

¿Conocen las personas consultantes de nuestro centro de salud cuánto consumo de alcohol puede ser perjudicial para la salud?

F.E. Teruel González, A. Martínez Arandigoyen, J. Baleztena Gurra, C. Fuertes Goñi y M.D. García de la Noceda

Objetivos. a) Averiguar el conocimiento que tienen nuestros pacientes sobre el consumo excesivo de alcohol; b) comparar dicho conocimiento con el consumo habitual.

Diseño. Estudio descriptivo transversal, aleatorizado, mediante cuestionario, en el que se recogieron también los datos de consumo de las historias.

Emplazamiento. Atención primaria. Centro de Salud de Chantrea.

Participantes. Un total de 351 personas consultantes, mayores de 14 años.

Mediciones. Unidades de alcohol diarias que cada entrevistado considera límite perjudicial, y unidades de alcohol que figuran en sus historias como consumo habitual.

Resultados. Hay una buena percepción de los problemas asociados al consumo excesivo, especialmente entre las mujeres. En general, hay buen conocimiento sobre las cantidades de alcohol perjudiciales, incluyendo a los bebedores excesivos. Aunque en jóvenes la tendencia es elevar el límite por encima de lo recomendado, hemos encontrado en ellos un bajo consumo y un llamativo subregistro de éste. Al comparar el límite que cada persona establece como perjudicial y su consumo, se aprecia que, en general, se consume en relación a lo que se cree perjudicial, aunque el 10% de la muestra bebe por encima de los límites marcados por ellos mismos; el 80% de los bebedores de riesgo de la muestra están incluidos en este grupo.

Conclusiones. a) Parece necesario aumentar la información a los jóvenes sobre los límites perjudiciales; b) no detectamos bien el consumo de riesgo en jóvenes, por lo que es necesario preguntar sobre el consumo durante el fin de semana; c) los bebedores de riesgo conocen dónde están los límites del consumo perjudicial, pero consumen de forma incongruente con este conocimiento.

Palabras clave: Consumo de alcohol. Abuso de alcohol. Hábitos y creencias.

DO PEOPLE ATTENDING CLINICS AT OUR HEALTH CENTRE KNOW THE AMOUNT OF ALCOHOL CONSUMPTION THAT BECOMES DETRIMENTAL TO HEALTH?

Objectives. a) To evaluate our patients' knowledge of the effects of excess drinking; b) to compare this with their awareness of the effects of their day-to-day drinking habits.

Design. Descriptive, randomized, cross-sectional questionnaire-based study. Information on alcohol consumption was obtained from medical records.

Setting. Primary care center in Chantrea (Navarra province, northern Spain).

Participants. 351 persons older than 14 years who came to the health center.

Outcome measures. Number of units of alcohol consumed per day that participants considered harmful to health, and number of units consumed per day according to information in their medical record.

Results. Perception of problems associated with excess drinking was good, particularly among women. In general, the participants' awareness (including excess drinkers) of the amounts of alcohol that could damage their health was good. Although younger persons tended to identify as harmful to health limits that were above the recommended figures, we found that their consumption was low but was overrecorded. Comparison of the intakes that persons identified as harmful with the amounts of alcohol they actually consumed showed that the latter was generally related with the former, although in 10% of the participants, recorded intake was higher than the limit they identified as harmful. This group contained 80% of the drinkers in our sample who were considered at risk.

Conclusions. a) It appears necessary to increase the information given to young persons about harmful levels of alcohol intake; b) we found no clear evidence of risk drinking among younger persons; this will require questioning about their week-end drinking habits; c) risk drinkers know the limits of consumption that can damage their health, but their alcohol consumption is incongruent with this knowledge.

Key words: Alcohol consumption. Alcohol abuse. Habits and beliefs.

English version available at

www.atencionprimaria.com/62.135

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 457)

Centro de Salud de Chantrea. Pamplona. España.

Correspondencia:
Francisco E. Teruel González.
C/ Itaroa, 48.
31620 Gorraiz-Egüés. Navarra.
España.
Correo electrónico:
pacotg@wanadoo.es

Manuscrito recibido el 17 de febrero de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 26 de mayo de 2003.

Introducción

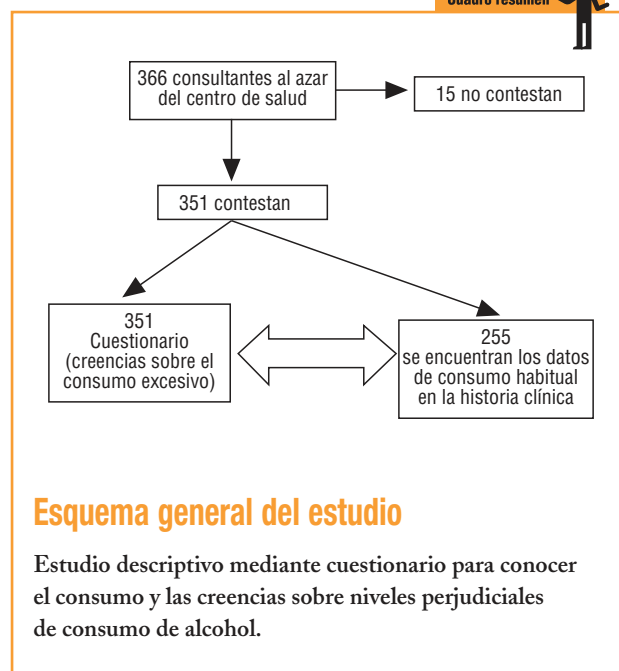
Actualmente se estima que el alcohol es responsable de un importante número de años potenciales de vida perdidos¹. Sin embargo, definir lo que es una cantidad excesiva de consumo de alcohol es complejo, ya que es diferente para cada persona. No hay, por tanto, una cifra mágica para el valor límite de consumo perjudicial de alcohol². Las cifras admitidas actualmente son variables, pero no difieren mucho en general. En nuestro estudio hemos adoptado los criterios indicados por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) para el diagnóstico de bebedor de riesgo por estar claramente definidos³. Numerosos estudios demuestran un descenso en el consumo de alcohol tras la aplicación de medidas informativas y de educación⁴⁻⁸: si las personas que saben dónde está el límite del consumo de riesgo beben menos alcohol, como medida de prevención primaria se debe insistir en la información que se da a la población sobre los niveles nocivos de ingesta de alcohol; si, por otro lado, las personas que beben en exceso lo hacen a pesar de saber que su ingesta es nociva, en estos casos, cuando se apliquen las intervenciones breves, se debe insistir en otros aspectos (p. ej., motivación, concienciación y educación) como medidas de prevención secundaria. Por tanto, se plantea la siguiente cuestión: ¿saben las personas la cantidad de alcohol a partir de la cual el consumo puede ser perjudicial para la salud? Existen algunos estudios sobre hábitos de consumo de alcohol en poblaciones consultantes de centros de salud, y hemos encontrado algunos trabajos en el medio anglosajón sobre la percepción de la población general en cuanto a los niveles de riesgo relacionados con el consumo de alcohol⁹, pero no hemos encontrado ninguno que analice el conocimiento que tienen las personas que acuden a nuestras consultas de atención primaria sobre el límite de consumo de alcohol a partir del cual éste podría ser perjudicial para la salud, y sobre cuáles son los efectos negativos que un consumo excesivo conlleva. Los objetivos de este estudio son: a) averiguar el conocimiento que tienen nuestros pacientes sobre el límite de consumo excesivo de alcohol establecido y los problemas que dicho consumo puede ocasionar para la salud, y b) comprobar si existe relación entre el grado de conocimiento y el hábito de consumo de alcohol registrado en la historia clínica del centro de salud.

Material y métodos

El estudio se llevó a cabo en la población consultante adulta que acude a alguna de las 12 consultas de medicina de familia del Centro de Salud de Chantrea (Pamplona), que atiende a 18.700 habitantes mayores de 14 años de un nivel socioeconómico medio-bajo. Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante

Material y métodos

Cuadro resumen



cuestionario autoadministrado (anexo 1) en una muestra aleatoria de la población consultante de Chantrea. Además, se obtuvo el dato del consumo registrado en la historia clínica de esas mismas personas. Para que la muestra fuera lo más representativa posible, se seleccionaron 11 días aleatorios en el trimestre que duró el estudio; éste ha sido considerado en publicaciones previas un método de muestreo adecuado en atención primaria¹⁰. La encuesta se realizó en el cuarto trimestre del año 2000. El tamaño muestral se calculó según la fórmula siguiente:

$$n = k \cdot (p)(1 - p)/e^2$$

siendo $k = 1,96$, $p = 0,5$ y $e = 0,05$; el tamaño de la muestra resultó de 366 personas. Según ello, había que encuestar a 33 personas por día. Durante 6 días se encuestaron a las personas que estaban en la sala de espera de los médicos del centro de salud (2 médicos por día, elegidos de forma aleatoria para cada día), y durante 5 días más en la sala de espera de una consulta a la que acudían pacientes de todos los médicos que solicitaban cita para ese día y no tenían ya vez en la consulta de su médico. Dos personas del equipo investigador fueron entregando los cuestionarios y bolígrafos en las salas de espera donde los pacientes los rellenaban, y se encargaron también de recogerlos y solucionar las dudas suscitadas. Aunque no se preguntaba sobre los datos personales, se obtenía y anotaba en la hoja de recogida de datos la hora a la que tenía cita cada paciente para poder identificarlo luego en el listado de consultantes de ese día y poder encontrar los datos registrados en la historia clínica sobre consumo de alcohol. Antes de comenzar el estudio se hizo una prueba piloto para detectar los posibles problemas que pudieran plantear el cuestionario y la reacción de los encuestados. Tras la prueba piloto, el apartado de «Problemas de salud relacionados con consumo excesivo de alcohol», inicialmente formulada como pregunta abierta, se sustituyó por una pregunta cerrada con 16 problemas concretos: los contestados más frecuentemente en los cuestionarios de la prueba piloto y algunos añadidos por los investigadores, incluidos

algunos problemas que no tenían relación con el consumo de alcohol y que permitieran comprobar si se contestaba bien el cuestionario o se cruceaba todo.

Para establecer la consistencia interna de la encuesta, en el cuestionario se proponen dos preguntas que hacen referencia a la afección hepática a causa del consumo excesivo de alcohol (en el apartado de «problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol» y en la última pregunta). Al analizar la concordancia entre las contestaciones a estas dos preguntas se encontró un índice kappa de 0,98.

Las variables analizadas fueron: edad en años; sexo (varón o mujer); 16 problemas de salud, algunos relacionados con el consumo excesivo de alcohol y otros no (anexo 1); la cantidad de bebidas alcohólicas especificadas al día y a la semana que cada persona consideró como límite a partir del cual un consumo continuado sería perjudicial para su salud y, por último, el hábito de consumo que constaba en la historia clínica (sólo si estaba bien registrado como cantidad de una bebida concreta, o gramos de alcohol, por unidad de tiempo), aunque no estuviese actualizado.

Aunque se recabaron datos sobre la situación laboral y la condición de ser o no conductor, y se obtuvo el dato de la frecuentación de la historia clínica, estas variables no se han tenido en cuenta en los resultados, ya que en los análisis preliminares demostraron estar muy influidos por la edad y el sexo. Para comparar el límite de riesgo considerado por cada persona con un límite estándar recomendado se utilizó el de la semFYC³, que es de 280 g/semana en varones y 168 g/semana en mujeres no embarazadas, o el equivalente diario (4 U/día en varones y 2,4 U/día en mujeres). No incluimos el criterio complementario de «ingesta de 50 g en 24 h al menos una vez al mes» por no complicar excesivamente el cuestionario. Para convertir la cantidad de bebidas en gramos de alcohol se utilizaron las siguientes equivalencias: 1 unidad de bebida estándar (UBE) = 2 cervezas de 100 ml = un vaso de vino de 100 ml = 1/2 copa de licor, combinados o whisky

(25 ml); consideramos la UBE como 10 g de alcohol por ser la equivalencia que mejor se adapta a nuestro medio^{11,12}.

Para la ordenación de los datos se realizó una base de datos con Access. El análisis estadístico se hizo con el programa EpiInfo y EpiTable utilizando los siguientes análisis estadísticos: ANOVA y la t de Student para la comparación de medias, y la prueba de la χ^2 para la comparación de variables cualitativas.

Resultados

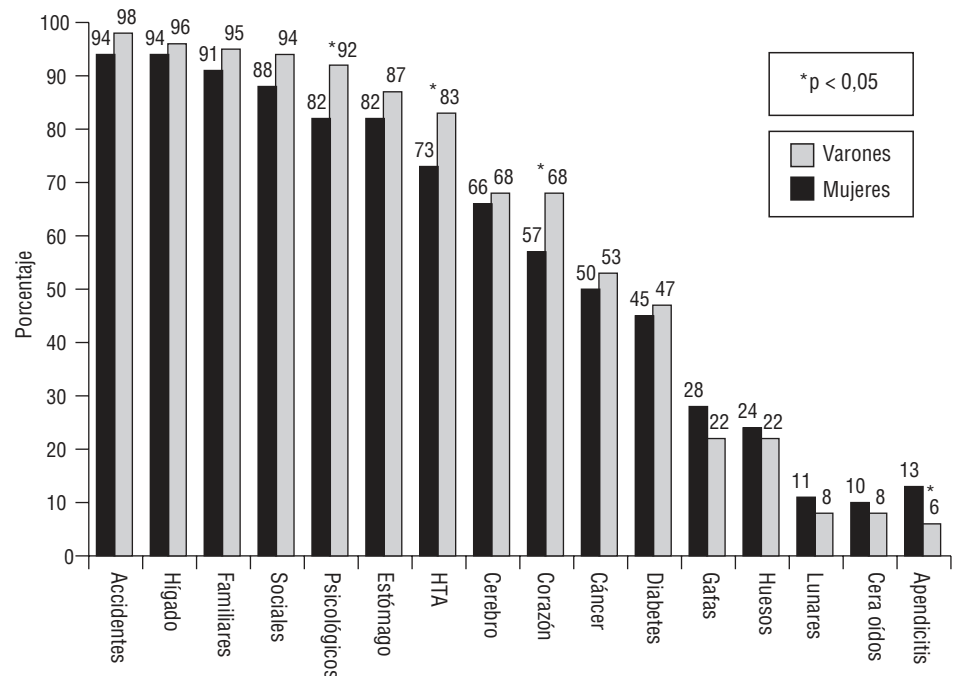
No contestaron la encuesta 15 personas por los siguientes motivos: falta de tiempo, presentar una patología aguda incapacitante y desinterés en el estudio. De las 351 personas que contestaron, se localizaron las historias en el centro de salud de 318, no se encontraron las historias de 2 pacientes, y 31 personas no pertenecían al centro. El hábito de consumo estaba bien recogido en 255 de las 318 historias, en 21 historias estaba recogido con deficiencias y en 42 no constaba. De las historias en las que no figura de forma correcta el consumo (63), un 68% corresponde a personas entre 15 y 34 años de edad. De las 351 personas que contestaron la encuesta, el 39,9% son varones y el 60,1%, mujeres. La edad media $\pm$ desviación estándar (DE) es $49,8 \pm 18,4$ años, sin diferencias significativas entre ambos sexos.

Conocimiento sobre los problemas producidos por un consumo excesivo de alcohol

En la figura 1 puede apreciarse la proporción de respuestas afirmativas a la pregunta «señale los problemas que crea que están producidos por el consumo excesivo de alcohol».

FIGURA 1

Respuestas afirmativas (%) a los problemas que pueden estar producidos por el consumo excesivo de alcohol, según el sexo.



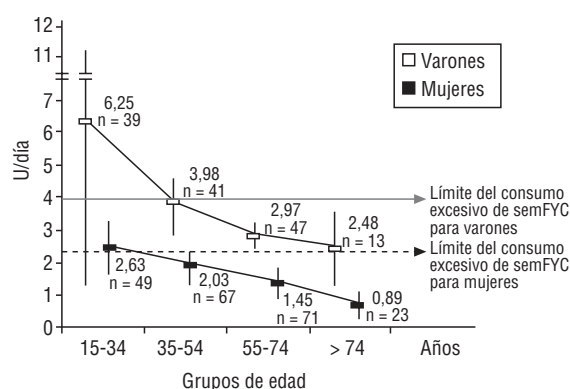


FIGURA 2

Límites del consumo de alcohol perjudicial para la salud definidos por la muestra, según el sexo y la edad. Valores medios en U/día con su IC del 95%.

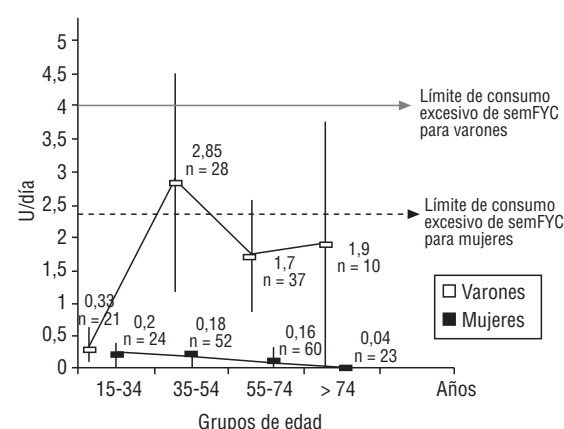


FIGURA 3

Distribución por sexos y edades del consumo medio de alcohol registrado en la historia clínica (U/día de alcohol, con IC del 95%).

Casi la totalidad de los encuestados (98%) respondió de modo afirmativo a alguno de los problemas claramente relacionados con el consumo excesivo de alcohol; sin embargo, un 32% de los encuestados respondieron de manera afirmativa a alguno de los problemas que claramente no están relacionados con ello. Este grupo no difiere del resto de la muestra respecto al sexo ni respecto al consumo de alcohol, pero tiene una edad media significativamente mayor ($60,6 \pm 16,1$ frente a $44,7 \pm 17,2$ años; $p < 0,001$).

Opinión sobre el límite de consumo de alcohol perjudicial para la salud (LAPS)

Se presenta separadamente para los varones y las mujeres, y por grupos de edad, en la figura 2.

Concordancia entre el límite de consumo perjudicial para la salud al día y a la semana

Para comprobar si el conocimiento sobre el límite perjudicial diario es similar al semanal se analizó la concordancia mediante el índice kappa, y éste resultó de 0,69 (se consideraron 2 grupos tanto para el consumo diario como para el semanal: uno definido por las personas que establecieron el LAPS menor que el valor de la semFYC o coincidiendo con él; y otro definido por las personas que establecieron el LAPS mayor que el valor de la semFYC). En el análisis de los límites semanales se han encontrado resultados equiparables a los descritos para los límites diarios.

Descripción del consumo de alcohol de la muestra (fig. 3)

El consumo medio de los 255 encuestados que tenían el dato bien recogido en sus historias es 0,76 U/día (DE = 2,01).

Perfil del bebedor excesivo o de riesgo

Hay 14 personas (14/255 [5,4%]) que beben en exceso: 13 varones y una mujer (14 y 1%, respectivamente), con una edad media de 55 años (intervalo de confianza [IC] del 95%, 29-81). No hay diferencias con el resto de la muestra respecto a la edad, ni en la estimación del LAPS (los 13 varones establecen la media de LAPS en 3,73 U/día; DE = 2,24). Respecto a los problemas que pueden estar producidos por el consumo excesivo, los bebedores de riesgo han respondido de forma similar al resto de la muestra, excepto en los accidentes, las hepatopatías, los problemas familiares y las cardiopatías, en las que han contestado de forma afirmativa en un porcentaje significativamente inferior (85, 78, 71 y 35%, respectivamente).

Comparación del consumo de alcohol según el «grado de conocimiento»

Se han hecho 2 grupos según la posición del límite considerado por los encuestados (LAPS) respecto al límite estándar:

- Los que establecen su LAPS igual o menor que el de la semFYC («conocedores»): 269/351 (76%).
- Los que establecen su LAPS mayor que el de la semFYC («desconocedores»): 82/351 (24%).

Las características y el consumo de alcohol de cada grupo figuran en la tabla 1.

Congruencia personal

Se ha relacionado lo que cada persona consume (según el dato que figura en su historia) con lo que considera el límite perjudicial diario de consumo. El 10% (26/255) consume más de lo que ellos mismos consideran LAPS (les hemos denominado «incongruentes») y el 90% (229/255) consume igual o menos de lo que considera LAPS («congruentes»). Las características y el consumo de alcohol de

cada grupo figuran en la tabla 2. Como se observa en la tabla, los «incongruentes» tienen un claro predominio de varones, consumen más alcohol que los «congruentes» independientemente del sexo, y la mayor parte de los bebedores excesivos están incluidos en este grupo. Los «incongruentes» han respondido de forma similar a los «congruentes» a la pregunta sobre los problemas producidos por el consumo excesivo.

Discusión

El estudio se basa en una encuesta autocumplimentada con el posible sesgo de no haberse entendido correctamente las preguntas, que pudo ser minimizado ya que los administradores del cuestionario ayudaban a aclarar dudas. Ello favoreció la correcta cumplimentación y conllevó un alto grado de respuesta (96%). Para comprobar la fiabilidad del cuestionario se introdujo una misma pregunta de dos formas, con una elevada concordancia de respuesta a estas dos preguntas ($\kappa = 0,98$). También es de destacar el alto grado de correcta cumplimentación del registro del hábito alcohólico en la historia clínica (80%), si bien es cierto que se consideró el hábito alcohólico registrado, sin tener en cuenta si estaba actualizado. Esto supone también una limitación en la validez de las conclusiones.

Respecto al conocimiento sobre los problemas que puede producir el alcohol

Prácticamente todos los encuestados (98%) creen que el consumo excesivo puede producir alguno de los problemas sugeridos. Las mujeres, en general, tienen mejor conocimiento sobre ello. Hay ciertos problemas de salud que han sido relacionados con el consumo excesivo por más del 70% de los encuestados, mientras que otras enfermedades, como las cerebrales, las cardíacas o el cáncer, sólo han sido relacionadas por algo más de la mitad de los encuestados. Por otro lado, hay un 32% que cree además que el consumo excesivo de alcohol puede producir alguna de las enfermedades que realmente no están relacionadas con el mismo. Este grupo tiene una media de edad superior al resto, lo que puede indicarnos que las personas mayores tienden a atribuir al consumo excesivo de alcohol más problemas de los que realmente ocasiona.

En general, hay un buen «conocimiento» del límite de consumo de alcohol perjudicial para la salud (el 76% establece el LAPS como el de la semFYC o menor). Sin embargo, el grupo de varones menores de 35 años presenta un desconocimiento importante. En la tabla 2 se aprecia que los que están más desinformados son personas más jóvenes y también consumen más (1,28 frente a 0,63 U/día). Todo ello debe servir de estímulo para realizar una labor preventiva basada en la educación para la salud, insistiendo en la información sobre los límites perjudiciales, y recomendar un consumo bajo de alcohol a la población consultante del centro de salud, especialmente a los varones jóvenes. No se

incluyó en el cuestionario ninguna pregunta relativa al consumo concentrado en días concretos, como los fines de semana, y posiblemente este dato habría sido útil para analizar las creencias sobre el consumo en personas jóvenes.

Aunque el objetivo del trabajo no era analizar el consumo de los encuestados, llama la atención que en el grupo de 15 a 34 años el consumo sea significativamente menor

TABLA 1 Características de los grupos de «conocedores» y «desconocedores» de los límites de consumo perjudicial para la salud de la semFYC

	Sexo (n y %)	Edad (media y DE)	Consumo medio de alcohol U/día	Bebedores excesivos (%)
Conocedores (LAPS $\leq$ semFYC) n = 269	Mujeres: 167 (62%) Varones: 102 (38%)	51,8 años (DE = 18,1)	0,63 U/día (DE = 1,93) n = 204	4,4% (9/204)
Desconocedores (LAPS > semFYC) n = 82	Mujeres: 44 (54%) Varones: 38 (46%)	44 años (DE = 17)	1,28 U/día (DE = 2,25) n = 51	9,8% (5/51)
	p = 0,2	p = 0,001	p = 0,04	p = 0,2

LAPS: límite de consumo de alcohol perjudicial para la salud según los encuestados.

TABLA 2 Características de los grupos «congruentes» e «incongruentes» en el consumo de alcohol respecto a su «propio LAPS»

	Edad (media y DE)	Distribución por sexo (n y %)	Consumo medio según sexo U/día (DE)		Bebedores excesivos (%)
			Mujeres	Varones	
Congruentes (consumo $\leq$ LAPS) n = 229	53 años (DE = 17,9)	Mujeres: 151 (66%) Varones: 78 (34%)	0,12 U/día (DE = 0,59) n = 151	0,76 U/día (DE = 1,23) n = 78	1,3% (3/229)
Incongruentes (consumo > LAPS) n = 26	54 años (DE = 16)	Mujeres: 8 (31%) Varones: 18 (69%)	0,86 U/día (DE = 0,5) n = 8	6,08 U/día (DE = 4,19) n = 18	42% (11/26)
	p = 0,7	p = 0,0001	p = 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001

LAPS: límite de consumo de alcohol perjudicial para la salud según los encuestados.

Discusión
Cuadro resumen


Lo conocido sobre el tema

- El alcohol es perjudicial para la salud si se sobrepasa un límite.
- Los problemas que más se asocian con un consumo excesivo de alcohol son: accidentes, enfermedades hepáticas y problemas sociofamiliares.
- Entre las actividades preventivas que se realizan por parte de los equipos de atención primaria se incluye el consejo sobre el consumo de alcohol.

Qué aporta este estudio

- La población consultante del centro de salud cree que el límite de la cantidad de alcohol que puede ser perjudicial para la salud es más bajo que el que realmente establece la semFYC.
- Las personas mayores consultantes del centro de salud tienden a atribuir más problemas que los que realmente ocasiona el consumo excesivo de alcohol.
- Los jóvenes consultantes tienen peor conocimiento del límite establecido de alcohol perjudicial para la salud.

que en el resto. Es conocido que en edades escolares el consumo de alcohol se centra en determinados días de la semana y que a estas edades se tiene un gran desconocimiento sobre los efectos del alcohol¹³. En Navarra, aproximadamente el 30% de los jóvenes apenas bebe y un 60% sólo consume alcohol los fines de semana¹⁴. Aunque el consumo medio diario en los jóvenes pueda ser menor que en otras edades, el riesgo que supone este patrón de consumo es alto, especialmente en lo que se refiere a accidentes de tráfico. Sobre este aspecto es importante señalar el bajo registro del consumo en personas jóvenes que hemos encontrado en nuestras historias (el 68% de las 63 historias en las que no consta o está mal recogido el dato eran de personas de 15 a 35 años). Convendría insistir en nuestros centros de salud en registrar y cuantificar este patrón de consumo, especialmente en las personas jóvenes, así como actualizarlo cada 2 años tal como recomienda el PAPPs, recordando que la ingesta de 50 g de alcohol en 24 h, al menos una vez al mes, se considera también un consumo de riesgo.

En nuestra muestra hemos encontrado un 5,4% de bebedores excesivos, un 14% en varones y un 1% en mujeres (proporción algo menor de lo esperado^{11,15}: 15-20% en varones y 2-5% en mujeres) con el siguiente perfil: varón de más de 30 años de edad, que conoce los problemas derivados del

consumo excesivo de alcohol, aunque infravalora los efectos de éste sobre algunos problemas importantes de salud.

En cuanto a la congruencia entre las creencias y el consumo real, en general las personas consultantes tienen un consumo real concordante con lo que ellas mismas establecen como LAPS. Sin embargo, el 10% consume más de lo que ellos mismos consideran excesivo; son sobre todo varones, y la mayor parte (80%) de los bebedores excesivos están incluidos en este grupo. Por otro lado, el LAPS medio que establece el bebedor excesivo es inferior al recomendado por la semFYC. Todo ello parece indicar (con la limitación que supone no tener actualizados los datos del consumo) que el bebedor excesivo «sabe» dónde está el límite de lo perjudicial. Por otro lado, parece que infravalora los efectos del consumo excesivo sobre ciertas enfermedades. En este grupo sería discutible la utilidad de aportar más información sobre los límites perjudiciales de consumo de alcohol, ya que estos individuos consumen por encima de los límites que ellos mismos consideran perjudiciales aunque no sean conscientes de ello. Es importante concienciar al bebedor excesivo de su incongruencia, siempre evitando los enfoques culpabilizadores. Parece conveniente también informarles sobre las consecuencias del consumo excesivo, especialmente respecto a los accidentes, los problemas familiares, las enfermedades cardíacas y hepáticas, estas últimas apoyándose en datos analíticos si fuera el caso.

Podría investigarse en posteriores trabajos si las personas «incongruentes» que no son bebedores excesivos tienen más riesgo que los «congruentes» de tener más adelante un consumo excesivo, ya que la gran mayoría de los bebedores excesivos está en el grupo de los incongruentes. Si el ser «incongruente» fuera un marcador de riesgo o un paso previo al consumo excesivo se podrían plantear medidas de intervención en este grupo para evitar el paso al consumo de riesgo, realizando una importante labor de prevención primaria. Serían necesarios más estudios en este sentido.

Conclusiones

1. Existe un buen conocimiento, en general, sobre los límites de consumo de alcohol perjudicial para la salud y las consecuencias del consumo excesivo, sobre todo en mujeres, aunque hay cierto desconocimiento sobre la asociación entre el consumo excesivo de alcohol y las enfermedades cerebrales, las cardíacas o el cáncer.

2. Los varones jóvenes tienden a establecer el LAPS por encima de lo recomendado. Ya que el bajo consumo encontrado en este grupo puede estar condicionado por un subregistro del hábito de consumo en edades jóvenes, debemos insistir en la necesidad de preguntar a los jóvenes tanto sobre su consumo habitual como sobre el esporádico, e informarles de los límites y las consecuencias del consumo de riesgo.

3. Los bebedores excesivos de nuestra muestra establecen el límite de consumo diario de alcohol perjudicial por debajo de lo recomendado por la semFYC, por lo que el consumo excesivo no parece relacionado con la falta de información sobre la cantidad perjudicial para la salud, y son necesarias otras medidas como la concienciación.

Bibliografía

1. Plan nacional sobre drogas. El profesional de atención primaria de salud ante los problemas derivados del consumo de alcohol. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1994.
2. Santos JM, Lapetra J. Alcohol: beneficio o riesgo. ¿A partir de cuánto? FMC 1995;2:220-4.
3. Grupo de trabajo de Alcohol de la SemFYC. Recomendaciones SemFYC nº. 10. Alcohol. Barcelona: EDIDE, 2000.
4. Kishchuk N, Peters C, Towers AM, Sylvestre M, Bourgault C, Richard L. Formative and effectiveness evaluation of a worksite program promoting healthy alcohol consumption. Am J Health Promot 1994;8:353-62.
5. Baer JS, Marlatt GA, Kivlahan DR, Formme K, Larimer ME, Williams E. An experimental test of three methods of alcohol risk reduction with young adults. J Consult Clin Psychol 1992;60:974-9.
6. Kivlahan DR, Marlatt GA, Formme K, Coppel DB, Williams E. Secondary prevention with college drinkers: evaluation of an alcohol skills training program. J Consult Clin Psychol 1990; 58:805-10.
7. Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. BMJ 1988;297:663-8.
8. Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, et al. Alcohol Policy and the public good. Oxford: Oxford University Press, 1994.
9. Hall W, Flaherty B, Homel P. The public perception of the risks and benefits of alcohol consumption. Australian J Public Health 1992;16:38-42.
10. López A, Esnaola S, Guinea J, Gómez MC. Limitaciones del muestreo en estudios de atención primaria: comparación de cuatro diseños muestrales. Gac Sanit 1992;6:19-24.
11. Gual A, Colom J. Alcohol, consejo médico y promoción de la salud desde la atención primaria. Jano 1998;1241:40-6.
12. Rodríguez-Martos A, Gual A, Llopis J. La «unidad de bebida estándar» como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. Med Clin (Barc) 1999; 112:446-50.
13. López J, Antolín N, Barceló M, Pérez, Ballesteros A, García A. Consumo de alcohol en los escolares de un área de salud. Hábitos y creencias. Aten Primaria 2001;27:159-65.
14. Encuesta de salud 2000. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.
15. Grupos de expertos del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Abuso de alcohol. Disponible en: www.papps.org/prevencción/Estilo-Vida/p86.htm

COMENTARIO EDITORIAL

¿Es posible definir los límites no nocivos del consumo de alcohol?

E. Revuelta Muñoz^a y P. Godoy García^b

^aMédico de Familia, ABS Pla d'Urgell. Lleida. España. ^bFacultad de Medicina, Universidad de Lleida. Lleida. España.

El consumo de alcohol está ampliamente permitido, extendido y tolerado en nuestro entorno. En el mundo industrializado los trastornos derivados del mismo se han convertido en un problema de salud de gran relevancia, que genera múltiples y muy diversas líneas de investigación y que conlleva un interés creciente por hallar políticas eficaces de actuación.

Asimismo, existe un interés social por conocer los aspectos de salud relacionados con el consumo de alcohol, tanto beneficiosos como nocivos. A pesar de la idea, ampliamente extendida entre la población, de que el consumo moderado de alcohol puede producir efectos beneficiosos sobre la salud, sobre todo cardiovasculares^{1,2}, existe también un

Puntos clave

- Los estudios sobre los conocimientos que tiene la población acerca de los límites no nocivos del consumo de alcohol y los daños que dicho consumo genera ayudan a aumentar la eficacia del consejo breve.
- Es importante incrementar, mejorar la calidad y actualizar el registro del consumo de alcohol en las consultas de atención primaria.

mayor conocimiento y sensibilización sobre los riesgos que supone para la salud un consumo abusivo. Esto es compatible con el hallazgo de un descenso del consumo de alcohol en nuestro país, tanto del excesivo como del diario, y de las intoxicaciones etílicas, mientras que, por otro lado, parece existir un discreto aumento de la prevalencia del bebedor moderado y ligero³.

La percepción del riesgo que supone el consumo de alcohol es menor en los varones, las personas jóvenes y los bebedores de riesgo³. Este hecho también coincide con los resultados encontrados entre los usuarios de un centro de atención primaria en el estudio de Teruel et al⁴, que se publica en este mismo número de ATENCIÓN PRIMARIA. En general, se percibe un mayor peligro y hay más rechazo hacia las conductas de consumo diario que hacia los hábitos de consumo de fin de semana, frecuentemente banalizados por la población³.

Para determinar el tipo de medidas preventivas que serán realmente eficaces en atención primaria, resultan interesantes los estudios sobre los conocimientos que tienen los usuarios de qué niveles de consumo de alcohol son nocivos y de cuáles son los daños que produce el exceso de alcohol sobre la salud.

Asimismo, frecuentemente se ha encontrado que existe una infravaloración o un incorrecto registro en la historia clínica de los hábitos de consumo de alcohol (tipo, frecuencia, cantidad), hechos que podrían estar relacionados con la aún excesiva aceptación, incluso entre los propios profesionales sanitarios, del alcohol como parte de nuestra cultura y modo de vida. En este sentido, los datos obtenidos por Teruel et al muestran un registro superior al encontrado en otras zonas geográficas, aunque igualmente incompleto y poco actualizado⁵. Es necesario insistir en la importancia de una buena recogida de datos sobre el consumo de alcohol entre los profesionales de atención primaria, tanto para la correcta valoración del peso del problema en nuestro país como para detectar los grupos de riesgo sobre los que se puede incidir específicamente.

Por otro lado, la población parece conocer los límites del consumo diario, pero banaliza el riesgo del abuso puntual; sabe que el exceso de alcohol es nocivo, pero de manera parcial y superficial. Tal vez las líneas de actuación deberían ir encaminadas a marcar más claramente todos los límites y a transmitir cuáles son los peligros reales.

El problema podría ser que, a diferencia del tabaco y otros tóxicos, el mensaje que transmitimos en el caso del consumo de alcohol no es lo suficientemente claro, ya que, por un lado, continuamente hay noticias contradictorias que hablan de los beneficios del consumo moderado de alcohol y, por otro lado, los profesionales no promovemos abiertamente la abstinencia sino la reducción del consumo, dejando así la puerta abierta a interpretaciones subjetivas, a autoengaños o justificaciones.

Pero esto quizá se deba a que tampoco los profesionales tenemos claras las líneas de actuación. Por una parte, numerosos estudios han encontrado mayor número de bebedores excesivos en poblaciones donde se consume habitualmente más alcohol⁶. Por otro parte, hay estudios que hablan del beneficio del consumo moderado respecto a la abstinencia en cuanto a patología cardiovascular^{1,2}. ¿Hacia dónde debemos enfocar nuestra actuación profesional? ¿Es correcto recomendar la abstinencia cuando un bebedor moderado puede beneficiarse de su consumo de alcohol? Pero, por otro lado, al recomendar sólo una reducción del consumo, ¿no estamos dejando poco clara la importancia del problema y abriendo paso a justificaciones subjetivas, más cuando sabemos que, en este tipo de problemas, la autopercepción del umbral de riesgo es tan baja?

En este contexto es donde cada vez adquieren más relevancia los estudios sobre los conocimientos y las actitudes que tienen los usuarios respecto a los niveles nocivos de consumo de alcohol y a los daños que genera en la salud un consumo excesivo. En el estudio de Teruel et al se pone de manifiesto que hasta un 24% de los usuarios del centro donde se realiza el estudio (frecuentemente los más jóvenes) desconoce los límites nocivos de consumo y que un porcentaje importante de la población aún no tiene claras las consecuencias que puede generar este hábito.

La eficacia del consejo breve como medida de prevención desde la atención primaria está claramente establecida⁷. Conocer en profundidad nuestras carencias y las de la población es el camino para mejorarlo y aumentar su eficacia.

Bibliografía

- Ogborne AC, Smart RG. Public opinion on the health benefits of moderate drinking: results from a Canadian National Population Health survey. *Addiction* 2001;96:641-9.
- Hall W. Changes in the public perceptions of the health benefits of alcohol use, 1989 to 1994. *Aust N Z J Public Health* 1996;20:93-5.
- Sánchez Pardo L. Consumo alcohólico en la población española. *Adicciones* 2002;14(Supl 1):79-97.
- Teruel González FE, Martínez Arandigoyen A, Baleztena Gurrea J, Fuentes Goñi C, García de la Noceda MD. ¿Conocen las personas consultantes de nuestro centro de salud cuánto consumo de alcohol puede ser perjudicial para la salud? *Aten Primaria* 2003;32.
- Brugulat P, Mercader M, Seculi E. La práctica de actividades preventivas en la atención primaria y los objetivos del Plan de Salud de Cataluña 1993-1995. *Aten Primaria* 1998;22:334-9.
- Rodríguez-Artalejo F, De Andrés Manzano B, Guallar-Castillon P, Banegas Banegas JR, Del Rey Calero J. Association of moderate consumption of alcohol with rates of heavy drinking and abstinence in Spain. *Alcohol Clin Exp Res* 1999;23:1502-6.
- Fernández García JA, Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA, Campos Sánchez L, Lora Cerezo N, Martínez de la Iglesia J. Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria. *Aten Primaria* 2003;31:146-55.

**ANEXO
1**

Cuestionario

Código

Solicitamos su colaboración para un estudio que estamos realizando un grupo de médicos residentes del hospital para valorar si la población conoce los riesgos del consumo de alcohol. El cuestionario es acerca de sus conocimientos, no sobre su consumo de alcohol.

Sumando todas las bebidas que figuran a continuación, ¿cuántas en total cree usted que puede un **varón/mujer** de su edad tomar **día tras día** sin que ello perjudique a su salud? **(ponga el número)**

Jarras de cerveza		+	Copas de vino (tinto o blanco)		+	Copas de coñac, whisky, pacharán, combinados
N.º			N.º			N.º

Sumando todas las bebidas que figuran a continuación, ¿cuántas en total cree usted que puede un **varón/mujer** de su edad tomar **durante una semana** sin que ello perjudique a su salud? **(ponga el número)**

Jarras de cerveza		+	Copas de vino (tinto o blanco)		+	Copas de coñac, whisky, pacharán, combinados
N.º			N.º			N.º

¿Conduce habitualmente usted un **vehículo a motor**? Sí ☐ No ☐
(ponga una cruz)

Por favor, ponga una cruz al lado de los **problemas** que usted cree que el consumo excesivo de alcohol puede producir

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Tapones de cera en oídos | ☐ Enfermedades cerebrales | ☐ Accidentes | ☐ Lunares |
| ☐ Necesidad de llevar gafas | ☐ Enf. del hígado (cirrosis, hepatitis) | ☐ Enf. de los huesos | ☐ Apendicitis |
| ☐ Tensión alta | ☐ Problemas familiares | ☐ Cáncer | ☐ Diabetes |
| ☐ Problemas sociales | ☐ Enf. del corazón | ☐ Prob. psicológicos | ☐ Prob. de estómago |
| | | | ☐ Otros que se le ocurran |

¿Cuál ha sido su situación laboral la mayor parte del tiempo en los **últimos 12 meses**?
(ponga una cruz)

Activo	Desempleado	Jubilado	Ama de casa	Estudiante	Baja	Otra
--------	-------------	----------	-------------	------------	------	------

¿Cuál es su edad?: _____ Años

¿Cree usted que el alcohol puede producir problemas de hígado? Sí ☐ No ☐ No sé ☐
(ponga una cruz)

R.H.
Fr.

Gracias por su colaboración