

## Revista Médica del IMSS

Volumen **44**  
Volume

Número **2**  
Number

Marzo-Abril **2006**  
March-April




*Artículo:*

Intervención del médico familiar en alcoholismo.




Revisión de estrategias operativas

Derechos reservados, Copyright © 2006:  
Instituto Mexicano del Seguro Social

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in  
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

# Intervención del médico familiar en alcoholismo.

## Revisión de estrategias operativas

Luis Ángel  
Martínez-Hernández,<sup>1</sup>  
Mario Joaquín  
López-Carbajal,<sup>2</sup>  
David Armengol-Agis<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico pediatra, maestro en Salud Pública, diplomado en Adicciones, ex coordinador delegacional de Educación en Salud, Delegación Hidalgo  
<sup>2</sup>Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud, Hospital General de Zona con Medicina Familiar 1, Pachuca, Hidalgo  
<sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar, Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 8, Ciudad Sahagún, Hidalgo

Comunicación con:  
Luis Ángel  
Martínez-Hernández.  
Dirección electrónica:  
luisguspa44@yahoo.com

### RESUMEN

Las acciones de prevención secundaria del abuso de alcohol y alcoholismo en el primer nivel de atención médica, enfrentan diversas barreras que dificultan su abordaje: las que opone el propio paciente, el médico tratante y el equipo multidisciplinario y las que corresponden al mismo sistema de atención. Se efectuó una revisión de la literatura internacional y nacional relativa a prevención secundaria que facilita al médico de primer nivel su actuación en la contención del alcoholismo a través de la detección temprana y la intervención breve. Presentamos un modelo operativo que la Organización Mundial de la Salud conformó en 2001 como la suma de las recomendaciones de sus expertos en el problema, que conjunta la detección temprana aplicando el *Test de identificación de desórdenes debidos al uso del alcohol*, en el que con base en la calificación obtenida se aplica una estrategia de intervención que va del consejo a la terapia breve o, en su caso, la referencia a servicios especializados.

### SUMMARY

The actions of secondary prevention of alcohol abuse and alcoholism in the primary medical attention confront barriers that difficult their attention, beginning with those of the patient him or herself, those of the family physician and the multidisciplinary staff, and finally, those corresponding to the system of attention itself. The objective of this study is to show a review of international literature and experiences in Mexico, which present secondary prevention strategies that facilitate the family physician his or her performance in the containment of alcoholism through early detection and brief intervention. In this paper, we present an operative model that the World Health Organization made in 2001 as an advice of its experts on the problem, combining early detection through the application of the "Identification test of disorders due to alcohol addiction, abuse and/or dependence" (AUDIT) and based on the score obtained, it applies an intervention strategy that goes from the simple piece of advice to the brief therapy and if it is necessary, the derivation.

## Introducción

El primer problema en la atención del enfermo de abuso de alcohol y dependencia alcohólica es que el paciente no tiene conciencia de su padecimiento o trata de minimizar y ocultar su problema (la negación es una constante), no demanda consulta por su enfermedad primaria sino por sus complicaciones, no identifica la oportunidad de tratarse en el primer nivel de atención y recurre a la medicina alternativa o tradicional.

Por su parte, el médico asume posiciones paternalistas o de juez, no desea antagonizar con los pacientes, sólo atiende la causa inmediata o la complicación presente, no aborda al núcleo

familiar, refiere incoordinación del equipo multidisciplinario de salud, exceso de consulta, no le da valor a las posibilidades de cambio a través de la consejería y las intervenciones breves en su ámbito, pues desconoce las múltiples evidencias que señalan al médico del primer nivel en una posición privilegiada para la atención del alcoholismo.<sup>1,3</sup>

Una investigación específica en Seattle, USA, en 40 médicos familiares, indicó que en los médicos la principal barrera fue la falta de tiempo y capacitación; en los pacientes, la negativa y falta de motivación para el cambio. Además, agrega otro factor: la falta de recursos comunitarios y programas de tratamiento.<sup>4</sup>

### Palabras clave

- ✓ alcoholismo
- ✓ medicina familiar
- ✓ intervención breve
- ✓ estrategias operativas

### Key words

- ✓ alcoholism
- ✓ family physician
- ✓ brief intervention
- ✓ operative strategies

En México, los trabajos que iniciaron la propuesta de fortalecer al médico del primer nivel para la atención del alcoholismo fueron los del doctor Carlos Campillo Serrano del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", quien desde 1988 señalaba que la consulta con el médico general reivindica al bebedor problema y a su familia al considerar el problema desde el ángulo de la salud. El médico general está en mejor posición que los especialistas para tratar estos problemas, ya que los pacientes son más anuentes a consultar con él que con un psiquiatra o psicólogo; también se ha demostrado que las personas prefieren recibir un tratamiento sencillo y breve por su médico general, que tratamientos especializados más complejos y costosos.<sup>5</sup>

En 1997, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) propuso en su *Programa institucional de fomento a la salud ante las adicciones*, que en la atención de medicina familiar se identificara a la población con alto riesgo de consumo de alcohol y a quienes ya son consumidores, reconociera los padecimientos relacionados con el consumo de alcohol para su tratamiento, aplicara modelos de intervención y derivara a los pacientes y sus familiares a grupos de autoayuda.<sup>6</sup>

Desde hace varios años, los autores de esta revisión hemos explorado en nuestro medio esta problemática que compete a la prevención secundaria,<sup>7-10</sup> cuyas acciones sustantivas son la detección temprana y tratamiento oportuno. Concluimos que es necesario dar a conocer al médico familiar las experiencias operativas que en otros países y en México han logrado enfrentar con éxito este serio problema de salud. Para ello, se efectuó una revisión de la literatura internacional encaminada a encontrar estrategias operativas que hubieran demostrado efectividad en el manejo de los pacientes de abuso de alcohol y alcoholismo en el primer nivel de atención, en particular las realizadas en México y en las que participó el IMSS.

En el presente desarrollo se toman en cuenta principalmente estudios publicados en revistas indexadas, de autores reconocidos o instituciones a la vanguardia en este tema. Se inicia con la revisión de los trabajos que muestran la utilidad de las intervenciones breves para la atención del alcoholismo en el primer nivel, y se continúa con publicaciones que validan los test clínicos más utilizados en la detección del alcoholismo;

por último, se presenta el modelo operativo que propone la Organización Mundial de la Salud para el abordaje de este padecimiento.

## La intervención breve

Durante los últimos 20 años se han realizado en todo el mundo numerosos metaanálisis y estudios clínicos aleatorizados de las intervenciones breves en atención primaria en pacientes de alcoholismo, considerando la intervención breve desde el simple consejo médico hasta la terapia breve estructurada y el seguimiento.

Bien y Miller analizaron 32 estudios controlados que incluían alrededor de seis mil pacientes; concluyeron que aplicadas en los centros de atención primaria y programas de medicina laboral, las intervenciones breves eran tan eficaces como los tratamientos más amplios.<sup>11</sup> Kahan y colaboradores revisaron 11 estudios de intervención breve y recomendaron a los facultativos implementar estas estrategias en su práctica clínica, ponderando su impacto sobre la salud pública.<sup>12</sup> Wilk y colaboradores revisaron 12 estudios aleatorizados controlados y concluyeron que los bebedores que reciben una intervención breve eran dos veces más propensos a reducir su consumo en un periodo de seis meses a un año.<sup>13</sup> Moyer y colaboradores compararon la intervención breve con tratamientos más prolongados y complejos; señalan haber encontrado una amplia evidencia positiva de la eficacia de la intervención breve.<sup>14</sup> Cuijpers en Holanda realizó un metaanálisis sobre el tema en 32 trabajos de investigación y demostró que las intervenciones breves inciden en la disminución de la mortalidad.<sup>15</sup> Ballesteros y colaboradores analizaron siete estudios para determinar los efectos de la intervención breve según el sexo; no encontraron diferencias significativas: en hombres,  $d = -0.25$  e IC 95 % =  $-0.34$  a  $-0.17$ ; en mujeres,  $d = 0.26$  e IC 95 % =  $-0.38$  a  $-0.13$ .<sup>16</sup>

En Australia, McIntosh y colaboradores del Centro de Medicina Familiar de Sydney atendieron 265 pacientes con tres métodos de intervención breve: en el primero únicamente se proporcionó consejo médico; en el segundo, sesiones de 30 minutos de terapia cognitiva por el médico; en el tercero, la misma estrategia pero por personal de enfermería, resultando una disminución de consumo de alcohol en 66 % de

los hombres y en 74 % de las mujeres, sin diferencias significativas entre los tres grupos.<sup>17</sup> En Inglaterra, Heather publicó la importancia de la detección en los servicios de atención primaria, de los bebedores excesivos.<sup>18</sup> Anderson, en Dinamarca, presentó el resultado de seis estudios sobre el tema.<sup>19</sup> En Finlandia, Mauri y colaboradores realizaron un estudio controlado a tres años, con 296 sujetos que tuvieron intervención breve, monitoreándolos con mediciones del volumen corpuscular medio y enzimas hepáticas; encontraron que hubo reducción clínicamente significativa del consumo de alcohol en 25 a 53 % de los sujetos.<sup>20</sup>

En España, el Grupo Cordobés de Investigación en Atención Primaria, con un estudio cuasiexperimental, abierto y multicéntrico, reiteró la importancia de la intervención del médico de familia en el abordaje del alcoholismo; después de dos años obtuvo cifras de reducción de 38.9 % (IC 95 % = 32.2 a 44.3),<sup>21</sup> al igual que los expertos de la Universidad del País Vasco encabezados por Ballesteros, quienes analizaron 13 estudios sobre el tema; entre otros, obtuvieron resultados mínimos de asociación de la intervención breve, con RM = 1.55 (IC 95 % = 1.27 a 1.90).<sup>22</sup>

Finalmente, Whitlock y colaboradores del Centro de Medicina Basada en Evidencias de Oregon, USA, efectuaron una revisión de diversas bases de datos, entre las que destaca *Cochrane Database of Systematic Review*, con 112 referencias de 1994 a 2003; encontraron que los pacientes que recibieron intervenciones para ser aconsejados sobre su conducta redujeron 13 a 34 % su consumo de alcohol en número de copas por semana, y 10 a 19 % dejaron de beber.<sup>23</sup>

Los antecedentes en México datan de más de 20 años en una publicación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, que ya mencionaba la utilidad de las intervenciones breves en el primer nivel de atención.<sup>24</sup> El más importante ha sido la participación en un estudio multinacional en 11 países, promovido por la Organización Mundial de la Salud.

El doctor Campillo Serrano del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", realizó un ensayo clínico controlado doble ciego prospectivo de enero de 1986 a enero de 1987, en la Unidad de Medicina Familiar 10 del IMSS y el Hospital "Manuel Gea González" de la Secretaría de Salud, donde se formaron cuatro grupos

de pacientes: al primero sólo se les dio consejo médico; al segundo, consejo médico con apoyo de material gráfico; al tercero, todo lo anterior más seguimiento; el cuarto fue un grupo testigo, al cual se les dio orientación general sobre educación para la salud. A los seis meses hubo disminución del consumo de alcohol en los cuatro grupos, lo que confirmó cómo los pacientes responden positivamente a las indicaciones médicas cuando consideran que están siendo realmente atendidos.

Otra recomendación derivada del trabajo fue la necesidad de integrar programas regionales relacionados con el consumo de alcohol,<sup>25</sup> propuesta ratificada por Cobos Aguilar y Banda Martínez del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 6 del IMSS en San Nicolás de los Garza, Nuevo León, en la investigación que realizaron sobre consumo de alcohol y adolescencia.<sup>26</sup>

Otro estudio en el IMSS lo realizaron Labradorero y colaboradores en la Unidad de Medicina Familiar 9 de la ciudad de México, al investigar con un diseño cuasiexperimental el impacto de colocar material audiovisual (carteles), entregar trípticos sobre el tema, otorgar pláticas de información e incluir consejos del médico familiar durante su consulta. Concluyeron que la suma de estas acciones sinergiza el efecto educativo en la población.<sup>27</sup>

## Test para detección del alcoholismo

Para identificar los casos de consumo perjudicial, abuso y dependencia al alcohol, se utilizan cuestionarios clínicos; los más importantes son el CAGE (acrónimo de cortar, anonadado, culpable y consumo de alcohol al despertar) y el *Test de identificación de desórdenes debidos al uso del alcohol*.

CAGE consta de cuatro preguntas; si la respuesta es afirmativa en dos, hay problemas con el alcohol:

- ¿Ha sentido que debería disminuir su manera de beber?
- ¿Le ha molestado que la gente critique su forma de beber?
- ¿Se ha sentido culpable por su actividad alcohólica?
- ¿Para sentirse bien alguna vez ha tenido que beber por la mañana luego de una sesión alcohólica?

Puede ser aplicado por personal paramédico, promotores comunitarios, maestros e incluso clérigos.<sup>28</sup> Un metaanálisis de 35 publicaciones en Medline de 1974 a 2001, realizada por expertos en Bélgica, lo señala como una herramienta efectiva para detección de alcoholismo en el primer nivel de atención médica, con una correlación de 0.87 (IC 95 % = 0.85 a 0.89).<sup>29</sup>

El *Test de identificación de desórdenes debidos al uso del alcohol* es un cuestionario de 10 preguntas diseñado por la Organización Mundial de la Salud en 1982, probado en México desde 1989 y cuya versión en español fue elaborada por De la Fuente y Kershenovich en 1992 e incluida en la *Norma oficial mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*; dichos autores reportan alta sensibilidad (92 %) y especificidad (94 %).<sup>30</sup>

Patricia Kokotallo y colaboradores en una investigación sobre la validez del test obtuvieron cifras que variaron de 0.872 a 0.775 en cuanto a la utilidad para identificar el consumo de alcohol en estudiantes universitarios; determinaron que la prueba tiene características psicométricas razonables.<sup>31</sup>

Una revisión sistemática de la literatura en Medline de los años 1966 a 1998 efectuada por Fiellin y colaboradores ubicaron 38 publicaciones en idioma inglés que mostraron al *Test de identificación de desórdenes debidos al uso del alcohol* como el más efectivo, con sensibilidad de 51 a 97 % y especificidad de 78 a 96 %, seguido del CAGE con sensibilidad de 43 a 94 % y especificidad de 70 a 97 %.<sup>32</sup>

En el IMSS hay el antecedente de un trabajo de 1993 a 1994 para medir la prevalencia del

**Cuadro I**  
**Test de identificación de desórdenes debidos al uso de alcohol**

	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas?	Nunca	Una vez al mes o menos	Dos o cuatro veces al año	Dos o tres veces por semana	Cuatro o más veces por semana
2. ¿Cuántas copas toma en un día?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más copas en una sola ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
4. ¿Cuántas veces en el último año notó que una vez que comenzó a tomar ya no podía parar?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
5. ¿Cuántas veces en el último año el tomar bebidas alcohólicas interfirió con sus actividades normales?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
6. ¿Cuántas veces en el último año tuvo que tomar un primer trago por la mañana para poder funcionar después de haber tomado el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
7. ¿Cuántas veces en el último año tuvo remordimiento o sentimientos de culpa después de tomar bebidas alcohólicas?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
8. ¿Cuántas veces en el último año no ha podido recordar lo que pasó la noche anterior debido a que tomó bebidas alcohólicas?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
9. Debido a que tomó bebidas alcohólicas, ¿usted o alguien ha resultado lastimado?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año
10. ¿Existe algún amigo, pariente o médico que conozca su consumo de bebidas alcohólicas o que le haya sugerido suspenderlo?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año

consumo de alcohol y sus problemas a través del *Test de identificación de desórdenes debidos al uso del alcohol*, que se aplicó a 45 117 derechohabientes en sus 36 delegaciones y permitió identificar un consumo problemático en 12.8 % de los encuestados, 22.2 % en hombres y 3.4 % en mujeres, además de otros datos.<sup>33</sup>

## Modelo de intervención de la OMS

La importancia de las acciones de prevención secundaria del alcoholismo en el primer nivel de atención, generó que la Organización Mundial de la Salud haya constituido un grupo de estudio específico: *WHO Phase IV Research Group (Collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care)*, que ha producido la *Guía de consumo de bajo riesgo*, el *Manual de autoayuda* y el *Manual de intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol*, publicados en el año 2001, que son los documentos de mayor importancia con que se cuenta en el manejo del problema en atención primaria, disponibles en la página de internet de la Organización Mundial de la Salud.<sup>34</sup>

A continuación presentamos algunos de los conceptos más importantes de estos documentos para que el médico familiar los conozca, se interese en ellos, profundice en su conocimiento y los integre a su acervo terapéutico:

La *Guía de consumo de bajo riesgo* y el *Manual de autoayuda* son apoyos para que al profesional se le facilite su labor, que va de la orientación educativa sobre el alcohol al consejo sencillo, la intervención breve, seguimiento y la derivación a servicios especializados.

El *Manual de intervención breve* propone en primer término la aplicación del *Test de identificación de desórdenes debidos al uso del alcohol* (cuadro I), que consta de 10 preguntas: las tres primeras miden la cantidad y frecuencia del consumo habitual y ocasional de alcohol; las siguientes tres preguntas se refieren a la aparición de posibles síntomas de dependencia; las cuatro últimas evalúan los problemas recientes y pasados asociados al consumo de alcohol. La puntuación resultante define la conducta a seguir al ubicar al paciente en cuatro zonas con intervenciones terapéuticas propias de cada una (cuadro II).

### Zona I. Educación sobre el alcohol (0 a 7 puntos)

Los pacientes con esta puntuación, tanto bebedores de bajo riesgo como abstemios, pueden beneficiarse de la información sobre el consumo de alcohol, para fortalecer su postura. Se debe informar sobre el resultado y abrir un espacio de comunicación sobre el tema para resolver las dudas, reiterando que de sobrepasarse el límite se corre el riesgo de padecer todos los problemas relacionados con el alcohol.

A menudo es útil recordar que una bebida “estándar” equivale a una copa de vino, una botella de cerveza o una copa de una bebida destilada, y que el organismo tiene la capacidad de eliminarla en una hora, tiempo límite recomendable si se desea consumir sin intoxicarse.

**Cuadro II**  
Intervención del profesional de la salud en el manejo del alcoholismo en atención primaria, de acuerdo a la puntuación del AUDIT

Nivel de riesgo	Intervención	Puntuación
Zona I	Educación sobre el alcohol	0 a 7
Zona II	Consejo simple	8 a 15
Zona III	Consejo simple más terapia breve y seguimiento	16 a 19
Zona IV	Derivación al especialista y otros apoyos a tratamiento	20 a 40

AUDIT = *Test de identificación de desórdenes debidos al uso de alcohol*

### Zona II. Consejo simple (8 a 15 puntos)

Estos pacientes presentan el riesgo de patologías crónicas debido al consumo habitual de alcohol o el riesgo de lesiones, problemas legales, bajo rendimiento laboral y problemas sociales debidos a episodios de intoxicación aguda, y como tal deben ser informados de las consecuencias a que se exponen por su forma de beber.

El consejo simple apoyado con un folleto educativo es la intervención de elección. Uno de estos folletos es la *Guía para el consumo de bajo riesgo*, sin embargo, existen varias otras publicaciones elaboradas por *National Institute on Alcohol Abuse and*

Luis Ángel  
Martínez-Hernández et al.  
Intervención del médico  
familiar en alcoholismo

### *Zona III. Consejo simple, terapia breve y seguimiento (16 a 19 puntos)*

Este tipo de pacientes son bebedores que ya han experimentado problemas de salud físicos, mentales y sociales derivados del consumo perjudicial de alcohol; cumplen los criterios diagnósticos del DSM-IV para clasificarlos en la enfermedad por abuso de alcohol y en el código F10.1 de consumo perjudicial de alcohol de la *Décima Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10). Depende del criterio del médico familiar incluir casos limítrofes de la zona II a este manejo.

La terapia breve es un proceso sistemático centrado en una evaluación rápida, pronta adherencia del paciente e implementación inmediata de estrategias de cambio; a diferencia del consejo simple, su objetivo es proporcionar a los pacientes las herramientas adecuadas para cambiar actitudes básicas y manejar los problemas subyacentes. Esta atención se considera apropiada únicamente para pacientes que aún no manifiestan dependencia al alcohol y que todavía son capaces de reducir su consumo; aquí es necesario enfatizar que la propuesta de abstinencia no es aceptada regularmente, pero podría sugerirse más adelante cuando la persona se haya percatado de los beneficios obtenidos.

El grupo de investigadores de la Organización Mundial de la Salud recomienda utilizar el esquema de Prochaska y Di Clemente que ubica al paciente en varios estadios secuenciales para que aprecie su situación, que van desde la precontemplación en que aún no hay conciencia del problema y pasa a la contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

En apoyo a estas acciones, los expertos elaboraron el *Manual de autoayuda* que se entrega al paciente y es el tercer documento de la Organización Mundial de la Salud que integra la serie.

En la actualidad hay numerosos y variados enfoques en la terapia breve, entre ellos los que corresponden al enfoque cognitivo conductual como la *terapia racional emotiva* de Ellis y Abraham, quienes trabajan sobre "las distorsiones del pensamiento"<sup>37</sup> y el *modelo de autocontrol dirigido*

de Mark y Linda Sobell, de Canadá. Al probar este modelo en la ciudad de México, se halló que 77 % de sus usuarios obtuvieron resultados muy satisfactorios ya que lograron 72 % de días de abstinencia durante el tratamiento y cambiaron su patrón de consumo excesivo, que de 8.4 % días en los doce meses previos al tratamiento bajó a 2.9 %, y de 10.26 copas por ocasión bajó a 2.74 con una diferencia significativa de 0.001.<sup>38</sup>

El modelo consta de cuatro sesiones, lecturas y ejercicios en que el paciente evalúa los pros y contras de continuar, disminuir o suspender su consumo, identifica sus factores de riesgo, aplica un esquema básico para resolver sus problemas, se fija metas y tiene seguimiento por su médico familiar. En 1998, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, que ha promovido este modelo en México, convino con el IMSS su aplicación en las unidades de medicina familiar de cinco delegaciones.<sup>39,40</sup>

Cualquiera de los enfoques o modelos a seguir requiere capacitación y entrenamiento y, sobre todo, la disposición del médico familiar para allegarse de un recurso muy importante para intervenir en problemas de alcoholismo y adicciones en general.

### *Zona IV. Derivación a atención especializada (más de 20 puntos)*

La intervención breve no debería utilizarse en el manejo de estos casos, sin embargo, puede aplicarse para lograr la adherencia al tratamiento especializado y es criterio del médico familiar derivar a pacientes limítrofes de la zona III con otros médicos especialista.

En este punto, el enfermo presenta diversas patologías clínicas, severos desajustes emocionales y graves conflictos sociales que requieren atención de personal médico y paramédico especializado y el apoyo de grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos. En México, el CONADIC publicó la *Guía de detección y derivación de casos de abuso de alcohol y alcoholismo para el médico de primer nivel de atención*.<sup>41</sup>

El equipo de salud en el primer nivel debe disponer de un directorio de grupos de autoayuda de su comunidad, tanto para los enfermos como para sus familiares, para derivar los casos. Es conveniente que se documente y se acerque a estos

grupos, para trabajar conjuntamente en la recuperación de los pacientes.<sup>42</sup> El Comité de Cooperación con la Comunidad Profesional de Alcohólicos Anónimos en México, sugiere a los profesionales de la salud que orienten a sus pacientes para que acudan a los grupos de autoayuda los primeros tres meses de su rehabilitación, porque 72 % de quienes lo hacen llegan al siguiente año de iniciada su recuperación.<sup>43</sup>

Como antecedentes importantes de la relación entre el IMSS y Alcohólicos Anónimos, en 1997 se firmó un convenio de colaboración que permite a los integrantes de ese grupo de autoayuda acudir formalmente a entrevistarse con pacientes en las unidades médicas y fortalecer los grupos institucionales de Alcohólicos Anónimos que funcionan en los establecimientos del IMSS —situación que ya se daba desde años atrás— y, finalmente, participar conjuntamente en la campaña anual “Compartiendo esfuerzos” que se efectúa durante una semana del mes de enero y en la que Alcohólicos Anónimos ubica módulos de información al público sobre su programa de recuperación en las unidades médicas en primero y segundo nivel de atención.

## Conclusiones

Se efectuó una revisión de la literatura internacional acerca de las estrategias de prevención secundaria que puede utilizar el médico de primer nivel para la contención del abuso de alcohol y alcoholismo.

La información que reporta la utilidad y conveniencia de la intervención del médico familiar en este grave problema de salud es contundente y llevó al grupo de expertos sobre el tema de la Organización Mundial de la Salud a elaborar un modelo, que presentamos someramente, el cual conjunta la detección temprana con base en el *Test de identificación de desórdenes debidos al uso del alcohol*, con la intervención breve que va del consejo médico a la terapia breve estructurada.

Confirmada la importancia de la intervención del médico familiar en la contención del abuso de alcohol y el alcoholismo y conocido el modelo, esperamos que los médicos familiares y el equipo multidisciplinario del primer nivel interioricen el mismo y lo desarrollen en sus unidades, para ofrecerlo a su población afectada en sus unidades de medicina familiar.

## Referencias

1. Ochoa G. Alcoholismo un reto para el médico. *Rev Fac Med UNAM* 1997;40(4):65-71.
2. Anderson P. Alcohol and primary health care. World Health Organization. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series 64; 1996.
3. Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. *Fam Pract Inter J* 2003;20(3):270-275.
4. Ferguson L, Ries R, Russo J. Barriers to identification and treatment of hazardous drinkers as assessed by urban/rural primary care doctors. *J Addict Dis* 2003;22(2):79-90.
5. Campillo-Serrano C, Díaz MR, Romero M, Padilla P. El médico general frente al bebedor problema. *Salud Mental* 1988;11(2):124-129.
6. IMSS. Programa institucional de fomento a la salud ante las adicciones. México: IMSS; 1997.
7. Martínez-Hernández LA, Salazar GN, Trejo MB. La atención médica del bebedor problema en el primer nivel, no detiene su progresión hacia el alcoholismo. *Memorias del “IX Foro Nacional de Investigación en Salud”*. México: IMSS; 2000.
8. Martínez-Hernández LA, Armengol AD. Atención al enfermo de abuso y dependencia al alcohol en Medicina Familiar del HGZMF 1 de Pachuca, Hidalgo. *Memorias de la VIII Reunión de Investigación en Salud Región La Raza*. México: IMSS; 2002.
9. Martínez-Hernández LA, Barradas CR. Aptitud de los médicos para la atención del alcoholismo, en las Unidades Médicas Rurales de la Región Ixmiquilpan Hidalgo de IMSS Oportunidades. *Memorias de la VIII Reunión de Investigación en Salud Región Sur*. México: IMSS; 2003.
10. Armengol-Agís D. Atención en medicina familiar a pacientes por consumo de alcohol. Tesis recepcional de la especialidad de Medicina Familiar. Sede en el HGZMF 1, Pachuca, Hidalgo, 2003.
11. Bien T, Miller WR, Tonigan, JS. Brief interventions for alcohol problems. *Addiction* 1993;88(2):315-336.
12. Kahan M, Wilson L, Becker L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers. *Can Med Assoc J* 1995;152(6):851-859.
13. 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):274-283
14. Moyer A, Finney J, Swearingen C, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. *Addiction* 2002;97(3):279-292.
15. Cuijpers P, Riper H, Lemmers L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking. *Addiction* 2004;9(7):839-845.
16. Ballesteros J, González-Pinto A, Querejeta I, Arino J. Brief interventions for hazardous drinkers delivered

Luis Ángel  
Martínez-Hernández et al.  
Intervención del médico  
familiar en alcoholismo



- in primary care are equally effective in men and women. *Addiction* 2004;99(1):103-108.
17. McIntosh MC, Leigh G, Baldwin NJ, Marmulak J. Reducing alcohol consumption. Comparing three brief methods in family practice. *Can Fam Physician* 1997;43:1959-1962, 1965-1967.
  18. Heather N. Some screening is necessary to identify excessive drinkers early in primary care. *Br Med J* 2003;326(7388):550.
  19. Anderson P. Effectiveness of general practice interventions for patients with harmful alcohol consumption. *Br J Gen Pract* 1993; 43(374):386-389.
  20. Mauri A, Kaija S, Pekka M, Heikki M. Brief intervention for male heavy drinkers in routine general practice: a three-year randomized controlled study. *Alcohol and alcoholism. Int J Med Council Alcoholism* 2001;36(3):224.
  21. Fernández-García JA. Effectiveness of medical counseling for alcoholic patients and patients with excessive alcohol consumption seen in primary care. *Atencion Primaria* 2003;31(3):146-153.
  22. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Arino J, González-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses alcoholism. *Clin Exp Res* 2004;28(4):608-618
  23. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Preventive Task Force, Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US. Preventive Services Task Force.
  24. UNAM. Carta terapéutica. CEUTES. Tratamiento del alcoholismo. México: Facultad de Medicina, UNAM; 1982.
  25. Campillo SC. La intervención eficaz del médico general en el tratamiento de bebedores cuyo hábito alcohólico representa un riesgo para su salud o ya les ha ocasionado algún daño. *Salud Mental* 1992;5(2).
  26. Cobos-Aguilar H, Banda-Martínez MR. Consumo de alcohol y adolescencia. *Rev Med IMSS* 1993;31(4):279-281.
  27. Labrandero M, Palazuelos C, Bojalil R, Guiscafré H, Lozano M, Sierra M. Medios de difusión como estrategia educativa contra el alcoholismo. *Rev Med IMSS* 1998;36(6):455-461.
  28. Anderson PA, Grey SF, Nichols C, Parran TV Jr, Graham AV. ¿Is screening and brief advice for problems drinkers by clergy feasible? A survey of clergy. *J Drug Educ* 2004;34(1):33-40.
  29. Aertgeerts B, Buntins F, Kester A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. *J Clin Epidemiol* 2004; 57(1):30-39.
  30. De la Fuente JR, Kershenovich D. El alcoholismo como problema médico. *Rev fac Med UNAM* 1992;35(2):47-51.
  31. Kokotallo P, Egan J, Gangnon R, Brow D, Mundt M, Fleming M. Validez del Test de identificación de los trastornos por consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28(6):914-920.
  32. Fiellin DA, Carrington R, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2000;10(160):1977-1989.
  33. Morales-García JJ, Fernández-Gárate I, Tudon-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 Publica Mex* 2002;44(2):113-121.
  34. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Intervención breve, para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol; un manual para la utilización en atención primaria. Organización Mundial de la Salud. WHO/MSD/MSB/01.6b; 2001.
  35. ¿Cómo disminuir su hábito de ingerir alcohol? National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIH). USA: Publication No 96-3770-S-1998. Disponible en: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/spancut.htm>
  36. CONADIC. ¿Qué es el alcohol? Serie Planeación, Modelos Preventivos. México: CONADIC; 2002. Disponible en: [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx).
  37. Ellis A, Abraham E. Terapia racional emotiva, Octava reimpresión. Colombia: Alfaomega; 2001.
  38. Ayala VH. Resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental* 1995;18(4):18-24.
  39. Ayala-Velásquez H. Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México: Facultad de Psicología de la UNAM/Porrúa; 1998.
  40. Ayala-Velásquez H, Echeverría-San Vicente L. Tratamiento de conductas adictivas. Facultad de Psicología de la UNAM. Proyecto CONACYT 3283-H9308; 2001.
  41. CONADIC. Guía para la detección y derivación de casos de abuso de alcohol y alcoholismo Serie Prevención, México: CONADIC; 2001. Disponible en: [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx)
  42. Alcohólicos Anónimos. Si usted es un profesional, AA quiere trabajar con usted. México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos; 2004.
  43. Alcohólicos Anónimos. Manual del Comité de Cooperación con la Comunidad Profesional. Segunda edición. México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos; 1996. 