

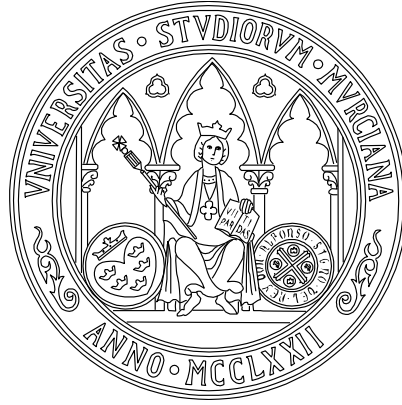


UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE MEDICINA

Abordaje y Prevalencia de Consumo de Alcohol
desde Atención Primaria de Salud en la Región de
Murcia

D^a. Berta Almudena Medina Infante

2016



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ABORDAJE Y PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA REGIÓN DE MURCIA

D^a. Berta Almudena Medina Infante

Dirigida por:

Prof. Dra. Miriam Moñino García

Prof. Dr. Alberto M. Torres Cantero

FACULTAD DE MEDICINA

2016

AGRADECIMIENTOS

A mis directores de tesis, la Dra. Miriam Moñino García y el Dr. Alberto M. Torres Cantero, por la orientación, el seguimiento y la supervisión de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de este proceso.

A Juan Jiménez Roset, por darme todas las facilidades para el desarrollo de este trabajo y sus ánimos para que lo realizara.

A mis compañeros de trabajo tanto de la Unidad Técnica de Coordinación de Adicciones (Consuelo, Ana, Isa y Andrés) como de la, por aquel entonces, Oficina de Seguimiento Estratégico (María, Curri, Lourdes, Gema, Hana, Belén, M^a Luisa, Pilar, Antonio y Eloísa), aquellos con los que empecé en esta andadura y de los que tanto aprendí.

A Asensio López Santiago, por el interés mostrado y las sugerencias recibidas, con el que me encuentro en deuda por su ayuda, el ánimo infundido y la confianza en mí depositada.

A los profesionales sanitarios de la red de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud que han participado en esta investigación, por su colaboración en el suministro de los datos necesarios para la realización de la parte empírica de esta tesis.

A mis amigas, gracias por todo y en especial por los buenos ratos que me han servido para desconectar y retomar el trabajo con más empuje.

A mi familia por su apoyo, comprensión y por soportar que el alcohol fuera tema recurrente en las comidas familiares.

A Fernando por sacarme siempre una sonrisa, por su paciencia y por apoyarme en todo momento, no lo podría haber hecho sin ti.

A mis padres por creer en mí y permitirme buscar mi propio camino, por sus conversaciones y reflexiones, gracias por estar siempre ahí.

Con especial cariño a Carmen, que se ha convertido en la motivación de mi vida y me ha brindado el ánimo necesario para terminar este trabajo.

A todos, muchas gracias.

“La pregunta más urgente

y persistente en la vida es:

¿Qué estás haciendo por los demás?”

Martin Luther King

ÍNDICE GENERAL

Índice de Tablas	13
Índice de Figuras	18
Índice de abreviaturas	19
I. Introducción	21
1. Preámbulo	22
2. Marco teórico	24
2.1 Alcohol	24
2.1.1 Historia del Alcohol	24
2.1.2. Consecuencias del consumo de Alcohol	33
2.1.3 Definiciones	39
2.1.4 Niveles de consumo	40
2.1.4.1 Consumo de riesgo	41
2.1.4.1 Consumo perjudicial	43
2.1.4.1 Síndrome de dependencia alcohólica (SDA)	44
2.2 Alcohol como problema de Salud Pública	47
2.2.1 Situación epidemiológica internacional	47
2.2.2 Situación epidemiológica en España	50
2.2.3 El Alcohol desde la Salud Pública	55
2.2.4 Políticas Públicas y consumo de Alcohol	61
2.3 El abordaje del consumo de alcohol desde la Atención Primaria	67
2.3.1 Justificación de la intervención sobre alcohol en Atención Primaria	67
2.3.2 Instrumentos para llevar a cabo la intervención sobre alcohol en	73

Atención Primaria	
2.3.2.1 Pregunta directa sobre consumo	74
2.3.2.2 Cuestionarios de consumo	75
2.3.2.2.a Cuestionario CAGE	76
2.3.2.2.b Cuestionario AUDIT	77
2.3.2.3 Intervención	78
2.3.2.4 Analítica de marcadores biológicos	81
2.3.2.5 Profesionales del ámbito de la AP encargados de la intervención sobre alcohol	82
2.4 Alcohol en la Región de Murcia	84
2.4.1 Epidemiología del consumo de Alcohol	84
2.4.2 La atención al consumo de riesgo de alcohol en la región de Murcia desde el ámbito de la Atención Primaria	87
2.4.3 Programa ARGOS-Murcia: Programa de prevención de drogodependencias desde Atención Primaria	92
II. Justificación y estructura de la tesis	99
III. Objetivos e hipótesis	103
IV. Capítulo 1. Opiniones y actitudes de los profesionales sanitarios de la Región de Murcia en cuanto a la intervención por consumo de alcohol de sus pacientes	111
1.1 Introducción	112
1.2 Material y Método	115
1.2.1 Descripción de la muestra	115
1.2.2 Desarrollo de la intervención dentro del Programa ARGOS-Murcia	115
1.2.3 Instrumentos	116
1.2.4 Variables del estudio	117

1.2.5 Análisis de los datos	119
1.3 Resultados	120
1.4 Discusión	137
1.5 Referencias	144
V. Capítulo 2. Prevalencia de los diferentes niveles de consumo de alcohol y perfil sociosanitario de los usuarios de Atención Primaria de la Región de Murcia	149
2.1 Introducción	150
2.2 Material y Método	153
2.2.1 Descripción de la muestra	153
2.2.2 Metodología del trabajo de campo	154
2.2.3 Instrumentos	155
2.2.4 Variables del estudio	158
2.2.5 Análisis de los datos	159
2.3 Resultados	160
2.3.1 Resultados del consumo de alcohol referido en la última semana	160
2.3.2 Resultados del cuestionario CAGE camuflado	165
2.3.3 Relación entre el consumo de alcohol de la última semana y el resultado del cuestionario CAGE camuflado	173
2.4 Discusión	176
2.5 Referencias	189
VI. Capítulo 3. Viabilidad, adherencia y efectividad, del protocolo de abordaje del consumo de alcohol desde Atención Primaria propuesto por el Programa ARGOS- Murcia	195
3.1 Introducción	196
3.2 Material y Método	199

3.2.1 Descripción de la muestra	199
3.2.2 Instrumentos	200
3.2.3 Variables del estudio	202
3.2.4 Análisis de los datos	203
3.3 Resultados	204
3.4 Discusión	215
3.5 Referencias	228
VII. Conclusiones	235
VIII. Recomendaciones y Futuras líneas de investigación	239
IX. Bibliografía	241
X. Anexos	259
ANEXO 1 Cuestionario utilizado en el capítulo 1	260
ANEXO 2 Análisis desagregado por sexo de los resultados derivados de la encuesta sobre opiniones y actitudes ante el abordaje del consumo de alcohol desde Atención Primaria en la Región de Murcia	262
ANEXO 3 Cuaderno de Recogida de Datos 1ª Visita (Capítulo 2)	287
ANEXO 4 Cuaderno de Recogida de Datos 2ª Visita (Capítulo 3)	288

ÍNDICE DE TABLAS**I. INTRODUCCIÓN**

- Tabla 1.** Perspectivas teóricas respecto al abordaje del consumo de alcohol.
- Tabla 2.** Mecanismos que modulan la relación entre el consumo de alcohol y sus efectos.
- Tabla 3.** Efectos del consumo de alcohol según la concentración de etanol en sangre.
- Tabla 4.** Patologías asociadas al consumo de alcohol.
- Tabla 5.** Equivalencias entre el tipo de bebida y volumen y su estandarización en unidades de bebida estándar (UBEs).
- Tabla 6.** Criterios diagnósticos para la dependencia del alcohol.
- Tabla 7.** Consumo de alcohol per cápita en España por sexo, 2010.
- Tabla 8.** Nivel de abstinencia de consumo de alcohol en España, 2010.
- Tabla 9.** Prevalencia de consumo intensivo de alcohol en España, 2010.
- Tabla 10.** Objetivos de la Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo de alcohol.
- Tabla 11.** Criterios clínicos de alerta de un consumo de alcohol de riesgo, perjudicial o dependencia.
- Tabla 12.** Elementos de la Intervención Breve para la reducción del consumo de alcohol.
- Tabla 13.** Marcadores biológicos del consumo de alcohol.
- Tabla 14.** Consumo de alcohol entre la población adulta de la Región de Murcia, según sexo.
- Tabla 15.** Consumo de alcohol en la Región de Murcia según grupo de edad.
- Tabla 16.** Objetivos específicos del objetivo 4º del Plan Regional Sobre Drogas

2007-2010.

Tabla 17. Objetivos relacionados con el consumo de alcohol del Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015.

Tabla 18. Servicio de Atención a personas con consumo excesivo de alcohol.

IV. CAPÍTULO 1

Tabla 19. Tasa de respuesta y su distribución por área de salud, fase y profesión.

Tabla 20. Distribución de los profesionales encuestados por sexo, centro de salud y grupo de edad.

Tabla 21. Formación específica sobre alcohol en los últimos cinco años (excluido el periodo de la especialidad) según sexo, grupo de edad, profesión y tipo de centro de salud.

Tabla 22. Formación autopercebida para llevar a cabo la intervención con pacientes con dependencia alcohólica según sexo, grupo de edad, profesión y tipo de centro de salud.

Tabla 23. Cuantificación del número de pacientes atendidos en el último mes con problemas relacionados con el alcohol según sexo.

Tabla 24. Conocimiento de los recursos especializados existentes a los que se puede derivar pacientes con drogodependencias sexo, grupo de edad, profesión y tipo de centro de salud.

Tabla 25. Valoración de la coordinación que existe para el seguimiento de los pacientes entre el centro de salud y el recurso asistencial en drogodependencias según sexo, grupo de edad, profesión y tipo de centro de salud.

Tabla 26. Aspectos que influyen a la hora de llevar a cabo el abordaje del consumo de alcohol y otras drogas según sexo, grupo de edad, profesión y tipo de centro de salud.

Tabla 27. Actividades que según los profesionales sanitarios deben ofrecerse desde la Atención Primaria de salud en relación al alcohol, según sexo, grupo de

edad, profesión y tipo de centro de salud.

Tabla 28. Postura de los profesionales sanitarios de Atención Primaria ante la posibilidad de intervenir sobre las adicciones de manera sistemática desde el centro de salud, según sexo, grupo de edad, profesión y tipo de centro de salud.

V. CAPÍTULO 2

Tabla 29. Pacientes registrados por sexo y grupo de edad.

Tabla 30. Consumo de alcohol de riesgo por sexo y grupo de edad.

Tabla 31. Perfil sociosanitario de los pacientes en relación con el consumo semanal de alcohol: Patologías.

Tabla 32. Perfil sociosanitario de los pacientes en relación con el consumo semanal de alcohol: Otras sustancias de abuso.

Tabla 33. Consumo de alcohol en relación con el momento del consumo según sexo y grupo de edad de los que refieren consumir en la última semana.

Tabla 34. Episodios de consumo intensivo según sexo y momento del consumo de los consumidores de alcohol en la última semana.

Tabla 35. Episodios de consumo intensivo semanal, fin de semana y de lunes a jueves, según sexo y grupo de edad de los consumidores de alcohol en la última semana.

Tabla 36. Resultado del cuestionario CAGE Camuflado por fase de estudio.

Tabla 37. Resultado del cuestionario CAGE según sexo.

Tabla 38. Resultado CAGE por grupo de edad y sexo.

Tabla 39. Número de preguntas positivas del cuestionario CAGE por sexo.

Tabla 40. Respuesta en cada una de las preguntas del cuestionario CAGE según sexo.

Tabla 41. Preguntas del CAGE y su valor predictivo del resultado final.

- Tabla 42.** Perfil sociosanitario de los pacientes en relación al resultado del CAGE según sexo: Patologías.
- Tabla 43.** Perfil sociosanitario de los pacientes en relación al resultado del CAGE según grupo de edad: Patologías.
- Tabla 44.** Perfil sociosanitario de los pacientes en relación al resultado del CAGE según sexo: Otras sustancias de abuso.
- Tabla 45.** Perfil sociosanitario de los pacientes en relación al resultado del CAGE según sexo: Prescripción de psicofármacos.
- Tabla 46.** Pregunta del CAGE positiva y el consumo semanal referido según sexo.
- Tabla 47.** Consumo de riesgo y resultado del CAGE camuflado según sexo.

VI. CAPÍTULO 3

- Tabla 48.** Porcentaje de asistencia a la segunda visita programada y perfil de los pacientes según sexo y grupo de edad.
- Tabla 49.** Pacientes que no acuden a la segunda visita a pesar de cumplir el criterio del CAGE positivo.
- Tabla 50.** Pacientes que no acuden a la segunda visita a pesar de cumplir el criterio del Consumo semanal de Riesgo.
- Tabla 51.** Criterios que motivan al sanitario para programar la segunda visita, según sexo del paciente.
- Tabla 52.** Resultados del cuestionario AUDIT ordenados por los niveles de riesgo de Babor y Higgins-biddle y niveles de riesgo de MacKenzie, Langa y Brown, según sexo del paciente.
- Tabla 53.** Resultado del cuestionario AUDIT según diferentes puntos de corte.
- Tabla 54.** Perfil del paciente en relación al resultado del AUDIT con punto de corte de 8, según sexo.
- Tabla 55.** Resultado del cuestionario AUDIT en los ítems relacionados con el consumo de alcohol de riesgo y de presencia o inicio de dependencia

alcohólica, según sexo del paciente.

- Tabla 56.** Resultado del cuestionario AUDIT en los ítems relacionados con problemas por el consumo de alcohol en el presente y en el pasado, según sexo del paciente.
- Tabla 57.** Resultado del cuestionario AUDIT en el ítem 10 (preocupación por el consumo o indicación de dejar de beber, en el presente o en el pasado) y su relación con la existencia actual de consumo de riesgo o de dependencia alcohólica, según sexo del paciente.
- Tabla 58.** Resultado de los ítems que configuran el AUDIT-C, según sexo.
- Tabla 59.** Consumo semanal referido en la última semana en relación con el resultado del AUDIT-C, según sexo.
- Tabla 60.** Decisión clínica (derivación a recursos especializados o intervención en Atención Primaria) tras la segunda visita, según sexo del paciente.
- Tabla 61.** Decisión clínica (derivación a recursos especializados o intervención en Atención Primaria) tras la segunda visita, según la puntuación total del AUDIT (Niveles de riesgo) y de manera específica en cuanto a consumo de riesgo (Ítems 2 y 3) y a dependencia (Ítems 4, 5 y 6), según el sexo del paciente.

ÍNDICE DE FIGURAS

I. INTRODUCCIÓN

- Figura 1.** Modelo conceptual causal del consumo de alcohol y los efectos en la salud.
- Figura 2.** Nivel de consumo de alcohol per cápita (litros; población mayor de 15 años) en el mundo 2010.
- Figura 3.** Distribución del tipo de bebida alcohólica más consumida, en litros de alcohol puro, 2005.
- Figura 4.** Patrón de consumo de alcohol en el mundo en mayores de 15 años, 2010.
- Figura 5.** Consumo de alcohol per cápita (litros) en España según tipo de bebida desde 1961.
- Figura 6.** Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas.
- Figura 7.** Variaciones en los tipos de usuarios y en las necesidades de intervención.
- Figura 8.** Evolución (%) de la distribución porcentual del consumo de drogas en adultos de 15-65 años de la Región de Murcia y en España. EDADES 1997-2013.
- Figura 9.** Esquema del desarrollo del Programa ARGOS-Murcia.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AP	Atención Primaria
APS	Atención Primaria de Salud
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CAD	Centro de Atención a las Drogodependencias
CAGE	Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener
CRD	Cuadernillo de Recogida de Datos
CREFAT	Fundación para la atención a las toxicomanías de Cruz Roja Española
CS	Centro de Salud
CSM	Centro de Salud Mental
EDADES	Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España
EM	Entrevista motivacional
ENF	Enfermería
ESO	Educación Secundaria Obligatoria
GISAH	Sistema Global de Información sobre Alcohol y Salud
HTA	Hipertensión Arterial
IB	Intervención Breve
MDF	Medicina Familiar y Comunitaria
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
OMI-AP	Programa informático Organización y Management Informático de AP
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAPPS	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
PED	Pediatría
PNSD	Plan Nacional Sobre Drogas
Preguntas Q/F	Preguntas cantidad / frecuencia
SDA	Síndrome de Dependencia Alcohólica
SemFYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
SIAP	Sistema de Información de Atención Primaria
SMS	Servicio Murciano de Salud
SNC	Sistema Nervioso Central
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPSS	IBM-Statistical Package for the Social Sciences
UBE	Unidad de Bebida Estándar
UE	Unión Europea
USPSTF	US Preventive Services Task Force
VPP	Valor Predictivo Positivo
VPN	Valor Predictivo Negativo

I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

1. Preámbulo

El uso nocivo del alcohol tiene graves repercusiones en la Salud Pública y es considerado uno de los principales factores de riesgo de la mala salud a nivel mundial (OMS 2010). Su consumo está relacionado con múltiples enfermedades que lo convierten en el tercer factor de riesgo en años de vida perdidos y vividos con incapacidad, sólo por detrás del tabaco y la hipertensión arterial (OMS 2011).

El alcoholismo, dependencia alcohólica, ha sido reconocido como enfermedad desde 1940, aunque han ido evolucionando las diferentes posturas en relación a las consecuencias de su consumo (Torres, MA, Santodomingo, J, Pascual F, Freixa F 2009). Hoy en día, teniendo en cuenta los efectos que aquejan directamente al propio individuo, nos referimos al alcohol no sólo desde un punto de vista físico, sino también psíquico y social. Por tanto, es necesario un abordaje biopsicosocial de la enfermedad.

Además, afrontar este problema de salud es una prioridad en Salud Pública porque desde el punto de vista sociológico, el consumo de alcohol de riesgo afecta a la comunidad, tanto a los individuos que consumen como a los demás que la conforman, ya que va más allá del individuo que bebe, por las consecuencias de las intoxicaciones agudas (desorden público, accidentes de tráfico, entre otras) y las sociales, como los efectos en los “bebedores pasivos”, que podemos encontrar en el entorno familiar, laboral y social de los dependientes del alcohol.

De la prevención del consumo podemos decir que es la herramienta más eficaz de intervención ante este problema de Salud Pública. Y en este sentido, la Atención Primaria de Salud (APS) como nivel básico de asistencia, donde el paciente tiene un

contacto continuado con el profesional sanitario, se configura como un ámbito fundamental para llevar a cabo programas de prevención.

En esta tesis se investiga sobre la detección del consumo de alcohol de riesgo en el ámbito de la APS en la Región de Murcia. En los siguientes apartados se desarrolla la problemática del alcohol desde distintas perspectivas. También se exponen las definiciones más relevantes en cuanto a esta temática. Seguidamente, se abordará el marco teórico de la Salud Pública y su relación con el alcohol. Además, se expondrán datos epidemiológicos tanto a nivel internacional como nacional y las políticas públicas desarrolladas en esta línea. Respecto a la Atención Primaria de Salud, en primer lugar, se expondrá el marco teórico del que partimos para afirmar que este ámbito asistencial es el adecuado para el abordaje del consumo de alcohol. En segundo lugar, nos detendremos en las guías y recomendaciones que recogen la forma de llevar a cabo dicho abordaje. Se recoge la bibliografía que justifica el abordaje del consumo de alcohol desde este nivel asistencial a nivel teórico, además de indicar las herramientas e instrumentos necesarios para llevar a cabo el abordaje del consumo de alcohol desde Atención Primaria (AP) según las sociedades científicas.

Por último, se describirá la situación actual del consumo de alcohol en la Región de Murcia, así como las políticas y planes públicos que contemplan la necesidad de actuación en esta línea, deteniéndonos en el Programa ARGOS-Murcia, Programa de Prevención de Drogodependencias desde Atención Primaria, en el cual se desarrolla esta investigación.

2. Marco teórico

2.1 Alcohol

2.1.1 Historia del alcohol

El alcohol es uno de los elementos simbólicos que definen la sociedad occidental, se puede afirmar que el alcohol está presente en la vida cotidiana de nuestra sociedad, formando parte de nuestra cultura. Sin embargo, a pesar de que Europa sea la región del mundo donde se consume más alcohol (Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el PNSD 2007), esta no es la realidad de todas las culturas y menos, en la forma en que nuestra sociedad lo vive.

Cabe destacar, en este sentido, el caso de la comunidad musulmana donde el alcohol está prohibido en El Corán, ya que la embriaguez es vista como el origen de la "abominación y la inmundicia" (Pascual F, Santodomingo J, Torres MA, Álvarez C, Rodríguez A 2008). No es que no esté presente en la sociedad, ya que la sociedad toma conciencia de su existencia, sin embargo, no forma parte de la vida cotidiana de la misma, la cual se caracteriza por ser abstemia.

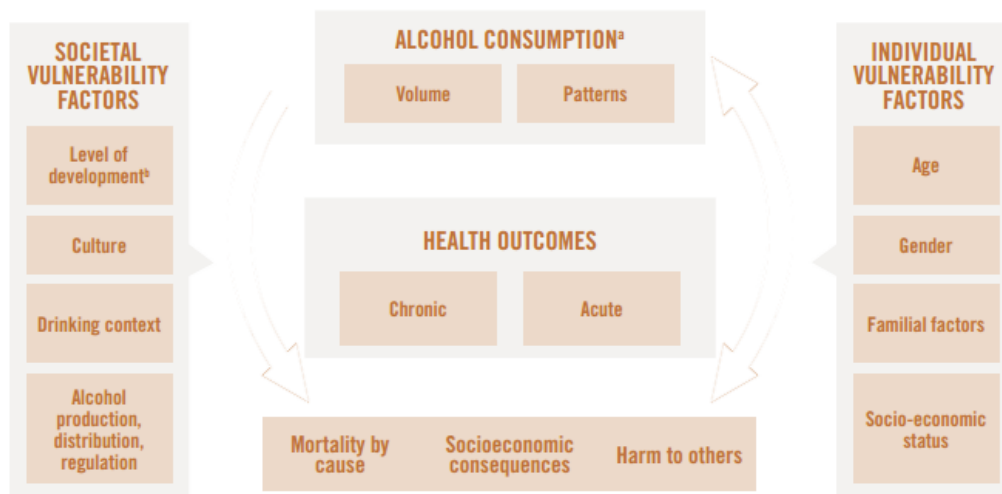
Actualmente un alto porcentaje de la población mundial no bebe nada. El 61,7% de la población mayor de 15 años no ha bebido en el último año (OMS 2014b). En cuanto a ser abstemios toda la vida, las tasas son mayores entre las mujeres en todos los países, sin embargo hay una considerable variación entre las tasas de abstinencia entre las diferentes regiones (OMS 2014b). Las tasas más altas las encontramos en los países del norte de África y del sur de Asia, países con un gran volumen de población musulmana (OMS 2011). Estos datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) corroboran cómo la cultura influye en la toma de decisión individual del consumo.

Sin embargo, a pesar de la influencia de la cultura y de que “la mayor parte de los europeos consumen bebidas alcohólicas, 55 millones de adultos se abstienen” (Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el PNSD 2007), por lo que tampoco existe el determinismo cultural en este sentido.

En definitiva, el consumo de alcohol ha de ser visto desde una perspectiva más allá del individuo, el que sin perder su individualidad y su capacidad de discernimiento, de acción racional, está en constante relación con la sociedad y con la cultura de la que forma parte y que le define también como persona.

En la siguiente figura encontramos el modelo causal en relación con el consumo de alcohol y sus consecuencias en la salud. Muestra los factores multicausales que influyen en el mismo, tanto a nivel social como individual.

Figura 1. Modelo conceptual causal del consumo de alcohol y los efectos en la salud.



Fuente: Global Status Report Of Alcohol And Health 2014 (OMS 2014b).

Desde un punto de vista social, el nivel de desarrollo de una sociedad, su cultura, el contexto en el que se producen los consumos, así como la propia legislación sobre la

producción y distribución del alcohol, son factores clave a la hora de entender la prevalencia y patrones de consumo de bebidas alcohólicas de su población.

A lo largo de la historia en la sociedad occidental, en concreto en la sociedad europea y española, muchos de nuestros rasgos culturales han estado vinculados al alcohol. En este sentido afirma Torres (Torres, MA, Santodomingo, J, Pascual F, Freixa F 2009) “en nuestra historia y en nuestro acervo cultural radican gran parte de las claves que hoy nos definen como sociedad y de los estereotipos que caracterizan nuestro imaginario colectivo en torno a las drogas”.

El alcohol forma parte de la cultura occidental desde hace más de 10.000 años, en un principio únicamente las bebidas fermentadas y, ya desde la edad media, también las destiladas, cuyo mayor desarrollo se produjo a partir del siglo XV, conformándose como un símbolo definitivo de nuestra sociedad. De manera paralela al aumento del consumo, se fueron desarrollando medidas legislativas vinculadas al mismo. En este sentido, la legislación referente al alcohol, ha ido adaptándose a las diferentes formas de entender esta cuestión. Por ello, antes de ser considerado como una enfermedad, las leyes estaban dirigidas únicamente al control de la producción, venta y dispensación y a evitar el escándalo público. Por ejemplo, en Cartago ya en el año 814 a.c. se prohibía a los recién casados embriagarse por si traían al mundo hijos “defectuosos” y en la misma época en Egipto se castigaba con látigo o prisión a los borrachos (Pascual F, Santodomingo J, Torres MA, Álvarez C, Rodríguez A 2008).

La concepción que, sobre el consumo de alcohol, ha tenido tanto la comunidad científica como la población, ha ido cambiando a lo largo de la historia. Así podemos establecer, a grandes rasgos, cuatro perspectivas para el análisis y abordaje del consumo de alcohol:

Tabla 1. Perspectivas teóricas respecto al abordaje del consumo de alcohol.

Modelo Moral	La concepción moral del alcoholismo, predominante en el siglo XX, identifica el centro de la alcohol-dependencia con la conducta viciosa y amoral del sujeto en estado de alcoholización, sin cuestionar las cualidades personales del alcohólico en estado sobrio. Esta concepción, vigente aún en nuestra sociedad, conlleva a la asociación vicio-pecado-castigo apareciendo como única alternativa para la curación el arrepentimiento y la fuerza de voluntad.
Modelo médico	Reconoce el alcoholismo como enfermedad y, en consecuencia, lleva implícita la posibilidad de tratamiento por el médico ya que estaría causado por trastornos fisiológicos o metabólico-hereditarios.
Modelo cultural	El entorno social aparece como factor determinante del hábito alcohólico, estableciendo como factores de riesgo el ambiente alcohólico de nuestra sociedad, las influencias familiares inadecuadas, factores socioeconómicos, entre otros.
Modelo psicológico	Añade al anterior los factores psicológicos individuales, de personalidad, para explicar el tema en cuestión.

Fuente: Estudio sobre aspectos de la personalidad y la comunicación del alcoholómano a partir de un nuevo cuestionario (Sancho Sanz F 1992).

En la actualidad estas perspectivas son complementarias. Las consecuencias de desorden público, de daños a terceros, siguen siendo un punto a tener en cuenta en el desarrollo de políticas públicas para el abordaje del consumo de alcohol. Además, este enfoque multidimensional, permite que el punto de partida sea el problema en sí mismo y la única forma de entenderlo en su complejidad sea mediante los diferentes enfoques desde los que poder analizarlo. Es decir, lo contrario a una suma de partes, de disciplinas, para configurarlo y “crearlo”, el problema no se puede entender dividiéndolo, sino acercándonos a él desde diferentes perspectivas y generando así una visión conjunta de la realidad. En este sentido, cultura y contexto social, psicología y medicina, son complementarias y nos permiten entender el problema derivado del consumo de alcohol, de una manera más completa y por ende más real.

En cuanto a la perspectiva cultural, como se indicaba anteriormente, el consumo está estrechamente vinculado al contexto social. En España al igual que en otras ciudades europeas, la sobreexplotación de la mano de obra y el cambio en las

condiciones de vida del proletariado a finales del siglo XIX, hizo que se refugiaran en muchas ocasiones en la taberna como único espacio de ocio posible, lo que llevó a considerar la embriaguez que se derivaba del consumo en las tabernas, como un “problema social de clase” (Torres, MA, Santodomingo, J, Pascual F, Freixa F 2009).

En esta línea se pronuncia Campos Martí cuando afirma que los que se preocuparon de luchar contra el alcoholismo apoyaban la idea de que aunque el problema había existido siempre “fue a raíz del proceso de industrialización cuando el consumo de alcohol ascendió de manera sobresaliente, alcanzando el status de problema médico-social” (Campos Martín R 1991). En la misma línea, aunque consideraban que no era exclusivo de una clase social, sí afirmaban que se acusó más entre el proletariado, naciendo así la figura del “obrero borracho, indisciplinado, pendenciero y fuente de todos los peligros sociales, ante la biempensante sociedad burguesa” (Campos Martín R 1991).

A pesar de que se comenzó a ver el consumo de alcohol como un problema, su enfoque era puramente moralista, no en la línea de la salud, si no únicamente en la del orden público y de las normas de comportamiento y convivencia establecidas. Reconociendo que “la *afición al vino* era una de las causas del malestar intrafamiliar y de la poca conciencia social de los obreros” (Torres, MA, Santodomingo, J, Pascual F, Freixa F 2009).

Sin embargo, en comparación con otros países europeos, en España no se tomó conciencia del problema de la misma manera. En vez de buscar la atención al paciente alcohólico – sociedades de templanza francesas que consideraban al borracho como un “hermano ácido, proletario” que necesitaba ayuda (Campos Martín R 1991)-, se entendió como una decisión individual, es decir, como “un vicio libremente adquirido”

(Pascual F, Santodomingo J, Torres MA, Álvarez C, Rodríguez A 2008) configurando en el imaginario social una idea del obrero como un “borracho, irresponsable, inmoral, culpable de su situación económica y social, además de la relación establecida con la locura y la criminalidad” (Pascual F, Santodomingo J, Torres MA, Álvarez C, Rodríguez A 2008).

Por otra parte, el patrón de consumo de la sociedad española, en términos generales, llevaba a la creencia de que la dependencia alcohólica estaba muy poco extendida en España. Por ello que desde el siglo XVI al XIX los españoles fueran reputados por la sobriedad, ya que sólo se prestaba atención a la intoxicación aguda, a la “borrachera”, sin tener en cuenta el consumo de alcohol diario. El consumo semanal continuado, como se reconoce en la actualidad, también puede derivar en consecuencias negativas, tanto físicas como sociales.

Así, hasta el final de la Segunda República, se hablaba del alcohol como vicio e incluso pecado, es decir con el enfoque moralista en torno al decoro y la decencia que se indicaba anteriormente y las medidas legislativas iban únicamente orientadas a controlar este “vicio”, y no a su atención, ya que muy pocos hablaban de enfermedad.

Es a partir de 1940 cuando se empieza a ir más allá de la postura moralista ante el problema ya que “se estableció una corriente continua de investigaciones y se crearon las condiciones para que fuese reconocido como enfermedad, básicamente a través del síndrome de dependencia” (Torres, MA, Santodomingo, J, Pascual F, Freixa F 2009).

Sin embargo, a pesar de la presencia de esta corriente entre los investigadores y sanitarios, la sociedad estaba inmersa en una continua batería de anuncios publicitarios que alababan los beneficios del alcohol para todo: la digestión, remedio contra el cólera, contra las afecciones mentales, como tónico y reconstituyente con capacidad de abrir el

apetito, entre otras. Creencias que están presentes en nuestra cultura siglos atrás, ya que ya en la Edad Media el alcohol llegó a ser considerado como un remedio para prácticamente todas las enfermedades (Nogué Xarau S 2013).

No es hasta los años cincuenta y sesenta del siglo XX cuando se cambia la forma de atender las adicciones, con recursos asistenciales públicos innovadores y la fundación de sociedades científicas. En estos años surgen estudios epidemiológicos sobre alcohol en el ámbito español, entre ellos un informe de la OMS en el que Jellinek (Duchêne H, Isbell H, Lundquist GAR, MacLeod LD, Mardones J 1954) describe la situación española, como caracterizada por “la existencia de un alcoholismo rural, con bebedores con consumo habitual de vino, estimando la prevalencia de alcohólicos en menos del 0,5% de la población general” (Torres, MA, Santodomingo, J, Pascual F, Freixa F 2009). Una realidad diferente a la presentada en otros países de “el obrero borracho”.

En los setenta se produce la expansión incluso “epidémica” de los problemas de las drogas en España (Torres, MA, Santodomingo, J, Pascual F, Freixa F 2009). Algo de lo que tomó conciencia la sociedad, estando entre las principales cuestiones que preocupaban a los españoles. “En 1985, la Oficina Regional Europea de la OMS valoró el aumento del consumo de alcohol “per capital” en España de 1960 a 1985 en un 40%” (OMS 2010).

Así, las relaciones de los ciudadanos con el alcohol y otras drogas cambiaron en la década de los ochenta y los noventa, pasando del “hombre adulto consumidor de alcohol” como principal perfil del consumidor aceptado y naturalizado culturalmente, a la incorporación masiva de los jóvenes y las mujeres al consumo del alcohol y otras drogas y la irrupción de nuevas sustancias ilícitas en el mercado (Sánchez 2002).

Además cambiaron los patrones de consumo con el aumento del consumo de cerveza y descenso del vino y con un descenso en la edad de inicio. Surge por tanto un nuevo modelo de consumo donde “lo lúdico se convierte en el objetivo básico de los consumos, sin menoscabo de otras funciones secundarias como el fortalecimiento de la integración grupal o como forma de expresión o identificación de ciertas corrientes culturales o políticas” (Sánchez 2002). Este nuevo modelo, más intensificado si cabe, sigue hoy en día vigente.

En la Europa actual, el alcohol se configura como un elemento más de la vida cotidiana. Su consumo “incluye una amplia gama de usos y significados del alcohol que van desde un complemento de las comidas familiares a un rito de paso, lo más frecuente. El consumo de alcohol se utiliza a menudo para dar realce a un acontecimiento o para separar el tiempo de trabajo del de ocio” (Anderson, P; Baumberg 2006). Es visto como eje clave de socialización, para la alimentación, como símbolo de descanso frente a las responsabilidades cotidianas y por lo tanto ensalzando los aspectos positivos del mismo. Al formar parte del día a día de los europeos, estos se encuentran familiarizados y cómodos con su presencia, algo totalmente opuesto a lo que ocurre con otro tipo de drogas, como las ilegales. El alcohol al formularse como símbolo arraigado a nuestra cultura y al consumirse con tal cotidianeidad, hace más difícil si cabe la puesta en marcha de políticas racionales para combatir los efectos negativos de su consumo. Por lo tanto, “el reto de la política sobre alcohol consiste en aceptar la familiaridad y los aspectos positivos percibidos del consumo de alcohol, y aún así realizar unas acciones eficaces de Salud Pública para prevenir o reducir los daños relacionados con su consumo” (Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. Traducción al español MSC 2006) ya que, tal y como señala la Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo de alcohol (OMS 2010), este uso nocivo

del alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo de enfermedades no transmisibles importantes que son susceptibles de modificación y prevención.

En esta línea, se desarrollan las estrategias, planes y políticas públicas, a nivel tanto internacional como nacional, para reducir la carga del consumo nocivo de alcohol. Medidas de las cuales existe evidencia científica de su eficacia para la reducción de los daños relacionados con su consumo, medidas aplicadas al grado, las características y las circunstancias en que se produce la ingestión, así como a los determinantes sociales de la salud.

Y la competencia para el desarrollo de estas actuaciones concretas, en el marco de las estrategias mundiales e internacionales, reside en los países que tienen “la responsabilidad principal de formular, aplicar, vigilar y evaluar políticas públicas para disminuir el consumo nocivo de alcohol” (OMS 2014a).

2.1.2 Consecuencias del consumo de alcohol

En este apartado se exponen los efectos del consumo de alcohol tanto a nivel físico, como psicológico y social.

En primer lugar, nos detenemos en las consecuencias del consumo de alcohol en el organismo tanto a corto plazo en el proceso de intoxicación, como a largo plazo, en el proceso de dependencia alcohólica, es decir, en los efectos agudos y crónicos.

Tabla 2. Mecanismos que modulan la relación entre el consumo de alcohol y sus efectos.

	GABA	NMDA	Dopamina	Serotonina	Noradrenalina	Opioides
Efecto Agudo	Euforia Ansiólisis ↑ Sedación Activa	↓ Sedación Amnesia	↑ Activación Euforia	↑ Ansiólisis Nauseas	↑ Activación	↑ Euforia
Efecto Crónico	↓	↑	↓	↓	↑	↓

Fuente: Mecanismos que modulan la relación entre el consumo de alcohol y sus efectos. (Anderson, P; Baumberg 2006) (Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el PNSD 2007)

El alcohol actúa sobre el centro del placer y la recompensa del sistema nervioso central de tal forma que aumenta la liberación de dopamina. A pesar de que no están claramente establecidos los mecanismos mediante los que el alcohol activa la vía dopaminérgica, todo parece indicar que estimularía esta vía de forma indirecta, a través de su acción sobre diferentes sistemas de neurotransmisión (GABA-érgico, opioide endógeno, glutamatérgico y el serotoninérgico) (Castell et al. 2002). En la Tabla superior se muestran las relaciones que se establecen entre el alcohol y sistema neurotransmisor.

La liberación de dopamina genera la sensación de placer y se acompaña de un mensaje, que se imprime en el cerebro y es memorizado. Esta memoria actúa como un “refuerzo de la conducta de búsqueda de un nuevo consumo cuando se disipa la acción euforizante del alcohol” (Castell et al. 2002). Lo que explica el proceso de dependencia alcohólica desde la causalidad fisiológica. La dependencia fisiológica del alcohol es el resultado de los fenómenos de neuroadaptación que han tenido lugar en el cerebro durante el proceso de consumo crónico del alcohol. Así, al parar bruscamente o disminuir de forma importante la ingesta del alcohol tras un consumo crónico, se produce una hipersensibilidad del cerebro que da lugar a la aparición de un conjunto de signos y síntomas clínicos desagradables, denominado síndrome de abstinencia del alcohol.

Las características clínicas de este síndrome de abstinencia del alcohol son: “la ansiedad, el temblor en las manos, las náuseas, la sudoración, la taquicardia, la alteración del estado de consciencia, alucinaciones visuales, táctiles y auditivas transitorias, el insomnio, la inquietud, agitación, incluso las crisis epilépticas” (Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el PNSD 2007).

En cuanto a los efectos agudos en el sujeto por el consumo de alcohol, Bogen (Castell et al. 2002) establece una clasificación de las modificaciones conductuales y cognitivas esperables, según la concentración de etanol en sangre que a grandes rasgos sigue vigente en la actualidad. Se muestra en la siguiente Tabla:

Tabla 3. Efectos del consumo de alcohol según la concentración de etanol en sangre.

Entre 10 y 30 mg/dL	No existe apenas alteración funcional perceptible, excepto si se recurre a procesos y tareas más sofisticados de laboratorio.
Entre 30 y 60 mg/dL	Producen una sensación de euforia así como un incremento de la interacción social.
Entre 60 y 100 mg /dL	La euforia llega a producir desinhibición y una seria alteración del autocontrol y de la capacidad valorativa del sujeto.
Entre 100 y 150 mg /dL,	Concentraciones que pueden alcanzarse aún en episodios de consumo de etanol socialmente considerado como aceptable, se produce un importante descenso de la ejecución psicomotora y la articulación del habla se ve parcialmente comprometida.
Entre 150 y 200 mg /dL	Confusión mental significativa que se traduce incluso en dificultades relativas para mantener el equilibrio postural.

Fuente: Alcohol y metabolismo humano(Castell et al. 2002).

A pesar de que esta clasificación sea válida para cualquier población, de variables como el sexo y la edad resultan diferencias genéticas que nos permiten hablar de una mayor o menor concentración de etanol en sangre ante el mismo consumo de alcohol y por lo tanto diferentes efectos.

En este sentido cabe mencionar que los efectos del consumo de alcohol son más pronunciados en mujeres que en hombres. En primer lugar, porque las mujeres tienen mayores niveles de etanol en sangre ante un mismo consumo de etanol que los hombres, ya que es mayor la solubilidad del etanol en el agua respecto a la que presenta en medios lipídicos y, debido a diferencias genéticas, la proporción de grasa corporal es diferente entre hombres y mujeres (0.7 L/kg en hombres respecto a 0.6 L/kg en mujeres) (Castell et al. 2002). A ello hay que añadir la tendencia media de menor peso corporal de las mujeres.

En cuanto a las diferencias por edad, la grasa corporal aumenta en el caso de los varones al aumentar la edad, por ello que “ante una ingestión de la misma cantidad de

etanol, las concentraciones séricas de etanol sean mayores en personas de mayor edad” (Castell et al. 2002).

Además del daño orgánico producido por la intoxicación alcohólica aguda y la dependencia, vista como una enfermedad en sí misma, el alcohol es un factor causal en otras enfermedades y lesiones. Concretamente “el alcohol es la causa de unas sesenta enfermedades y dolencias diferentes, inclusive lesiones, trastornos mentales y del comportamiento, afecciones gastrointestinales, cánceres, enfermedades cardiovasculares, pulmonares y músculo-esqueléticas, trastornos reproductivos, así como daño prenatal, mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer” (Anderson, P; Baumberg 2006).

Tabla 4: Patologías asociadas al consumo de alcohol

Trastornos relacionados con el consumo de alcohol:
Trastornos cardiovasculares, digestivos, hematológicos, osteomusculares, metabólicos, endocrinos, infecciones, cancer, trastornos neurológicos.
Trastornos mentales y del comportamiento inducidos por el alcohol:
Trastornos psicóticos, el síndrome amnésico, trastornos del humor (afectivos), suicidio, trastornos de ansiedad, del sueño.
Trastornos orgánicos en niños y adolescentes:
Trastornos del Sistema Nervioso Central (SNC), digestivos, hepáticos, cardiovasculares, cerebrovasculares, endocrinos, metabolismo óseo, entre otros.
Síndrome alcohólico fetal o el efecto alcohólico fetal, causado por el consumo de alcohol durante el embarazo.

Fuente: (Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el PNSD 2007).

En las embarazadas, el consumo de alcohol puede provocar un Síndrome Alcohólico Fetal y complicaciones relacionadas con el parto prematuro, que perjudican a la salud y el desarrollo de los neonatos (OMS 2011).

De estas afirmaciones, se derivan los principales grupos de riesgo a los que se presta especial atención en las políticas públicas y estrategias para el abordaje de los problemas derivados consumo de alcohol: jóvenes y mujeres, y de estas últimas especialmente a las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.

Hasta este momento se han descrito las consecuencias derivadas del consumo de alcohol en el organismo. Sin embargo, no se pueden dejar a un lado las consecuencias tanto psicológicas como sociales si atendemos, como se ha dicho anteriormente, al consumo de alcohol desde una perspectiva biopsicosocial.

De manera técnica, se clasifican los efectos atendiendo a los ámbitos físicos, sociales y psicológicos (Griffith E, et al 1997). Sin embargo, el ser humano en sí mismo no diferencia entre variables analíticas, por ello que todos estos efectos mencionados estén estrechamente vinculados entre sí. El no limitarnos a exponer los efectos meramente físicos, no implica que los efectos denominados “sociales o psicológicos” dejen de tener un componente físico que los define, ya que son partes de una misma realidad la del paciente que consume alcohol y la de la sociedad en la que vive y con la que se relaciona. Por ello que los efectos que a continuación se indican, estén vinculados e incluso mencionados previamente en los efectos causados por el consumo de alcohol el organismo. Así mismo, los efectos físicos también vienen determinados en muchos casos por factores sociales y psicológicos, por lo que comúnmente los bebedores reconocen que “no siempre con la misma cantidad de alcohol, afecta de la misma manera”.

Entre los efectos psicológicos, cabe destacar la alteración del control emocional que puede conducir a la violencia, así como la autoestima e inducir, incluso, al suicidio. Otra consecuencia es la alteración de la memoria a corto plazo, la demencia.

Los problemas sociales que sufren los pacientes con niveles relacionados con consumo perjudicial o diagnosticados con dependencia alcohólica, están principalmente vinculados a los ámbitos familiar y laboral. Ambos están estrechamente ligados, por lo que en muchos casos unos desencadenan los otros y viceversa. Hablamos de bajo rendimiento laboral, absentismo, despidos, desempleo, accidentes laborales, así como deudas, problemas financieros, problemas domésticos (violencia doméstica, desgaste de las relaciones familiares) y en grado extremo puede derivar en la indigencia.

Por último además de los problemas sociales que afectan al propio consumidor, se puede y se debe resaltar los problemas causados a terceras personas. “El daño producido por el consumo de terceros abarca desde las molestias vecinales, tales como alterar el descanso nocturno, hasta consecuencias más graves como la violencia doméstica, el maltrato infantil, el delito, la violencia o el homicidio” (Anderson, P; Baumberg 2006). Así, por un lado nos encontramos con los daños ocasionados a las personas de su entorno con las que mantiene relaciones, tales como los traumatismos físicos o psicológicos producidos directamente a la pareja o hijos, sin olvidar los déficits educacionales, sociales y económicos, y los posibles accidentes laborales causados a compañeros de trabajo. Por otro lado, las molestias, lesiones o indemnizaciones a otras personas ajenas a ellos, consecuencia de accidentes de tráfico, agresiones violentas o de desorden público, entre otras.

En cuanto a la relación entre alcohol y el riesgo de daños sociales, al ser problemas multicausales es difícil determinar el grado en que el alcohol aumenta el riesgo de los mismos. Sin embargo parece estar claro que generalmente depende de la dosis; y a mayor consumo existirá mayor riesgo, y “en general, cuanto mayor es el nivel de consumo, más graves son los delitos o lesiones” (Anderson, P; Baumberg 2006).

2.1.3 Definiciones

El término “alcohol” en el contexto de este trabajo se refiere al etanol (C₂H₅OH) y por extensión a todas las bebidas que lo contienen. En España, se considera bebida alcohólica toda aquella que tiene 1,2 grados de alcohol o más. Esta es la definición que se usa con fines impositivos. En Estados Unidos y Canadá se acerca a los 14 g, en Europa y Australia está en torno a los 10 g y en el Reino Unido se le asigna un valor de 8 g (Álvarez González 2007).

La **Unidad de bebida estándar (UBE)** en España se establece en 10 g de alcohol. La cuantificación del consumo en UBEs facilita el trabajo asistencial y sería actualmente el método de referencia. Por ello, aunque a nivel científico se prefiere hablar en términos de gramos de alcohol, en Atención Primaria se habla de unidades de bebidas estándar (Anderson, P; Gual, A; Colom 2008).

Tabla 5. Equivalencias entre el tipo de bebida y volumen y su estandarización en unidades de bebida estándar (UBE).

BEBIDA	VOLUMEN	UBE	VOLUMEN	UBE
Vino	1 vaso (100ml)	1	1 litro	10
Cerveza	1 caña (200 ml)	1	1 litro	5
Whisky, ron, coñac	1 copa (50 ml)	2	1 carajillo (25 ml)	1
	1 combinado (50ml)	2	1 litro	40
Jerez, vermut, cava	1 copa (50 ml)	1	1 vermut (100 ml)	2
	1 litro			20

Fuente: Cómo actuar ante el consumo de alcohol: Guía de referencia para profesionales de Atención Primaria (Robledo T 2007)

El término **abstemio** hace referencia a la persona que no bebe ni ha bebido nunca. En términos epidemiológicos se refiere a la persona que no ha bebido en los últimos doce meses. El término **abstinente** se refiere a la persona con dependencia alcohólica que no bebe.

2.1.4 Niveles de consumo

Según Riofrío (Riofrío and Rodríguez 2010), el profesional sanitario de Atención Primaria se puede encontrar con tres tipos de pacientes en su práctica diaria en relación con el consumo de alcohol:

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

Tal y como se defiende en la Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España (Álvarez González 2007), existen términos que a pesar de ser utilizados habitualmente tanto a nivel social como desde la práctica clínica, son términos que no se han de emplear por ser imprecisos y confusos. Estos serían: “abuso”, “consumo excesivo”, “consumo responsable (propio de la industria)” y “consumo social”. Una idea también compartida por la Organización Mundial de la Salud, que recoge una serie más amplia de términos considerados como “mal definidos” y que recomienda no utilizar: “consumo moderado de alcohol”, “consumo razonable, consumo responsable y consumo social”, “consumo excesivo”, “alcoholismo”, “abuso del alcohol” y “uso indebido del alcohol” (Anderson, P; Gual, A; Colom 2008).

A continuación, se exponen las principales características de cada uno de estos niveles de consumo, así como los criterios diagnósticos para su clasificación.

2.1.4.1 Consumo de riesgo

Hablamos de consumo de riesgo para referirnos a una pauta de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias nocivas para el bebedor y para terceros: “aquella pauta de consumo que puede implicar un alto riesgo de daños futuros para la salud física y mental, pero que no se traducen en problemas médicos o psiquiátricos actuales. El grado de riesgo no estará sólo relacionado con el nivel de consumo de alcohol, sino también con factores personales o ambientales relacionados con la historia familiar, estilo de vida, etc.” (Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el PNSD 2007).

En términos de cantidad de alcohol consumida, hablamos de “consumidor de riesgo”, con más de 20-24 g /d en la mujer y más de 40 g /d, en el hombre (Álvarez González 2007). A partir de esta cantidad de alcohol consumida, se recomienda la intervención siendo por tanto estos niveles de consumo el umbral para una intervención.

Atendiendo a las unidades de bebida estándar, la OMS establece como bebedor de riesgo a aquel que consume 28 UBEs/semana o 6 UBEs o más por ocasión de consumo concentrado en el caso de varones y 17 UBEs/semana o 4 UBEs o más por ocasión de consumo concentrado, en las mujeres y personas mayores de sesenta y cinco años (Álvarez González 2007). Sin embargo estos límites no son válidos para todos, así hay grupos de población donde el umbral se establece entre ningún consumo y algún consumo, donde únicamente la abstinencia nos permite hablar de una situación de “no riesgo”. Estos grupos de población según Schwan y Allen (Schwan and Allen 2005), para los cuales la recomendación es la abstinencia, son:

- Niños, adolescentes y mujeres embarazadas
- Personas que toman medicación que interacciona con el alcohol

- Personas que desarrollan actividades que requieran concentración, habilidad o coordinación
- Personas con comorbilidades que puedan verse afectadas por el consumo de alcohol (diabetes, hepatitis C, etc.).

Más allá de la cantidad de alcohol consumida, uno de los cambios más importantes en la perspectiva actual del abordaje de los problemas relacionados con el alcohol, ha sido la incorporación del patrón de consumo asociado al concepto de intoxicación y las consecuencias agudas sociosanitarias que genera.

En este sentido, un consumo semanal por debajo de los límites marcados por el “consumo de riesgo” puede enmascarar una realidad de consumo bien distinta y totalmente susceptible de ser definida como conducta de riesgo. El modelo de consumo “nórdico” caracterizado por una elevada ingesta de alcohol los fines de semana, nos muestra un grupo de riesgo que ha permanecido oculto hasta la incorporación del patrón de consumo como un importante indicador en los estudios sobre alcohol (Álvarez González 2007). Un grupo de riesgo con un impacto sociosanitario tan importante como el formado por el tradicional consumo excesivo continuado.

Nos referimos al denominado “Binge drinking” un patrón de consumo cada vez más extendido en España y entre la población joven. La traducción propuesta y aceptada en la Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la salud en la práctica clínica en España, es la de “**episodios de consumo intensivo**” (Álvarez González 2007)

Una definición adecuada del “binge drinking” debe integrar las variables cantidad y frecuencia y tener en cuenta las consecuencias negativas asociadas al mismo. En este sentido, este patrón de consumo se caracteriza por la ingesta de grandes cantidades de alcohol durante un breve periodo de tiempo (habitualmente entre cuatro y seis horas), en la que se produce algún grado de pérdida de control, manteniéndose un

nivel de alcoholemia no inferior a 0,8 (Álvarez González 2007). En términos de cantidad y frecuencia “el criterio más comúnmente aceptado por la comunidad científica internacional es el consumo de 5 ó más UBEs -4 ó más para mujeres- en una única ocasión, al menos una vez en las dos últimas semanas” (Parada M, Corral M, Caamaño-isorna F, Mota N, Crego A, Rodríguez Holguín S 2011).

Este fenómeno define la realidad del consumo de alcohol de los jóvenes españoles, por ello que este patrón de consumo sea el eje ante el cual están orientados gran parte de los estudios y los programas de drogodependencias actuales que tienen como población diana a la juventud.

2.1.4.2 Consumo perjudicial del alcohol

Hablamos de consumo perjudicial de alcohol cuando “está causando un daño para la salud, tanto mental como física, ya sea porque el sujeto abandona sus obligaciones personales, o bien porque consume en situaciones de riesgo, o se asocia a problemas legales o porque continua consumiendo a pesar de las consecuencias negativas que le está ocasionando” (Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el PNSD 2007).

En cuanto a la cantidad ingerida, los límites para considerar un consumo perjudicial están, según la OMS, en un consumo regular promedio de más de 40g (4 UBEs) de alcohol diarios en mujeres y de más de 60g (6 UBEs) diarios en hombres (Anderson, P; Gual, A; Colom 2008).

Se diagnosticará un “consumo de alcohol perjudicial”, es decir, un patrón desadaptativo de abuso de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente

significativos, cuando se manifieste uno o más de los siguientes criterios diagnósticos, durante un período de doce meses y no cumpla con los criterios de dependencia alcohólica: “Consumo recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa. Consumo recurrente del alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso. Problemas legales repetidos relacionados con el alcohol. Consumo continuado del alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol” (DSM-IV 1995).

2.1.4.3 Síndrome de dependencia alcohólica (SDA)

El CIE-10, el Manual de la OMS para la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento, define a la dependencia del alcohol como el conjunto de “síntomas y comportamientos que indican que el alcohol tiene un papel central en la vida de la persona, difícil de cambiar y se ha producido neuroadaptación. Se manifiesta por la presencia de conductas que demuestran la necesidad y pérdida de libertad frente al alcohol, dificultad de controlar su consumo, y la existencia de tolerancia y síndrome de abstinencia” (Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el PNSD 2007).

La característica central que se presenta en la dependencia, es el deseo, poderoso y difícil de controlar, de consumir alcohol. Esta dificultad de controlar el consumo, la encontramos cuando se consume más o durante más tiempo del deseado o cuando existen intentos fallidos de abandonar el consumo de alcohol. Existe dependencia cuando persiste el consumo a pesar de las consecuencias negativas, no sólo a nivel físico sino también en el ámbito social con la reducción o abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas para consumir o como consecuencia del consumo.

En este último caso, eminentemente psicosocial, hace que en la abstinencia, a las dificultades para acabar con la neuroadaptación y con los síntomas del “síndrome de abstinencia”, se le añada otro factor que hace más compleja la recuperación. El tener que cambiar el hecho de que el uso del alcohol se haya transformado en una prioridad vital, en contraposición a otras actividades y obligaciones que con anterioridad a la dependencia tuvieron mayor valor para la persona dependiente y eran realmente lo importante en su vida.

A continuación se detallan los criterios diagnósticos para la dependencia del alcohol según el DSM-IV. Entendido como “un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los criterios indicados en la Tabla en algún momento de un período continuado de doce meses” (DSM-IV 1995).

Tabla 6. Criterios diagnósticos para la dependencia del alcohol:

Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes criterios:

- Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- Efecto marcadamente disminuido con el consumo continuado de las mismas cantidades de alcohol.

Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes:

- El síndrome de abstinencia característico para el alcohol.
- El alcohol es ingerido para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

El alcohol es frecuentemente ingerido en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que inicialmente se pretendía.

Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol.

Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo del alcohol o en la recuperación de los efectos del mismo.

Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol.

Se continúa ingiriendo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que son causados o exacerbados por el consumo del alcohol.

Fuente: DSM IV (DSM-IV 1995)

2.2 Alcohol como problema de Salud Pública

A continuación se muestran los datos epidemiológicos que justifican el hecho de que el consumo de alcohol se entienda como un problema de Salud Pública. Partiendo de los datos a nivel mundial, se pasará a exponer los que corresponden al ámbito europeo y en último lugar, el nacional.

2.2.1 Situación epidemiológica internacional

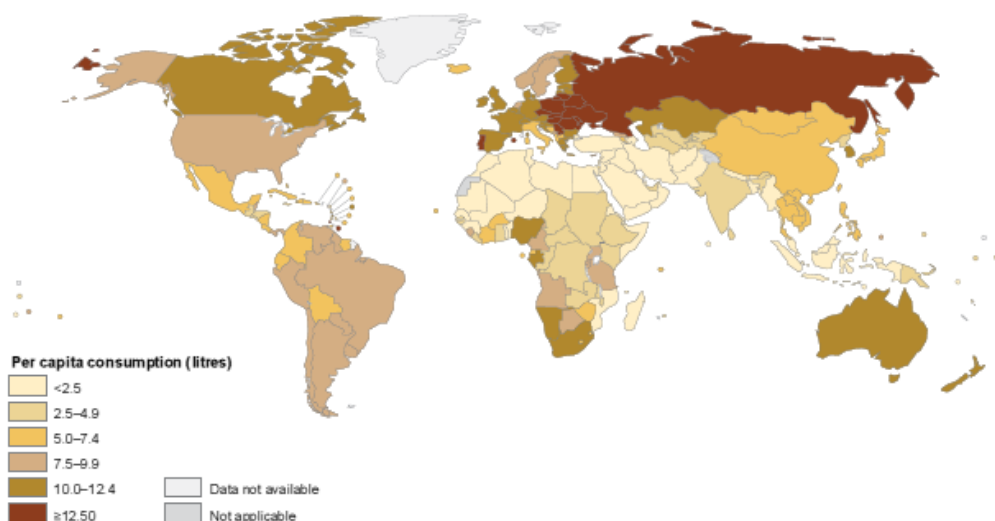
La Organización Mundial de la Salud, a través del Sistema Global de Información sobre Alcohol y Salud (GISAH), herramienta clave para monitorizar la situación y tendencia sanitaria en relación al consumo de alcohol, destaca en su último informe (2014) que el alcohol, droga de consumo legal, causa 3,3 millones de muertes anuales lo que supone un 5,9% del total de muertes (OMS 2014b), a lo que hay que añadir que tiene un papel fundamental en el desarrollo de más de sesenta enfermedades y lesiones, y es un componente causal en otras 200 (OMS 2011).

Esta relación con gran cantidad de enfermedades hace que el alcohol se convierta en el tercer factor de riesgo en años de vida perdidos y vividos con incapacidad, solo por detrás del tabaco y la hipertensión arterial (OMS 2011).

Además de las consecuencias directas en el organismo y de su vinculación con otras enfermedades, también causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor. “El consumo nocivo de alcohol es un problema de alcance mundial que pone en peligro tanto el desarrollo individual como el social, teniendo un profundo efecto perjudicial en la sociedad” (OMS 2011).

Es importante, además de tener en cuenta las consecuencias del consumo, atender al consumo en sí mismo. Es decir, conocer las tasas de consumo, el tipo de bebida consumida y el patrón de consumo. Esto nos permite identificar la influencia de la cultura en el comportamiento y acción individual y poder así justificar el hecho de que la intervención, que se plantea con los pacientes con un consumo de alcohol de riesgo, además de motivacional, como motor del cambio conductual, promueva la adquisición de habilidades para hacer frente a la presión e influencia social y cultural.

Figura 2. Nivel de consumo de alcohol per cápita (litros; población mayor de 15) en el mundo 2010.

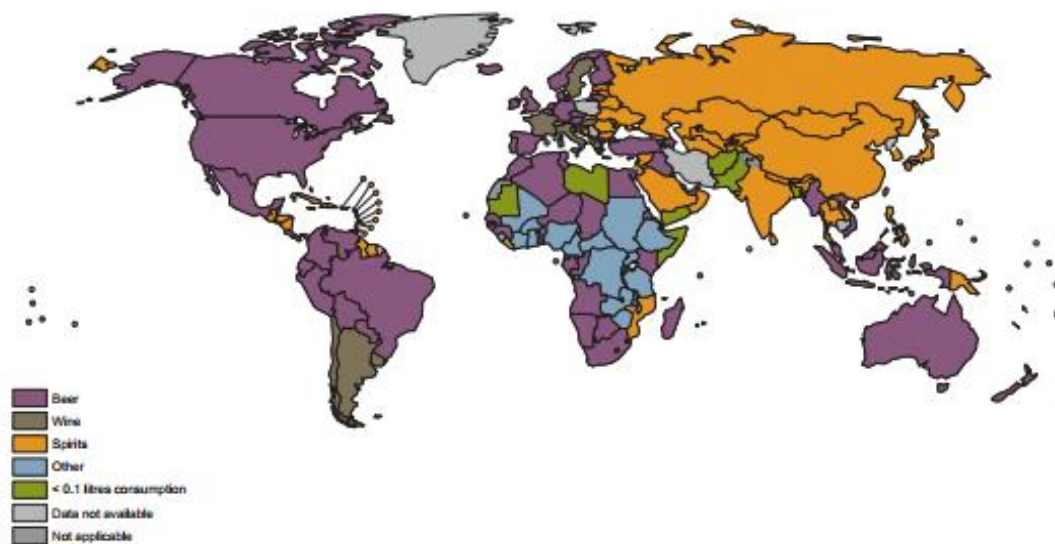


Fuente: Global Status Report Of Alcohol And Health 2014 (OMS 2014b).

La media per cápita de consumo de alcohol en la población mundial de 15 o más años es de 6,2 litros en el año 2010, lo que se traduce en 13,5 gramos puros de alcohol al día. España se sitúa en el intervalo de 10-12,4 litros, siendo los países europeos los que tienen tasas más elevadas de consumo mundial, y especialmente el este de Europa.

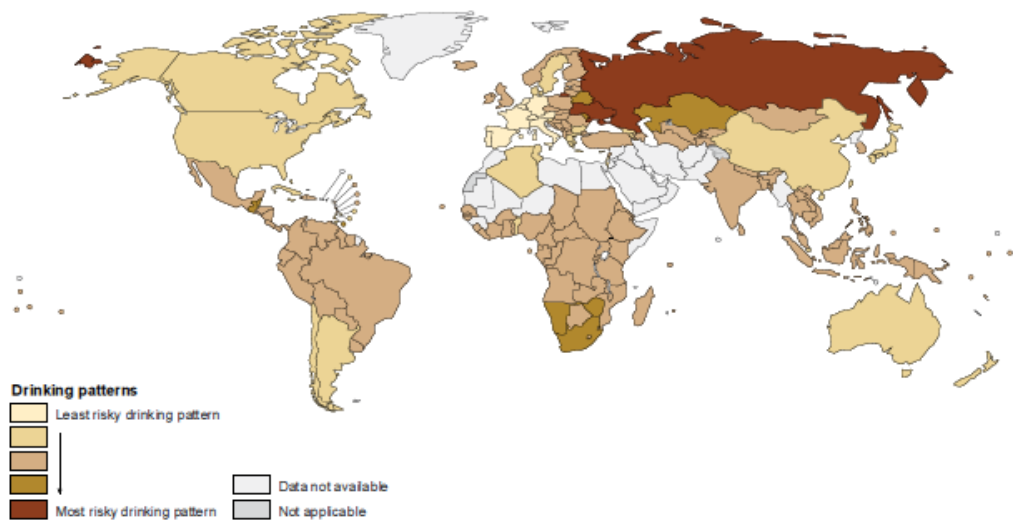
En el caso de América, las tasas de consumo no son tan elevadas y se sitúan en la media, salvo los Estados Unidos con una tasa similar a la española. Las tasas más bajas las encontramos en prácticamente la mayoría de los países africanos y oriente medio, donde la cultura musulmana y por ende la abstinencia hace disminuir notablemente la media per cápita de litros de alcohol puro consumidos anualmente. Por último, destacar los casos de Corea del Sur, Australia y Sudáfrica con unas tasas propias de la “cultura occidental”.

Figura 3. Distribución del tipo de bebida alcohólica más consumida, en litros de alcohol puro, 2005.



Fuente: Global Status Report Of Alcohol And Health 2014 (OMS 2014b).

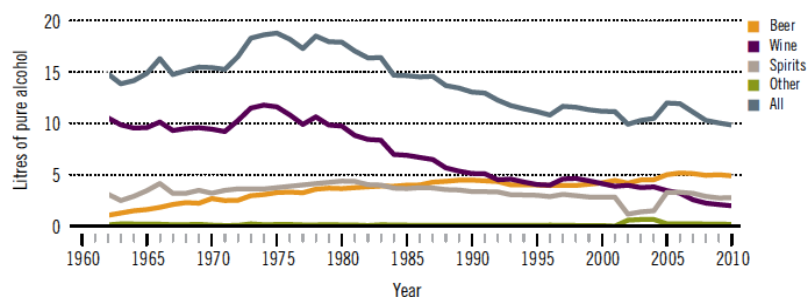
La bebida más consumida en España, según datos del 2005 (estos datos no han sido actualizados en el informe de 2014), es la cerveza, diferenciándose del resto de países de la Europa mediterránea donde el vino es la bebida predominante. La cerveza es también mayoritaria en América, salvo en Argentina y Chile con el vino y algunos países de centro América con bebidas espirituosas. Estas últimas son las preferidas en los países del este de Europa y Asia.

Figura 4. Patrón de consumo de alcohol en el mundo en mayores de 15 años, 2010.

Fuente: Global Status Report Of Alcohol And Health 2014 (OMS 2014b).

En cuanto al patrón de consumo, España se encuentra a nivel mundial en un nivel de bajo riesgo, situándose, junto con otros países europeos, entre los países con un patrón de riesgo menor a nivel mundial. Una situación radicalmente opuesta a la que encontramos si atendemos a la cantidad de alcohol consumida, tal y como se mostraba en el primer mapa.

2.2.1 Situación epidemiológica en España

Figura 5: Consumo de alcohol per cápita (litros) en España según tipo de bebida desde 1961.

Fuente: Global Status Report Of Alcohol And Health 2014, Country Profiles (OMS 2014b).

En la actualidad, el patrón mediterráneo en el que predominaba el consumo de vino por encima del de cerveza, como se muestra en la gráfica cronológica, no responde a la realidad española en la que a pesar de la importante industria vinícola el consumo de cerveza supone el 50% del consumo en litros puros de alcohol frente al 20% del vino, superado incluso por las bebidas espirituosas.

Tabla 7. Consumo de alcohol per cápita en España por sexo, 2010.

Total alcohol per capita (15+) consumption, drinkers only (in litres of pure alcohol), 2010	
Males (15+)	21.6
Females (15+)	10.6
Both sexes (15+)	16.4

Fuente: OMS, Global Status Report of Alcohol and Health, 2014. Country Profiles (OMS 2014b)

En cuanto a las diferencias del volumen de consumo (consumo de alcohol per cápita) por género, atendiendo únicamente a los bebedores, la cantidad de alcohol per cápita anual en hombres es más del doble que la de mujeres (21,6 litros frente a 10,6).

Tabla 8. Nivel de abstinencia de consumo de alcohol en España, 2010.

Abstainers (%), 2010			
	Males	Females	Both sexes
Lifetime abstainers (15+)	8.0	17.1	12.6
Former drinkers* (15+)	18.6	19.6	19.1
Abstainers (15+), past 12 months	26.6	36.7	31.7

*Persons who used to drink alcoholic beverages but have not done so in the past 12 months.

Patterns of drinking score, 2010	
Score	Risk Level
1	LEAST RISKY
2	
3	
4	
5	MOST RISKY

Fuente: OMS, Global Status Report of Alcohol and Health, 2014. (OMS 2014b)

Los datos sobre abstinencia, nos muestran una abstinencia total (nunca en la vida) mayor entre mujeres que en hombres (17,1% frente a 8,0%). Sin embargo en cuanto a las personas que no han bebido en los últimos 12 meses los datos son similares, aunque al pasar la barrera de los 12 meses son las mujeres las que mantienen este comportamiento por encima de los hombres (23,6% de los hombres continúan sin beber pasados los 12 meses frente al 36,6% de las mujeres).

Tabla 9: Prevalencia de consumo intensivo de alcohol en España, 2010.

Prevalence of heavy episodic drinking* (%), 2010		
	Population	Drinkers only
Males (15+)	19.7	26.8
Females (15+)	7.3	11.5
Both sexes (15+)	13.4	19.6

* Consumed at least 60 grams or more of pure alcohol on at least one occasion in the past 30 days.

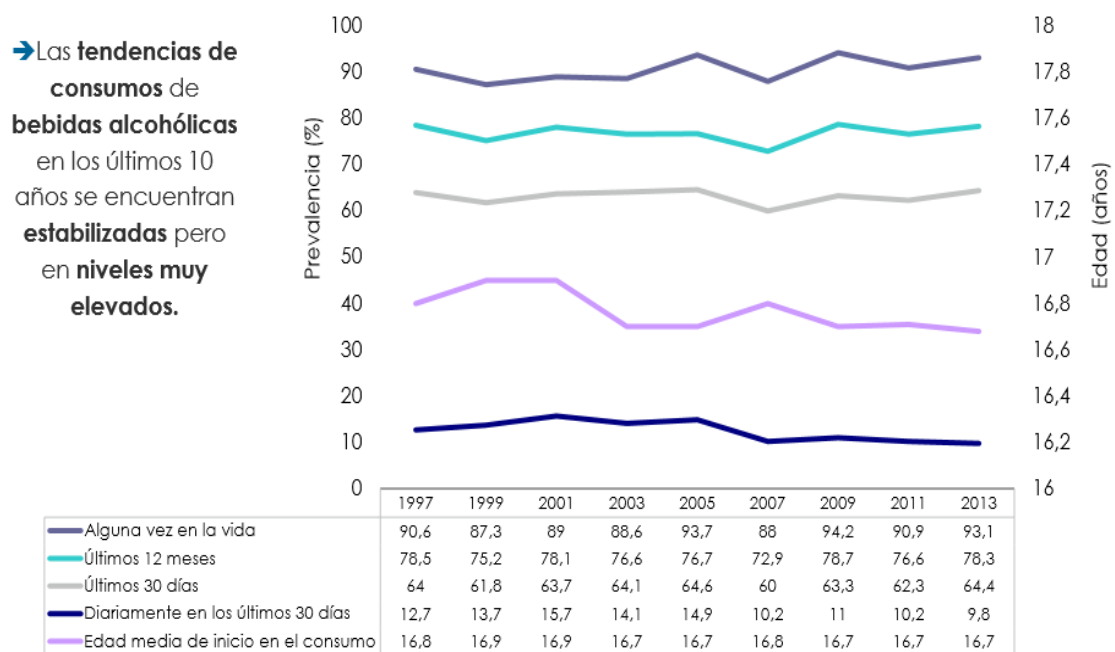
Fuente: OMS, Global Status Report of Alcohol and Health, 2014. (OMS 2014b)

En el caso del consumo intensivo de alcohol “binge drinking” la perspectiva de género también está presente, siendo mayor el número de borracheras presentadas por hombres que por mujeres mayores de 15 años tanto en la población en general como atendiendo únicamente a los que consumen.

Además de los datos de la OMS, contamos con actualizaciones bianuales a nivel nacional con la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). A continuación se procede a indicar los datos relacionados con el consumo de alcohol de la población española, según datos de esta encuesta domiciliaria que realiza desde 1995, cada dos años, el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) en España en población general de entre 15 y 64 años, residente en hogares. Los datos corresponden a la última encuesta EDADES 2013 (MSSS 2013).

El 76,6% de los españoles a consumido bebidas alcohólicas en los últimos doce meses, siendo la droga más consumida seguida por el tabaco (40.2%), los hipnosedantes (11.4%) y el cannabis (9,6%). Diferenciando entre hombres y mujeres ha sido consumida por el 83,2% de los hombres, frente al 69,9% de las mujeres. Cabe destacar que el 62,2% de los jóvenes españoles de 15 a 17 años lo han consumido en el último año, a pesar de estar prohibido por la legislación española tal y como se recogía en el apartado sobre políticas públicas.

Figura 6: Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas.



Fuente: Encuesta EDADES 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI 2015).

En la figura superior, se observa cómo el 64,4% reconoce haber consumido en el último mes y un 9,8% diariamente.

En cuanto al patrón de consumo, el género y sobre todo la edad influyen en el mismo. Siendo más frecuentes las borracheras en hombres menores de 35 años (41,3%) frente al 23,5% de las mujeres de este grupo de edad y del 16,6% y 5,9% de los mayores de 35 (hombres y mujeres respectivamente).

Por último y en relación al tema que nos ocupa, sólo el 8% de los encuestados afirma haber recibido información sobre las drogas por parte del profesionales sociosanitarios a pesar de que al 22,8% les gustaría que esta fuera una fuente de información (la cuarta tras medios de comunicación, internet y cursos sobre el tema).

Tal y como se preveía al principio de este apartado, los datos epidemiológicos expuestos llevan sin lugar a dudas a aceptar la idea de que el consumo de alcohol es un problema de Salud Pública, al entrar en relación con el bienestar de la sociedad por todos los elementos en los que influye, no ya sólo por las altas prevalencias de consumo sino también por las consecuencias que tiene no sólo en los propios consumidores sino en los que les rodean.

A pesar de la escasa percepción de riesgo asociada al consumo de alcohol por parte de la sociedad, y al actual interés por parte de científicos, sanitarios, gobiernos, en otras sustancias adictivas que ha supuesto poner alcohol en un segundo plano, los datos epidemiológicos de consumo, los datos de años de vida perdidos, las consecuencias sociales que afectan tanto a los propios consumidores como a su familia y entorno, lesiones a otros, costes de los servicios sociales y sanitarios, las alteraciones del orden público, etc. nos llevan a posicionarnos en el lado de los que afirman que “el principal problema adictivo que padece el denominado “mundo civilizado” es el relacionado con el abuso y dependencia del alcohol” (Edwards, 1997).

2.2.3 El alcohol desde la Salud Pública

Partiendo de la definición de Salud de la OMS “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” se configura el concepto de Salud Pública como “un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria” (OMS 1998).

En este sentido se aborda la salud desde una perspectiva comunitaria, reconociendo que existen aspectos de la problemática sanitaria que no pueden ser resueltos a nivel individual, ya que se ven afectados por el entorno, la cultura, la sociedad. Así, se reconoce la responsabilidad de los poderes públicos en la prevención y abordaje de la enfermedad mediante programas de Salud Pública universales.

El modelo para el abordaje de las drogodependencias ha sido cuestionado a lo largo de la historia. En el siglo XX, se va asentando la concepción del “alcoholismo” - entendido como la dependencia alcohólica- como una enfermedad, y por lo tanto como una cuestión a tratar desde el ámbito sanitario. Sin embargo la creación de asilos y otros centros para tratar a los “alcohólicos”, no solucionaba la situación y el abordaje se limitaba al paciente dependiente y no se tenía en cuenta el consumo de alcohol de riesgo y perjudicial. No es hasta finales de siglo, cuando se empieza a hablar del “nuevo movimiento de Salud Pública” como “paradigma dominante para discutir los problemas relacionados con el alcohol” (Anderson, P; Baumberg 2006) ampliando así el interés, los estudios y la asistencia, tanto a los consumidores de alcohol (independientemente del nivel de consumo) como a las consecuencias sociales y daños a terceros derivados del mismo.

En la actualidad, desde la Organización Mundial de la Salud, se entiende que el abordaje de las drogodependencias ha de enmarcarse en la línea de la Salud Pública, la cual se detiene en el análisis sobre el problema de las drogas a nivel poblacional, donde trabaja, desde un abordaje multidisciplinar, apoyándose en las ciencias biomédicas, sociales, económicas, ambientales, políticas y poblacionales (Organización de los Estados Americanos 2013). En esta área, los elementos culturales, sociales y económicos han de ser tenidos en cuenta para obtener una visión de conjunto del problema.

Así, como ciencia aplicada, la Salud Pública se propone como objetivos, por un lado el identificar las necesidades de salud de la población y sus actores determinantes, y por otro, organizar y planificar los servicios integrales necesarios para su abordaje (Organización de los Estados Americanos 2013). Nos alejamos por tanto del abordaje “moralista” de la dependencia alcohólica y también de una perspectiva simplista de enfermedad en términos únicamente biológicos.

Una vez se acepta el componente social en el desarrollo de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, junto con el psicológico y el biológico, se comienzan a estudiar los determinantes de la salud a nivel poblacional y los factores de riesgo y de protección que interrelacionan con el individuo y que pueden afectar y estar vinculados con el consumo. Como se recogía en apartados anteriores, las diferencias de consumo entre unas regiones y otras, van más allá del consumo a nivel individual, y así, en términos más amplios, hablamos de los determinantes de la salud. Entendemos por determinantes sociales de la salud “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas” (Comisión Determinantes Sociales de la

Salud 1980). Estos rasgos de una sociedad generan las diferencias y desigualdades en cuanto a los niveles de salud de su población, en comparación tanto con otras sociedades como entre sus propios ciudadanos. Entre ellos están la exclusión social, la pendiente social, el estrés, los primeros años de vida, el tipo de trabajo, el apoyo social, el desempleo, la alimentación y la adicción a sustancias (Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud 2003). Las adicciones, y en concreto la dependencia alcohólica, establecen una relación de causa-efecto que se mueve en las dos direcciones: “las personas se refugian en el alcohol para no sentir la dureza de la situación económica y social que están viviendo y la dependencia al alcohol a su vez, lleva a una movilidad social descendente” (Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud 2003).

En esta línea se habla también de factores de riesgo ambientales, tales como: desorganización comunitaria, disponibilidad y accesibilidad a la sustancia, percepción social de riesgo, la movilidad de la población, las normas y leyes de la comunidad (Moncada Bueno 1997).

Sin dejar a un lado esta visión macrosociológica de los elementos que influyen en la salud del individuo y concretamente en generar una mayor o menor predisposición a desarrollar problemas relacionados con el consumo de sustancias, nos detenemos en los factores psicosociales de riesgo y de protección. Estos factores serán con los que trabajará el profesional sanitario con su paciente en el modelo de intervención propuesto por las guías clínicas basadas en la evidencia científica, como se desarrollará más adelante.

A estos factores los denomina Moncada (Moncada Bueno 1997) “factores de riesgo del individuo y su relación con el entorno” formados por factores intrapersonales

e interpersonales y factores ambientales o del contexto. Entre ellos se encuentran: factores biológicos, características de personalidad y variables familiares, escolares y grupales: Historia familiar de alcoholismo, pautas educativas, actitudes y modelos de conducta de los padres, conflictos familiares, valores, agresividad, la búsqueda de sensaciones, las actitudes hacia las drogas, fracaso escolar y el grupo de iguales (Moncada Bueno 1997).

Los factores de riesgo al asociarse incrementan su fuerza de forma exponencial, lo mismo que sucede en el caso de los factores de protección.

Además de identificar los factores que pueden influir en el desarrollo o no de los problemas relacionados con el alcohol, los estudios se han centrado en los modelos de intervención. El reconocimiento de estos factores y hecho de que gran parte de los mismos estén relacionados con el ámbito psicológico y social, está estrechamente vinculado al reconocimiento del modelo preventivo como elemento fundamental para promover conductas saludables con el objetivo de disminuir el consumo y sus consecuencias perjudiciales. Los objetivos generales de la prevención son:

- “Sensibilizar y movilizar a la sociedad para generar una cultura de rechazo a las drogas mediante el fomento de sus propios valores y recursos.

- Informar y educar a nuestros ciudadanos, especialmente niños y jóvenes, para que desarrollen estilos de vida positivos, saludables y autónomos” (Becoña Iglesias 2002).

Al hablar de prevención, conviene tener presente el modelo de Promoción de la Salud que sirve de marco de referencia para el desarrollo de programas de prevención sobre drogodependencias (Consejería de Sanidad y Consumo Región de Murcia 2009).

La Promoción de la Salud es entendida como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla” (OMS 1998).

Para entender en qué consiste el abordaje preventivo desde la Promoción de la Salud, debemos señalar las tres estrategias básicas en las que se basa, recogidas en 1986 en La Carta de Ottawa: “Abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales; Facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y Mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad”. Sobre estas premisas, se establecen las bases que sostienen los programas de prevención que se desarrollan en España.

Una vez identificados los elementos que influyen en el desarrollo de los problemas derivados del consumo nocivo de alcohol, y de las drogas en general, y teniendo en cuenta las premisas que, a nivel internacional, orientan la forma de intervención, podemos reafirmar que el consumo de alcohol es un problema de Salud Pública y que ha de tener en cuenta todos los factores, biológicos, psicológicos, micro y macrosociales que influyen en el mismo para un correcto abordaje.

Desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, la prevención del consumo de alcohol ha de ser abordada como una cuestión de responsabilidad política y social. En este sentido la Carta de Ottawa sirvió para destacar que la acción de Promoción de la Salud no se limita ni ha de limitarse al sector de asistencia sanitaria, subrayando que “la salud debe figurar en la agenda política de todos los sectores y a todos los niveles del gobierno” (OMS 1998).

Es decir, la política sobre el alcohol debe estar “al servicio de los intereses de la salud pública y el bienestar social a través de su impacto sobre la salud y determinantes sociales” (Anderson, P; Baumberg 2006). Dicha política se integra en el marco de la

Salud Pública y constituye un proceso de movilización de los agentes locales, estatales, nacionales e internacionales, un proceso que permite garantizar las condiciones necesarias para la salud de la población (Anderson, P; Baumberg 2006).

En el siguiente apartado se recogen las principales políticas tanto a nivel internacional como nacional llevadas a cabo en esta materia.

2.2.3 Políticas Públicas y consumo del alcohol

A pesar de las diferencias socioculturales que existen entre regiones, la cuestión del uso nocivo de alcohol presenta un problema a nivel mundial. Por ello que desde los organismos internacionales se desarrollen estrategias para reducir su uso, fijando las líneas básicas de actuación que fundamentan las políticas públicas vigentes, a nivel comunitario, nacional y local.

La OMS, partiendo de la idea de que la “protección de la salud de la población mediante la prevención y la reducción del uso nocivo de alcohol constituye una prioridad de Salud Pública” (OMS 2010) considera que dadas la magnitud y complejidad del problema, se necesita una acción mundial concertada para apoyar a los estados miembros en la resolución de los desafíos que afrontan a nivel nacional. Debido a lo cual, desarrolla una Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. Tanto esta organización, como los estados miembros, son conscientes de que los problemas tanto sanitarios, como de seguridad y socioeconómicos relacionados con el consumo de alcohol pueden reducirse de una manera eficaz si se llevan a cabo medidas “aplicadas al grado, las características y las circunstancias en que se produce la ingestión, así como a los determinantes sociales de la salud (OMS 2014a).

Tabla 10. Objetivos de la Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo de alcohol

Aumentar la concienciación mundial respecto de la magnitud y la naturaleza de los problemas sanitarios, sociales y económicos causados por el uso nocivo del alcohol, y reforzar el compromiso de los gobiernos para adoptar medidas que contrarresten el uso nocivo del alcohol.

Consolidar el acervo de conocimientos sobre la magnitud y los determinantes de los daños relacionados con el alcohol y sobre las intervenciones que reducen y previenen eficazmente esos daños.

Incrementar el apoyo técnico prestado a los Estados Miembros y reforzar su capacidad para prevenir el uso nocivo del alcohol y gestionar los trastornos por consumo de alcohol y los problemas de salud asociados.

Fortalecer las alianzas e intensificar la coordinación entre los interesados, y aumentar la movilización de los recursos necesarios para adoptar medidas adecuadas y concertadas de prevención del uso nocivo del alcohol.

Mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia a distintos niveles, y la difusión y aplicación más eficaz de la información para fines de promoción, desarrollo de políticas y evaluación.

Fuente: Informe de la Organización Mundial de la Salud 2010 (OMS 2010).

En base a estos objetivos, la Estrategia establece las principales áreas de actuación para su aplicación a nivel nacional, y propone diversas políticas e intervenciones para cada una de ellas, que se complementan y apoyan recíprocamente (OMS 2014a).

En términos generales, la Estrategia comprende acciones de liderazgo, concienciación y compromiso, acciones en el ámbito comunitario y en el ámbito de los servicios de salud, medidas concretas contra la conducción bajo los efectos del alcohol, políticas sobre la disponibilidad del alcohol, su publicidad y su precio, políticas e intervenciones para mitigar las consecuencias negativas del consumo, de la intoxicación etílica y del consumo de alcohol ilícito y de producción informal, así como políticas de seguimiento y vigilancia de los daños relacionados con el alcohol (OMS 2010).

Siguiendo estos principios rectores, desde 2006, la Unión Europea (UE) ha promovido el consumo de alcohol responsable a través de la Estrategia Europea para

reducir los daños relacionados con el alcohol que se ha concebido “para ayudar a los gobiernos nacionales y a otras partes interesadas a coordinar sus acciones con el fin de reducir los efectos perjudiciales del consumo de alcohol en la UE” (Comisión Europea DG Salud y Consumidores 2014). De manera paralela, en 2007, la UE creó un “Foro sobre el alcohol y la salud”, que tiene como principal reto movilizar a todos los agentes sociales para que se comprometan a adoptar medidas en apoyo de la Estrategia de la Unión Europea (Comisión Europea DG Comunicación 2013). Es decir, se configura como una plataforma en la cual “los organismos activos a escala europea pueden debatir, comparar puntos de vista y emprender acciones para combatir los daños derivados del consumo de alcohol” (Comisión Europea DG Salud y Consumidores 2014). Además se ha creado un Comité de Política y Acción Nacionales en materia de alcohol, que permite a los países miembros compartir información y fomentar las mejores prácticas.

A pesar de contar con estas políticas y grupos de trabajo específicos sobre alcohol, tanto a nivel europeo como nacional, el abordaje del alcohol se ha unido, en cuanto a políticas públicas se refiere, con el de las demás drogas. Así, contamos en Europa con la Estrategia sobre Drogas 2013-2020 (Consejo UE. 2013a), que sienta las bases para la elaboración de dos Planes de Acción cuatrienales consecutivos (2013-2016 y 2017-2020), actualmente vigente el primero de ellos “Plan de Acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga 2013-2016” que proporciona una lista de acciones específicas junto con un calendario, las partes responsables de las acciones, los indicadores y los instrumentos de evaluación de dichas acciones (Consejo UE. 2013b).

Esta Estrategia, y el Plan de Acción que pone en marcha, se articulan en torno a dos ámbitos de actuación: reducción de la demanda de drogas y reducción de la oferta, teniendo como temas transversales: la coordinación, cooperación internacional y la

investigación, información, control y evaluación. Asimismo, la Estrategia europea subraya la necesidad de fomentar el uso e intercambio de mejores prácticas y de desarrollar normas de calidad en los ámbitos de “prevención (ambiental, universal, selectiva e indicada), detección e intervención tempranas, reducción de los riesgos y perjuicios, tratamiento, rehabilitación y reinserción social y del restablecimiento de los consumidores de drogas” (Consejo UE. 2013a).

Las acciones que se desarrollan en el marco de la reducción de la demanda, tienen como objetivo “contribuir a una reducción cuantificable del consumo de drogas, del consumo problemático de drogas, de la dependencia de las drogas y de los daños causados por la droga a la salud y a la sociedad, así como a retrasar la edad del comienzo del consumo de drogas” (Consejo UE. 2013b). Cabe destacar que no contemplan de manera específica ninguna actuación dirigida única y expresamente a una droga en concreto, ni en el caso del alcohol ni de ninguna otra droga.

Las políticas y normativas sobre alcohol en los países europeos eran muy diferentes a principios de la década de 1950, sin embargo en la actualidad, podemos hablar de cierta tendencia a la homogeneización entre las mismas, debido, en parte, a las estrategias internacionales que establecen los pasos a seguir (Sterberg and Arlsson 2002) y a la coordinación internacional que promueven. Aunque se ha llegado a decir que los programas de prevención son más un reflejo de la cooperación internacional que una imperiosa necesidad nacional –en algunos países- (Sterberg and Arlsson 2002), la realidad es que estos programas nacionales están presentes en prácticamente la totalidad de países europeos. Por lo tanto, independientemente de las razones que han servido para desarrollar esos programas, el hecho de estar formulados ya implican a la Administración del Estado y a la estructura política, porque se ven obligados a crear organismos para su desarrollo y deben informar sobre su cumplimiento.

En el caso concreto de España, como se mencionaba en el apartado anterior, el control del consumo de alcohol es una preocupación relativamente reciente, en la década de 1950 nos encontrábamos entre los países europeos con menor control en este sentido (Sterberg and Arlsson 2002). Sin embargo, en cuanto a las drogas en general, “la comprensión institucional sobre la multicausalidad de los problemas vinculados a los consumos de drogas sirvió de base para que, a partir de la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, se articulase una política que, en general, ha sido y continúa siendo un referente de calidad en el marco de la Unión Europea” (PNSD 2009).

De este modo, al igual que en Europa, en España tampoco se promueve una estrategia o plan específico para el alcohol, sino que se integra en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 que apuesta decididamente por un abordaje desde la Salud Pública, e incluye tanto las drogas de comercio legal como las de tráfico ilícito, al igual que su actualmente vigente, Plan de Acción 2013-2016.

Siguiendo la línea europea, recoge entre los contextos de actuación: el de reducción de la oferta y el de reducción de la demanda (prevención, disminución del riesgo y reducción del daño y asistencia e integración social) siendo complementados por acciones de formación, mejora del conocimiento científico y aplicado y cooperación internacional. Cabe destacar, en el ámbito de la prevención, la importancia que se da a los sistemas educativo, sanitario y social, para lograr los objetivos marcados, y de manera especial, la necesidad de implicar al conjunto de profesionales que participan en la prestación de dichos servicios en el ámbito de la Atención Primaria, donde se considera que “su contribución en tareas de educación, información y formación a los distintos grupos de población con los que trabajan cotidianamente es imprescindible” (PNSD 2009).

A nivel regional, existen los Planes Regionales sobre drogas y los planes locales, aunque en muchos casos las actuaciones relacionadas con esta materia se desarrollan, en estos niveles, teniendo como referencia los planes, estrategias generales.

2.3 El abordaje del consumo de Alcohol desde la Atención Primaria

2.3.1 Justificación de la intervención sobre alcohol en Atención Primaria

Entendemos por Atención Primaria de Salud “la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables”(OMS 1998). Este nivel asistencial, universal en el estado español, supone un espacio más que adecuado para el desarrollo de la promoción de la salud. Permite desarrollar la promoción de la salud tanto planificada como espontánea en el centro de salud, a través del contacto diario entre los miembros del equipo de Atención Primaria y los individuos de su comunidad, usuarios del centro (OMS (traducción Ministerio), 1998).

Los profesionales de la Atención Primaria tienen un papel protagonista en el campo de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, estando en una “situación óptima para apoyar las necesidades individuales y para influir en la formulación de las políticas y programas que afectan a la salud de su comunidad” (OMS 1998). En nuestro país, “el 80% de la población ha acudido al médico de familia en el último año. En 2009 se realizaron 393 millones de consultas en Atención Primaria, de las cuales 224,9 millones corresponden a Medicina Familiar y Comunitaria, 133,4 a Enfermería y 34,7 a Pediatría” (Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) 2009). Lo que unido a la naturaleza longitudinal de la Atención Primaria, permite a los sanitarios promover cambios hacia conductas más saludables a través de las múltiples oportunidades de intervención que dispone (Bóveda et al. 2014).

Más concretamente, en relación al abordaje de los daños relacionados con el consumo de alcohol, los profesionales de AP están en una posición inmejorable para

intervenir con sus pacientes, y pueden además hacerlo de una forma rápida y efectiva (Willenbring et al. 2009). En este sentido, la OMS reconoce en la figura del médico de Atención Primaria un papel fundamental en la intervención y prevención de los daños provocados por el alcohol (Campos Martín R 1991).

De acuerdo con esta perspectiva, la selección de servicios priorizada y organizada que es la Cartera de Servicios, recoge los servicios que el Sistema Nacional de Salud (SNS) debe de cubrir en torno a las drogodependencias. Cuando hacemos referencia a los servicios entendemos, tal y como se define en la propia Cartera de Servicios, “el conjunto de criterios de buenas prácticas encaminados a la atención o prevención de un problema de salud dirigido a una población específica” (Miguel-García et al. 2011). En el caso concreto del alcohol, la Cartera de Servicios contempla, en el ámbito de Atención Primaria del SNS, la atención a personas con conductas de riesgo, en concreto “la atención al consumidor excesivo de alcohol” (Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) 2010). Además también incluye: la detección y cuantificación del consumo y frecuencia de la ingesta, la valoración de la dependencia, el consejo de limitación o eliminación de consumo, la valoración de patologías provocadas por el consumo y la oferta de asistencia sanitaria para abandono en caso necesario (Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) 2010).

Estos servicios requeridos a Atención Primaria, se concretan en la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la práctica clínica en España, donde encontramos la justificación del cribado del consumo de riesgo en Atención Primaria. La defensa de este cribado alega que “dado que el alcohol se halla implicado de forma dosis-dependiente en una gran variedad de patologías físicas y mentales, está justificado que los profesionales de la Atención Primaria aprovechen la oportunidad de

detectar precozmente los consumos de riesgo” (Álvarez González 2007). La AP al llevar a cabo el seguimiento del paciente a lo largo de toda su vida, permite la monitorización continua y la intervención repetida, tal y como recogen las guías y recomendaciones clínicas, principalmente basadas en el hecho de que “los pacientes confían en la información que reciben de los profesionales sanitarios y el consejo sobre el consumo de alcohol suele tomarse en serio cuando se da en el contexto de una consulta médica o preventiva” (Babor and Higgins-biddle 2001). Lo que pone en relieve que la Atención Primaria de salud está en una posición excepcional para prevenir y minimizar los daños que causa el alcohol (Campos Martín R 1991).

Desde el abordaje preventivo, el objetivo desde Atención Primaria es identificar no sólo al paciente que ya presenta un abuso o dependencia sino también al que empieza a mostrar un cambio patológico incipiente aunque no consulte por ello. Así, en cuanto al tratamiento de los problemas relacionados con el uso de sustancias, “este debe ser parte de un proceso continuo, que involucre todos los niveles de la red asistencial, con especial énfasis en la detección temprana e intervenciones breves en el primer nivel de atención” (Organización de los Estados Americanos 2013). Dado que muchos de los consumos de riesgo suelen pasar inadvertidos, las intervenciones preventivas en el ámbito sanitario deben de partir de la identificación precoz (Córdoba et al. 2014). Además son las personas no dependientes las que padecen la mayoría de los daños ocasionados por el alcohol, aunque solo sea porque hay muchos más no dependientes que dependientes. Por otra parte, la detección precoz es importante ya que no podemos perder de vista el hecho de que nadie desarrolla una dependencia sin haber mantenido antes un consumo de riesgo (Babor and Higgins-biddle 2001).

Sin embargo, a pesar de las repercusiones sociales y sanitarias que ocasiona el consumo de alcohol, los datos obtenidos evidencian que sólo una quinta parte de los bebedores de riesgo que acuden al centro de salud son detectados, lo que nos muestra una escasa actividad preventiva en el ámbito de la Atención Primaria (Segura et al. 2006). En consecuencia, a pesar de que muchos profesionales dicen realizar este cribado de forma sistemática, los porcentajes de población cribados son bajos, y los pacientes por lo general no recuerdan haber sido preguntados al respecto. Por ello que sea necesario impulsar la formación de los profesionales de Atención Primaria en técnicas de cribado y de intervención breve en los problemas de alcohol (Segura et al. 2006).

Como reflejan los datos, muchos bebedores de riesgo son desconocidos para sus médicos y enfermeros. Así, por este motivo para facilitar la identificación de los mismos es recomendable un abordaje sistematizado (Álvarez González 2007). En otras palabras, una verdadera estrategia preventiva implica la implementación del cribado sistemático. Sin embargo en la práctica habitual no siempre es posible. Se dan por una parte razones formativas (que se resolvería con programas específicos de formación, como se indicaba anteriormente) y por otra parte razones relacionadas con la sobrecarga asistencial. En este último caso, las guías y recomendaciones clínicas contemplan la posibilidad de limitar la intervención a grupos de riesgo o a pacientes en situaciones específicas consideradas de riesgo. Los grupos de riesgos pueden determinarse en base a la evidencia epidemiológica o en función de la vulnerabilidad. Sin embargo, deberá llevarse a cabo siempre el cribado sistemático del consumo de riesgo en los pacientes que presenten trastornos que puedan estar relacionados con el alcohol, tales como: hipertensión, cefalalgia, dispepsia, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, déficits atencionales, disfunciones sexuales, accidentes, enfermedad hepática, cáncer, resacas y bajo rendimiento laboral. Del mismo modo, se realizará el cribado sistemáticamente

ante la presencia de signos clínicos como temblor, arañas vasculares, hepatomegalia, halitosis etílica o elevaciones de VCM, GGT, ASAT o ALAT (Robledo T 2007).

Como vemos, las causas de detección de un consumo de alcohol de riesgo o posible dependencia, las señales de alarma que invitan al profesional de Atención Primaria, tanto enfermero como médico, a llevar a cabo la entrevista clínica van más allá de criterios clínicos e incluye también criterios psicológicos y sociales. Según Riofrío (Riofrío and Rodríguez 2010), hablaríamos de los siguientes criterios:

Tabla 11. Criterios clínicos de alerta de un consumo de alcohol de riesgo, perjudicial o dependencia.

Criterios Médicos	Cefalea (aguda y crónica), anorexia, astenia, hiporreflexia, pirosis retrosternal, dolor abdominal, diarrea, hipertensión arterial, temblor distal, enfermedad de transmisión sexual, crisis y traumatismos. En la exploración física pueden objetivarse signos relacionados con el consumo de alcohol crónico, como facies pletórica, inyección conjuntival, arañas vasculares en la epidermis facial, fetor alcohólico, desnutrición, hipertrofia parotídea, eritema palmar, subictericia o ictericia, hepatomegalia, ginecomastia, obesidad y signos de tabaquismo importantes.
Criterios Psiquiátricos/Psicológicos	Agresividad, conducta irracional, discusiones, violencia, pérdida de memoria, insomnio, depresión, ansiedad, cuadros alucinatorios o delirantes, síndrome de abstinencia, delirium, intoxicaciones atípicas.
Criterios Sociales	Valoración de los problemas familiares que podrían objetivarse, como: trastornos de ansiedad o depresión en hijos o pareja del paciente alcohólico, problemas escolares, traumatismos secundarios al abuso físico, síntomas médicos inexplicables en los hijos como cefaleas, dolor abdominal, etc., y/o visitas frecuentes de los miembros de la familia del paciente en la consulta. Es necesario explorar el apoyo familiar y la estabilidad socio-laboral de las familias en las que se aprecia un problema relacionado con el alcohol

Tabla: Elaboración propia. Fuente: Riofrío C, Rodríguez J. Identificación del alcoholismo en Atención Primaria. *Jano Med y humanidades* 1763 2010;:65–74. (Riofrío & Rodríguez, 2010)

De manera sintetizada la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC) recomienda que se lleve a cabo la evaluación del consumo ante cualquier indicio de riesgo o de sospecha en personas “con tendencia a beber en exceso,

como fumadores, adolescentes y adultos jóvenes; en embarazadas; con pacientes que presenten problemas que podrían estar relacionados con el consumo de alcohol, como accidentes de tráfico y laborales, traumatismos, dificultades familiares, problemas digestivos, problemas cardiovasculares o problemas de salud mental” (Córdoba et al. 2012).

Como se puede apreciar en estos indicadores de alerta, estamos ante un problema de salud que ha de ser visto desde una perspectiva biopsicosocial. El modelo biologicista ha de ser superado por una visión biopsicosocial de la enfermedad ya que afecta a todos los ámbitos de la vida de una persona.

Además de estas situaciones de riesgo, en las que hay que intervenir y evaluar el consumo, el cribado sistemático debe de seguir siendo el objetivo a conseguir. El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) (Robledo T, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M 2005) recomienda, en mayores de 14 años, sin límite de edad, explorar sistemáticamente el consumo de alcohol cada 2 años. De manera complementaria, conviene evaluar el consumo cuando se abra la historia clínica, y cuando se actualice (Córdoba et al. 2012).

2.3.2 Instrumentos para llevar a cabo la intervención sobre alcohol en Atención Primaria

Una vez recogidos los criterios a tener en cuenta para saber cuándo intervenir, procedemos a indicar cómo realizar esta intervención. A continuación se justifica cada uno de los instrumentos de evaluación que se proponen desde las guías y recomendaciones clínicas para llevar a cabo el abordaje del consumo de alcohol desde Atención Primaria. La evidencia científica señala que un programa de prevención en materia de alcohol tiene que incluir siempre “instrumentos de cribado válidos y fiables, técnicas de intervención breve e implicar a las redes de Atención Primaria de salud” (Segura et al. 2006) (National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse 1995) (Saunders JB; Aasland OG. 1987).

Considerando la intervención breve como el elemento central del abordaje del consumo de alcohol desde Atención Primaria, esta se ve complementada con el cribado mediante instrumentos de evaluación del consumo como son los cuestionarios y los marcadores biológicos. Es necesario tener en cuenta que los métodos de cribado no deben sustituir nunca a una adecuada anamnesis y exploración física del paciente (Riofrío and Rodríguez 2010).

Siguiendo el orden en el que ha de desarrollarse la consulta con el paciente, comenzamos con los elementos de cribado para posteriormente analizar cómo realizar la intervención según el tipo de paciente en relación con su consumo de alcohol.

Para la detección del consumo de riesgo, este se puede identificar preguntando directamente sobre el consumo o utilizando cuestionarios específicamente diseñados para este propósito (Álvarez González 2007). Se aconseja ambas cosas: realizar una entrevista semiestructurada que cuantifique el consumo de alcohol, seguido de la

cumplimentación de algún test que permita identificar a los pacientes bebedores de riesgo y/o con síndrome de dependencia alcohólica (Pérula de Torres et al. 2005) (Robledo T, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M 2005).

A continuación se desarrolla cada uno de estos instrumentos según lo que recogen las guías clínicas en base a la evidencia científica.

2.3.2.1 Pregunta directa sobre el consumo

En una primera aproximación, parece la forma más sencilla y directa de evaluar el consumo de alcohol del paciente. La cuestión aquí es qué preguntar y más importante aún, cómo preguntarlo. Se ha de evaluar preguntando el consumo diario la semana previa. Estos métodos de estimación diaria consumen más tiempo y recursos y exigen un mayor esfuerzo al paciente, sin embargo la validez y fiabilidad de estas estimaciones retrospectivas se halla bien establecida (Sobell et al. 1979) (Álvarez González 2007), y su validez es superior a la de las preguntas de cantidad-frecuencia (Álvarez González 2007).

En cuanto al cómo preguntarlo, el profesional sanitario no debe juzgar, debe mostrarse empático y crear un clima cordial donde el paciente sienta que pueda expresarse libremente. Es decir, sobre la base de las estrategias de la entrevista motivacional que se basan en un estilo colaborativo, evocativo y de respeto a la autonomía del paciente (Miller et al. 1992).

2.3.2.2 Cuestionarios de consumo

La detección del consumo de riesgo o de dependencia mediante cuestionarios breves estandarizados, pretende favorecer la intervención precoz en Atención Primaria (Pérula de Torres et al. 2005). Además, los cuestionarios sobre consumo nos permiten ir más allá de la cantidad consumida y evaluar patrones de consumo y consecuencias psicosociales que hayan podido derivarse del mismo. Existen diferentes cuestionarios adaptados y validados para Atención Primaria, nos detenemos en el CAGE y en el AUDIT. El estudio de estos instrumentos de detección, se ha intensificado bastante en los últimos años, sin embargo debemos de partir de que “normalmente es preciso realizar varios estudios para dar por acabado el complicado y laborioso proceso de valoración de las propiedades psicométricas de éstos” (Pérula de Torres et al. 2005).

En relación a los cuestionarios como instrumento de detección de consumos de riesgo, otra de las cuestiones que se plantean es si ha de ser autoadministrado o por el contrario ha de ser el profesional sanitario el que realice las preguntas. En este sentido la SemFYC apuesta por la entrevista ya que “permite clarificar respuestas ambiguas, se puede utilizar en pacientes con problemas para leer y facilita la transición a la intervención breve cuando es necesaria” (Álvarez González 2007). En esta misma línea se sitúa el manual de aplicación del AUDIT en Atención Primaria “puede ser administrada a pacientes con dificultades, permite feedback directo al paciente y el inicio del consejo breve” (Babor et al. 2001a). En estos casos, al igual que en el caso de la evaluación de la cantidad consumida la última semana, es clave la forma en la que el profesional sanitario introduce y realiza el cuestionario. No sólo por la veracidad del mismo, sino por el clima que crea para la posterior intervención.

2.3.2.2.a Cuestionario CAGE

Tiene su origen en un estudio llevado a cabo en el North Carolina Memorial Hospital en 1968 y fue dado a conocer por Ewing y Rouse en una Conferencia Internacional sobre Alcoholismo en Sídney en 1970 (Ewing JA 1970) y validado y publicado en 1974 para screening de dependencia alcohólica (Mayfield et al. 1974). Su nombre hace referencia a las preguntas que lo componen en inglés: Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener. Se trata de un cuestionario autoadministrado de cuatro preguntas, que pueden presentarse solas o “camufladas” en el contexto de una entrevista más amplia con otras preguntas sobre hábitos de salud, para evitar el posible rechazo por parte del entrevistado. La duración de este test es de uno o dos minutos, por lo que es totalmente adaptable a la carga asistencial de la Atención Primaria de Salud. Este cuestionario ha sido traducido y validado al castellano (Rodríguez-Martos A, Navarro RM, Vecino C Pérez R 1985) y entre las recomendaciones incluye, al igual que la cartera de servicios de AP del SNS pasarlo cada dos años.

El CAGE mostró una sensibilidad del 84 % y una especificidad del 95 % con un punto de corte de dos o más para detectar consumidores de más de 64g de alcohol diarios en su estudio inicial (King 1986) (Álvarez González 2007). Por regla general se recomienda limitar su uso a la detección de la dependencia alcohólica, dado que el AUDIT, en el que nos detendremos en el siguiente punto, tiene un mejor rendimiento para la detección de bebedores de riesgo (Álvarez González 2007). Estamos ante un cuestionario fácil de administrar en Atención Primaria y con una buena relación entre sensibilidad y especificidad, sin embargo tal y como se indicaba anteriormente, los cuestionarios nunca deben de sustituir a la entrevista clínica, y por ello el diagnóstico definitivo debería basarse en otras pruebas.

2.3.2.2.b Cuestionario AUDIT

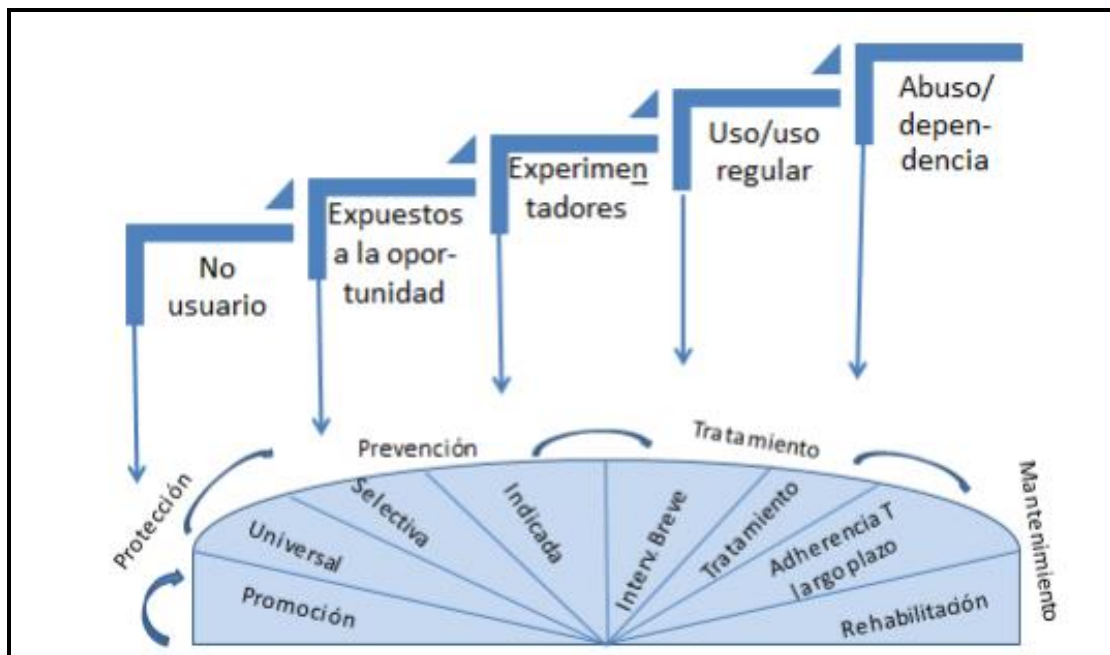
El cuestionario AUDIT, cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test en inglés) fue desarrollado por la OMS para detectar tanto consumos de riesgo como dependencia alcohólica. Hace referencia al consumo en el año anterior e incluye 10 preguntas que cubren los tres ámbitos correspondientes: Consumo de riesgo (preguntas 1 a 3), Problemas relacionados con el alcohol (preguntas 7 a 10) y Dependencia alcohólica (preguntas 4 a 6). Cada pregunta se puntúa de 0 a 4, y la suma final permite identificar, en función del punto de corte, tanto los consumos de riesgo como la dependencia alcohólica. El estudio original del AUDIT mostró una sensibilidad del 97 % y una especificidad del 78 % para el consumo de riesgo con un punto de corte de ocho o más (Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR 1993) (Álvarez González 2007).

El AUDIT se ha utilizado con éxito en diversos ámbitos: Atención Primaria de salud, urgencias, drogodependientes, desempleados, estudiantes universitarios, pacientes mayores hospitalizados, y personas con niveles bajos de renta. Asimismo, ha sido estudiado en una gran variedad de países y culturas, con lo cual se cumple el objetivo principal de la OMS, obtener un instrumento internacional de cribado (Álvarez González 2007). En cuanto a España, también ha sido validada su versión española en varios estudios (Contel Guillamón et al. 1999) (Rubio Valladolid et al. 1998), confirmando su adaptabilidad a la cultura española y al ámbito de la Atención Primaria. Así, por encima de otros cuestionarios, es el recomendado por la Organización Mundial de la Salud principalmente porque el objetivo era disponer de un test con capacidad para medir no sólo la cantidad y la frecuencia de la ingesta, sino también para detectar problemas de consumo, abuso y dependencia. Además, al ser un cuestionario breve y eficaz, tiene una gran utilidad y aplicabilidad en AP (Pérula de Torres et al. 2005).

2.3.2.3 Intervención

Una vez hecho el cribado, nos encontraremos ante diferentes tipos de paciente en relación a su consumo de alcohol. A continuación se muestra la relación entre los distintos tipos de usuarios y las diferentes maneras de intervención.

Figura 7: Variaciones en los tipos de usuarios y en las necesidades de intervención



Fuente: Organización de los Estados Americanos. Drogas y Salud Pública. In: Inzulza J, editor. El problema de las drogas en las Americas: Estudios. Washintong DC: 2013. page 79.(Organización de los Estados Americanos 2013)

En el ámbito de AP puede y ha de realizarse promoción de la salud y protección universal, mediante acciones comunitarias. Sin embargo, donde mayor rol juega el sanitario en este nivel asistencial es en la prevención tanto selectiva como indicada y en el primer nivel de tratamiento, también entendido como una acción preventiva, la intervención breve de salud. En cuanto a los casos más graves, con dependencia alcohólica las guías clínicas recomiendan la derivación (Consejería de Sanidad 2007).

De manera complementaria, Babor (Babor and Higgins-biddle 2001) indica que tras llevar a cabo el screening (cribado) y reconocer el tipo de paciente en relación al consumo de alcohol, el profesional de Atención Primaria ha de optar por la educación sobre el alcohol para bebedores de bajo riesgo, abstemios y otros; el consejo simple para bebedores con un consumo por encima de las tasas establecidas pero que en principio su consumo no les ha causado aún daños; la intervención breve (IB) para bebedores con un patrón de consumo de alcohol que ya le está causando daño al bebedor o la derivación de los bebedores con síndrome de dependencia alcohólica. Así en el primer caso, hay que partir del hecho de que la gente varía su consumo de alcohol a lo largo del tiempo. Por ello que “unas pocas palabras o información escrita sobre los riesgos de la bebida pueden prevenir el consumo de riesgo o perjudicial en el futuro” (Babor and Higgins-biddle 2001) Además, es fundamental que el profesional sanitario refuerce la conducta actual en relación al alcohol.

Entendemos por intervenciones breves “aquellas prácticas cuyo objetivo es identificar un problema de alcohol real o potencial y motivar al individuo a que haga algo al respecto”(Babor and Higgins-biddle 2001). La intervención breve desde Atención Primaria evita enfermedades y muertes prematuras, siendo la intervención sanitaria más coste efectiva, solo por detrás de la intervención sobre el consumo de tabaco (Córdoba et al. 2014). Estas intervenciones se sustentan sobre la base de la entrevista motivacional (EM) (Rivera Mercado et al. 2008), concepto desarrollado por Miller y Rollnick quienes la definieron como “un método directivo, centrado en el paciente, que trata de aumentar la motivación intrínseca para el cambio, ayudando al paciente a explorar y resolver su ambivalencia” (Miller and Rollnick 2003). De los metaanálisis existentes se desprende además la presencia de un efecto positivo de la EM en un elevado número de ensayos al compararse con lo que podemos llamar

“tratamiento habitual” (Bóveda et al. 2014). De hecho la revisión realizada por Bien concluye que la intervención breve es más efectiva que no dar consejo y a menudo más efectiva incluso que un tratamiento más extenso (Bien et al. 1993).

Las intervenciones breves para el consumo de riesgo o perjudicial de alcohol están compuestas por varios elementos caracterizados principalmente por “su baja intensidad y corta duración”. Su duración está entre los cinco minutos de un consejo simple sobre cómo reducir el consumo de riesgo hasta varias sesiones de terapia breve para abordar condiciones más complicadas (Bien et al. 1993). Suponen una intervención precoz, antes o poco después de la instauración de los problemas relacionados con el alcohol, y se apoyan para incrementar la motivación al cambio de la conducta de consumo “en los datos del cribado realizado previamente, así como del consejo simple, la educación para la salud, la mejora de habilidades o sugerencias prácticas” (Babor et al. 2001b).

Tabla 12: Elementos de la Intervención Breve para la reducción del consumo de alcohol.

Presente los resultados del screening
Identifique los riesgos y discuta las consecuencias
Proporcione consejo médico
Solicite el compromiso del paciente
Identifique el objetivo: reducir el consumo o la abstinencia
Proporcione consejo y ánimos

Fuente: Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria (Babor and Higgins-biddle 2001)

2.3.2.4 Analítica de marcadores biológicos

Por último contamos con la analítica como herramienta para la detección de consumos. Como ventaja diremos que son parámetros baratos y asequibles para cualquier nivel asistencial y deben formar parte de la exploración global del paciente. El problema de los marcadores biológicos es que no detectan consumos de alcohol inferiores a 40-60 g/día (Riofrío and Rodríguez 2010), por lo que es un instrumento de evaluación complementario y nunca ha de sustituir a la intervención breve. Además deja de lado el patrón de consumo y al no partir de un diálogo con el paciente, resulta más difícil la transición a la intervención que con los cuestionarios o la pregunta sobre el consumo.

La siguiente Tabla muestra los distintos marcadores biológicos relacionados con el consumo de alcohol, su sensibilidad y especificidad así como el tiempo medio que tardan en normalizarse tras la abstinencia.

Tabla 13. Marcadores biológicos del consumo de alcohol.

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

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

Fuente: Riofrío C, Rodríguez J. Identificación del alcoholismo en Atención Primaria. *Jano Med y humanidades* 1763 2010;:65–74. (Riofrío & Rodríguez, 2010)

2.3.2.5 Profesionales del ámbito de la AP encargados de la intervención sobre alcohol

Por último, una vez expuesto cuándo hay que intervenir y la forma de realizar esta intervención, es conveniente identificar qué profesionales han de llevarla a cabo. Todos los instrumentos que se han ido detallando configuran el modelo de intervención propuesto. Y como se puede apreciar en cada uno de ellos son elementos que perfectamente pueden poner en práctica cualquiera de los profesionales sanitarios que conforman el equipo de Atención Primaria. De acuerdo con lo dicho, la SemFYC reconoce el lugar destacado que ocupa la enfermería para el desarrollo de esta labor al afirmar que “cada vez es mayor la evidencia del papel relevante que debe tener enfermería en la identificación e intervención breve en bebedores de riesgo” (Álvarez González 2007). Así de manera general la SemFYC recomienda que “todo el equipo de Atención Primaria se implique en los programas de intervención breve, y que en cada equipo se definan las responsabilidades que asumen los distintos profesionales en base a las especificidades del sistema sanitario, del centro asistencial y de la población

atendida” (Álvarez González 2007). Es decir, no es una tarea específica del médico sino una labor que compete a todo el equipo de sanitarios de Atención Primaria, convirtiendo el “poder hacerlo”, es decir la capacidad y habilidades que permiten a todos los profesionales sanitarios realizar esta actividad asistencial, en un “deber” compartido por todo el equipo tal y como se recoge en la Cartera de servicios (Consejería de Sanidad 2007).

2.4 Alcohol en la Región de Murcia

2.4.1 Epidemiología del consumo del alcohol

A nivel regional, el Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia se encarga de elaborar un informe con los resultados regionales de la aplicación de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras Drogas en población adulta (EDADES). Su finalidad es conocer la evolución y prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en la Región, así como los patrones de consumo, la percepción de riesgo de los ciudadanos y la facilidad de acceso a diversas sustancias legales e ilegales. A continuación se recogen los datos más relevantes sobre alcohol, del último informe 2013 (Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia 2014).

Se mantiene la tendencia a la reducción en el consumo de alcohol tanto en los que lo han probado en los últimos doce meses como entre los que beben a diario.

Figura 8: Evolución (%) de la distribución porcentual del consumo de drogas en adultos de 15-65 años de la Región de Murcia y en España. EDADES 1997-2013.

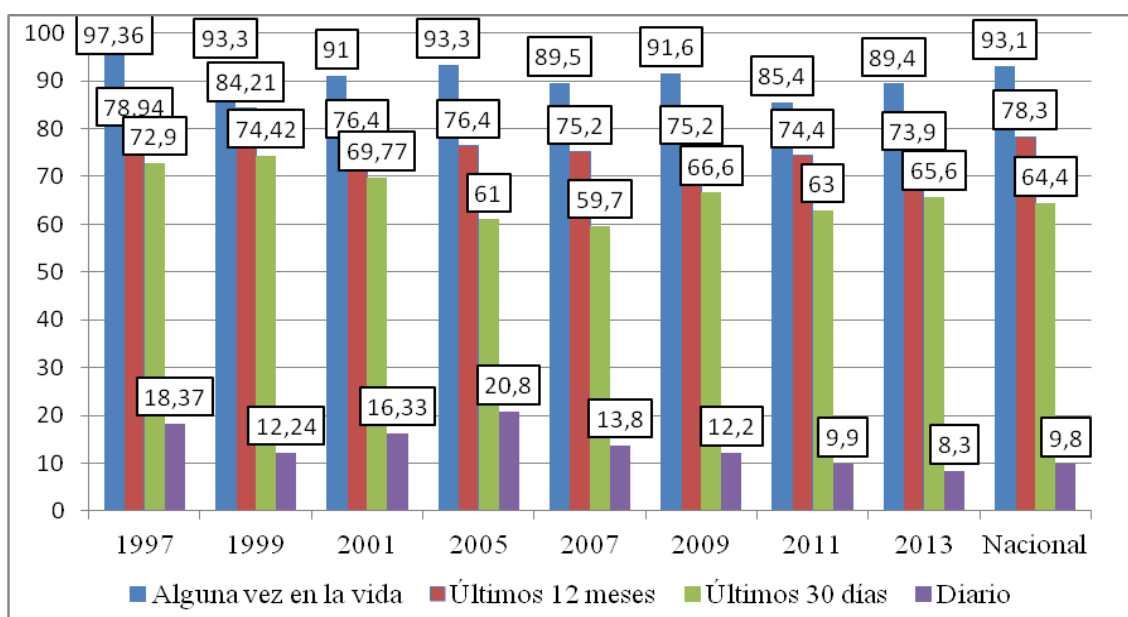


Figura: Elaboración propia. Fuente: Informe EDADES 2013 para la Región de Murcia. (Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia 2014)

Respecto a los resultados obtenidos a nivel nacional esta edición de la encuesta EDADES para el año 2013 (MSSSI 2015), se observa que la prevalencia de consumo de alcohol es muy similar a la de la Región, aunque esta última inferior.

Es al hacer un análisis de las variables sociodemográficas, sexo y edad donde encontramos las diferencias entre los datos de consumo. Al igual que recogíamos a nivel mundial, los niveles de consumo de los hombres son mayores que los de las mujeres.

Tabla 14: Consumo de alcohol entre la población adulta de la Región de Murcia, según sexo.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días		Diario (en los últimos 30 días)	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Alcohol	91,4%	87,1%	79,2%	68%	72,9%	57,7%	12%	4,7%

Tabla: Elaboración propia. Fuente: Informe EDADES 2013 para la Región de Murcia. (Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia 2014)

En cuanto a los grupos de edad, podemos ver las diferencias en el patrón de consumo. A pesar de que ambos grupos lo han probado alguna vez en la vida y en los últimos doce meses en niveles similares, el consumo diario del grupo de 35 a 64 años nos muestra un patrón de consumo ligado al día a día, a las comidas, al modelo de consumo tradicional en la cultura española y de la Región. Sin embargo, el grupo de 15 a 34 años, teniendo un consumo diario del 3,2%, reconocen consumir en los últimos 30 días con una tasa de respuesta afirmativa prácticamente igual a la del grupo mayor, lo que nos lleva al patrón de consumo vinculado al ocio y a los fines de semana.

Tabla 15: Consumo de alcohol en la Región de Murcia según grupo de edad.

Edad	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días		Diario	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Alcohol	87,8	90,8	74,3	73,4	63,7	67,5	3,4	13,7

Tabla: Elaboración propia. Fuente: Informe EDADES 2013 para la Región de Murcia. (Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia 2014)

2.4.2 La atención al consumo de riesgo de alcohol en la Región de Murcia desde el ámbito de la Atención Primaria

Los datos epidemiológicos facilitados por el Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia y el Observatorio Nacional sobre Drogas sobre consumo de alcohol en población general que se han expuesto anteriormente, que sacan a la luz las altas prevalencias de consumo de alcohol en la Región de Murcia y en España, ponen de manifiesto la necesidad de intervención desde todos los recursos sanitarios disponibles, principalmente los de la atención sanitaria normalizada.

Todas las actuaciones preventivas en materia de drogodependencias emprendidas en la Región de Murcia, se sitúan dentro del marco conceptual proporcionado por los modelos, ya definidos en apartados anteriores, de Salud Pública, Promoción de la Salud, Reducción del Riesgo y los modelos Sociocognitivos o del Aprendizaje Social (Consejería de Sanidad y Consumo Región de Murcia, 2009).

El Plan Regional sobre Drogas 2007-2010 incluye objetivos y actuaciones dirigidas a implementar la prevención y atención a las drogodependencias desde la Atención Primaria, priorizando la intervención en relación con el abuso de alcohol en adultos y el consumo en embarazadas, lactantes y adolescentes. Siguiendo así las líneas de actuación propuestas a nivel nacional e internacional. Concretamente, partiendo del objetivo general 4º “Potenciar el desarrollo de la prevención del consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y otras sustancias psicoactivas legales e ilegales, mediante la colaboración de las diferentes redes implicadas en el cuidado de la salud de la población” se compromete a cumplir los objetivos específicos que vienen recogidos en la siguiente Tabla.

Tabla 16: Objetivos específicos del objetivo 4º del Plan Regional Sobre Drogas 2007-2010

4.1 Desarrollar programas de sensibilización a través de las diferentes redes implicadas en el cuidado de la salud, para informar a la población sobre aspectos relevantes de la prevención de las drogodependencias.

4.5 Promover la formación de los diferentes colectivos profesionales de la salud para dotarles de los conocimientos y las habilidades necesarias para desarrollar programas de prevención de drogodependencias en sus ámbitos respectivos.

4.6 Potenciar la investigación sobre los factores que influyen en el desarrollo de la prevención de las drogodependencias en el Ámbito de la Salud.

Fuente: Plan Regional Sobre Drogas 2007-2010 (Consejería de Sanidad y Consumo Región de Murcia, 2009).

En términos más amplios, uno de los bloques de objetivos que se abordan desde el Plan de Salud de la Región de Murcia, es el de “Objetivos e Intervenciones sobre los Estilos de Vida”. Tal y como se desprende del concepto de Salud Pública y de la teoría de Promoción de la Salud, sobre la que se apoya este Plan “el estilo de vida y las conductas de salud constituyen el determinante que en mayor medida puede influir en la salud de la población. Por ello, la adopción colectiva de estilos saludables de vida reduciría la mortalidad y mejoraría la calidad de vida de la ciudadanía” (Consejería de Sanidad y Consumo, 2010).

Según los datos recogidos en el estado de situación del que parte el Plan de Salud 2010-2015 en relación a los hábitos de salud, “los consumidores de alcohol son algo más numerosos en la Región de Murcia que en España, tanto en hombres como en mujeres. Ha consumido alcohol en los últimos doce meses el 71,69% de la población murciana. La edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas se sitúa en los 18 años” (Consejería de Sanidad y Consumo, 2010) lo que hace necesaria la intervención en esta materia.

Por ello, en el caso concreto del alcohol el Plan de Salud 2010-2015 se marca como objetivo:

Reducir el porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol, mediante intervenciones relacionadas con la reducción del consumo de alcohol y otras drogas en el conjunto de la población y promover la implicación de la ciudadanía con su salud.

La proporción de “bebedores de riesgo” de alcohol, según datos del, ya mencionado, estado de situación recogido en el Plan de Salud de la Región de Murcia, se aproxima al 5% en hombres y en un 3% en mujeres, cifra discretamente inferior a la media española en hombres y superior en mujeres (Consejería de Sanidad y Consumo, 2010). En base a estos datos se plantean los siguientes objetivos:

Tabla 17: Objetivos relacionados con el consumo de alcohol del Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015.

Reducir la prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol en hombres por debajo del 4% de la población en 2015.

Reducir la prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol en mujeres por debajo del 2% de la población en 2015.

Reducir la prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol por debajo del 3% de la población de ambos sexos en 2015.

Fuente: Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015 (Consejería de Sanidad y Consumo 2010)

Entre las actividades propuestas, cabe subrayar la promoción de las actuaciones desde Atención Primaria para reducir el consumo de alcohol, entre ellas, el desarrollo e implantación de un protocolo para evitar el consumo excesivo de alcohol.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria de la Región de Murcia 2007 (Consejería de Sanidad 2007) es la encargada de fijar el protocolo de actuación en relación al consumo de alcohol. Así, se contempla de manera transversal una gran variedad de servicios, entre los que cabe destacar la indicación de llevar a cabo el

consejo de salud sobre el consumo de alcohol, tanto en “atención al joven” como en el “seguimiento de la mujer embarazada”. Y, de manera específica recoge el servicio de “atención a personas con consumo excesivo de alcohol”.

Tabla 18. Servicio de Atención a personas con consumo excesivo de alcohol.

Objetivos	<p>Reducir el número de bebedores de riesgo en la Región.</p> <p>Incrementar el número de pacientes con Síndrome de Dependencia Alcohólica que se mantienen en abstinencia.</p>
Población diana del Servicio	Población diana del Servicio: mayores de 14 años.
Normas de proceso	<p>Que toda persona incluida en el servicio deberá tener cuantificado su consumo, siendo revisado al menos cada dos años.</p> <p>Que toda persona incluida en el servicio deberá tener realizado un cuestionario normalizado de despistaje de alcoholismo (CAGE), exceptuando a los que tengan un diagnóstico previo y documentado.</p> <p>En el caso de que de positivo se confirmará la dependencia con el cuestionario normalizado MALT.</p> <p>A toda persona incluida en este Servicio se valorará su relación con la ingesta de alcohol, diferenciando entre bebedor de riesgo, bebedor de riesgo con trastorno relacionado con el alcohol o bebedor problema y bebedor de riesgo con síndrome de dependencia alcohólica.</p> <p>En el caso de que de positivo el MALT, deberá de tener registrada una analítica de marcadores biológicos (GGT y VCM) al menos una vez en el último año.</p> <p>A toda persona incluida en el servicio se le realizará intervención del tipo Consejo, encaminada a la reducción o abstinencia de consumo de alcohol</p> <p>Toda persona con diagnóstico de SDA deberá se remitirá a atención especializada</p>

Fuente: Cartera de Servicios de AP Región de Murcia (Consejería de Sanidad 2007).

Estas son, a nivel regional, las líneas a seguir en relación al consumo de alcohol en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. Destacar, para finalizar con este apartado, que a pesar de seguir las directrices marcadas a nivel nacional e internacional, la Región ha desarrollado un protocolo de actuación más amplio que el que se lleva a cabo en otras comunidades. Existe por tanto, una gran variabilidad interna en España con grandes desigualdades en las carteras de servicios de las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA). En el caso concreto del alcohol, García (Miguel-García et al. 2011) destaca que entre las 10 de las 17 actividades preventivas en el adulto más frecuentemente recomendadas está la anamnesis del alcohol y el tabaco, aconsejando todas ellas la intervención pero variando su periodicidad, donde a pesar de ser mayoritario el intervalo de dos años hay dos CCAA que lo alargan a cuatro incluso cinco años.

2.4.3 Programa ARGOS-Murcia: Programa de prevención de drogodependencias desde Atención Primaria

El Plan Regional sobre Drogas 2007-2010 incluye, tal y como se detallaba en el apartado anterior, objetivos y actuaciones dirigidas a implementar la prevención y atención a drogodependencias desde la Atención Primaria (Consejería de Sanidad y Consumo Región de Murcia, 2009). Objetivos que están en la línea de las necesidades de la sociedad murciana en relación al consumo de alcohol, y responden a su vez a las necesidades que se desprenden del estado de situación de los profesionales sanitarios de Atención Primaria.

Para dar respuesta a las necesidades regionales y al amparo de las estrategias nacionales y comunitarias, se desarrolla a partir del 2010, desde la Consejería de Sanidad, el Programa ARGOS-Murcia: Programa de prevención de drogodependencias desde Atención Primaria, dentro del cual se desarrolla este trabajo. El Programa ARGOS-Murcia fue concebido para implicar en la prevención de drogodependencias a los profesionales sanitarios de los Equipos de Atención Primaria de Salud de la Región de Murcia. Desde el mismo, se derivan actuaciones de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento e investigación clínica en el ámbito principalmente del alcohol aunque también en el de otras drogas, desde Atención Primaria.

En primer lugar, para poder poner en marcha este programa y adaptarlo a la realidad de la Región, y para poder cumplir sus objetivos, se estudió a los profesionales a los que va dirigido, a los profesionales que han de llevar a cabo este programa de prevención. Ya que, a pesar del importante papel de los profesionales de Atención Primaria en la prevención y tratamiento de los problemas de adicción al alcohol y otras drogas, es escasa la información referente a las dificultades que encuentran a la hora de

abordarlos y puesto que son ellos a los que se les va a encargar la tarea, hay que identificar cuáles son sus conocimientos y actitudes al respecto. Por tanto, la primera de las actuaciones del Programa ARGOS-Murcia consistió en una encuesta de opinión a los profesionales de Atención Primaria sobre la intervención en alcohol y otras drogas en el centro de salud, cuyos resultados se exponen en el apartado IV. Capítulo 1. El análisis de la situación puso de manifiesto que, en general, los profesionales de Atención Primaria disponen de escasa formación para la intervención en materia de sustancias de abuso y disponen de pocos materiales de apoyo para el desarrollo de programas. Por ello es necesario formar a los profesionales para que adquieran las habilidades y capacidades necesarias para poder realizar intervenciones sistematizadas sobre los problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas.

ARGOS-Murcia es un programa basado en la evidencia científica avalado por la SemFYC, y que ha sido reconocido por la Fundación CREFAT (Fundación para la atención a las toxicomanías de Cruz Roja Española) con el “Premio Reina Sofía contra las drogas 2011 a la labor social” en la 20ª edición (Cruz Roja España 2012). Está enmarcado teóricamente en el Modelo de Promoción de la Salud y Socio-cognitivo. En este sentido, las acciones socio-sanitarias multidimensionales, multisectoriales y multidisciplinarias de alcance comunitario que lleva a cabo, parten de la necesidad de intervención temprana para la prevención del consumo de alcohol, detectada en poblaciones vulnerables como son las mujeres embarazadas y lactando, adolescentes y adultos en riesgo de adicción.

Diseñado por la, en su momento, Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias de la, en su momento, Dirección de Atención al Ciudadano y Drogodependencias y la Oficina de Seguimiento Estratégico de la, en su momento, Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e

Investigación, de la, en su momento, Consejería de Sanidad y Política Social, es financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y se despliega transversalmente en la red de Atención Primaria, gracias al apoyo e implicación del Servicio Murciano de Salud (SMS).

Fundamenta su planificación en que los primeros profesionales de la salud que entran en contacto con poblaciones de riesgo en relación con el consumo de alcohol, son los Equipos de Atención Primaria, y es crucial que tomen conciencia del papel relevante que pueden desempeñar en la intervención precoz, tal y como recoge la evidencia científica. El objetivo principal del Programa es el empoderamiento del personal sanitario de los centros de salud, como mediadores para la prevención e intervención precoz en el consumo de alcohol y otras drogas en poblaciones susceptibles de modificar conductas de consumo mediante el empleo de la entrevista motivacional con consejo breve de salud sobre alcohol. Así, a través del proceso formativo del Programa, se pretende un aumento de la confianza del personal sanitario en sus propias capacidades en relación con las drogodependencias, en el contexto de la Atención Primaria, que puede impulsar cambios positivos tanto en el tipo de atención como en la propia comunidad.

El programa ARGOS-Murcia se configura en torno a tres líneas de intervención complementarias entre sí:

a) Proyecto ARGOS-AP. Está basado en la formación de los médicos y enfermeros de AP. Lleva a cabo el entrenamiento en habilidades necesarias para desarrollar la entrevista motivacional y el consejo breve de salud sobre alcohol en Atención Primaria, apoyando con ello la toma de conciencia del personal sanitario sobre su capacidad de intervención en prevención y atención del paciente con riesgo de consumo de alcohol de

riesgo o perjudicial y otras drogas. Se desarrollan, de manera progresiva, acciones de formación de formadores, formación entre iguales (sesiones clínicas en los Centros de Salud (CS) impartidas por los sanitarios del centro que acuden a la formación de formadores, que permiten adaptar la formación a las características y particularidades de la población de cada centro) y desarrollo de proyectos de investigación-formación-acción para el entrenamiento de dichas habilidades.

b) Proyecto ARGOS-Comunitario. Para la sensibilización de la comunidad se diseña una campaña dirigida a los usuarios de los propios Centros de Salud primando el acercamiento comunitario de la problemática alcohólica a la sanidad pública y sus usuarios. A la vez, se ha desarrollado un proyecto educativo “Alcohol: Conciencia con conciencia” para la prevención del consumo de alcohol de los alumnos de 1º Educación Secundaria obligatoria (ESO) (se contempla en un futuro complementarlo con actuaciones educativas para los demás cursos de la ESO) en el que se implica tanto a los orientadores y profesores de los centros educativos como a los sanitarios de Atención Primaria, coordinado por los técnicos locales responsables de los Planes y Programas Municipales/Mancomunales de prevención de drogodependencias. En estas sesiones se trabaja tanto en la ampliación de conocimientos como en el desarrollo de habilidades sociales, ambas necesarias para la prevención del consumo.

c) Proyecto ARGOS-Nato. Está dirigido a reconocer, evaluar y prevenir las enfermedades relacionados con drogas legales e ilegales, como riesgos medioambientales, durante los períodos críticos del embarazo y la lactancia. Se pretende que las mujeres embarazadas y lactando conozcan los riesgos del uso de bebidas alcohólicas en el presente y futuro de sus hijos, a través de la consulta especializada y en Atención Primaria (también de manera transversal en la formación del ARGOS-AP) y minimicen sus consumos de alcohol, con el apoyo de su pareja y familia.

A continuación se expone el desarrollo del Programa, recogiendo en detalle las actividades que comprende el Proyecto ARGOS-AP. Hay que tener en cuenta que continua vigente en la actualidad y este modelo inicial para alcohol se tiene previsto realizar con otras drogas.

Figura 9. Esquema del desarrollo del Programa ARGOS-Murcia



Figura: Elaboración propia.

Con el objetivo general de “implementar la prevención y atención a drogodependencias desde la Atención Primaria, priorizando la intervención en relación con el abuso de alcohol y el consumo en embarazadas y adolescentes” se desarrollan dos jornadas de formación de formadores con los objetivos específicos de “iniciar intervenciones sistematizadas sobre los problemas relacionados con el consumo de drogas de sus pacientes” y de “reconocer la importancia de la intervención desde los

centros de salud para conseguir un mejor control del consumo de sustancias adictivas en sus pacientes”.

De estas dos jornadas, a las que acuden un médico y un enfermero/a de cada Equipo de Atención Primaria, se derivan acciones de formación entre iguales que permiten la adaptación de la formación recibida en las jornadas, a la realidad de cada centro y por tanto de la población que acude al mismo. Concretamente se desarrollan dos bloques de sesiones clínicas que se imparten en cada centro de salud:

- “Sesiones clínicas Formación del Programa ARGOS-Murcia. Alcohol y Atención Primaria” donde se expone la necesidad de intervención en AP sobre problemas relacionados con el alcohol y la forma de intervención en una población vulnerable como son los adolescentes.

- “Sesiones Clínicas Formación del Programa ARGOS-Murcia. Abordaje del alcohol en AP y Entrevista motivacional”. En estas sesiones se trata de aprender cómo abordar los problemas relacionados con el consumo de drogas de sus pacientes con dependencia alcohólica y los pacientes con un consumo de riesgo, y a aplicar la entrevista motivacional con consejo breve, como técnica preventiva, en adultos, embarazadas y adolescentes.

Además se ofrece a los profesionales sanitarios que participan en el Programa, la posibilidad de realizar el trabajo de campo de uno o más de los proyectos de investigación que comprende el Programa:

- Prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulta.
- Eficacia del consejo médico en embarazadas para la disminución del consumo de alcohol durante el embarazo.

– Efecto de la intervención oportunista con consejo médico en adolescentes sobre comportamientos de riesgo relacionados con las drogas.

Este último proyecto se desarrolló únicamente en la fase piloto, por incidencias en su desarrollo que dificultaban la viabilidad del mismo, en las siguientes fases de implantación del Programa con esta población se desarrolló el Proyecto “Actitudes, Conocimientos y Consumos de alcohol y otras drogas en adolescentes que acuden a consulta de AP”.

El primero de estos proyectos de investigación, es el que se recoge, desarrolla y analiza en esta tesis, y al igual que los otros dos proyectos, se diseña como un proyecto de investigación-formación-acción en el que mediante la puesta en marcha del trabajo de campo por parte de los profesionales sanitarios se adquieren las habilidades necesarias para la implementación de protocolos de intervención preventiva sobre alcohol en la práctica diaria de estos profesionales. Con ello se consigue el empoderamiento del personal sanitario de los centros de salud como mediadores para la prevención e intervención precoz en el consumo de alcohol, que, como ya se comentaba anteriormente, es el objetivo principal del programa.

Se termina con ello la breve exposición del Programa ARGOS-Murcia, necesaria para entender el ámbito en el que se desarrolla este trabajo y el Programa de prevención en el que está enmarcado.

II. JUSTIFICACIÓN Y ESTRUCTURA DE LA TESIS

II. JUSTIFICACIÓN Y ESTRUCTURA DE LA TESIS

La Estrategia Europea para reducir el daño por consumo de alcohol, subraya la necesidad de fomentar el uso de mejores prácticas entre otros, en los ámbitos de “prevención, detección e intervención tempranas, reducción de los riesgos y perjuicios, y en el tratamiento” (Consejo UE. 2013a). En esta línea el Plan de Acción del Plan Nacional sobre Drogas, en el ámbito de la prevención, recoge la necesidad de implicar al conjunto de profesionales que participan en la prestación de dichos servicios en Atención Primaria, donde se considera que “su contribución en tareas de educación, información y formación a los distintos grupos de población con los que trabajan cotidianamente es imprescindible” (PNSD 2009).

Es un hecho que los profesionales de Atención Primaria (AP) están en una posición inmejorable para intervenir en relación con el consumo de alcohol de sus pacientes, y pueden además hacerlo de una forma rápida y efectiva (Willenbring et al. 2009). La naturaleza longitudinal de la Atención Primaria, permite a los profesionales promover cambios hacia conductas más saludables a través de las múltiples oportunidades de intervención que dispone (Bóveda et al. 2014). Por todo ello, está justificado que los profesionales de la AP aprovechen la oportunidad de detectar precozmente los consumos de riesgo” (Álvarez González 2007).

Para esta recomendada detección precoz, el abordaje del consumo de alcohol desde el ámbito de la Atención Primaria ha de partir del cribado sistemático. Para llevar a cabo este cribado conforme a las recomendaciones clínicas (Robledo T 2007), se

utilizan como herramientas el cuestionario CAGE camuflado (Mayfield et al. 1974) y el registro del consumo de alcohol en la última semana (Álvarez González 2007), en el marco de una consulta por cualquier otro problema sanitario (Rodríguez Martos 2005).

Se estima que entre un 15-20% de las consultas de AP, son atribuibles al alcohol y a otras drogas excluyendo el tabaco (Torres Rodriguez, A; Ceña Rodriguez-Roda, M; Pippi, MA; Fernández Vergel, R; Peñarrubia María, MT; García Bayo 2008) (Córdoba et al. 2012) (Prada C, Del Rio MC, Yañez JL 1996). Sin embargo, a pesar de que la Cartera de Servicios de Atención Primaria (Consejería de Sanidad 2007) recoge que hay que hacer este cribado, los datos del programa informático Organización y Management Informático de la Atención Primaria (OMI-ap) están lejos de coincidir con las prevalencias que se derivan de las encuestas de consumo. Numerosos estudios apuntan a un infradiagnóstico (Bueno Ortiz JM, Aubà Llambrich J 1997), (Jiménez Mena et al. 1993). Entre ellos, un estudio en Cataluña refleja que sólo el 24,8% de las historias clínicas incluían consumo de bebidas alcohólicas en los últimos dos años (Bueno Ortiz JM, Aubà Llambrich J 1997). A nivel nacional, en 1996 el registro de alcohol tras 3 años de funcionamiento del programa del PAPPS (Jiménez Mena et al. 1993) estaba en un 53,4%. Se ha demostrado que desde AP se desconocen a la mayoría de los pacientes con consumo perjudicial y de riesgo de alcohol (Rosón Hernández 2008). Así, Aubà Llambrich y Freixedas Casaponsa ponen de manifiesto que se ignora que un porcentaje alto de las personas atendidas tienen un consumo de riesgo o problemas relacionados con el alcohol, y los sanitarios sólo son conscientes de una pequeña parte del problema, lo que denominan “efecto iceberg” (Aubà Llambrich and Freixedas Casaponsa 2000).

Este infradiagnóstico ha sido explicado por varios autores, entre ellos Varela (Varela Veiga et al. 2003) que considera que “se lleva a cabo un sistema de detección

del consumo abusivo de alcohol que se basa más en una detección oportunista que en un cribado sistemático” (Varela Veiga et al. 2003). Ante esta situación, la Organización Mundial de la Salud pone de manifiesto, en el ámbito de los servicios de salud, la necesidad de apoyar iniciativas de detección y de intervención breve en relación con el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol desde la Atención Primaria de salud entre otros entornos (OMS 2010).

En la Región de Murcia esta iniciativa se materializa en el Programa ARGOS-Murcia cuya principal función es cambiar esta dinámica de abordaje del consumo de alcohol desde Atención Primaria.

Los tres capítulos que se presentan a continuación, recogen por una parte (capítulo 1) una investigación inicial previa al desarrollo del Programa, que tiene como objetivo conocer la perspectiva de los profesionales de Atención Primaria respecto a la intervención sobre alcohol de manera sistemática desde el centro de salud. Y, por otra, un estudio donde el foco de la investigación será el plan de acción para lograr el cambio o mejora de la práctica o propósito establecido. El Programa ARGOS-Murcia desarrolla este proyecto, donde los médicos y enfermeros del Servicio Murciano de Salud en sus consultas de AP durante el trabajo de campo, se entrenan y ponen en práctica los contenidos teóricos de las acciones formativas. Así, la intención del Programa es desarrollar un proyecto correspondiente a una práctica social que resulte susceptible de mejora (Pablo Rico Gallegos 2005). Esto permite a estos profesionales, como proyecto de investigación-formación-acción (Lewin 1946), incorporar en su práctica habitual el cribado e intervención sobre alcohol. El segundo capítulo recoge el cribado sistemático, primera visita del protocolo, y el tercer capítulo hace referencia al seguimiento de los pacientes detectados y citados para una segunda consulta.

III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVOS

Objetivo general 1: Describir y analizar los conocimientos, dificultades y barreras que encuentran los profesionales de Atención Primaria para abordar el consumo de alcohol y otras drogas desde Atención Primaria.

Objetivos específicos:

- 1) Describir la perspectiva de los profesionales de Atención Primaria sobre la intervención en adicciones de manera sistemática desde el centro de salud, su nivel de formación, su conocimiento sobre la existencia de recursos especializados, y su coordinación.

- 2) Identificar los factores que influyen en la postura que tienen los profesionales de Atención Primaria ante la posibilidad de intervenir sobre alcohol en sus consultas, atendiendo al tipo de centro de salud, grupo de edad, sexo y profesión del sanitario.

Objetivo general 2: Conocer la prevalencia del consumo de alcohol de riesgo entre los pacientes que acuden a consulta de Atención Primaria y el perfil sociosanitario de estos pacientes.

Objetivos específicos:

- 1) Describir la prevalencia de consumo de alcohol en los usuarios de Atención Primaria de la Región de Murcia y el porcentaje de pacientes con consumo de alcohol de riesgo no diagnosticado.
- 2) Describir las características de los pacientes y las diferencias por sexo y grupo de edad en relación al consumo de alcohol.
- 3) Analizar la prevalencia de hipertensión arterial (HTA); hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, sobrepeso, obesidad y consumo de otras sustancias de abuso de los pacientes, en relación con su consumo de alcohol.
- 4) Describir el perfil del paciente que refiere episodios de consumo intensivo.
- 5) Analizar la ponderación y relevancia, de las cada una de las preguntas del CAGE de cara al resultado final del mismo.
- 6) Comparar los resultados obtenidos con el consumo semanal referido y el cuestionario CAGE camuflado.

Objetivo general 3: Analizar la viabilidad en este ámbito asistencial del protocolo propuesto, de abordaje sistemático para la detección precoz de consumos de alcohol de riesgo. Y, conocer las prevalencias de los distintos niveles de consumo de alcohol de los pacientes de Atención Primaria.

Objetivos específicos:

- 1) Describir la adherencia al modelo de intervención propuesto.
- 2) Estimar la prevalencia de los distintos niveles de consumo de riesgo de alcohol y de dependencia alcohólica por sexo.
- 3) Comparar el consumo de alcohol pasado del paciente y el consumo de riesgo y dependencia alcohólica actual.
- 4) Analizar el resultado total del cuestionario AUDIT según sexo, atendiendo a los distintos puntos de corte establecidos habitualmente.
- 5) Comparar los resultados del AUDIT-C con los resultados derivados de la indicación del consumo semanal.
- 6) Explorar la decisión clínica entre la derivación a recursos especializados o la intervención en Atención Primaria y qué variables influyen en esta toma de decisión.

HIPÓTESIS

Hipótesis relacionadas con el objetivo general 1:

- 1) La falta de tiempo en consulta y la insuficiente formación en la materia son las principales barreras a la hora de intervenir sobre alcohol desde Atención Primaria.
- 2) La insatisfacción en cuanto a la coordinación con el medio especializado es superior entre los profesionales que trabajan en el medio urbano en comparación con los que trabajan en un centro de salud rural.
- 3) La mayoría de los sanitarios que trabajan en Atención Primaria muestran una actitud proclive a una mayor implicación en la atención de las drogodependencias.
- 4) Cuanto mayor es la edad del profesional encuestado, menores son sus reticencias sobre el trabajo con consumidores de alcohol.

Hipótesis relacionadas con el objetivo general 2:

- 1) La media de pacientes con consumo de alcohol de riesgo a la semana en consulta de Atención Primaria, es superior a la referida por los propios profesionales sanitarios según su percepción.
- 2) El consumo de alcohol de riesgo es superior en hombres que en mujeres, disminuyendo estas diferencias en los grupos de edad más jóvenes.
- 3) Los resultados del cuestionario CAGE mostrarán una prevalencia de consumidores de riesgo superior a la referida de manera directa al profesional sanitario mediante la comunicación del consumo semanal.
- 4) No existe diferencia significativa entre las cuatro preguntas del CAGE respecto a su valor predictivo.
- 5) Los “episodios de consumo intensivo” son más frecuentes en hombres de 18 a 35 años.

Hipótesis relacionadas con el objetivo general 3:

- 1) Las mujeres tendrán una adherencia al protocolo de intervención mayor que los hombres, con porcentajes de asistencia a la segunda visita mayores.
- 2) El consumo de riesgo derivado del cuestionario AUDIT será mayor entre hombres que entre mujeres.
- 3) Los resultados del AUDIT-C mostrarán tasas de consumo de riesgo superiores a las derivadas de la indicación del consumo semanal.
- 4) Los profesionales sanitarios tendrán como decisión clínica prioritaria la derivación a servicios especializados en drogodependencias y cuanto mayor sea el resultado del cuestionario AUDIT sobre consumo de alcohol, mayor será el porcentaje de derivación frente a la opción del seguimiento en Atención Primaria.

IV. CAPÍTULO 1.

Encuesta a los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Salud en la Región de Murcia sobre la intervención por consumo de alcohol de sus pacientes

1.1 Introducción

El uso nocivo del alcohol tiene graves repercusiones en la salud de la población y es considerado uno de los principales contribuyentes a la carga global de enfermedad a nivel mundial (OMS 2010). Como problema de salud está relacionado con numerosas patologías tanto físicas como psicológicas, así como con grandes repercusiones sociales tanto a nivel familiar como comunitario (OMS 2011). Afrontar estas consecuencias requiere intervenir con un abordaje multicomponente y multidisciplinar (Organización de los Estados Americanos 2013).

Uno de los ámbitos de intervención fundamental es la Atención Primaria de Salud (APS). La universalidad de la asistencia en España acerca a todos los ciudadanos a esta asistencia sanitaria, lo que unido a la naturaleza longitudinal de este nivel asistencial podría permitir promover cambios hacia conductas más saludables (Bóveda et al. 2014). Los profesionales de APS están en una posición inmejorable para intervenir sobre sus pacientes, y pueden además hacerlo de una forma rápida y efectiva (Willenbring et al. 2009). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) les reconoce un papel fundamental en la intervención y prevención de los daños provocados por el alcohol (Campos Martín R 1991). El equipo de trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF) recomienda a los sanitarios realizar el cribado sobre consumo de alcohol en adultos desde 18 años y a aquellos con un consumo riesgo o perjudicial que les hagan intervenciones con consejo breve para reducir el abuso de alcohol, otorgándole a esta práctica un grado de evidencia B (USPSTF 2013).

A pesar del importante papel de los profesionales de Atención Primaria en la prevención y tratamiento de los problemas de adicción al alcohol, es escasa la

información referente a las dificultades que encuentran a la hora de abordarlos (Bolaños Gallardo et al. 2010). La Cartera de Servicios de Atención Primaria de la Región de Murcia (Consejería de Sanidad 2007) recoge el abordaje del consumo de alcohol como uno de los servicios que los profesionales de los centros de salud (CS) de la Región han de ofrecer a sus pacientes. Sin embargo, la atención a los pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol, la detección precoz de los consumidores de riesgo, el seguimiento y derivación de los pacientes con dependencia, entre otros, no están tan presentes en la consulta de Atención Primaria como sería deseable dadas las altas prevalencias de consumo que se desprenden de encuestas nacionales tales como la EDADES (Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia, 2011).

En 1999 Espí (Rodríguez Fernández, E; Espí Martínez et al. 1999) hizo una primera aproximación para conocer las causas por las que el abordaje desde APS en la Región de Murcia es insatisfactorio. En 2001, un estudio similar se realizó por el Plan Nacional sobre Drogas en 13 Comunidades Autónomas, entre las que se encontraba Murcia (Megías Valenzuela et al. 2001). En 2003 en la provincia de Lugo (Varela Veiga et al. 2003) y más recientemente, en 2010 en Castilla la Mancha (Bolaños Gallardo et al. 2010), se realizaron estudios con el objetivo de conocer las percepciones y opiniones del médico de Atención Primaria sobre el consumo de alcohol.

Doce años después del estudio de Espí, partiendo de sus resultados, limitados a los médicos de familia, y de estudios similares en otras Comunidades Autónomas ya mencionados, se propone el presente estudio dirigido a la totalidad de Centros de Salud de la Región y a todos sus profesionales sanitarios.

Para promover la prevención y el abordaje del consumo de alcohol desde Atención Primaria, se desarrolla por parte de la Unidad Técnica de Coordinación

Regional sobre Drogodependencias de la Consejería de Sanidad en colaboración con el Servicio Murciano de Salud el Programa ARGOS-Murcia. Se consideró que para comenzar a desarrollar este programa y adaptarlo a la realidad de la Región, y en definitiva, para poder cumplir sus objetivos, era necesario estudiar a los profesionales a los que va dirigido, sus opiniones en relación a este tema, ya que éstos serian los responsables de llevar a cabo este programa de prevención. Para ello, la primera de las actuaciones del Programa consistió en este estudio en base a una encuesta a los profesionales de Atención Primaria sobre la intervención en alcohol y otras drogas en el centro de salud.

El presente estudio tiene por tanto como objetivo principal, conocer la postura de estos profesionales respecto al abordaje del consumo de alcohol y otras drogas desde Atención Primaria, así como identificar las dificultades y barreras que encuentran a la hora de llevar a cabo esta estrategia.

1.2 Material y Método

1.2.1 Descripción de la muestra

La población objeto de estudio fueron los profesionales sanitarios (enfermería, pediatría y medicina familiar y comunitaria) de los equipos de Atención Primaria de la Región de Murcia. No se ha seleccionado una muestra sino que se optó por encuestar a toda la población objeto de estudio constituida por 2.212 sanitarios. La participación en el estudio era voluntaria y se realizaba en el contexto del Programa ARGOS-Murcia. El cuestionario se hizo llegar a través de los profesionales sanitarios que, como responsables del Programa en su Centro de Salud, acuden a la primera formación de formadores. Se hace entrega de un sobre personalizado por Centro de Salud, con el número de cuestionarios acorde al total de profesionales sanitarios (médicos, enfermeros y pediatras) que conforman cada Equipo de Atención Primaria tomando como referencia la base de datos facilitada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud.

1.2.2. Desarrollo de la intervención dentro del programa ARGOS-Murcia

En la primera sesión clínica que conforma las dos horas de formación entre iguales derivada de la formación de formadores, los responsables del Programa ARGOS-Murcia reparten entre sus compañeros el cuestionario y, antes de comenzar con los contenidos de la sesión, les piden que lo completen y lo devuelvan. Al final de dicho cuestionario se expresaba el agradecimiento por su colaboración. Asistir a la sesión clínica, así como contestar el cuestionario, fueron acciones voluntarias. De los 2.212 profesionales contactados participaron 615 (27,80%).

Participaron en la encuesta 54 de los 81 Centros de Salud con los que contaba la red de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud en el momento de realización del trabajo de campo (66,67%). En los Centros participantes, los responsables del Programa se encargaron de recoger dichas encuestas y hacerlas llegar a la Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias junto con otra documentación requerida en relación a la formación impartida, para su codificación.

El Programa ARGOS-Murcia se ha implantado en toda la Región de Murcia en tres fases. A continuación se indican las áreas de salud que corresponden a cada fase y la fecha en la que se realizó la encuesta en cada una de ellas.

- Fase I: Áreas de Salud II (Cartagena) y VIII (Mar Menor). Mayo 2010
- Fase II: Áreas de Salud I (Murcia Oeste), V (Altiplano), VI (Vega Media del Segura), IX (Vega Alta del Segura). Marzo 2012.
- Fase III: Áreas de Salud III (Lorca), IV (Noroeste) y VII (Murcia Este). Febrero 2014

1.2.3 Instrumentos

Para la recogida de datos se elaboró una encuesta cerrada, individual y auto-administrada (Anexo 1), formada por ocho preguntas cerradas con tres tipos de respuesta: dicotómica (SI/NO), marcación múltiple con escala tipo likert (1-5) y una pregunta abierta. Partiendo del cuestionario validado por Megías (Megías Valenzuela et al. 2001), se crea un grupo de trabajo, formado por miembros de la Unidad Técnica de Coordinación Regional sobre Drogodependencias de la Consejería de Sanidad y profesionales sanitarios de Atención Primaria, para la elaboración de la encuesta definitiva adaptada a la red asistencial del Servicio Murciano de Salud.

1.2.4 Variables de estudio.

VARIABLE	CATEGORÍAS DE RESPUESTA	RECODIFICACIÓN	NUEVAS CATEGORÍAS DE RESPUESTA
Sexo	Hombre, Mujer	-	-
Grupos de Edad	< 35, De 36 a 44 años, De 45 a 54 años, > 55.	-	-
Profesión	Pediatra (PED), Enfermero/a (ENF), Médico de familia (MDF)	-	-
Tipo de Centro de Salud	Rural, Urbano	-	-
Formación específica sobre alcohol en los últimos 5 años	Si, No	-	-
Formación suficiente para:			
Realizar un tratamiento de la dependencia.	1 totalmente en desacuerdo, 5 totalmente de acuerdo	Sí, en la misma variable	1-2 De acuerdo 3 Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 4-5 En desacuerdo
Realizar un tratamiento de desintoxicación.	1 totalmente en desacuerdo, 5 totalmente de acuerdo	Sí, en la misma variable	1-2 De acuerdo 3 Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 4-5 En desacuerdo
Diagnóstico y valoración de la situación de dependencia.	1 totalmente en desacuerdo, 5 totalmente de acuerdo	Sí, en la misma variable	1-2 De acuerdo 3 Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 4-5 En desacuerdo
Diagnóstico y tratamiento de patologías orgánicas asociadas.	1 totalmente en desacuerdo, 5 totalmente de acuerdo	Sí, en la misma variable	1-2 De acuerdo 3 Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 4-5 En desacuerdo
Pacientes en el último mes con problemas relacionados con el alcohol	Ninguno, 1 a 5 (1 por semana), 6 a 10, 11 a 15, Más de 15 (3 por semana)	-	-
Conocimiento del recurso asistencial:			
Centro de Atención a las Drogodependencias	Si, No	-	-
Centro de Salud Mental	Si, No	-	-
Programas de metadona	Si, No	-	-
Asociaciones de alcohólicos	Si, No	-	-
Comunidades Terapéuticas	Si, No	-	-
Valoración de la coordinación:			
Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD)	1 muy mala, 5 muy buena	Sí, en la misma variable	1-2 Mala coordinación 3 Ni buena, ni mala 4-5 Buena coordinación
Valoración de la coordinación: Centro de Salud Mental (CSM)	1 muy mala, 5 muy buena	Sí, en la misma variable	1-2 Mala coordinación 3 Ni buena, ni mala 4-5 Buena coordinación
Valoración de la coordinación: Programas de metadona	1 muy mala, 5 muy buena	Sí, en la misma variable	1-2 Mala coordinación 3 Ni buena, ni mala 4-5 Buena coordinación

VARIABLE	CATEGORÍAS DE RESPUESTA	RECODIFICACIÓN	NUEVAS CATEGORÍAS DE RESPUESTA
Valoración de la coordinación:			
Valoración de la coordinación: Asociaciones de alcohólicos	1 muy mala, 5 muy buena	Sí, en la misma variable	1-2 Mala coordinación 3 Ni buena, ni mala 4-5 Buena coordinación
Aspectos que influyen para ofrecer atención a pacientes con problemas de adicción			
Falta de tiempo en la consulta	1 nada, 5 completamente	Sí, en la misma variable	1-2 Influye poco o nada 3 Influencia media 4-5 Influye bastante
Dificultad de coordinación con atención especializada	1 nada, 5 completamente	Sí, en la misma variable	1-2 Influye poco o nada 3 Influencia media 4-5 Influye bastante
Insuficiente formación en la materia	1 nada, 5 completamente	Sí, en la misma variable	1-2 Influye poco o nada 3 Influencia media 4-5 Influye bastante
Falta de apoyo por otros profesionales en el centro de salud	1 nada, 5 completamente	Sí, en la misma variable	1-2 Influye poco o nada 3 Influencia media 4-5 Influye bastante
Ausencia de protocolos específicos para tratamientos desde AP	1 nada, 5 completamente	Sí, en la misma variable	1-2 Influye poco o nada 3 Influencia media 4-5 Influye bastante
Falta iniciativas por parte de los responsables del Área	1 nada, 5 completamente	Sí, en la misma variable	1-2 Influye poco o nada 3 Influencia media 4-5 Influye bastante
Actividades que deberían ofrecerse desde los Centros de Salud			
Actividades de prevención primaria en la comunidad	Si, No	-	-
Información general y consejo médico	Si, No	-	-
Detección precoz de problemas de adicción y consejo	Si, No	-	-
Ofrecer tratamientos de desintoxicación	Si, No	-	-
Ofrecer tratamientos de la dependencia	Si, No	-	-
Derivar siempre a especializada ante un diagnóstico de dependencia	Si, No	-	-
Intervención sistemática sobre adicciones desde el Centro de Salud	-- Partidario de aumentar mi implicación - Dispuesto a aumentar la implicación si cambian algunas condiciones - Sólo participaría en condiciones excepcionales - No soy partidario de más participación	-	

1.2.5 Análisis de datos

Los datos fueron introducidos en una base de datos creada a tal efecto en ACCESS-2003. La entrada de datos se realizó durante los meses de octubre de 2010, mayo de 2012 y abril de 2014. Siendo posteriormente exportada a SPSS. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 22.0 (IBM Statistical Package for the Social Sciences). Se realizó en primer lugar una descripción de las variables usando técnicas para analizar distribución de frecuencias y análisis descriptivo de la muestra. Posteriormente se realizaron análisis de contingencia para las variables relacionadas con el perfil del profesional encuestado (sexo, tipo de centro de salud, grupo de edad o profesión) y las distintas variables en relación a su postura con respecto a la intervención sobre alcohol de manera sistemática desde el Centro de Salud y así, definir estas variables observadas a través de las relaciones causales que se crean entre ellas. Se realizaron pruebas Chi-cuadrado de Pearson para el contraste de hipótesis con un nivel de confianza del 95%, también se realizó el cálculo de Odds Ratio para las tablas de contingencia de dos variables dicotómicas.

Todos los análisis que se llevaron a cabo se estratificaron por sexo, profesión, grupo de edad y tipo de centro de salud.

1.3 Resultados

La Tabla 19 muestra que el 27,8% de los sanitarios de la red de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud (SMS) participaron en el estudio. Se observan diferencias de participación entre áreas de salud, destacando la baja participación del Altiplano (9,7%) frente a una alta participación en la Vega alta del Segura (51,72%) y el Noroeste (46,28%).

Tabla 19. Tasa de respuesta y su distribución por área de salud, fase y profesión.

		PROFESIÓN								
		MDF		PED		ENF		Total		
		SMS	CC*	SMS	CC	SMS	CC	SMS	CC	% de Respuesta
Fase I	Cartagena (II)	162	66	50	6	202	41	414	116	28,1
	Mar Menor (VIII)	59	24	20	6	79	18	158	50	31,64
Fase II	Murcia Oeste (I)	149	45	43	8	184	36	376	94	27,16
	Altiplano (V)	36	3	12	0	47	6	95	9	9,47
	Vega Media del Segura (VI)	147	59	45	8	185	40	377	115	30,50
	Vega Alta del Segura (IX)	33	20	9	4	45	19	87	45	51,72
Fase III	Lorca (III)	107	33	32	5	137	31	276	73	26,44
	Noroeste (IV)	47	26	13	6	61	23	121	56	46,28
	Murcia Este (VII)	122	25	37	7	149	21	308	57	18,50
Total		862	301	261	50	1089	235	2212	615	
% de Respuesta		34,92		19,16		21,58		27,80		

*Cuestionarios completados. MDF: Médico de Familia, PED: Pediatría, ENF: Enfermería

Tabla 20. Distribución de los profesionales encuestados por sexo, centro de salud y grupo de edad*

Sexo		Tipo CS		Grupo de Edad				Total
Hombres	Mujeres	Rural	Urbano	Menor de 35	36 – 44	45 – 54	Mayor de 55	
39,5%	60,4%	35,8%	62,6%	13,5%	26,8%	34,0%	20,7%	
235	359	220	385	83	165	209	127	615

*No contesta: Sexo (21; 3,4%) Tipo CS (10; 1,6%) Grupo de Edad (31; 5,0%)

La Tabla 20 muestra una mayor participación de mujeres (60,4%) que de hombres (39,5%), así como de centros urbanos (62,6%) que rurales (35,8%). En cuanto a los grupos de edad existen menos diferencias, siendo mayoritario el grupo de 45 a 54 años (34,0%).

Tabla 21. Formación específica sobre alcohol en los últimos cinco años (excluido el periodo de la especialidad) según sexo, grupo de edad, profesión y tipo de centro de salud.

		Formación en Alcohol						
		NO		SI		OR	IC 95%	
		(n)	%	(n)	%		Límite inferior	Límite superior
Sexo	Hombre	139	61,5%	87	38,5%	0,861	0,701	1,058
	Mujer	234	67,2%	114	32,8%	1,106	0,958	1,277
Grupo de edad	Menor de 35	49	59,0%	34	41,0%			
	36 – 44	108	67,9%	51	32,1%			
	45 – 54	130	64,7%	71	35,3%			
	Mayor de 55	80	66,1%	41	33,9%			
Profesión	Medicina de familia	170	58,6%	120	41,4%			
	Enfermería	162	71,4%	65	28,6%			
	Pediatría	34	69,4%	15	30,6%			
Tipo centro de salud	Rural	141	66,2%	72	33,8%	1,083	,859	1,366
	Urbano	238	64,0%	134	36,0%	,956	,842	1,086

Sexo: $\chi^2= 1,982$ $p<0,159$
 Grupo de edad: $\chi^2= 1,971$ $p<0,578$
 Profesión: $\chi^2= 9,576$ $p<0,008$
 Tipo de Centro de Salud: $\chi^2= 0,292$ $p<0,589$

La Tabla 21 muestra que, en torno a siete de cada diez encuestados niega haber recibido formación específica sobre alcohol en los últimos 5 años. No se observan diferencias significativas por sexo, grupo de edad y tipo de centro de salud, sí observándose por profesión. Los médicos han recibido más formación (41,4%) que sus compañeros enfermeros y pediatras.

Tabla 22. Formación autopercebida para llevar a cabo la intervención con pacientes con dependencia alcohólica según sexo, grupo de edad, profesión y tipo de centro de salud.

			Sexo		Grupo de edad				Profesión			Tipo de CS	
			Hombres	Mujeres	Menor de 35	36 a 44	45 a 54	Mayor de 55	MDF	ENF	PED	Rural	Urbano
1. Tratamiento de la dependencia	En desacuerdo	(n) %	131 58,2%	257 74,7%	55 66,3%	116 71,6%	141 71,6%	70 59,3%	162 55,7%	176 79,3%	43 89,6%	142 67,0%	245 66,8%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(n) %	54 24,0%	53 15,4%	20 24,1%	26 16,0%	28 14,2%	31 26,3%	70 24,1%	32 14,4%	5 10,4%	46 21,7%	71 19,3%
	De acuerdo	(n) %	40 17,8%	34 9,9%	8 9,6%	20 12,3%	28 14,2%	17 14,4%	59 20,3%	14 6,3%	0 0,0%	24 11,3%	51 13,9%
2. Tratamiento de desintoxicación	En desacuerdo	(n) %	128 56,9%	250 72,9%	54 65,1%	113 69,8%	136 69,0%	71 60,7%	152 52,4%	178 80,2%	42 87,5%	88 41,3%	150 40,5%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(n) %	57 25,3%	57 16,6%	21 25,3%	28 17,3%	30 15,2%	30 25,6%	78 26,9%	30 13,5%	5 10,4%	63 29,6%	114 30,8%
	De acuerdo	(n) %	40 17,8%	36 10,5%	8 9,6%	21 13,0%	31 15,7%	16 13,7%	60 20,7%	14 6,3%	1 2,1%	62 29,1%	106 28,6%
3. Diagnóstico y valoración de la situación de dependencia	En desacuerdo	(n) %	84 37,0%	149 31,3%	33 39,8%	63 38,9%	87 43,7%	47 39,5%	61 20,9%	135 60,5%	31 64,6%	94 43,1%	148 39,5%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(n) %	71 43,2%	100 29,0%	26 31,3%	49 30,2%	51 25,6%	39 32,8%	106 36,3%	54 24,2%	9 18,8%	48 22,0%	108 28,8%
	De acuerdo	(n) %	72 31,7%	96 27,8%	24 28,9%	50 30,9%	61 30,7%	33 27,7%	125 42,8%	34 15,2%	8 16,7%	76 34,9%	119 31,7%
4. Diagnóstico y tratamiento de patologías orgánicas asociadas	En desacuerdo	(n) %	85 37,0%	150 42,7%	30 36,1%	65 39,6%	84 41,4%	52 43,0%	45 15,2%	152 66,4%	30 61,2%	94 43,1%	148 39,5%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(n) %	69 30,0%	83 23,6%	34 41,0%	38 23,2%	48 23,6%	30 24,8%	95 32,1%	52 22,7%	5 10,2%	48 22,0%	108 28,8%
	De acuerdo	(n) %	76 33,0%	118 33,6%	19 22,9%	61 37,2%	71 35,0%	39 32,2%	156 52,7%	25 10,9%	14 28,6%	76 34,9%	119 31,7%

Sexo	Grupo Edad	Profesión	Tipo CS
1. $\chi^2= 17,282$ p<0,000	$\chi^2= 10,805$ p<0,095	$\chi^2= 7,877$ p<0,000	$\chi^2= 0,999$ p<0,607
2. $\chi^2= 15,752$ p<0,000	$\chi^2= 8,664$ p<0,193	$\chi^2= 56,180$ p<0,000	$\chi^2= 1,057$ p<0,589
3. $\chi^2= 2,232$ p<0,328	$\chi^2= 2,504$ p<0,868	$\chi^2= 100,697$ p<0,000	$\chi^2= 0,097$ p<0,952
4. $\chi^2= 3,305$ p<0,192	$\chi^2= 12,358$ p<0,054	$\chi^2= 168,335$ p<0,000	$\chi^2= 3,271$ p<0,195

La Tabla 22 muestra que los encuestados refieren mayoritariamente no estar capacitados para el desarrollo de ninguna de las cuatro actuaciones propuestas en cuanto a la intervención con pacientes con dependencia alcohólica. Se observa que las mujeres se encuentran menos capacitadas que los hombres en todas las actuaciones, siendo estadísticamente significativo en las dos primeras: tratamiento a la dependencia y tratamiento de desintoxicación (74,7% y 72,9% frente al 59,2% y 56,9% de los hombres). Los médicos de familia se reconocen más capacitados para cualquiera de las cuatro actuaciones que enfermeros y pediatras, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. No hay diferencias significativas entre grupos de edad ni tipo de centro de salud.

Tabla 23. Cuantificación del número de pacientes atendidos en el último mes con problemas relacionados con el alcohol según sexo.

		Pacientes atendidos en el último mes con problemas relacionados con el alcohol									
		Ninguno		1 a 5		6 a 10		11 a 15		Más de 15	
		(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Sexo	Hombres	75	31,9%	130	55,3%	21	8,9%	2	0,9%	3	1,3%
	Mujeres	131	36,5%	171	47,6%	33	9,2%	6	1,7%	3	2,5%
Grupo de edad	Menor de 35	22	26,5%	52	62,7%	7	8,4%	0	0,0%	2	2,4%
	36 – 44	55	33,3%	88	53,3%	12	7,3%	2	1,2%	4	2,4%
	45 – 54	73	34,9%	102	48,8%	20	9,6%	5	2,4%	5	2,4%
	Mayor de 55	52	40,9%	54	42,5%	15	11,8%	0	0,0%	1	0,8%
Profesión	MDF	45	15,0%	196	65,1%	41	13,6%	6	2,0%	10	3,3%
	ENF	113	48,1%	98	41,7%	14	6,0%	2	0,9%	2	0,9%
	PED	41	82,0%	6	12,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Tipo de CS	Rural	70	31,8%	117	53,2%	20	9,1%	5	2,3%	7	3,2%
	Urbano	141	36,6%	187	48,6%	34	8,8%	3	0,8%	5	1,3%

Sexo: $\chi^2= 4,718$ $p<0,451$
 Grupo de edad: $\chi^2= 19,114$ $p<0,209$
 Profesión: $\chi^2= 136,535$ $p<0,000$
 Tipo de CS: $\chi^2= 12,664$ $p<0,027$

La Tabla 23 muestra que entre ocho y nueve de cada diez encuestados no ha atendido a ningún o sólo un paciente con problemas relacionados con el alcohol de media a la semana. No se observan diferencias significativas por sexo ni grupo de edad. Sí hay diferencias significativas en cuanto a la profesión, los médicos de familia refieren haber recibido más pacientes que los recibidos en la consulta de enfermería y estos últimos más que en pediatría. Estos dos últimos principalmente indican no haber atendido a ninguno (enfermería: 50,0% hombres, 47,8% mujeres; pediatría: 68,8% hombres, 88,2% mujeres). También hay diferencias significativas entre los tipos de centro de salud, atendiendo más pacientes en el ámbito rural que en el urbano.

Tabla 24. Conocimiento de los recursos especializados existentes a los que se puede derivar pacientes con drogodependencias sexo, grupo de edad, profesión y tipo de centro de salud.

		Sexo		Grupo de edad				Profesión			Tipo de CS	
		Hombres	Mujeres	Menor de 35	36 - 44	45 - 54	Mayor de 55	Medicina de familia	Enfermería	Pediatría	Rural	Urbano
1. Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD)	NO	(n) 68	120	29	55	57	48	56	105	24	70	127
	%	28,9%	33,4%	34,9%	33,3%	27,3%	37,8%	18,6%	44,7%	48,0%	31,8%	33,0%
	SI	(n) 167	239	54	110	152	79	245	130	26	150	258
	%	71,1%	66,6%	65,1%	66,7%	72,7%	62,2%	81,4%	55,3%	52,0%	68,2%	67,0%
	OR	,879	1,084								,966	1,019
	Límite inferior	,704	,947								,770	,898
	Límite superior	1,099	1,241							1,213	1,158	
2. Centro Salud Mental (CSM)	NO	(n) 55	84	15	34	53	32	73	59	6	54	92
	%	23,4%	23,4%	18,1%	20,6%	25,4%	25,2%	24,3%	25,1%	12,0%	24,5%	23,9%
	SI	(n) 180	275	68	131	156	95	228	176	44	166	293
	%	76,6%	76,6%	81,9%	79,4%	74,6%	74,8%	75,7%	74,9%	88,0%	75,5%	76,1%
	OR	1,000	1,000								1,023	,987
	Límite inferior	,791	,857								,801	,856
	Límite superior	1,265	1,166							1,305	1,138	
3. Programas con metadona	NO	(n) 178	280	61	118	162	107	229	181	41	179	289
	%	75,7%	78,0%	73,5%	71,5%	77,5%	84,3%	76,1%	77,0%	82,0%	81,4%	75,1%
	SI	(n) 57	79	22	47	47	20	72	54	9	41	96
	%	24,3%	22,0%	26,5%	28,5%	22,5%	15,7%	23,9%	23,0%	18,0%	18,6%	24,9%
	OR	,927	1,052								1,278	,881
	Límite inferior	,738	,897								,965	,773
	Límite superior	1,166	1,236							1,693	1,004	

		Sexo		Grupo de edad				Profesión			Tipo de CS		
		Hombres	Mujeres	Menor de 35	36 - 44	45 - 54	Mayor de 55	Medicina de familia	Enfermería	Pediatría	Rural	Urbano	
4. Asociaciones alcohólicas	NO	(n)	132	202	57	94	111	69	162	136	33	132	214
		%	56,2%	56,3%	68,7%	57,0%	53,1%	54,3%	53,8%	57,9%	66,0%	60,0%	55,6%
	SI	(n)	103	157	26	71	98	58	139	99	17	88	171
		%	43,8%	43,7%	31,3%	43,0%	46,9%	45,7%	46,2%	42,1%	34,0%	40,0%	44,4%
	OR		0,998	1,002								1,123	0,937
	Límite inferior		0,817	0,878								0,904	0,831
	Límite superior		1,219	1,142							1,394	1,057	
5. Comunidades terapéuticas	NO	(n)	195	327	75	143	186	109	261	208	47	194	340
		%	83,0%	91,1%	90,4%	86,7%	89,0%	85,8%	86,7%	88,5%	94,0%	88,2%	88,3%
	SI	(n)	40	32	8	22	23	18	40	27	3	26	45
		%	17,0%	8,9%	9,6%	13,3%	11,0%	14,2%	13,3%	11,5%	6,0%	11,8%	11,7%
	OR		,672	1,409								,992	1,005
	Límite inferior		,532	1,080								,716	,832
	Límite superior		,850	1,840							1,374	1,212	

Sexo	Grupo Edad	Profesión	Tipo CS
1. $\chi^2=1,32$ p<0,250	$\chi^2= 4,509$ p<0,212	$\chi^2= 48,368$ p<0,000	$\chi^2= 0,087$ p<0,768
2. $\chi^2=0,00$ p<0,999	$\chi^2= 2,678$ p<0,444	$\chi^2= 4,104$ p<0,129	$\chi^2= 0,032$ p<0,857
3. $\chi^2=0,41$ p<0,523	$\chi^2= 7,092$ p<0,069	$\chi^2= 0,848$ p<0,654	$\chi^2= 3,171$ p<0,075
4. $\chi^2=0,00$ p<0,981	$\chi^2= 6,239$ p<0,101	$\chi^2= 2,895$ p<0,235	$\chi^2= 1,115$ p<0,291
5. $\chi^2=8,76$ p<0,003	$\chi^2= 1,450$ p<0,694	$\chi^2= 2,243$ p<0,326	$\chi^2= 0,002$ p<0,962

La Tabla 24 muestra que los recursos especializados existentes más conocidos son el Centro de Salud Mental (CSM), seguido del Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD) y en tercer lugar las Asociaciones de Alcohólicos. Se observan diferencias significativas por profesión con respecto al conocimiento del CAD, 81,4% de los médicos frente al 55,3% de enfermeros y 52,0% de pediatras. También se observan diferencias significativas por sexo con respecto al conocimiento de las comunidades terapéuticas, con un mayor conocimiento por parte de los hombres (17,0%) que las mujeres (8,9%).

Tabla 25. Valoración de la coordinación que existe para el seguimiento de los pacientes entre el centro de salud y el recurso asistencial en drogodependencias según sexo, grupo de edad, profesión y tipo de centro de salud.

			Sexo		Grupo de edad				Profesión			Tipo de CS	
			Hombres	Mujeres	Menor de 35	36 - 44	45 - 54	Mayor de 55	MDF	Enfermería	Pediatría	Rural	Urbano
1. Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD)	Mala coordinación	(n)	97	148	28	64	91	60	131	100	13	95	151
		%	46,2%	49,0%	37,3%	44,4%	51,7%	56,1%	46,3%	52,4%	40,6%	49,7%	46,3%
	Ni buena ni mala coordinación	(n)	65	89	31	38	49	30	81	57	12	56	100
		%	31,0%	29,5%	41,3%	26,4%	27,8%	28,0%	28,6%	29,8%	37,5%	29,3%	30,7%
	Buena coordinación	(n)	48	65	16	42	36	17	71	34	7	40	75
		%	22,9%	21,5%	21,3%	29,2%	20,5%	15,9%	25,1%	17,8%	21,9%	20,9%	23,0%
2. Centro Salud Mental (CSM)	Mala coordinación	(n)	61	102	14	42	69	35	93	58	10	66	98
		%	28,5%	32,4%	18,2%	28,0%	36,9%	32,7%	32,6%	29,3%	25,6%	34,0%	28,8%
	Ni buena ni mala coordinación	(n)	81	112	34	48	64	43	105	71	13	73	121
		%	37,9%	35,6%	44,2%	32,0%	34,2%	40,2%	36,8%	35,9%	33,3%	37,6%	35,6%
	Buena coordinación	(n)	72	101	29	60	54	29	87	69	16	55	121
		%	33,6%	32,1%	37,7%	40,0%	28,9%	27,1%	30,5%	34,8%	41,0%	28,4%	35,6%
3. Programas con metadona	Mala coordinación	(n)	114	177	40	77	103	68	173	104	13	111	182
		%	60,0%	63,0%	54,1%	58,3%	64,0%	70,8%	67,3%	58,1%	44,8%	66,9%	59,1%
	Ni buena ni mala coordinación	(n)	48	64	25	33	33	17	48	47	13	38	75
		%	25,3%	22,8%	33,8%	25,0%	20,5%	17,7%	18,7%	26,3%	44,8%	22,9%	24,4%
	Buena coordinación	(n)	28	40	9	22	25	11	36	28	3	17	51
		%	14,7%	14,2%	12,2%	16,7%	15,5%	11,5%	14,0%	15,6%	10,3%	10,2%	16,6%
4. Asociaciones alcohólicas	Mala coordinación	(n)	118	183	43	86	103	66	176	107	17	117	186
		%	59,9%	64,4%	58,9%	64,2%	62,4%	66,0%	67,2%	58,5%	56,7%	69,2%	59,4%
	Ni buena ni mala coordinación	(n)	55	70	21	31	42	27	56	54	11	38	86
		%	27,9%	24,6%	28,8%	23,1%	25,5%	27,0%	21,4%	29,5%	36,7%	22,5%	27,5%
	Buena coordinación	(n)	24	31	9	17	20	7	30	22	2	14	41
		%	12,2%	10,9%	12,3%	12,7%	12,1%	7,0%	11,5%	12,0%	6,7%	8,3%	13,1%

Sexo	Grupo Edad	Profesión	Tipo CS
1. $\chi^2= 0,396$ p<0,821	$\chi^2= 13,694$ p<0,033	$\chi^2= 4,785$ p<0,310	$\chi^2= 0,600$ p<0,741
2. $\chi^2= 0,903$ p<0,637	$\chi^2= 14,331$ p<0,026	$\chi^2= 2,416$ p<0,660	$\chi^2= 3,191$ p<0,203
3. $\chi^2= 0,479$ p<0,787	$\chi^2= 9,257$ p<0,160	$\chi^2= 12,336$ p<0,015	$\chi^2= 4,152$ p<0,152
4. $\chi^2= 1,025$ p<0,599	$\chi^2= 3,096$ p<0,797	$\chi^2= 6,534$ p<0,163	$\chi^2= 4,971$ p<0,083

La Tabla 25 muestra que la valoración de coordinación con los recursos asistenciales en drogodependencias en general es mala con las asociaciones de alcohólicos, programas de metadona y CAD y mejor valorada la coordinación con los CSM. No se observan diferencias significativas salvo por grupo de edad en cuanto al CAD y el CSM peor valorada por los grupo de mayor edad; y por profesión en los programas de metadona siendo mal valorada por los médicos y mostrando una mayor indiferencia los enfermeros y pediatras.

Tabla 26. Aspectos que influyen a la hora de llevar a cabo el abordaje del consumo de alcohol y otras drogas según sexo, grupo de edad, profesión y tipo de centro de salud.

		Sexo		Grupo de edad				Profesión			Tipo de CS	
		Hombres	Mujeres	Menor de 35	36 - 44	45 – 54	Mayor de 55	Medicina de familia	Enfermería	Pediatría	Rural	Urbano
1. Falta de tiempo en la consulta	Influye poco o nada	(n) 49	76	12	28	44	38	52	65	8	41	87
		% 21,5%	22,8%	14,5%	17,5%	23,0%	32,2%	17,5%	29,7%	20,5%	19,5%	24,3%
	Influencia media	(n) 50	77	19	32	39	31	57	57	6	55	72
		% 21,9%	23,1%	22,9%	20,0%	20,4%	26,3%	19,2%	26,0%	15,4%	26,2%	20,1%
	Influye bastante	(n) 129	181	52	100	108	49	188	97	25	114	199
		% 56,6%	54,2%	62,7%	62,5%	56,5%	41,5%	63,3%	44,3%	64,1%	54,3%	55,6%
2. Dificultad de coordinación con atención especializada	Influye poco o nada	(n) 53	85	17	37	49	29	61	63	12	56	86
		% 23,7%	26,1%	21,0%	23,6%	26,1%	25,2%	20,7%	30,0%	30,0%	27,3%	24,6%
	Influencia media	(n) 66	95	30	39	54	36	88	65	6	47	115
		% 29,5%	29,1%	37,0%	24,8%	28,7%	31,3%	29,9%	31,0%	15,0%	22,9%	32,9%
	Influye bastante	(n) 105	146	34	81	85	50	145	82	22	102	149
		% 46,9%	44,8%	42,0%	51,6%	45,2%	43,5%	49,3%	39,0%	55,0%	49,8%	42,6%
3. Insuficiente formación en la materia	Influye poco o nada	(n) 50	80	18	30	44	35	51	64	12	42	92
		% 22,1%	23,7%	21,7%	19,1%	22,6%	29,4%	17,3%	29,1%	28,6%	20,2%	25,6%
	Influencia media	(n) 74	94	28	45	51	41	107	53	7	68	102
		% 32,7%	27,9%	33,7%	28,7%	26,2%	34,5%	36,4%	24,1%	16,7%	32,7%	28,3%
	Influye bastante	(n) 102	163	37	82	100	43	136	103	23	98	166
		% 45,1%	48,4%	44,6%	52,2%	51,3%	36,1%	46,3%	46,8%	54,8%	47,1%	46,1%

		Sexo		Grupo de edad				Profesión			Tipo de CS	
		Hombres	Mujeres	Menor de 35	36 - 44	45 - 54	Mayor de 55	Medicina de familia	Enfermería	Pediatría	Rural	Urbano
4. Falta de apoyo por otros profesionales en el centro de salud	Influye poco o nada	(n) 80	138	37	61	71	45	106	90	20	77	145
		% 36,0%	42,2%	45,1%	39,4%	37,6%	39,1%	36,8%	42,1%	50,0%	37,6%	41,5%
	Influencia media	(n) 87	103	21	55	67	44	99	72	13	64	127
		% 39,2%	31,5%	25,6%	35,5%	35,4%	38,3%	34,4%	33,6%	32,5%	31,2%	36,4%
	Influye bastante	(n) 55	86	24	39	51	26	83	52	7	64	77
		% 24,8%	26,3%	29,3%	25,2%	27,0%	22,6%	28,8%	24,3%	17,5%	31,2%	22,1%
5. Ausencia de protocolos específicos para tratamientos desde AP	Influye poco o nada	(n) 52	95	17	42	52	32	60	72	15	49	102
		% 23,4%	28,6%	21,0%	27,3%	27,1%	27,4%	20,5%	33,5%	36,6%	24,0%	28,9%
	Influencia media	(n) 65	74	23	27	48	37	78	51	5	48	89
		% 29,3%	22,3%	28,4%	17,5%	25,0%	31,6%	26,7%	23,7%	12,2%	23,5%	25,2%
	Influye bastante	(n) 105	163	41	85	92	48	154	92	21	107	162
		% 47,3%	49,1%	50,6%	55,2%	47,9%	41,0%	52,7%	42,8%	51,2%	52,5%	45,9%
6. Falta iniciativas por parte de los responsable del Área	Influye poco o nada	(n) 50	92	17	35	50	35	59	67	15	48	97
		% 22,7%	28,1%	20,7%	23,2%	26,3%	30,4%	20,2%	32,1%	37,5%	23,8%	27,8%
	Influencia media	(n) 91	116	35	56	69	46	118	74	10	69	138
		% 41,4%	35,5%	42,7%	37,1%	36,3%	40,0%	40,4%	35,4%	25,0%	34,2%	39,5%
	Influye bastante	(n) 79	119	30	60	71	34	115	68	15	85	114
		% 35,9%	36,4%	36,6%	39,7%	37,4%	29,6%	39,4%	32,5%	37,5%	42,1%	32,7%

Sexo	Grupo Edad	Profesión	Tipo CS
1. $\chi^2= 0,313$ p<0,855	$\chi^2= 17,061$ p<0,006	$\chi^2= 20,510$ p<0,000	$\chi^2= 3,569$ p<0,168
2. $\chi^2= 0,440$ p<0,803	$\chi^2= 5,090$ p<0,532	$\chi^2= 11,287$ p<0,024	$\chi^2= 6,224$ p<0,045
3. $\chi^2= 1,520$ p<0,468	$\chi^2= 10,211$ p<0,116	$\chi^2= 17,868$ p<0,001	$\chi^2= 2,473$ p<0,290
4. $\chi^2= 3,646$ p<0,162	$\chi^2= 4,235$ p<0,645	$\chi^2= 4,216$ p<0,378	$\chi^2= 5,768$ p<0,056
5. $\chi^2= 4,031$ p<0,133	$\chi^2= 9,735$ p<0,136	$\chi^2= 15,052$ p<0,005	$\chi^2= 2,434$ p<0,296
6. $\chi^2= 2,695$ p<0,260	$\chi^2= 4,944$ p<0,551	$\chi^2= 12,881$ p<0,012	$\chi^2= 4,971$ p<0,083

La Tabla 26 muestra que las principales dificultades y barreras para el abordaje del consumo de alcohol, son la falta de tiempo en consulta, seguida de la ausencia de protocolos específicos para tratamientos desde AP, la insuficiente formación en la materia y la dificultad de coordinación con especializada. Pone de manifiesto diferencias significativas por profesión en sus opiniones, desde enfermería consideran que estas barreras influyen menos que la opinión de médicos y pediatras, salvo en el caso de la formación donde son los pediatras los que consideran que influye bastante más que la percepción de médicos y enfermeros. Se observa que influye más la dificultad de coordinación con atención especializada en el ámbito rural que en el urbano, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Y en cuanto a la falta de tiempo en consulta, se observan diferencias significativas por grupos de edad, siendo los más jóvenes los que consideran que más influye. No se observan diferencias significativas por sexo.

Tabla 27. Actividades que según los profesionales sanitarios deben ofrecerse desde la Atención Primaria de salud en relación al alcohol, según sexo, grupo de edad, profesión y tipo de centro de salud.

	Sexo		Grupo de edad				Profesión			Tipo de CS		
	Hombres	Mujeres	Menor de 35	36 – 44	45 – 54	Mayor de 55	Medicina de familia	Enfermería	Pediatría	Rural	Urbano	
1. Actividades de prevención primaria en la comunidad	NO	(n) 9	3	1	3	2	5	7	3	2	6	7
		% 4,0%	,9%	1,2%	1,9%	1,0%	4,2%	2,4%	1,4%	4,3%	2,8%	1,9%
	SI	(n) 218	337	82	156	197	113	287	217	44	206	354
		% 96,0%	99,1%	98,8%	98,1%	99,0%	95,8%	97,6%	98,6%	95,7%	97,2%	98,1%
	OR	1,909	0,412								1,255	0,852
	Límite inferior	1,355	0,154								0,691	0,513
Límite superior	2,690	1,099								2,280	1,415	
2. Información general y consejo médico	NO	(n) 4	3	0	4	1	1	2	3	2	2	5
		% 1,8%	,9%	0,0%	2,5%	0,5%	0,9%	0,7%	1,4%	4,4%	0,9%	1,4%
	SI	(n) 222	335	82	154	197	116	290	216	43	209	353
		% 98,2%	99,1%	100,0%	97,5%	99,5%	99,1%	99,3%	98,6%	95,6%	99,1%	98,6%
	OR	1,434	0,713								0,768	1,137
	Límite inferior	0,749	0,302								0,237	0,709
Límite superior	2,745	1,681								2,491	1,825	
3. Detección precoz de problemas de adicción y consejo	NO	(n) 7	2	1	3	3	1	6	3	1	7	3
		% 3,1%	0,6%	1,2%	1,9%	1,5%	0,9%	2,0%	1,4%	2,2%	3,3%	0,8%
	SI	(n) 217	338	80	159	195	114	288	215	44	204	356
		% 96,9%	99,4%	98,8%	98,1%	98,5%	99,1%	98,0%	98,6%	97,8%	96,7%	99,2%
	OR	1,989	0,365								1,922	,472
	Límite inferior	1,382	0,107								1,262	,183
Límite superior	2,864	1,241								2,925	1,219	

		Sexo		Grupo de edad				Profesión			Tipo de CS	
		Hombres	Mujeres	Menor de 35	36 – 44	45 – 54	Mayor de 55	Medicina de familia	Enfermería	Pediatría	Rural	Urbano
4. Ofrecer tratamientos de desintoxicación	NO	(n) 62	111	16	61	64	31	88	68	15	72	104
		% 28,1%	33,4%	19,5%	39,9%	32,8%	27,0%	30,3%	31,8%	35,7%	34,8%	29,7%
	SI	(n) 159	221	66	92	131	84	202	146	27	135	246
		% 71,9%	66,6%	80,5%	60,1%	67,2%	73,0%	69,7%	68,2%	64,3%	65,2%	70,3%
	OR	0,857	1,103									1,155
	Límite inferior	0,679	0,959								0,923	0,793
	Límite superior	1,080	1,269								1,444	1,057
5. Ofrecer tratamientos de la dependencia	NO	(n) 63	114	15	61	66	34	88	71	16	71	108
		% 29,0%	34,8%	18,3%	39,9%	34,4%	30,9%	30,7%	34,0%	38,1%	34,8%	31,2%
	SI	(n) 154	214	67	92	126	76	199	138	26	133	238
		% 71,0%	65,2%	81,7%	60,1%	65,6%	69,1%	69,3%	66,0%	61,9%	65,2%	68,8%
	OR	0,851	1,108									1,106
	Límite inferior	0,674	0,963								0,882	0,817
	Límite superior	1,073	1,274								1,387	1,083
6. Derivar siempre a especializada ante un diagnóstico de dependencia	NO	(n) 56	88	23	46	52	19	91	39	9	56	87
		% 25,5%	26,7%	28,4%	29,7%	27,4%	16,5%	31,9%	18,3%	20,5%	26,9%	25,1%
	SI	(n) 164	241	58	109	138	96	194	174	35	152	259
		% 74,5%	73,3%	71,6%	70,3%	72,6%	83,5%	68,1%	81,7%	79,5%	73,1%	74,9%
	OR	0,960	1,027									1,059
	Límite inferior	0,758	0,881								0,833	0,830
	Límite superior	1,216	1,197								1,346	1,123

Sexo	Grupo Edad	Profesión	Tipo CS
1. $\chi^2=6,243$ p<0,012	$\chi^2= 4,363$ p<0,225	$\chi^2= 1,783$ p<0,410	$\chi^2= 0,478$ p<0,489
2. $\chi^2=0,860$ p<0,354	$\chi^2= 4,675$ p<0,197	$\chi^2= 4,469$ p<0,107	$\chi^2= 0,220$ p<0,639
3. $\chi^2=5,534$ p<0,019	$\chi^2= 0,490$ p<0,921	$\chi^2= 0,364$ p<0,833	$\chi^2= 4,749$ p<0,029
4. $\chi^2=1,786$ p<0,181	$\chi^2= 11,673$ p<0,009	$\chi^2= 0,526$ p<0,769	$\chi^2= 1,546$ p<0,214
5. $\chi^2=1,951$ p<0,162	$\chi^2= 11,698$ p<0,008	$\chi^2= 1,247$ p<0,536	$\chi^2= 0,753$ p<0,385
6. $\chi^2=0,114$ p<0,736	$\chi^2= 6,902$ p<0,075	$\chi^2= 12,535$ p<0,002	$\chi^2= 0,215$ p<0,643

La Tabla 27 muestra que prácticamente la totalidad de los encuestados (más de nueve de cada diez) consideran que ha de darse información general y consejo médico, hacer detección precoz de problemas de adicción y consejo, y desarrollar actividades de prevención primaria en la comunidad. Mostrándose también a favor, aunque en menor medida, a ofrecer tratamientos de desintoxicación y tratamientos de la dependencia.

Se observa que las mujeres son más partidarias que los hombres de realizar actividades de prevención primaria en la comunidad y hacer detección precoz de problemas de adicción y consejo (99,1%; 99,4%), que los hombres (96,0%; 96,9%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Los menores de 35 (80,5%; 81,7%) seguidos de los mayores de 55 (73,6%; 69,1%) se muestran más a favor de los tratamientos de desintoxicación y dependencia que los grupos de edad intermedios (60,1%, 60,1%; 67,2%, 65,6%). Se observan diferencias significativas también entre los centros de salud urbanos, más partidarios (99,2%) de hacer detección precoz de problemas de adicción y consejo que los rurales (96,7%).

En cuanto a derivar siempre a especializada ante una dependencia, se observan diferencias significativas por profesión siendo más proclives a la derivación enfermeros/as (81,7%) y pediatras (79,5%) que los médicos (68,1%).

Tabla 28. Postura de los profesionales sanitarios de Atención Primaria ante la posibilidad de intervenir sobre las adicciones de manera sistemática desde el centro de salud, según sexo, grupo de edad, profesión y tipo de centro de salud.

		Soy partidario de aumentar mi implicación		Estaría dispuesto a aumentar la implicación si cambian algunas condiciones		Sólo estoy dispuesto a participar en condiciones excepcionales		No soy partidario de tener más participación		No contesta	
		(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Sexo	Hombres	59	25,1%	107	45,5%	35	14,9%	22	9,4%	12	5,1%
	Mujeres	88	24,5%	189	52,6%	43	12,0%	26	7,2%	13	3,6%
Grupo de edad	Menor de 35	30	36,1%	40	48,2%	7	8,4%	3	3,6%	3	3,6%
	36 – 44	38	23,0%	85	51,5%	15	9,1%	16	9,7%	11	6,7%
	45 – 54	48	23,0%	111	53,1%	27	12,9%	19	9,1%	4	1,9%
	Mayor de 55	29	22,8%	56	44,1%	26	20,5%	10	7,9%	6	4,7%
Profesión	Medicina de familia	82	27,2%	157	52,2%	29	9,6%	18	6,0%	15	5,0%
	Enfermería	56	23,8%	111	47,2%	39	16,6%	21	8,9%	8	3,4%
	Pediatría	6	12,0%	26	52,0%	8	16,0%	8	16,0%	2	4,0%
Tipo de CS	Rural	52	23,6%	114	51,8%	27	12,3%	14	6,4%	13	5,9%
	Urbano	99	25,7%	185	48,1%	49	12,7%	35	9,1%	17	4,4%

Sexo: $\chi^2= 3,916$ $p<0,417$
 Grupo de edad: $\chi^2= 23,268$ $p<0,026$
 Profesión: $\chi^2= 16,693$ $p<0,033$
 Tipo de CS: $\chi^2= 2,583$ $p<0,630$

La Tabla 28 muestra que los profesionales de Atención Primaria están dispuestos a aumentar su implicación, aunque en gran medida lo supeditan a un cambio en las condiciones. Se observan diferencias significativas por profesión siendo más partidarios los médicos (79,4%) que enfermeros/as (71,0%) y pediatras (64,0%). Conforme aumenta la edad del encuestado aumentan sus reticencias a aumentar su implicación, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. No se observan diferencias significativas por sexo o tipo de centro de salud.

1.4 Discusión

Los resultados de este estudio reflejan que sólo 12,1% de los hombres encuestados y 13,4% de las mujeres, refieren haber atendido a “seis o más pacientes” por cuestiones relacionadas con el consumo de alcohol. Datos muy por debajo de las prevalencias de consumo que se derivan de la última Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2013) (MSSS 2013) sobre las tasas de consumo de la población.

En cuanto a la profesión, casi la totalidad de pediatras (nueve de diez) indican no haber recibido a ningún paciente con problemas relacionados con el consumo de alcohol, entendible por el hecho de que los pacientes son menores de 14 años. Sin embargo, el 13% refieren haber atendido por cuestiones relacionadas con el alcohol entre uno y cinco pacientes al mes, dato importante si tenemos en cuenta que la edad de inicio del consumo de alcohol en la actualidad son 13 años (Observatorio sobre Drogas de la Región and Murcia 2011) y corresponde a población pediátrica. En cuanto a las consultas de medicina y enfermería destacar que, aún teniendo la misma población –en cuestión de edad- desde enfermería dicen atender a menos pacientes con esta problemática que los médicos.

De ello podemos inferir una escasa actividad de detección precoz y abordaje sistemático en esta materia. En esta línea se pronuncia Varela (Varela Veiga et al. 2003) cuando respalda la idea de que aun siendo una estimación indirecta, desde Atención Primaria se lleva a cabo un sistema de detección del consumo de riesgo de alcohol que se basa más en una detección oportunista que en un cribado sistemático; así como Bolaños (Bolaños Gallardo et al. 2010), de cuyo estudio se concluye que “los médicos de familia reconocen que el cribado no está incorporado en sus prácticas cotidianas.

Exploran y aconsejan cuando tienen sospechas por alteraciones en la analítica, observan algún cambio de comportamiento o son conocedores de problemas en la familia” (Bolaños Gallardo et al. 2010). Según el estudio realizado en Maryland (EEUU) de Duszynski (Duszynski et al. 1995) sólo el 41% de los sanitarios hacía el cribado sistemático de sus pacientes para la detección de problemas con el consumo de alcohol (Duszynski et al. 1995).

Partiendo de esta realidad, nos adentramos en las causas. La principal barrera a la hora del abordaje del consumo de alcohol es *la falta de tiempo en consulta*, donde coincide con, Rush (Rush et al. 1995), Megías (Megías Valenzuela et al. 2001), Arborelious (Arborelius and Damström Thakker 1995), Kaner (Kaner et al. 1999) y Babor y Higgins-Biddle (Babor and Higgins-biddle 2001). Estos últimos recogen entre las razones más citadas: “la falta de tiempo, la formación inadecuada, el miedo a antagonizar pacientes, la incompatibilidad percibida de los consejos sobre alcohol con la Atención Primaria y la creencia de que los “alcohólicos” no responden a las intervenciones” (Babor and Higgins-biddle 2001). Sin embargo aunque también recogida, es situada en tercer lugar en el estudio de Varela (Varela Veiga et al. 2003), sólo mencionada por el 11,4% de los encuestados.

Junto con *la falta de tiempo en consulta*, se identifican otras barreras importantes según el presente estudio. Así, en segundo lugar está *la ausencia de protocolos específicos para el tratamiento desde Atención Primaria* y en tercer lugar, *la dificultad de coordinación con atención especializada* en el caso de los hombres, principal problema en el estudio de Varela (Varela Veiga et al. 2003), que la describe como *la falta de cooperación por parte del nivel secundario de asistencia* y Acámer (Acámer Raga et al. 1997) que observó un insuficiente nivel de satisfacción en cuanto a coordinación con el medio especializado.

En cuarto lugar y tercero en el caso de las mujeres, en nuestro estudio está *la insuficiente formación en la materia*, en segunda posición en el estudio de Varela (Varela Veiga et al. 2003), al igual que en el estudio de Arborelious (Arborelius and Damström Thakker 1995). El estudio de Bolaños (Bolaños Gallardo et al. 2010), además de los ya mencionados (presión asistencial, insuficiente respaldo institucional, etc.), incluye aspectos relacionados con el propio profesional, como *la carencia de habilidades para preguntar, los niveles de consumo del propio sanitario*, y los que tienen que ver con la relación con sus pacientes, como *el miedo a invadir la intimidad y el temor de que perjudique la relación profesional-paciente*, estos últimos también recogidos por Arborelious (Arborelius and Damström Thakker 1995). Sin embargo “No hay ninguna evidencia disponible que sugiera que la aplicación sistemática de la identificación del consumo de alcohol, de riesgo o perjudicial, pueda acarrear efectos negativos, tales como incomodidad o insatisfacción entre los pacientes” (Rosón Hernández 2008). Por último recogemos *la falta de ayuda por parte de las políticas gubernamentales* que Kaner (Kaner et al. 1999) sitúa en primer lugar junto con la falta de tiempo, no mencionada en nuestro estudio.

A pesar de no considerarlo como la principal barrera, dos de cada tres encuestados reconocen no haber recibido formación específica sobre alcohol en los últimos cinco años. Una proporción por debajo de los resultados del estudio de Varela (Varela Veiga et al. 2003), donde el 84,2% de los médicos encuestados reconocen no haber recibido *suficiente* formación, aunque en nuestro estudio la pregunta simplemente recogía la existencia o no de formación sin entrar a valorar la misma. La proporción de médicos de familia formados, es superior a la de pediatras y enfermeros/as, por este orden. Lo cual es de destacar ya que el abordaje del consumo de alcohol desde Atención Primaria está recogido en la Cartera de Servicios del Servicio Murciano de Salud

(Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) 2010) para las tres categorías profesionales y en las recomendaciones de la SemFYC (Álvarez González 2007).

Se menciona la *dificultad de coordinación con atención especializada*. El Centro de Salud Mental (CSM) es el recurso más conocido, al que le sigue el Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD) ambos dentro de la red asistencial del Servicio Murciano de Salud. Sin embargo a pesar de conocerlo, uno de cada dos valoran como *mala* la coordinación con el CAD y uno de cada tres con el CSM. Según el estudio de Acamer (Acámer Raga et al. 1997), antes mencionado, la insatisfacción en cuanto a coordinación con el medio especializado era superior en los profesionales que trabajan en el medio urbano lo contrario de los datos que se derivan de nuestro estudio, donde los valores tanto de hombres como mujeres que trabajan en los centros de salud rurales son mayores a la hora de calificar como *mala* la coordinación con cualquiera de los recursos asistenciales existentes, que los datos de los centros urbanos.

El 70,6% de los hombres y el 77,1% de las mujeres están dispuestos a aumentar su implicación, aunque la mitad de los encuestados lo supeditan a un cambio en las condiciones. Así, aun partiendo de una baja implicación por parte de los profesionales, se puede por tanto afirmar que estamos ante un compromiso, una actitud positiva, por parte de los sanitarios de Atención Primaria, ante la posibilidad de intervención en el Centro de Salud. En este sentido encontramos otros trabajos como el de Espí (Rodríguez Fernández, E; Espí Martínez et al. 1999) donde, concretamente los médicos de familia, se consideran “legitimados” para intervenir ante el consumo de alcohol y los problemas asociados, mostrando una actitud favorable. También Megías (Megías Valenzuela et al. 2001), en su estudio donde sólo hace referencia a los médicos de familia, expone que “la mayoría de los médicos que trabajan en APS son conscientes de la escasa implicación de ésta en la atención de las drogodependencias, mostrando una

actitud proclive a un mayor compromiso”. Esta baja implicación como situación de partida, pero con una alta disposición al cambio, puede ser justificada, tal y como plantea Zarco (Zarco 2001) por el hecho de que quizá la falta de actividad docente e investigadora en relación a las drogodependencias en el ámbito de la Atención Primaria, haya sido uno de los motivos de la falta de implicación por parte de los profesionales sanitarios. Por ello que acciones relacionadas con la formación a los profesionales puedan cambiar estas dinámicas y conseguir un mayor compromiso de los sanitarios en este ámbito. Idea de la que parte el Programa ARGOS-Murcia y que contempla como herramienta de evaluación del mismo, volver a pasar este cuestionario tras la realización de las acciones del Programa.

Otros estudios por el contrario, a pesar de reconocer que es una función propia de su trabajo refieren un predominio de actitudes negativas y pesimistas (Rush et al. 1994). El estudio de Kaner (Kaner et al. 1999) expuso que sólo un 21% de los encuestados consideraba que su trabajo era efectivo de cara a ayudar a los pacientes a reducir el consumo de alcohol. Y en la misma línea se mostró Spandorfer (Spandorfer et al. 1999) al indicar que aunque la mayoría de los sanitarios de Atención Primaria consideraban que la intervención ante los problemas del consumo perjudicial o de dependencia alcohólica podrían tener un impacto positivo en la conducta del paciente, sólo el 21% estaba dispuesto a admitir que el tratamiento fuera satisfactorio para al menos la mitad de estos pacientes, mostrando actitudes derrotistas ante este tipo de actuación.

En el caso de pediatría, tres de cada diez no son partidarios de tener más participación o sólo estaría dispuesto a participar en condiciones excepcionales, en la línea de lo que plantea Bolaños cuando recoge que “se reconoce que en el escenario de

la consulta pediátrica el consumo de alcohol pertenece al terreno de lo velado” (Bolaños Gallardo et al. 2010).

Profundizando en la intervención en Atención Primaria en relación con el consumo de alcohol, atendiendo a los diferentes tipos de intervención, encontramos que consideran como acciones propias de este nivel asistencial: Prácticamente la totalidad de los encuestados (98%) consideran que ha de darse información general y consejo médico, hacer detección precoz de problemas de adicción y consejo, y desarrollar actividades de prevención primaria en la comunidad. Mostrándose más reticentes en cuanto a ofrecer tratamientos de desintoxicación (68,7%) y tratamientos de la dependencia (67,5%).

En este sentido también concluye Bolaños (Bolaños Gallardo et al. 2010) al subrayar que: “consideran parte de sus competencias la detección precoz del consumo excesivo, además de captar, atender y/ o derivar las personas con problemas de alcoholismo” (Bolaños Gallardo et al. 2010).

Del estudio en la Región de Murcia de Espí (Rodríguez Fernández, E; Espí Martínez et al. 1999) se deduce que “cuanto mayor es la edad del profesional encuestado, menores son sus reticencias sobre el trabajo con consumidores de alcohol” (Rodríguez Fernández, E; Espí Martínez et al. 1999). En nuestro caso no hay diferencias significativas en cuanto a la edad en ninguno de los diferentes tipos de intervención propuestos, aunque hay que subrayar que en el caso de los tratamientos de desintoxicación y tratamientos de la dependencia es el grupo de edad más joven (18-35 años) el que muestra una actitud más favorable para llevarlos a cabo.

En el estudio de Varela (Varela Veiga et al. 2003) el 34,2% creía que el ámbito adecuado para su abordaje era una red específica (Varela Veiga et al. 2003), aunque no

determina qué tipo de intervención considera fuera del ámbito de la Atención Primaria. En nuestro caso la postura de derivar siempre a especializada se concreta ante un diagnóstico de dependencia, siendo defendida por siete de cada diez encuestados. Aunque es de destacar que tres de cada diez sí estén de acuerdo con llevar desde Atención Primaria tratamientos de desintoxicación y dependencia.

Más allá va Miller (Miller et al. 2001) al concluir que el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol, así como los relacionados con otras drogas, son una cuestión periférica, que se encuentra fuera de las cuestiones médicas, es decir, dando un paso atrás al no reconocer esta problemática desde el punto de vista sanitario, de la enfermedad.

Como conclusión final, los resultados de este estudio muestran que, en el momento en que son preguntados, en general, los profesionales de Atención Primaria no llevan a cabo intervenciones sistematizadas sobre los problemas relacionados con el consumo de alcohol, disponen de escasa formación para la intervención en esta materia y consideran la falta de tiempo como principal barrera para la atención a estos pacientes. Sin embargo sí piensan que sea su competencia y una función propia de este ámbito asistencial y tienen una actitud favorable ante la propuesta de aumentar su implicación.

1.5 Referencias.

Acámer Raga F, López Arribas C, López-Torres Hidalgo J. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en Atención Primaria. *Titlerevista* [Internet]. 1997;20(8):401–7. Available from: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencin-primaria-27/articulo/satisfaccion-laboral-los-profesionales-sanitarios-14672?referer=buscador>

Álvarez González J. 1o Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. SemFYC, editor. Madrid; 2007.

Arborelius E, Damström Thakker K. Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? *Fam Pract*. Oxford University Press; 1995;12 No4:419–22.

Babor TF, Higgins-biddle JC. Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud. 2001;1–52.

Bolaños Gallardo E, Redondo S, Maderuelo Fernández J, Marcos Valladolid MC, Palacín Vega F. Estudio sobre las percepciones, creencias y actitudes de los y las profesionales de Atención Primaria respecto al consumo de alcohol y su abordaje desde el sistema de salud. Junta de Castilla La Mancha: Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas del Comisionado Regional para la Droga; 2010.

Bóveda J, Ángel L, Torres P De, Campi M, Fontcuberta JMB, Barragán N, et al. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Aten primaria*. 2014;45(9).

Campos Martín R HGR. El alcoholismo como enfermedad social en la España de la Restauración: problemas de definición. Vol. 11. Madrid: Dynamis; 1991. p. 263–86.

Consejería de Sanidad. Cartera de Servicios Servicio Murciano de Salud [Internet]. Murcia; 2007. Available from: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/153131-cartera_sms.pdf

Duszynski KR, Nieto FJ, Valente CM. Reported practices, attitudes, and confidence levels of primary care physicians regarding patients who abuse alcohol and other drugs. *Md Med J. UNITED STATES*; 1995 Jun;44(6):439–46.

Kaner E, Heather N, Mcavoy B, Lock C, Gilvarry E. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: Attitudes and practives of english general practitioners. *Alcohol Alcohol* [Internet]. 1999 Jul 1;34(4):559–66. Available from: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/34/4/559.abstract>

Megías Valenzuela E, Zarco Montejo J, Bravo Portela MJ, Júdez Gutiérrez J, Navarro Botella FJ, Rodríguez San Julián E. *La Atención Primaria de Salud ante las drogodependencias*. FAD, editor. FAD. Madrid; 2001.

Miller NS, Sheppard LM, Colenda CC, Magen J. Why Physicians Are Unprepared to Treat Patients Who Have Alcohol- and Drug-related Disorders. *Acad Med* [Internet]. 2001 May;76(5):410–8. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-200105000-00007>

MSSS. Encuesta sobre Alcohol y otras drogas en población general en España (EDADES 2011-2012). Madrid; 2013.

Observatorio sobre Drogas de la Región, Murcia. Informe del Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia EDADES 2011. Murcia; 2011.

OMS. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra; 2010.

OMS. Global Status Report of Alcohol and Health. Ginebra; 2011.

Organización de los Estados Americanos. Drogas y Salud Pública. In: Inzulza J, editor. El Problema de las Drogas en las Américas. Washington DC; 2013. p. 79.

Rodríguez Fernández, E; Espí Martínez F, Canteras Jordana M, Gómez Moraga A. Actitud de los médicos de atención primaria sobre los pacientes con consumo excesivo de alcohol. *Atención primaria* [Internet]. 1999;24(8):447–55. Available from: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/articulo/actitud-los-medicos-atencion-primaria-13395?referer=buscador>

Rosón Hernández B. Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. *Galicia Clínica | Soc Galega Med Interna*. 2008;69(1).

Rush B, Bass M, Stewart M, McCracken E, Labreque M, Bondy S. Detecting, preventing, and managing patients' alcohol problems. *Can Fam Physician*. CANADA; 1994 Sep;40:1557–66.

Rush BR, Powell LY, Crowe TG, Ellis K. Early intervention for alcohol use: family physicians' motivations and perceived barriers. *C Can Med Assoc J* [Internet]. 1995 Mar 15;152(6):863–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337759/>

Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Cartera de Servicios de Atención Primaria: Desarrollo, organización, usos y contenido. MSPS, editor. Madrid; 2010.

Spandorfer JM, Israel Y, Turner BJ. Primary care physicians' views on screening and management of alcohol abuse: inconsistencies with national guidelines. *J Fam Pract*. UNITED STATES; 1999 Nov;48(11):899–902.

USPSTF. Final Recommendation Statement Alcohol Misuse: Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care. *Ann Intern Med* [Internet]. 2013; Available from:

<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/alcohol-misuse-screening-and-behavioral-counseling-interventions-in-primary-care#copyright-and-source-information>

Varela Veiga M, Rodríguez MP, López Rodríguez I. Percepciones y opiniones del médico de atención primaria sobre el consumo de alcohol. *Aten primaria* [Internet]. 2003;05(04):329–34. Available from: <http://zl.elsevier.es/es/revista/trastornos-adictivos-182/percepciones-opiniones-medico-atencion-primaria-consumo-alcohol-13053575-area-educacion-prevencion-servicios-asistenciales-2003>

Willenbring ML, Massey SH, Gardner MB. Helping patients who drink too much: An evidence-based guide for primary care physicians. Vol. 80, *American Family Physician*. 2009. p. 44–50.

Zarco J. Drogodependencias y atención primaria: ¿una relación reconducible? *Aten primaria*. 2001;28(8):519–22.

V. CAPÍTULO 2.

Prevalencia de los diferentes niveles de consumo de alcohol y perfil sociosanitario de los usuarios de Atención Primaria de la Región de Murcia

2.1 Introducción

El consumo de alcohol causa 3,3 millones de muertes anuales lo que supone un 5,9% del total (OMS 2014b). Tiene un papel fundamental en el desarrollo de más de sesenta enfermedades y lesiones, y es un componente causal en otras 200 (OMS 2011). De forma global es el tercer factor de riesgo en años de vida perdidos y vividos con incapacidad, sólo por detrás del tabaco y la hipertensión arterial (OMS 2011). El consumo de alcohol es también un problema sanitario y por este motivo se recomienda su abordaje desde la Atención Primaria de Salud (APS) (Álvarez González 2007).

Sin embargo, Aubà Llambrich y Freixedas Casaponsa ponen de manifiesto la existencia de un infradiagnóstico importante (Aubà Llambrich and Freixedas Casaponsa 2000). Un porcentaje alto de las personas atendidas en los establecimiento sanitarios tienen un consumo de riesgo o problemas relacionados con el alcohol, y sin embargo los sanitarios sólo son conscientes de una pequeña parte del problema, hablándose del “efecto iceberg” (Aubà Llambrich and Freixedas Casaponsa 2000). Algunos estudios analizan el número de historias clínicas que recogen el consumo de bebidas alcohólicas, entre ellos Jiménez Mena (Jiménez Mena et al. 1993) que en un estudio a nivel nacional sitúa el registro de alcohol en un 53,4% o el de Bueno Ortiz (Bueno Ortiz JM, Aubà Llambrich J, 1997) donde el registro en los últimos dos años sólo se encontraba en el 24,8% de las historias. Con todo lo anterior se puede desprender que no se realiza este cribado sistemático conforme a las recomendaciones e instrucciones de la Cartera de Servicios (Consejería de Sanidad 2007). Según nuestros datos del capítulo anterior (opiniones y actitudes ante el abordaje de alcohol desde este ámbito asistencial, Capítulo uno), más de ocho de cada diez profesionales sanitarios de AP no han atendido a ninguno o sólo a un paciente con problemas relacionados con el alcohol de media a la

semana. De ello podemos inferir una escasa actividad de detección precoz y abordaje sistemático en esta materia.

En el capítulo anterior se identificaban las dificultades y barreras que encuentran los profesionales de APS de la Región de Murcia respecto al abordaje del consumo de alcohol en este ámbito sanitario. Entre ellas, encontramos barreras como la falta de tiempo en consulta, la ausencia de protocolos específicos, la dificultad de coordinación con atención especializada y la falta de formación.

El Programa ARGOS-Murcia, y en concreto el Proyecto ARGOS-AP propone un protocolo de actuación en Atención Primaria basado en el cribado sistemático para el abordaje del consumo de alcohol. En su puesta en marcha complementa acciones formativas con el desarrollo de un proyecto de investigación basado en el desarrollo del protocolo.

En este estudio, los profesionales sanitarios realizan de manera sistemática el cribado del consumo de alcohol, buscando que incorporen en su práctica habitual el abordaje del consumo de alcohol, no sólo en los casos ya diagnosticados con dependencia alcohólica sino incluyendo la detección precoz de consumo de alcohol de riesgo. Este modelo de investigación-formación-acción (Pablo Rico Gallegos 2005) incorpora el uso del CAGE y la pregunta del consumo semanal a las consultas. En una validación realizada, Lawner concluye que “la intervención formativa es una manera exitosa de mejorar el uso del CAGE, incrementándose su uso del 5,9% al 76,7%” (Lawner et al. 1997). La intención del Programa ARGOS-Murcia es desarrollar un proyecto para incorporar en la práctica habitual el cribado e intervención en los problemas relacionados con el consumo de alcohol de los pacientes, una práctica social que resulta susceptible de mejora (Pablo Rico Gallegos 2005).

Adicionalmente se pretende determinar el consumo de alcohol de los pacientes que acuden a consulta de Atención Primaria en la Región de Murcia, ya que son escasos los estudios publicados sobre la prevalencia del consumo de riesgo en el ámbito sanitario español (Rosón Hernández 2008).

El objetivo principal de este capítulo es conocer la prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en los pacientes que acuden a consulta de AP sobre la base del consumo la semana previa a la visita y el cuestionario de cribado CAGE camuflado, así como describir el perfil sociosanitario de estos pacientes.

2.2 Material y método

2.2.1 Descripción de la muestra

Estudio multicéntrico descriptivo transversal cuyo trabajo de campo se ha llevado a cabo en consultas de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud de la Región de Murcia, tanto de enfermería como de medicina familiar y comunitaria.

El trabajo de campo se realizó durante los meses de mayo y junio de 2011 en las áreas II (Cartagena) y VIII (Mar Menor); mayo y junio de 2012 en las áreas de salud I (Murcia-Este), V (Altiplano), VI (Vega media del Segura), y IX (Vega Alta del Segura) y mayo y junio de 2014 en las áreas de salud III (Lorca), IV (Noroeste) y VII (Murcia-Oeste). Las tres fases están en relación con el cronograma de implementación del Programa ARGOS en la Región de Murcia.

La primera acción del Programa es la formación de formadores, así en la formación entre iguales que se deriva de la anterior (sesiones clínicas “Alcohol y Atención Primaria”) y que se desarrolla en cada Centro de Salud de la Región, los profesionales responsables del Programa ARGOS-Murcia en su Centro de Salud (un médico y un enfermero/a) exponen a los compañeros los proyectos de investigación que se derivan del programa, cuya metodología les ha sido expuesta en la jornada de formación. De esta forma, todos aquellos profesionales sanitarios del ámbito de la medicina de familia o la enfermería de Atención Primaria, interesados en participar, se inscriben en el proyecto y acuden a una jornada de formación de investigadores de cuatro horas, con contenidos específicos para llevar a cabo esta investigación.

En esta sesión formativa “Sesión de formación Programa ARGOS: entrevista motivacional y consejo de salud en población adulta. Proyecto ARGOS–Adultos.”, se

expone la metodología del trabajo de campo (la cual se indica más adelante en este mismo apartado) con el principal objetivo de unificar criterios, y de manera complementaria se imparte un taller práctico de tres horas sobre entrevista motivacional y consejo breve de salud para el abordaje del alcohol en población adulta que acude a consulta de AP.

En este sentido, la elección de los profesionales sanitarios encargados del trabajo de campo es aleatoria ya que participan de manera voluntaria en esta investigación.

La población objeto de estudio son los usuarios de Atención Primaria de la Región de Murcia, con base clínica poblacional, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años. Cada profesional sanitario recluta a 48 pacientes. Contamos con una muestra de 2.286 pacientes.

Tabla 29. Pacientes registrados por sexo y grupo de edad.

	Grupo de edad	Sexo					
		Total	Hombres		Mujeres		
	18 a 30 años	289	27,9%	47,5%	319	28,1%	52,5%
	31 a 45 años	337	32,5%	47,6%	371	32,7%	52,4%
	46 a 65 años	410	39,6%	47,9%	446	39,3%	52,1%

2.2.2 Metodología del trabajo de campo:

Criterios de inclusión: pacientes de 18 a 65 años que acudan a consulta y acepten verbalmente participar en el estudio.

Criterios de exclusión: pacientes con dependencia alcohólica diagnosticada, pacientes con enfermedades concurrentes graves y pacientes en estudio de otra patología de gravedad.

El reclutamiento se realiza mediante muestreo consecutivo “consiste en seleccionar los pacientes que cumplen criterios de selección especificados en el protocolo de estudio, a medida que acuden a consulta durante un período determinado” (Rebollo Roldán and Jiménez Rejano 2010). De manera sistemática se recluta a 48 pacientes por profesional sanitario, distribuidos por igual según las variables sexo y grupo de edad, dos días por semana durante 4 semanas.

La sistemática de reclutamiento es la siguiente:

Dos en el primer turno del día (ejemplo de 9.30h a 11.30h) y dos en el segundo turno (ejemplo de 11.30h a 14:00h). Reclutando los dos primeros pacientes de cada turno que cumplan los criterios de inclusión. En el caso de que en el primer turno no se haya recibido a dos pacientes con el criterio de inclusión se reclutarán en el siguiente turno acumulándose a los dos de dicho turno. En el caso de que ese día no se haya podido completar los cuatro pacientes, se continuará el miércoles o viernes respectivamente.

2.2.3 Instrumentos

Los instrumentos de cribado se utilizaron en una entrevista clínica (Rodríguez Martos 2005) llevada a cabo por parte del profesional sanitario en el marco de una intervención oportunista en aquellos pacientes que cumplían criterios de inclusión.

Una vez reclutado el paciente se lleva a cabo la siguiente intervención:

1. Se pasa el cuestionario de consumo CAGE Camuflado, por parte del profesional sanitario.

2. Se pregunta y registra el consumo diario semanal, considerando el fin de semana desde el viernes tarde-noche hasta el domingo comida.

Además de la recogida de información del consumo de alcohol referido a la última semana, los profesionales sanitarios utilizan el cuestionario CAGE camuflado para detectar consumos de riesgo. De esta forma se supera la limitación de la no veracidad en las respuestas directas sobre consumo, al utilizar la versión camuflada del mismo (Álvarez González 2007). En cuanto al momento para aplicarlo dentro de la intervención oportunista, se hizo antes de preguntar por el consumo semanal ya que preguntar por la cantidad y la frecuencia de consumo de alcohol antes del pasar el CAGE produce una disminución de los resultados positivos del mismo (Etter 2004).

A pesar de que este cuestionario está más orientado a la detección de la dependencia alcohólica ha sido aceptado para ser utilizado en Atención Primaria para la detección de consumidores de alcohol de riesgo (Álvarez González 2007) principalmente por la sencillez a la hora de calcular el resultado (Rosón Hernández 2008), y su brevedad, lo cual hace viable su utilización y fácilmente aplicable a la práctica clínica (Dhalla and Kopec 2007). Convirtiéndose así en una adecuada herramienta adaptada a la presión asistencial de la Atención Primaria de Salud. Además es el recomendado en el protocolo recogido en la Cartera de Servicios del Servicio de AP Región de Murcia para usuarios mayores de 14 años (Consejería de Sanidad 2007).

Se optó por preguntar por su consumo semanal ya que la validez y fiabilidad de las estimaciones retrospectivas se halla bien establecida (Sobell et al. 1979), y su validez es superior a la de las preguntas cantidad / frecuencia (Q/F) (Sobell, L. C. & Sobell 1995). Además el “cálculo de los consumos alcohólicos mediante la UBE de 10 g contribuye a facilitar el trabajo clínico en Atención Primaria y en las intervenciones

preventivas y además fortalece el rigor de las encuestas epidemiológicas” (Llopis, J.J.; Gual, A.; Rodríguez-Martos 2000) por ello que se registraran las UBEs de cada día de la semana.

3. Se recogen los datos sobre el historial médico básico y otros consumos. Los datos requeridos de la historia clínica del paciente son los siguientes: Hipertensión Arterial (HTA), Hipercolesterolemia, Hipertrigliceridemia, Sobrepeso / Obesidad, Fumador (Cigarros/Día, Paquetes/año), Consumo de otros tóxicos (Cannabis, Cocaína, Otros), Prescripción de psicofármacos (ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos, neurolépticos, otros), Otras patologías de interés.

Para el registro de los datos, se diseñó y editó un Cuadernillo de Recogida de Datos (CRD) para cada investigador en el que se incluía:

- Una hoja para el registro de cada paciente/visita con:

Instrumentos para el cribado sistemático: El cuestionario CAGE camuflado y Consumo semanal diario, cuantificando en UBE el consumo diario de la semana previa a la intervención.

Datos sociosanitarios del paciente: sexo, grupo de edad, fecha de nacimiento, patologías, otros consumos y prescripción de psicofármacos.

- Además se recoge una Tabla donde se indica la forma de cuantificar las UBE y los límites establecidos para considerar un consumo de riesgo.

- De manera complementaria a la ficha de recogida de información de cada visita se añade una plantilla para llevar el recuento de pacientes reclutados conforme a la distribución por grupo de edad y sexo requerida.

2.2.4 Variables de estudio

VARIABLE	CATEGORÍAS DE RESPUESTA	RECODIFICACIÓN	NUEVA VARIABLE (categorías de respuesta)
Sexo	Hombre, Mujer	-	
Grupos de Edad	18 a 30 años De 31 a 45 años De 46 a 65 años	-	
Fecha de nacimiento	-	Cálculo de la edad	Edad en años
Patologías asociadas:			
Hipertensión Arterial	Si, No	-	-
Sobrepeso	Si, No	-	-
Obesidad	Si, No	-	-
Hipercolesterolemia	Si, No	-	-
Hipertrigliceridemia	Si, No	-	-
Prescripción de psicofármacos:			
Ansiolítico	Si, No	Agrupación de todos los psicofármacos	Prescripción de psicofármacos (Si, No)
Hipnótico	Si, No		
Antidepresivo,	Si, No		
Neuroléptico	Si, No		
Otros	Si, No		
Otros consumos:			
Consumo de tabaco	Si, No	-	-
Consumo de cannabis	Si, No	-	-
Consumo de cocaína.	Si, No	-	-
Cuestionario CAGE*			
Ítem 3.	Si, No	2 o más de los ítems 3, 6, 9 y 11 con categoría de respuesta Si.	Resultado CAGE (Positivo, Negativo)
Ítem 6.	Si, No		
Ítem 9.	Si, No		
Ítem 11.	Si, No		
Consumo semanal (a partir de las UBEs que refieren para cada día de la semana)			
Consumo semanal total	Numérica (Suma de las UBEs diarias consumidas durante la última semana)	>=17 UBEs hombres	Consumo de riesgo (Si, No) (Robledo T 2007)
		>=11 UBEs mujeres	
		Consumo todos los días	Consumo diario (Si, No)
Episodios de consumo intensivo		Consumo cero	Abstinencia (Si, No)
			Semanal en hombres (Si, No)
		>=6 UBEs/día hombres	Semanal en mujeres (Si, No)
		>=4 UBEs/día mujeres	Fin de semana en hombres (Si, No)
		(Álvarez González 2007)	Fin de semana en mujeres (Si, No)
			De lunes a jueves en hombres (Si, No)
			De lunes a jueves en mujeres (Si, No)

* Ítem 3. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?

Ítem 6. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?

Ítem 9. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?

Ítem 11. ¿En alguna ocasión lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de la resaca?

2.2.5 Análisis de datos

Los datos fueron introducidos en una base de datos creada a tal efecto en ACCESS-2003. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 22.0 (IBM Statistical Package for the Social Sciences) programa estadístico informático frecuente en las Ciencias Sociales y en el estudio de investigaciones cuantitativas.

Se realizó en primer lugar una descripción de las variables usando técnicas para analizar distribución de frecuencias y análisis descriptivo de la muestra. Posteriormente se realizaron análisis de contingencia para las variables relacionadas con el perfil sociosanitario del paciente (patologías, otros consumos) y en relación con el resultado del CAGE camuflado y del consumo semanal. Definiendo estas variables observadas a través de las relaciones causales que se crean entre ellas con la prueba de Chi cuadrado de Pearson (prueba exacta de Fisher cuando las casillas no permitían confirmar la significación estadística) con un nivel de confianza del 95%. También se ha utilizado la Regresión Logística para identificar el valor predictivo de las preguntas del CAGE para el resultado final. Por último se calcula la sensibilidad y especificidad del cuestionario CAGE y el valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de tener un consumo de riesgo (según el consumo referido), tanto en hombres como en mujeres.

Todos los análisis que se llevaron a cabo se estratificaron por sexo y cuando se consideró oportuno también por grupo de edad.

2.3 Resultados

2.3.1 Resultados del consumo de alcohol referido en la última semana

Tabla 30. Consumo de alcohol de riesgo por sexo y grupo de edad.

		Grupo de Edad			
		18 a 30 años	31 a 45 años	46 a 65 años	Total
Hombres	Consumo de Riesgo	265	306	338	959
		91,7%	90,8%	82,4%	88,0%
Hombres	Consumo de Riesgo	24	31	72	131
		8,3%	9,2%	17,6%	12,0%
		18 a 30 años	31 a 45 años	46 a 65 años	Total
Mujeres	Consumo de Riesgo	306	347	411	1123
		95,9%	93,5%	92,2%	93,9%
Mujeres	Consumo de Riesgo	13	24	35	73
		4,1%	6,5%	7,8%	6,1%

Total: $\chi^2= 6,822$ $p<0,009$

Hombres $\chi^2= 17,851$ $p<0,000$ Mujeres $\chi^2= 4,474$ $p<0,107$

La Tabla 30 muestra que la tasa de consumo de alcohol de riesgo es mayor entre los hombres (12,0%) que entre mujeres (6,1%) siendo estas diferencias entre sexos estadísticamente significativas. También se observa que en el caso de los hombres, las diferencias se encuentran entre el grupo de edad de 46 a 65 años y los otros dos grupos. Siendo el tercero (de 46 a 65 años) el que más representa del total de pacientes con consumo de riesgo (17,6% de los hombres de este grupo de edad). En las mujeres no existen diferencias significativas por grupo de edad. Sin embargo, se muestra una tendencia similar a la de los hombres donde los grupos de mayor edad tienen niveles de consumo de riesgo más altos.

Tabla 31. Perfil sociosanitario de los pacientes en relación con el consumo semanal de alcohol: Patologías.

		Hombres				Mujeres			
		Consumo de riesgo				Consumo de riesgo			
		NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
1. Hipertensión Arterial	NO	751	78,3%	89	67,9%	901	80,2%	60	82,2%
	SI	208	21,7%	42	32,1%	222	19,8%	13	17,8%
2. Hipercolesterolemia	NO	771	80,4%	91	69,5%	916	81,6%	54	74,0%
	SI	188	19,6%	40	30,5%	207	18,4%	19	26,0%
3. Hipertrigliceridemia	NO	885	92,3%	113	86,3%	1069	95,2%	70	95,9%
	SI	74	7,7%	18	13,7%	54	4,8%	3	4,1%
4. Sobrepeso	NO	763	79,6%	92	70,2%	896	79,8%	57	78,1%
	SI	196	20,4%	39	29,8%	227	20,2%	16	21,9%
5. Obesidad	NO	872	90,9%	116	88,5%	1004	89,4%	64	87,7%
	SI	87	9,1%	15	11,5%	119	10,6%	9	12,3%

	Hombres	Mujeres
1.	$\chi^2= 7,015 p<0,008$	$\chi^2= 0,167 p<0,683$
2.	$\chi^2= 8,325 p<0,004$	$\chi^2= 2,580 p<0,108$
3.	$\chi^2= 5,412 p<0,020$	$\chi^2= 0,064 p<0,786$
4.	$\chi^2= 5,936 p<0,015$	$\chi^2= 0,123 p<0,726$
5.	$\chi^2= 0,769 p<0,381$	$\chi^2= 0,215 p<0,643$

La Tabla 31 muestra que en el caso de la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la hipertrigliceridemia y el sobrepeso sí se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los hombres que refieren un consumo semanal de riesgo y los que no. Existiendo una mayor prevalencia entre los que tienen un consumo de alcohol de riesgo (32,1%, 30,5%, 13,7% y 29,8% respectivamente frente al 21,7%, 19,6%, 7,7% y 20,4%). Sin embargo, no se observan diferencias significativas entre las prevalencias de estas patologías entre las mujeres que presentan un consumo de alcohol de riesgo y las que no.

Tabla 32. Perfil sociosanitario de los pacientes en relación con el consumo semanal de alcohol: Otras sustancias de abuso.

		Hombres				Mujeres			
		Consumo de Riesgo				Consumo de Riesgo			
		NO		SI		NO		SI	
Tabaco	NO	683	71,2%	59	45,0%	863	76,8%	43	58,9%
	SI	276	28,8%	72	55,0%	260	23,2%	30	41,1%
Cannabis	NO	929	96,9%	116	88,5%	1114	99,2%	70	95,9%
	SI	30	3,1%	15	11,5%	9	0,8%	3	4,1%
Cocaína	NO	957	99,8%	124	94,7%	1121	99,8%	72	98,6%
	SI	2	0,2%	7	5,3%	2	0,2%	1	1,4%

Hombres	Mujeres
1. $\chi^2= 36,352$ $p<0,000$	$\chi^2= 12,015$ $p<0,001$
2. $\chi^2= 20,168$ $p<0,000$	$\chi^2= 7,552$ $p<0,032$
3. $\chi^2= 37,113$ $p<0,000$	$\chi^2= 3,891$ $p<0,172$

La Tabla 32 muestra que en ambos sexos los consumidores de alcohol de riesgo son más fumadores que los que no tienen consumo de alcohol de riesgo. Lo mismo ocurre en el caso del cannabis (3,1% frente al 11,5% en hombres y 0,8% frente al 4,1% en mujeres). Incluso, dentro de los consumidores de riesgo hay más fumadores de tabaco que no fumadores en el caso de los hombres, situación inversa en el caso de las mujeres. Aunque en este caso las diferencias son mucho mayores en las pacientes que no refieren un consumo de alcohol de riesgo. Se observa que todas estas diferencias indicadas son estadísticamente significativas.

Tabla 33. Consumo de alcohol en relación con el momento del consumo según sexo y grupo de edad de los que refieren consumir en la última semana.

		Grupo de edad					
		18 a 30 años		31 a 45 años		46 a 65 años	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1. Consumo diario	NO	187 64,7%	191 59,9%	177 52,5%	207 55,8%	157 38,3%	222 49,8%
	SI	102 35,3%	128 40,1%	160 47,5%	164 44,2%	253 61,7%	224 50,2%
2. Consumo fin de semana	NO	28 9,7%	40 12,5%	36 10,7%	62 16,7%	32 7,8%	74 16,6%
	SI	261 90,3%	279 87,5%	301 89,3%	309 83,3%	378 92,2%	372 83,4%
3. Consumo de lunes a jueves	NO	152 52,6%	176 55,2%	135 40,1%	183 49,3%	119 29,0%	185 41,5%
	SI	137 47,4%	143 44,8%	202 59,9%	188 50,7%	291 71,0%	261 58,5%

18 a 30 años – 31 a 45 años – 46 a 65 años

1. $\chi^2 = 1,505$ $p < 0,220$; $\chi^2 = 0,762$ $p < 0,383$; $\chi^2 = 11,417$ $p < 0,001$

2. $\chi^2 = 1,240$ $p < 0,265$; $\chi^2 = 5,383$ $p < 0,020$; $\chi^2 = 15,202$ $p < 0,000$

3. $\chi^2 = 0,405$ $p < 0,524$; $\chi^2 = 6,129$ $p < 0,013$; $\chi^2 = 14,471$ $p < 0,000$

Hombre Mujer

1. $\chi^2 = 48,302$ $p < 0,000$ - $\chi^2 = 7,981$ $p < 0,018$

2. $\chi^2 = 1,907$ $p < 0,385$ - $\chi^2 = 2,958$ $p < 0,228$

3. $\chi^2 = 39,678$ $p < 0,000$ - $\chi^2 = 14,429$ $p < 0,001$

La Tabla 33 muestra que las tasas más altas de consumo diario las encontramos en el grupo de edad de 46 a 65 años, tanto en hombres como en mujeres, siendo superiores en los primeros (61,7% frente al 50,2%), que también ocurre en el consumo de lunes a jueves (71,0% frente al 58,5%). En cuanto al consumo en fin de semana, en hombres sigue siendo el grupo de 46 a 65 años el más consumidor pero los demás grupos de edad se encuentran con tasas similares. Sin embargo, en las mujeres es el grupo de 18 a 30 años el más consumidor.

Tabla 34. Episodios de consumo intensivo según sexo y momento del consumo de los consumidores de alcohol en la última semana.

		Semanal		Fin de semana		De lunes a jueves	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Episodios de consumo intensivo	NO	543 73,4%	461 78,9%	553 74,0%	465 79,2%	690 92,4%	575 98,0%
	SI	197 26,6%	123 21,1%	194 26,0%	122 20,8%	57 7,6%	12 2,0%

La Tabla 34 muestra que los episodios de consumo intensivo se concentran en los fines de semana con una gran diferencia con respecto a los días entre semana. También se observa que la tasa de episodios de consumo intensivo es mayor en el caso de los hombres que en las mujeres (26,0% frente al 20,8%, los fines de semana).

Tabla 35. Episodios de consumo intensivo semanal, fin de semana y de lunes a jueves, según sexo y grupo de edad de los consumidores de alcohol en la última semana.

		Sexo					
		Hombres			Mujeres		
		18 a 30 años	31 a 45 años	46 a 65 años	18 a 30 años	31 a 45 años	46 a 65 años
Episodios de consumo intensivo SEMANAL	NO	128 65,0%	161 74,2%	226 78,2%	112 69,1%	140 79,1%	187 85,8%
	SI	69 35,0%	56 25,8%	63 21,8%	50 30,9%	37 20,9%	31 14,2%
Episodios de consumo intensivo FIN DE SEMANA	NO	128 64,0%	165 75,0%	231 79,4%	113 69,8%	142 79,3%	188 85,8%
	SI	71 35,7%	55 25,0%	60 20,6%	49 30,2%	37 20,7%	31 14,2%
Episodios de consumo intensivo DE LUNES A JUEVES	NO	193 96,5%	208 94,5%	257 88,6%	160 98,8%	175 98,3%	213 96,8%
	SI	7 3,5%	12 5,5%	33 11,4%	2 1,2%	3 1,7%	7 3,2%

Hombres	Mujeres
Semanal: $\chi^2= 10,600$ $p<0,005$	$\chi^2= 15,432$ $p<0,000$
Fin de semana: $\chi^2= 14,099$ $p<0,001$	$\chi^2= 14,597$ $p<0,001$
De lunes a jueves: $\chi^2= 12,468$ $p<0,002$	$\chi^2= 1,947$ $p<0,378$

La Tabla 35 muestra que los episodios de consumo intensivo se concentran en los días del fin de semana, siendo mayores entre el grupo de edad de 18 a 30 años que

en los demás grupos de edad (35,7% hombres y 30,2% mujeres). Sin embargo, en el consumo entre semana, los episodios de consumo intensivo son mayores entre los hombres de 46 a 65 años (11,4%), observándose diferencias significativas con respecto a los grupos de menor edad.

2.3.2 Resultados del cuestionario CAGE camuflado

Tabla 36. Resultado del cuestionario CAGE Camuflado por fase de estudio

		FASE		
		Fase 1	Fase 2	Fase 3
Resultado CAGE	Negativo	276 92,9%	1293 91,6%	578 90,2%
	Positivo	21 7,1%	119 8,4%	63 9,8%

$\chi^2= 1,659$ $p<0,436$

No se observan diferencias significativas entre las distintas fase del estudio en relación con el resultado del CAGE.

Tabla 37. Resultado del cuestionario CAGE según sexo.

		Sexo		
		Hombres	Mujeres	Total
Resultado CAGE	Negativo	945 86,7%	1147 95,9%	2092 91,5%
	Positivo	145 13,3%	49 4,1%	194 8,5%
Total		1090 100,0%	1196 100,0%	2286 100,0%

$\chi^2= 62,229$ $p<0,000$

La Tabla 37 muestra los resultados del cuestionario CAGE camuflado donde el 8,5% de los encuestados dan positivo. Se observan diferencias significativas entre sexos, siendo mayor la tasa de resultados positivos en hombres que en mujeres (13,3% frente al 4,1%).

Tabla 38. Resultado CAGE por grupo de edad y sexo.

		Grupo de Edad					
		18 a 30 años		31 a 45 años		46 a 65 años	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Resultado CAGE	Negativo	256 88,6%	309 96,9%	293 86,9%	355 95,7%	350 85,4%	428 96,0%
	Positivo	33 11,4%	10 3,1%	44 13,1%	16 4,3%	60 14,6%	18 4,0%

18 a 30 años: $\chi^2= 15,832$ $p<0,000$
31 a 45 años: $\chi^2= 17,406$ $p<0,000$
46 a 65 años: $\chi^2= 28,973$ $p<0,000$
Hombres: $\chi^2= 1,540$ $p<0,463$; Mujeres: $\chi^2= 0,691$ $p<0,708$

La Tabla 38 muestra los resultados del cuestionario CAGE camuflado por grupos de edad. No se observan diferencias significativas entre los distintos grupos de edad, sí manteniéndose significativas las diferencias entre los hombres y las mujeres del mismo grupo etario.

Tabla 39. Número de preguntas positivas del cuestionario CAGE por sexo.

		Sexo					
		Hombres		Mujeres		Total	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Nº Total de Preguntas Positivas CAGE	0	757	69,40%	1059	88,50%	1816	79,40%
	1	188	17,20%	88	7,40%	276	12,10%
	2	80	7,30%	38	3,20%	118	5,20%
	3	52	4,80%	9	0,80%	61	2,70%
	4	13	1,20%	2	0,20%	15	0,70%

$\chi^2= 135,157$ $p<0,000$

La Tabla 39 muestra que el 79,4% de los encuestados no han contestado a ninguna pregunta de las que se compone el CAGE de manera afirmativa. Gran parte de los resultados negativos al cuestionario (menos de dos preguntas positivas) se refieren a pacientes que afirman no haber estado en ninguna de las situaciones que contemplan las

preguntas CAGE. Se observa que se mantienen las diferencias significativas entre sexos independientemente el número total de preguntas positivas.

Tabla 40. Respuesta en cada una de las preguntas del cuestionario CAGE según sexo.

		Sexo			
		Hombres		Mujeres	
Ítem 3. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?	NO	961	88,2%	1150	96,2%
	SI	129	11,8%	46	3,8%
Ítem 6. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?	NO	848	77,8%	1105	92,4%
	SI	242	22,2%	91	7,6%
Ítem 9. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?	NO	947	86,9%	1147	95,9%
	SI	143	13,1%	49	4,1%
Ítem 11. ¿En alguna ocasión lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o librarse de la resaca?	NO	1048	96,1%	1183	98,9%
	SI	42	3,9%	13	1,1%

1. $\chi^2 = 51,483$ $p < 0,000$

2. $\chi^2 = 97,585$ $p < 0,000$

3. $\chi^2 = 60,338$ $p < 0,000$

4. $\chi^2 = 18,585$ $p < 0,000$

La Tabla 40 muestra que el 8,5% de los pacientes registrados da positivo en el cuestionario CAGE camuflado. El 13,3% de los hombres da positivo, dos o más respuestas afirmativas, frente al 4,1% de las mujeres, siendo estas diferencias por sexo estadísticamente significativas en todos los grupos de edad. Sin embargo, no hay diferencias significativas entre los distintos grupos de edad.

También se observa que desagregado el resultado del cuestionario CAGE por el número de preguntas afirmativas, encontramos diferencias significativas entre hombres y mujeres. Patrón que se mantiene independientemente de la propia pregunta, ya que en las cuatro preguntas que componen el CAGE se dan estas diferencias entre sexos.

Tabla 41. Preguntas del CAGE y su valor predictivo del resultado final.

Pruebas ómnibus de coeficientes de modelo				
		Chi-cuadrado	Gl	Sig.
Paso 1	Escalón	716,152	1	,000
	Bloque	716,152	1	,000
	Modelo	716,152	1	,000
Paso 2	Escalón	368,906	1	,000
	Bloque	1085,058	2	,000
	Modelo	1085,058	2	,000
Paso 3	Escalón	223,197	1	,000
	Bloque	1308,255	3	,000
	Modelo	1308,255	3	,000
Paso 4	Escalón	73,961	1	,000
	Bloque	1382,216	4	,000
	Modelo	1382,216	4	,000

Tabla de clasificación (El valor de corte es ,500)

Observado		Pronosticado			
		Resultado CAGE		Corrección de porcentaje	
		CAGE Negativo	CAGE Positivo		
Paso 1	Resultado CAGE	CAGE Negativo	2102	45	97,9
		CAGE Positivo	47	156	76,8
Porcentaje global					96,1
Paso 2	Resultado CAGE	CAGE Negativo	2147	0	100,0
		CAGE Positivo	65	138	68,0
Porcentaje global					97,2
Paso 3	Resultado CAGE	CAGE Negativo	2147	0	100,0
		CAGE Positivo	9	194	95,6
Porcentaje global					99,6
Paso 4	Resultado CAGE	CAGE Negativo	2147	0	100,0
		CAGE Positivo	0	203	100,0
Porcentaje global					100,0

Variables en la ecuación

		B	Error estándar	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 ^a	C9(1)	-5,044	,224	504,891	1	,000	,006
	Constante	1,243	,169	53,978	1	,000	3,467
Paso 2 ^b	C6(1)	-20,329	858,083	,001	1	,981	,000
	C9(1)	-20,638	858,083	,001	1	,981	,000
Paso 3 ^c	Constante	19,413	858,083	,001	1	,982	269624095,609
	C3(1)	-20,256	637,001	,001	1	,975	,000
	C6(1)	-34,295	910,699	,001	1	,970	,000
	C9(1)	-33,484	910,699	,001	1	,971	,000
Paso 4 ^d	Constante	50,744	1430,622	,001	1	,972	1091407861508 0420000000,00 0
	C3(1)	-35,700	1068,713	,001	1	,973	,000
	C6(1)	-35,452	962,518	,001	1	,971	,000
	C9(1)	-36,108	1025,697	,001	1	,972	,000
	C11(1)	-35,570	1687,561	,000	1	,983	,000
	Constante	89,198	2580,179	,001	1	,972	5,475E+38

a. Variables especificadas en el paso 1: C9.

b. Variables especificadas en el paso 2: C6.

c. Variables especificadas en el paso 3: C3.

d. Variables especificadas en el paso 4: C11.

La Tabla 41 muestra que la pregunta 9 “¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?” tiene un mayor valor predictivo de cara al resultado final del CAGE fijado en dos o más preguntas positivas. Se observa que el modelo de regresión logística formado por esta variable tiene un valor predictivo del 96,1%, donde el 97,9% de los que realmente han dado positivo se detectarían con la respuesta a esta pregunta, frente al 76,8% de los casos negativos (χ^2 del modelo: 716,152 Sig. 0,000).

Tabla 42. Perfil sociosanitario de los pacientes en relación al resultado del CAGE según sexo: Patologías.

		Sexo			
		Hombres		Mujeres	
		CAGE Negativo	CAGE Positivo	CAGE Negativo	CAGE Positivo
1. Hipertensión Arterial	NO	727 76,9%	113 77,9%	920 80,2%	41 83,7%
	SI	218 23,1%	32 22,1%	227 19,8%	8 16,3%
2. Hipercolesterolemia	NO	758 80,2%	104 71,7%	931 81,2%	39 79,6%
	SI	187 19,8%	41 28,3%	216 18,8%	10 20,4%
3. Hipertrigliceridemia	NO	872 92,3%	126 86,9%	1092 95,2%	47 95,9%
	SI	73 7,7%	19 13,1%	55 4,8%	2 4,1%
4. Sobrepeso	NO	748 79,2%	107 73,8%	916 79,9%	37 75,5%
	SI	197 20,8%	38 26,2%	231 20,1%	12 24,5%
5. Obesidad	NO	854 90,4%	134 92,4%	1028 89,6%	40 81,6%
	SI	91 9,6%	11 7,6%	119 10,4%	9 18,4%

Hombres	Mujeres
1. $\chi^2 = 0,071$ p<0,790	$\chi^2 = 0,357$ p<0,550
2. $\chi^2 = 5,474$ p<0,019	$\chi^2 = 0,076$ p<0,783
3. $\chi^2 = 4,706$ p<0,030	$\chi^2 = 0,053$ p<0,818
4. $\chi^2 = 2,136$ p<0,144	$\chi^2 = 0,549$ p<0,459
5. $\chi^2 = 0,619$ p<0,731	$\chi^2 = 3,141$ p<0,076

Se observan diferencias estadísticamente significativas en hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia en cuanto al resultado del CAGE en el caso de los hombres, con una mayor prevalencia de estas en los pacientes que dan positivo (28,3% y 13,1% respectivamente, frente al 19,8% y 7,7% de los que dan negativo).

Tabla 43. Perfil sociosanitario de los pacientes en relación al resultado del CAGE según grupo de edad: Patologías.

		Grupo De Edad					
		18 a 30 años		31 a 45 años		46 a 65 años	
		Resultado CAGE					
		Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo
1. Hipertensión Arterial	NO	565 98,4%	42 97,7%	601 90,2%	56 88,9%	434 54,5%	53 64,6%
	SI	9 1,6%	1 2,3%	65 9,8%	7 11,1%	363 45,5%	29 35,4%
2. Hipercolesterolemia	NO	558 97,2%	42 97,7%	579 86,9%	54 85,7%	512 64,2%	45 54,9%
	SI	16 2,8%	1 2,3%	87 13,1%	9 14,3%	285 35,8%	37 45,1%
3. Hipertrigliceridemia	NO	566 98,6%	43 100,0%	632 94,9%	58 92,1%	717 90,0%	67 81,7%
	SI	8 1,4%	0 0,0%	34 5,1%	5 7,9%	80 10,0%	15 18,3%
4. Sobrepeso	NO	528 92,0%	40 93,0%	530 79,6%	43 68,3%	568 71,3%	57 69,5%
	SI	46 8,0%	3 7,0%	136 20,4%	20 31,7%	229 28,7%	25 30,5%
5. Obesidad	NO	551 96,0%	40 93,0%	613 92,0%	57 90,5%	668 83,8%	72 87,8%
	SI	23 4,0%	3 7,0%	53 8,0%	6 9,5%	129 16,2%	10 12,2%

Sobrepeso- grupo de edad 31 a 45 años $\chi^2= 4,389$ $p<0,036$

Hipertrigliceridemia - grupo de edad 46 a 65 años $\chi^2= 5,256$ $p<0,022$

La Tabla 43 muestra que atendiendo a los distintos grupos de edad, hay diferencias estadísticamente significativas en hipertrigliceridemia en cuanto al resultado del CAGE en el caso de los pacientes de edades comprendidas entre los 46 y 65 años, con una mayor prevalencia en los pacientes que dan positivo en el CAGE (18,3% frente a 10,0%). También se observan estas diferencias en sobrepeso entre los 31 y 45 años, 31,7% de los que dan positivo en el CAGE frente al 20,4% de los que dan negativo.

Tabla 44. Perfil sociosanitario de los pacientes en relación al resultado del CAGE según sexo: Otras sustancias de abuso.

		Sexo			
		Hombres		Mujeres	
		Resultado CAGE			
		Negativo	Positivo	Negativo	Positivo
1. Tabaco	NO	667 70,6%	75 51,7%	877 76,5%	29 59,2%
	SI	278 29,4%	70 48,3%	270 23,5%	20 40,8%
2. Cannabis	NO	914 96,7%	131 90,3%	1136 99,0%	48 98,0%
	SI	31 3,3%	14 9,7%	11 1,0%	1 2,0%
3. Cocaína	NO	943 99,8%	138 95,2%	1145 99,8%	48 98,0%
	SI	2 0,2%	7 4,8%	2 0,2%	1 2,0%

Hombres	Mujeres
1. $\chi^2= 20,570$ $p<0,000$	$\chi^2= 7,636$ $p<0,006$
2. $\chi^2= 12,907$ $p<0,001$	$\chi^2= 0,554$ $p<0,396$
3. $\chi^2= 32,710$ $p<0,000$	$\chi^2= 6,543$ $p<0,118$

La Tabla 44 muestra que de los hombres que dan positivo, el 48,3% fuman tabaco, el 9,7% consume cannabis y el 4,8% cocaína. Se observa que la correlación entre el resultado del CAGE y otras sustancias, es estadísticamente significativa en todas las sustancias en el caso de los hombres y, únicamente en tabaco en las mujeres. El 40,8% de las mujeres, que da positivo, fuma tabaco frente al 23,5% de las que dan negativo.

Tabla 45. Perfil sociosanitario de los pacientes en relación al resultado del CAGE según sexo: Prescripción de psicofármacos.

		Sexo			
		Hombres		Mujeres	
		Resultado CAGE			
		Negativo	Positivo	Negativo	Positivo
Prescripción de psicofármacos	No	812 85,9%	116 80,0%	861 75,1%	37 75,5%
	SI	133 14,1%	29 20,0%	286 24,9%	12 24,5%

La Tabla 45 muestra que en cuanto al consumo de psicofármacos, a pesar de ser significativa la diferencia entre todos los hombres y mujeres registrados, no se observan diferencias significativas en cuanto al resultado del CAGE y el consumo de psicofármacos. Aunque cabe destacar, la mayor prevalencia en el consumo de psicofármacos en hombres, entre los que dan positivo, acercándose a las tasas de las mujeres, en comparación con los datos de los que dan negativo.

2.3.3 Relación entre el consumo de alcohol de la última semana y el resultado del cuestionario CAGE camuflado

Tabla 46. Pregunta del CAGE positiva y el consumo semanal referido según sexo.

PREGUNTAS CAGE (Respuesta positiva)			Hombres		Mujeres		Total	
			n	(%)	N	(%)	n	(%)
1. Sí, me ha molestado alguna vez la gente criticándome mi forma de beber.	Consumo 0 semanal	SI	20	6%	7	1,20%	29	3%
		NO	315	94%	595	98,80%	933	97%
2. Sí, he tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos.	Consumo 0 semanal	SI	35	10,40%	14	2,30%	51	5,30%
		NO	300	89,60%	588	97,70%	911	94,70%
3. Sí, me he sentido alguna vez mal o culpable por mi costumbre de beber.	Consumo 0 semanal	SI	22	6,60%	15	2,50%	39	4,10%
		NO	313	93,40%	587	97,50%	923	95,90%
4. Sí, en alguna ocasión lo primero que he hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios o librarme de la resaca.	Consumo 0 semanal	SI	5	1,50%	3	0,50%	8	0,80%
		NO	330	98,50%	599	99,50%	954	99,20%

La Tabla 46 muestra que en todas las preguntas que componen el Cuestionario CAGE existen pacientes que, a pesar de indicar que no han consumido bebidas alcohólicas en la última semana, responden positivo a dichas preguntas del CAGE. Estas tasas son mayores en hombres que en mujeres independientemente de la pregunta.

Tabla 47. Consumo de riesgo y resultado del CAGE camuflado según sexo.

		Hombres		Mujeres	
		Resultado CAGE		Resultado CAGE	
		Negativo	Positivo	Negativo	Positivo
Consumo de Riesgo	NO	881	78	1095	28
		91,9%	8,1%	97,5%	2,5%
		93,2%	53,8%	95,5%	57,1%
	SI	64	67	52	21
		48,9%	51,1%	71,2%	28,8%
		6,8%	46,2%	4,5%	42,9%

Hombres $\chi^2= 184,879$ $p<0,000$ Mujeres $\chi^2= 120,426$ $p<0,000$

Características del CAGE para Hombres: Se=0,51 ; Esp=0,92
 VPP=67/145=0,46
 VPN=881/945=0,93

Características del CAGE para Mujeres: Se=0,28 ; Esp=0,98
 VPP=21/49=0,42
 VPN=1095/1147=0,95

La Tabla 47 muestra que no coincide el diagnóstico en el 57,1% de las mujeres, que da positivo en el CAGE, las cuales no refieren un consumo de riesgo al ser preguntadas por su consumo semanal frente al 53,8% de los hombres. Tampoco coincide en el 71,2% de las mujeres con consumo de riesgo que no dan positivo en el CAGE y en el 48,9% de los hombres.

Por otra parte se observa que coincide el diagnóstico en el 91,9% de los hombres que no refieren un consumo de riesgo el cual da negativo en el CAGE, un 97,5% en el caso de las mujeres. Y, el 51,1% de los hombres que refieren un consumo de riesgo en la última semana, 28,8% en el caso de las mujeres, dan positivo en el CAGE. Estas diferencias son estadísticamente significativas para ambos sexos.

Los datos de sensibilidad muestran que la probabilidad de que un paciente con consumo de riesgo, tenga un resultado positivo en el CAGE es baja, 0,51 en hombres y 0,28 en mujeres.

Se observa una alta especificidad del CAGE, la proporción de sujetos sin consumo de riesgo que dan negativo en el CAGE es alta, 0,92 en hombres y 0,98 en mujeres.

En cuanto a la población, la probabilidad de que un paciente que de positivo en el CAGE, tenga un consumo de riesgo es del 0,45 en hombres y 0,42 en mujeres (VPP: Valor Predictivo Positivo) y la de que un paciente con un resultado negativo, no sea un consumidor de riesgo es del 0,93 en hombres y 0,95 en mujeres.

2.4 Discusión

El consumo de alcohol de riesgo de la población que acude a consulta de Atención Primaria de salud en la Región de Murcia, tomando como fuente de información la cantidad de alcohol que indican haber consumido en la última semana, se sitúa en una prevalencia del 12% en hombres y del 6,1% en mujeres. Estas tasas son altas en comparación con otros estudios como la encuesta EDADES 2013 del Plan Nacional Sobre Drogas (MSSSI 2015) que indica un 4,5% de bebedores de riesgo de 15 a 64 años. Y, la encuesta del 2010 de la Comunidad de Madrid, que muestra un consumo de alcohol de riesgo menor del 2,9% globalmente, con una proporción de hombres con consumo de riesgo 1,5 veces mayor que en mujeres (Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid 2012). También las del propio Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015, con una tasa de “bebedores de riesgo” de alcohol que se aproxima al 5% en hombres y a un 3% en mujeres, cifras discretamente inferiores a la media española en hombres y superior en mujeres (Consejería de Sanidad y Consumo, 2010). Sin embargo, nuestros resultados son similares a estudios como el de Félix-Redondo (Félix-Redondo et al. 2012) que recoge una tasa de consumo de riesgo medio-alto del 15,2% en la población masculina. Y también respecto a la encuesta de salud del País Vasco del 2007 (Perez et al. 2010) que refleja un patrón de bebedores de riesgo del 11,7% para mujeres y del 14,5% en hombres. Y alejados del destacable aumento en los datos del 2013 (Departamento de Salud y Consumo 2013) con una prevalencia de consumo de alto riesgo del 25,5% en hombres y 14,5 en mujeres. Las diferencias entre hombres y mujeres que se observan en nuestro estudio y en los indicados anteriormente, también se recogen en el estudio realizado en Abingdon, Inglaterra, que pregunta por el consumo semanal en el ámbito de la Atención Primaria (Aalto et al. 1999).

De los resultados derivados del empleo del CAGE, se concluye que el 8,5% de los encuestados (13,3% hombres y 4,1% mujeres) dan positivo, siendo estadísticamente significativas las diferencias entre estos dos grupos. Datos similares a los que encuentran en el País Vasco (Departamento de Salud y Consumo 2013), donde el 5,6% de los mayores de 15 años (8,4% hombres, 3% mujeres) dan positivo en el CAGE con dos o más preguntas positivas. Otros estudios muestran tasas superiores “entre el 10-15% de toda la población que demandó asistencia a este nivel asistencial, se detectó positivo el test de CAGE” (Álvarez González 2007). Un estudio de Galicia afirma que en Europa más de 58 millones de adultos (15%) beben por encima del nivel de riesgo (Rosón Hernández 2008). En Madrid, un estudio recoge que de los bebedores habituales, el 11,2% da positivo en el CAGE (15,5% hombres, 6,1% mujeres) (Servicio de epidemiología 2008). Estas diferencias respecto a nuestro estudio se podrían derivar de haber excluido a los pacientes con dependencia alcohólica ya diagnosticada, lo que provoca que la tasa disminuya y que en el caso de Madrid sólo haga referencia a los que afirman beber.

Los resultados son acordes con nuestra hipótesis de partida de que el consumo de alcohol de riesgo es superior en hombres que en mujeres, tanto por los datos derivados del consumo semanal como del resultado del cuestionario CAGE. La mitad de los hombres y siete de cada diez mujeres que refieren haber bebido la semana anterior por encima de los niveles de riesgo relacionados con efectos negativos a nivel biológico y psicosocial según la OMS (Álvarez González 2007), dan negativo en el CAGE. De lo que se puede deducir que los pacientes no son conscientes de que su nivel de consumo les pueda suponer un problema de salud, ni tampoco de las consecuencias derivadas de su nivel de consumo. Se subestiman los efectos negativos del consumo al negar consecuencias del mismo, recogidas en las preguntas del CAGE, respondiendo *no*

a estas preguntas aun declarando tasas de consumo de riesgo relacionadas con estos efectos o consecuencias. En esta línea, los resultados del estudio de Samet y O'Connor (Samet and O'Connor 1998) indican que el 86% de los pacientes que responden afirmativamente a alguna de las situaciones del CAGE son aquellos que se encontraban en el estadio de cambio de "contemplación" o de "preparación para el cambio", (Prochaska and DiClemente 1982), es decir, conscientes de su realidad y, algunos incluso, dispuestos a cambiar. Solo el 23% se encontraba en la fase de precontemplación.

Con respecto a los positivos derivados del cuestionarios CAGE se mantienen significativas las diferencias entre sexos en todos los grupos de edad estudiados. En cuanto a las diferencias entre los distintos grupos de edad, esta no es significativa en el CAGE pero sí es significativa en los hombres cuando se les pregunta sobre su consumo. Así, la hipótesis de que las diferencias de consumo entre hombres y mujeres disminuyen en los grupos de edad más jóvenes se rechaza por no ser estadísticamente significativa.

Sin restarle importancia a las elevadas tasas de consumo de riesgo en el grupo de edad más joven (18-35 años), las tasas más altas se dan en el grupo de edad de 46 a 65 años siendo las diferencias significativas en hombres con respecto a los grupos de menor edad. Esta tendencia, para ambos sexos, también se aprecia, aunque no es estadísticamente significativa, en los resultados del CAGE porque aumentan los positivos conforme aumenta la edad del paciente. Observamos que no hay diferencias significativas entre grupos en relación al consumo de fin de semana, sí existiendo en el consumo semanal más presente en la población con mayor edad. Estos resultados coinciden con un estudio español de 2014 donde se afirma que "el consumo de bajo riesgo se realizó con mayor frecuencia en el grupo más joven" (Galán et al. 2014). Por ello, y a pesar de reconocer la importancia del problema del consumo de alcohol entre la

población joven, esto no debe desvirtuar la realidad. En esta misma línea se pronuncia un estudio de 2010 al concluir que a pesar de que se conoce que existe una buena parte de la población adulta con un consumo de riesgo no diagnosticado por los profesionales sanitarios, estos tienden a dejar a un lado esta problemática tanto en la práctica clínica como en sus discursos, “probablemente porque es a la que mayormente podrían valorar y asesorar en sus consultas. Así, de forma recursiva, el hilo discursivo deriva hacia la población adolescente o hacia la población con problemas de alcoholismo” (Bolaños Gallardo et al. 2010). Por el contrario, encontramos los datos de EDADES 2013 donde el grupo de edad de 15-24 seguido del de 25-34 muestran tasas de consumo de riesgo más altas que en los grupos de mayor edad (MSSSI 2015).

En lo referente a la hipótesis de que los datos proporcionados por el cuestionario mostrarían tasas más elevadas que las que se desprenden del consumo semanal, esta se confirma con nuestros resultados únicamente en el caso de los hombres y con unas diferencias no significativas.

Se da un paso más y se calcula la sensibilidad y especificidad del test y el valor predictivo positivo y negativo de tener un consumo de riesgo (según el consumo referido). De estos resultados se concluye, por una parte, que en ambos sexos el CAGE predice en una alta proporción los casos que no tienen consumo de riesgo cuando la prueba da negativo. Sin embargo tiene una mala sensibilidad para el diagnóstico de consumo de riesgo, al ser baja la probabilidad de que un consumidor de riesgo de positivo en el CAGE, más aún en el caso de las mujeres. Lo contrario a nuestra hipótesis que consideraba que entre los pacientes con un consumo de alcohol la última semana por debajo de los niveles de riesgo, encontraríamos respuestas positivas a las preguntas del CAGE, por superar la supuesta barrera de la “no veracidad” en la indicación del consumo semanal, justificando su uso, reconociendo el valor del

cuestionario para la detección de consumos ocultos. En este sentido el cuestionario CAGE camuflado se presentaba como una adecuada herramienta para la detección de problemas relacionados con el alcohol en las consultas de Atención Primaria (Álvarez González 2007) (Aubà Llambrich and Freixedas Casaponsa 2000). Sin embargo, de los pacientes que refieren un consumo semanal de riesgo, cinco de cada diez hombres y siete de cada diez mujeres dan negativo en el CAGE. Lo que significa que gran parte de los consumidores de riesgo no son detectados por este cuestionario. En nuestros resultados, el CAGE no es efectivo para afirmar que el paciente no tiene un consumo de riesgo cuando da negativo, por lo que no nos ha demostrado ser una herramienta eficaz para la detección y cribado de estos niveles de consumo. Esta conclusión la corrobora Rosón cuando afirma que el CAGE no tiene una adecuada sensibilidad para detectar un consumo de riesgo (Rosón Hernández 2008). En cuanto al valor predictivo de la prueba, esta únicamente sirve para confirmar que ante un resultado negativo el paciente no tiene un consumo de riesgo (valor predictivo negativo), pero no para afirmar que si da positivo en la prueba tenga un consumo de riesgo (valor predictivo positivo).

La escasa validez predictiva de consumo de riesgo por parte del CAGE, como se indicaba anteriormente, se hace más visible en el caso de las mujeres. Los datos de consumo de riesgo obtenidos con el CAGE son inferiores a los resultantes del consumo semanal, probablemente derivado del hecho de que los límites establecidos para mujeres para el consumo de riesgo son más bajos. Lo que lleva a estas mujeres a no reconocerse en las situaciones que se desprenden de las preguntas del CAGE, relacionadas con la forma y consecuencias de beber, centradas en la detección de la dependencia. A lo que se puede añadir el hecho de que en los casos de dependencia alcohólica, en relación al reconocimiento de su situación, fase de contemplación (Miller et al. 1992), si ya es complejo para ambos sexos, en el caso de las mujeres, el aceptar su realidad e incluso el

ingreso al tratamiento se ve obstaculizado, entre otras causas, por una "mayor estigmatización social" y "las cargas familiares que a menudo arrastran" (Calvo et al. 2015).

En relación a las propias preguntas del CAGE, no todas ellas tienen igual valor predictivo para el resultado final del mismo. La pregunta "*¿Ha tenido usted la impresión de que debería beber menos?*" es la que obtiene mayor porcentaje de respuesta afirmativa al estar más relacionada con consumos de riesgo que con dependencia alcohólica. Sin embargo, la pregunta *¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?* está más presente entre los que dan positivo, siendo predictiva del mismo en un 76,8% de los casos y cuando su contestación es negativa en el 97,9% de los casos el resultado del CAGE será también negativo. Por lo que, al contrario de la hipótesis de partida, sí existe diferencia entre las cuatro preguntas del CAGE respecto a su valor predictivo del resultado final. Sin embargo, seguimos apoyando la idea de que en el caso de considerar utilizar el CAGE en consulta, este ha de aplicarse completo y de manera combinada con otras herramientas (Fiellin et al. 2000). Tales como el consumo semanal, en la intervención sistemática para el cribado del consumo de alcohol en la consulta de Atención Primaria, o el cuestionario AUDIT (SemFYC 2011).

Con respecto al perfil sanitario de los pacientes, según Estruch & Sacanella, el consumo habitual de alcohol puede conllevar distintas repercusiones metabólicas, hemodinámicas y hemostáticas (Estruch and Sacanella 2005). En nuestro estudio, encontramos diferencias significativas con respecto a hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y sobrepeso, en el caso de los hombres, siendo mayores entre los pacientes que referían un consumo de riesgo en la semana anterior. Con respecto al CAGE únicamente se dan estas diferencias en

hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. En el caso de las mujeres coincide en cuanto al peso con Redondo (Félix-Redondo et al. 2012), mostrando una relación entre el consumo de riesgo bajo, con menor obesidad. Sin embargo, al contrario ocurre con la HTA, que es mayor en las que no indican consumo de riesgo, tanto por el resultado del CAGE como por el consumo semanal.

Según la Encuesta EDADES 2011 (MSSS 2013) el 27,5% de las mujeres y el 31,1% de los hombres refieren policonsumo de dos sustancias legales o ilegales. Atendiendo al tipo de consumo de alcohol de la población, aumenta significativamente la proporción de policonsumo tanto de tabaco como de cannabis entre los usuarios con consumo de alcohol de riesgo -tanto los que se identifican por el consumo semanal referido como por el resultado del CAGE Camuflado- en comparación con el resto de usuarios. Es decir, los que refieren un consumo de riesgo tienen mayores niveles de policonsumo. Al contrario de lo que recoge Félix-Redondo, cuyo estudio concluye que “el consumo de riesgo medio-alto en el hombre está asociado significativamente a mayor tabaquismo, en el caso de la mujer sigue un patrón distinto relacionándose el consumo de riesgo bajo con mayor tabaquismo” (Félix-Redondo et al. 2012) siendo esta última diferencia, en su caso, estadísticamente significativa.

A pesar de que estén altamente correlacionadas ambas situaciones, alcohol y otras drogas, para determinar si existe un consumo de otras sustancias, la sólo indicación de consumo de riesgo no es suficientemente específica y sensible para determinar que hay uso de otras sustancias (Smith et al. 2014). Por lo que la recomendación es preguntar también por los demás consumos, como en nuestro estudio.

Por otra parte cabe subrayar, no sólo el consumo de riesgo si no el propio patrón de consumo. En este sentido se va a discutir sobre el “consumo diario” y los “episodios

de consumo intensivo”. Comenzando por el primero, seis de cada diez hombres y una de cada dos mujeres que afirman haber bebido la última semana, de entre 46 y 65 años, refieren consumir alcohol todos los días de la semana. Según datos de la población nacional, el consumo diario de alcohol en los hombres es del 32,5% y en las mujeres del 10,5% en el grupo de edad de 55 a 64 años y 21,9%-7,1% respectivamente, en el grupo de edad de 45 a 54 años (Observatorio sobre Drogas de la Región and Murcia 2011). En términos generales, entre la población de 15 a 64 años, el 10,2% (15,3% hombres, 5% mujeres) reconocen un consumo diario, donde destaca el grupo de edad de 45 a 54 años y de 55 a 64 años con tasas del 14,4% y del 21,6% (MSSS 2013). Tasas más bajas que en nuestro estudio probablemente porque se refiere al consumo diario en el último mes y en nuestro caso es en la última semana. Sin embargo, a esta situación hay que prestarle la atención que requiere. Por lo que es necesaria la intervención de los profesionales sanitarios con estos pacientes mediante el consejo breve de salud (Zoorob et al. 2014) (Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A, Frisas O 1998), a pesar de que no tengan un consumo de riesgo.

Atendiendo al momento de consumo (de lunes a jueves/fines de semana), la proporción de personas que consumen alcohol durante el fin de semana se acerca al doble de los que consumen durante los días laborables. Como afirman Anderson y Baumberg (Anderson, P; Baumberg 2006) el consumo de alcohol se utiliza a menudo para celebrar un acontecimiento o para separar el tiempo de trabajo del de ocio. Como se indica anteriormente, todos los grupos de edad consumen alcohol en niveles similares durante el fin de semana y, las diferencias que se dan entre semana (el consumo en días laborables está más presente en la población con mayor edad) ponen de manifiesto que la población de mayor edad consume más que los jóvenes. Por lo que se deduce que en España sigue presente el patrón de consumo de alcohol mediterráneo *wet cultures* (el

consumo de alcohol está integrado en la vida cotidiana y es consumido regularmente acompañando las comidas, las bebidas alcohólicas son fácilmente accesibles y la proporción de personas abstemias es escasa) (Galán et al. 2014).

Sin embargo, debemos detenernos en analizar un patrón de consumo reciente en España, importado del norte de Europa donde se consume menos pero, cuando se hace es más probable que derive en intoxicación (Galán et al. 2014). En algunos estudios la práctica del *binge drinking* (Parada M, Corral M, Caamaño-isorna F, Mota N, Crego A, Rodríguez Holguín S 2011) se ha asociado a los fines de semana y al tiempo libre y, dada la importancia de este patrón, se analiza en profundidad. El 26,6% de los hombres han llevado a cabo este consumo intensivo en la última semana, y el 21,1% en las mujeres. Datos similares al 18,3% de los adultos encuestados en el estudio de Zoorob (Zoorob et al. 2014) de los cuales, el 24,2% eran hombres y el 12,6% mujeres. En Madrid, los datos de una encuesta a población de entre 18 a 64 años muestran que la prevalencia de *binge drinking* fue del 14,4% en hombres y del 6,5% en las mujeres (Valencia-Martin et al. 2007). Sin embargo, encontramos resultados más bajos en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (MSSSI. INE. 2013) sobre el consumo intensivo semanal de un 7,5% en los hombres y un 2,7% en las mujeres, de 16 y más años, que han consumido alcohol más de una vez al mes en los últimos 12 meses en la Región de Murcia. Aunque refieren semanalmente, como algo repetitivo semana tras semana, y entienden por consumo intensivo de alcohol 6 o más unidades de bebida estándar (UBEs) en la misma ocasión sin distinguir por sexo. A nivel nacional encontramos valores del 7,1% en hombres y 2,1% en mujeres en el último mes (Galán et al. 2014). La Encuesta de Salud del País Vasco 2013 refiere que el 5,5% de los hombres y el 2,2% de las mujeres mayores de 15 años (no selecciona sólo a los que han bebido) tienen

semanalmente un consumo intensivo, siendo el grupo de edad de 15 a 24 años el que tiene mayores prevalencias (8,1% y 3,9%) (Departamento de Salud y Consumo 2013).

Comparando los datos sobre episodios de consumo intensivo durante el fin de semana con el período de lunes a jueves, se observa que efectivamente es durante los fines de semana cuando se practica principalmente esta forma de consumo. Es interesante señalar como las mujeres de 46 a 65 años son las que menos consumos intensivos refieren y, más se diferencian de los hombres de su mismo grupo etario. Resultados acordes con los de Rosón (Rosón Hernández 2008) que mostró que los hombres tienden a realizar consumos episódicos abusivos con más frecuencia que las mujeres.

En cuanto a la edad, los resultados al igual que en Rosón (Rosón Hernández 2008) muestran que este patrón de consumo es más prevalente entre los adolescentes y adultos jóvenes. En la misma línea que Galán (Galán et al. 2014) donde la proporción, en ambos sexos, disminuyó a medida que aumentaba la edad. Lo que confirma la hipótesis de partida de que el perfil del paciente que acude a Atención Primaria y refiere “episodios de consumo intensivo” es principalmente un hombre joven de 18 a 35 años. Así, las diferencias significativas no las encontramos con respecto a las mujeres de su mismo grupo etario si no con respecto a su mismo sexo pero, de diferente edad. Es más, las diferencias entre hombres y mujeres se mantienen constantes en todos los grupos etarios, al contrario de Rodríguez T. J que encuentra que las diferencias del consumo tienden a anularse conforme disminuye la edad (Rodríguez T. et al. 2007).

Cabe subrayar que en el periodo de lunes a jueves en hombres de 46 a 65 años se da en uno de cada diez casos, donde el consumo diario típico del modelo mediterráneo muestra unos niveles propios de episodios de consumo intensivo (Galán et al. 2014),

dándose en estos pacientes ambos patrones de consumo. Una tendencia a estudiar en los próximos años, al apuntar a que los grupos de edad más jóvenes podrían adquirir, conforme aumente su edad, un patrón doble. Aunando el consumo de alcohol relacionado con las comidas (propio de sus padres) con el consumo asociado al ocio, las celebraciones y los fines de semana.

Entre las limitaciones del estudio está la transversalidad del mismo, la población de Atención Primaria, el cuestionario CAGE y el análisis de los *episodios de consumo intensivo*. A continuación se detallan.

Nuestra población objeto de estudio son los pacientes que acuden a consulta de AP, por lo que a la hora de comparar datos con otras encuestas poblacionales hay que tener en cuenta que pueden existir diferencias. Además, se han excluido los pacientes con dependencia alcohólica ya diagnosticada, por lo que los datos hacen referencia a población con consumos de alcohol de riesgo detectados previamente o no y, a dependencia alcohólica no diagnosticada con anterioridad por el profesional sanitario.

Por otra parte, el cuestionario CAGE como test de cribado se ha confirmado que no tiene una adecuada sensibilidad para detectar consumo de riesgo (Rosón Hernández 2008). Sin embargo, su uso se ha extendido. A pesar de esta limitación, algunos autores consideran que su interpretación abarca no sólo la dependencia si no el consumo de riesgo, y también los trastornos por alcohol (Álvarez González 2007). Así, a pesar de su baja sensibilidad, en comparación con el cuestionario AUDIT, acompañado con la recogida de la cantidad y frecuencia (consumo semanal), su brevedad, facilidad de puntuación y la posibilidad de administrarse en el marco de una entrevista clínica, algunos autores siguen considerándolo una herramienta útil para llevar a cabo el cribado sobre consumo de alcohol en la práctica habitual en Atención Primaria (Dawe et al.

2002). Aunque se recomienda aplicar el cuestionario AUDIT, ya que tiene un mejor rendimiento para la detección de consumidores de riesgo. Por ello, aunque nos da información para una primera aproximación, es necesario profundizar en estos resultados mediante una intervención y una valoración clínica más completa. Para lo cual se recomienda una nueva visita en la que se utilizaría el AUDIT para confirmar el consumo de riesgo, el consumo perjudicial o la dependencia (Álvarez González 2007). Esta segunda visita se lleva a cabo en nuestro estudio y se analiza en profundidad en el siguiente capítulo.

En cuanto a los episodios de consumo intensivo, tras la revisión de estudios, nos encontramos con que no existe homogeneidad en la concepción de *binge drinking*, tanto en cuanto al número de UBEs mínimo, como en relación al límite según sexo, donde en algunos casos se diferencia y en otros, no. Un hecho que también refleja Iñaki Galán al reconocer que “respecto al *binge drinking* es difícil establecer comparaciones debido a las diferencias metodológicas en su medición” (Galán et al. 2014). En nuestro caso, nos hemos guiado por lo establecido y consensuado en la 1º Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España: Prevención de los problemas derivados del alcohol (Álvarez González 2007).

A modo de conclusión, destacar el hecho de que en Atención Primaria, se estima que el 15-20% de las consultas está relacionado con el consumo excesivo de alcohol (Rodríguez Fernández, E; Espí Martínez et al. 1999). En nuestro estudio, teniendo en cuenta que se han excluido a los pacientes con dependencia alcohólica ya diagnosticada previamente, las tasas de entre 12%-13,3% en hombres y 6,1%-4,1% en mujeres de consumos de alcohol de riesgo, así como la elevada proporción de consumidores de alcohol diario, nos conducen a concluir, en la línea de las recomendaciones propuestas por la SemFYC (Álvarez González 2007), que el cribado sistemático es necesario para

conocer la situación de los pacientes de Atención Primaria e iniciar la intervención, abordaje del problema (Fernández García et al. 2003) (Rosón Hernández 2008). Esta intervención, además de ser una acción que está contemplada en la Cartera de Servicios (Consejería de Sanidad 2007) y que, en base a los datos del capítulo anterior, casi la totalidad de los profesionales de Atención Primaria de la Región de Murcia consideran que es papel de los profesionales de AP el llevar a cabo la detección precoz de problemas de adicción y consejo, al igual que reconoce Bolaños (Bolaños Gallardo et al. 2010), no está tan extendida como se requiere (Rosón Hernández 2008) (Aubà Llambrich and Freixedas Casaponsa 2000).

Según los resultados del CAGE, y tomando como referencia a la Comunidad de Madrid donde un estudio estima que atienden a una media de 32,35 pacientes al día (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid 2014), los profesionales sanitarios cuentan de media con 13,74 pacientes a la semana con consumo de alcohol de riesgo o incluso perjudicial o dependencia no diagnosticada. Frente al 17,3% de los médicos y 13% de enfermeros que indican no recibir ninguno al mes y al 66,9% de los médicos y 64% de enfermeros que lo estiman en entre 1 a 5 al mes (una media de 1 por semana) (resultados del Capítulo 1). Se confirma la hipótesis de que la media de pacientes con consumo de alcohol de riesgo a la semana en consulta de Atención Primaria, es superior a la referida por los propios profesionales sanitarios según su percepción. Además con una diferencia importante, por lo que se puede deducir que el cribado no se hacía conforme a las recomendaciones (Álvarez González 2007) (Fernández García et al. 2003) (Rosón Hernández 2008) (Consejería de Sanidad 2007) (Aubà Llambrich and Freixedas Casaponsa 2000).

2.5 Referencias

Aalto M, Seppä K, Kiianmaa K, Sillanaukee P. Drinking habits and prevalence of heavy drinking among primary health care outpatients and general population. *Addiction*. 1999;94(9):1371–9.

Álvarez González J. 1o Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. SemFYC, editor. Madrid; 2007.

Anderson, P; Baumberg B. El alcohol en Europa: Una perspectiva de salud pública. Reino Unido; 2006.

Aubà Llambrich J, Freixedas Casaponsa R. La detección del consumo de alcohol en atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. Elsevier; 2000 Mar 15 [cited 2015 Dec 4];25(04):144–51. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-deteccion-del-consumo-alcohol-11156>

Bolaños Gallardo E, Redondo S, Maderuelo Fernández J, Marcos Valladolid MC, Palacín Vega F. Estudio sobre las percepciones, creencias y actitudes de los y las profesionales de Atención Primaria respecto al consumo de alcohol y su abordaje desde el sistema de salud. Junta de Castilla La Mancha: Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas del Comisionado Regional para la Droga; 2010.

Bueno Ortiz JM, Aubà Llambrich J ABA et al. A multicenter primary care study on alcohol consumption. *Aten primaria*. 1997;19(2):80–3.

Calvo A, Yubero A, Aragonés B, Rueda EF, Rueda F, Molina AJ. Informe anual 2014 del Observatorio Proyecto Hombre. Asociación Proyecto Hombre. 2015;(82):1–92.

Consejería de Sanidad. Cartera de Servicios Servicio Murciano de Salud [Internet]. Murcia; 2007. Available from: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/153131-cartera_sms.pdf

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Los médicos de Atención Primaria atienden a una media de 32 pacientes al día. *Eur Press* [Internet]. Madrid; 2014 Apr 14; Available from: <http://www.europapress.es/madrid/noticia-medicos-atencion-primaria-atienden-media-32-pacientes-dia-frente-37-hace-decada-20140414121238.html>

Consejería de Sanidad y Consumo. Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015. 2010.

Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid . Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2012. Madrid: Consejería de Sanidad; 2012.

Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A, Frisas O L del VA. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Fam Pract*. 1998;15:562–8.

Dawe S, Loxton NJ, Hides L, Kavanagh DJ, Mattick RP. Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders. 2nd ed. Ageing D of H and, editor. Canberra; 2002.

Departamento de Salud y Consumo. Tablas de Resultados de Determinantes de la Salud: Consumo de alcohol. In: Vasco G, editor. Encuesta Salud del País Vasco 2013. Vitoria-Gasteiz; 2013. p. 514–631.

Dhalla S, Kopec JA. The CAGE questionnaire for alcohol misuse: A review of reliability and validity studies. Vol. 30, *Clinical and Investigative Medicine*. 2007. p. 33–41.

Estruch R, Sacanella E. Alcohol: ¿tónico o tóxico cardiovascular? *Clínica e Investig en Arterioscler* [Internet]. 2005;17(4):183–95. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214916805733398> \n http://pdn.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=277720&_user=654849&_pii=S0214916805733398&_check=y&_origin=article&_zone=toolbar&_coverDate=31-Aug-2005&view=c&originContentFa

Etter JF. Asking about quantity and frequency of alcohol consumption before asking the CAGE questions produces lower ratings on the CAGE test. *Drug Alcohol Depend*. 2004;74:211–4.

Félix-Redondo FJ, Fernández-Bergés D, Palomo Cobos L, Buitrago Ramírez F, Pérez Castán JF, Lozano Mera L. Prevalence alcohol consumption and cardiovascular risk factors in an Extremadura health area. Hermex study. *Aten Primaria* [Internet]. 2012 Apr [cited 2015 Mar 3];44(4):201–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21937149>

Fernández García J, Ruiz Moral R, Pérula de Torres L, Campos Sánchez L, Lora Cerezo N, de la Iglesia JM. Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria. Vol. 31, Atención Primaria. 2003. p. 146–52.

Fiellin D a., Reid MC, O'Connor PG. Screening for Alcohol Problems in Primary Care. Arch Intern Med [Internet]. 2000 Jul 10;160(13):1977. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.160.13.1977>

Galán I, González MJ, Valencia-Martín JL. Alcohol drinking patterns in Spain: a country in transition. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2014;88(4):529–40. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Jiménez Mena C, Lorenzo Riera A, Segura Hernández E, Suárez Pérez P, Duarte Curbelo A, Hernández González T. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad. Aten Primaria. 1993;12:269–72.

Lawner K, Doot M, Gausas J, Doot J, See C. Implementation of CAGE alcohol screening in a primary care practice. Fam Med. 1997;29:332–5.

Llopis, J.J.; Gual, A.; Rodríguez-Martos A. Registro del consumo de bebidas alcohólicas mediante la unidad de bebida estándar. Diferencias geográficas. Adicciones. 2000;12:11–20.

Miller WR, Zweben A, DiClemente CC, Rychtarik RG. Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Margaret Mattson P., editor. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 1992.

MSSS. Encuesta sobre Alcohol y otras drogas en población general en España (EDADES 2011-2012). Madrid; 2013.

MSSSI. Encuesta sobre alcohol y drogas en España 2013. 2015;

MSSSI. INE. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Madrid; 2013.

Observatorio sobre Drogas de la Región, Murcia. Informe del Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia EDADES 2011. Murcia; 2011.

OMS. Global Status Report of Alcohol and Health. Ginebra; 2011.

OMS. Global Status Report od Alcohol and Health. Ginebra; 2014.

Pablo Rico Gallegos. La Investigación-Acción. Elem teóricos y Metod para la Investig Educ [Internet]. Zitácuaro, Michoacán, México.: Universidad Pedagógica Nacional; 2005. p. 257–73. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos35/investigacion-accion/investigacion-accion.shtml#ixzz3syXonV5I>

Parada M, Corral M, Caamaño-isorna F, Mota N, Crego A, Rodríguez Holguín S CF. Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). Adicciones. 2011;23 Num.1:53–63.

Perez Y, Esnaola S, Ruiz R, de Diego M, Aldasoro E, Calvo M, et al. Alkoholaren kontsumoa Consumo de alcohol. La Encuesta Salud en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2007. Departamen. Vitoria-Gasteiz; 2010. p. 89–102.

Prochaska J., DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychoter Theory Pract. 1982;19:276–8.

Rebollo Roldán J, Jiménez Rejano J. Diseño, análisis e interpretación de los estudios clínicos basados en la evicencia en Ciencias de la Salud. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2010.

Robledo T CR. Cómo actuar ante el consumo de alcohol: Guía de referencia para profesionales de Atención Primaria. Barcelona: SemFYC; 2007. p. 2–3.

Rodríguez Fernández, E; Espí Martínez F, Canteras Jordana M, Gómez Moraga A. Actitud de los médicos de atención primaria sobre los pacientes con consumo excesivo de alcohol. Aten primaria [Internet]. 1999;24(8):447–55. Available from: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencin-primaria-27/articulo/actitud-los-medicos-atencion-primaria-13395?referer=buscador>

Rodríguez Martos A. Brief intervention in a hazardous drinker from the primary health care. Trastor Adict. 2005;7(4):197–210.

Rodríguez T. J, Hernández A. E, Fernández AM. Descripción del consumo de drogas lícitas e ilícitas por género a través de la metodología de pares. Rev Méd Chile. 2007;449–56.

Rosón Hernández B. Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. Galicia Clínica Soc Galega Med Interna. 2008;69(1).

Samet JH, O'Connor PG. Alcohol abusers in primary care: Readiness to change behavior. *Am J Med.* 1998;105(4):302–6.

SemFYC. Guía de actuación en Atención Primaria. 2011.

Servicio de epidemiología. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. 2007. *Bol Epidemiológico de la Comunidad Madrid No7.* 2008;14:3–53.

Smith PC, Cheng DM, Allensworth-Davies D, Winter MR, Saitz R. Use of a single alcohol screening question to identify other drug use. *Drug Alcohol Depend [Internet]. Elsevier Ireland Ltd;* 2014 Jun 1 [cited 2015 Jan 27];139:178–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24768061>

Sobell LC, Maisto SA, Sobell MB, Cooper AM. Reliability of alcohol abusers' self-reports of drinking behavior. *Behav Res Ther.* 1979;17:157–60.

Sobell, L. C. & Sobell MB. Alcohol consumption measures. In: Bethesda, editor. *Assess Alcohol Probl a Guid Clin Res Treat Handb.* National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.; 1995. p. 55–73.

Valencia-Martin JL, Galan I, Rodriguez-Artalejo F. Binge drinking in Madrid, Spain. *Alcohol Clin Exp Res [Internet].* 2007;31(10):1723–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17850645>

Zoorob R, Snell H, Kihlberg C, Senturias Y. Screening and brief intervention for risky alcohol use. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care [Internet]. Elsevier;* 2014 Apr [cited 2015 Jan 26];44(4):82–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24810410>

VI. CAPÍTULO 3.

Viabilidad, adherencia y efectividad, del protocolo de abordaje del consumo de alcohol desde Atención Primaria propuesto por el Programa ARGOS-Murcia

3.1 Introducción

Hasta el siglo XX, en vez de promover la atención al paciente alcohólico, se entendía esta dependencia como una decisión individual, es decir, como “un vicio libremente adquirido” (Pascual F, Santodomingo J, Torres MA, Álvarez C, Rodríguez A 2008). Se promovía desde una perspectiva moral (Sancho Sanz F 1992) y no se consideraba un problema de salud. Es a partir de 1940 cuando surge una corriente de investigación que generó las bases para que el alcoholismo “fuese reconocido como enfermedad, básicamente a través del síndrome de dependencia” (Torres, MA, Santodomingo, J, Pascual F, Freixa F 2009).

Una vez extendida esta nueva perspectiva, la necesidad de abordar el consumo de alcohol desde el ámbito sanitario se convirtió en una prioridad. Pero, no sólo es necesaria la atención de la dependencia alcohólica sino también es de gran importancia la detección de consumo de riesgo, de hecho, los profesionales de Atención Primaria (AP) han de aprovechar la “oportunidad de detectar precozmente los consumos de riesgo” (Álvarez González 2007), ya que está implicado en una gran variedad de patologías físicas y mentales. Según señala la Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol de la OMS (OMS 2010), es uno de los cuatro primeros factores de riesgo de enfermedades no transmisibles que son susceptibles de modificación y prevención.

Por ello, con el objetivo de la prevención y modificación de estas conductas de riesgo, el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de alcohol es uno de los servicios que ofrece la Atención Primaria de Salud (APS) (Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) 2010).

Sin embargo, a pesar de que la mayoría de sanitarios reconoce que está dentro de sus competencias, esta práctica no está totalmente extendida en la AP y una de las explicaciones es la ausencia de protocolos específicos. Para promover un cambio se puso en marcha, por parte del Programa ARGOS-Murcia, el presente modelo de intervención para la detección precoz de consumo de riesgo desde Atención Primaria.

En este capítulo, nos detenemos en el estudio del protocolo propuesto basado en la guía promovida por la SemFYC (Robledo T 2007) y la guía basada en el cuestionario AUDIT defendida por la OMS (Babor and Higgins-biddle 2001). Para ello se analiza la segunda visita, esta vez programada, tras la realización del cribado sistemático de consumo de alcohol realizado en la primera (capítulo 2). En concreto, por una parte se observa la adherencia al modelo, atendiendo a la asistencia a esta segunda visita y el perfil de los asistentes, y en segundo lugar, los resultados extraídos de esta fase donde el cuestionario AUDIT se establece como el instrumento principal para la detección y diagnóstico de los niveles de consumo de estos pacientes.

Además de la detección y el diagnóstico, este capítulo recoge la decisión clínica en relación con el seguimiento del paciente, ya que la Cartera de servicios de AP del Servicio Murciano de Salud incluye la detección precoz pero, el tratamiento y desintoxicación refiere a la derivación (Consejería de Sanidad 2007). Por el contrario, según las conclusiones extraídas de los resultados de la encuesta a profesionales de AP (primer capítulo) se pone de manifiesto que el 68,7% de los sanitarios considera que es una acción propia de este nivel asistencial ofrecer tratamientos de desintoxicación y un 67,5% tratamientos de la dependencia. Lo cual pone de manifiesto la importancia de conocer cuál es la decisión clínica en la práctica habitual.

Es necesario llevar a cabo una evaluación que valore si estamos ante un protocolo que supone un cambio real en la dinámica adquirida sujeta a mejora. Por tanto, la evaluación es un ejercicio de responsabilidad social y política y fundamental a la hora de elaborar un protocolo de investigación en salud que sea viable en la práctica habitual (Rodríguez del Águila et al. 2007).

De esta manera, el objetivo general del presente capítulo es analizar la viabilidad en este ámbito asistencial del protocolo de abordaje sistemático para la detección precoz de consumo de alcohol de riesgo propuesto por el Programa ARGOS-Murcia.

3.2 Material y método

3.2.1 Descripción de la muestra

Los casos que conforman la muestra de este estudio, corresponden a los pacientes reclutados en el marco de la investigación de “prevalencia del consumo de alcohol de riesgo desde consultas de Atención Primaria” del Programa ARGOS-Murcia, que tras la primera visita (Capítulo 2), en la que contestan al CAGE y refieren su consumo de alcohol diario de la semana anterior a la consulta, cumplen uno o más de los siguientes criterios:

- Resultan positivo en el cuestionario CAGE camuflado.
- Refieren un consumo de alcohol de riesgo.
- Existe sospecha de no veracidad en las respuestas según criterio clínico del propio profesional sanitario encargado de llevar a cabo la intervención.

Así, en virtud del resultado obtenido en el cribado, se programa una intervención sobre el consumo de alcohol de 259 pacientes que cumplen los criterios y acuden. En el caso de que no se manifieste ninguna de estas situaciones, se procede, al final de la primera visita, a dar consejo breve de salud sobre consumo de alcohol y el seguimiento con el paciente se realizará según lo recogido en la Cartera de Servicios (Consejería de Sanidad 2007), repitiéndose esta intervención cada dos años salvo que se produzcan situaciones excepcionales de alarma.

Para conseguir la adherencia a la intervención, se les pide que realicen una analítica la cual se revisará en esta segunda visita. Dicha analítica recoge los siguientes parámetros relacionados con el consumo de alcohol: ácido úrico, triglicéridos, fosfatasa

alcalina, GGT, GPT, glutámico-oxalacético transaminasa (GOT), cociente GOT/GPT mayor de 1, hematocrito, hemoglobina glucosa y volumen corpuscular medio (VCM).

Esta visita es programada mediante cita previa. El periodo mínimo que pasa entre la primera y segunda es de dos semanas, tiempo estimado para que en la segunda consulta se dispongan de los resultados de la analítica.

Esta segunda visita gira en torno a la aplicación del cuestionario AUDIT para el diagnóstico de consumo de riesgo, perjudicial o dependencia. Aunque partimos de la premisa de que los métodos de cribado no deben sustituir nunca a una adecuada anamnesis y exploración física del paciente (Riofrío and Rodríguez 2010). En este sentido, el profesional sanitario ha de guiar la entrevista clínica en base a su formación y experiencia y así, tras los resultados del cribado, deberá indicar la decisión clínica respecto al seguimiento. Esta decisión será la intervención desde Atención Primaria o la derivación a los recursos asistenciales en drogodependencias.

3.2.2 Instrumentos

Se diseña y edita un Cuadernillo de Recogida de Datos, descrito en el capítulo anterior, en el que se incluyen para esta segunda fase (**anexo 4**): los motivos de citar al paciente, los resultados de la analítica, el cuestionario AUDIT para entrevista clínica y la decisión del profesional sanitario de cara a la intervención tras esta visita.

Así, tal y como se indicaba anteriormente, el principal instrumento de recogida de información en esta segunda consulta es el cuestionario AUDIT. Considerado como el mejor instrumento de cribado para los problemas relacionados con el alcohol en el ámbito de Atención Primaria, en comparación con otros cuestionarios como el CAGE y el MAST (Babor and Higgins-biddle 2001). Además, teniendo en cuenta la perspectiva

de género, Pérula de Torres concluye en un estudio que “el AUDIT es un cuestionario con unas buenas propiedades psicométricas y es fiable y válido para la detección del consumo de riesgo y síndrome de dependencia alcohólica en Mujeres” (Pérula de Torres et al. 2005). En cuanto a su efectividad para identificar pacientes con niveles de riesgo o perjudicial muestra una sensibilidad de entre el 51%-97% y una especificidad de entre el 78%-96% (Fiellin et al. 2000). Por ello, como se recomienda desde el Ministerio de Sanidad (Álvarez González 2007), el AUDIT debe ser utilizado para detectar consumos de riesgo y el CAGE más usado para detectar niveles de dependencia.

3.2.3 Variables de estudio

VARIABLE	CATEGORÍAS DE RESPUESTA	RECODIFICACIÓN	NUEVA VARIABLE (categorías de respuesta)
Motivo de la segunda visita:			
Sospecha de no veracidad	Si, No	-	-
CAGE positivo	Si, No	-	-
Consumo semanal de riesgo	Si, No	-	-
Cuestionario AUDIT			
Resultado Final	Numérico (0-40)	Punto de Corte 8	AUDIT8 (Positivo, Negativo)
		Punto de Corte 6 (mujeres)	AUDIT6 mujeres (Positivo, Negativo)
		Punto de Corte 9 (hombres)	AUDIT9 hombres (Positivo, Negativo)
		>0 en los ítems 2 o 3	Consumo de Riesgo (Sí, No)
		>0 en los ítems 4, 5 o 6	Presencia o Inicio de dependencia (Sí, No)
		>=2 en los ítems 9 o 10	Problema pasado por consumo de alcohol (Sí, No)
		Agrupación en intervalos: 0-7;8-15;16-19;20-40	Nivel de Riesgo (Zona I, Zona II, Zona III, Zona IV)
		AUDIT-C	Resultado AUDIT-C mujeres (Positivo, Negativo)
AUDIT-C	Numérico (0-12)	Punto de corte 3 (mujeres)	Resultado AUDIT-C mujeres (Positivo, Negativo)
		Punto de corte 4 (hombres)	Resultado AUDIT-C hombres (Positivo, Negativo)
Decisión Clínica	Intervención, Derivación		
VARIABLES RECOGIDAS EN LA 1ª VISITA UTILIZADAS EN ANÁLISIS DE LA 2ª VISITA			
Sexo	Hombre, Mujer	-	
Grupo de Edad	De 18 a 30 años, De 31 a 45 años, De 46 a 65 años	-	
Hipertensión arterial	Si, No	-	-
Sobrepeso	Si, No	-	-
Obesidad	Si, No	-	-
Hipercolesterolemia	Si, No	-	-
Hipertrigliceridemia	Si, No	-	-
Prescripción de psicofármacos	Si, No		
Consumo de tabaco	Si, No	-	-
Consumo de cannabis	Si, No	-	-
Consumo de cocaína.	Si, No	-	-
Resultado CAGE	Positivo, Negativo		
Consumo semanal (a partir de las UBEs que refieren para cada día de la semana)			
Consumo de riesgo: >=28 UBEs en hombres >=17 UBEs en mujeres	Si, No		
Consumo diario	Si, No		
Abstinencia	Si, No		
Episodios de consumo intensivo	Si, No		

3.2.4 Análisis de datos

Los datos fueron introducidos en una base de datos creada a tal efecto en ACCESS-2003. El análisis estadístico se realizó mediante el software de análisis estadístico SPSS 22.0 (IBM-Statistical Package for the Social Sciences).

Se realizó en primer lugar una descripción de las variables usando técnicas para analizar distribución de frecuencias y análisis descriptivo de la muestra. Posteriormente se realizaron análisis de contingencia para las variables relacionadas con el cuestionario AUDIT, tanto en su resultado final como por niveles de riesgo e ítems y su relación con el sexo del paciente y con los resultados de consumo derivados de las variables recogidas en la primera visita. Así como, su relación con las variables que definen el perfil sociosanitario del paciente (patologías y otros consumos). Se realizaron pruebas Chi-cuadrado de Pearson para el contraste de hipótesis a través de las cuales se buscaron las relaciones causales que se crean entre ellas con la significación estadística ($p < 0.005$).

Todos los análisis que se llevaron a cabo se estratificaron por sexo.

3.3 Resultados

El total de segundas visitas es de 259, el 11,1% del total de pacientes reclutados en la primera visita de cribado. Como se observa en la Tabla 1, existe un mayor predominio de hombres con respecto a las mujeres (el 73,3% de hombres frente al 26,7% de mujeres).

Tabla 48. Porcentaje de asistencia a la segunda visita programada y perfil de los pacientes según sexo y grupo de edad.

		Sexo		
		Hombres	Mujeres	Total
Grupo de edad	18 a 30 años	38	14	52
		73,1%	26,9%	100,0%
		21,6%	21,9%	21,7%
	31 a 45 años	53	21	74
		71,6%	28,4%	100,0%
		30,1%	32,8%	30,8%
	46 a 65 años	85	29	114
		74,6%	25,4%	100,0%
		48,3%	45,3%	47,5%
Total		176	64	240
		73,3%	26,7%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%

La distribución intragrupo tanto en el conjunto de hombres y en el de mujeres es pareja, aumentando el número de visitas conforme aumenta la edad del paciente.

Tabla 49. Pacientes que no acuden a la segunda visita a pesar de cumplir el criterio del CAGE positivo.

		Segunda Visita					
		No acude			Acude		
Hombres	CAGE Negativo	856	91,6%	95,9%	79	8,4%	42,9%
	CAGE Positivo	37	26,1%	4,1%	105	73,9%	57,1%
	Total	893	82,9%	100%	184	17,1%	100%
Mujeres	CAGE Negativo	1097	96,6%	98,2%	39	3,4%	58,2%
	CAGE Positivo	20	41,7%	1,8%	28	58,3%	41,8%
	Total	1117	94,3%	100%	67	5,7%	100%
Total	CAGE Negativo	1953	94,3%	97,2%	118	5,7%	47,0%
	CAGE Positivo	57	30%	2,8%	133	70%	53,0%
	Total	2010	88,9%	100,0%	251	11,1%	100,0%

El 30% de los pacientes con un CAGE positivo no acuden a la segunda visita, y el 47% de los que acude su resultado del CAGE fue negativo. Del total de pacientes que acudieron a la primera visita, el 11,1% acudió a la segunda.

Tabla 50. Pacientes que no acuden a la segunda visita a pesar de cumplir el criterio del Consumo semanal de Riesgo.

		Segunda Visita					
		No acude			Acude		
Hombres	No Consumo de Riesgo	878	87,0%	98,3%	131	13,0%	71,2%
	Consumo de Riesgo	15	22,1%	1,7%	53	77,9%	28,8%
	Total	893	82,9%	100%	184	17,1%	100%
Mujeres	No Consumo de Riesgo	1093	98,1%	97,9%	21	1,9%	31,3%
	Consumo de Riesgo	24	34,3%	2,1%	46	65,7%	68,7%
	Total	1117	94,3%	100%	67	5,7%	100%

La Tabla 50 muestra que no acuden a la segunda visita, a pesar de referir un consumo de riesgo en la primera y ser un criterio para haber acudido, el 22,1% de los hombres y el 34,3% de las mujeres. Por el contrario, sí acuden un 13% de hombres y un 1,9% de mujeres que no mostraban un consumo de riesgo en la primera visita (son otros los criterios que sigue el sanitario para convocarles). También se observa que el 71,2% de los hombres y el 31,3% de las mujeres asistentes a la segunda cita, no indicaban consumo de riesgo en la primera.

Tabla 51. Criterios que motivan al sanitario para programar la segunda visita, según sexo del paciente.

		1. Resultado positivo CAGE		2. Sospecha de no veracidad		3. Consumo de Riesgo	
		Si	No	Si	No	Si	No
Sexo	Hombres	117	67	169	15	86	98
		63,6%	36,4%	91,8%	8,2%	46,7%	53,3%
	Mujeres	49	18	60	7	35	32
		73,1%	26,9%	89,6%	10,4%	52,2%	47,8%

$$1. \chi^2 = 1,999 \text{ p} < 0,157$$

$$2. \chi^2 = 0,324 \text{ p} < 0,569$$

$$3. \chi^2 = 0,595 \text{ p} < 0,440$$

Se observa que la sospecha de no veracidad fue el motivo más referido a la hora de citar al paciente para la segunda visita, indicado por el sanitario en el 91,8% de los casos cuando el paciente es hombre y en el 89,6% cuando es mujer. Seguido del CAGE positivo (63,6% y 73,1%, respectivamente) y en último lugar, el consumo de riesgo donde es el motivo de la cita en el 48,2% de los casos.

Tabla 52. Resultados del cuestionario AUDIT ordenados por los niveles de riesgo de Babor y Higgins-biddle y niveles de riesgo de MacKenzie, Langa y Brown, según sexo del paciente.

		Sexo				Sexo	
		Hombres	Mujeres			Hombres	Mujeres
Puntuación AUDIT: Nivel de Riesgo según Babor y Higgins-biddle	Zona I (0-7)	72 39,3%	40 59,7%	Puntuación AUDIT: Nivel de Riesgo según MacKenzie, Langa y Brown	Zona I (0-7)	94 51,4%	44 65,7%
	Zona II (8-15)	85 46,4%	25 37,3%		Zona II (8-9)	25 13,7%	10 14,9%
	Zona III (16-20)	17 9,3%	1 1,5%		Zona III (10-18)	54 29,5%	12 17,9%
	Zona 4 (20-40)	9 4,9%	1 1,5%		Zona 4 (19-40)	10 5,5%	1 1,5%
$\chi^2= 11,047$ p<0,011				$\chi^2= 6,132$ p<0,105			

La Tabla 52 muestra que atendiendo a los niveles de riesgo propuestos por Babor y Higgins-biddle (Babor and Higgins-biddle 2001), el 46,4% de los hombres y el 37,3% de las mujeres se encuentran en la zona de consumo de alcohol de riesgo. El 14,2% de los hombres frente al 3% de las mujeres se encuentran en zonas de riesgo más altas pudiendo ser considerada la dependencia alcohólica. Por otra parte, se observa que según MacKenzie, Langa y Brown (Mackenzie et al. 1996), el 13,7% de los hombres y el 14,9% de las mujeres tienen un consumo de alcohol de riesgo, el 29,5% y el 17,9% respectivamente tienen un consumo perjudicial y el 5,5% y el 1,5% tienen dependencia alcohólica.

Tabla 53. Resultado del cuestionario AUDIT según diferentes puntos de corte.

		Sexo			
		Hombres		Mujeres	
1. Punto de Corte en 8	< 8	94	51,4%	44	65,7%
	>=8	89	48,6%	23	34,3%
Punto de Corte en 9 Hombres y 6 Mujeres	< 9 ; < 6	108	59,0%	35	52,2%
	>=9 ; >= 6	75	41,0%	32	47,8%
2. Punto de corte de la Dependencia en 16	< 16	157	85,8%	65	97,0%
	>= 16	26	14,2%	2	3,0%
3. Punto de corte de la Dependencia en 20	< 20	174	95,1%	66	98,5%
	>= 20	9	4,9%	1	1,5%

1. $\chi^2 = 4,059$ $p < 0,044$

2. $\chi^2 = 6,211$ $p < 0,013$

3. $\chi^2 = 0,221$ $p < 0,221$

La Tabla 53 muestra que estableciendo diferencia entre los puntos de corte de hombres y mujeres (9 y 6 respectivamente) se observa que un 47,8% de las mujeres da positivo frente al 41% de los hombres. Sin embargo con un mismo punto de corte fijado en 8 las diferencias sí son significativas y en sentido contrario (48,6% en hombres, 34,3% mujeres). En cuanto a los puntos de corte establecidos para considerar la existencia de dependencia al alcohol, las diferencias son significativas cuando lo fijamos en 16 (14,2% en hombres y 3% en mujeres), no así en 20 (4,9% en hombres y 1,5% en mujeres).

Tabla 54. Perfil del paciente en relación al resultado del AUDIT con punto de corte de 8, según sexo.

		Sexo											
		Hombres				Mujeres				Total			
		AUDIT Negativo (<8)	AUDIT Positivo (≥8)	AUDIT Negativo (<8)	AUDIT Positivo (≥8)	AUDIT Negativo (<8)	AUDIT Positivo (≥8)	AUDIT Negativo (<8)	AUDIT Positivo (≥8)				
Hipertensión	NO	73	77,7%	62	69,7%	35	79,5%	20	87,0%	108	78,3%	82	73,2%
Arterial	SI	21	22,3%	27	30,3%	9	20,5%	3	13,0%	30	21,7%	30	26,8%
Hipercolesterolemia	NO	64	68,1%	65	73,0%	37	84,1%	17	73,9%	101	73,2%	82	73,2%
	SI	30	31,9%	24	27,0%	7	15,9%	6	26,1%	37	26,8%	30	26,8%
Hipertrigliceridemia	NO	83	88,3%	77	86,5%	43	97,7%	21	91,3%	126	91,3%	98	87,5%
	SI	11	11,7%	12	13,5%	1	2,3%	2	8,7%	12	8,7%	14	12,5%
Sobrepeso	NO	69	73,4%	64	71,9%	33	75,0%	15	65,2%	102	73,9%	79	70,5%
	SI	25	26,6%	25	28,1%	11	25,0%	8	34,8%	36	26,1%	33	29,5%
Obesidad	NO	81	86,2%	82	92,1%	40	90,9%	19	82,6%	121	87,7%	101	90,2%
	SI	13	13,8%	7	7,9%	4	9,1%	4	17,4%	17	12,3%	11	9,8%
Fumador	NO	51	54,3%	40	44,9%	25	56,8%	14	60,9%	76	55,1%	54	48,2%
	SI	43	45,7%	49	55,1%	19	43,2%	9	39,1%	62	44,9%	58	51,8%
Psicofármacos	NO	82	87,2%	71	79,8%	33	75,0%	14	60,9%	115	83,3%	85	75,9%
	SI	12	12,8%	18	20,2%	11	25,0%	9	39,1%	23	16,7%	27	24,1%

No hay diferencias significativas

No se observan diferencias significativas en cuanto a enfermedades asociadas, tabaquismo ni consumo de psicofármacos entre los pacientes con un resultado positivo y los que muestran un resultado negativo en el cuestionario AUDIT.

Tabla 55. Resultado del cuestionario AUDIT en los ítems relacionados con el consumo de alcohol de riesgo y de presencia o inicio de dependencia alcohólica, según sexo del paciente.

		Sexo					
		Hombres		Mujeres		Total	
AUDIT Consumo de riesgo (Ítems 2 y 3)	No	23	12,5%	20	29,9%	43	17,1%
	SI	161	87,5%	47	70,1%	208	82,9%
2. Cantidad típica	NO	56	30,4%	35	52,2%	91	36,3%
	SI	128	69,6%	32	47,8%	160	63,7%
3. Frecuencia del consumo elevado	NO	50	27,2%	30	44,8%	80	31,9%
	SI	134	72,8%	37	55,2%	171	68,1%
AUDIT Presencia o inicio de dependencia (Ítems 4, 5 y 6)	NO	105	57,1%	57	85,1%	162	64,5%
	SI	79	42,9%	10	14,9%	89	35,5%
4. Pérdida del control sobre el consumo	NO	131	71,2%	62	92,5%	193	76,9%
	SI	53	28,8%	5	7,5%	58	23,1%
5. Aumento de la relevancia del consumo	NO	139	75,5%	61	91,0%	200	79,7%
	SI	45	24,5%	6	9,0%	51	20,3%
6. Consumo matutino	NO	159	86,4%	66	98,5%	225	89,6%
	SI	25	13,6%	1	1,5%	26	10,4%

Ítems 2 y 3: $\chi^2= 10,415$ $p<0,001$ (2. $\chi^2= 10,104$ $p<0,001$; 3. $\chi^2= 7,008$ $p<0,008$)

Ítems 4, 5 y 6: $\chi^2= 16,837$ $p<0,000$ (4. $\chi^2= 12,590$ $p<0,000$; 5. $\chi^2= 7,290$ $p<0,007$; 6. $\chi^2= 7,737$ $p<0,005$)

La Tabla 55 muestra que el 87,5% de los hombres y el 70,1% de las mujeres que acuden a la segunda visita muestran un consumo de alcohol de riesgo, principalmente derivado del ítem 3 (frecuencia de consumo elevado). En cuanto a la dependencia, se observa que el 42,9% de los hombres y el 14,9% de las mujeres dan positivo.

Tabla 56. Resultado del cuestionario AUDIT en los ítems relacionados con problemas por el consumo de alcohol en el presente y en el pasado, según sexo del paciente.

		Sexo					
		Hombres		Mujeres		Total	
Ítem 9. ¿Usted o alguna persona han resultado heridos porque usted ha bebido?	No	169	91,8%	66	98,5%	235	93,6%
	Sí, pero no en el último año	9	4,9%	1	1,5%	10	4,0%
	Sí, en el último año	6	3,3%	0	0%	6	2,4%
Ítem 10. ¿Algún amigo, familiar, médico o profesional sanitarios han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?	No	104	56,5%	46	68,7%	150	59,8%
	Sí, pero no en el último año	31	16,8%	10	14,9%	41	16,3%
	Sí, en el último año	49	26,6%	11	16,4%	60	23,9%

Ítem 9: $\chi^2= 3,842$ $p<0,146$

Ítem 10: $\chi^2= 3,464$ $p<0,177$

Se observa que en el 6,4% de los casos, el paciente u otra persona han resultado heridos a causa de su consumo de alcohol (8,2% de los hombres y 1,5% de las mujeres). En cuanto a la preocupación de los demás por su consumo de alcohol, el 16,3% reconoce que han mostrado preocupación, aunque no en el último año, siendo mayor la proporción de los que reconocen este hecho en el último año (23,9%).

Tabla 57. Resultado del cuestionario AUDIT en el ítem 10 (preocupación por el consumo o indicación de dejar de beber, en el presente o en el pasado) y su relación con la existencia actual de consumo de riesgo o de dependencia alcohólica, según sexo del paciente.

Ítem 10.	AUDIT Consumo de riesgo (Ítems 2 y 3)	Sexo		Total			
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres		
No	NO	18	17,3%	19	41,3%	37	24,7%
	SI	86	82,7%	27	58,7%	113	75,3%
Sí, pero no en el último año	NO	4	12,9%	1	10,0%	5	12,2%
	SI	27	87,1%	9	90,0%	36	87,8%
Sí, en el último año	NO	1	2,0%	0	0,0%	1	1,7%
	SI	48	98,0%	11	100,0%	59	98,3%
Ítem 10.	AUDIT Dependencia (Ítems 4, 5 y 6)	Hombres		Mujeres		Total	
No	NO	73	70,2%	44	95,7%	117	78,0%
	SI	31	29,8%	2	4,3%	33	22,0%
Sí, pero no en el último año	NO	16	51,6%	5	50,0%	21	51,2%
	SI	15	48,4%	5	50,0%	20	48,8%
Sí, en el último año	NO	16	32,7%	8	72,7%	24	40,0%
	SI	33	67,3%	3	27,3%	36	60,0%

La Tabla 57 muestra que de los pacientes que reconocen que, en el pasado, otros han mostrado preocupación por su consumo de alcohol, el 87,1% de los hombres y el 90% de las mujeres muestran en el presente un consumo de alcohol de riesgo. De estos mismos pacientes, el 48,4% de los hombres y el 50% de las mujeres, tienen dependencia alcohólica en el presente según indican los resultados derivados de los ítems 4, 5 y 6.

A continuación se procede a analizar los resultados de los tres primeros ítems de cuestionario AUDIT, que configuran el llamado AUDIT-C (Broyles et al. 2011).

Tabla 58. Resultado de los ítems que configuran el AUDIT-C, según sexo.

		Sexo			
		Hombres		Mujeres	
Resultado AUDIT-C	Negativo <4	25	13,6%	Negativo <3	13 19,4%
	Positivo >=4	159	86,4%	Positivo >=3	54 80,6%
	Negativo <5	55	29,9%	Negativo <4	15 22,4%
	Positivo >=5	129	70,1%	Positivo >=4	52 77,6%

La Tabla 58 muestra que tomando como punto de corte 3 en mujeres y 4 en hombres (Reinert and Allen 2007), encontramos que el 86,4% de los hombres y el 80,6% de las mujeres dan “positivo en abuso de alcohol”, y tomando como punto de corte 4 en mujeres y 5 en hombres (Gual et al. 2002) el resultado se invierte y se observa que dan positivo el 70,1% de los hombres frente al 77,6% de las mujeres.

Tabla 59. Consumo semanal referido en la última semana en relación con el resultado del AUDIT-C, según sexo.

		Sexo			
		Mujeres		Hombres	
		Consumo de riesgo referido en la última semana			
Puntos de corte 3 y 4		NO	SI	NO	SI
Resultado AUDIT-C	Negativo	9 69,2%	4 30,8%	24 96,0%	1 4%
	Positivo	12 22,2%	42 77,8%	107 67,3%	52 32,7%
		57,1%	91,3%	81,7%	98,1%

Mujeres: $\chi^2= 10,759$ $p<0,001$; Hombres: $\chi^2= 8,680$ $p<0,003$

En la Tabla superior se observa que el 91,3% de las mujeres con un consumo semanal de riesgo dan positivo en el AUDIT-C, frente a un 8,7% que a pesar de indicar un consumo semanal de riesgo muestran puntuaciones por debajo del punto de corte de 3 en el cuestionario CAGE. En el caso de los hombres, la similitud en resultados entre el resultado del AUDIT-C y el consumo semanal referido es mayor, únicamente el 1,9% de los hombres con un consumo semanal de riesgo no da positivo en el cuestionario.

En esta misma línea se observa que el 30,8% de las mujeres frente al 4% de los hombres que dan negativo en el AUDIT-C revelan un consumo semanal de riesgo, a pesar de que el punto de corte en mujeres es inferior al de hombres.

		Sexo			
		Mujeres		Hombres	
		Consumo de riesgo referido en la última semana			
Puntos de corte 4 y 5		NO	SI	NO	SI
Resultado AUDIT-C	Negativo	9 60,0%	6 40,0%	48 87,3%	7 12,7%
	Positivo	12 23,1%	40 76,9%	83 64,3%	46 35,7%
		42,9%	13,0%	36,6%	13,2%
		57,1%	87,0%	63,4%	86,8%

Mujeres: $\chi^2= 7,375$ $p<0,007$; Hombres: $\chi^2= 9,888$ $p<0,002$

La Tabla superior muestra que el 87% de las mujeres con un consumo semanal de riesgo dan positivo en el AUDIT-C, frente a un 13% que a pesar de indicar un consumo semanal de riesgo muestran puntuaciones por debajo del punto de corte de 4 en el cuestionario CAGE. Datos similares en el caso de los hombres: 86,8% y 13,2% respectivamente. También se observa que el 40% de las mujeres frente al 12,7% de los hombres que dan negativo en el AUDIT-C revelan un consumo semanal de riesgo, a pesar de que el punto de corte en mujeres es inferior al de hombres.

Por último, se analiza la decisión clínica que toman los sanitarios en cuanto al seguimiento de estos pacientes, una vez terminada la intervención en el marco de la investigación. El 30,9% de los casos no indican ninguna decisión, por lo que contamos con una muestra de 179 registros en los que los profesionales sanitarios encargados de llevar a cabo esta segunda visita han indicado su postura en relación al seguimiento de estos pacientes.

Tabla 60. Decisión clínica (derivación a recursos especializados o intervención en Atención Primaria) tras la segunda visita, según sexo del paciente.

		Sexo		
		Hombres	Mujeres	Total
Decisión clínica	Derivación	20 15,3%	1 2,3%	21 12,1%
	Intervención	111 84,7%	42 97,7%	153 87,9%

$$\chi^2 = 5,109 \text{ p} < 0,024$$

La Tabla 60 muestra que la principal opción para los profesionales sanitarios es la intervención en consulta con el paciente (87,9%) frente a la derivación (12,1%) a recursos especializados. Se observa que las diferencias son estadísticamente significativas según el sexo del paciente.

Tabla 61. Decisión clínica (derivación a recursos especializados o intervención en Atención Primaria) tras la segunda visita, según la puntuación total del AUDIT (Niveles de riesgo) y de manera específica en cuanto a consumo de riesgo (Ítems 2 y 3) y a dependencia (Ítems 4, 5 y 6), según el sexo del paciente.

		Sexo					
		Hombres		Mujeres		Total	
		Derivación	Intervención	Derivación	Intervención	Derivación	Intervención
Puntuación	Zona 1	2	41	0	21	2	62
AUDIT:	(0-7)	4,7%	95,3%	0,0%	100,0%	3,1%	96,9%
Nivel de Riesgo	Zona 2	8	54	1	20	9	74
según Babor	(8-15)	12,9%	87,1%	4,8%	95,2%	10,8%	89,2%
	Zona 3	4	13	0	0	4	13
	(16-20)	23,5%	76,5%	0,0%	0,0%	23,5%	76,5%
	Zona 4	6	2	0	1	6	3
	(20-40)	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%	66,7%	33,3%
AUDIT	NO	1	12	0	9	1	21
Consumo de		7,7%	92,3%	0,0%	100,0%	4,5%	95,5%
riesgo	SI	19	99	1	33	20	132
(Ítems 2 y 3)		16,1%	83,9%	2,9%	97,1%	13,2%	86,8%
AUDIT	NO	7	62	1	36	8	98
Dependencia		10,1%	89,9%	2,7%	97,3%	7,5%	92,5%
(Ítems 4, 5 y 6)	SI	13	49	0	6	13	55
		21,0%	79,0%	0,0%	100,0%	19,1%	80,9%

La Tabla 61 muestra que únicamente en los casos más graves, con una puntuación total superior a 20, se invierte la tendencia y la derivación se convierte en la opción mayoritaria (66,7%). Así, se observa que tanto en consumo de riesgo positivo como en dependencia alcohólica, la intervención desde AP es la opción más seguida (86,8% y 80,9% respectivamente). Aunque observamos que cuando resulta negativo la opción de intervención aumenta (95,5% y 92,5% respectivamente).

3.4 Discusión

El Programa ARGOS-Murcia, que tiene entre sus objetivos incorporar la detección precoz de problemas relacionados con el alcohol en el ámbito de la Atención Primaria, propone este estudio como vía tanto para que los sanitarios practiquen este servicio como para observar su viabilidad en consulta. En esta línea uno de nuestros objetivos es conocer la adherencia al modelo de intervención propuesto, analizando la asistencia a la segunda visita. En todos los casos en los que no procede la visita programada, se da un consejo breve de salud en base a las recomendaciones (McCambridge and Rollnick 2014) (World Health Organization 2010).

Podemos afirmar que el protocolo metodológico de intervención propuesto no ha sido seguido en todos los casos. Si bien la formación previa al trabajo de campo estableció los criterios metodológicos a seguir, en su aplicación en la práctica habitual, en tres de cada diez casos no se lleva a cabo impidiendo que se complete la intervención. El 30% de los pacientes con un CAGE positivo no han acudido a la segunda visita programada, entre hombres y mujeres encontramos que acuden más los segundos (41,7% de las mujeres no acuden frente al 26,1% de los hombres). Al igual que en cuanto al consumo semanal, donde el 34,3% de las mujeres que tienen consumo de riesgo no acuden a la segunda visita frente al 22,1% de hombres. Esto puede explicarse, por la posición de rechazo que provoca en los pacientes determinadas preguntas. Según Gual (Gual et al. 2002), los sanitarios de su estudio daban cuenta de un incremento de las actitudes defensivas por parte de los pacientes cuando las preguntas están relacionadas concretamente con la dependencia y con los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Estas actitudes defensivas podrían poner al paciente en la tesitura de preferir mentir en sus respuestas, un hecho que estaría vinculado con el criterio clínico de “sospecha de no veracidad” indicado por los

sanitarios a la hora de programar la nueva cita, que se da en nueve de cada diez que acuden a la segunda visita. Pero esta mentira en muchos casos es inconsciente, como dirá Tirapu Ustárroz, la falta de conciencia de un problema lleva a recurrir a la verdad inventada con el propósito de convertir la subjetividad en objetividad, con el fin de que esa interpretación subjetiva, única y privada de su realidad, sea percibida por los demás como él mismo la percibe, lo que sirve al paciente para mantener la imagen que tiene de sí mismo. En este sentido, se entiende la mentira como “un autoengaño que refleja la falta de conciencia de un problema” (Tirapu Ustárroz et al. 2003).

Las mujeres son el perfil predominante en el momento de acudir a Atención Primaria (Rosa Jiménez et al. 2005) y, el hecho de que las mujeres muestren una menor adherencia al modelo es también de destacar. Este hecho puede explicarse por la posible negación y ocultación del problema y por unas mayores barreras a acudir a consulta programada en relación a su consumo de alcohol (S. Muñoz Guillen 2013), ya que son las mujeres las que “más perciben su reproche social y ocultan más su problema” y cuentan con una “menor comprensión y apoyo familiar” (J.R. Villalbí Hereter. 2013), a lo que hay que sumar que “la aceptación social de la costumbre de beber excluye a las mujeres” (Gómez Moya 2004).

La menor adherencia al protocolo por parte de las mujeres genera que se haga mayor la diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a la asistencia de pacientes en esta segunda muestra, siendo superior a la variación propia de las variaciones en el consumo. Una limitación a tener en cuenta, aunque en general los resultados de este estudio, sobre el cuestionario AUDIT realizado, hacen referencia a un análisis intragrupal.

En cuanto a las conclusiones derivadas de la segunda visita, se parte del análisis del resultado total del cuestionario AUDIT según sexo, que se llevó a cabo el teniendo en cuenta los distintos niveles de riesgo establecidos por la comunidad científica. Por una parte, los niveles de riesgo propuestos por Babor (Babor and Higgins-biddle 2001) que son progresivos, más puntuación más posibilidad de dependencia; por otra, los de Mackenzie (Mackenzie et al. 1996) que sí diferencia entre riesgo (puntuación 8 y 9) y perjudicial (puntuación de 10 hasta 16). Por otro lado, Rubinsky subraya que es muy difícil diferenciarlos con los puntos de corte y recomienda que convendría mantener la propuesta de Babor de analizar el resultado como progresivo (Rubinsky et al. 2013). En nuestro caso nos movemos en la línea de Babor de “niveles de riesgo progresivos”, y apoyamos la hipótesis de Coulton (Coulton et al. 2006) que afirma que “una puntuación positiva es un buen indicador de problemas relacionados con el alcohol y una puntuación negativa un buen indicador de no dependencia”, lo que unido a la entrevista en profundidad y a la información de la primera visita permite adaptar la intervención al paciente.

Únicamente en los niveles de riesgo propuestos por Babor (Babor and Higgins-biddle 2001) encontramos diferencias significativas entre hombres y mujeres en todos los niveles. Cerca de la mitad de los hombres y dos de cada cinco mujeres se encuentran en la zona de consumo de alcohol de riesgo. El 14,2% de los hombres frente al 3% de las mujeres se encuentran en zonas de riesgo más altas, pudiendo ser considerada la dependencia alcohólica. Si tenemos en cuenta que se excluyó del estudio a los pacientes con dependencia ya diagnosticada, esta posible situación de dependencia no había sido identificada previamente por el sanitario. Principalmente debido a una escasa actividad de detección y abordaje sistemático (Varela Veiga et al. 2003) (Bolaños Gallardo et al. 2010), (Duszynski et al. 1995).

Además de los diferentes niveles de riesgo, se ha atendido al punto de corte para establecer si el AUDIT es positivo o negativo. Entre la comunidad científica se encuentran dos tendencias. Por una parte, estableciendo diferencia entre los puntos de corte de hombres y mujeres (9 y 6 respectivamente) (Pérula-de Torres et al. 2005), se observa que un 47,8% de las mujeres da positivo frente al 41% de los hombres. Por otra, sin embargo, con un mismo punto de corte fijado en 8 (Mackenzie et al. 1996) (Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR 1993) (Coulton et al. 2006) (Babor et al. 2001a) las diferencias sí son significativas y en asociación negativa (48,6% en hombres, 34,3% mujeres). En cuanto a los puntos de corte establecidos para considerar la existencia de dependencia al alcohol, las diferencias son significativas cuando lo fijamos en 16 (14,2% en hombres y 3% en mujeres), no así en 20 (Pérula-de Torres et al. 2005) (4,9% en hombres y 1,5% en mujeres).

En el presente estudio se toma como punto de corte ocho, cuya justificación se deriva del hecho de que la segunda cita, donde se utiliza el AUDIT, los pacientes que acuden, independientemente del sexo, se encuentran en las mismas condiciones con respecto a su relación con el alcohol. Esta afirmación se explica al tener en cuenta que estos pacientes corresponden a una submuestra de la población general que acude a consulta, una selección de pacientes inicial donde sí se tienen en cuenta diferencias entre hombres y mujeres de cara a su consumo de alcohol.

En cuanto al objetivo inicial de examinar el perfil sociosanitario de los pacientes según su resultado en el cuestionario AUDIT, encontramos que a pesar de que los pacientes con un resultado positivo (puntuación mayor de 8), tienen mayores prevalencias de hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, sobrepeso, son más los fumadores y tienen un mayor consumo de psicofármacos, las diferencias entre ambos

grupos no son significativas por lo que no podemos establecer comparaciones entre ambos grupos.

Una interpretación más detallada del cuestionario AUDIT se obtiene analizando las preguntas en las que puntuaron. En general, siguiendo a Babor, “una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o la pregunta 3 indica un consumo en un nivel de riesgo; una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4-6, implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. Los puntos obtenidos en las preguntas 7-10 indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol” (Babor and Higgins-biddle 2001). Así, en cuanto al consumo de alcohol de riesgo, aunque sólo la mitad de los pacientes acuden por este motivo, los ítems 2 y 3 muestran que cerca de nueve de cada diez hombres y el siete de cada diez mujeres da positivo en consumo de riesgo. Las diferencias entre sexos son estadísticamente significativas aunque deberíamos tener en cuenta que las cantidades que refleja el enunciado de la pregunta 3 (seis o más bebidas) no atienden a las diferencias entre sexos fijadas por la OMS (Álvarez González 2007), como afirma Dawson (Dawson et al. 2005), en cuyo estudio concluye que “el screening para el consumo de riesgo fue mejor entre hombres que en mujeres porque la tercera pregunta del AUDIT-C directamente refleja la definición de consumo de riesgo en hombres, pero no en mujeres”. Por su parte, en cuanto a la dependencia (ítems 4, 5 y 6) el 42,9% de los hombres y el 14,9% de las mujeres dio positivo, datos muy superiores a los que se desprenden del análisis general atendiendo a puntuaciones superiores a 16. Aunque no se pueda afirmar una dependencia directamente por el resultado de este instrumento, ya que los métodos de cribado no deben nunca sustituir una adecuada anamnesis y exploración física del paciente (Riofrío and Rodríguez 2010), sí es cierto que esta información es altamente relevante a la hora de planificar la intervención.

El cuestionario AUDIT también indaga en la identificación de problemas pasados (Babor and Higgins-biddle 2001) lo que permite al sanitario obtener una visión de conjunto del perfil del paciente en relación con el consumo de alcohol. A este respecto, a pesar de que todos los pacientes incluidos en el estudio no tenían diagnosticada, previamente a la intervención, dependencia alcohólica, encontramos que el 16,3% refieren haber tenido problemas con el alcohol en el pasado, donde algún amigo, familiar, médico o sanitario mostró preocupación por su consumo o incluso le indicaron dejar de beber. Aunque no muestren en el presente signos de dependencia, ni consumo de riesgo, es un dato a tener en cuenta por parte del sanitario para determinar el tipo de intervención con estos pacientes.

La evaluación del protocolo propuesto en términos de adherencia, con el que comenzaba la presente discusión, conduce a replantearse este modelo de intervención, donde una posibilidad reside en hacer más efectiva la primera consulta. En este sentido, en cuanto a la evaluación del protocolo de abordaje y detección precoz propuesto en esta tesis, se podría afirmar que el cuestionario AUDIT da una amplia información sobre la relación del paciente con el alcohol, sin embargo, no es nueva la discusión en cuanto a los instrumentos de cribado del consumo de alcohol desde Atención Primaria. La distinta sensibilidad y especificidad de los mismos en relación a los diferentes niveles de riesgo, junto con las especificidades de este ámbito asistencial, han llevado a distintas posturas en relación a estas herramientas.

En este estudio se ha utilizado el AUDIT, el CAGE y el recuento en UBEs del consumo semanal. En cuanto a los dos primeros, se ha visto un alto coeficiente de correlación (0.78) en pacientes ambulatorios (Babor and Higgins-biddle 2001) (Hays, R.D., Merz, J.F. and Nicholas 1995), aunque significativamente menos casos fueron detectados usando el CAGE que el AUDIT (22% frente al 36%; $\chi^2 = 51,4$; $p < 0.001$) y

todos los casos detectados por el CAGE habían sido detectados por el AUDIT (McCusker et al. 2002). En esta línea, los resultados derivados de la aplicación del CAGE (capítulo 2) muestran que gran parte de los consumidores de riesgo no son detectados por este cuestionario; y por tanto, el CAGE no es efectivo para afirmar que el paciente no tiene un consumo de riesgo, demostrando no ser una herramienta eficaz para la detección y cribado de estos niveles de consumo. Lo que unido al hecho de que los pacientes con un consumo de riesgo, etapa temprana en el desarrollo de la dependencia, responden mejor a las intervenciones breves, lleva a McCusker a recomendar el uso del AUDIT para el cribado sistemático en consulta. Apoyando esta conclusión Coulton afirma que el AUDIT es una herramienta de diagnóstico “eficiente y coste-eficiente” para Atención Primaria (Coulton et al. 2006).

Además, a diferencia del CAGE, el AUDIT produce información sobre el consumo de alcohol más allá de lo estrictamente relacionado con la dependencia alcohólica. Siendo el segundo más efectivo para identificar consumos de riesgo o perjudiciales (sensibilidad, 51%-97%; especificidad 78%-96%), mientras que el CAGE lo es para la detección de la dependencia alcohólica (sensibilidad, 43%-94%; especificidad, 70%-97% (Álvarez González 2007). En este sentido se pronuncia la Guía de la OMS cuando defiende su aplicación al afirmar que en su elaboración “se enfatizó la identificación del consumo de riesgo en lugar de la dependencia de larga duración y las consecuencias adversas de beber y se centraba en síntomas que habían aparecido en un pasado reciente en vez de «alguna vez»” (Babor and Higgins-biddle 2001).

Es un hecho que el cuestionario AUDIT da una amplia información sobre la relación del paciente con el alcohol. Sin embargo, la comunidad científica propone la reducción de las preguntas. Nuestros resultados apoyan esta intención, ya que la sospecha de no veracidad es el criterio más mencionado por el sanitario para citar al

paciente, dándose en 9 de cada 10 casos. Y esta sospecha se ve justificada, en parte, por las conclusiones de Gual (Gual et al. 2002) respecto a las actitudes defensivas ante las preguntas de la 4 a la 10. Este estudio se propuso encontrar otras adecuadas formas breves de este cuestionario y describir sus propiedades de cara al cribado y detección precoz, ya que generar un clima de confianza es clave para el éxito de la intervención (Miller et al. 1992).

Por nuestra parte, tras los problemas de adherencia al modelo propuesto, entendemos que una posibilidad de mejora reside en hacer más efectiva la primera consulta y en este sentido se propone sustituir el CAGE por una versión reducida del AUDIT en la primera visita a menudo utilizado como un instrumento breve de cribado del consumo de alcohol (Broyles et al. 2011). Ya que a pesar de las limitaciones metodológicas, tal y como concluye Fiellin, la literatura sigue apoyando el uso de instrumentos formales de cribado más que otras medidas clínicas para la detección de problemas de alcohol desde Atención Primaria (Fiellin et al. 2000), y que a pesar de la posibilidad de la mentira, los test, en concreto el AUDIT muestra una sensibilidad, especificidad y un valor de predicción positiva (VPP) significativamente mayor que los marcadores biológicos (Coulton et al. 2006).

Se sugiere, en principio, esta versión más corta del AUDIT formada por las tres primeras preguntas relacionadas con cantidad y frecuencia del consumo (Salcedo et al. 2009), denominada AUDIT-C y utilizada como herramienta breve para el cribado de consumo de alcohol (Broyles et al. 2011). Así, frente al protocolo inicial, en la primera visita, donde se realiza el cribado sistemático para la detección precoz, se utilizaría el AUDIT-C. Diversos estudios recomiendan el uso de esta versión reducida para los sanitarios en las intervenciones propias del cribado (Thomsom 2014), ya que resultan similares al AUDIT completo de cara a la detección de consumo de riesgo (Rodríguez

Martos DA, Gual SA 1999). Además, teniendo en cuenta que el CAGE se proponía como buena opción por su simplicidad (Rosón Hernández 2008) (Dhalla and Kopec 2007), en este sentido el AUDIT-C también es sencillo y rápido de aplicar, un hecho que justifica su uso habitual en Atención Primaria (Gordon et al. 2001).

En nuestro estudio se han contrastado, para analizar la posible correlación, los resultados del AUDIT-C con los resultados derivados de la indicación del consumo semanal. Existen dos corrientes que establecen distintos puntos de corte, en ambos casos diferenciados por sexo: una puntuación de 4 puntos ó más en hombres y 3 o más en mujeres es considerado positivo en el abuso del alcohol (Reinert and Allen 2007) y subiendo un punto (5 y 4 respectivamente) lo propuesto por Gual (Gual et al. 2002). Aunque al igual que en el AUDIT completo, cuanto más alto sea el resultado, más alta es la probabilidad de que el consumo de alcohol del paciente esté afectando a su salud y seguridad (Reinert and Allen 2007). Entre tres y cuatro de cada diez mujeres que dan negativo en el AUDIT-C (corte 3 y corte 4 respectivamente) tienen consumo de riesgo según el consumo referido la última semana, frente un bajo 4% de los hombres cuando el corte se establece en 4 incrementándose hasta un 13% cuando es 5, claramente inferior en ambos casos a los datos de las mujeres. Estas diferencias se explican, como se mencionaba antes, porque el cuestionario AUDIT no diferencia entre hombres y mujeres en su ítem sobre la cantidad consumida que marca el límite del consumo de riesgo (Dawson et al. 2005). Por otra parte, dos de cada diez mujeres y cerca de siete de cada diez hombres que dan positivo no indicaron niveles propios de un consumo de riesgo la última semana, lo que nos permite identificar consumos de riesgo que no se habrían diagnosticado si sólo se preguntara por el consumo semanal.

En cuanto a las pregunta sobre el consumo la última semana (Cordoba Garcia 2002), algunos estudios, como el de Coulton, proponían que la entrevista recogiera la

cantidad y frecuencia del consumo durante los 180 días previos (Coulton et al. 2006). Pero, en Atención Primaria no es una opción una herramienta que suponga 45 minutos, salvo que se encuentre en el marco de una investigación. No sirve para la validación de la efectividad de un procedimiento tanto en aras de su aplicabilidad en consulta, como de los resultados informativos que del mismo se derivan para facilitar la intervención.

Analizada la relación entre estos instrumentos, se aconseja la utilización de ambos: realizar una entrevista semiestructurada que cuantifique el consumo de alcohol, seguido de la cumplimentación de algún test, que permita identificar a los pacientes bebedores con consumo de riesgo, perjudicial y/o con síndrome de dependencia alcohólica (Pérula de Torres et al. 2005) (Robledo T, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M 2005), sin renunciar, en ningún caso, a una anamnesis por parte del profesional sanitario (Riofrío and Rodríguez 2010).

Tanto el AUDIT-C como las preguntas sobre el consumo semanal, hacen referencia al presente, por ello que la pregunta relacionada con problemas en el pasado sea altamente informativa y necesaria, ya que permite al sanitario adaptar la intervención no sólo a la realidad presente del paciente, sino teniendo en cuenta los posibles problemas pasados en relación al alcohol. En este sentido, proponemos el AUDIT-4 (AUDIT-C más la pregunta 10 del AUDIT), en vez del AUDIT-C, ya que conforme al estudio de Gual, ambas reducciones del cuestionario completo parecen ser tan efectivas como el AUDIT para la detección de consumo de riesgo tanto en hombres como en mujeres (Gual et al. 2002). Además, se ha de contemplar la perspectiva de género, adaptando la pregunta 3 a los diferentes niveles de consumo de riesgo por sexo, ya que en gran medida “en los protocolos de recogida de datos y para la realización del diagnóstico no se contemplan las diferencias entre mujeres y hombres” (Castaños et al. 2007). Siempre sin perder de vista que para la detección de un consumo ya perjudicial o

de dependencia, y para extraer información relativa con comportamientos propios de situaciones de dependencia, el AUDIT completo será más válido que estas formas reducidas (Bush et al. 1998) (Dawe et al. 2002). Y apelando a la recomendación de Babor, “tanto la puntuación total, el nivel de consumo, los signos de dependencia, así como el daño presente deberían tenerse en cuenta en el abordaje de un paciente” (Babor and Higgins-biddle 2001) proponemos que el AUDIT completo sea utilizado en un segundo nivel de intervención, segunda visita.

Cabe indicar que actualmente está en uso el DSM V, que marca diferencias con respecto al DSM IV (en vigor al inicio de esta tesis), en cuanto a la definición de los niveles de riesgo de consumo de alcohol. Sin embargo, esto no supone una limitación en el presente estudio ya que no hace falta cambiar los instrumentos de detección tal y como afirma Dawson (Dawson et al. 2012).

Por último, es necesario explorar la decisión clínica entre la derivación a recursos especializados o la intervención en Atención Primaria y qué variables influyen en esta toma de decisión. El estudio no analiza cómo se ha realizado posteriormente el seguimiento de estos pacientes, aunque sí recoge la decisión clínica que toma el sanitario en relación a cada caso. Una de las limitaciones encontradas viene del hecho de que el 34,5% de los pacientes que acuden a la segunda visita no tienen registrada la decisión clínica tomada. Aun así, una muestra suficiente para poder extraer conclusiones.

El conjunto del protocolo de intervención propuesto se ciñe a la intervención breve, que se configura en cinco pasos “preguntar sobre sus hábitos de consumo de alcohol; evaluar el nivel de riesgo; consejo de salud a los pacientes sobre los riesgos a la salud y beneficios; acordar y fijar un objetivo en relación al consumo de alcohol, y

acordar visitas de seguimiento para evaluar el progreso” (World Health Organization 2010). Con intervenciones breves, el médico de Atención Primaria puede conseguir reducciones significativas y duraderas del uso de alcohol en consumidores de riesgo sin dependencia (Riofrío and Rodríguez 2010). Sin embargo, estos autores consideran que los pacientes con una dependencia alcohólica quizá no se beneficien de la intervención breve y necesiten ser derivados para un tratamiento especializado (Zoorob et al. 2014), o como proponen otros autores para los niveles de alto riesgo, la realización de ambas: la intervención breve y la derivación para evaluación y tratamiento especializado” (World Health Organization 2010), o concretamente vinculado al AUDIT, Babor recomienda “puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo. Entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado. Puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol” (Babor and Higgins-biddle 2001).

A pesar de estas recomendaciones, en términos generales, la gran mayoría opta por el seguimiento en consulta, siendo las diferencias estadísticamente significativas y mayor esta opción cuando el paciente es mujer. Lo contrario a la hipótesis de partida, donde la derivación se predecía como la opción prioritaria.

Sin olvidar que el riesgo es progresivo en relación a las puntuaciones obtenidas y que las puntuaciones más altas pueden reflejar mayor gravedad de problemas y de la dependencia al alcohol, y la necesidad de un tratamiento más intensivo (Babor et al. 2001a), se observa tanto en consumo de riesgo positivo como en dependencia alcohólica que la intervención desde AP es la opción más seguida (86,8% y 80,9% respectivamente). Si bien es cierto que cuando resulta negativo, la opción de intervención es incluso mayor (95,5% y 92,5% respectivamente). Nuestra hipótesis de

que a mayor gravedad aumenta la opción de derivación únicamente se confirma en los casos más graves, donde con una puntuación superior a 20 la derivación se convierte en la opción mayoritaria.

Podemos concluir que a pesar de las recomendaciones, recogidas en las principales guías de referencia, los profesionales sanitarios están de acuerdo con llevar a cabo tratamientos intensivos en consulta respecto a los problemas más graves relacionados con el consumo de alcohol. Esta realidad es apoyada por los resultados de la encuesta recogida en el primer capítulo donde estarían dispuestos a intervenir llevando a cabo tratamientos de desintoxicación y tratamientos de dependencia siete de cada diez sanitarios.

Según los datos del Sistema de Información sobre Toxicomanías (SITCAM) en la Región de Murcia, concretamente del indicador de “Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas” se observa que a pesar de las altas prevalencias regionales de consumo de alcohol en comparación con otras drogas (Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia 2014), sólo el 29% de los tratamientos son por alcohol. Además, en ellos hay un claro sesgo de género, ya que únicamente el 17% de esos tratamientos son para mujeres, a pesar de que las prevalencias de consumo no son tan desiguales (MSSS 2013). Sesgo que puede explicarse por “la estigmatización social de las mujeres con estos problemas, por transgredir los comportamientos asignados a las mujeres, lo que supone un obstáculo para que se pongan en contacto con la red de tratamiento por el miedo al juicio moral hacia ellas” (Hedrich 2000) (Castaños et al. 2007). Por ello, que la opción de tratar la dependencia directamente desde Atención Primaria, unido a la predisposición de dichos sanitarios, deba ser contemplada en un futuro y probablemente, cambiar las recomendaciones.

3.5 Referencias

Álvarez González J. 1o Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. SemFYC, editor. Madrid; 2007.

Babor TF, Higgins-biddle JC. Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud. 2001;1-52.

Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT - The alcohol use disorders identification test: Guideline for use in primary care. [Internet]. World Health Organization. 2001. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf

Bolaños Gallardo E, Redondo S, Maderuelo Fernández J, Marcos Valladolid MC, Palacín Vega F. Estudio sobre las percepciones, creencias y actitudes de los y las profesionales de Atención Primaria respecto al consumo de alcohol y su abordaje desde el sistema de salud. Junta de Castilla La Mancha: Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas del Comisionado Regional para la Droga; 2010.

Broyles LM, Gordon AJ, Sereika SM, Ryan CM, Erlen J a. Do Words Matter? Incongruent Responses to Inconsistently Worded AUDIT-C Alcohol Screening Instruments. *Subst Abus.* 2011;32(4):202-9.

Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med* [Internet]. 1998;158(16):1789-95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9738608>

Castaños M, Meneses C, Palop M, Rodríguez M, Tubert S. Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Instituto . Madrid; 2007.

Consejería de Sanidad. Cartera de Servicios Servicio Murciano de Salud [Internet]. Murcia; 2007. Available from: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/153131-cartera_sms.pdf

Cordoba Garcia R. Alcohol y reducción de daño: la intervención desde la atención primaria de salud. *Trastor Adict* [Internet]. 2002 Apr 1;04(02):83–7. Available from: <http://www.elsevierinstituciones.com/ei/1575-0973/04/83>

Coulton S, Drummond C, James D, Godfrey C, Bland JM, Parrott S, et al. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *Bmj* [Internet]. 2006;332(7540):511–7. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/332/7540/511>

Dawe S, Loxton NJ, Hides L, Kavanagh DJ, Mattick RP. Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders. 2nd ed. Ageing D of H and, editor. Canberra; 2002.

Dawson D a, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005;29(5):844–54.

Dawson D a., Smith SM, Saha TD, Rubinsky AD, Grant BF. Comparative performance of the AUDIT-C in screening for DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2012;126(3):384–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.05.029>

Dhalla S, Kopec JA. The CAGE questionnaire for alcohol misuse: A review of reliability and validity studies. Vol. 30, *Clinical and Investigative Medicine*. 2007. p. 33–41.

Duszynski KR, Nieto FJ, Valente CM. Reported practices, attitudes, and confidence levels of primary care physicians regarding patients who abuse alcohol and other drugs. *Md Med J. UNITED STATES*; 1995 Jun;44(6):439–46.

Fiellin D a., Reid MC, O'Connor PG. Screening for Alcohol Problems in Primary Care. *Arch Intern Med* [Internet]. 2000 Jul 10;160(13):1977. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.160.13.1977>

Gómez Moya J. Algunas reflexiones sobre el alcoholismo femenino. *Cuad Trab Soc Univ Val*. 2004;17:83–98.

Gordon AJ, Maisto SA, Mcdonell M, Kraemer KL, Conigliaro RL, Key ME, et al. Three questions can detect hazardous drinkers. *J Fam Pract*. 2001;50:31–2.

Gual A, Segura L, Heather N, Colom J. AUDIT-3 and AUDIT-4 : Effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol*. 2002;37(6):591–6.

Hays, R.D., Merz, J.F. and Nicholas R. Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and AUDIT alcohol screening measures. *Behav Res Methods, Instruments Comput.* 1995;27:277–80.

Hedrich D. *Problem drug use by women*. Lisboa; 2000.

J.R. Villalbí Hereter. *Mujer y alcohol: epidemiología La situación en España*. *Mujer y Alcohol, Simp Científico*. 2nd ed. Valencia: Socidrogalcohol; 2013. p. 1–59.

Mackenzie DM, Langa A, Brown TM. Identifying hazardous or harmful alcohol use in medical admissions: a comparison of AUDIT, CAGE and brief MAST. *Alcohol Alcohol* [Internet]. 1996;31(6):591–9. Available from: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/31/6/591.short>

McCambridge J, Rollnick S. Should brief interventions in primary care address alcohol problems more strongly? *Addiction* [Internet]. 2014 Jul [cited 2015 May 8];109(7):1054–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4153955&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

McCusker MT, Basquille J, Khwaja M, Murray-Lyon IM, Catalan J. Hazardous and harmful drinking: a comparison of the AUDIT and CAGE screening questionnaires. *QJM*. 2002;95(9):591–5.

Miller WR, Zweben A, DiClemente CC, Rychtarik RG. *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Margaret Mattson P., editor. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 1992.

MSSS. *Encuesta sobre Alcohol y otras drogas en población general en España (EDADES 2011-2012)*. Madrid; 2013.

Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia. *Informe del Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia EDADES 2013*. Murcia; 2014.

OMS. *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Ginebra; 2010.

Pascual F, Santodomingo J, Torres MA, Álvarez C, Rodríguez A. *Historia de la legislación española con respecto al alcohol*. Pascual F, editor. Socidrogalcohol; 2008.

Pérula-de Torres LÁ, Fernández-García JÁ, Arias-Vega R, Muriel-Palomino M, Márquez-Rebollo E, Ruiz-Moral R. Validez del cuestionario AUDIT para la detección de problemas relacionados con el consumo de alcohol en mujeres. *Med Clin (Barc)* [Internet]. Elsevier; 2005 Nov 26 [cited 2016 Jan 21];125(19):727–30. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validez-del-cuestionario-audit-deteccion-13081948>

Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test: An update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(2):185–99.

Riofrío C, Rodríguez JJ. Identificación del alcoholismo en atención primaria. *Jano Med y humanidades* 1763. 2010;65–74.

Robledo T CR. Cómo actuar ante el consumo de alcohol: Guía de referencia para profesionales de Atención Primaria. Barcelona: SemFYC; 2007. p. 2–3.

Robledo T, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M CR. Recomendaciones Estilos de Vida. Grupo Expertos PAPPs [Internet]. SemFYC. Madrid; 2005. Available from: http://www.papps.org/upload/file/ADULTO_ESTILOS_DE_VIDA.pdf

Rodríguez del Águila MDM, Pérez Vicente S, del Castillo LS, Amelia Fernández Sierra M. Cómo elaborar un protocolo de investigación en salud. *Med Clin (Barc)*. 2007;129(8):299–302.

Rodríguez Martos DA, Gual SA LL. La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 1999 Apr 10;112(12):446–50. Available from: <http://www.elsevierinstituciones.com/ei/0025-7753/112/446>

Rosa Jiménez F, Montijano Cabrera A, ália-Herráiz Montalvo C, Zambrana García JL. Do women demand to be assisted at medical clinics more often than men? *An Med INTERNA* [Internet]. 2005;22(11):515–9. Available from: <http://www.grupoaran.com/WEB/ediciones/revistas/003.asp?IR=20&fechaPublicacion=20/11/2005&IDAR=457641&IESP=3&IDTA=2&VOL=22&NUM=11&iDNR=744>

Rosón Hernández B. Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. *Galicia Clínica | Soc Galega Med Interna*. 2008;69(1).

Rubinsky AD, Dawson D a., Williams EC, Kivlahan DR, Bradley K a. AUDIT-C scores as a scaled marker of mean daily drinking, alcohol use disorder severity, and probability of alcohol dependence in a U.S. general population sample of drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013;37(8):1380–90.

S. Muñoz Guillen. La realidad desde los centros asistenciales. *Mujer y Alcohol, Simp Científico*. 2nd ed. Valencia; 2013. p. 1–59.

Salcedo VV, Collazos MV, Elena M, Icaza M, Juárez F. Validación de la Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT) en pacientes mexicanos con esquizofrenia. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(4):283–9.

Sancho Sanz F. Estudio sobre aspectos de la personalidad y la comunicación del alcoholómano a partir de un nuevo cuestionario. UCM; 1992.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR GM. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption—II. *Addiction*. 1993;88: 1993;88:791–804.

Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Cartera de Servicios de Atención Primaria: Desarrollo, organización, usos y contenido. MSPS, editor. Madrid; 2010.

Thomsom J. Identifying at-risk drinkers in primary care. *Practitioner*. 2014;258(1774):341–2.

Tirapu Ustárriz J, Landa N, Lorea Conde I. Sobre las recaídas, la mentira y la falta de voluntad de los adictos. *Adicciones*. 2003;15(1):7–16.

Torres, MA, Santodomingo, J, Pascual F, Freixa F . Historia de las adicciones en la España contemporánea. *Socidrogalcohol*; 2009.

Varela Veiga M, Rodríguez MP, López Rodríguez I. Percepciones y opiniones del médico de atención primaria sobre el consumo de alcohol. *Aten primaria* [Internet]. 2003;05(04):329–34. Available from: <http://zl.elsevier.es/es/revista/trastornos-adictivos-182/percepciones-opiniones-medico-atencion-primaria-consumo-alcohol-13053575-area-educacion-prevencion-servicios-asistenciales-2003>

World Health Organization. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. 1st ed. 2010.

Zoorob R, Snell H, Kihlberg C, Senturias Y. Screening and brief intervention for risky alcohol use. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* [Internet]. Elsevier; 2014 Apr [cited 2015 Jan 26];44(4):82–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24810410>

VII. CONCLUSIONES

VII. CONCLUSIONES

Del Capítulo 1:

- La principal barrera a la hora del abordaje del consumo de alcohol es la falta de tiempo en consulta, seguido de la ausencia de protocolos específicos para el tratamiento desde Atención Primaria, en tercer lugar, la dificultad de coordinación con atención especializada y la insuficiente formación en la materia.

- La mayoría de los profesionales están dispuestos a aumentar su implicación en intervenciones sobre adicciones de manera sistemática desde el centro de salud, aunque alrededor de la mitad de ellos lo supeditan a un cambio en las condiciones de trabajo.

- La práctica totalidad de los profesionales consideran que dar información general y consejo médico, hacer detección precoz de problemas de adicción y consejo, y desarrollar actividades de prevención primaria en la comunidad son acciones propias de la Atención Primaria. Hay menor acuerdo en cuanto a aceptar que este ámbito asistencial sea adecuado para ofrecer tratamientos de desintoxicación y tratamientos de la dependencia, aunque siete de cada diez respaldan esta opinión.

Del Capítulo 2:

- El consumo de alcohol en días laborables es mayor en población entre 46 y 65 años, donde alrededor de la mitad de los que afirman haber bebido en la última semana, lo hicieron a diario. En uno de cada 10 de los varones de este grupo etario, se une al consumo diario típico del modelo mediterráneo, episodios de consumo intensivo (“binge drinking”).
- El porcentaje de personas que consume alcohol en los fines de semana es similar para todas las edades y viene a duplicar los porcentajes de consumo en los días laborables.
- Una cuarta parte de los hombres y una quinta parte de las mujeres han realizado algún consumo intensivo (“binge drinking”) en la última semana.
- Algo más de uno de cada 10 varones y una de cada 20 mujeres entre 46 a 65 años que acuden a consulta de Atención Primaria de salud en la Región de Murcia tienen un consumo de alcohol de riesgo.
- Los pacientes con consumo de riesgo subestiman los efectos perjudiciales de ese consumo y no tienen conciencia de que representa un problema de salud.
- El cuestionario CAGE, a pesar de ser el recomendado por la Cartera de Servicios del Servicio Murciano de Salud, no resulta una herramienta eficaz para la detección de consumo de alcohol de riesgo.

Del Capítulo 3:

- Tres de cada diez pacientes con criterios para ser citados en la segunda visita no acuden, más en el caso de las mujeres. La baja adherencia sugiere la oportunidad de replantearse el modelo de intervención y hacer más efectiva la primera consulta sustituyendo el CAGE por el AUDIT-4.

- En casi la mitad de las personas que acuden a la consulta de seguimiento se confirma el diagnóstico de consumo de alcohol de riesgo.

- La principal actuación prevista por los profesionales sanitarios para estos pacientes es mayoritariamente el seguimiento en consulta, especialmente en mujeres, frente a una minoría que optan por la derivación a recursos especializados en drogodependencias.

VIII. RECOMENDACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

VIII. RECOMENDACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Se propone:

- La modificación del protocolo de intervención, donde el principal cambio sería la sustitución de CAGE por el AUDIT-4 como herramienta de cribado en la primera consulta junto con la pregunta de consumo en la última semana.

- Diseñar y desarrollar nuevas acciones formativas y modelos de intervención motivado por las limitaciones en la puesta en marcha en la práctica habitual del protocolo de intervención debido la difícil adherencia a la consulta programada.

- La evaluación de los registros del consumo de alcohol de los pacientes en la historia clínica de Atención Primaria con la hipótesis de haber aumentado el registro y por ende, confirmar que los profesionales sanitarios habrían aumentado su implicación y habrían incorporado el cribado sistemático a su práctica habitual

- La evaluación del impacto del Programa ARGOS-Murcia en las opiniones y actitudes de los profesionales sanitarios de la Región de Murcia en cuanto a la intervención por consumo de alcohol de sus pacientes, comparándose con los resultados de la encuesta recogida en el primer capítulo de esta tesis. Así mismo, se propone complementar esta investigación con metodología cualitativa.

- Diseñar y desarrollar nuevas acciones formativas y proyectos de investigación-formación-acción centrados en los tratamientos de deshabitación y desintoxicación desde Atención Primaria.

IX. BIBLIOGRAFÍA

IX. BIBLIOGRAFÍA

Aalto M, Seppä K, Kiianmaa K, Sillanaukee P. Drinking habits and prevalence of heavy drinking among primary health care outpatients and general population. *Addiction*. 1999;94(9):1371–9.

Acámer Raga F, López Arribas C, López-Torres Hidalgo J. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en atención primaria. *TITLEREVISTA* [Internet]. 1997;20(8):401–7. Available from: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencin-primaria-27/articulo/satisfaccion-laboral-los-profesionales-sanitarios-14672?referer=buscador>

Álvarez González J. 1º Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. SemFYC, editor. Madrid; 2007.

Anderson, P; Baumberg B. El alcohol en Europa: Una perspectiva de salud pública. Reino Unido; 2006.

Anderson, P; Gual, A; Colom J. Alcohol y atención primaria de la salud: Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washintong DC: OPS; 2008.

Arborelius E, Damström Thakker K. Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? *Fam Pract*. Oxford University Press; 1995;12 N°4:419–22.

Aubà Llambrich J, Freixedas Casaponsa R. La detección del consumo de alcohol en atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. Elsevier; 2000 Mar 15 [cited 2015 Dec 4];25(04):144–51. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-deteccion-del-consumo-alcohol-11156>

Babor TF, Higgins-biddle JC. Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria. *Organ Mund la Salud*. 2001;1–52.

- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT - The alcohol use disorders identification test: Guideline for use in primary care. [Internet]. World Health Organization. 2001a. Available from:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf
- Babor TF, Higgins-biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol [Internet]. Vol. 6, Organización Mundial de la Salud. 2001b. p. 1–40. Available from:
http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Becoña Iglesias E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. PNSD, editor. Madrid; 2002.
- Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*. 1993;88(3):315–35.
- Bolaños Gallardo E, Redondo S, Maderuelo Fernández J, Marcos Valladolid MC, Palacín Vega F. Estudio sobre las percepciones, creencias y actitudes de los y las profesionales de Atención Primaria respecto al consumo de alcohol y su abordaje desde el sistema de salud. Junta de Castilla La Mancha: Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas del Comisionado Regional para la Droga; 2010.
- Bóveda J, Ángel L, Torres P De, Campi M, Fontcuberta JMB, Barragán N, et al. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Aten primaria*. 2014;45(9).
- Broyles LM, Gordon AJ, Sereika SM, Ryan CM, Erlen J a. Do Words Matter? Incongruent Responses to Inconsistently Worded AUDIT-C Alcohol Screening Instruments. *Subst Abus*. 2011;32(4):202–9.
- Bueno Ortiz JM, Aubà Llambrich J ABA et al. A multicenter primary care study on alcohol consumption. *Aten primaria*. 1997;19(2):80–3.
- Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use

- Disorders Identification Test. Arch Intern Med [Internet]. 1998;158(16):1789–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9738608>
- Calvo A, Yubero A, Aragonés B, Rueda EF, Rueda F, Molina AJ. Informe anual 2014 del Observatorio Proyecto Hombre. Asoc Proy Hombre. 2015;(82):1–92.
- Campos Martín R HGR. El alcoholismo como enfermedad social en la España de la Restauración: problemas de definición. Vol. 11. Madrid: Dynamis; 1991. p. 263–86.
- Castaños M, Meneses C, Palop M, Rodríguez M, Tubert S. Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Instituto . Madrid; 2007.
- Castell UJI, Arag C, Area UJI, Castell AP. Alcohol y metabolismo humano. 2002;23–42.
- Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el PNSD. Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el PNSD: Informe sobre Alcohol. DGPNSD, editor. Madrid; 2007.
- Comisión Determinantes Sociales de la Salud. Conceptos clave [Internet]. OMS. 1980 [cited 2014 Aug 4]. p. 1–2. Available from: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/
- Comisión Europea DG Comunicación. Comprender las políticas de la Unión Europea: Salud pública. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la UE; 2013.
- Comisión Europea DG Salud y Consumidores. Salud Pública. Alcohol. Políticas [Internet]. 2014 [cited 2014 Aug 18]. Available from: http://ec.europa.eu/health/alcohol/policy/index_es.htm
- Consejería de Sanidad. Cartera de Servicios Servicio Murciano de Salud [Internet]. Murcia; 2007. Available from: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/153131-cartera_sms.pdf

- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Los médicos de Atención Primaria atienden a una media de 32 pacientes al día. Eur Press [Internet]. Madrid; 2014 Apr 14; Available from: <http://www.europapress.es/madrid/noticia-medicos-atencion-primaria-atienden-media-32-pacientes-dia-frente-37-hace-decada-20140414121238.html>
- Consejería de Sanidad y Consumo. Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015. 2010.
- Consejería de Sanidad y Consumo Región de Murcia. Plan Regional Sobre Drogas. 1st ed. Consumo C de S y, editor. Murcia; 2009.
- Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid . Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2012. Madrid: Consejería de Sanidad; 2012.
- Consejo UE. European Union Drugs Strategy 2013-2020. Bruselas; 2013a.
- Consejo UE. Plan de acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga 2013-2016. Diario Oficial de la Unión Europea; 2013b. p. 23.
- Contel Guillamón M, Gual Solé A, Colom Farran J. Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. Adicciones. 1999;11(1):337–48.
- Cordoba Garcia R. Alcohol y reducción de daño: la intervención desde la atención primaria de salud. Trastor Adict [Internet]. 2002 Apr 1;04(02):83–7. Available from: <http://www.elsevierinstituciones.com/ei/1575-0973/04/83>
- Córdoba R, Cabezas C, Camaralles F, Gómez J, Díaz D, López A, et al. Recomendaciones sobre estilos de vida. Aten Primaria. 2012;16–22.
- Córdoba R, Camaralles F, Guillem A, Lizarbe V, Jiménez M. Atención Primaria Abordaje del consumo de riesgo de alcohol desde atención primaria. 2014;44(11):2012–4.

- Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A, Frisas O L del VA. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Fam Pract*. 1998;15:562–8.
- Coulton S, Drummond C, James D, Godfrey C, Bland JM, Parrott S, et al. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *Bmj* [Internet]. 2006;332(7540):511–7. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/332/7540/511>
- Cruz Roja España. Boletín informativo digital N° 75 [Internet]. 2012 [cited 2014 Aug 28]. Available from: <http://www.cruzroja.es/boletines/75/pagina-4.html>
- Dawe S, Loxton NJ, Hides L, Kavanagh DJ, Mattick RP. Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders. 2nd ed. Ageing D of H and, editor. Canberra; 2002.
- Dawson D a, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005;29(5):844–54.
- Dawson D a., Smith SM, Saha TD, Rubinsky AD, Grant BF. Comparative performance of the AUDIT-C in screening for DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2012;126(3):384–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.05.029>
- Departamento de Salud y Consumo. Tablas de Resultados de Determinantes de la Salud: Consumo de alcohol. In: Vasco G, editor. Encuesta Salud del País Vasco 2013. Vitoria-Gasteiz; 2013. p. 514–631.
- Dhalla S, Kopec JA. The CAGE questionnaire for alcohol misuse: A review of reliability and validity studies. Vol. 30, *Clinical and Investigative Medicine*. 2007. p. 33–41.
- DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th ed. Association AP, editor. Washintong DC; 1995.

- Duchêne H, Isbell H, Lundquist GAR, MacLeod LD, Mardones J SJ. Alcohol y alcoholismo. Ginebra: OMS; 1954.
- Duszynski KR, Nieto FJ, Valente CM. Reported practices, attitudes, and confidence levels of primary care physicians regarding patients who abuse alcohol and other drugs. *Md Med J. UNITED STATES*; 1995 Jun;44(6):439–46.
- Estruch R, Sacanella E. Alcohol: ¿tónico o tóxico cardiovascular? *Clínica e Investig en Arterioscler [Internet]*. 2005;17(4):183–95. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214916805733398> \nhttp://pdn.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=277720&_user=654849&_pii=S0214916805733398&_check=y&_origin=article&_zone=toolbar&_coverDate=31-Aug-2005&view=c&originContentFa
- Etter JF. Asking about quantity and frequency of alcohol consumption before asking the CAGE questions produces lower ratings on the CAGE test. *Drug Alcohol Depend.* 2004;74:211–4.
- Ewing JA RB. Identifying the hidden alcoholic. Presented at the 29th International Congress on Alcohol and Drug Dependence. Sydney, Australia; 1970.
- Félix-Redondo FJ, Fernández-Bergés D, Palomo Cobos L, Buitrago Ramírez F, Pérez Castán JF, Lozano Mera L. Prevalence alcohol consumption and cardiovascular risk factors in an Extremadura health area. Hermex study. *Aten Primaria [Internet]*. 2012 Apr [cited 2015 Mar 3];44(4):201–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21937149>
- Fernández García J, Ruiz Moral R, Pérula de Torres L, Campos Sánchez L, Lora Cerezo N, de la Iglesia JM. Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria. Vol. 31, *Atención Primaria*. 2003. p. 146–52.
- Fiellin D a., Reid MC, O'Connor PG. Screening for Alcohol Problems in Primary Care. *Arch Intern Med [Internet]*. 2000 Jul 10;160(13):1977. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.160.13.1977>

- Galán I, González MJ, Valencia-Martín JL. Alcohol drinking patterns in Spain: a country in transition. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2014;88(4):529–40. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Gómez Moya J. Algunas reflexiones sobre el alcoholismo femenino. *Cuad Trab Soc Univ Val*. 2004;17:83–98.
- Gordon AJ, Maisto SA, Mcdonell M, Kraemer KL, Conigliaro RL, Key ME, et al. Three questions can detect hazardous drinkers. *J Fam Pract*. 2001;50:31–2.
- Griffitd E, et al. Consumo de alcohol y problemas asociados: importancia de las medidas políticas. *Alcohol y Salud Pública*. Barcelona: Prous Science; 1997. p. 1–26.
- Gual A, Segura L, Heather N, Colom J. AUDIT-3 and AUDIT-4 : Effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol*. 2002;37(6):591–6.
- Hays, R.D., Merz, J.F. and Nicholas R. Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and AUDIT alcohol screening measures. *Behav Res Methods, Instruments Comput*. 1995;27:277–80.
- Hedrich D. Problem drug use by women. Lisboa; 2000.
- J.R. Villalbí Hereter. *Mujer y alcohol: epidemiología La situación en España*. *Mujer y Alcohol, Simp Científico*. 2nd ed. Valencia: Socidrogalcohol; 2013. p. 1–59.
- Jiménez Mena C, Lorenzo Riera A, Segura Hernández E, Suárez Pérez P, Duarte Curbelo A, Hernández González T. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad. *Aten Primaria*. 1993;12:269–72.
- Kaner E, Heather N, Mcavoy B, Lock C, Gilvarry E. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: Attitudes and practives of english general practitioners. *Alcohol Alcohol* [Internet]. 1999 Jul 1;34(4):559–66. Available from: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/34/4/559.abstract>

- King M. At risk drinking among general practice attenders: validation of the CAGE questionnaire. *Psychol Med.* 1986;16:213–7.
- Lawner K, Doot M, Gausas J, Doot J, See C. Implementation of CAGE alcohol screening in a primary care practice. *Fam Med.* 1997;29:332–5.
- Lewin K. Action Research and Minority Problems. *J Soc Issues.* 1946;2(4):34–46.
- Llopis, J.J.; Gual, A.; Rodríguez-Martos A. Registro del consumo de bebidas alcohólicas mediante la unidad de bebida estándar. Diferencias geográficas. *Adicciones.* 2000;12:11–20.
- Mackenzie DM, Langa A, Brown TM. Identifying hazardous or harmful alcohol use in medical admissions: a comparison of AUDIT, CAGE and brief MAST. *Alcohol Alcohol [Internet].* 1996;31(6):591–9. Available from: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/31/6/591.short>
- Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry.* 1974;131:1121–3.
- McCambridge J, Rollnick S. Should brief interventions in primary care address alcohol problems more strongly? *Addiction [Internet].* 2014 Jul [cited 2015 May 8];109(7):1054–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4153955&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- McCusker MT, Basquille J, Khwaja M, Murray-Lyon IM, Catalan J. Hazardous and harmful drinking: a comparison of the AUDIT and CAGE screening questionnaires. *QJM.* 2002;95(9):591–5.
- Megías Valenzuela E, Zarco Montejo J, Bravo Portela MJ, Júdez Gutiérrez J, Navarro Botella FJ, Rodríguez San Julián E. *La Atención Primaria de Salud ante las drogodependencias.* FAD, editor. FAD. Madrid; 2001.

- Miguel-García F, Hernández-Rubio MDLSI, Quintana AIF, Latorre MA. Variabilidad en las recomendaciones clínicas en las carteras de servicios de atención primaria de las comunidades autónomas. *Aten Primaria* [Internet]. 2011 Oct [cited 2014 Jun 18];43(10):551–5. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21737182>
- Miller NS, Sheppard LM, Colenda CC, Magen J. Why Physicians Are Unprepared to Treat Patients Who Have Alcohol- and Drug-related Disorders. *Acad Med* [Internet]. 2001 May;76(5):410–8. Available from:
<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-200105000-00007>
- Miller WR, Rollnick S. Review of Motivational Interviewing: Preparing People for Change. *Am J Forensic Psychol*. 2003;21:83–5.
- Miller WR, Zweben A, DiClemente CC, Rychtarik RG. Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Margaret Mattson P., editor. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 1992.
- Moncada Bueno S. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. In: PNSD, editor. *Prevención las Drog Análisis y propuestas actuación*. 1st ed. Madrid: BOE; 1997. p. 85–130.
- MSSS. Encuesta sobre Alcohol y otras drogas en población general en España (EDADES 2011-2012). Madrid; 2013.
- MSSSI. Encuesta sobre alcohol y drogas en España 2013. 2015;
- MSSSI. INE. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Madrid; 2013.
- National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse. *The Physicians' Guide To Helping Patients With Alcohol Problems*. Washington: Bethesda: NIH Publication; 1995;No. 95-376.

- Nogué Xarau S. Alcohol etílico (etanol) [Internet]. Área Científica Menarini. 2013 [cited 2014 Jul 1]. p. 11–9. Available from: http://www.formacionsanitaria.com/cursos/urgencias_sobredosis/material/urgencias_sobredosis02.pdf
- Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia. Informe del Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia EDADES 2013. Murcia; 2014.
- Observatorio sobre Drogas de la Región, Murcia. Informe del Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia EDADES 2011. Murcia; 2011.
- Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. Los determinantes sociales de la salud: los hechos probados. 2nd ed. Wilkinson, R; Marmot M, editor. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
- Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. Traducción al español MSC. Marco de referencia para la política sobre alcohol en la Región Europea de la OMS. MSC, editor. Madrid; 2006.
- OMS. Promoción de la salud: Glosario. MSC, editor. Ginebra; 1998.
- OMS. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra; 2010.
- OMS. Global Status Report of Alcohol and Health. Ginebra; 2011.
- OMS. Alcohol. Nota descriptiva N°349 [Internet]. OMS. 2014a [cited 2014 Jun 30]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- OMS. Global Status Report of Alcohol and Health. Ginebra; 2014b.
- Organización de los Estados Americanos. Drogas y Salud Pública. In: Inzulza J, editor. El Problema de las Drogas en las Américas. Washington DC; 2013. p. 79.
- Pablo Rico Gallegos. La Investigación-Acción. Elementos teóricos y Metodología para la Investigación Educativa [Internet]. Zitácuaro, Michoacán, México.: Universidad Pedagógica Nacional; 2005. p. 257–73. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos35/investigacion-accion/investigacion-accion.shtml#ixzz3syXonV5I>

- Parada M, Corral M, Caamaño-isorna F, Mota N, Crego A, Rodríguez Holguín S CF. Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones*. 2011;23 Num.1:53–63.
- Pascual F, Santodomingo J, Torres MA, Álvarez C, Rodríguez A. Historia de la legislación española con respecto al alcohol. Pascual F, editor. *Socidrogalcohol*; 2008.
- Perez Y, Esnaola S, Ruiz R, de Diego M, Aldasoro E, Calvo M, et al. Alkoholaren kontsumoa Consumo de alcohol. La Encuesta Salud en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2007. Departamen. Vitoria-Gasteiz; 2010. p. 89–102.
- Pérula de Torres L a., Fernández-García J a., Arias-Vega R, Muriel-Palomino M, Márquez-Rebollo E, Ruiz-Moral R. Validación del cuestionario AUDIT para la identificación del consumo de riesgo y de los trastornos por el uso de alcohol en mujeres. *Atención Primaria [Internet]*. 2005 Nov;36(9):499–506. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656705705527>
- Pérula-de Torres LÁ, Fernández-García JÁ, Arias-Vega R, Muriel-Palomino M, Márquez-Rebollo E, Ruiz-Moral R. Validez del cuestionario AUDIT para la detección de problemas relacionados con el consumo de alcohol en mujeres. *Med Clin (Barc) [Internet]*. Elsevier; 2005 Nov 26 [cited 2016 Jan 21];125(19):727–30. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validez-del-cuestionario-audit-deteccion-13081948>
- PNSD. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. 2009;
- Prada C, Del Rio MC, Yañez JL AF. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España. 1981-1990. *Gac Sanit*. 1996;10:161–8.
- Prochaska J., DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychoter Theory Pract*. 1982;19:276–8.
- Rebollo Roldán J, Jiménez Rejano J. Diseño, análisis e interpretación de los estudios clínicos basados en la evidencia en Ciencias de la Salud. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2010.

- Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test: An update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007;31(2):185–99.
- Riofrío C, Rodríguez JJ. Identificación del alcoholismo en atención primaria. *Jano Med y humanidades 1763.* 2010;65–74.
- Rivera Mercado S, Francisca Villouta Cassinelli M, Ilabaca Grez A. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria? Vol. 40, *Atención Primaria.* 2008. p. 257–61.
- Robledo T CR. Cómo actuar ante el consumo de alcohol: Guía de referencia para profesionales de Atención Primaria. Barcelona: SemFYC; 2007. p. 2–3.
- Robledo T, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M CR. Recomendaciones Estilos de Vida. Grupo Expertos PAPPS [Internet]. SemFYC. Madrid; 2005. Available from: http://www.papps.org/upload/file/ADULTO_ESTILOS_DE_VIDA.pdf
- Rodríguez del Águila MDM, Pérez Vicente S, del Castillo LS, Amelia Fernández Sierra M. Cómo elaborar un protocolo de investigación en salud. *Med Clin (Barc).* 2007;129(8):299–302.
- Rodríguez Fernández, E; Espí Martínez F, Canteras Jordana M, Gómez Moraga A. Actitud de los médicos de atención primaria sobre los pacientes con consumo excesivo de alcohol. *Aten primaria [Internet].* 1999;24(8):447–55. Available from: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencin-primaria-27/articulo/actitud-los-medicos-atencion-primaria-13395?referer=buscador>
- Rodríguez Martos A. Brief intervention in a hazardous drinker from the primary health care. *Trastor Adict.* 2005;7(4):197–210.
- Rodríguez Martos DA, Gual SA LL. La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Med Clin (Barc) [Internet].* 1999 Apr 10;112(12):446–50. Available from: <http://www.elsevierinstituciones.com/ei/0025-7753/112/446>

- Rodriguez T. J, Hernandez A. E, Fernandez AM. Descripción del consumo de drogas lícitas e ilícitas por género a través de la metodología de pares. *Rev Méd Chile*. 2007;449–56.
- Rodríguez-Martos A, Navarro RM, Vecino C Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogaalcohol*. 1985;11:132–9.
- Rosa Jiménez F, Montijano Cabrera A, ália-Herráiz Montalvo C, Zambrana García JL. Do women demand to be assisted at medical clinics more often than men? *An Med Interna* [Internet]. 2005;22(11):515–9. Available from: <http://www.grupoaran.com/WEB/ediciones/revistas/003.asp?IR=20&fechaPublicacion=20/11/2005&IDAR=457641&IESP=3&IDTA=2&VOL=22&NUM=11&iDN R=744>
- Rosón Hernández B. Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. *Galicia Clínica | Soc Galega Med Interna*. 2008;69(1).
- Rubinsky AD, Dawson D a., Williams EC, Kivlahan DR, Bradley K a. AUDIT-C scores as a scaled marker of mean daily drinking, alcohol use disorder severity, and probability of alcohol dependence in a U.S. general population sample of drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013;37(8):1380–90.
- Rubio Valladolid G, Bermejo Vicedo J, Caballero Sánchez-Serrano MC, Santo-Domingo Carrasco J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev clínica española* [Internet]. 1998;198:11–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9534342>
- Rush B, Bass M, Stewart M, McCracken E, Labreque M, Bondy S. Detecting, preventing, and managing patients' alcohol problems. *Can Fam Physician*. CANADA; 1994 Sep;40:1557–66.
- Rush BR, Powell LY, Crowe TG, Ellis K. Early intervention for alcohol use: family physicians' motivations and perceived barriers. *C Can Med Assoc J* [Internet]. 1995 Mar 15;152(6):863–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337759/>

- S. Muñoz Guillen. La realidad desde los centros asistenciales. *Mujer y Alcohol*, Simp Científico. 2nd ed. Valencia; 2013. p. 1–59.
- Salcedo VV, Collazos MV, Elena M, Icaza M, Juárez F. Validación de la Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT) en pacientes mexicanos con esquizofrenia. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(4):283–9.
- Samet JH, O'Connor PG. Alcohol abusers in primary care: Readiness to change behavior. *Am J Med*. 1998;105(4):302–6.
- Sánchez L. Tendencias de consumo alcohólico en la población española. In: Gual A, editor. *Monogr Alcohol*. Valencia: Adicciones; 2002. p. 79–114.
- Sancho Sanz F. Estudio sobre aspectos de la personalidad y la comunicación del alcoholómano a partir de un nuevo cuestionario. UCM; 1992.
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR GM. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption—II. *Addiction*. 1993;88: 1993;88:791–804.
- Saunders JB; Aasland OG. Collaborative project on the identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Report on Phase I: Development of a Screening Instrument. Genova; 1987.
- Schwan R, Allen JP. Unhealthy alcohol use. Vol. 352, *The New England journal of medicine*. 2005. p. 2139–40; author reply 2139–40.
- Segura L, Gual A, Bueno Á, Farran C, Conocer O. Detección y abordaje de los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña. *Aten Primaria*. 2006;37(9).
- SemFYC. Guía de actuación en Atención Primaria. 2011.
- Sevicio de epidemiología. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. 2007. *Bol Epidemiológico la Comunidad Madrid N°7*. 2008;14:3–53.

- Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Actividad ordinaria en centros de atención primaria. Informe resumen evolutivo del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2009.
- Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Cartera de Servicios de Atención Primaria: Desarrollo, organización, usos y contenido. MSPS, editor. Madrid; 2010.
- Smith PC, Cheng DM, Allensworth-Davies D, Winter MR, Saitz R. Use of a single alcohol screening question to identify other drug use. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2014 Jun 1 [cited 2015 Jan 27];139:178–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24768061>
- Sobell LC, Maisto SA, Sobell MB, Cooper AM. Reliability of alcohol abusers' self-reports of drinking behavior. *Behav Res Ther*. 1979;17:157–60.
- Sobell, L. C. & Sobell MB. Alcohol consumption measures. In: Bethesda, editor. *Assess Alcohol Probl a Guid Clin Res Treat Handb*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.; 1995. p. 55–73.
- Spandorfer JM, Israel Y, Turner BJ. Primary care physicians' views on screening and management of alcohol abuse: inconsistencies with national guidelines. *J Fam Pract*. UNITED STATES; 1999 Nov;48(11):899–902.
- Sterberg Ö, Arlsson K. Políticas sobre el Alcohol en los países miembros de la Unión Europea y Noruega, 1950-2000. 2002;239–58.
- Thomsom J. Identifying at-risk drinkers in primary care. *Practitioner*. 2014;258(1774):341–2.
- Tirapu Ustárroz J, Landa N, Lorea Conde I. Sobre las recaídas, la mentira y la falta de voluntad de los adictos. *Adicciones*. 2003;15(1):7–16.
- Torres Rodriguez, A; Ceña Rodriguez-Roda, M; Pippi, MA; Fernández Vergel, R; Peñarrubia María, MT; García Bayo I. Prevalencia y registro del consumo de alcohol en Atención Primaria. *Butlletí*. 2008;26(9):1–8.
- Torres, MA, Santodomingo, J, Pascual F, Freixa F . Historia de las adicciones en la España contemporánea. *Socidrogalcohol*; 2009.

- USPSTF. Final Recommendation Statement Alcohol Misuse: Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care. *Ann Intern Med* [Internet]. 2013; Available from:
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/alcohol-misuse-screening-and-behavioral-counseling-interventions-in-primary-care#copyright-and-source-information>
- Valencia-Martin JL, Galan I, Rodriguez-Artalejo F. Binge drinking in Madrid, Spain. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2007;31(10):1723–30. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17850645>
- Varela Veiga M, Rodríguez MP, López Rodríguez I. Percepciones y opiniones del médico de atención primaria sobre el consumo de alcohol. *Aten primaria* [Internet]. 2003;05(04):329–34. Available from: <http://zl.elsevier.es/es/revista/trastornos-adictivos-182/percepciones-opiniones-medico-atencion-primaria-consumo-alcohol-13053575-area-educacion-prevencion-servicios-asistenciales-2003>
- Willenbring ML, Massey SH, Gardner MB. Helping patients who drink too much: An evidence-based guide for primary care physicians. Vol. 80, *American Family Physician*. 2009. p. 44–50.
- World Health Organization. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. 1st ed. 2010.
- Zarco J. Drogodependencias y atención primaria: ¿una relación reconducible? *Aten primaria*. 2001;28(8):519–22.
- Zoorob R, Snell H, Kihlberg C, Senturias Y. Screening and brief intervention for risky alcohol use. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* [Internet]. Elsevier; 2014 Apr [cited 2015 Jan 26];44(4):82–7. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24810410>

IX. ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO CAPITULO 1.



INFORMACIÓN Y OPINIONES SOBRE INTERVENCIÓN EN DROGAS

1. ¿Ha recibido alguna formación específica sobre drogas en los últimos cinco años (excluido el periodo de la especialidad)?

- | | | | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ▪ Alcohol | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Cannabis | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Tabaco | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Cocaína u otras drogas de abuso | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

2. En caso de recibir a un paciente con dependencia en alguna de las siguientes sustancias, ¿se siente Vd. con formación suficiente para realizar...? (1 totalmente en desacuerdo; 5 totalmente de acuerdo):

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| ▪ Alcohol: | | | | | |
| ○ Diagnóstico y tratamiento de patologías orgánicas asociadas: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ○ Diagnóstico y valoración de la situación de dependencia: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ○ Realizar un tratamiento de desintoxicación: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ○ Realizar un tratamiento de la dependencia: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ▪ Cannabis: | | | | | |
| ○ Diagnóstico y tratamiento de patologías orgánicas asociadas: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ○ Diagnóstico y valoración de la situación de dependencia: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ○ Realizar un tratamiento de desintoxicación: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ○ Realizar un tratamiento de la dependencia: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ▪ Cocaína: | | | | | |
| ○ Diagnóstico y tratamiento de patologías orgánicas asociadas: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ○ Diagnóstico y valoración de la situación de dependencia: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ○ Realizar un tratamiento de desintoxicación: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ○ Realizar un tratamiento de la dependencia: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ▪ Otras drogas de abuso: | | | | | |
| ○ Diagnóstico y tratamiento de patologías orgánicas asociadas: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ○ Diagnóstico y valoración de la situación de dependencia: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ○ Realizar un tratamiento de desintoxicación: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ○ Realizar un tratamiento de la dependencia: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3. Pensando en su práctica profesional, y en referencia en el ÚLTIMO MES, nos podría decir cuántos pacientes ha recibido, aproximadamente, con problemas relacionados con alguna de las siguientes sustancias:

- | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------|---------|--------------------------------|
| ▪ Alcohol: | | | | |
| Ninguno | 1 a 5 (media 1 por semana) | 6 a 10 | 11 a 15 | Más de 15 (media 3 por semana) |
| ▪ Cannabis: | | | | |
| Ninguno | 1 a 5 (media 1 por semana) | 6 a 10 | 11 a 15 | Más de 15 (media 3 por semana) |
| ▪ Cocaína: | | | | |
| Ninguno | 1 a 5 (media 1 por semana) | 6 a 10 | 11 a 15 | Más de 15 (media 3 por semana) |
| ▪ Otras drogas de abuso: | | | | |
| Ninguno | 1 a 5 (media 1 por semana) | 6 a 10 | 11 a 15 | Más de 15 (media 3 por semana) |

sigue →

1



4. Indique los recursos especializados a los que usted puede derivar pacientes con drogodependencias en su área de salud (puede señalar varios):

- Centro de Atención a Drogodependientes Asociaciones de alcohólicos
 Centro de Salud Mental Comunidades Terapéuticas
 Programas de metadona

5. Valore la coordinación que existe para el seguimiento de los pacientes entre su centro de salud y el recurso asistencial en drogodependencias (1 muy mala; 5 muy buena):

- Centro de Atención a Drogodependientes: 1 2 3 4 5
 Centro de Salud Mental: 1 2 3 4 5
 Programas de metadona: 1 2 3 4 5
 Asociaciones de alcohólicos: 1 2 3 4 5

6. Señale cómo influyen para usted (pensando en su centro de trabajo) los siguientes aspectos para ofrecer atención a los pacientes con problemas de adicción (1 nada, 5 completamente)

- Falta de tiempo en la consulta 1 2 3 4 5
 Dificultad de coordinación con atención especializada 1 2 3 4 5
 Insuficiente formación en la materia 1 2 3 4 5
 Falta de apoyo por otros profesionales en el centro de salud 1 2 3 4 5
 Ausencia de protocolos específicos para tratamientos desde AP 1 2 3 4 5
 Falta iniciativas por parte de los responsable del Área 1 2 3 4 5

7. Según su opinión, ¿cuáles de las siguientes actividades deberían ofrecerse desde los centros de salud?

- | | Alcohol | Cannabis | Cocaína |
|--|---------|----------|---------|
| <input type="radio"/> Actividades de prevención primaria en la comunidad | Sí No | Sí No | Sí No |
| <input type="radio"/> Información general y consejo médico | Sí No | Sí No | Sí No |
| <input type="radio"/> Detección precoz de problemas de adicción y consejo | Sí No | Sí No | Sí No |
| <input type="radio"/> Ofrecer tratamientos de desintoxicación | Sí No | Sí No | Sí No |
| <input type="radio"/> Ofrecer tratamientos de la dependencia | Sí No | Sí No | Sí No |
| <input type="radio"/> Derivar siempre a especializada ante un diagnóstico de dependencia | Sí No | Sí No | Sí No |

8. En relación a la posibilidad de intervenir sobre las adicciones de manera sistemática desde el centro de salud, ¿cuál es su posición?

- Soy partidario de aumentar mi implicación Sólo estoy dispuesto a participar en condiciones excepcionales
 Estaría dispuesto a aumentar la implicación si cambian algunas condiciones No soy partidario de tener más participación

9. Le rogamos anote todos los comentarios y sugerencias que le parezcan oportunos:

SEXO: Hombre Mujer
CENTRO DE SALUD: Urbano Rural
TRABAJO: Médica/o de Familia Pediatra Enfermera/o
EDAD: < 35 36-44 45-54 >55

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 2. ANÁLISIS DESAGREGADO POR SEXO DE LOS RESULTADOS DERIVADOS DE LA ENCUESTA SOBRE OPINIONES Y ACTITUDES ANTE EL ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA.

Con el objetivo de evitar el sesgo de género en la investigación, a continuación se recogen los resultados analizados en el capítulo 1 por grupo de edad, profesión y tipo de centro de salud, desagregados a su vez entre hombres y mujeres.

Tabla 1. Formación específica sobre alcohol en los últimos cinco años (excluido el periodo de la especialidad) según grupo de edad y sexo.

		Grupo de edad							
		Menor de 35		36 – 44		45 – 54		Mayor de 55	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Formación en Alcohol	NO	13 56,5%	36 60,0%	21 55,3%	87 71,9%	53 63,1%	76 65,5%	48 63,2%	31 70,5%
	SI	10 43,5%	24 40,0%	17 44,7%	34 28,1%	31 36,9%	40 34,5%	28 36,8%	13 29,5%

$\chi^2 = 0,080$ $p < 0,773$; $\chi^2 = 3,674$ $p < 0,055$; $\chi^2 = 0,12$ $p < 0,724$; $\chi^2 = 0,66$ $p < 0,417$
Hombre $\chi^2 = 1,02$ $p < 0,796$; Mujer $\chi^2 = 2,99$ $p < 0,394$

Tanto en hombres como en mujeres, los grupos de edad más jóvenes han recibido más formación en alcohol que sus compañeros de mayor edad. Siendo el grupo de edad formado por menores de 35 años los que más afirman haber recibido este tipo de formación (40% de las mujeres, 43% de los hombres).

Tabla 2. Formación específica sobre alcohol en los últimos cinco años (excluido el periodo de la especialidad) según profesión y sexo.

		Profesión					
		Medicina de familia		Enfermería		Pediatria	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Formación en Alcohol	NO	75 56,0%	95 61,3%	51 70,8%	110 71,9%	11 68,8%	23 69,7%
	SI	59 44,0%	60 38,7%	21 29,2%	43 28,1%	5 31,3%	10 30,3%

Hombre $\chi^2 = 4,74$ $p < 0,093$; Mujer $\chi^2 = 4,041$ $p < 0,133$
Medicina de familia $\chi^2 = 0,84$ $p < 0,359$; Enfermería $\chi^2 = 0,027$ $p < 0,869$; Pediatría $\chi^2 = 0,005$ $p < 0,946$

El 44,0% de los hombres y el 38,7% de las mujeres médico de familia, han recibido formación específica sobre alcohol, frente al 31,3% y 30,3% de los hombres y mujeres pediatras y al 29,2% y 28,1% de los hombres y mujeres dedicados a la enfermería.

Tabla 3. Formación específica sobre alcohol en los últimos cinco años (excluido el periodo de la especialidad) según tipo de centro de salud y sexo.

		Tipo Centro De Salud			
		Rural		Urbano	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Formación en Alcohol	NO	52 63,4%	87 69,0%	87 60,8%	146 66,1%
	SI	30 36,6%	39 31,0%	56 39,2%	75 33,9%

$\chi^2 = 0,146$ $p < 0,707$; $\chi^2 = 0,324$ $p < 0,569$
 Hombre Rural Mujer Urbano
 $\chi^2 = 0,711$ $p < 0,399$; $\chi^2 = 1,029$ $p < 0,310$

A pesar de no ser significativa la diferencia, encontramos una tendencia continua en la que los hombres refieren estar más formados que las mujeres independientemente del tipo de centro de salud, aunque en cuanto a la variabilidad interna, tanto hombres como mujeres de los centros de salud urbanos refieren una mayor formación (39,2% hombres, 33,9% mujeres) que sus semejantes en los centros rurales (36,6% hombres, 31,0% mujeres).

Tabla 4. Formación autopercebida para llevar a cabo la intervención con pacientes con dependencia alcohólica según sexo.

		SEXO			
		Hombre		Mujer	
1. Tratamiento de la dependencia	En desacuerdo	131	58,2%	257	74,7%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	54	24,0%	53	15,4%
	De acuerdo	40	17,8%	34	9,9%
2. Tratamiento de desintoxicación	En desacuerdo	128	56,9%	250	72,9%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	57	25,3%	57	16,6%
	De acuerdo	40	17,8%	36	10,5%
3. Diagnóstico y valoración de la situación de dependencia	En desacuerdo	84	37,0%	149	43,2%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	71	31,3%	100	29,0%
	De acuerdo	72	31,7%	96	27,8%
4. Diagnóstico y tratamiento de patologías orgánicas asociadas	En desacuerdo	85	37,0%	150	42,7%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	69	30,0%	83	23,6%
	De acuerdo	76	33,0%	118	33,6%

1. $\chi^2= 17,282$ p<0,0002. $\chi^2= 15,752$ p<0,0003. $\chi^2= 2,232$ p<0,3284. $\chi^2= 3,305$ p<0,192**Tabla 5. Formación autopercebida para llevar a cabo la intervención con pacientes con dependencia alcohólica según grupo de edad y sexo.**

		GRUPO DE EDAD							
		Menor de 35		36 - 44		45 - 54		Mayor de 55	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Tratamiento de la dependencia	En desacuerdo	15	40	22	94	51	89	41	29
		65,2%	66,7%	55,0%	77,0%	60,7%	79,5%	55,4%	67,4%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	14	8	18	17	11	21	9
	De acuerdo	2	6	10	10	16	12	12	5
		8,7%	10,0%	25,0%	8,2%	19,0%	10,7%	16,2%	11,6%
2. Tratamiento de desintoxicación	En desacuerdo	14	40	23	90	50	85	39	31
		60,9%	66,7%	57,5%	73,8%	59,5%	75,9%	52,7%	73,8%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	14	8	20	17	13	23	7
	De acuerdo	2	6	9	12	17	14	12	4
		8,7%	10,0%	22,5%	9,8%	20,2%	12,5%	16,2%	9,5%
3. Diagnóstico y valoración de la situación de dependencia	En desacuerdo	8	25	13	50	36	50	25	22
		34,8%	41,7%	32,5%	41,0%	42,4%	44,2%	33,3%	51,2%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	18	13	36	22	29	26	12
	De acuerdo	7	17	14	36	27	34	24	9
		30,4%	28,3%	35,0%	29,5%	31,8%	30,1%	32,0%	20,9%
4. Diagnóstico y tratamiento de patologías orgánicas asociadas	En desacuerdo	7	23	15	50	32	51	28	24
		30,4%	38,3%	37,5%	40,3%	37,6%	43,6%	36,4%	55,8%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12	22	10	28	21	27	24	5
	De acuerdo	4	15	15	46	32	39	25	14
		17,4%	25,0%	37,5%	37,1%	37,4%	33,3%	32,5%	32,6%

Menor de 35 36 - 44 45 - 54 Mayor de 55

1. $\chi^2= 0,09$ p<0,957; $\chi^2= 9,45$ p<0,009; $\chi^2= 8,34$ p<0,015; $\chi^2= 1,64$ p<0,4402. $\chi^2= 0,45$ p<0,800; $\chi^2= 5,10$ p<0,078; $\chi^2= 6,02$ p<0,049; $\chi^2= 5,00$ p<0,0823. $\chi^2= 0,35$ p<0,842; $\chi^2= 0,94$ p<0,625; $\chi^2= 0,08$ p<0,958; $\chi^2= 3,77$ p<0,1524. $\chi^2= 1,68$ p<0,431; $\chi^2= 0,14$ p<0,933; $\chi^2= 0,74$ p<0,691; $\chi^2= 6,77$ p<0,034

Los hombres del grupo de edad de 36 a 44 años se ven más capaces de llevar a cabo estas intervenciones con pacientes con dependencia alcohólica que el resto de hombres (según las actividades: 25%; 22,5%; 35%; 37,5%).

Existen diferencias significativas, dentro de algunos grupos de edad, entre hombres y mujeres, mostrando estas últimas un mayor desacuerdo en cuanto a estar suficientemente formadas para llevar a cabo en sus consultas: tratamiento de la dependencia en los grupos de edad de 36 a 44 años y de 45 a 54 años; tratamiento de desintoxicación entre los 45 y 54 años y Diagnóstico y tratamiento de patologías orgánicas asociadas en mayores de 55 años.

Tabla 6. Formación autopercebida para llevar a cabo la intervención con pacientes con dependencia alcohólica según profesión y sexo.

		Profesión					
		Medicina de familia		Enfermería		Pediatría	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Tratamiento de la dependencia.	En desacuerdo	62 46,6%	100 63,7%	53 72,6%	122 82,4%	14 87,5%	29 90,6%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	35 26,3%	34 21,7%	16 21,9%	16 10,8%	2 12,5%	3 9,4%
	De acuerdo	36 27,1%	23 14,6%	4 5,5%	10 6,8%	0 0,0%	0 0,0%
2. Tratamiento de desintoxicación.	En desacuerdo	57 42,9%	95 60,9%	56 76,7%	121 81,8%	13 81,3%	29 90,6%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	40 30,1%	37 23,7%	13 17,8%	17 11,5%	3 18,8%	2 6,3%
	De acuerdo	36 27,1%	24 15,4%	4 5,5%	10 6,8%	0 0,0%	1 3,1%
3. Diagnóstico y valoración de la situación de dependencia	En desacuerdo	30 22,4%	31 19,7%	43 58,9%	91 61,1%	10 62,5%	21 65,6%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	45 33,6%	60 38,2%	19 26,0%	35 23,5%	5 31,3%	4 12,5%
	De acuerdo	59 44,0%	66 42,0%	11 15,1%	23 15,4%	1 6,3%	7 21,9%
4. Diagnóstico y tratamiento de patologías orgánicas asociadas	En desacuerdo	25 18,2%	20 12,7%	48 64,9%	103 67,3%	10 62,5%	20 60,6%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	45 32,8%	49 31,0%	20 27,0%	32 20,9%	3 18,8%	2 6,1%
	De acuerdo	67 48,9%	89 56,3%	6 8,1%	18 11,8%	3 18,8%	11 33,3%

Hombre Mujer
 1. $\chi^2= 24,65$ p<0,000 - $\chi^2= 19,74$ p<0,001
 2. $\chi^2= 29,74$ p<0,000 - $\chi^2= 22,41$ p<0,000
 3. $\chi^2= 36,76$ p<0,000 - $\chi^2= 64,05$ p<0,000
 4. $\chi^2= 57,99$ p<0,000 - $\chi^2= 112,29$ p<0,000

Medicina de familia	Enfermería	Pediatría
1. $\chi^2= 9,87$ $p<0,007$	$\chi^2= 4,89$ $p<0,087$	$\chi^2= 0,112$ $p<0,738$
2. $\chi^2= 10,25$ $p<0,006$	$\chi^2= 1,72$ $p<0,423$	$\chi^2= 2,21$ $p<0,332$
3. $\chi^2= 0,74$ $p<0,691$	$\chi^2= 0,17$ $p<0,917$	$\chi^2= 3,58$ $p<0,167$
4. $\chi^2= 2,35$ $p<0,310$	$\chi^2= 1,49$ $p<0,475$	$\chi^2= 2,51$ $p<0,285$

Las respuestas de enfermería y pediatría distan de las recibidas por parte de medicina, siendo significativa esta diferencia tanto en hombres como en mujeres y en los cuatro tipos de intervención. Los dos primeros consideran no estar lo suficientemente formados para realizar este tipo de intervención en niveles superiores a los médicos.

En cuanto a las diferencias por sexo, estas se encuentran en los médicos de familia, a la hora de llevar a cabo *tratamientos de la dependencia y de desintoxicación*, mostrando una mayor capacidad los hombres que las mujeres, considerándose suficientemente formados el 27,1% frente a al 14,6% en la primera actividad y el 27,1% frente al 15,4% en la segunda).

Tabla 7. Formación autopercibida para llevar a cabo la intervención con pacientes con dependencia alcohólica según tipo de Centro de Salud y sexo.

		Tipo Centro De Salud			
		Rural		Urbano	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Tratamiento de la dependencia.	En desacuerdo	52 64,2%	90 72,0%	78 54,9%	167 76,3%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20 24,7%	20 16,0%	33 23,2%	33 15,1%
	De acuerdo	9 11,1%	15 12,0%	31 21,8%	19 8,7%
2. Tratamiento de desintoxicación.	En desacuerdo	51 63,0%	89 71,2%	77 54,2%	161 73,9%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	23 28,4%	19 15,2%	33 23,2%	38 17,4%
	De acuerdo	7 8,6%	17 13,6%	32 22,5%	19 8,7%
3. Diagnóstico y valoración de la situación de dependencia	En desacuerdo	35 43,2%	52 41,3%	49 34,0%	97 44,3%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	27 33,3%	32 25,4%	43 29,9%	68 31,1%
	De acuerdo	19 23,5%	42 33,3%	52 36,1%	54 24,7%
4. Diagnóstico y tratamiento de patologías orgánicas asociadas	En desacuerdo	37 44,0%	55 43,0%	48 33,3%	95 42,6%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	24 28,6%	21 16,4%	44 30,6%	62 27,8%
	De acuerdo	23 27,4%	52 40,6%	52 36,1%	66 29,6%

Rural Urbano

1. $\chi^2= 2,38$ $p<0,304$ - $\chi^2= 19,68$ $p<0,000$

2. $\chi^2= 5,73$ $p<0,057$ - $\chi^2= 18,07$ $p<0,000$

3. $\chi^2= 2,77$ $p<0,251$ - $\chi^2= 6,22$ $p<0,045$

4. $\chi^2= 6,06$ $p<0,048$ - $\chi^2= 3,31$ $p<0,191$

Hombre Mujer

1. $\chi^2= 4,11$ $p<0,128$ - $\chi^2= 1,13$ $p<0,569$

2. $\chi^2= 6,92$ $p<0,031$ - $\chi^2= 2,12$ $p<0,346$

3. $\chi^2= 4,00$ $p<0,135$ - $\chi^2= 3,22$ $p<0,200$

4. $\chi^2= 2,93$ $p<0,231$ - $\chi^2= 7,41$ $p<0,025$

Entre Centros de Salud rurales y urbanos encontramos diferencias significativas en los hombres al llevar a cabo el tratamiento de desintoxicación, una diferencia no significativa en el caso de las mujeres.

En cuanto a las mujeres, las diferencias significativas con respecto al tipo de centro de salud las encontramos en el diagnóstico y tratamiento de patologías orgánicas asociadas.

Tabla 8. Cuantificación del número de pacientes atendidos en el último mes con problemas relacionados con el alcohol según sexo.

		Sexo			
		Hombre		Mujer	
Pacientes atendidos en el último mes con problemas relacionados con el alcohol	Ninguno	75	31,9%	131	36,5%
	1 a 5 (media 1 por semana)	130	55,3%	171	47,6%
	6 a 10	21	8,9%	33	9,2%
	11 a 15	2	0,9%	6	1,7%
	Más de 15 (media 3 por semana)	3	1,3%	9	2,5%
	No contesta	4	1,7%	9	2,5%

No se observan diferencias significativas

Tabla 9. Cuantificación del número de pacientes atendidos en el último mes con problemas relacionados con el alcohol según grupo de edad y sexo.

		Grupo De Edad							
		Menor de 35		36 – 44		45 – 54		Mayor de 55	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Pacientes atendidos en el último mes con problemas relacionados con el alcohol	Ninguno	4	18	10	45	31	42	29	23
		17,4%	30,0%	24,4%	36,3%	35,6%	34,7%	36,7%	48,9%
	1 a 5 (media 1 por semana)	18	34	26	62	44	57	39	15
		78,3%	56,7%	63,4%	50,0%	50,6%	47,1%	49,4%	31,9%
	6 a 10	1	6	3	9	8	12	9	6
		4,3%	10,0%	7,3%	7,3%	9,2%	9,9%	11,4%	12,8%
	11 a 15	0	0	0	2	2	3	0	0
		0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	2,3%	2,5%	0,0%	0,0%
	Más de 15 (media 3 por semana)	0	2	2	2	1	4	0	1
		0,0%	3,3%	4,9%	1,6%	1,1%	3,3%	0,0%	2,1%
	No contesta	0	0	0	4	1	3	2	2
		0,0%	0,0%	0,0%	3,2%	1,1%	2,5%	2,5%	4,3%

No se observan diferencias significativas

Tabla 10. Cuantificación del número de pacientes atendidos en el último mes con problemas relacionados con el alcohol según profesión y sexo.

		Profesión					
		Medicina de familia		Enfermería		Pediatria	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Pacientes atendidos con problemas relacionados con el alcohol	Ninguno	24 17,3%	21 13,0%	38 50,0%	75 47,8%	11 68,8%	30 88,2%
	1 a 5 (media 1 por semana)	93 66,9%	103 64,0%	32 42,1%	65 41,4%	4 25,0%	2 5,9%
	6 a 10	18 12,9%	22 13,7%	3 3,9%	11 7,0%	0 0,0%	0 0,0%
	11 a 15	2 1,4%	4 2,5%	0 0,0%	2 1,3%	0 0,0%	0 0,0%
	Más de 15 (media 3 por semana)	2 1,4%	8 5,0%	1 1,3%	1 0,6%	0 0,0%	0 0,0%
	No contesta	0 0,0%	3 1,9%	2 2,6%	3 1,9%	1 6,3%	2 5,9%
			Hombre	Mujer	$\chi^2= 45,87 p<0,000 - \chi^2= 95,66 p<0,000$		

La profesión del encuestado se relaciona con la tasa de pacientes atendidos con problemas relacionados con el alcohol, los médicos de familia refieren haber recibido más pacientes que los recibidos en la consulta de enfermería y estos últimos más que en pediatría. Estos dos últimos mayoritariamente indican que no han atendido a ninguno (enfermería: 50,0% hombres, 47,8% mujeres; pediatría: 68,8% hombres, 88,2% mujeres).

Tabla 11. Cuantificación del número de pacientes atendidos en el último mes con problemas relacionados con el alcohol según tipo de centro de salud y sexo.

		Tipo Centro De Salud			
		Rural		Urbano	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Pacientes atendidos con problemas relacionados con el alcohol	Ninguno	23 27,1%	44 34,1%	52 35,1%	87 38,0%
	1 a 5 (media 1 por semana)	53 62,4%	62 48,1%	76 51,4%	108 47,2%
	6 a 10	4 4,7%	15 11,6%	16 10,8%	18 7,9%
	11 a 15	2 2,4%	3 2,3%	0 0,0%	3 1,3%
	Más de 15 (media 3 por semana)	2 2,4%	5 3,9%	1 0,7%	4 1,7%
	No contesta	1 1,2%	0 0,0%	3 2,0%	9 3,9%

No se observan diferencias significativas

Tabla 12. Conocimiento de los recursos especializados existentes a los que se puede derivar pacientes con drogodependencias sexo.

		SEXO			
		Hombre		Mujer	
1. Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD)	NO	68	28,9%	120	33,4%
	SI	167	71,1%	239	66,6%
2. Centro Salud Mental	NO	55	23,4%	84	23,4%
	SI	180	76,6%	275	76,6%
3. Programas con metadona	NO	178	75,7%	280	78,0%
	SI	57	24,3%	79	22,0%
4. Asociaciones alcohólicos	NO	132	56,2%	202	56,3%
	SI	103	43,8%	157	43,7%
5. Comunidades terapéuticas	NO	195	83,0%	327	91,1%
	SI	40	17,0%	32	8,9%

1. $\chi^2=1,32$ p<0,2502. $\chi^2=0,00$ p<0,9993. $\chi^2=0,41$ p<0,5234. $\chi^2=0,00$ p<0,9815. $\chi^2=8,76$ p<0,003

Los recursos especializados existentes más conocidos son el Centro de Salud Mental (76,6% ambos sexos), seguido del Centro de Atención a las Drogodependencias (71,1% hombres; 66,6% mujeres) y en tercer lugar las Asociaciones de Alcohólicos (43,8% hombres; 43,7% mujeres).

Tabla 13. Conocimiento de los recursos especializados existentes a los que se puede derivar pacientes con drogodependencias según grupo de edad y sexo.

		Grupo De Edad							
		Menor de 35		36 – 44		45 – 54		Mayor de 55	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD)	NO	8 34,8%	21 35,0%	14 34,1%	41 33,1%	23 26,4%	33 27,3%	23 29,1%	24 51,1%
	SI	15 65,2%	39 65,0%	27 65,9%	83 66,9%	64 73,6%	88 72,7%	56 70,9%	23 48,9%
2. Centro Salud Mental	NO	5 21,7%	10 16,7%	7 17,1%	27 21,8%	23 26,4%	29 24,0%	17 21,5%	15 31,9%
	SI	18 78,3%	50 83,3%	34 82,9%	97 78,2%	64 73,6%	92 76,0%	62 78,5%	32 68,1%
3. Programas de metadona	NO	14 60,9%	47 78,3%	29 70,7%	89 71,8%	65 74,7%	96 79,3%	65 82,3%	42 89,4%
	SI	9 39,1%	13 21,7%	12 29,3%	35 28,2%	22 25,3%	25 20,7%	14 17,7%	5 10,6%
4. Asociaciones de alcohólicos	NO	16 69,6%	41 68,3%	27 65,9%	67 54,0%	47 54,0%	63 52,1%	40 50,6%	28 59,6%
	SI	7 30,4%	19 31,7%	14 34,1%	57 46,0%	40 46,0%	58 47,9%	39 49,4%	19 40,4%
5. Comunidades terapéuticas	NO	19 82,6%	56 93,3%	36 87,8%	107 86,3%	73 83,9%	112 92,6%	63 79,7%	45 95,7%
	SI	4 17,4%	4 6,7%	5 12,2%	17 13,7%	14 16,1%	9 7,4%	16 20,3%	2 4,3%

Menor de 35 36 - 44 45 - 54 Mayor de 55

1. $\chi^2= 0,00$ $p<0,985$; $\chi^2= 0,02$ $p<0,899$; $\chi^2= 0,02$ $p<0,893$; $\chi^2= 6,07$ $p<0,014$
2. $\chi^2= 0,29$ $p<0,591$; $\chi^2=0,42$ $p<0,519$; $\chi^2= 0,16$ $p<0,685$; $\chi^2= 1,68$ $p<0,195$
3. $\chi^2= 2,60$ $p<0,107$; $\chi^2= 0,16$ $p<0,898$; $\chi^2= 0,62$ $p<0,431$; $\chi^2= 1,15$ $p<0,283$
4. $\chi^2= 0,01$ $p<0,914$; $\chi^2= 1,76$ $p<0,185$; $\chi^2= 0,78$ $p<0,780$; $\chi^2= 0,95$ $p<0,330$
5. $\chi^2= 2,196$ $p<0,138$; $\chi^2= 0,06$ $p<0,805$; $\chi^2= 3,85$ $p<0,050$; $\chi^2= 6,16$ $p<0,013$

conocen más (80,2%) que los enfermeros (60,5%) y pediatras (43,8%) y dentro de las mujeres igual (82,6% médicos, 52,9% enfermeras y 55,9% de las pediatras).

Tabla 15. Conocimiento de los recursos especializados existentes a los que se puede derivar pacientes con drogodependencias según tipo de centro de salud y sexo.

		Tipo Centro De Salud			
		Rural		Urbano	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD)	NO	27 31,8%	40 31,0%	41 27,7%	79 34,5%
	SI	58 68,2%	89 69,0%	107 72,3%	150 65,5%
2. Centro Salud Mental	NO	18 21,2%	31 24,0%	35 23,6%	52 22,7%
	SI	67 78,8%	98 76,0%	113 76,4%	177 77,3%
3. Programas de metadona	NO	69 81,2%	104 80,6%	107 72,3%	175 76,4%
	SI	16 18,8%	25 19,4%	41 27,7%	54 23,6%
4. Asociaciones de alcohólicos	NO	46 54,1%	80 62,0%	85 57,4%	121 52,8%
	SI	39 45,9%	49 38,0%	63 42,6%	108 47,2%
5. Comunidades terapéuticas	NO	72 84,7%	116 89,9%	122 82,4%	210 91,7%
	SI	13 15,3%	13 10,1%	26 17,6%	19 8,3%

Rural Urbano
 1. $\chi^2= 0,01$ $p<0,907$ - $\chi^2= 1,91$ $p<0,167$
 2. $\chi^2= 0,24$ $p<0,627$ - $\chi^2= 0,04$ $p<0,832$
 3. $\chi^2= 0,01$ $p<0,919$ - $\chi^2= 0,81$ $p<0,368$
 4. $\chi^2= 1,32$ $p<0,251$ - $\chi^2= 0,177$ $p<0,382$
 5. $\chi^2= 1,31$ $p<0,253$ - $\chi^2= 7,35$ $p<0,007$

Tabla 16. Valoración de la coordinación para el seguimiento de los pacientes entre el centro de salud y el recurso asistencial en drogodependencias según sexo.

		Sexo	
		Hombre	Mujer
Centro Atención Drogodependencias	Mala coordinación	97 46,2%	148 49,0%
	Ni buena, ni mala	65 31,0%	89 29,5%
	Buena coordinación	48 22,9%	65 21,5%
Centro Salud Mental	Mala coordinación	61 28,5%	102 32,4%
	Ni buena, ni mala	81 37,9%	112 35,6%
	Buena coordinación	72 33,6%	101 32,1%
Programas de Metadona	Mala coordinación	114 60,0%	177 63,0%
	Ni buena, ni mala	48 25,3%	64 22,8%
	Buena coordinación	28 14,7%	40 14,2%
Asociaciones de Alcohólicos	Mala coordinación	118 59,9%	183 64,4%
	Ni buena, ni mala	55 27,9%	70 24,6%
	Buena coordinación	24 12,2%	31 10,9%

Las mujeres valoran la coordinación con los recursos asistenciales en drogodependencias peor (menos tasa de buena coordinación y mayor de mala coordinación) que los hombres encuestados

Tabla 17. Valoración de la coordinación que existe para el seguimiento de los pacientes entre el centro de salud y el recurso asistencial en drogodependencias según grupo de edad y sexo.

		GRUPO DE EDAD							
		Menor de 35		36 – 44		45 - 54		Mayor de 55	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
CAD	Mala coordinación	8 38,1%	20 37,0%	13 36,1%	51 47,2%	36 46,2%	54 55,7%	38 54,3%	22 61,1%
	Ni buena, ni mala	8 38,1%	23 42,6%	11 30,6%	27 25,0%	24 30,8%	25 25,8%	20 28,6%	10 27,8%
	Buena coordinación	5 23,8%	11 20,4%	12 33,3%	30 27,8%	18 23,1%	18 18,6%	12 17,1%	4 11,1%
CSM	Mala coordinación	4 18,2%	10 18,2%	7 18,9%	35 31,0%	28 33,7%	40 38,8%	21 30,4%	14 37,8%
	Ni buena, ni mala	10 45,5%	24 43,6%	11 29,7%	37 32,7%	29 34,9%	35 34,0%	29 42,0%	14 37,8%
	Buena coordinación	8 36,4%	21 38,2%	19 51,4%	41 36,3%	26 31,3%	28 27,2%	19 27,5%	9 24,3%
Programas de Metadona	Mala coordinación	11 55,0%	29 53,7%	14 45,2%	63 62,4%	49 65,3%	53 62,4%	39 63,9%	29 85,3%
	Ni buena, ni mala	7 35,0%	18 33,3%	10 32,3%	23 22,8%	15 20,0%	18 21,2%	14 23,0%	3 8,8%
	Buena coordinación	2 10,0%	7 13,0%	7 22,6%	15 14,9%	11 14,7%	14 16,5%	8 13,1%	2 5,9%
Asociaciones de Alcohólicos	Mala coordinación	13 65,0%	30 56,6%	19 55,9%	67 67,0%	46 62,2%	56 62,2%	39 59,1%	27 79,4%
	Ni buena, ni mala	4 20,0%	17 32,1%	8 23,5%	23 23,0%	20 27,0%	22 24,4%	21 31,8%	6 17,6%
	Buena coordinación	3 15,0%	6 11,3%	7 20,6%	10 10,0%	8 10,8%	12 13,3%	6 9,1%	1 2,9%

No se observan diferencias significativas

Tabla 18. Valoración de la coordinación que existe para el seguimiento de los pacientes entre el centro de salud y el recurso asistencial en drogodependencias según profesión y sexo.

		Profesión					
		Medicina de familia		Enfermería		Pediatria	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Centro Atención Drogodependencias	Mala coordinación	53 40,8%	78 51,3%	37 57,8%	62 49,6%	7 53,8%	6 31,6%
	Ni buena, ni mala	44 33,8%	36 23,7%	16 25,0%	41 32,8%	3 23,1%	9 47,4%
	Buena coordinación	33 25,4%	38 25,0%	11 17,2%	22 17,6%	3 23,1%	4 21,1%
2. Centro Salud Mental	Mala coordinación	39 30,2%	54 34,8%	16 23,9%	41 31,5%	5 33,3%	5 20,8%
	Ni buena, ni mala	51 39,5%	53 34,2%	26 38,8%	45 34,6%	2 13,3%	11 45,8%
	Buena coordinación	39 30,2%	48 31,0%	25 37,3%	44 33,8%	8 53,3%	8 33,3%
3. Programas de Metadona	Mala coordinación	74 64,3%	98 69,5%	32 53,3%	71 60,2%	7 58,3%	6 35,3%
	Ni buena, ni mala	25 21,7%	23 16,3%	18 30,0%	29 24,6%	3 25,0%	10 58,8%
	Buena coordinación	16 13,9%	20 14,2%	10 16,7%	18 15,3%	2 16,7%	1 5,9%
4. Asociaciones de Alcohólicos	Mala coordinación	72 60,0%	103 73,0%	35 56,5%	71 59,2%	10 83,3%	7 38,9%
	Ni buena, ni mala	33 27,5%	23 16,3%	18 29,0%	36 30,0%	2 16,7%	9 50,0%
	Buena coordinación	15 12,5%	15 10,6%	9 14,5%	13 10,8%	0 0,0%	2 11,1%

Hombre Mujer

1. $\chi^2= 5,42$ $p<0,247$ - $\chi^2= 7,38$ $p<0,117$
2. $\chi^2= 5,67$ $p<0,225$ - $\chi^2= 2,32$ $p<0,677$
3. $\chi^2= 2,12$ $p<0,714$ - $\chi^2= 16,68$ $p<0,002$
4. $\chi^2= 3,49$ $p<0,479$ - $\chi^2= 17,10$ $p<0,007$

Tabla 19. Valoración de la coordinación que existe para el seguimiento de los pacientes entre el centro de salud y el recurso asistencial en drogodependencias según tipo de Centro de Salud y sexo.

		Tipo De Centro De Salud			
		Rural		Urbano	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Centro Atención Drogodependencias	Mala coordinación	38 49,4%	57 51,8%	58 44,3%	91 47,6%
	Ni buena, ni mala	25 32,5%	28 25,5%	40 30,5%	60 31,4%
	Buena coordinación	14 18,2%	25 22,7%	33 25,2%	40 20,9%
Centro Salud Mental	Mala coordinación	25 32,5%	41 36,0%	35 25,7%	61 30,5%
	Ni buena, ni mala	34 44,2%	37 32,5%	47 34,6%	74 37,0%
	Buena coordinación	18 23,4%	36 31,6%	54 39,7%	65 32,5%
Programas de Metadona	Mala coordinación	46 69,7%	64 65,3%	67 54,5%	113 62,1%
	Ni buena, ni mala	12 18,2%	25 25,5%	36 29,3%	39 21,4%
	Buena coordinación	8 12,1%	9 9,2%	20 16,3%	30 16,5%
Asociaciones de Alcohólicos	Mala coordinación	47 67,1%	69 71,1%	70 56,0%	114 61,3%
	Ni buena, ni mala	16 22,9%	21 21,6%	38 30,4%	48 25,8%
	Buena coordinación	7 10,0%	7 7,2%	17 13,6%	24 12,9%

No se observan diferencias significativas.

Cabe destacar que en el caso de los centros rurales el porcentaje de los que valoran la coordinación con los recursos asistenciales como mala es superior a la de sus los urbanos. Sin embargo, los hombres de los centros rurales la valoran mejor que las mujeres urbanas.

Tabla 20. Aspectos que influyen a la hora de llevar a cabo el abordaje del consumo de alcohol y otras drogas según sexo.

		SEXO			
		Hombre		Mujer	
Falta de tiempo en la consulta	Influye poco o nada	49	21,5%	76	22,8%
	Influencia media	50	21,9%	77	23,1%
	Influye bastante	129	56,6%	181	54,2%
Dificultad de coordinación con atención especializada	Influye poco o nada	53	23,7%	85	26,1%
	Influencia media	66	29,5%	95	29,1%
	Influye bastante	105	46,9%	146	44,8%
Insuficiente formación en la materia	Influye poco o nada	50	22,1%	80	23,7%
	Influencia media	74	32,7%	94	27,9%
	Influye bastante	102	45,1%	163	48,4%
Falta de apoyo por otros profesionales en el centro de salud	Influye poco o nada	80	36,0%	138	42,2%
	Influencia media	87	39,2%	103	31,5%
	Influye bastante	55	24,8%	86	26,3%
Ausencia de protocolos específicos para tratamientos desde AP	Influye poco o nada	52	23,4%	95	28,6%
	Influencia media	65	29,3%	74	22,3%
	Influye bastante	105	47,3%	163	49,1%
Falta iniciativas por parte de los responsable del Área	Influye poco o nada	50	22,7%	92	28,1%
	Influencia media	91	41,4%	116	35,5%
	Influye bastante	79	35,9%	119	36,4%

No se observan diferencias significativas

Las principales dificultades y barreras encontradas son la falta de tiempo en consulta, seguida de la ausencia de protocolos específicos para tratamientos desde AP, la insuficiente formación en la materia y la dificultad de coordinación con especializada.

Tabla 21. Aspectos que influyen a la hora de llevar a cabo el abordaje del consumo de alcohol y otras drogas según grupo de edad y sexo.

		GRUPO DE EDAD							
		Menor de 35		36 - 44		45 - 54		Mayor de 55	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Falta de tiempo en la consulta	Influye poco o nada	1 4,3%	11 18,3%	5 12,2%	23 19,3%	20 23,8%	24 22,6%	22 29,3%	16 38,1%
	Influencia media	4 17,4%	15 25,0%	7 17,1%	25 21,0%	16 19,0%	23 21,7%	21 28,0%	10 23,8%
	Influye bastante	18 78,3%	34 56,7%	29 70,7%	71 59,7%	48 57,1%	59 55,7%	32 42,7%	16 38,1%
2. Dificultad de coordinación con atención especializada	Influye poco o nada	4 18,2%	13 22,0%	10 24,4%	27 23,3%	23 27,7%	26 25,0%	14 18,9%	15 37,5%
	Influencia media	8 36,4%	22 37,3%	10 24,4%	29 25,0%	22 26,5%	32 30,8%	25 33,8%	11 27,5%
	Influye bastante	10 45,5%	24 40,7%	21 51,2%	60 51,7%	38 45,8%	46 44,2%	35 47,3%	14 35,0%
3. Insuficiente formación en la materia	Influye poco o nada	7 30,4%	11 18,3%	7 17,5%	23 19,7%	14 16,5%	29 26,6%	20 27,0%	14 31,8%
	Influencia media	7 30,4%	21 35,0%	13 32,5%	32 27,4%	24 28,2%	27 24,8%	29 39,2%	12 27,3%
	Influye bastante	9 39,1%	28 46,7%	20 50,0%	62 53,0%	47 55,3%	53 48,6%	25 33,8%	18 40,9%
4. Falta de apoyo por otros profesionales en el centro de salud	Influye poco o nada	7 31,8%	30 50,0%	17 42,5%	44 38,3%	29 34,9%	41 39,0%	26 35,6%	19 46,3%
	Influencia media	9 40,9%	12 20,0%	17 42,5%	38 33,0%	28 33,7%	39 37,1%	30 41,1%	13 31,7%
	Influye bastante	6 27,3%	18 30,0%	6 15,0%	33 28,7%	26 31,3%	25 23,8%	17 23,3%	9 22,0%
5. Ausencia de protocolos específicos para tratamientos desde AP	Influye poco o nada	2 9,1%	15 25,4%	7 17,9%	35 30,4%	24 28,9%	27 25,0%	18 24,3%	14 32,6%
	Influencia media	10 45,5%	13 22,0%	8 20,5%	19 16,5%	17 20,5%	31 28,7%	28 37,8%	9 20,9%
	Influye bastante	10 45,5%	31 52,5%	24 61,5%	61 53,0%	42 50,6%	50 46,3%	28 37,8%	20 46,5%
6. Falta de iniciativas por parte de los responsables del Área	Influye poco o nada	4 17,4%	13 22,0%	5 13,5%	30 26,3%	23 27,7%	27 25,5%	17 23,3%	18 43,9%
	Influencia media	9 39,1%	26 44,1%	15 40,5%	41 36,0%	29 34,9%	39 36,8%	36 49,3%	9 22,0%
	Influye bastante	10 43,5%	20 33,9%	17 45,9%	43 37,7%	31 37,3%	40 37,7%	20 27,4%	14 34,1%

Menor de 35	36 - 44	45 - 54	Mayor de 55
1. $\chi^2 = 3,91$ p<0,142; $\chi^2 = 1,72$ p<0,423; $\chi^2 = 0,21$ p<0,902; $\chi^2 = 0,95$ p<0,621			
2. $\chi^2 = 0,20$ p<0,903; $\chi^2 = 0,02$ p<0,989; $\chi^2 = 0,44$ p<0,801; $\chi^2 = 4,76$ p<0,092			
3. $\chi^2 = 1,44$ p<0,487; $\chi^2 = 0,40$ p<0,819; $\chi^2 = 2,84$ p<0,241; $\chi^2 = 1,73$ p<0,421			
4. $\chi^2 = 3,97$ p<0,137; $\chi^2 = 3,10$ p<0,213; $\chi^2 = 1,33$ p<0,515; $\chi^2 = 1,40$ p<0,497			
5. $\chi^2 = 5,29$ p<0,071; $\chi^2 = 2,31$ p<0,315; $\chi^2 = 1,71$ p<0,425; $\chi^2 = 3,63$ p<0,163			
6. $\chi^2 = 0,68$ p<0,711; $\chi^2 = 2,61$ p<0,271; $\chi^2 = 0,134$ p<0,935; $\chi^2 = 9,02$ p<0,011			
Hombre	Mujer		
1. $\chi^2 = 15,29$ p<0,018 - $\chi^2 = 8,54$ p<0,201			
2. $\chi^2 = 3,19$ p<0,0784 - $\chi^2 = 7,21$ p<0,302			
3. $\chi^2 = 9,10$ p<0,169 - $\chi^2 = 5,70$ p<0,457			
4. $\chi^2 = 4,44$ p<0,617 - $\chi^2 = 6,43$ p<0,377			
5. $\chi^2 = 13,89$ p<0,031 - $\chi^2 = 5,51$ p<0,481			
6. $\chi^2 = 7,48$ p<0,278 - $\chi^2 = 8,47$ p<0,206			

Tabla 22. Aspectos que influyen a la hora de llevar a cabo el abordaje del consumo de alcohol y otras drogas según profesión y sexo.

		Profesión					
		Medicina de familia		Enfermería		Pediatria	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Falta de tiempo en la consulta	Influye	27	25	19	45	3	5
	poco o nada	19,6%	15,8%	26,4%	31,0%	21,4%	20,0%
	Influencia	25	32	20	37	2	4
	media	18,1%	20,3%	27,8%	25,5%	14,3%	16,0%
	Influye bastante	86	101	33	63	9	16
2. Dificultad de coordinación con atención especializada	poco o nada	62,3%	63,9%	45,8%	43,4%	64,3%	64,0%
	Influye	30	31	19	43	3	9
	poco o nada	22,1%	19,7%	27,1%	31,2%	21,4%	34,6%
	Influencia	44	43	19	46	2	4
	media	32,4%	27,4%	27,1%	33,3%	14,3%	15,4%
3. Insuficiente formación en la materia	Influye	62	83	32	49	9	13
	poco o nada	45,6%	52,9%	45,7%	35,5%	64,3%	50,0%
	Influye	30	21	14	48	4	8
	poco o nada	21,9%	13,5%	19,7%	32,7%	28,6%	28,6%
	Influencia	46	60	25	28	2	5
4. Falta de apoyo por otros profesionales en el centro de salud	media	33,6%	38,5%	35,2%	19,0%	14,3%	17,9%
	Influye	61	75	32	71	8	15
	poco o nada	44,5%	48,1%	45,1%	48,3%	57,1%	53,6%
	Influye	50	55	21	68	8	12
	poco o nada	37,3%	35,9%	30,0%	47,9%	57,1%	46,2%
5. Ausencia de protocolos específicos para tratamientos desde AP	Influencia	50	49	30	42	4	9
	media	37,3%	32,0%	42,9%	29,6%	28,6%	34,6%
	Influye	34	49	19	32	2	5
	poco o nada	25,4%	32,0%	27,1%	22,5%	14,3%	19,2%
	Influye	28	32	17	53	6	9
6. Falta iniciativas por parte de los responsable del Área	poco o nada	20,6%	20,6%	25,0%	36,6%	42,9%	33,3%
	Influencia	40	37	21	30	2	3
	media	29,4%	23,9%	30,9%	20,7%	14,3%	11,1%
	Influye	68	86	30	62	6	15
	poco o nada	50,0%	55,5%	44,1%	42,8%	42,9%	55,6%
	Influye	25	33	16	50	8	7
	poco o nada	18,4%	21,3%	24,2%	35,5%	57,1%	26,9%
	Influencia	60	58	26	47	2	8
	media	44,1%	37,4%	39,4%	33,3%	14,3%	30,8%
	Influye	51	64	24	44	4	11
	bastante	37,5%	41,3%	36,4%	31,2%	28,6%	42,3%

Hombre Mujer

1. $\chi^2= 5,82$ $p<0,213$ - $\chi^2= 15,35$ $p<0,004$

2. $\chi^2= 3,11$ $p<0,539$ - $\chi^2= 12,28$ $p<0,015$

3. $\chi^2= 2,49$ $p<0,646$ - $\chi^2= 23,80$ $p<0,000$

4. $\chi^2= 4,00$ $p<0,406$ - $\chi^2= 5,94$ $p<0,204$

5. $\chi^2= 4,34$ $p<0,362$ - $\chi^2= 11,25$ $p<0,024$

6. $\chi^2= 11,60$ $p<0,021$ - $\chi^2= 8,07$ $p<0,089$

Influye la profesión en las mujeres en su opinión respecto a las tres primeras y a la *ausencia de protocolos*, siendo enfermería seguida de pediatría los que más consideran que “influyen bastante” estos factores. En los hombres influye la profesión, en la *falta de iniciativas por parte de los responsables de Área* donde los enfermeros consideran que influye bastante (41,3%) frente a los médicos (37,5%) y los pediatras (36,4%).

Tabla 23. Aspectos que influyen a la hora de llevar a cabo el abordaje del consumo de alcohol y otras drogas según tipo de Centro de Salud y sexo.

		Tipo Centro De Salud			
		Rural		Urbano	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Falta de tiempo en la consulta	Influye poco o nada	15 18,5%	26 20,8%	34 23,4%	50 24,0%
	Influencia media	22 27,2%	33 26,4%	28 19,3%	44 21,2%
	Influye bastante	44 54,3%	66 52,8%	83 57,2%	114 54,8%
2. Dificultad de coordinación con atención especializada	Influye poco o nada	18 22,5%	37 30,3%	35 24,6%	48 23,6%
	Influencia media	18 22,5%	27 22,1%	47 33,1%	68 33,5%
	Influye bastante	44 55,0%	58 47,5%	60 42,3%	87 42,9%
3. Insuficiente formación en la materia	Influye poco o nada	11 13,6%	31 25,0%	38 26,6%	49 23,1%
	Influencia media	31 38,3%	35 28,2%	43 30,1%	59 27,8%
	Influye bastante	39 48,1%	58 46,8%	62 43,4%	104 49,1%
4. Falta de apoyo por otros profesionales en el centro de salud	Influye poco o nada	20 25,0%	55 45,1%	59 42,1%	83 40,7%
	Influencia media	33 41,3%	30 24,6%	53 37,9%	73 35,8%
	Influye bastante	27 33,8%	37 30,3%	28 20,0%	48 23,5%
5. Ausencia de protocolos específicos para tratamientos desde AP	Influye poco o nada	16 20,3%	33 26,8%	36 25,5%	62 29,8%
	Influencia media	21 26,6%	26 21,1%	42 29,8%	47 22,6%
	Influye bastante	42 53,2%	64 52,0%	63 44,7%	99 47,6%
6. Falta iniciativas por parte de los responsable del Área	Influye poco o nada	14 18,2%	33 26,8%	36 25,5%	58 28,6%
	Influencia media	31 40,3%	38 30,9%	58 41,1%	78 38,4%
	Influye bastante	32 41,6%	52 42,3%	47 33,3%	67 33,0%

Hombre	Mujer
1. $\chi^2= 2,11$ p<0,348 - $\chi^2= 1,35$ p<0,510	
2. $\chi^2= 3,84$ p<0,147 - $\chi^2= 5,04$ p<0,080	
3. $\chi^2= 5,31$ p<0,070 - $\chi^2= 0,21$ p<0,902	
4. $\chi^2= 8,17$ p<0,017 - $\chi^2= 4,73$ p<0,094	
5. $\chi^2= 1,54$ p<0,463 - $\chi^2= 0,62$ p<0,733	
6. $\chi^2= 2,11$ p<0,348 - $\chi^2= 3,11$ p<0,211	

En el caso de los hombres influye el tipo de centro de salud en *la falta de apoyo por otros profesionales en el centro de salud* donde en los centros rurales consideran que influye bastante el 33,8% frente al 20,0% de los centros urbanos.

Tabla 24. Actividades que según los profesionales sanitarios deben ofrecerse desde la Atención Primaria de salud en relación al alcohol, según sexo.

		SEXO			
		Hombre		Mujer	
1. Actividades de prevención primaria en la comunidad	NO	9	4,0%	3	0,9%
	SI	218	96,0%	337	99,1%
2. Información general y consejo médico	NO	4	1,8%	3	0,9%
	SI	222	98,2%	335	99,1%
3. Detección precoz de problemas de adicción y consejo	NO	7	3,1%	2	0,6%
	SI	217	96,9%	338	99,4%
4. Ofrecer tratamientos de desintoxicación	NO	62	28,1%	111	33,4%
	SI	159	71,9%	221	66,6%
5. Ofrecer tratamientos de la dependencia	NO	63	29,0%	114	34,8%
	SI	154	71,0%	214	65,2%
6. Derivar siempre a especializada ante un diagnóstico de dependencia	NO	56	25,5%	88	26,7%
	SI	164	74,5%	241	73,3%

1. $\chi^2=6,24$ $p<0,012$ 2. $\chi^2=0,86$ $p<0,354$ 3. $\chi^2=5,53$ $p<0,019$ 4. $\chi^2=1,79$ $p<0,181$ 5. $\chi^2=1,95$ $p<0,162$ 5. $\chi^2=0,11$ $p<0,736$

Las actividades consideradas como propias siguen el orden marcado a la hora de la enumeración de las mismas, tanto en hombres como en mujeres. Destacar que en cuanto a *ofrecer tratamiento de la dependencia* la tasa de respuesta es superior en la opción de *derivar siempre a especializada ante un diagnóstico de dependencia* que la de ofrecer tratamiento (74,5% frente a 71,1% en hombres y 43,3% frente a 65,2% en mujeres).

Tabla 25. Actividades que según los profesionales sanitarios deben ofrecerse desde la Atención Primaria de salud en relación al alcohol, según grupo de edad y sexo.

		GRUPO DE EDAD							
		Menor de 35		36 – 44		45 – 54		Mayor de 55	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Actividades de prevención primaria en la comunidad	NO	1 4,3%	0 0,0%	1 2,4%	2 1,7%	1 1,2%	1 0,9%	5 6,7%	0 0,0%
	SI	22 95,7%	60 100,0%	40 97,6%	116 98,3%	84 98,8%	112 99,1%	70 93,3%	42 100,0%
2. Información general y consejo médico	NO	0 0,0%	0 0,0%	1 2,5%	3 2,5%	1 1,2%	0 0,0%	1 1,3%	0 0,0%
	SI	22 100,0%	60 100,0%	39 97,5%	115 97,5%	84 98,8%	112 100,0%	74 98,7%	41 100,0%
3. Detección precoz de problemas de adicción y consejo	NO	1 4,5%	0 0,0%	1 2,4%	2 1,7%	3 3,5%	0 0,0%	1 1,4%	0 0,0%
	SI	21 95,5%	59 100,0%	40 97,6%	119 98,3%	82 96,5%	112 100,0%	72 98,6%	41 100,0%
4. Ofrecer tratamientos de desintoxicación	NO	5 22,7%	11 18,3%	12 30,0%	49 43,4%	25 29,8%	39 35,5%	19 26,4%	12 28,6%
	SI	17 77,3%	49 81,7%	28 70,0%	64 56,6%	59 70,2%	71 64,5%	53 73,6%	30 71,4%
5. Ofrecer tratamientos de la dependencia	NO	4 18,2%	11 18,3%	13 32,5%	48 42,5%	25 30,9%	41 37,3%	20 28,2%	14 36,8%
	SI	18 81,8%	49 81,7%	27 67,5%	65 57,5%	56 69,1%	69 62,7%	51 71,8%	24 63,2%
6. Derivar siempre a especializada ante un diagnóstico de dependencia	NO	7 31,8%	16 27,1%	15 37,5%	31 27,0%	22 26,5%	30 28,3%	10 13,9%	9 21,4%
	SI	15 68,2%	43 72,9%	25 62,5%	84 73,0%	61 73,5%	76 71,7%	62 86,1%	33 78,6%

No se observan diferencias significativas

Tabla 26. Actividades que según los profesionales sanitarios deben ofrecerse desde la Atención Primaria de salud en relación al alcohol, según profesión y sexo.

		PROFESIÓN					
		Medicina de familia		Enfermería		Pediatria	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Actividades de prevención primaria en la comunidad	NO	6 4,4%	0 0,0%	2 2,7%	1 0,7%	1 7,1%	1 3,1%
	SI	131 95,6%	156 100,0%	71 97,3%	144 99,3%	13 92,9%	31 96,9%
2. Información general y consejo médico	NO	1 0,7%	1 0,6%	2 2,8%	1 0,7%	1 7,1%	1 3,2%
	SI	136 99,3%	153 99,4%	70 97,2%	145 99,3%	13 92,9%	30 96,8%
3. Detección precoz de problemas de adicción y consejo	NO	4 3,0%	1 0,6%	3 4,1%	0 0,0%	0 0,0%	1 3,2%
	SI	131 97,0%	157 99,4%	70 95,9%	144 100,0%	14 100,0%	30 96,8%
4. Ofrecer tratamientos de desintoxicación	NO	36 26,5%	52 34,0%	21 30,4%	47 32,6%	5 38,5%	10 34,5%
	SI	100 73,5%	101 66,0%	48 69,6%	97 67,4%	8 61,5%	19 65,5%
5. Ofrecer tratamientos de la dependencia	NO	36 27,1%	52 34,0%	22 32,4%	49 35,0%	5 38,5%	11 37,9%
	SI	97 72,9%	101 66,0%	46 67,6%	91 65,0%	8 61,5%	18 62,1%
6. Derivar siempre a especializada ante un diagnóstico de dependencia	NO	38 28,6%	53 35,1%	13 18,6%	26 18,3%	3 21,4%	6 20,0%
	SI	95 71,4%	98 64,9%	57 81,4%	116 81,7%	11 78,6%	24 80,0%

Hombre Mujer

1. $\chi^2= 0,71$ $p<0,701$ - $\chi^2= 4,38$ $p<0,112$
2. $\chi^2= 3,55$ $p<0,169$ - $\chi^2= 2,05$ $p<0,359$
3. $\chi^2= 0,69$ $p<0,708$ - $\chi^2= 4,45$ $p<0,108$
4. $\chi^2= 1,04$ $p<0,596$ - $\chi^2= 0,08$ $p<0,963$
5. $\chi^2= 1,15$ $p<0,563$ - $\chi^2= 0,17$ $p<0,917$
6. $\chi^2= 2,55$ $p<0,280$ - $\chi^2= 11,32$ $p<0,003$

Tabla 27. Actividades que según los profesionales sanitarios deben ofrecerse desde la Atención Primaria de salud en relación al alcohol, según tipo de centro de salud y sexo.

		Tipo Centro De Salud			
		Rural		Urbano	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Actividades de prevención primaria en la comunidad	NO	4 4,9%	1 0,8%	5 3,5%	2 0,9%
	SI	78 95,1%	125 99,2%	138 96,5%	211 99,1%
2. Información general y consejo médico	NO	1 1,2%	1 0,8%	3 2,1%	2 0,9%
	SI	80 98,8%	125 99,2%	140 97,9%	209 99,1%
3. Detección precoz de problemas de adicción y consejo	NO	6 7,4%	0 0,0%	1 0,7%	2 0,9%
	SI	75 92,6%	126 100,0%	140 99,3%	212 99,1%
4. Ofrecer tratamientos de desintoxicación	NO	27 33,8%	44 35,5%	35 25,2%	67 32,4%
	SI	53 66,3%	80 64,5%	104 74,8%	140 67,6%
5. Ofrecer tratamientos de la dependencia	NO	30 38,5%	40 32,5%	32 23,4%	74 36,1%
	SI	48 61,5%	83 67,5%	105 76,6%	131 63,9%
6. Derivar siempre a especializada ante un diagnóstico de dependencia	NO	23 28,8%	33 26,6%	32 23,0%	55 27,0%
	SI	57 71,3%	91 73,4%	107 77,0%	149 73,0%

Rural	Urbano
1. $\chi^2= 3,53$ $p<0,060$ - $\chi^2= 2,90$ $p<0,088$	
2. $\chi^2= 0,10$ $p<0,752$ - $\chi^2= 0,81$ $p<0,368$	
3. $\chi^2= 9,61$ $p<0,002$ - $\chi^2= 0,052$ $p<0,820$	
4. $\chi^2= 0,06$ $p<0,800$ - $\chi^2= 2,07$ $p<0,151$	
5. $\chi^2= 0,74$ $p<0,389$ - $\chi^2= 6,23$ $p<0,013$	
6. $\chi^2= 0,11$ $p<0,738$ - $\chi^2= 0,68$ $p<0,410$	
Hombre	Mujer
1. $\chi^2= 0,34$ $p<0,842$ - $\chi^2= 0,028$ $p<0,986$	
2. $\chi^2= 0,26$ $p<0,879$ - $\chi^2= 0,03$ $p<0,985$	
3. $\chi^2= 7,69$ $p<0,021$ - $\chi^2= 1,18$ $p<0,276$	
4. $\chi^2= 2,64$ $p<0,268$ - $\chi^2= 0,84$ $p<0,656$	
5. $\chi^2= 5,93$ $p<0,051$ - $\chi^2= 0,43$ $p<0,510$	
6. $\chi^2= 3,82$ $p<0,148$ - $\chi^2= 0,37$ $p<0,831$	

Tabla 28. Postura de los profesionales sanitarios de Atención Primaria ante la posibilidad de intervenir sobre las adicciones de manera sistemática desde el centro de salud, según sexo.

Sexo		Soy partidario de aumentar mi implicación		Estaría dispuesto a aumentar la implicación si cambian algunas condiciones		Sólo estoy dispuesto a participar en condiciones excepcionales		No soy partidario de tener más participación		No contesta	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Hombre	59	25,1%	107	45,5%	35	14,9%	22	9,4%	12	5,1%
	Mujer	88	24,5%	189	52,6%	43	12,0%	26	7,2%	13	3,6%

El 70,6% de los hombres y el 77,1% de las mujeres están dispuestos a aumentar su implicación, aunque un 45,5% de los hombres encuestados y un 52,6% de las mujeres lo supeditan a un cambio en las condiciones.

Tabla 29. Postura de los profesionales sanitarios de Atención Primaria ante la posibilidad de intervenir sobre las adicciones de manera sistemática desde el centro de salud, según grupo de edad y sexo.

	GRUPO DE EDAD							
	Menor de 35		36 – 44		45 – 54		Mayor de 55	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Soy partidario de aumentar mi implicación	7	23	9	29	23	25	20	8
	30,4%	38,3%	22,0%	23,4%	26,4%	20,7%	25,3%	17,0%
Estaría dispuesto a aumentar la implicación si cambian algunas condiciones	10	30	20	65	40	71	34	22
	43,5%	50,0%	48,8%	52,4%	46,0%	58,7%	43,0%	46,8%
Sólo estoy dispuesto a participar en condiciones excepcionales	2	5	2	13	14	13	16	10
	8,7%	8,3%	4,9%	10,5%	16,1%	10,7%	20,3%	21,3%
No soy partidario de tener más participación	3	0	6	10	8	10	4	6
	13,0%	0,0%	14,6%	8,1%	9,2%	8,3%	5,1%	12,8%
No contesta	1	2	4	7	2	2	5	1
	4,3%	3,3%	9,8%	5,6%	2,3%	1,7%	6,3%	2,1%

No se observan diferencias significativas.

Tabla 30. Postura de los profesionales sanitarios de Atención Primaria ante la posibilidad de intervenir sobre las adicciones de manera sistemática desde el centro de salud, según profesión y sexo.

	PROFESIÓN					
	Medicina de familia		Enfermería		Pediatria	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Soy partidario de aumentar mi implicación	39 28,1%	42 26,1%	16 21,1%	39 24,8%	3 18,8%	3 8,8%
Estaría dispuesto a aumentar la implicación si cambian algunas condiciones	66 47,5%	91 56,5%	34 44,7%	77 49,0%	5 31,3%	21 61,8%
Sólo estoy dispuesto a participar en condiciones excepcionales	16 11,5%	13 8,1%	15 19,7%	24 15,3%	3 18,8%	5 14,7%
No soy partidario de tener más participación	9 6,5%	9 5,6%	9 11,8%	11 7,0%	4 25,0%	4 11,8%
No contesta	9 6,5%	6 3,7%	2 2,6%	6 3,8%	1 6,3%	1 2,9%

Hombre Mujer
 $\chi^2= 12,11$ $p<0,437$ - $\chi^2= 21,95$ $p<0,038$

Tabla 31. Postura de los profesionales sanitarios de Atención Primaria ante la posibilidad de intervenir sobre las adicciones de manera sistemática desde el centro de salud, según tipo de Centro de Salud y sexo.

	TIPO CENTRO DE SALUD			
	Rural		Urbano	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Soy partidario de aumentar mi implicación	27 31,8%	23 17,8%	31 20,9%	65 28,4%
Estaría dispuesto a aumentar la implicación si cambian algunas condiciones	38 44,7%	74 57,4%	69 46,6%	115 50,2%
Sólo estoy dispuesto a participar en condiciones excepcionales	11 12,9%	16 12,4%	23 15,5%	26 11,4%
No soy partidario de tener más participación	6 7,1%	8 6,2%	16 10,8%	18 7,9%
No contesta	3 3,5%	8 6,2%	9 6,1%	5 2,2%

ANEXO 3. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS 1ª VISITA (CAPÍTULO 2)

Fecha de registro ___/___/201__ Código Investigador

Fecha de nacimiento ___/___/___

Sexo: H M Edad: 18-30 31-45 46-65

DATOS PACIENTE

HTA Hipertensión Hipertiglicidemia Sobrepeso Obesidad

Fumador Cig./día ___ Paquetel/año ___ Otros tóxicos: Cannabis Cocaína Otro

Prescripción psicofármacos: Ansolítico Hipnótico Antidepresivo Neuroléptico Otro

Otras patologías de interés: _____

SÍ NO

1. ¿Piensa usted que come demasiados dulces?

2. ¿Le han ofrecido alguna vez un porro o una dosis de cocaína?

3. **¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?**

4. ¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio semanalmente?

5. ¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día?

6. **¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?**

7. ¿Se ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar?

8. ¿Le han dicho alguna vez que debería comer más frutas y verduras?

9. **¿Se ha sentido en alguna ocasión mal o culpable por su costumbre de beber?**

10. ¿Le han dicho alguna vez que debería fumar menos?

11. **¿En alguna ocasión lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de la resaca?**

12. ¿Se ha planteado alguna vez cambiar su costumbre de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación?

CAGE CAMUFLADO

≥ 2 Pedir analítica y citar para el AUDIT

CONSUMO ÚLTIMA SEMANA

BEBIDA	VOLUMEN	UND	VOLUMEN	UND
Vino	1 vaso (100 cc)	1	1 litro	10
Cerveza	1 caña (200 cc)	1	1 litro	5
Whisky, ron, coñac	1 copa (50 ml)	2	1 carajillo (25 ml)	1
	1 combinado (50 ml)	2	1 litro	40
Jerez, vermut, cava	1 copa (50 ml)	1	1 vermut (100 ml)	2
	1 litro	20		

Riesgo o Alto riesgo. Pedir analítica y citar para el AUDIT

CONSUMO	EN HOMBRE	EN MUJER
Bajo riesgo	< 17 unidades* a la semana (u/s)	< 11 u/s
Riesgo	Entre 17 y 28 u/s	Entre 11 y 17 u/s
Alto riesgo	> 28 u/s	> 17 u/s

*Ingesta de 5 unidades en 24 h al menos 1 vez al mes. Aunque consumo semanal < del límite mencionado

Cualquier grado de consumo en caso de:
- Antecedentes familiares de alcoholismo
- Embarazo y lactancia

Día	Unidades
L	
M	
X	
J	
V	
S	
D	

ANEXO 4. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS 2ª VISITA (CAPÍTULO 3)

Fecha de registro: ___/___/201_

Motivo 2ª Cita (Respuesta Múltiple) CAGE SOSPECHA DE NO VERACIDAD CONSUMO RIESGO

AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

	Nunca	1 o menos veces al mes	2 ó 4 veces al mes	2 ó 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
0	1	2	3	4	

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7 a 9	10 o más
0	1	2	3	4	

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

	Nunca	Menos de 1 vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario
0	1	2	3	4	

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

	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	

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

	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	

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

	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	

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

	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	

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

	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	

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

	No	Si, pero no en el curso del último año	Si, en el último año
0	1	2	4

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

	No	Si, pero no en el curso del último año	Si, en el último año
0	1	2	4

> 8 AUDIT POSITIVO **Puntuación AUDIT** _____

ANALÍTICA

Ácido úrico Triglicéridos Fosfatasa alcalina GGT GPT

Glúticmo-oxalacético transaminasa (got) Cociente got/got > 1 Hematocrito

Hemoglobulina Glucosa Volumen corpuscular medio (vcn)

DECISIÓN CLÍNICA

Derivación _____

Intervención _____