

Trabajo original

Prevalencia y registro del consumo de alcohol en Atención Primaria

Annabell Torres Rodríguez¹, Míriam Ceña Rodríguez-Roda¹, M^a Andrea Pippi¹, Rita Fernández Vergel², M^a Teresa Peñarrubia María², Inmaculada García Bayo²

1 Residentes de Medicina Familia y Comunitaria. ABS Bartomeu Fabrés Anglada. (Gavà).

2 Especialistas en Medicina Familia y Comunitaria. ABS Bartomeu Fabrés Anglada. (Gavà).

Correspondencia:

Annabell Torres Rodríguez

Dirección electrónica: annabellt@yahoo.com

ABS Bartomeu Fabrés Anglada. (Gavà).

Publicado: 1 de octubre del 2008
Butlletí 2008,26:9

Éste artículo está disponible en:

<http://pub.bsalut.net/butlleti/vol26/iss2/5/>

Éste es un artículo Open Access distribuït según licencia de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

PALABRAS CLAVE:

Alcohol
Registro
Prevalencia
Diagnóstico
Atención Primaria

Este trabajo ha sido previamente presentado como comunicación tipo póster, en el XXI Congreso de la CAMFiC celebrado en Salou del 23-25 de mayo de 2007

Resumen

Objetivos: Cuantificar el consumo de alcohol en la población entre 15 y 65 años. Verificar el registro de consumo de alcohol en la historia clínica.

Diseño: Estudio epidemiológico descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud de ámbito urbano.

Participantes: Mediante selección aleatoria simple, se obtuvo una muestra de 500 pacientes, de los cuales se realizaron 368 encuestas (74%), 132 pérdidas (26%).

Mediciones principales: Se aplicó una encuesta telefónica camuflada sobre el consumo de alcohol realizada de junio 2006 a enero 2007. Según el grado de consumo se clasificó a los pacientes en abstemios, riesgo moderado y riesgo elevado. Las variables fueron: edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral y estado civil. Se verificó el registro de consumo de alcohol en los últimos 2 años.

Resultados: Se realizaron 368 encuestas (cobertura 73,6%). El 45,1% eran hombres y la media de edad de la muestra era de 40,3 años (DE: 13,8). Eran abstemios 48,9% (38% hombres y 58% mujeres), 47,8% presentaban riesgo moderado (56% y 40,6% respectivamente) y 3,3% riesgo elevado (5,4% y 1,5% respectivamente) ($p < 0,0001$). El registro del consumo de alcohol en la historia clínica, se realizó en 175 pacientes (47,6%). El 56,7% de los abstemios tenían registrado el consumo de alcohol, frente al 38,1% de los de riesgo moderado y 50% de los de riesgo elevado. ($p < 0,002$).

Conclusiones: Casi la mitad de la población dice no consumir alcohol y el 3% son de riesgo elevado. Existe un bajo registro de consumo de alcohol, especialmente en los de riesgo moderado y riesgo elevado.

Summary

Aims: To quantify the alcohol consumption level in the population between 15 and 65 years old and to assess the registry of alcohol consumption in the clinical record.

Design: Cross-sectional descriptive transversal study.

Emplacement: Urban primary health care center

Participants: By means of random simple selection, a sample of 500 patients was obtained, 368 (74 %) accepted and 132 (26 %) refused.

Interventions: A hidden telephone survey between June 2006 and January 2007 to the elected patients. According to the consumption degree patients were classified as: abstemious, moderate risk and high risk. The following variables were included: age, sex, education degree, work situation, marital status. Finally, the registry of alcohol consumption in the past 2 years was verified.

Results: Total inquires coverage was 368/500 (73.6%). Male-female distribution: 45%-55% respectively. Mean age: 40.3 years (SD 13.8). The percentage of abstemious was 48,9% (38% men and 58% women), 47,8 % presented moderate risk (56% and 40,6% respectively) and 3,3% high risk (5,4% and 1,5% respectively) ($p < 0,0001$). The registration of alcohol consumption in the clinical record was fulfilled in 175 patients (47,6%). This percentage varies from 56,7% for the abstemious till 38,1 % for those with moderate risk and 50% for those with high risk. ($p < 0,002$).

Conclusions: Almost half of the population declare not to consume alcohol and 3% are of high risk. A low registry of alcohol consumption is detected, specially in those of moderate risk and high risk.

Introducción

El consumo de alcohol es uno de los principales problemas de salud pública. Según estimaciones del ministerio de sanidad y consumo las muertes atribuibles al alcohol se encuentran entre un 3 y 3,5% aproximadamente, siendo muchas de estas muertes a edades muy tempranas¹. La mayoría de ellas debidas a accidentes de tráfico, agresiones y conductas violentas. En pacientes predispuestos, un 30% de los suicidios están precedidos por el consumo de alcohol^{2,3}. Por otro lado, el consumo de alcohol se ha relacionado con la etiopatogenia de varias enfermedades como la esteatosis hepática, cirrosis, neoplasias de la cavidad oral, faringe, laringe, esófago, mama e hígado, entre otras,^{1-2,4-6}. Todo ello supone un elevado coste sanitario tanto directo como indirecto^{1,7-9}. En atención primaria se estima que entre un 15-20% de las consultas, son atribuibles al alcohol y a otros tóxicos a excepción del tabaco^{1,9}.

En el año 2003, España ocupaba el sexto lugar en el ranking de consumo mundial de alcohol, con 10 litros de alcohol puro per capita¹⁰. En ese mismo año, según la Encuesta Domiciliaria de la Dirección General de Tráfico, en España, la prevalencia de consumo de alcohol, en los últimos 12 meses fue del 76,6% y en los últimos 30 días fue de 64,1%¹¹. La prevalencia de bebedores de riesgo elevado en la población general en el 2003, según estimaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), sería del 20,2%-22,8% en hombres y 1,9%-2,5% en mujeres¹. Así pues, el alcohol constituye un problema de gran magnitud para la población general y para las entidades planificadoras y gestoras de la salud.

A pesar de las graves repercusiones y la elevada prevalencia, el diagnóstico de alcoholismo sigue planteando problemas a los profesionales de atención primaria. Esto ha llevado a realizar numerosos estudios y objetivar si existe un buen registro del consumo de alcohol. Así pues, en 1993 el registro era del 40% según Delgado et al¹², pasando al 53,4% tras 3 años de funcionamiento del programa del PAPPS¹³. Este programa, recomienda la determinación sistemática del consumo de

alcohol, como mínimo cada 2 años en toda persona de más de 14 años y sin límite de edad¹.

Los objetivos de este estudio fueron cuantificar el consumo de alcohol en la población de Gavà entre 15 y 65 años atendida en el Centro de Salud (CS) Gavà 2 Bartomeu Fabrès Anglada y verificar el registro de consumo en la historia clínica durante los últimos 2 años.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo de tipo transversal. La población diana estaba constituida por pacientes de ambos sexos entre 15 y 65 años atendidos durante el año 2005 en el CS Gava 2. Este CS es de carácter urbano del área metropolitana de Barcelona que cuenta con una población aproximada de 30.000 habitantes. Mediante selección aleatoria simple se extrajo una muestra de 500 pacientes, teniendo en cuenta que la prevalencia del consumo de alcohol en la población general, en niveles de riesgo elevado, en el 2003 según estimaciones del PAPPS sería del 20,2% -22,8% en hombres y 1,9%-2,5% en mujeres¹.

Los criterios de inclusión para la muestra fueron: pacientes de edad comprendida entre 15 y 65 años, de ambos sexos y que fueran atendidos en el CS durante el año 2005.

Durante el período de Junio de 2006 a Enero de 2007 se realizó, previo consentimiento informado, una encuesta telefónica semiestructurada camuflada validada por el PAPPS¹⁴, que constaba de 8 preguntas que permitían determinar el consumo de alcohol.

El mes anterior al inicio del trabajo de campo se realizó la homogenización de los observadores de la encuesta, así como una prueba piloto para detectar los posibles problemas que pudieran plantear el cuestionario y la reacción de los encuestados. Se estableció un máximo de 5 llamadas en diferentes horarios, si no se localizaba al paciente éste pasaba a ser considerado pérdida.

Las variables a estudio fueron, edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral y estado civil. Paralelamente se revisaron las historias clínicas para verificar el registro del consumo de alcohol en los últimos 2 años.

El consumo de alcohol se cuantificó en unidad de bebida estándar (UBE) equivalente a 10g de alcohol^{15,16}. Existen varias tablas para facilitar la cuantificación de las UBE consumidas en función del tipo de bebida alcohólica, la utilizada en este estudio fue la recomendada por la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria¹⁴ (**Tabla 1**).

TABLA 1. CUANTIFICACIÓN DE LAS UBE CONSUMIDAS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE BEBIDA ALCOHÓLICA

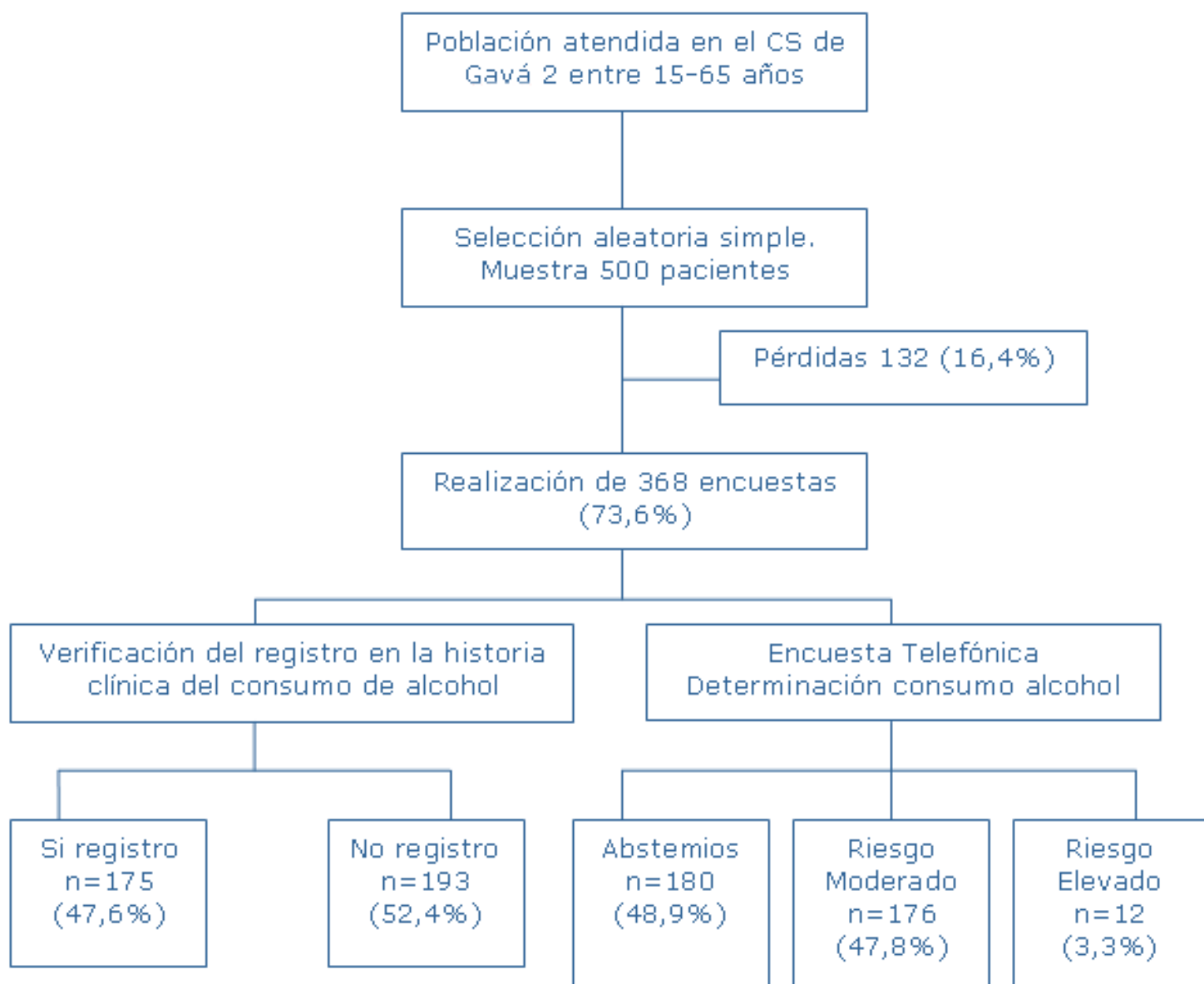
BEBIDA ALCOHÓLICA	GRAMOS DE ALCOHOL	Nº UBE
Cerveza:		
• Quinto, caña	10	1
• Mediana	15	2
• 1 litro	50	5
Vino:		
• Vaso pequeño	10	1
• Vaso grande	20	2
• 1 litro	100	10
Carajillo	10	1
Copa de cava	10	1
Vermú	15-20	2
Combinados de licor	20	2
Copa de licor	20	2

Ante la demostrada tendencia a que el consumo se concentre o aumente durante los fines de semana, tanto en bebedores ocasionales como en bebedores de riesgo, se cuantificó el consumo semanal^{16,17}.

En función de la cuantificación del consumo de alcohol se clasificó a los pacientes en abstemios (0 UBE consum), bebedores de riesgo moderado (< 28 UBE/semana en hombres, < 17 UBE/semana en mujeres) y bebedores de riesgo elevado (> 28 UBE hombres y > 17 UBE mujeres)^{1,14,18}

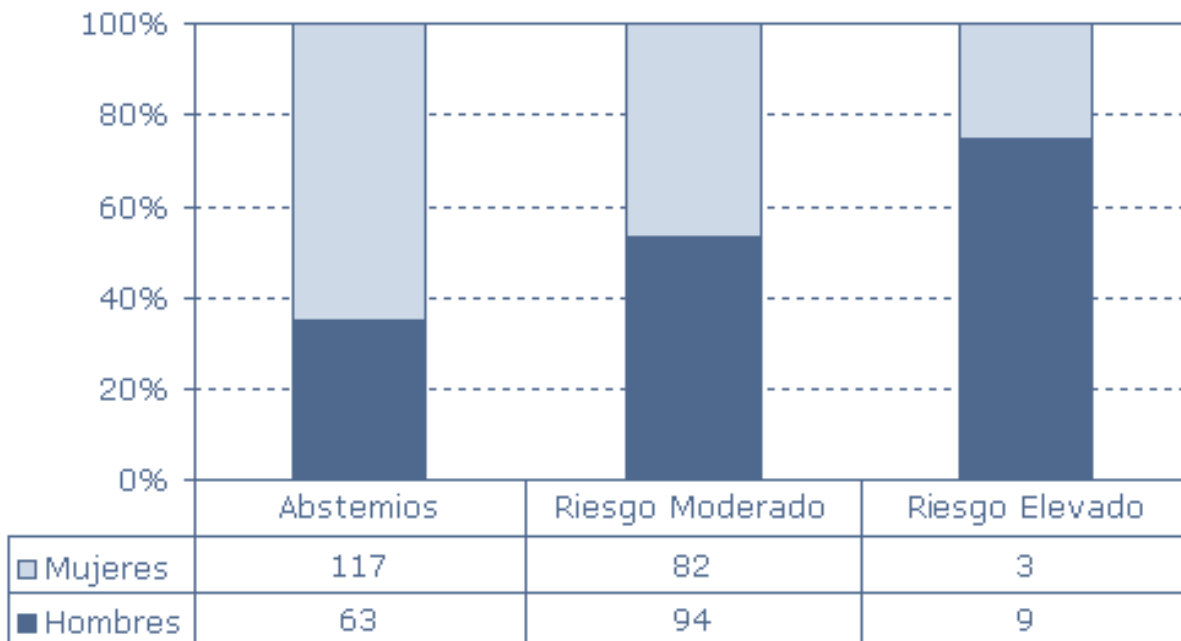
Se realizó estadística descriptiva de las variables mediante medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y proporciones para las variables cualitativas. Posteriormente se realizó estadística bivariante relacionando el riesgo con las diferentes variables mediante el test de Chi cuadrado para variables cualitativas o comparación de medias para variables cuantitativas. Se estableció el nivel de significación para $p < 0,05$.

La **figura 1** muestra el esquema general del estudio.



Resultados

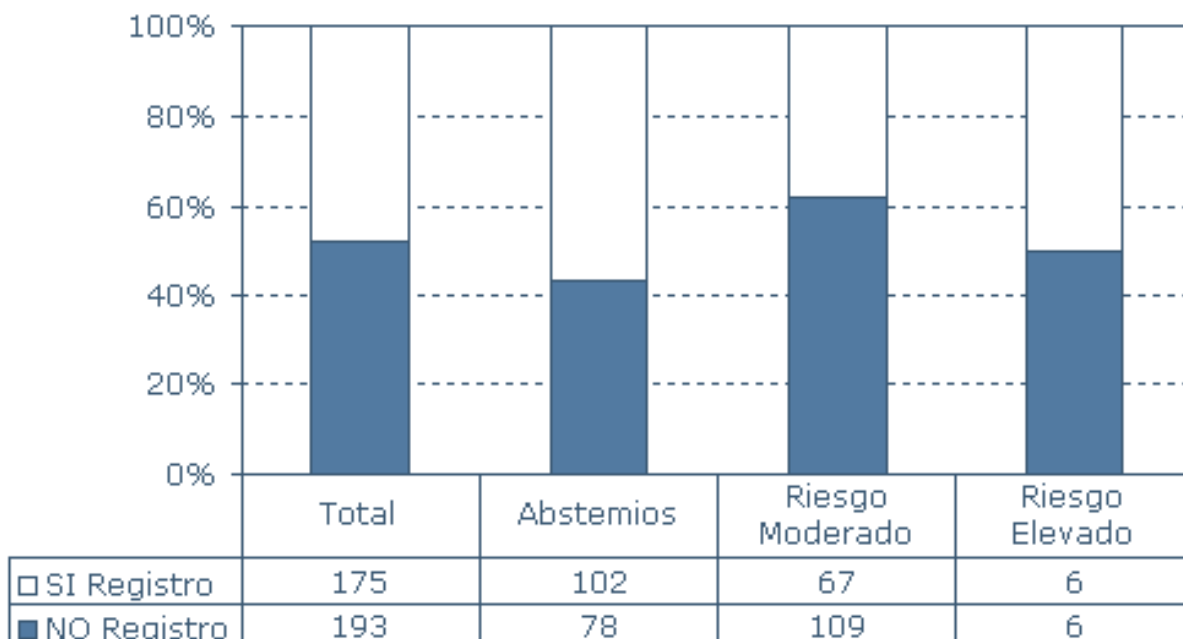
La muestra inicial fue de 500 pacientes, se realizaron 368 encuestas (cobertura del 73,6%). Hubo un total de 132 pérdidas. Los motivos de las cuales fueron: no poder ser localizados con más de 5 llamadas en diferente franja horaria 79 pacientes (59,8%), teléfono incorrecto 30 pacientes (22,7%), no querer participar 13 pacientes (9,8%) y cambio de domicilio 10 pacientes (7,6%). De la muestra estudiada el 45,1% eran hombres y la media de edad de la muestra era de 40,3 años (Desviación Estándar (DE): 13,8). La prevalencia de abstemios fue del 48,9% con un Intervalo de Confianza al 95% (IC): 43,8%-54,0%, en hombres la prevalencia era del 38% (IC: 30,6%-45,3%) y en mujeres 58% (IC: 51,1%-64,7%). La prevalencia general con cualquier consumo de alcohol fue del 51,1% (IC: 46%-56,2%), siendo del 62% (IC: 54,7%-69,4%) en hombres y 42,1% (IC: 35,3%-48,9%) en mujeres. Presentaban riesgo moderado el 47,8% (IC: 42,7%-52,9%) [56,6% (IC: 49,1%-64,2%) en hombres y 40,6% (IC: 33,8%-47,4%) en mujeres] y 3,3% (IC: 1,4%-5,1%) riesgo elevado [5,4% (IC: 2%-8,9%) en hombres y 1,5% (IC: -0,2%-3,2%) en mujeres] ($p < 0,0001$) (**Figura 2**).



$p < 0,0001$

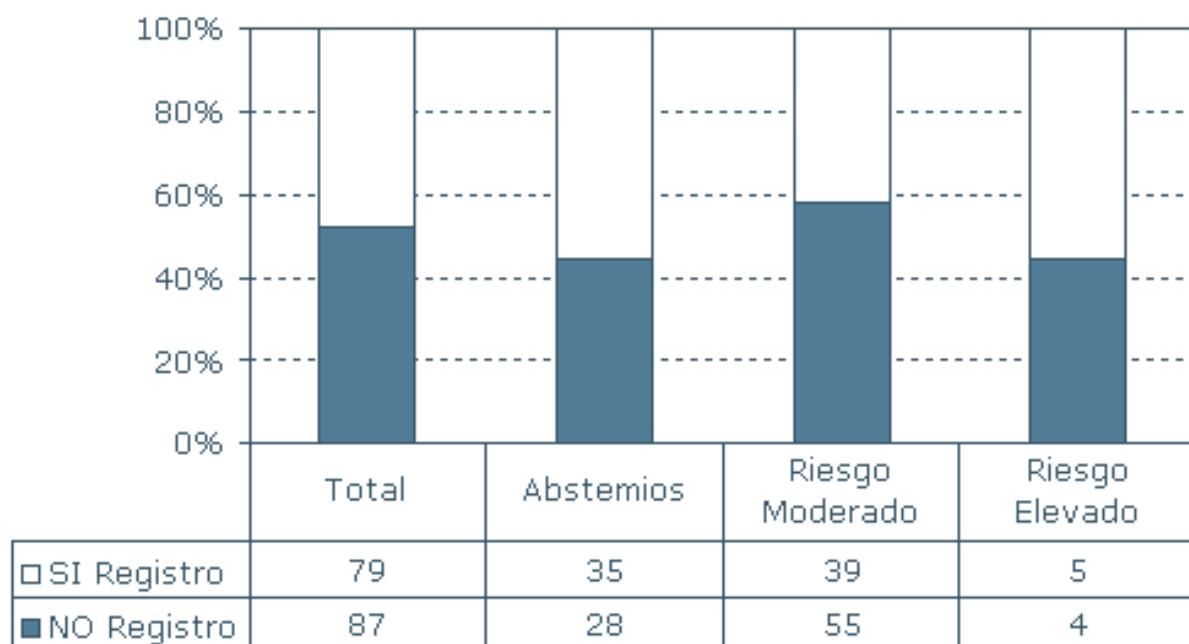
La media de edad para los abstemios fue de 39 años (DE: 14), para los de riesgo moderado 41 (DE: 14) y para los de riesgo elevado 49,6 (DE: 9) ($p = 0,036$). Según el estado civil el 61,4% eran casados o vivían en pareja. De éstos, el 48,7% eran abstemios, el 46,9% de riesgo moderado y el 4,4% de riesgo elevado. El 41,6% presentaban estudios básicos, de los cuales el 47,7% eran abstemios, el 49% de riesgo moderado y 3,3% de riesgo elevado. El 66,3% eran laboralmente activos, de los cuales el 46,3% eran abstemios, el 50% de riesgo moderado y el 3,7% de riesgo elevado. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el consumo de alcohol, según estado civil, nivel de estudios y situación laboral. El registro del consumo de alcohol en la historia clínica, en los 2 años previos al estudio, se había realizado en 175 pacientes (47,6%; IC: 42,5%-52,7%). El 56,7% de los abstemios tenían registrado el consumo de alcohol, frente al 38,1% de los de riesgo moderado y 50% de los de riesgo elevado. ($p = 0,002$) (Figura 3).

FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DEL REGISTRO EN HISTORIA CLÍNICA SEGÚN NIVEL DE RIESGO



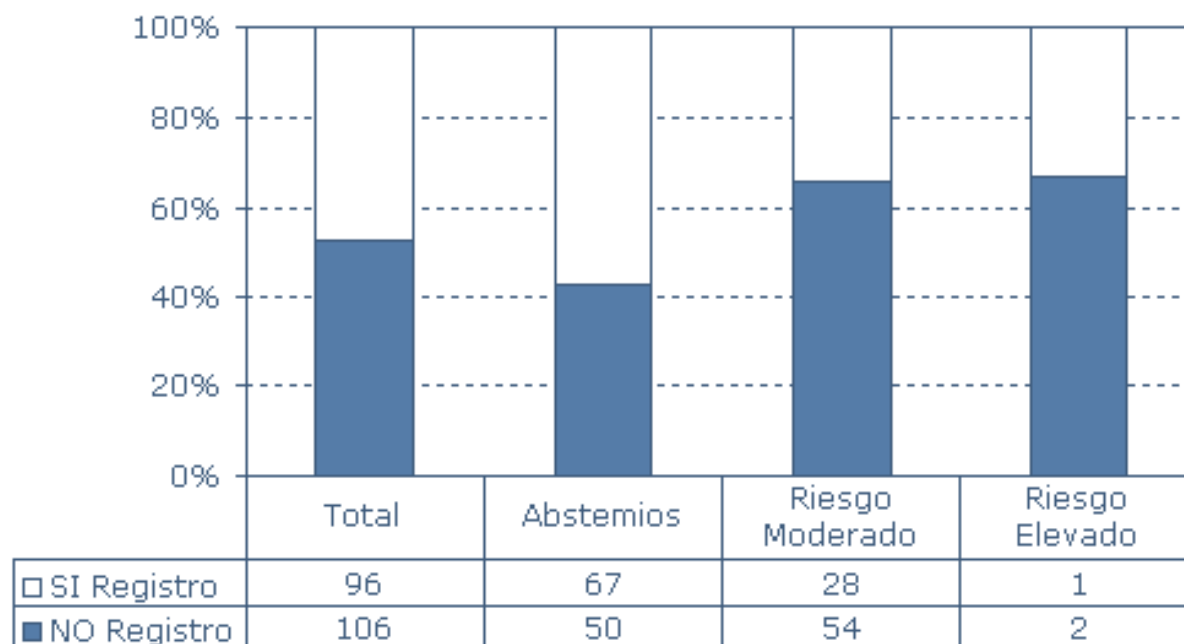
$p < 0,002$

Analizando por estratos el registro de consumo de alcohol en la historia clínica según grado de consumo y sexo, se observa un comportamiento distinto en hombres y mujeres. En los hombres existía registro en el 44,3% de los abstemios, el 49,4% de los de riesgo moderado y el 55,6% de los de riesgo alto ($p=0,2$). En las mujeres los registros eran del 57,4%, 34,1% y 33,3%, respectivamente ($p=0,005$) (Figuras 4 y 5).



p= 0,2

FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN DEL REGISTRO EN HISTORIA CLÍNICA SEGÚN NIVEL DE RIESGO EN MUJERES



P= 0,005

La distribución laboral presentaba diferencias estadísticamente significativas entre los que tenían registro de consumo en la historia clínica y los que no ($p=0,03$). Entre los que tenían registrado el consumo el 7,4% eran desempleados, 71,4% activos, 6,9% jubilados, 9,1% amas de casa y 5,1% estudiantes. Entre los que no había registro en la historia clínica el 3,6% eran desempleados, el 61,7% activos, el 8,8% jubilados, el 14,5% amas de casa y el 11,4% estudiantes.

Discusión

En el presente estudio la prevalencia de consumo de alcohol obtenida (51,1%) ha sido inferior a la estimada en otras investigaciones, ya que en el 2003, en España según la Dirección General de Tráfico, la prevalencia era del 76,6%¹¹. En cambio si que coincide con los resultados hallados en un estudio realizado en el año 2005 en Barcelona (Badalona), donde la prevalencia era del 53,5%². Con respecto a la prevalencia de bebedores de riesgo elevado, se obtuvieron también resultados inferiores a los hallados en otros estudios realizados en España, donde la prevalencia oscila entre el 12 y 25%¹⁹. Al diferenciar según el género, el porcentaje de hombres que realizan un consumo de riesgo elevado (5,4%, IC 95%: 2% - 8,9%) es también inferior a las estimaciones realizadas por el PAPPS (20,2-22,8%)¹. Sin embargo el porcentaje de mujeres con riesgo elevado (1,5% (IC: -0,2%-3,2%)) sí se corresponde con el estimado por el PAPPS (1,9-2,5%)¹.

Una de las posibles razones por la que la prevalencia del consumo total de alcohol es inferior a la encontrada en otros estudios, podría ser debido a las intervenciones del Médico de Familia para reducir el consumo de alcohol, ya que esto ha sido demostrado con anterioridad en varios ensayos clínicos^{20,21}, pudiéndose apreciar una disminución de la prevalencia del consumo de alcohol.

En España se ha objetivado un aumento de la población abstemia, pasando del 30,7% en 1987 al 37% en 2001²². En nuestro estudio el valor hallado ha sido mayor, alcanzando el 48,9%.

Otra de las posibles razones por las que la prevalencia del consumo de alcohol es inferior, puede deberse a la difusión de los medios de comunicación, con las campañas de la Dirección General de Tráfico²³.

Con respecto al registro de consumo de alcohol en la historia clínica durante los últimos 2 años, en este Centro de Salud, se pudo apreciar un registro de consumo de alcohol del 47,6%, que se correlaciona con otros estudios que oscilan entre un 40% y 53,4%^{12,13}. Cabe señalar que de los 188 pacientes (51,1%) que consumen alcohol, 115 no estaban registrados (61,2%), por lo que nos hace pensar que es más fácil diagnosticar el no consumo, ya que quizás, cuesta menos declararse no bebedor. Estas diferencias pueden deberse a que se hayan utilizado criterios diagnósticos distintos, o bien, la metodología del diagnóstico no haya sido lo suficientemente eficaz. Tal y como señalaban Coulehan et al²⁴, el diagnóstico registrado en una historia clínica no capta necesariamente el pensamiento completo o la conducta del médico con respecto a la enfermedad del paciente. Así pues, es más fácil que tengan registrado un diagnóstico de alcoholismo, aquellos en los que se ha diagnosticado una enfermedad somática relacionada con el alcohol²⁵. Además los profesionales de atención primaria presentan obstáculos para realizar la detección. Algunos de ellos están relacionados con las infraestructuras disponibles, como el tiempo, unidades especializadas y la formación, entre otros²⁶.

Por otra parte hemos podido objetivar que, aunque el porcentaje de registro era similar según género, no lo era según riesgo y género. Entre los hombre el registro era similar en todos los niveles de riesgo, mientras que en las mujeres existía un mayor registro cuando no existía riesgo moderado o alto. Esto podría deberse a la negativa valoración cultural que se tiene para las mujeres que consumen alcohol, lo cual lleva a su mayor ocultación²⁷, así como también a la dificultad de interrogatorio por parte de los profesionales de la salud hacia esta población, quizás por la barrera social para solicitar la información de si es o no consumidora de alcohol.

Entre las limitaciones del estudio tenemos la edad escogida de la población (15-65 años), fuera de estos márgenes no sabemos cual es la prevalencia del consumo de alcohol, lo que nos hace pensar que posiblemente hay una infravaloración en la prevalencia hallada, sobretudo observando que la edad aumenta significativamente entre los abstemios (39 años), bebedores moderados (41 años) y bebedores de riesgo (49,6 años). El motivo de escoger estas edades fue coincidir con la población escogida en la mayoría de trabajos revisados en la literatura, para así realizar las comparaciones de los resultados. Otra limitación ha sido la dificultad de hacer encuestas telefónicas, ya sea por la dificultad de localizar a los pacientes, por la poca colaboración de algunos o por el sentimiento de invasión a la intimidad. Por otro lado no se analizaron los motivos por los cuales no se ha realizado un registro adecuado del consumo de alcohol, por lo que valdría la pena estudiarlo. Tampoco se analizó la concordancia entre los datos obtenidos mediante encuesta telefónica y el registro de la historia clínica, ya que la muestra no tenía tamaño suficiente. Estos datos aportarían información interesante sobre la validez de los registros en la historia.

Conclusiones

Podemos concluir que, casi la mitad de la población dice no consumir alcohol y el 3,3% presentan un riesgo de consumo elevado. Existe un bajo registro del consumo de alcohol, entre los consumidores de riesgo moderado y elevado. Al estratificar por género, observamos que es un modificador del efecto, ya que esta relación sólo se observa en las mujeres. El registro en mujeres consumidoras es menor, lo que puede ser debido a la poca aceptación social del consumo de alcohol y a la mayor tendencia a la ocultación del hábito en este grupo.

Para finalizar, creemos que los datos obtenidos en este estudio nos orientan sobre el consumo de alcohol de nuestra población, lo que nos permitiría en un futuro realizar la intervención sanitaria correspondiente a cada uno de los grupos de riesgo. Una vez más es muy importante el papel de los médicos de familia y de enfermería, para detectar a la población de riesgo y así llevar a cabo las diferentes conductas y actividades preventivas necesarias.

Agradecimientos

A la Dra. Neus Parellada Esquius, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, por sus aportaciones para mejorar este artículo.

A María Luisa Pascual Benito, Alejandro Marcelo Stella y Otilia del Carmen Torres Villar, residentes de Medicina Familiar Comunitaria por su colaboración en la recogida de datos para este estudio.

Bibliografía

1. Robledo T, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M, Córdoba R. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Grupos expertos del PAPPs. Aten Primaria 2003; 32 (supl2): 30-44
2. López-Marina V, Pizarro Romero G, Alcoela García R, Beato Fernández P, Galindo Montané E, Montellá Jordana N. Evaluación del cribado y la efectividad de una intervención breve en bebedores de riesgo atendidos en consultas de atención primaria. Aten Primaria 2005; 36: 261-268
3. H, Eriksson A, Alm K. Role of alcohol in unnatural deaths: a study of all death in Sweden. Alcohol Clin Exp Res 2000; 24: 1050-6.
4. Valero Juan LF, Gascón Sánchez E, García Castaño A, Muñoz Martín MC, Nieto Huertos AM, Sáenz Gonzales MC. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Castilla y León. Centro Salud 1999: 692-696
5. Farreny Blasi M, Godoy García P, Revuelta Muñoz E. Mortalidad atribuible al alcohol en Cataluña y sus provincias. Aten

6. Alsedá Graells M, Godoy García P. Mortalidad atribuible al alcohol en Cataluña: 1994. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 25-31
7. Espiñas J, Salla RM, Alonso L, Pomar AJ, Llor JLI, Lustodi J, García G, Vilaseca J, Farrés M, Zaera LI, Pou R, Ribas E, Tellado JL. Estudio de la prevalencia del consumo de alcohol en la comarca del Baix Ebre (Tarragona). *Aten Primaria* 1989; 6: 50-56
8. O`Connor PG. Patient with alcohol problems. *N Engl Med* 1998; 26: 592-602
9. Prada C, Del Rio MC, Yañez JL, Alvarez F. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España. 1981-1990. *Gac Sanit* 1996; 10: 161-168
10. Produktschap Loo Gedistilleerde Dranken. *World Drink Trends* 2005. Oxford: NTC Publications Ltd; 2005.
11. Ministerio de Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en España, 2003.
12. MT, Altinsent R, Gómez C, Vitoria A, Fernández C, Bielsa F. Auditoría de la actuación ante el consumo de alcohol. *Aten Primaria* 1993; 11: 170-173
13. Jiménez Mena C, Lorenzo Riera A, Segura Hernández E, Suárez Pérez P, Duarte Curbelo A, Hernández González T. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad. *Aten Primaria* 1993; 12: 269-272
14. Pizarro G, Marquilles C, Cabaco C, Altaba A, Auba J, Boneu M, Bueno JM, Manzano A, Duran E, Romero C, Batlle C, Fernández C. Protocol d`abordatge d`alcohol a l`atenció primaria de salut. *SCMFIC Formació Contínua* 1996. 6-16
15. Grupo de trabajo de alcohol de la SemFYC. Recomendaciones SemFYC nº10. Alcohol. Barcelona: EDIDE, 2000.
16. Rodríguez Martos DA, Gual SA, Llopis LJ. La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Med Clin*. Barcelona 1999; 112: 446-450
17. Bien TH, Millar WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993; 88: 315-336
18. Saníger Herrera JM, Alonso Santos B, Soler Sena E, López Higuera MJ. Tratamiento de la dependencia alcohólica. *Jano* 2004; vol 67: 54-57
19. Del Rio MC. Consumo de alcohol y problemas relacionados con el alcohol en España. *Jano* 1998; 54: 197-203
20. Aubá J, Barranco JR, Córdoba R, Ledesma A, Mosquera J, Pico MV, Ribas A. Recomendaciones semFYC ALCOHOL. Barcelona: semFYC 2000
21. Fernández García JA, Ruíz Moral R, Férua de Torres LA, Campos Sánchez L, Lora Cerezo N, Martínez de la Iglesia J. Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en la consulta de atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 31: 146-155
22. Ministerio Sanidad y consumo. Dirección General de Salud Pública. Encuesta Nacional de salud 2001.
23. Martín Almendros MI, Martínez Gonzalez MA, De Irala Estérez J, Gibney M, Kearney J, Martínez JA. Percepciones de la población adulta española sobre factores determinantes de la salud. *Atención Primaria* 1999; 24: 514-522
24. Coulehan JL, Zettler Segal M, Block M, Mc Clelland M, Schulberg HC. Recognition of alcoholism and substance abuse in primary care patients. *Arch Intern Med* 1987; 147: 349-352
25. Yersin B, Trisconi Y, Paccaud F, Gutzwiller F, Magnenat P. Accuracy of the Michigan Alcoholism screening test for screening of alcoholism in patients of a medical department. *Arch Intern Med* 1989; 149: 2071-2074
26. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ* 2002; 325: 870-874
27. Plan Nacional sobre drogas. Actuar es posible: el profesional de atención primaria de salud ante los problemas derivados del consumo de alcohol. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, Secretaría General Técnica, 1994