

Identificación del alcoholismo en atención primaria

Cristina Riofrío González^a y José Juan Rodríguez Solano^b

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torito. Madrid. España.

^bPsiquiatría. Servicio de Salud Mental de Puente de Vallecas. Madrid. España.

La entrevista clínica es la mejor técnica para la identificación del alcoholismo. Se dispone de métodos individualizados y colectivos de cribaje, así como de marcadores biológicos que orientan a la existencia de problemas orgánicos relacionados con la ingesta excesiva de alcohol.

Puntos clave

- El médico de atención primaria desempeña un papel fundamental en la identificación de los problemas relacionados con el alcohol, ya que ocupa una posición privilegiada que le permite tener una visión biopsicosocial integrada del paciente.
- El objetivo es identificar no sólo al paciente que ya presenta un abuso o dependencia sino también al que empieza a mostrar un cambio patológico incipiente aunque no consulte por ello.
- Es fundamental el diagnóstico precoz de los trastornos relacionados con el alcohol porque permite disminuir los daños y favorece los cambios conductuales.
- La evaluación del consumo de alcohol debe formar parte de la rutina exploratoria del médico de atención primaria. El primer paso para identificar el alcoholismo es pensar en ello.
- Los instrumentos diagnósticos para la detección temprana del paciente con alcoholismo son la entrevista clínica, los cuestionarios específicos (CAGE, AUDIT, MALT) y los marcadores biológicos.
- Los métodos de cribado no deben sustituir nunca a una adecuada anamnesis y exploración física del paciente.

España ocupa el séptimo lugar en relación al consumo de bebidas alcohólicas, con un consumo medio de unos 10 l de alcohol al año¹. El alcoholismo en España es uno de los problemas sociosanitarios y económicos más graves en el momento actual, ya que el 10% de la población masculina y el 3-5% de la femenina tienen problemas con el alcohol². Estos consumos elevados se asocian con un aumento del riesgo de padecer problemas físicos, psíquicos y sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce en la figura del médico de atención primaria un papel fundamental en la intervención y prevención de los daños provocados por el alcohol. Con intervenciones breves, el médico de atención primaria puede conseguir reducciones significativas y duraderas del uso de alcohol en consumidores de riesgo sin dependencia³. En los pacientes con dependencia, el papel del médico en la derivación a programas de tratamiento especializado es básico. Incluso en aquellos pacientes que no aceptan la derivación, las visitas al médico de atención primaria, centradas en la dependencia del alcohol, pueden producir una mejora importante.

A pesar de la frecuencia y de las consecuencias de los consumos excesivos de alcohol, éstos pasan inadvertidos. En un estudio⁴ realizado en el ámbito de atención primaria se demuestra una atención adecuada a los pacientes con dependencia, pero ésta sólo se le presta al 10%. Por otro lado, a los pacientes no les parece mal que se explore su consumo de alcohol por parte del médico y están dispuestos a escuchar sus consejos.

Por tanto, es un problema prevalente, con consecuencias graves y en el que la intervención es eficiente. De aquí la importancia de detectar e identificar a los pacientes con consumos excesivos de alcohol desde la mejor posición para ello, la atención primaria. Pero el objetivo no es sólo identificar al paciente que ya presenta un abuso o dependencia sino incluso al que empieza a padecer un cambio patológico incipiente aunque el paciente no consulte por ello. Lo ideal es detectar las fases tempranas para intervenir lo antes posible y así intentar evitar las cronificaciones.

Como resumen para la identificación del alcoholismo en atención primaria las figuras 1 y 2 nos orientan acerca de cuándo y cómo realizarlo.

Factores relacionados con el consumo excesivo de alcohol

El primer paso para identificar el alcoholismo es pensar en ello. Tener presentes los factores epidemiológicos asociados a los trastornos relacionados con el alcohol permite mantener una alta sospecha de su presencia.

Sexo

El consumo de alcohol es más frecuente entre varones que entre mujeres, pero en éstas últimas ha aumentado en los últimos años. Las mujeres inician el consumo significativamente más tarde que los varones y presentan un consumo problemático a una edad más tardía⁵. Las mujeres suelen tender a la ocultación y beber en privado y los varones suelen hacerlo en público.

En las mujeres es muy destacada la presencia de síntomas psicopatológicos, principalmente depresivos, y muchas veces es el motivo principal de consulta. Cabe destacar que los intentos autolíticos son muy frecuentes en las mujeres, mientras que los suicidios consumados lo son en el varón. Hay una relación entre el consumo de alcohol en mujeres y el consumo de otras drogas, principalmente psicofármacos y estimulantes.

Para finalizar, las consecuencias somáticas y familiares derivadas del consumo de alcohol en mujeres tienen

mayor incidencia que en el varón; mientras que los problemas legales, laborales y sociales son menores.

Edad

Según el Observatorio Español sobre Drogas (OED), Informe 2004⁶, y la Encuesta Domiciliaria realizada ese mismo año², la edad media en el inicio del consumo de alcohol es de 15,9 años en varones y 17,6 años en mujeres.

Historia familiar

La historia familiar es un fuerte predictor de problemas relacionados con el consumo de alcohol. De hecho, los hijos varones de pacientes con dependencia del alcohol tienen 3-4 veces mayor riesgo de presentar trastornos por dicha sustancia.

Factores laborales

En los desempleados, y en aquellas profesiones en las que hay un acceso fácil al alcohol (sector de hostelería y espectáculos), o en las que existe gran estrés (ejecutivos, vendedores) el riesgo de presentar problemas relacionados con el alcohol es más alto.

Factores psicológicos

Hay una relación entre el abuso y dependencia del alcohol y los sujetos que presentan trastornos ansiosos, depresivos, del control de los impulsos y psicóticos. No hay un perfil de personalidad predispuesta.

Anamnesis y detección de situaciones de riesgo. Diagnóstico temprano

Es fundamental el diagnóstico temprano de los problemas relacionados con el alcohol, ya que se disminuyen los riesgos de daño en el paciente consumidor y posibilita que las modificaciones conductuales sean más fáciles de alcanzar y mantener.

La evaluación del consumo de alcohol debe formar parte de la rutina exploratoria del médico de atención primaria. El PAPPS⁷ recomienda, en mayores de 14 años, sin límite de edad, explorar sistemáticamente el consumo de alcohol cada 2 años. Conviene evaluar el consumo siempre que se abra la historia clínica, al actualizarla y ante cualquier indicio de riesgo o de sospecha en personas:

- Con tendencia a beber en exceso, como fumadores, adolescentes y adultos jóvenes.
- Embarazadas.
- Con problemas que podrían estar relacionados con el alcohol:
 - A. Accidentes de tráfico y laborales.
 - B. Traumatismos.
 - C. Dificultades familiares.
 - D. Problemas digestivos.
 - E. Problemas cardiovasculares.
 - F. Problemas de salud mental.

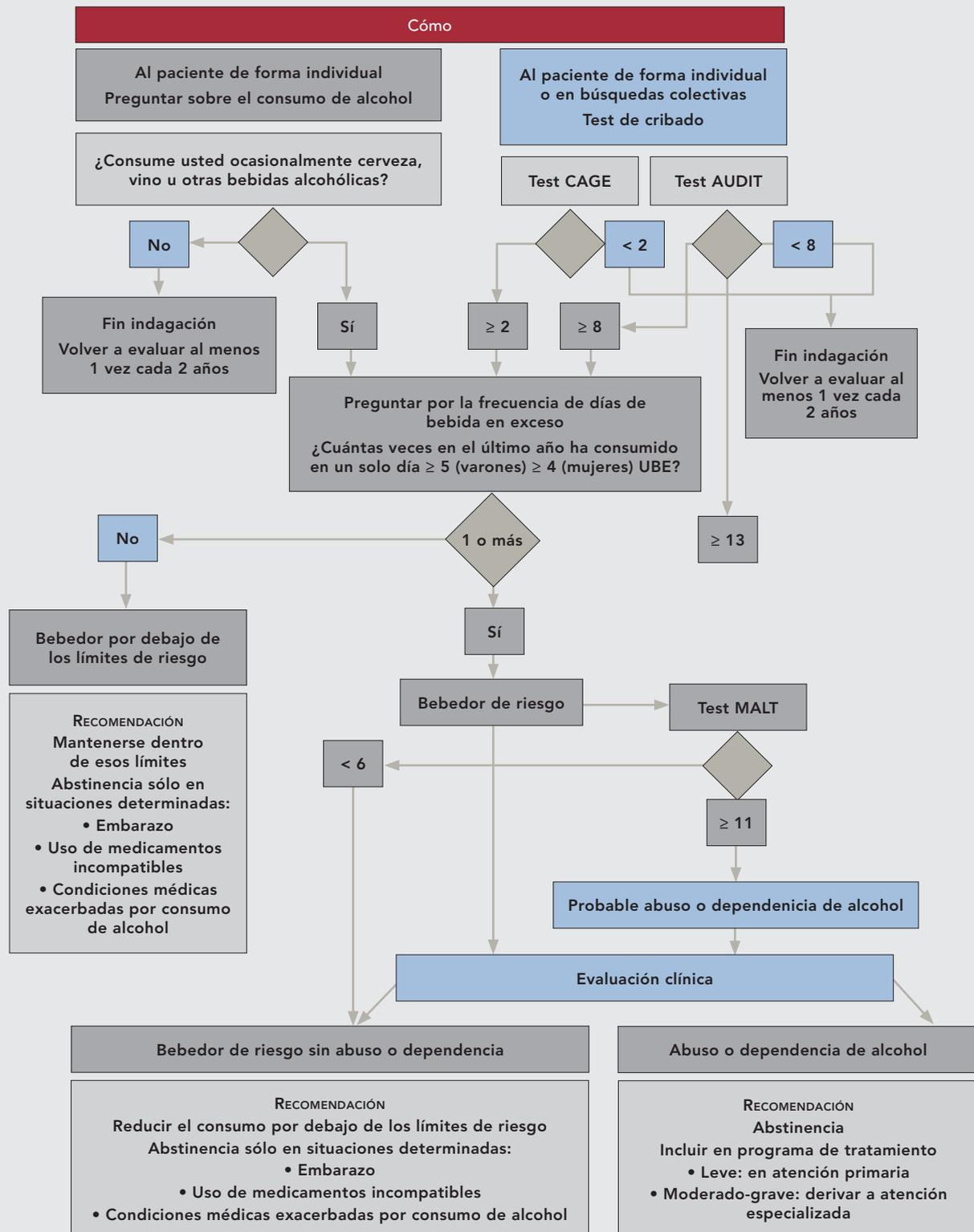
Figura 1

Identificación del paciente con alcoholismo en atención primaria

Cuándo
Al abrir la historia
Al actualizar la historia
< 14 años 1 vez al año mínimo
>14 años 1 vez cada 2 años mínimo
Embarazadas
Cuando se va a usar medicación que interactúe con el alcohol
Cuando se detectan enfermedades o problemas psicosociales relacionados
Cuando se detectan indicios de consumo en pruebas complementarias:
↑ VCM
↑ GGT
↑ GOT, GPT o GOT/GPT > 2
↑ Triglicéridos, ácido úrico, etc.

Figura 2

Algoritmo de identificación del paciente con alcoholismo en atención primaria



UBE: unidades de bebida estándar. Adaptado de Abdalla et al. Overview of treatment approaches for hepatocellular carcinoma. Uptodate (www.uptodateonline.com)

Según el patrón de consumo de alcohol, el médico de atención primaria se puede encontrar con 3 tipos de pacientes en su práctica diaria:

- Pacientes con riesgo debido a su hábito alcohólico, sin que haya problemas objetivables.
- Pacientes con patología derivada de su consumo, pero sin dependencia alcohólica.
- Pacientes dependientes del alcohol.

El límite de riesgo en los consumidores de alcohol se encuentra en 40 g/día para los varones y en 24 g/día para las mujeres.

Los instrumentos diagnósticos para la detección temprana del paciente con alcoholismo en el ámbito sanitario son la entrevista clínica y los cuestionarios específicos del consumo de alcohol.

Entrevista clínica

Deben valorarse aspectos relacionados con el patrón de consumo:

Patrón de consumo

Debemos de estar muy atentos y ser hábiles a la hora de recoger esta información, porque el principal problema es la dificultad para reconocer el consumo por parte del sujeto. Sería conveniente incluir las preguntas acerca del consumo y su cuantificación dentro de las cuestiones sobre los hábitos dietéticos, de sueño, de consumo de tabaco o toma de medicamentos.

Hay que detallar el tipo de consumo diario. Para ello se utilizarán preguntas como: "¿Consume alcohol en las comidas?", "¿y fuera de ellas?", "¿qué tipo de bebida consume?", "¿bebe los fines de semana?".

Síntomas médicos y psiquiátricos

La mayoría de los daños médicos y psiquiátricos asociados al consumo de alcohol aparecen en las personas que no presentan dependencia a dicho tóxico. Un consumo diario de 20-40 g de alcohol puro favorece los accidentes, las lesiones, así como los problemas laborales y sociales. Los síntomas y signos relacionados con el consumo de alcohol más comunes son los siguientes:

- Médicos: cefalea (aguda y crónica), anorexia, astenia, hiporreflexia, pirosis retrosternal, dolor abdominal, diarrea, hipertensión arterial, temblor distal, enfermedad de transmisión sexual, crisis y traumatismos. En la exploración física pueden objetivarse signos relacionados con el consumo de alcohol crónico, como facies pletórica, inyección conjuntival, arañas vasculares en la epidermis facial, fetor alcohólico, desnutrición, hipertrofia parotídea, eritema palmar, subictericia o ictericia, hepatomegalia, ginecomastia, obesidad y signos de tabaquismo importantes.
- Psiquiátricos/psicológicos: agresividad, conducta irracional, discusiones, violencia, pérdida de memoria, insomnio, depresión, ansiedad, cuadros alucinatorios o

delirantes, síndrome de abstinencia, *delirium*, intoxicaciones atípicas.

VARIABLES SOCIALES

En la consulta de atención primaria se debe realizar una valoración de los problemas familiares que podrían objetivarse, como trastornos de ansiedad o depresión en hijos o pareja del paciente alcohólico, problemas escolares, traumatismos secundarios al abuso físico, síntomas médicos inexplicables en los hijos como cefaleas, dolor abdominal, etc., y/o visitas frecuentes de los miembros de la familia del paciente en la consulta. Es necesario explorar el apoyo familiar y la estabilidad sociolaboral de las familias en las que se aprecia un problema relacionado con el alcohol.

Cuestionarios específicos del consumo de alcohol

Existen numerosos cuestionarios para la detección del consumo de alcohol, pero éstos nunca deben sustituir a una adecuada anamnesis y exploración física del paciente. Los test más aceptados en nuestro medio⁸ son el Chronic Alcoholism General Evaluation (CAGE), el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) y el Münchner Alkoholisimus Test (MALT), y se resumen en la tabla 1.

CAGE

Fue desarrollado por Mayfield et al⁹ en 1974 y está validado en español¹⁰ para detectar casos de alcoholismo (tabla 2).

Se trata de un cuestionario heteroaplicado, de 4 ítems de respuesta dicotómica (Sí = 1 punto/No = 0 puntos). El test se considera positivo para la presencia de abuso o dependencia de alcohol si se responde afirmativamente a un mínimo de 2 preguntas. Con 0 puntos se considera la ausencia de problemas relacionados con el alcohol; con 1 punto se presuponen sólo indicios de alcoholismo.

Es un test barato, rápido, que se pasa en menos de 1 min y en el que para su realización no se necesita personal cualificado.

Presenta una sensibilidad del 49-100% y una especificidad del 79-100%¹¹.

AUDIT

Fue desarrollado por la OMS para detectar el consumo de riesgo, el uso perjudicial de alcohol o una posible dependencia en atención primaria¹².

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 10 preguntas, relacionadas con el consumo de alcohol, los hábitos de consumo y la presencia de problemas y síntomas relacionados (tabla 3). Es un test breve que se centra en el consumo reciente de alcohol. Es consistente con las definiciones de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol.

Tabla 1 Cuestionarios de detección de alcoholismo

TEST	N.º de ítems	Tiempo (min)	Características	Sensibilidad/especificidad
CAGE	4	< 1	Diseñado para detección de alcoholismo	49-100%
	No incluye cantidad, frecuencia, ni tiempo	79-100%		
AUDIT	10	≥ 2	Consumo en el año anterior	51-97%
	Detecta consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia	78-96%		
MALT	34	≥ 11	Detecta dependencia alcohólica y problemas de alcoholismo en pacientes con alto grado de negación	100%
		80%		

Tabla 2 Test de CAGE

1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
Sí/No
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
Sí/No
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
Sí/No
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?
Sí/No

La puntuación final oscila entre 0 y 40. Según los puntos de corte:

- Puntuaciones entre 0-7 en varones y 0-5 en mujeres indican que no existen problemas relacionados con el alcohol.
- Puntuaciones de 8-12 en varones y 6-12 en mujeres indican consumo de riesgo.
- Puntuaciones de 13-40 en varones y mujeres indican problemas físicos y psíquicos y probable dependencia alcohólica.

Con un punto de corte igual o mayor a 8, la sensibilidad del cuestionario para detectar problemas con el alcohol sería del 51-97% y la especificidad, del 78-96%¹³.

MALT

Fue diseñado por Feuerlein et al¹⁴ en 1977 y ha sido validado en español¹⁵. Es muy útil para la detección de sujetos con dependencia alcohólica y problemas de alcoholismo en pacientes con un alto grado de negación. Presenta una sensibilidad del 100% y una especificidad del 80%¹⁶.

Consta de 2 partes: MALT-O (objetivo, realizado por un entrevistador médico) y el MALT-S (subjetivo, cuestionario autoadministrable), que deben valorarse conjuntamente. Según la puntuación obtenida se pueden establecer 3 categorías:

- Puntuación de 0-5 puntos: paciente sin trastorno por dependencia.
- Puntuación de 6-10 puntos: paciente con sospecha de dependencia.
- Puntuación de 11 puntos o más: paciente con dependencia.

Es un test que tiene una baja sensibilidad para detectar fases tempranas del consumo problemático de alcohol. No sirve para identificar bebedores de riesgo pero sí para detectar un trastorno por dependencia. No está justificado su uso rutinario, salvo para aquellos sujetos que ya presentan un consumo perjudicial de alcohol y que han obtenido una puntuación positiva en los cuestionarios más breves.

Marcadores biológicos

Los marcadores biológicos (tabla 4) sirven para orientar acerca de la presencia de problemas de alcohol pero no

Tabla 3 Test de AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- (0) Nunca
- (1) 1 o menos veces al mes
- (2) 2 o 4 veces al mes
- (3) 2 o 3 veces a la semana
- (4) 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día típico en el que ha bebido?

- (0) 1 o 2
- (1) 3 o 4
- (2) 5 o 6
- (3) 7 o 9
- (4) 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, en el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, en el último año

para el diagnóstico. También son útiles para determinar la afectación física secundaria al consumo y para valorar su evolución. El problema de los marcadores biológicos es que no detectan consumos de alcohol inferiores a 40-60 g/día.

La aplicación en la práctica clínica de los marcadores biológicos puede ser útil en aquellos sujetos que niegan o minimizan el consumo del alcohol, pero sin utilizarlos nunca en oposición a la opinión del paciente, pues si éste entiende que con ellos forzamos el diagnóstico de alcoholismo puede producir su rechazo y abandono.

Marcadores directos

Expresan medidas de la cantidad de alcohol ingerida.

Alcoholemia

La concentración de alcohol en sangre es un buen indicador tanto del grado de consumo de alcohol agudo, como del grado de tolerancia a éste. Si los valores en sangre

son > 1,5 g/l y hay ausencia de síntomas cerebelosos, es indicativo de una elevada tolerancia al alcohol, lo que representa un criterio de dependencia alcohólica.

Concentración de transferrina deficiente en hidratos de carbono

Es una isoforma de la transferrina cuya concentración se incrementa después de consumos superiores a 50-80 g de etanol/día, durante 1 semana. No requiere que haya daño tisular y es útil para la monitorización de la abstinencia y en la detección de recaídas. En 12-17 días tras abstinencia de alcohol, los valores de esta enzima se normalizan. Su sensibilidad es del 75-90% y la especificidad, del 70-100%¹⁷. Esta técnica no se realiza de forma rutinaria en nuestro medio clínico.

Marcadores indirectos

Expresan alteraciones fisiológicas debidas a un contacto prolongado con el alcohol en cantidades importan-

Tabla 4 Marcadores biológicos del consumo de alcohol

Parámetro	Normalización tras abstinencia	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
Triglicéridos	Varias semanas	30%	
GGT	2-6 semanas	35-85	81-89
AST (GOT)	Variable	10-40	< 50
ALT (GPT)	Variable	10-40	< 50
VCM	3-4 meses	30-50	65-100
CDT	12-17 días	75-90	70-100

ALT o GPT: transaminasa glutámico pirúvica; AST o GOT: transaminasa glutámico oxalacética; CDT: concentración de transferrina deficiente en hidratos de carbono; GGT: gamma glutamil transpeptidasa; VCM: volumen corpuscular medio.

tes. Son parámetros baratos y asequibles para cualquier nivel asistencial y deben formar parte de la exploración global del paciente.

Gamma glutamil transpeptidasa

Es un marcador muy sensible (35-85%) y específico (81-89%) para orientarnos en la detección de consumo de alcohol crónico en las consultas de atención primaria¹⁸. Se normaliza a las 2-6 semanas de abstinencia, lo que permite hacer un seguimiento de ésta. Como indicador de consumo pierde utilidad si existen hepatopatías (alcohólicas o no alcohólicas), en otras enfermedades (pancreatitis, insuficiencia cardíaca) y con la ingesta de fármacos (benzodiazepinas, anticonvulsivos, anticonceptivos, etc.)¹⁹.

Transaminasas glutámico oxalacética y glutámico pirúvica

Son enzimas hepáticas y expresan daño tisular. La transaminasa glutámico pirúvica (GPT o ALT) es una enzima intracelular casi exclusivamente hepática, en cambio la transaminasa glutámico oxalacética (GOT o AST) está presente en otros tejidos, por lo que podría verse aumentada en otras afecciones, además de las hepáticas, como enfermedades musculares, infartos de miocardio y enfermedades renales. La sensibilidad de estas enzimas para detectar alteraciones producidas por un consumo de alcohol se sitúa en torno al 10-40% y su especificidad es inferior al 50%¹⁷. Si el origen de la hepatopatía es el alcohol, los valores de ALT suelen incrementarse más que los de las AST; el cociente ALT/AST es mayor de 2.

Volumen corpuscular medio

Se eleva tras consumos de alcohol prolongados. Es un indicador de macrocitosis, probablemente debida a un efecto tóxico del alcohol en los eritroblastos, que no

tiene por qué ir asociado a anemia. Es un marcador con menor sensibilidad que la gamma glutamil transpeptidasa (GGT) (30-50%), pero con una especificidad mayor (65-100%)¹⁹. Tarda 3-4 meses en normalizarse tras la abstinencia, por lo que no puede utilizarse como marcador de seguimiento.

Diversos problemas producen o empeoran una elevación del volumen corpuscular medio (VCM) y deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar los resultados de unos análisis. Estas condiciones son: déficit de vitamina B o ácido fólico (especialmente frecuentes en pacientes alcohólicos), enfermedades hepáticas, tabaquismo y ciertos fármacos.

La determinación simultánea de GGT y VCM permite orientar en la identificación de más del 75% de los bebedores¹⁹.

Otros marcadores

El alcohol altera el metabolismo y el transporte lipídico y produce un aumento de triglicéridos. Éstos pueden estar elevados en múltiples enfermedades (dislipemias, obesidad, fármacos inductores del sistema enzimático) y sus valores descienden en la hepatopatía avanzada. Este tóxico también provoca un aumento en la producción de ácido úrico y una disminución en su eliminación por el riñón, por lo que los consumidores habituales de alcohol tienen más probabilidad de presentar ataques de gota.]

BIBLIOGRAFÍA

1. Pascual Pastor F. Imagen social de las bebidas alcohólicas. Monografía alcohol. Adicciones. 2002;14:117-22.
2. Ministerio del Interior. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre el Consumo de Drogas; 2004.
3. Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson L, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized

- controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA*. 1997;277:1039-45.
4. McGlynn EA, Ash SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*. 2003;348:2635-45.
 5. Ávila JJ, González D. Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*. 2007;19:383-92.
 6. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2004. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
 7. Recomendaciones PAPPS, educación para la salud. Barcelona: SEMFYC; 1995.
 8. Aubá J, Gual A, Monràs M. Diagnóstico de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Curso de Formación sobre Prevención y Tratamiento del Alcoholismo. Unidad Didáctica 2. Barcelona: Ediciones Doyma-Socidrogalcohol; 1999.
 9. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. *Am J Psychiatry*. 1974;131:1121-3.
 10. Rodríguez Martos A, Navarro RM, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Droga-Alcohol*. 1986;11:132-9.
 11. Gual A. Cribado del consumo de alcohol. En Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1.ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
 12. Babor MJ, De la Fuente JK, Saunders J, Grant M. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization; 1992.
 13. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care. A systematic review. *Arch Intern Med*. 2000;160:1977-89.
 14. Feuerlein W, Ringer CH, Kufner KA. Diagnose des alkoholismus: der Münchner Alkoholismus Test (MALT). *Münchener Medizinische Wochenschrift*. 1977;119:1275-82.
 15. Rodríguez-Martos A. MALT (Münchner Alkoholismus Test): validación de la versión española de este test para el diagnóstico de alcoholismo. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur y Am Lat*. 1984;16:421-32.
 16. Guardia G, Jiménez-Arriero MA, Pascual P, Flórez G, Contel M. Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo. Valencia: Socidrogalcohol; 2007. p 21-5.
 17. Guía de Buena Práctica Clínica en Uso y Abuso de Alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

18. Guía de Referencia Rápida para abordar el Consumo de Alcohol. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2005.
19. Segado A, Bandrés F, Gómez-Gallego F. Actualización en marcadores biológicos del etilismo. *Medicina del Trabajo*. 2002;11:73-84.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Guía de Buena Práctica Clínica en Uso y Abuso de Alcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.

Guía elaborada en el ámbito de atención primaria. Basada en la evidencia científica y en la experiencia clínica en consulta. De contenido práctico, proporciona al profesional sanitario información precisa y esquematizada para un adecuado abordaje de los problemas relacionados con el alcohol: situación actual del alcoholismo en España, patrones de consumo, grupos de riesgo, entorno familiar del paciente, enfermedades físicas y psíquicas asociadas a su consumo, estrategias preventivas y opciones terapéuticas actuales, así como modelos de intervención integral en atención primaria.

Saiz PA, G-Portilla MP, Paredes MB, Bascaran MT, Bobes J. Instrumentos de evaluación en el alcoholismo. *Adicciones*. 2002;14:387-403.

El objetivo fundamental de este artículo es el abordaje de las diferentes técnicas destinadas al diagnóstico adecuado del paciente alcohólico en nuestra práctica diaria. Recoge los cuestionarios y escalas de detección más útiles en atención primaria, que están psicométricamente reconocidas y adaptadas al castellano.

Martín A, Rojano P. El médico de atención primaria en la prevención y tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. *Medicina General*. 2001;32:233-40.

Destaca el papel del médico de atención primaria como promotor de la salud; por su labor en la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol. Indica el tipo de intervención que se debe realizar en función de los hallazgos encontrados en los diferentes instrumentos diagnósticos.

Gual A, Colom J. Alcohol y atención primaria de salud: el difícil camino hacia la normalización. *Adicciones*. 2004;16:3-6.

Trata la organización de la respuesta asistencial de la sanidad pública española frente a las consecuencias negativas del consumo de alcohol, los escasos programas formativos en atención primaria, la importancia de la identificación precoz de los bebedores de riesgo, las intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol y la derivación a centros especializados.