

Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria

J. Ballesteros^{a,b} / J. Ariño^c / A. González-Pinto^a / I. Querejeta^{d,e}

^aDepartamento de Neurociencias. Universidad del País Vasco. Leioa (Vizcaya). España.

^bInstituto de Investigaciones Psiquiátricas. Bilbao. España.

^cMódulo Psicosocial Deusto-San Ignacio. Bilbao. España.

^dServicio de Psiquiatría. Hospital Donostia. San Sebastián. España.

^eEscuela Universitaria de Trabajo Social. Universidad del País Vasco. San Sebastián. España.

Correspondencia: J. Ballesteros. Departamento de Neurociencias. Universidad del País Vasco. Barrio Sarriena s/n. 48940 Leioa (Vizcaya). España.
Correo electrónico: onpbaroj@lg.ehu.es

Recibido: 13 de junio de 2002.
Aceptado: 21 de octubre de 2002.

(Effectiveness of medical advice for reducing excessive alcohol consumption. Meta-analysis of Spanish studies in primary care)

Resumen

Introducción: Revisiones sistemáticas previas han apoyado la eficacia del consejo médico, como intervención breve, en el abordaje de bebedores excesivos detectados en la asistencia primaria. Sin embargo, estos resultados no pueden extrapolarse directamente a poblaciones que, como las mediterráneas, no están representadas en dichas revisiones. El objetivo de este estudio fue actualizar la evidencia sobre la eficacia de la intervención breve en consumidores excesivos de alcohol según estudios españoles.

Métodos: Búsqueda de estudios en bases bibliográficas y consultas a expertos para localizar estudios no publicados. Se calcularon las estimaciones combinadas para dos variables de resultado, la reducción del consumo de alcohol y la disminución de la frecuencia de bebedores excesivos.

Resultados: Dos de los 5 estudios localizados no estaban incluidos en una revisión previa. La eficacia de la intervención breve fue moderada para la disminución del consumo de alcohol ($d = -0,46$; intervalo de confianza (IC) del 95%, $-0,29$ a $-0,63$; $p < 0,0005$; el grupo tratado mejoró un 22% más que el control) y pequeña para la disminución de la frecuencia de bebedores excesivos (OR = 1,55; IC del 95%, 1,06 a 2,26; $p = 0,02$; el grupo tratado mejoró un 11% más que el control). El análisis basado en el cumplimiento del protocolo sobrestimó 1,5 veces el tamaño del efecto respecto del análisis basado en la intención de tratamiento.

Conclusiones: Los resultados del estudio señalan que, en nuestro país, la intervención breve en atención primaria sobre bebedores a riesgo es eficaz, aunque su efecto sea sólo moderado.

Palabras clave: Consejo médico. Intervención breve. Atención primaria de salud. Consumo de bebidas alcohólicas. Resultado del tratamiento. Eficacia.

Abstract

Introduction: Former systematic reviews have backed the efficacy of medical counselling, a form of brief intervention, on the treatment of excessive drinkers detected in primary care settings. Nevertheless, these results cannot be applied without criticism to Mediterranean populations which, so far, have not been represented in the aforementioned studies. The aim of the present study was to update the results on the efficacy of brief interventions in primary care by pooling Spanish studies.

Methods: Studies were searched for by using appropriate databases and also by consulting to experts in the field to retrieve grey literature. Pooled estimations of effect sizes were calculated for two outcomes, the reduction in the amount of alcohol consumption and the decrease in the number of excessive drinkers.

Results: Two over the 5 retrieved studies were not included in a former review. The effect size regarding the decrease of alcohol consumption was medium ($d = -0,46$; 95% CI, $-0,29$ to $-0,63$; $p < 0,0005$; the intervention group outperformed the control by a 22%) and small for the decrease in the frequency of excessive drinkers (OR = 1.55; 95% CI, 1.06 to 2.26; $p = 0,02$; the intervention group outperformed the control by a 11%). The analysis by complimented protocols at the end of the study showed an effect size 1.5 times larger than the analysis performed on intention-to-treat basis.

Conclusions: The results of this meta-analysis support the efficacy of brief intervention for excessive drinkers in primary care settings in Spain.

Key words: Counseling. Brief intervention. Primary health care. Alcohol drinking. Treatment outcome. Treatment efficacy.

Introducción

Varias revisiones sistemáticas han señalado la eficacia del consejo médico, una forma de intervención breve (IB)^{1,2}, en el tratamiento de consumidores excesivos de alcohol³⁻⁷. Esta intervención está indicada en sujetos cuyo consumo se sitúe por encima de los niveles de riesgo para la salud (consumo ≥ 35 unidades/semana [U/sem] en varones o ≥ 21 U/sem en mujeres; 1 U estándar contiene de 8 a 10 g de alcohol)^{8,9}. Sin embargo, la evidencia de la eficacia del consejo médico en bebedores de riesgo es escasa en nuestro país. Los metaanálisis previos³⁻⁷ no recogen estudios realizados en poblaciones mediterráneas, por lo que sus resultados no son directamente extrapolables a nuestro medio. Además, se han suscitado fuertes críticas, tanto sobre la calidad metodológica de los estudios incluidos^{5,6} como en relación con el alto porcentaje de pérdidas durante el período de seguimiento que no es tomado en cuenta en los análisis finales¹⁰. Hasta el momento, sólo se ha publicado un metaanálisis de estudios españoles¹¹. Sus resultados apoyan la eficacia del consejo médico, aunque el efecto estimado es altamente sensible a la presencia de sesgos de publicación, lo que hace aconsejable su actualización.

Los objetivos de este trabajo son: *a)* actualizar la evidencia previa sobre eficacia del consejo médico con nuevos estudios provenientes tanto de búsquedas en fuentes bibliográficas como a través de consultas con expertos españoles, y *b)* valorar el sesgo que puede representar la pérdida de sujetos en el seguimiento de la intervención, mediante el análisis de resultados según cumplimiento del protocolo y la intención de tratamiento.

Métodos

Fuentes de información

Se realizaron búsquedas (hasta diciembre de 2001) en Medline, EMBASE, PsycINFO, CINAHL y Current Contents, con el siguiente perfil: ([alcohol* OR drink*] AND [treatment OR prevention OR counsel* OR brief intervention OR minimal intervention OR early intervention] AND [review OR meta-analysis OR randomized-controlled-trial OR clinical-trial OR controlled-clinical-trial]). Se utilizó una adaptación en castellano para revisar la base de datos del Índice Médico Español (hasta febrero de 2002) y para trazar posibles páginas de interés en la web, incluyendo las páginas y enlaces de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Adicionalmente, se revisaron los resúmenes disponibles de congresos de Sociodrogalcohol y

de la Sociedad Española de Toxicomanías, y se consultó con expertos españoles en el área de la atención a la problemática alcohólica en asistencia primaria para obtener información sobre posibles estudios inéditos.

Criterios de inclusión/exclusión

Se seleccionaron aquellos estudios que *a)* estuvieran realizados en población española; *b)* compararan, mediante grupos paralelos de tratamiento, el resultado de IB frente a intervenciones no específicas en consumidores excesivos de alcohol que no presentaran criterios de dependencia alcohólica; *c)* se hubieran realizado en el ámbito de la atención primaria; *d)* hubieran asignado aleatoriamente los sujetos a las intervenciones, y *e)* presentaran un seguimiento mínimo de 6 meses para evaluar los resultados de la intervención.

Extracción de resultados

Se consideraron dos variables de respuesta al tratamiento, la cantidad del consumo de alcohol (en U/sem) y la frecuencia de bebedores por debajo de los niveles de riesgo (< 35 U/sem en el varón y < 21 U/sem en la mujer). En los estudios en los que fue posible se calculó la proporción de bebedores en cada nivel según el cumplimiento del protocolo (sobre la base del número de sujetos realmente evaluados a la finalización del seguimiento) y según la intención de tratamiento (tomando como referencia el número de sujetos inicialmente asignados a las intervenciones en estudio). La extracción de resultados se realizó por dos investigadores (JB, AGP) de manera independiente y las discrepancias se resolvieron por discusión entre ambos.

Análisis estadísticos

Para cada estudio se calculó la diferencia estandarizada de las medias del consumo de alcohol y/o la *odds ratio* (OR) de la proporción de bebedores según niveles de riesgo¹². La estimación combinada del tamaño del efecto se calculó ponderando los resultados individuales. Para la diferencia de medias, la ponderación se basó en el método de la inversa de la varianza, mientras que el método de Mantel-Haenszel se utilizó para combinar las OR¹². El análisis combinado utilizó el modelo de efectos fijos, aceptando un nivel de probabilidad de la prueba de heterogeneidad superior a 0,20¹². Para valorar la fortaleza de la estimación del efecto, se realizó un análisis de sensibilidad¹³. Para poder comparar directamente la información recogida en los dos índices de efecto utilizados (diferencia estandarizada de medias y OR), éstos se tradujeron a índices *r* de

acuerdo con las indicaciones de Rosenthal¹⁴. Se utilizaron los criterios habituales¹⁵ para valorar la importancia del efecto observado ($r \leq 0,10$, efecto pequeño; $r = 0,30$, efecto moderado; $r \geq 0,50$, efecto importante). Los análisis estadísticos se realizaron con el programa Stata v7 (College Station, Texas).

Resultados

La búsqueda bibliográfica, en las bases de datos informatizadas y en la web, no añadió nuevos estudios a los tres ya trazados en el trabajo previo^{1,16,17}, y se consiguieron dos nuevos estudios gracias a las orientaciones de los expertos consultados^{18,19}. Uno estaba todavía inédito¹⁸ y el otro había sido parcialmente publicado en un boletín de irregular aparición¹⁹. En este último caso, se tuvo acceso a los datos originales, por lo que se pudo obtener los resultados necesarios para el metaanálisis. No fue posible obtener información adicional sobre un estudio potencialmente elegible pero del que sólo se conocía su diseño²⁰.

Características de los estudios

En la tabla 1 se presentan sus principales características. Todas las intervenciones se realizaron en centros de atención primaria, con personas que consultaron por motivos distintos al consumo de alcohol. Son, por tanto, muestras «oportunistas» de pacientes²¹. En total, 1.172 varones fueron asignados aleatoriamente a IB, basada en el consejo médico, o a inter-

vencción habitual y no específica. Un estudio recoge la asignación aleatoria de intervenciones a centros en vez de a individuos¹⁶. Sólo un estudio describe la valoración ciega del entrevistador, respecto del grupo de tratamiento asignado, en los resultados finales¹⁷. Todos los estudios contemplan una extensa entrevista inicial. Cuatro estudios presentan programas similares de consejo educativo con IB cuya duración osciló entre 5 y 15 min^{1,16-18}, ofreciéndose en dos de ellos visitas de refuerzo durante el seguimiento^{1,16}. En estos estudios, la intervención es realizada por el médico de familia y en dos de ellos se menciona explícitamente la realización de un proceso de formación previa^{1,16}. Un estudio presenta un programa extenso de tratamiento con varias sesiones cortas de IB repartidas a lo largo de un trimestre y visitas periódicas de seguimiento, realizado por un profesional distinto del médico habitual y formado previamente en el método de intervención¹⁹. El porcentaje de pérdidas durante el seguimiento en los estudios seleccionados representa algo más del 40% de la población inicialmente elegible para el tratamiento.

Mientras que el criterio de inclusión en los 5 estudios es similar (consumo excesivo de alcohol), no lo son tanto los criterios de exclusión. En cuatro de los estudios se excluyeron las personas más dependientes, con mayores consumos o con problemas más agudos, utilizando en cada caso distintos criterios: puntuación en el MALT > 11 y problemas crónicos de salud¹, puntuación en el CAGE > 1 y haber realizado tratamientos anteriores¹⁶, haber realizado tratamientos anteriores¹⁷ y consumo > 95 U/sem¹⁸. En el otro estudio, el único criterio de exclusión mencionado es la presencia de una enfermedad psiquiátrica aguda¹⁹.

Tabla 1. Características de los 5 estudios seleccionados para el metaanálisis de la eficacia de la intervención breve sobre bebedores excesivos en atención primaria

Autor y referencia bibliográfica	Lugar del estudio	Población en estudio y criterios de inclusión	Tratamientos	Seguimiento (meses)	Pérdidas en el seguimiento (%)
Gutiérrez et al ¹⁹	1 CS (Vitoria)	125 varones (20-69 años) Valores elevados de GGT Consumo alcohol > 35 U/sem	GC: TH, seguimiento a 3, 6 y 12 meses GE: IB (3-5 sesiones durante 3 meses)	12	GC: 40 GE: 47
Fernández et al ¹⁷	12 consultas de AP (Madrid)	152 varones (18-64 años) Consumo alcohol > 21 U/sem	GC: TH GE: IB (una sesión de 10 min)	6-18	GC: 41 GE: 43
Altisent et al ¹	16 consultas de AP (Aragón, Lérida y Navarra)	139 varones (15 -70 años) Consumo alcohol > 35 U/sem	GC: TH GE: IB (una sesión de 5 min y 4 visitas de refuerzo: 1, 4, 7 y 12 meses)	12	GC: 33 GE: 37
Córdoba et al ¹⁶	33 CS (9 CCAA)	546 varones (14-50 años) Consumo alcohol > 35 U/sem	GC: TH GE: IB (una sesión de 15 min y visitas voluntarias de refuerzo)	12	49
Díez-Manrique et al ¹⁸	1 CS (Santander)	210 varones (18-65 años) Consumo alcohol > 35 U/sem	GC: cuestionario pretratamiento GE: cuestionario pretratamiento e IB (10 min)	6	39

CS: centro de salud; GGT: gammaglutamiltranspeptidasa; U/sem: unidades estándar/semana; GC: grupo control; TH: tratamiento habitual; GE: grupo experimental; IB: intervención breve; AP: atención primaria; CCAA: Comunidades Autónomas.

Los estudios de Fernández et al¹⁷ y Díez Manrique et al¹⁸ pueden considerarse estudios de intervención muy breve o mínima, los de Altisent et al¹ y Córdoba et al¹⁶ estudios de intervención breve extendida, mientras que el estudio de Gutiérrez et al¹⁹ presenta una intervención especializada.

Eficacia de la intervención breve en la disminución del consumo de alcohol

En la figura 1 se presentan los resultados individuales y el análisis combinado. Todas las estimaciones puntuales apoyan la eficacia de la IB y sólo uno de los estudios presenta un resultado compatible con la hipótesis nula de no diferencia entre intervenciones¹⁹. En el análisis combinado, la diferencia estandarizada de medias recoge un efecto significativo de la IB ($d = -0,46$; intervalo de confianza (IC) del 95%, $-0,29$ a $-0,63$; $p < 0,0005$) que sugiere una eficacia moderada ($r = 0,22$; el grupo experimental mejora un 22% más que el grupo control). La disminución del consumo de alcohol en el grupo sometido a IB fue de 10,2 U/sem (IC del 95%, 6,5-13,8), aproximadamente 100 g de alcohol a la semana. Los estudios con mayor influencia en el metaanálisis fueron los de Díez Manrique et al¹⁸ y Córdoba et al¹⁶. La eliminación del primero de ellos resultó en un incremento del efecto ($d = -0,56$; IC del 95%, $-0,34$ a $-0,77$), mientras que la eliminación del segundo estudio cambió sólo ligeramente la estimación combinada ($d = -0,40$; IC del 95%, $-0,18$ a $-0,62$).

Eficacia de la intervención breve en la disminución de la frecuencia de bebedores de riesgo (consumo de alcohol ≤ 35 U/sem)

En la figura 2 se presentan los resultados individuales y la estimación combinada, según análisis por intención de tratamiento y por cumplimiento de protocolo. En ambos casos, la OR combinada favoreció a la IB, aun-

que las diferencias en la estimación del efecto fueron importantes. Así, la OR según cumplimiento de protocolo fue más de 1,5 veces superior a la OR estimada según intención de tratar. Dado el alto porcentaje de pérdidas durante el seguimiento, y que los sujetos perdidos no son considerados en el análisis por cumplimiento de protocolo, los siguientes resultados hacen referencia únicamente al análisis por intención de tratamiento.

La OR puntual favorece la eficacia de la IB, aun cuando tres de los 4 estudios seleccionados presentan intervalos de confianza compatibles con la unidad. Sólo el estudio de Altisent et al¹ presenta resultados estadísticamente significativos. El estudio de Córdoba et al¹⁶ no pudo ser incluido en los análisis por intención de tratamiento. La OR combinada señaló un efecto significativo de la IB (OR = 1,55; IC del 95%, 1,06-2,26; $p = 0,02$), sugerente de un efecto pequeño ($r = 0,11$; el grupo experimental mejora un 11% más que el grupo control). Los estudios con mayor influencia en el metaanálisis fueron los de Fernández et al¹⁷ y Altisent et al¹. La eliminación del primero de ellos resultó en un pequeño incremento de la estimación combinada (OR = 1,65; IC del 95%, 1,05-2,61), mientras que la eliminación del segundo estudio resultó en un efecto combinado no significativo (OR = 1,38; IC del 95%, 0,90-2,11).

Discusión

Nuestros resultados apoyan la eficacia de la IB sobre bebedores excesivos en la atención primaria de salud. El tamaño del efecto estimado para la reducción del consumo semanal de alcohol ($d = -0,46$) es moderado, aunque superior al recogido por Bien et al⁴ para un conjunto de 8 estudios realizados, principalmente, en medio ambulatorio ($d = -0,29$), si bien, en su caso, se combinaron estimaciones heterogéneas de resultado, lo que podría explicar estas diferencias²². También la dismi-

Figura 1. Eficacia de la intervención breve en la reducción del consumo de alcohol/semana. Diferencia estandarizada de medias.

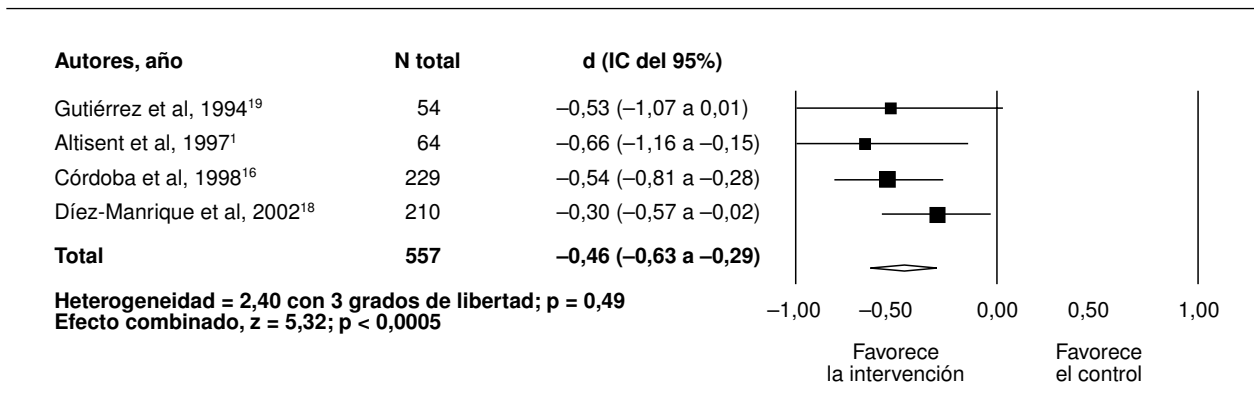
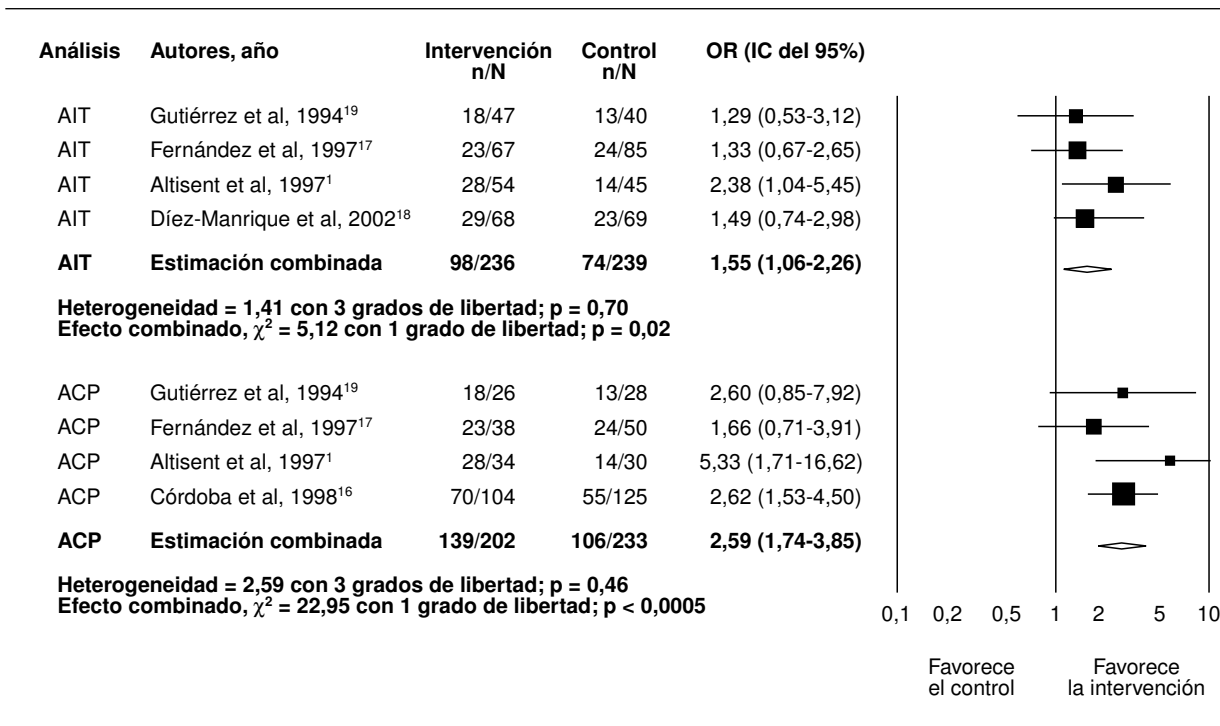


Figura 2. Eficacia de la intervención breve en la reducción del número de bebedores excesivos (consumo \geq 35 U/sem). Análisis por intención de tratamiento (AIT) y por cumplimiento de protocolo (APC).



nución del consumo semanal de alcohol (80 a 100 g) es superior a los 65-70 g/semana recogidos por Poikolainen⁶ sin que, además, la heterogeneidad entre estudios por él descrita se manifieste en los estudios españoles, quizás debido al menor número de estudios incluidos en nuestro metaanálisis.

El resultado de la disminución del número de bebedores de riesgo (OR según intención de tratamiento = 1,55) es compatible con el descrito por Wilk et al⁷ según 6 estudios realizados en medio ambulatorio (OR = 1,9), aunque menor que el descrito en un metaanálisis previo de estudios españoles a partir de resultados basados en el cumplimiento de protocolo¹¹. En este sentido, es de señalar la variabilidad de resultados según la estimación de la eficacia se haga por cumplimiento de protocolo o por intención de tratamiento. Este hecho, que ya ha sido apuntado indirectamente en relación con el sesgo que supone la pérdida de sujetos en el seguimiento¹⁰, puede haber supuesto una sobrestimación de la eficacia de la IB en algunos de los estudios previos. Es conocido que la IB en consumidores excesivos de alcohol suelen conllevar pérdidas apreciables en el seguimiento, cuando éste supera los 6 meses¹⁰. En otro trabajo, en preparación, hemos encontrado en un conjunto de 13 estudios, fundamentalmente europeos, un rango de sujetos perdidos del 13 al 58%, mientras que en 3 estudios norteamericanos dicho rango es sólo del 7 al 9%. Dos de estos estudios

incentivaron económicamente a los sujetos incluidos, lo que no es habitual en la mayoría de los estudios revisados, y los 3 estudios fueron realizados en sistemas de atención médica asociados a seguros sanitarios privados, alejados, por tanto, de las experiencias en nuestro medio. En nuestro caso, la pérdida de sujetos durante el seguimiento afectó a algo más del 40% de los sujetos inicialmente asignados a las intervenciones, y puede suponer una sobrestimación del 50% en la eficacia de la IB en la reducción del número de bebedores de riesgo. Esto hace que tengamos que ser cautelosos respecto a las conclusiones basadas en estudios o revisiones cuyos resultados presenten datos analizados principalmente según cumplimiento de protocolo⁶. Por desgracia, los resultados de este metaanálisis no son suficientemente precisos respecto de la eficacia del consejo médico en la reducción de la frecuencia de bebedores excesivos, ya que su estimación—según intención de tratamiento— es muy sensible a la eliminación de estudios del metaanálisis.

Varios factores pueden afectar a la validez de nuestros resultados. En primer lugar, la presencia de posibles sesgos de publicación. Aunque este trabajo aporta 2 nuevos estudios a los ya recogidos previamente¹¹, su número total es todavía muy reducido para poder valorar la existencia de sesgos de publicación por lo que, en definitiva, no podemos descartarla. Un segundo factor es la combinación de resultados de estudios con di-

seños heterogéneos. Así, Córdoba et al¹⁶ presentan una aleatorización en racimos de tratamientos (centros de salud) en vez de a pacientes, y Gutiérrez et al¹⁹ incluyen un programa de IB que se diferencia claramente del resto de las intervenciones recogidas. Ambos estudios podrían presentar una influencia desproporcionada en la estimación combinada. Sin embargo, ni los análisis de sensibilidad ni las pruebas de heterogeneidad apoyan un patrón distintivo en sus resultados. Por último, hay que reconocer que el efecto encontrado para la disminución del consumo de alcohol puede estar sobrestimando el efecto real de la IB, ya que está calculado a partir de la condición de cumplimiento de protocolo.

Otro aspecto a discutir es la heterogeneidad de las IB aquí recogidas, que van desde el consejo simple¹⁷⁻¹⁸ hasta programas altamente estructurados¹⁹, pasando por lo que se podría definir como intervenciones breves motivacionales^{1,16}. Esta heterogeneidad también se plantea en la difícil diferenciación de lo que puede entenderse por tratamiento habitual o por consejo simple en los grupos control. De hecho, Díez et al¹⁸ opinan que, en las revisiones sistemáticas de la eficacia de las IB, no se contrastan resultados sino procedimientos, dada la variación en la implementación de intervenciones. Sin embargo, nuestros resultados reflejan una imagen bastante homogénea de la eficacia de un conjunto de procedimientos que suelen englobarse en el concepto de IB o consejo médico. Dado el reducido número de estudios recogidos, no es factible la valoración de la eficacia según la intensidad de las intervenciones descritas.

Aunque las intervenciones para modificar hábitos no saludables, como el consumo excesivo de alcohol, consumo de tabaco, cumplimiento de dietas o de pautas de ejercicio físico, tengan sólo una moderada eficacia, su impacto en la población cuando se realizan desde la atención primaria suele ser considerable²³⁻²⁵. En este sentido, se han apuntado las pequeñas diferencias de efectividad entre las IB y tratamientos más extensos y sofisticados¹⁹. Simplemente una evaluación inicial amplia comporta ya elementos de concienciación y motivación al cambio, y ha demostrado mayor efecto que la no intervención^{4,18}. Una guía de actuación para el abordaje del consumo excesivo de alcohol en atención primaria contemplaría la evaluación rutinaria del consumo, la IB en aquellos casos en los que se detecten

consumos de riesgo, la evaluación prospectiva de sus resultados, y una nueva intervención, breve pero extendida —incluyendo consultas de seguimiento— en los casos refractarios. Únicamente los casos resistentes o más complejos serían derivados a los servicios especializados²⁶.

La mayoría de las actividades de prevención implican modificaciones de conducta²⁷ en las que la intervención educativa y el consejo médico a los pacientes desempeñan un papel importante²⁸. Las estrategias de IB han centrado su atención en la toma de conciencia y en el consejo para el cambio¹⁸. Por su naturaleza abreviada, no presentan otros elementos necesarios para favorecer los cambios de hábitos pretendidos; sin embargo, la evidencia presentada en este metaanálisis apoya que, en nuestro medio, el consejo médico en atención primaria es eficaz para intervenir sobre el consumo excesivo de alcohol²⁹. Así, el consejo médico realizado desde la atención primaria es altamente recomendable debido, por un lado, a la ausencia de efectos adversos secundarios a la intervención, su normalidad y aceptabilidad y, por otro, a sus características de coste-efectividad³⁰.

Debido al escaso número de trabajos incluidos en esta revisión, es conveniente continuar realizando estudios clínicos que valoren la eficacia del consejo médico en el cambio de hábitos de consumo de alcohol en pacientes de riesgo, incluyendo los aspectos económicos de la intervención. Además, no hay que olvidar que todos los estudios evaluados se han realizado en varones. Revisiones previas apuntan que el efecto de las IB podría ser diferente en función del sexo^{6,21}, por lo que el estudio de las mujeres con problemas relacionados con el alcohol, y el impacto sobre sus condiciones de vida y salud de los tratamientos ofertados es cada vez más necesario.

Agradecimientos

Juan Francisco Díez Manrique, Miguel Gutiérrez, Alicia Rodríguez-Martos y Gabriel Rubio orientaron nuestras búsquedas y/o nos facilitaron datos inéditos de sus trabajos. Estudio subvencionado por el Ministerio del Interior, Plan Nacional sobre Drogas (2000/02).

Bibliografía

1. Altisent R, Córdoba R, Delgado MT, Pico MV, Melus E, Aranguren F, et al. Estudio multicéntrico sobre la eficacia del consejo para la prevención del alcoholismo en atención primaria (EMPA). *Med Clin (Barc)* 1997;109:121-4.
2. Miller WR. Why do people change addictive behavior? The 1996 H. David Archibald Lecture. *Addiction* 1998;93:163-72.
3. Babor TF, Ritson EB, Hodgson RJ. Alcohol-related problems in the primary health care setting: a review of early intervention strategies. *Br J Addict* 1986;81:23-46.
4. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993;88:315-36.
5. Kahan M, Wilson L, Becker L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *Can Med Assoc J* 1995;152:851-9.

6. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: A meta-analysis. *Prev Med* 1999;28:503-9.
7. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med* 1997;12:274-83.
8. Altisent R, Córdoba R, Martín-Moros JM. Criterios operativos para la prevención del alcoholismo. *Med Clin (Barc)* 1992;99:584-8.
9. Austoker J. Reducing alcohol intake. *BMJ* 1994;308:1549-52.
10. Edwards AGK, Rollnick S. Outcome studies of brief alcohol intervention in general practice: the problem of lost subjects. *Addiction* 1997;92:1699-704.
11. Ballesteros J. ¿Es eficaz la intervención breve en bebedores a riesgo en el ámbito de la atención primaria? Una revisión sistemática de estudios españoles. *Trastornos Adictivos* 2000;2:32-40.
12. Fleiss JL. The statistical basis of meta-analysis. *Stat Methods Med Res* 1993;2:121-45.
13. Olkin I. Diagnostic statistical procedures in medical meta-analyses. *Stat Med* 1999;18:2331-41.
14. Rosenthal R. Parametric measures of effect size. En: Cooper H, Hedges LV, editors. *The Handbook of Research Synthesis*. New York: Russell Sage Foundation, 1994; p. 231-44.
15. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1988.
16. Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A, et al. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Fam Pract* 1998;15:562-8.
17. Fernández MI, Bermejo CJ, Alonso M, Herreros B, Nieto M, Novoa A, et al. Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores. *Aten Primaria* 1997;19:127-32.
18. Díez-Manrique JF, Peña C, García E, Gaité L. Intervención breve en Cantabria en problemas relacionados con el alcohol. *Adicciones* 2002;14:13-24.
19. Gutiérrez M, Ruiz B, Mínguez G, Molina A, Ballesteros J. Intervención sobre el alcohol desde la asistencia primaria. *Boletín Centro de Información y Documentación de Drogodependencias del País Vasco*, 1994; p. 7-8.
20. García A, Lage M, Valerio N, Queijeiro I, Pardal M. Consumo de riesgo: detección e intervención en atención primaria. *Rev Esp Drogodependencias* 1997;22:311-8.
21. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a metaanalytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. *Addiction* 2002;97:279-92.
22. Ariño J, Ballesteros J, Gutiérrez M. Alcoholismo y toxicomanías. En: Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa PF, editores. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson S.A., 2000; p. 245-53.
23. Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam Pract* 1997;14:160-76.
24. Gould RA, Clum GA. A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clin Psychol Rev* 1993;13:169-86.
25. Katz DL. Behavior modification in primary care: the pressure system model. *Prev Med* 2001;32:66-72.
26. Rodríguez-Martos A. El consejo médico: prevención secundaria de los problemas relacionados con el consumo inadecuado de alcohol. *Aten Primaria* 1994;7:896-902.
27. López-de-Munain J, Torcal J, López V, Garay J. Prevention in routine general practice: activity patterns and potential promoting factors. *Prev Med* 2001;32:13-22.
28. Mullen PD, Simons-Morton DG, Ramírez G, Frankowski RF, Green LW, Mains DA. A meta-analysis of trials evaluating patient education and counseling for three groups of preventive health behaviors. *Patient Educ Counsel* 1997;32:157-73.
29. Gual A, Colom J. Papel de la atención primaria de salud frente a los problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas. *Med Clin (Barc)* 2001;116:136-7.
30. Wutzke SE, Shiell A, Gornall MK, Conigrave KM. Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Soc Sci Med* 2001;52:863-70.