

Posicionamiento de SEMERGEN para el abordaje de los trastornos por consumo de alcohol en atención primaria

José Ángel Arbesú^a, Antoni Gual^b, Rafael Casquero^c, Julio Bobes^d, Patricia Ortega^e

^aMedicina Familiar y Comunitaria, Área de Neurociencias SEMERGEN, Centro de Salud de la Eria, Oviedo, España

^bUnidad de Alcoholología, ICN, Hospital Clínic, IDIBAPS, Red de Trastornos Adictivos, Barcelona, España

^cMedicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Las Cortes, Madrid, España

^dPsiquiatría, Universidad de Oviedo-CIBERSAM, SOCIDROGALCOHOL, Oviedo, España

^eMeisys, Madrid, España

PALABRAS CLAVE

Alcohol;
Consumo perjudicial;
Infradiagnostico;
AUDIT C;
Consumo intensivo ocasional;
Comorbilidad;
Recomendaciones sociedades científicas;
Consecuencias sociales;
Mortalidad

KEYWORDS

Alcohol;
Harmful drinking;
Underdiagnosis;
AUDIT C;
Occasional intensive use;
Comorbidity;
Scientific societies recommendations;
Social consequences;
Mortality

Resumen

Este artículo se basa en las recomendaciones de un grupo de profesionales sanitarios, incluidos expertos en la atención primaria, psiquiatría y adicciones. Los participantes son reconocidos especialistas en el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol. El grupo se reunió en Barcelona el 22 de abril de 2015 para evaluar la situación actual en el manejo del trastorno por consumo de alcohol en atención primaria y desarrollar una estrategia para abordar este problema, basándose en la evidencia y las recomendaciones de sociedades científicas y organismos nacionales e internacionales.

© 2015 SEMERGEN. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

SEMERGEN positioning for the treatment of alcohol disorders in primary care

Abstract

The present manuscript is based on the recommendations of a panel of health care professionals, including several experts in primary health care, psychiatry and addictions. The participants are recognized specialists in the treatment of alcohol use disorder. The panel met in Barcelona on 2015 April 22 with the aims of evaluating the current management of alcohol use disorder in primary health care and developing a strategy to address this problem, basing on the evidence and the recommendations of the scientific societies and national and international organizations.

© 2015 SEMERGEN. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Cada año mueren en el mundo 3,3 millones de personas a consecuencia del consumo perjudicial de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. El alcohol es la

droga psicoactiva más consumida en España¹, responsable de más de 200 enfermedades, que van desde patologías muy graves y de menor prevalencia como la cirrosis hepática, la pancreatitis, la enfermedad cardiovascular (accidente vascular cerebral, infarto) o distintos tipos de cáncer, que se tratan en atención especializada, a patologías de curso crónico y de mayor prevalencia que se detectan, tratan y controlan desde la atención primaria (AP), como hiperten-

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseangelarbesu@hotmail.com (J. A. Arbesú)

sión, problemas metabólicos y problemas de salud mental como depresión y ansiedad.

Asimismo se han establecido relaciones causales entre el consumo perjudicial y la incidencia de enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el virus de la inmunodeficiencia humana/sida. El consumo de alcohol por parte de una embarazada puede provocar síndrome alcohólico fetal y complicaciones prenatales². Además, es el primer factor de riesgo en lo que respecta a la aparición de otras enfermedades y muerte prematura, incluso es más importante que otros factores como el tabaquismo, la hipercolesterolemia, el sobrepeso o la desnutrición. Así, por ejemplo, se ha descrito como el consumo excesivo de alcohol se encuentra asociado con hipertensión arterial, aparición de diabetes tipo 2, hipertrigliceridemia y patologías psiquiátricas como trastorno por ansiedad y depresión, todas ellas patologías cuyo abordaje se realiza habitualmente por el médico de AP³⁻⁶.

No solo eso, sino que a nivel personal, el trastorno por consumo de alcohol (TCA) se relaciona con trastornos sociales y de comportamiento como la criminalidad y la violencia familiar^{7,8}. De hecho, el consumo de alcohol no solo va a perjudicar al consumidor, sino también a quienes le rodean: víctimas de accidentes a causa de un conductor ebrio, miembros de la familia del paciente, niños, etc.

Sin embargo, a pesar del daño que representa tanto para la salud^{9,10} como para la sociedad¹¹, el TCA es una enfermedad infradiagnosticada e infratratada¹². Así, es un problema escondido que raramente emerge en los medios de comunicación, que no se ha evaluado de forma comprensiva y frente al que no se ha actuado de forma clara y efectiva como se ha hecho con otros problemas de salud, como por ejemplo el tabaco¹³.

Por tanto, se hace necesaria una identificación e intervención precoz, que se debe realizar en el ámbito de la AP, ante el TCA. Esta intervención se debe realizar en el ámbito de la AP, pues es la puerta de entrada al sistema sanitario de la mayoría de estos pacientes y, además, existe una relación continuada entre el paciente y el equipo de AP que favorece la confianza en el médico. Por tanto, lo más probable es que sea el médico de AP quien aprecie las primeras manifestaciones de un uso problemático del alcohol y, consecuentemente, debería ser el personal sanitario de este ámbito el encargado de identificar e intervenir cuando se presentan pacientes cuyo consumo de alcohol es peligroso o perjudicial para su salud, e incluso en el caso en el que el paciente ha iniciado una dependencia, proporcionando el asesoramiento y tratamiento adecuado sobre dicho consumo.

Sin embargo, a pesar de que muchos de los profesionales sanitarios dicen realizar el cribado de este tipo de consumo de forma sistemática, los porcentajes de población cribada son bajos y, en general, los pacientes no recuerdan haber sido preguntados al respecto. Entre las razones citadas más frecuentemente están la falta de tiempo, la formación inadecuada, el temor a generar resistencia por parte del paciente, la rentabilidad percibida entre las intervenciones breves en alcohol y la AP y la creencia de que los dependientes del alcohol no responden a este tipo de intervenciones².

Por tanto, dado que muchos bebedores son desconocidos para sus médicos de AP, es recomendable realizar un abordaje sistematizado para facilitar su identificación¹⁴. Del mismo modo, es necesario sensibilizar a los profesionales de

AP de la importancia de la detección de los pacientes con TCA para intervenir de una forma rápida y eficaz, proporcionándoles las herramientas necesarias para el abordaje con éxito de estos pacientes.

Datos epidemiológicos

Las estimaciones de prevalencia poblacional del TCA (o de sus diversos componentes) proceden de escalas estandarizadas incluidas en diferentes encuestas¹⁵. Aunque existen bastantes escalas de cribado con alta sensibilidad y especificidad para detectar un posible TCA¹⁵, las más utilizadas son la Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) y su versión reducida AUDIT C recomendada para la detección de bebedores de riesgo en AP¹⁶⁻¹⁸. Así, a partir del test AUDIT introducido en la encuesta nacional EDADES de 2009, se puede estimar que el 5,8% de los españoles de 15 a 64 años había tenido consumo de riesgo o perjudicial de alcohol y el 0,2% posible dependencia alcohólica durante el último año^{19,20}.

Más del 6,5% de los pacientes atendidos en AP padecen un TCA y, de ellos, solo 1 de cada 10 recibe tratamiento²¹, comenzando este generalmente transcurridos más de 10 años de iniciado el trastorno²². Además existen patrones de consumo, como el consumo intensivo ocasional o *binge drinking* (beber ≥ 6 consumiciones en una sola sesión de consumo), que pasan desapercibidos si el consumo se valora solo mediante la cuantificación. Esto es de gran importancia, ya que este patrón de consumo es el habitual en jóvenes de 15 a 34 años y está estrechamente relacionado con la mortalidad por accidentes de tráfico, suicidio o agresiones violentas²³.

Si bien la relación entre consumo y mortalidad es compleja y variable según de qué enfermedad se hable, los datos procedentes de una encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad y publicados en marzo de 2015²⁴ indican como en nuestro país el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad. En la población de 15 a 64 años, utilizando AUDIT, el 4,9% de los encuestados tenía un consumo problemático de alcohol, de los cuales el 4,5% (1.600.000 personas, 1.300.000 varones y 300.000 mujeres) presentaba un consumo de riesgo y el 0,4% (120.000) con una posible dependencia²¹ (fig. 1).

Así, en 2011 se produjeron en España 23.403 muertes directamente relacionadas con el alcohol o muertes en que el alcohol pudo ser una causa contribuyente (69,7% en varones) y de estas, 4.757 se debieron a hepatopatía crónica (72,5% en varones) y 1.807 fueron muertes directamente atribuibles al alcohol (84,4% en varones)²⁵. Lo que sí se sabe es que el 70% de toda la mortalidad atribuible al trastorno por consumo de alcohol ocurre en la población dependiente del alcohol⁹.

Por otro lado, esta mortalidad relacionada con el alcohol se puede deber a causas crónicas (60% de los casos) o agudas (40% de los casos). Dentro de las causas crónicas se encuentran enfermedades digestivas como las causantes del 40% de toda la mortalidad, siendo la cirrosis la causa que contribuye con el mayor número de fallecimientos (2.558 en el año 2010)²³. Se ha demostrado la existencia de un solapamiento significativo entre los TCA y la hipertensión arterial en pacientes atendidos en el ámbito de la AP. Los datos

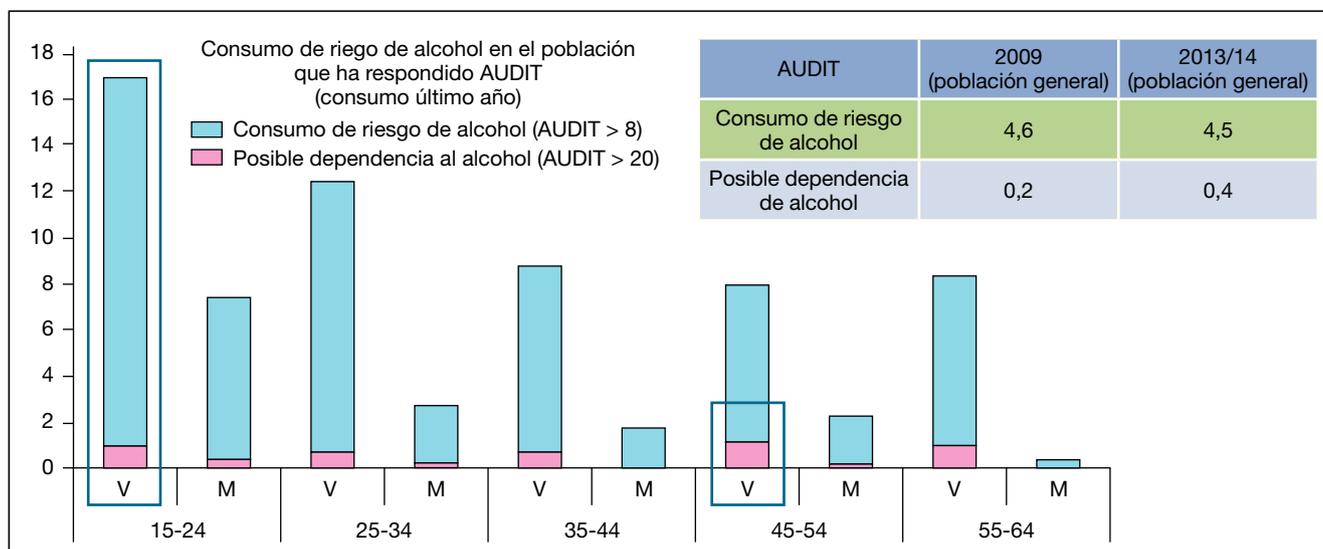


Figura 1 Consumo de riesgo de alcohol en la población española, según la Encuesta sobre alcohol y drogas en España del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de 2014²¹. AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test; M: mujeres; V: varones.

apuntan a que el 20,6% de los varones y el 7,2% de las mujeres hipertensas de entre 40-64 años de edad sufren un TCA, y el 16,7% de los varones y el 5,8% de las mujeres sufren dependencia del alcohol, respectivamente²⁶. De la misma manera, se estima que los pacientes que presentan un TCA tienen un riesgo 1,5-4 veces mayor de sufrir hipertensión arterial, en función de las cantidades consumidas²⁷. Por último, un consumo alto de alcohol puede ser una de las explicaciones para la hipertensión no controlada²⁸. Así, incluso una pequeña reducción en la ingesta de alcohol puede verse reflejada en la reducción de la presión arterial sistólica y diastólica

Por otro lado, los pacientes con trastorno de ansiedad tienen el doble de posibilidades de sufrir dependencia del alcohol y 1 de cada 5 pacientes con ansiedad tiene historia de dependencia del alcohol en algún momento de su vida²⁹. Además, los TCA pueden aumentar la gravedad, la persistencia y la peor respuesta al tratamiento de la ansiedad en los pacientes con comorbilidad³⁰. Además, estos pacientes tienen tasas de recaídas más altas³¹.

En relación a la *hipertrigliceridemia*, el consumo habitual de alcohol produce un aumento de las concentraciones plasmáticas de triglicéridos. La hipertrigliceridemia grave en el paciente con alcoholismo crónico es una patología importante, ya que el riesgo de pancreatitis aguda aumenta notablemente³².

El riesgo de desarrollar un trastorno de *depresión mayor* (TDM) en la población con dependencia del alcohol es del 6,7 comparado con la población general¹². Un 15,2% de los pacientes con dependencia del alcohol han tenido alguna vez un episodio de depresión³³.

Además, la comorbilidad entre el TDM y los trastornos por abuso o uso del alcohol pueden estar asociados con una peor respuesta al tratamiento antidepresivo³⁴. Es más, la dependencia del alcohol disminuye la probabilidad de remisión en el TDM³⁵.

Entre las causas agudas, los accidentes de tráfico representan el 30% de la mortalidad atribuible al alcohol. También está implicado en el 23% de los casos de suicidio, sien-

do la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años²⁷.

Por último, entre un 20 y un 25% de los accidentes laborales ocurren en trabajadores que se encuentran bajo los efectos de cualquier sustancia adictiva, causando lesiones al mismo trabajador o a otros. Suelen darse hasta 4,5 veces más bajas por accidente laboral en consumidores excesivos de alcohol³⁶.

En una evaluación comparativa del riesgo, usando el margen de exposición (este margen representa la cantidad máxima de exposición a una sustancia que no produce un efecto adverso mensurable en animales o humanos, dividida entre la cantidad real de exposición en humanos de una población) de algunas drogas entre las que se incluyó el alcohol, se demostró que, tanto a nivel individual como a nivel poblacional, el alcohol presentaba el menor margen de exposición (fig. 2) y como frecuentemente dicho consumo se ha infravalorado³⁷.

Por último, el Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer ha señalado que no existen niveles seguros de consumo de alcohol en relación con el riesgo de cáncer³⁸ y su consumo nunca debiera ser recomendado para prevenir la enfermedad cardiovascular o cualquier otra causa de mortalidad^{37,39}.

Papel del médico de atención primaria en la prevención, detección precoz e intervención ante los pacientes con trastorno por consumo de alcohol

Se considera que el médico de AP se encuentra en una posición privilegiada, ya que el ámbito de la AP supone la puerta de entrada de la mayoría de estos pacientes, para llevar a cabo una intervención precoz, pues tiene la oportunidad de identificar a los pacientes con problemas de alcohol y decidir quién necesita ser derivado y quién puede beneficiarse de un tratamiento establecido por el mismo médico de AP. Para la detección del consumo de alcohol se utilizan dife-

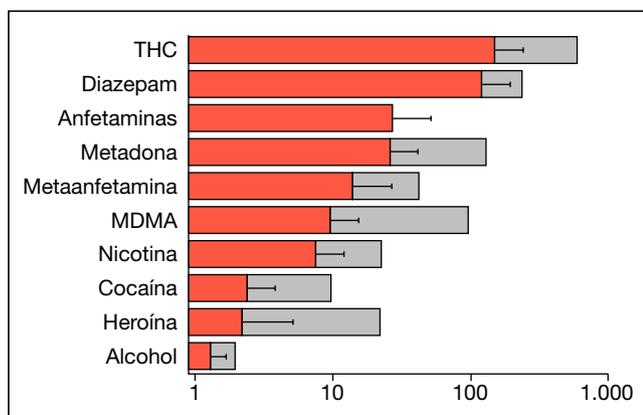


Figura 2 Margen de exposición de diferentes drogas³⁷. MDMA: 3,4-metilendioximetanfetamina; THC: tetrahidrocannabinol.

rentes tipos de cuantificación y tests como CAGE, MALT, AUDIT, FAST, etc. En este sentido, el cuestionario AUDIT fue desarrollado para permitir el cribado de bebedores de riesgo y con consumo perjudicial, especialmente en el marco de la AP de salud⁴⁰. Como resultado de esta intervención, el personal sanitario recoge información importante acerca de la cantidad y frecuencia de consumo, la cual será de utilidad a la hora de diagnosticar la condición actual del paciente. El cuestionario CAGE puede aplicarse de forma sencilla y rápida en AP para valorar un posible síndrome de dependencia alcohólica⁴¹.

A pesar de que el sistema sanitario español se encuentra relativamente bien organizado, con una red de profesionales especializados en el tratamiento de adicciones se estima que menos del 15% de los que necesitan una intervención por consumo prolongado de alcohol acaban siendo tratados⁴²; en el ámbito de la AP no se han implementado sistemáticamente los programas de cribado, diagnóstico e intervención breve y tratamiento y derivación de pacientes con TCA, a pesar de que en la cartera de servicios comunes de AP (RD 1030/2006-Anexo II) se especifique dentro del apartado 6.4.4 Atención a personas con conductas de riesgo, o en programas promovidos por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), como el PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud) en su *Guía de referencia rápida para abordar el abuso de alcohol*, la cual contempla la detección, diagnóstico, deshabituación, desintoxicación ambulatoria y criterios de derivación. Todo esto hace que muchos profesionales vean esta actividad como “complicada”, “incómoda” y “poco prioritaria”, lo que provoca que muchos de estos profesionales tengan dificultades para identificar y diagnosticar el TCA en los pacientes, especialmente si este no es muy evidente^{23,43,44}.

En cualquier caso, los estudios seriados en muestras de usuarios de servicios de salud (p. ej., AP, servicios de medicina interna, etc.) usando AUDIT, CAGE y otros tests de cribado o diagnóstico⁴⁵⁻⁴⁷ son interesantes, porque revelan la importancia y tendencia del problema y permiten implementar intervenciones individuales breves o más intensivas para reducir el consumo⁴⁸⁻⁵⁰.

Así, en función de sus hallazgos, el médico de AP podrá realizar una intervención precoz (detección precoz, diagnóstico e intervención breve y tratamiento), o bien proceder a la derivación del paciente dependiente del alcohol a

recursos específicos, compartiendo la responsabilidad, el seguimiento y la detección de recaídas.

A excepción de los casos más graves, todos los pacientes pueden ser tratados con éxito en AP. Así, en las guías de práctica clínica actuales se recomienda que el tratamiento del consumo perjudicial y dependencia leve de alcohol se realice desde la AP⁵¹.

Por otro lado, es importante tener en cuenta la opinión de los pacientes para poder implantar con éxito las intervenciones preventivas⁵².

El PAPPS, citado previamente, ya identificó desde el inicio del programa 3 ámbitos de actuación en los cuales centrarse, entre los que estaba la ingesta de alcohol, junto al consumo de tabaco y la detección de la hipertensión, recomendándose estrategias de cribado del consumo de alcohol para la población sana⁵³.

Por otra parte, la actitud del médico de AP ante el consumo de alcohol implica plantearse una serie de preguntas como: ¿estamos ante un paciente sometido a un probable riesgo derivado de su consumo de alcohol?, ¿presenta el paciente consecuencias biológicas relacionadas con un abuso de alcohol?, ¿estamos ante un paciente con desviaciones conductuales sugestivas de dependencia alcohólica?, ¿debemos recomendar la moderación en el consumo o la abstinencia absoluta?, ¿hay que derivar al paciente? y ¿cuál es el plan de seguimiento?

Una vez detectados estos pacientes, y a la hora de realizar la intervención, es necesario utilizar un estilo empático con ellos, para así evitar la confrontación y facilitar de esta forma que modifiquen el patrón de consumo. Para conseguir esto, el consejo por parte del médico tiene que ser personalizado e incluir información positiva sobre los beneficios de la moderación, sobre el peligro de la ingesta excesiva de alcohol y por último, negociar la reducción, llegando a un pacto de consumo en la franja de bajo riesgo (11-17 unidades/semana las mujeres, 17-28 unidades/semana los varones). Además, si disponemos de material educativo de apoyo, este se puede utilizar para reafirmar este consejo. Por último, es necesario ofrecer alternativas al paciente sobre el mejor modo de hacer los cambios.

Abordaje terapéutico del trastorno por consumo de alcohol desde atención primaria

La necesidad de intervenciones ante un consumo de riesgo o una dependencia aumenta cuanto mayor es dicho consumo (tabla 1).

Las intervenciones breves son efectivas en entornos de AP de la salud para reducir problemas relacionados con el alcohol entre personas con consumo perjudicial pero sin dependencia. La intervención motivacional breve es una aplicación de la técnica de la entrevista motivacional. Su mayor eficacia se da en la AP, para ayudar a la reducción del consumo en bebedores de riesgo o abusivos, y también para facilitar la aceptación en los bebedores más graves o dependientes de un tratamiento más especializado⁵⁴. Es necesario asesorar a 8 pacientes para que uno de ellos se beneficie. Las intervenciones breves son también efectivas para reducir la mortalidad². Este tipo de intervenciones, vienen recogidas en las guías PAPPS de la semFYC², así como en múltiples guías europeas e internacionales⁵⁵.

Tabla 1 Intervención en función del tipo de consumo

Tipo de consumo	Criterios	Intervención	Papel del EAP
Consumo de bajo riesgo	<p>≤ 16 UBE/semana (varones)</p> <p>< 10 UBE/semana (mujeres)</p> <p>Consumo peligroso o zona gris: los efectos de ese consumo no están claros</p> <p>Varones: 17-28 UBS/semana Mujeres: 11-17 UBS/semana³²</p>	Prevención primaria	Educación, apoyo y modelado
Consumo de riesgo	<p>> 28 UBE/semana (varones)</p> <p>≥ 17 UBE/semana (mujeres)</p>	Intervención breve	Identificación, asesoramiento, consejo breve y seguimiento
Consumo perjudicial	Daños físicos o mentales relacionados con el consumo de alcohol		
Dependencia del alcohol	CIE-10	Tratamiento en AP o especializado	Identificación, asesoramiento, tratamiento o derivación y seguimiento

AP: atención primaria; EAP: equipo de atención primaria; UBE: unidad de bebida estándar.

Apoyo psicosocial

En los últimos años se entiende y se trata el alcoholismo desde un enfoque biopsicosocial. Por tanto es necesario abordar todos los aspectos implicados en esta enfermedad. Desde el punto de vista psicosocial, las intervenciones van dirigidas a incrementar y mantener la motivación del paciente a lo largo del tratamiento. Existe una gran diversidad de intervenciones psicosociales para este fin en función de diferentes orientaciones teóricas⁵⁶.

A la hora de realizar la intervención es necesario enfatizar la responsabilidad del paciente y reforzar la confianza de los pacientes en su capacidad para desarrollar los cambios necesarios, y es fundamental el apoyo motivacional al paciente, sobre todo ante las dificultades surgidas durante el proceso. Así, es muy importante valorar elogiosamente los esfuerzos realizados por el paciente, para ayudarle a percibir una mayor autoeficacia. Del mismo modo, es esencial que los objetivos del tratamiento (abstinencia o reducción de consumos) se negocien con el paciente teniendo en cuenta los principios de la atención centrada en el paciente y de la toma de decisiones compartida^{22,57,58}.

En la fase de deshabitación en que debe consolidarse la conducta de no consumir alcohol o reducirlo en caso de no ser viable la abstinencia, se debe actuar en múltiples aspectos del paciente y de su entorno. Como en todo el proceso, hay que seguir trabajando la motivación: evitar las situaciones o lugares en los que se producía el consumo, utilizar el apoyo de familiares y amigos, valorar el cambio de conducta producido, desarrollar conductas alternativas, etc. Es muy importante que la autoeficacia percibida por el sujeto para realizar el cambio de conducta sea elevada.

Por último, no hay que olvidar la realización de un examen mental que diagnostique la llamada patología dual o coexistencia de otros trastornos psiquiátricos con el de dependencia alcohólica.

Además, existen una serie de consejos prácticos para ayudar a la reducción del consumo de alcohol en el caso de pacientes de riesgo no dependientes, tal y como se recomien-

da en el consejo integral en estilo de vida en AP, vinculado con recursos comunitarios en población adulta del Ministerio de Sanidad⁵⁹. Entre dichos consejos se encuentran:

- Definir un límite por día, por semana y por ocasión.
- Monitorizar los hábitos de bebida para saber qué cantidad bebe.
- No beber nunca en ayunas.
- Intentar restringir la bebida a solo algunas ocasiones, por ejemplo, beba solo durante las comidas, beber lentamente sin mantener el vaso en la mano entre cada sorbo, así como no dejar la botella a mano para la próxima copa.
- También es aconsejable cambiar el tipo de bebida de vez en cuando (bebidas no alcohólicas) y beber bebidas de poca graduación en lugar de bebidas fuertes, así como disfrutar de las bebidas no alcohólicas de vez en cuando.
- En el caso de que el paciente beba diariamente, hacer “pausas” en el consumo y no beba nada de alcohol durante 4 o 5 días cada mes.
- Intentar rechazar bebidas y decidir no beber en algunas ocasiones, así como no sumarse a todas las “rondas” ni fuerce a beber a los demás y no sobrepasar el consumo diario de alcohol equivalente a 1/4 l de vino.
- No beber en situaciones de riesgo (embarazo, lactancia, en el trabajo, conducción, tomando medicamentos).
- No beber para solucionar problemas personales (angustia, nerviosismo, etc.). Identifique las motivaciones para beber y no beba como alivio o escape.
- No apagar nunca la sed bebiendo alcohol.

Farmacoterapia

El paciente debe ser parte activa en la toma de decisiones sobre el tratamiento a seguir. De esta manera aumentamos su implicación en el proceso terapéutico, incrementamos su adherencia a este y mejoramos su pronóstico²². El tratamiento debe iniciarse negociando objetivos con el paciente (abstinencia frente a reducción).

El tratamiento clásico de la dependencia alcohólica se divide en 2 etapas: una fase inicial de desintoxicación y una segunda etapa de deshabitación.

Desintoxicación

Esta fase no siempre será necesaria y habrá que valorar qué pacientes deben pasar realmente por ella. Durante esta fase se recomienda la baja laboral del paciente durante 1 semana, así como el reposo domiciliario con un ambiente tranquilo y una adecuada hidratación con agua y zumos, que será mayor cuanto mayor sea la gravedad del cuadro. Además, en determinadas ocasiones se recomienda un suplemento con ácido fólico y/o hierro y vitaminas del grupo B (B₁, B₆ y B₁₂ de 50 a 100 mg/8 h).

Como tratamiento farmacológico recomendado durante esta fase se encuentra la terapia con fármacos sedantes, para así evitar el síndrome de abstinencia alcohólica, de elección el diazepam seguido de cloracepato y puede utilizarse lorazepam u oxazepam en casos de hepatopatía grave. También puede usarse clometiazol, que es un fármaco sedante y anticonvulsivo, lo que hace aconsejable su uso cuando se prevé la aparición de convulsiones por privación. Sin embargo presenta una serie de efectos adversos como la capacidad adictiva y su efecto depresor respiratorio. El abordaje con estos fármacos se recomienda desde el inicio del cese del consumo de alcohol, si bien es cierto que en los casos en los que se ha producido una interrupción reciente del consumo de alcohol sin síntomas de abstinencia, no es necesario el uso con los mismos⁶⁰.

La derivación hospitalaria debería realizarse cuando no existe una persona responsable de la supervisión domiciliar del proceso, cuando la patología psiquiátrica coexistente precise ingreso por sí misma (psicosis aguda, ideación suicida, etc.) o bien aparece un síntoma de abstinencia grave, a pesar del tratamiento farmacológico a dosis plenas. Descartado el ingreso para esta fase, la desintoxicación ambulatoria se puede realizar en AP. Se recomienda un seguimiento exhaustivo para una reevaluación continua de la gravedad del síntoma de abstinencia, incluyendo una visita domiciliar al segundo día si fuera necesario⁶¹.

Deshabitación

Dentro de esta fase, el tratamiento más habitual incluye a los fármacos *anticraving* e interdictores. En la actualidad existen 4 fármacos comercializados en España, que pueden ser prescritos por el médico de AP junto con apoyo psicosocial y con la indicación de mantenimiento de la abstinencia en la fase de deshabitación en la dependencia alcohólica. La principal función de los *anticraving* es prevenir la recaída. Los 2 fármacos más importantes de este tipo son el acamprosato y la naltrexona y se pueden usar por separado o combinados. Acamprosato, que actúa sobre receptores del glutamato reduciendo la neurotransmisión excitatoria y sobre receptores del ácido gamma aminobutírico aumentando la neurotransmisión inhibitoria del GABA, ha demostrado su eficacia en ensayos clínicos controlados mejorando el porcentaje de días de abstinencia frente a placebo por un período de hasta 12 meses. Es un fármaco bastante seguro, del que no se ha descrito que pueda producir daños hepáticos y

que tiene un efecto independiente de la dosis en el comportamiento de los alcohólicos. La naltrexona es un antagonista opiáceo, que parece actuar a través del sistema opiáceo endógeno modulando la liberación de dopamina en las áreas de recompensa cerebrales. Se utiliza como tratamiento de deshabitación en los pacientes con dependencia del alcohol, con el objetivo de reducir el riesgo de recaída, mantener la abstinencia y reducir el deseo de alcohol durante las fases iniciales de la recuperación³². Por otra parte, los fármacos interdictores son: disulfiram, que tiene múltiples efectos secundarios (hepatitis e interacciones (anticoagulantes, etc.); y la cianamida, que es un fármaco con un nivel C de evidencia científica y no se recomienda.

Cuando nos planteemos una *reducción del consumo*, el único fármaco con dicha indicación y recientemente autorizado por la EMA (European Medicines Agency), es nalmefeno, un modulador del sistema opiáceo que actúa sobre el circuito de recompensa del cerebro y que reduce el deseo de beber alcohol, habiendo mostrado efectividad en la reducción de días de consumo excesivo, así como en la reducción de las cantidades totales de alcohol consumidas manteniendo un buen perfil de seguridad. Ha sido desarrollado para su uso a demanda, cada día que el paciente percibe un riesgo de beber alcohol⁶². Es importante recordar que en los tratamientos orientados a la reducción de consumos no es necesaria la desintoxicación inicial y que un elemento importante en el tratamiento es la monitorización de los consumos pactados con el paciente.

Beneficios de la reducción del consumo de alcohol

La dependencia alcohólica es una enfermedad crónica y recidivante. Por ello es esencial implicar al paciente y a su familia en el manejo de la enfermedad, dado que la adherencia terapéutica es el mejor factor pronóstico, independientemente de los tratamientos ofrecidos⁶³.

La abstinencia, además de ser difícil de alcanzar y mantener, en ocasiones actúa como barrera para el tratamiento, ya que puede ser desmotivadora o no aceptada por muchos pacientes. De esta manera, más de dos tercios de los pacientes cuyo objetivo terapéutico es la abstinencia recaen en el primer año⁶⁴. Por ello es necesario disponer de diversos objetivos terapéuticos (abstinencia o reducción del consumo) que hagan más atractivo el tratamiento, incrementen el compromiso del paciente con su plan terapéutico y, consecuentemente, mejoren los resultados de este^{63,65}. Por otra parte, existe una sólida evidencia científica que apoya los beneficios de una reducción del consumo de alcohol como alternativa a la abstinencia, esta reducción puede ser un paso intermedio hacia la abstinencia y, por tanto, postularse como un tratamiento para los pacientes que fracasan con la abstinencia o para los que, desde el inicio, no aceptan la abstinencia.

Seguimiento del paciente con trastorno por consumo de alcohol

El seguimiento del paciente debería practicarse con visitas sucesivas, para reforzar y mantener el cambio, ya que el

número de visitas parece guardar relación con mejores resultados, aunque el consejo durante una visita única también ha demostrado una reducción en el consumo de alcohol⁶¹.

En la monitorización de la respuesta al tratamiento es muy útil la determinación de la GGT (gamma glutamil transpeptidasa), sobre todo por el efecto de refuerzo positivo que significa para el paciente la normalización de las cifras después de unas pocas semanas de la abstinencia. En este sentido, es aconsejable que los pacientes que inician un tratamiento orientado a la abstinencia (cumplan o no criterios de dependencia) reciban la recomendación de mantenerla por un mínimo de 4 semanas⁶¹.

Recomendaciones de sociedades científicas y organismos nacionales e internacionales sobre el papel de la atención primaria en el consumo de alcohol

Ya en 1998, el encuentro sobre Educación Médica en Alcohol⁶⁶ indicó la inadecuación de la formación actual y la necesidad de asumir un abordaje coordinado y multidisciplinario que garantizara una formación extendida a lo largo de toda la carrera profesional y basada en el conocimiento, las habilidades y las actitudes. Así, teniendo en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶⁷, en dicho encuentro se animó a las autoridades sanitarias a que, en colaboración con los organismos nacionales e internacionales, impulsaran la implementación de una formación global, abarcando desde la etapa pregrado hasta la educación médica continuada, y el desarrollo de un sistema de calificación acorde con estándares homogéneos. En este sentido, el Plan Europeo sobre Alcohol⁶⁸ subraya también la necesidad de “facilitar la formación de los profesionales de AP para que puedan identificar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo e intervenir sobre ellos”.

Por otro lado, tanto la estrategia de la UE para ayudar a los estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol⁶⁹ como el plan de acción para reducir el uso nocivo de alcohol en la región europea de la OMS 2012/2020⁷⁰ marcan las líneas que deben de seguir los estados miembros para reducir los daños relacionados con el consumo de riesgo y nocivo de alcohol. Entre ellas, la prevención mediante la identificación temprana y la intervención breve son fundamentales para conseguir los objetivos propuestos en estas políticas, siendo los sistemas de salud, y en especial la AP, un pilar esencial en su desarrollo.

Por su parte, el NICE (National Institute of Health and Care Excellence) CG115 recomienda que para las personas que presentan un mal uso del alcohol, se realice una intervención motivacional como parte de la evaluación inicial. Dicha intervención debería contener elementos clave de motivación como la ayuda a las personas con problemas reconocidos o potenciales relacionados con su consumo de alcohol, la ayuda para resolver la ambivalencia y fomentar un cambio positivo y la creencia en la posibilidad de cambiar y, por último, la adopción de una posición persuasiva y de apoyo en lugar de una posición argumentativa y polémica⁷¹.

Conclusiones y propuestas de mejora

1. AP es el nivel asistencial más accesible, al que llega la mayoría de la población: prácticamente el 95% de las personas acuden en alguna ocasión a su centro de salud en el plazo de 5 años⁷².
2. El consumo de alcohol es causa directa o contribuyente de múltiples enfermedades, suicidio y accidentes de tráfico y, por tanto, constituye un importante problema de salud pública dando lugar a una notable carga clínica, social y económica.
3. Por todo ello es necesario mejorar el cribado, la identificación precoz y la intervención breve, así como el tratamiento o la derivación de los pacientes con TCA en AP.
4. Se estima totalmente necesario mejorar la formación continuada dirigida al abordaje integral de los TCA desde la AP; por otra parte se considera imprescindible la disponibilidad de herramientas informáticas unificadas para toda España.
5. Finalmente, se considera imprescindible que el médico de asistencia primaria pueda acceder a la prescripción de cualquier tratamiento farmacológico indicado para los TCA.

Financiación

Este trabajo se ha elaborado con la colaboración de Lundbeck.

Conflictos de intereses

José Ángel Arbesu 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 y Esteve.

Antoni Gual ha recibido subvención económica de Lundbeck, D&A Pharma y TEVA así como honorarios de parte de Lundbeck, D&A Pharma y Abbvie durante la realización del estudio, y no tienen relación con el trabajo presentado.

Rafael Casquero Ruiz ha percibido una remuneración económica en concepto de actividad de docencia y formación por parte de la industria farmacéutica Lundbeck en el año en curso.

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.

Patricia Ortega no tiene conflicto de intereses en relación a la redacción de este artículo.

Bibliografía

1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. 2011-2012 [consultado 5-5-2015]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf>
2. Monteiro M. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C: Organización Mundial de la Salud; 2008.
3. Kim JY, Lee DY, Lee YJ, Park KJ, Kim KH, Kim JW, et al. Chronic alcohol consumption potentiates the development of diabetes through pancreatic beta-cell dysfunction. *World J Biol Chem.* 2015;6:1-15.
4. Dirección general de la Salud Pública, CEI. Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA en España. 2014.
5. Hong SW, Linton JA, Shim JY, Kang HT. High-risk drinking is associated with a higher risk of diabetes mellitus in Korean men, based on the 2010-2012 KNHANES. *Alcohol.* 2015;49:275-81.
6. Pezzilli R. Alcohol abuse and pancreatic diseases: an overview. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov.* 2015 [Epub ahead of print].
7. Steen K, Hunskaar S. Violence in an urban community from the perspective of an Accident and Emergency department: a two-year prospective study. *Medical Science Monitor.* 2004;10:CR75-9.
8. Rossow I. Alcohol-related violence: the impact of drinking pattern and drinking context. *Addiction.* 1996;91:1651-61.
9. Rehm J, Shield K, Rehm M, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence. *Canada Cent Addict Ment Heal.* 2012.
10. Rehm J, Shield KD, Gmel G, Rehm MX, Frick U. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23:89-97.
11. Rehm J, Rehm MX, Shield KD, Gmel G, Gual A. Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment-based interventions on alcohol dependence. *Adicciones.* 2013;25:11-8.
12. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;420:47-54.
13. Pulido J, Indave-Ruiz BI, Colell-Ortega E, Ruiz-García M, Bartroli M, Barrio G. Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. *Rev Esp Salud Pública.* 2014;88:493-513.
14. Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica clínica en España. Ministerio de Sanidad; 2007.
15. Indave BI, Sordo L, Pulido J, Vallejo F, Sarasa-Renedo A, Bravo MJ. [Research methods on alcohol-related harm in the population]. *Rev Esp Salud Pública.* 2014;88:447-68.
16. Berner MM, Kriston L, Bentele M, Harter M. The alcohol use disorders identification test for detecting at-risk drinking: a systematic review and meta-analysis. *J Stud Alcohol Drugs.* 2007;68:461-73.
17. Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007;31:185-99.
18. Rubinsky AD, Dawson DA, Williams EC, Kivlahan DR, Bradley KA. AUDIT-C scores as a scaled marker of mean daily drinking, alcohol use disorder severity, and probability of alcohol dependence in a U.S. general population sample of drinkers. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013;37:1380-90.
19. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud. 2012 [consultado 5-5-2015]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
20. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). 2009-2010 [consultado 5-5-2015]. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES_2009.pdf
21. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004;82:858-66.
22. Gual A, Miquel L. [New perspectives for the treatment of alcoholism]. *Med Clin (Barc).* 2015;144:24-5.
23. Córdoba García R, Camaralles Guillem F, Lizarbe Alonso V, Jiménez Muñoz M. [Tackling the risk of alcohol consumption from primary care]. *Aten Primaria.* 2012;44:635-7.
24. Encuesta sobre alcohol y drogas en España EDADES 2013/2014. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2015.
25. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según causa de muerte 2011. Resultados nacionales [consultado 5-5-2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2011/l0/&file=01000.px&type=pcaxis&L=0>
26. Rehm J, Gmel G, Kiefer F, Kreutz R, Kugler J, Muller-Walther M, et al. [Improvement of management of hypertension by implementation of alcohol screening and subsequent interventions in primary practice]. *Dtsch Med Wochenschr.* 2014;139:2457-62.
27. Taylor B, Irving H, Baliunas D, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S, et al. Alcohol and hypertension: gender differences in dose-response relationships determined through systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2009;104:1981-90.
28. Stewart S, Miller P. Detection and treatment of alcohol-sensitive hypertension. *Current Hypertension Reviews.* 2007;3:119-27.
29. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry.* 1996;66:17-31.
30. Smith JP, Randall CL. Anxiety and alcohol use disorders: comorbidity and treatment considerations. *Alcohol Res.* 2012;34:414-31.
31. Zvolensky J, Smits J, editors. *Anxiety in Health Behaviors and Physical Illness.* 1st ed. New York: Springer-Verlag; 2007.
32. Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J, Pereiro Gómez C, Bobes García J, editors. *Alcoholismo: Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol. Guías clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica.* 3.ª ed. Madrid: SANED; 2013.
33. Schuckit MA, Smith TL, Kalmijn J. Relationships among independent major depressions, alcohol use, and other substance use and related problems over 30 years in 397 families. *J Stud Alcohol Drugs.* 2013;74:271-9.
34. Hashimoto E, Tayama M, Ishikawa H, Yamamoto M, Saito T. Influence of comorbid alcohol use disorder on treatment response of depressive patients. *J Neural Transm.* 2015;122:301-6.
35. Le Fauve CE, Litten RZ, Randall CL, Moak DH, Salloum IM, Green AI. Pharmacological treatment of alcohol abuse/dependence with psychiatric comorbidity. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004;28:302-12.
36. Cabrero E, Osuna E, Luna J, Jiménez-Bueno M, Blanco-Íñiguez A, Luna A. Consecuencias de las drogodependencias en el mundo laboral. *Adicciones.* 1996;8:419-28.
37. Lachenmeier DW, Rehm J. Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. *Sci Rep.* 2015;5:8126.
38. World Cancer Research F, American Institute for Cancer R. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective.* AICR. 2007. Disponible en: http://www.dietandcancerreport.org/cancer_resource_center/downloads/Second_Expert_Report_full.pdf

39. Schutze M, Boeing H, Pischon T, Rehm J, Kehoe T, Gmel G, et al. Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *BMJ*. 2011;342:d1584.
40. Rodríguez-Martos A. Educación médica sobre alcohol: perspectiva de futuro. *Adicciones*. 2002;14:91-105.
41. Rodríguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Pérez R. CAGE: validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogaalcohol*. 1986;11:132-9.
42. Anderson P, Braddick F, Reynolds J, Gual A, editors. *Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. 2nd ed. The AMPHORA project. 2013.
43. Turner BJ, McLellan AT. Methodological challenges and limitations of research on alcohol consumption and effect on common clinical conditions: evidence from six systematic reviews. *J Gen Intern Med*. 2009;24:1156-60.
44. Mitchell AJ, Meader N, Bird V, Rizzo M. Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2012;201:93-100.
45. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013;23:103-8.
46. Roson B, Monte R, Gamallo R, Puerta R, Zapatero A, Fernández-Sola J, et al. Prevalence and routine assessment of unhealthy alcohol use in hospitalized patients. *Eur J Intern Med*. 2010;21:458-64.
47. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2000;160:1977-89.
48. Rodríguez-Martos A, Castellano Y, Salmeron JM, Domingo G. Simple advice for injured hazardous drinkers: an implementation study. *Alcohol Alcohol*. 2007;42:430-5.
49. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, Brown JM, Brownley KA, Council CL, et al. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2012;157:645-54.
50. Williams EC, Rubinsky AD, Lapham GT, Chávez LJ, Rittmueller SE, Hawkins EJ, et al. Prevalence of clinically recognized alcohol and other substance use disorders among VA outpatients with unhealthy alcohol use identified by routine alcohol screening. *Drug Alcohol Depend*. 2014;135:95-103.
51. Guía de buena práctica clínica en el uso y el abuso del alcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo, Organización Médica Colegial de España: International Marketing & Communication; 2006.
52. Brotons C, Bulc M, Sammut MR, Sheehan M, Manuel da Silva Martins C, Bjorkelund C, et al. Attitudes toward preventive services and lifestyle: the views of primary care patients in Europe. The EUROPREVIEW patient study. *Fam Pract*. 2012;29 Suppl 1:i168-76.
53. Brotons C, Soriano N, Moral I, Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Martín-Moreno JM. [Prevention in primary care. The example of the Program for Prevention and Health Promotion. SESPAS Report 2012]. *Gac Sanit*. 2012;26 Suppl 1:151-7.
54. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*. 1993;88:315-35.
55. Proyecto Europeo de Atención Primaria y Alcohol (PHEPA II). 2015 [consultado 13-5-2015]. Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/traingprogram_catala.pdf
56. Ventura I, editor. *Psicoterapia del alcoholismo: Tratado de Alcoholología*; 2000.
57. Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, Marrin K, White J, Frosch DL. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Ann Fam Med*. 2014;12:270-5.
58. Bradley KA, Kivlahan DR. Bringing patient-centered care to patients with alcohol use disorders. *JAMA*. 2014;311:1861-2.
59. Ministerio de Sanidad SSEL. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. 2015 [consultado 12-5-2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf
60. Robledo T, Córdoba R. *Cómo actuar ante el consumo de alcohol: guía de referencia para profesionales de Atención Primaria*. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs. Barcelona: semFYC; 2007.
61. *Guía de referencia rápida para abandonar el abuso de alcohol*. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs. Barcelona: semFYC; 2005.
62. European Medicines Agency. EPAR: Selincro. 2013 [consultado 5-5-2015]. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/002583/WC500140303.pdf
63. Heather N, Adamson S, Raistrick D, Slegg G. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: I. Baseline differences between abstinence and non-abstinence groups. *Alcohol Alcohol*. 2010;45:128-35.
64. Miller W, Walters S, Bennett M. How effective is alcoholism treatment in the United States? *J Stud Alcohol Alcohol*. 2001;62:211-20.
65. Hodgins D, Leigh G, Milne R, Gerrish R. Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholic. *Addict Behav*. 1997;22:247-55.
66. McNeill A; European Council for Alcohol Research Rehabilitation and Education. *Medical education in alcohol and alcohol problems: a european perspective*. St. Ives, Cambridgeshire: EURO-CARE; 1999.
67. World Health Organization. *Summary Report of the European Symposium on Substance Abuse Education for Health Professionals*. Geneva; WHO; 1989.
68. World Health Organization. *European Alcohol Action Plan 2000-2005*. Geneva; WHO; 1999.
69. Comisión de las Comunidades Europeas. *Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Una estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducirlos daños relacionados con el alcohol*. 2006.
70. Organización Mundial de la Salud. *Plan de Acción para reducir el consumo nocivo de alcohol. Resolución CD51.R14*. Geneva: WHO; 2011.
71. NICE. *Alcohol use disorders: harmful drinking and alcohol dependence. Evidence Update January 2013* [consultado 5-5-2015]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg115/evidence/cg115-alcohol-dependence-and-harmful-alcohol-use-evidence-update2>
72. Babor T, Higgins-Biddle J. *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking*. World Health Organization [consultado 12-5-2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67210/1/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf?ua=1