

Aproximación a los conocimientos de los médicos de atención primaria sobre el consumidor excesivo de alcohol y problemas relacionados

E. Rodríguez Fernández^a, F. Espí Martínez^b, M. Canteras Jordana^c y A. Gómez Moraga^d

^aDoctora en Medicina y Cirugía. Centro de Salud de Jumilla. Murcia.

^bEspecialista en Medicina Interna (Alcoholología). Profesor Titular de Patología General de la Universidad de Murcia.

^cCatedrático de Bioestadística de la Universidad de Murcia.

^dDoctor en Medicina y Cirugía. Centro de Salud de Alhama. Murcia.

OBJETIVOS: Conocer los conocimientos de los médicos de atención primaria sobre los consumidores excesivos de alcohol y problemas relacionados.

MÉTODOS: Se realizó un diseño observacional, descriptivo y transversal, cuyo ámbito de estudio eran todos los médicos de atención primaria de nuestra región (486 médicos, excluidos los pediatras). Se diseñó una encuesta cerrada, anónima y autoadministrada, dividida en dos apartados: *a*) variables sociodemográficas y laborales (8 ítems), y *b*) cuestionario de conocimientos desarrollado por un comité de expertos tras una revisión bibliográfica y una fase piloto (n = 60) y que consta de 23 preguntas, divididas en 5 tipos de conocimientos: tipo I, "captación, prevención y promoción de la salud"; tipo II, "cuantificación del consumo de alcohol"; tipo III, "marcadores bioquímicos y tests cualitativos"; tipo IV, "identificación" y tipo V, "manejo y complicaciones". Las mediciones e intervenciones consistieron en un análisis descriptivo y correlaciones simples.

RESULTADOS: Se obtuvieron 227 encuestas válidas (tasa de participación del 47,7%). *a*) *Variables sociodemográficas y laborales:* el 67,6% eran varones entre 36-45 años (63,9%). El 64% había finalizado la licenciatura entre 1976 y 1985. El 55,3% trabajaban en un centro de salud mixto, siendo el 54,4% propietario. El 61,4% trabajaba en comunidades de menos de 20.000 habitantes, con una demanda de más de 40 pacientes/día (46,6%), y *b*) *cuestionario de conocimientos:* el 66,5% de los médicos de atención primaria que respondieron a la encuesta poseían unos conocimientos apropiados sobre el consumo excesivo de alcohol y problemas derivados. Por áreas temáticas, es insuficiente el discernimiento de los conceptos bebedor excesivo y consumidor de riesgo.

CONCLUSIONES: Se han constatado buenos conocimientos sobre consumo excesivo de alcohol y problemas relacionados.

Palabras clave:

Atención primaria. Conocimientos. Alcohol.

INVESTIGATION OF THE KNOWLEDGE OF PRIMARY CARE DOCTORS ABOUT CONSUMERS OF EXCESSIVE ALCOHOL AND RELATED PROBLEMS

OBJECTIVES: To find out what primary care doctors know about consumers of excessive alcohol and related problems.

METHODS: An observational, descriptive and crossover study was designed to cover all the primary care doctors in our region (486 doctors, excluding paediatricians). A closed, anonymous and self-administered questionnaire, divided into two sections, was designed: *a*) social, person and work details (8 items), and *b*) a questionnaire concerning their understanding drawn up by a committee of experts after a bibliographic review and a pilot study (n = 60). This latter had 23 questions, divided into 5 types of knowledge: type 1, "recruitment, prevention and health promotion"; type 2, "measuring alcohol consumption"; type 3, "biochemical markers and qualitative tests"; type 4, "identification"; and type 5, "management and complications". The measurements and interventions consisted of a descriptive analysis and simple correlations.

RESULTS: 227 valid questionnaires were returned (47.7% rate of participation). *a*) social, personal and work details: 67.6% were men between 1976 and 1985. 55.3% worked in a mixed health centre, 54.4% with tenure. 61.4% worked in communities of under 20,000 inhabitants, with a load of over 40 patients per day (46.6%), and *b*) questionnaire concerning the excessive consumption of alcohol and problems arising from this. The differentiation between excess drinkers and at-risk drinkers was insufficient.

CONCLUSIONS: It was found that there was good understanding of excessive consumption of alcohol and its related problems.

Key words:

Primary care. Knowledge. Alcohol.

Correspondencia: Dra. E. Rodríguez Fernández.
Paraguay, 18 1.º D. 30600 Archena. Murcia.
Correo electrónico: algomo@cajamurcia.es

INTRODUCCIÓN

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol están afectando a la salud, el bienestar y la seguridad de gran parte de la población mundial. La organización mundial de la salud (OMS) ha realizado llamadas de atención a los gobiernos en el sentido de desarrollar estrategias para frenar el continuo aumento del consumo de alcohol y los problemas relacionados con éste, constituyendo metas importantes dentro del objetivo de "salud para todos en el año 2000"¹. Entre los objetivos del plan europeo de actuación sobre el alcohol para el año 2000, especificado en el objetivo 17, es integrar el alcoholismo en atención primaria (AP), pudiéndose reducir el consumo individual de alcohol entre un 25 y un 35% y la proporción de bebedores excesivos en un 45%².

Uno de los pilares básicos en los que se fundamenta la resolución de este problema de salud es el sistema sanitario, y dentro de él, fundamentalmente, en el profesional de AP. El médico de AP es el personal sanitario idóneo para el abordaje de esta afección, ya que se encuentra en una posición privilegiada para promocionar hábitos saludables en la población, así como para detectar y actuar de forma precoz sobre problemas relacionados con el uso/abuso de alcohol. En muchas ocasiones, los profesionales de este ámbito de atención son los primeros con quienes van a contactar estos pacientes³. Los servicios de AP son percibidos por la población como fuentes creíbles de información, y más de la mitad de las personas encuestadas consideran a su médico general la fuente de consejo más importante en este campo. Cada vez hay más expectativas, por parte de la población general, en el hecho de que estos servicios dan apoyo y consejo sobre estilos de vida⁴.

Así, los médicos tienen una importante responsabilidad en relación con la atención a pacientes alcohólicos. Muestra de ello es la ausencia de reconocimiento de dependencia alcohólica en pacientes tratados durante años por otros motivos en AP⁵. Por otro lado, son los propios pacientes los que relacionan en mayor proporción sus problemas con el consumo de alcohol que sus médicos de cabecera. Además, el colectivo médico ha sido reticente a actuar en el campo del alcohol y los problemas relacionados con su consumo⁶.

El alcoholismo es difícil de diagnosticar, principalmente porque no se piensa en él, y queda a menudo oculto hasta que la situación clínica del alcohólico se hace grave e intratable^{7,8}. En la práctica clínica, el médico tiende a fijarse en las secuelas físicas del abuso de alcohol, en detrimento de tomar una historia cuidadosa de uso de éste y de recabar información sobre los factores psicosociales que puedan estar implicados⁹. Esto puede impedir la detección del problema en bebedores jóvenes, quienes, en general, presentan menos signos físicos y datos de laboratorio positivos, pero que a menudo evidencian problemas sociales y psicológicos relacionados con el consumo de alcohol¹⁰. Debido a estas y otras circunstancias, los pacientes alcohólicos son diagnosticados en fases tardías de su enfermedad. Esta situación es evitable, ya que el alcoholismo es diagnosticable con muchas posibilidades de mejora si se instaura tratamiento¹¹.

En el origen de esta situación existen dificultades, bien por la propia naturaleza de la enfermedad, por el paciente o bien por dificultades debidas al profesional.

Las dificultades relacionadas con el médico pueden deberse a falta de formación, déficit de destreza y actitudes ambivalentes. A muchos médicos, diestros en otros aspectos de la medicina, les faltan conocimientos o se ven en aprietos cuando se enfrentan al alcoholismo en sus propios pacientes, considerándose incapaces de ayudarlos¹²⁻¹⁴. Son pocos los médicos que han recibido educación sobre cómo utilizar mejor la información de la historia clínica, los datos de laboratorio y los resultados de la exploración física para identificar apropiadamente a los pacientes alcohólicos. Igualmente, a los médicos no se les ha dado un conocimiento adecuado sobre el curso habitual del alcoholismo¹¹.

La educación sobre alcoholismo continúa recibiendo una atención inadecuada en los programas de formación médica, y existen deficiencias educacionales y de actitudes en el currículo del estudiante de medicina^{15,16}.

Por ello, queríamos conocer los conocimientos de los profesionales médicos de AP sobre el consumo excesivo de alcohol y problemas relacionados.

MATERIAL Y MÉTODO

El trabajo de investigación ha consistido en un estudio observacional, descriptivo y transversal durante los meses de enero a septiembre de 1997.

Participaron 486 médicos que trabajaban en AP de la Comunidad Autónoma de Murcia (Área I: Murcia; Área II: Lorca; Área III: Cartagena; Área IV: Noroeste; Área V: Altiplano; Área VI: Vega del Segura), pertenecientes al Servicio Murciano de Salud y al INSALUD y a los que les fue facilitada la encuesta administrada.

Se diseñó una encuesta anónima, autoadministrada de tipo cerrada, que constaba de dos apartados:

1. *Variables sociodemográficas y laborales.* Edad, sexo, año de finalización de la licenciatura, área de salud, lugar de trabajo, situación laboral, número de pacientes atendidos/semana y tamaño de la comunidad donde trabaja.

2. *Cuestionario de conocimientos (CC)* del profesional sobre el consumo de alcohol.

Para la confección de este CC se utilizó la siguiente estructura:

Revisión bibliográfica

En la bibliografía internacional destaca un estudio realizado sobre conocimientos en alcohol, KNAPSAQ (*Knowledge of Alcohol Problems A Questionnaire*) elaborado por el Departamento de Psicología de la Universidad de Albuquerque (Nuevo Méjico, EE.UU.) destinado a estudiantes de psicología clínica¹⁷. No encontramos referencia a escala nacional. Basándonos en estos datos, y ya que no disponíamos de un instrumento adecuado para valorar los conocimientos de los médicos de AP, consideramos necesario diseñar una prueba para dicho fin.

Comité de expertos

Para la confección del CC se pidió opinión a un grupo de profesionales (profesionales de la salud en AP, responsables de la Unidad Docente de MFyC, especialista en alcoholología y medicina interna) para obtener datos y opiniones expertas que sirvieran para elaborar y obtener una validez de contenido y constructo de las preguntas del cuestionario. Se estructuró el CC en cinco apartados, seleccionando dentro de ellos un número de preguntas en función de su frecuencia e importancia de cada apartado en la consulta de medicina general. Las preguntas se realizaron en función de las diferentes partes de que consta el abordaje del paciente consumidor de alcohol: captación e identificación, cuantificación del consumo, datos clínicos, exploraciones complementarias y complicaciones. Respecto a la construcción de las preguntas, intentamos seguir al máximo las orientaciones de expertos¹⁸. Estas preguntas fueron valoradas de nuevo por el grupo investigador, algunas fueron reformuladas o corregida su sintaxis, cara a una mayor claridad y comprensión y otras fueron suprimidas. Finalizada esta fase de elaboración, el CC quedó reducido a 30 preguntas.

Fase piloto

Se realizó una prueba piloto a 60 profesionales médicos de AP, dentro de la población del estudio. La encuesta fue entregada personalmente a cada uno de los encuestados, explicándoles en qué consistía el estudio y cuál era su objetivo principal. La prueba piloto se realizó siempre bajo la supervisión del investigador principal para lograr una mayor uniformidad de criterios. Además, se les animó a que, si tenían alguna sugerencia para mejorar el cuestionario (tanto de diseño como de contenido), lo hicieran saber junto al cuestionario cumplimentado.

Cuestionario definitivo

Tras esta prueba, el Comité de Expertos valoró de nuevo esta encuesta. Las variables sociodemográficas y laborales no se modificaron. El CC quedó reducido a 23 preguntas (tabla 1) y estructurado en cinco apartados o tipos de conocimientos:

–*Tipo I.* “Captación, prevención y promoción de la salud” (preguntas 1, 2, 3, 17, 22 y 23).

–*Tipo II.* “Cuantificación del consumo de alcohol” (preguntas 7, 8, 9 y 11).

–*Tipo III.* “Marcadores bioquímicos y tests cualitativos” (preguntas 5, 6, 10 y 20).

–*Tipo IV.* “Identificación” (preguntas 4, 13, 14 y 15).

–*Tipo V.* “Manejo y complicaciones” (preguntas 12, 16, 18, 19 y 21).

Las respuestas que el Comité de Expertos consideró como correctas fueron: 1-b, 2-c, 3-c, 4-c, 5-a, 6-c, 7-b, 8-b, 9-c, 10-c, 11-d, 12-d, 13-a, 14-d, 15-c, 16-d, 17-c, 18-d, 19-b, 20-c, 21-d, 22-c y 23-a. Las preguntas contestadas afirmativamente fueron valoradas con 1 punto; las no contestadas y las erróneas con 0 puntos.

Las encuestas fueron enviadas por las unidades docentes de las gerencias de Murcia, Cartagena y Lorca a los coor-

dinadores o responsables de formación continuada (RFC) de cada centro de salud, en los cuales, en sesión clínica y tras su presentación, se realizaba la encuesta entre los asistentes con un tiempo de duración de 30 min. Posteriormente, el coordinador o RFC recogía las encuestas y éstas se enviaban al centro de codificación. Mientras duró el proceso se realizaron dos refuerzos telefónicos por centro de salud.

El tratamiento estadístico consistió en un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas/laborales y de cada una de las preguntas del CC y un análisis de correlación simple.

RESULTADOS

Valoración de la encuesta

De los 486 profesionales a los que les fue facilitada la encuesta, se obtuvieron 232 encuestas contestadas, lo que supone una tasa de participación del 47,7%. Del total de encuestas realizadas, cinco de ellas se desestimaron por no ajustarse a las normas establecidas (ininteligible, dos o más opciones de respuesta, etc.) quedando para el estudio 227 encuestas. Porcentualmente fueron los profesionales de las Áreas de Salud V (13/23; 56,52%) y VI (43/73; 58,90%) los que participaron en una mayor medida (fig. 1).

Variables sociodemográficas y laborales (tabla 2)

1. *Sexo.* El 67,3% (150/222) corresponde a varones.

2. *Edad.* El 63,9% de los profesionales (142/222) se encontraba entre los 36 y 45 años. La edad media fue de $40,74 \pm 7,27$ años.

3. *Año de finalización de la licenciatura.* El 64% (142/222) terminó entre los años 1976 y 1985.

4. *Área de salud donde trabaja.* El 60,9% (137/225) realiza su labor profesional en las Áreas I y II.

5. *Lugar de trabajo:* El 74,5% (167/224) trabaja en un centro de salud no docente.

6. *Situación laboral.* El 54,4% (122/224) de los profesionales se encontraba en situación de titular propietario. El 34,4% (77/224) era interino y el resto suplentes o residentes. De los propietarios, la mayoría tenía exclusividad (98/122).

7. *Número de pacientes vistos semanalmente.* El 46,6% (102/211) atendía entre 201 y 300 pacientes/semana, que corresponde a 40-60 pacientes/día.

8. *Tamaño de la comunidad donde trabaja.* El 61,4% (137/223) trabaja en poblaciones menores de 20.000 habitantes.

Resultados del cuestionario de conocimientos

Valoración global del cuestionario de conocimientos

El 66,5% (151/227) contestó correctamente entre 13 y 23 preguntas del CC. El 33,5% de profesionales encuestados respondió correctamente a un número inferior de 12 preguntas (fig. 2). La media obtenida sobre un máximo de 23 puntos fue de $13,97 \pm 3,68$ preguntas correctas.

Valoración por tipos de conocimiento (tablas 3 y 4)

Tabla 1. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

7. La prevalencia de consumo excesivo de alcohol en atención primaria es:
a. 0-10%
b. 11-20%
c. 21-30%
d. NS/NC
2. La prevención primaria en AP, con respecto al consumo de alcohol, consiste en:
a. Reducir el consumo de alcohol en la población general
b. Disminuir en cualquier caso el consumo de alcohol en pacientes que acuden a consulta de atención primaria
c. Dar consejo sobre los riesgos del consumo de alcohol a todos los pacientes, independientemente de sus hábitos de bebida o problemas relacionados en consulta
d. Aumentar la confianza en la relación médico/paciente, para establecer las bases de una futura intervención
3. La prevención secundaria en AP, en relación al consumo de alcohol, consiste en:
a. Prohibir el consumo de alcohol a todos los pacientes
b. Restringir el consumo de alcohol en cualquier caso
c. Identificar los consumos de alcohol peligrosos que pueden desarrollar problemas de salud
d. Derivar a los consumidores de riesgo a la unidad de salud mental
4. Se considera bebedor excesivo cuando el consumo de alcohol se sitúa en:
a. Más de 40 g/día
b. Menos de 60 g/día
c. Más de 80 g/día
d. Ninguna de las anteriores
5. El grupo de marcadores biológicos más específicos que indicarían un consumo excesivo de alcohol son:
a. VCM y GGT
b. GOT y GPT
c. Índice GOT/GPT y relación GGT/FA
d. GGT y plaquetas
6. El marcador biológico más específico para confirmar una recaída en un consumidor excesivo es:
a. GOT/GPT
b. VCM
c. GGT
d. Triglicéridos
7. ¿A cuántos gramos de alcohol equivale 1 l de cerveza (51)?
a. 20 g
b. 40 g
c. 60 g
d. 80 g
8. ¿A cuántos gramos de alcohol equivale una copa (50 ml) de coñac, combinados, licor (40)?
a. 1 g
b. 16 g
c. 30 g
d. 40 g
9. ¿A cuántos gramos de alcohol equivale 1 l de vino (141)?
a. 60 g
b. 80 g
c. 112 g
d. 143 g
10. El cuestionario utilizado en atención primaria para el despistaje de alcoholismo es:
a. DSM-III-R
b. MALT
c. CAGE
d. AUDIT
11. La forma de calcular la cantidad de alcohol en gramos de una bebida es:
a. Centímetros cúbicos \times graduación/100
b. Centímetros cúbicos \times graduación \times 100
c. Centímetros cúbicos \times graduación/80
d. Centímetros cúbicos \times graduación \times 0,8/100
12. Está considerado como fármaco interdlector (produce efectos indeseables ante el mínimo consumo):
a. Benzodiazepinas
b. Bisulfirán
c. Cianamida cálcica
d. *b* y *c* son ciertas
13. Se considera abuso de alcohol cuando:
a. Bebe cuantitativamente de forma excesiva
b. Presenta problemas orgánicos relacionados con el alcohol
c. Presenta trastornos de conducta o sociales en relación con el alcohol
d. Bebe de forma patológica, aunque su consumo diario no sea excesivo
14. Entendemos por síndrome de dependencia alcohólica, cuando:
a. Bebe cuantitativamente de forma excesiva
b. Preocupación por la adquisición y consumo de alcohol y por un impulso irresistible de consumirlo
c. Manifiesta no querer o no poder dejar de beber
d. *b* y *c* son ciertas
15. Se dice que un paciente es consumidor de riesgo cuando:
a. Bebe cuantitativamente de forma excesiva
b. Presenta tolerancia al alcohol y síndrome de abstinencia con la reducción del consumo
c. Bebe de forma inadecuada, aunque su consumo diario no sea excesivo
d. Ninguna de las anteriores
16. El criterio de derivación a centro especializado es:
a. Patología orgánica grave
b. Patología psiquiátrica primaria o secundaria
c. Conflicto familiar grave, falta de apoyo familiar o social
d. Todas las anteriores
17. Las consecuencias negativas para la salud por el abuso de alcohol suelen aparecer a:
a. 3 años.
b. 5 años.
c. 10 años.
d. 15 años.
18. El efecto perjudicial del consumo excesivo de alcohol sobre el sistema cardiovascular es:
a. Miocardiopatía
b. Hipertensión arterial
c. Accidentes cerebrovasculares
d. Todas las anteriores
19. Psicológicamente el efecto del alcohol sobre la excitación sexual es:
a. Aumento de la excitabilidad
b. Disminución de la excitabilidad
c. Disminuye la excitabilidad a bajas dosis pero la incrementa a altas dosis
d. Efecto insignificante, no tiene efecto real excitable
20. Un buen marcador biológico para la evaluación del tratamiento en el síndrome de abstinencia agudo es:
a. VCM
b. GGT
c. CPK
d. GOT
21. Durante una intoxicación aguda de alcohol, la muerte puede sobrevenir por:
a. Hipotermia
b. Aspiración
c. Traumatismo craneoencefálico
d. Todas las anteriores
22. Los grandes bebedores de alcohol, en relación con los abstemios y bebedores leves, presentan:
a. Baja proporción de cánceres en general
b. Casi la misma proporción de cánceres, en general
c. Casi dos veces el riesgo de cánceres, en general
d. Casi 50 veces el riesgo de cánceres, en general
23. El consumo de alcohol permitido en una mujer embarazada es:
a. Ninguno
b. Menor de 20 g/día
c. Menor de 30 g/día
d. Menor de 40 g/día

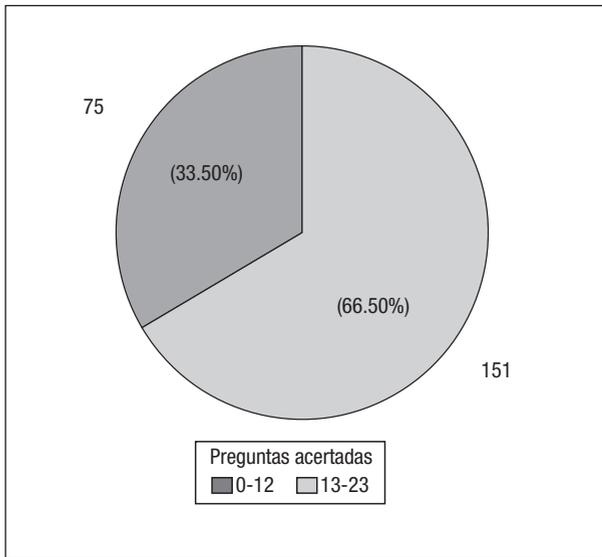


Figura 1. Distribución de respuestas obtenidas según el área de salud.

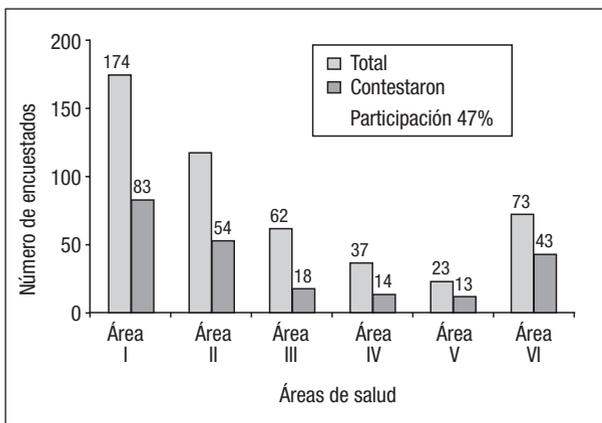


Figura 2. Valoración global del cuestionario de conocimientos.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tipo I. “Captación, prevención y promoción de la salud”. La puntuación media (\pm DE) obtenida fue de $0,65 \pm 0,18$. Un 64,2% (106/165) contestó a cuatro o más preguntas correctamente. Sólo el 8,5% (14/165) de los profesionales contestó correctamente a las 6 preguntas de este tipo de conocimientos.

Tipo II. “Cuantificación del consumo de alcohol”. La puntuación media obtenida fue de $0,70 \pm 0,30$. El 64,5% (111/172) de los encuestados presentaba un acierto superior o igual a 3 preguntas correctas. El 39,5% (68/172) de profesionales contestaron adecuadamente a las 4 preguntas de este tipo de conocimientos.

Tipo III. “Marcadores bioquímicos y tests cualitativos”. La media se encontraba en una puntuación de $0,67 \pm 0,21$. El 69,6% (117/168) contestó afirmativamente a tres o más de las cuestiones planteadas. El 11,9% (20/168) contestó correctamente a todas las preguntas.

Tipo IV. “Identificación”. La media de puntuación se encontró en $0,46 \pm 0,23$. El 75,6% (155/205) contestó a dos o menos preguntas correctamente. El 7,8% de los encuestados (16/205) no respondió adecuadamente a ninguna

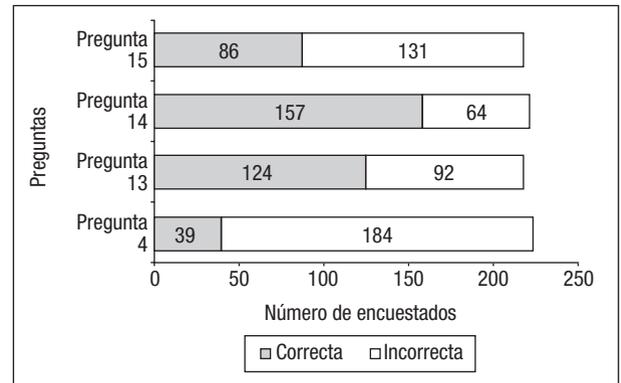


Figura 3. Distribución de las respuestas tipo IV de conocimientos “identificación”.

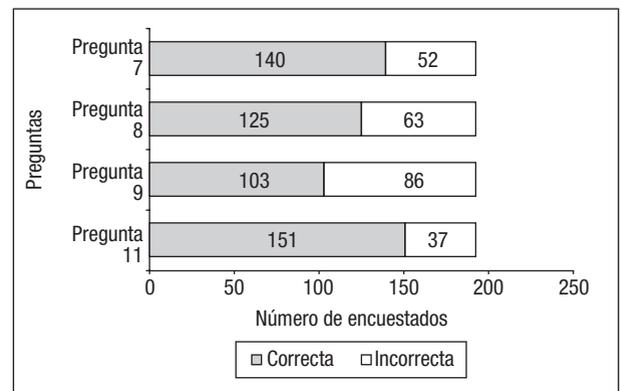


Figura 4. Distribución de respuestas tipo II de conocimientos “cuantificación”.

pregunta de las planteadas y sólo el 2,9% (6/205) contestó bien a todas ellas.

Tipo V. “Manejo y complicaciones”. La puntuación media obtenida fue de $0,80 \pm 0,19$. El 69,6% (135/194) contestó adecuadamente a un número mayor o igual a 4 preguntas. El 38,7% (75/194) de encuestados contestó correctamente a todas las preguntas.

Destaca el tipo IV, “identificación”, donde se aprecia dificultad por parte de los profesionales encuestados en identificar conceptos como bebedor excesivo (pregunta 4) y consumidor de riesgo (pregunta 15) (fig. 3).

En el tipo II, “cuantificación del consumo de alcohol”, se observa como el número de encuestados que responden incorrectamente va aumentando progresivamente (preguntas 7, 8 y 9), a pesar de que la mayoría conocían la fórmula correcta para la cuantificación del consumo de alcohol (pregunta 11) (fig. 4).

También se observa que son los tipos II, “cuantificación del consumo de alcohol”, y V, “manejo y complicaciones”, los que presentan un mayor número de profesionales encuestados con todas las preguntas acertadas (tabla 3). Los tipos II, “cuantificación del consumo de alcohol”, y IV, “identificación”, presentaron el mayor número de profesionales que contestaron incorrectamente a todas las preguntas (tabla 3).

Asociaciones entre variables sociodemográficas y laborales y conocimientos

La asociación entre las distintas variables sociodemográficas y laborales y los diferentes tipos de conocimientos

que resultan positivos ($r > 0,195$) pueden observarse en la tabla 5.

La edad de los encuestados presentó asociación estadística con el tipo II, "cuantificación del consumo de alcohol" ($-0,292$), tipo III, "marcadores bioquímicos y tests cualitativos" ($-0,426$), y tipo V, "manejo y complicaciones" ($-0,253$). En las tres ocasiones se desprende de la relación que, conforme aumenta la edad del encuestado, empeoran estos tipos de conocimientos en torno al consumo de alcohol, y viceversa. Sin embargo, las asociaciones estadísticas son débiles, salvo la asociación con "marcadores bioquímicos y tests cualitativos" que se incrementa (a menor edad, mayores conocimientos).

El año de finalización de la licenciatura resultó significativo con todos los tipos de conocimientos, a excepción del tipo I. El tipo II, "cuantificación del consumo" ($0,235$), tipo III, "marcadores bioquímicos y tests cualitativos" ($0,435$), tipo IV, "identificación" ($0,236$), y tipo V, "manejo y complicaciones" ($0,297$), presentaron una asociación directa débil, salvo el tipo III en que fue más intensa. Cuantos más años habían transcurrido desde la finalización de la licenciatura, mayores conocimientos se presentaban.

El número de pacientes/semana evidenció una débil asociación con el tipo III, "marcadores bioquímicos"; es decir, a mayor número de pacientes/semana en consulta, peor eran los conocimientos sobre marcadores bioquímicos y test cualitativos utilizados en el diagnóstico del consumo de alcohol.

Asimismo, cuanto mayor era el tamaño de la población en la que trabajaba el profesional, peores conocimientos sobre "manejo y complicaciones" (tipo V).

DISCUSIÓN

A pesar de la relativa dificultad de la encuesta debido a su extensión y tiempo requerido para su realización, se obtuvo una tasa de participación del 47,7%. Si a ello unimos que era autoadministrada, voluntaria y anónima, nos induce a pensar en una intensa motivación por este tema entre los profesionales encuestados que contestaron. Sin embargo, no disponemos de información objetiva sobre las causas por las que el resto de profesionales no realizaron la encuesta. La falta de respuesta podría deberse a otras razones como falta de interés de los profesionales o una deficiente coordinación en la distribución de las encuestas. Mowbray y Kessel¹⁹ obtienen tasas más elevadas, alrededor del 75,43% de respuestas obtenidas; sin embargo, la encuesta se realizó mediante muestreo previo.

Los médicos pueden desempeñar un papel fundamental en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol. El aprendizaje de esta función debe empezar en la Facultad de Medicina, donde el plan de estudios y los exámenes tendrían que incluir temas relacionados con el alcohol. Los estudiantes de medicina y los médicos internos residentes deberían formar parte del equipo que atiende a los pacientes ingresados en centros dedicados al tratamiento de la adicción²⁰.

La formación continuada de los profesionales constituye un elemento, relacionado con la motivación, que influ-

ye claramente en la práctica de las actividades preventivas²¹. La formación de los profesionales sanitarios en aspectos relacionados con el consumo de alcohol, durante su etapa de pregrado y posgrado, es insuficiente^{22,23}.

A pesar del consenso existente sobre la necesidad de llevar a la práctica las actividades de prevención de las enfermedades crónicas, los estudios que han intentado valorar hasta qué punto se llevan a cabo estas actividades, entre ellos el PAPPS, ponen de manifiesto que en la mayor parte de los casos el nivel alcanzado no es satisfactorio (el consumo de alcohol debe ser recogido sistemáticamente como

Tabla 2. Variables independientes de los profesionales encuestados

Variables sociodemográficas y laborales	n	(%)
Sexo		
Varón	150	(67,3)
Mujer	72	(42,3)
Edad (años)		
26-35	41	(17,5)
36-45	142	(63,9)
46-55	22	(11,7)
56-65	13	(5,9)
Año finalización		
1955-1965	12	(5,4)
1966-1975	20	(9)
1976-1985	142	(64)
1986-1994	48	(21,6)
Área de salud		
I	83	(36,9)
II	54	(24)
III	18	(8)
IV	14	(6,2)
V	13	(5,8)
VI	43	(19,1)
Situación laboral		
Propietario	122	(54,4)
Interino	77	(34,4)
Suplente	18	(8)
Residente MFyC	7	(3,1)
Número de pacientes/semana		
1-100	5	(2,3)
101-200	79	(36,1)
201-300	102	(46,6)
301-400	25	(11,5)
Tamaño comunidad		
< 5.000	10	(4,5)
5.001-10.000	36	(16,1)
10.001-15.000	35	(15,7)
15.001-20.000	56	(25,1)
> 20.000	86	(38,6)
Lugar de trabajo		
C.S. Rural		
Docente	7	(3,1)
No docente	31	(13,8)
C.S. Urbano		
Docente	15	(6,7)
No docente	45	(20,1)
C.S. Mixto		
Docente	35	(15,6)
No docente	89	(39,7)
Ambulatorio		
No docente	2	(0,9)

mínimo cada 2 años en toda persona mayor de 14 años sin límite superior de edad)²⁴.

Las dificultades para la puesta en marcha de las actividades de prevención pueden ser debidas a los profesionales, al sistema sanitario y a la población.

Con respecto a las dificultades relativas a los profesionales, destaca una formación profesional deficiente en materia de prevención. La medicina preventiva ocupa un pequeño lugar en el currículo del pregrado y está confinada al posgrado y a las actividades de formación continuada. Por otro lado, la mayor parte de las actividades de formación son teóricas y no facilitan la adquisición de habilidades prácticas relativas a la prevención.

Las actividades de prevención son menos gratificantes que las curativas, en las que los efectos de la intervención son más evidentes a corto plazo para el profesional que las

ha puesto en marcha. Por otro lado, se trata de actividades que se llevan a cabo por iniciativa de los profesionales sanitarios. Por ello es imprescindible la motivación de los profesionales y una adecuada política de incentivos que tenga en cuenta el grado de cobertura de estas actividades. Wechsler et al²⁵, en su estudio del papel del médico sobre la promoción de la salud, encontraron que para la mayoría de profesionales era su responsabilidad educar a los pacientes sobre hábitos de riesgo, como el consumo de alcohol.

Desde la perspectiva sanitaria hay que tener en cuenta el problema añadido de que el colectivo médico presenta lo que se ha venido a denominar “mentalidad de usuario” y, en general, ha sido reticente a actuar en este campo del alcohol y los problemas relacionados con su consumo, en parte también por los déficit en formación que ha tenido en esta área y la limitación de ayuda recibida desde la Administración²⁶.

Tabla 3. Valoración de los tipos de conocimientos según el número de respuestas correctas acertadas dentro de cada apartado

Tipos de conocimientos	Respuestas correctas	0	1	2	3	4	5	6	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Tipo I:	captación	1 (0,6)	1 (0,6)	12 (7,3)	45 (27,3)	57 (34,5)	35 (21,2)	14 (8,5)	165
Tipo II:	cuantificación	11 (6,4)	16 (9,3)	34 (19,8)	43 (25)	68 (39,5)			172
Tipo III:	marcadores y tests	5 (3)	9 (5,4)	37 (22)	97 (57,7)	20 (11,9)			168
Tipo IV:	identificación	16 (7,8)	51 (24,9)	88 (42,9)	44 (21,5)	6 (2,9)			205
Tipo V:	complicaciones	1 (0,5)	1 (0,5)	11 (5,7)	46 (23,7)	60 (30,9)	75 (38,7)		194

Tabla 4. Valoración de las respuestas del cuestionario de conocimientos

Preguntas/respuestas	a n (%)	b n (%)	c n (%)	d n (%)	Anulada (%)	Total
Pregunta 1	27 (12,3)	134 (61,2)	31 (14,2)	27 (12,3)	–	219
Pregunta 2	50 (22,1)	13 (5,8)	141 (62,7)	4 (1,8)	17 (7,5)	225
Pregunta 3	1 (0,4)	23 (10,3)	179 (79,9)	20 (8,9)	1 (0,4)	224
Pregunta 4	120 (53,8)	48 (21,5)	39 (17,5)	14 (6,3)	2 (0,9)	223
Pregunta 5	168 (76,0)	9 (4,1)	42 (19,0)	1 (0,4)	1 (0,4)	221
Pregunta 6	25 (11,3)	17 (7,7)	173 (78,3)	6 (2,7)	–	221
Pregunta 7	16 (8,3)	140 (72,9)	16 (8,3)	0 (0)	20 (10,4)	172
Pregunta 8	3 (1,6)	125 (66,5)	27 (14,4)	33 (17,5)	–	188
Pregunta 9	26 (13,7)	46 (24,2)	103 (53,7)	16 (8,4)	–	191
Pregunta 10	10 (5,1)	16 (8,1)	170 (86,3)	1 (0,5)	–	197
Pregunta 11	25 (13,3)	7 (3,7)	5 (2,7)	151 (80,3)	–	188
Pregunta 12	7 (3,4)	53 (25,7)	19 (9,2)	126 (61,2)	1 (0,5)	206
Pregunta 13	124 (57,4)	5 (2,3)	43 (19,9)	42 (19,4)	2 (0,9)	216
Pregunta 14	1 (0,5)	56 (25,3)	6 (2,7)	157 (71,0)	1 (0,5)	221
Pregunta 15	68 (31,3)	38 (17,5)	86 (39,6)	22 (10,1)	3 (1,4)	217
Pregunta 16	2 (0,9)	5 (2,2)	3 (1,3)	214 (95,5)	–	224
Pregunta 17	55 (29,6)	53 (28,5)	64 (34,4)	14 (7,5)	–	186
Pregunta 18	42 (19,1)	3 (1,4)	4 (1,8)	170 (77,3)	1 (0,5)	220
Pregunta 19	44 (20,5)	156 (72,6)	7 (3,2)	7 (3,2)	1 (0,5)	215
Pregunta 20	18 (9,5)	115 (60,8)	39 (20,6)	17 (9,0)	–	189
Pregunta 21	10 (4,5)	9 (4,0)	0 (0)	205 (91,5)	–	224
Pregunta 22	7 (3,6)	22 (11,3)	118 (60,5)	48 (24,6)	–	195
Pregunta 23	202 (90,6)	20 (8,9)	0 (0)	1 (0,4)	–	223

En negrita, las respuestas con mayor frecuencia

Tabla 5. Asociaciones entre distintas variables sociodemográficas y laborales y tipos de conocimientos

	Edad	Año licenciatura	Número de pacientes	Población
Tipo I	–0,102	0,136	–0,001	0,043
Tipo II	–0,292	0,235	0,010	0,081
Tipo III	–0,426	0,435	–0,226	0,141
Tipo IV	–0,182	0,236	–0,036	0,120
Tipo V	–0,253	0,297	0,086	–0,217

En negrita, las asociaciones probadas.

En lo que se refiere a las dificultades relativas al sistema sanitario, la AP se lleva a cabo en un ambiente con una elevada presión asistencial (en nuestro trabajo acuden una media de > 30 pacientes/día). Esto dificulta la introducción de contenidos diferentes de los motivos de consulta de los pacientes. Es una de las principales dificultades percibidas por los profesionales para la puesta en marcha de las actividades de prevención²⁷, y hay estudios que ponen de manifiesto que el grado de dificultad percibido por los profesionales es proporcional al número de pacientes que atienden diariamente²⁸.

Sobre las dificultades relativas a la población, al igual que sucede con los profesionales sanitarios, destaca el hecho de que los pacientes, en muchas ocasiones, tienen dudas sobre la eficacia de las actividades de prevención. Además, si bien el acceso a los servicios sanitarios en España es gratuito y, por tanto, más sencillo que en otros países en los que no toda la población tiene acceso a estos servicios, existen problemas de accesibilidad, dado que los horarios de la atención sanitaria coinciden con los de la actividad laboral de la mayor parte de la población. A esto se une que alguna de las actividades preventivas son molestas e incómodas para los usuarios, por lo que no tienen una buena aceptabilidad y suponen un cambio en los estilos de vida del paciente²⁹, además de que éste debe aceptar de forma activa y voluntaria, participando en la corresponsabilidad hacia su salud. Finalmente, pueden existir barreras culturales que, al dificultar la adecuada comunicación entre los profesionales sanitarios y la población, no favorecen la aplicación de las actividades preventivas.

En la educación del médico el objetivo primario ya no es el ejercicio inmediato de la profesión, tras obtener el título de Licenciado en Medicina, sino alcanzar los conocimientos, habilidades y actitudes apropiadas para poder iniciar y culminar con éxito la formación médica especializada. Esta nueva situación convierte en apremiante, en el contexto de la Unión Europea, la necesidad de llevar a cabo una "verdadera" redefinición de los objetivos de la formación pregraduado de los médicos, que redundará sin duda en beneficio de la formación especializada posterior y de la propia formación pregraduado.

Los aspectos del nuevo perfil del médico recién licenciado serían: *a)* haber desarrollado la capacidad de resolver problemas clínicos y de tomar decisiones; *b)* haber adquirido un amplio conjunto de conocimientos y de habilidades que le permitan seguir cualquier programa de formación posgraduado; *c)* haber sido educado científicamente, no tan sólo en cuanto a conocimientos sino muy especialmente en lo que se refiere a los principios de la metodología de la investigación, y *d)* haber adquirido las actitudes correctas: dedicación, responsabilidad, pensamiento crítico, conciencia ética, capacidad de comunicación con el paciente, entendida esta relación como un "pacto de confianza", y también con la sociedad, con una conciencia del gasto e integración en el sistema sanitario³⁰.

En relación al área de conocimientos que el profesional posee sobre el consumo de alcohol y problemas relacionados, destaca que el 66,5% de los mismos poseen conoci-

mientos adecuados (igual o mayor a 13 preguntas acertadas). Obteniéndose una media, sobre un máximo de 23, de $13,97 \pm 3,68$ puntos. Clement³¹ encontró, en un estudio realizado a médicos generales británicos sobre conocimientos del consumo de alcohol y problemas relacionados con éste, para un máximo de 35 puntos una media de $17,97 \pm 10,07$. Para ambos estudios se obtienen resultados muy similares.

La pregunta 16 fue la que presentó un mayor porcentaje de respuestas acertadas (95,5%), y hacía referencia al criterio de derivación a centro especializado. Por contra, las preguntas con menor porcentaje de respuestas acertadas fueron la 4 (17,5%) y la 20 (20,6%), y hacían referencia al concepto de bebedor excesivo y al de marcador biológico para la evaluación del tratamiento en el síndrome de abstinencia aguda³².

Aunque, globalmente, los profesionales encuestados poseen conocimientos aceptables, cuando se realizó una agrupación de los conocimientos por áreas temáticas destaca el tipo IV, que hace referencia a la "Identificación"; el 75,6% de encuestados contestó a un número menor o igual a dos de ellos adecuadamente. Las preguntas hacen referencia a los conceptos de bebedor excesivo, abuso de alcohol, síndrome de dependencia y consumidor de riesgo. Estos insuficientes conocimientos pueden ser debidos al desfase existente entre el avance de los conocimientos sobre el consumo de alcohol y la escasa formación continuada que el profesional ha recibido en este campo de la salud¹⁹.

Otro punto a destacar es el tipo II de conocimientos, que hace referencia a la "cuantificación del consumo de alcohol". En líneas generales, el grado de conocimiento es aceptable. Destaca el hecho contradictorio de que el 80,3% de profesionales que contestó al cuestionario conocían la fórmula para determinar el consumo de alcohol (pregunta 11) y, sin embargo, su expresión práctica (preguntas 7, 8 y 9) era menor: un 72,9, un 66,5 y un 53,7, respectivamente. Esta diferencia porcentual puede ser debida a falta de motivación o interés, o a un sesgo motivado por el orden de las preguntas.

También destaca que el 86,3% de encuestados respondieron adecuadamente a la pregunta 10 de conocimientos, que hace referencia al cuestionario CAGE, utilizado en AP para el cribado de alcoholismo, en relación con bajo porcentaje obtenido a la hora de hacer una historia clínica de consumo/frecuencia de alcohol. Esto contrasta con el porcentaje obtenido por Rush et al³³, donde el 68,1% de los médicos encuestados no estaba familiarizado con el uso de dicho cuestionario. Este alto porcentaje obtenido en nuestro estudio podría deberse a la presencia del cuestionario CAGE en la historia clínica de AP y que es requisito mínimo que se debe realizar ante pacientes con consumo inadecuado de alcohol.

Se observa una contradicción, ya que por un lado los conocimientos empeoran con la edad de los profesionales encuestados (a más edad, peores conocimientos) y, sin embargo, mejoran cuanto más tiempo había transcurrido desde que terminó la licenciatura. Esta situación puede ser

debida a una falta de coherencia por parte del profesional encuestado.

El número de pacientes/semana atendidos por los profesionales presentó una correlación débil ($-0,226$) con el tipo III, “marcadores bioquímicos y tests cualitativos”, de forma que a mayor número de pacientes atendidos por profesional, menor grado de conocimientos respecto a esta área, y viceversa. Esto puede ser debido a que una mayor presión asistencial podría incidir en una menor dedicación al paciente, y no parece ser debido a falta de conocimientos, ya que, en general, éstos son adecuados según los datos que hemos obtenido.

En definitiva, y globalmente, el 66,5% de los médicos de AP que respondieron al CC poseen conocimientos apropiados sobre el consumo de alcohol y problemas derivados. Por áreas temáticas, dentro de los conocimientos sobre el consumo de alcohol, es insuficiente el discernimiento de los conceptos de “identificación”: bebedor excesivo y consumidor de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité de expertos de la OMS en problemas relacionados con el consumo de alcohol. Problemas relacionados con el consumo de alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos 650, 1980.
2. Servicio de Información Sanitaria y Epidemiología: Indicadores de Salud. Segunda evaluación en España del programa regional europeo Salud para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993; 187-193.
3. Picatoste J, Saura JL, Ayuso B, Barutell L, Dobato JL, Guzmán G et al. Protocolo de actuación ante los problemas relacionados con el alcohol en AP. Madrid: INSALUD. Atención Primaria Área I, 1996.
4. Anderson P. Alcohol and primary health care. Copenhagen. Regional Office for Europe. WHO. Regional Publications European. Series n.º 64, 1996.
5. Smerdon G, Paton A. ABC of alcohol. Detection in general practice. *Br Med J*, 1982; 284: 255-257.
6. Freixa F, Melfareno M, Rovira R. Alcoholismo. Etiopatogenia: factores sociales y culturales. *JANO* 1985; 656: 17-23.
7. Schuckit MA, Irwin M. Diagnóstico de alcoholismo. *Clin Med Nor-team* (ed. esp.) 1988; 5: 1205-1227.
8. Dulit RA, Strain JJ. The problem of alcohol in the medical/surgical patient. *Gen Hosp Psychiatr* 1986; 8: 81-85.
9. Creek LV, Zachrich RL, Scherger WE. The use of standardized alcoholism screening tests in family practice. *Fam Pract Res J* 1982; 2: 11-17.
10. Skinner HA, Holt S, Sheu WJ, Israel Y. Clinical versus laboratory detection of alcohol abuse: the alcohol clinical index. *Br Med J* 1986; 292: 1703-1708.
11. Schuckit MA. Why don't we diagnose alcoholism in our patients? [editorial]. *J Fam Pract* 1987; 25: 225-226.
12. Alcohol and the blood [editorial]. *Br Med J* 1978; 2: 1504-1505.
13. Canavan DI. Screening for mental problems. An opposing view. *J Fam Pract* 1986; 83: 87-91.
14. Clark WD. Alcoholism: blocks to diagnosis and treatment. *Am J Med* 1981; 71: 275-286.
15. Rodríguez E. Conocimientos, habilidades y actitudes de los médicos de atención primaria sobre el consumo de alcohol. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. Facultad de Medicina, 1999.
16. Jankowski C, Drum DE. Criteria for the diagnosis of alcoholism. *Arch Intern Med* 1977; 137: 1532-1536.
17. Miller W, C' de Baca J. What every mental health professional should about alcohol. *J Subst Abuse Treat* 1995; 12: 355-365.
18. Pérez J, Torrubia R. Proves de rendiment acadèmic. Monografies pràctiques n.º 3. Departament de Psicologia. Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Barcelona, 1981.
19. Mowbray A, Kessel N. Alcoholism and the general practitioner. *Br J Psychiatr* 1986; 148: 697-700.
20. Cross G, Hoffman K. Alcoholismo. En: Taylor R, editor. Medicina de familia. Principios y práctica (4.ª ed.). Barcelona: Springer Verlag Ibérica, 1995; 440-459.
21. Brotons C, Iglesias M, Martín Zurro A, Marín Rabadán M, Gené J. Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. *Fam Pract* 1996; 13: 144-151.
22. Freisedas R, Bou V, Espuga M, Figueras M, Ruiz D, Parellada N. Alcohol: opinions del metges d'atenció primària. Manresa: VII Congrés d'Atenció Primària de la Societat Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, 1992.
23. Una gran mayoría de los médicos de familia fallan en el diagnóstico de alcoholismo [redacción]. *El Médico* 2 de junio de 2000; 22.
24. Córdoba R, Altisent R, Auba J, Arual R, Cabezas C, Fernández M et al. Guía para la intervención sobre el consumo excesivo de alcohol. PAPPs N.º 1. SEMFyC.
25. Wechsler H, Levine S, Idelson RK, Rohman M, Taylor JO. The physician's role in health promotion – a survey of primary-care practitioners. *N Engl J Med* 1983; 308: 97-100.
26. Del Río MC. Consumo de alcohol y problemas relacionados con el alcohol en España. *JANO* 1998; 54: 197-203.
27. Aubá J, Arasa H, Manzano M. Dificultades de la realización de las actividades preventivas. *Aten Primaria* 1995; 16: 428-432.
28. Fleming DM, Lawrence MS, Cross KW. List size, screening method and other characteristics of practices in relations to preventive care. *Br Med J* 1985; 291: 869-872.
29. Gual A, Colom J. Alcohol, consejo médico y promoción de la salud desde la atención primaria. *JANO* 1998; 54: 296-302.
30. Pera C. La formación médica especializada en España y sus perspectivas en el contexto de la UE. *El Médico* 1998; 660: 20-29.
31. Clement S. The identification of alcohol-related problems by general practitioners. *Br J Addict* 1986; 81: 257-264.
32. Rodríguez JL, Espí F, Martínez I, Ruíz ME, Pozo P, Barcia D et al. Marcadores biológicos en el síndrome de abstinencia alcohólica. *An Psiquiatría* 1986; 2: 154-159.
33. Rush B, Bass M, Stewart M, McCracken E, Labreque M, Dondy S. Detecting, preventing, and managing patients' alcohol problems. *Can Fam Physician* 1994; 40: 1557-1566.