

ALCOHOLISMO

*Dr. Adolfo Arevalo; *Dra. Hilda Arteaga Huanca; *Dr. Modesto Aguilar; *Dra. Giovanna Lizondo Rada
* *Medicos Familiares Policlínico Manco Kapac*

I. DEFINICION

Es el consumo de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental, al igual que con las responsabilidades sociales, familiares, económicos o laborales. El alcoholismo es un tipo de drogadicción, en la cual hay tanto dependencia física como mental. (1, 2).

Según la OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD) "Es un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente socio-cultural, a pesar de las dolorosas consecuencias directas que puede sufrir como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia, perjuicios económicos, y sanciones penales. Un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente, sobre su forma de beber, existe la urgencia de ingerir alcohol y se pone de manifiesto una IMPORTANCIA FUNDAMENTAL DEL ALCOHOL, en que el planteamiento de las ocasiones de beber, puede tener preferencia sobre resto de sus actividades.

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS indica que, para definir un trastorno por dependencia al alcohol, se deben cumplir al menos 3 de los siguientes criterios, durante un periodo de 12 meses:

- Deseo intenso de consumir
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo.
- Síntomas somáticos de síndrome de abstinencia: temblores, náuseas o sudoración.
- Tolerancia de niveles de alcohol que incapacitarían a un bebedor normal.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer
- Persistencia del consumo a pesar de sus consecuencias perjudiciales (2,3)

II. EPIDEMIOLOGÍA

Estadísticas mundiales sobre el alcoholismo: 70% de la población mundial consume alcohol en alguna medida, por encima de los 15 años. (1,3)
10% de los antes mencionados se convertirán en alcohólicos, 3 al 5 % son dependientes (1, 3, 7,8)
10% de la población española sufre del Síndrome de dependencia del alcohol (1, 2, 3, 4, 7,8), 60% de los accidentes de tránsito son provocados por personas alcoholizadas (3,4,5).

El alcohol produce una tasa de suicidio de entre el 5% y el 27% en comparación con el 1% de la población normal, 20 a 25% de los hijos de alcohólicos, tiene problemas para controlar el consumo.

El consumo y los problemas derivados del alcohol están aumentando en todo Occidente desde 1980, incluyendo Estados Unidos, la Unión Europea y la Europa oriental, así como en los países en vías de desarrollo.

A pesar de los resultados del tratamiento actual, se estima en más de 100.000 el número de muertos anuales sólo en Estados Unidos a causa del alcohol.

En la Federación Rusa un 12 por 100.000 de la población ingresa anualmente en los hospitales para ser tratados de intoxicaciones etílicas agudas.

En los últimos años, España ha pasado a ocupar el segundo lugar en el mundo en tasa de alcoholismo. (2,3,4,5)

Según la Organización mundial de la Salud, la cantidad de jóvenes que consumen alcohol aumentó en un 20 %, en los últimos 10 años.

Hace 10 años de cada 7 hombres que consultaban por problemas relacionados con el alcohol consultaban 3 mujeres; hoy la relación es de 6 hombres por 4 mujeres. (4,5)

III. CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

Actualmente se considera que la adicción tiene un origen multifactorial e interacción compleja entre precursores genéticos, fisiológicos y ambientales.

- Agente: las bebidas alcohólicas en sus diferentes modalidades, concentraciones y combinaciones.
- Ambiente: permisividad en el seno familiar, problemas de comunicación (falta o comunicación disfuncional ejemplo: maltratos, insultos, dominancia), pobres estilos disciplinarios, rechazo parental, abuso físico y sexual (particularmente en mujeres); hogares desintegrados (divorcio, separaciones) disponibilidad, publicidad de las bebidas alcohólicas y las modas asociados al bajo coste.
- Individuo-víctima: factores de susceptibilidad genética, Hoy en día la participación genética en el desarrollo del alcoholismo y drogadicción es un hallazgo que no tiene duda, demostrado a través de los estudios en animales, gemelos y de adopción que han confirmado tales asociaciones.

Los estudios actualizados sobre la tasa de herencia general para el alcoholismo fluctúan entre el 60% y 90%. (Schukit, M., 1991). En marzo de 1990, investigadores de Utah, EE.UU., anunciaban que un gen localizado en el cromosoma 11 podría estar implicado en el desarrollo de este mal.(1,2,7) factores de personalidad, Trastorno de Personalidad Dependiente, Trastorno de Personalidad Evitante (Ansiosa), Trastorno de Personalidad Antisocial (Disocial), Trastorno de Personalidad Histriónica, otros trastornos psiquiátricos como el trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, la depresión, ansiedad, Trastorno de Pánico, la edad de comienzo del individuo, presión social y costumbres.(1,2,7)

IV. ETIOPATOGENIA

El alcohol es una molécula de carga débil con facilidad de movimiento a través de las membranas celulares equilibrándose rápidamente entre la sangre y los tejidos. El alcohol se absorbe principalmente por la vía digestiva, aumenta su absorción con el vaciamiento gástrico rápido, y la ausencia de proteínas, grasas o hidratos de carbono.

Entre el 2 y 10% de concentración de alcohol en sangre, se excreta por los pulmones, orina, o el sudor, pero gran parte se metaboliza a acetaldehído en el hígado.

Desde el punto de vista clínico, el alcohol deshidrogenasa produce acetaldehído, que es destruida rápidamente por la aldehido deshidrogenasa(ALDH), en el citosol y las mitocondrias, estos pasos requieren del dinucleótido de nicotinamida y adenina (NAD) como cofactor y el aumento de la relación entre el cofactor reducido(NADH) responsables de los efectos metabólicos.

La otra vía se produce en los microsomas del retículo endoplasmico liso (el sistema microsómico oxidante de etanol o SMOE), la cual interviene cuando las concentraciones alcohólicas en sangre son elevadas.

Los cambios de comportamiento se dan con concentraciones de 20 a 30 mg/dl (después de una a dos copas), 50 mg/dl produce sedación y tranquilidad, de 50 a 150 mg/dl, falta de coordinación, 150 a 200mg/dl intoxicación, 300 a 400mg/dl inconciencia e incluso la muerte.(3)

VI. EVALUACION DEL PACIENTE

Pese a la existencia de los diferentes test de diagnóstico, es imprescindible, la anamnesis y examen físico detallado, teniendo en cuenta la epidemiología, además prestar atención a los signos y síntomas relacionados con el alcohol, ya que su efecto sobre el sistema nervioso central, repercute en los cambios de conducta:

Primera fase: Estado de excitación y euforia, pérdida del autocontrol, alteraciones visuales, por lo que en esta fase se acentúa los riesgos de accidentes de tránsito

Segunda Fase: Se produce alteraciones de la conducta liberándose los impulsos primitivos, trastornos de afectividad, exaltándose el erotismo, el sujeto puede tornarse irritable o somnoliento, aboliéndose, la coordinación de los movimientos finos.

Tercera fase: Presencia de síntomas narcóticos, alteración de las funciones sensitivas y motoras, con alteración de la marcha, produciéndose caídas, escándalos, desobediencia, y problemas de abandono.

Cuarta fase: El paciente puede entrar en coma, con respiración estertorosa con el inicio de la parálisis del centro respiratorio. Si la evolución es favorable el paciente puede recuperarse en unas diez horas, si el paciente no se recupera en este tiempo, el pronóstico se hace sombrío y puede terminar con la muerte.

Debemos despertar la sospecha de estar frente a un paciente alcohólico, ante la presencia de hipertensión fluctuante, arritmias cardiacas, neumonías recurrentes, cirrosis o hepatitis inexplicables, cancer de cabeza y cuello, esófago-gástrico, pancreatitis, hipertrofia parotídea bilateral, y la neuropatía periférica.(2,3,20)

VI. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Es recomendable la exploración sistemática del consumo de alcohol en mayores de 14 años, cada 2 años, al abrir la historia clínica, al actualizarla y ante cualquier indicio de sospecha (PAPPS).(3, 4, 20)

Las dos pruebas de cribaje más útiles para detectar el alcoholismo son: el cuestionario CAGE, que fue diseñado para detectar alcohólicos con consumos mayores a 80g/día, (11). El MALT que consta de dos partes el subjetivo que tiene 26 items auto-administrables, donde cada respuesta positiva vale un punto, y en MALT objetivo con 7 preguntas que debe ser valorado por el médico, cada item positivo se valora en 4 puntos, la suma de ambos es el valor del MALT, donde se obtienen tres categorías: se muestran ambos test en la fig. 1 (3)

0 – 5	no alcohólico
6 – 10	sospecha de alcoholismo
11 o más	alcoholismo

En cuanto a las pruebas de laboratorio se tiene elevación de Acido úrico, Triglicéridos,(3) GGT, GOT, VCM, el cociente GOT/GPT mayor 1 La elevación de la GGT se normaliza a las seis semanas de abstinencia, por lo que es especialmente útil en el seguimiento. Puede estar alterada en otras hepatopatías, pancreatitis o tras la ingesta de fármacos. (20)

Últimamente se utiliza como nuevo marcador la CDT (Transferrina deficiente en carbohidratos) que se incrementa tras consumos superiores a 50/80 grs. etanol/ día. (19, 20).

Aun así diversos autores concluyen que la entrevista médica es más efectiva que los test de

laboratorio, para identificar a los pacientes de riesgo y problema. (13, 11, 12)

VII. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. (3, 20)

- Traumatismo de craneo, (Hematoma Subdural)
- Encefalopatía Hepática
- Infección (Meningitis o Encefalitis)
- Estados Posictales
- Intoxicación hipnosedante
- Hipoglucemia grave

VIII. TRATAMIENTO

VIII.a. TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Se debe dar consejos a los pacientes en la consulta médica, debemos hablar con el paciente acerca de la necesidad y estrategia de reducir el consumo de alcohol a niveles seguros, realizar un examen de salud más completo y con su resultado personalizar los riesgos del consumo de alcohol. Deben tenerse en cuenta los aspectos sociales, familiares y los problemas mentales que a menudo coexisten con su dependencia.

Si la evolución del paciente no es satisfactoria (persistencia del consumo excesivo) o la patología acompañante así lo aconseja debe reorientarse al paciente para que acuda a una unidad de salud mental, grupo de alcohólicos anónimos y/o unidades de desintoxicación.

Se recomienda una abstinencia absoluta de bebidas alcohólicas en la fase inicial del tratamiento. En una segunda fase se desaconseja el reinicio de consumo de bebidas alcohólicas, aunque si el paciente quiere reanudarlas, se debe intentar dirigir la intervención terapéutica con el fin de limitar los consumos por debajo de los niveles de riesgo (200 gr. de alcohol por semana para el hombre y 160 gr. de alcohol por semana en la mujer).(19)

Es importante hacer hincapié en la motivación y responsabilización del propio paciente en los tratamientos.(20)

En la deshabitación alcohólica siempre debe existir un apoyo psicológico al paciente, que puede ser a nivel individual y/o grupal. El seguimiento del paciente ha de ser largo, no menor de cinco años. (3)

VIII.b. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Fármacos interdictores. Como coadyuvantes en el proceso de deshabitación, se puede valorar la introducción de fármacos interdictores, como los inhibidores de la aldehído deshidrogenasa (ALDH). Estas sustancias provocan una reacción tóxica por acumulo de metabolitos reactivos en la sangre cuando se toma alcohol, lo que se manifiesta por rubefacción, picor intenso, náuseas, vómitos, palpitaciones y cefalea.

El Disulfiram es un inhibidor irreversible de la ALDH, por lo que puede haber reacciones ante el consumo etílico incluso siete días después de haber interrumpido la administración del fármaco. La dosis recomendada es de 100-200 mg/día en monodosis diaria recomendándose su ingesta en presencia de un familiar. Alternativamente puede usarse a dosis de 400 mgrs./ 2 veces a la semana. Sus principales efectos secundarios son: hepatitis tóxica (puede aparecer a los 2-3 meses del tratamiento, se resuelve al suspender la medicación aunque puede ser fulminante y es más frecuente en pacientes alérgicos al níquel), polineuropatía, lesiones cutáneas y alteraciones psiquiátricas transitorias. Está contraindicado en pacientes con cardiopatía moderada-grave, patología pulmonar severa, epilepsia y psicosis agudas.

La Cianamida cálcica es un inhibidor reversible que debe administrarse a dosis de 50 mg cada 12 horas en forma de solución oral, no interfiere en el metabolismo de la dopamina y por lo tanto puede ser administrada en pacientes psicóticos activos.

La naltrexona parece útil en el tratamiento de la deshabitación alcohólica al reducir el craving (deseo de consumo). Diversos estudios clínicos demostraron que el tratamiento durante 12 semanas consigue una abstinencia de hasta el 50% de los pacientes. La dosis es de 50 mgrs./ día, la duración del tratamiento está por definir. Los efectos adversos más frecuentes son las molestias digestivas y el aumento de transaminasas que deben monitorizarse al inicio del tratamiento. Está contraindicado su uso en embarazo, lactancia, dependencia activa de opiáceos y hepatopatías moderadas-graves.

Los antidepresivos de perfil serotoninérgico (ISRS) pueden producir una reducción parcial y transitoria del consumo de alcohol durante las primeras semanas de tratamiento, pueden

utilizarse cuando existe sintomatología depresiva asociada al alcoholismo.

Cómo tratar la intoxicación aguda:

En general, no suele requerir de cuidados médicos ni medicación, cuando existe una disminución del nivel de conciencia, agitación psicomotriz, incoherencia o conductas auto y heteroagresivas, se recomienda Haloperidol 5 mg o levomepromacina 25 mg, IM, estas dosis pueden repetir a los 30 minutos si el paciente continúa agitado.

Ante un paciente comatoso debe plantearse el diagnóstico toxicológico (las alcoholemias superiores a 4 grs. en adultos o 3 grs. en niños pueden ser mortales) y descartar la intoxicación por más de una sustancia, descartar patología neurológica e investigar posibles traumatismos, vigilar la hipoglucemia, la posibilidad de depresión respiratoria o aspiración, la hipotensión, la hipotermia, la acidosis y la hiperpotasemia.(3,20)

Cómo tratar el síndrome de abstinencia:

La abstinencia alcohólica empieza tras unas horas después de la interrupción o la reducción del consumo alcohólico intenso y prolongado.

Aspectos básicos a tener en cuenta:

Todos los pacientes deben tratarse con 50 mgrs. de Tiamina intramuscular, que puede continuarse con 100 mgrs. diarios de Tiamina oral, 1 mg diario de Ácido fólico, ingesta de abundantes líquidos y consejo nutricional.

Clordiacepóxido: 10-50 mgrs./ día/ en 3 tomas durante 6-7 días disminuyendo 5 mgrs./ día según evolución clínica en el tratamiento ambulatorio hasta un periodo de 20-30 días

Clometiazol se usa con frecuencia en el síndrome de abstinencia leve. Existen pocos estudios sobre él, tiene un menor margen de seguridad que las benzodiazepinas, se asocia a mayor riesgo de dependencia y no prescribirse nunca a pacientes que continúen bebiendo.

IX. CRITERIOS DE TRANSFERENCIA E INTERNACION (20)

- Historia de síntomas de abstinencia grave
- Crisis o historia reciente de crisis de abstinencia
- Traumatismo de cráneo reciente
- Complicaciones médicas graves, por ejemplo, pancreatitis Hemorragia digestiva, Hepatitis, Cirrosis o Neumonía)
- Delirio y alucinaciones

- Fiebre mayor 38.3° C.
- Desnutrición o deshidratación importante.
- Síntomas de Wernicke Korsakoff.

X. PREVENCIÓN

X.a. PREVENCIÓN PRIMARIA.- El objetivo es evitar o retrasar el inicio del consumo.

- Disminuir la oferta y la disponibilidad para el consumo, adoptando medidas legislativas que limiten la accesibilidad económica (precios e impuestos), como la física (prohibición a menores, restricción de venta en determinados establecimientos).

- Disminuir la demanda del alcohol, mediante la información a la población sobre el efecto tóxico, los perjuicios que provoca y la educación para la salud, potenciando los hábitos positivos.

Xb. PREVENCIÓN SECUNDARIA.- El objetivo es diagnóstico precoz.

- Se debe realizar la detección oportuna de bebedores en riesgo antes del desarrollo de dependencia. (14)

- Se debe dar consejo médico para la disminución del consumo, hablar sobre los beneficios de la moderación, el peligro de la ingesta de alcohol, negociar la reducción a franjas de bajo riesgo, realizar seguimiento con visitas sucesivas. (15)

Xc. PREVENCIÓN Terciaria.- El objetivo es motivar al paciente para que acepte el tratamiento, y mantener al sujeto abstemio de por vida.(16)

- Se debe desintoxicar al paciente:
 - Reposo domiciliario con un ambiente tranquilo.
 - Hidratarlo.
 - Vitaminoterapia, más ácido fólico.
 - Uso de fármacos sedantes.
- Deshabitación.-
 - Motivar al paciente, evitar los lugares donde se producía el consumo (17)

- Realizar examen mental, buscando coexistencia de otros trastornos psiquiátricos.

- Valoración de la dinámica familiar.

- Implantar un programa de entrenamiento en conducta asertiva, habilidades de comunicación, resistencia a la presión del grupo.(18).

- Evitar las recaídas, existen programas de apoyo, se puede usar también fármacos como el acamprosato, que reduce el deseo compulsivo de tomar alcohol,

- Uso de interdictotes (ver tratamiento).

- Psicoterapia grupal.

- Rehabilitación.-

- A nivel familiar, apoyar una reconstrucción dentro de la familia.

- A nivel laboral, conseguir los reciclajes para la reincorporación al mercado laboral y su promoción.

- A nivel social, promover actividades de ocio y dotar al sujeto de habilidades para desenvolverse en el medio.

TEST DE CAGE

¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?
¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?

PUNTUACIÓN: 1 punto por respuesta afirmativa.

CORRECCIÓN: 1 punto o más indica problemas con el alcohol; 2 puntos se considera dependencia.

Versión original: Mayfield D. (1974).

Versión española: Rodríguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Pérez R. (1986)

Cuestionario MALT

MALT-S

1. Últimamente me tiemblan a menudo las manos
2. A temporadas tengo náuseas y ganas de vomitar, especialmente por las mañanas

3. Alguna vez he intentado calmar con alcohol la resaca, los temblores o las náuseas matutinas
4. Actualmente me siento amargado por mis problemas y dificultades
5. No es extraño que tome alcohol antes de desayunar o de comer
6. Después de las primeras copas de una bebida alcohólica tengo unas ganas irresistibles de seguir bebiendo
7. Frecuentemente pienso en el alcohol
8. A veces he tomado alcohol, a pesar de que me lo ha prohibido el médico
9. Cuando bebo más como menos
10. En el trabajo me han llamado la atención por mi consumo de alcohol, y/o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado el día anterior
- 11a. Últimamente prefiero beber solo, sin que me vean
- 11b. Bebo de un trago, más rápido que los demás
12. Desde que bebo más estoy menos activo
13. A menudo tengo remordimientos después de haber bebido
14. He ensayado sistemas para beber menos (p.ej., no beber antes de una hora determinada)
15. Creo que debería limitar la cantidad que bebo
16. Sin alcohol tendría menos problemas
17. Cuando estoy excitado bebo para calmarme
18. Creo que el alcohol está destruyendo mi vida
19. Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y pienso que no
20. Las demás personas no pueden comprender por qué bebo
21. Si no bebiera me comportaría mejor con mi pareja
22. Ya he probado de pasar temporadas sin beber
23. Si no bebiera estaría contento conmigo mismo

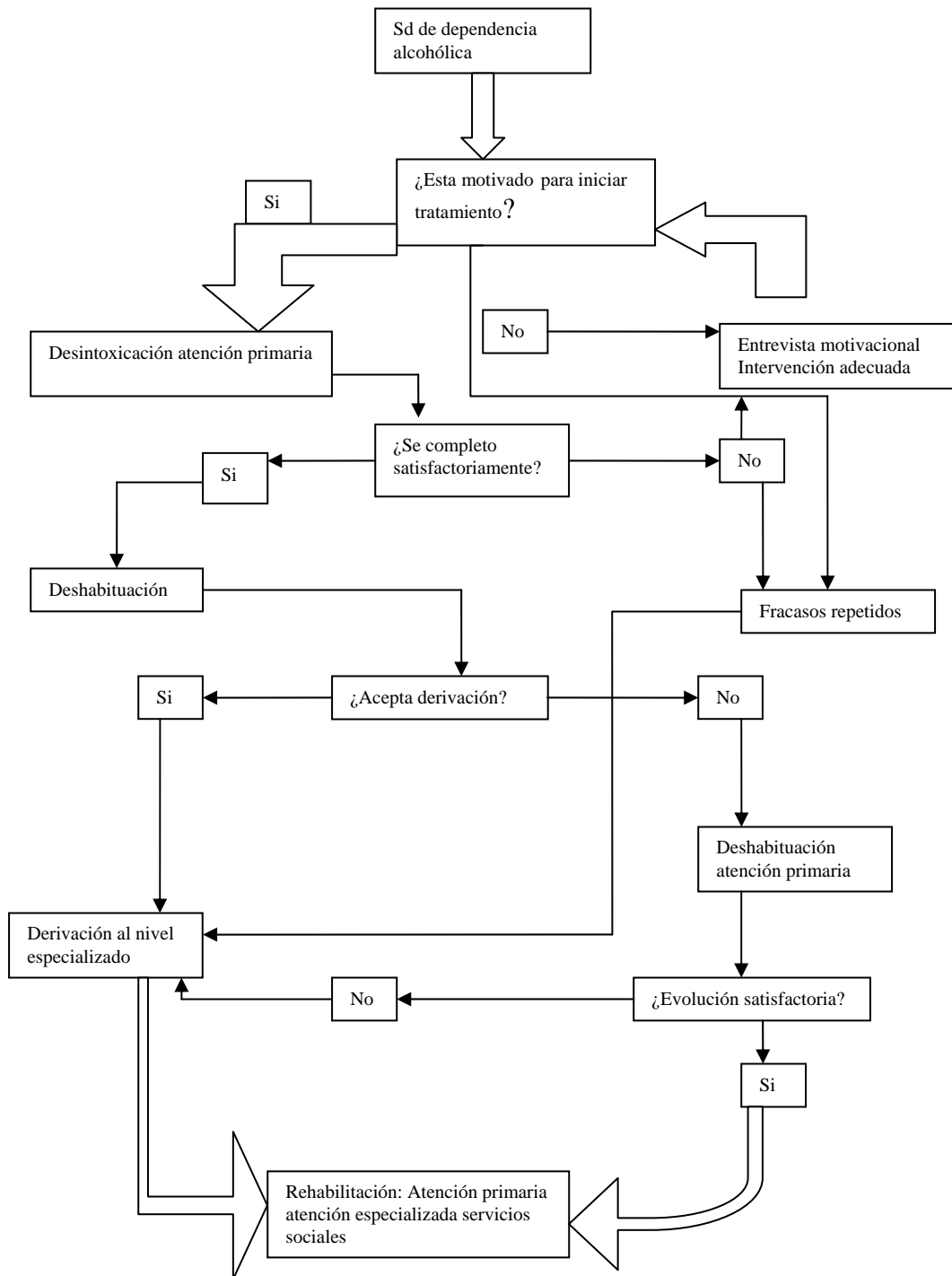
24. Repetidamente me han hecho notar que mi aliento huele a alcohol
25. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notario
26. A veces, al levantarme al día siguiente de un día de haber bebido mucho no me acuerdo en absoluto de las cosas que ocurrieron la noche anterior incluso sin haberme embriagado

MALT-0

1. Enfermedad hepática de origen alcohólico seguro o verosímil
2. Polineuropatía (si se han excluido las causas conocidas, diabetes o intoxicaciones crónicas)
3. Delirium tremens (actual o en el pasado)
4. Consumo de más de 150 ml de alcohol puro (en las mujeres 120 ml) al menos durante un mes
5. Consumo de más de 300 ml de alcohol puro (en las mujeres 240 ml) una o más veces al mes
6. Fetor alcohólico en el momento de la visita
7. Los familiares han solicitado al menos una vez consejo en relación al problema alcohólico del paciente (a médicos, asistente social o instituciones pertinentes)

Cada respuesta afirmativa en el MALT-S (parte autoadministrada) vale 1 punto y en el MALT-0 (parte que hace el médico) vale 5 puntos. Una puntuación inferior a 6 descarta un SDA, una puntuación superior a 11 permite un diagnóstico de seguridad. Una puntuación entre 6 y 11 hace sospechar un SDA.

XI. ALGORITMO DE MANEJO



Fuente: formación Médica continuada en atención Primaria (3).

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cortés D, Gorrita R, Hernández L. Patrones de consumo relacionados con el alcohol en una población masculina de un consultorio, Revista de Ciencias Médicas La Habana 2006;12(1)
2. Schuckit M., Alcohol y Alcoholismo en Harrison 16ª Edición McGraw-Hill Interamericana de España 2007.Pp, 2997-3002.
3. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Protocolo de alcohol en atención primaria, Ed. Doyma, 1997; 3:4.
4. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Alcohol tercer factor de riesgo en países desarrollados, Aten Primaria 2006; 38(6):313-5
5. Fernández E. Alcohol y drogas de abuso en patología traumática Necesidad de screening rutinario para implantación de programas de prevención secundaria Med Intensiva. 2008;32(1):45-7
6. Almazán R, Sousa E, Fernández N, Mate J. Prevalencia y Patrones de consumo de alcohol en una población de adolescentes. Aten Primaria 2006; 38(8):465
7. Alcaraz F, Dorakis P, Salinas T. Estudio comparativo U.I.D. 1992-2005 Consumo de alcohol y otras drogas en Bolivia. Centro Latinoamericano de Investigación Científica Celin-Bolivia – 2005.
8. Sanchez M. Alcoholismo. Medicina Interna Farreras Rozman. Decimoquinta Edición. Vol. II. 2004. Pp 1809-1811.
9. Pettinati HM, O'Brien CP, Rabinowitz AR, Wortman SP, Oslin DW, Kampman KM, Dackis CA. The status of naltrexone in the treatment of alcohol dependence: specific effects on heavy drinking. *J Clin Psychopharmacol*, 2006;26:610-625.
10. Red de Centros Investigadores de la SEMF y C. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud Actualización Barcelona: SEMFyC, 1994
11. Kitchens J. Do This patient have an alcohol problem. *JAMA* 1994; 272: 1782-1787
12. Hays J, Spickard W. Alcoholism: early diagnosis and intervention. *J Gen Intern Med* 1987; 2: 240-247.
13. Hoeksema H, Bock G. The value of laboratory test for the screening and recognition of alcohol abuse in primary care patients. *J Fam Pract* 1993; 37:268-276.
14. Iglesias J, Montero C, Romero A, Santos N, Consejo MJ, Cecilia J, et al. Comparación entre tres cuestionarios y pruebas de laboratorio para la detección de alcoholismo en la consulta de APS. *Aten Primaria* 1991; 8: 676-680.
15. Rodríguez-Martos A. Manual de alcoholismo para el médico de cabecera. Barcelona: Salvat, 1989.
16. Rodríguez-Martos A. El consejo médico: prevención secundaria de los problemas relacionados con el consumo inadecuado de alcohol. *Aten Primaria* 1994; 14:896-904.
17. Altisent R. Cordova R. Martin-Moros JM. Criterios operativos para la prevención del alcoholismo. *Med Clin (Bare)* 1992; 99: 584-588.
18. Gual A. Alcohólicos en la consulta ¿Qué hacer?. *Editorial Med Integral* 1990;16: 43-44.
19. Bandura A. Pensamiento y acción. Barcelona: Martinez Roca, 1986.
20. Principales tratamientos de la dependencia del alcohol. En: García Gonzales R, editor. *Consultas adictivas*. Madrid: Debate, 1995.
21. Fattorusso V. Ritter O. Alcoholismo, *Vedemecum Clínico*. Edit. El ateneo. Novena edición Buenos Aires Argentina. 2001.Pp 1915.