol abuse and dependence among U.S. college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 263–270.
- Littlejohn, C. (n.d.). Does socio-economic status influence the acceptability of, attendance for, and outcome of, screening and brief interventions for alcohol misuse: a review. *Alcohol and Alcoholism*, 41, 540–545. doi:10.1093/alcalc/agl053
- Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., ... Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 989–994.
- Murray, R. P., Istvan, J. A., Voelker, H. T., Rigdon, M. A., y Wallace, M. D. (1995). Level of involvement with alcohol and success at smoking cessation in the lung health study. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 74–82.
- Naimi, T. S., Brewer, R. D., Mokdad, A., Denny, C., Serdula, M. K., y Marks, J. S. (2003). Binge drinking among US adults. *Jama*, 289. doi:10.1001/jama.289.1.70
- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, A. (2004). NIAAA Council approves definition of binge drinking. *NIAAA Newsletter*.
- NIH, US Department of Health and Human Services, PHS y NIAAA (2000). *The Tenth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health from the Secretary of Health and Human Services*. Washington DC.
- Ockene, J. K., Adams, A., Hurley, T. G., Wheeler, E. V., y Hebert, J. R. (1999). Brief physician- and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinkers: does it work? *Archives of Internal Medicine*, 159, 2198–2205.
- Okoro, C. A., Brewer, R. D., Naimi, T. S., Moriarty, D. G., Giles, W. H., y Mokdad, A. H. (2004). Binge drinking

- and health-related quality of life: do popular perceptions match reality? *American Journal of Preventive Medicine*, 26, 230–233. doi:10.1016/j.amepre.2003.10.022
- Reiff-Hekking, S., Ockene, J. K., Hurley, T. G., y Reed, G. W. (2005). Brief physician and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinking. Results at 12-month follow-up. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 7–13. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.21240.x
- Rubio, G., Jiménez-Arriero, M. A., Martínez, I., Ponce, G., y Palomo, T. (2010). Efficacy of physician-delivered brief counseling intervention for binge drinkers. *The American Journal of Medicine*, 123, 72–78. doi:10.1016/j.amjmed.2009.08.012
- Rubio, G., León, G., Pascual, F. F., y Santo-Domingo, J. (1998). Clinical significance of Cloninger's classification in a sample of alcoholic Spanish men. *Addiction*, 93, 93–101.
- Rubio, G., Ponce, G., Rodríguez-Jiménez, R., Jiménez-Arriero, M. a, Hoenicka, J., y Palomo, T. (2005). Clinical predictors of response to naltrexone in alcoholic patients: who benefits most from treatment with naltrexone? *Alcohol and Alcoholism*, 40, 227–233. doi:10.1093/alcalc/agh151
- Rubio Valladolid, G., Bermejo Vicedo, J., Caballero Sánchez-Serrano, M. C., y Santo-Domingo Carrasco, J. (1998). Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in primary care. *Revista Clínica Española*, 198, 11–14.
- Soler González, C., Balcells Oliveró, M., y Gual Solé, A. (2014). Alcohol related brain damage. State of the art and a call for action. *Adicciones*, 26, 199–207.
- Stephens, D. N., Ripley, T. L., Borlikova, G., Schubert, M., Albrecht, D., Hogarth, L., y Duka, T. (2005). Repeated ethanol exposure and withdrawal impairs human fear conditioning and depresses long-term potentiation in rat amygdala and hippocampus. *Biological Psychiatry*, 58, 392–400. doi:10.1016/j.biopsych.2005.04.025
- Town, M., Naimi, T. S., Mokdad, A. H., y Brewer, R. D. (2006). Health care access among U.S. adults who drink alcohol excessively: missed opportunities for prevention. *Preventing Chronic Disease*, 3, A53.
- Townshend, J. M., y Duka, T. (2005). Binge drinking, cognitive performance and mood in a population of young social drinkers. *Alcoholism: Clinical y Experimental Research*, 29(3), 317–325. doi:10.1097/01.ALC.0000156453.05028.F5