

Treball original

Prevalença i registre del consum d'alcohol en Atenció Primària

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

¹ Residents de Medicina Família i Comunitària. ABS Bartomeu Fabrés Anglada. (Gavà).

² Especialistes en Medicina Família i Comunitària. ABS Bartomeu Fabrés Anglada. (Gavà).

Correspondència:

Annabell Torres Rodríguez

Adreça electrònica: annabellt@yahoo.com

ABS Bartomeu Fabrés Anglada. (Gavà)

Publicat: 1 d'octubre de 2008

Aquest article està disponible a

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

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

PARAULES CLAU:

Alcohol
Registre
Prevalència
Diagnòstic
Atenció Primària

Aquest treball ha estat prèviament presentat com a comunicació tipus pòster, en el XXI Congrés de la CAMFiC celebrat a Salou del 23-25 de maig de 2007.

Resum

Objectius: Quantificar el consum d'alcohol en la població entre 15 i 65 anys. Verificar el registre de consum d'alcohol en la història clínica. **Disseny:** Estudi epidemiològic descriptiu transversal.

Emplaçament: Centre de Salut d'àmbit urbà.

Participants: Mitjançant selecció aleatòria simple, es va obtenir una mostra de 500 pacients, dels quals es van realitzar 368 enquestes (74%), 132 pèrdues (26%).

Intervencions: Es va aplicar una enquesta telefònica camuflada sobre el consum d'alcohol realitzada de juny 2006 a gener 2007. Segons el grau de consum es va classificar als pacients en abstemis, risc moderat i risc elevat. Les variables van ser: edat, sexe, nivell d'estudis, situació laboral i estat civil. Es va verificar el registre de consum d'alcohol en els últims 2 anys.

Resultats: Es van realitzar 368 enquestes (cobertura 73,6%). El 45,1% eren homes i la mitjana d'edat de la mostra era de 40,3 anys (De: 13,8). Eren abstemis el 48,9% (38% homes i 58% dones), 47,8% presentaven risc moderat (56% i 40,6% respectivament) i 3,3% risc elevat (5,4% i 1,5% respectivament) ($p < 0,0001$). El registre del consum d'alcohol en la història clínica, es va realitzar en 175 pacients (47,6%). El 56,7% dels abstemis tenien registrat el consum d'alcohol, enfront del 38,1% dels de risc moderat i 50% dels de risc elevat. ($p < 0,002$).

Conclusions: Gairebé la meitat de la població diu no consumir alcohol i el 3% són de risc elevat. Existeix un baix registre de consum d'alcohol, especialment en els de risc moderat i risc elevat.

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.

Introducció

El consum d'alcohol és un dels principals problemes de salut pública. Segons estimacions del ministeri de sanitat i consum les morts atribuïbles a l'alcohol es troben entre un 3 i 3,5% aproximadament, sent moltes d'aquestes morts a edats molt primerenques¹. La majoria d'elles degudes a accidents de tràfic, agressions i conductes violentes. En pacients predisposats, un 30% dels suïcidis estan precedits pel consum d'alcohol^{2,3}. D'altra banda, el consum d'alcohol s'ha relacionat amb l'etiopatogènia de diverses malalties com l'esteatosi hepàtica, cirrosi, neoplàsies de la cavitat oral, faringe, laringe, esòfag, mama i fetge, entre unes altres,^{1-2,4-6}. Tot això suposa un elevat cost sanitari tant directe com indirecte^{1,7-9}. En atenció primària s'estima que entre un 15-20% de les consultes, són atribuïbles a l'alcohol i a altres tòxics a excepció del tabac^{1,9}.

L'any 2003, Espanya ocupava el sisè lloc en el rànquing de consum mundial d'alcohol, amb 10 litres d'alcohol pur per capita¹⁰. En aquest mateix any, segons l'Enquesta Domiciliària de la Direcció general de Transit, a Espanya, la prevalença de consum d'alcohol, en els últims 12 mesos va ser del 76,6% i en els últims 30 dies va ser de 64,1%¹¹.

La prevalença de bevedors de risc elevat en la població general el 2003, segons estimacions del Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut (PAPPS), es del 20,2%-22,8% en homes i 1,9%-2,5% en dones¹.

Així doncs, l'alcohol és un problema de gran magnitud per a la població general i per a les entitats planificadores i gestores de la salut.

A pesar de les greus repercussions i d'elevada prevalença, el diagnòstic d'alcoholisme segueix plantejant problemes als professionals d'atenció primària. Això ha dut a realitzar nombrosos estudis i objectivar si existeix un bon registre del consum d'alcohol. Així, el 1993 el registre era del 40% segons Delgado et al¹², passant al 53,4% després de 3 anys de funcionament del programa del PAPPS13. Aquest programa, recomana la determinació sistemàtica del consum d'alcohol, com a mínim cada 2 anys en totes les persones de més de 14 anys i sense límit d'edat¹. Els objectius d'aquest estudi van ser quantificar el consum d'alcohol en la població de Gavà entre 15 i 65 anys atesa al Centre de Salut (CS) Gavà 2 Bartomeu Fabrès Anglada i verificar el registre de consum en la història clínica durant els últims 2 anys.

Material i mètodes

Es va realitzar un estudi epidemiològic descriptiu de tipus transversal. La població diana estava constituïda per pacients

d'ambdós sexes entre 15 i 65 anys atesos durant l'any 2005 en el CS Gavà 2. Aquest CS és de caràcter urbà de l'àrea metropolitana de Barcelona que compta amb una població aproximada de 30.000 habitants. Mitjançant selecció aleatòria simple es va extreure una mostra de 500 pacients, tenint en compte que la prevalença del consum d'alcohol en la població general, en nivells de risc elevat, en el 2003 segons estimacions del PAPPS seria del 20,2% -22,8% en homes i 1,9%-2,5% en dones¹. Els criteris d'inclusió per a la mostra van ser: pacients d'edat compresa entre 15 i 65 anys, d'ambdós sexes i que fossin atesos en el CS durant l'any 2005.

Durant el període de juny de 2006 a gener de 2007 es va realitzar, previ consentiment informat, una enquesta telefònica semiestructurada camuflada validada pel PAPPS¹⁴, que constava de 8 preguntes que permetien determinar el consum d'alcohol. El mes anterior a l'inici del treball de camp es va realitzar l'homogenització dels observadors de l'enquesta, així com una prova pilot per detectar els possibles problemes que poguessin plantejar el qüestionari i la reacció dels enquestats. Es va establir un màxim de 5 trucades en diferents horaris, si no es localitzava al pacient aquest passava a ser considerat pèrdua.

Les variables a estudi van ser: edat, sexe, nivell d'estudis, situació laboral i estat civil.

Paral·lelament es van revisar les històries clíniques per verificar el registre del consum d'alcohol en els últims 2 anys.

El consum d'alcohol es va quantificar en unitat de beguda estàndard (UBE) equivalent a 10g d'alcohol^{15,16}. Existeixen diverses taules per facilitar la quantificació de les UBE consumides en funció del tipus de beguda alcohòlica, la utilitzada en aquest estudi va ser la recomanada per la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària¹⁴ (**Taula 1**).

TAULA 1. QUANTIFICACIÓ DE LES UBE CONSUMIDES EN FUNCIÓ DEL TIPUS DE BEGUDA ALCOHÒLICA

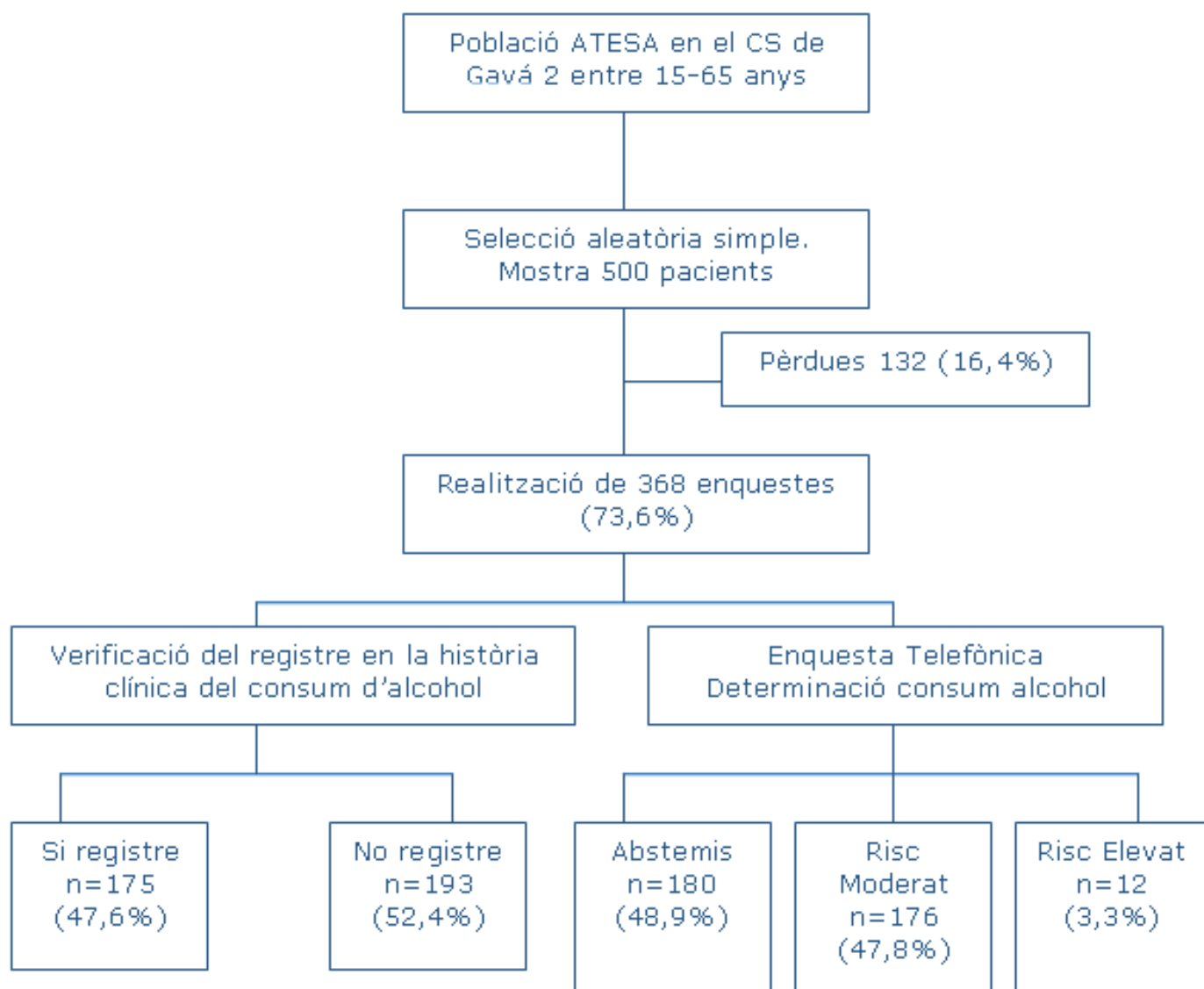
BEGUDA ALCOHÒLICA	GRAMS DE ALCOHOL	Nº UBE
Cervesa:		
• Quinto, canya	10	1
• Mitjana	15	2
• 1 litre	50	5
Vi:		
• Got petit	10	1
• Got gran	20	2
• 1 litre	100	10
Cigaló	10	1
Copa de cava	10	1
Vermut	15-20	2
Combinats de licor	20	2
Copa de licor	20	2

Davant la demostrada tendència que el consum es centri o augmenti durant els caps de setmana, tant en bevedors ocasionals com en bevedors de risc, es va quantificar el consum setmanal^{16,17}.

En funció de la quantificació del consum d'alcohol es va classificar als pacients en abstemis (0 UBE consum), bevedors de risc moderat (< 28 UBE /setmana en homes, <17 UBE /setmana en dones) i bevedors de risc elevat (> 28 UBE. homes i > 17 UBE dones)^{1,14,18}.

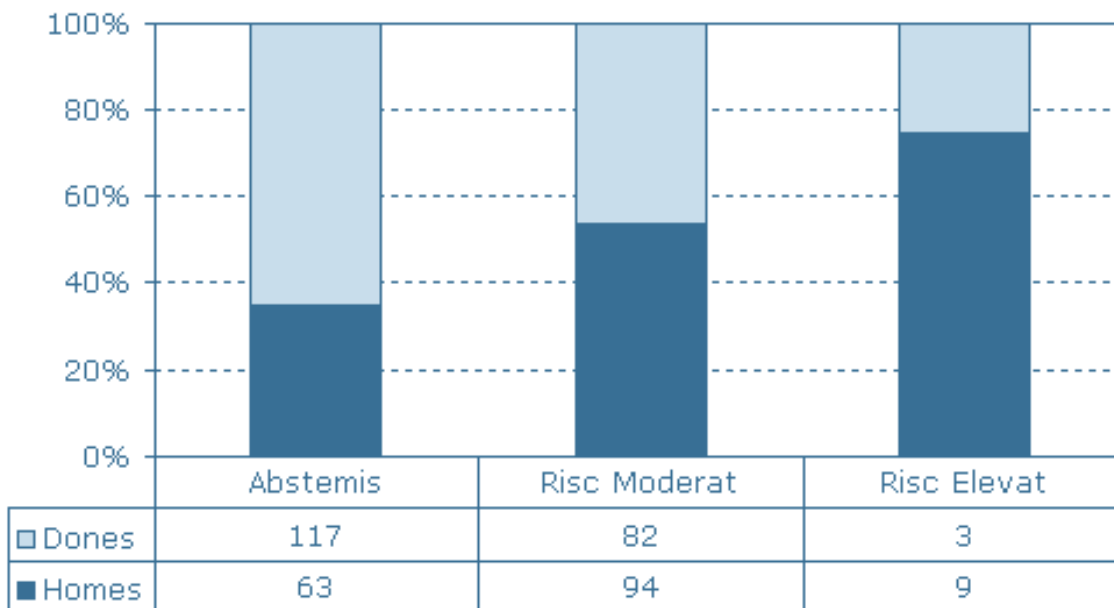
Es va realitzar estadística descriptiva de les variables mitjançant mesures de tendència central i dispersió per a les variables quantitatives i proporcions per a les variables qualitatives. Posteriorment es va realitzar estadística bivariant relacionant el risc amb les diferents variables mitjançant el test de Chi quadrat per a variables qualitatives o comparança de mitjanes per a variables quantitatives. Es va establir el nivell de significació per a $p < 0,05$.

La **figura 1** mostra l'esquema general de l'estudi.



Resultats

La mostra inicial va ser de 500 pacients, es van realitzar 368 enquestes (cobertura del 73,6%). Va haver un total de 132 pèrdues. Els motius de les quals van ser: no poder ser localitzats amb més de 5 trucades en diferent franja horària 79 pacients (59,8%), telèfon incorrecte 30 pacients (22,7%), no voler participar 13 pacients (9,8%) i canvi de domicili 10 pacients (7,6%). De la mostra estudiada el 45,1% eren homes i la mitjana d'edat de la mostra era de 40,3 anys (Desviació Estàndard (DE): 13,8). La prevalença de abstemis va ser del 48,9% amb un Interval de Confiança 95% (IC): 43,8%-54,0%, en homes la prevalença era del 38% (IC: 30,6%-45,3%) i en dones 58% (IC: 51,1%-64,7%). La prevalença general amb qualsevol consum d'alcohol va ser del 51,1% (IC: 46%-56,2%), sent del 62% (IC: 54,7%-69,4%) en homes i 42,1% (IC: 35,3%-48,9%) en dones. Presentaven risc moderat el 47,8% (IC: 42,7%-52,9%) [56,6% (IC: 49,1%-64,2%) en homes i 40,6% (IC: 33,8%-47,4%) en dones] i 3,3% (IC: 1,4%-5,1%) risc elevat [5,4% (IC: 2%-8,9%) en homes i 1,5% (IC: -0,2%-3,2%) en dones] ($p < 0,0001$) (Figura 2).



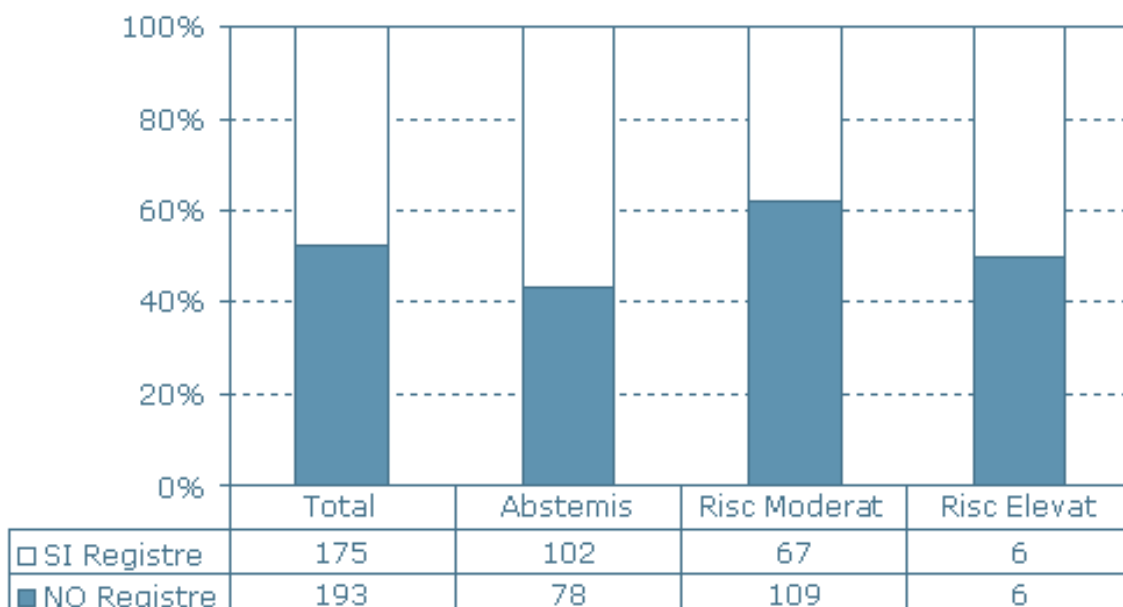
$p < 0,0001$

La mitjana d'edat per als abstemis va ser de 39 anys (DE: 14), per als de risc moderat 41 (DE: 14) i per als de risc elevat 49,6 (DE: 9) ($p = 0,036$).

Segons l'estat civil el 61,4% eren casats o vivien en parella. D'aquests, el 48,7% eren abstemis, el 46,9% de risc moderat i el 4,4% de risc elevat. El 41,6% presentaven estudis bàsics, dels quals el 47,7% eren abstemis, el 49% de risc moderat i 3,3% de risc elevat. El 66,3% eren laboralment actius, dels quals el 46,3% eren abstemis, el 50% de risc moderat i el 3,7% de risc elevat. No es van trobar diferències estadísticament significatives en el consum d'alcohol, segons estat civil, nivell d'estudis i situació laboral.

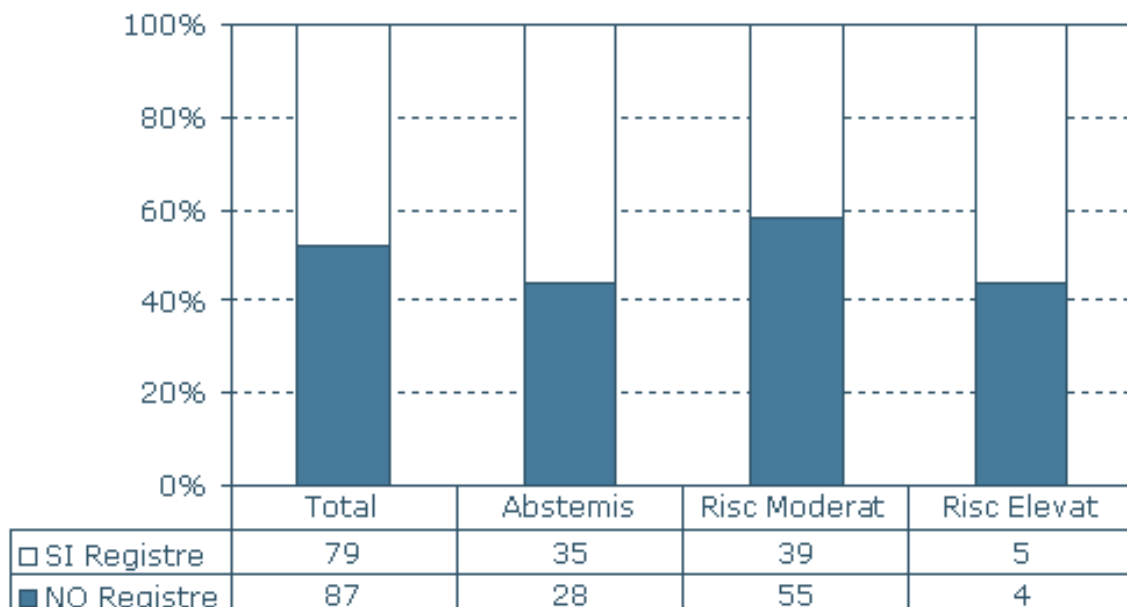
El registre del consum d'alcohol en la història clínica, en els 2 anys previs a l'estudi, s'havia realitzat en 175 pacients (47,6%; IC: 42,5%-52,7%). El 56,7% dels abstemis tenien registrat el consum d'alcohol, enfront del 38,1% dels de risc moderat i 50% dels de risc elevat. ($p = 0,002$) (**Figura 3**).

FIGURA 3. DISTRIBUCIÓ DEL REGISTRE EN HISTÒRIA CLÍNICA SEGONS NIVELL DE RISC



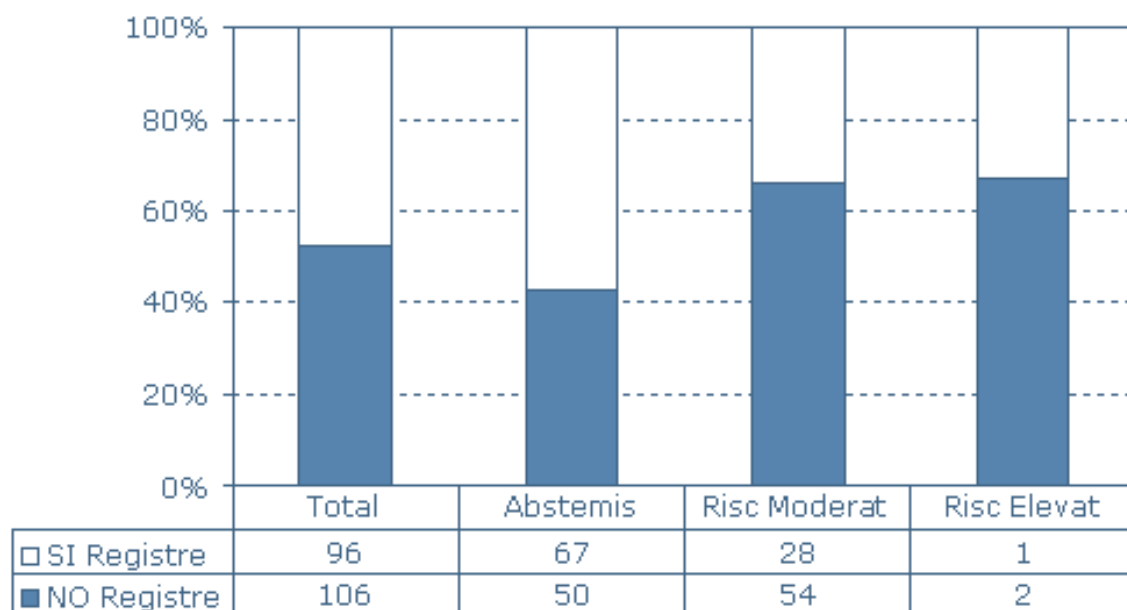
$p < 0,002$

Analizant per estrats el registre de consum d'alcohol en la història clínica segons grau de consum i sexe, s'observa un comportament diferent en homes i dones. En els homes existia registre en el 44,3% dels abstemis, el 49,4% dels de risc moderat i el 55,6% dels de risc alt ($p=0,2$). En les dones els registres eren del 57,4%, 34,1% i 33,3%, respectivament ($p=0,005$) (**Figures 4 i 5**).



p = 0,2

FIGURA 5. DISTRIBUCIÓ DEL REGISTRE EN HISTÒRIA CLÍNICA SEGONS NIVELL DE RISC EN DONES



P = 0,005

La distribució laboral presentava diferències estadísticament significatives entre els que tenien registre de consum en la història clínica i els que no ($p=0,03$). Entre els que tenien registrat el consum el 7,4% eren aturats, 71,4% actius, 6,9% jubilats, 9,1% mestresses i 5,1% estudiants. Entre els que no havia registre en la història clínica el 3,6% eren aturats, el 61,7% actius, el 8,8% jubilats, el 14,5% mestresses de casa i l'11,4% estudiants.

Discussió

En el present estudi la prevalença de consum d'alcohol obtinguda (51,1%) ha estat inferior a la obtinguda en altres investigacions, ja que el 2003, a Espanya segons la Direcció general de Trànsit, la prevalença era del 76,6%¹¹. En canvi sí que coincideix amb els resultats trobats en un estudi realitzat en l'any 2005 a Barcelona (Badalona), on la prevalença era del 53,5%². Pel que fa a la prevalença de bevedors de risc elevat, es van obtenir també resultats inferiors als trobats en altres estudis realitzats a Espanya, on la prevalença oscil·la entre el 12 i 25%¹⁹. Al diferenciar segons el gènere, el percentatge d'homes que realitzen un consum de risc elevat (5,4%, IC 95%: 2% - 8,9%) és també inferior a les estimacions realitzades pel PAPPs (20,2-22,8%)¹. No obstant això el percentatge de dones amb risc elevat (1,5% (IC: -0,2%-3,2%)) sí es correspon amb l'estimat pel PAPPs (1,9-2,5%)¹.

Una de les possibles raons per la qual la prevalença del consum total d'alcohol és inferior a l'oposada en altres estudis, podria ésser a causa de les intervencions del Metge de Família per reduir el consum l'alcohol, ja que això ha estat demostrat amb anterioritat en diversos assajos clínics^{20,21}, podent-se apreciar una disminució de la prevalença del consum d'alcohol.

A Espanya s'ha objectivat un augment de la població abstèmia, passant del 30,7% en 1987 al 37% el 2001²². En el nostre estudi el valor trobat ha estat més gran, arribant al 48,9%.

Una altra de les possibles raons per les quals la prevalença del consum d'alcohol és inferior, es pot deure a la difusió dels mitjans

de comunicació, amb les campanyes de la Direcció general de Trànsit²³.

Pel que fa al registre de consum d'alcohol en la història clínica durant els últims 2 anys, en aquest Centre de Salut, es va poder apreciar un registre de consum d'alcohol del 47,6%, que es correlaciona amb altres estudis que oscil·len entre un 40% i 53,4%^{12,13}. Cal assenyalar que dels 188 pacients (51,1%) que consumeixen alcohol, 115 no estaven registrats (61,2%), la qual cosa ens fa pensar que és més fàcil diagnosticar el no consum, ja que potser, costa menys declarar-se no bevedor. Aquestes diferències es poden deure al fet que s'hagin utilitzat criteris diagnòstics diferents o bé la metodologia del diagnòstic no hagi estat prou eficaç. Tal com assenyalaven Coulehan et al²⁴, el diagnòstic registrat en una història clínica no capta necessàriament el pensament complet o la conducta del metge pel que fa a la malaltia del pacient. Així doncs, és més fàcil que tinguin registrat un diagnòstic d'alcoholisme, aquells en els quals s'ha diagnosticat una malaltia somàtica relacionada amb l'alcohol²⁵. A més, els professionals d'atenció primària presenten obstacles per realitzar la detecció. Alguns d'ells estan relacionats amb les infraestructures disponibles, com el temps, unitats especialitzades i la formació, entre altres²⁶.

D'altra banda, hem pogut objectivar que, encara que el percentatge de registre era similar segons gènere, no ho era segons risc i gènere. Entre els home el registre era similar en tots els nivells de risc, mentre que en les dones existia un major registre quan no existia risc moderat o alt. Això podria ser degut a la negativa valoració cultural que es té cap a les dones que consumeixen alcohol, la qual cosa duu a la seva major ocultació²⁷, així com també a la dificultat d'interrogatori per part dels professionals de la salut envers aquesta població, potser a causa de la barrera social per a sol·licitar la informació de si és o no consumidora d'alcohol. Entre les limitacions de l'estudi tenim l'edat escollida de la població (15-65 anys), fora d'aquests marges no sabem com és la prevalença del consum d'alcohol, el que ens fa pensar que possiblement hi ha una infravaloració en la prevalença trobada, sobretot observant que l'edat augmenta significativament entre els abstemis (39 anys), bevedors moderats (41 anys) i bevedors de risc (49,6 anys). El motiu d'escollir aquestes edats va ser coincidir amb la població escollida en la majoria de treballs revisats en la literatura, per a així realitzar les comparances dels resultats. Una altra limitació ha estat la dificultat de fer enquestes telefòniques, ja sigui per la dificultat de localitzar els pacients, per la poca col·laboració d'alguns o pel sentiment d'invasió a la intimitat. D'altra banda no es van analitzar els motius pels quals no s'ha realitzat un registre adequat del consum d'alcohol, per la qual cosa valdria la pena estudiar-lo. Tampoc es va analitzar la concordança entre les dades obtingudes mitjançant enquesta telefònica i el registre de la història clínica, ja que la mostra no era suficientment gran. Aquestes dades aportarien informació interessant sobre la validesa dels registres en la història.

Conclusions

Podem concloure que, gairebé la meitat de la població diu no consumir alcohol i el 3,3% presenten un risc de consum elevat. Existeix un baix registre del consum d'alcohol, entre els consumidors de risc moderat i elevat. A l'estratificar per gènere, observem que és un modificador de l'efecte, ja que aquesta relació només s'observa en les dones. El registre en dones consumidores és menor, el que pot ser a causa de la poca acceptació social del consum d'alcohol i a la major tendència a l'ocultació de l'hàbit en aquest grup.

Per finalitzar, creiem que les dades obtingudes en aquest estudi ens orienten sobre el consum d'alcohol de la nostra població, el que ens permetria en un futur realitzar la intervenció sanitària corresponent a cadascun dels grups de risc. Una vegada més és molt important el paper dels metges de família i d'infermeria, per detectar a la població de risc i així portar a terme les diferents conductes i activitats preventives necessàries.

Agraïments

A la Dra. Neus Parellada Esquius, especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública, per les seves aportacions per millorar aquest article.

A María Luisa Pascual Benito, Alejandro Marcelo Stella i Otilia del Carmen Torres Villar, residents de Medicina Familiar Comunitària per la seva col·laboració en la recollida de dades per a aquest estudi.

Bibliografia

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 Primaria 2001; 27: 318-323
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, Farries 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 Trens 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 primària 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. Saniger 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, Férula 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