

Traballo de
fin de grao

**O consumo normal de alcol: unha revisión
bibliográfica e un estudo de campo**

El consumo normal de alcohol: una revisión bibliográfica y un estudio de campo.

Normal alcohol consumption: a bibliographical review and a field study.

Autoría: Francisco José Pérez Pérez

Titor: Arturo González Quintela

Cotitor: Ignacio Novo Veleiro

Departamento: Departamento de
Psiquiatría, Radioloxía, Saúde Pública,
Enfermaría e Medicina.

Xuño 2023

Traballo de Fin de Grao presentado na Facultade de Medicina e Odontoloxía da Universidade de Santiago de Compostela para a obtención do Grao en Medicina

ÍNDICE

RESUMO.....	5
1 INTRODUCCIÓN.....	9
2 OBXECTIVOS.....	16
3 METODOLOXÍA.....	17
3.1 Revisión bibliográfica.....	17
3.2 Estudo de campo.....	17
3.2.1 Variables elixidas.....	17
3.2.2 Formato e recollida de datos.....	18
3.2.3 Procesamento dos datos.....	19
4 RESULTADOS E DISCUSIÓN.....	20
4.1 Resultados da revisión bibliográfica.....	20
4.1.1 UBE.....	20
4.1.2 AUDIT.....	21
4.1.3 Sexo e xénero.....	23
4.1.4 Normalización do uso do alcol e implicación na concordancia entre o consumo de alcol percibido <i>versus</i> consumo de alcol cuantificado.....	25
4.1.4.1 Normalización do consumo de alcol: consideracións xerais.....	25
4.1.4.2 Información e sensibilización da poboación: impacto na concordancia entre o consumo de alcol percibido <i>versus</i> consumo de alcol cuantificado.....	27
4.2 Estudo de campo.....	30
4.2.1 Resultados do estudo de campo.....	30
4.2.1.1 Composición da mostra.....	30
4.2.1.2 Cálculo das unidades de bebida consumidas.....	31
4.2.1.3 Resultados xerais e segundo variables demográficas.....	32
4.2.1.4. Consumo cualitativo.....	34
4.2.2 Discusión dos resultados.....	37
4.2.3 Limitacións do estudo.....	39
4.2.4 Utilidade deste traballo e perspectivas de futuro.....	40
5 CONCLUSIÓNS.....	41
6 ANEXOS.....	42
7 BIBLIOGRAFÍA.....	44

ABREVIACIÓNS E ANGLICISMOS

ADH	Hormona Antidiurética
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
DSMIV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Trastornos Mentais
HADO	Hospitalización a Domicilio
HTA	Hipertensión Arterial
IGE	Instituto Galego de Estatística
INE	Instituto Nacional de Estadística
NIH	<i>National Institutes of Health</i>
OMS	Organización Mundial da Saúde
SIDA	Síndrome de Inminodeficiencia Adquirida
UBE	Unidade de Bebida Estándar

RESUMO

O consumo de alcol, cunha alta prevalencia, ten diversos efectos prexudiciais na saúde, que supoñen unha gran carga de enfermidade a nivel global, cun risco que aumenta con calquera cantidade de alcol. Isto fai imprescindible o rexistro preciso do consumo na anamnese, que pode verse dificultado pola normalización social deste.

Co obxectivo de profundar na definición de consumo normal de alcohol, tanto por parte da comunidade científica como pola poboación, realizouse, por un lado, unha revisión bibliográfica non sistemática e por outro unha enquisa multivariable, que incluiu parámetros demográficos e cuestións relativas tanto ao consumo cualitativo percibido como ao cuantitativo declarado, xunto co AUDIT.

Achouse que á normalización do consumo de alcol contribuían diversos factores, entre eles a falta de consenso científico e información clara cara a poboación sobre o que supón un consumo de baixo risco, ao que se engade a falta de coñecemento da poboación xeral sobre os riscos do alcol, que tende a subestimar. A normalización e subestimación detectouse tamén nos resultados do estudo de campo, no que a maioría das persoas que afirmaron consumir o normal superaban os límites de baixo risco, elevándose esa proporción segundo factores como a idade ou o nivel de estudos. Tamén se atoparon diferenzas relevantes en canto o sexo, factor que determina en moitos casos importantes diverxencias nos límites de consumo, xustificándose isto con base en diferenzas metabólicas entre sexos. Estas diverxencias están a ser revisadas nas últimas guías.

A normalización e subestimación do consumo de alcol trasládase tamén ás consultas, dificultando a súa exploración e facendo imprescindibles ferramentas cuantitativas como as UBE ou cuestionarios para detectar consumos prexudiciais como o AUDIT que, aínda así, contan coas súas limitacións.

Palabras clave: alcohol, alcol, AUDIT, consumo de risco, consumo normal, normalización, UBE.

RESUMEN

El consumo de alcohol, con una alta prevalencia, tiene diversos efectos perjudiciales en la salud, que suponen una gran carga de enfermedad a nivel global, con un riesgo que aumenta con cualquier cantidad de alcohol. Esto hace imprescindible el registro preciso del consumo en la anamnesis, que puede verse dificultado por la normalización social de este.

Con el objetivo de profundizar en la definición de consumo normal de alcohol, tanto por parte de la comunidad científica cómo por la población, se realizó, por un lado, una revisión bibliográfica no sistemática y por otro una encuesta multivariable, que incluyó parámetros demográficos y cuestiones relativas tanto al consumo cualitativo percibido como al cuantitativo declarado, junto con el AUDIT.

Se halló que a la normalización del consumo de alcohol contribuían diversos factores, entre ellos la falta de consenso científico e información clara hacia población sobre lo que supone un consumo de bajo riesgo, a lo que se añade la falta de conocimiento de la población general sobre los riesgos del alcohol, que tiende a subestimar. La normalización y subestimación se detectó también en los resultados del estudio de campo, en el que la mayoría de las personas que afirmaron consumir lo normal superaban los límites de bajo riesgo, elevándose esa proporción según factores como la edad o el nivel de estudios. También se encontraron diferencias relevantes en cuanto al sexo, factor que determina en muchos casos importantes divergencias en los límites de consumo, justificándose esto con base en diferencias metabólicas entre sexos. Estas divergencias están siendo revisadas en las últimas guías.

La normalización y subestimación del consumo de alcohol se traslada también a las consultas, dificultando su exploración y haciendo imprescindibles herramientas cuantitativas como las UBE o cuestionarios para detectar consumos perjudiciales como el AUDIT que, aun así, cuentan con sus limitaciones.

Palabras clave: alcohol, AUDIT, consumo de riesgo, consumo normal, normalización, UBE.

ABSTRACT

Alcohol consumption has a significant prevalence and is known to have various detrimental effects on health, regardless of the amount consumed, being a major contributor to the global burden of disease globally. This makes it essential to accurately record alcohol consumption in the anamnesis, which can be challenging due to its social normalization.

In order to deepen in the understanding of what constitutes *normal* alcohol consumption, both among the scientific community and the general population, a non-systematic literature review and a multivariate survey were conducted. The survey included demographic parameters and questions related to alcohol use, such as the perceived qualitative alcohol consumption and the declared quantitative consumption, together with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).

The findings of this study revealed several factors contributing to the normalization of alcohol consumption, including the lack of scientific consensus and clear information for the population on what constitutes low-risk consumption, and the lack of knowledge of the general population about the risks of alcohol, that tends to underestimate them. Normalization and risk underestimation were also detected in the results of the field study, in which the majority of individuals who considered their alcohol consumption as normal exceeded the low-risk limits, this proportion rising according to factors such as age or educational level. Relevant differences were also found in terms of sex, a factor that determines in many cases important differences in consumption limits, justifying this based on metabolic differences between sexes. These divergences are being reviewed in the latest guidelines.

The normalization and underestimation of alcohol consumption also extend to the medical offices, making it challenging to explore this issue thoroughly. Essential tools such as the quantification of alcohol use in standard drinks, or questionnaires to detect harmful consumption such as the AUDIT should be used, although they also have limitations.

Keywords: alcohol, AUDIT, normal consumption, normalization, risk consumption, standard drink.

1 INTRODUCCIÓN

O alcol, entendido como o etanol contido nas bebidas alcólicas, é consumido habitualmente polo 42 % da poboación mundial, rexistrándose os maiores niveis de consumo na Rexión de Europa da OMS, como se pode observar na Fig. 1. Aínda así, débese ter en conta que a nivel global unha cuarta parte do alcol non é rexistrado e por tanto non se contabiliza, ao estar producido e distribuído fóra dos canais formais (1). Así mesmo, existen diferencias entre as formas de consumo das diferentes rexións establecidas pola OMS: por exemplo, nalgúns partes de Europa do Leste e países da África subsahariana máis do 60 % dos bebedores ten un episodios de consumo excesivo de alcol, definido pola organización como consumo de 60 g ou máis de alcol nalgúna ocasión do último mes. Por último, respecto a mocidade, en todo o mundo máis dun cuarto da poboación entre 15 e 19 anos (26,5 %) é bebedora, comezando este consumo antes dos 15 anos en moitos países europeos, americanos e do Pacífico Occidental. (1)

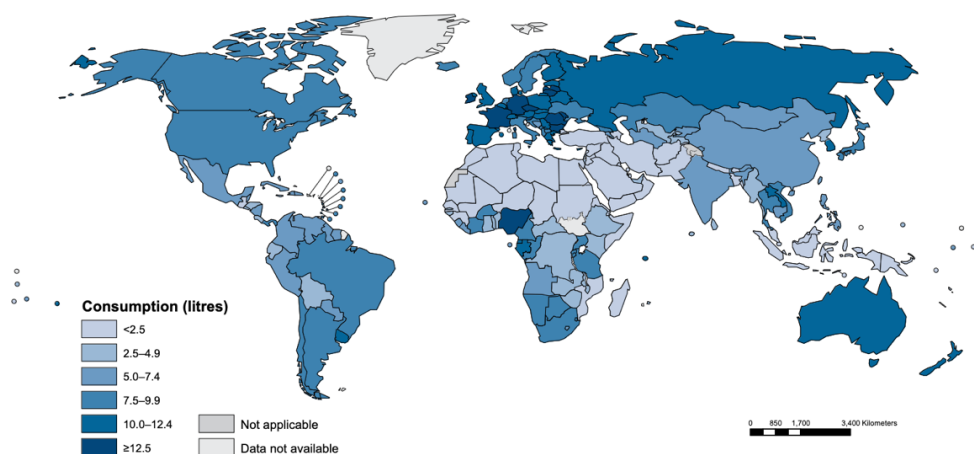
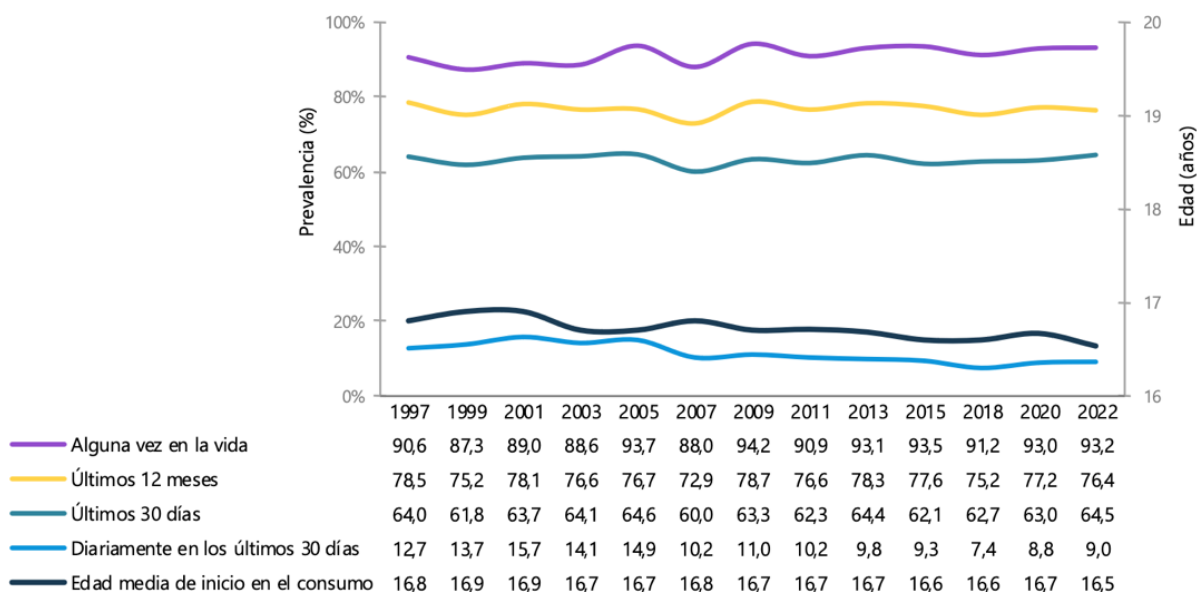


Fig. 1 Consumo total de alcohol por habitante (15 anos de idade ou máis; en litros de alcohol puro), 2016 (1).

No Estado Español o alcol é a sustancia psicoactiva máis consumida polos seus habitantes, cuns datos de prevalencia que nalgúns casos rozan o 100 %. Na enquisa EDADES (2) realizada de forma bienal dende os anos 90 polo Ministerio de Sanidade, e cunha última versión no 2022, o 93,2% da poboación de 15 a 64 anos declarou que consumira alcol nalgún momento da súa vida. Polo que respecta ao consumo no último ano, a cifra sitúase no 76 %, e no último mes no 64,5 %. Por último, no citado estudo un 9 % da poboación declarou consumir diariamente alcol. En relación aos eventos agudos, intoxicacións etílicas ou, coloquialmente, borracheiras, a prevalencia no último ano establécese no 16,7 %. Tanto para este último dato como para os anteriores, identifícanse unha serie de patróns en relación coa idade e o sexo. Os homes consumen máis en calquera marco temporal, e neles as borracheiras teñen unha maior prevalencia. En función da idade, a prevalencia das intoxicacións agudas diminúe conforme pasan os anos e o consumo no último mes é maior na franxa entre os 25 e 34 anos. Porén, o consumo diario concéntrase no tramo de maiores de 55 anos. A idade media de inicio no consumo de alcol mantense razoablemente constante dende o inicio do estudo bienal, cunha

lixreira tendencia á baixa, que o sitúa na última versión nos 16,5 anos, cando chegou a localizarse no 1999 nos 16,9 anos (2).



Gráfica 1. Prevalencia de consumo de bebidas alcólicas (%) e idade media no inicio de consumo de bebidas alcólicas (anos) na poboación de 15-64 anos. España, 1997-2022 (2).

A realidade galega non amosa datos significativamente discordantes coa española: consumiu alcol algunha vez na súa vida o 94,7 % da poboación galega, o 75,2 % nos últimos 12 meses e o 65 % nos últimos 30 días. En Galicia sobresaie o dato da prevalencia das intoxicacións etílicas agudas, no que un 20 por cento reconeceu sufrir unha borracheira nos últimos 12 meses, situándose máis de 3 puntos por riba da media estatal (16,7 %) (2). Respecto á idade media de inicio para o consumo de bebidas alcólicas, esta sitúase en Galicia nos 16,3 anos segundo a enquisa EDADES. Porén, estudos como o de Rial *et al.* rebaixan esta idade ata os 13,4 anos se se ten en conta na realización da enquisa a estudantes de 12 e 13 anos. Neste estudo tamén afirman que este consumo precoz de alcol entre a mocidade galega amenta a probabilidade de consumir outras sustancias, amosando quen comeza antes o seu consumo taxas de consumo de risco 3 veces maiores e implicándose nun maior número de prácticas potencialmente perigosas (Táboa 1) (3).

Prácticas de riesgo	12-13 años (%)	14-15 años (%)	16-18 años (%)
Viajar con conductor bajo efectos alcohol	60,3	36,3	28,4
Peleas	35,8	20,2	9,1
Accidentes o lesiones	26	14	4,1
Problemas padres	15,1	9	1,5
Peor rendimiento	12,5	6	3,6
Víctima de atracos/robos	3,5	4,3	2,5
Problemas con la policía	13,8	3,3	2,6
Acudir a urgencias o ser hospitalizado	7,8	3,5	2
Sexo sin protección	18,5	11,7	4,6
Sexo del que te arrepentiste	16,4	11,4	2

Táboa 1. Prácticas de risco en función da idade de inicio de consumo de alcol (3).

Os efectos do alcol na saúde son innegables e descritos na literatura científica de xeito extenso. O seu consumo é o 4º factor de risco de perda de saúde, contribuíndo ao desenvolvemento de máis de 200 problemas médicos, influíndo en enfermidades que afectan á práctica totalidade dos órganos e sistemas (Fig. 2), dende o cancro de boca ou esófago ata a cirrose hepática, pasando polo agravamento de enfermidades como a hipertensión arterial (HTA) ou a depresión. Ademais, como xa se indicaba ao falar dos perigos do inicio de consumo precoz, o seu impacto non se reduce ao dano que provoca na persoa consumidora se non que pode producir danos a terceiras persoas e á sociedade en conxunto, aumentando, por exemplo o risco de ataques violentos a outras persoas (violencia de xénero, pelexas, abusos sexuais ou homicidios) ou autoprovocados (4).

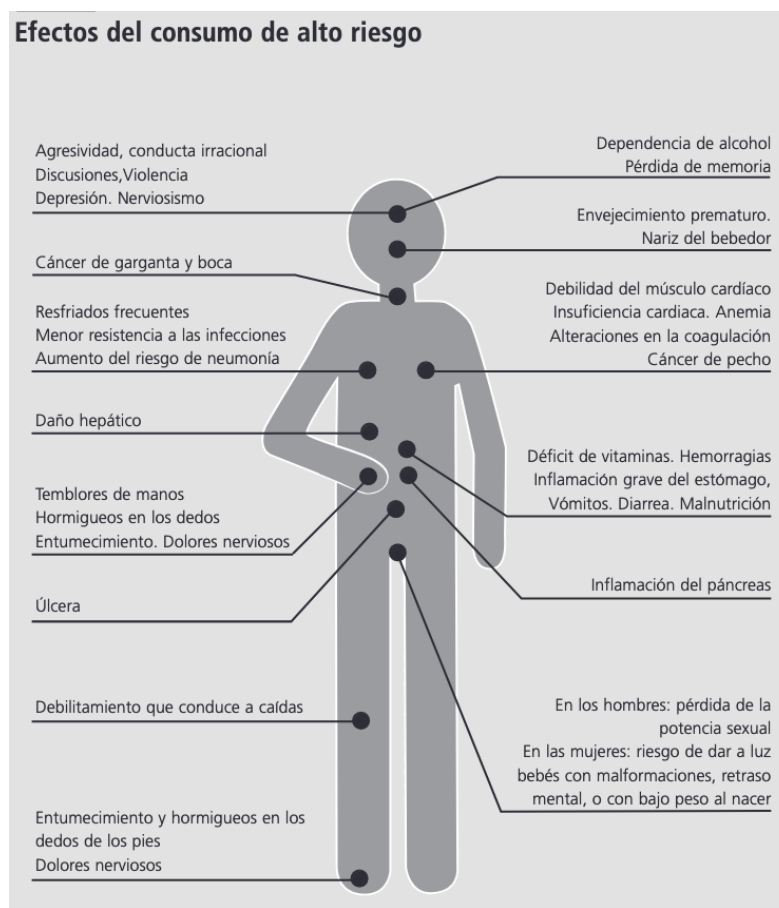
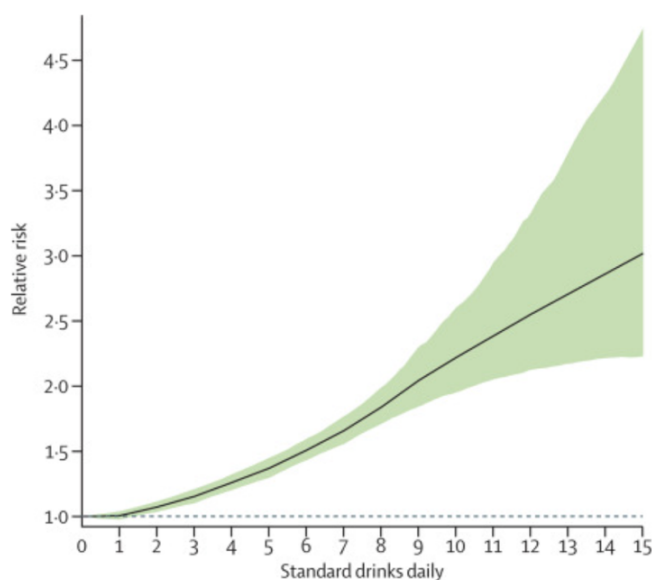


Fig. 2 Efectos do consumo de alto risco en distintas órganos e sistemas (5).

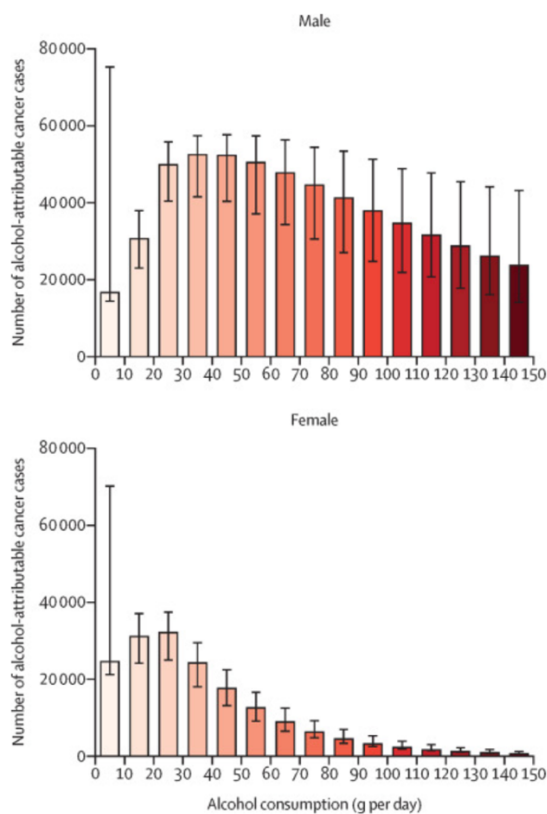
Acercas de esta cuestión existen revisións e estudos de referencia que exploran a relación entre o uso de alcol e a carga de enfermidade/morbilidade (*burden of disease* en inglés) que este carrega. Destaca o estudo elaborado no marco da análise “*Global Burden of Disease*” por un grupo de colaboradores centrados na carga de enfermidade atribuíble do alcol (6). Utilizaron no seu traballo novidosas metodoloxías dentro deste campo de investigación, nas que se inclúen combinar dentro das súas 694 fontes datos provenientes de enquisas individuais sobre bebida con outras fontes poboacionais como o nivel de vendas de alcol no territorio, aplicando a todas elas diversos factores correctores. Nas súas conclusións, destacan preocupantes datos como a alta porcentaxe de mortes en xente nova atribuíbles ao alcol: preto do 10 % das mortes na franxa de idade entre os 15 e os 49 anos son imputables ao alcol. Así mesmo, sinalase a necesidade de

revisar os supostos beneficios que ten o consumo de alcol na saúde a través de melloras estatísticas e analíticas nos estudos, xa que se defende neste traballo que a cantidade de alcol máis segura para a saúde son os 0 gramos. Este é un tema tremendamente discutido na literatura científica acerca da materia, entrando en conflito a conclusión do estudo con gran parte desta bibliografía e incluso con guías de organismos sanitarios. Aínda que nesta cuestión inflúen toda unha serie de factores que van dende o sanitario ata o político pasando polo económico e empresarial, unha das causas da atribución de efectos positivos na saúde do consumo de alcol é un dato que tamén se inclúe nesta revisión: existe unha patoloxía, a cardiopatía isquémica, na que as curvas de risco en relación a alcol amosan de xeito significativo unha forma en “iota” . É dicir, en relación a esta enfermidade o risco mínimo sitúase no consumo de 0,86 Unidades de Bebida Estándar (UBE) diarias para homes e 0,82 UBE diarias para as mulleres. Porén, en confrontación con isto, nesa mesma revisión achan que o risco mínimo, tendo en conta todos os riscos de saúde en conxunto, sitúase no consumo cero, crescendo a partir de este punto segundo maior sexa o número de UBE consumidas. (Gráfica 2) (6). Coa intención de gañar unha maior evidencia sobre a cuestión, creáronse nos últimos anos importantes estudos sobre o tema como o do NIH (Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos de América). Mais, como se comentaba previamente, a relevancia política e económica do asunto é altísima, o que acabou desencadeando a suspensión do estudo ao detectárense inxerencias monetarias da industria do alcol cara os investigadores (7).



Gráfica 2. Risco relativo ponderado do consumo de alcol tendo en conta todas as causas en relación coa cantidade UBE consumidas por día (6).

Como se apuntaba previamente, o alcol, debido a que os seus efectos son tanto locais como sistémicos, esta relacionado cun número de patoloxías inabarcable nestas páxinas, entra as que algúns estudos destacan as relacionadas cunha disfunción do sistema inmune, como a tuberculose ou a SIDA (8). É tamén particularmente salientable a asociación cos moi diversos tipos de cancro, existindo revisións específicas con respecto á carga de enfermidade oncolóxica atribuíble ao consumo de alcol. Na revisión de Rumgay *et al.* (9) conclúen que un 4,1 % dos novos casos de cancro foron achacables ao alcol, tendo especial importancia no xénero masculino. Os cancros que máis se viron contribuídos polo consumo de bebidas alcólicas foron os de esófago, fígado e mama (Gráfica 3) (9).

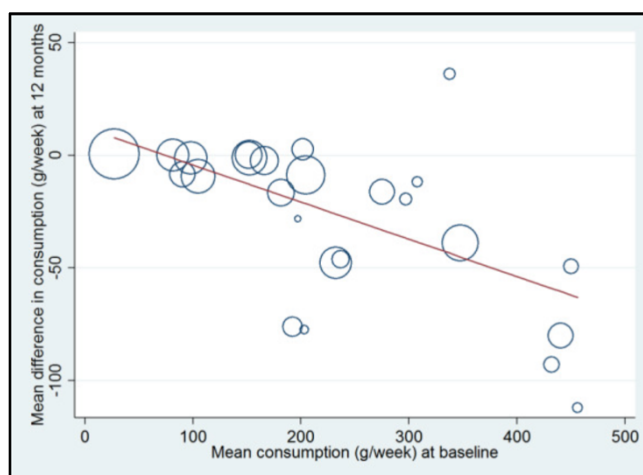


Gráfica 3. Número global de casos anuais de cancro atribuíbles ao alcohol segundo franxas de 10 g de alcol consumido diario, divididas por sexo. (9)

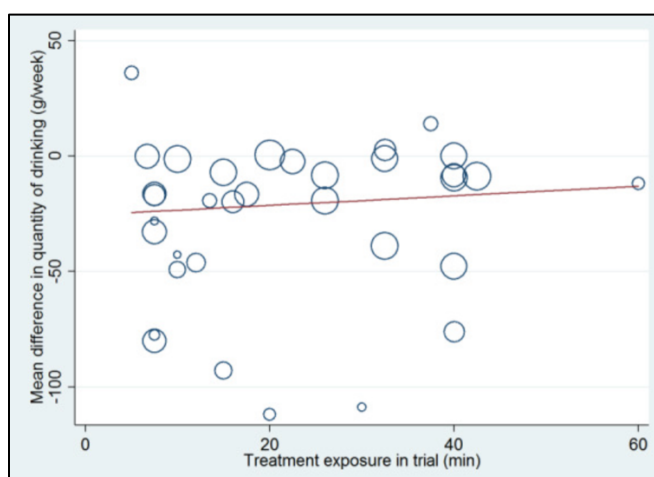
Tendo en conta por tanto os datos de prevalencia do consumo de alcol e o seu potencial perigo para a saúde, parece indubidable a necesidade de, por unha parte, explorar o consumo de alcol na entrevista médica, e por outra, tomar medidas preventivas dende o ámbito sanitario. Respecto ao primeiro, os hábitos tóxicos son un apartado indispensable dunha anamnese de calidade, no contexto de calquera especialidade. Nesta parte do acto médico débese preguntar, xunto co de tabaco e outras drogas, polo consumo de bebidas alcólicas, que debe ser sempre rexistrado pola súa importante asociación, como causa ou factor de risco, coa grande variedade de patoloxías descritas previamente. Non obstante, estudos como o de Rosón *et al.* apuntan que a recollida de datos sobre o consumo de alcol, sexa cuantitativa ou cualitativa, só se recolle nun 59 % das historias clínicas, só cuantificándose no 11 % dos casos (10). Respecto á prevención, débese abordar o antes posible, xa que a evidencia expón que a identificación temperá de suxeitos en risco reduce as probabilidades de lesión orgánicas facendo que as intervencións condutuais sexan máis fáciles de levar a cabo (11). Nesta tarefa, aínda que todo profesional sanitario e de calquera especialidade debe ser partícipe, cobra especial importancia a figura do especialista en Medicina Familiar e Comunitaria. Por un lado, pola orientación comunitaria que debe ter esta especialidade, que inclúe unha parte preventiva, e por outra por actuar normalmente como vía de acceso ao sistema sanitario xunto coa Enfermaría de Familia e Comunitaria, que debe xogar aquí tamén un papel protagonista.

Neste contexto, resulta fundamental a detección na consulta de niveis de consumo de risco ou relativamente elevados, situacións nas cales a denominada intervención breve/consello simple (*brief intervention*), demostrou ser útil e efectiva para reducir o consumo prexudicial e perigoso de alcol tanto en homes como mulleres. Así, Kaner *et al.* (12) (13), publicaron unha

revisión Cochrane que incluíu 69 estudos sobre a efectividade das intervencións breves en persoas nas que se detectara un elevado consumo de alcol tras acudir a consultas de atención primaria por outros motivos de saúde. A análise demostra que as intervencións breves, baseadas en consellos ou recomendacións que poden ser aplicadas polos propios especialistas en atención primaria, poden ser especialmente beneficiosas e efectivas para reducir a inxesta de alcol en pacientes que presentan niveis prexudiciais ou perigosos de consumo (Gráfica 4), e que ademais poden ser tan efectivas como as intervencións prolongadas baseadas terapia (Gráfica 5).



Gráfica 4. Diferencia no consumo de alcol tras 12 meses en relación ao consumo de partida. (12)



Gráfica 5. Diferencia no consumo de alcol en relación á duración da intervención. (12)

A pesar deste importante papel do médico de Atención Primaria ou de outras especialidades na identificación de problemas relacionados co consumo de alcol, existen dificultades evidentes para levar a cabo esta tarefa. Unha das primeiras revisións sistemáticas sobre este problema, publicada por Mitchell *et al.* en 2012 (14), analizou 39 estudos, que incluíron a case 23.500 persoas con problemas de consumo de alcol, e concluíu que nas consultas de atención primaria (12 estudos, 11.000 pacientes) identificouse o trastorno en menos da metade dos mesmos (41,7%) e que só no 27,3% dos casos estes problemas rexistráronse no historial do paciente. Mellhores resultados obtivéronse no ámbito hospitalario, entre profesionais de diferentes especialidades (23 estudos, 11.000 pacientes) que identificaron o 52,4%, un porcentaxe similar ao detectado en consultas de saúde mental. O traballo identificou, ademais, algúns dos

obstáculos que dificultan o recoñecemento do consumo inadecuado de alcol, que inclúen a falta de confianza do médico, unha formación insuficiente, a falta de tempo, o temor a etiquetar ao paciente (polo estigma asociado co consumo abusivo de alcol), a preocupación pola posibilidade de danar a relación entre o paciente e o médico e o convencemento de que os pacientes non serán completamente honestos sobre os seus hábitos de consumo de alcol.

Para a detección de problemas relacionados co consumo de alcol na consulta médica, é clave a obtención dun dato o máis preciso posíbel por parte da persoa entrevistada, o que pode resultar un desafío debido á subxectividade das respostas. Factores como a falta de honestidade na contestación poden provir de distintas causas, como a ausencia de confianza entre profesional e paciente, medo a ser xulgado, ou a decepcionar. Ademais, xúntase a estas causas a problemática da relación entre a percepción do consumo de alcol e o consumo real cuantitativo, tremendamente variable entre persoas, e que será abordada na revisión bibliográfica (apartado 4.1.4). As persoas consumidoras adoitan identificarse dentro dunha *normalidade* no consumo que ven establecida por factores culturais e psicolóxicos, e que pode lexitimar para a persoa consumidora o uso prexudicial de sustancias como o alcol. Esta problemática da normalización do consumo é unha importante cuestión de saúde pública que merece a atención dos profesionais do eido sanitario, así como de institucións públicas e privadas. Así, existen campañas chegadas do ámbito governamental como a iniciativa “Ohikoa dena edatea gehiegi izan daiteke/ Beber lo normal puede ser demasiado” do Goberno de Navarra (15) ou do campo do xornalismo, como o episodio da 19ª tempada do programa Salvados titulado “Bebo lo normal”, que abordan a construción social da idea dun *consumo normal*, que en moitas ocasións pode enmascarar consumos de risco e prexudiciais para a saúde (Figuras 3 e 4).



Fig. 3 e 4 Cartel da campaña do Goberno de Navarra (15) e recorte da páxina web de LaSexta (16).

Fronte a descrición da percepción cualitativa do consumo de alcohol, a comunidade científica ten desenvolvido ferramentas tanto para cuantificar o consumo de alcol dun xeito estandarizado, as Unidades de Bebida Estándar (UBE), como para detectar consumos de risco e prexudiciais, a través de cuestionarios sistematizados como o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). Ámbalas dúas cuestións, UBEs e AUDIT, serán abordadas na revisión bibliográfica, nos apartados 4.1.1 e 4.1.2 respectivamente.

2 OBXECTIVOS

O presente traballo ten como obxectivo profundar na problemática da relación entre a percepción subxectiva e cualitativa do consumo de alcol e o consumo cuantificado. En particular, no que se refire á **definición de consumo *normal* ou moderado, tanto por parte da comunidade científica como por parte da poboación**. Para isto levarase a cabo:

- Unha revisión bibliográfica non sistemática que aborde a cuestión antes citada, examinando previamente distintos factores intimamente relacionados como son as unidades de medida para cuantificar o alcol ingerido, as escalas utilizadas para detectar consumos prexudiciais ou as distincións segundo sexo e xénero.
- Un estudo de campo a través dunha enquisa realizada a unha mostra aleatoria da poboación da Área de Santiago de Compostela. Nesta explorarase o consumo de alcol cuantificado de cada persoa participante, avaliando a concordancia do resultado co consumo percibido, con especial interese na franxa de respostas que refiran un consumo de alcol *normal*. Ademais, avaliará se existen correlacións con factores sociodemográficos como a idade, o sexo, o nivel de estudos, o ámbito de residencia ou a situación laboral.

3 METODOLOXÍA

3.1 Revisión bibliográfica

Levou-se a cabo unha revisión non sistemática da bibliografía relevante no contexto dos obxectivos do traballo, a través de pescudas nas bases de datos Word of Science, PubMed e Cochrane, empregando combinacións de termos axeitados para cada un dos aspectos obxecto de estudo, en español ou (principalmente) en inglés, por exemplo:

“alcohol consumption” ou “alcohol use” ou “drinking”, e “normalization” ou “normal”
“alcohol consumption” ou “drinking”, e “low risk” ou “guidelines”
“alcohol consumption” ou “drinking”, e “screening” (con e sen filtro “primary care”)
“alcohol consumption” ou “drinking”, e “assessment” (con e sen filtro “primary care”)
“alcohol consumption” ou “drinking”, e “quantification” ou “perception”
“AUDIT” and “standard drink”
“AUDIT” and “standard drink” or “quantified alcohol consumption”
“gender-related” ou “sex”, e “alcohol” e “perception”
“women” e “alcohol” e “low risk”

Levou-se a cabo unha análise dos títulos dos artigos orixinais e de revisión máis relevantes (e/ou máis citados) obtidos en cada unha das procuras, e un segundo cribado mediante a lectura dos resumos, identificando así os artigos que serían obxecto de estudo completo. Incluíronse tamén referencias citadas nos artigos inicialmente seleccionados.

Así mesmo, utilizáronse fontes de datos estatísticos como as bases do IGE e o INE, así como documentos e informes de distintos organismos públicos, aos que se accedeu a través do buscador Google.

3.2 Estudo de campo

Nesta sección do traballo, elaborouse unha enquisa multivariable cuxa mostra foi a poboación maior de 18 anos residente na área de Santiago de Compostela.

3.2.1 Variables elixidas

As primeiras preguntas corresponden á creación dun perfil demográfico de cada persoa enquisada. Así, pregúntase primeiramente polo xénero e idade. Aínda que estes dous datos son dificilmente prescindibles en calquera enquisa, resultaban de interese pola súa posible correlación cos patróns de consumo de alcol e a percepción deste. Por un lado, pola diferenza sociocultural que pode haber entre xeracións de idade máis avanzada respecto á mocidade ou a persoas de mediana idade, e por outro, polos patróns recoñecidos que relacionan cuestións de xénero coas adicións.

Seguidamente inclúense variables referentes ao ámbito dos estudos, laboral e de procedencia. Pensando que se poidan atopar correlacións co nivel de formación da persoa entrevistada e a súa educación respecto ao consumo de alcol, pregúntase polo nivel de estudos

acadados, así como se estes son ou foron no eido sanitario. Tamén se pregunta pola situación laboral actual, pola posible influencia das situacións de desemprego e xubilación no consumo de alcol, así como a tendencia das estudantes a patróns intensivos de consumo como o consumo en enchentes ou “*binge drinking*”. Así mesmo, pregúntase pola contorna da vivenda, diferenciando o ambiente rural e o urbano.

A continuación, as preguntas empezan a centrarse no consumo de alcol da persoa enquisada, comezando por unha das preguntas máis importante do cuestionario, na que se pregunta, dun xeito cualitativo, como definiría o seu nivel de consumo de alcol establecendo catro niveis ao redor do “consumo normal” que protagoniza este traballo. Un por enriba do consumo normal, outro por debaixo, o consumo normal en si mesmo e o consumo nulo de alcol.

As seguintes preguntas do cuestionario están dirixidas a cuantificar o consumo de alcol, a través da consulta sobre o consumo de distintos tipos de bebida, coas súas respectivas cantidades e frecuencias. Así, demandase que, en referencia a unha semana normal, escriban o número de consumicións de distintas variedades de alcol, seleccionadas entre as máis frecuentes en consumo e coas súas respectivas variantes de formato, agrupando bebidas cunha gradación similar. Acompáñase esta sección cunha serie de imaxes ilustrativas de cada tipo de bebida. A conversión de esta información en Unidades de Bebida Estándar realizouse mediante o tratamento posterior dos datos proporcionados polas persoas enquisadas (número de bebidas de cada tipo), mediante multiplicación por un factor de conversión asignado a cada un dos formatos incluídos na enquisa en función do contido aproximado de alcohol e a súa relación coa definición da Unidade de Bebida Estándar en España (1 UBE = 10 g de etanol).

Finalmente, nun último apartado, pregúntanse os ítems correspondentes ao test AUDIT, proba para a identificación de trastornos por uso de alcol máis utilizada como se expuxo na introdución, coa tradución propia das preguntas ao galego a partir da versión en castelán validada de Rubio *et al.* (17).

No Anexo 1 pódese atopar o cuestionario completo.

3.2.2 Formato e recollida de datos

O método de captura de datos foi a través de tres modalidades distintas, intentando con elas recoller o maior número de participantes con diversidade nas distintas variables á estudo. A primeira delas, foi a través dun cuestionario en liña, utilizando a ferramenta Formularios de Google. Para invitar ás persoas a enchelo, creouse un folleto (Fig. 5) que incluíu, xunto cunha presentación do estudo, un código QR que dirixía á ligazón do formulario. Concretamente, distribuíronse folletos en rúas do Ensanche compostelán, Barrio de San Pedro, As Fontiñas, Polígono de Costa Vella e na Alameda de Santiago. Tamén se intentou nun primeiro momento centrar o reparto nun gran centro comercial da cidade, ao considerar, seguindo o exemplo de outros traballos sobre o tema (18), estes lugares como confluencia de diversas capas sociais ou lugares de residencia, servindo isto por tanto para poder alcanzar un número maior de poboación proveniente doutros concellos da área e de contornas rurais. Así mesmo, como se pode observar na Fig. 5, nos folletos repartidos incluíase unha invitación a que, en caso de non dispoñer da tecnoloxía necesaria para acceder á ligazón a través do QR, se contestara á enquisa de xeito presencial e oral.

Por último, co obxectivo de alcanzar poboación envellecida e de áreas rurais contouse coa axuda do Dr. Ignacio Novo Veleiro, coordinador da unidade de HADO en Compostela e cotitor do presente traballo, que trasladou a enquisa a familias coñecidas do servizo e que en gran parte pertencían a estes grupos pouco accesibles a través do formulario web. Para isto creouse unha versión impresa da enquisa coas mesmas cuestións que aquela en liña, cuberta a papel e lapis e logo informatizada.

Colabore co meu traballo de investigación!

Grazas por coller o papel! Preséntome: son Fran Pérez e estou rematando o Grao en Medicina na USC.

Neste último curso debemos elaborar o Traballo Fin de Grao para o cal estou realizando un estudo sobre o consumo de alcol en Santiago de Compostela.

Para iso, pido a súa colaboración cubrindo este cuestionario en liña, que é **anónimo** e só lle levará **4 ou 5 minutos como máximo!**

Se é de aquí, beba ou non beba alcol, só ten que escanear este QR que lle redirixirá ao formulario online. Pediralle un correo electrónico para poder limitar a 1 participación por persoa, pero **non será recollido** entre os datos do estudo, xa que este é **totalmente anónimo**.



MOI IMPORTANTE: encha só o formulario se lle entreguei esta invitación, e só enviando 1 resposta por QR. Non debe ser cuberto por outras persoas, amigas, familiares para poder levar un control da participación.

Mil grazas pola atención!

Se non pode escanealo, dea a volta que podo facerllo en persoa!

Fig. 5 Folleto repartido. Elaboración propia.

3.2.3 Procesamento dos datos

Unha vez obtidos os datos das tres fontes foron incluídos nun programa de folla de cálculo, Microsoft Excel, unificando o formato das informacións recollidas e depurando respostas incorrectas ou corruptas (datos escritos con letra, incongruencias, contestacións ambiguas...), contactando incluso con participantes que, voluntariamente, deixaran o seu enderezo electrónico no último apartado do formulario e aos que lle mancaban datos. Así, creouse unha táboa unificada e levouse a cabo unha análise estatística das diversas variables coas súas correspondentes interpretacións que se atopan no apartado 4.2.

Respecto á metodoloxía de análise, utilizamos as ferramentas estatísticas ofrecidas polo propio programa, Excel. Debido ao tamaño da nosa mostra, decidimos centrarnos principalmente na análise dos valores medios e porcentaxes. Ao enfocarnos nestas magnitudes, puidemos simplificar a análise e obter resultados fiables en termos das tendencias xerais dos datos obtidos. Aínda que esta estratexia limita a información sobre a variabilidade dos datos, permitiunos obter unha visión xeral dos resultados e establecer conclusións preliminares de maneira máis eficiente.

4 RESULTADOS E DISCUSIÓN

4.1. Resultados da revisión bibliográfica

4.1.1 UBE

Antes de expoñer os resultados do estudio bibliográfico sobre o consumo de alcol percibido xunto coa súa relación co consumo cuantificado e sobre os límites que a comunidade científica establece para o consumo baixo de alcol, é obrigado definir como se cuantifica este consumo. Para isto recoméndase utilizar unha unidade estandarizada e cun uso estendido: a Unidade de Bebida Estándar (ou *standard drink*, en inglés), que revisamos a continuación.

A Organización Mundial da Saúde, no seu Glosario de Termos de Alcol e Drogas, define a Unidade de Bebida Estándar (UBE) como o volume de alcol que contén aproximadamente a mesma cantidade (en gramos) de etanol, sexa cal sexa o tipo de bebida (19). Esta medida é de grande utilidade para determinar o consumo de maneira uniforme de diversos xéneros de consumicións, sendo utilizada amplamente en contextos clínicos, académicos e epidemiolóxicos de todo o mundo.

Así, unha UBE corresponde a 10 g de alcol no Estado Español, calculándose estes gramos dunha consumición coa fórmula:

$$\text{Volume de bebida (mL)} * \text{gradación alcólica (}^\circ\text{)} * \frac{0,8}{100}$$

Por tanto, a partir desta equivalencia 1 UBE= 10 g, establécese o contido en alcol das bebidas máis habituais, utilizando o INE na súa Enquisa nacional de saúde (20) ou na Enquisa europea de saúde en España (21) a seguinte equivalencia, facilitando como resultado o cálculo de UBE:

Cervexa con alcol: 10 g por unidade de bebida.

Viño ou cava: 10 g por unidade de bebida.

Aperitivos con alcol (vermú, fino, xerez): 20 g por unidade de bebida.

Licores, anís, pacharán: 20 g por unidade de bebida.

Whisky, coñac, combinados: 20 g por unidade de bebida.

Bebidas locais (sidra, carajillo...): 10 g por unidade de bebida.

Ao redor desta cuestión débense ter en conta algúns aspectos, como é a heteroxeneidade entre territorios respecto aos gramos que corresponden a unha UBE e a variación de formatos no consumo. Así, hai países nos que a definición da UBE coincide coa do Estado Español, como Francia, Polonia ou Vietnam entre outros, sendo os 10 g de etanol a cantidade modal a nivel mundial, pero con importantes variacións dende os 8 g do Reino Unido ou Islandia ata os 20 g de Austria. (22). Por outra banda, existen diferencias xeográficas nas pautas de consumo de bebidas alcólicas. Así, en Galicia o contido en alcol medio dos destilados pode ascender ata os 28,44 g según Llopis Llácer *et al.* (18), o que se aproxima considerablemente máis ás 3 UBE que ás 2 UBE ás que se asocia por norma un *cubata* na fonte antes citada ou na ferramenta *Fisterra*® (23), moi usada en contextos clínicos do país. Tamén o viño nos restaurantes, segundo

este mesmo estudo, alcanza un máximo de 18,9 g de alcol cando é servido en restaurantes (18), chegando practicamente ás 2 UBE no lugar da 1 UBE presuposta.

Así mesmo, sería fácil igualar, e de feito habitualmente iguálase, a consumición dunha cervexa a 1 UBE. Porén, nos bares galegos é habitual o consumo de terzos ou cañas de 33 cL, sendo cada vez máis frecuente o consumo de cervexa de alta graduación (p. ex. 1906[®], cunha gradación de 6,5 °), chegando nese caso a cantidade real de alcol en gramos aos 17,16 gramos. Unha diferenza substancial se temos en conta a gran proporción que supón o consumo deste formato dentro do total, como se explica no Apartado 4.2.1.3. Todo isto reforza a necesidade de incluír unha maior precisión na entrevista médica acerca do tipo de bebida, a súa gradación e o modo habitual de uso para que a cuantificación do consumo sexa máis precisa, como destacan algúns traballos publicados (24).



Fig. 6. Representación da correspondencia en UBE de cada tipo de consumición, facendo distinción entre as que corresponderían a un terzo de cervexa fronte a formatos si acordes á 1 UBE utilizada habitualmente (15)

En conclusión, podemos dicir que as UBE, aínda sendo unha valiosa ferramenta de medición, teñen como vemos algunhas limitacións a considerar, como non teren en conta a diversidade no contido de alcol de distintas bebidas, factores que poden conducir a unha subestimación ou sobreestimación da inxesta alcólica. Ademais, as recomendacións de consumo de baixo risco baseadas en límite de UBEs deben ser utilizadas con precaución, xa que se deben ter en conta características individuais como o sexo (ver apartado 4.1.3), o peso ou outras que afectan á metabolización e á tolerancia individual ao alcol.

4.1.2 AUDIT

Mentres que para cuantificar a cantidade de alcol consumida diaria e/ou semanalmente son utilizadas amplamente as UBE como medida, existe un cuestionario validado e extensamente empregado para identificar individualmente o consumo problemático de alcol: o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), elaborado na década dos 80 pola OMS (25) que a continuación examinaremos.

Trátase dun test de 10 preguntas sobre consumo de alcol recente, síntomas de dependencia e problemas relacionados co alcol. As tres primeiras preguntas exploran o consumo de risco de alcol, tendo 5 opcións e puntuando cada cuestión un mínimo de 0 e un máximo de 4, as tres seguintes os síntomas de dependencia, puntuando do mesmo xeito, e por último as derradeiras 4 avalían o consumo prexudicial, preguntando polos danos provocados por este, sumando igualmente as preguntas 7 e 8 e quedando a 9 e 10 con só tres opcións posibles que puntúan 0, 2 e 4 respectivamente, dada a gravidade dunha resposta positiva neste caso. Así o rango de puntuación decorre entre 0 e 40, podendo interpretar o resultado en catro zonas coas súas correspondentes intervencións recomendadas na consulta de Atención Primaria (Táboa 2). Porén, é importante destacar que estas franxas deben interpretarse con precaución, atendendo ao perfil individual da persoa avaliada e sendo posible que varíen segundo a cultura na que se aplique. Por isto, existen versións do cuestionario con intervalos non coincidentes, como veremos ao final deste apartado.

Nivel de risco	Intervención recomendada	Puntuación do AUDIT
Zona I	Educación sobre o alcohol	0-7
Zona II	Consello simple	8-15
Zona III	Consello simple máis terapia breve e monitorización continuada	16-19
Zona IV	Derivación a especialista para unha avaliación diagnóstica e tratamento	20 a 40

Táboa 2. Niveis de risco segundo puntuación total no Test AUDIT (5).

Entre as súas vantaxes inclúese a súa brevidade e flexibilidade, o seu deseño orientado ao uso na Atención Primaria ou a súa boa estandarización transnacional (5). Foi creado xa orixinalmente cunha vocación internacionalista, con estudos en 6 países distintos para a súa elaboración, pero segue a ser importante a súa validación nas diferentes culturas e linguas nas que poida ser aplicado, como se expón máis adiante respecto á realidade galega. Así mesmo, tense verificado a súa eficacia en diversas poboacións culturais exploradas tamén no noso traballo, como as distintos grupos de idade ou xénero, como poden ser a súa validación en adolescentes españois (26) (27) ou mulleres (28) con resultado positivo. Na revisión de García Carretero *et al.* puxéronse en confrontación os resultados do AUDIT cos dun diario semanal de bebidas alcohólicas (é dicir, unha comparación AUDIT/UBE) en poboación universitaria española. Concluíron que a fiabilidade do AUDIT era moi boa ao ter resultados concordantes co diario en máis do 90 % dos casos e unha fiabilidade moderada no caso do AUDIT-C, unha versión máis breve que se limita ás tres primeiras preguntas do cuestionario.

O AUDIT conta cunha tradución validada ao español publicada por Rubio *et al.* (17) que foi utilizada para o presente traballo como fonte para a tradución ao galego de cara ao estudo de campo. Porén, durante a revisión sobre o tema tívose constancia da existencia dunha versión en galego publicada en 2006 pola Área de Metodoloxía das Ciencias do Comportamento da USC (11). Neste importante e extenso traballo, non só se fixo pública a citada tradución, se non que se realizou un estudo para a súa valoración na poboación galega, ao tempo que se afondaba nas vantaxes e debilidades deste cuestionario como ferramenta de rastreo e se explican as súas bases e funcionamento. O estudo empregou unha ampla mostra de ata 630 persoas galegas, dos

ámbitos rurais e urbanos, da costa e do interior e habitantes de todas as provincias galegas, que responderon ao cuestionario AUDIT traducido polo equipo investigador máis a 16 preguntas non incluídas no cuestionario desenvolvido pola OMS e relativas aos criterios do DSMIV-TR para o abuso e dependencia do alcol, co fin de contar cun parámetro externo utilizado para analizar a habilidade do AUDIT como predictor de alcolismo, así como a súa eficacia como ferramenta de detección temperá. Nas súas conclusións confirma a esta versión como unha ferramenta útil e de fácil aplicación na poboación galega. Así mesmo destaca a importancia de, dada a diversidade sociocultural da que depende este test, realizar baremacións *ad hoc* segundo o contexto xeográfico-cultural no que se empregue. Tamén, a partir dos resultados acadados no estudo estatístico de validación, propón unha versión reducida de 8 preguntas que facilitaría o seu uso clínico e presenta grandes propiedades psicométricas. Trataríase por tanto dunha versión intermedia entre o AUDIT clásico de 10 preguntas e a versión curta antes citada, coñecida como AUDIT-C, que con só 3 cuestións límitase a avaliar a parte cuantitativa. Así mesmo propón unha revisión da dimensionalidade do test, defendendo unha estrutura bidimensional: por un lado a detección precoz dun consumo de risco, e por outro a identificación dun consumo prexudicial ou de dependencia, unificando estas dúas últimas cuestións. Isto suporía un cambio respecto a estrutura tridimensional clásica que divide os ítems entre: risco, dependencia e danos, e por tanto xuntaría estes dous últimos. Por último, creo relevante para este traballo destacar que o grupo de Varela establece uns puntos de corte máis restritivos na interpretación da puntuación. Así, marca un primeiro chanzo que chega a puntuacións inferiores 5 puntos que denomina **consumo normal**, un segundo denominado “consumo de risco” que vai dende os 5 aos 11, un terceiro chamado consumo prexudicial entre os 12 e os 15 puntos e un derradeiro banzo que abrangue puntuacións de 16 ou superiores (11).

4.1.3 Sexo e xénero

Ámbolos dous conceptos, interrelacionados pero non equivalentes, supoñen un importante punto a tratar cando falamos de alcol, e en xeral de sustancias adictivas e estupefacientes. O sexo é definido na súa primeira acepción como “conxunto de características orgánicas que permiten distinguir un individuo macho dun individuo femia” (29), mentres que o xénero, na súa oitava (e a que nos compete neste ámbito) como “conxunto de características, comportamentos, funcións e valoracións socioculturais que se asigna como apropiado para cada un dos sexos nunha sociedade determinada”(30). É dicir, o sexo refírese as características biolóxicas e o xénero a aquelas pertencentes a unha construción social que xorde das primeiras. Ámbalas dúas teñen que ver co tema que tratamos.

Respecto ao sexo, na nosa especie, determina unha serie de diferencias a nivel hormonal e metabólico que inflúen na dependencia e no procesamento do alcol. Un menor peso e unha menor proporción de auga corporal respecto aos homes son algunhas das razóns polas que cunha mesma cantidade de alcol inxerida os niveis de alcol no sangue poden ser maiores na muller (31), expoñéndoa a un maior risco de dano. Así mesmo, esta maior concentración sanguínea pode ser xustificada por unha menor actividade de encimas cun papel activo no metabolismo hepático do alcohol, a ADH clase I e II, cuxo diferente rendemento foi demostrado significativo en estudos como o de Chrostek *et al.* (32). Do mesmo xeito, existen traballos que amosan un máis precoz dano cerebral producido polo consumo de etanol en mulleres (33), aínda que outros consideran que aínda que existe evidencia os resultados non son concluíntes (34) e incluso existe literatura que fala dun efecto protector dos estróxenos cara dano neuronal producido pola abstinencia alcólica (35). As hormonas sexuais femininas tamén parecen estar

relacionadas cos mecanismos máis importantes no asentamento de condutas adictivas, puidéndose relacionar uns niveis altos de estróxenos cun aumento da sensibilidade ao alcol dos “centros de recompensa” do cerebro: as células dopaminérxicas da área tegmental ventral (36).

Por outro lado, o xénero determina toda unha serie de roles, actitudes e presións sociais que afectan en maior ou menor medida a todo individuo enculturado. A principios do século pasado, o acceso ao alcol e a outros tipos de drogas por parte das mulleres era insignificante. Os homes eran os que accedían ao mercado laboral e por tanto aos recursos económicos que permitían a adquisición destas sustancias, sendo as mulleres relegadas no seu rol de xénero ás tarefas domésticas e á vida familiar. Porén, ao longo das últimas décadas, estes roles moldeáronse volvéndose cada vez menos ríxidos e en consecuencia, permitindo ao colectivo feminino achegarse ao consumo dos diversos tipos de sustancias adictivas. Así, as mulleres convertéronse nos últimos anos o grupo de persoas adictas a sustancias que máis medra nos EE. UU. (37) Non obstante, este consumo segue estar asociado a unha serie de estigmas, presentando as mulleres maiores taxas de patoloxía afectiva como consecuencia do consumo, sabéndose por exemplo que a nivel familiar hai unha maior taxa de divorcios e de perda da custodia das crianzas cando a que consume é a muller (38). Enmarcándose no complexo sistema cultural que é o xénero, que bebe aínda en gran medida dos patróns do pasado, o consumo de alcol en mulleres segue a estar tremendamente estigmatizado e invisibilizado (39), polo que se debe ter especial precaución na identificación do consumo real no colectivo feminino.

Cómpre destacar que fronte a clásica diferenciación entre os límites de consumo de baixo risco para homes e mulleres (ver apartado 4.1.4.1), xorden nos últimos anos correntes que cuestionan esta práctica (40). Así, na recentemente publicada Guía Canadense sobre Alcol e Saúde (41) substitúen esta distinción en función do sexo por notas informativas que especifican que por enriba dos límites de consumo moderado, os riscos para a saúde incrementáanse de xeito máis drástico para as mulleres que para os homes.

4.1.4 Normalización do uso de alcol e a súa implicación na concordancia entre consumo de alcol percibido *versus* consumo de alcol cuantificado

4.1.4.1 Normalización do consumo de alcol, consideracións xerais

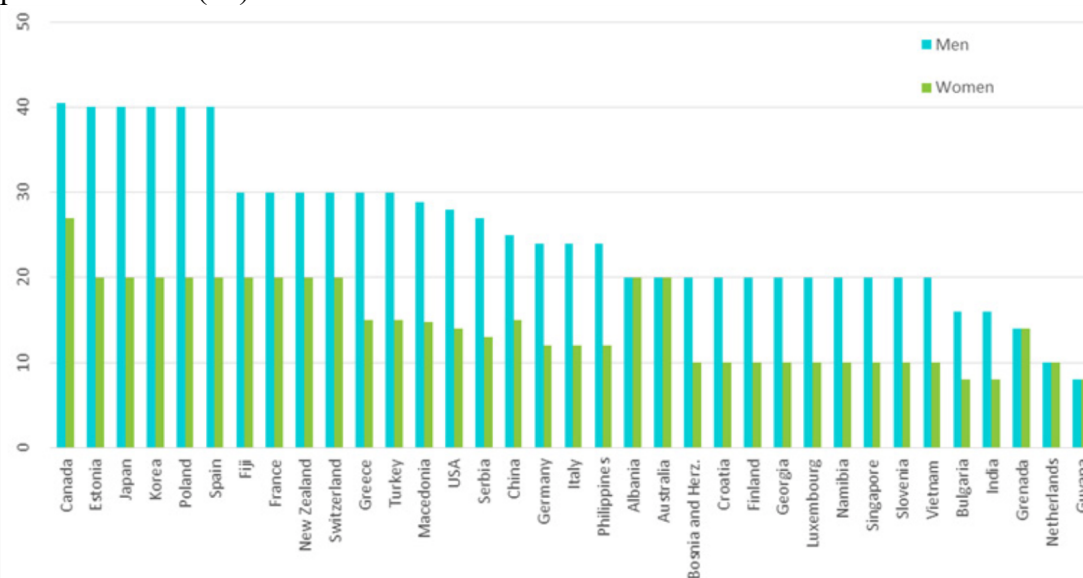
Como se comentou na introdución, o consumo de alcol está *normalizado* no Estado Español, cunha idade de iniciación moi precoz, en torno aos 14 anos en ambos sexos (2) e unha moi baixa percepción do risco para a saúde, situación similar á que se observa no contexto internacional (1). Diversos estudos analizan os factores que contribúen á normalización do consumo de alcol en distintos grupos de idade, con especial énfase nos adolescentes e adultos novos. Entre outros, a presenza do alcol na contorna persoal e familiar estaría asociada á construción da percepción individual sobre o concepto de consumo “normal” de alcol (42). Tamén existen estudos sobre a influencia da contorna na que se habita na normalización do uso de alcol (43). O márketing e a presenza do alcol nos medios e nas redes sociais contribúe tamén a que a poboación, especialmente a adolescente e a máis nova, asocie o alcol ao benestar físico e social, percibindo o seu consumo como “normal” (44) (45). No referente á poboación adulta, incluíndo os grupos de maior idade, considérase que o consumo de alcol, especialmente se é excesivo, debe ser xustificado, defendido e racionalizado, converténdose nun problema moral con implicacións na responsabilidade persoal e na identidade de quen o consume (46). Así, cando o profesional da saúde pregunta acerca dos hábitos de consumo de alcol a adultos maiores, a maioría tratan de explicar as súas prácticas de consumo dentro do contexto do que se considera normal e aceptable, minimizando calquera posible asociación con comportamentos “de risco” (47) (48).

Mediante métodos de análise conversacional (CA, *conversational analysis*) analizouse a existencia de barreiras interaccionais que dificultan a obtención dun historial completo de consumo de substancias, con especial enfoque no consumo de alcol (49). Así, determinouse que ante preguntas de rutina típicas dunha consulta (p. ex. “Bebes alcol?”), os pacientes tenden a cualificar o seu comportamento como normal e saudable, e fano a través de distinta prácticas interaccionais que poden incluír: 1. o emprego de trazos léxicos ou de entoación marcados ao indicar que non consomen alcol; 2. ofrecer detalles normalizadores sobre o tipo, cantidade, frecuencia ou circunstancias dos seus hábitos de bebida; ou 3. proporcionar caracterizacións minimizadoras do seu nivel consumo. O artigo explora tamén algunhas das razóns polas cales os médicos tratan estas respostas como adecuadas, mesmo cando a información proporcionada é claramente superficial e insuficiente.

A variabilidade nas pautas de consumo seguro de alcol (50), ademais das mensaxes contraditorias sobre os efectos supostamente beneficiosos do consumo moderado de certas bebidas (51) (6), contribúen tamén á normalización do uso habitual de alcol e á dificultade para trasladar recomendacións inequívocas desde o ámbito médico. Non hai unha definición clara e cuantitativa do que é “beber con moderación” ou do que é o “consumo de baixo risco” e, así, xa a existencia e uso desta variedade de termos na bibliografía reflicte diferentes conceptualizacións do risco e suxire que dar definicións e instrucións claras para o consumo moderado de alcol pode ser complicado (52). Tanto na literatura científica como nas guías dos organismos oficiais é habitual a referencia a pautas ou directrices de “consumo de alcol de baixo risco”, que teñen en conta tanto os diferentes riscos sociais e de saúde que xorden en episodios particulares de consumo de alcol como os riscos que se acumulan co tempo (53), así como as

particularidades diferenciais no impacto do alcol en mulleres e homes, comentadas no apartado 4.1.3. Tamén se poden requirir pautas específicas para segmentos particulares da poboación que se sabe que corren un maior risco de dano a si mesmos e a outros, como as persoas que conducen vehículos (54) ou as mulleres embarazadas (55).

Os gobernos e axencias gobernamentais de moitos países desenvolveron pautas de consumo de alcol de baixo risco, que adoitan definir a inxesta máxima diaria e/ou semanal recomendada expresada como o número de unidades de bebida estándar (UBEs) ou denominacións equivalentes ["bebidas estándar" (*standard drinks*) ou "unidades de alcol"]. Con todo, como xa se mencionou, existen amplas diferenzas na forma en que os diferentes países definen as bebidas estándar (ver apartado 4.1.1), e tamén un importante grao de variabilidade nas pautas de consumo seguro (22). A Gráfica 6 amosa graficamente os límites diarios para o consumo de baixo risco de alcol, establecidos nas directrices que estaban en vigor en distintos países en 2016 (56).



Gráfica 6. Límites diarios para o consumo de alcol de baixo risco en distintos países (en g de etanol/día) (56)

Desde entón, varios países actualizaron as súas recomendacións en resposta ás novas evidencias sobre o impacto do consumo de alcol na saúde. En concreto, o informe realizado no marco da acción conxunta europea para reducir os danos relacionados co alcol (RARHA, *Reducing Alcohol Related Harm*) (57), levou a cuestionar o límite de consumo establecido como de baixo risco en numerosas guías europeas e, en particular, naquelas con límites máis permisivos, entre as que se atopaba a norma española. Así, en 2020 o Ministerio de Sanidade publicou a actualización dos límites de consumo de baixo risco de alcol en España (4), que establece os límites de consumo medio de baixo risco de alcol en 20 g/día (2 UBEs) para homes e 10 g/día (1 UBE) para mulleres, é dicir, cantidades que representan a metade das que estaban establecidas nas pautas anteriores. As novas recomendacións indican ademais que calquera consumo, por mínimo que sexa, implica risco, e que os episodios de consumo intensivo (*binge drinking*) son sempre prexudiciais tanto para a saúde das persoas consumidoras como na súa contorna. Por último, as novas directrices identifican que unha persoa terá un consumo de risco que requiriría intervención médica, no caso de que rexistre una puntuación no cuestionario AUDIT por encima de 7 puntos en homes e 5 puntos en mulleres, ou que presente consumo de

máis 4 UBEs/día en homes ou máis de 2-2,5 UBEs/día en mulleres (infografía en Figura 7, esquerda).

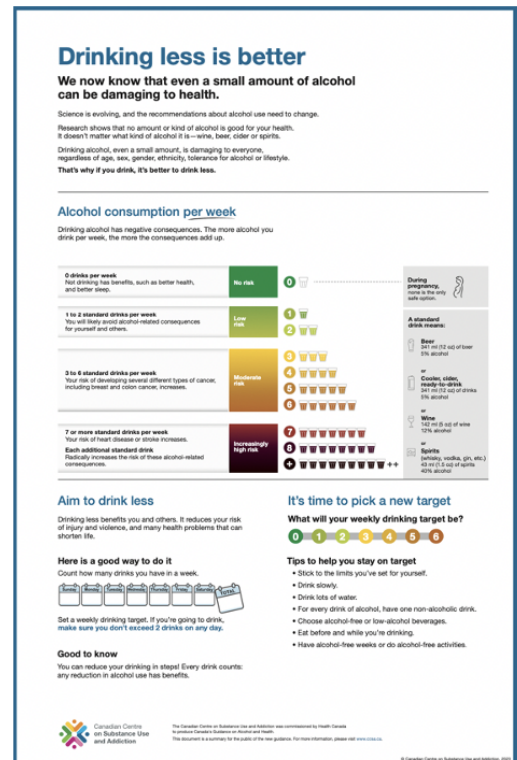


Figura 7. Esquerda: Infografía para profesionais sanitarios sobre prevención do consumo de alcol (4) Dereita: Infografía *Drinking Less Is Better*, no *Canada's Guidance on Alcohol and Health, Public Summary* (58).

Xa no contexto global, destaca como actualización máis recente á data de elaboración deste traballo, a xa mencionada revisión realizada polo Canadian Center on Substance Use and Addiction, (41) que representa un cambio de paradigma con respecto á guía anterior (de 2011), reducindo de forma drástica os límites de baixo risco para o consumo de alcol ata un máximo de dúas bebidas estándar (aproximadamente 26,3 g de alcol) á semana, tanto para homes como para mulleres (infografía en Figura 7, dereita).

4.1.4.2 Información e sensibilización da poboación: impacto na concordancia entre consumo de alcol percibido *versus* consumo de alcol cuantificado

A falta de consenso arriba sinalada non só dificulta a comparación directa entre estudos epidemiolóxicos realizados en diferentes países, senón que contribúe á falta de información por parte da poboación. Existen evidencias dos problemas derivados da falta de coñecemento da poboación en xeral sobre as recomendacións de consumo de alcol de baixo risco e sobre a definición de unidade de bebida estándar (*standard drink*) (59). Así, nun estudo realizado sobre máis dun milleiro de pacientes das unidades de atención primaria e medicina interna dun hospital universitario de EE.UU. (60), no que ademais das preguntas correspondentes ao test AUDIT-C incluíanse cuestións relacionadas co coñecemento dos aspectos arriba mencionados, constatouse que entre o 60% e o 70% dos pacientes cun AUDIT-C positivo (consumo por encima dos límites de risco) non sabían contestar ou sobreestimaban a cantidade de viño,

cervexa ou licores que constituían unha unidade de bebida estándar, mentres que aproximadamente o 75% das persoas enquisadas descoñecía o número de bebidas que podía consumir por día ou por semana para manterse por baixo dos límites de risco. Ante os resultados obtidos, o estudo avoga pola necesidade de realizar campañas informativas e formativas que faciliten o labor da comunidade médica á hora de establecer pautas sobre o consumo de alcol responsable. Diversos estudos, incluído o de Kerr *et al.* (59), apuntan á necesidade de incluír no etiquetado das bebidas alcólicas información sobre o seu contido en UBEs, como estratexia efectiva para permitir o seguimento do consumo individual e favorecer o cumprimento coas pautas de consumo de baixo risco. Tamén en relación co etiquetado, cómpre mencionar as iniciativas que están a desenvolver algúns países para a inclusión, nas etiquetas das bebidas alcólicas, de advertencias do perigo que o alcol representa para a saúde. Destaca neste sentido a nova regulación que ven de ser aprobada en Irlanda, como primeiro país da UE que incluírá nas etiquetas de bebidas alcólicas información detallada sobre o contido en calorías e gramos de alcol, ademais de alertas destacadas sobre os riscos do consumo de alcol durante o embarazo, así como sobre os perigos de enfermidade hepática e cánceres causados polo alcol (61).

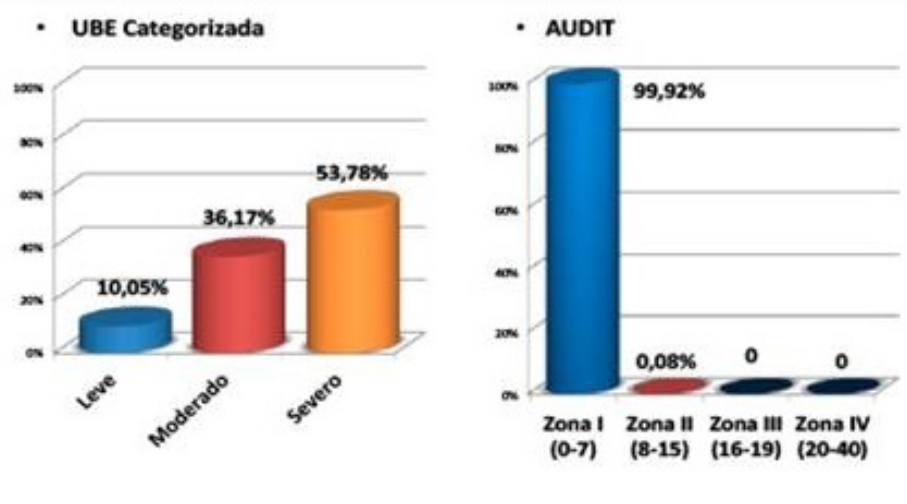
Como problema adicional, as pautas de consumo seguro de alcol, aínda que sexan coñecidas, son frecuentemente ignoradas ou infravaloradas polos pacientes, que aplican os seus propios criterios subxectivos baseados, en xeral, na falta de percepción de perigos ou ameazas para a saúde. Así, un estudo levado a cabo en Reino Unido sobre un grupo de pacientes de atención primaria cun consumo por encima dos límites de risco baixo, pero non dependentes do alcol, identificou a escasa percepción do dano que o consumo de alcol podería estar a causar na súa saúde (62). En concreto, os participantes consideraron en xeral que as recomendacións sobre o consumo de alcol eran irrelevantes para eles, relacionando o consumo habitual de alcol co seu estilo de vida, e coa ausencia de percepción dun dano real ou dun risco futuro para a súa saúde. Identificouse, así mesmo, que os participantes asociaban o consumo problemático de alcol a efectos como a dependencia, a perda de funcionalidade ou a perda de control, facendo que a ausencia destes síntomas nas súas vidas propiciara a que non se consideraran “verdadeiros bebedores”.

Por todo o indicado tanto na introdución como nos parágrafos anteriores desta sección, parece claro que: 1. o profesional médico debe incorporar de forma rutineira na anamnese preguntas sobre os hábitos no consumo de alcol do paciente; 2. que, tendo en conta a habitual normalización do consumo de alcol, a minimización do risco asociado ao seu consumo e as barreiras de comunicación médico-paciente, a avaliación non pode limitarse a preguntas que resulten en respostas breves, cualitativas, senón que deben apoiarse en métodos estandarizados para cuantificar o consumo de alcol (en UBEs, con adecuada información) e/ou a identificar situacións de risco (AUDIT), que xa se mencionaron máis arriba.

Neste contexto, é importante sinalar que o uso destes modelos estandarizados non está exento de problemas, e existen numerosos estudos que analizan a validez dos datos de consumo percibido, auto-declarado, en comparación con consumo cuantificado, ben obténdoo do consumo auto-declarado e trasladado a UBEs (24), ben obténdoo a partir da determinación de biomarcadores. En canto aos estudos dedicados á comparación entre o consumo declarado (self-reported) e o alcol medido a través de marcadores biolóxicos, é importante destacar que moitos destes traballos non se refiren a niveis de consumo moderados (63) senón a consumos elevados, como os rexistrados no contexto do lecer nocturno na xuventude, (64) (65) ou entre pacientes diagnosticados de trastornos no uso de alcol. Neste contexto, D. G. Nielsen *et al.* (66)

publicaron recentemente unha revisión non sistemática dos estudos que investigan, a través da análise de biomarcadores, a validez da declaración de inxesta por parte de pacientes a tratamento por consumo abusivo de alcol, atopando marcadas inconsistencias entre o consumo declarado mediante métodos estandarizados, e o consumo determinado mediante a análise de marcadores biolóxicos, especialmente cando se usaron marcadores indirectos de curto prazo como a relación 5-HTOL/5-HIAA (5-hydroxytryptophol/5-hydroxyindole-3-acetic acid) ou 5-HTOL/CREA (5-hydroxytryptophol/creatinine), achando mellores correlacións entre o consumo auto-declarado e marcadores biolóxicos directos de prazo intermedio, como o EtG (ethyl glucuronide) ou o EtS (ethyl sulphate) en ouriños.

Entre os artigos que comparan o consumo percibido e o consumo cuantificado de alcol en poboación adulta, resultou de interese no contexto do presente traballo, o estudo realizado por Ruiz-Flores *et al.* (67) nunha ampla mostra de traballadores (1.180) do sector público en Valencia e Baleares, dirixido a avaliar a prevalencia do consumo de alcol neste colectivo, así como o perfil de consumo e a concordancia entre consumo cuantificado (UBEs) e percibido (AUDIT). O estudo atopou diferenzas moi significativas entre a percepción do consumo de alcol, que para un 99,92% dos enquisados situouse na zona I (abstinencia ou consumo de baixo risco, puntuación AUDIT 0-7), e o consumo de alcol cuantificado, que se identifica maioritariamente como consumo moderado (36,17%) ou severo (53,78%), como se pode ver na Gráfica 7. O estudo mostrou un maior consumo moderado-severo global en homes, aínda que o nivel de consumo severo observouse en porcentaxes similares en ambos os sexos. En canto a outros factores sociolaborais, o estudo mostra un maior consumo cuantificado canto menor é o nivel de estudos, e en persoas clasificadas na clase social 2 (clase media) e con traballos de tipo manual.



Gráfica 7. Consumo cuantificado UBE/percibido segundo o resultado do AUDIT no traballo de Ruiz-Flores *et al.* (67)

Por último, crese de importancia destacar que, no momento da finalización desta revisión, maio de 2023, non se atoparon, dacordo coa estratexia de procura bibliográfica seguida, outros traballos representativos que compararan directamente as Unidades de Bebida Estándar (UBE) e o Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcol (AUDIT), máis aló das validacións existentes do AUDIT. Aínda que ambos os métodos son amplamente utilizados na avaliación do consumo de alcol e as súas consecuencias, parece que a comparación directa entre eles non recibiu suficiente atención na investigación científica ata o momento.

4.2. Estudo de campo

4.2.1 Resultados do estudo de campo

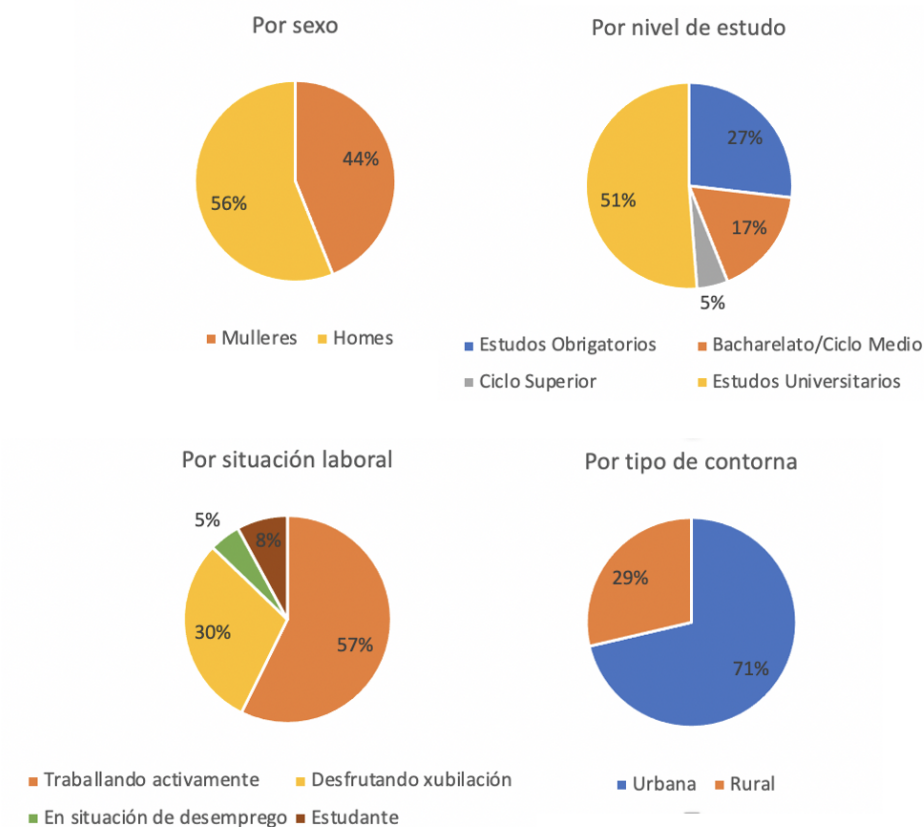
4.2.1.1 Composición da mostra

Composición da mostra (n = 164)			
Método de recollida	Formularios de Google	87	53,05%
	Enquisa escrita (HADO)	63	38,41%
	Enquisa verbal na rúa	14	8,54%
Idade (anos)	Mínima - 19	Máxima - 97	Media – 52,03
Sexo	Mulleres	72	43,90%
	Homes	92	56,10%
Nivel de estudos	Estudos Obrigatorios	44	26,82%
	Bacharelato/Ciclo Medio	28	17,07%
	Ciclo Superior	8	4,88%
	Estudos Universitarios	84	51,22%
Estudos rama sanitaria	Si – rama sanitaria	28	17,07%
	Non – rama sanitaria	136	82,93%
Situación laboral	Traballando activamente	94	57,32%
	Desfrutando xubilación	49	29,88%
	En situación de desemprego	8	4,88%
	Estudante	13	7,92%
Contorna	Urbana	117	71,34%
	Rural	47	28,66%

Táboa 3. Composición da mostra.

Rexistráronse, a través dos tres métodos de recollida de datos mencionados no Apartado 3.2.2, 164 respostas á enquisa (Táboa 3). Destas, 87 proviron do formulario en liña, 63 de cuestionarios trasladados a familias coñecidas no servizo de HADO e 14 de enquisas respondidas en persoa na rúa. Respecto á composición en sexos da poboación que respondeu ao cuestionario, 92 foron homes (56 %), 72 mulleres (44 %). A idade media das persoas enquisadas foi de 52 anos, cunha media de 53,45 anos para a poboación masculina e 50,22 para a feminina, sendo a mediana das idades 51 anos.

No referente ao nivel de estudos acadados, 44 (26,82 %) declararon teren atinxido só os Estudos Obrigatorios, 28 (17,07 %) o Bacharelato ou Ciclo Medio, 92 (56 %) estudos superiores, sexan estes Universitarios (84) ou nun Ciclo Superior (8). Ademais, 28 participantes (17 %) declararon ter estudos no eido sanitario. Con relación á ocupación 49 participantes atopábase gozando da xubilación (29,88 %), 94 traballando activamente (57,32 %), 13 estudando (7,92 %) e 8 (4,88 %) en situación de desemprego. No que corresponde á contorna de vivenda 117 foron habitantes urbanos (71,34 %) e 47 rurais (28,66 %).



Gráfica 8. Composición en porcentaxes de cada variable.

4.2.1.2 Cálculo das unidades de bebida consumidas

Avanzando xa cara ás cuestión enfocadas ao consumo de alcol e comezando polas referentes aos distintos formatos de bebida, rexistráronse no estudo respostas que abrangueron todos os tipos de consumicións que constaban como opción, sen utilizar ningún participante o cadro para “Outros”. O formato menos consumido foi o da xerra de cervexa (500 mL), que só foi declarada por un dos participantes do estudo. No outro extremo, o formato máis consumido con moita diferenza sobre os seguintes foi o terzo de cervexa (330 mL), que constituíu o 36,76 % das consumicións declaradas, seguido polo vaso de vermú/cava/viño doce co 22,87 % e o a cunca/copa de viño 16,65 %. O feito de que a bebida máis consumida sexa o terzo de cervexa, nove veces máis que o curto de cervexa (200 mL) que representou só o 4,43 % das bebidas declaradas, pon en relevancia a importancia que pode ter contabilizar este formato como 1,5 UBE en lugar de 1 UBE como se defendeu no apartado 4.1.1. Por tanto, no momento de contabilizar as UBE semanais consumidas por cada participante, realizáronse dous cálculos:

- Un deles “polo baixo” (CPB a partir de agora), no que se tomaron as correspondencias habituais entre formatos de bebida e UBE (21). En virtude disto, o curto e o terzo de cervexa, a cunca/copa de viño, o vaso de vermú/cava/viño doce e o chopo/gotas de destilados puntuaron como 1 UBE, a xerra de cervexa e o combinado/cubalibre de destilados puntuaron como 2 UBE, a botella de viño como 7 UBE e o chopo de vermú/cava/viño doce como 0,5 UBE.

- Un deles “polo alto” (CPA a partir de agora), asignando 1,5 UBE ao terzo de cervexa. Tamén se asignou 1,5 UBE á copa/cunca de viño, xa que como indica o estudo de Llopis Llácer *et al.* unha consumición como esta en Galicia ten de media 13,27 g de alcol, máis próximo ás 1,5 UBE que á 1 UBE, alcanzando nos restaurantes os 18,9 g, xa perto das 2 UBE. Por último, a botella de vino contabilizouse como 8 UBE, o que corresponde a unha botella de 750 mL, volume habitual, cunha gradación de 13,3 ‰, que incluso se pode considerar baixa dadas as tendencias actuais do mercado.

4.2.1.3 Resultados xerais e segundo variables demográficas

Unha vez realizados estes cálculos, a mostra amosou na medición cuantitativa do consumo unha media de 7,63 UBE/semanais co CPA, unha desviación típica de 8,60 e unha mediana de 5, mentres que para o CPB a media se situou nas 6,15 UBE/semanais. Se só se toman en conta as persoas consumidoras de alcol, a media ascende a 11,08 UBE/semanais co CPA, cunha desviación estándar de 8,31 y una mediana de 8, ficando a media no caso de utilizar o CPB nas 8,93 UBE/semanais. Dado que o CPA se corresponde mellor cos hábitos de bebida da poboación estudada, foi o que se usou a partir de aquí na análise do estudo.

No referente á cuestión cualitativa e subxectiva, 46 participantes (28,05 %) declararon non consumir absolutamente nada de alcol, 60 (36,59 %) “pouco ou moi pouco alcol”, 54 participantes “un nivel normal de alcol” (32,93 %) e 4 (2,44 %) afirmaron beber “por enriba do normal”.

Por último, en relación co test AUDIT, as puntuacións variaron dende os 0 puntos aos 25, cunha media xeral de 4,22 puntos e 43 participantes (26,22 %) que puntuaron 0.

Resultados xerais		UBEs ao alto/semana	AUDIT
		7,63	4,22
Por sexo	Mulleres	4,11	5,07
	Homes	10,39	3,15
Por idade	18-30 anos	8,22	7,30
	31-65 anos	6,87	3,62
	> 65 anos	8,53	3,16
Nivel de estudos	Estudos Obrigatorios	8,69	2,97
	Bacharelato/Ciclo Medio	9,63	5,21
	Ciclo Superior	6,52	4,52
	Estudos Universitarios		
Estudos rama sanitaria	Sí – rama sanitaria	7,08	5,79
	Non – rama sanitaria	7,74	3,9
Situación laboral	Traballando activamente	7,0	4,36
	Desfrutando xubilación	8,17	2,97
	En situación de desemprego	9,43	5,21
	Estudante	9,07	7,38
Contorna	Urbana	7,35	4,38
	Rural	8,34	3,83

Táboa 4. UBEs ao alto semanais medias e puntuación media no AUDIT para as diferentes variables.

Respecto ao sexo, as diferencias son subliñables. As mulleres participantes do estudo rexistraron valores considerablemente máis baixos que os homes no seu consumo de alcol. Primeiramente, 34 das 51 persoas participantes (66,67 %) que declararon beber 0 UBE nunha semana habitual foron mulleres. En segundo lugar, elas amosaron unha media de 4,11 UBE/semanais, mentres que para eles foron 10,39, é dicir, máis do dobre. En terceiro lugar, as mulleres tamén puntuaron menos no AUDIT en consecuencia, como é esperable, cunha media de 5,07 puntos para os homes e 3,15 para as mulleres.

Se distinguimos tres grupos de idade, dos 18 aos 30 anos, dos 31 aos 65 e os maiores de 65, o grupo da xente con máis idade resulta ser o que maior consumo medio de alcol semanal rexistra, con 8,53 UBE/semanais. Séguenos o grupo da xente máis nova con 8,22 UBE/semanais de media. Por último, nas idades intermedias o consumo é considerablemente menor, con 6,87 unidades. No que concirne ao AUDIT a puntuación máis alta rexistrouna a poboación nova cunha media de 7,30 puntos, situándose esta en 3,62 para as idades intermedias e alcanzando só os 3,16 para as idades máis altas, a pesar de consumir esta poboación unha maior cantidade de alcol de media que as idades intermedias. Se comparamos estes grupos de idade entre homes e mulleres, vemos que no grupo de idade dos 18 aos 30 son as mulleres as que máis consumen de media, con 10,05 unidades semanais fronte ás 6,03 dos homes, mentres que nas idades intermedias e altas son os homes, con 10,23 e 13,21 respectivamente, os que consumen moito máis que as participantes femininas, con 2,53 e 1,39 UBE/semanais de media respectivamente. Por tanto, observamos nestes datos que se superan en varios grupos as puntuacións que caracterizan o consumo de risco, especialmente na poboación máis nova e dentro desta, na femenina.

No tocante ao nivel de estudos acadados, a poboación que exhibiu un maior consumo de alcol semanal foi a que acadara estudos secundarios (Bacharelato ou Ciclo Medio) que rexistraron valores medios de UBE/semanais de 9,63. A continuación, situáronse aquelas persoas que só estudaran os estudos obrigatorios cunha media de 8,69. No último lugar, aquelas que estudaran na Universidade ou un Ciclo Superior reportaron os valores máis baixos, con 6,52 UBE/semanais. Porén, cando falamos de resultados no AUDIT, aínda que á poboación que acadara estudos secundarios segue a ser a que ten unha maior media, 5,21, no caso da poboación con estudos superiores puntúa unha media de 4,52 puntos, superando a aquela con estudos obrigatorios que ten unha puntuación de 2,97 a pesar de consumir máis UBE/semanais de media.

Poñendo o foco nas persoas con estudos no eido sanitario, estas consumiron 7,08 UBE/semanais co CPA, fronte ás 7,74 das persoas sen formación neste ámbito. Así e todo, de novo aquí as persoas con estudos sanitarios puntúan 5,79 de media no AUDIT, notablemente máis que aquelas que non os teñen, que a pesar de beber menos, alcanzaron só 3,9 puntos de media.

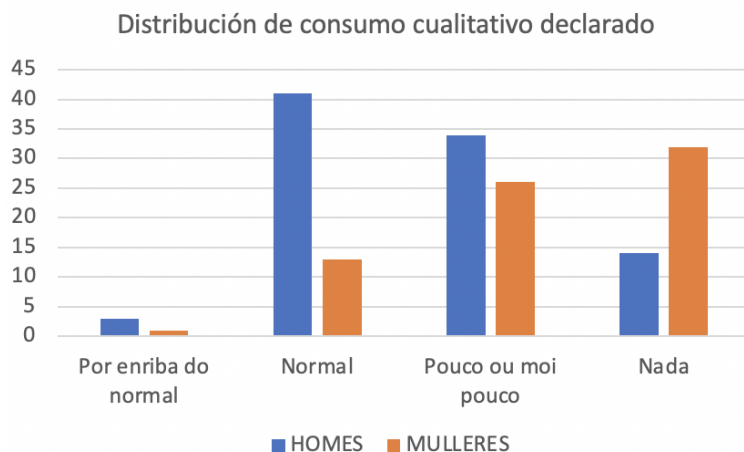
En canto á ocupación actual das persoas entrevistadas, o colectivo que maior media acadou foi o de aqueles que se atopaban en situación de desemprego, con 9,43 UBE/semanais. Aínda así cabe destacar que neste grupo a mostra foi moi curta, de tan só 7 participantes, e cunha alta variabilidade, consumindo tres deles máis de 15 UBE/semanais e os outros catro 3 UBE ou menos. A continuación, o segundo grupo con maior consumo medio semanal foi o estudantado, cunha media de 9,07. En terceiro lugar situáronse as persoas xubiladas con 8,17 UBE/semanais, e por último as persoas que traballaban activamente rexistraron os valores medios máis baixos,

con 7 UBE/semanais de media. Respecto ao AUDIT, destaca o estudantado como grupo con maior puntuación con 7,38 de media, mentres que as persoas desempregadas acadaron 5,21, as traballadoras 4,36, e, cun 2,97, as xubiladas tiveron a menor puntuación media no cuestionario.

Por último, na comparación rural/urbana, as persoas que habitan nunha contorna rural tiveron maiores consumos medios semanais con 8,34 UBE fronte ás 7,35 rexistradas nas persoas habitantes das urbes. De novo aquí, prodúcese unha inversión nos valores de AUDIT, marcando 3,83 puntos de media os residentes rurais e 4,38 os residentes en cidades.

4.2.1.4 Consumo cualitativo

No referente ao consumo cualitativo subxectivo, faremos unha descrición segundo á resposta á pregunta “Indique, dun xeito cualitativo, como definiría o seu nivel de consumo de alcol”.



Gráfica 9. Frecuencia de cada resposta en referencia ao consumo cualitativo disgregado por sexos.

En primeiro lugar, como xa se mencionou previamente, 46 participantes (28,05 %) declararon non consumir absolutamente nada de alcol. Neste grupo de participantes, case a totalidade declararon consumir 0 UBE nunha semana habitual, excepto unha participante que tras afirmar que non bebía “absolutamente nada”, declarou que bebía unha copa de viño á semana. No AUDIT tamén houbo cinco persoas que non puntuaron 0, unha delas porque “Menos que mensualmente” consumía 5 ou máis bebidas alcólicas, e catro delas porque responderon que, con certa frecuencia, consumían alcol, a pesar de ter dito previamente que non consumían “absolutamente nada” de alcol.

Con respecto ás 4 persoas que responderon que consumían alcol “por enriba do normal”, atopáronse valores moi dispares entre as súas medias de UBE/semanais e de AUDIT. Así, houbo individuos que puntuaron 38 e 35,5 e outros que rexistraron *tan só* 17 UBE/semanais, menos que moitos que declararan consumos normais ou por debaixo do normal. Tamén nas súas puntuacións de AUDIT os resultados foron moi variables, puntuando 25 a persoa que consumía 38 UBE e tan só 11 a persoa que consumía 35,5, que por exemplo declarou que nin el, nin familiares e amigos, nin profesionais da saúde estiveran nunca preocupados polo seu consumo de alcol.

A continuación, centraremos nun xeito extenso naquelas persoas que responderon que consumían “un nivel normal”, sector de especial interese no contexto deste traballo.

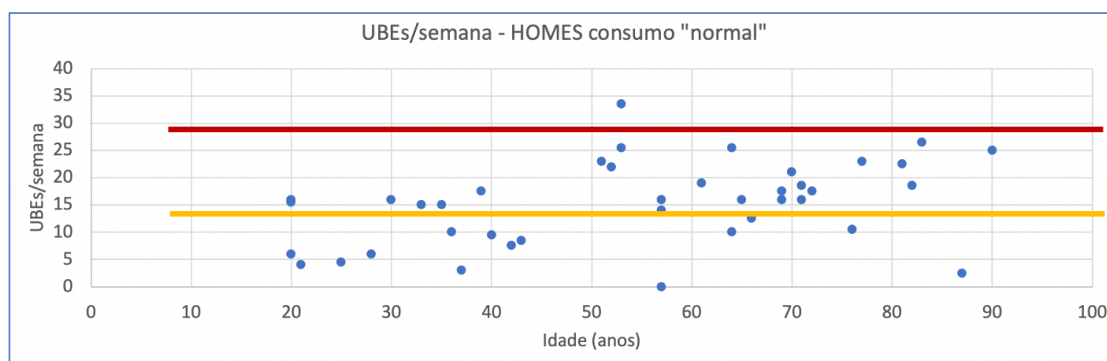
Para comezar, como se comentou xa previamente, esta resposta foi a segunda en frecuencia rexistrando 54 participantes que declararon “o normal” (32,93 %). Si foi, pola contra, a resposta máis rexistrada entre os homes, xa que 41 homes dos 92 totais (44,57 %) elixiron esta opción. A media consumida entre a poboación que declarou beber “o normal” ascendeu ás 14,40 UBE/semanas (15,10 para homes e 12,19 para mulleres), e a avaliación media no AUDIT a 7,37 puntos (7,51 nos homes e 6,92 nas mulleres), distribuíndose os valores dende as 0 UBE/semanais ata as 33,5 e as cualificacións no AUDIT dende 1 a 17 puntos.

Tomando como referencia os valores mencionados previamente respecto aos límites de risco establecidos polo Ministerio de Sanidade nas súas últimas guías (4), recordamos que:

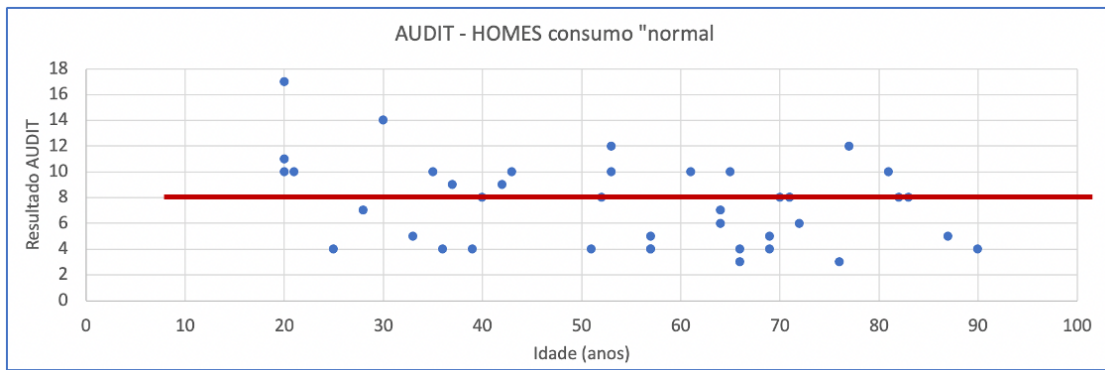
- Aínda que calquera consumo implica un risco, un consumo maior a 1 UBE estándar diaria para as mulleres e de 2 UBE para os homes, prodúcese un aumento significativo da mortalidade. (4) Deducimos entón que un consumo superior a 14 UBE/semanais en homes e a 7 UBE/semanais en mulleres aumenta significativamente a mortalidade.
- Considerase consumo de risco, e por tanto, aconséllase realizar unha intervención en consulta a homes cun consumo >28 UBE/semanais e mulleres con >17 UBE/semanais, así como a homes con >7 puntos no AUDIT e mulleres con >5. (4)

Seguindo estes datos, atopamos que un 62,96 % das persoas que afirmaron consumir “un nivel normal de alcol”, atópanse por enriba deste límite que supón un aumento significativo da mortalidade. En concreto, un 60,98 % dos homes deste colectivo bebían máis de 14 UBE/semanais e un 69,23 % das mulleres bebían máis de 7 UBE/semanais.

Máis aló disto, aínda que só un home pasaba das 28 UBE/semanais que se consideran consumo de risco, un 12,20 % dos homes que afirmaran consumir o normal atopábanse por enriba das 25 UBE. No caso das mulleres, o 23,08 % das participantes cun consumo declarado normal superaban o límite de 17 UBE/semanais que fai aconsellable unha intervención en consulta, e un 38,46 % consumían 15 UBE/semanais ou máis. Respecto ao AUDIT, 53,66 % dos homes puntuaron máis de 7, polo que estaría aconsellada a intervención en consulta, e 61,54 % das mulleres rexistraron máis dun 4, punto de corte correspondente ao consumo de risco para este sexo.



Gráfica 10. UBEs/semana segundo idade no grupo dos homes que declararon un consumo normal. A liña amarela representa o límite de consumo de baixo risco (14 UBEs/semana) e a vermella o consumo de risco no que se recomenda a intervención en consulta (≥ 28 UBEs/semana).



Gráfica 11. Puntuación de AUDIT segundo idade no grupo dos homes que declararon un consumo normal. A liña vermella representa o consumo de risco no que se recomenda a intervención en consulta (≥ 8 AUDIT).

Continuando coa análise comparativa entre sexos mais tendo agora en conta a as franxas de idade, atopamos que os homes maiores de 65 foron aqueles que, dentro de declarar un “consumo normal” de alcol, tiveron unha media máis alta de UBE/semanais, que ascendeu a 17,36, seguidos por aqueles de idade media con 15,28 e finalmente cos máis novos con 9,31 unidades. No caso do AUDIT, subvértese a orde, sendo o sector dos maiores o que menos puntúa, 6,40, seguido dos de idade media con 7,32 e superados ámbolos dous polas idades máis baixas con 10,43.

Nas mulleres, pola súa banda, a tendencia é inversa, aínda que os datos deben tomarse con precaución ao ser unha mostra máis pequena. Neste caso é a muller de maior idade a que, declarando un consumo normal de alcol, consumía unha menor media de UBE/semanais, 8, menos que as mulleres de mediana idade que consumían 10 e que as máis novas consumían 13,81 UBE/semanais de media. Neste caso o AUDIT si que aumenta de forma paralela ao incremento das UBE consumidas.

Respecto ao nivel de estudos acadados e comezando por aqueles que limitaron a súa educación formal aos estudos obrigatorios, neste grupo atopamos que, dos 11 que dixeron beber “o normal”, 10 (90,91%) superaban as 14 UBE que marcan un aumento da mortalidade. No caso dos que alcanzaron o bacharelato/ciclo medio son 80 % os que excederon os límites establecidos para o seu sexo e, no caso daquelas persoas con estudos superiores son 16 de 33 (39,39 %), unha proporción substancialmente menor. No que atinxe ao AUDIT, existe unha inversión dos grupos. Así, a pesar de que as persoas con estudos superiores eran as que excedían os límites en relación coas UBE nunha menor porcentaxe, son as que en maior proporción teñen puntuacións de AUDIT que para o seu sexo serían indicación de intervención na consulta, cun 57,58 %. Séguenos aquelas persoas con estudos de bacharelato, que superan estas puntuacións no 54,55 % dos casos e por último aquelas con estudos obrigatorios cun 50 %.

Relativamente aos estudos no eido sanitario, 28 das 40 persoas (70 %) que non os tiñan superaron as barreiras correspondentes para o seu sexo mentres que a pasaron 6 das 14 (42,86 %) que si tiñan estudos no ámbito sanitario. Para o AUDIT, de novo inverteuse a orde dos grupos, xa que o 64,29 % das persoas con estudos sanitarios amosaron puntuacións maiores a 7 para os homes e 4 para as mulleres. Mentres tanto, no colectivo de persoas sen estudos sobre a saúde foi un 52,50 % o que superaron as puntuacións.

As porcentaxes de persoas que superaron as 14 UBE/semanais sendo home e as 7 sendo muller varían tamén segundo a ocupación actual da persoa que respondeu afirmando un “consumo normal” de alcol. Así, 100 % das persoas desempregadas deste grupo foron máis aló dos límites, o 75 % das persoas xubiladas, o 66,66 % das estudantes e o 51,72 % das persoas que traballaban activamente. No que se refire ao AUDIT, chegando aos puntos segundo os que o Ministerio recomenda unha intervención 100 % tanto das persoas desempregadas como das estudantes, mentres que a porcentaxe ficou nun 51,72 % para as persoas que traballaban activamente e descendeu ata 37,50 % para as xubiladas.

Por último, cabe destacar que o 78,94 % das persoas habitantes dunha contorna rural que responderon consumir “o normal” superaron os límites establecidos polo Ministerio de Sanidade, mentres que os excederon 54,29 % das residentes en cidades. Respecto ao AUDIT, as porcentaxes foron máis parellas, superando as puntuacións o 57,89 % dos participantes rurais e o 54,29 % dos urbanos.

Analizando agora, por último, aquela poboación que respondeu beber “pouco ou moi pouco” alcol, neste grupo atopamos que a maioría das persoas enquisadas, 54 de 60 (90 %), non excederon os límites de UBE marcados polos documentos do Ministerio de Sanidade, marcando este grupo de 54 persoas unha media de 4,66 UBE/semanais. Porén, atopáronse dentro do grupo 6 persoas que excedían os límites, 2 mulleres e 4 homes, chegando un destes ás 32 UBE/semanais. En relación ao AUDIT, tamén a gran maioría, 52 (86,67%) non superou as puntuacións que recomentan unha intervención na consulta. Non en tanto, mentres que só houbo un home que superou os 7 puntos, no caso das mulleres que declararon beber “pouco ou moi pouco”, houbo 7 participantes (26,92 %) que puntuaron máis de 4, chegando unha delas aos 19 puntos.

Nivel consumo cualitativo (declarado)	Total	Homes	Mulleres	UBE General	UBE HOMES	UBE MULLERES	AUDIT General	AUDIT HOMES	AUDIT MULLERES
Por enriba do normal	4	3	1	26,875	16,67	38	13,5	9,667	25
Normal	54	41	13	14,398	15,097	12,192	7,37	7,512	6,923
Pouco ou moi pouco	60	34	26	6,092	7,867	3,769	3,833	3,706	4
Nada	46	14	32	0,033	0	0,047	0,239	0,214	0,25

Táboa 5. Resultados segundo o nivel de consumo cualitativo declarado, total e disgregado por sexos.

4.2.2 Discusión dos resultados

Tras o procesamento e análise dos datos recollidos na enquisa, considérase que, respecto a mostra e a pesar das evidentes limitacións do estudo, acadouse unha notable diversidade nos perfís participantes, que permitiu a comparación entre as distintas variables que se propuxeran analizar. Así, a combinación das distintas fontes posibilitou acadar un amplo rango de idades, logrouse estudar individuos con distintas ocupacións e niveis de estudo, fóra e dentro do eido sanitario, do urbano e do rural e con diversidade nos seus patróns de consumo de alcol.

Comezando pola variable do sexo, atopouse unha importante diferenza entre os niveis de consumo entre homes e mulleres, pero que se baseou principalmente nas idades intermedias e, sobre todo, nas altas, cunha diferenza de 11,82 UBE/semanais de media. Isto é concorde á tendencia dun consumo maior e normalizado por parte das mulleres que se ven levando a cabo nas últimas décadas, como se mencionou no apartado 4.1.3. Esta normalización tamén a podemos ver, aínda que dun xeito precavido dada a pequena mostra con estas características,

nas mulleres que declararon consumir “o normal”. Así, a muller de 78 anos que declarou consumir unha cantidade de alcol normal consumía 8 UBE/semanais e só puntuaba 1 en AUDIT, mentres que aquelas mozas que tamén afirmaron beber “o normal” e tiñan entre 18 e 30 anos consumían case 6 UBE máis á semana, 13,81 de media, e puntuaban 8,87 no AUDIT. Por tanto, vemos como o que é normal para unha muller nacida no 1944 difire notablemente do que consideran normal as nadas nos anos 90. Pode influír tamén neste resultado a xa mencionada estigmatización do consumo de alcol nas mulleres de máis idade (39). Nos homes, pola contra, vemos o contrario, xa que os participantes masculinos de máis de 65 anos que consideraron normal o seu consumo rexistraron unha media moi superior, de case o dobre, respecto aos mozos de 18 a 30 anos. Por tanto, pódese interpretar que nas persoas nadas nos anos 50 ou antes o consumo de maiores volumes de alcol semanais está máis normalizado que nas novas xeracións.

Respecto á idade, máis aló das diferencias acabadas de describir, é interesante destacar as inversións que se dan cando chega a hora de comparar consumos medios cuantificados coas puntuacións acadadas no AUDIT. Así, aínda que as persoas de maior idade son as que maior dato de gramos semanais rexistran, son as que puntúan unha menor media no AUDIT. Esta inversión sucede tamén dun xeito moi parecido con outras variables. Deste modo, mentres que as persoas con niveis de estudos máis baixos (Bacharelato, Ciclo Medio ou Estudos Obrigatorios) rexistraron as maiores medias de unidades de alcol semanais, puntúan considerablemente menos que aquelas con Estudos Superiores no AUDIT, igual que acontece se comparamos ás persoas sen estudos sanitarios coas que si que os teñen, ou as habitantes do rural coas do urbano. Non se produce con este patrón no caso da ocupación actual, xa que esta variable, dous colectivos encabezan tanto a media de UBE/semanais como a de puntuación do AUDIT: estes son as persoas desempregadas e as estudantes, dous grupos especialmente vulnerables.

Os fenómenos de inversión descritos poden atribuírse tanto a un consumo maior pero non problemático a nivel persoal, como a unha variabilidade na percepción, opción pola que se aposta neste traballo. Isto implicaría que a poboación de certos grupos pode non ser consciente dos feitos relacionados cos elementos do AUDIT que non se refiren ao consumo cuantitativo, ou simplemente non desexan recoñecelos. É dicir, nestes grupo respóndese negativamente ás preguntas relacionadas coa dependencia (da 4 á 6) e aos danos (da 7 á 10), mentres que as persoas pertencentes a outros colectivos, como o estudantado, non dubidan en admitir que se mancaron no último ano, que non recordan o que sucedeu a noite anterior ou que non puideron cumprir o que se esperaba deles por culpa do alcol.

Con isto chégase á cuestión da percepción, e da concepción dun consumo “normal”, acerca da cal tamén se puideron extraer interesantes conclusións. Primeiramente, confirmouse que existe unha grande variabilidade entre os valores cuantitativos que se rexistran en persoas con esta resposta cualitativa, que van de 0 a máis de 330 gramos de alcol cada semana. En segundo lugar, detectouse que é maioritaria a porcentaxe de poboación con esta resposta que supera os límites que marcan os documentos do Ministerio de Sanidade con respecto ao consumo de baixo risco. En terceiro termo, viuse que, fixándonos no sexo, case un cuarto das mulleres deste grupo superaban as unidades que determinan un consumo de risco para o sexo feminino, estando tamén unha porcentaxe non desprezable de home e mulleres cerca destes límites aínda que non os chegaran a superar. Finalmente, referíndonos ás puntuacións do AUDIT, existe unha maioría de participantes para ambos sexos que cumpriron criterios de consumo de risco, que fai recomendable unha intervención en consulta.

Por tanto, vemos que en xeral existe unha importante proporción da poboación que normaliza patróns de consumo que supoñen, segundo as fontes científicas máis recentes, un incremento significativo da mortalidade asociadas a estes hábitos. Estas porcentaxes son maiores en certos grupos poboacionais. En concreto, segundo observamos nos resultados da nosa enquisa, esta normalización é maior nos homes maiores e as mulleres máis novas, como xa mencionamos previamente. No referente ao nivel de estudos acadados, tamén atopamos que había máis probabilidade de que aquelas persoas que acadaran niveis máis baixos amosaran consumos por enriba dos límites marcados, a pesar de identificar o seus hábitos como normais, igual que con aquelas persoas sen estudos no ámbito sanitario. Respecto á ocupación, percibiuse que todas as persoas desempregadas que declararon un consumo normal de alcol superaron os límites, así como a puntuación de AUDIT que clasifica o seu consumo como de risco, feito que aconteceu tamén coa totalidade dos estudantes deste grupo. En relación á comparación entre habitantes do rural e do urbano, achouse unha maior porcentaxe das persoas do rural, máis de 30 puntos maior que nas cidades, que superaba os límites declarando un consumo normal.

Para finalizar na discusión relativa á percepción cualitativa do consumo, cabe destacar que, incluso dentro do conxunto de participantes que declarou consumir “pouco ou moi pouco” alcol, foron detectadas puntuacións no AUDIT que indicaría a intervención en consulta, especialmente en mulleres, e cantidades de alcol semanais moi superiores, nalgúns casos, ás establecidas como limiares para o consumo de risco.

4.2.3 Limitacións do estudo

Como limitacións do presente estudo débese indicar que incorre en certos nesgos derivados, entre outras causas, dos procedementos de recollida de datos para o estudo. O método baseado na cumprimentación do formulario en liña a partir do código QR, que, en principio fora pensado como fonte principal de datos para o estudo, resultou provocar unha serie de problemas metodolóxicos e nesgos nos perfís participantes. En primeiro lugar, cabe destacar que a taxa de resposta foi notablemente baixa: repartíronse 800 folletos, a partir dos que se xeraron tan só 81 respostas, supoñendo isto unha taxa do ao redor do 10 %, ao que ademais hai que sumar que para que un folleto fora recollido, tíñase que se ofrecer a polo menos dúas persoas, o que rebaixa a taxa de resposta ao 5 %, coa importante inversión de tempo que iso supón para atinxir un número significativo de participantes. En segundo lugar, nos resultados do formulario acabaron aparecendo algúns nesgos de importancia, como alta frecuencia de persoas con estudos universitarios que responderon a través desta vía, xa que un 70 % dos enquisados declararon ter estudos universitarios, chegando ao 80 % se incluímos a outros estudos superiores non universitarios. Isto establece unha relevante diferenza coa media galega, que rolda o 30% dos habitantes que alcanzaron este nivel (68). Tamén existe certo exceso na porcentaxe de poboación cuxos estudos estiveron relacionados coas Ciencias da Saúde, que ascenden nos resultados a un 23% dos que responderon no formulario en liña, cando a media española é dun 12,7 %. (69) Para compensar estas desviacións foi útil a recollida de enquisas a través das familias en contacto coa unidade de HADO, unha poboación na que a porcentaxe de individuos con estudos universitarios (28%) non chegou á media nacional e a porcentaxe de participantes que alcanzaran só os estudos primarios elevouse a 46 %. Entre ambas mostras tamén existe unha destacable diferenza entre as idades medias das persoas enquisadas, ascendendo esta a 64,55 anos nas enquisas provenientes das familias de HADO e ficando no caso do formulario en 40,66 anos.

Tamén debemos salientar que, en relación co AUDIT, este foi utilizado simplemente para fins estatísticos e por tanto non cumpre coas normas de administración que se aplican á súa aplicación en contextos clínicos. Entre outras limitacións, a forma de administración utilizada no formulario en liña carece das vantaxes da entrevista oral, na que se pode consultar á persoa estudada acerca de respostas ambiguas ou explicar elementos como que se considera “unha bebida alcólica estándar” (unha UBE).

4.2.4 Utilidade deste traballo e perspectivas de futuro

A pesar das limitacións citadas, considérase que o estudo aborda con éxito unha cuestión de gran importancia na práctica asistencial como é a normalización do consumo de alcol. Os resultados evidencian a necesidade de que tanto dende os organismos públicos, como dende a comunidade científica e a asistencial se preste atención a esta problemática tan estendida e relevante. En relación ao estudo de campo, á vista dos resultados crese de utilidade a realización dun estudo a maior escala para confirmar as conclusións deste traballo e recadar máis datos sobre as causas e factores que afectan á normalización do consumo de alcol, así como posibles estudos complementarios que determinen a utilidade da educación sanitaria e as intervencións en consulta no cambio de percepción sobre este consumo.

5 CONCLUSIÓN

O presente estudo permite concluír que a normalización do consumo de alcol é un problema ben documentado na literatura científica, na que se constatan os múltiples factores sociodemográficos e culturais que inflúen na baixa percepción cualitativa do consumo individual de alcol e na falta de sensibilización en relación cos riscos para a saúde que este consumo implica. Os resultados da procura bibliográfica evidencian tamén as dificultades dos profesionais sanitarios, especialmente dos médicos de atención primaria, para o correcto diagnóstico e intervención sobre pacientes con niveis de consumo de risco relativamente alto.

Por outra banda, o estudo bibliográfico pon de manifesto a falta de consenso nas políticas de prevención dos distintos países, sendo rechamante tanto a diversidade de pautas e límites de consumo de alcol de baixo risco, como as diferencias nas definicións do que é unha *unidade de bebida estándar* (UBE). Varios dos traballos analizados destacan a necesidade de realizar campañas informativas e de sensibilización da poboación que faciliten o labor da comunidade médica á hora de establecer pautas sobre o consumo de alcol responsable.

O estudo de campo realizado sobre unha mostra da poboación da área de Santiago de Compostela, constata tamén un importante grao de normalización do consumo de alcol. Como dato preocupante, identifícase unha alta proporción de participantes que cualifica como *normais* patróns de consumo que superan con creces os límites de baixo risco para a saúde. Esta normalización é maior en determinados grupos poboacionais, entre os que destacan os homes de maior idade e as mulleres máis novas, os habitantes de contornas rurais e as persoas con niveis de estudo máis baixos. O estudo constata tamén a existencia de importantes discrepancias entre o consumo de alcol cuantificado e a percepción do risco asociado (medido a través do AUDIT) en algún dos grupos poboacionais, especialmente en aqueles con menor nivel formativo.

Os resultados deste traballo fin de grao poñen de manifesto a necesidade de que o persoal médico rexistre dun xeito adecuado o consumo de alcol nas historias clínicas, utilizando para isto as ferramentas avaladas pola comunidade científica e en ningún caso conformándose con respostas cualitativas que refiran consumos normais ou escasos, dada a ampla variabilidade interindividual que poden supoñer estes conceptos. Ademais, é crucial que o persoal sanitario estea ao tanto das máis recentes evidencias científicas sobre o que se define como consumo de alcol de baixo risco, xa que só así poderá desempeñar dun xeito correcto a necesaria educación sanitaria, proporcionando información actualizada e precisa aos pacientes.

Anexo 1- Cuestionario completo

Consumo de alcol na área de Santiago

Datos persoais

Antes de nada, precisamos que responda estas 5 preguntíñas rápidas para clasificar o seu perfil dentro do estudo:

Sexo

Home
 Muller
 Outro: _____

Idade: ____

Nivel de estudos acadados (incluíndo os actuais)

Estudos obrigatorios (EGB ou ESO)
 Bacharelato/Ciclo Medio
 Estudos Universitarios

Foron os seus estudos nunha disciplina do eido sanitario? (Medicina, Enfermaría, Odontoloxía, TCAE, TES...)

Si
 Non

Cal é a súa ocupación actual?

Estudante
 Traballando activamente
 En situación de desemprego
 Desfrutando da xubilación

En que tipo de contorna vive? En caso de ser dubidosa a categoría na que sería incluída a zona da súa vivenda, pode escribir na opción "Outro" un enderezo aproximado para podermos clasificala nós.

Urbana
 Rural
 Outro

Hábitos de consumo

Indique, dun xeito cualitativo, como definiría o seu nivel de consumo de alcol

Non consumo absolutamente nada de alcol
 Consumo pouco ou moi pouco alcol
 Consumo un nivel normal de alcol
 Consumo alcol por enriba do normal

Escriba con cifras, respecto a cada tipo de bebida, cantas unidades desta bebe nunha semana normal (de luns a domingo).

- *Ollo! Para unha mesma bebida hai distintos formatos, escolla o máis axeitado!*
- *Se non consome alcol de ese tipo ou nese formato, non responda a esa pregunta e deixe baleiro o caixón de respostas.*
- *Se consome alcol noutros formatos non incluídos con precisión no cuestionario, utilice a caixa de "Outros" para escribilo e será cuantificado igualmente.*

Cervexa: un curto (200 mL): ____
Cervexa: unha pinta/xerra (500 mL): ____
Cervexa: unha botella de terzo ou unha caña (330 mL): ____
Viño: unha cunca ou copa (150 mL): ____
Viño: unha botella enteira (750 mL): ____
Vermú, cava ou viño doce: un chopo (50 mL): ____
Vermú, cava ou viño doce: un vaso (150 mL): ____
Destilados (augardente, licor café, xenebra, ron, whisky, brandy): gotas no café: ____
Destilados (augardente, licor café, xenebra, ron, whisky, brandy): chopo (40 mL): ____
Destilados (augardente, licor café, xenebra, ron, whisky, brandy): un combinado/cubalibre (70 mL): ____
Outros: ____

Con que frecuencia consome bebidas que conteñen alcol?

- Nunca
- Mensualmente ou menos
- De 2 a 4 veces ao mes
- De 2 a 3 veces á semana
- 4 ou máis veces á semana

Cantas bebidas alcólicas toma nun día normal dos que consome alcol?

- 1 ou 2
- 3 ou 4
- 5 ou 6
- De 7 a 9
- 10 ou máis

Con que frecuencia toma 5 ou máis consumicións nunha ocasión?

- Nunca
- Menos que mensualmente
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario ou case a diario

Con que frecuencia no último ano non foi capaz de deixar de beber unha vez que comezou?

- Nunca
- Menos que mensualmente
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario ou case a diario

Con que frecuencia no último ano non foi capaz de facer o que cabería esperar normalmente de vostede como consecuencia da bebida?

- Nunca
- Menos que mensualmente
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario ou case a diario

Con que frecuencia durante o último ano necesitou un trago pola mañá para poñerse en marcha despois dunha noite na que consumira abundante alcol?

- Nunca
- Menos que mensualmente
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario ou case a diario

Con que frecuencia durante o último ano sentiuse culpable o arrepentida/o despois de beber?

- Nunca
- Menos que mensualmente
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario ou case a diario

Con que frecuencia durante o último ano esqueceu o que sucedeu a noite anterior debido ao alcol?

- Nunca
- Menos que mensualmente
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario ou case a diario

Vostede o algunha outra persoa resultou lesionada como consecuencia do seu consumo de alcol?

- Non
- Si, pero non no último ano
- Si, neste último ano

Estivo preocupada algunha persoa da súa familia, amizade ou profesional da saúde polo seu consumo de alcol ou lle suxeriu que reduza o seu consumo?

- Non
- Si, pero non no último ano
- Si, no último ano

7 BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen. 2018.
2. Ministerio de Sanidad. EDADES 2022. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2022. 2022.
3. Rial A, Golpe S, Barreiro C, Gómez P, Isorna M. La edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes: implicaciones y variables asociadas. *Revista Adicciones*. 2020. Vol. 32, Núm 1.
4. Ministerio de Sanidad. 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. 2020.
5. Babor T F, Higgins-Biddle J C, Saunders J B, Monteiro M G. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. OMS. 2009.
6. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018; 392: 1015–35.
7. Rabin RC, Major Study of Drinking Will Be Shut Down. *The New York Times*. 2018. 15 de Xuño. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2018/06/15/health/alcohol-nih-drinking.html#:~:text=An%20investigation%20at%20the%20National,appeals%20to%20the%20alcohol%20industry>.
8. Rehm J. et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction*. 2017; 112: 968–1001.
9. Runggay H, Shield K, Charvat H, Ferrari H, Sornpaisarn B, Obot I, Islami F, Lemmens V, Rehm J, Soerjomataram I. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *Lancet Oncol*. 2021; 22: 1071–80.
10. Rosón B, Monte R, Gamallo R, Puerta R, Zapatero A, Fernández-Solá J, Pastor I, Girón JA, Laso J; ASMI Study Group. Prevalence and routine assessment of unhealthy alcohol use in hospitalized patients. *Eur J Intern Med*. 2010 Oct;21(5):458-64. doi: 10.1016/j.ejim.2010.04.006. Epub 2010 May 20. PMID: 20816605.
11. Varela J, Carrera A, Rial A, Braña T, Osorio J. Identificación dos trastornos debidos ao consumo de alcohol. Unha adaptación do AUDIT á poboación galega. 2006.
12. Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, Daepfen JB, Saunders JB, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018; Issue 2. Art. No.: CD004148.14
13. Beyer FR, Campbell F, Bertholet N, Daepfen JB, Saunders JB, Pienaar ED, Muirhead C, Kaner EFS. The Cochrane 2018 Review on Brief Interventions in Primary Care for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption: A Distillation for Clinicians and Policy Makers. *Alcohol and Alcoholism*. 2019; 54(4): 417–427.
14. Mitchell AJ, Meader N, Bird V, Rizzo M. Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care: meta-analysis. *Brit. J. Psych*. 2012; 201:93–100.
15. Gobierno de Navarra. Campaña Beber lo normal puede ser demasiado. <https://beberlonormal.navarra.es/es/cuanto-es-beber-lo-normal>. 2017.
16. Salvados. La Sexta. 2022. 18 de decembro. Disponible en: <https://www.lasexta.com/programas/salvados/doctora-sandra-llebot-tajante-hay-beber->

normal-cualquier-consumo-alcohol-perjudicial-salud_20221218639f8b3de85dc40001fd6243.html.

17. Rubio G, Bermejo J, Caballero M C, Santo-Domingo J, Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española*. 1998; 198: 11–14.

18. Llopis Llácer J J, Gual Solé A, Rodríguez-Martos Dauer A. Registro del consumo de bebidas alcohólicas mediante la unidad de bebida estándar. Diferencias geográficas. *Revista Adicciones*. 2020; Vol. 12, Núm 1.

19. Hernández Aguado I (trad.). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. OMS. 1994.

20. INEbase [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017. Determinantes de la salud. Cifras absolutas. Consumo de bebidas alcohólicas. Consumo medio diario de alcohol (en gramos de alcohol puro) según sexo y grupo de edad. Media y desviación típica. Población de 15 y más años que consume bebidas alcohólicas uno o más días a la semana. Notas. Disponible en:

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175.

21. INEbase [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2020. Encuesta Europea de Salud 2020. Determinantes de salud: Cifras absolutas Consumo de bebidas alcohólicas. Consumo medio diario de alcohol (en gramos de alcohol puro) según sexo y grupo de edad. Media y desviación típica. Población de 15 y más años que consume bebidas alcohólicas uno o más días a la semana. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p420/a2019/p03/10/&file=03009.px&L=0>

22. Kalinowski A, Humphreys K. Governmental standard drink definitions and low-risk alcohol consumption guidelines in 37 countries. *Addiction*. 2016; 111: 1293– 1298.

23. Fisterra, plataforma. Cálculos: Cuantificación del consumo de alcohol. Fecha de revisión: 08/06/2020. Apartado de definiciones. <https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/calculos/cuantificacion-consumo-alcohol/>.

24. Gilligan C, Anderson KG, Ladd BO, Yong YM, David M. Inaccuracies in survey reporting of alcohol consumption. *BMC Public Health*. 2019; 19:1639.

25. Saunders J B, Aasland O G, Babor T F, de la Fuente J R, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption — II. *Addiction*. 1993; 88: 791–804.

26. Rial A, Golpe S, Braña T, Varela J. Validación del «Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol» (AUDIT) en población adolescente española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 2017; 25: 371- 386.

27. García Carretero MA, Novalbos Ruiz JP, Martínez Delgado JM, O'Ferrall González C. Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test in university students: AUDIT and AUDIT-C. *ADICCIONES*. 2016; 28(4):194-204.

28. Pérula de Torres L A, Fernández-García J A, Arias-Vega R, Muriel-Palomino M, Márquez-Rebollo E, Ruiz-Moral R. Validación del cuestionario AUDIT para la identificación del consumo de riesgo y de los trastornos por el uso de alcohol en mujeres. *Aten Primaria*. 2005; 36(9):499-506.

29. González González, M. (dir.). *Diccionario da Real Academia Galega*. Disponible en: <<https://academia.gal/diccionario/-/termo/sexo>>

30. González González, M. (dir.). *Diccionario da Real Academia Galega*. Disponible en: <<https://academia.gal/diccionario/-/termo/xénero>>

31. Erol A, Karpyak V M. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend*. 2015; 156: 1-13.

32. Chrostek L, Jelski W, Szmitkowski M, Puchalski Z. Gender-related differences in hepatic activity of alcohol dehydrogenase isoenzymes and aldehyde dehydrogenase in humans. *J Clin Lab Anal.* 2003; 17(3):93-6.
33. Mann K, Batra A, Gunthner A, Schroth G. Do women develop alcoholic brain damage more readily than men? *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 1992; 16: 1052–1056
34. Hommer D W. Male and female sensitivity to alcohol-induced brain damage. *Alcohol Res. Health.* 2003; 27: 181-185
35. Jung M E, S H Yang, A M Brun-Zinkernagel, J W Simpkins. Estradiol protects against cerebellar damage and motor deficit in ethanol-withdrawn rats. *Alcohol.* 2002; 26: 83-93.
36. Vandegrift B J, You C, Satta R, Brodie M S, Lasek A W. Estradiol increases the sensitivity of ventral tegmental area dopamine neurons to dopamine and ethanol. *Plos One.* 2017; 12.
37. Ait-Daoud N, Amin P, et al. Addiction among women and sexual minority groups. *Handbook of Clinical Neurology.* 2020. 175; 1.
38. Ramil López, C. Sexo e xénero nas adiccións: unha análise da súa influencia, TFG USC, 2023.
39. Pozo R. Estigma e invisibilidade: alcoholismo y procesos de envejecimiento en mujeres. *Revista Educación Social.* 2015; 21.
40. Patton B, Should alcohol limits for men and women really be the same?. University of Surrey. 2016. Disponible en: <https://www.surrey.ac.uk/features/should-alcohol-limits-men-and-women-really-be-same>.
41. 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. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. 2023.
42. Villalbí JR, Serral G, Espelt A, Puigcorbés S, Bartroli M, Sureda X, Teixidó-Compañó E, Bosque-Prous M. Prevalencia de los episodios de consumo intensivo de alcohol entre estudiantes de secundaria y factores urbanos contextuales. *Rev Esp Salud Pública.* 2020; 94:e202011150.
43. Sureda X, Villalbí, JR, Espelt A; Franco M. Living under the influence: normalisation of alcohol consumption in our cities. *Gac. Sanit.* 2017; 31(1):66-68.
44. Jernigan D, Noel J, Landon J, Thornton N, Lobstein T. Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction.* 2017; 112(Supp 1):7-20
45. Nicholls J. Everyday, Everywhere: Alcohol Marketing and Social Media—Current Trends. *Alcohol and Alcoholism.* 2012; 47(4):486-493.
46. Wilson GB, Kaner EF, Crosland A, Ling J, McCabe K, Haighton CA. A qualitative study of alcohol, health and identities among UK adults in later life. *PLoS One.* 2013 Aug 7;8(8):e71792.
47. Gough B, Madden M, Morris S, Atkin K, McCambridge J. How do older people normalise their drinking?: An analysis of interviewee accounts. *Appetite.* 2020; 146:104513.
48. Bareham BK, Kaner E, Spencer LP, Hanratty B. Drinking in later life: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies exploring older people's perceptions and experiences. *Age and Ageing.* 2019; 48:134–146.
49. Denvir PM. When patients portray their conduct as normal and healthy: An interactional challenge for thorough substance use history taking. *Social Science & Medicine.* 2012, 75:1650-1659.
50. Furtwängler NAFF, de Visser RO. Lack of international consensus in low-risk drinking guidelines. *Drug and Alcohol Review.* 2013; 32: 11–18.

51. Chikritzhs T, Fillmore K, Stockwell T. A healthy dose of scepticism: Four good reasons to think again about protective effects of alcohol on coronary heart disease. *Drug and Alcohol Review*. 2009; 28:441–
52. Dufour MC. What is moderate drinking? Defining drinks and drinking levels. *Alcohol Res Health*. 1999; 23:5–14.
53. Room R, Rehm J. Clear criteria based on absolute risk: reforming the basis of guidelines on low-risk drinking. *Drug Alcohol Rev*. 2012; 31:135–40.
54. Taylor B, Irving HM, Kanteres F, et al. The more you drink, the harder you fall: a systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. *Drug Alcohol Depend*. 2010; 110:108–16
55. Abel EL, Hannigan JH. Maternal risk factors in fetal alcohol syndrome: provocative and permissive influences. *Neurotoxicol Teratol*. 1995; 17:445–62.
56. Review on National Drinking Guidelines 2016. International Alliance for responsible Drinking; 2016. <https://iardwebprod.azurewebsites.net/science-resources/detail/National-Drinking-Guidelines>
57. 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. National Institute for Health and Welfare (THL); 2016.
58. Paradis, C., Butt, P., Shield, K., Poole, N., Wells, S., Naimi, T., Sherk, A., & the Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines Scientific Expert Panels. 2023. Canada's Guidance on Alcohol and Health: Final Report. Ottawa, Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction. Infographic. Disponible en <https://ccsa.ca/canadas-guidance-alcohol-and-health>.
59. Kerr WC, Stockwell T. Understanding standard drinks and drinking guidelines. *Drug Alcohol Rev*. 2012; 31:200–205.
60. Sprague DJ, Vinson DC. Patient perceptions of risky drinking: Knowledge of daily and weekly low-risky guidelines and standard drink sizes. *Substance Abuse*. 2017; 38(3):253-256.
61. WHO news. What's in the bottle: Ireland leads the way as the first country in the EU to introduce comprehensive health labelling of alcohol products. 2023. <https://www.who.int/europe/news/item/26-05-2023-what-s-in-the-bottle--ireland-leads-the-way-as-the-first-country-in-the-eu-to-introduce-comprehensive-health-labelling-of-alcohol-products#:~:text=Ireland%20is%20the%20first%20country,the%20risks%20of%20developing%20cancers>.
62. Khadjesari Z, Stevenson F, Linke S, Milward J, Murray E. 'I'm not a real boozer': A qualitative study of primary care patients' views on drinking and its consequences. *Journal of Public Health*. 2018; 41(2): e185–e191
63. Trius-Soler et al. Biomarkers of moderate alcohol intake and alcoholic beverages: a systematic literature review. *Genes & Nutrition*. 2023; 18:7
64. Simons JS, Wills TA, Emery NN, Marks RM. Quantifying alcohol consumption: Self-report, transdermal assessment, and prediction of dependence symptoms. *Addictive Behaviors*. 2015; 50:205-212.
65. Cox M, Chaney B, McDonald L, Miller MB. Assessing alcohol use in situ: Correlates of self-report vs. objective alcohol consumption. *Addictive Behaviors*. 2022; 129:107278.
66. Nielsen DG, Andersen K, Nielsen AS, Carsten J, Mellentin A. Consistency between self-reported alcohol consumption and biological markers among patients with alcohol use disorder – A systematic review. *Neurosci. Biobehav. Rev*. 2021; 124:370–385.

67. Ruiz-Flores Bistuer M, Vicente Herrero MT, Lladosa Marco S, Capdevila García LM, López González, A. Consumo de alcohol cuantificado *versus* percibido en trabajadores españoles. Rev Asoc Esp Espec Med Trab. 2018; 27:100-109.
68. INEbase [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2023 [Galicia, Ambos sexos, Todas las edades, Población de 16 y más años por nivel de formación alcanzado, sexo y comunidad autónoma. Porcentajes respecto del total de cada comunidad]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=6369>.
69. Ministerio de Educación y Formación Profesional. Panorama de la educación. Indicadores de la OCDE 2019. Informe español. 2019.