

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN CASOS DE CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR

Intervention Strategies in Cases of Hazardous Alcohol Consumption in Family Practice

Hernández Jurado JR, * Ledesma Solaeché FM **, Lugo G, *** Mavárez Montes AR, **** Quijada Fragoso MA*****.

* Especialista en Medicina Familiar, Medico 1 Director del Ambulatorio Primero de Mayo. **Especialista en Medicina Familiar, Doctora en Ciencias Médicas, Profesora Titular, Facultad de Medicina Universidad del Zulia, Venezuela. ***MSc. en inmunología. Laboratorio Regional de Salud Pública, Zulia, Venezuela. ****Médico Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social, Estado de México, México.

Correspondencia: Dr. José R. Hernández Jurado.

Correo electrónico: jrhjhernandez@hotmail.com

Recibido: 21-12-2010

Aceptado: 11-02-2011

RESUMEN

Objetivo: Identificar las estrategias de intervención empleadas en pacientes con consumo riesgoso de alcohol en la Unidad Docente Asistencial “Luís Sergio Pérez”, ubicada en el Municipio San Francisco, Estado Zulia, Venezuela. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo y transversal realizado en 102 de 4028 pacientes seleccionados aleatoriamente, 30 fueron positivos al AUDIT-C. Se efectuó revisión de historias clínicas, aplicación telefónica del cuestionario; participaron siete médicos en el estudio. **Resultados:** La prevalencia del consumo riesgoso de alcohol fue 29.4%. De los 30 pacientes detectados sólo a un paciente el médico familiar le mencionó que podría tener algún problema por el consumo de alcohol y en seis ocasiones se les ofreció algún consejo o tratamiento. La edad de los médicos familiares fue de 49.3 + 5,3 años, todos ellos con 10 o más años de experiencia. En la totalidad de los pacientes no se realizó el diagnóstico de consumo riesgoso de alcohol, solamente en seis de ellos

se refirió en el apartado de “Perfil de Vida” el consumo de alcohol como de “poco” y en dos casos como “consumo social”; en ninguna de las historias clínicas se reportó la intervención ni la referencia de los casos. **Conclusiones:** La frecuencia del diagnóstico e intervenciones en pacientes con consumo riesgoso de alcohol fue baja.

Palabras Claves: Atención Primaria, Bebedor riesgoso, Médico Familiar

ABSTRACT

Objective: To identify intervention strategies applied to patients with hazardous alcohol consumption in the Teaching Care Unit “Sergio Luis Pérez”, located in the San Francisco Municipality, Zulia State, Venezuela. **Material and Methods:** Descriptive cross-sectional study conducted in 102 of 4028 randomly selected patients. Was performed in 102 of 4028 randomly selected patients, 30 were positive AUDIT-C. Review was conducted of medical records, telephone application of the questionnaire, seven physicians participated in the study. **Results:** The prevalence of hazardous alcohol consumption was 29.4%. Of the 30 patients

Antecedentes del tema de investigación

La intervención en el área de atención primaria debe estar enmarcada en un modelo continuo, donde se tome en cuenta el patrón de consumo y la presencia o no de problemas asociados, orientada a conseguir la reducción o cese de este hábito en bebedores de riesgo y dependientes, respectivamente.

Según la Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care, la intervención en caso de “bebedores problema” presenta el más alto nivel de evidencia, teniendo una “moderada evidencia” para recomendar la intervención clínica de prevención.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria recomienda que se debería plantear un tratamiento conductual, el cual consiste en consejería médica encaminada a modificar el patrón de consumo.

detected only one patient the family physician said that could be a problem for the consumption of alcohol and six times they were offered any advice or treatment. The age of family physicians was $49.3 + 5.3$ years, all with 10 or more years of experience. In all the patients without any diagnosis of hazardous alcohol consumption, only six of them referred in the section “Profile of Life” alcohol and “low” and in two cases like social drinking; in any of the clinical records was reported intervention or referral of cases. **Conclusions:** The frequency of diagnosis and intervention in patients with hazardous alcohol consumption was low.

Key Words: Primary care, Risk drinking, Family Physician.

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo es una de las principales causas de muerte en Venezuela. Este padecimiento es parte de la vida sociocultural del venezolano, quien no lo considera como droga o enfermedad, por lo que es aceptada y justificada con cualquier motivo y/o evento, en especial en los hombres, se realiza en forma frecuente, sin embargo, progresivamente en los últimos años, las mujeres se han incorporado al consumo regular de alcohol^{1,2}.

Revisando el problema desde la perspectiva asistencial, el paciente con problemas por el alcohol no tiene conciencia de su padecimiento, y en caso de percibirlo lo trata de minimizar y ocultar, acude a la consulta por las complicaciones, más que por su prevención o tratamiento y frecuentemente posterior a recurrir a la medicina alternativa³. Por su parte, el médico suele asumir posturas de juez, atendiendo la causa inmediata o sus complicaciones, sin abordar al núcleo familiar y el entorno social del paciente -esto se realiza en la mayoría de las veces- por desconocimiento de las estrategias con que se cuentan para el manejo de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol, por no asociar los motivos de consulta con la

causa primaria del padecimiento o por desconocer las consecuencias sociales del consumo de alcohol. El médico puede presentar -en su entorno familiar- algún problema relacionado con el consumo de alcohol que podría limitar su actuación en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes,^{3,4} esta podría generar un subregistro del alcoholismo como “morbilidad diaria” en cualquier institución de salud.

La intervención en el área de atención primaria debe estar enmarcada en un modelo continuo, donde se tome en cuenta el patrón de consumo y la presencia o no de problemas asociados, orientada a conseguir la reducción o cese de este hábito en bebedores de riesgo y dependientes, respectivamente^{2,5}. Según la *Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*, la intervención en caso de “bebedores problema” presenta el más alto nivel de evidencia, teniendo una “moderada evidencia” para recomendar la intervención clínica de prevención⁶. Mientras que la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria recomienda que debería plantearse un tratamiento conductual, el cual consiste en consejería médica encaminada a modificar el patrón de consumo⁷.

El marco en el que se desarrollan las intervenciones breves incluye: proporcionar información, dar retroalimentación, facilitar el establecimiento de metas, brindar consejos sobre los límites y alentar la idea de que los consumidores de riesgo no son dependientes y que por ello pueden cambiar sus hábitos de consumo, con el fin de reducir el consumo de alcohol en períodos de seis meses a un año^{3-5,8-13}.

Por la alta prevalencia del alcoholismo en Venezuela, es importante promover la detección e intervención en bebedores de riesgo, con el fin de disminuir la presencia de complicaciones; a pesar de esto, muchos profesionales de la medicina familiar no detectan estos problemas, principalmente por falta de tiempo, o de

formación, miedo a confrontarse, y el pensar que los pacientes con estas patologías no responderían a intervenciones^{2,4,5}.

La Medicina Familiar es la puerta de entrada al sistema de salud de cualquier país, es el lugar idóneo donde realizar las principales estrategias de diagnóstico y prevención, por esta razón es de vital importancia estimular al personal médico a fortalecer sus conocimientos en pesquisa y abordaje de patologías relacionadas con el consumo de alcohol.

El objetivo de este estudio fue identificar las estrategias de intervención empleadas en pacientes con consumo riesgoso de alcohol en la consulta de Medicina Familiar de una Unidad Docente Asistencial (UDA).

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio descriptivo y transversal forma parte de una línea de investigación sobre alcoholismo y drogadicción en pacientes que acuden a consulta en la UDA “Luis Sergio Pérez”, ubicada en el Municipio San Francisco, del estado Zulia, Venezuela. Se registraron un total de 41,717 consultas en la UDA “Luis Sergio Pérez”, de diciembre 2007 a noviembre 2008 de este total fueron eliminadas las consultas por emergencia, las consultas realizadas por otros especialistas y por residentes de postgrado, dejando sólo una consulta por paciente, para obtener el total de 4,028 pacientes atendidos en el período en estudio (216 del sexo masculino y tres mil 812 del sexo femenino). Por otra parte, participaron siete médicos familiares que constituyen el universo de trabajo de la UDA.

El tamaño de la muestra fue calculado según la tabla de Arkin Colton y para un 10% de error muestral correspondió a 102 sujetos a quienes se les realizó el AUDIT C, (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) obteniendo 30 pacientes positivos, los cuales conformaron la muestra definitiva. El mues-

tro fue probabilístico y aleatorio simple con reposición, para lo cual se empleó la tabla de números aleatorios, y, si un paciente no reunía los criterios de inclusión se elegía el paciente inmediatamente superior del listado, hasta completar la muestra necesaria, se intentó una estratificación por sexo, sin embargo, no se pudo obtener la cantidad necesaria de pacientes masculinos, ya que eran una proporción pequeña, algunos sin números de contacto telefónico o no pudieron ser contactados, teniendo que sustituirlos por pacientes femeninos, para cubrir la totalidad de la muestra.

Se utilizaron como instrumentos de recolección de datos las encuestas telefónicas de los pacientes que contenía el AUDIT, la encuesta autoaplicada a los médicos elaborada por los investigadores y la revisión de las historias clínicas, esto efectuado en cuatro fases, las cuales fueron:

FASE I. APlicación del AUDIT

C: se realizó entre abril y julio del 2009, mediante encuesta telefónica, las preguntas del AUDIT C, instrumento validado en otras poblaciones¹⁴. Previa presentación del investigador y explicación del objetivo de la llamada, se corroboraron los datos del paciente y dando unas breves instrucciones acerca de cómo responder el AUDIT-C, se realizó cada pregunta esperando las respuestas. El tiempo estimado de las llamadas fue entre 7 y 10 minutos.

FASE II. EXPLORACIÓN DE LA ASISTENCIA RECIBIDA:

a los pacientes que resultaron positivos en el AUDIT C se aplicó una segunda encuesta, también por vía telefónica, diseñada por el investigador, y validada en su contenido por tres expertos (tres médicos familiares). Esta encuesta fue estructurada de la siguiente manera:

- Datos de identificación: número de historia, características sociodemográficas (edad, sexo, educación y ocupación), afiliación al sistema de salud (empresa o comunidad) y frecuencia de consultas.

Por la alta prevalencia del alcoholismo en Venezuela, es importante promover la detección e intervención en bebedores de riesgo, con el fin de disminuir la presencia de complicaciones; a pesar de esto, muchos profesionales de la medicina familiar no detectan estos problemas, principalmente por falta de tiempo, o de formación, miedo a confrontarse, y el pensar que los pacientes con estas patologías no responderían a intervenciones.

Aportaciones de esta investigación

En esta investigación se encontró que una cifra menor al 50% de los médicos familiares utilizan, bien sea, instrumentos específicos como el AUDIT y el CAGE, o la historia clínica para realizar el diagnóstico acerca del consumo de alcohol, principalmente cuando es solicitado por el paciente o algún familiar. Por otro lado, el manejo de los pacientes detectados estuvo representado principalmente por la referencia a grupos de Alcohólicos Anónimos y la terapia individual ya que están al tanto de las consecuencias desfavorables

- b) Experiencia percibida por el paciente, en el abordaje del problema de consumo de alcohol: haber recibido atención a su problema de consumo de alcohol, características de la intervención aplicada y satisfacción con respecto a la intervención aplicada.

FASE III. REVISIÓN DE LA HISTORIA ORIENTADA A PROBLEMAS (HOP): se recolectó la información a través de una hoja de registro de datos, basándose en: registro del diagnóstico y lugar en la HOP, método empleado para el diagnóstico, tipo de intervención aplicada y características y si fue referido y a dónde.

FASE IV: EXPLORACIÓN DEL MÉDICO FAMILIAR: se realizó mediante una encuesta auto aplicada, que presentaba los siguientes puntos: datos demográficos (edad, sexo, experiencia como médico familiar, promedio de pacientes semanales que atiende), capacitación recibida, percepción del problema de consumo de alcohol en sus pacientes, conducta y estrategias ante los problemas por consumo de alcohol.

RESULTADOS

Características de los pacientes: El cuadro I muestra las principales características generales de los pacientes detectados con riesgo de consumo excesivo de alcohol.

El cuadro II muestra el autoreporte sobre consumo, identificación del problema y el manejo recibido por los pacientes con AUDIT-C positivo; es importante señalar la escasa frecuencia de cuestionamiento de los facultativos tratando de investigar el problema de ingesta de alcohol en el 80% de los casos, el comentario sobre la posibilidad de presentar problemas de consumo de alcohol y haber recibido algún tipo de tratamiento diferente al consejo médico en sólo el 3,3% del total de pacientes

En cuanto a la reducción del consumo de alcohol posterior al tratamiento recibido desde la perspectiva del paciente, de los seis pacientes que refirieron haber recibido algún tipo de intervención para reducir su consumo de alcohol, en cuatro de ellos se redujo

CUADRO I
Características sociodemográficas de los pacientes con audit-c positivo.

VARIABLE		N	%
Grupo etario	15 a 30 años	5	16.7
	31 a 59 años	11	36.7
	> 60 años	14	46.6
Sexo	Masculino	8	26.7
	Femenino	22	73.3
Nivel educativo	Básica Incompleta	11	36.7
	Básica Completa	11	36.7
	Universitaria Incompleta	2	6.6
	Universitaria Completa	6	20.0
Ocupación	Oficios del hogar	16	53.4
	Incapacitado/ Jubilado(a)	2	6.6
	Estudiante	3	10.0
	Profesionales	6	20.0
	Otras ocupaciones	3	10.0
Afiliación al sistema de salud	Empresa	19	63.3
	Comunidad	11	36.7
Frecuencia de consulta	1 a 2 meses	10	33.3
	Trimestral	15	50.0
	6 meses y mas	5	16.7

CUADRO II

Autoreporte de consumo, identificación del problema y manejo recibido por pacientes con audit-c positivo.

CARACTERISTICAS	NUNCA	N	%
Cuestionamiento del facultativo acerca de la ingesta y frecuencia de bebidas alcohólicas	< 1 mes	24	80.0
	1 a 3 meses	1	3.3
	> 3 meses	2	6.7
Comentario del médico acerca de la posibilidad de que el paciente presente problema de alcoholismo	Si	3	10.0
		1	3.3
Consejo médicos para disminuir la ingesta de alcohol	Si	5	16.6
Tratamiento diferente al consejo médico para reducir el consumo de alcohol	Si	1	3.3
FUENTE: Encuesta telefónica			

de bastante a completamente su consumo, mientras que en los otros dos casos lo redujeron en poca cantidad. En cuanto al nivel de satisfacción con respecto al tratamiento o consejo recibido, la totalidad de los pacientes que recibieron la intervención estaban satisfechos con su médico familiar.

Características de los Médicos Familiares: Los siete facultativos presentaron un promedio de edad de $49.29 + 5.28$; el 57% de ellos pertenecían al sexo femenino; todos tenían más de 10 años de graduados. La media de los días de consulta a la semana de los médicos familiares fue $5 + 1.73$; en cuanto al promedio de pacientes atendidos a la semana

su media fue de $45.43 + 32.4$. Dos médicos refirieron no haber tenido ninguna formación sobre problemas de consumo de alcohol, mientras que tres lo obtuvieron asistiendo a cursos de educación médica continua. En cuatro pacientes se utilizó la historia clínica con el fin de realizar el diagnóstico de problemas de consumo de alcohol y solamente en tres de ellos se utilizó un instrumento especializado o diferente para hacer su complementación.

El cuadro III reporta la relación entre el tipo de instrumento para el diagnóstico de problemas de consumo de alcohol y la situación en la cual se aplica dentro de la consulta de Medicina Familiar.

CUADRO III

Distribución de los médicos según el tipo de instrumento para el diagnóstico de problemas de consumo de alcohol y la situación para su aplicación.

EXPLORA	INSTRUMENTOS UTILIZADOS			TOTAL		
	Historia Orientada a Problemas		Instrumentos específicos			
	N	%	N	%	N	%
Como rutina	1	14.29	1	14.29	2	28.57
Por patología	0	0	2	28.57	2	28.57
Cuando se solicita	3	42.86	0	0	3	42.86
Total	4	57.15	3	42.85	7	100
$\chi^2=4.96, p=0.08$						
FUENTE: Encuesta telefónica						

sobre la función familiar que acarrea este problema de salud. Al compararlo con la literatura, se puede determinar que "la impresión clínica" es el recurso más usado por los médicos, dejando en un segundo lugar a los instrumentos estandarizados como el AUDIT.

La historia clínica constituye un recurso infrautilizado, no obstante potenciar la continuidad de la atención a los pacientes, esto se debe quizás a varios factores como: subestimar los hábitos de consumo de alcohol al momento de registrarlos en la historia clínica, una mayor orientación hacia la medicina curativa, déficit en la formación, falta de motivación y la negación del profesional de la salud ante este problema. Por tal motivo, la educación sobre este tipo de problemas, debe recibir una mayor atención en los programas de formación médica, ya que existen deficiencias de aprendizaje, de

Tipo de terapia: Los médicos familiares enviaron a dos pacientes a los grupos de Alcohólicos Anónimos, terapia individual y entrevista familiar y en una sola ocasión se envió a un paciente a psicología y otro más se le realizó determinación de etapas de cambio.

Historia orientada a problemas diagnósticos: En la totalidad de los pacientes no se realizó el diagnóstico de consumo riesgoso de alcohol, en seis de ellos se refirió en el apartado de “Perfil de Vida” el consumo de alcohol como de “poco” y en dos casos como “consumo social”. En ninguna de las historias se reportó la intervención ni la referencia de los casos.

DISCUSIÓN

La prevalencia general de consumo riesgoso de alcohol encontrada en esta muestra fue de 29.4%, la prevalencia específica por sexo en esta muestra se ubicó en 33.84% y 21.62% para mujeres y hombres respectivamente. Al comparar esta prevalencia calculada por el AUDIT-C, el cual sólo evalúa, cantidad y frecuencia de consumo encontramos que otros estudios reportan prevalencias menores, como es el caso de Segura García y cols., reportan a los bebedores de riesgo en un 9.5% utilizando este mismo instrumento¹⁵. El AUDIT-C ha sido comparado con el AUDIT por Gual¹⁶ obteniendo resultados similares al detectar bebedores de riesgo que acudieron a consultas de atención primaria, por tal motivo pueden ser contrastados los resultados de los diversos estudios presentados en esta investigación.

Debido a la prevalencia de consumo riesgoso de alcohol varía entre el 10 y el 30% dependiendo de la población estudiada^{15,17-20}; el médico familiar debería estar preparado con suficientes estrategias para abordar los problemas de consumo de alcohol. Estas intervenciones dependen de diversos factores, como son: el tipo de consumo, la etapa de cambio en que se encuentre el paciente, la preparación del médico y problemas asociados, así mismo deberían ser orientadas

a conseguir la reducción o cese completo y permanente de este hábito en bebedores de riesgo y dependientes al alcohol²⁻⁵.

En este estudio encontró un hecho importante, en cuatro quintas partes de los pacientes nunca se les había preguntado por el consumo de alcohol, y a quienes se les preguntó refieren que fue hace más de tres meses (tomando como referencia la fecha de la entrevista). Además, a un solo paciente de los 30 detectados como positivos en el AUDIT-C, el médico le había mencionado que podría tener algún problema por el consumo de alcohol y en seis ocasiones se les ofreció algún consejo o tratamiento. En una investigación realizada en pacientes adultos de varios centros de atención primaria de Cataluña, España, se encontró que el 51.1% de los pacientes refirieron que nunca les habían preguntado sobre su consumo y al 23.3% se lo habían preguntado un año antes, de estos, apenas el 16.9% habían recibido algún consejo¹⁵. De la misma manera, Rodríguez Fernández realizó una encuesta por correo a internistas y médicos de cabecera en la que se mostró que el 64.9% de los encuestados informó de que realizaban pesquisa del 80% al 100% de sus pacientes, con el fin de detectar abuso o dependencia al alcohol durante la visita inicial; sin embargo, cuando se realizaron revisiones de la historia clínica, los porcentajes de población a los que se les hizo pesquisa en la asistencia primaria fueron muy bajos (7% a 25%), sin embargo, los pacientes por lo general no recuerdan haber sido interrogados al respecto²¹⁻²³.

Al analizar el impacto y satisfacción de las escasas intervenciones registradas en esta investigación se observa que, de los pacientes que refirieron haber recibido algún tipo de intervención, más de la mitad redujo bastante a completamente su consumo, y todos estaban satisfechos. Lo anterior, podría asumir que quizás el médico está subestimando su capacidad de abordar y controlar este riesgo de consumo de alcohol. Los médicos

de familia presentaban más de 10 años de antigüedad, con experiencia suficiente para poder detectar y afrontar el problema de riesgo en el consumo de alcohol, sin embargo, solamente un poco más de la mitad refirieron tener algún tipo de formación sobre la identificación y manejo de los problemas relacionados al consumo de alcohol obtenida especialmente en cursos de formación continua, por otra parte, dos de ellos comentaron no haber recibido ningún tipo de formación.

El resultado obtenido en el presente estudio, es similar a lo reportado en el trabajo realizado por Segura García¹⁵ lo que permite considerar que las características sociodemográficas de los especialistas en Medicina Familiar y de otros profesionales de la salud son constantes, no obstante, las diferencias culturales y sociales de estos dos países. Actualmente, se conoce que la detección temprana de los pacientes con consumo riesgoso de alcohol se fundamenta en la utilización de cuestionarios validados en diferentes poblaciones, el test AUDIT es uno de los más utilizados, con un grado B de recomendación este instrumento se ha comparado en diversos estudios con el AUDIT-C, obteniendo resultados similares al momento de detectar bebedores de riesgo en consultas de atención primaria¹⁶.

En esta investigación se encontró que una cifra menor al 50% de los médicos familiares utilizan, bien sea, instrumentos específicos como el AUDIT y el CAGE, o la historia clínica para realizar el diagnóstico acerca del consumo de alcohol, principalmente cuando es solicitado por el paciente o algún familiar. Por otro lado, el manejo de los pacientes detectados estuvo representado principalmente por la referencia a grupos de Alcohólicos Anónimos y la terapia individual ya que están al tanto de las consecuencias desfavorables sobre la función familiar que acarrea este problema de salud. Al compararlo con la literatura, se puede determinar que la impresión clínica es el recurso más usado por los médicos, dejando en un segundo lugar a los instrumentos estandarizados como el AUDIT¹⁵.

En la revisión de historias clínicas, se detectó que no se reportó el diagnóstico, intervención, ni la referencia de los casos; sólo fue plasmando para algunos casos, específicamente en el apartado *Perfil de Vida*, como "Poco Consumo" y "Consumo Social", lo cual se asemeja a los resultados obtenidos por Rodríguez Fernández²¹ quien señala que los profesionales de la atención médica primaria a pesar de tener adecuadas habilidades para el diagnóstico de problemas relacionados con el consumo de alcohol y que realizan intervenciones precoces, no hacen anotaciones en la historia acerca del consumo y frecuencia de alcohol de forma rutinaria. Segura García¹⁵ -al igual que en la presente investigación- encontró que sólo en el 26.4% de los casos se había registrado el consumo de alcohol mediante registros no específicos o incompletos, en el 3.2% se registró el diagnóstico de consumo riesgoso de alcohol y sólo en el 9.2% constaba que se les hubiese administrado un consejo médico para la reducción del consumo. De esta manera, se observa que las habilidades en técnicas de entrevista clínica y educación sanitaria son elementos básicos para los profesionales que trabajan en Atención Primaria de la Salud.

La historia clínica constituye un recurso infrutilizado, no obstante potenciar la continuidad de la atención a los pacientes, esto se debe quizás a varios factores como: subestimar los hábitos de consumo de alcohol al momento de registrarlos en la historia clínica²⁴, una mayor orientación hacia la medicina curativa, déficit en la formación, falta de motivación y la negación del profesional de la salud ante este problema. Por tal motivo, la educación sobre este tipo de problemas, debe recibir una mayor atención en los programas de formación médica, ya que existen deficiencias de aprendizaje, de actitudes y falta de entrenamiento supervisado en el "currículum" del estudiante de medicina,²¹ por tal motivo se exhorta hacer énfasis en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de este tipo de problemas.

actitudes y falta de entrenamiento supervisado en el "currículum" del estudiante de medicina, por tal motivo se exhorta hacer énfasis en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de este tipo de problemas.

Referencias

1. Gasquin A, Seale P, Fleming M, Murray M. Atención Primaria y Trastornos por Consumo de Alcohol: Evaluación de un Programa de Formación del Profesorado en Venezuela. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2001;12(2): 79-85.
2. Segura-García L, Gual I, Solé A, Colom I, Farran J. Intervenciones efectivas en el tratamiento de los problemas de alcohol. *FMC* 2005;12(10): 683-91.
3. Martínez LA, López MJ, Armengol D. Intervención del Médico Familiar en Alcoholismo. Revisión de estrategias operativas. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Social* 2006; 44(2): 181-88.
4. Babor T, Higgins-Biddle JC. Intervención Breve, para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Manual para la utilización en atención primaria. Valencia, Organización Mundial de la Salud. GENERALITAT VALENCIANA 2001.
5. González J. *Alcohol. Tipos de intervención en el consumo de riesgo*. Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública 2003 1(8): 11-15.
6. Haggerty JL. Early detection and counselling of problem drinking. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care 1994:488-98.
7. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía de Actuación en Atención Primaria. SemFYC ediciones. Barcelona 2006: 506-512.
8. Martín-Centeno A, Rojano- Capilla P. El Médico de Atención Primaria en la Prevención y Tratamiento de los Problemas Relacionados con el consumo de Alcohol. *Medicina General* 2001;32: 233-40.
9. De Llama B, Juvete M, Piñera M, Cañizares P. Adicción al Alcohol: Diagnóstico y Tratamiento en Atención Primaria. *Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria* 2003;3(5): 35-45.
10. Monteiro-Maristela G. *Alcohol y atención primaria de la salud, Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Organización Panamericana de la Salud 2008.
11. Bien T, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems. *Addiction* 1993;88(2):315-36.
12. Wilk A, Jensen N, Havighurst T. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief intervention in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med* 1997;12(3):274-83.
13. Fernández Ferré ML, Gual Sole A y Cabezas Peña C. Atención Primaria, Conceptos, organización y práctica clínica. En: Martin Zurro y Cano Perez. Parte 4, Capítulo. Editorial Elsevier España. 2008.
14. Bien T, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction* 1993;88: 315-36.
15. Segura-García L, Gual I, Solé A, Monserrat-Mestre O, Bueno-Belmonte A, Colom I, Farran J. Detección y abordaje de los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña. *Atención Primaria* 2005; 37(9): 484-90.
16. Guardia- Sereigni J, Jiménez-Arriero M, Pascual P, Flórez G, Contel M. *Alcoholismo. Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica SOCIDRO-GALCOHOL*. 2da edición 2007. Disponible en: http://socidrogalcohol.psiquiatria.com/documentos/guia_alcoholismo_08.pdf
17. Silva J. *Prevalencia de trastornos asociados al consumo de alcohol en la consulta de Medicina Familiar. Trabajo especial de grado, para optar al título de especialista en Medicina Familiar*. Universidad del Zulia 2008.
18. Perozo J, Martins I. Efectividad de la intervención breve en bebedores de riesgo en el parcelamiento Sur Independencia. *Santa Ana de Coro. Médico de Familia* 2006;15(2): 23-29.

19. Morales-García J, Fernández-Gárate I, Tudón-Garcés H, Escobedo-de la Peña J, Zárate-Aguilar A, Madrazo-Navarro M. Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México* 2002;44(2) 113-121.
20. Simonovis N, Piras R, Delgado P, Pulido P, Llatas I. Salud y alcoholismo en la población del municipio Baruta: un estudio epidemiológico. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica* 2007;26(1): 49-61.
21. Rodríguez- Fernández E, Espí Martínez F, Canteras -Jordana M, Gómez- Moraga A. Habilidades de los médicos de Atención Primaria sobre problemas relacionados con el consumo de alcohol. *Medicina General* 2001;39: 891-99.
22. Cross G, Hoffman K. *Alcoholismo*. En: Taylor R. editor. *Medicina de Familia Principios y Práctica*. 4^a edición. Ed. Springer Verlag Ibérica. Barcelona, 1995: 440-459.
23. Aubá J, Arasa H, Manzano A. Dificultades en la realización de actividades preventivas en atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 428-32.
24. Rosón- Hernández B. Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. *Galicia Clin* 2008;69(1): 29-44.