

Análisis de las Prácticas de Referencia a Tratamiento a Pacientes Hospitalizados por Alcohol

SÁNCHEZ, Alejandro†*, DE SAN JORGE, Xóchitl, GOGESCOECHEA, María del Carmen y ARELLANEZ, Jorge

Universidad Veracruzana

Recibido 4 de Abril, 2016; Aceptado 17 de Junio, 2016

Resumen

Objetivo. Desarrollar una estrategia de implementación para la referencia a tratamiento por abuso de alcohol, fundamentada en las condiciones contextuales y en las necesidades de los profesionales de salud. Las metas de la primera fase fueron: caracterizar las prácticas de referencia actuales e identificar algunos profesionales como posibles colaboradores clave. **Método.** Se utilizó el marco conceptual de la investigación-acción y una aproximación etnográfica para comprender la cotidianidad. Se realizaron 54 entrevistas semi-estructuradas: 26 enfermeras/os; 13 médicos y 15 trabajadoras sociales de un hospital general. **Resultados.** En general, los médicos están orientados hacia el tratamiento de enfermedades, pero no de personas. Los médicos más jóvenes reflexionan críticamente sobre su exclusivo enfoque biológico. Las enfermeras invierten más tiempo en abordar el tema del alcohol, en ofrecer consejo sobre tratamiento después del hospital y muestran mayor interés en comprender los problemas de sus pacientes con el alcohol. Por su parte, las trabajadoras sociales centran su atención en procurar el apoyo financiero para el tratamiento médico de estos pacientes.

Pacientes hospitalizados; Consumo de Alcohol; Referencia a tratamiento

Abstract

Objective. To develop an implementation strategy for alcohol abuse referral to treatment, grounded upon contextual conditions and on the needs of the health professionals. First phase's aims were: characterize actual practices of referral to treatment for alcohol-related disease hospitalized inpatients, and to identify some health professionals as potential key partners. **Method.** We used an Action-Research framework and an ethnographic approach in order to understand healthcare professionals' everyday practices. Fifty-four semi-structured interviews were conducted to: 26 nurses, 13 medical practitioners, and 15 social workers at one general hospital. **Results.** In general, medical practitioners' activities are strong oriented to treat diseases, not persons. Younger practitioners showed concern over their only-biological focus. Referral to treatment is an uncommon practice. Nurses spend time to address and to talk with alcohol-related patients, to give them an advice about rehabilitation programs after hospital discharge and to show interest in understanding the patients' problems with alcohol. In the hand, social workers major focus is the financial support to offer the medical treatment prescribed to these patients.

Hospitalized patients; Alcohol intake; Referral to treatment

Citación: SÁNCHEZ, Alejandro, DE SAN JORGE, Xóchitl, GOGESCOECHEA, María del Carmen y ARELLANEZ, Jorge. Análisis de las Prácticas de Referencia a Tratamiento a Pacientes Hospitalizados por Alcohol. Revista de Análisis Cuantitativo y Estadístico. 2016, 3-8: 12-28

† Investigador contribuyendo como primer autor

* Correspondencia al autor: (sansol@comunidad.unam.mx)

Introducción

Desde la década de 1980 se han desarrollado estrategias para reducir los problemas por el uso nocivo del alcohol de los pacientes que asisten a los servicios de salud (Heather, 2006). Sin embargo, la mayoría de médicos no utilizan estas estrategias en sus actividades diarias, a pesar de la evidencia de eficacia y costo-efectividad (Babor, 2008; O'Donnell *et al.*, 2014). Es por ello que se han desarrollado investigaciones para identificar las barreras que obstaculizan la identificación e intervención de pacientes con abuso del alcohol. Por lo común se observa que los médicos experimentan la inseguridad de rol al tratar los problemas derivados del alcohol de los pacientes, derivada de la carencia de conocimientos y habilidades para abordar esta problemática (Durand, 1994). Además, se ha observado escepticismo sobre los tratamientos para reducir el consumo, confusión sobre el punto a partir del cual el consumo de alcohol se considera nocivo y estigmatización hacia los pacientes con trastornos por uso de sustancias (Boekel, Brouwers, Weeghel y Garretsen, 2013; Johansson, Bendtsen y Akerlind, 2006; Hutchings *et al.*, 2006). 5-7.

Existe una variedad de factores que afectan la indagación del consumo del alcohol por parte de los profesionales de la salud. En uno de los estudios pioneros, Shaw, Cartwright, Spratley y Harwin (1978) observaron que los médicos generales experimentaban algo que los autores llamaron la inseguridad del rol la cual se derivaba de diversas fuentes: a) de la sensación de carecer de las habilidades y del conocimiento necesario para reconocer y responder a los problemas del consumo; b) de la incertidumbre sobre si los problemas del consumo, o qué tanto de estos problemas, son parte de la responsabilidad del médico; y c) de los recursos inadecuados durante la formación profesional y en el lugar de trabajo.

Estudios posteriores han identificado otras barreras; por ejemplo, para algunos médicos y enfermeras es difícil abordar el tema del consumo del alcohol, dado que es socialmente aceptado y se corre el riesgo de ofender al paciente (Deehan, Marshall y Strang, 1998; Lock, Kaner, Lamont y Bond, 2002). Debido a esta aceptación social del alcohol, existe confusión y desacuerdo sobre el límite en el cual el consumo del alcohol se convierte en un problema (Anderson *et al.*, 2003; Johansson *et al.*, 2006). Por otro lado, algunos profesionales de la salud presentan actitudes negativas y estigmatizan a los pacientes con trastornos de comportamiento por uso del alcohol, al grado que muestran escepticismo sobre la efectividad del tratamiento (Aalto, Pekuri, y Seppa, 2003; Aira, Kauhanen, Larivaara y Rautio, 2003). También se han identificado barreras asociadas a factores organizacionales como la falta de tiempo, apoyo administrativo o liderazgo, clima organizacional, falta de incentivos, carga de trabajo, papeleo burocrático que en conjunto limitan la capacidad por asumir responsabilidades adicionales (Kaner, Heather, McAvoy, Lock y Gilvarry, 1999; Wojnar, 2014).

En una revisión sistemática reciente, Johnson, Jackson, Guillaume, Meier y Goyder (2010) sintetizaron evidencia cualitativa sobre las barreras y facilitadores para la implementación efectiva de las estrategias de la detección del uso nocivo del alcohol y la referencia a tratamiento. Entre los resultados se observaron las siguientes barreras: falta de recursos, de entrenamiento, de apoyo administrativo y al exceso de trabajo. También observaron que los profesionales de enfermería mostraban mayor aceptación para las estrategias de detección y referencia, a pesar de sus reservas sobre el conocimiento en esta área.

Sólo una minoría de los profesionales de la salud sigue pensando que las estrategias de detección y referencia no son parte de su rol profesional.

En un estudio cualitativo realizado por Broyles *et al.* (2012) sobre las barreras y facilitadores de la implementación en un contexto hospitalario se realizaron siete grupos focales para entrevistar a 33 enfermeras. De acuerdo con los autores, el propósito del estudio fue iniciar un trabajo colaborativo con los profesionales de la salud para establecer las condiciones que faciliten la integración de las estrategias de detección y referencia en sus actividades laborales y dejar de lado el modelo en donde se busca persuadirlos para que adopten las estrategias. Entre las barreras que las enfermeras anticipaban estaban: a) falta de conocimiento y habilidades; b) colaboración interdisciplinaria limitada; c) protocolo de evaluación inadecuado y pobre integración del expediente médico; d) preocupación por las reacciones negativas de los pacientes; e) incompatibilidad con el rol de enfermera; f) problemas de logística (falta de privacidad o de tiempo). Por otro lado, entre los factores facilitadores se señalaron: a) entrenamiento para mejorar el conocimiento, habilidades, comunicación y colaboración; b) ampliar los procesos de atención del rol de la enfermería; c) mejorar las características del expediente médico.

Los estudios sobre implementación se han centrado exclusivamente en la identificación de las barreras y obstáculos, pero poco se sabe sobre las actividades de atención del personal de medicina, enfermería y trabajo social hacia los pacientes con uso nocivo del alcohol.

Tampoco se analiza el efecto de las actitudes del personal hacia los pacientes con abuso de alcohol. Se considera oportuno contar con conocimiento sobre las prácticas actuales de atención para diseñar mejores estrategias de implementación.

Nilsen, Kaner y Babor (2008) señalan que es necesario un nuevo modelo orientado a la sustentabilidad el cual no dependa solo de la participación de los investigadores. El compromiso es obtener un nuevo conocimiento que nos ayude a mejorar nuestro entendimiento sobre los aspectos más complejos del cómo, por qué y en qué condiciones diversas soluciones pueden funcionar, en lugar de sólo probar que algo “funciona” bajo las condiciones ideales. Proponen una nueva definición del objeto de estudio, señalando que: “La motivación para abordar el tema del consumo o para realizar una intervención puede ser visto como el resultado dinámico de la interacción de las características de los profesionales de la salud, de la relación con los pacientes y del contexto más amplio en el dónde esta actividad sucede” (Nilsen et al., 2008; p.458). Estos autores observan una necesidad de mayor participación colaborativa entre los profesionales de la salud y los investigadores para comprender el contexto de la implementación y para desarrollar estrategias ajustadas al contexto y a las condiciones reales de los centros de salud y a los hospitales.

Por todo lo anterior, la presente investigación exploratoria tiene el objetivo de iniciar el desarrollo de una estrategia de implementación para la referencia a tratamiento por abuso de alcohol, fundamentada en las condiciones contextuales y en las necesidades de los profesionales de salud. Las metas de la primera fase fueron: caracterizar las prácticas de referencia actuales e identificar algunos profesionales como posibles colaboradores clave.

Método

Diseño del estudio

La presente investigación es un estudio exploratorio centrado en la obtención de información sobre el contexto y en la identificación de nuevas categorías analíticas (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2006). La investigación exploratoria ayuda en la familiarización del entorno, la conceptualización del fenómeno y para la definición de líneas de indagación. Se utilizó el marco conceptual de la investigación-acción, el cual implica un proceso reflexivo para la solución progresiva de problemas guiado por las personas en su propio contexto de práctica cotidiana (Salazar, 1992). Desde una aproximación etnográfica se buscó observar y analizar las actividades de atención a la salud de los profesionales de la salud que tuvieran contacto directo con pacientes hospitalizados por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol. Por último, se utilizó la técnica de la entrevista semi-estructurada para aproximarnos a la comprensión de la actividad de la atención con respecto al manejo de pacientes con consecuencias por consumo de alcohol (Angrosino, 2007).

Escenario y participantes

Se eligió el escenario del hospital general como el contexto de estudio por las siguientes dos razones: a) en los hospitales generales se recibe un amplio rango de enfermedades atribuibles alcohol, desde una lesión provocada por un estado de intoxicación alcohólica hasta el tratamiento de la cirrosis hepática alcohólica; y b) existe mayor probabilidad de interacción entre pacientes y profesionales de salud, permitiendo la observación de actitudes, creencias y experiencias alrededor de la atención a la salud.

Para la selección específica de la unidad médica hospitalaria se analizó la base de datos de egresos hospitalarios del Sistema Nacional de Información en Salud (2014). Se identificó que la región centro-norte presenta una prevalencia alta de egresos hospitalarios por Enfermedades Atribuibles al Alcohol (EAA) con base en la lista propuesta de Rehm *et al.* (2010). Se eligió uno de los hospitales generales con mayor prevalencia de EAA en los últimos años, el cual se localiza a cien kilómetros al norte de la Ciudad de México. Para la selección de los profesionales de la salud se pidió que contaran con experiencia laboral en los servicios de medicina interna y urgencias, además de tener experiencias de atención a pacientes con alguna enfermedad asociada al consumo del alcohol.

Acceso y recolección de datos

El acceso al hospital fue través de la jefatura de enseñanza e investigación en donde se recibió el protocolo de investigación y las cartas de aprobación del comité de ética e investigación. Posteriormente se estableció contacto con los jefes de servicio (urgencias, medicina interna, enfermería y trabajo social) y se establecieron los días y horarios para solicitar y realizar las entrevistas a lo largo de los diferentes turnos. Una vez iniciado los contactos con los primeros profesionales, también se utilizó la técnica bola de nieve para buscar nuevos participantes.

Entre febrero y abril de 2015 se realizaron las entrevistas a profesionales de la salud que tenían o tuvieron contacto directo con pacientes con EAA. Las entrevistas se realizaron al interior del hospital, en lugares apropiados para garantizar la privacidad y confidencialidad durante la entrevista. Para la conducción de las entrevistas se utilizaron preguntas abiertas agrupadas en dos áreas generales:

a) Experiencias de atención durante el tratamiento médico. Se realizaron preguntas para indagar sobre la diversidad de experiencias entre el personal del hospital: ¿Cuáles son sus experiencias con respecto a la atención de pacientes por consecuencia del consumo de alcohol? ¿Cuáles son las cuestiones más importantes sobre la atención a estos pacientes? ¿Cuáles son las necesidades o retos desde su perspectiva? ¿Podría relatarme una experiencia particular de un paciente? b) Experiencias de intervención específica para reducir el consumo de alcohol en los pacientes. El segundo grupo tema explorado se enfocó en las experiencias orientadas a reducir el consumo del alcohol, por ejemplo, ofrecer consejería, orientación o referencia a un centro de tratamiento: ¿Por lo regular qué tipo de tratamiento enfocado en el consumo de alcohol se ofrece en el hospital? ¿Usted cuenta con alguna guía, manual o protocolo de atención específico para el abuso de alcohol o alcoholismo? ¿Durante la atención usted realiza alguna intervención o referencia? ¿Podría relatarme un caso de intervención?

Análisis de datos

Los registros de las entrevistas fueron analizados directamente en su formato de audio a través del software ATLAS.ti. En una primera etapa, se revisaron las diez primeras entrevistas para desarrollar el conjunto preliminar de categorías de análisis basadas en la interacción de los componentes teóricos del sistema de actividad. Posteriormente se codificó el total de entrevistas aplicando las categorías establecidas e incluyendo nuevas subcategorías conforme avanzó en el análisis comparativo. Una vez terminada la codificación, se revisó la lista de categorías para su revisión, depuración o reagrupación. Posteriormente se realizó un análisis de co-ocurrencias con el objetivo de identificar las categorías de mayor densidad, es decir, con mayor frecuencia de asociación a otras categorías.

Con la identificación de las categorías de mayor densidad se desarrolló una red de categorías para establecer relaciones de significado. Por último, se revisaron las categorías que fueron excluidas en del análisis de co-ocurrencias, pero con alta frecuencia de presencia en las entrevistas, para analizar su pertinencia en las relaciones de significado en la interacción entre los componentes del sistema.

Resultados

Se realizaron 54 entrevistas al personal de salud distribuidas en las diferentes áreas profesionales: 26 enfermeras/os; 13 médicos y 15 trabajadoras sociales (Tabla I). En total se entrevistaron a 11 hombres y 43 mujeres, con un promedio general de 14.5 años de experiencia y con un rango amplio: desde un año hasta 35 años de servicio. La gran mayoría de los participantes tenían experiencia en los servicios hospitalarios de medicina interna y urgencias.

Área	Hombres	Mujeres	Promedio años de servicio
Enfermería	5	21	10.9
Medicina	6	7	12.4
Trabajo Social	-	15	20.2
Total	11	43	14.5

Tabla 1 Distribución de profesionales de salud entrevistados según el área profesional, sexo y promedio de años de servicio

Médicos

En general, los comentarios de los profesionales de medicina estuvieron fuertemente orientados a la dimensión biológica de las enfermedades atribuibles al consumo de alcohol, enfocándose principalmente en los aspectos de la estabilización y compensación del síndrome de abstinencia alcohólica y de la intoxicación aguda por alcohol.

No obstante, reconocen que existen otros aspectos relacionados a las EAA que no son abordados y por lo mismo, la intervención es limitada. Por ejemplo, tanto médicos adscritos como residente comentaron sobre este punto:

“Soy consciente, y creo que los demás también, de que cuando llega un paciente con estos problemas no sólo es la afectación en su cuerpo, sino es todo lo que implica el alcohol, el entorno familiar, la economía, etc. Sabemos que cuando se van de aquí y les decimos ‘No vuelva a tomar’ pues no nos van a hacer caso. Si no hay un sistema de apoyo social que dé seguimiento a estos pacientes, van a recaer, es obvio.” –Médico adscrito con 5 años de servicio.

“La formación que se nos han dado en la escuela se dirige a tratar la enfermedad. Eso de tener un enfoque bio-psico-social pues no es verdad, sólo vemos lo primero [biológico]. Tratamos las complicaciones del consumo de alcohol, pero lo que tiene que ver con lo social, eso no.” –Médico residente de 3er año.

Algunos médicos mencionan que en algunas ocasiones recomiendan dejar de beber alcohol y lo acompañan con la advertencia del peligro de muerte en caso de continuar bebiendo y algunos otros señalan que en ocasiones se llega al regaño cuando son pacientes recurrentes. La mayoría de los médicos mencionan que no tiene mucho impacto lo que ellos puedan aconsejar sobre el patrón de consumo, por lo que han decidido desistir de realizar cualquier tipo de consejería o intervención:

“Pero realmente, mientras no exista una verdadera voluntad del paciente para dejar de tomar alcohol, no hay nada que sirva.

Por más que le advirtamos y le señalemos el daño que se está ocasionando, si ellos no quieren dejar la botella no lo harán” –Médico adscrito con 22 años de servicio.

“Nosotros nos ponemos en una posición como de regañando al pacientes y parte de ellos es porque el paciente de consumo de alcohol es muy renuente y generalmente no escucha. Al final es la decisión del paciente, nosotros no podemos obligarlos a que cambien sus hábitos, sus costumbres.” –Médico Residente de 2º año.

“Lo que nosotros hagamos después de estabilizarlo rinde pocos frutos, ¡vaya! no espantamos, pero sí orientamos con la verdad, se le dice: ‘mira, este es el primer sangrado de tubo digestivo que tienes, estadísticamente aguantas hasta tres sangrados después te mueres’ Lógicamente hay quienes aguantan hasta siete sangrados. Tratamos de decir que tendrán una evolución muy triste, que van a tener cirrosis, encefalopatía, la cardiopatía, etc. Que van a tener mala calidad de vida y muchos problemas. Pero finalmente sensibilizar al paciente y a la familia no es fácil.” –Médico adscrito con 27 años de servicio.

La práctica de referirlos a un tratamiento profesional o de orientarlos hacia algún grupo de ayuda mutua es poco común por parte de los médicos. No existe un protocolo específico o una guía de práctica clínica que los orientes en dicho procedimiento, ni una estrategia institucional de colaboración interprofesional. Fue común escuchar que a ningún paciente se le niega la atención, pero si reconocieron la posibilidad de mejorar la calidad de la atención.

Por ejemplo, se señaló que pacientes con abuso de alcohol y con probable diagnóstico de depresión eran referidos a un centro especializado en salud mental, pero a los pacientes con sólo el abuso de alcohol no los referían, sólo les mencionaban la necesidad de reducir el consumo:

“No sabemos bien qué hacer, si tiene que seguir un programa, o si tiene que ver a un psiquiatra, eso no lo tenemos. “Pues no, no hay un grupo así, no lo hay, eso depende mucho de ti, de cada médico, porque no hay un programa que te diga tienes que hacer esto y lo otro exactamente” –Médico residente de 1er año.

“En ocasiones vienen aquí psicología o tanatología cuando están más estables y vienen a platicar con ellos, hacen su primera valoración y ya luego los citan a la consulta externa, pero en muchos de ellos no hay como la cooperación, entonces dependemos más de los familiares” –Médico residente de 3er año.

“Ya que sacamos al paciente del problema agudo, entonces le sugerimos que vaya a un grupo de ayuda mutua, como los de Alcohólicos Anónimos, pero se lo sugerimos al familiar, al paciente no porque no nos hace mucho caso. Hemos trabajado con los grupos de AA, pero no de manera continua y permanente. Eso está pendiente, tener mayor comunicación con ese tipo de grupos. Porque sí los comentamos al familiar o al paciente, pero como no es una institución de salud si no tenemos una comunicación bien establecida” –Médico adscrito con 6 años de servicio.

Los médicos, con mayor antigüedad que otros profesionales de la salud, señalan que la causa principal del consumo excesivo de recibir pacientes con abusos de alcohol es un problema cultural y económico-social sobre el que se puede hacer muy poco, sólo asistirlos cuando recurren al hospital. Además, también señalaron que debido el tipo de población que se atiende en el hospital, se dificulta establecer un diálogo con los pacientes dado el bajo nivel educativo:

“Aquí el problema es que es un problema social, o sea, son gente que, por ejemplo, vienen de familias con desintegración, que tiene otros problemas económicos, que tiene depresión, drogadicción, que tienen abandono, y pues sí, no es como tan fácil... O sea, uno puede hablar con el familiar, pero muchas veces éste ya está fastidiado. Entonces yo lo que les digo es que ambos tienen que ir a psicología para ver cómo los ayudan. [...] “Pero yo no hago la interconsulta, solo se los comento.” –Médico adscrito con 15 años de servicio.

“Es complicado que te presten atención los que están hospitalizados. Al orientarlos, es muy difícil llegar al punto que queremos el nivel socioeconómico de aquí es muy bajo pues igual el que tú les expliques, a veces su razón o su conocimiento no alcanza. El familiar ya tampoco nos presta atención y entonces sólo nos vienen a decir lo mismo, o que yo ya le dije, pero lo que pasa es que no entienden.” –Médico adscrito con 11 años de servicio.

Sin embargo, los médicos residentes mostraban mayor preocupación sobre su propia limitación para intervenir, además de ser autocríticos al sólo enfocarse en los aspectos biológicos de los pacientes, dejando de lado otras dimensiones, como la psicológica y la social:

“Yo creo que a veces como que perdemos los médicos esa dimensión de decir, pues sí estamos tratando la enfermedad, o sea la complicación, pero el fondo no, la raíz no. O sea, él tiene alcoholismo y eso no lo hemos tratado. Eso como que siento se ha perdido porque como es tan frecuente entonces sólo decimos ¡otro más!” –Médico residente de 2o año.

“Creo que es la misma enfermedad que condiciona el que la gente no se acerque a ese tipo de pacientes para que reciban un tratamiento especial... y también por la edad porque dices ‘¿cómo voy a lidiar con una persona de 50 años que tomó 30 años?! A veces es un poco frustrante no saber bien qué es lo que deberíamos de hacer.’” –Médico residente de 1er año

“Como que a veces el médico pierde esa noción de que es un problema social también, entonces como que a lo mejor dice ‘ah pues sólo voy a tratar la supresión alcohólica y punto y me olvido de si regresan o no, yo ya hice mi trabajo’. Esa parte como que a lo mejor faltaría, de que alguien viniera y estuviera checando es parte ¿no? Por ejemplo, el servicio de psicología, que sí hay aquí, pero que luego no nos comunicamos, creo que podríamos hacer las cosas mejor”. –Médico residente de 3er año.

Enfermeras

Las enfermeras mostraron una mayor responsabilidad sobre el abordaje de los problemas derivados por el consumo del alcohol. Enfatizaron su formación holística y su perspectiva bio-psico-social.

Algunas enfermeras señalaron el hecho de tener mayor contacto con el paciente durante el proceso de hospitalización, lo cual les permite establecer una mayor relación de confianza para tratar el tema del alcohol además de ofrecer el tratamiento clínico indicado por los médicos:

“Nosotros tenemos un manejo integral, que incluye no sólo el área física, sino también lo mental, lo espiritual, lo psicosocial. Tratamos de manejar todo el ámbito alrededor.” – Enfermera con 23 años de experiencia.

“Nosotras tenemos una gran ventaja, pasamos mucho tiempo con los pacientes, entonces llegan a tenernos confianza, nos enteramos de cosas que luego los médicos desconocen” –Enfermera (6 años).

No obstante, también se identificaron actitudes y emociones negativas hacia los pacientes con EAA: desconfianza, enojo, frustración, miedo y rechazo. Estas actitudes y emociones son consecuencia de las experiencias de atención recurrentes con pacientes bajo cuadros agudos de intoxicación alcohólica y supresión etílica, por un lado y por otro, de percibir que los pacientes con EAA presentan mayor reincidencia hospitalaria debido al consumo crónico. Durante las entrevistas fue común escuchar relatos de agresión por parte de los pacientes y dificultad para ofrecer tratamiento, implicando mayor demanda de atención:

“Son pacientes muy difíciles porque llegan muy agresivos, hemos tenido casos que nos han llegado a golpear, a patear, a gritarnos. Con ellos estamos al 150% al pendiente” – Enfermera (23 años).

“Las supresiones etílicas es lo más temido, porque se ponen muy mal, son violentos, groseros. Es muy cansado el manejo de estos pacientes, pero hay que brindarle la atención” –Enfermera (1 año).

“A veces sufren delirios muy fuertes y tenemos que sujetarlos porque tenemos otros pacientes, algunos más delicados. Tenemos que monitorizarlos para evitar caídas, que nos lastimen.” – Enfermera (3 años).

Para las enfermeras es normal que los pacientes regresen al hospital, principalmente aquellos con una enfermedad crónica o que han perdido sus redes de apoyo social.

Esto conlleva a que el personal de enfermería experimente enojo y frustración dado que tienen que resolver el problema de la administración del medicamento y del material de curación indicados en el tratamiento médico:

“La mayoría regresa con su crisis. La familia viene por ratitos o lo abandonan. Lo que se pueda conseguir entre trabajo social y nosotros, así se le va apoyando al paciente.” – Enfermera (1 año).

“Los familiares no los quieren ver, ya están cansados. Vienen y los dejan, ni siquiera vienen a ver si necesita algún medicamento, pasan los días, entonces se nos viene más trabajo.” – Enfermera (35 años).

“Da coraje, nosotros le echamos todos los kilos y vuelven a caer (...) la verdad se siente uno impotente porque no tienen una suficiente orientación, quien los ayude.” – Enfermero (15 años).

Algunos profesionales de enfermería aceptaron las actitudes rechazo hacia los pacientes con EAA.

Hubo quienes mencionaron frases cotidianas para identificar a estos pacientes, por ejemplo: “¡ya llegó otro borracho!” o “aquí te dejo un regalito”. Estas actitudes y emociones conllevan a que las enfermeras no pregunten sobre el consumo de alcohol o que utilicen la confrontación hacia al paciente sin ofrecerle una orientación para la solución de su problema con el alcohol:

“Yo sí les digo ‘lo que tú tienes es porque te los has buscado, los demás pacientes tienen una enfermedad que ellos no se la han buscado. Tú estás así porque tomas, nadie te ha obligado a tomar y por eso tu páncreas está mal, esa es la consecuencia.’” – Enfermera (29 años).

“Cuando me dicen ‘le prometo que cuando salga ya no vuelvo a tomar ni una gotita’ les digo, ‘¿qué crees? que con los años que tengo trabajando aquí sé que regresan con cirrosis terminales ¿eso quieres?’ Esa es la situación, todos prometen que lo van a dejar.” – Enfermera (35 años).

Existen creencias y percepciones que condicionan el tipo de atención entre el personal de enfermería. Algunas de las enfermeras señalaron que los pacientes con EAA tienden a negar su problema con el alcohol, haciendo difícil la indagación y optando por no realizarla. También existe la creencia de que el problema de fondo de los pacientes con EAA es de índole económica y social, por lo tanto, las intervenciones para reducir el consumo desde el hospital tienen poco impacto:

“El paciente por alcohol es difícil que acepte a pesar de la hospitalización, del sufrimiento físico, los piquetes, las sondas, son renuentes. Esto cansa, pero lo peor es que reinciden.” – Enfermera (29 años).

“Más que nada viene gente de nivel socioeconómico bajo, entonces ellos dicen que es lo único que tienen, incluso vienen por depresiones, es difícil que uno se involucre más en eso.” – Enfermera (6 años).

Al igual que en los médicos, hay enfermeras que las relaciones familiares o interpersonales son el factor causal de los problemas con el alcohol. Se señala que los eventos de maltrato o la situación de abandono son las causas que llevan al consumo crónico de alcohol. Las experiencias con los familiares y la observación directa de la interacción entre familiares y pacientes, ha llevado a que el personal de enfermería perciba en el núcleo familiar una alternativa de solución para ayudar a que el reduzca el consumo de alcohol.

Derivado de las creencias y percepciones sobre la familia como un factor causal de los problemas con el alcohol, y a la vez parte de la solución, algunas enfermeras dirigen su atención a los familiares y orientan hacia los recursos a los cuales acudir:

“Algunos beben por las parejas, que los dejó la esposa o la novia. No lo hacen por gusto, es algo que vienen arrastrando, alguien que han perdido y que no es fácil recuperar.” – Enfermera (6 años).

“He conocido casos de que la familia está al pendiente y el paciente sale y ya nunca vuelve a tomar, pero es porque la familia está presente, lo motiva, lo ayuda, lo acompaña a las sesiones, la familia juega un papel muy importante para la rehabilitación de estos pacientes” – Enfermero (2 años).

“Si está el familiar lo trato de orientar dónde puede acudir entre semana al departamento de psicología donde puede tener más ayuda con personal capacitado.” – Enfermera (1 año).

Durante las entrevistas, algunas de las enfermeras mencionaron tener familiares o personas cercanas con problemas de alcoholismo. Este antecedente es significativo porque implica mostrar mayor sensibilidad durante la atención a los pacientes con EAA a su cargo, así como una comprensión del problema de manera integral, no sólo enfocada en lo fisiológico:

“En mi caso, hay una reacción cuando atiendo a un paciente por alcohol. Cómo le decía, yo tengo un familiar con ese problema, entonces eres sensible al ver ese dolor y que sabes que si tu familiar en algún momento no para, entonces puede caer en eso.” – Enfermera (29 años).

“Cuando me dicen ‘es un paciente de supresión etílica’ lo primero que me viene a la mente es mucho trabajo y mucho batallar, pero hay que tener paciencia. Antes me enojaba, hoy entiendo que están enfermos de alcoholismo y es provocado por las emociones.” – Enfermera (8 años).

El antecedente de un familiar con alcoholismo también tiene un impacto en forma de dirigirse a los familiares. Dado que experimentan mayor empatía por la situación, ofrecen contención a los familiares y un nuevo encuadre de la situación en donde involucran a los familiares.

“El ver a los familiares angustiados que no saben, trato de clamarlos y explicarles lo que va a pasar con sus pacientes, porque ya tengo la experiencia en casa de un paciente alcohólico [...] Los familiares los regañan, le dicen que si sigue tomando lo dejan, pero ellos [pacientes] no van a entender, al contrario, lo que se hace es que los rechazan. Nosotros somos los que estamos mal, no ellos porque ellos ya están enfermos y necesitan de mucho apoyo familiar.

Yo tenía acostumbrado a sacar a los familiares y me di cuenta que la estancia del familiar, estar acompañando al paciente es de mucha ayuda, opté por ya no sacarlos.” – Enfermera (1 año).

Además, la experiencia de tener un familiar con problemas con el alcohol conlleva a involucrarse con el paciente y con el familiar, al punto de ayudarlos a establecer contacto con grupos de ayuda mutua o con centros de tratamiento:

“Depende mucho de los familiares si es que los apoyan y logran internarlos en un centro, en este caso de AA, pero depende mucho del familiar.

En muchas ocasiones lo que se hace es que de aquí lo mandan a un grupo o la gente encargada de esos centros vienen por ellos.” – Enfermera (12 años).

También se observó que las enfermeras con una historia personal cercana de alcoholismo, se perciben diferentes a sus compañeros de trabajo con relación la manera de dirigirse a estos pacientes y a las formas de atender el problema del alcohol:

“Yo he visto a otros compañeros, que a la mejor no están cerca de la situación del alcoholismo que dicen ‘no pues está así porque quiso, no es una enfermedad’. A veces, al alcohólico sí se le llega a rechazar, no es seguido porque la ética profesional prevalece, pero sí pasa.” –Enfermera (29 años).

Trabajadoras Sociales

El tema central que emergió sistemáticamente durante las entrevistas sobre la atención de pacientes con abuso de alcohol con las trabajadoras sociales.

Fue la preocupación y búsqueda de los familiares del paciente con EAA para responsabilizarlos financieramente del tratamiento médico cuando llegan al servicio de urgencias con cuadros clínicos agudos: estado inconsciente, síndrome de abstinencia o intoxicación aguda. Los pacientes con enfermedades crónicas y abandonadas representan una fuerte carga de trabajo para el área de trabajo social lo cual le genera frustración o enojo:

“Para empezar hay que buscar sus redes de apoyo, sus familiares. La mayoría no quiere hacerse cargo de ellos, no quieren saber nada de ellos. Son familias que ya se deterioraron porque ya ha sido recaída sobre recaída, porque ya afectaron su sistema o su entorno familiar y por eso no quieren saber de ellos.

Entonces es bien difícil rescatar esa familia para que se haga cargo, o sea, normalmente se quedan solos.” –Trabajadora social con 23 años de servicio

“A veces son personas que las encuentran tirados en la calle, inconscientes, que paso el vecino dadivoso, le habló a la Cruz Roja, lo levantaron y nos los avientan aquí, porque así es, técnicamente nos los avientan y ya nadie se hace cargo de ellos.” –Trabajadora social (34 años).

“Con este tipo de pacientes pues sí, la verdad es que nosotros si batallamos demasiado. Si no hay una institución o no hay un familiar que apoye, entonces es cuando uno dice cómo van a tratar de recuperar si no hay nadie que los pueda apoyar, ni un lugar que los pueda rehabilitarlos” – Trabajadora social (40 años).

Por otro lado, se muestran más optimistas y preocupadas a la vez, cuando los pacientes son adolescentes. Centran su atención en intervenir y apoyar a la familia, pues encuentran que, en estos casos, la red de apoyo social es más fuerte y aún existe cohesión entre algunos familiares. Ellas ofrecen consejería y orientación sobre los lugares donde se puede iniciar un programa de tratamiento:

“Cuando existe el apoyo de la familia, y cuando son pacientes rescatables, es decir, cuando son adolescentes y que apenas están iniciando en el consumo, normalmente hablamos con la familia y para ofrecerles la información de centros de tratamiento. Se les comenta que es un apoyo no nada más para sus hijos sino también para toda la familia para que también ellos sepan que hacer en situaciones complicadas.” – Trabajadora social (23 años).

“Cuando llega el familiar es menos el trabajo para nosotras. Se les orientan para conseguir los medicamentos, para que estén de forma permanente, porque muchas veces ya nos los quieren dejar solos prácticamente. Cuando está el familiar pues hay que hacer mucha consciencia de que no nos lo deje aquí, que estén aquí con ellos, que estén pendiente y se le orienta en conseguir lo que el seguro popular no les pueda proveer.” – Trabajadora social (22 años).

No obstante, también señalan que no todas las familias aceptan que se les brinde la información de manera directa porque implica confrontarlos. Para ellas es común que la misma familia es la que niega el problema y trata de evitar el tema aun cuando el adolescente haya llegado al servicio de urgencias por intoxicación etílica.

Para ellas lo más importante es responsabilizar a la familia del problema del paciente, por lo que se insiste que ellos son los que tienen que acudir a un lugar de atención especializada:

“Desgraciadamente luego los papás no aceptan que sus hijos tienen problemas con el alcohol o ya son alcohólicos. Muchos nos dicen ‘no es nada, es de vez en cuando’, ‘es que se la pasaron las copas’, ‘es que nada más es en la fiesta’. Los papás son los primeros en no aceptar que sus hijos están en problemas. Entonces, nos enfocamos a los familiares, les damos las soluciones, las direcciones y pues ellos ya deciden, porque son los centros de tratamiento a donde los referimos sólo entran por voluntad propia.” – Trabajadora social (8 años).

“A veces la familia es lo que no alcanza a entender que esto es una enfermedad. Lo que aquí se necesita es el apoyo de toda la familia y se necesitan muchas redes de apoyo. Primero se necesita que los lleven a desintoxicarse y ese proceso nadie lo quiero pasar, porque no es nada agradable. – Trabajadora social (2 años).

“Se le orienta a la mamá o al papá que saliendo de aquí ellos son quienes tiene que llevar porque la droga es igual que el alcohol, que tienen que querer el paciente curarse para poder integrarse a los grupos a la fuerza de ellos tiene que salir para curarse”. – Trabajadora social (34 años).

Algunas trabajadoras sociales prefieren confrontar directamente al paciente, sobre todo cuando no existe la red de apoyo familiar o cuando no hay instituciones sociales que se responsabilicen del paciente una vez que este sea dado de alta o solicite su alta voluntaria:

“A veces es una situación fría, porque alguna vez yo dije bueno si la familia que es su familia no le preocupa pues a mí menos, y si a él que le duele no le preocupa su salud pues a mí menos, es una situación que desgasta (...) a veces funciona más [confrontarlo]. En algunas ocasiones le digo ‘¿Usted se quiere morir?’ y luego delante del familiar, les digo, ‘Él se quiere morir ¿por qué no le ha preguntado lo que quiere realmente? ¿Para qué lo trajo? Él a lo mejor se quiere morir entonces sabe que en lugar de suero le vamos a colgar aquí una botella de alcohol para que de una vez truene’ y entonces el paciente voltea así como que ‘-no es que me quiera morir, -no sí se quiere morir, porque usted sigue ingiriendo algo que la va a causar la muerte, entonces no tiene ningún sentido que su familia se esté desgastando, a que se esté desvelando aquí toda la noche, porque usted saliendo de aquí va a salir a lo mismo, no tiene ningún sentido, mejor de una vez, le ayudamos, de una vez para qué alargamos la agonía de la familia, de una vez’.

A veces ha funcionado más, la psicología inversa.” – Trabajadora social (19 años).

Al igual que los profesionales de enfermería, las trabajadoras sociales también son sensibles al tema de la supresión ética, pues en ocasiones ellas tienen que contener a los familiares cuando ven a sus pacientes con el síndrome de abstinencia alcohólica y sujetos a las camillas. Reconocen que en estos momentos de crisis es cuando se debe tocar el tema de un posible cuadro de alcoholismo y dar orientación sobre los centros de tratamiento, sin dejar de responsabilizar a la familia de llevarlo a dichos lugares.

“Cuando están en supresión golpean, ofenden y pueden lastimarse o lastimar a otros pacientes, por eso los enfermeros y camilleros los llegan a sujetar.

Lo fuerte es cuando la mamá, la esposa o los hijos los llegan a ver amarrados, uno tiene que ofrecerles contención y explicarles que esta situación es por su bien y que no sientan que los estamos maltratando no nada así.” – Trabajadora social (8 años).

“Es frecuente que los pacientes con alcoholismo crónico sufran de crisis en el hospital. Se ponen violentos, gritan, amenazan a las enfermeras, a los doctores o se quitan las sondas. A veces hasta se ponen agresivos con los mismos familiares porque no los reconocen y entonces el familiar se asusta o se pone triste, algunos hasta se sienten culpables. O sea, son situaciones bien fuertes que llegan a afectar a toda la familia, a los hijos y esto se va como herencia. Por eso tenemos que ser muy claros en brindarles la información de los lugares donde pueden recibir ayuda.” – Trabajadora social (40 años).

Algunas de las trabajadoras sociales mencionaron a los grupos de ayuda mutua como su principal apoyo para referir a los pacientes después del hospital con resultados favorables.

Señalaron que han establecido una relación de colaboración la cual consiste en llamar telefónicamente al grupo para dar aviso sobre el ingreso de un nuevo caso por consumo de alcohol y poner en contacto directo al paciente con un miembro de la agrupación de ayuda-mutua durante su hospitalización.

“Nos apoyamos de los grupos de AA y cuando salen de alta, o los que llegan a salir de alta, ellos son los que vienen a hablar con ellos y a veces se los llevan. Y si no, finalmente hacemos corresponsables al DIF [Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia] o a la presidencia [municipal] de donde son los pacientes o de donde los encontraron.” – Trabajadora social (23 años).

“Acudimos a los grupos de AA, a donde hay anexos incluso, donde se quedan hospedados los pacientes, hasta su completa rehabilitación. Tenemos un directorio de grupos de AA de aquí de la ciudad y de diferentes municipios. Ha habido incluso completamente rehabilitados, y vienen muy limpios incluso muy trajeados, y agradecen a todo el personal a nuestros directivos, y eso es una gran satisfacción.” – Trabajadora social (34 años).

Conclusión

En este primer acercamiento al hospital se identificaron varios tipos o clases de profesionales que pueden constituirse en posibles agentes de cambio para la segunda etapa del proceso investigación-acción. Específicamente se identificaron a enfermeras con historia familiar de abuso de alcohol, médicos residentes autocríticos de su formación biologicista y trabajadoras sociales con experiencia de colaboración con los grupos de ayuda-mutua.

A partir de la detección de necesidades se pretende construir una relación de colaboración para desarrollar actividades orientadas a: a) capacitar a las enfermeras en el manejo de pacientes con síndrome de abstinencia; b) informar a los médicos residentes sobre el manejo psicológico del paciente con uso nocivo del alcohol; c) apoyar a las trabajadoras sociales para actualizar su directorio de referencia y ampliarlo al incorporar centros de tratamiento gubernamentales.

En estas primeras etapas de la investigación-acción se tiene como prioridad establecer una relación de mutua colaboración con los profesionales de la salud. A partir de sus necesidades nos enfocaremos en los pacientes con mayores problemas por consumo de alcohol, incluida la dependencia alcohólica.

Esto puede contradecir la lógica de las estrategias de detección oportuna e intervención breve. Sin embargo, consideramos que, si no resolvemos lo problemático desde la perspectiva de los profesionales de la salud, no tendremos oportunidad para implementar dichas estrategias en un futuro.

La acumulación de experiencias negativas con pacientes agresivos, renuentes y reincidentes y la presencia de creencias sobre el alcoholismo como un problema socioeconómico, conlleva a que algunos profesionales de la salud no aborden el tema del consumo de alcohol, ni realicen acciones de consejería o de derivación a especialista. Algunos asumen la indagación del consumo de alcohol como parte de la responsabilidad profesional, las actitudes y las creencias negativas hacia estos pacientes, impiden que se realicen intervenciones enfocadas en la reducción del consumo de alcohol, un hallazgo también identificado por otros autores (Johnson *et al*, 2010).

Por otro lado, aquellos profesionales de enfermería que consideran al paciente y a los familiares como parte fundamental de la solución del problema, principalmente quienes revelaron experiencias personales con familiares alcohólicos, reportaron llevar a cabo acciones de orientación y derivación. De esta manera, algunas enfermeras integran las acciones de atención para reducir el consumo en su actividad profesional cotidiana, sin saber que esto es conocido como las estrategias de detección e intervención oportuna. Aún más, estas acciones de atención son similares a las propuestas por los expertos o investigadores en el tema (Nilsen *et al.*, 2008).

Por otro lado, estas acciones de atención adquieren importancia para el desarrollo de estrategias de implementación, debido a que son acciones desarrolladas a partir de la actividad cotidiana de los profesionales en sus contextos reales, sin ser resultado de una capacitación o entrenamiento específico. Por lo tanto, el análisis de estas acciones de atención podría contribuir al desarrollo de un modelo de intervención y al desarrollo de una estrategia de implementación basada en la contextualización de las características de los profesionales de enfermería que abordan el tema del consumo de alcohol.

El personal de enfermería aborda el tema del consumo de alcohol con mayor frecuencia que los médicos y algunos ofrecen consejería u orientación sobre la reducción del consumo de alcohol y sobre centros de tratamiento o grupos de ayuda-mutua. Estas prácticas se realizan más como efecto de su formación profesional o de sus experiencias personales con familiares o conocidos que han tenido problemas con el alcohol, y no como efecto de un protocolo de intervención. El mayor problema que refirieron son los estados agresivos y violentos de los pacientes durante el síndrome de abstinencia alcohólica.

Cuando los pacientes eran estabilizados, la mayoría de las enfermeras mostraba interés por conocer la problemática del paciente desde una perspectiva integral. Inclusive algunas de ellas exploran el área emocional o psicológica del paciente para comprender el origen del abuso de alcohol, por lo que señalaron que gran parte de los pacientes se encuentran en estado de abandono y depresión, o de maltrato cuando son menores de edad. Sin embargo, sólo algunas de ellas realizan la referencia a tratamiento de sistemáticamente, es decir, ofrecen información sobre el domicilio de un centro de rehabilitación, donde pueden recibir ayuda una vez fuera del hospital.

Las actitudes y percepciones derivadas de las experiencias de atención con pacientes hospitalizados por abuso de alcohol y el antecedente familiar de alcoholismo entre el personal de enfermería son condicionantes de las acciones de atención hospitalaria enfocadas en la reducción del consumo de alcohol. Las enfermeras que revelaron un antecedente familiar de alcoholismo presentan mayor sensibilidad al problema y una disposición a ofrecer consejería o a referir a tratamiento, sin necesidad de seguir los lineamientos de un programa o protocolo institucional. Incluso llegan a apoyar a los familiares de los pacientes a establecer contacto con los grupos de ayuda mutua.

La identificación de profesionales que reúnen las condiciones positivas que llevan a orientar y a ofrecer consejería, establece una línea de indagación para el desarrollo de estrategias de implementación de la detección e intervención oportuna del uso nocivo del alcohol. Específicamente, las acciones de atención enfocadas en el consumo del alcohol que realizan actualmente algunas enfermeras servirán como base para el desarrollo de un modelo de intervención factible en los contextos hospitalarios.

Consideraciones éticas

La presente investigación se fundamentó en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y en el en el apartado aspectos éticos de la investigación en seres humanos del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud para garantizar el derecho al anonimato, la confidencialidad y la participación voluntaria. Debido a que los participantes mantenían una relación laboral con la institución de salud, se enfatizó en su derecho a participar voluntariamente sin consecuencia alguna al negarse a participar en el estudio.

Referencias

- Aalto, M., Pekuri, P. and Seppa, K. (2003). Obstacles to carrying out brief intervention for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. *Drug Alcohol Rev*, 22, 169-73.
- Aira, M., Kauhanen, J., Larivaara, P. and Rautio, P. (2003). Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semistructured interview study. *Fam Pract Inter Journal*, 20(3), 270-275.
- Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S, Wensing, M., Grol, R, Heather, N, et al. (2003). Attitudes and management of alcohol problems in general practice: Descriptive analysis based on findings of a World Health Organization international collaborative study. *Alcohol and Alcoholism*, 38(6), 597-601.
- Angrosino, M. (2007). *Doing ethnographic and observational research*. Sage Research Methods.
- Babor, T. (2008). Taking stock: twenty-five years of translational research on alcohol screening and brief intervention. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25, 478-480.

- Boekel, L., Brouwers, E., Weeghel, J. and Garretsen, H. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1-2), 23-35.
- Broyles, L.M., Rodríguez, K.L., Kraemer, K.L., Sevick, MA. Price P.A. and Gordon, A.J. (2012). A qualitative study of anticipated barriers and facilitators to the implementation of nurse delivered alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment for hospitalized patients. *Addict Sci Clin Pract*, 7,7.
- Deehan, A., Marshall, E.J. and Strang, J. (1998). Tackling alcohol misuse: opportunities and obstacles in primary care. *British Journal of General Practice*, 48, 1779-1782.
- Durand, M.A. (1994). General practice involvement in the management of alcohol misuse: dynamics and resistances. *Drug Alcohol Depend*, 35(3), 181-189.
- Heather, N. (2006). WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care. Report on phase IV: development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention. Geneva: World Health Organization.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Hutchings D, Cassidy P, Dallolio E, Pearson, P., Heather, N. and Kaner, E. (2006). Implementing screening and brief alcohol interventions in primary care: views from both sides of the consultation. *Prim Health Care Res Dev*, 7, 221-229.
- Johansson, K., Bendtsen, P. and Akerlind, I. (2006). Early intervention for problem drinkers: Readiness to participate among general practitioners and nurses in Swedish primary health care. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 38–42.
- Johnson, M., Jackson, R., Guillaume, L., Meier, P. and Goyder, E. (2010). Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *J Public Health*, 33(3), 412-421.
- Kaner, E., Heather, N., McAvoy, B.R., Lock, C.A. and Gilvarry, E. (1999). Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol and Alcoholism*, 34(4),559–566.
- Lock, C.A., Kaner, E., Lamont, S. and Bond, S. (2002). A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 39(4), 333–342.
- Nilsen, P., Kaner, E. and Babor, T. (2008) Brief intervention, three decades on. An overview of research findings and strategies for more widespread implementation. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25, 453-467.
- O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer and Kaner, E. (2014). The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol and Alcoholism*; 49(1), 66-78.
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G.L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T. et al. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105(5), 817-843.

Salazar, M.C. (1992). La investigación-acción participativa: inicios y desarrollos. Madrid: Editorial Popular.

Shaw, S., Cartwright, A., Spratley, T., Harwin, J. (1978). Responding to Drinking Problems. Croom Helm Ltd. London. [Citado en: Durand, M.A. (1994). General practice involvement in the management of alcohol misuse: dynamics and resistances. Drug and Alcohol Dependence; 35(3):181-189].

Sistema Nacional de Información en Salud (2014). Base de datos de egresos hospitalarios por morbilidad en Instituciones Públicas. Secretaría de Salud, México. Consulta realizada el 31 agosto del 2014. Disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/cubos.html>

Wojnar M. (2014). Survey of attitudes and managing alcohol problems in general practice in Europe – Final Report. Optimizing Delivery of Health Care Interventions (ODHIN).