

## El abuso del alcohol y su manejo

*Las adicciones son susceptibles de detección, prevención y tratamiento, y en ausencia de estas acciones, pueden permanecer durante toda la vida del individuo*

Se ha definido a la adicción como una enfermedad del cerebro, crónica y recurrente, que se caracteriza por una búsqueda compulsiva de las sustancias a pesar de que el individuo dependiente está consciente de sus efectos adversos. Las drogas cambian la estructura y el funcionamiento del cerebro, estos cambios pueden ser duraderos y llevar a conductas de riesgo en los individuos que las consumen.

### I. Epidemiología

El consumo excesivo de alcohol es responsable de una carga importante de enfermedad y constituye un problema de salud pública. Se asocia con más de 60 enfermedades,<sup>8</sup> ocupa el primer lugar como causa de muerte y de enfermedad en el país por su importante papel en el origen de la cirrosis y los accidentes.<sup>9</sup> De las encuestas realizadas en México<sup>5, 11, 12, 13</sup> sabemos que el consumo no se distribuye homogéneamente en la población, hay 44.4% de abstemios en la población urbana principalmente en las mujeres; el consumo diario es el que no se asocia con los alimentos y se bebe con poca frecuencia pero en grandes cantidades. (ver cuadro 1).

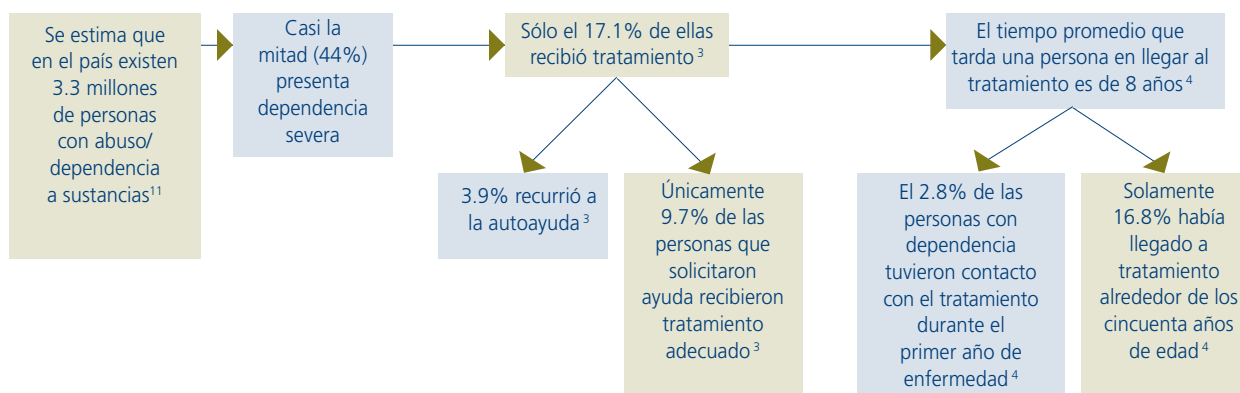
Estos datos muestran una brecha significativa entre las necesidades de atención y el tratamiento, causada por una estigmatización social que lleva a las familias a ocultar el problema. Además existe desconocimiento sobre alternativas exitosas de tratamiento.<sup>1, 6</sup>

El médico general tiene frente a sí una oportunidad única de intervención. Una proporción importante de los pacientes que se acerca a los diferentes niveles de atención tiene problemas con su forma de beber; si el médico general logra identificar al paciente en sus primeras etapas y motivarlo a cambiar su conducta o acudir a tratamiento habrá contribuido a disminuir en forma significativa la carga que este problema representa para el paciente y su familia.

#### CONTENIDO

1. Epidemiología
  2. Definiciones
  3. Límites de consumo
  4. Detección del grado de consumo
  5. Intervenciones del personal de salud
  6. Recursos para lograr una intervención efectiva
  7. Seguimiento
  8. Tratamientos alternativos
- Referencias bibliográficas

CUADRO 1. ESQUEMA SOBRE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE LLEGA A TRATAMIENTO<sup>3, 4, 11</sup>



## 2. Definiciones

La mayor parte de las personas que consume sustancias con efectos psicoactivos experimenta con ellas unas cuantas veces y abandona el consumo; una proporción menor las continúa usando después de experimentar sus efectos y una parte de ésta desarrolla dependencia.

Las intervenciones recomendadas varían de acuerdo con los patrones de consumo\* y con la etapa de progresión en que se encuentre la persona, que puede ir desde el uso hasta la dependencia<sup>18</sup>.

- El *uso* se define como cualquier ingesta de alcohol. Se denomina uso o consumo de bajo riesgo cuando se mantiene dentro de la pautas legales y médicas y existe baja probabilidad de causar problemas de salud. Se trata de una conducta que puede mantenerse al aprender a estimar el nivel de alcohol en la sangre que altera la coordinación y aumenta el riesgo de accidentes. Para evitar problemas de salud es necesario mantenerse en niveles de consumo moderado y evitar episodios de embriaguez.
- El *uso perjudicial* se caracteriza por un patrón de consumo que ya ha causado algún daño a la salud, ya sea físico (por ejemplo daño hepático) o mental (episodio depresivo). Es una conducta que se puede modificar o reaprender al orientar a los pacientes para reducir sus niveles de consumo y apoyarlos en el desarrollo de habilidades para mantener niveles moderados de consumo.
- La *dependencia* es una enfermedad que requiere tratamiento e incluye los siguientes síntomas:
  - Deseo intenso de beber.
  - Dificultad para controlar el consumo.
  - Síndrome de abstinencia.
  - Tolerancia.
  - Abandono de otras fuentes de placer.
  - Persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias negativas.

Se caracteriza por una negación de la persona afectada quien tiene la convicción de que puede controlar el consumo. En este caso es aconsejable referirla a un especialista o estimularla a incorporarse en un grupo de autoayuda.

## 3. Límites de consumo

La Organización Mundial de la Salud ha formulado recomendaciones para el establecimiento de límites de consumo de bajo riesgo, los cuales se han adaptado a los patrones de consumo locales de nuestro país<sup>15</sup>. En la imagen siguiente se señalan los límites de bajo riesgo para México.

\* Por patrón de consumo se entiende la cantidad y la frecuencia con que se ingiere n bebidas alcohólicas

FIGURA 1. LÍMITES DE CONSUMO DE BAJO RIESGO<sup>15</sup>



Se define una copa o bebida estándar a aquella que contiene aproximadamente 12 gramos de alcohol puro, esto equivale a una cerveza de 350 ml, una copa 175 ml de vino de mesa o 45 ml de bebidas destiladas; cada una de éstas contiene aproximadamente la misma cantidad de alcohol puro.

La definición de límites de consumo diferentes por género obedece al hecho de que la mujer (teniendo en cuenta su peso y talla) se intoxica más rápidamente que el hombre con dosis semejantes de alcohol. Esto se debe en parte a la diferencia en la actividad de enzimas contenidas en el tejido del estómago que desdoblán el alcohol antes de llegar al torrente sanguíneo. Esta enzima es cuatro veces más activa en el hombre que en la mujer. Por otra parte, las mujeres también tienen una mayor proporción de grasa que de agua en el organismo, y debido a que el alcohol es más soluble en el agua que en la grasa, cualquier dosis se concentra más en el organismo femenino que en el masculino. La recomendación de menor consumo en edad avanzada obedece al hecho de que la proporción de grasa se incrementa con la edad en ambos géneros.

Se recomienda que los adolescentes se abstengan de beber dado que su cerebro, y en general su sistema nervioso, aún no ha logrado la madurez, por lo tanto la exposición a bebidas alcohólicas puede interrumpir su desarrollo e incluso provocar daños cognitivos<sup>16</sup>; aunado a ello se ha demostrado que empezar a beber a edades tempranas incrementa el riesgo de desarrollar dependencia.<sup>10</sup>

Las personas que exceden los límites de consumo moderado están en riesgo de tener consecuencias médicas, psicológicas y sociales y de desarrollar dependencia. Cuando el uso de alcohol interfiere con el trabajo, la escuela o con el tratamiento médico, es necesario intervenir.

Para determinar si el paciente está en riesgo debido a su forma de beber se recomienda preguntar directamente cuántos días consume cinco copas o más en la misma ocasión si es hombre y cuatro si es mujer; si consume estas cantidades dos o más días a la semana es un fuerte indicador de que puede tener problemas con el consumo del alcohol.

## 4. Detección del grado de consumo

Una alternativa para la detección de casos es utilizar un instrumento de tamizaje, en el caso del alcohol se recomienda usar instrumentos breves como el AUDIT<sup>\*\*2</sup>, el cual consta de 10 preguntas que pueden responderse en aproximadamente cinco minutos. Puede iniciar la aplicación de este instrumento de la siguiente manera: "le voy hacer algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el año pasado." Para ayudar al paciente a contestar explique qué se entiende por copa estándar, lea las preguntas tal como están redactadas y registre las respuestas encerrando el número correspondiente en un círculo.

\*\* AUDIT, siglas en inglés de Alcohol Use Disorders Identification Test (Prueba de identificación de trastornos por el consumo de alcohol). Este instrumento y la guía de aplicación se pueden consultar en la página: [www.who.int/entity/substance\\_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf](http://www.who.int/entity/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf).

## AUDIT

1. ¿QUÉ TAN FRECUENTEMENTE TOMA BEBIDAS ALCOHÓLICAS?

- 0) Nunca \_\_\_\_\_
- 1) Una vez al mes o menos \_\_\_\_\_
- 2) Dos o cuatro veces al mes \_\_\_\_\_
- 3) Dos o tres veces por semana \_\_\_\_\_
- 4) Cuatro o más veces por semana \_\_\_\_\_

2. ¿CUÁNTAS COPAS SE TOMA EN UN DÍA TÍPICO DE LOS QUE BEBE? (BEBIDAS COMBINADAS COMO LA “CUBA LIBRE” O EQUIVALENTES COMO CERVEZAS, VASOS DE PULQUE, CÓCTELES O COOLERS, O CUALQUIER OTRA BEBIDA QUE CONTENGA ALCOHOL).

- 0) 1 ó 2 \_\_\_\_\_
- 1) 3 ó 4 \_\_\_\_\_
- 2) 5 ó 6 \_\_\_\_\_
- 3) 7 ó 9 \_\_\_\_\_
- 4) 10 ó más \_\_\_\_\_

3. ¿QUÉ TAN FRECUENTEMENTE TOMA 6 Ó MÁS COPAS EN LA MISMA OCASIÓN? ( EN UN MISMO DÍA, EVENTO O REUNIÓN).

- 0) Nunca \_\_\_\_\_
- 1) Menos de una vez al mes \_\_\_\_\_
- 2) Mensualmente \_\_\_\_\_
- 3) Semanalmente \_\_\_\_\_
- 4) Diario o casi diario \_\_\_\_\_

4. ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, ¿LE OCURRIÓ QUE NO PUDO PARAR DE BEBER UNA VEZ QUE HABÍA EMPEZADO?

- 0) Nunca \_\_\_\_\_
- 1) Menos de una vez al mes \_\_\_\_\_
- 2) Mensualmente \_\_\_\_\_
- 3) Semanalmente \_\_\_\_\_
- 4) Diario o casi diario \_\_\_\_\_

5. ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, QUÉ TAN FRECUENTEMENTE DEJÓ DE HACER ALGO QUE DEBERÍA HABER HECHO POR BEBER? (COMO NO IR A TRABAJAR O A LA ESCUELA).

- 0) Nunca \_\_\_\_\_
- 1) Menos de una vez al mes \_\_\_\_\_
- 2) Mensualmente \_\_\_\_\_
- 3) Semanalmente \_\_\_\_\_
- 4) Diario o casi diario \_\_\_\_\_

6. DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, ¿QUÉ TAN FRECUENTEMENTE BEBIÓ EN LA MAÑANA SIGUIENTE DESPUÉS DE HABER BEBIDO EN EXCESO EL DÍA ANTERIOR?

- 0) Nunca \_\_\_\_\_
- 1) Menos de una vez al mes \_\_\_\_\_
- 2) Mensualmente \_\_\_\_\_
- 3) Semanalmente \_\_\_\_\_
- 4) Diario o casi diario \_\_\_\_\_

7. DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, ¿QUÉ TAN FRECUENTEMENTE SE SINTIÓ CULPABLE O TUVO REMORDIMIENTO POR HABER BEBIDO?

- 0) Nunca \_\_\_\_\_
- 1) Menos de una vez al mes \_\_\_\_\_
- 2) Mensualmente \_\_\_\_\_
- 3) Semanalmente \_\_\_\_\_
- 4) Diario o casi diario \_\_\_\_\_

8. DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, ¿QUÉ TAN FRECUENTEMENTE OLVIDÓ ALGO DE LO QUE HABÍA PASADO CUANDO ESTUVO BEBIENDO?

- 0) Nunca \_\_\_\_\_
- 1) Menos de una vez al mes \_\_\_\_\_
- 2) Mensualmente \_\_\_\_\_
- 3) Semanalmente \_\_\_\_\_
- 4) Diario o casi diario \_\_\_\_\_

9. ¿SE HA LESIONADO O ALGUIEN HA RESULTADO LESIONADO COMO CONSECUENCIA DE SU INGESTIÓN DE ALCOHOL?

- 0) No \_\_\_\_\_
- 2) Sí, pero no en el último año \_\_\_\_\_
- 4) Sí, en el último año \_\_\_\_\_

10. ¿ALGÚN AMIGO, FAMILIAR O DOCTOR SE HA PREOCUPADO POR LA FORMA EN QUE BEBE O LE HA SUGERIDO QUE BAJE EL CONSUMO?

- 0) No \_\_\_\_\_
- 2) Sí, pero no en el último año \_\_\_\_\_
- 4) Sí, en el último año \_\_\_\_\_

Cada pregunta —excepto las preguntas 9 y 10— tiene 5 opciones de respuesta que van de 0 a 4 puntos, la calificación se obtiene al sumar el puntaje de cada respuesta.

Si el resultado se encuentra entre 0 y 7 puntos, el *tamizaje* es *negativo*. El tamizaje es positivo cuando se obtienen valores superiores a 8 puntos y es necesario intervenir. Es importante señalar que cuando se obtienen puntajes iguales o superiores a 20 es necesaria una exploración más detallada con la finalidad de determinar si es necesario referir a la persona en cuestión a tratamiento especializado.

Cuando el tamizaje es negativo puede recomendarse la adopción de *niveles de consumo moderado*, es decir, un patrón de consumo que se asocie a un menor riesgo de desarrollar problemas. Sin embargo, a pesar de tener niveles negativos en el tamizaje, la *abstinencia* debe recomendarse a:

1. **Mujeres embarazadas, o que pretenden embarazarse.**

Algunos estudios asocian el consumo de cantidades moderadas de alcohol durante el embarazo con deficiencias en el desarrollo cognitivo y motor de los menores; sugieren que el consumo de 2 o 3 copas diarias durante el embarazo, se asocia con bebés de menor talla, peso y circunferencia craneana al nacer; con un número mayor de anomalías físicas a la edad de 3 años, y con menor coeficiente intelectual a la edad de 6 años.

2. **Personas que van a conducir automóviles o se van a involucrar en actividades que requieren atención y habilidad.**

El consumo de una copa y media de alcohol en un hombre de peso y talla media, en una hora tiene efectos en la coordinación y el consumo de tres y media copas incrementan significativamente el riesgo de accidentes.

3. **Personas que toman medicamentos.** Se sabe que el alcohol interactúa con más de 100 fármacos incluyendo algunos que se venden sin receta.

4. **Menores de edad.**

#### 4.1 Consumo perjudicial

Si el tamizaje es *positivo* es importante *determinar* si el paciente cumple con un criterio de *consumo perjudicial* o ha desarrollado *dependencia*, para esto es importante explorar si durante los últimos 12 meses:

- Ha tenido accidentes relacionados con el alcohol.
- Hubo incidencia de fracturas o quemaduras.
- Se ha puesto en riesgo en ocasiones repetidas, por ejemplo, condujo un automóvil bajo los efectos del alcohol, si ha tenido problemas de relaciones (familia o amistades).
- El alcohol le ha llevado a faltar al trabajo o ha interferido con sus obligaciones escolares o con la familia.
- Ha tenido problemas con la policía.

La *respuesta afirmativa* a estas preguntas es indicativa de un diagnóstico de *consumo perjudicial*. En estos pacientes el tratamiento adecuado son las intervenciones breves en donde se le darán los elementos para modificar la conducta del consumo.

#### 4.2 Dependencia

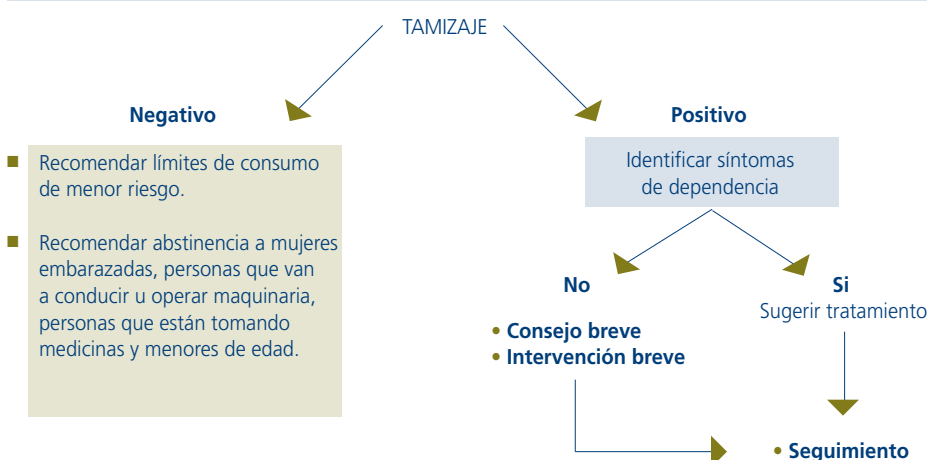
El siguiente paso es determinar la presencia de *dependencia*, nuevamente refiérase a los últimos 12 meses, si su paciente responde afirmativamente a tres o más de los siguientes síntomas es probable que tenga dependencia. Los casos de dependencia detectados por el médico general deben referirse inmediatamente al segundo nivel si:

- Repetidamente ha bebido más de lo que intentaba o no ha podido mantenerse en los límites de consumo que se ha fijado.
- No ha podido abstenerse de beber en situaciones críticas o en ocasiones en que no debía haber bebido como por ejemplo antes, de un examen, cuando va a manejar o antes de asistir a una entrevista de trabajo.
- Ha desarrollado tolerancia, es decir, manifiesta la necesidad de consumir más alcohol para sentir los mismos efectos.
- Ha mostrado síntomas de abstinencia que se manifiestan como temblores, sudoración, náusea o insomnio cuando deja de beber o consumir menos.
- Ha seguido bebiendo a pesar de estar consciente del daño físico, psicológico o social.
- Ha pasado mucho tiempo bebiendo o buscando las ocasiones de beber o recuperándose del consumo.
- Por beber ha dedicado menos tiempo a otras actividades que antes le gustaban o le eran importantes.

*Si el paciente presenta estos síntomas es necesario referirlo al segundo o tercer nivel de atención. Si no es así, el médico general puede recurrir al consejo breve o a las intervenciones cognitivo-conductuales breves para apoyarlo a reducir el consumo de alcohol.*

*Si el paciente no tiene dependencia, consume alcohol en exceso pero puede controlar su nivel de tolerancia, el médico general puede recurrir al consejo breve o a las intervenciones cognitivo conductuales breves para apoyarlo.\**

FIGURA 2. PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA Y MANEJO DE CASOS



\* Las personas interesadas en saber más sobre las intervenciones cognitivo conductuales breves pueden consultar las guías "Uso responsable de bebidas alcohólicas", "¿Te gustaría moderar tu forma de beber?", y los manuales "Intervenciones breves en adicciones. Manual para la reducción del consumo de sustancias" y "Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema". Disponibles a través del correo electrónico [cisma@imp.edu.mx](mailto:cisma@imp.edu.mx) o en el portal [www.inpsiquiatria.edu.mx](http://www.inpsiquiatria.edu.mx)

## 5. Intervenciones del personal de salud

El costo-beneficio de intervenciones breves en la práctica médica es elevado.<sup>7</sup> Al atender los problemas relacionados con el alcohol, el médico general debe tener presente que los pacientes atraviesan diferentes etapas en el proceso de cambio:

1. *Ignorancia o precontemplación.* El paciente no considera necesario cambiar su consumo.
2. *Reflexión o contemplación.* El paciente reconoce que a veces bebe mucho y que debería disminuir su consumo.
3. *Determinación y acción.* El paciente está preparado para cambiar y trata de consumir menos.

Un reto importante para el médico general es ayudar al paciente a pasar de la etapa de ignorancia a la contemplación y luego a la de determinación y acción para que esté dispuesto a cambiar su conducta.<sup>17</sup>

### 5.1. Estrategias de intervención

Para un tratamiento efectivo la reflexión cognitiva que relaciona el consumo con los riesgos no es suficiente, se ha encontrado que es mejor:

- Utilizar eventos externos ocurridos a terceros como accidentes de un conocido cercano, disminución en el rendimiento laboral, problemas con los compañeros como riñas, entre otros eventos, ya que es la información de mayor peso para motivar al paciente a cambiar.
- Analizar junto con el paciente las barreras para el cambio o para ir a tratamiento.
- Eliminar barreras con el paciente y encontrar mecanismos para retirarlas y alternativas para lograr las metas para que pueda elegir entre varias opciones.
- Encontrar alternativas para alcanzar metas definidas de común acuerdo, las de corto plazo que son más fáciles de mantener y lo que le da confianza para establecer posteriormente metas de más largo alcance.

Antes de la intervención se recomienda realizar una entrevista motivacional<sup>14</sup> que tenga por resultado una disposición explícita del paciente a cambiar. Esta estrategia busca ayudarlo a combatir las resistencias y a fomentar la percepción de que logrará vencer la tentación de beber cuando se enfrente a situaciones de riesgo. Es conveniente que el médico general exprese empatía, evite discusiones y facilite que el paciente compare su situación actual con la que le gustaría tener. Para tener una comunicación empática con el paciente es recomendable consultar el boletín de Práctica Médica Efectiva, Relación personal de salud-paciente.\*

\* Instituto Nacional de Salud Pública. Boletín de Práctica Médica Efectiva "Relación Personal de Salud-Paciente", noviembre 2007. [http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/boletin\\_practicamedica.html](http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/boletin_practicamedica.html) Herramientas para lograr una comunicación efectiva.

### 5.2 Apoyo al cambio

Si el paciente no está preparado para emprender el cambio de conducta en relación con el consumo del alcohol, el médico general puede decirle que la ambivalencia es normal y que el personal de salud está dispuesto a ayudarlo cuando esté preparado. El médico general informará al paciente que puede intentar beber dentro de niveles de consumo moderado si:

- a) Durante los 12 meses previos ha estado la mayor parte del tiempo bebiendo en niveles de consumo moderado.
- b) No ha padecido temblores matutinos.
- c) No quiere dejar de beber.

En estos casos es recomendable recurrir al consejo breve.

*El consejo breve es una estrategia de corta duración que contribuye a reducir la ingesta de alcohol y prevenir el incremento del nivel de consumo*

Para apoyar el cambio de conducta en pacientes que muestran abuso en el consumo de alcohol se recomienda:

- *Mostrar preocupación* por su salud y explicar cómo su consumo lo puede estar dañando.
- *Aconsejarlo* para que reduzca su consumo.
- *Acordar un plan de acción* mediante un acuerdo sencillo que indique, por ejemplo cuántas copas podrá tomar en cada ocasión y con qué frecuencia.

Estas intervenciones pueden durar de 5 a 10 minutos incluyendo la aplicación de pruebas de tamizaje. Se ha encontrado que este tipo de intervenciones pueden reducir el consumo de alcohol entre un 10% y un 30%.<sup>6, 15</sup>

En el siguiente cuadro se presenta un ejemplo de cómo el médico general puede introducir el tema durante la consulta:

*Le pedí que contestara estas preguntas porque probablemente el malestar que siente esté relacionado con su forma de beber. Los resultados de este cuestionario indican que usted puede presentar un riesgo mayor si sigue bebiendo así.*

*Si está de acuerdo podemos hablar un poco más al respecto, revisar esta información y juntos encontrar una forma para reducir su consumo de alcohol y los riesgos que éste implica para su salud.*

*También puedo darle material para que lo lea en casa, trate de poner en práctica estas recomendaciones y si tiene alguna pregunta con mucho gusto la puedo aclarar.*

## 6. Recursos para lograr una intervención efectiva

Algunos elementos que pueden incluirse en el consejo breve son:

- a) Revisar conjuntamente con el paciente los límites de menor riesgo, pero es importante tener en cuenta que hay situaciones en las que es aconsejable no beber.
- b) Calcular el consumo de alcohol en los últimos tres meses, compartir la información con el paciente, esto le ayudará a tomar conciencia de su conducta y determinar a cuántas copas limitará su consumo.
- c) Enseñar al paciente las equivalencias del grado de alcohol en las copas de bebidas. Esta información es importante porque comúnmente se desconoce, se cree, por ejemplo, que una lata de cerveza contiene menos alcohol que una copa de tequila o un vaso de bebida mezclada.
- d) Sugerir al paciente llevar un calendario personal en su bolsillo para marcar cada copa que bebe. Es conveniente aconsejarle que deje unos días sin beber y planee los días de la semana en los que podrá beber especificando la cantidad en cada oportunidad. Así puede establecer días de abstinencia, días de consumo leve y otros de consumo en mayor cantidad, pero siempre dentro de los límites.
- e) Orientarlo sobre conductas recomendables. Es conveniente ayudarlo a desarrollar estrategias que le ayuden a mantenerse dentro de los límites que se ha marcado, por ejemplo, no tener alcohol disponible en casa, evitar ciertos lugares, o ciertas compañías, o tener preparadas algunas respuestas para rehusar el consumo cuando se lo ofrecen. Es importante recomendarle contar con alguien a quien recurrir para solicitar ayuda cuando se sienta en riesgo de romper sus metas.

### RECOMENDACIONES PARA EVITAR LA EMBRIAGUEZ:

- Cada copa de alcohol tarda una hora en metabolizarse por lo que es aconsejable:
  - Beber lentamente.
  - Alternar bebidas sin alcohol con aquellas que contengan alcohol.
  - Dejar una hora entre una copa de alcohol y otra.
  - Consumir alcohol con alimentos pues éste se absorbe más lentamente.

## 7. Seguimiento

Si el paciente logró mantener sus metas, es indispensable reforzarlo para lograr la adherencia al tratamiento; también es necesario animarlo a regresar a sus metas originales a quien no ha podido cumplirlas. Para afianzar el apoyo es recomendable analizar las posibilidades de involucrar a la pareja u otro familiar en el tratamiento, apoyar cualquier cambio positivo y renegociar las metas.

Si el paciente no ha logrado mantener las metas en varias ocasiones es necesario referirlo al segundo o tercer nivel de atención.

## 8. Tratamientos alternativos

Es muy importante tener a la mano información de lugares especializados en el tratamiento a pacientes con dependencia alcohólica y recomendarlos a quienes requieren intervenciones intensivas o especializadas. Existen terapias cognitivo conductuales orientadas a la prevención de recaídas y actualmente se cuenta con importantes avances en los tratamientos farmacológicos para estos casos.

Algunos especialistas recomiendan la afiliación a grupos de autoayuda (AA) a pacientes con dependencia alcohólica y a quienes no han logrado mantener sus metas en diferentes intentos.

La persistencia del médico general en el seguimiento y repetidas recomendaciones aumentan la probabilidad de que el paciente eventualmente decida resolver su problema de consumo de alcohol.

## Referencias bibliográficas

- 1 Ayala H, Echeverría L, Sobell M, Sobell L (1997). Auto control dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(2): 113-127.
- 2 Babor T, De la Fuente JR, Saunders J, Grant M (1992). AUDIT. Prueba de identificación de trastornos derivados del consumo de alcohol: Pautas de uso en la atención primaria de la salud. Organización Mundial de la Salud, Programa sobre Abuso de Sustancias.
- 3 Borges G, Medina-Mora ME, Wang P, Lara C, Berglund P, Walters E (2006) Treatment and adequacy of treatment for mental disorders among respondents to the Mexico national comorbidity survey. *American Journal Psychiatry*, 163(8):1371-1378.
- 4 Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Tat Ch.W (2007) Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. (artículo en prensa) *American Journal of Public Health*, 97(9): september. <http://www.ajph.org/cgi/doi/10.2105/AJPH.2006.090985>
- 5 Borges G, Mondragón L, Medina-Mora ME, Orozco R, Zambrano J, Cherpitel Ch (2005) A case-control study of alcohol and substance use disorders as risk factors for non-fatal injury Alcohol and Alcoholism. *Alcohol and Alcoholism*, 40:, 257-262.
- 6 Campillo C, Díaz R, Romero M, Cerrad J y Villatoro J (1992). 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. (Resultados preeliminares de un ensayo clínico doble ciego y prospectivo). *Salud Mental*, 15(2): 14-19.
- 7 Chisholm D, Rehm J, Ommeren Van M and Monteiro M (2004). Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: A Comparative Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of studies on Alcohol*, 65:782-793..
- 8 English DR, Holman DD, Milne E, et al (1995) The quantification of drug cause morbidity and mortality in Australia 1995 edition. Canberra, Commonwealth Department of Human Service and Health.
- 9 González-Pier E., y cols. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in *Health Lancet* 388, 2006.
- 10 Grant BF, Dawson DA (1997). Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse* 9:103-110.
- 11 Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro J, Galvan F, Fleiz C, Rojas E, Kuri P, et. al. (2004). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capítulo Alcohol*. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI. Distrito Federal México.
- 12 Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12 month DSM IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*. (35):1773-1784.
- 13 Medina-Mora ME (2007). Mexicans and alcohol: patterns, problems and policies. *Addiction*, 102:1041-1045.
- 14 Miller W, Rollnick S (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona; Paidós.
- 15 Medina-Mora ME et. al., Model Program for the prevention of drug and alcohol abuse among workers and their families. Mexico, results from the research component. WHO/ILO Research project AD/GLO/92/586. Final Inform, 1997.
- 16 Spear L (2002). Adolescent brain and the college drinker: Biological basis of propensity to use and misuse alcohol. *Journal of Studies on Alcohol (Suppl. 14)*:71-81.
- 17 Prochaska JO & Diclemente CC (1986) Toward a comprehensive model of change. En: ER Miller, YN Heather. *Treating addictive behaviors: process of change*, pp3-29, New York Plenum Press
- 18 World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. World Health Organization, Geneva, 1993.

## DIRECTORIO

Dr. José Angel Córdova Villalobos  
SECRETARIO DE SALUD  
Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez  
SUBSECRETARIA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD  
Dr. Mauricio Hernández Ávila  
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD  
Dr. Eduardo Pesqueira Villegas  
DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE SALUD  
Dr. Mario Henry Rodríguez  
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
Dr. Miguel Ángel González Block  
DIRECTOR EJECUTIVO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

## AUTOR

Dra. María Elena Medina-Mora • INPNR\*  
Mta. en Psic. Marcela A. Tiburcio Sainz • INPNR\*\*

## Revisores\*

Lic. Leticia Echeverría San Vicente • UNAM\*\*\*  
Dr. Mario Torruco Salcedo • INPNR\*\*\*\*

## COMITÉ EDITORIAL

Dra. Gladys Faba Beaumont • INSP  
Lic. Lizbeth Evoli Goya • INSP

Diseño • Arroyo + Cerda, S.C.

Producción • Sentido y Significado, S.A. de C.V.

Boletín informativo editado por el  
**Instituto Nacional de Salud Pública** y la  
**Secretaría de Salud**  
Ave. Universidad #655, Cuernavaca,  
C.P. 62508, Morelos, México.

**El NLS es un programa de  
colaboración entre el INSP y la SSA.**

<http://www.insp.mx/nls/bpme>

\*/ Jefa de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.  
\*\*/ Maestra en Psicología, Investigadora en Ciencias Médicas del Departamento de Investigaciones Psicosociales. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.  
\*\*\*/ Coordinadora del Centro de Atención en Adicciones Acasulco. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México  
\*\*\*\*/ Director del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.