

## Consumo de alcohol y factores asociados en dos zonas básicas de salud de Jaén capital

M.<sup>a</sup> C. García Tirado / M.<sup>a</sup> J. González Álvarez / J. Torío Durántez

### Introducción

Aunque el alcoholismo fue reconocido como enfermedad por la O.M.S. e incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades en el año 1948 (1), no fue hasta la década de los ochenta cuando se produjo un importante acercamiento conceptual con la introducción del término abuso de alcohol en el DSM-III-R (2).

Durante este tiempo se ha observado un incremento alarmante tanto de la producción como del consumo del alcohol (3); en la actualidad, España ocupa la segunda posición europea en consumo (14 litros per cápita) y la primera en incremento anual de éste (3-5). En el año 1989, la Encuesta Nacional de Salud mostraba que el 18% de los varones ma-

**S**e estudia la prevalencia de consumidores de alcohol y los factores personales y socio-culturales asociados, en los mayores de 15 años asistidos en dos Centros de Salud de Jaén. Se seleccionaron de forma aleatoria 294 individuos, a los que se administró un cuestionario mediante entrevista personal.

Un 26% de los encuestados —el 20% de las mujeres y el 35% de los varones— son consumidores de alcohol en niveles de riesgo; presentando dependencia alcohólica un 11% del total. La mayoría de los consumidores excesivos no habían recibido consejo sobre su hábito por parte de su médico.

La cantidad de alcohol ingerida y la frecuencia de consumo se relacionan con la edad, el sexo y el día de la semana. Entre los varones bebedores habituales un 31% consumen excesivamente en laborables, elevándose este porcentaje a un 56% en fin de semana.

En las mujeres predomina la conducta abstinentes, apreciándose igualmente un aumento de consumo los fines de semana, principalmente en las de 25-54 años.

Se evidenció una actitud tolerante hacia el propio consumo en la mayoría de los bebedores moderados y excesivos; y un desconocimiento importante de los recursos comunitarios de ayuda para este problema.

yores de 15 años eran bebedores altos (más de 60 cc. de alcohol puro al día) (6); en Andalucía, el 13,7% consumía diariamente más de 75 cc. de alcohol, de éstos un 8,1% eran bebedores excesivos (más de 100 cc.) y de ellos un 4,5 superaban los 150 cc., lo que representa que alrededor de 200.000 andaluces son alcohólicos o en riesgo de serlo (7). De hecho, el alcohol junto al tabaco constituyen las drogas más extendidas en nuestra población y sus consecuencias ocasionan un problema de salud pública de creciente importancia sociosanitaria; así, la mortalidad global relacionada con el consumo de alcohol oscila entre 20.000 y 25.000 personas al año, lo que lo sitúa como la tercera causa de muerte en nuestro país (5). Igual-

Palabras clave: Alcoholismo. Riesgo alcohólico en Jaén. Impacto social del alcohol.

Fecha de recepción: Febrero 1995.

mente, tiene gran repercusión en la utilización de servicios sanitarios, aunque existe, en muchas ocasiones, un enmascaramiento del motivo de consulta por parte del paciente (3, 8) y un desconocimiento del hábito por parte del profesional (4, 9).

Entre las repercusiones sociales, CALABUIC considera al alcohol como uno de los factores criminógenos de primer orden, al asociarse con un tercio de los delitos de sangre, una cuarta parte de los suicidios y la mitad de los accidentes de circulación (3, 5, 10). En el ámbito laboral, el consumo de alcohol ocasiona además de una reducción del rendimiento, un incremento del absentismo y una mayor incidencia de accidentes laborales, de hecho un 15 a 20% de éstos se encuentran relacionados con aquél (5, 11-13).

Por último, y no por ello menos importante, la influencia sobre el desarrollo y adaptación social de los hijos, la ruptura del núcleo familiar y del círculo de amistades definen un problema que incide y deteriora la salud no sólo del individuo sino de toda la familia (3, 8).

Esta situación contrasta con la evidencia de que el uso y abuso del alcohol es en nuestra sociedad cotidianamente aceptado, promocionado e institucionalizado (5, 8). Razones económicas y culturales determinan el mantenimiento de esta situación; y si bien existe una permisividad social hacia su consumo, encontramos, igualmente, una actitud proscriptiva frente al bebedor embriagado (5, 7, 14, 15).

Como en los restantes problemas de salud, el establecimiento de una adecuada política sanitaria debe estar precedida por estudios epidemiológicos que analicen dicho problema, explorando —en el caso del alcohol— modalidades de consumo, problemas que de él se derivan y normas y valores culturales (7, 5, 14-20). En este sentido, van encaminados los objetivos de nuestro estudio: determinar —en la población que acude a las consultas de Atención Primaria— modalidades de consumo de alcohol, normas culturales, prevalencia de problemas relacionados con el alcohol, relación del consumo con la salud percibida y declarada, consejo del médico acerca del hábito, y acti-

tud de la población ante el consumo excesivo de alcohol.

#### Material y métodos

El trabajo se realizó en Jaén capital, en los centros de salud «Federico del Castillo» y «El Valle»; que atienden a una población de 35.000 y 15.000 habitantes, respectivamente. El nivel socioeconómico es en «El Valle» predominantemente bajo, y en el «Federico del Castillo» heterogéneo, con predominio del nivel medio. La población objeto de estudio la constituyeron las personas mayores de 15 años que demandaron atención sanitaria en los centros de salud mencionados.

Se eligió una muestra representativa de dicha población cuyo tamaño se fijó mediante la fórmula para poblaciones finitas; estableciéndose para un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y una proporción estimada de bebedores de riesgo del 7%.

El tamaño mínimo, según estas especificaciones, era de 278 y finalmente se estudiaron 321 pacientes; de ellos 27 rehusaron contestar (porcentajes de respuesta del 91,6%), siendo la edad y el sexo de las personas que no respondieron muy similares a las de aquellas que respondieron.

Para la selección de los individuos se utilizó un muestreo aleatorio sistemático cuya fracción de muestreo fue  $r = 4$  que se aplicó a las personas mayores de 15 años de 5 cupos del Centro de Salud «Federico del Castillo» y 3 cupos del Centro de Salud «El Valle», que acudieron a la consulta a demanda durante los meses de enero y febrero de 1991.

Se utilizó como instrumento de medida un cuestionario administrativo después de la consulta, por entrevistadores entrenados no incluidos en el Equipo de Atención Primaria (médicos residentes de 2.º año de MFyC); este cuestionario constaba de 41 ítems.

Los ítems que medían patrón de consumo, problemas relacionados con el alcohol, normas culturales y sociales en torno a la bebida, actitudes y creencias de la población acerca de los bebedores y conocimiento acerca de institucio-

nes de ayuda al alcohólico, se extrajeron, en parte, de los utilizados en 1987 en la encuesta de población general de Sevilla —este cuestionario fue empleado por primera vez en un estudio internacional de la O.M.S. sobre la Respuesta Comunitaria a los problemas relacionados con el alcohol y fue traducido en 1985 por los grupos de Santander y Sevilla (15, 17). La percepción de la disfunción familiar se midió con los 5 ítems que componen el test de APCAR (21), la dependencia al alcohol, mediante el test de CAGE (22) y se empleó la clasificación internacional de enfermedades para tipificar el número de enfermedades crónicas (23). La salud declarada se graduó mediante una escala de 5 opciones —desde muy buena a muy mala.

A los encuestados se les clasificó según la frecuencia de consumo de alcohol en: (15)

- *No bebedores* (no consumo de alcohol en el último año o nunca).

- *Bebedores ocasionales* (consumía alcohol menos de una vez por semana, pero al menos una vez durante el último año), y

- *Bebedores habituales* (consumía al menos una vez por semana). En este grupo diferenciamos 3 subgrupos:

- consumidores a diario

- de 2 ó 3 veces en semana, y

- consumidores de sólo los fines de semana. En relación a la cantidad de alcohol que consumían los bebedores habituales diferenciamos entre: (5, 15, 17)

- *Cantidades excesivas o de riesgo* (en los varones, un consumo diario mayor a 1 g de alcohol puro por kilogramo de peso y en las mujeres, mayor a 0,5 g por kg de peso), y

- *Cantidades moderadas* (un consumo menor a las cifras mencionadas).

Por último, se diferenció el consumo de alcohol según el día de la semana (*días laborables y fines de semana*).

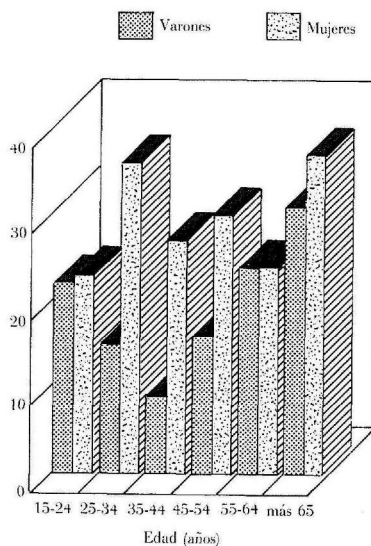
El tratamiento informático de los resultados se realizó con el paquete estadístico SPSS/PC + y la base de datos Dbase III Plus. Se realizó un análisis descriptivo de los datos y pruebas de hipótesis de comparación de 2 o más proporciones; utilizando para estas comparaciones la

ji al cuadrado, con corrección por continuidad si procedía.

## Resultados

Como observamos en la figura 1, el 39,8% de los encuestados son varones, siendo el grupo de edad más numeroso el de mayores de 65 años (un 23,15% del total). Casi la mitad de las mujeres encuestadas se dedican a las tareas domésticas y entre los hombres la situación laboral más frecuente es la de jubilado (38%). En cuanto al nivel de instrucción, el 49,39 no tienen los estudios primarios completos y sólo un 4,4% poseen estudios superiores. A continuación, exponemos los principales re-

Figura 1. Distribución por edad y sexo de la muestra.



sultados en cuanto a frecuencia y cantidad de consumo, salud percibida y problemas relacionados con el alcohol y, finalmente, actitudes hacia el consumo de alcohol.

A) Frecuencia de consumo

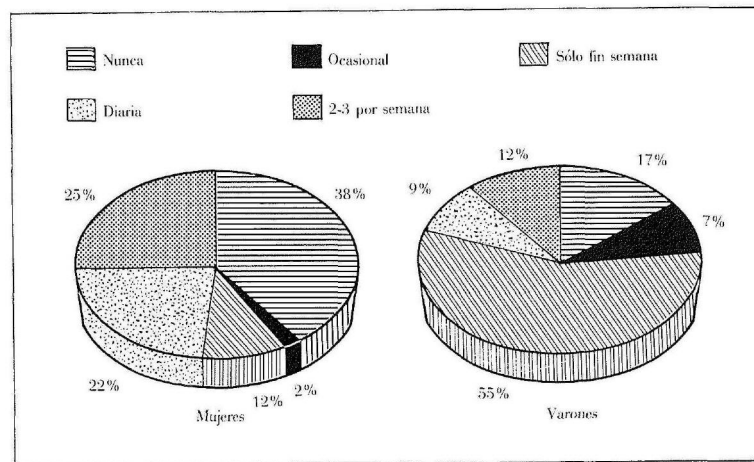
La prevalencia de bebedores que consumen alcohol habitualmente (a diario, 2 ó 3 veces en semana o sólo los fines de semana) en la población que acude a las consultas de Atención Primaria es del 50% —el 70,9% de los varones encuestados y el 36,1% de las mujeres—. Como observamos en la figura 2 este consumo habitual es diario en el 77,1% de los varones, mientras que entre las bebedoras predominan las que ingieren alcohol sólo los fines de semana (60,9%).

bedores habituales según edad, sexo, cantidad de alcohol consumido y patrón semanal de consumo.

Para los varones que consumen alcohol habitualmente observamos que en *días laborables* lo hacen en cantidades moderadas el 69% y en cantidades excesivas el 31%; en los *fines de semana* estos porcentajes se invierten (43,8% y 56,2% respectivamente).

En el caso de las bebedoras, el 84% consumen cantidades moderadas de alcohol en *días laborables* y el 16% cantidades excesivas; al igual que en los varones, estos porcentajes se invier-

Figura 2. Frecuencia de consumo de alcohol.



B) Cantidad de consumo

El 26,1% de la población encuestada (el 20,3% de las mujeres y el 35% de los varones) son bebedores de riesgo o consumidores de alcohol en cantidades excesivas —entendiendo por ello, un consumo diario en los varones superior a 70 g y en las mujeres superior a 30 g, o bien un consumo superior a 80 g un solo día en la semana. En la tabla I se recoge la distribución de los be-

ten en *fin de semana* (43,7% y 56,3% respectivamente).

Por grupos de edad, el consumo los fines de semana de cantidades excesivas de alcohol es la modalidad de uso más frecuente en los menores de 45 años, tanto en los varones como en las mujeres; no obstante, en el caso de las mujeres la abstinencia en días laborables es la conducta más frecuente en todos los grupos de edad, sobre todo, en el de más de 65 años (94,5%).

**Tabla I. Distribución de los bebedores según edad, sexo y patrón semanal de consumo de alcohol.**

		Grupos de edad en varones						Grupos de edad en mujeres					
		15-24 n:22 %	25-34 n:15 %	35-44 n:9 %	45-54 n:16 %	55-64 n:24 %	>65 n:31 %	15-24 n:23 %	25-34 n:36 %	35-44 n:27 %	45-54 n:30 %	55-64 n:24 %	>65 n:37 %
labo- rables (1)	no bebe (3)	68,1	33,1	11,1	31,2	29,2	42,0	92,0	62,9	55,6	89,6	83,3	94,5
	mode- rado	22,8	60,0	66,7	50,0	45,8	32,2	8,0	34,3	29,6	10,4	12,5	5,5
	exce- sivo	9,1	6,7	27,2	18,8	25,0	25,8	0,0	2,8	14,8	0,0	4,2	0,0
fin de semana (2)	no bebe (4)	36,4	13,3	11,0	37,6	33,3	54,8	56,0	31,4	40,7	48,2	58,3	75,6
	mode- rado	13,6	33,3	44,5	18,7	45,7	25,8	12,0	14,3	18,6	38,0	37,5	19,0
	exce- sivo	50,0	53,4	44,5	43,7	21,0	19,4	32,0	54,3	40,7	13,8	4,2	5,4

(1) Bebedor en días laborables incluye a los bebedores a diario y a los de 2-3 veces en semana.

(2) Bebedor en fin de semana incluye a los bebedores de sólo los fines de semana, los de diario que también beben en fin de semana y los bebedores de 2-3 veces en semana.

(3) No bebedor en días laborables incluye a las personas que no han consumido alcohol nunca o en el último año, a aquellas cuyo consumo es ocasional y las que consumen sólo los fines de semana.

(4) No bebedor en fin de semana incluye a las personas que no han consumido alcohol nunca o en el último año, a aquellas cuyo consumo es ocasional y las que consumen diariamente en laborables pero no los fines de semana.

**C) Salud percibida y posibles problemas relacionados con el alcohol**

**Dependencia alcohólica:** El 10,8% de las personas que acuden a las consultas de A.P. presentan una posible dependencia alcohólica —2 o más respuestas positivas en el CAGE.

En la tabla II podemos observar los resultados del CAGE en los bebedores habituales de alcohol según sexo, cantidad y patrón semanal de consumo.

Como podemos apreciar, el problema de dependencia es más frecuente en los bebedores de alcohol en días laborables (el 53,8% de los excesivos y el 21,4% de los moderados) que

en los bebedores de fin de semana; también este problema es más frecuentemente detectado entre los que consumen alcohol en cantidades excesivas frente a los que hacen en cantidades moderadas.

**Accidentes:** En el año anterior, el 24,3% de los varones consumidores de alcohol de riesgo tuvieron un accidente laboral o de tráfico frente al 14,7% de los moderados y al 11,9% de los no bebedores regulares ( $p < 0,05$ ). Esta asociación no se halló en las mujeres.

**Problemas familiares:** el APGAR familiar detecto normo-funcionalidad en el 91,4% de las familias de varones y en el 86,4% de las de mujeres y disfunción grave en el 2,5% de los

**Tabla II. Resultados del test de CAGE por sexo, ingesta de alcohol y patrón semanal de consumo de alcohol en los bebedores habituales.**

		VARONES				MUJERES			
		Cage +	Cage-	VPP %	VPN %	Cage +	Cae-	VPP %	VPN %
laborables	moderado	13	36	45,8	76,6	2	19	60	85
	excesivo	11	11			3	1		
fin de semana	moderado	6	28	73,9	53,8	1	27	89	49
	excesivo	17	24			8	28		

varones y en el 4,5% de las mujeres. No hemos encontrado asociación entre la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol y los resultados del APGAR.

*Enfermedades crónicas:* entre los encuestados, el número de problemas crónicos reconocidos con mayor frecuencia es cinco —sin que exista asociación entre consumo de alcohol y frecuencia de presentación de dichos problemas—. Sólo el 15% de los varones y el 8,5% de las mujeres manifiestan no padecer ninguno.

*Salud percibida:* Definen su salud como buena o regular el 70% de los bebedores moderados y el 50% de los excesivos y de los no bebedores; la mayoría de las mujeres se declaran buena o regular salud, de forma independiente al consumo de alcohol.



*Hábito tabáquico:* El 45,3% de los varones y el 20,9% de las mujeres encuestadas fuman; en relación al consumo de alcohol es tres veces frecuente el hábito de fumar en los bebedores con unos porcentajes respectivos del 47,4% y del 15,4%.

#### D) *Actitudes frente al consumo del alcohol*

El 60,6% de los consumidores iniciaron su hábito entre los 10 y los 19 años; el 65% de los varones para «ser como los amigos» y aproximadamente el 30% de las mujeres para «acompañar las comidas», «celebrar algo» o «ser como los amigos».

El 93,5% de los bebedores no consideran beber más de lo debido, y el 87,7% declaran que les parece bien la cantidad ingerida —estas opi-

niones no aparecen relacionadas con la cantidad consumida.

El 13% de los varones y el 37% de las mujeres opinan que el bebedor excesivo es un vicioso, sin embargo para ambos sexos el calificativo más frecuente es el de enfermo (42% de las mujeres y el 53% de los hombres). Al 17% de los bebedores excesivos algún médico les aconsejó abandonar la bebida, en cambio ninguna de las bebedoras excesivas recibió tal consejo.

Por otra parte, el 59,3% de las mujeres y el 62,4% de los hombres no conocen instituciones de ayuda al enfermo alcohólico.

#### Discusión

El perfil demográfico de la población estudiada es similar al de otros estudios realizados en las consultas de Atención Primaria (24). Así es de destacar el alto porcentaje de mujeres, la mayoría dedicadas a las tareas del hogar y el de varones en situación de jubilados; por otra parte, las características concretas de nuestra zona determinaron un nivel socio-económico bajo.

Este perfil podría condicionar la interpretación y generalización de alguno de nuestros resultados; aunque, como veremos más adelante, son consistentes con los de otros trabajos publicados. Por otra parte, un tamaño mayor de muestra —sobre todo en determinados grupos étnicos— hubiera dado más firmeza a alguna de las conclusiones.

Uno de los hallazgos más interesantes de nues-

tro estudio es el que más de una cuarta parte de las personas que acuden a las consultas de A.P. superan los límites de riesgo para el consumo de alcohol, es decir, son bebedores de riesgo o de cantidades excesivas.

Estas cifras podrían haber sido aún más elevadas si en vez de haber aplicado los criterios más utilizados en 1991 para la clasificación del consumo de alcohol, hubiéramos empleado los que en la actualidad son más aceptados (25-28) (en los varones un consumo mayor de 40 g diarios o 280 g semanales, y para las mujeres mayor de 24 g diarios o 168 semanales; o bien una ingesta en un sólo día, al menos una vez al mes, de cantidades superiores a 80 g de alcohol puro, aunque no se alcance en el consumo semanal el límite de riesgo). Por otra parte, en la posible infravaloración del problema también ha podido contribuir, como es habitual en este tipo de encuestas, la infradeclaración del consumo por parte del paciente (8, 19, 29-21). No obstante, la concordancia de nuestros resultados con los observados en otras publicaciones (7, 14, 15, 17, 18, 20, 29) habla a favor de su validez.

La importante magnitud del consumo de alcohol detectada y sus graves repercusiones —dada la relación incuestionable de este consumo con numerosas patologías— van a suponer un alto costo en la salud y bienestar de la población y en la utilización de recursos sanitarios. Lo anterior debería condicionar el que los Equipos de Atención Primaria consideraran el consumo de alcohol como un problema prioritario y de atención urgente, lo que —como veremos más adelante— dista, en muchas ocasiones, de ser realidad en la práctica.

Otro de los aspectos relevantes de nuestro estudio es el hallazgo de diferentes modalidades de consumo de alcohol relacionadas con la edad y el sexo de los pacientes; en este sentido, el grupo de menores de 34 años y el de mujeres, presentan una forma de consumo muy peculiar: cantidades excesivas los fines de semana, incluso siendo abstinentes los días laborables; datos coincidentes con las aportaciones realizadas por otros autores (5, 7, 14, 15, 17, 18, 20).

Esta forma de consumo tiene importancia por el riesgo con que se asocia a determinados problemas como accidentes de tráfico, violencia y agresiones, problemas digestivos de carácter agudo o problemas relacionados con la intoxicación etílica aguda; aparte de la alta asociación que existe entre el uso de alcohol y otras drogas, fundamentalmente el tabaco (4, 7, 11, 15, 20, 26).

Junto a estas repercusiones de los bebedores excesivos ocasionales se encuentran las derivadas de la continuidad del hábito a lo largo del tiempo: problemas específicos, bien conocidos y con una clara relación dosis-respuesta —como cirrosis, cáncer de laringe, de esófago y otros— (3, 5, 11, 20, 31, 32).

Y a este respecto, uno de los aspectos valorados en nuestro estudio fue el de la dependencia alcohólica mediante el test de CAGE; observándose que se relaciona no sólo con la dosis —incide mayoritariamente en los bebedores que superan los niveles de riesgo— sino también con la modalidad de uso —en los bebedores en días laborables la ocurrencia de dependencia alcohólica es mayor que entre los bebedores en fin de semana—. Esto podría venir explicado por ser los consumidores de fin de semana más jóvenes —por tanto, llevan menos tiempo consumiendo alcohol— y además existir entre ellos un alto porcentaje de abstemios durante el resto de la semana (días laborables).

El CAGE —publicado en 1970 por EWING (22) y validado para España por la Dra. RODRÍGUEZ MARTOS (33)— es un cuestionario de 4 ítems que inciden sobre los síntomas principales de la dependencia alcohólica; variando su sensibilidad entre un 75 y un 100% y su especificidad entre un 88 y un 100%. La utilidad clínica del mismo —capacidad para identificar correctamente una dependencia alcohólica cuando el test ha dado positivo o, lo que es lo mismo, el valor predictivo positivo (VPP)— depende de la prevalencia de este problema en el medio en que se aplica; debiendo por tanto ser aplicado a aquellos pacientes con un consumo excesivo de alcohol y con cierta duración del hábito. Con respecto a la utilidad

del mismo test para detectar consumo excesivo de alcohol —utilidad propuesta por diversos autores para el nivel de atención primaria (3)— nosotros observamos en la población que habitualmente consume alcohol en fin de semana un VPP de 78,1% y negativo (VPN) del 51,4% —en cambio en los consumidores de alcohol en días laborables el VPN aumenta al 82% y el VPP disminuye al 48%—; esto es aplicable por que la prevalencia de consumo excesivo en fin de semana es bastante más alta que en días laborables.

A la luz de estas observaciones —que nos muestran la diversidad de problemas y modalidades de uso entre la población consumidora de alcohol en A.P.— pensamos que sería interesante modificar la clasificación sugerida por otros autores para los consumidores de alcohol. La finalidad de esta clasificación sería aportar criterios operativos que nos ayuden en la toma de decisiones clínicas de la práctica diaria y que nos permitan diferenciar grupos de consumidores que se beneficiarían de estrategias de captación e intervención diferentes. En este sentido, aparte de considerar los cuatro grupos propuestos por diversos autores (27, 34).

- 1.º Abstemios y bebedores ocasionales.
- 2.º Bebedores moderados.
- 3.º Bebedores excesivos.
- 4.º Bebedores problema: aquellos consumidores con problemas físicos, psíquicos, sociales y/o familiares cuyo origen puede ser razonablemente atribuido al alcohol.

Añadiríamos en los grupos 3.º y 4.º una subclasificación por modalidad de consumo considerando dos subgrupos:

- Consumidores de fin de semana o al menos de una vez al mes.
- Consumidores habitualmente de diario.

Esta subclasificación nos permite desde el punto de vista asistencial diferenciar entre un bebedor problema adulto —que lo es por problemas de cirrosis, disfuncionamiento familiar o por dependencia alcohólica— y cuyo hábito es de larga evolución y un bebedor problema joven —que lo es por el uso excesivo de alcohol y problemas de intoxicación etílica aguda o accidentes de tráfico— y cuyo hábito es relativa-

mente reciente. Este último grupo es evidente que, por ejemplo, podría obtener mayores beneficios de estrategias de intervención comunitarias (en medio laboral, escolar, etc.) y por supuesto de planes de abordaje y manejo de oportunidades sustancialmente diferentes.

Otro aspecto a resaltar en nuestro estudio es el porcentaje tan bajo de bebedores de riesgo que habían recibido consejo sobre su hábito por parte de algún profesional sanitario. Lo que está en flagrante contradicción con las contundentes evidencias sobre la eficacia del consejo breve, dado por su médico, a los bebedores de riesgo para la reducción de su consumo —con intervenciones aisladas de 5-10 minutos se consiguen reducciones del 45% en el porcentaje de bebedores de riesgo— (19, 27, 34-40).

Pudiéramos considerar que la declaración del paciente no es un buen instrumento para valorar si ha recibido o no consejo acerca del consumo de alcohol y que este hecho puede comprometer la validez de la información obtenida. Sin embargo, no creemos que esto haya sesgado de forma substancial nuestros resultados, ya que numerosos estudios han mostrado la importante infrarrecogida de información acerca del hábito enólico en las historias clínicas tanto hospitalarias como de Atención Primaria; de lo que razonablemente se puede inferir que si no se recoge el consumo de alcohol de los pacientes, difícilmente se les podrá aconsejar sobre ello. Algunos autores estiman que 2 de cada 3 bebedores excesivos o de riesgo no son reconocidos como tales cuando son atendidos en un centro sanitario, y que a nivel hospitalario existe un 80% de alcoholismo oculto (3, 41-43).

Al estudiar la salud de los encuestados utilizamos, como un indicador más, lo que ha venido en llamarse salud percibida, observando, llamativamente, que nuestros entrevistados manifiestan tener una salud buena o regular a pesar de padecer mayoritariamente cinco enfermedades crónicas.

Igualmente llamativo es el hecho de que los consumidores moderados de alcohol —en ambos sexos— declararan mejor salud que los no bebedores; y que los bebedores excesivos y los no



bebedores tienen similar percepción de salud. Una explicación a este hecho podría ser que los no bebedores lo son por problemas médicos y, por tanto, tienen peor salud que los bebedores moderados; no obstante, no podemos realizar demasiadas afirmaciones sobre ello, ya que la salud percibida es un concepto subjetivo relacionado con múltiples factores que no fueron considerados en nuestro estudio (44). En cuanto al inicio en el consumo y los motivos de éste observamos, al igual que en otros estudios, un inicio temprano inducido por motivos sociales debido posiblemente a la alta permisividad social, así como a la promoción que en nuestra sociedad se hace de este hábito (5, 14-18, 45).

Esta permisividad socio-cultural puede explicar la actitud ante la bebida de la mayoría de consumidores, los cuales consideran no beber más de lo debido. De hecho, según el modelo de ULLMAN y BLACKER, la cultura prescriptiva del consumo de alcohol y proscriptiva del consumo excesivo que ocasiona embriaguez es habitual en las sociedades donde las actitudes, las costumbres, los valores y las sanciones son conocidas, compartidas y consistentes con el resto de la cultura (14, 36). Este modelo explicaría el que los bebedores excesivos no consideren beber más de lo debido y declaren estar de acuerdo con la cantidad que beben.

Igualmente, no encontramos diferencias en la puntuación del test de APGAR familiar según el consumo del alcohol; lo que estaría en contradicción con las evidencias científicas de las importantes repercusiones del alcoholismo en la familia y su dinámica (3, 5, 46). No obstante, y antes de poner en duda la validez de dicho cuestionario, es importante aclarar que lo

que mide es la percepción de la función familiar del entrevistado, por lo que en el caso de los bebedores excesivos ésta podría ser buena para ellos, pero insufrible para el resto de la familia (21).

Para finalizar, y como resumen y conclusiones del estudio, podemos afirmar:

- 1.º Que en la población jiennense el consumo de alcohol es un problema de salud pública de magnitud alarmante y con una tendencia evidente al aumento.
- 2.º Que se está observando un cambio en las pautas de consumo tradicional, pasando de un «consumo mediterráneo» típico de una sociedad inmersa en la cultura del vino a un «consumo anglosajón», caracterizado por un importante incremento del consumo de alcohol durante el fin de semana respecto a los días laborales.
- 3.º Que igualmente existe una tendencia al aumento del consumo de alcohol en grupos sociodemográficos donde tradicionalmente el consumo era menor, como es el caso de las mujeres y los jóvenes.
- 4.º Que cuatro de cada cinco consumidores de alcohol en niveles de riesgo para su salud nunca han recibido consejo sobre su hábito por parte de los profesionales sanitarios que se responsabilizan de su salud.

---

M.<sup>a</sup> Carmen García Tirado, M.<sup>a</sup> José González Álvarez, J. Torío Duránte, *Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén.*

---

## Bibliografía

1. A. GUAL I SOLÉ: «Alcohólicos en la consulta: ¿Qué hacer?». *Medicina Integral* 1990; 16: 43-44.
2. «Diagnosis and statistical». *Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R), 3.ª ed. Washington: American Psychiatric Association, 1987.
3. FERNÁNDEZ FERRÉ, M. L. y GUAL SOLÉ, A.: «Tabaquismo, alcoholismo y otras drogodependencias». En: *Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta*. MARTÍN ZURRO, A. y CANO PÉREZ, J. F. Barcelona: Edic. Doyma, 1987; 413-414.
4. GALOFRÉ y F. CARDELLACH: «Complicaciones Agudas del Alcoholismo». *Medicina Integral* 1991; 18: 93-107.
5. SOLÉ PUIG, J. R., FREIXA, F.: «Epidemiología del alcoholismo en España». En: Soler Insá P. A.; FREIXA, S.; REINA CALÁN, F. y cols.: *Transtorno por dependencia del alcohol. Conceptos actuales*. Barcelona, 1988. Editorial Delagrangue, págs. 23-40.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Madrid, 1987.
7. Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Andalucía. *Los andaluces ante las drogas*. Sevilla, 1990.
8. ALBÁ LLAMBRIH, J. y FREIXEDAS CASAPONS, R.: «Alcoholismo: Prevención desde la atención primaria». *Med. Clínica* 1990; 94: 230-233.
9. GIL MINER, M.; GINER J.; FRANCO, D. y VELASCO A.: «Detección de problemas relacionados con el alcohol en Atención Primaria». *Gaceta Sanitaria* 1990; 4: 135-139.
10. OROMS DURICH, J.: «El Alcoholismo: aspectos globales». *Medicina Integral* 1986; 7: 341-343.
11. SALLERAS, S.: «Alcohol y accidentes». *Med. Clín. (Barc.)* 1988; 90: 775-778.
12. AUBÁ, J. y COSTA, J.: «Alcohol y población laboral: situación actual y posibilidades de intervención». *Med. Clín. (Barc.)* 1989; 92: 658-660.
13. LUCAS, E. G.: «El alcohol en el trabajo». *British Medical Journal*, 1987; 2: 9-10.
14. MARTÍNEZ, R. M.<sup>a</sup> y MARTÍN, L.: «Patrones de consumo de alcohol en la Comunidad de Madrid». *Comunidad y Drogas*, 1987; 5/6: 39-62.
15. RITSON, B.; COMAS, D. y DÍAZ MANRIQUE, F. J. et al.: «Problemas relacionados con el consumo de alcohol». Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Servicios Sociales, 1989.
16. ALTISENT, R.; CÓRDOBA, R. y MARTÍN-MOROS, J. M.: «Criterios Operativos para la prevención del alcoholismo». *Med. Clín. (Barc.)* 1992; 99: 584-588.
17. FRANCO, D.; GIL, M. y GINER, J., et al.: «Actitudes y normas culturales ante la bebida. Resultados de una encuesta de esta población en la provincia de Sevilla». *Rev. Esp. Drogodep.* 1988; 13: 173-182.
18. Ministerio de Sanidad y Consumo: «Estudio de los hábitos alcohólicos en la población adulta española». Madrid, 1984.
19. GRIFFITH, E.: «¿Qué tratamiento da buenos resultados en los problemas de alcoholismo?». *British Medical Journal*, edic. esp. 1988; vol. III: 30-31.
20. GIL, M.; LACALLE, J. R.; NIETO, C. y VELASCO, A.: «Epidemiología de los problemas relacionados con el alcohol». *Revisión en Salud Pública*, 1989; 1: 133-158.
21. MENCEL, M.: «The Use of the Family APCAR in Screening for Family Dysfunction in a Family Practice Center». *The Journal of Family Practice*, 1987; 24: 394-398.
22. MAYFIELD, D.; MACLEOD, G.; HALL, P.: «The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument». *Am. J. Psychiat.* 1974; 131: 1121-1123.
23. O.M.S. 1981 *Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades y causas de defunción*.
24. DE LA REVILLA, L.: «Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud». En: *Monografías Clínicas en Atención Primaria*. Ediciones Doyma, 1988.
25. WALLACE, P.; CUTLER, S. y HAINES, A.: «Ensayo controlado aleatorizado de la intervención del médico general en pacientes que consumen alcohol en exceso». *B.M.J.*, 1988; 297: 633-68.
26. ALTISENT, R. y CÓRDOBA, R.: «Definición del consumo excesivo de alcohol y sus implicaciones». *Atención Primaria*, 1993; 11: 381-382.
27. ALTISENT, R.; CÓRDOBA, R. y MARTÍN-MOROS, J. M.: «Criterios operativos para la prevención del alcoholismo». *Med. Clín.* 1992; 99: 584-588.
28. National Health and Medical Research Council. *Is there a daily consumption of alcohol for men and woman: recommendations regarding responsible drinking behaviour*. Canberra. Australian Government Publishing Service, 1987.
29. ESPINAS, J.; SALLA, R. M.<sup>a</sup>; ALONSO, L. et al.: «Estudio de la Prevalencia del consumo de alcohol en la comarca del Baix Ebre (Tarragona)». *Atención Primaria*, 1989; 6: 56-60.
30. BRIDGEWATER, R.; LEIGH, S.; JAMES, OFW y POTTER, J. F.: «Consumo de alcohol y dependencia en los pacientes ancianos de una comunidad urbana». *B.M.J. Ed. Esp.* 1988; III: 74-75.

31. NORTON, R.; BATEY, R.; DWYER, T. y MAC MAHON, S.: «Consumo de alcohol y riesgo de cirrosis en la mujer». *B.M.J.* Ed. Esp. 1987; 11: 63-66.
32. RODÉS, J.; CABALLERÍA, J.; PARÉS, A., y cols.: «Alcoholismo». *SADEMI*. Edita Diputación Provincial de Jaén. 1988.
33. RODRÍGUEZ MARTOS DAUER, A.: «El consejo médico: prevención secundaria de los problemas relacionados con el consumo inadecuado de alcohol». *Atención Primaria*. 1984; 14: 896-904.
34. Red de Centros investigadores de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud en Atención Primaria. 1988.
35. WALLACE, P.; CREMONA, A. y ANDERSON, A. y ANDERSON, P.: «Safe limits of drinking: general practitioner's views». *Br. Med. J.*, 1985; 290: 1.875-1.876.
36. FRANKEL, G. y WHITEHEAD, P.: «Drinking and damage». En: *Theoretical advances and implications for prevention*. Nueva Jersey. Rutgers Center for Alcohol Studies. 1981; 33.
37. RODRÍGUEZ MARTOS DAUER, A.: «Papel de la atención primaria en el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol: motivación para el cambio». *Atención Primaria*, 1994; 14: 743-751.
39. BABOR, T. F.; GRANT, M.: *Project on identification and management of alcohol-related problems*. Report on Phase II. A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Geneva, Switzerland. World Health Organization, 1992.
40. PERSSON, J. y MAGNUSSON, P. H.: «Early intervention in patient with excessive consumption of alcohol: a controlled study». *Alcohol*, 1989; 6: 403-408.
41. AUBÀ LLAMBRICH, J. F.; FANDOS OLOMA, J. M.; HERNÁNDEZ ALONSO, A. R. y FORÉS GARCÍA, M. D.: «Valoración del registro de consumo de alcohol en la historia clínica de Atención Primaria». *Atención Primaria*, 1989; 6: 25-28.
42. DELGADO, A. M.; ALISENT, R.; GÓMEZ, C. y cols.: «Auditoría de la actuación ante el consumo de alcohol». *Atención Primaria*. 1993; 11: 170-173.
43. BRUCUERA, M.; GUAL, A.; RODÉS, J.: «Cribado del consumo excesivo de alcohol». *Med. Clín.*, 1994; 102: 85-92.
44. MATADELA TORRE, J.; MIGUEL, *Indicadores de salud: Elaboración de los indicadores propuestos para el seguimiento hacia la Salud para todos en la región Europea*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1990.
45. ANÓNIMO. «Sumario y resultados de un estudio comparativo sobre los problemas de alcohol y soluciones en España y Portugal». *Rev. Esp. Drogodep.*, 1990; 15: 55-59.
46. POLLY, E. BIJUR; MATTHEW KURZON y cols.: «Alcoholismo paterno, problemas de bebida y lesiones infantiles». *JAMA* (ed. esp.) 1993; 2: 103-110.