



Adicciones

ISSN: 0214-4840

secretaria@adicciones.es

Sociedad Científica Española de Estudios  
sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las  
otras Toxicomanías  
España

Gual, Antoni; Arbesú, José Ángel; Zarco, José; López-Pelayo, Hugo; Miquel, Laia; Bobes,  
Julio

El alcoholismo y su abordaje desde una perspectiva ciudadana

Adicciones, vol. 28, núm. 3, 2016, pp. 163-173

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras  
Toxicomanías  
Palma de Mallorca, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289145913006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

# El alcoholismo y su abordaje desde una perspectiva ciudadana

## *Alcoholism and its treatment approach from a citizen perspective*

ANTONI GUAL\*, JOSÉ ÁNGEL ARBESÚ\*\*, JOSÉ ZARCO\*\*\*, HUGO LÓPEZ-PELAYO\*,  
LAIA MIQUEL\*, JULIO BOBES\*\*\*\*.

\* Grup de Recerca en Addiccions Clínic. Hospital Clínic de Barcelona. IDIBAPS. Universitat de Barcelona. Red de Trastornos adictivos (RETICS); \*\*Médico de Familia. Coordinador Área de Neurociencias de Semergen. Centro de Salud de la Eria. Oviedo; \*\*\*Médico de Familia. Coordinador Grupo de Intervención en Drogas semFYC. CS Ibiza. SERMAS; \*\*\*\*Área de Psiquiatría – Universidad de Oviedo – Centro de Investigación Biomédica en Red área de Salud Mental (CIBERSAM).

### Resumen

**Introducción:** El objetivo del estudio es describir el consumo de alcohol de la población general española, conocer la opinión que tienen los ciudadanos de su consumo, del alcoholismo y de su abordaje terapéutico.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta telefónica que se realizó en mayo de 2015. Se seleccionó una muestra representativa de la población adulta española a quien se le preguntó acerca de su patrón de consumo de alcohol, percepción de riesgo, opinión acerca del alcoholismo, y consecuencias del consumo, y abordaje terapéutico. Se diseñó un cuestionario ad hoc utilizando el AUDIT-C para determinar el patrón de consumo. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial según las características socio-demográficas.

**Resultados:** El 22,1% presentan un consumo de riesgo, siendo mayor en los hombres y los jóvenes. Mayoritariamente el alcoholismo es considerado una enfermedad y más del 75% de los ciudadanos coinciden que el alcohol tiene consecuencias negativas en la salud a nivel sociolaboral y familiar. La percepción de riesgo que tienen los ciudadanos de su consumo es mayor de lo esperado (37,6%). El 67,7% considera al médico de familia capacitado para atender los problemas relacionados con el consumo de alcohol, sobre todo entre las mujeres y los ciudadanos de mayor edad.

**Conclusiones:** El consumo de riesgo es muy prevalente entre los ciudadanos españoles sobre todo entre los jóvenes (31,8%). Existe una alta autopercepción de riesgo del consumo de alcohol. La mayoría de ciudadanos coinciden que el médico de familia está capacitado para tratar el alcoholismo.

**Palabras clave:** alcohol; detección; prevención; tratamiento; percepción de riesgo

Recibido: Noviembre 2015; Aceptado: Febrero 2016

Enviar correspondencia a:

Antoni Gual Solé. Teléfono: 932275400. Unidad de Conductas Adictivas. Hospital Clínic de Barcelona, calle Villarroel 170, 08036, Barcelona.  
E-mail: tgual@clinic.ub.es

### Abstract

**Introduction:** The main objective of the study is to describe alcohol consumption in the general Spanish population, to discover citizens' opinion on their alcohol consumption, on alcoholism and on treatment approaches.

**Methods:** In 2015 a cross-sectional study was carried out by means of a telephone survey. A representative sample was selected. Participants were asked about their alcohol consumption, their perception of risk regarding their pattern of alcohol consumption, about their opinion on alcoholism, alcohol consequences and the treatment approach. A questionnaire was designed. The Alcohol Use Disorders Identification Test-C was used to define the pattern of alcohol intake. A descriptive and an statistical inference analysis were done.

**Results:** 22.1% were classified as risky drinkers, with a higher proportion in young males. The majority of individuals think that alcoholism is an illness, and more than 75% agree that alcohol has negative consequences on health, social functioning, occupational functioning and family relationships. Furthermore, the perception of risk that citizens have regarding their own drinking pattern is high (37.6%). 67.7% considered that the general practitioner can manage alcoholism, with females and older people believing this most strongly.

**Conclusions:** Alcohol consumption is very prevalent in the Spanish population, especially in young people (31.8%). The perception of alcohol risk is high. The majority agree with the fact that general practitioners are well prepared for treating alcohol problems.

**Keywords:** alcohol; screening; prevention; treatment; risk perception.

**E**l consumo de alcohol es el tercer factor de riesgo más importante de morbi-mortalidad en todo el mundo (World Health Organization, 2011). Además, es responsable del 6,8%-9,6% de años de vida ajustados por discapacidad (Degenhardt et al., 2013; Patel et al., 2015) y de más de 200 enfermedades y condiciones médicas (World Health Organization, 2011). De forma preocupante se ha venido observando en los últimos años, en el estado español, cambios en el patrón de consumo de alcohol como por ejemplo un incremento en la frecuencia de los episodios de ingesta masiva episódica de alcohol (“binge drinking”), principalmente en las mujeres. Por otra parte, el consumo masivo episódico es uno de los factores pronósticos de gravedad más importantes en el alcoholismo (Dawson, Li, y Grant, 2008; Gmel, Kuntsche, y Rehm, 2011). Este patrón de consumo requiere de intervenciones más específicas que la habitual intervención breve (Rubio et al., 2015), que debería incluir dos factores muy relacionados con la ingesta en atracón como son las expectativas sobre el consumo de alcohol del propio sujeto y la percepción del riesgo que pueda ocasionar esta sustancia en la salud individual (Cortés, Giménez-Costa, Motos, y Cadaveira, 2014). Estos dos aspectos han sido poco explorados en la población general. Los pocos estudios relacionados con el tema de la percepción de riesgo del consumo de alcohol se focalizan en aspectos distintos a la autopercepción del propio consumo como son la comparación de la percepción de riesgo del consumo de alcohol con la de otras sustancias (Delegación del Gobierno para Plan Nacional sobre Drogas, 2013) o la percepción del riesgo que se le supone al alcohol en el conjunto de la población (Bischof, Bischof, Meyer, & Rumpf, 2015; Karlsson, 2012). No existe ningún estudio que analice la autopercepción de riesgo y la preocupación que tienen los ciudadanos de su propio consumo a pesar de considerarse un marcador pronóstico relevante (Bertholet, Faouzi, Studer, Daepen, & Gmel, 2013; Bischof et al., 2015).

El alcoholismo es una enfermedad crónica (Erdozain y Callado, 2014) cuya prevalencia estimada es del 5,4% en los hombres y del 1,5% en las mujeres adultas europeas, que equivale a unos 12 millones de personas afectadas solo en Europa. En España, se estima que 202 010 ciudadanos padecen dicha patología (1,2% de los hombres y un 0,2% de las mujeres) (Rehm, Shield, Rehm, Gmel, y Frick, 2012). Estas cifras son equivalentes a otras condiciones médicas crónicas tratables como la esquizofrenia (0,3-0,8%) (Ayuso-Mateos, Gutierrez-Recacha, Haro, y Chisholm, 2006; Moreno-Küstner et al., 2016) o el VIH (0,3%) (UNAIDS, 2014).

El alcoholismo es un problema de salud de importantes implicaciones sociales, considerada muy estigmatizante incluso, en mayor medida, que otros trastornos mentales como la esquizofrenia o la depresión (Schomerus et al., 2011) o enfermedades médicas donde los hábitos de vida tienen un papel relevante como en la diabetes mellitus o la hipertensión. El estigma tiene una implicación clínica relevante dado que se

le ha relacionado con una menor autoeficacia para rechazar bebidas alcohólicas (Schomerus et al., 2011). En general, es importante tener en cuenta que la mayor aceptación por parte de la sociedad de las personas con problemas de salud mental influye positivamente en el pronóstico de las mismas, por ejemplo reduciendo las tasas de suicidio a nivel poblacional (Schomerus et al., 2015). Por otra parte, considerar los trastornos mentales como un continuum parece estar relacionado con menores niveles de estigmatización (Schomerus, Matschinger, y Angermeyer, 2013). En el caso del consumo de alcohol, recientemente se ha propuesto utilizar el concepto de “heavy use over time” traducido como “consumo excesivo reiterado” con el fin de relegar el concepto estigmatizante de alcoholismo y dar mayor peso a la cantidad de alcohol consumida a lo largo del tiempo que es lo que tiene una relación directa con la morbi-mortalidad (Rehm et al. 2013). Los criterios diagnósticos del DSM-V también incorporan la idea de continuum en los diagnósticos psiquiátricos con el fin de reducir el estigma que existe en salud mental.

El estigma que envuelve a la enfermedad está implicado en las bajas tasas de acceso al tratamiento (15,3%) (Hasin y Grant, 2015; Luoma et al., 2007; Wolstenholme et al., 2013) a pesar de ser una condición médica que dispone de tratamientos farmacológicos e intervenciones psicológicas eficaces (Kanner et al., 2009; Rösner et al., 2010; Smedslund et al., 2011). En España, las tasas de acceso a tratamiento son ligeramente mejores que en nuestro entorno europeo (7,6%). Sin embargo, es muy inferior a otras enfermedades mentales como por ejemplo la esquizofrenia (82,2%), la depresión mayor (54,6%), el trastorno bipolar (60,1%), el trastorno por ansiedad generalizada (37,7%) o el trastorno obsesivo-compulsivo (75,4%) (Robert, Saxena, Levav, y Saraceno, 2004).

Los objetivos de este estudio son: 1) Describir el patrón de consumo de alcohol de la población estudiada; 2) Describir y explorar la percepción de la ciudadanía sobre su propio nivel de consumo de alcohol y los factores socio-demográficos y clínicos asociados; 3) Describir y explorar el concepto que tienen los ciudadanos del alcoholismo y sus efectos, así como la opinión que tienen de los profesionales sanitarios encargados del abordaje del alcoholismo. Esperamos observar un patrón de consumo similar al observado en la población general y una percepción de riesgo del propio consumo baja. Conocer la percepción que tienen los ciudadanos de su propio consumo, así como la opinión que tienen del alcoholismo y sus consecuencias y los factores asociados son elementos necesarios para entender mejor el estigma alrededor de la enfermedad, y así poder diseñar estrategias poblacionales eficaces para su prevención.

## Métodos

### Diseño y población de estudio

Se realizó un estudio descriptivo observacional transversal. La muestra se extrajo de la población diana adulta (18

a 65 años) de todo el ámbito geográfico español. Se seleccionaron 4250 individuos (2136 hombres y 2114 mujeres) de forma representativa de la población española mediante un muestreo aleatorio estratificado una fijación homogénea por comunidad autónoma y proporcional por sexo y edad. Esta muestra supone una fracción de muestreo del 0,14% para un error muestral del 1,53% (intervalo de confianza del 95,5%). Los datos de referencia para la selección del universo muestral fueron el padrón continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) a fecha de 1 de enero de 2014. Un 13,6% de las personas contactadas telefónicamente rechazaron ser encuestadas y únicamente un 0,2% no finalizaron la encuesta telefónica.

### Evaluación

Se evaluó a los individuos mediante contacto telefónico. Se diseñaron cuestionarios que incluían datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de ingresos económicos y situación laboral) y de consumo declarado. Para determinar la cantidad y frecuencia de consumo se utilizó el AUDIT-C. Se consideró como unidad de bebida estándar (UBE) el equivalente a 10 gramos de alcohol puro (Gual, Martos, Lligoña, y Llopis, 1999).

A partir de los resultados obtenidos en el AUDIT-C se determinó el nivel de consumo de riesgo siguiendo el siguiente criterio: 1) no consumo (0 puntos), bajo riesgo (1-3 puntos o 4 puntos pero todos en la primera pregunta), riesgo moderado (4 o 5 puntos), riesgo alto (6 o 7 puntos), riesgo muy alto (8 a 12 puntos). Además se preguntó por la autopercepción de riesgo y la preocupación del propio consumo de alcohol. Por otro lado, se preguntó a los ciudadanos su opinión sobre el alcoholismo en cuanto si es considerado una enfermedad o un vicio y sus efectos positivos o negativos en la salud física, mental o en el ámbito familiar o sociolaboral. Y para terminar se les pidió la opinión en relación al tipo de profesional sanitario que debería tratar los problemas de alcohol (especialista, personal de atención primaria u otros) y cuál es su percepción sobre el profesional de atención primaria y su intervención en el consumo de alcohol.

### Análisis estadístico

Los datos se han ponderado en función de edad, género y comunidad autónoma de origen. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra. Las variables cuantitativas continuas fueron descritas a través de la media y las categóricas a través de número de sujetos y porcentajes. Se excluyó del análisis aquellas respuestas de tipo “no sabe/no contesta”.

Para comparar entre grupos variables categóricas se utilizó el test de Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher en función de la distribución de las variables. Se prefijó un valor de  $p < 0,05$  para establecer significancia estadística con la aplicación de la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples. Se realizó análisis bivariante considerando

Tabla 1. *Datos socio-demográficos de los pacientes entrevistados y resultados de la encuesta a los ciudadanos (n=4250)*

	n (%)
<b>Género (hombres)</b>	2136 (50,3)
<b>Edad (años)</b>	
≤ 35 años	1450 (34,1)
> 35 años	2800 (65,9)
<b>Nivel educativo</b>	
Primarios	920 (21,7)
Secundarios	1527 (36)
Universitarios	1790 (42,3)
<b>Actividad laboral</b>	
Trabajador	2381 (56,2)
Estudiante	443 (10,4)
Otra situación	1415 (33,4)
<b>Nivel ingresos económicos</b>	
Igual o inferior 2000€/mes	2440 (63,3)
Superior 2000€/mes	1412 (36,7)
<b>Consumo de riesgo según AUDIT-C</b>	
No consumo	938 (22,5)
Bajo riesgo	2310 (55,4)
Riesgo moderado	664 (15,9)
Riesgo alto	205 (4,9)
Riesgo muy alto	51 (1,2)
<b>Autopercepción de riesgo del consumo</b>	
Muy baja, baja	2433 (73,8)
Moderada	811 (24,6)
Alta, muy alta	54 (1,6)
<b>¿En alguna ocasión le ha preocupado la cantidad de alcohol que ingiere?</b>	
Sí	345 (37,6)
<b>En su opinión ¿qué es para usted el alcoholismo?</b>	
Vicio	361 (8,5)
Enfermedad	3623 (87,1)
Ambas	174 (4,2)
<b>Si conociera a alguien con alcoholismo, ¿Dónde cree que debería acudir?</b>	
Atención Primaria	1333 (33,5)
Atención Especializada	1209 (30,4)
Otros	1436 (36,1)
<b>¿Considera que el médico de familia es un profesional adecuado para abordar los problemas de alcohol?</b>	
Sí	2764 (67,6)
<b>Consecuencias negativas del consumo de alcohol (totalmente de acuerdo)</b>	
Problemas de salud mental	3381 (79,7)
Problemas de salud física	3326 (78,3)
<b>Accidentes</b>	3901 (91,9)
Problemas en el entorno familiar	3617 (85,1)
Problemas en el entorno Laboral	3528 (83,1)
Problemas en el entorno social	3045 (71,8)

los datos sociodemográficos y el nivel de consumo de riesgo de alcohol como variables independientes y el resto de variables como dependientes. Se realizaron varios análisis multivariantes para determinar la relación entre la autopercepción del riesgo del propio consumo (muy bajo, bajo vs moderado, alto, muy alto), la percepción del propio consumo, la opinión que tienen los ciudadanos del concepto alcoholismo, del lugar donde se debería atender la enfermedad y del profesional encargado de su tratamiento y las variables socio-demográficas y clínicas. Se recategorizaron para su análisis las siguientes variables: edad (utilizando los 35 años como punto de corte de la misma manera que se realiza en el estudio EDADES), actividad laboral, nivel de ingresos económicos, nivel de riesgo de consumo de alcohol, frecuencia de consumo de alcohol, cantidad de consumo de alcohol por ocasión, frecuencia de ingesta masiva de alcohol, percepción de consumo de alcohol, preocupación por el consumo de alcohol, percepción sobre el alcoholismo, consecuencias negativas y positivas del consumo de alcohol.

## Resultados

Se entrevistaron un total de 4250 ciudadanos. Las características socio-demográficas de la muestra quedan detalladas en la Tabla1.

### Patrón de consumo de alcohol y consumo de riesgo

Un 77,5% (n=3230) declaraban consumo de alcohol en el último año. Un 23,6% de los encuestados bebían más de

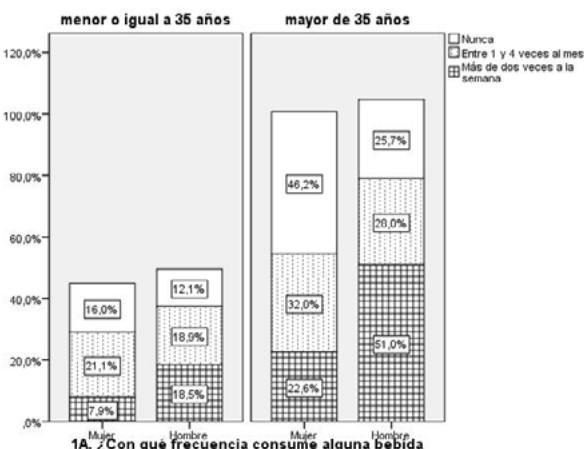
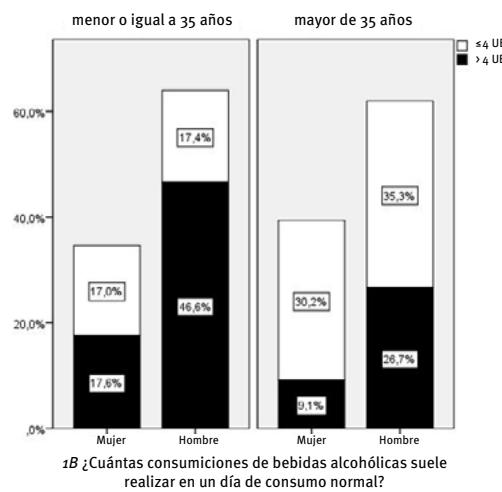
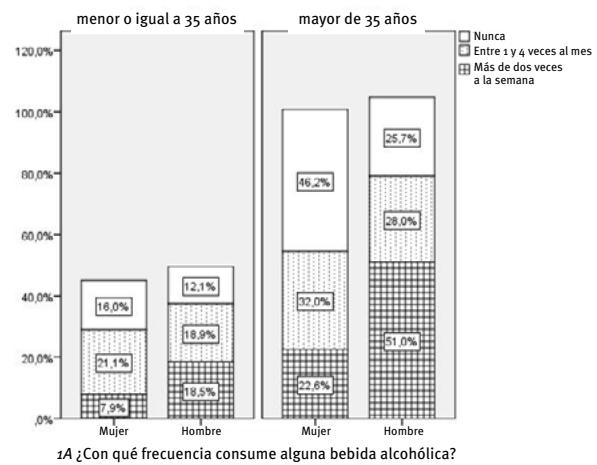


Figura 1. AUDIT-C según edad y sexo



dos días a la semana, un 5,1% de los encuestados bebían más de 4 UBE/ocasión y un 10,7% realizaban consumo de más de 5 UBE/ocasión con una frecuencia mensual o mayor. La figura 1A nos muestra como a mayor edad la frecuencia de consumo crece en ambos sexos, aunque es más acusado en el caso de los hombres. Por otro lado, los hombres más jóvenes consumen mayor cantidad de bebidas por ocasión (Figura 1B). En relación a los episodios en atracón podemos observar que el porcentaje de personas que nunca

los realizan aumenta con la edad, aun así siguen siendo más comunes entre los hombres (Figura 1C).

Observamos diferencias estadísticamente significativas al comparar la frecuencia y la cantidad de consumo según el sexo, la edad (Tabla2), el nivel laboral y los ingresos económicos. Los estudiantes (17,6% versus 23,8% versus 25,1%, Chi<sup>2</sup>=79,2, p<,001) suelen ser los que beben con menos frecuencia y aquellos con unos ingresos económicos superiores a 2000€ beben en un mayor número de

Tabla 2. Diferencias de sexo y edad en las distintas variables estudiadas (n=4250)

	Sexo						Edad					
	Mujer		Hombre		$\chi^2$	p-valor	$\leq 35$ años		$> 35$ años		$\chi^2$	p-valor
	n	%	n	%			n	%	n	%		
<b>¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</b>												
Nunca	584	27,7	355	16,7	216,2	<,001	264	18,2	675	24,2	77,1	<,001
Entre 1 y 4 veces al mes	1219	57,8	1080	50,7			920	63,5	1379	49,4		
Más de dos veces a la semana	305	14,5	695	32,6			264	18,3	736	26,4		
<b>¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</b>												
$\leq 4$ UBEs	1458	97	1627	93,1	27,3	<,001	1062	90,9	2023	97,1	61,7	<,001
$> 4$ UBEs	44	3	122	6,9			107	9,1	59	2,9		
<b>¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?</b>												
Nunca	1155	76,5	972	54,9	180,6	<,001	591	49,9	1535	73,3	182,6	<,001
Menos de una vez al mes	227	18,3	525	29,7			402	34	19,1	24,1		
Mensual, Semanal o diariamente	78	5,2	272	15,4			190	16,1	160	7,6		
<b>Consumo de riesgo según el AUDIT-C</b>												
No riesgo	1837	88,7	1411	67,3	277,8	<,001	976	68,2	2272	83	119,2	<,001
Riesgo	234	11,3	686	32,7			455	31,8	466	17		
<b>¿En alguna ocasión le ha preocupado la cantidad de alcohol que ingiere?</b>												
Sí	70	29,7	275	40,3	8,1	0,004	171	37,9	174	37,2	0,1	0,79
<b>En su opinión ¿qué es para usted el alcoholismo?</b>												
Vicio	122	5,9	239	11,5	43,2	<,001	179	12,6	182	6,6	48,2	<,001
Enfermedad	1874	90,2	1749	84			1195	84,4	2427	88,5		
Ambas	81	3,9	94	4,5			42	3	132	4,8		
<b>Si conociera a alguien con alcoholismo, ¿Dónde cree que debería acudir?</b>												
Atención Primaria	681	34,2	652	32,8	14,6	,001	377	28	956	36,4	36,1	<,001
Atención Especializada	551	27,7	658	33,1			478	35,4	731	27,8		
Otros	758	38,1	678	34,1			494	36,6	941	35,8		
<b>¿Considera que el médico de familia es un profesional adecuado para abordar los problemas de alcohol?</b>												
Sí	1310	64,2	1453	71	21,8	<,001	875	62	1889	70,6	31,6	<,001

Nota. Se considera p estadísticamente significativa a partir de  $p \leq (0,05/12) = ,0042$ . UBE: Unidad de Bebida Estándar.

ocasiones a la semana (27,3% versus 21,2%, Chi2=59,5,  $p<,001$ ). Los estudiantes beben con más frecuencia más de 4 consumiciones en comparación con las personas trabajadoras o en otras circunstancias laborales (12,2% versus 4,3% versus 4%, chi2= 42,9,  $p<,001$ ). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el nivel de ingresos económicos. Los hombres y las personas más jóvenes beben proporcionalmente más veces 5 o más bebidas por ocasión (tabla 2) así como los estudiantes (24,3% versus 8,8% versus 9,2%, Chi2=115,9,  $p<,001$ ).

Un 22,1% de los que declararon su patrón de consumo de alcohol cumplían criterios de consumo de riesgo. El 32,7% de los hombres son consumidores de riesgo frente al 11,3% de las mujeres ( $\chi^2=227,8$ ,  $p<,001$ ). El 31,8% son jóvenes frente al 17% de mayores de 35 años ( $\chi^2=119,2$ ,  $p<,001$ ). Los estudiantes por ser el grupo más joven también presentaron el mayor porcentaje de consumidores de riesgo, mientras que no se observaron diferencias en función de los ingresos económicos.

**Tabla 3. Relación entre la percepción de riesgo del consumo (muy alta/alta/moderada frente a muy baja, baja) y las variables socio-demográficas y clínicas**

	OR	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Edad (mayores de 35 años vs menores)	0,8	0,6	1,0
Sexo (Hombres en relación a mujeres)	1,3	1,1	1,6
Estudios(1)	1,0	0,7	1,3
Estudios(2)	1,1	0,8	1,4
Ingresos	1,2	1,0	1,5
Laboral(1)	0,8	0,6	1,1
Laboral(2)	1,0	0,7	1,5
Consumo de riesgo	7,2	5,9	8,7
Constante	0,2		

Nota. IC: Intervalo de Confianza; Estudios(1): estudios secundarios frente primarios; estudios (2): estudios universitarios frente primarios; laboral (1): Trabajadores frente estudiantes; laboral (2): otros frente estudiantes.

### **Auto-percepción de consumo**

El 73,8% de los que respondieron a la pregunta sobre como consideraban su consumo de alcohol refirieron percibirlo como bajo o muy bajo. La tabla 3 muestra como el ser varón y consumidor de riesgo incrementa la probabilidad de considerar el propio consumo de alcohol de riesgo. Un 37,6% se mostraba preocupado sobre su consumo de alcohol (Tabla 1). El porcentaje de hombres que expresaron preocupación por su consumo duplica al de las mujeres (Tabla2). Sin embargo, tras ajustar por las variables sociodemográficas y el consumo de riesgo se observa que los hombres tienen una menor probabilidad de preocuparse del propio consumo que las mujeres (OR=0,65 IC95% 0,46-0,92). No hubo diferencias significativas para el resto de variables estudiadas.

### **Opinión sobre el alcoholismo**

El 87,1% de los encuestados consideraban que el alcoholismo es una enfermedad o una adicción mientras que una minoría (8,7%) pensaba que es un vicio. Los ciudadanos con ingresos inferiores a 2000€ (10% versus 5,5%, chi2=36,7, p<,001) y los estudiantes (13,3% versus 7,2% versus 9,8%, respectivamente; chi2 = 26,9, p<,001) son los grupos que consideraban más frecuentemente que el alcoholismo es un vicio (Tabla2). Tras realizar el análisis multivariante se confirma que la probabilidad de considerar el alcoholismo como una enfermedad es del doble en las mujeres y en los mayores de 35 años (OR=2,5 (IC95% 1,9-3,2); (OR=2,1 (IC95% 1,6-2,8). Las personas con estudios primarios tienen menos probabilidad de pensar que el alcoholismo es una enfermedad respecto los estudiantes universitarios (OR=0,31 IC95% 0,2-0,4)

La mayoría de encuestados no consideraban el consumo de alcohol beneficioso (n=2478, 59%). Un 37,3% (n=1567) lo consideraban beneficioso solo si el consumo es moder-

do mientras que el 3,7% (n=158) pensaban que era beneficioso siempre.

En la tabla 1 se muestra el porcentaje de encuestados que están totalmente de acuerdo (punto 5 de escala de Likert) con las preguntas que se refieren a la consecuencias negativas del consumo de alcohol. Más del 70% opinaba que el alcohol tiene consecuencias negativas.

**Opinión sobre los profesionales que atienden a los pacientes alcohólicos**

Un 67,7% (n=2764) consideraban el médico de familia como un profesional adecuado para tratar el alcoholismo. De hecho, un 33,5% (n=1333) consideraban que si alguien padece alcoholismo debe acudir a los dispositivos de atención primaria, un 30,4% (n=1209) pensaba que debería acudir a atención sanitaria especializada (psicólogos, psiquiatras, centros de salud mental o drogodependencias) y un 36,1% (n=1936) a otros dispositivos o recursos. La razón principal para considerar al médico de familia como el profesional adecuado fue que tiene la capacidad de derivar al especialista (35,2%, n=974), seguido de que conoce la situación e historia clínica del paciente (19%, n=526), y como tercera razón se esgrimía que era un profesional cualificado para realizar el abordaje del alcoholismo (18,6%, n=515). El 57,8% (n=2417) respondieron afirmativamente a la pregunta de si su médico de familia le había interrogado en alguna ocasión sobre su consumo de alcohol.

Las mujeres, las personas de mayor edad, los trabajadores (69,4% versus 60,4% versus 66%, chi2=14,3, p=,001) y aquellos con ingresos superiores (71,6% versus 64,4%, chi2=20,7, p<,001) consideran con mayor frecuencia al profesional de atención primaria preparado para tratar el alcoholismo (tabla 2). Tras ajustar por las distintas variables socio-demográficas y clínicas se mantienen tales diferencias para los mayores de 35 años (OR=1,3 IC95% 1,2-1,6) y aquellas personas con mayores ingresos económicos (OR=1,2 IC95% 1,1-1,5). Sin embargo se observa que la probabilidad de considerar el médico de atención primaria como un profesional apto para el tratamiento del alcoholismo es ligeramente superior en el caso de los hombres (OR=1,3 IC95% 1,2-1,6).

Los encuestados hombres, de más de 35 años y en situación laboral de trabajador (63,6% versus 34,2% versus 55,2%, chi2 = 136,4, p<,001), recordaban más frecuentemente haber sido preguntados sobre su consumo de alcohol por un profesional de atención primaria. No existieron diferencias estadísticamente significativas en relación al nivel de ingresos económicos.

### **Discusión**

El consumo de alcohol es muy prevalente entre los ciudadanos españoles (77,5% en el último año) siendo el consumo de riesgo elevado (22,1%). Los ciudadanos tienen claros los efectos perjudiciales del alcohol y la percepción del riesgo del propio consumo es mayor de lo esperado (37,6%).

La edad y el género establecen diferencias en cuanto el patrón de consumo de alcohol. Las mujeres consumen menos cantidad de alcohol y beben con menor frecuencia que los hombres. Las personas jóvenes beben mayores cantidades pero con menor frecuencia. Los hombres y los consumidores de riesgo tienen mayor probabilidad de percibir su propio consumo como elevado, aunque las mujeres expresan una mayor preocupación por el alcohol que beben. Los hombres, los ciudadanos jóvenes, las personas con menor nivel de estudios y menores ingresos consideran con mayor probabilidad al alcoholismo como un vicio. La mayoría de ciudadanos considera que deben dirigirse a atención primaria ante un problema relacionado con el alcohol y creen que los profesionales de atención primaria están capacitados para atender esta enfermedad.

La prevalencia del consumo de alcohol obtenida en el estudio coincide con la prevalencia observada en el informe de 2013 de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España –EDADES- (78,3%). Nuestros datos sobre prevalencia en función del género (hombres: 83,3%, mujeres: 72,3%) también son coherentes con dicha encuesta (83,2% y 73,4% respectivamente (Delegación del Gobierno para Plan Nacional sobre Drogas, 2013). Los menores de 35 años presentan una mayor prevalencia de consumo respecto los mayores de 35 años, sobretodo de consumo en atracción (16,1% frente al 7,6%), resultados parecidos a los obtenidos en la encuesta EDADES (22,1% frente a 11,0%).) (Delegación del Gobierno para Plan Nacional sobre Drogas, 2013). Los datos poblacionales indican que existen diferencias en el patrón de consumo en función de la edad y el sexo. Los hombres consumen más que las mujeres y el patrón de consumo se modifica con la edad. La gente joven tiene tendencia a consumir con menor frecuencia pero en mayores cantidades, mientras que se observa lo contrario en los mayores de 35 años. Estos datos coinciden con varios estudios previos (Delegación del Gobierno para Plan Nacional sobre Drogas, 2013; Miquel et al., 2015; Motos Sellés, Cortés Tomás, Giménez Costa, y Cadevira Mahía, 2015). El consumo de riesgo en la población encuestada es bastante más alto (22,1%) que el objetivado en la encuesta EDADES (4,9%), sin embargo se debe tener en cuenta que los criterios para determinar el consumo de riesgo utilizado son distintos entre ambos estudios. Mientras en nuestro caso utilizamos el AUDIT-C, en el estudio EDADES se utiliza el AUDIT completo (10 preguntas y punto de corte de 8). Por otra parte, nuestros datos sobre consumo de riesgo son similares a otros estudios en el ámbito de atención primaria en nuestro país que refieren una prevalencia del 18,3% (Segura García, Gual Solé, Montserrat Mestre, Bueno Belmonte, y Colom Farran, 2006). Los consumidores de riesgo predominan en el grupo de hombres y menores de 35 años de forma similar a lo que sucede en la encuesta EDADES (Delegación del Gobierno para Plan Nacional sobre Drogas, 2013). La menor edad y el género masculino como predictores de consumo de riesgo son variables

constantes en diversos estudios y culturas tan diversas como Malasia, Australia, Estados Unidos, Reino Unido, Corea, España o Brasil (Antai, Lopez, Antai, y Anthony, 2014; French, Sargent-Cox, Kim, y Anstey, 2014; Mutualip, Kamarudin, Manickam, Abd Hamid, y Saari; Silveira et al., 2012). En nuestro estudio, observamos una mayor proporción de consumo de riesgo entre los estudiantes comparado con otras ocupaciones siendo coherente con la bibliografía previa (Arrieta Vergara, 2009; Miquel et al., 2015) aunque tales diferencias están mediadas por la edad.

La percepción de riesgo de consumo de una sustancia (p.e el alcohol) habitualmente se realiza por comparación con otras sustancias (Hampson, Severson, Burns, Slovic, y Fisher, 2001; Slovic, 1983) o considerando el riesgo general del consumo y no el propio. El consumo de riesgo de alcohol es percibido por la población como una conducta de riesgo entorno al 80-90% de los encuestados en diferentes países (Delegación del Gobierno para Plan Nacional sobre Drogas, 2013; Karlsson, 2012). En nuestro caso, la percepción de riesgo alta es mucho menor pero con el matiz que se refiere al riesgo del propio consumo y no al riesgo de una conducta determinada en la población (26,2% consideraban su consumo de alcohol moderado-alto y el 37,6% se preocupaban sobre su consumo de alcohol). En nuestro estudio los hombres y los estudiantes estaban más preocupados por su patrón de consumo. Que la percepción de riesgo es mayor en hombres ya viene reportado en estudios previos (Bischof, Bischof, Meyer, y Rumpf, 2015) sin embargo no concuerda con los datos previos del estudio EDADES (Delegación del Gobierno para Plan Nacional sobre Drogas, 2013). Nuevamente, esto puede ser debido a que en nuestro estudio nos centramos en la percepción del riesgo propio. Por tanto, parecería que las mujeres tienen mayor preocupación por los patrones de riesgo en general pero los hombres mayor del suyo propio. Análisis más complejos y futuros estudios deberían explorar esta relación entre percepción del riesgo del propio consumo y del ajeno. Cabe destacar que esta información no es un dato menor ya que la percepción del riesgo del consumo de alcohol se ha relacionado con el patrón de consumo y el riesgo de presentar problemas en el futuro (Haug, Ulbricht, Hanke, Meyer, y John; Robinson, Jones, Christiansen, y Field, 2014).

La mayoría de encuestados consideran el alcoholismo como una enfermedad (87,1%) siendo estos datos sustancialmente mejores que los observados en otros países, por ejemplo, en Alemania (52-56%) o Brasil (18,8%) (Peluso y Blay, 2008; Schomerus et al., 2013; Schomerus, Matschinger, y Angermeyer, 2014). Los hombres, los más jóvenes, los estudiantes, las personas con menor formación académica y aquellos ciudadanos con menores ingresos económicos consideraban el alcoholismo como un vicio con mayor frecuencia. En otros países solamente se ha observado mayor nivel de estigma entre las mujeres sugiriendo que éstas tienden a percibir más estereotipos (Schomerus, Matschinger,

Lucht, y Angermeyer, 2014). Si así se confirmara por estudios diseñados a tal efecto significaría que se debe incluir de forma específica a ésta población en el diseño de nuevas estrategias para disminuir el estigma y mejorar el acceso al tratamiento. En nuestro caso, parece que la elevada percepción del alcoholismo como una enfermedad no se traduce en un elevado acceso al tratamiento. Una explicación alternativa es que la mayoría de pacientes perciben el tratamiento del alcoholismo con el único fin de la abstinencia y éste es un objetivo que inicialmente no se plantea el 45,7% de los pacientes (Adamson, Heather, Morton, y Raistrick, 2010; Heather, Adamson, Raistrick, y Slegg, 2010); algunos estudios plantean que esta es una de las principales barreras para el tratamiento (Wallhed Finn, Bakshi, y Andreasen, 2014).

Pocos son los que consideran el alcohol beneficioso (41%) siendo más los hombres, los ciudadanos con mayores ingresos y los bebedores de alto riesgo los que lo identifican como tal. La percepción de los aspectos negativos del consumo de alcohol en cuanto a la salud física, mental y a las consecuencias sociales, familiares y laborales es siempre superior al 70%. Parece que identificar como beneficioso el alcohol no impide percibir las potenciales consecuencias negativas de consumo. A la vez muestra el contraste entre la percepción del consumo de alcohol “social” como un valor y el estigma sobre el consumo “excesivo”.

Los ciudadanos consideran a los médicos de atención primaria como profesionales preparados para atender el alcoholismo y sus problemas derivados. Los hombres, aquellos con mayores ingresos económicos y las personas de mayor edad creen que una persona con alcoholismo debe acudir inicialmente a su médico de familia. Las diferencias observadas son coherentes con el mayor uso de atención primaria en general que hacen personas de mayor edad respecto a personas más jóvenes (Cherpitel, 1999; Rodríguez Artalejo et al., 2000). Parece lógico pues que aquellos que más utilizan los recursos de atención primaria y mejor conocen a su médico le consideren capacitado para tratar el alcoholismo. Los ciudadanos confían en su médico de familia para hacerse cargo del tratamiento de la enfermedad así como de derivar a los centros especializados cuando sea necesario situando así a la atención primaria como el primer nivel de atención para garantizar la salud de los ciudadanos. En el caso del alcohol los profesionales de atención primaria deben estar preparados para identificar e intervenir en pacientes con consumo de riesgo o problemático según la evidencia científica y orientar el tratamiento ofreciendo una atención centrada en el paciente (Bradley y Kivlahan, 2014; Smedslund et al., 2011). En nuestro país en menos de 10 años (2006-2015) se ha incrementado del 48,9% al 57,8% el porcentaje de pacientes que recuerdan que su médico de familia les ha preguntado sobre su consumo de alcohol (Segura García et al., 2006). Esto puede reflejar los múltiples esfuerzos realizados para mejorar la identificación precoz del

consumo de riesgo de alcohol, especialmente en atención primaria (Colom, Scafato, Segura, Gandin, y Struzzo, 2014; Keurhorst et al., 2013; López-Pelayo et al., 2014).

Nuestro estudio adolece de diversas limitaciones. Al tratarse de un estudio transversal las interpretaciones sobre causalidad quedan limitadas; sin embargo, la mayoría de estudios nacionales (EDADES, ESTUDES, Encuesta Nacional de Salud) y europeos (EMCDDA) utilizan metodologías similares. Por otra parte, está basado en autoinformes del ciudadano lo que limita la fiabilidad de los datos, si bien es una metodología recomendada incluso para los estudios pivotales de fármacos (EMCDDA, 2015; “New drug to treat alcoholism,” 2004). Finalmente, tampoco se recoge la percepción sobre el alcoholismo o sobre el propio consumo de alcohol con instrumentos validados debido a la ausencia de los mismos para el tipo de evaluación que pretendía nuestro estudio. Nuestro estudio tiene como principal fortaleza la representatividad y el elevado tamaño muestral. Además, explora cuestiones poco tratadas en investigaciones previas como son la percepción del propio consumo de alcohol y del papel del médico de familia en la atención del alcoholismo; todo ello útil para mejorar el acceso y el éxito del tratamiento. Además sugiere qué grupos poblacionales son más susceptibles de intervención para disminuir el estigma que existe en relación a los trastornos por uso de alcohol. En conclusión, el patrón de consumo viene determinado por la edad y el género de los encuestados, siendo el patrón de consumo episódico más frecuente en hombres jóvenes, mientras que el consumo regular lo es en hombres mayores de 35 años. Esto se traduce en la observación de un mayor nivel de consumo de riesgo en hombres jóvenes. Los encuestados presentaron un nivel de autopercepción de riesgo de consumo mayor de lo esperado. A pesar del estigma que envuelve a la enfermedad los ciudadanos la consideran como una enfermedad y no un vicio, entienden que el profesional de atención primaria está capacitado para dar respuesta a los problemas de alcohol y consideran que el consumo de alcohol tiene importantes consecuencias negativas en distintos ámbitos no solamente en la salud.

## Reconocimientos

Este estudio ha sido realizado con la financiación global de Lundbeck. El patrocinador no ha tenido ninguna influencia en la recogida, el análisis ni la interpretación de los datos. Tampoco ha intervenido en la redacción del artículo.

Este trabajo también ha sido financiado por el proyecto RD12/0028/0016, integrado en el Plan Nacional de I+D+I y cofinanciado por el ISCII-Subdirección General de Evaluación y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

Con el respaldo de la *Secretaria d'Universitats i Recerca del Departament d'Economia i Coneixement de la Generalitat de Catalunya* con el número de expediente 2014SGR649.

## Conflictos de intereses

Antoni Gual ha recibido subvención económica de Lundbeck, DyA Pharma y TEVA así como honorarios de parte de Lundbeck, DyA Pharma y Abbvie durante el estudio que no tienen relación con el trabajo presentado. Julio Bobes ha recibido becas de investigación, ha sido consultor, asesor o ponente de las empresas: AB-Biotics, Adamed, Almirall, AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Ferrer, Glaxo-Smith-Kline, Hoffman La Roche, Janssen-Cilag, Lilly, Lundbeck, Merck, Novartis, Organon, Otsuka, Pfizer, Pierre-Fabre, Sanofi-Aventis, Servier, Schering-Plough y Shire, ha obtenido financiación para investigación por parte del Ministerio de Economía y Competitividad -Centro de Investigación Biomédica en Red de área de Salud Mental (CIBERSAM) e Instituto de Salud Carlos III-, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad español - Plan Nacional sobre Drogas y del 7º Programa Marco de la Unión Europea. José Ángel Arbesú Prieto ha sido asesor y obtenido financiación para investigación, publicaciones y realización de labores de formación de las empresas: Almirall, AstraZeneca, Glaxo-Smith-Kline, Lilly, Lundbeck, Merck, Pfizer, Servier, Esteve. Hugo López-Pelayo ha recibido financiación para formación de Lundbeck, Janssen, Pfizer, Lilly, Rovi y Esteve; también ha recibido honorarios de Lundbeck y Janssen. Laia Miquel ha recibido honorarios de Lundbeck. José Zarco Montejo ha sido asesor y obtenido financiación para asesoramiento, investigación, publicaciones y realización de actividades de formación de las empresas: Lundbeck y Lilly.

## Referencias

- Adamson, S. J., Heather, N., Morton, V., y Raistrick, D. (2010). Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes. *Alcohol and Alcoholism*, 45, 136–42. doi:10.1093/alcalc/agq005
- Antai, D., Lopez, G. B., Antai, J., y Anthony, D. S. (2014). Alcohol drinking patterns and differences in alcohol-related harm: a population-based study of the United States. *BioMed Research International*, 2014, 853410. doi:10.1155/2014/853410
- Arrieta Vergara, K. M. (2009). Consumo patológico de alcohol entre los estudiantes de la Universidad de Cartagena, 2008. *Revista de Salud Pública*, 11, 878-886.
- Ayuso-Mateos, J. L., Gutierrez-Recacha, P., Haro, J. M., y Chisholm, D. (2006). Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. *Schizophrenia Research*, 86, 194–201. doi:10.1016/j.schres.2006.06.003
- Bertholet, N., Faouzi, M., Studer, J., Daepen, J.-B., y Gmel, G. (2013). Perception of tobacco, cannabis, and alcohol use of others is associated with one's own use. *Addiction Science & Clinical Practice*, 8, 15. doi:10.1186/1940-0640-8-15
- Bischof, G., Bischof, A., Meyer, C., y Rumpf, H.-J. (2015). Alcohol-related risk perception in primary care patients screening positive for unhealthy alcohol consumption. *Addiction Science & Clinical Practice*, 10, O9. doi:10.1186/1940-0640-10-S2-O9
- Bradley, K. A., y Kivlahan, D. R. (2014). Bringing patient-centered care to patients with alcohol use disorders. *Journal of the American Medical Association*, 311, 1861–1862. doi:10.1001/jama.2014.3629
- Cherpitel, C. J. (1999). Emergency room and primary care services utilization and associated alcohol and drug use in the United States general population. *Alcohol and Alcoholism*, 34, 581–589.
- Colom, J., Scafato, E., Segura, L., Gandin, C., y Struzzo, P. (2014). Brief interventions implementation on alcohol from the European health systems perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 161. doi:10.3389/fpsyg.2014.00161
- Cunningham, J. A., Neighbors, C., Wild, T. C., y Humphreys, K. Normative misperceptions about alcohol use in a general population sample of problem drinkers from a large metropolitan city. *Alcohol and Alcoholism*, 47, 63–66. doi:10.1093/alcalc/agl125
- Dawson, D. A., Li, T.-K., y Grant, B. F. (2008). A prospective study of risk drinking: at risk for what? *Drug and Alcohol Dependence*, 95, 62–72. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.12.007
- Degenhardt, L., Ferrari, A. J., Calabria, B., Hall, W. D., Norman, R. E., McGrath, J., ... Vos, T. (2013). The global epidemiology and contribution of cannabis use and dependence to the global burden of disease: results from the GBD 2010 study. *PLoS One*, 8, e76635. doi:10.1371/journal.pone.0076635
- Delegación del Gobierno para Plan Nacional sobre Drogas. (2013). *Encuesta sobre alcohol y drogas en población general España, EDADES 2011-2012*.
- EMCDDA. (2015). *European Drug Report 2015: Trends and Developments*.
- Erdozain, A. M., y Callado, L. F. (2014). Neurobiological alterations in alcohol addiction: a review. *Adicciones*, 26, 360–370.
- French, D. J., Sargent-Cox, K. A., Kim, S., y Anstey, K. J. (2014). Gender differences in alcohol consumption among middle-aged and older adults in Australia, the United States and Korea. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 38, 332–339. doi:10.1111/1753-6405.12227
- Garnett, C., Crane, D., West, R., Michie, S., Brown, J., y Winstock, A. (2015). Normative misperceptions about alcohol use in the general population of drinkers: a cross-sectional survey. *Addictive Behaviors*, 42, 203–206. doi:10.1016/j.addbeh.2014.11.010
- Gmel, G., Kuntsche, E., y Rehm, J. (2011). Risky single-occasion drinking: bingeing is not bingeing. *Addiction*

- (Abingdon, England), 106, 1037–1045. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03167.x
- Gual, A., Martos, A. R., Lligoña, A., y Llopis, J. J. Does the concept of a standard drink apply to viticultural societies? *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 34, 153–160.
- Hampson, S. E., Severson, H. H., Burns, W. J., Slovic, P., y Fisher, K. J. (2001). Risk perception, personality factors and alcohol use among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 30, 167–181. doi:10.1016/S0191-8869(00)00025-8
- Hasin, D. S., y Grant, B. F. (2015). The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 1609–1640. doi:10.1007/s00127-015-1088-0
- Haug, S., Ulbricht, S., Hanke, M., Meyer, C., y John, U. Overestimation of drinking norms and its association with alcohol consumption in apprentices. *Alcohol and Alcoholism*, 46, 204–209. doi:10.1093/alcalc/agq103
- Heather, N., Adamson, S. J., Raistrick, D., y Slegg, G. P. (2010). Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: I. Baseline differences between abstinence and non-abstinence groups. *Alcohol and Alcoholism*, 45, 128–135. doi:10.1093/alcalc/agp096
- Kaner, E. F. S., Dickinson, H. O., Beyer, F. R., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., ... Piernaar, E. D. (2009). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Recuperado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77950228136&partnerID=tZOTx3y1>
- Karlsson, P. (2012). Personal experiences of drinking and alcohol-related risk perceptions: The importance of the subjective dimension. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 29, 413–428. doi:10.2478/v10199-012-0036-5
- Keurhorst, M. N., Anderson, P., Spak, F., Bendtsen, P., Segura, L., Colom, J., ... Laurant, M. G. H. (2013). Implementing training and support, financial reimbursement, and referral to an internet-based brief advice program to improve the early identification of hazardous and harmful alcohol consumption in primary care (ODHIN): study protocol for a cluster rando. *Implementation Science*, 8, 11. doi:10.1186/1748-5908-8-11
- López-Pelayo, H., Wallace, P., Segura, L., Miquel, L., Díaz, E., Teixidó, L., ... Gual, A. (2014). A randomised controlled non-inferiority trial of primary care-based facilitated access to an alcohol reduction website (EFAR Spain): the study protocol. *BMJ Open*, 4, e007130. doi:10.1136/bmjopen-2014-007130
- Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., y Fisher, G. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32, 1331–1346. doi:10.1016/j.addbeh.2006.09.008
- Cortés, M.T., Giménez, J.A., Motos, P., y Cadaveira, F. (2014). The importance of expectations in the relationship between impulsivity and binge drinking among university students. *Adicciones*, 26, 134–145.
- Miquel, L., Rodamilans, M., Giménez, R., Cambras, T., Canudas, A. M., y Gual, A. (2015). Alcohol consumption in college students from the pharmacy faculty. *Adicciones*, 27, 190–197.
- Moreno-Küstner, B., Mayoral, F., Navas-Campaña, D., García-Herrera, J. M., Angona, P., Martín, C., y Rivas, F. (2016). Prevalence of schizophrenia and related disorders in Malaga (Spain): results using multiple clinical databases. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25, 38–48. doi:10.1017/S2045796014000614
- Motos Sellés, P., Cortés Tomás, M. T., Giménez Costa, J. A., y Cadaveira Mahía, F. (2015). Predictors of weekly alcohol drinking and alcohol-related problems in binge-drinking undergraduates. *Adicciones*, 27, 119–131.
- Mutalip, M. H. B. A., Kamarudin, R. B., Manickam, M., Abd Hamid, H. A. B., y Saari, R. B. Alcohol consumption and risky drinking patterns in Malaysia: findings from NHMS 2011. *Alcohol and Alcoholism*, 49, 593–599. doi:10.1093/alcalc/agu042
- New drug to treat alcoholism (2004). *FDA Consumer*. United States.
- Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., ... Whiteford, H. (2015). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet*. doi:10.1016/S0140-6736(15)00390-6
- Peluso, E. de T. P., y Blay, S. L. (2008). Public perception of alcohol dependence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 19–24.
- Rehm, J., Marmet, S., Anderson, P., Gual, A., Kraus, L., Nutt, D. J., ... Gmel, G. Defining substance use disorders: do we really need more than heavy use? *Alcohol and Alcoholism*, 48, 633–640. doi:10.1093/alcalc/agt127
- Rehm, J., Shield, K. D., Rehm, M. X., Gmel, G., y Frick, U. (2012). *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence*. CAMH: Canadá.
- Riou Franca, L., Dautzenberg, B., Falissard, B., y Reynaud, M. (2010). Peer substance use overestimation among French university students: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 10, 169. doi:10.1186/1471-2458-10-169
- Robert, K., Saxena, S., Levav, I., y Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858–866.
- Robinson, E., Jones, A., Christiansen, P., y Field, M. (2014). Perceived peer drinking norms and responsible drinking in UK university settings. *Substance Use & Misuse*, 49, 1376–1384. doi:10.3109/10826084.2014.901390

- Rodríguez Artalejo, F., de Andrés Manzano, B., Guallar-Castillón, P., Puente Mendizabal, M. T., González Enríquez, J., y del Rey Calero, J. (2000). The association of tobacco and alcohol consumption with the use of health care services in Spain. *Preventive Medicine*, 31, 554–561. doi:10.1006/pmed.2000.0734
- Rösner, S., Hackl-Herrwerth, A., Leucht, S., Vecchi, S., Srivastav, M., y Soyka, M. (2010). Opioid antagonists for alcohol dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD001867. doi:10.1002/14651858.CD001867.pub2
- Rubio, G., López-Rodríguez, J. A., Zuluaga, P., Ponce, G., Martínez-Gras, I., y Jiménez-Arriero, M. Á. (2015). Clinical and Demographic Characteristics of Binge Drinkers Associated with Lack of Efficacy of Brief Intervention and Medical Advice. *Adicciones*, 27, 90–98.
- Schomerus, G., Corrigan, P. W., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H. J., y Lucht, M. (2011). Self-stigma in alcohol dependence: consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug and Alcohol Dependence*, 114, 12–17. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.08.013
- Schomerus, G., Evans-Lacko, S., Rüsch, N., Mojtabai, R., Angermeyer, M. C., & Thornicroft, G. (2015). Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24, 166–71. http://doi.org/10.1017/S2045796014000109
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., y Angermeyer, M. C. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46, 105–112. doi:10.1093/alcalc/agq089
- Schomerus, G., Matschinger, H., y Angermeyer, M. C. (2013). Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychiatry Research*, 209, 665–669. doi:10.1016/j.psychres.2013.02.006
- Schomerus, G., Matschinger, H., y Angermeyer, M. C. (2014). Attitudes towards alcohol dependence and affected individuals: persistence of negative stereotypes and illness beliefs between 1990 and 2011. *European Addiction Research*, 20, 293–299. doi:10.1159/000362407
- Schomerus, G., Matschinger, H., Lucht, M. J., y Angermeyer, M. C. (2014). Changes in the perception of alcohol-related stigma in Germany over the last two decades. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 225–231. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.07.033
- Segura García, L., Gual Solé, A., Montserrat Mestre, O., Bueno Belmonte, A., y Colom Farran, J. (2006). [Detection and handling of alcohol problems in primary care in Catalonia]. *Atencion Primaria*, 37, 484–488.
- Silveira, C., Siu, E., Wang, Y., Viana, M., Andrade, A., y Andrade, L. (2012). Gender differences in drinking patterns and alcohol-related problems in a community sample in São Paulo, Brazil. *Clinics*, 67, 205–212. doi:10.6061/clinics/2012(03)1
- Slovic, P. (1983). Perception of risk/behavioral perspective. *AJR. American Journal of Roentgenology*, 140, 601–602. doi:10.2214/ajr.140.3.601
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., y Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD008063. http://doi.org/10.1002/14651858.CD008063.pub2
- UNAIDS. (2014). *UNAIDS Gap Report 2014*.
- Wallhed Finn, S., Bakshi, A.-S., y Andreasson, S. (2014). Alcohol consumption, dependence, and treatment barriers: perceptions among nontreatment seekers with alcohol dependence. *Substance Use & Misuse*, 49, 762–769. doi:10.3109/10826084
- Wolstenholme, A., Drummond, C., Deluca, P., Davey, Z., Elzerbi, C., Gual, A., ... Baena, B. (2013). *Report on the mapping of European need and service provision for early diagnosis and treatment of alcohol use disorders*.
- World Health Organization. (2011). *Global status report on alcohol and health*.