

DETECCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Miguel Gili Miner¹ / J. Giner² / J. R. Lacalle¹ / D. Franco² / A. Velasco¹

¹Departamento de Ciencias Sociosanitarias. ²Departamento de Psiquiatría y Psicología. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla

Resumen

Se analizan los resultados de una encuesta a médicos de atención primaria para conocer los factores que influyen en la detección y tratamiento de pacientes con problemas relacionados con el alcohol. Se comprueba que el número de pacientes diagnosticados está relacionado con la educación formal previa recibida sobre este tema. Los médicos están muy interesados en el problema y en sus soluciones, pero no están satisfechos ni se sienten gratificados con su trabajo. Los sentimientos gratificantes están directamente relacionados con la educación formal previa, y quienes se sienten gratificados diagnostican más pacientes. La necesidad de mejorar la formación de los médicos de atención primaria debe ir acompañada de sustanciales mejoras organizativas en la red de asistencia primaria, fundamentalmente en la coordinación de actividades entre los médicos de atención primaria, servicios especializados y servicios de asistencia social.

Palabras clave: Encuesta. Médicos de atención primaria. Problemas relacionados con el alcohol.

THE DETECTION OF ALCOHOL-RELATED PROBLEMS IN PRIMARY HEALTH CARE

Summary

The results of a survey of primary health care physicians in order to know which factors are associated with the efficacy in the detection and treatment of patients with alcohol-related problems are analyzed in this article. The number of diagnosed patients is related with previous formal education on alcohol-related problems of primary health care physicians. Primary health care physicians are very interested in this issue, but they don't feel satisfied nor gratified with their work with this type of patients. Gratifying feelings are directly related to previous formal education, and those who feel gratified diagnose more patients. Needs for formal education must be accompanied by profound organizational changes in the coordination of actions between primary health care, specialized services and social care.

Key words: Survey. Primary health care physicians. Alcohol-related problems.

Introducción

En las tres últimas décadas el consumo de alcohol ha aumentado de forma espectacular en España, y con ello sus repercusiones sanitarias, sociales y económicas¹. Estas tendencias han producido, y probablemente seguirán produciendo durante muchos años, una creciente demanda de asistencia médica. Universalmente se admite que la magnitud del problema es tal, que su abordaje debería incluir la adopción urgente de medidas de prevención primaria: educativas, legislativas y sociales². Sin embargo, es muy posible que, a pesar de los esfuerzos de los gobiernos centrales y autonómicos, el número de

personas con problemas relacionados con el alcohol siga aumentando durante los próximos años. Por tanto, es necesario desarrollar procedimientos para la detección y tratamiento precoz de estos problemas en los que se conjuguen la sencillez, la eficacia y el bajo costo.

El ámbito ideal para llevar a cabo esta prevención secundaria es el de la atención primaria de salud, y todo el mundo parece estar de acuerdo sobre la importancia del papel del médico de atención primaria en esta función^{3, 4, 5}.

No obstante, en algunos estudios se ha observado que al hacer encuestas a los pacientes que acuden a los centros de atención primaria se obtienen tasas de prevalencia de problemas relacionados con el alcohol mucho más

altas que las obtenidas al preguntarles a los médicos de estos centros sobre la frecuencia de estos problemas en sus consultas^{6, 7}. Este hallazgo se ha interpretado en el sentido de que buena parte de los médicos de atención primaria no identifican a muchas de las personas con estos problemas que acuden a consultarles⁸.

Ciertos trabajos han demostrado que aumenta significativamente el número de pacientes en los que se detectan problemas relacionados con el alcohol cuando a los médicos de atención primaria se les proporcionan medios de supervisión y apoyo suficientes, o se mejoran los previamente disponibles⁹. En varios estudios se ha verificado que el número de pacientes diagnosticados

Correspondencia: Miguel Gili Miner. Departamento de Ciencias Sociosanitarias. Avda. de Sánchez Pizjuán, s/n. 41009 SEVILLA.

Este artículo fue recibido el 25 de octubre de 1989 y fue aceptado, tras revisión, el 9 de mayo de 1990.

umenta cuanto mayor es el nivel de conocimientos y experiencia sobre el tema, y que la existencia de actitudes positivas o negativas por parte de los médicos de atención primaria hacia el trabajo con este tipo de pacientes influye en su capacidad para diagnosticarlos^{10, 11}.

Por otra parte, para poder planificar de forma efectiva un programa de prevención secundaria se necesita información pertinente de la población donde vaya a aplicarse el programa, sobre sus patrones de consumo de alcohol, sus actitudes y normas culturales ante la bebida, la prevalencia de problemas relacionados con el alcohol, las creencias sobre los servicios encargados de tratar estos problemas, y su uso en la población general¹⁵.

En respuesta a la complejidad de estas y otras necesidades se inició en España el estudio colaborativo sobre la *Respuesta comunitaria a los problemas relacionados con el alcohol* en las provincias de Cantabria y Sevilla, financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud. El proyecto tiene antecedentes internacionales bien conocidos^{12, 13} y en este momento se está desarrollando en varios países europeos. El estudio tiene tres componentes: 1) una encuesta a la población general, 2) una encuesta a trabajadores de centros donde se tratan problemas relacionados con el alcohol, y 3) una encuesta a usuarios de estos centros.

En este artículo revisaremos los resultados de la encuesta de centros y, específicamente, los resultados de la encuesta de médicos de atención primaria, a fin de analizar los factores que pueden influir en la eficacia de la atención primaria en la detección y control de estos problemas.

Material y métodos

El universo del estudio de centros fueron, en el ámbito de la provincia de Sevilla, los médicos de atención primaria de centros de salud, los médicos psiquiatras, los médicos de servicios especializados no psiquiátricos donde se

atendiesen a personas con problemas relacionados con el alcohol, psicólogos, diplomados de enfermería psiquiátrica, asistentes sociales de servicios que atienden a estas personas, y policías.

La selección fue mediante muestreo estratificado aleatorio proporcional teniendo en cuenta la distribución geográfica y el número de trabajadores censados en cada centro. La muestra final fue de 183 trabajadores, de los cuales 83 eran médicos de atención primaria. Estos últimos representaban el 15,4 % del total de médicos de atención primaria contratados por el Servicio Andaluz de Salud en la provincia, y la distribución por sexos fue del 43,4 % de mujeres y el 56,6 % de varones. La distribución de las respuestas según el tiempo en ejercicio de los médicos fue la siguientes: a) Menos de un año: 3,6 %; b) 1-4 años: 47 %; c) 5-9 años: 36,1 %; d) 10 o más años: 13,3 %.

No se ofrecieron incentivos económicos a los participantes. Los trabajadores seleccionados fueron invitados a participar en la encuesta mediante una carta enviada a su lugar de trabajo y un contacto subsiguiente (personal o telefónico) previo a la entrevista, que se realizó en el lugar de trabajo de quienes respondieron durante el primer trimestre de 1988. En los casos de no respuesta se llevaron a cabo entrevistas sustitutivas con otros trabajadores seleccionados por el mismo procedimiento muestral y de contacto.

El cuestionario fue aplicado por dos médicos especialmente entrenados por nuestro equipo. La tasa de respuesta fue del 93,3 % y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre quienes respondieron y los que no lo hicieron al analizar las variables edad, sexo, profesión y lugar de residencia.

El cuestionario fue diseñado por nuestro equipo como un instrumento de entrevista personal y constaba de 29 preguntas precodificadas, algunas de las cuales eran una adaptación de preguntas incluidas en cuestionarios utilizados y validados en el Reino Unido⁷, en las que se recogía información sobre:

a) El número de personas con problemas relacionados con el alcohol atendidas durante los últimos doce meses. La definición de «problemas rela-

cionados con el alcohol» del cuestionario fue la de «problemas de salud de índole física, psicológica y social asociados con el consumo de alcohol, sea este consumo de forma puntual o regular, e indistintamente en bebedores ocasionales, habituales, grandes bebedores o alcohólicos»¹.

b) El nivel de conocimiento de algunas de las características demográficas, educativas y económicas de estos pacientes.

c) Las actividades que llevaron a cabo con ellos.

d) El grado de interés, satisfacción y gratificación de su trabajo con estos pacientes. Las afirmaciones, a las cuales podía contestarse «de acuerdo», «en desacuerdo» o «no estoy seguro», eran:

Interés: «Estoy interesado en el tema de los problemas relacionados con el alcohol y en las respuestas que pueden ofrecerse para resolverlos.»

Satisfacción: «Estoy satisfecho de la manera con la que trabajo con los pacientes con problemas relacionados con el alcohol.»

Gratificación: «El trabajar con pacientes con problemas relacionados con el alcohol me resulta gratificante.»

e) Su experiencia previa y educación formal sobre problemas relacionados con el alcohol.

Los datos recogidos en los cuestionarios se clasificaron y almacenaron en una base de datos relacional. Las medidas de tendencia central y dispersión de los resultados, y las pruebas de significación estadística (chi-cuadrado), se realizaron con el programa estadístico BMDP¹⁴.

Los lectores interesados en una explicación más detallada del diseño y metodología del estudio pueden consultar una publicación sobre los métodos empleados en el estudio de la respuesta comunitaria a los problemas relacionados con el alcohol en Sevilla¹⁵.

En este artículo nos limitaremos al análisis de la muestra de médicos de atención primaria.

Resultados

Al preguntar a los médicos de atención primaria sobre el número de pa-

cientes que habían atendido con problemas relacionados con el alcohol durante los últimos doce meses, nos encontramos con que la mayoría reconoció haber diagnosticado entre 1 y 20 (65,1 %), seguidos por los que habían diagnosticado 21-40 (19,3 %), 41-100 (9,6 %) más de 100 (3,6 %) y ninguno (2,4 %).

En la tabla 1 se presentan los resultados de algunas preguntas orientadas a conocer las características demográficas, socioculturales y económicas de los pacientes atendidos con problemas relacionados con el alcohol.

Cuando se preguntó a los médicos sobre las actividades que llevan a cabo con los pacientes con problemas relacionados con el alcohol, la respuesta fue: el 27,7 % «tratamiento de su problema médico o somático»; el 18,1 %, «referirlos a otro servicio especializado», el 21,9 %, «consejo y educación sanitaria»; el 9,7 %, «tratamiento de desintoxicación»; el 5,2 % «psicoterapia», y el 17,4 %, «referirlos a un asistente social».

Los resultados sobre las preguntas concernientes a interés, satisfacción y sentimientos gratificantes con este tipo de pacientes aparecen en la figura 1.

Al analizar el número de pacientes diagnosticados según las actitudes, nos encontramos con que los médicos de atención primaria que encuentran gratificante su trabajo con estos enfermos diagnostican mayor número de ellos que quienes no se sienten gratificados con este trabajo: el 62,5 % de quienes lo encontraron gratificante diagnosticaron 41 o más pacientes durante el último año, frente al 8 % entre quienes declararon no sentirse gratificados ($p < 0,01$).

Ante la pregunta efectuada a los médicos de atención primaria si durante su formación habían recibido alguna enseñanza específica y reglada acerca del alcohol y sus problemas, casi el 60 % declaró no haberla recibido. Al preguntarles a éstos cuál era el número total de horas de formación recibidas, poco más de la mitad de los que habían recibido algún tipo de formación declaró menos de 10 horas, y el resto declaró de 10 a 40 horas.

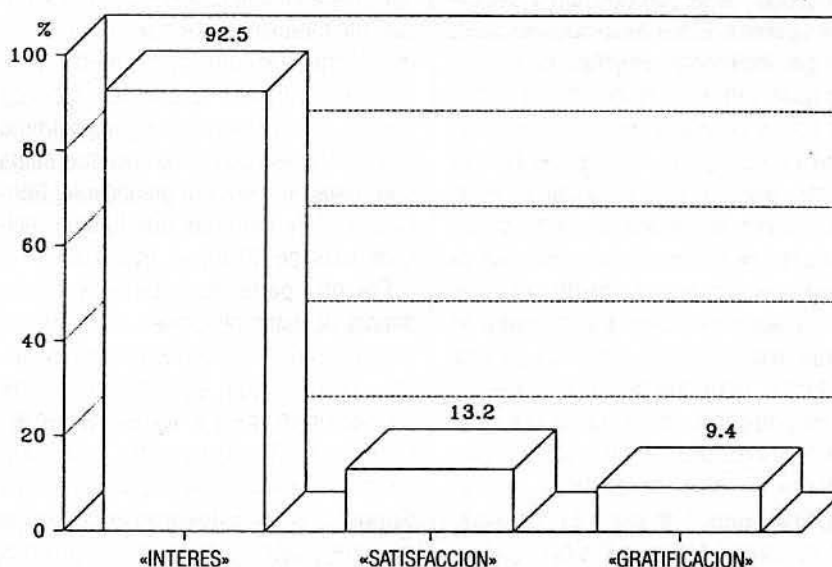
Al interrogarles sobre si consideraban suficientes las enseñanzas que habían

Tabla 1. Conocimiento de algunas características demográficas y sociales de los pacientes atendidos con mayor frecuencia con problemas relacionados con el alcohol (n=83)

Edades	<18	18-29	30-49	50-64	65 o más	
Porcentaje	2,5	6,4	54,4	30,4	6,3	
Nivel de estudios	Analfabetos	Primario	Secundario	Universitario	Desconocido	
Porcentaje	31,9	54,9	9,9	1,1	2,2	
Renta mensual familiar*	Baja	Baja-media	Media-media	Media-alta	Alta	Desconocido
Porcentaje	39,5	45,7	12,3	1,2	—	1,2

* Baja: <50.000 pesetas; baja-media: 50.000-74.000; media-media: 75.000-99.000; media-alta: 100.000-149.000; alta: 150.000 o más.

Figura 1. Sentimientos de interés, satisfacción y gratificación de los médicos de atención primaria en relación con los problemas relacionados con el alcohol (explicación en el texto).



recibido durante su formación profesional para afrontar la atención de pacientes con estos problemas, el 92,4 % respondió que no, el 1,9 % dijo que sí, y el 5,7 % no estaban seguros.

Analizamos las relaciones entre el número de pacientes que cada médico atendía cada año y el número de horas de educación formal sobre alcohol recibidas, y encontramos que el 40 % de aquellos que habían recibido más de 10 horas habían diagnosticado 41 o más pacientes durante el último año, frente al 7,4 % de los que habían recibido menos de diez horas o ninguna ($p < 0,01$).

Finalmente, se pidió a los médicos de

atención primaria que eligieran un nivel de prioridad a la atención de personas con problemas relacionados con el alcohol en el momento de determinar la distribución de recursos sanitarios. La escala propuesta fue de 0 a 10, en la que 10 representaba la máxima jerarquía de prioridad. Además, se les pidió que hicieran lo mismo para el problema de la heroína y el de la marihuana. Los problemas relacionados con el alcohol alcanzaron la máxima jerarquía de prioridad (mediana en 7), seguidos por los problemas producidos por la heroína (mediana en 6) y la marihuana (mediana en 2).

Discusión

Según los resultados de este estudio, la mayoría de los médicos de atención primaria han recibido una escasa o nula educación formal sobre problemas relacionados con el alcohol. La inmensa mayoría de quienes respondieron es consciente de esta deficiente formación profesional y están interesados en participar en actividades formativas sobre este tema.

Un aspecto interesante es el de las actividades que estos médicos llevan a cabo con los pacientes. El 27,7 % trata únicamente el problema médico, si lo hay, y la mayoría los refiere a otros servicios. Sólo una quinta parte de los encuestados les ofrece consejo y educación sanitaria. Estos resultados sugieren que probablemente muchos de los casos observados corresponden a personas con el síndrome de dependencia alcohólica con todas sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales, frente a las cuales el médico de atención primaria no se encuentra en situación de atenderles convenientemente, y los refiere a otros servicios. La incógnita es lo que ocurre con las personas sin este síndrome, pero que beben en exceso y tienen problemas relacionados con el alcohol; los resultados sugieren que probablemente muchos de ellos no son diagnosticados. Por ejemplo, los médicos de atención primaria declaran atender principalmente a varones de 30 a 49 años y de 50 a 64 años de edad. Esto difiere de los resultados de la encuesta de población general, donde el grupo etario con mayor tasa de problemas es el de 18 a 29 años de edad¹⁶. Como una de las explicaciones alternativas es que los jóvenes con problemas acuden con menor frecuencia a los servicios de atención primaria que los de mayor edad. La incógnita se despejará cuando dispongamos de los resultados de una encuesta sobre consumo de alcohol y problemas entre los usuarios de estos centros, que en este momento se encuentra ya en fase muy avanzada de ejecución¹⁵.

La mayoría de los que respondieron están interesados en el tema de los problemas relacionados con el alcohol y en

las actividades que puedan emprenderse en el ámbito de la atención primaria; sin embargo, es una minúscula minoría la que está satisfecha de la forma como trabaja con estas personas, y aún menos quienes se sienten gratificados de trabajar con este tipo de pacientes. Este brusco contraste entre interés por el tema y la escasa satisfacción y gratificación que genera es un fenómeno que aparece en estudios similares realizados en otros países y que guarda una relación muy estrecha con la formación profesional de los médicos sobre el problema y con la calidad del apoyo institucional que reciben para resolverlo^{7, 10}.

En este estudio pudimos comprobar que los sentimientos gratificantes estaban relacionados con el número de horas de educación formal sobre estos problemas: ninguno de los médicos de atención primaria que había recibido menos de 10 horas o ninguna admitió que su trabajo con personas con estos problemas le resultase gratificante, frente al 23,1 % entre los que habían recibido más de 10 horas ($p < 0,05$).

Por otra parte, es notable la coincidencia de estas relaciones entre educación recibida y sentimientos gratificantes, con la que encontramos entre educación recibida y número de enfermos diagnosticados y entre sentimientos gratificantes y número de enfermos diagnosticados. Estos resultados sugieren que existen fuertes interrelaciones entre formación y actitudes, y que ambas son factores determinantes de la eficacia en la detección y tratamiento de estos pacientes.

Estos resultados apoyan, una vez más, la necesidad de mejorar la formación de los médicos de atención primaria sobre el tema, y en el más breve plazo de tiempo posible si queremos incorporarles a los modernos programas de diagnóstico y atención de la población con este tipo de problemas^{5, 17}.

Hay otro factor a considerar: según los resultados de la encuesta de población general, más del 60 % de la población de esta provincia confía en los médicos de atención primaria para la resolución de estos problemas^{18, 19}, uno de los porcentajes más elevados de Europa y que abre interesantes perspec-

tivas respecto del papel de la atención primaria en la prevención y control de los problemas relacionados con el alcohol²⁰. Estos hechos, unidos al interés de los médicos sobre el tema, el alto nivel de prioridad en el que sitúan estos problemas y sus convicciones sobre la necesidad de mayor y mejor educación formal plantean unas necesidades y unas expectativas que deben satisfacerse lo antes posible.

Ahora bien, sería ingenuo afirmar que la solución del problema estriba únicamente en mejorar la formación de los médicos de atención primaria ofreciéndoles programas educativos. Los sentimientos de satisfacción y gratificación están relacionados con la formación previa sobre el tema, pero en buena medida también dependen del apoyo que los médicos de atención primaria reciben por parte de los servicios especializados. En este sentido, el nivel y calidad de la comunicación y coordinación de actividades entre atención primaria, servicios especializados y servicios de asistencia social son susceptibles de notables mejoras.

Por otra parte, la responsabilidad de mejorar la eficacia de la atención primaria en los pacientes con problemas relacionados con el alcohol no debe depender sólo de las iniciativas individuales y voluntaristas de sus médicos, sino fundamentalmente de los encargados de la planificación asistencial, quienes, en último término, disponen del poder y de los medios necesarios para ofrecer actividades formativas y para gestionar el asesoramiento y las mejoras organizativas pertinentes en la red de asistencia primaria.

Finalmente, hay una parte nada desdeñable de responsabilidad adjudicable a las instituciones encargadas de formar adecuadamente a los médicos de atención primaria de nuestra comunidad: las facultades de Medicina y el sistema de Médicos Internos y Residentes de Medicina de Familia y Comunitaria.

La magnitud de los problemas relacionados con el alcohol y los estándares profesionales de nuestros médicos de atención primaria sobre el tema sugieren que el problema merece una mayor y mejor dedicación por su parte.

Agradecimiento

Este trabajo pudo realizarse gracias a una beca del Ministerio de Sanidad y Consumo y de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud al proyecto *Respuesta comunitaria a los problemas relacionados con el alcohol*.

Bibliografía

1. Gili M, Lacalle JR, Nieto C, Velasco A. Epidemiología de los problemas relacionados con el alcohol. *Revisión en Salud Pública* 1989; 1: 133-58.
2. Ashley MJ, Rankin JG. A public health approach to the prevention of alcohol-related health problems. *Ann Rev Public Health* 1988; 9: 233-71.
3. Edwards G. Patients with drinking problems. *Brit Med J* 1968; 4: 435-7.
4. Wilkins RH. *The hidden alcoholic in general practice*. London: P. Elek, 1974.
5. Babor TF, Ritson EB, Hodgson RJ. Alcohol-related problems in the primary health care set-

- ting: a review of early intervention strategies. *Brit J Addict* 1986; 81: 23-46.
6. Wilkins RH, Hore BD. A general practitioner study of the estimated prevalence of alcoholism in the Greater Manchester area. *Brit J Addict* 1977; 72: 198-200.
7. Clement S. The identification of alcohol-related problems by general practitioner. *Brit J Addict* 1986; 81: 257-64.
8. Pollak B. A two year study of alcoholics in general practice. *Brit J Alcohol Alcoholism* 1975; 13: 24-33.
9. Shaw S, Cartwright A, Spratley T, Harwin J. Responding to drinking problems. London: Croom Helm, 1978.
10. Cartwright A. The attitudes of helping agents toward the alcoholic client: the influence of experience, support, training and self esteem. *Brit J Addict* 1980; 75: 413-31.
11. Thom B, Telles C. A delicate diagnosis: general practitioner's views of their role in defining alcohol as a problem. *Brit J Addict* 1984; 78: 27-8.
12. Roizen R. *Community response to alcohol-related problems: four country analysis*. Berkeley: Alcohol Research Group, 1983; WHO study (Draft).
13. Ritson EB. *Community response to alcohol-related problems: review of an international study*. Geneva: World Health Organization, 1985. (Public health paper N.º 81).

14. Dixon WJ. *BMDP Statistical Software Manual*. Berkeley, University of California Press, 1988.
15. Gili M, Giner J, Lacalle JR, Franco, D. El estudio de la respuesta comunitaria a los problemas relacionados con el alcohol. Métodos. En: *Problemas relacionados con el alcohol*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1989: 25-32.
16. Gili M, Giner J, Lacalle JR et al. Patterns of consumption of alcohol in Seville, Spain. Results of a general population survey. *Brit J Addict* 1989; 84: 277-85.
17. Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M. *AUDIT. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care*. Geneva: World Health Organization, 1989.
18. Gili M, Giner J. *Working paper by Seville. Second meeting of principal investigators in the WHO collaborative study on community response to alcohol-related problems*. Lisbon, 1987.
19. Giner J, Gili M, Franco D et al. Creencias, actitudes y normas culturales en la utilización de servicios en problemas relacionados con el alcohol. *An Psiquiatría* 1989; 5: 1-5.
20. Aasland OG, Archambault JC, Gili M et al. *The respective roles of primary health care and specialized services in the development and implementation of programmes for problem drinkers*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1987.

Premio de la Sociedad Española de Epidemiología al mejor trabajo de investigación original publicado en *Gaceta Sanitaria*

Con el fin de estimular la producción científica de calidad en nuestro país, la *Sociedad Española de Epidemiología* convoca un premio de 100.000 pesetas a los autores del mejor artículo original publicado en *Gaceta Sanitaria*.

Serán candidatos al mismo todos los artículos aparecidos en la sección de *Originales* de la revista. El premio será otorgado por un tribunal independiente designado a tal efecto por la *Sociedad Española de Epidemiología y Gaceta Sanitaria*, y será entregado al primer autor del artículo durante la Reunión anual de la Sociedad.

La convocatoria tendrá carácter anual, y se concederá por primera vez al mejor artículo publicado durante el año 1990.