



ORIGINAL

Prevalencia y factores asociados a la práctica del consejo clínico contra el consumo de drogas entre los especialistas internos residentes de Andalucía (España)



María de la Villa Juárez-Jiménez^a, Alejandro Pérez-Milena^{a,*},
Francisco Javier Valverde-Bolívar^b y Carmen Rosa-Garrido^c

^a Centro de Salud El Valle, Distrito Sanitario de Jaén (Servicio Andaluz de Salud), Jaén, España

^b Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Distrito Sanitario de Jaén (Servicio Andaluz de Salud), Jaén, España

^c Fundación Pública Andaluza para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental Alejandro Otero (Consejería de Salud, Junta de Andalucía), Jaén, España

Recibido el 11 de junio de 2014; aceptado el 4 de noviembre de 2014

Disponible en Internet el 20 de febrero de 2015

PALABRAS CLAVE

Consejo;
Internado y
residencia;
Internado no médico;
Alcohol;
Tabaquismo;
Droga ilegal

Resumen

Objetivos: Conocer la frecuencia de la oferta de consejo clínico contra el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales por los especialistas internos residentes (EIR) y los factores relacionados con dicho consejo.

Diseño: Estudio multicéntrico transversal mediante encuesta autoadministrada.

Emplazamiento y participantes: EIR de Andalucía (España), mediante correo electrónico.

Mediciones principales: Consejo declarado contra alcohol, tabaco y drogas ilegales, mediante escala Likert categorizada como «frecuente»/«no frecuente». Variables independientes: edad/sexo, especialidad, país de origen y características del consumo de drogas. Análisis mediante regresión logística.

Resultados: Cuatro mil doscientos cuarenta y cinco participantes con el 66% de respuestas, 29% no respondedores y 5% mala cumplimentación; edad media 29,1 ± DE 5,1 años, 69% mujeres, 89% nacionalidad española, 84% con formación en medicina (hospitalaria 73%, medicina familiar 27%). El consejo frecuente contra tabaco (85%) y alcohol (82%) es superior al de drogas ilegales (56%; $p < 0,001$ test de Chi cuadrado). El consejo frecuente contra el alcohol se relaciona con la especialidad (medicina familiar: OR = 2,8, IC 95% [1,4-4,6]; enfermería: OR = 2,5 [1,7-4,4]) y la edad del primer consumo alcohólico (OR = 1,07; [1,03-1,1]). Para el tabaco hay relación con la especialidad (medicina familiar: OR = 12,9 [7,6-21,9]; enfermería: OR = 8,4, [4,3-16,5]), el tabaquismo (OR = 1,5 [1,2-2,0]) y edad del primer consumo alcohólico (OR = 1,06 [1,01-1,1]), más importante para el vino (OR = 1,1 [1,04-1,3]). Aconsejar contra drogas ilegales se relaciona con la edad del primer consumo alcohólico (OR = 1,09 [1,05-1,1]) y el tabaquismo (OR = 0,58 [0,4-0,7]).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandro.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es (A. Pérez-Milena).

KEYWORDS

Counseling;
Internship
and residency;
Non-medical
internship;
Alcohol;
Smoking;
Street drugs

Conclusión: Hay una alta oferta de consejo contra el consumo por los EIR, aunque llamativamente menor para drogas ilegales. Los factores que influyen son tanto elementos formativos de su propia especialidad como el consumo personal de alcohol y tabaco, que deben ser tenidos en cuenta para una mejora de esta actividad preventiva.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Prevalence and factors associated with clinical counselling on drug use among internal specialists residents of Andalusia (Spain)

Abstract

Objectives: To determine the frequency of offering clinical counseling against the consumption of alcohol, tobacco and illegal drugs by internal specialist residents (EIR) of Andalusia, and the factors related to such advice.

Design: Multicenter cross-sectional study by self-administered questionnaire sent by mail.

Setting and participants: EIR of Andalusia.

Main measurements: The questionnaire collected the frequency of counseling against the use of alcohol, tobacco and illegal drugs (dependent variable). Independent variables: age/gender, specialty, drug consumption and Fagerström test.

Results: Out of a total of 4245 participants, 66% responded, 29% did not respond, and 5% poorly completed questionnaires. The mean age was 29.1(±SD 5.1) years, 69% female, 89% Spanish nationality, 84% in medical training (73% hospital, 27% family medicine). The frequency of counseling against tobacco (85%) and alcohol (82%) is higher than illegal drugs (56%, $p < .001$, χ^2 test). Counseling against alcohol consumption is related to family medicine (OR = 2.8; 95% CI [1.4-4.6]) and nursing (OR = 2.5 [1.7-4.4]), and the age of first alcohol consumption (OR = 1.07 [1.03-1.1]). Counseling against smoking is related to family medicine (OR = 12.9; [7.6-21.9]) and nursing (OR = 8.4; [4.3-16.5]), personal consumption of tobacco (OR = 1.5 [1.2-2.0]), and wine (OR = 1.1 [1.04-1.3]), and age of first alcohol consumption (OR = 1.06 [1.01-1.1]). Counseling against illegal drugs is related to the age of first alcohol consumption (OR = 1.09 [1.05-1.1]) and smoking (OR = .58 [.4-.7]).

Conclusion: There is a high frequency of counseling against consumption of tobacco and alcohol by EIR, although remarkably smaller for illegal drugs. The influencing factors are both formative elements of their own specialty such as personal consumption of alcohol and tobacco, which should be considered for improvement of this preventive activity.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El consumo de tabaco y alcohol en las sociedades occidentales es un problema de salud pública. Más del 50% de la población española mayor de 16 años ha fumado en alguna ocasión, mientras que el 65% declara haber consumido alcohol y el 5% cannabis en el último año¹. Dada la morbimortalidad que acompaña al consumo de cualquier tipo de droga, los exámenes de salud deben incluir actividades preventivas donde se prioriza la vigilancia sobre el consumo de tabaco y de alcohol^{2,3}. Por tanto, es misión de los profesionales sanitarios modificar en sentido favorable los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos y colectividades^{4,5} persiguiendo el abandono del consumo. Las intervenciones breves para abandonar el consumo de alcohol y tabaco son útiles³, con menores evidencias para drogas ilegales⁶, aunque la eficacia del consejo dependerá de la complejidad de la intervención⁷.

Los profesionales de la salud deben recibir una formación reglada para adquirir las técnicas que les permitan

desarrollar esta labor preventiva⁵; además, actúan como modelos sociales que influyen en la población a la que atienden⁸. Esta oferta de consejo no solo depende de los puntos anteriores, sino que parece relacionarse con el consumo de drogas personal, la edad, el sexo, la especialidad y la situación geográfica⁹. Existen pocos estudios existentes sobre la oferta de consejo clínico contra drogas en los actos asistenciales de los especialistas internos residentes (EIR) españoles, mostrando resultados muy diversos al valorar su aplicación en la actividad asistencial^{2,8,10,11}. Por ello, se desea valorar la frecuencia del consejo clínico contra drogas de los EIR de la Comunidad Autónoma de Andalucía y su relación con otros factores personales, fundamentalmente con el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

Sujetos y métodos

Se diseña un estudio multicéntrico descriptivo transversal mediante encuesta autoadministrada, previamente pilotada

en una provincia¹². Se estudian todos los EIR que cursaban estudios en Andalucía durante el año 2012. Los criterios de inclusión son estar laboralmente activos en ese año y dados de alta en PORTALEIR (www.portaleir.es, Web para el seguimiento y formación de los EIR), excluyendo aquellos cuestionarios no cumplimentados totalmente.

Variables

La variable principal es la frecuencia de utilización del consejo clínico contra el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilegales, entendido como cualquier tipo de pregunta y/o intervención sobre el consumo de los pacientes realizado por los EIR durante su actividad asistencial^{4,12}, mediante la cuestión: «¿aconsejas o informas a tus pacientes sobre los siguientes hábitos?». Se responde mediante una escala Likert (1 = nunca/casi nunca; 2 = ocasionalmente; 3 = la mitad de las veces; 4 = a menudo; 5 = casi siempre/siempre), con un formato similar a otras publicaciones sobre el tema^{10,13,14}.

Las variables independientes son edad, sexo, país de origen y año; la especialidad se agrupa en 5 grandes bloques según la afinidad de su programa formativo (tabla 1): medicina familiar (MF), especialidades médicas hospitalarias (MH), especialidades quirúrgicas hospitalarias (QH), enfermería (ENF) y otras especialidades (OE). El consumo cualitativo de todas las drogas se recoge como intermitente, ligado al ocio y diario, midiendo el alcohol en unidades de bebida estándar (UBE) semanal y el tabaco como número de cigarrillos diarios; se incluye también la edad de inicio y el tipo de droga ilegal consumida. El test de Fagerström clasifica la dependencia nicotínica alta (≥ 7 puntos), moderada (4-6) y baja (≤ 3)¹⁵.

Intervenciones realizadas

El cuestionario se distribuye mediante correo electrónico (enlazando a una página Web), proporcionando información sobre el estudio, el equipo investigador y la confidencialidad de los datos. Para evitar las pérdidas se reenviaron los correos electrónicos hasta en 3 ocasiones quincenalmente.

Análisis estadístico

Se comprobaron la normalidad de los datos (test Kolmogorov-Smirnov), realizando análisis descriptivo mediante proporciones y medias (con desviación estándar o intervalo de confianza al 95%) y análisis bivalente empleándose el test de Chi cuadrado (variables cualitativas) y la prueba «t» de Student o ANOVA (variables cuantitativas). Finalmente, se realizó regresión logística por pasos hacia delante, comprobando la bondad de ajuste de los datos observados con el test de Hosmer-Lemeshow. La variable dependiente fue el consejo clínico a cada sustancia, categorizada como poco frecuente (puntuaciones 1-2), empleada como categoría de referencia, y frecuente (puntuaciones 3-5). En la regresión se incluyeron las variables que presentaron asociación estadísticamente significativa con el consejo (la variable especialidad con 4 variables tipo Dummy [MF, MH, QH y ENF], siendo la referencia la categoría OE), y la edad o el sexo que, aun sin asociación estadística, se consideraron clínicamente

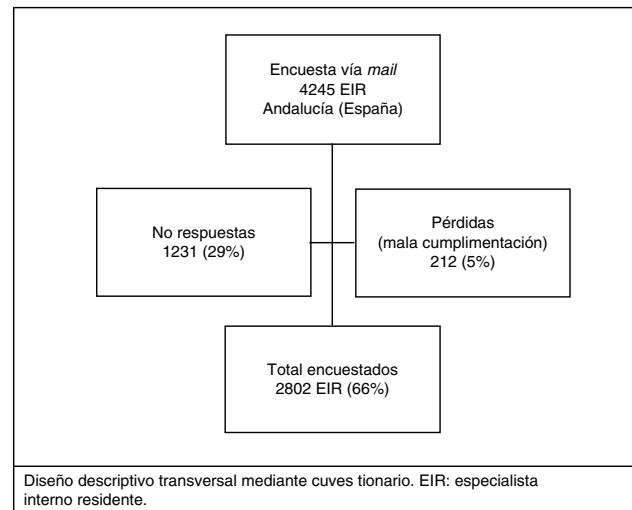
relevantes. En los modelos finales solo aparecen las variables con significación estadística. Se utiliza el programa SPSS (v. 21) para realizar el análisis de los datos considerando un nivel de significación $\leq 0,05$.

Aspectos éticos

Se obtuvo aprobación de la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Hospital de Jaén (RD 223/04), tratándose confidencialmente los datos recogidos (LO 15/1999).

Esquema general del estudio:

Esquema general del estudio



Resultados

Sobre una población de 4.245 EIR se obtienen 2.802 cuestionarios completos (66%) y 212 cuestionarios mal cumplimentados (5%), que son excluidos. Un 29% no responde.

Características de los especialistas internos residentes encuestados

Los EIR se distribuyen en especialidades MH (43%), MF (23%), QH (18%), ENF (5%) y OE (11%) (tabla 1). El 31% cursa el primer año de residencia, el 27% el segundo, el 21% el tercero, el 18% el cuarto y el 3% el quinto. La distribución por provincias es: 5% Almería, 21% Cádiz, 6% Córdoba, 13% Granada, 3% Huelva, 8% Jaén, 20% Málaga y 24% Sevilla. El 69% son mujeres, superior al 80% en ENF y OE (tabla 2; $p < 0,001$ test Chi cuadrado). La media de edad es de $29,1 \pm 5,1$ años, con un rango de 21-66 años. El 89% son españoles, 7% proceden de África y 2% de Latinoamérica; la representación de Asia, Norteamérica y resto de Europa supone el 2% restante.

Datos del consumo personal de alcohol, tabaco y drogas

Cuatrocientos cuarenta y ocho EIR (16%) indican no consumir ningún tipo de droga, siendo inferior en los grupos de MF y ENF (tabla 2; $p = 0,012$ test Chi cuadrado). Dos mil

Tabla 1 Número total de especialistas internos residentes encuestados (2.802) según grupos de especialidades afines

MH (1.198 de 1.485) 80% respuesta	QH (517 de 934) 55% respuesta	ENF (135 de 340) 39% respuesta	OE (310 de 467) 66% de respuesta	MF (642 de 1.019) 63% respuesta
Alergología 20	Anestesiología 81	Salud mental 13	Análisis clínicos 16	Medicina familiar 642
Aparato digestivo 60	Angiología 6	Medicina del Trabajo 12	Anatomía patológica 26	
Cardiología 82	Cardiovascular 16	Enf. familiar 15	Bioquímica clínica 14	
Dermatología 36	Cirugía general 64	Matrona 78	Farmacia hospitalaria 56	
Endocrinología 30	Maxilofacial 12	Pediátrica 17	Farmacología clínica 9	
Hematología 45	Cirugía pediátrica 14		Inmunología 9	
Medicina del trabajo 34	Cirugía plástica 9		Medicina nuclear 16	
Rehabilitación 48	Cirugía torácica 8		Microbiología 20	
UCI 165	Traumatología 86		Neurofisiología 6	
Medicina interna 168	Neurocirugía 13		Psicología clínica 46	
Preventiva 40	Obstetricia y ginecología 108		Radiodiagnóstico 68	
Nefrología 42	Oftalmología 37		Radiofarmacia 8	
Neumología 48	ORL 25		Radiofísica 16	
Neurología 38	Urología 38			
Oncología 69				
Pediatría 178				
Psiquiatría 79				
Reumatología 16				

ENF: especialidades de enfermería; MF: medicina familiar; MH: especialidades médicas hospitalarias; OE: otras especialidades; ORL: otorrinolaringología; QH: especialidades quirúrgicas hospitalarias; UCI: unidad de cuidados intensivos.

doscientos noventa y seis EIR (82%) reconocen haber consumido alcohol, con una edad media de inicio de $16,4 \pm 2,3$ años. La mayoría bebe alcohol de forma intermitente (82%); solo el 16% del total consume alcohol asociado al ocio o en fin de semana y un 2% lo hace de forma diaria. La ingesta media es de $5,4 \pm 5,7$ UBE por semana, siendo superior en la especialidad de cirugía hospitalaria y menor entre los EIR de ENF (tabla 2, $p < 0,001$ test ANOVA). La bebida más frecuentemente consumida es la cerveza (media de $2,3 \pm 3,1$ UBE por semana), seguida por los combinados ($2,4 \pm 3,5$ UBE por semana) y por último el vino ($0,8 \pm 1,3$ UBE semanales), sin diferencias por especialidades.

El consumo de tabaco (17%) se inicia de forma más tardía que el del alcohol ($17,4 \pm 3,4$ años) y se reparte de forma similar entre las diferentes especialidades: la mayoría (83%) no fuma, con una prevalencia de exfumadores de un 7% en la población total de EIR. Entre los fumadores el 53% consume tabaco de forma diaria, un 41% fuma de forma esporádica y solo el 6% lo asocia a momentos de ocio o al fin de semana. El número medio de cigarrillos consumidos diariamente es de $7,5 \pm 7,1$, con un menor consumo cuantitativo entre EIR de cirugía y ENF (tabla 2, $p = 0,06$ test ANOVA).

El consumo de drogas ilegales es el menos declarado: solo un 5% las ha tomado, en su mayoría de forma esporádica a modo de prueba (83% del total de consumidores). Un 5% las ha consumido durante los momentos de ocio y el 11% lo ha hecho de forma diaria. La droga más utilizada es el cannabis (67%), seguida de cerca por los ansiolíticos (21%); en menor porcentaje se recoge el consumo de drogas de diseño (6%), cocaína (4%) y heroína (2%).

Oferta del consejo contra el consumo de alcohol, tabaco y drogas

La presencia del consejo en la práctica clínica de los EIR se muestra en las figuras 1 a 3. Un 88% aconseja frecuentemente contra el alcohol (29% la mitad de las veces, 31% a menudo y 22% casi siempre/siempre [fig. 1]) y un 85% contra el tabaco (18% la mitad de las veces, 32% a menudo, 35% casi siempre/siempre; fig. 2), siendo inferior (57%) contra otras drogas (20% la mitad de las veces, 14% a menudo y 33% casi siempre/siempre [fig. 3]) ($p < 0,001$ test Chi cuadrado).

Factores relacionados con el consejo

No hay diferencias por edad, sexo ni lugar de procedencia, pero sí según la especialidad cursada: los EIR de MF y ENF ofertan más frecuentemente consejo, tanto para el alcohol (90% y 82% [fig. 1], $p < 0,001$ test de Chi cuadrado) como para el tabaco (92% y 82% [fig. 2] $p < 0,001$ test de Chi cuadrado), mientras que el consejo poco frecuente es más elevado en especialidades MH, QH (12-20%) y en OE (27%). El consejo contra drogas ilegales es menos frecuente entre los EIR de cirugía ([fig. 3] $p < 0,001$ test de Chi cuadrado).

En la tabla 3 se ofrecen los modelos finales obtenidos tras la regresión logística. El tipo de especialidad cursada influye en cualquier tipo de consejo: MF y ENF son las que obtienen OR mayores para la oferta del consejo, frente al grupo de OE (2,7 y 2,5 respectivamente para el alcohol; 12 y 8 para el tabaco; 1,2 y 1,3 para drogas ilegales) (tabla 3). Las

Tabla 2 Principales características de los especialistas internos residentes encuestados (2.802) agrupados por especialidades afines

	Total	MF	MH	QH	ENF	OE
Sexo mujer ^a	69%	74%	66%	58%	87%	82%
Edad ^b	29,1 ± 5,1	29,9 ± 5,7	29,4 ± 5,3	28,0 ± 3,3	27,4 ± 5,6	28,7 ± 4,1
Rango de edades	[21-66]	[24-57]	[22-66]	[23-47]	[21-54]	[23-47]
Nacionalidad española	89%	90%	88%	86%	100%	97%
Sin consumo ^c	16%	20%	15%	12%	20%	15%
Características personales del consumo de alcohol						
<i>Patrón de consumo^d</i>						
No consumo	18,4%	22,1%	17,5%	14,4%	22,1%	17,5%
Intermitente	64,1%	62,6%	64,8%	63,9%	63,6%	67,5%
Asociado al ocio	15,6%	13,8%	15,9%	18,4%	13,6%	14%
Diario	1,9%	1,4%	1,8%	3,3%	0,6%	0,9%
Consumo cuantitativo (UBE/semana) ^e	2,3 ± 3,1	4,8 ± 5,0	5,5 ± 5,7	6,8 ± 6,5	3,6 ± 3,9	5,3 ± 5,3
Edad de inicio (años)	16,4 ± 2,3	16,5 ± 2,1	16,5 ± 2,4	16,3 ± 2,5	16,5 ± 2,2	15,8 ± 1,7
Características personales del consumo de tabaco						
<i>Patrón de consumo</i>						
No consumo	83%	82%	84%	81%	85%	86%
Intermitente	7%	6%	6%	9%	6%	3%
Fin de semana	1%	2%	1%	1%	1%	3%
Diario	9%	10%	9%	9%	8%	8%
Consumo cuantitativo (cigarrillos por día) ^f	7,5 ± 7,1	8,3 ± 8,1	8,2 ± 7,2	5,6 ± 5,9	5,6 ± 3,1	7,5 ± 7,40
Edad de inicio (años)	17,4 ± 3,4	17,9 ± 3,5	17,6 ± 3,6	17,0 ± 3,3	16,7 ± 2,2	16,9 ± 2,3
Test de Fagerstrom						
Dependencia baja	81,8%	87,7%	74,6%	85,1%	91,3%	87,5%
Dependencia moderada	17,2%	12,3%	23,1%	14,9%	8,7%	12,5%
Dependencia alta	1%	0%	2,3%	0%	0%	0%
Características personales del consumo de drogas ilegales						
<i>Consumo</i>	4,9%	5%	5%	6%	3%	7%
<i>Tipo de droga</i>						
Cannabis	3,4%	3,9%	2,7%	5,2%	2,5%	2,5%
Heroína	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0%	0%
Cocaína	0,2%	0%	0,1%	0,9%	0%	0%
Diseño	0,3%	0,2%	0,1%	1,1%	0%	0%
Ansiolíticos	1,1%	0,5%	1,4%	0,6%	0,6%	3,4%

ENF: especialidades de enfermería; MF: medicina familiar; MH: especialidades médicas hospitalarias; OE: otras especialidades; QM: especialidades quirúrgicas hospitalarias.

Sin consumo: no consumen alcohol, tabaco ni otras drogas.

Se presentan los valores como medias (± desviación estándar) y proporciones. Diferencias significativas:

^ap < 0,001 test Chi cuadrado.

^bp < 0,001 test ANOVA.

^cp = 0,012 test Chi cuadrado.

^dp = 0,034 test Chi cuadrado.

^ep < 0,001 test ANOVA.

^fp = 0,067 test ANOVA.

especialidades de MH también se asocian con una mayor presencia de consejo frecuente para alcohol y tabaco, pero no ocurre igual para las drogas ilegales (OR: 0,81 [tabla 3]). Por último, la formación en cirugía hospitalaria se asocia con un menor consejo contra el alcohol y las drogas ilegales. Otra variable independiente que se repite en los 3 tipos de consejos es la edad del primer consumo de alcohol: la posibilidad de ofertar consejo se incrementa en 1,1 cada año que tarda el residente en comenzar a probar el alcohol. Por último, la cantidad de vino consumida se relaciona con un mayor consejo contra el tabaquismo (cada UBE por semana incrementa

la probabilidad de ofertar consejo en 1,14) y el consumo de tabaco se asocia a una mayor frecuencia del consejo contra drogas ilegales (los no fumadores tienen una OR de 1,7 para ofertar consejo frecuente frente a los fumadores).

Discusión

Los resultados ofrecen 2 principales conclusiones: primero, hay una alta oferta de consejo por parte de los EIR, sobre todo contra alcohol y tabaco; y segundo, se relaciona con

Tabla 3 Modelos finales del análisis de regresión logística para el consejo frecuente contra alcohol, tabaco y drogas ilegales

Consejo sobre alcohol					
Variable	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza 95%	Wald	Nivel de significación
Constante	-0,454	0,635	-	0,755	0,385
Especialidad ^a					
MH	0,354	1,425	[0,901; 2,253]	2,297	0,130
QH	-0,384	0,681	[0,419; 1,107]	2,399	0,121
ENF	0,922	2,515	[1,385; 4,568]	9,184	0,002
MF	1,014	2,758	[1,711; 4,445]	17,336	0,001
Edad del primer consumo de alcohol	0,076	1,079	[1,032; 1,129]	11,202	0,001
Consejo sobre tabaco					
Variable	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza 95%	Wald	Nivel de significación
Constante	-1,890	0,151	-	15,394	0,001
Especialidad ^a					
MH	1,173	3,232	[2,027; 5,154]	24,275	0,001
QH	0,984	2,675	[1,639; 4,368]	15,488	0,001
ENF	2,132	8,428	[4,308; 16,491]	38,743	0,001
MF	2,559	12,920	[7,596; 21,975]	89,150	0,001
Consumo de tabaco	0,437	1,548	[1,188; 2,017]	10,460	0,001
Edad del primer consumo de alcohol	0,065	1,067	[1,014; 1,124]	6,108	0,013
Consumo de vino (UBE/semana)	0,136	1,146	[1,042; 1,259]	7,931	0,005
Consejo sobre drogas ilegales					
Variable	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza 95%	Wald	Nivel de significación
Constante	-0,779	0,459		2,346	0,126
Especialidad ^a					
MH	-0,212	0,809	[0,510; 1,283]	0,812	0,367
QH	-0,711	0,491	[0,300; 0,805]	7,964	0,005
ENF	0,302	1,352	[0,754; 2,427]	1,024	0,312
MF	0,193	1,213	[0,755; 1,949]	0,638	0,424
Edad del primer consumo de alcohol	0,094	1,099	[1,051; 1,148]	17,528	0,001
Consumo de tabaco	-0,536	0,585	[0,459; 0,745]	18,897	0,001

ENF: especialidades de enfermería; MF: medicina familiar; MH: especialidades médicas hospitalarias; OE: otras especialidades; QM: especialidades quirúrgicas hospitalarias.

Los modelos finales solo muestran las variables con significación estadística $p < 0,05$.

^a«Otras especialidades» como categoría de referencia.

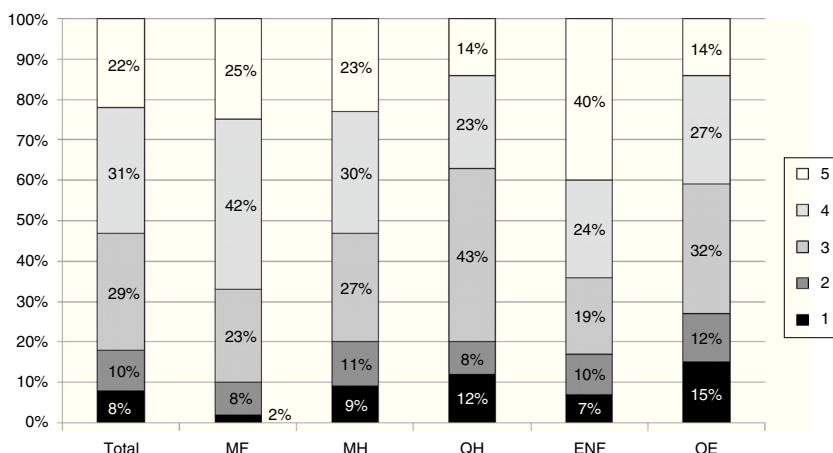


Figura 1 Frecuencia total del consejo clínico ofertado contra el consumo de alcohol y según la especialidad cursada por el especialista interno residente.

Consejo clínico: 1 nunca/casi nunca; 2 ocasionalmente; 3 la mitad de las veces; 4 frecuentemente; 5 casi siempre/siempre. Tamaño de muestra 2.802.

EIR: especialista interno residente; ENF: enfermería; MF: medicina familiar; MH: especialidades médicas hospitalarias; OE: otras especialidades; QM: especialidades quirúrgicas; hospitalarias.

Diferencias significativas con $p < 0,001$ (test Chi cuadrado).

la especialidad cursada y algunas características del consumo personal, sobre todo la edad de inicio del consumo de alcohol.

Los profesionales sanitarios de hospitales ofertan consejo contra tabaco y alcohol en menos del 40% de sus actividades clínicas^{10,16}. En cambio, los médicos de familia suelen realizar más actividades preventivas contra el consumo de alcohol (hasta en el 80% de las ocasiones¹³) y contra el tabaquismo (50-75%)^{8,16-18}. En estudios que incluyen médicos, enfermeros y/o farmacéuticos el consejo contra el tabaco es $> 90\%$ ^{13,19}. La oferta de consejo contra el tabaco

de residentes es superior al 80%²⁰, mientras que para el alcohol las prevalencias varían mucho según los estudios: desde un 9%²¹ hasta un 80% cuando los residentes se sentían responsables de su detección y asesoramiento²². Estudios realizados en España muestran una escasa realización de actividades preventivas en las consulta de los EIR de MF (inferior al 10%), aunque el consejo contra el tabaco es una de las actividades más realizadas¹¹; estas diferencias pueden deberse a la forma de recoger los datos (mediante videograbación de entrevistas) y al diferente tamaño de muestra.

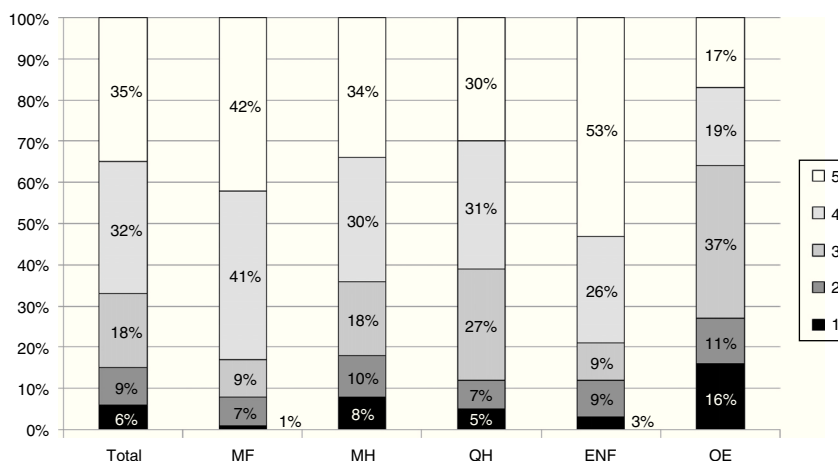


Figura 2 Frecuencia total del consejo clínico ofertado contra el consumo de tabaco y según la especialidad cursada por el especialista interno residente.

Consejo clínico: 1 nunca/casi nunca; 2 ocasionalmente; 3 la mitad de las veces; 4 frecuentemente; 5 casi siempre/siempre. Tamaño de muestra 2802.

EIR: especialista interno residente; ENF: enfermería; MF medicina familiar; MH: especialidades médicas hospitalarias; OE: otras especialidades; QM: especialidades quirúrgicas hospitalarias.

Diferencias significativas con $p < 0,001$ (test Chi cuadrado).

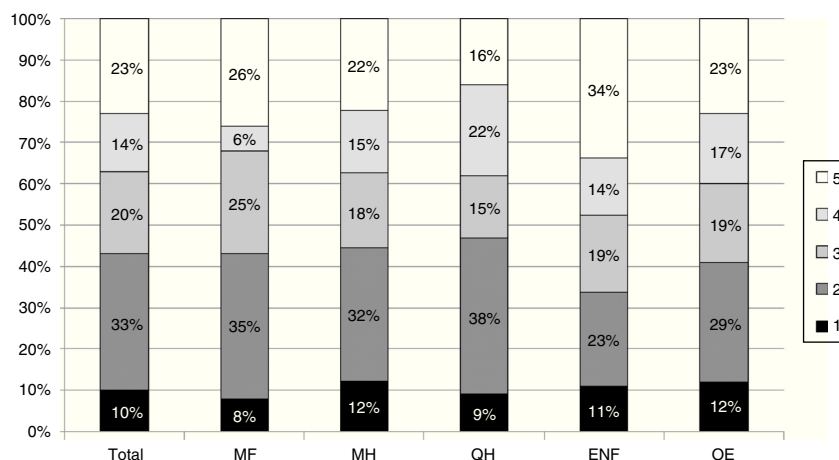


Figura 3 Frecuencia total del consejo clínico ofertado contra el consumo de drogas ilegales y según la especialidad cursada por el especialista interno residente.

Consejo clínico: 1 nunca/casi nunca; 2 ocasionalmente; 3 la mitad de las veces; 4 frecuentemente; 5 casi siempre/siempre.

Tamaño de muestra 2.802.

EIR: especialista interno residente; ENF: enfermería; MF: medicina familiar; MH: especialidades médicas hospitalarias; OE: otras especialidades; QM: especialidades quirúrgicas hospitalarias.

Diferencias significativas con $p < 0,001$ (test Chi cuadrado).

Existen pocos datos sobre el consejo contra drogas ilegales, aunque su menor oferta puede deberse a una menor normalización de su consumo y a una menor percepción de la eficacia de la intervención^{6,20}, mientras que los cambios introducidos a nivel social por la Ley 28/2005 (medidas sanitarias frente al tabaquismo) normalizan y legitiman el consejo del profesional en el acto sanitario contra el tabaco²³.

En España los médicos de familia ofertan más frecuentemente actividades de prevención y de promoción de la salud que sus colegas europeos², aunque en menor proporción que los médicos de EE.UU.¹³. Siguen existiendo, por tanto, grandes diferencias entre los estudios publicados sobre el tema por las actitudes interprofesionales, la organización de la atención sanitaria, las tradiciones de la atención sanitaria preventiva y las diferencias culturales entre los países². Las barreras percibidas por los profesionales de la salud para realizar actividades preventivas aluden a la poca formación, la falta de tiempo percibida, el no considerarlo su área de responsabilidad o la falta de motivación del profesional o del paciente^{8,10,24,25}. La falta de formación puede ser el motivo que, en mayor medida, explicaría la falta de consejo en determinados profesionales sanitarios¹⁰: así, las especialidades con mayor base troncal (MF y ENF) son las que más frecuentemente ofrecen consejo. Los estudiantes de medicina que desean trabajar en un futuro en atención primaria perciben las actividades preventivas como más importantes²⁶, al tiempo que médicos/enfermeros de familia las consideran parte de su trabajo^{8,24}.

Existen otras limitaciones a la oferta de consejo que vienen dadas por el propio estilo de vida de los residentes, como el consumo de alcohol, tabaco y drogas^{8,27}. Los profesionales sanitarios presentan un consumo similar a la población general²⁷, pero los EIR presentan un consumo más frecuente y regular de alcohol, tabaco y marihuana^{28,29}. El consejo

contra cualquier tipo de droga es más frecuente cuanto más tarde se ha probado el alcohol^{9,17,26}: la relación entre la precocidad del consumo de alcohol y la menor tendencia a ofertar consejo contra cualquier droga⁸ se entiende por el carácter deseable de dicho consumo en nuestra sociedad, ya que se bebe por placer y es una actividad que define las relaciones grupales entre adultos²³. Incluso la cantidad de vino consumida de forma semanal influye en el consejo contra el tabaquismo, siendo esta bebida la más representativa de un consumo social¹.

El tabaquismo se relaciona con mayor consejo antitabaco^{9,17,26}, al igual que ocurre entre los estudiantes de medicina²⁶. Sin embargo, enfermeros y médicos de familia fumadores calificaron peor su capacidad y eficacia para ayudar a los pacientes a abandonar el tabaquismo, con menor predisposición para formarse^{17,24,30}. En otros estudios los EIR fumadores también aconsejan menos contra otras drogas ilegales, motivado por una menor formación, el temor a invadir la privacidad del paciente al preguntar sobre un hábito socialmente inaceptable y la relación entre tabaco y cannabis en los primeros consumos experimentales^{9,23}.

La validez externa de los resultados podría estar comprometida por los sesgos de respuesta (se desconocen características de los EIR no respondedores y hay grupos de especialidades con baja respuesta, como ENF) y de deseabilidad social (infradiagnosticando el consumo personal, sobreestimando la oferta de consejo). Los datos obtenidos, no obstante, concuerdan con otros estudios^{20,22}, con representación de todas las especialidades y provincias y un elevado tamaño muestral. No obstante, estos resultados deberán confirmarse con estudios posteriores empleando otros diseños: videograbación de consultas¹¹, auditorías clínicas, cuestionarios más complejos a médicos/pacientes y variables como la percepción del profesional sobre la

eficacia del consejo^{2,8,9} o la percepción del riesgo del consumidor^{5,13}.

La formación especializada es una excepcional ocasión para aprender estrategias contra el consumo^{5,22}, sobre todo cuando los pacientes esperan que los profesionales sanitarios lo realicen durante el acto clínico³¹. No solo se trata de mejorar conocimientos y habilidades, sino de adquirir actitudes personales positivas que faciliten cambios de comportamiento^{2,4,5,32}.

Lo conocido sobre el tema

1. El asesoramiento contra el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales es eficiente cuando lo emite un profesional sanitario y es una actividad aceptada por los pacientes.
2. Pese a la eficacia del asesoramiento para el abandono del consumo de tabaco, alcohol y drogas, la oferta de consejo durante la actividad clínica difiere entre profesionales sanitarios, siendo más frecuente en atención primaria.
3. El tipo de formación especializada recibida, el sexo o el consumo personal parecen influir en la oferta de consejo contra el uso de drogas.

Qué aporta este estudio

1. El asesoramiento contra tabaco y alcohol es superior al de drogas ilegales en los actos clínicos de los especialistas en formación.
2. Los EIR de especialidades troncales (MF y ENF) incorporan con mayor frecuencia actividades preventivas contra el consumo de estos tóxicos frente a las otras especialidades.
3. Algunas particularidades del consumo personal del EIR, como la edad de inicio del consumo de alcohol, el tipo de bebida preferida y el tabaquismo, parecen influir en el asesoramiento contra el consumo.

Financiación

El presente trabajo ha recibido una beca de investigación de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria («Isabel Fernández») en su convocatoria del año 2013 (referencia 109/13).

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos/as los EIR que han participado de forma desinteresada en el estudio. Al personal de IAVANTE encargado de PORTALEIR por su ayuda en la difusión de las encuestas.

Anexo. Información suplementaria

Información suplementaria relacionada con este artículo puede encontrarse en su versión electrónica, disponible en: [doi:10.1016/j.aprim.2014.11.009](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.11.009)

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud 2009 (EES09). España. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p420&file=inebase&L=0>. Citado [1/11/14].
2. Kloppe P, Brotons C, Anton JJ, Ciuranad R, Iglesias M, Piñeiro R, Fornasini M. por el EUROPREV Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. *Aten Primaria*. 2005;36:144-51.
3. Córdoba R, Camarellas F, Muñoz E, Gómez J, Díaz D, Ramírez JI, López A, Cabezas C. PAPPS 2014 Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*. 2014;46 Supl 4:16-23.
4. Salleras L, Bertrán JM, Prat A. Los métodos de la medicina clínica preventiva (II) Consejo médico (counseling). *Med Clin (Barc)*. 1994;102 Supl 1:19-25.
5. Alba LH, Murillo R, Castillo JS. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. *Salud Pública Méx*. 2013;55:196-206.
6. Saitz R, Palfai TP, Cheng DM, Alford DP, Bernstein JA, Lloyd-Travaglini CA, et al. Screening and brief intervention for drug use in primary care: the ASPIRE randomized clinical trial. *JAMA*. 2014;312:502-13.
7. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
8. Cerrada EC, Olmeda CL, Senande EB, Rodríguez BG, Sanz Cuesta T. Opiniones, prácticas, barreras y predisposición al cambio, a la hora de dar consejo para dejar de fumar. *Aten Primaria*. 2005;36:434-41.
9. Tremblay M, Gervais A, Lacroix C, O'Loughlin J, Makni H, Paradis G. Physicians Taking Action Against Smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counselling by Montreal general practitioners. *CMAJ*. 2001;165:601-7.
10. Ballbè M, Walther M, Mondon S, Nieva G, Gual A, Saltó E, Colom J. Impacto de la formación en intervención breve Diferencias en el abordaje hospitalario del consumo de tabaco y alcohol. *Adicciones*. 2009;21:113-8.
11. Paniagua Urbano D, Pérula de Torres LA, Ruiz del Moral R, Gavilán Moral E. Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las consultas de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2010;42:514-9.
12. Valverde-Bolívar FJ, Pérez-Milena A, Moreno-Corredor A. Consumo de drogas entre los especialistas internos residentes de Jaén (España) y su relación con el consejo clínico. *Adicciones*. 2013;25:243-52.
13. Weinehall L, Johansson H, Sorensen J, Jerdén L, May J, Jenkins P. Counseling on lifestyle habits in the United States and Sweden: A report comparing primary care health professionals' perspectives on lifestyle counseling in terms of scope, importance and competence. *BMC Fam Pract*. 2014;15:83.
14. Frank E, Elon L, Spencer E. Personal and clinical tobacco-related practices and attitudes of U.S. medical students. *Prev Med*. 2009;49:233-9.
15. Becoña Iglesias E, Lorenzo Pontevedra MC. Evaluación de la conducta de fumar. *Adicciones*. 2004;16:201-26.

16. Wallace AE, Sairafi NA, Weeks WB. Tobacco cessation counseling across the ages. *JAGS*. 2006;54:1425–8.
17. De Col P, Baron C, Guillaumin C, Bouquet E, Fanello S. Le tabagisme des médecins généralistes a-t-il une influence sur l'abandon du tabac en consultation en 2008 ? Enquête auprès de 332 médecins généralistes du Maine-et-Loire [artículo en francés]. *Rev Mal Respir*. 2010;27:431–40.
18. Talley B, Mary Gee R, Allen D, Marshall ES, Encinas K, Lim S. Assessment of smokeless tobacco use in the history and physical examination by primary healthcare providers. *JAANP*. 2011;23:443–7.
19. Tong EK, Strouse R, Hall J, Kovac M, Schroeder SA. National survey of U.S. health professionals' smoking prevalence, cessation practices, and beliefs. *Nicotine Tob Res*. 2010;12:724–33.
20. Gottlieb NH, Guo JL, Blozis SA, Huang PP. Individual and contextual factors related to family practice residents' assessment and counseling for tobacco cessation. *J Am Board Fam Pract*. 2001;14:343–51.
21. Seale JP, Shellenberger S, Boltri JM, Okosun IS, Barton B. Effects of screening and brief intervention training on resident and faculty alcohol intervention behaviours: A pre- post-intervention assessment. *BMC Fam Pract*. 2005;6:46.
22. Kahan M, Wilson L, Liu E, Borsoi D, Brewster JM, Sobell LC, et al. Family medicine residents' beliefs, attitudes and performance with problem drinkers: A survey and simulated patient study. *Subst Abus*. 2004;25:43–51.
23. Fernández de Bobadilla J, Dalmau R, Galve E. en representación del grupo «Legislación del tabaco y síndrome coronario agudo en España». Impacto de la legislación que prohíbe fumar en lugares públicos en la reducción de la incidencia de síndrome coronario agudo en España. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:349–52.
24. Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Do nurses' and general practitioners' attitudes, skills and knowledge change? *Drug Alcohol Rev*. 2005;24:555–8.
25. Twardella D, Brenner H. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: A survey among general practitioners in Germany. *Eur J Public Health*. 2005;15:140–5.
26. Voigt K, Tworok S, Mittag D, Göbel A, Voigt R, Klewer J, et al. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC Health Serv Res*. 2009;9:219.
27. Hull SK, DiLalla LF, Dorsey JK. Prevalence of health-related behaviors among physicians and medical trainees. *Acad Psychiatry*. 2008;32:31–8.
28. La Torre G, Kirch W, Bes-Rastrollo M, Ramos RM, Czaplinski M, Gualano MR, et al. Tobacco use among medical students in Europe: Results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey. *Public Health*. 2012;126:159–64.
29. Blancafort X, Masachs E, Valero S, Arteman A. Estudio sobre la salud de los residentes de Cataluña. Barcelona: Fundación Galatea; 2009 [consultado 1 Nov 2014]. Disponible en: www.fgalatea.org/pdf/estudi_mir_cast.pdf
30. Slater P, McElwee G, Fleming P, McKenna H. Nurses' smoking behaviour related to cessation practice. *Nurs Times*. 2006;102:32–7.
31. Ulbricht S, Klein G, Haug S, Gross B, Rumpf H-J, John U, et al. Smokers' expectations toward the engagement of their general practitioner in discussing lifestyle behaviors. *J Health Commun*. 2011;16:135–47.
32. Scal P, Hennrikus D, Ehrlich L, Ireland M, Borowsky I. Preparing residents to counsel about smoking. *Clin Pediatr (Phila)*. 2004;43:703–8.