

## Estudio descriptivo del consumo de marihuana en un área básica de salud

**Objetivo.** Determinar la prevalencia del consumo de marihuana entre la población atendida en una zona básica de salud (ZBS) y establecer la relación con el consumo de otras sustancias.

**Diseño.** Estudio descriptivo, transversal.

**Emplazamiento.** Atención primaria (Área Básica de Salud Girona-4).

**Participantes.** Usuarios que pidieron cita en el centro para ser atendidos por su médico, con edades comprendidas entre 17 y 35 años. Cumplieron dichos criterios 467 personas. Período de estudio: entre enero de 1999 y diciembre de 2001.

**Intervenciones.** Encuesta anónima autocumplimentada por los participantes mientras permanecían en la sala de espera.

**Mediciones principales.** Edad, sexo, consumo de marihuana, alcohol, cocaína, heroína, anfetaminas y tabaco. Estadística: prueba de la  $\chi^2$ , test de la t de Student-Fisher y análisis de regresión logística. Para este último análisis, las variables de consumo se dicotomizaron en «no consumo» y «algún consumo».

**Resultados.** De los 467 encuestados, 98 (21%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 17,3-24,7) tuvieron contacto con la marihuana en alguna ocasión (52 en fines de semana, 32 de forma ocasional y 14 durante la semana). El 79% de los encuestados nunca consumió marihuana. La edad media de los consumidores fue inferior a la de los no consumidores (26 frente a 28,2 años;  $p < 0,0001$ ). Los varones consumieron más que las mujeres (el 32 frente al 13,2%;  $p < 0,000001$ ). El consumo de marihuana se asoció con un mayor consumo de alcohol, tabaco, cocaína y anfetaminas (tabla 1). Dicha asociación se mantuvo en el análisis de regresión logística (alcohol: *odds ratio* [OR] = 3,1; IC del 95%, 1,5-6,5; tabaco: OR = 4,7; IC del 95%, 2,6-8,4;

**TABLA 1. Relación entre el consumo de marihuana y otras sustancias**

		No consumo de marihuana n = 369 (79%)	Algún consumo de marihuana n = 98 (21%)	p
Alcohol	No	140 (37,9%)	12 (12,2%)	< 0,000001
	Sí	229 (62,1%)	86 (87,8%)	
Tabaco	No	239 (64,8%)	22 (22,4%)	< 0,000001
	Sí	130 (35,2%)	76 (77,6%)	
Cocaína	No	365 (98,9%)	66 (67,3%)	< 0,000001
	Sí	4 (1,1%)	32 (32,7%)	
Anfetaminas	No	367 (99,5%)	70 (71,4%)	< 0,000001
	Sí	2 (0,5%)	28 (28,6%)	

cocaína: OR = 5,2; IC del 95%, 1,25-21,7, y anfetaminas: OR = 11,1; IC del 95%, 1,7-73]. Se constató también la relación con el sexo masculino (OR = 1,9; IC del 95%, 1,13-3,5) y la edad (a menor edad, mayor consumo: OR = 0,4; IC del 95%, 0,25-0,78).

**Discusión y conclusiones.** La prevalencia de consumo de marihuana en este estudio se encuentra en un nivel intermedio respecto de la existente en otros países de nuestro entorno<sup>1</sup>. Una encuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>2</sup> puso de manifiesto una prevalencia del 31,9% en varones y del 16,9% en mujeres, similar a la nuestra. Swift et al<sup>3</sup> constataron que, del porcentaje total de consumidores (31,7%; IC del 95%, 27,7-35,7), un tercio cumplía criterios de dependencia y un 10% de abuso según criterios del DSM-IV. Aunque es aventurado extrapolar estos resultados a nuestro medio, no es descartable suponer que, dada la elevada prevalencia, haya también un alto porcentaje de dependencia y/o abuso, especialmente entre el 14,3% de personas que consumen marihuana durante la semana. La asociación entre consumo de marihuana y otras sustancias es concordante con la referida por otros autores<sup>4-6</sup>. En conclusión, el consumo de marihuana es, en nuestra ZBS, una realidad social de elevada prevalencia entre adultos jóvenes. En consecuencia, su detección debe convertirse en una actividad sistemática más realizada por el profesional de atención primaria, debido a que hay un alto riesgo de que muchos probablemente cumplan criterios de

abuso-dependencia<sup>3</sup>, y a su asociación con el consumo de otras sustancias también adictivas.

Yolanda Macau Pujol<sup>a</sup>,  
Noemí Moliné Vila<sup>a</sup>, Maia Planas  
Font<sup>a</sup>, José Cristóbal Buñuel  
Álvarez<sup>b</sup> y Grupo APOC<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Medicina de Familia y Comunitaria. Unitat Docent de Medicina de Família i Comunitaria de Girona. España. <sup>b</sup>Técnico de Salud. Servei d'Atenció Primària Girona Sud. Institut Català de la Salut. Girona. España. <sup>c</sup>Grupo APOC: Montserrat Mas, Roser Clot, Marc Pérez, Sara Díez, Montserrat Clot, Assumpció Alemany y Concepció Morera.

1. ESPAD. The European school survey project on alcohol and other drugs [accedido Jul 2005]. Disponible en: <http://www.espad.org/>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliar sobre consumo de drogas 2001 [accedido Sept 2005]. Disponible en: <http://www.msc.es/pnd/observa/pdf/domiciliaria2001.pdf>
3. Swift W, Hall W, Tesson M. Cannabis use and dependence among Australian adults: results from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Addiction*. 2001;96:737-48.
4. Monografía Cannabis. En: Bobes García J, Calafat Far A [accedido Jul 2005]. Disponible en: <http://www.infopsiquiatria.com/socidrogalcohol/cannabis.pdf>
5. Medina E, Kaempffer AM, Cornejo E. Tabaquismo en Santiago 1993-94. *Rev Med Chile*. 1995;123:652-8.
6. Van Etten ML, Anthony JC. Comparative epidemiology of initial drug opportunities and transitions to first use: marijuana, cocaine, hallucinogens and heroin. *Drug Alcohol Depend*. 1999; 54:117-25.

**Palabras clave:** Marihuana. Tabaco. Alcohol.

## Consultas de una población pediátrica rural, en un centro de salud, durante el horario de mañana

**Introducción.** Varios trabajos analizan la demanda en atención primaria pediátrica en el ámbito urbano<sup>1-3</sup>, pero pocos hacen referencia al medio rural.

**Objetivo.** Examinar la demanda de una población pediátrica durante un año en un centro de salud rural de Galicia.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal. De modo retrospectivo se analizaron todas las historias clínicas de la población pediátrica adscrita al centro, considerando las consultas y los problemas de salud anotados en la hoja de problemas. Se estudiaron las frecuencias absolutas y relativas de las diferentes variables consideradas.

**Emplazamiento.** Centro de Salud de A Fonsagrada. Fonsagrada es un municipio de montaña situado en la provincia de Lugo (Galicia). Demográficamente se caracteriza por el envejecimiento de su población, la dispersión geográfica y la baja natalidad. Cuenta con 4.952 habitantes, de los que 420 son menores de 14 años.

**Participantes.** Pacientes < 14 años que solicitaron atención durante el horario matutino, a lo largo de un año (de enero de 2004 a enero de 2005).

**Mediciones.** Se han registrado la fecha, la edad, el sexo, el tipo de consulta, el diagnóstico al alta, la derivación hospitalaria, la prescripción de antibióticos y el problema de salud (hoja de problemas). Los tipos de consulta se agruparon en las siguientes categorías: enfermedad aguda, control de salud, administrativa y control de enfermedad. Los pacientes se dividieron por edades en: menores de 1 año, niños de 1 a 6 años y niños de 7 a 14 años.

**Resultados.** Durante un año se registraron 991 consultas. La importancia de los diferentes tipos de consulta se muestra en la figura 1. Por edad, el 47% de la demanda co-

rrespondió a los niños de 1 a 6 años. El índice de frecuentación (número de consultas por paciente y año) fue de 11,8 para los menores de un año, de 3,5 para los niños de 1 a 6 años y de 1,1 para los mayores. En la distribución por sexos no hubo diferencias. En cuanto al tipo de demanda, los controles de salud suponen el 52% del total de consultas

para los menores de un año de edad, mientras que la proporción en los demás grupos etarios es menor (14-17%).

Por enfermedad aguda, los motivos de consulta más frecuentes fueron: los síntomas respiratorios (el 42% con respecto al total de consultas por enfermedad aguda), la fiebre (17%), el dolor (11%) y los síntomas digestivos (11%), seguidos por los síntomas dermatológicos (6%) y los traumatismos o accidentes (5%). Por edades, los motivos mantenían las proporciones, excepto para los traumatismos y los accidentes, que ocupan un claro cuarto puesto para los niños mayores y cuya importancia decrece mucho en los menores de 6 años. El llanto es un motivo de consulta destacado en los lactantes (el 12% en su grupo).

El diagnóstico más frecuente fue el de catarro de vías altas (32%), seguido por la amigdalitis (11%), la gastroenteritis aguda (8,4%), la viriasis (7%), la crisis de broncoespasmo (5%), la otitis media aguda (5,5%), los traumatismos (4%) y las dermatitis/ecemas (2,8%).

En cuanto al uso de antibióticos, en un 15,3% de los niños atendidos por enfermedad aguda se les recomendó un tratamiento antibiótico; las faringoamigdalitis (se trata al 43% de éstas) y las otitis (81%) fueron los diagnósticos que mayor prescripción, en cifras absolutas, generaron.

La derivación al hospital se aconsejó en el 2,5% de las consultas por enfermedad aguda. Las causas más frecuentes de derivación fueron la sospecha de abdomen agudo y la

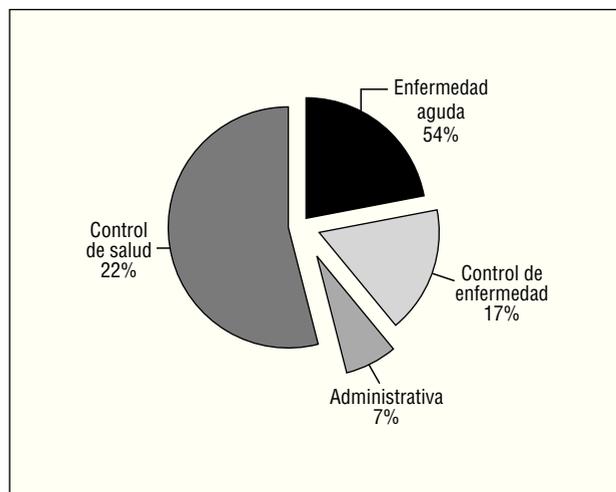


Figura 1. Distribución de los diferentes tipos de consulta en el horario de mañana.

sospecha de fractura o complicación en un traumatismo.

Las otitis agudas, las crisis asmáticas, el dolor abdominal y la fiebre prolongada fueron las causas que motivaron con mayor frecuencia un control de enfermedad por proceso agudo. En cuanto a los procesos crónicos, los problemas de salud más frecuentemente anotados en la hoja de problemas de la historia clínica fueron: obesidad, hipertrofia adenoidea, infección de orina con/sin reflujo vesicoureteral, retraso del inicio del lenguaje, asma, rinitis alérgica, dolor abdominal recurrente, escoliosis y patología de la pubertad.

**Discusión y conclusiones.** Diversos trabajos analizan la demanda pediátrica en un centro de salud<sup>1-3</sup>. La tendencia es similar en todos ellos, con un mayor peso de las consultas por enfermedad aguda con respecto a otros tipos de consulta. En nuestro medio también se observa el citado predominio, excepto en los menores de un año, en quienes los controles de salud fueron el principal motivo de consulta. Por enfermedad aguda, los diagnósticos más frecuentes son comparables con los encontrados en nuestra población: predominio de las infecciones respiratorias y catarro de vías altas, seguidas por las otitis media agudas y las faringoamigdalitis<sup>3,4</sup>. En cuanto a la antibioterapia, nuestro análisis muestra datos comparables, aunque con porcentajes algo inferiores a los comunicados por otros estudios<sup>5</sup>.

Es bien conocido que el número de consultas a los servicios de urgencia de pediatría hospitalarios es cada vez más elevado<sup>6</sup>. Las

**Palabras clave:** Atención primaria. Atención continuada. Pediatría. Centro de salud. Antibióticos.

cifras de derivación hospitalaria en el contexto de una enfermedad aguda pueden orientar, en cierto modo, sobre la eficacia de los equipos de atención primaria y centros de salud como «filtro» para la urgencia hospitalaria.

Los síntomas respiratorios, la fiebre y el dolor son los motivos más frecuentes de consulta por enfermedad aguda. Los niños menores de 6 años son los que generan mayor demanda.

Los controles de salud, así como los controles por una enfermedad o un problema de salud, son una parte importante del trabajo de la pediatría en atención primaria, hecho que ha de ser tenido en cuenta a la hora de planificar y organizar los recursos asistenciales.

Los equipos de atención primaria ofrecen una adecuada cobertura sanitaria y, además, contribuyen a mejorar la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios.

**Miguel Ángel San José González<sup>a</sup>  
y Pilar Méndez Fernández<sup>b</sup>**

Pediatría. SERGAS. Xerencia de Atención Primaria de Lugo. Lugo, España. <sup>a</sup>Centro de Salud de Fonsagrada. A Fonsagrada. Lugo, España. <sup>b</sup>Centro de Salud de Guitiriz. Lugo, España.

1. Durá Travé T, Gúrpide Ayarra N. Presión asistencial, frecuentación y morbilidad pediátrica en un centro de salud. Diferencias etarias y estacionales. *Aten Primaria*. 2001;27:244-9.
2. García Llop LA, Asensi Alcoverro A, Graña Juan C, Coll Mas P. Estudio de la demanda en atención primaria pediátrica. *An Esp Pediatr*. 1996;44:469-74.
3. Ras Vidal E, Noguera Vila I, Olivé Vilella M. Estudio de la demanda de consulta de urgencias en atención primaria pediátrica. *Aten Primaria*. 2004;34:381.
4. San José González MA, Méndez Fernández P, Basanta González D. Atención urgente de una población pediátrica rural en un punto de atención continuada. *Aten Primaria*. 2005;36:524-5.
5. Herranz Jordán B. Prescripción racional de antibióticos: teoría y realidad. En: AEPap, editor. *Curso de actualización pediatría 2003*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2003. p. 83-94.
6. Loscertales Abril M, Alonso Salas M, Cano Franco J, Charlo Molina T. Controversias en urgencias pediátricas en atención primaria y hospitalaria. *Vox Paediatrica*. 2004;12:7-14.

## ¿Es bueno el nivel de salud psicosocial de los profesores de educación secundaria?

**Introducción.** Los profesores de educación secundaria son un colectivo expuesto a presentar enfermedad psicosocial.

El objetivo del trabajo fue medir el nivel de salud psicosocial en el personal docente de educación secundaria de 12 centros públicos de la ciudad de Lleida mediante el cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28).

**Material y método.** Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo de prevalencia. La muestra se obtuvo a partir del personal docente en situación activa (n = 807) y que realizó voluntariamente un examen de salud (501 profesores, el 62,08% de la muestra), excluyéndose los que no realizaron dicho examen.

Contestaron 2 cuestionarios: el GHQ-28 y una entrevista personal. Se recogió información sobre 12 variables: edad, sexo, situación laboral, residencia, tipo de educación secundaria impartida, años de experiencia profesional, cargo de responsa-

bilidad en el centro, antecedentes de enfermedad psicológica, puntuación global y positividad del GHQ-28, estar en tratamiento antidepressivo y presencia de factores estresantes. Se realizó un análisis descriptivo y otro de regresión lineal múltiple con la totalidad de las variables.

**Resultados.** Se estudió a 279 mujeres (55,6%) y 222 varones (44,3%). La media de edad de la población examinada fue de 44 ± 8,3 años. Un 19,6% de la muestra estudiada presentó un test positivo (intervalo de confianza [IC] del 95%, 16,2-23,4%). La puntuación media para el GHQ-28 fue de 3,3 ± 4,7. En el análisis de regresión lineal múltiple, las variables explicativas fueron: el sexo, los antecedentes de enfermedad psicológica, estar en tratamiento antidepressivo y la falta de apoyo de los compañeros (tabla 1).

**Discusión.** En este estudio, un 19,6% de los profesores de secundaria presentó una puntuación en el GHQ-28 indicativa de enfermedad psicosocial. El GHQ-28 ha demostrado ser un buen instrumento de cribado de problemas psicosociales<sup>1</sup>. El punto de corte utilizado varía en la bibliografía en función de la especificidad y la sensibilidad buscadas. Una puntuación > 7/8 es indicativa de «caso probable», con una especificidad del 90% y una sensibilidad del 77%<sup>2</sup>.

Las limitaciones de este estudio son: el momento del curso en el cual se administra el cuestionario y los participantes en trata-

**Palabras clave:** Cuestionario de salud general de Goldberg. Problemas psicosociales. Prevalencia. Epidemiología.

**TABLA 1. Variables cualitativas asociadas a la positividad del GHQ-28**

Variable	Coficiente	EE	p
Sexo	1,29	0,38	< 0,0001
Antecedentes de enfermedad psicológica <sup>a</sup>			
Ansiedad	-1,46	0,68	< 0,0001
Ansiedad/depresión	2,87	0,78	< 0,0001
Sin antecedentes	-1,98	0,46	< 0,0001
Tratamiento farmacológico antidepressivo	3,04	0,87	< 0,0001
Apoyo social <sup>b</sup>			
Aceptable	-1,09	0,43	< 0,0001
Correcto	-2,36	0,39	< 0,0001
Constante	5,9	0,57	< 0,0001

GHQ-28: Cuestionario de Salud General de Goldberg; EE: error estimado; p: grado de significación para la prueba estadística de la  $\chi^2$ .

<sup>a</sup>Categoría de referencia: estrés.

<sup>b</sup>Categoría de referencia: insatisfactorio.

miento farmacológico por trastornos de salud mental.

Como en otros trabajos, resultan variables relacionadas con la enfermedad psicosocial: el sexo femenino y la falta de apoyo de los compañeros. Rajmil et al<sup>3</sup> estimaron que un 18,66% de mujeres presentó un probable trastorno mental en la población mayor de 14 años de Cataluña según el GHQ-12. En las relaciones interpersonales, Dunham<sup>4</sup> señaló que los docentes consideraban las relaciones laborales con los compañeros de trabajo una causa de estrés.

**Conclusiones.** Ser profesora de educación secundaria con percepción de escaso apoyo

laboral se asocia con un mayor riesgo de presentar enfermedad psicosocial: la detección precoz de estos casos es fundamental para evitar la progresión de la enfermedad mental y para favorecer la recuperación de la salud en un colectivo con gran repercusión social.

**Helena Galdeano Bonel<sup>a</sup>,  
Pere Godoy<sup>b</sup> e Inés Cruz Esteve<sup>c</sup>**

<sup>a</sup>Diplomada Universitaria en Enfermería. CAP Prat de la Riba. Institut Català de la Salut. Lleida. España. <sup>b</sup>Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Lleida. Lleida. España. <sup>c</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Doctora en Medicina. ABS Ronda. ICS. Lleida. España.

1. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1979;9:139-45.
2. De la Revilla L, De los Rios AM, Luna JD. Utilización del cuestionario de salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria.* 2004;33:417-22.
3. Rajmil L, Gispert Magarolas R, Roset Gamisans M, Muñoz Rodríguez PE, Segura Benedicto A. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gac Sanit.* 1998;12:153-9.
4. En: Travers J. El estrés de los profesores. La presión en la actividad docente. Barcelona: Paidós; 1999.