

# Los problemas relacionados con el alcohol en la práctica médica general

J. F. DIEZ-MANRIQUE \*; J. TORCIDA SHEGHERS \*;  
C. PEÑA MARTIN \*; J. LEQUERICA PUENTE \*  
y J. L. VAZQUEZ-BARQUERO \*

## RESUMEN

*El presente trabajo se incluye en el contexto de un proyecto de investigación-acción sobre «Respuesta comunitaria a los problemas relacionados con el alcohol». Se investiga en él mediante cuestionarios enviados por correo a una muestra representativa de los médicos de familia y de urgencia de Cantabria (n = 85; 30,8 %), aspectos relevantes para el manejo de los problemas relacionados con consumo de alcohol. Se encuentra, entre otras cosas, que los médicos de familia, aun a pesar de su escasa formación en este área y del bajo nivel de recursos de que dispone tiende a responsabilizarse de un alto porcentaje de dichos problemas, tendiendo, por lo general, a medicalizarlos y psiquiatrizarlos. Su función preventiva, divulgadora o investigadora en este área es, sin embargo, escasa. Se constata así la necesidad (vivida por el propio médico) de mejorar el nivel de formación del médico de familia en este área y de desarrollar servicios para la atención de este tipo de problemas.*

## SUMMARY

*The present work is part of an «Investigation-action» project about community responses to alcohol problems. We investigate in it by means of a mailed questionnaire relevant aspects about management of these problems in a representative sample of family and emergency doctors in Cantabria (n = 85; 30,8 %). We found, among other things, that family doctors, in spite of their lack of training in this area and of the scarce resources at their disposal, are handling a high proportion of alcohol problems, although they tend to regard them as medically or psychiatrically related. On the other hand the participation of the family doctor on educational, preventive or research projects in this area is very rare. Thus we demonstrate the need to improve the level of qualification of the family doctor in this area and also the amount of resources allocated to the care of alcohol related problems.*

## 1. INTRODUCCION

Los problemas relacionados con el alcohol, desbordan el área sanitaria para convertirse casi en el mayor problema social que sufre nuestro medio.

Según datos obtenidos en nuestra comunidad rural-costera (DÍEZ-MANRIQUEZ y col., 1984) casi uno de cada tres

### AGRADECIMIENTOS:

Este estudio se enmarca en una colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo en un proyecto de la Oficina Europea de la OMS.

Expresamos nuestro agradecimiento por sus constantes apoyos a Mr. HANNIBAL, J. U.; doctor RITSON, E. B., y doctora ENRIQUEZ DE SALAMANCA, R.

Asimismo, agradecemos su participación en el trabajo material a los siguientes componentes del equipo: M.ª Teresa Alvarez Ródenas; Paloma Carrión Malo; Ana García Muriedas; Esther García Usieto; Nieves González Otero, y Lidia M.ª Tejada Vázquez.

(\*) Servicio de Psiquiatría. Hospital Nacional «Marqués de Valdecilla». Facultad de Medicina. Universidad de Santander.

varones en edades comprendidas entre los dieciséis y los sesenta y cinco años es bebedor excesivo del alcohol (cifras de alcohol/día superiores a 100 c.c.).

Los problemas económicos, la accidentabilidad, el absentismo, y, sobre todo, los costos en sufrimiento familiar y personal consecuentes a estos datos son cuantiosos.

El abordaje de este grave problema debe ser integral y es imposible una modificación sustancial de nuestros modos de beber si no se plantea desde un enfoque socio-cultural global.

Aun aceptando lo anterior no es menos cierto que dadas las repercusiones clínicas directas e indirectas del alcoholismo, es muchas veces el médico la primera, y a veces la única, «agencia» de contacto de la persona que tiene un problema con el alcohol.

De aquí deriva el gran interés por conocer la actitud del médico general sobre los problemas relacionados con el alcohol.

Como consecuencia ha surgido la lógica preocupación por estudiar la información del médico; su papel en las vías de relación del problema alcohólico; la magnitud del problema desde su propia óptica; sus estrategias terapéuticas y qué mejoras pueden introducirse en el tratamiento y la prevención.

Marcus GRANT (1984) ha trabajado en este sentido elaborando un cuestionario (apéndice número 1) que trata de dar respuesta a estos apartados.

El conocimiento de algunos de estos datos es un acercamiento a una valoración epidemiológica del alcohol (W.H.O., 1984).

Pasando revista a algunas de las aproximaciones epidemiológicas al alcoholismo en nuestro país y que resumimos en la tabla número 1, puede verse que en ninguno de ellos, exceptuando la participación (ENRÍQUEZ DE SALAMANCA, R.) en el estu-

---

## PALABRAS CLAVE

*Investigación-acción. Médicos de familia. Alcohol y problemas. Escasa función preventiva.*

## KEY WORDS

*Investigation-action. Family doctors. Problems and alcohol. Rare preventive project.*

---

dio de la W.H.O. referido anteriormente, se ha recurrido a los datos aportados por el médico general. La mayoría de los estudios utilizan metodologías de encuestas demográficas especiales, y pocas, encuestas comunitarias. Si bien es verdad que los estudios epidemiológicos comunitarios tienen grandes ventajas y así lo hemos destacado en otras ocasiones (VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., 1980; DÍEZ-MANRÍQUEZ, J. F.; GARCÍA QUINTANAL, R., y VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., 1984), y otro tanto cabría decir de los estudios demográficos especiales; no es menos cierto que se pasan por alto frecuentemente las ventajas de los métodos observacionales y de los datos basados en informadores claves. Estos métodos se han demostrado especialmente útiles precisamente en estudios referidos al alcohol. Las ventajas de unas y otras fuentes primarias de información pueden verse en la tabla número 2 (modificada de ROOTMAN y MOSER, 1984).

Destacan como mayores ventajas de los estudios basados en informadores clave:

Lo reducido de sus costos, la simplicidad metodológica, la rapidez en la ejecución, no ser preciso gran equipamiento personal ni técnico; siendo independiente incluso de la mejor o peor infraestructura sanitaria (condición esta última imprescindible para otro tipo de fuentes como pueden ser los registros de casos) y el que los resultados además pueden ser generalizables (dependiendo de la amplitud).

Todas estas condiciones hacen de este procedimiento un buen instrumento en epidemiología.

TABLA NUMERO 1

## Relación y características de trabajos españoles sobre consumo de alcohol

Autor	Año	Amplitud del estudio	Metodología	Porcentajes estimados
VIÑES IBARROLA, J.	1957	Provincial. Rural	Mixta	6,5 %
SANTO-DOMINGO, J.	1966	Local. Población en Tt.º Hospital General. Varones	Clínica	33 %
SANTO-DOMINGO, J.; VALENCIANO, L., y ALONSO FERNANDEZ, C.	1966	Multiprovincial	Muestral. Consumo	7,3 %
FREIXA, F., y LARIOS, C.	1972	Regional. Población en Tt.º	Clínica	17,50 %
POLAINO LORENTE, A. M.	1972	Provincial. Urbana	Muestral. Consumo	9,7 %
SANTO-DOMINGO, J., et al.	1975	Nacional	Indiciaria. Mixta	10 %
FREIXA, F.; BACH, L., y GASSULL, M. A.	1978	Nacional	Indiciaria	7,3 %
DIEZ-MANRIQUEZ, J. F., et al.	1980	Regional. Hospital General	Clínica	16,07 %
RGUEZ-MARTOS DAUER, A.	1980	Provincial. Población Infantil	Consumo. Muestral	6,8 %
ALONSO FERNANDEZ, F.	1981 datos 1957	Provincial Familias de Enfermos	Mixta	6,4 %
CRESPO, J.; PEREA, J. M., y MARTIN, M.	1981	Población en Tt.º Antialcohólico	Clínica. Mixta	0,04 %
CANTERA, J., y col.	1981 Public. 1985	Regional	Universal Consumo. Medio Laboral Empresas < 100 Trabajadores	$\bar{X}$ = 33 % = 154 c.c.
BEDATE, J., y AROCAS, A.	1981	Provincial. Poblaciones en Tt.º Ingresos en Centro Psiquiátrico	Clínica	33,1 %
FERNANDEZ CEREZO, M.	1981	Provincial. Poblaciones en Tt.º Primeros Ingr. en H. Psiq.	Clínica	14,52 %
GOMEZ, F.; LOBO, A.; PEREZ, J.M.; SEVA DIAZ, A.	1981	Local. Poblaciones de Hospital General	Consumo	17 % > 150 c.c.
MARQUINEZ, F., et al.	1983	Regional	Muestral Comunitaria Consumo	5,05 % > 150 c.c.
DIEZ-MANRIQUE, J. F., et al.	1984	Regional	Muestral Comunitaria Consumo	10 %
ENRIQUEZ DE SALAMANCA, R.	1984	Nacional	Muestral. Consumo	7 %
ESTEVEZ BRAVO, J.	1984	Empresarial. Regional	Muestral Analítica (Y GT)	21,3 %
SEVA DIAZ y col.	1984	Urbana. Varones	Muestral. Consumo	38,2 % > 60 c.c.
TORRES FERNANDEZ, et al.	1984	Regional	Indiciaria. Mixta	0,14 %
QUEREJETA, I., et al.	1985	Regional	Muestral Comunitaria Consumo	13 % 80-150 cls. 4 % > 150 cls.

TABLA NUMERO 2  
 Características y posibilidades de distintas fuentes primarias de información.  
 (Modificadas de Rootman, I., y Moser, J., 1984)

MODELOS	CARACTERISTICAS											
	Costos bajos	Técnica sencilla	Rapidez	Escaso personal	Amplio alcance	Flexibilidad	Posibilidad de Generalización	Posible seguimiento	Comparable	Adecuado para estudio de grupos expuestos	Posibilidad participación comunidad	Utilidad para evaluación
Revisión de estudios epidemiológicos anteriores . . . . .	***	***	***	***	+	-	+	**	**	+	-	*
Cotejo de la información existente . . . . .	+	**	**	+	+	-	+	+	**	+	+	+
Informadores clave . . . . .	***	***	***	***	+	*	-	+	-	**	+	+
Estudios basados en la observación . . . . .	***	***	**	***	+	***	*	**	**	**	-	*
Encuestas demográficas especiales . . . . .	*	+	*	+	-	+	-	-	+	**	-	+
Encuestas demográficas generales . . . . .	-	-	-	-	***	-	***	***	***	*	**	**
Registro de casos . . . . .	-	-	-	-	**	-	**	**	**	**	**	**

Finalmente creemos que la gran ventaja de estos métodos en relación con su coste es el que puede posibilitar la participación de la comunidad en el proceso investigador y en una posterior acción, permitiendo además una buena información sobre estructuras y redes asistenciales; información trascendental para posteriores acciones preventivas y terapéuticas.

Parece poco operativo, en el nivel actual de nuestro desarrollo económico y de necesidades, plantearse investigaciones epidemiológicas sobre la problemática del alcoholismo si éstas no conllevan una participación del medio en el proceso de modificación de estrategias que debe seguir a toda investigación (investigación-acción).

Si admitimos que el problema alcohólico es un problema inmerso en la estructura socio-cultural, sus soluciones deben pasar por un auténtico cambio en estas estructuras. Este cambio comienza a tener posibilidades cuando una comunidad (generalmente de tamaño reducido) y sus figuras claves se implican en el propio proceso de cambio. En este proceso el papel del médico general puede ser decisivo en algunos casos.

Creemos, por lo tanto, importante conocer los datos referidos al alcohol desde la perspectiva del médico general; así como sus actitudes y conductas frente a los problemas alcohólicos, pareciéndonos una buena manera de abordarlo encuestar, en una metodología mixta (encuesta a una muestra de figuras claves), a los médicos generales.

Partiendo de esta postura decidimos investigar en nuestro medio regional de Cantabria una serie de datos utilizando precisamente el cuestionario de M. GRANT.

## 2. MATERIAL Y METODO

Hemos partido del listado de médicos de familia y de urgencia de nuestra región (275). De ellos, mediante un sistema de números aleatorios hemos elegido una muestra de 100 y 25 suplentes.

Procedimos al envío de una carta en la que exponíamos nuestra intención de realizar el estudio, y el interés del mismo y el anuncio del envío del cuestionario; hecho que se produjo a los ocho días, con el ruego de su reenvío en el plazo de quince días. Recibimos 60 cuestionarios debidamente contestados y nos fueron devueltas tres cartas por problemas de localización.

Durante ocho días más insistimos telefónicamente sobre las personas de las que no habíamos recibido respuesta. De esta forma obtuvimos 15 cuestionarios más. Procedimos entonces al envío de una carta explicativa y el cuestionario a los 25 suplentes obteniendo 10 respuestas más.

Trabajamos, por lo tanto, con 85 respuestas que suponen el 68 % del total de nuestra muestra (titulares + suplentes) y el 30,80 % del total de los médicos generales de la región.

Queremos agradecer desde aquí la colaboración de estos compañeros y destacar el porcentaje de respuestas (68 %) que rebasa con mucho las cifras medias obtenidas en encuestas por correo.

La composición de la muestra según sexo y zonas de trabajo puede verse en la tabla número 3.

Predomina el sexo masculino y el número de médicos por área de trabajo se ajustan a las proporciones demográficas de dichas áreas.

La formación de los médicos generales en problemas relacionados con el alcohol, en relación con grupos de edades (> y < de 40 años) puede apreciarse en la tabla número 4.

De dichos resultados cabe destacar, que el 54,12 % de los médicos manifiesta no haber recibido una formación específica en este tema y que solamente cinco médicos (5,88 %) han rotado por un servicio de atención a problemas alcohólicos. No existen diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2$ ) en las agrupaciones ninguna formación-alguna formación por grupos de edades. Cualitativamente,

**TABLA NUMERO 3**  
**Distribución de los médicos según el sexo y el área de trabajo**

	ZONAS				
	Rural	Urbana	Semi-urbana	Industrial	Total
Varones .....	34	20	4	15	73
Mujeres.....	2	6	2	2	12
TOTALES.....	36	26	6	17	85

**TABLA NUMERO 4**  
**Grados de formación en problemas relacionados con el alcohol según grupos de edades (> y < de 40 años)**

	FORMACION						Total
	Ninguna	Cursillos breves	Lecturas especializadas	Cursos (médicos de empresa)	Rotación por servicio especializado	Otros	
Edades inferiores a cuarenta años ....	31	5	5	1	5	1	48
Edades superiores a cuarenta años ....	15	6	12	2	0	2	37
TOTALES .....	46	11	17	3	5	3	85

cabe señalar, que en el grupo de médicos menores de cuarenta años existen, como hemos dicho, un 5,88 % que han rotado por un servicio específico. Pertenecen a las últimas promociones de «médicos de familia» especializados y supone un cambio en la orientación formativa del médico.

La formación de nuestros médicos en temáticas alcohólicas no guarda relación con la distribución por áreas de trabajo ni por titulaciones (médico titular «clásico», médico de centro de salud, médico de urgencia, médico de familia).

### 3. RESULTADOS Y DISCUSION

#### 3.1. Papel del médico general

En las tablas números 5 y 6 exponemos el grado de participación del médico en la prestación de ayuda a personas que presentan problemas relacionados con el alcohol.

En ellas puede apreciarse que en los cuadros clínicos directamente relacionados con el consumo, la mayor atención está referida a las intoxicaciones y las situaciones de dependencia (20,51 % y

**TABLA NUMERO 5**

**Grado de participación del médico en problemas clínicos relacionados con el alcohol**

Tipo de problema	GRADO DE PARTICIPACION			
	Frecuente	A veces	Nunca	No contesta
Abstinencia .....	7	50	23	5
Intoxicación .....	16	54	8	7
Dependencia .....	14	56	6	9
Traumatismos .....	1	3	0	81
Cirrosis .....	2	7	0	76
Hepatopatías .....	9	10	0	66
Traumatismos Neurológicos .	1	8	0	76
Otros Traumtis. Digestivos ..	2	2	0	81
Otros .....	4	6	0	75

**TABLA NUMERO 6**

**Grado de participación del médico en problemas psicosociales relacionados con el alcohol**

Problemas	GRADO DE PARTICIPACION			
	Frecuente	A veces	Nunca	No contesta
Psicológicos .....	17	50	8	6
Familiares .....	42	36	3	4
Laborales .....	24	38	16	7
Económicos .....	13	39	24	9
Violencia pública .....	5	34	35	11
Violencia en hogar .....	9	42	26	8
Accidentes domésticos .....	2	38	33	12
Accidentes de tráfico .....	4	40	28	13
Accidentes laborales .....	8	26	36	15
Descomp. psicóticas .....	0	3	0	82
Paro .....	0	0	0	85
Accidentes fatales .....	0	0	0	85

18,42 % de prestación de ayuda frecuente, en el total de respuestas emitidas).

Las hepatopatías 10,59 % de frecuente atención, parecen los problemas clínicos «secundarios» que mayor dedicación demandan, en opinión del médico general.

Llama la atención, además de lo expuesto, la falta de respuesta (95,29 %) en el apartado de trastornos digestivos. Dada la frecuencia de dichas alteraciones en el bebedor habitual y la alta morbilidad de nuestra región (28 % de los varones entre 16-65 años son bebedores habituales de más de 100 c.c. de alcohol/día) el dato podría obedecer a una falta de sensibilidad hacia la ingesta de alcohol. Dato que parece confirmarse por la frecuencia con que aparece la respuesta nunca en cuadros como la dependencia o la abstinencia.

En lo que a aspectos psicosociales se refiere, destaca la relación de alcohol con problemas familiares que según el médico demanda un 51,85 % de frecuente atención, seguido de los problemas laborales (30,77 %); psicológicos (21,52 %); económicos (27,11 %), y situaciones de violencia en el hogar (11,69 %).

Extrayendo de este grupo, los problemas laborales, el que el médico sienta que su grado de participación es alto en conflictos familiares, psicológicos, económicos y de violencia en el hogar, nos parece un indicador del severo coste que el alcohol supone en sufrimiento psico-familiar en nuestro medio.

No se asocia «nunca» el alcohol en la frecuencia de ayuda médica con el paro ni con accidentes fatales.

Caben en este apartado dos interpretaciones:

1.ª) Nuestra región, de economía mixta, no ha evidenciado el problema del paro con el dramatismo de otras regiones más industrializadas.

2.ª) De nuevo puede tratarse de una falta de atención al problema alcohólico a la hora de evaluar un conflicto.

### **3.2. El médico como educador. Consideramos importante el papel del médico como «figura clave» en la tarea de informar y formar sobre la salud y en este contexto su específico papel en las tareas de educación en el consumo de alcohol**

El grado de participación con la que el médico vive este problema queda contestado en la tabla número 7 (formación general de salud) y en la 8 (formación especializada en problemas del alcohol).

Destaca la escasa influencia educativa del médico, en los programas de salud, en los que dice no haber participado nunca en un 27,40 % en sus referencias al público en general; en un 71,19 % en relación con figuras capaces de toma de decisión política y en un 86,76 % en lo que se refiere a otros sanitarios (cifras sobre el total de respuestas emitidas para cada ítem).

La situación se agrava en la formación específica sobre problemas alcohólicos y el 92,88 % de los médicos que responden, aseguran no haber participado nunca en tareas educativas en áreas comunitarias generales.

Sobre escuelas y empresas se vuelve a producir una ausencia de respuestas (94,12 %-97,65 %) que nos sitúa de nuevo ante el interrogante de la posible escasa demanda de atención que puede plantear el consumo de alcohol; no existiendo una exigencia educativa en este área que motive al médico a una participación.

### **3.3. Papel del médico como realizador y ejecutor de programas**

Existe un grado de participación del médico en tareas de control y desarrollo local de políticas sanitarias, dado que el médico de familia en el medio rural es el jefe local de sanidad. Esta participación es generalmente de tipo pasivo; en el sentido de cumplir o hacer cumplir regulaciones dictadas y que corresponden a normativas a veces no relacionadas entre sí,

TABLA NUMERO 7

## Grado de participación del médico en la educación sobre la salud en general

Áreas de acción educativa	GRADO DE PARTICIPACION			
	Frecuente	A veces	Nunca	No contesta
Público en general.....	12	41	20	12
Políticos, ejecutores de programas.....	3	14	42	26
Otros sanitarios.....	1	8	59	17
Empresas.....	3	1	0	81
Escuelas.....	3	0	0	82

TABLA NUMERO 8

## Grado de participación del médico en la educación sobre problemas específicos del consumo de alcohol

Áreas de acción educativa	GRADO DE PARTICIPACION			
	Frecuente	A veces	Nunca	No contesta
Público, en general.....	2	4	53	28
Políticos, ejecutores de programas.....	1	20	48	16
Otros sanitarios.....	1	4	49	31
Empresas.....	1	4	0	80
Escuelas.....	1	1	0	83

ya que no existe un programa integrado a nivel nacional ni regional sobre alcohol. Aún así, un altísimo porcentaje de médicos refieren no haber participado nunca en este tipo de tareas; como puede verse en la tabla número 9. Llama la atención el hecho de que el 100 % de los médicos que responden (68) aseguran no haber participado nunca en la dirección de servicios locales, teniendo en cuenta que en muchos casos, como ya dijimos, el mé-

co titular es el jefe local de los servicios sanitarios sobre el tema.

### 3.4. Papel del médico como investigador

Es muy pobre la labor investigadora del médico general en este campo. De ello da idea la tabla número 10 de la que cabe resaltar, además de la escasísima participa-

TABLA NUMERO 9

**Grado de participación del médico en tareas de dirección y control de programas comunitarios relacionados con el alcohol**

Áreas de participación	GRADO DE PARTICIPACION			
	Frecuente	A veces	Nunca	No contesta
Dirección en Servicios Locales	0	0	68	17
Dirección de Servicios Nacionales .....	1	8	63	13
Colaboración con Asociaciones Profesionales .....	1	3	66	15

TABLA NUMERO 10

**Participación del médico general en trabajos de investigación relacionados con el alcohol**

Tipo de tareas	GRADO DE PARTICIPACION			
	Frecuente	A veces	Nunca	No contesta
Epidemiología .....	1	7	59	18
Ensayos clínicos .....	1	2	64	18
Formación profesional .....	1	10	55	19
Evaluación de servicios .....	0	2	64	19
Estudio de políticas sanitarias	1	0	0	84

ción en estas tareas, la ausencia de respuestas en el estudio sobre políticas sanitarias (98,82 %), dato que puede reflejar la total ausencia de dichas políticas.

**3.5. Participación de otros profesionales**

Como profesionales incluidos en la problemática del alcoholismo solamente aparece con una frecuencia aceptable el psiquiatra. Ello puede indicar una medicalización y psiquiatrización de la problemática alcohólica y la falta de visión de un abordaje multidisciplinar para su solución.

**3.6. Magnitud de los problemas provocados por el alcohol**

En las tablas números 11 y 12 se recogen los datos que expresan una visión, a juicio del médico general, de la magnitud de los diversos problemas que plantea el alcohol.

Es porcentualmente muy elevada la cuantía de problemas que el médico pone en relación con el alcohol. Las intoxicaciones y los cuadros de dependencia alcanzan las cifras más elevadas y un 61,25 por 100 y un 71,95 %, respectivamente, contestan que la magnitud del problema es mucha.

TABLA NUMERO 11

**Magnitud de los problemas clínicos relacionados con el alcohol,  
desde la perspectiva del médico general**

Problemas	MAGNITUD DEL PROBLEMA			
	Mucha	Alguna	Poca	No contesta
Intoxicación .....	64	13	7	1
Dependencia .....	59	22	1	3
Traumatismos .....	1	1	0	83
Cirrosis .....	8	4	0	73
Hepatopatías .....	20	8	0	57
Traumatismos Neurológicos ..	4	10	0	71
Otros Traumat. Digestivos ..	6	5	0	74
Otros.....	7	6	0	72

TABLA NUMERO 12

**Magnitud de los problemas psicosociales relacionados con el alcohol,  
desde la perspectiva del médico general**

Problemas	MAGNITUD DEL PROBLEMA			
	Mucha	Alguna	Poca	No contesta
Psicológicos.....	49	29	2	5
Familiares.....	71	10	1	3
Laborales .....	56	21	4	4
Económicos .....	50	28	3	4
Violencia pública .....	24	52	4	5
Violencia en hogar .....	49	29	2	5
Accidentes domésticos .....	14	55	9	7
Accidentes de tráfico .....	43	34	2	6
Accidentes laborales.....	27	45	6	7
Descomp. psicóticas .....	2	1	0	82
Paro .....	0	0	0	85
Accidentes fatales.....	0	0	0	85

Las problemáticas psicosociales que guardan alta relación con el alcohol son cuantiosas; entre ellas los problemas familiares, laborales, económicos, violencias en el hogar, psicológicos y accidentalidad en tráfico se reparten porcentajes que oscilan entre el 86,59 % de los problemas familiares y el 54,43 % de los accidentes de tráfico. Siguen en órdenes inferiores al 50 % los accidentes laborales, la violencia pública y los accidentes domésticos. No existe respuesta del médico a la relación alcohol-paro.

Existe concordancia casi perfecta entre la magnitud de los problemas y el grado de atención que el médico admitía dedicar a ellos (ver tablas números 5 y 6).

### 3.7. Medidas adoptadas por el médico

La metodología seguida para valorar estos apartados ha sido agrupar las respuestas obtenidas en bloques homogéneos que permitieran una descripción cuantitativa.

#### 3.7.1. Medidas frente a un paciente joven con dificultades en el hogar y en el trabajo, como consecuencia de su hábito alcohólico

En la tabla número 13 se exponen las frecuencias con que son tomadas cada una de las estrategias terapéuticas.

Es importante la frecuencia 30,77 % con la que el médico asume directamente el tratamiento, por lo general con métodos aversivos. En el 46,15 % de los casos remitiría al paciente a un centro y en este caso domina ligeramente la preferencia por un tratamiento de orientación psicológica.

Finalmente el 15,38 % de los médicos que responden optarían por aconsejar a este paciente un contacto con A.A. lo que habla del prestigio de esta institución en nuestro medio.

El hecho de que el médico, que ha reconocido su escasa formación en el tema alcohólico, asuma, sin embargo, una responsabilidad terapéutica puede tener varias interpretaciones, entre las que cabe la carencia de estructuras socio-sanitarias a

TABLA NUMERO 13

#### Estrategias terapéuticas frente a consumidor joven con problemas familiares y laborales

Remisión a un centro especializado para tratamiento de base biológica . . . . .	8
Remisión a centro para tratamiento de base psicológica . . . . .	10
Remisión a centro sin especificar tipo de tratamiento . . . . .	6
Concienciación del problema y aconsejar abstinencia . . . . .	4
Tratamiento (generalmente con disulfirán) y seguimiento por el propio médico implicando a familia . . . . .	16
Remisión A. A. . . . .	8
Remisión a tratamiento no psiquiátrico . . . . .	3
Realizar exploración socio-familiar e intentar modificar las estructuras . . . . .	1
Otros . . . . .	0
No contesta . . . . .	32

donde derivar el problema o la ineficacia de éstas. Esta hipótesis puede verse confirmada por las respuestas en las que el médico refiere al enfermo a otras agencias; en estos casos, como se ve, las respuestas se focalizan en estructuras psiquiátricas.

**3.7.2. Medidas frente a un accidentado leve en el que el médico percibe olor a alcohol**

De nuevo remitimos al lector a una nueva tabla (número 14) donde aparecen descritas las estrategias seguidas y su frecuencia.

Una vez más, la mayoría (31,43 %) de los 35 médicos que dan respuesta a este ítem intervendrían terapéuticamente.

**3.7.3. Medidas frente a una hepatopatía y evidencias físicas de beber de forma intensa**

Las respuestas sobre las distintas medidas agrupadas homogéneamente y sus frecuencias, se exponen en la tabla número 15.

De nuevo un porcentaje relativamente alto (22,22 %) de los médicos se responsabilizan directamente del tratamiento y el mismo porcentaje remitiría al paciente a un especialista, en esta ocasión no psiquiátrico.

El 14,81 % de los médicos optaría por concienciar al enfermo de su problema alcohólico. Hemos agrupado en esta respuesta todas aquellas que hacían referencia a una actitud que de forma explícita enfrente al paciente a los peligros que supone para él beber y la conveniencia de dejarlo.

**3.8. Mejoras en el tratamiento y la prevención**

De nuevo hemos agrupado las respuestas buscando una homogeneidad en las mismas.

**3.8.1. Tres medidas a adoptar en la actualidad a fin de mejorar la respuesta del médico general a los problemas que plantea el alcohol**

Las respuestas a este ítem y sus frecuencias aparecen en la tabla número 16.

**TABLA NUMERO 14**

**Estrategias seguidas por el médico general frente a un accidentado en el que percibe olor a alcohol**

Completar datos en historia o analíticos, sin intervención .....	1
Seguir un tratamiento por el propio médico .....	11
Remisión a especialista no psiquiátrico .....	2
Remisión a organización no médica (A.A.) .....	1
Remisión a centro psiquiátrico .....	6
Remisión a psicoterapeuta .....	5
Advertencia del problema y consejo de abstinencia .....	9
Concienciación del problema .....	0
Otros .....	0
No contesta .....	50

TABLA NUMERO 15

**Estrategias que sigue el médico general frente a una hepatopatía  
y signos físicos de beber excesivamente**

Conciencia del problema .....	8
Aconsejar abstinencia .....	5
Informar del problema .....	0
Remisión para tratamiento especializado (no psiquiátrico) .....	12
Remisión para tratamiento especializado sin especificar .....	11
Completar datos exploratorios .....	5
Seguir él el tratamiento .....	12
Tratamiento sin especificar quién ni de qué tipo .....	1
Otros .....	0
No contesta .....	31

TABLA NUMERO 16

**Medidas a adoptar en la actualidad a fin de mejorar las respuestas del médico general  
a los problemas que plantea el alcohol**

Reciclaje de post-graduados .....	42
Concienciación de figuras claves .....	28
Creación de centros para tratamiento o potenciar los existentes .....	28
Campañas en colegios y/o empresas .....	14
Campañas generales .....	22
Mayor colaboración de otras estructuras sanitarias con el médico .....	10
Aplicación de medidas legales o fiscales .....	30
Investigación .....	19
Otros .....	2
No contesta .....	52

Al existir la posibilidad de tres respuestas N se ha incrementado (201).

Destacan como posibles medidas a adoptar según los médicos, un reciclaje de los post-graduados en la solución de problemas relacionados con el alcohol. Como sugerencias se explicitan la rotación por servicios, cursos, conferencias, etcétera. Este es expresado en el 20,90 % de las respuestas.

A continuación, en orden de frecuencias, se sitúan las medidas legales (como restricción de publicidad) o fiscales (aumento de tasas con un 14,93 %).

Finalmente la concienciación de figuras claves (autoridades y los propios médicos) y la creación o potenciación de centros especializados.

### 3.8.2. *Tres realizaciones en los próximos cinco años con el fin de mejorar la respuesta del médico general a los problemas que plantea el alcohol*

Los resultados pueden observarse en la tabla número 17.

El 24,86 % de los médicos que contestan demandan la creación de servicios especializados, un 22,03 % desearía que se diera una formación al médico general y un 15,82 % se inclinan a que una mejor legislación mejoraría la respuesta del médico general.

### 3.8.3. *Tres medidas a tomar en la actualidad para colaborar en la prevención de los problemas que plantea el alcohol*

Las respuestas y sus frecuencias se agrupan en la tabla número 18.

En opinión del médico general la adopción de medidas represivas sería la estrategia que más podría contribuir a una prevención del alcoholismo. Se incluyen entre éstas, retirada de carnets, prisión o ingreso psiquiátrico «al primer síntoma». Si sumamos a esto el que las respuestas que sugieren un tratamiento obligatorio obtie-

ne otro 10,10 %, nos encontramos con una actitud claramente intervencionista y represiva.

### 3.8.4. *Tres medidas a adoptar en los cinco próximos años para colaborar a prevenir el desarrollo de los problemas relacionados con el alcohol*

Los resultados pueden observarse en la tabla número 19.

La mayoría de las respuestas (23,95 % de las obtenidas) opinan que un reciclaje formativo de los propios médicos sería la mejor medida a adoptar durante los próximos cinco años para colaborar en la prevención del desarrollo de problemas relacionados con el alcohol.

## 4. CONCLUSIONES

4.1. La formación específica del médico general en los problemas relacionados con el alcohol es escasa.

4.2. Con frecuencia el médico en nuestro medio debe prestar ayuda a intoxicaciones y situaciones de dependencia alcohólica.

4.3. El alcohol se relaciona con problemas de tipo familiar en un alto porcentaje de los casos que demandan atención médica.

4.4. El problema del paro no es evidenciado en nuestro medio, por el médico general, como un problema que guarde relación con el alcohol.

4.5. El papel del médico como figura formativa en el área general de la salud y en los aspectos específicos que plantea el alcohol, es muy escaso.

4.6. Es, asimismo, insignificante el papel del médico en las tareas de control y desarrollo de políticas locales que aborden el problema alcohólico.

4.7. También está ausente el médico general en programas de investigación.

TABLA NUMERO 17

**Medidas a adoptar en los próximos cinco años a fin de mejorar las respuestas del médico general a los problemas que plantea el alcohol**

Reciclaje de post-graduados . . . . .	39
Soluciones sociales, distribución de ocios, paro, etc. . . . .	21
Creación de centros o servicios . . . . .	44
Campañas en colegios y/o empresas . . . . .	11
Campañas generales . . . . .	11
Mayor colaboración de otras estructuras sanitarias con el médico . . . . .	5
Aplicación de medidas legales o fiscales . . . . .	28
Investigación . . . . .	16
Otros . . . . .	2
No contesta . . . . .	78

TABLA NUMERO 18

**Medidas actuales a adoptar para colaborar en la prevención del alcoholismo**

Aplicación de medidas legislativas y fiscales . . . . .	5
Concienciación de autoridades y médicos. . . . .	17
Campañas de información y de educación . . . . .	21
Mayor colaboración de otras estructuras con el médico . . . . .	33
Reciclaje de los médicos . . . . .	21
Tratamiento médico obligatorio . . . . .	20
Nueva planificación sanitaria y detección precoz . . . . .	12
Conductas represivas . . . . .	55
Otros . . . . .	14
No contesta . . . . .	48

TABLA NUMERO 19

**Medidas a adoptar en los cinco próximos años para colaborar a prevenir el desarrollo de los problemas relacionados con el alcohol**

Concienciación de figuras claves . . . . .	12
Soluciones sociales. Paro, ocio, etc. . . . .	14
Aplicación de medidas legislativas y fiscales . . . . .	28
Creación de centros o potenciar los existentes . . . . .	29
Campañas informativas . . . . .	13
Investigación epidemiológica y farmacológica . . . . .	6
Mayor colaboración de otros centros con el médico . . . . .	4
Reciclaje de post-graduados . . . . .	40
Otros . . . . .	21
No contesta . . . . .	88

4.8. Existe, por parte del médico, una tendencia a medicalizar y psiquiatrizar los problemas relacionados con el alcohol.

4.9. Según nuestros médicos generales, son altos los problemas clínicos planteados por el alcohol y lo mismo cabe decir de los problemas psicosociales.

4.10. A pesar de la falta de recursos, el médico tiende a responsabilizarse terapéuticamente de los problemas planteados por el alcohol.

4.11. En opinión del médico general, la medida más importante a tomar en la actualidad para mejorar su respuesta a los problemas que plantea el alcohol, sería una actualización de su propia formación profesional en estas áreas.

4.12. A medio plazo (cinco años) el médico demanda como realización más importante, la creación de servicios específicos.

4.13. Como medidas preventivas a tomar en este momento, el médico general se inclina por medidas represivas legales y fiscales, sobre todo.

4.14. Finalmente, y de nuevo, su propia formación, opina el médico, que sería la mejor medida a adoptar para contribuir, a medio plazo, a la prevención de problemas relacionados con el alcohol.

4.15. El interés y la positiva actitud del médico general hacia la temática alcohólica en nuestro medio, parecen altos, a juzgar por el porcentaje de respuestas obtenidas en este estudio, dada la metodología empleada.

4.16. No existen, en general, diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de los grupos de edades inferiores y superiores, sin embargo, existe un pequeño número de médicos en el grupo de edad inferior con actitudes más participativas.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) ALONSO FERNÁNDEZ, F.: *Alcoholdependencia*. «Pirámide, S. A.», 1981.
- (2) BEDATE VILLAR, J., y AROCAS ESTELLES, A.: *Revisión de los alcohólicos tratados por primera vez durante 1977 en el Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia)*. «Drogalcohol», Vol. III, n.º 3, páginas 139-146, 1978.
- (3) CANTERA, J.: *Alcohol y accidentabilidad laboral. Líneas básicas de acción preventiva desarrolladas desde el Gabinete de Psicología del Centro de Higiene y Seguridad del Trabajo de Cantabria*. Comunicación al Primer Congreso Nacional de Psicología del Trabajo. Madrid, 1985.
- (4) CRESPO, J.; PEREA, J. M., y MARTÍN, M.: *Estudio Médico Social evolutivo de 361 enfermos alcohólicos de la provincia de Cádiz*. «Drogalcohol», Vol. VI, n.º 1, págs. 3-28, 1981.
- (5) DIEZ-MANRIQUE, J. F.; PEÑA, C., y LEQUERICA, J.: *El alcoholismo como fin*. «Actas Luso-Españ. de N. y Psiquiat.», Vol. VIII, n.º 5, págs. 359-366, 1980.
- (6) DIEZ-MANRIQUE, J. F.; ALDAMA, J. M.; DIEZ AJA, S.; LEQUERICA, J.; PEÑA, C.; SAMANIEGO, C., y VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L.: *El Test de Michigan como instrumento de despistaje de alcoholismo en la comunidad (análisis preliminar)*. Actas del XV Congreso N. de la S.E.P. «Publ. Universidad de Zaragoza», páginas 155-172, 1984.
- (7) DIEZ-MANRIQUE, J. F.; GARCÍA QUINTANAL, R. y VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L.: *Los estudios comunitarios de salud mental. Su diseño y método*. REV. ASOCIACION ESP. DE NEUROPSIQU., Vol. IV, número 11, págs. 319-329, 1984.
- (8) ENRÍQUEZ DE SALAMANCA, R.: *Estudio de los hábitos de consumo de alcohol de la población adulta española*. Encuesta ICSA-GALUP. Diciembre, 1980. «Ministerio de Sanidad y Consumo». Madrid, 1984.
- (9) ESTÉVEZ BRAVO, J.: *Reunión sobre problemática del alcoholismo*. «Hospital Psiquiátrico de Oviedo». 1984.
- (10) FERNÁNDEZ CEREZO, M.: *Revisión de pacientes alcohólicos ingresados en el Hospital Clínico de Valencia durante 1978*. «Drogalcohol», Vol. VI, número 4, págs. 177-197, 1981.
- (11) FREIXA, F.; BACH, L., y GASULL, M. A.: *Prevención sanitaria y social del alcoholismo*. Capít. de «La enfermedad alcohólica» de GASULL y otros. «Químicos Unidos». Barcelona, 1978.
- (12) FREIXA, F., y LARIOS, C.: *Encuesta epidemiológica del alcoholismo en 40.000 cartillas de la Seguridad Social*. «Comunicación al XVIII Congreso de Alcoholismo y Toxicomanías». Sevilla, 1972.
- (13) GÓMEZ BURGADA, F.; LOBO, A.; PÉREZ ECHEVARRÍA, M. J., y SEVA DÍAZ, A.: *Prevalencia del alcoholismo en el hospital general y su difícil detección*. «Comunicación Psiquiátrica», Vol. VII, págs. 109-125, 1981.
- (14) MARQUÍNEZ, F.; GUTIÉRREZ, M.; QUEREJETA, I.; BALLESTEROS, J., y ARAMBERRI, I.: *Epidemiología del consumo de drogas en el País Vasco*. «Psiquis», Vol. IV/4, págs. 167-177, 1983.
- (15) POLAINO LORENTE, A. M.: *Dimensión Epidemiológica y Psicológica de los alcohólicos en Sevilla*. «Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Serie Medicina», n.º 13, 1972.
- (16) QUEREJETA, I.; BALLESTEROS, J.; ALEGRIA, B.; ARAMBERRI, I.; MARQUÍNEZ, F., y RIVAS, M. A.: *Epidemiología del alcoholismo y consumo de alcohol en la Comunidad Autónoma Vasca*. «Psiquis», Vol. 14/3, páginas 13-18, 1985.
- (17) RODRÍGUEZ-MARTOS DAUER, A.: *Estudio epidemiológico del consumo de alcohol en la población infantil de Barcelona y provincia*. «Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona», Publ. 1980.
- (18) ROOTMAN, I.; MOSER, J., et al.: *Guidelines for investigating alcohol problems and developing appropriate responses*. «WHO. Offset Publication», número 81, Geneva, 1984.
- (19) SANTO-DOMINGO CARRASCO, J.: *El alcoholismo y la Seguridad Social*. «Revista Informativa S.S.». Madrid, 1966.
- (20) SANTO-DOMINGO CARRASCO, J. y Grupo de Trabajo: *Problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes*. «Revista de Sanidad e Hig. Publ.». Año 49, núms. 5-6, páginas 409-573, 1975.
- (21) SANTO-DOMINGO CARRASCO, J.; VALENCIANO GAYA, L., y ALONSO FERNÁNDEZ, F.: *Estudio epidemiológico sobre el alcoholismo en España*. «P.A.N.A.P.». Madrid, 1966.