

T.D
V/51

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIO-SANITARIAS

237 49

187 152 199

Alvaro de la Hita

DETECCION DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL

ALCOHOL

EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Departamento C. Socio-Sanitarias

F. Medicina

17.3.92

do 19

[Signature]

TESIS DOCTORAL

Amparo Inmaculada Velasco Cruz

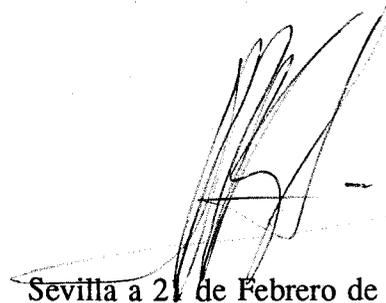
Sevilla, Febrero 1992



D. MIGUEL GILI MINER, Profesor Titular de Medicina Preventiva
y Salud Pública de la Universidad de Sevilla,

CERTIFICA:

Que el presente trabajo para optar al grado de Doctor en Medicina y
Cirugía que lleva por título: "Detección de problemas relacionados con
el alcohol en atención primaria de salud", del que es autora Dña.
Amparo Inmaculada Velasco Cruz, ha sido* realizado bajo mi
dirección.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Gili Miner', written over a horizontal line.

Sevilla a 21 de Febrero de 1992

A mis padres por su continua ayuda.

*A José Ramón y Francisco José por el tiempo
que no les he dedicado.*

Quiero expresar mi agradecimiento al Prof. Miguel Gili Miner por su orientación y sugerencias en la realización de este trabajo

A Juan Donado y Marta Barahona por su inestimable apoyo.

A todos los miembros del Departamento que con su colaboración han hecho posible la finalización del mismo.

INDICE

I. INTRODUCCION	1
1. ANTECEDENTES HISTORICOS	2
2. DEFINICION DE ALCOHOLISMO Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL	10
3. EPIDEMIOLOGIA DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL	14
3.1. PATRONES DE CONSUMO	14
3.2. PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL	18
3.2.1. SINDROME DE DEPENDENCIA ALCOHOLICA Y ALCOHOLISMO	18
3.2.2. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	19
3.2.3. TRASTORNOS NEUROLOGICOS	21
3.2.4. CIRROSIS HEPATICA	23
3.2.5. CANCER	24
3.2.6. ACCIDENTES Y VIOLENCIA	26
3.2.7. CONSECUENCIAS SOBRE EL FETO	28
3.2.8. OTROS PROBLEMAS	28
4. PREVENCION DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL	29
4.1. TIPOS DE PREVENCION	29
4.2. IMPORTANCIA DE LA PREVENCION SECUNDARIA DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL EN EL AMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	31

5. METODOS DE CRIBADO EN LA DETECCION PRECOZ DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL	38
5.1. CRIBADOS EN POBLACION GENERAL: ENCUESTAS POBLACIONALES .	40
5.2. CRIBADO EN ATENCION PRIMARIA	43
5.2.1. CUESTIONARIOS	45
5.2.2. INDICADORES BIOLOGICOS	49
5.2.3. SIGNOS CLINICOS	53
5.2.4. PROCEDIMIENTOS COMBINADOS	54
 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	 56
 II. MATERIAL Y METODOS	 59
1. MATERIAL	60
1.1. DESCRIPCION GEOGRAFICA DEL AREA DE ESTUDIO	60
1.2. TIPO DE MUESTREO. CALCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL	62
1.3. CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA	63
1.4. INSTRUMENTOS DE SCREENING	64
 2. METODOS	 70
 III. RESULTADOS	 73
1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUESTRA	74
2. CANTIDAD DE CONSUMO	74
3. FRECUENCIA DE CONSUMO	80
4. RECEPTIVIDAD DE LOS USUARIOS DE ATENCION PRIMARIA ANTE POSIBLES PROGRAMAS DE INTERVENCION	84

5. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL	86
6. CUESTIONARIO CAGE	88
7. CUESTIONARIO AUDIT	92
8. PRUEBAS DE LABORATORIO	99
IV. DISCUSION	101
V. CONCLUSIONES	139
VI. TABLAS Y GRAFICOS	143
VII. BIBLIOGRAFIA	244
VIII. ANEXO	265

I. INTRODUCCION

1.- ANTECEDENTES HISTORICOS

Las bebidas alcoholicas han sido conocidas y utilizadas por el hombre desde tiempos remotos. Aunque carecemos de datos que lo confirmen, es probable que unos 300 milenios a.C. el hombre descubriera los cambios que sufría la miel en determinadas condiciones ambientales (fermentación), obteniendose así otra sustancia "más euforizante" la cual diluida con agua constituía la hidromiel, utilizada por muchos pueblos como bebida sagrada (1). Posteriormente (aproximadamente unos 10.000 años a.C.), con la aparición de la cerámica, la construcción de vasijas y recipientes, hizo posible el almacenamiento del grano. Así, la abundancia de cereales (cebada, mijo, etc.) y la proliferación de viñedos, hicieron que la materia prima de la fermentación cambiara dando lugar a diversos tipos de bebidas que contienen alcohol (2). Hay constancia de que unos 4000 años a.C. la cerveza era conocida y consumida por los sumerios y babilonios y, en Egipto, no solo se consumía, sino que además se comercializó fuera de sus fronteras (3).

Respecto al vino, resulta tremendamente aventurado señalar a un pueblo como "inventor del vino". Los egipcios hacia el año 3.000 a.C. y probablemente con anterioridad, ya conocían la manera de elaborar esta bebida. Desde Egipto, el cultivo de la viña y el arte de obtener el vino a partir de ella llegaron a Grecia. El consumo de vino se extendió con facilidad entre los griegos, quienes le consagraron

una de sus divinidades: Dionisos; y así el vino fue utilizado con fines religiosos. También hay que situar su empleo como recurso terapéutico y como elemento facilitador de relaciones sociales (3).

Los griegos fueron los primeros en extender el cultivo de la viña por el Mediterráneo europeo, aunque hay que atribuir a los romanos el papel de principales difusores de la vid por Europa y el de pioneros en la reglamentación de la viticultura. En Roma, igual que en Grecia, el vino no solo era un elemento central de ciertos tipos de cultos, sino que además de utilizarse en medicina y de ser consumido privadamente en los hogares, era un elemento fundamental en la celebración de las reuniones sociales (4). El gusto que los romanos mostraron por el vino, hizo que les acompañara a los territorios que iban conquistando, estableciéndose así un importante comercio en torno al mismo (3). La presencia del alcohol en la vida cotidiana de los habitantes del continente europeo se hizo más intensa aún, a lo largo de las centurias que siguieron a la invasión (siglo V) del Imperio Romano de Occidente por los pueblos bárbaros, debido al gusto que los invasores mostraron por estas bebidas y a la conversión del vino en un elemento central dentro de la liturgia cristiana durante la Edad Media.

Aunque los señores feudales fomentaron la producción de vino como bebida imprescindible en la celebración de las misas y de fiestas; fueron los obispos y principalmente los monjes quienes contribuyeron de una manera más significativa al

mantenimiento de la vitivinicultura (3). Los monjes también contribuyeron a la consolidación de las bebidas alcohólicas como la sustancia psicoactiva de uso más habitual y extendido por Occidente, y ello se debe a la invención y difusión de numerosos licores (whisky, chatreuse, kirsch, etc.). Tal circunstancia estuvo estrechamente ligada a la irrupción en Europa del alcohol obtenido por destilación, llegado al continente europeo, según Diels, de las manos de los árabes alrededor del siglo XII (5). El alquimista mallorquí Ramón Lull (Raimundo Lulio) demuestra la existencia del alcohol obtenido por destilación (6).

La destilación permite que la dosis de alcohol en las bebidas aumente, ya que las bebidas fermentadas en estado natural no pueden tener un grado de alcohol mayor de dieciseis. Al sobrepasar esta gradación, la acción antiséptica del alcohol sobre las levaduras frena la fermentación.

El consumo de bebidas alcohólicas siguió difundiéndose y aumentando durante los siglos posteriores. El siglo XIX, especialmente la segunda mitad del mismo, supuso un período clave dentro del proceso histórico que ha conducido al alcohol a convertirse en la droga de mayor implantación dentro de la cultura occidental. Las razones que justifican el importante aumento de las bebidas alcohólicas durante el siglo pasado hay que buscarlas tanto en las mejoras de la comercialización y distribución como en las condiciones sociales, económicas y demográficas ligadas a la revolución industrial. La llegada a las ciudades de una importante masa de

población en busca de trabajo, dio lugar a la formación de una enorme cantidad de suburbios que, debido a las condiciones de vida de sus habitantes, resultaban ser verdaderos centros de consumo de alcohol a gran escala (7).

Los estragos que el alcohol producía no sólo en la vida de quien lo ingería sino también en sus familias, dieron lugar a la aparición, sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XIX, de una poderosa corriente de opinión que abogaba a favor de las restricciones a su consumo (8).

La opinión de los médicos en torno al consumo inveterado de alcohol estaba empezando a hacerse uniforme, la responsabilidad hay que atribuirla a la obra de Magnus Huss: "Alcoholismo crónico o enfermedad alcohólica crónica" publicada en 1.849 en Estocolmo. Esta publicación desencadenó un verdadero caudal de publicaciones médicas en las que se responsabilizaba al alcohol de ser la causa de múltiples enfermedades (7,8). De este modo, las agrupaciones antialcohólicas que apoyaban sus campañas en razones fundamentalmente morales, iban a poder contar también con el respaldo de la ciencia. La intoxicación alcohólica empezó a verse como uno de los factores principales causantes de degeneración en la especie humana. Benedict August Morel formuló la teoría de la degeneración humana, señalando que el alcohol podía ser tanto una causa de degeneración directa por las lesiones nerviosas que podía producir en el bebedor crónico, como indirecta, a través de las malformaciones que el bebedor "degenerado" podía transmitir a su

descendencia (9). La obra de Morel abrió una serie de publicaciones dedicadas a mostrar la relación entre alcoholismo crónico, degeneración y enfermedad mental, entre las que destaca la obra de Legrain en la que llegó a afirmar que todo bebedor o hijo de bebedor era un degenerado. Se procedió rápidamente a establecer relaciones entre alcoholismo crónico y criminalidad (9).

A pesar del enorme caudal de opiniones encaminadas a señalar los peligros del alcohol, de las numerosas acciones a favor de la moderación (Movimiento para la Temperancia) y de la puesta en marcha de restricciones contra el consumo de bebidas alcohólicas, éste no dejó de aumentar a lo largo del siglo XIX. El aumento de bebedores dentro de la clase media, así como la imposibilidad de llevar a la práctica una política eficaz de prevención (10) fueron en buena medida responsables de este incremento. A finales del siglo XIX la aparición de los conceptos de alcoholismo y adicción determinaron un cambio ideológico importante en el modo de contemplar el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Este cambio ideológico hizo que en las primeras décadas de este siglo, un sector importante de la opinión pública sostuviera una posición contraria a los gobiernos con respecto a la distribución y el uso indiscriminado de sustancias psicoactivas (7,11,12). Esto dió lugar a una actitud contradictoria respecto a estas sustancias, que se manifestaba sobre todo cuando la discusión giraba en torno a la droga más utilizada: el alcohol.

A comienzos de siglo, la presión del movimiento antialcohólico, de gran vigor sobre todo en Francia, logró que en este país se prohibiera (Ley del 17 de marzo de 1.915) la fabricación, venta y circulación de absenta (licor fabricado por primera vez en Suiza a finales del siglo XVIII y extendido rápidamente a todas las capas sociales y a todo el mundo). La lucha contra la absenta se basó no solo en su toxicidad y "mala reputación", sino que también poseía perfiles de carácter económico, al representar una amenaza para los viñedos y la industria vinícola francesa. A esta lucha se sumaba que numerosos médicos de la época sostenían que las llamadas "bebidas higiénicas": el vino, la cerveza y la sidra, no producían alcoholismo, junto a un informe de la Academia de Medicina en la que se ponía de manifiesto la toxicidad del licor antes mencionado (7).

En otras naciones como Canadá y Estados Unidos la prohibición se extendió a la totalidad de las bebidas alcohólicas. En 1.913 la mitad de la población norteamericana estaba bajo una reglamentación que prohibía la comercialización de bebidas alcohólicas (8). La población rural que contemplaba el estilo de vida de las grandes ciudades industriales con preocupación, considerando al alcohol como elemento favorecedor de la corrupción; forzó al gobierno en 1.918 a prohibir el consumo, no ya la venta, de bebidas que contuvieran más de un 0.5% de alcohol (Ley Seca). De este modo una gran cantidad de ciudadanos se encontraron con que satisfacer su afición por la bebida equivalía al estar fuera de la ley, con el consiguiente problema de proliferación de los gangsters y problemas de corrupción

(13). Sin embargo, la disminución en la disponibilidad de las bebidas alcohólicas y el aumento del precio llevó consigo una disminución en la mortalidad por cirrosis hepática (14). Datos de un estudio realizado en la provincia de Ontario y Canadá durante un período de 44 años muestra una fuerte asociación entre la disminución en el consumo per cápita y la mortalidad por cirrosis hepática (15). Esta relación también ha sido demostrada en otros estudios, así, en París durante ambas Guerras Mundiales, en las que hubo marcadas restricciones en la disponibilidad y distribución de alcohol, particularmente de vino, se observó un decaimiento en la mortalidad por cirrosis hepática a la vez que una rápida recuperación de la mortalidad a niveles iguales a los anteriores a la guerra cuando vuelve a aumentar la disponibilidad del alcohol en los períodos de postguerra (16).

A partir de entonces, el consumo excesivo de alcohol intenta explicarse bajo un nuevo punto de vista: como problema de salud (Movimiento del Alcoholismo) (17). En los años treinta, bajo la dirección de HW Haggard y especialmente Jellinek (18) se fundó el principal centro difusor de estas ideas y se constituyen dos organizaciones: Alcohólicos Anónimos (AA) y The National Council on Alcoholism (NCA), que hicieron que este nuevo concepto médico se extendiera a toda la población. Gracias a los trabajos de Jellinek y col. la concepción del alcoholismo como enfermedad adquiere coherencia y explica su difusión y aceptación entre la comunidad científica (18).

A partir de los años sesenta comienza a cuestionarse el modelo alcoholismo-enfermedad al observarse un amplio rango de problemas asociados al consumo de alcohol y no solo el alcoholismo como entidad nosológica (19). Esto ha dado lugar a una reorientación del modelo médico y a la utilización, actualmente, del término problemas relacionados con el alcohol (20-22).



2.- DEFINICION DE ALCOHOLISMO Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

El concepto de alcoholismo y el término alcohólico han sufrido una notable evolución conceptual. La definición de Jellinek de alcoholismo y de sus tipologías supuso un importante avance en el terreno conceptual (23). Lo mismo ocurrió con los criterios del comité para el diagnóstico clínico del alcoholismo del National Council on Alcoholism (NCA) americano (24).

Jellinek en su obra "The disease concept of the alcoholism" concretaba lo que se había venido a definir como modelo médico de alcoholismo. Para él, alcoholismo es "todo uso y/o abuso del alcohol que origina un perjuicio para el individuo, la familia o la sociedad". Más tarde Jellinek abandona este concepto por considerarlo poco operativo, describiendo cinco tipos de alcoholismo: Alfa= dependencia "psicológica" del alcohol en situaciones emocionales graves; Beta= ingesta prolongada y excesiva de alcohol que llega a producir lesiones orgánicas en ausencia de dependencia psicológica y física; Gamma= dependencia psíquica y física y un patrón de consumo en el cual en cada ocasión de bebida se llega hasta la ebriedad; Delta= dependencia psíquica y física, en el que se bebe continuamente sin perder el control y sin una ebriedad evidente; Epsilon= los períodos de elevado consumo son

de corta duración y se siguen de períodos prolongados de abstinencia. Sólo serían realmente alcohólicos los tipos Gamma y Delta. Para Jellinek el alcoholismo se caracteriza por la presencia de tolerancia, dependencia física y la pérdida de control o incapacidad de abstenerse. No estarían por tanto afectados por la enfermedad alcohólica aquellos bebedores excesivos habituales que presentan consecuencias físicas o psíquicas nocivas debido al consumo en exceso de alcohol, pero que no tuvieran dependencia (23).

En los últimos años se ha propuesto el término Síndrome de Dependencia Alcohólica (SDA) para sustituir al de alcoholismo (25,21,22). El SDA se define como "un estado psíquico y a veces físico, resultante del consumo de alcohol, que se caracteriza por un comportamiento y otras respuestas que siempre comprenden una compulsión a ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con la finalidad de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia".

Los elementos esenciales del SDA de acuerdo a la descripción hecha por Edwards (25) son los siguientes: 1) el progresivo estrechamiento y pérdida de diversificación en el repertorio de circunstancias de consumo, 2) la conducta orientada prioritariamente a la búsqueda del alcohol, 3) el aumento de la tolerancia al alcohol, 4) el síndrome de abstinencia, 5) el alivio o la evitación de los síntomas del síndrome de abstinencia bebiendo, 6) el conocimiento subjetivo de la compulsión

a beber, 7) las recaídas tras períodos de abstinencia.

Cada una de las componentes de este síndrome tal como lo ha descrito Edwards puede aparecer de forma más o menos evidente, y con una marcada variabilidad en sus formas de expresión.

Según Keller (1975), cuando se consideran las consecuencias negativas del consumo de alcohol, deberíamos incluir todos los efectos nocivos relacionados con su ingesta y no solamente limitarnos al alcoholismo como enfermedad o como síndrome de dependencia (26).

La resolución WHA 28.81 de la Asamblea Mundial de la Salud en 1.975 pide que se conceda especial atención en el futuro programa de la OMS a la amplitud y gravedad de los problemas individuales, sanitarios y sociales relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas.

Se genera así el concepto de Problemas Relacionados con el Alcohol. Esta expresión comprende un grupo muy heterogéneo de problemas de salud de índole física, psicológica y social asociados con el consumo de alcohol, ya sea este consumo de forma puntual o regular e indistintamente en bebedores ocasionales, habituales, grandes bebedores o alcohólicos (27).

Este amplio concepto incluye las consecuencias del uso y abuso de alcohol que afectan al individuo, la familia o la sociedad en general, no estando necesariamente ligados a la dependencia del alcohol (28).

Los problemas asociados al consumo de alcohol aparecen más frecuentemente en grupos de personas denominadas "grandes bebedores" y "alcohólicos", pero también se presentan en bebedores a los cuales difícilmente podríamos clasificar en cualquiera de estas categorías, es decir en bebedores "normales" o que no vulneran las normas socialmente aceptadas en lo que concierne a sus pautas de bebida (19,29).

El término gran bebedor se ha empleado indistintamente para definir a bebedores que consumen cantidades de alcohol superiores a las de la mayoría de la población (30) y a bebedores cuyo consumo les hace más vulnerable a padecer problemas de salud (31).

Aunque los problemas de los enfermos con SDA representan una proporción pequeña del total de problemas relacionados con el alcohol, estos problemas se suelen acumular con mucha mayor frecuencia en las personas con el síndrome, y muy particularmente en aquellos en los que su nivel de dependencia es avanzado, lo cual significa un consumo de alcohol más elevado y un menor grado de respuesta a los controles sociales (27).

3.- EPIDEMIOLOGIA DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

3.1. PATRONES DE CONSUMO

El consumo de bebidas alcohólicas ha aumentado notablemente en todas las regiones industriales del mundo a partir de la Segunda Guerra Mundial. En algunas naciones el consumo se ha duplicado o triplicado en menos de 20 años. En muchas naciones en vías de desarrollo, la carencia de estadísticas fidedignas dificulta el aporte de información sobre tendencias de consumo. No obstante, la información con que se puede contar y la opiniones de los expertos ponen de manifiesto que en todo el mundo se está produciendo un aumento en el consumo (21).

También en España la producción y consumo de alcohol se ha duplicado durante los últimos treinta años (32), presentando una tendencia similar a la observada en la mayoría de los países occidentales (33). Este aumento va acompañado de un incremento en la morbilidad y mortalidad de enfermedades atribuibles al consumo de alcohol en España (34-37) y en otros países (28,38,39).

Se ha podido comprobar que los grandes bebedores y los alcohólicos tienen una mortalidad mayor del doble de la del resto de la población (31) y que la

mortalidad atribuible al alcohol puede oscilar entre el 4 y el 12% del total de defunciones de un país (33,40,41).

Los estudios internacionales que comparan y correlacionan la producción y consumo de alcohol con la morbilidad y mortalidad atribuible al alcohol muestran la existencia de una relación directa entre la incidencia de estas patologías y la proporción de grandes bebedores y alcohólicos en la población, y que esta última se relaciona también de forma directa con el consumo de alcohol por habitante y año de esa comunidad (42-44).

Se ha propuesto la hipótesis de que el consumo de alcohol en una población de bebedores se asemeja a una curva de distribución logarítmica-normal: la inmensa mayoría de los bebedores consumen cantidades de etanol relativamente pequeñas, mientras que proporciones cada vez menores de bebedores consumen cantidades crecientes de alcohol asociadas a riesgos progresivamente mayores para la salud (45). Esta hipótesis y su modelo teórico no es aplicable en todos los casos y se ha discutido sus insuficiencias (46-48), pero nadie discute la validez de su razonamiento central: la relación directa entre el consumo per cápita y la tasa de grandes bebedores (49,50). De este modelo se deduce que una de las medidas preventivas a aplicar en cualquier comunidad donde la prevalencia de los problemas relacionados con el alcohol es elevada es la de reducir el consumo per cápita de etanol (51).

Internacionalmente se admite que el mejor conocimiento sobre los patrones de consumo de bebidas alcohólicas en una comunidad y sus factores determinantes se deriva de los datos que proporcionan las encuestas de base poblacional (26).

Existen considerables variaciones entre unas sociedades y otras en los hábitos y características de consumo de bebidas alcohólicas en cuanto a frecuencia, preferencias, cantidades que se consumen y circunstancias en que esto se hace, incluso el lugar, el ambiente social y la ocasión (21).

En los últimos años se han observado algunos cambios en los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas. A escala mundial se puede observar una cierta tendencia general, así en los países tradicionalmente consumidores de vino el ritmo de crecimiento de la demanda de cerveza y bebidas destiladas ha sido especialmente acelerado. Por otra parte, en los países consumidores de cerveza son el vino y los licores los que muestran el desarrollo más rápido y, por último, en las naciones tradicionalmente consumidoras de bebidas destiladas es evidente el aumento proporcional del vino y la cerveza dentro del consumo total (21).

Paralelamente a estos cambios en los hábitos se ha producido una diversificación en el consumo: el alcohol se ingiere en situaciones nuevas y más variadas. También es importante la incorporación de nuevos grupos a los consumidores de bebidas alcohólicas; así por ejemplo, ha disminuido la abstinencia

entre la mujeres y en ciertos lugares y circunstancias el consumo de alcohol también ha aumentado entre los jóvenes (21).

Existen también notables diferencias en los patrones de consumo dentro de un mismo país. En España se han realizado varias encuestas en ámbitos muy específicos como la población infantil (52,53), los adolescentes (54), y otras en grupos muy específicos. Recientemente se han llevado a cabo encuestas de base poblacional que han incluido a muestras representativas de la totalidad del país (55,56), proporcionando una información muy interesante sobre los patrones de consumo en nuestra comunidad. En estas encuestas se han podido comprobar las notables diferencias regionales en los patrones de consumo. Según estos resultados existen regiones con un consumo de alcohol per cápita que duplica la de otras, distinguiéndose regiones que consumen por encima de la media española (Asturias, Cantabria, Euskadi, Galicia, Navarra y La Rioja) y regiones que consumen por debajo de esta media (Andalucía, Baleares, Cataluña y Valencia). En estos estudios se han podido observar que los patrones de consumo son sensiblemente diferentes en las distintas regiones en lo que concierne a frecuencia, cantidad, tipos de bebida, circunstancias de consumo y distribución por edades y sexo. En algunos casos estas diferencias no son estadísticamente significativas ya que en el diseño muestral no estaba previsto el análisis comparativo interregional (55).

Esta extraordinaria variabilidad en los patrones de consumo en nuestra

comunidad es algo que ocurre en el resto del mundo, con grandes diferencias entre los distintos países y de una región a otra dentro del mismo país (57-59).

3.2. PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

3.2.1. SINDROME DE DEPENDENCIA ALCOHOLICA Y ALCOHOLISMO.

Uno de los más graves problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol es el desarrollo del Síndrome de la Dependencia Alcohólica. Hay un gran número de incógnitas sobre la etiología del síndrome de dependencia alcohólica. Este surge como resultado de la interacción entre los efectos psicobiológicos del alcohol (60), factores genéticos (61) y factores ambientales (62,63).

Las estimaciones sobre la prevalencia del síndrome de dependencia alcohólica son muy variables según los países. Las estimaciones oscilan entre un 2% y un 19% en varones, y menos de 1% al 9% en mujeres (64).

Los términos alcoholismo y alcohólico tienen una tradición de uso muy anterior al de síndrome de dependencia alcohólica (58) y se suelen emplear indistintamente, pero lo cierto es que el término alcohólico puede englobar categorías ajenas al síndrome de dependencia alcohólica. Como dijimos anteriormente, Jellinek describió cinco tipos de alcoholismo (23) de los cuales solo los tipos gamma y delta

serían realmente SDA. Es probable que en algunos casos las estimaciones sobre la prevalencia de "alcoholismo" o de "síndrome de dependencia alcohólica" no diferencien ambos términos apropiadamente, creando así un sesgo de información que, unido al sesgo de selección existente en muchos estudios, debido a que los individuos estudiados no son representativos del universo de estudio, explique las discordancias en los resultados sobre prevalencia del problema en países con patrones de consumo parecidos y lo aparentemente exagerado de algunos resultados (64).

3.2.2. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

En los individuos con el síndrome de dependencia alcohólica pueden producirse dos enfermedades que afectan al corazón: la cardiomiopatía alcohólica (65) y la cardiomiopatía del beri-beri (66). En este momento, estas complicaciones son bastante infrecuentes en los países desarrollados.

No existe una asociación tan clara entre el consumo de alcohol y el riesgo de incidencia de cardiopatía isquémica. Al hacer estudios de mortalidad, la cardiopatía isquémica aparece como la causa de defunción más importante entre sujetos con el síndrome de dependencia alcohólica así como en grandes grandes bebedores (67). Se ha especulado que el alcohol aumentaría el riesgo de sufrir un infarto de de miocardio y muerte súbita a través de mecanismos directos bien por su efecto tóxico sobre el miocardio, arterias coronarias o induciendo arritmias, o a través de mecanismos indirectos por su asociación con la hipertensión arterial o con el consumo de tabaco

(68) siendo este último otro factor de riesgo mayor de la cardiopatía isquémica.

Otro mecanismo que se ha postulado es el de la apnea obstructiva del sueño. Se ha encontrado una elevada incidencia de bradicardias, hipertensión arterial sistémica y pulmonar, asistolias y arritmias cardíacas graves en pacientes que sufren apnea obstructiva durante el sueño (69), como consecuencia aumentaría el riesgo de muerte por cardiopatía isquémica tanto en bebedores moderados como en grandes bebedores y personas con síndrome de dependencia alcohólica.

En algunos estudios se ha encontrado que los bebedores moderados presentan tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares inferiores a las de los abstemios y a las de los grandes bebedores. Por ejemplo, en el estudio de la mutua norteamericana Kaiser- Permanente se encontró que si la razón de mortalidad era de 1 para los que bebían 2 copas al día, esta razón era de 1,4 para los abstemios, de 1,4 para los que bebían 3-5 copas y de 2,02 para los que bebían 6 o más copas al día. El exceso de mortalidad de los abstemios era fundamentalmente por enfermedades cardiovasculares y era independiente del consumo de cigarrillos (70).

Este y otros estudios han sido criticados por no analizar el posible sesgo de confusión que podrían representar otras variables no incluidas como la dieta, personalidad, salud física y mental (67). Por otra parte, en algunos casos se ha incluido en el grupo de abstemios a ex-bebedores y enfermos crónicos, con elevado riesgo de padecer cardiopatía isquémica (67).

Se ha propuesto que el consumo moderado de alcohol ejercería su efecto protector elevando el nivel de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) que inhiben

el proceso aterogénico (71). Otros estudios indican que el consumo de alcohol produce elevaciones únicamente en la subfracción HDL-3, mientras que el efecto antiaterogénico lo ejerce fundamentalmente la fracción HDL-2 (72), lo cual cuestiona, por ahora, el hipotético efecto protector del alcohol.

3.2.3. TRASTORNOS NEUROLOGICOS.

Los trastornos y las lesiones neurológicas asociadas al consumo de alcohol son importantes por su frecuencia, por su influencia sobre otras complicaciones (accidentes y traumatismos), por sus repercusiones sanitarias y económicas, y por el elevado número de camas hospitalarias ocupadas por pacientes con estos trastornos.

Los mecanismos a través de los cuales se producen estos trastornos y lesiones no se conocen bien, y se sigue investigando activamente sobre ello. Se considera que la encefalopatía de Wernicke, la psicosis de Korsakoff, la degeneración cerebelosa y la neuropatía periférica son ocasionadas por un déficit de vitamina B1 (73). Es posible que a ello se asocien otros factores como el efecto directo del alcohol y de sus metabolitos (74), y otros efectos indirectos como la hipertensión arterial, hiperglucemia, otros déficits nutricionales, los traumatismos repetidos, la encefalopatía hepática y la apnea obstructiva durante el sueño.

La más grave de las complicaciones neurológicas es la demencia causada por atrofia cerebral o por la psicosis de Korsakoff. Esta complicación aparece en un 5%-10% de pacientes con el síndrome de la dependencia alcohólica (75,76).

La neuropatía periférica aparece en un 7-25% de pacientes con el síndrome de la dependencia alcohólica (75,76).

En los pacientes del síndrome de dependencia alcohólica se encuentran con frecuencia trastornos neurológicos subclínicos y potencialmente reversibles como anomalías en los tests neuropsicológicos, trastornos miopáticos y neuropatía periférica (77). La reversibilidad de estos trastornos es variable si se consigue la abstinencia del alcohol y una normalización de su status nutricional (78-81).

En algunos casos la atrofia cerebral, la atrofia cerebelosa y las anomalías en los tests neurofisiológicos se presentan ante niveles de consumo de alcohol moderados o incluso bajos (82,83).

La apnea obstructiva durante el sueño es una grave complicación neurológica con una muy elevada tasa de letalidad (84). El alcohol actúa directamente produciendo una depresión en los centros motores que controlan la función del músculo geniogloso (85) y una depresión de los centros respiratorios (86). Como consecuencia de estos efectos se produce una relajación de la musculatura de la lengua y faringe lo cual unido a la presión negativa producida por la inspiración provoca una obstrucción a nivel de la región orofaríngea. En algunos casos el grado y duración de la anoxia resultan muy graves y ocasionalmente producen la muerte.

Estas apneas suelen producirse tras ingestas elevadas de alcohol, aunque en algunos casos las cantidades de alcohol consumidas son relativamente pequeñas, por ejemplo dos o tres copas antes de irse a dormir (85,86).

Una complicación neurológica que se ha descrito de forma creciente en los

últimos años es el ictus apoplético. Se ha podido demostrar que el riesgo aumenta al elevarse el consumo (87) pero que pueden presentarse con consumos de alcohol moderados, encontrándose en los estudios de Honolulu y Yugoslavia que los accidentes cerebro-vasculares resultantes se producen por el efecto del alcohol sobre la hipertensión arterial (88,89). También se han implicado como mecanismos desencadenantes de esta complicación a los espasmos vasculares cerebrales (90) y la apnea obstructiva durante el sueño (84).

3.2.4. CIRROSIS HEPATICA.

La evidencia de la asociación causal entre el consumo de alcohol y la cirrosis hepática se basa en los resultados de los estudios ecológicos (64), estudios de casos y testigos (91) y estudios de cohortes (92).

Los estudios ecológicos han demostrado una correlación directa entre el consumo de alcohol y las tasas de mortalidad por cirrosis hepática, tanto si se correlacionan entre diferentes países (64) como si se comparan distintos niveles de consumo dentro de un mismo país a lo largo del tiempo (93), y teniendo en cuenta las edades de consumo, el periodo de latencia entre consumo y mortalidad y la prevalencia de infecciones por VHB (94).

Las tasas de mortalidad por cirrosis hepática descienden de forma directa y muy rápidamente cuando se producen restricciones en la disponibilidad de bebidas alcohólicas. Naturalmente, estos descensos no son atribuibles a disminuciones de la

incidencia sino de la letalidad: los cirróticos, al tener mayores problemas de abastecimiento de alcohol tienen menores probabilidades de descompensar su enfermedad y alargan su supervivencia (14,15,95).

Los estudios de casos y testigos indican que el riesgo de padecer cirrosis hepática es más elevado en los varones que consumen más de 40 gramos de etanol diariamente y en las mujeres que consumen más de 20 gramos de etanol/día durante muchos años (91). En estos estudios se demostró una relación dosis-efecto entre el nivel de consumo de alcohol y el riesgo de incidencia de cirrosis.

En un estudio de cohortes se ha confirmado el mayor riesgo de cirrosis entre los que consumen mayores cantidades de alcohol, y que el riesgo aparece ante niveles de consumo muy inferiores a los asociados con el síndrome de dependencia alcohólica (92).

Todos los estudios indican que el factor causal único de la cirrosis es la cantidad de alcohol consumida y no se encuentran diferencias de riesgo entre los distintos tipos de bebidas alcohólicas (96).

3.2.5. CANCER.

Existe una clara asociación causal entre algunas neoplasias y el consumo de alcohol (97,98). En algunos se ha calculado que entre un 3 y un 4% de todas las defunciones por cáncer son atribuibles al alcohol (99,100).

Las asociaciones causales definitivamente demostradas son las existentes entre

el alcohol y el cáncer de boca y faringe, laringe y esófago (101), es decir, el aumento de riesgo está demostrado sólo en localizaciones en las que las mucosas entran en contacto directo con el alcohol, o por lo menos las asociaciones causales son más fuertes.

Los mecanismos a través de los cuales el alcohol tiene un efecto carcinogénico son desconocidos. Se supone que puede facilitar la absorción de carcinógenos inhalados o ingeridos al actuar como disolvente o al alterar la integridad de las mucosas.

Varios estudios han demostrado el papel del alcohol y el tabaco como agentes causales del cáncer de cavidad bucal y faringe (101,102). En el caso del cáncer supraglótico de laringe también se ha encontrado esta asociación causal interactiva entre alcohol y tabaco (103-105).

Otras hipotéticas asociaciones causales entre el consumo de alcohol y neoplasias presentan resultados más conflictivos. Durante décadas se ha postulado la existencia de una asociación causal entre el alcohol y el carcinoma hepatocelular primario (98) pero estudios recientes indican que el agente causal primario es el virus de la hepatitis B (106,107).

En un estudio sobre mortalidad se ha encontrado que en España las tendencias de mortalidad por cáncer de boca y faringe, laringe y esófago son ascendentes como las de ventas de alcohol y tabaco de esos años, pero que en cambio, para el mismo periodo, las tendencias de mortalidad por cáncer hepatocelular primario son descendentes, al igual que las de la mortalidad por necrosis aguda de hígado (108).

Los resultados de otros estudios tienden a desacreditar o por lo menos a no confirmar las posibles asociaciones causales entre el alcohol y otras neoplasias como el cáncer de estómago (30), el cáncer broncopulmonar (109), el cáncer de colon y recto (110), el cáncer de pancreas (111) y el cáncer de mama (112).

3.2.6. ACCIDENTES Y VIOLENCIA.

El alcohol está asociado con todo tipo de traumatismos y accidentes (113).

Una revisión de estudios de mortalidad en varones con el síndrome de dependencia alcohólica y grandes bebedores encontró que los riesgos globales de muerte por causas "accidentales" oscilaba entre 2.5 y 8.2 en comparación con los varones de la población general (41). Otro estudio encontró que los alcohólicos presentaban un riesgo relativo de morir por caídas de 16.3, por quemaduras e incendios de 9.7, por accidentes de vehículos de motor de 4.5 a 5 y por accidentes industriales de de 2 a 3, en comparación con los de la población general (114).

En la inmensa mayoría de los países, el alcohol es el factor más frecuentemente implicado en la génesis de los accidentes de vehículos de motor (115). En algunos estudios, más de un 30% de las defunciones por accidentes de vehículos de motor se han producido porque por lo menos uno de los conductores implicados había consumido alcohol (116) y en algunos estudios esta proporción puede aumentar a un 65% cuando el accidente se produce durante la noche (117).

En un estudio reciente hecho en España un 79,3% de las personas atendidas

por accidentes en un servicio de urgencias hospitalario habían consumido alcohol ese día y un 42,9% de los lesionados por accidentes de vehículo de motor presentaban alcoholemias superiores a 0,8 gr/litro (118).

Se ha postulado que una alcoholemia elevada no sólo aumenta el riesgo de padecer un accidente más grave sino que también influye directamente aumentando la letalidad de los accidentados con lesiones (119).

El alcohol es un factor muy importante de acciones violentas destacando entre ellas el homicidio en el que estaría implicado en un 50% o más de casos (120). También se le ha asociado extensamente con la violencia contra la esposa (121) y el trato abusivo y violencia contra los niños (122).

La importancia del alcohol como factor de riesgo de suicidio es capital debido a su relación en el caso de la drogodependencia alcohólica con la depresión primaria y secundaria (123). En algunos estudios se ha encontrado que en un 15%-64% de todos los intentos de suicidio hay un consumo de alcohol inmediatamente anterior, pero en el caso de suicidios consumados el porcentaje es del 80% (124), y el riesgo es aún mayor si además existe el consumo de otras drogas (125). En general, el riesgo de mortalidad por suicidio es cinco veces mayor entre los varones grandes bebedores y dependientes del alcohol que entre los varones del resto de la población (37).

3.2.7. CONSECUENCIAS SOBRE EL FETO.

La complicación más grave del embarazo atribuible al consumo de alcohol es la fetopatía alcohólica, caracterizada por microcefalia, deficiencia mental, anomalías oculares y faciales, retraso en el crecimiento y malformaciones múltiples en el corazón, sistema urogenital, huesos y otras (126,127). Se estima que la frecuencia de esta complicación es de 1-3 por mil nacimientos (30), siendo las formas con expresión parcial aún más frecuentes (128). Este síndrome puede aparecer en hijos de madres con el síndrome de drogodependencia alcohólica que hacen grandes ingestas de alcohol durante el embarazo (129). No obstante, niveles de consumo muy inferiores a los de las mujeres con el síndrome de dependencia alcohólica pueden estar asociados con otras anomalías (129,130).

3.2.8. OTROS PROBLEMAS.

El consumo de alcohol se ha asociado a muchos otros problemas como la hiperuricemia y gota, la diabetes mellitus de tipo II, gastrointestinales como el síndrome de Mallory-Weiss, la gastritis erosiva y la gastritis atrófica, el úlcus gastroduodenal, la pancreatitis crónica, la hepatitis alcohólica, anemia, neutropenia y trombocitopenia, miopatía aguda y crónica, osteoporosis, déficits nutricionales, enfermedades respiratorias como las neumonías, tuberculosis y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (131-135).

4.- PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

4.1. TIPOS DE PREVENCIÓN

Como hemos visto anteriormente el consumo de alcohol está aumentando en todo el mundo, lo que origina un aumento en los problemas asociados a su consumo, con una mayor demanda de servicios sanitarios y sociales. Es por tanto urgente encontrar una estrategia de prevención de estos problemas (27).

Los tres grados de prevención en los que podemos actuar serían:

Prevención primaria: consistiría en evitar la aparición del problema. Su objetivo es reducir el consumo per cápita de alcohol, lo cual se acompañaría de una disminución en la prevalencia de grandes bebedores y esto implicaría una disminución de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Las medidas de prevención primaria incluirían medidas educativas, legislativas y sociales.

Las estadísticas nacionales y globales hablan de la importancia de los problemas relacionados con el alcohol y señalan el valor de las estrategias apropiadas de prevención primaria.

Las actividades de prevención primaria para que tengan éxito, se deben organizar de modo que correspondan a los ambientes culturales e históricos

específicos del lugar donde se van a realizar.

Los objetivos fundamentales de esta prevención serían la reducción de las cantidades de alcohol que se consumen y el cambio de hábitos en el consumo de alcohol para evitar que se beba en ambientes o momentos inadecuados. A pesar de la enorme variedad de actividades que se pueden incluir en la prevención primaria, éstas se pueden englobar en dos sectores: limitar la disponibilidad (medidas legislativas) y reducir la demanda (educación sanitaria) (21,136).

Sin embargo es más que probable que durante mucho tiempo siga elevandose el número de complicaciones y defunciones atribuibles al abuso de alcohol en España a pesar de los esfuerzos de los gobiernos centrales y autonómicos (27). Es por eso que hay una necesidad de desarrollar procedimientos simples que ayuden a reconocer el problema de forma precoz y a combatirlo tan eficaz y económicamente como sea posible (137).

Prevención Secundaria: consistiría en detectar el problema y tratarlo precozmente para detener su progresión.

El reconocimiento precoz y la minimización del daño son las bases principales de la prevención secundaria, ambos requieren una cierta sensibilidad en cuanto al papel que juega el alcohol en una cultura particular, caracterizado por la relación existente entre el consumo "per cápita" y el daño producido. Para estar efectivamente organizada requiere información sobre los patrones de consumo de la comunidad, la extensión y naturaleza de los problemas causados por la bebida y el rango de

agencias que podría detectar a individuos que beben de forma nociva. La disponibilidad de servicios, la actitud, preparación y habilidad de los trabajadores de primera línea también influirán en la detección y dirección de estos problemas (137).

En el último nivel tendríamos la *Prevención Terciaria*, que consistiría en el tratamiento especializado cuando el proceso se ha hecho crónico, para proceder a la rehabilitación y reinserción social del alcohólico.

4.2. IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

El estudio de la OMS referente a la Respuesta Comunitaria a los Problemas Relacionados con el Alcohol (138), examinó la relación entre patrones de bebida, problemas relacionados con el alcohol y respuestas sociales en comunidades seleccionadas entre un rango de países muy dispares entre sí (México, Escocia y Zambia). Las diferencias entre los hábitos de bebida se hacían evidentes. La mayoría de los escoceses bebían regularmente pero de forma moderada. En la comunidad mexicana la abstinencia era mucho más común, particularmente entre las mujeres, y la bebida era periódica y con frecuencia excesiva. En las comunidades de Zambia había muchos abstemios, pero aquellos que bebían a menudo lo hacían para emborracharse.

Este estudio también preguntaba a un número determinado de agencias primarias en cada comunidad sobre su percepción de problemas relacionados con el alcohol y su confianza en resolverlos. La policía, el personal sanitario y el médico general, coincidían en afirmar que el alcohol provocaba una importante carga en su trabajo. La policía y particularmente el personal sanitario dudaban con frecuencia de que su función o la presión del trabajo les permitiera tomar parte en los problemas de bebida cuando los detectaban. Casi todos sentían que les gustaría estar más preparado en lo referente a problemas relacionados con el alcohol. Particularmente en Escocia, el nivel primario de los trabajadores de salud era pesimista en lo referente al valor de alguna intervención o consejos que ellos pudieran ofrecer. Este hallazgo se observó también en Inglaterra (139).

La cantidad de trabajadores a nivel primario que detectan problemas de alcohol varía naturalmente con el modelo de servicios y economía de las comunidades referidas. Por ejemplo en Mexico se veía a los curas como un grupo al que se les consultaba acerca de estos problemas. Los curanderos y jefes de tribu tenían una importancia similar en la Zambia rural. La intervención a nivel primario podría efectuarse a través de los diferentes canales en las áreas urbanas y rurales (21,140).

Tradicionalmente los problemas asociados al consumo de alcohol han sido

tratados por los sistemas de salud mental o servicios especializados. Sin embargo, hay una multiplicidad de instituciones que participan en el cuidado de "alcohólicos" y personas con problemas relacionados con el alcohol (140).

La dependencia del alcohol es un problema grave que necesita la ayuda de un profesional cualificado, pero está claro que enfocando exclusivamente esta sección del espectro de los problemas relacionados con el alcohol, nunca se podrán prevenir o disminuir la mayoría de los otros problemas. Y aún más, en la mayoría de países europeos, ésta es la principal e incluso la única faceta de problemas relacionados con el alcohol que reciben una atención significativa (140).

Los estilos de vida de los individuos que beben de forma nociva están llenos de crisis e incidentes que les llevan al equipo de atención primaria de salud. La atención primaria es de particular relevancia en la detección, reconocimiento e intervención en estos problemas por distintas razones (137).

La principal motivo para la elección es la necesidad de comenzar con un modelo que sea relativamente fácil de reproducir en diferentes zonas y grupos culturales.

La atención primaria de salud es la prestación de cuidados de salud esenciales, universales y accesibles a los individuos y familias en la comunidad, aceptados por

ellos, y a un coste que la comunidad y el país pueden afrontar. Idealmente forma una parte integral del sistema de salud del país y sobre todo del desarrollo social y económico de la comunidad (141).

La prevención secundaria de los problemas de alcohol es ideal en el ámbito de la atención primaria de salud como definió la Conferencia de Alma-Ata en 1.978 (142). Ya que los problemas de alcohol están asociados con un aumento significativo en la morbilidad y mortalidad, no hay duda de su importancia en el sistema de cuidados de salud en todo el mundo. Los efectos del abuso del alcohol en la familia son bien conocidos; por ejemplo en los tres países del estudio de respuesta comunitaria de la OMS, la familia fue el lugar más frecuentemente mencionado de estrés ocasionado por la bebida (143). La definición de Alma-Ata (142) también subraya el bajo coste de la intervención, lo que es un beneficio adicional a la estrategia de prevención secundaria, que no requiere un cuadro de especialistas pero cuenta con la habilidad de los individuos que están preparados en su puestos y accesibles a la población que sirven. Finalmente el sector de la atención primaria tiene la cualidad de la reproducibilidad. Hasta el punto de que un proyecto piloto que se ha probado como efectivo en una zona, puede ser exactamente reproducido en otras .

Los cuidados primarios de salud son también un buen ámbito porque hay evidencia de que los bebedores en exceso sufren más enfermedades y problemas de

salud que otros y por tanto hacen un mayor uso de los servicios de salud. Los trabajadores de atención primaria son accesibles para la comunidad y tienen una reputación y credibilidad que intensifican cualquier consejo que puedan dar. El sector de atención primaria también evita los problemas de estigmatización y etiquetaje que ocurre a menudo cuando un paciente es tratado en un servicio de salud mental o de alcoholismo. En algunas zonas, cuando la familia del paciente lo acompaña rutinariamente al médico de atención primaria, hay oportunidad de contactar con ella, la cual frecuentemente ofrece una importante ayuda al bebedor con problemas (144).

Además de estas ventajas hay un número de evidentes barreras a la intervención precoz en el sector de la atención primaria. Los trabajadores de atención primaria pueden pasar por alto la contribución del alcohol al problema que el paciente presenta. Aún no existe una técnica de cribado simple y efectiva, pues está aún en proceso de desarrollo y evaluación. Una fuerte barrera es el pesimismo de los trabajadores de salud sobre el valor de cualquier intervención (145). Esto unido a la conocida impopularidad de los pacientes alcohólicos sugieren que la promoción de la prevención secundaria tendrá que superar ciertas resistencias antes de que el trabajador de atención primaria se sienta a gusto aceptando la responsabilidad que supone esta labor.

Ciertos trabajos han demostrado que aumenta significativamente el número de pacientes en los que se detectan problemas relacionados con el alcohol cuando a los

médicos de atención primaria se les proporcionan medios de supervisión y apoyo suficientes. El número de pacientes diagnosticados aumenta cuanto mayor es el nivel de conocimientos y experiencia sobre el tema, y que la existencia de actitudes positivas o negativas por parte de los médicos hacia el trabajo con este tipo de pacientes influye en su capacidad para diagnosticarlos (146,147).

En algunos estudios se ha observado que al hacer encuestas a los pacientes que acuden a los centros de atención primaria, se obtienen tasas de prevalencia de problemas relacionados con el alcohol mucho más altas que las obtenidas al preguntarles a los médicos de estos centros sobre la frecuencia de estos problemas en sus consultas. Este hallazgo se ha interpretado en el sentido de que buena parte de los médicos de atención primaria no identifican a muchas de las personas con estos problemas que acuden a consultarles (147).

El proyecto de la OMS de Respuesta Comunitaria muestra que muchos médicos de atención primaria se sienten inadecuadamente preparados para ocuparse de los problemas de alcohol (143).

Un estudio preliminar en el diseño de programas de prevención secundaria para el sector de la atención primaria, requeriría preparación en la detección de estos problemas, probablemente incluyendo el uso de instrumentos de screening, y la adquisición de destreza en dar consejos claros y adecuados a cada paciente con un

modelo particular de problema de bebida. Los trabajadores de atención primaria deberían convencerse de que ellos juegan un papel valorable y efectivo en la minimización del daño producido por el alcohol. El nuevo papel no debe ser oneroso o considerarse una pérdida de tiempo. No requiere la preparación de especialistas y por la reducción de los daños de salud producidos por el alcohol, debería ahorrar tiempo y recursos (136,137).

Existe una gran diversidad de personas consideradas en riesgo de desarrollar problemas relacionados con el alcohol, y por tanto es improbable que el sector óptimo para el cribado sea similar en todos los países, sin embargo los trabajadores de atención primaria están más predispuestos a encontrar individuos en riesgo o en niveles de riesgo y por tanto podría constituir un potencial de intervención (137).

5.- METODOS DE CRIBADO EN LA DETECCION PRECOZ DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

El cribado de problemas relacionados con el alcohol recurre al concepto de riesgo en diferentes aspectos. Primero, ciertos individuos pueden estar en riesgo de desarrollar una dependencia del alcohol o problemas relacionados con el alcohol por sus características personales, patrones de consumo de bebidas alcohólicas o exposición a circunstancias ambientales nocivas. Segundo, ciertos grupos de población pueden ser considerados "en riesgo" en el sentido de que son más propensos a tener problemas relacionados con el alcohol (ej. hijos de alcohólicos). Tercero, en ciertos grupos de población los problemas de alcohol pueden suponer un grave riesgo o costo a la sociedad (ej. mujeres embarazadas, pilotos, trabajadores de la industria). Estos diferentes conceptos de riesgo dan lugar a importantes cuestiones sobre la conveniencia y viabilidad del cribado de los problemas relacionados con el alcohol (137).

En una reciente Reunión del Comité de Expertos de la OMS en problemas relacionados con el consumo de alcohol (21), los riesgos diferenciales de experimentar los efectos adversos de la bebida se dividieron en dos elementos, vulnerabilidad y exposición. La vulnerabilidad se refiere a las características fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos, que los hacen más o menos

propensos a desarrollar problemas relacionados con el alcohol. La exposición al alcohol, está influida enormemente por factores sociales y económicos. Jellinek (23) sugiere que el consumo frecuente de grandes cantidades de alcohol es un prerrequisito para la adicción. Keller (20) ha sugerido que los distintos patrones de consumo pueden situar al bebedor en riesgo de desarrollar problemas, dependencia o enfermedades.

En ausencia de consenso sobre precursores etiológicos, los esfuerzos se han dirigido a identificar indicadores tempranos que puedan predecir posteriores problemas con el alcohol, en virtud de su semejanza con los síntomas prodrómicos encontrados frecuentemente en las historias de bebida de los alcohólicos que ya han sido diagnosticados. Estos incluyen varios problemas psicosociales, síntomas de leve dependencia, estigmas físicos, leve perjuicio neuro-psicosocial, alteración de las enzimas hepáticas y otras alteraciones bioquímicas (137).

Un instrumento de cribado efectivo presupone que el "caso" está adecuadamente definido. Esto presenta problemas inmediatos. Mientras que la mayoría de los clínicos estarían de acuerdo sobre las características de los casos extremos del síndrome de dependencia del alcohol y problemas relacionados con el alcohol, hay inevitablemente menos claridad sobre la definición de daño precoz producido por la bebida. Desde luego la falta de consenso pasado y presente respecto a la definición de alcoholismo y el criterio para su diagnóstico no ofrece una base

conceptual sólida para diseñar los procedimientos de detección precoz de los casos. La reciente "desagregación" del concepto unitario de enfermedad enfoca las perspectivas de los problemas de alcohol como un conjunto de fenómenos separados, los cuales aunque a menudo están asociados a casos clínicos diagnosticados de alcoholismo, pueden ocurrir en bebedores de la población general. La distinción hecha por el grupo de investigadores de la OMS (148) entre dependencia del alcohol y desórdenes relacionados con el alcohol es probablemente la declaración más metódica hecha. Por abandono del genérico nivel de alcoholismo y la pérdida de coalición del campo que abarca, los distintos tipos de desórdenes relacionados con el alcohol pueden llegar a ser objeto de "screening" por separado (137).

5.1. CRIBADO EN LA POBLACION GENERAL: ENCUESTAS POBLACIONALES

Las Encuestas Poblacionales (EP) englobadas dentro de los Estudios Transversales constituyen un tipo de estudio epidemiológico observacional en el cual se evalúa de forma simultánea en el tiempo la presencia y ausencia de ciertas características y enfermedades en los individuos de una muestra representativa de la población general (149).

Por lo general, las EP se llevan a cabo durante un periodo de tiempo relativamente corto, y por ello suelen proporcionar una información de forma

"instantánea" sobre la frecuencia de la enfermedad (o problema de salud) y la prevalencia de ciertos factores asociados.

Las EP son generalmente descriptivas, es decir, su objetivo es el conocimiento de la distribución de problemas de salud y de exposición a distintos factores en una población concreta; y sus datos pueden resultar de gran valor en la planificación sanitaria para asesorar el estado de salud y las necesidades de asistencia sanitaria de la población. Sin embargo, en algunas situaciones su diseño es híbrido, es decir con finalidades no sólo descriptivas sino también analíticas (150,151) o sea, busca asociaciones entre posibles factores causales y problemas de salud.

En muchas ocasiones, las EP se realizan con el objetivo de tener un mejor conocimiento sobre los factores de riesgo de enfermedades de comienzo lento y de larga duración para las cuáles la asistencia médica no suele ser requerida hasta que la enfermedad ha progresado hasta estadios relativamente avanzados. Se pueden incluir entre estas categorías de enfermedades varios Problemas Relacionados con el Alcohol (PRA) para cuyo estudio las EP han sido ampliamente utilizadas (152,153).

Así, en muchos países desarrollados las EP constituyen un procedimiento rutinario para la obtención de información cualificada sobre los patrones de consumo y PRA de la población (154,155,20).

El Proyecto más ambicioso y extenso emprendido por la Organización Mundial de la Salud en relación a sus programas sobre PRA ha sido el estudio colaborativo de la Respuesta Comunitaria frente a los Problemas Relacionados con el Alcohol, que se inició con los estudios en Tiaplan (México), Lothian (Escocia) y Zambia (138,145), y que posteriormente se ha llevado a cabo en varios países europeos (156).

Las EP no son la única manera de estudiar los factores de riesgo de todos los problemas relacionados con el alcohol. Ciertos PRA pueden ser estudiados mediante estudios de cohortes o mediante estudios de casos y testigos, pero hay unas indicaciones y unas limitaciones muy concretas en cada caso y para cada circunstancia (157).

Una ventaja de los EP sobre los estudios de cohortes, es que se suelen realizar durante un periodo de tiempo relativamente breve, con la consiguiente reducción de costos.

La ventaja de los EP sobre los estudios de casos y testigos es que en muchos problemas relacionados con el alcohol la enfermedad es de comienzo lento y de larga duración, y los enfermos no suelen solicitar asistencia médica hasta que la enfermedad progresa hasta estadios muy avanzados (158). Por otra parte, los EP se realizan en muestras representativas de la población general, no únicamente de

personas que buscan asistencia médica, por lo que su generalizabilidad puede considerarse una gran ventaja.

Las EP se han consagrado como el procedimiento más idóneo para el conocimiento de los patrones de consumo de alcohol y de la prevalencia de problemas en la población general. La utilización progresiva de metodologías similares en distintos países está permitiendo un análisis comparativo de resultados impensable hace escasas décadas (150).

5.2. CRIBADO EN ATENCION PRIMARIA

El hecho de que el desarrollo de problemas de alcohol esté relacionado con la vulnerabilidad individual y la exposición ambiental ha llevado a especular sobre los sectores en los que los individuos de alto riesgo puedan ser identificados y el cribado pueda ser llevado a cabo eficientemente. Como la aproximación y cooperación de los alcohólicos pueden resultar difíciles, Murray (20) ha sugerido que el "screening" selectivo es preferible al "screening" en masa para los desórdenes relacionados con el alcohol. Examinó los resultados primeramente para los países de habla inglesa, sugiriendo que el "screening" selectivo podría ser conducido más provechosamente con las siguientes poblaciones: (a) pacientes del hospital general, especialmente aquellos con alteraciones que se saben que están asociadas con alcoholismo (ej. pancreatitis, cirrosis, gastritis, tuberculosis, cardiopatías); (b)

personas que intentan suicidarse; (c) pacientes psiquiátricos; (d) pacientes atendidos casualmente en los servicios de urgencias; (e) pacientes que acuden al médico general; (f) vagabundos; (g) prisioneros; (h) aquellos citados por ofensa legal relacionada con la bebida (ej. conducir intoxicado, intoxicación pública). A éstos deberían añadirse grupos, considerados por un reciente Comité de Expertos de la OMS (21), como de alto riesgo de desarrollar problemas relacionados con el alcohol: varones de edad media, adolescentes, trabajadores emigrantes, ciertos grupos ocupacionales (como ejecutivos, taberneros, marineros). En una discusión de servicios de tratamiento para problemas relacionados con el alcohol en países desarrollados, Hawks (159) ha identificado los siguientes grupos como particularmente vulnerables: el nuevo profesional y los directivos, adultos jóvenes y mujeres.

Dada la diversidad de personas consideradas en riesgo de desarrollar problemas relacionados con el alcohol, es improbable que el sector óptimo para el cribado sea similar en todos los países. Sin embargo, los trabajadores de atención primaria están más predispuestos a encontrar muchos individuos bebedores con niveles de daño o lesión, y debería constituir un provechoso agente de intervención (136,137).

En general el diseño de programas de screening dependerá de una variedad de consideraciones que diferirá según el tipo de cribado, los grupos a ser identificados, los recursos disponibles, el agente de screening y el nivel de

cooperación esperado de la población a estudiar. Cuando existe cooperación y no una actitud defensiva sobre sus conductas de bebida es muy ventajosa la entrevista oral específica sobre alcohol. Cuando la población es sospechosa de olvido o de estar a la defensiva, puede darnos una importante información suplementaria los exámenes clínicos o de laboratorio. En la mayoría de los casos la combinación de varios procedimientos podría aumentar la confianza en los resultados del screening (164).

5.2.1. CUESTIONARIOS

MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)

Desarrollado por Selzer (161) en 1967, su validez ha sido extensamente documentada (162-164). Esta entrevista de 25 items está enfocada principalmente en la conducta de bebida anormal, tanto como en las consecuencias sociales, legales y de salud de la bebida. Comprende cuestiones relativas a opiniones personales sobre la bebida, opiniones de familiares y amigos, problemas que surgen de la bebida y algunos síntomas de dependencia del alcohol.

En una población de alcohólicos americanos hospitalizados se encontró que tenía una sensibilidad del 98% en detectar alcoholismo (160). Ha sido usado principalmente en Estados Unidos y Reino Unido en población clínica. Pokorny y col. (165) crearon una versión acortada del MAST llamada SMAST (Short Michigan



Alcoholism Screening Test) que extrae los 10 ítems más discriminativos del cuestionario original. Las cuestiones son directas e inequívocas, enfocadas en el alcohol. Requiere que el respondente admita que beber es un problema. Kaplan y col. (166) encontraron que los alcohólicos autoidentificados como tales registraron marcas más altas con este test que los no autoidentificados alcohólicos. Kristenson & Trelle (167) modificaron el MAST empleando cuestiones sobre actitudes y costumbres mejor que las preguntas directas, creyeron que sería más aceptable para una población sana de varones suecos. Este instrumento identificó correctamente al 73% de los alcohólicos conocidos en su muestra de población general.

MALT (Munich Alcoholism Test)

Usado por Feuerlein y col. (168), esta prueba contiene dos partes o secciones: la parte A es completada por el clínico y la parte B, que contiene 24 ítems referentes a abuso de alcohol y sus efectos adversos tanto sociales como somáticos, es completada por el paciente.

A pesar de que el MALT ha dado esperanzadores resultados, parece que los ítems médicos contenidos en la parte A son sensible sólo a desórdenes que se desarrollan en estadíos tardíos del abuso de alcohol (169).

CAGE

Es un cuestionario para la detección de alcoholismo y problemas relacionados con el alcohol, de corta duración y simple de usar (170). Desarrollado por Ewing y Rouse (171) promete corregir muchos defectos de los instrumentos de screening de alcoholismo que existían previamente.

Consiste en cuatro cuestiones no relacionadas directamente con el consumo de alcohol, por lo que intimida menos a los respondentes que otros cuestionarios y parece ser un indicador sensible para descubrir problemas de bebida (172). Con dos o más respuestas positivas se identifican como bebedores con problemas. En el estudio original de 366 pacientes psiquiátricos americanos (172) el 81% de los alcohólicos conocidos respondieron positivamente a dos o más cuestiones comparados con el 11% de los no alcohólicos. La mayoría de los estudios usan el CAGE en la población clínica, pero Saunders y Kershaw (173) lo emplearon con una muestra de bebedores con problemas identificados en la comunidad. En este estudio realizado en Escocia, el CAGE presenta más sensibilidad que el MAST reducido (SMAST) detectando aproximadamente un 50% de alcohólicos activos y bebedores con problemas. Wallace y Haines (174) lo emplearon en una muestra de pacientes de atención primaria, en su forma modificada, incluyendo cuestiones sobre otros aspectos de la salud. Un 11% de varones y un 5% de mujeres mostraron un consumo excesivo de alcohol (mayor de 42 unidades semanales en varones y de 21 unidades semanales

en mujeres) con este cuestionario, con una sensibilidad de 77% para varones y 34% para mujeres y una especificidad del 84 y 92% respectivamente.

STAQ (Spare Time Activities Questionnaire) (Cuestionario de actividades de tiempo libre)

Este cuestionario fue usado en Inglaterra en el ámbito de la atención primaria por Wilkins (175). Inicialmente construyó un registro de riesgo basado en algunos de los factores predisponentes conocidos discutidos anteriormente. El STAQ intenta disfrazar el punto del alcohol preguntando por su actividad recreacional como ver televisión y hacer deportes. Es más largo que los instrumentos descritos anteriormente. Wilkins recogió una sensibilidad de 76.5%. Saunders & Kershaw lo usaron en una forma modificada en su estudio comunitario y encontraron que tenía buena concordancia con el CAGE pero su poder de detectar alcohólicos conocidos no era mejor, identificando menos del 50%.

CUESTIONARIOS PARA DETECTAR LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Stockwell y col (176) y Chick (177) tanto como Skinner y Allen (178) describieron cuestionarios que estaban interesados por el fenómeno de la dependencia del alcohol. A pesar de que se ocupa de síntomas en un estadio más tardío, algunos de los ítems incluidos pueden resultar relevantes para la detección precoz.

El cuestionario AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) (160) fue desarrollado por un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud para identificar a personas cuyo consumo de alcohol ha llegado a ser nocivo o perjudicial para su salud. Intenta detectar precozmente a los grandes bebedores más que a los alcohólicos. Sin embargo, también podría detectar alcohólicos con un alto grado de exactitud. Consta de 10 ítems con preguntas específicas referidas al alcohol, es breve, rápido, flexible y está enfocado al uso reciente de alcohol. Ha sido diseñado específicamente para su uso en atención primaria por lo que presenta grandes ventajas como son la estandarización entre países. Tiene preguntas que pretenden diferenciar: a) dependencia ("Dependence"), b) consumo excesivo ("Harmful drinking"), c) consumo peligroso ("Hazardous drinking") (160).

5.2.2. INDICADORES BIOLÓGICOS

Muchos clínicos son excépticos sobre la veracidad del bebedor excesivo cuando informa del consumo o de los problemas relacionados con el alcohol. Los marcadores biológicos parecen más objetivos, aunque están sujetos a las variaciones de las técnicas de laboratorio. Algunos están muy influenciados por el intervalo de tiempo entre la última bebida y el tiempo de toma de la muestra (137).

El único indicador verdadero de consumo de alcohol es la detección del mismo o de alguno de sus metabolitos en los fluidos orgánicos del paciente. Sin

embargo, la corta vida media de estos componentes y el hecho de que su presencia no predice los hábitos de bebida o la tolerancia al alcohol, resta valor a su uso como marcadores del abuso de alcohol (177).

The National Council on Alcoholism (NCA) señala que niveles de más de 33mmol/l (150mg/dl) de alcohol en un paciente que no presenta signos de intoxicación es evidencia de tolerancia al alcohol y es un potente indicador de abuso de alcohol (177).

Todo el que bebe de forma excesiva ("heavy") y habitual desarrollará tolerancia a los efectos del alcohol. Si un individuo no está obviamente bebido a niveles de etanol en sangre de 150 mg%, es extremadamente probable la dependencia. Sorprendentemente los médicos toman a menudo como guía de la dependencia del alcohol el nivel de alcohol en orina o en sangre (177). Esto tiene la desventaja del rápido descenso, pero la cuantificación del alcohol en aliento es actualmente tan simple que tiene considerables ventajas sobre otras medidas bioquímicas. Indudablemente, el simple olor a alcohol en el aliento del paciente en una consulta rutinaria, fue considerado por Wilkins (175) como uno de los indicios más usados de presencia de problemas relacionados con el alcohol.

Hay muchos ejemplos del uso de una batería de pruebas de laboratorio, especialmente en pacientes hospitalizados, para diagnosticar el abuso de alcohol. En

un estudio de pacientes atendidos en un centro de "screening" de salud, se encontró que, el consumo de alcohol, dentro de un rango que podría considerarse normal, afectaba a un número de tests bioquímicos y hematológicos que incluían: niveles séricos de gamma glutamil transpeptidasa (GGT), ácido úrico, triglicéridos, aspartato aminotransferasa (ASAT), y volumen corpuscular medio (VCM) (181). Se hallaron diferencias en los resultados de los test en relación a la edad y el sexo, encontrándose pocas anormalidades en pacientes jóvenes. Whitfield y col (181) sugieren que estos test de laboratorio podrían usarse para comparar la ingesta de alcohol en grupos de individuos durante un período de tiempo. Sin embargo, si tales pruebas fueran usadas para la identificación precoz del abuso de alcohol, podrían obtenerse resultados falsos negativos y falsos positivos. Por ello es necesario interpretar los test de laboratorio en conjunto con otros datos médicos o socioconductuales (182).

LIPIDOS EN SANGRE

El alcohol produce un efecto en el metabolismo y transporte de lípidos tendiendo a aumentar la concentración de triglicéridos y lipoproteínas de alta densidad (HDL-colesterol) en suero (183-185).

ENZIMAS

Se sabe que la concentración de determinadas enzimas en sangre aumenta con

el consumo excesivo de alcohol. Estas enzimas incluyen SGOT (aspartato aminotransferasa -ASAT-), SGPT (alanina aminotransferasa -ALAT-), glutamato deshidrogenasa (GOH), lactato deshidrogenasa (LDH) y fosfatasa alcalina. Los niveles de gammalutamyl transpeptidasa (GGT) sérica parecen ser un buen indicador precoz del consumo de alcohol y se ha demostrado que aparecen aumentados aproximadamente en las tres cuartas partes de un grupo de pacientes alcohólicos en los que no había evidencia de hepatomegalia u otros signos clínicos de enfermedad hepática (182-185).

La GGT puede aparecer aumentada en pacientes con una variedad de enfermedades hepáticas y a su vez puede estar aumentada en pacientes alcohólicos cuando la SGOT, SGPT y fosfatasa alcalina son normales (186). La GGT es almacenada principalmente en la membrana limitante constituyente de la fracción microsómica (187). Un aumento en la masa microsomial es uno de los resultados iniciales del consumo crónico de alcohol. La localización de la GGT probablemente responde a su especial sensibilidad como un indicador de disturbios hepáticos en grandes bebedores. Aunque un aumento en los niveles de GGT puede correlacionarse con necrosis de células hepáticas (188), en muchos casos probablemente refleja una inducción microsómica.

TEST HEMATOLOGICOS

El consumo excesivo de alcohol puede producir diversos cambios en el

sistema hematopoyético. Los hallazgos hematológicos más frecuentes que un clínico puede observar en un paciente alcohólico son una concentración de hemoglobina normal, una médula normoblástica, una concentración de B12 y folato sérico normal y un volumen corpuscular medio (VCM) aumentado (189). Diversos estudios han mostrado que un aumento en VCM indican consumo excesivo de alcohol y que la estimación del VCM puede ser importante en la detección del abuso de alcohol (186,190,191). Wu y col. (190) demostraron que la macrocitosis se resuelve con la abstinencia del alcohol, pero persiste si la ingesta de alcohol continua a pesar de los suplementos de folato. Llegaron a la conclusión de que la macrocitosis era debida a una acción directa del alcohol en los eritroblastos en desarrollo, opinión apoyada por otros trabajadores (191).

En bebedores excesivos se encuentra normalmente un aumento de glóbulos rojos sanguíneos sin anemia y actualmente es usado un aumento del volumen corpuscular medio (VCM) como indicador de daño de bebida (179).

5.2.3. SIGNOS CLINICOS

El exceso de alcohol causa un gran daño a todos los sistemas del organismo. Wilkins (175) presenta once alteraciones físicas y cinco alteraciones mentales en su registro de riesgo. Estos signos clínicos pueden ser de limitado valor para la intervención precoz principalmente porque aparecen tarde en la historia natural de la dependencia alcohólica, y algunas características como obesidad o hipertensión son

insuficientemente específicas para tener valor. Sin embargo, pueden ser de utilidad para confirmar que el alcohol está causando daño o que está motivando al paciente a cambiar sus hábitos de bebida por motivos de salud.

Le Go (192) llevó a cabo uno de los pocos intentos para sistematizar un exámen clínico para la identificación de alcohólicos. Desarrolló un procedimiento para estimar la gravedad de la dependencia alcohólica por evaluación del temblor y estigmas físicos. Como una aplicación rutinaria en un programa de cribado industrial. La presencia de una constelación de estos signos identificaría a un 86% de los alcohólicos.

Este prometedor acercamiento requiere nuevos estudios. Skinner y col. (193) han mostrado el valor de un breve informe sobre una historia de traumatismos. Crearon una escala de traumatismos que combinan con un índice compuesto que también incluye indicadores bioquímicos (GGT, VCM y lipoproteínas de alta densidad), edad y sexo. Pretenden que este índice combinado sea un excelente y preciso diagnóstico para la identificación del abuso de alcohol.

5.2.4. PROCEDIMIENTOS COMBINADOS

La relación entre cuestionarios y test de laboratorio es de obvia importancia y fue estudiado por Bernadt y col. (194). Hicieron una comparación entre la eficacia

de 8 tests de laboratorio y 3 entrevistas breves en una muestra de 386 pacientes psiquiátricos. Encontraron que unas entrevistas breves como el CAGE y el MAST eran mucho más efectivas en la identificación de alcohólicos y bebedores excesivos que los test de laboratorio. Entre éstos, la GGT pareció el mejor indicador detectando el 36% de bebedores y malclasificando sólo un 13% de bebedores normales. La relativamente pobre sensibilidad de la GGT comparada con el MAST en la población psiquiátrica es similar a los resultados de Kristenson y Trell (167) discutidos anteriormente.

Estos estudios no pueden llevarnos al rechazo de la GGT, VCM y otros indicadores biológicos. Su objetividad les da un evidente valor, que puede ser usado por médicos, y es particularmente útil a clientes y clínicos para controlar su evolución. Actualmente una combinación de un cuestionario breve como el CAGE o el MAST con pruebas biológicas como la GGT, el VCM y la estimación de etanol podrían darnos una buena batería de "screening" (137).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Cuando la constitución de la OMS fue aceptada en 1.948, la salud fue definida como "un estado de bienestar físico, psíquico y social", y el mejor estado de salud posible es "uno de los derechos fundamentales de los seres humanos" (136).

En 1.978 la Asamblea Mundial de la Salud en la Conferencia de Alma-Ata adoptó una resolución en la cual se decidió que "el principal objetivo social de la OMS en las décadas venideras sería conseguir para todos los ciudadanos del mundo unos niveles de salud que les permitan alcanzar una vida social y económicamente productiva para el año 2.000". Y la clave para alcanzar estos objetivos sería la atención primaria de salud (142).

En 1.980 el Comité Regional de la OMS para Europa, reunidos en Fez, adoptó la estrategia regional "Salud para todos en el año 2.000" (195). Esta estrategia comprende 38 objetivos con 38 grupos de problemas de salud o enfermedades. Entre ellos, el objetivo 17 señala: "para 1.995, en todos los Estados Miembros deberá haberse disminuido significativamente los problemas de salud conductuales como abuso de alcohol y productos farmacéuticos, uso de drogas ilegales y sustancias químicas nocivas, y conducción peligrosa y conductas antisociales".

La forma de reducir los problemas relacionados con el alcohol, es reducir el consumo de bebidas alcohólicas. Los métodos para conseguirlo no están reflejados en la estrategia "Salud para todos", pero lo que sí está claro es que el equipo de atención primaria juega un importante papel en la obtención de este objetivo (136).

El grupo de trabajo de la OMS sobre los Respectivos Papeles de la Atención Primaria de Salud y Servicios Especializados en el desarrollo e implementación de programas para bebedores con "problemas" reunidos en Oslo en 1986 (140), consideró a la Atención Primaria de Salud como lugar más relevante para la detección de estos problemas; mediante la utilización de métodos de screening que incluyen cuestionarios, exámenes clínicos, test biológicos, etc.

La falta de datos sobre este aspecto en nuestra comunidad nos llevó a considerar la importancia de un proyecto realizado en atención primaria en el que se pudiera:

- 1.- Describir los patrones de consumo de bebidas alcohólicas entre los usuarios de los servicios de atención primaria, mediante el estudio de la frecuencia y cantidad de consumo en relación a las variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, educación, actividad laboral y profesión.

- 2.- Estudiar la receptividad de los pacientes de atención primaria a posibles

programas de intervención educativos, en cuanto a problemas relacionados con el alcohol se refiere.

3.- Estudiar la prevalencia de problemas relacionados con el alcohol mediante la autopercepción del consumo como un problema de bebida.

4.- Estudiar la validez y fiabilidad de los métodos de detección precoz de presentar problemas relacionados con el alcohol: cuestionarios CAGE y AUDIT y pruebas de laboratorio gamma-glutamiltanspeptidasa (GGT) y volumen corpuscular medio (VCM).

II. MATERIAL Y METODOS

1.- MATERIAL

1.1. DESCRIPCION GEOGRAFICA DEL AREA DE ESTUDIO

Las unidades territoriales sanitarias que contempla el mapa sanitario de Andalucía, por orden de complejidad creciente son:

La *ZONA BASICA DE SALUD*, que constituye la unidad sanitaria funcional sobre la que se centra fundamentalmente la organización sanitaria de la Atención Primaria. Puede incluir uno o varios municipios en zona rural o sectores de población en municipios de más de cuarenta mil habitantes. Atiende a una población que oscila entre cinco mil y veintiun mil habitantes, aunque puede haber excepciones en más o en menos.

La organización funcional de cada Zona Básica se desarrolla en el Centro de Salud y se lleva a cabo por un conjunto de profesionales que ejercen su trabajo en esa zona y que constituyen el denominado Equipo Básico de Atención Primaria.

El territorio comprendido por Sevilla capital y provincia se divide en setenta Zonas Básicas de las cuales veintitres corresponden a Zonas Básicas rurales, cuarenta Zonas Básicas urbanas y siete a Zonas Básicas mixtas. En Sevilla capital la población

afectada es de 868.005 habitantes con una media de habitantes por Zona Básica de 21.700.

El *DISTRITO SANITARIO*, está constituido por la suma e integración de varias Zonas Básicas completas y colindantes de la misma provincia. Abarca una población de cuarenta mil a cien mil habitantes en área rural y de cien mil a doscientos mil habitantes en área urbana.

Se caracteriza por constituir una unidad autónoma de Organización de los Servicios Sanitarios, Administración, Gestión y Financiación, Planificación, Programación e Información Sanitaria.

Los *DEPARTAMENTOS SANITARIOS*, constituidos en número de diez en Andalucía, que corresponden a las ocho capitales de provincia, Jerez de la Frontera y Algeciras-La Línea.

Delimitan un área geográfica que incluye la capital de la provincia o núcleos principales de población y su zona de influencia. En ellos se integran los Distritos Sanitarios, pero no constituyen una estructura de organización superior a ellos. Se les asigna funciones de Gestión y Financiación de los Distritos que los componen.

Las *AREAS SANITARIAS* se delimitan en relación con el Hospital de

referencia, rebasando en raras ocasiones los límites provinciales. Se define como la zona geográfica cubierta asistencialmente por un hospital (196).

1.2. TIPO DE MUESTREO. CALCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

Basándonos en los datos del estudio "Respuesta Comunitaria a los Problemas Relacionados con el Alcohol" y sus datos sobre frecuencia de problemas relacionados con el alcohol en la provincia de Sevilla en 1.987, hemos calculado la prevalencia de problemas en un 10% (197).

Con la prevalencia anterior, un error alfa admitido de 2.5% y una precisión del 5%, el tamaño muestral necesario para el estudio sería de 548 sujetos, que nosotros hemos ampliado a 658 personas participantes.

El estudio ha sido llevado a cabo en tres Centros de Salud elegidos al azar entre todos los centros de Sevilla capital.

El tipo de muestreo realizado para elegir a los participantes consistió en un muestreo sistemático en el que, teniendo en cuenta el número de pacientes que visita al médico de atención primaria cada día (aproximadamente cuarenta pacientes), la proporción existente entre varones y mujeres que acuden a los centros de salud (un varón por cada dos mujeres) y el tiempo necesario para llevar a cabo la entrevista (un

tiempo medio de veinte minutos); se eligió a un varón de cada tres y a una mujer de cada seis, de todos los pacientes que acuden a consulta, de modo que el número total de varones y mujeres sea similar.

1.3. CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

El total de sujetos incluidos en el estudio ha sido de 658 individuos usuarios de los centros de salud, de los cuales 306 son varones y 352 mujeres.

Los criterios de inclusión en el estudio son: ser usuario de dicho centro de salud, ser mayor de 14 años, no padecer problemas psicológicos ni de comunicación que les impidan llevar a cabo la entrevista.

Las personas seleccionadas eran invitadas por su médico de atención primaria a participar en el estudio e informadas sobre las características del mismo, solicitando su autorización para entrevistarles y extraerles una muestra de sangre.

En caso de rechazo o posibles exclusiones se eligió al siguiente paciente que acudía a consulta, que serviría como reserva o sustituto. La tasa de respuesta fue del 80,54% no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en lo referente a las variables edad, sexo, educación y profesión.

1.4. INSTRUMENTOS DE SCREENING

Los instrumentos de cribado utilizados para detectar personas que presentan problemas relacionados con el alcohol han sido los siguientes:

1.4.1. Un CUESTIONARIO, compuesto a su vez por cinco apartados (anexo):

I.- Datos de identificación, sociodemográficos y socioeconómicos: recoge información sobre el sexo, la edad, dirección, centro de salud al que pertenece, lugar de nacimiento, estado civil, educación, actividad laboral y profesión.

Edad: la variable edad, comprendida entre los 15 y 80 años, ha sido agrupada en los siguientes intervalos: de 15 a 24, de 25 a 34, de 35 a 44, de 45 a 54 y 55 años y más.

Estado civil: la variable estado civil, ha sido categorizada de la siguiente forma: 1) soltero, nunca se ha casado; 2) casado o en unión con pareja estable; 3) separado, divorciado, viudos y otros.

Educación: se preguntaba a los encuestados sobre el nivel de educación alcanzado hasta este momento y se clasificaron en los siguientes grupos:

1) analfabeto, no sabe leer ni escribir; 2) sabe leer, certificado de estudios primarios, EGB, FP-I; 3) BUP/FP-II completo o incompleto; 4) grado medio y/o universidad.

Actividad laboral: las posibles respuestas a esta pregunta se agruparon en las siguientes categorías: 1) trabaja a tiempo parcial o a tiempo completo; 2) estudiante; 3) amas de casa; 4) no trabaja.

Dentro de la categoría de los que "no trabajan" se recoge la causa principal por la que actualmente el encuestado no trabaja. Podemos distinguir: 1) jubilados; 2) incapacitado temporalmente o permanentemente; 3) desempleado temporalmente, busca trabajo y no lo encuentra; 4) no quiere trabajar y otros razones.

Profesión: Los distintos tipos de trabajo desempeñados por los encuestados se agruparon en las siguientes categorías: 1) no trabajan; 2) no asalariados, que incluye: empresarios y profesiones liberales, directivos y cuadros medios; 3) empleados y vendedores; 4) capateces y trabajadores cualificados; 5) trabajadores no cualificados.

II.- Datos de consumo (pregunta nº4 del cuestionario de status de salud): la información obtenida sobre el consumo de bebidas alcohólicas es referida a los últimos tres meses, diferenciando:

-El tipo de bebida consumida, se distinguen tres grupos: cerveza, vino-aperitivos (jerez o vermut) y licores (coñac, ginebra, vodka, ron, brandy, whisky, etc.).

- El número de días a la semana que consume dicha bebida.
- El número de unidades consumidas al día, entendiéndose por unidad un tanque de cerveza (260 cc), un vaso de vino (70 cc) o una copa de licor (50 cc) (174).

La cuantificación del consumo se hizo convirtiendo los volúmenes consumidos de los distintos tipos de bebida a gramos de etanol absoluto, utilizando la misma tabla de la encuesta nacional ICESA-GALLUP (55)

Así se estimó que las cantidades de alcohol puro contenidas en una unidad de bebida eran: 1) para la cerveza, con una graduación del 5% la cantidad de alcohol contenida en un tanque (260 cc) serían 13 gramos; 2) para el vino, con una graduación de un 12% la cantidad contenida en un vaso de vino (70 cc) sería de 8,4 gramos y 3) para el licor, con una graduación de 40% la cantidad de alcohol puro contenida en una copa de licor (50 cc) sería de 20 gramos.

La cuantificación del consumo de alcohol nos va a permitir identificar a aquellos grupos cuyo consumo supone un riesgo para su salud. Es por tanto la variable preferida en los estudios epidemiológicos para estimar los riesgos relacionados con esta sustancia.

Esta variable se ha categorizado siguiendo la relación existente entre cantidad

consumida y riesgo de cirrosis (91,198-201). Dicha relación establece los límites en 40 gramos de etanol puro al día para varones y 20 gramos para mujeres, lo que supondría 280 y 140 gramos semanales respectivamente. Establecemos así tres categorías:

Abstemios: no han consumido ningún tipo de bebida alcohólica en los últimos tres meses.

Bebedor moderado: consumen alcohol en cantidades que oscilan entre 0,1 y 279,9 gramos semanales en el caso de varones, y entre 0,1 y 139,9 gramos semanales en el caso de las mujeres.

Bebedor excesivo: consumen cantidades de alcohol iguales o superiores a 280 gramos semanales para varones y 140 gr semanales para mujeres.

A este apartado se suma la información recogida sobre dieta, ejercicio físico y número de cigarrillos consumidos al día.

III.- La tercera parte corresponde al cuestionario CAGE (preguntas nº5, 6, 7 y 8 apartado c), desarrollado por Ewing y Rouse (160,170,194). En su forma original este cuestionario consiste en sólo cuatro preguntas:

- ¿Alguna vez se ha planteado que debería dejar de beber?
- ¿Se ha sentido alguna vez irritado con alguien porque le criticara lo mucho que bebe?
- ¿Se ha sentido alguna vez culpable por la forma en que bebe?

-¿Suele tener que beber alguna bebida alcohólica inmediatamente después de levantarse (en las tres horas siguientes) o antes de iniciar su trabajo?

El cuestionario que nosotros hemos empleado es una modificación del CAGE inicial donde las preguntas anteriores se relativizan a los tres últimos meses y se intercalan otras preguntas "suavizantes" sobre forma física, peso y consumo de tabaco. Esta versión ha sido validada en otros estudios (197).

Las opciones de respuestas a este cuestionario son: "No", "Algunas veces", "Frecuentemente" y "Muy frecuentemente". Todas las respuestas distintas de "No" fueron recogidas como positivas (146,172,194). Se considera que el encuestado es CAGE positivo con 2 ó más respuestas afirmativas (170).

IV.- El cuarto apartado del cuestionario consta de cuatro preguntas, la primera de ellas (pregunta nº9 del cuestionario) nos mostraría la receptividad de los pacientes de atención primaria a posibles intervenciones por parte de su médico de cabecera.

La segunda pregunta de este apartado (pregunta nº 10) nos indicaría el interés del médico de cabecera en cuanto a consumo de alcohol y problemas de bebida de sus pacientes.

Las otras dos preguntas de este apartado (preguntas nº11 y 12) recogen la autopercepción, por parte del entrevistado, de su consumo de alcohol como un problema de bebida actual o pasado (174).

Las posibles respuestas a este apartado serían: "No", "Probablemente" y "Definitivamente"; siendo considerada como positiva toda respuesta distinta de "No". Estas preguntas a su vez, igual que en apartados anteriores, van intercaladas con otras sobre dieta, ejercicio físico y consumo de tabaco.

V.- Cuestionario de confirmación diagnóstica de presentar problemas relacionados con el alcohol (AUDIT), consistente en diez preguntas relativas al último año (160).

Este cuestionario fue validado en pacientes de atención primaria de salud en seis países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, Mexico y Estados Unidos) (202) y por tanto es el único test de cribado específicamente diseñado para usar internacionalmente. Identifica el uso nocivo y excesivo de alcohol y ha sido diseñado para trabajadores de atención primaria (160).

1.4.2. Un ANALISIS DE UNA MUESTRA DE SANGRE. A los entrevistados con el cuestionario anterior se les hace una extracción de sangre para estudiar los

valores del Volumen Corpuscular Medio de hematíes (VCM) y la enzima Gamma-glutamyltranspeptidasa (GGT) como indicadores de consumo elevado de alcohol (194,203-205).

2.- METODOS

2.1. MEDIOS UTILIZADOS (Hardware)

Para el procesamiento de los datos hemos utilizado un computador personal compatible, con 40 Mb de disco duro y 1 Mb de memoria RAM, disponible en el departamento de Ciencias Socio-Sanitarias de la Facultad de Medicina de Sevilla.

2.2. PROGRAMAS EMPLEADOS (Software)

La introducción de datos y posterior manipulación se ha realizado con el programa DBASE III plus (206). El análisis estadístico de los datos lo hemos llevado a cabo con el paquete SPSS/PC plus (207), EPIINFO versión 5.0 (208) y LOTUS 1,2,3 (209).

2.3. ANALISIS REALIZADO

2.3.1. En primer lugar se han llevado a cabo tabulaciones simples de las

variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, educación, actividad laboral y profesión; y de las variables: cantidad de consumo, frecuencia de consumo, receptividad, problemas relacionados con el alcohol y métodos de detección precoz de presentar problemas relacionados con el alcohol (CAGE, AUDIT, GGT y VCM).

2.3.2. En segundo lugar hemos cruzado la variable cantidad de consumo, frecuencia de consumo, receptividad, problemas relacionados con el alcohol y métodos de detección precoz con las principales variables sociodemográficas, estratificando en todos los casos por sexo; debido a que esta última variable ocasiona importantes diferencias en la cantidad de bebida y sus consecuencias. Hemos calculado el valor de Chi-cuadrado y la significación estadística (p) según el método propuesto por Kleinbaum, Kupper y Morgenstein (210).

2.3.3. En tercer lugar hemos calculado las medidas de asociación causal: magnitud (Odds Ratio), precisión (límites de confianza) y significación estadística (p) (210) para bebedores excesivos en relación con las categorías más destacadas de cada variable sociodemográfica y en relación a las respuestas afirmativas en las preguntas con respuestas alternativas.

2.3.4. Por último hemos calculado las medidas de validez: sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo, para los distintos métodos de detección precoz de presentar problemas relacionados con el alcohol (210). Hemos

tomado como hipótesis en el caso de los cuestionarios, respuesta afirmativa a la pregunta formulada para consumos superiores a 280 y 140 gramos semanales para varones y mujeres respectivamente. En el caso de las pruebas de laboratorio la hipótesis fue: valores elevados de GGT en relación al consumo excesivo y valores elevados en el VCM en relación al consumo excesivo.

III. RESULTADOS

1.- CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

Los datos fueron recogidos durante un período que comprende desde febrero de 1989 hasta junio de 1990. La tasa de respuesta fue del 80,44%, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en lo referente a las variables sexo, edad, educación, actividad laboral y profesión. La tasa de respuesta a la realización de las pruebas analíticas fue más baja, hallándose en el 67,9% para la GGT y el 57,6% para el VCM.

Las frecuencias para las distintas variables sociodemográficas analizadas se pueden observar en la tabla 1.

2.- CANTIDAD DE CONSUMO

2.1. EDAD Y SEXO

En las tablas 2 y 3 aparecen las distribuciones porcentuales de consumo de alcohol para los distintos grupos de edad en varones y mujeres (Fig 1 y 2).

Se observa que del total de varones, un 22,2% no consumen alcohol, frente a un 77,8% que consumen algún tipo de bebidas alcohólicas. Asimismo, se aprecia

que el mayor porcentaje de abstemios (32,2%) aparece en el grupo de edad de 55 años y más. El mayor porcentaje de bebedores, con un consumo igual o superior a 280 gramos de etanol puro semanales se presenta en el grupo de edad de 45 a 54 años seguido por el grupo de 35-44 años y el de 24 a 34.

Para las mujeres (tabla 3) el porcentaje total de abstemias se sitúa en 38,1%, siendo el grupo de mujeres mayores (55 años y más) las que menos consumen, mientras que las jóvenes de 15 a 24 años y de 25 a 34 son las que muestran mayores porcentajes de consumo (20% para cada grupo).

En la tabla 4 pueden verse las tablas 2x2 y las medidas de asociación causal para cada uno de estos grupos de edad que hemos comentado, para varones de 45 a 55 años que consumen cantidades de alcohol de 280 gramos semanales y más y para varones de 55 años y mayores abstemios. Para las mujeres, se han calculado las medidas de asociación causal para el grupo de 15 a 34 años y consumo superior o igual a 140 gramos de etanol a la semana, y para las mayores de 55 años y abstemias.

2.2. ESTADO CIVIL

La variable estado civil en relación al consumo semanal de etanol difiere según el sexo, de modo que entre los varones (tabla 5) el 28,9% de los solteros son

abstemios con pequeñas diferencias respecto a los casados (20,7%) y al grupo de separados, viudos y divorciados (26,7%). El grupo de casados o en unión con pareja estable es el que presenta mayor porcentaje de bebedores con un 35,4% de ellos que consumen 280 gramos y más de etanol a la semana.

En el grupo de las mujeres (tabla 6) se observan mayores diferencias en los patrones de consumo, destacando el grupo de separadas viudas y divorciadas como el grupo con mayor número de abstemias (61,5%) y el grupo de solteras como el grupo de más bebedoras, con un 26,2% de ellas que consumen 140 gramos y más de alcohol a la semana.

En la tabla 7 se muestran las medidas de asociación causal para estas categorías de estado civil en relación al consumo superior o igual a 280 y 140 gramos semanales para varones y mujeres respectivamente y para abstemios.

2.3. EDUCACION

La relación entre nivel de estudios y consumo de alcohol nos muestra que en lo referente a varones (tabla 8), para todos los niveles de estudios los mayores porcentajes se encuentran entre los bebedores moderados (0,1-279,9 gramos semanales). El mayor número de abstemios se observa entre los que tienen estudios de grado medio y/o universitarios con un 29,6%, mientras que un 39,0% de los que

han estudiado B.U.P.y/o F.P.2º grado consumen por encima de los 280 gramos de etanol a la semana.

Respecto a las mujeres (tabla 9) puede verse que el consumo es más frecuente en aquellas con niveles de estudios más altos, apareciendo un 23,4% en el grupo de BUP/FP-II, a la vez que el mayor porcentaje de abstemias aparece en los grupos con menores niveles de estudios, observándose un 55,2% en el grupo de sin estudios.

Las medidas de asociación causal y tablas 2x2 para estas categorías de niveles de estudios aparecen en la tabla 10, para bebedores excesivos y para abstemios, en varones y mujeres.

2.4. SITUACION LABORAL

En las tablas 11 y 12 se recoge la relación entre cantidad de alcohol consumida semanalmente y situación laboral para hombres y mujeres respectivamente.

Se aprecia una relación entre los distintos grupos de actividad laboral y la cantidad de alcohol consumida. Así, un 44,8% de los varones que trabajan consumen cantidades iguales o por encima de los 280 gramos semanales, seguidos de los que no trabajan y en último lugar de los estudiantes.

Si comparamos las categorías trabajador frente a otras, se observa que el grupo ocupacional que menos cantidad de etanol consume es el de varones que no trabajan.

Entre las mujeres se observa que son las mujeres que trabajan fuera de casa las que consumen mayores cantidades de alcohol, mientras que entre las amas de casa y las mujeres que no trabajan se localiza el mayor número de abstemias.

En la tabla 13 podemos ver la magnitud, precisión y significación estadística para estas categorías de actividad laboral frente al consumo de alcohol, para varones y mujeres.

Si desglosamos la categoría de "no trabajadores" o "no activos", podemos ver (tablas 14 y 15) que tanto en varones como en mujeres el mayor consumo de alcohol se da en el grupo de desempleados, mientras que el menor consumo se observa en el grupo de jubilados seguido de los incapacitados para varones y el grupo codificado como "otros" para mujeres, que incluyen las que no quieren trabajar en este momento, seguido de las incapacitadas.

En la tabla 16 se presentan las medidas de asociación causal para los distintos grupos de encuestados "no activos" en relación al consumo excesivo de alcohol y a la categoría de abstemios.

2.5. PROFESION

En las tablas 17 y 18 podemos observar que los varones que consumen 280 gramos de etanol a la semana o más son más frecuentes en la categoría de capataces y trabajadores cualificados (40,8%), seguidos de los no cualificados con un 33,3%.

En el grupo de los no asalariados, que incluye empresarios, directivos y cuadros medios, se observa el mayor número de abstemios o no bebedores (25,9%) seguidos por la categoría de trabajadores no cualificados y la categoría de empleados y vendedores.

En las mujeres son las empleadas y vendedoras las que presentan mayor porcentaje de bebedoras excesivas, con un 26,7% de ellas que consumen por encima de 140 gramos de etanol puro semanales. La categoría profesional que mayor número de abstemias presenta es la de trabajadoras no cualificadas.

En la tabla 19 se presenta la magnitud, precisión y significación estadística para estos grupos que hemos destacado en relación al consumo excesivo y al no consumo de alcohol.

3.- FRECUENCIA DE CONSUMO

Los datos de frecuencia de consumo recogidos en este estudio están clasificados según los días a la semana que beben algún tipo de bebida alcohólica. Los diferentes tipos de bebida han sido analizados separadamente, para ello los hemos agrupado de la siguiente forma:

-Cerveza

-Vinos, incluyendo los vinos de mesa, champan, vermut y jerez.

-Licores, incluyendo brandy, ginebra, vodka, ron, aguardiente, whisky, etc.

3.1. DIAS A LA SEMANA QUE CONSUMEN ALGUN TIPO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

Hemos calculado los porcentajes de sujetos que beben algún tipo de bebidas alcohólicas en algún día de la semana. Tenemos que señalar que estos porcentajes no son excluyentes, puesto que un mismo sujeto puede tomar distintos tipos de bebidas en un mismo día. En la tabla 20 se observa las distintas distribuciones porcentuales de frecuencia de consumo para cada tipo de bebida para el total de la muestra, observándose que la bebida que se consume con mayor frecuencia es la cerveza, seguida del vino y en último lugar los licores.

Si estratificamos por sexos (tablas 21) podemos apreciar las diferencias de

consumo entre varones y mujeres. Un 35,9% de varones y un 48,0% de mujeres no beben cerveza ningún día de la semana. Entre los bebedores de cerveza, un 36,3% de los varones la consumen diariamente frente a un 12,8% de mujeres. Entre estas últimas, un 29,5% consumen cerveza 1 ó 2 días a la semana.

El porcentaje tanto de varones como de mujeres que no consumen vino es mayor que para la cerveza (56,9% y 75,6% respectivamente). Sigue destacando en las mujeres un porcentaje alto de ellas que consumen vino 1 ó 2 días a la semana (11,9%), mientras que en varones el mayor porcentaje (31,0%) consumen vino diariamente.

Respecto a los licores, sigue aumentando el porcentaje de los "no consumidores" (69,3% y 92,3% para varones y mujeres respectivamente). Para ambos sexos, el mayor porcentaje de sujetos consumidores de licores, lo consumen 1 ó 2 días a la semana (21,6 y 6,3% para varones y mujeres respectivamente).

3.2. NUMERO DE UNIDADES CONSUMIDAS AL DIA

En la tabla 22, 23 y 24 podemos observar el número de unidades de cada bebida consumida al día, entendiendo por unidad de bebida un tanque de cerveza (260 cc) un vaso de vino o aperitivo (70 cc) o una copa de licor (50 cc), totales y para ambos sexos.

Para ambos sexos, la mayoría dice consumir entre una y dos cervezas al día (presentándose un 28,1% en varones y un 33,5% en mujeres). También se observa un alto porcentaje de varones (21,9%) que consumen entre tres y cuatro cervezas diarias.

De los varones consumidores de vino, la mayoría de ellos afirman beber entre 1 y 2 (24,8%) y 3 y 4 (13,4%) vasos al día. Del mismo modo en las mujeres, el 22,2% de ellas consumen entre 1 y 2 vasos al día.

Respecto a los licores, la mayoría dice consumir entre 1 y 2 copas al día, pero con diferencias entre varones y mujeres (22,9% para varones y 6% para mujeres).

3.3. TIPO DE BEBIDA MAS CONSUMIDA

En la tabla 25 y figura 1 se presentan los tipos de bebida más consumida para el total de la muestra por grupos de edad.

El tipo de bebida más consumida es la cerveza, con un 57% de individuos que la consumen en alguna cantidad, seguido del vino con un 32,8% y en último lugar de los licores con un 18,2%.

En relación a la edad se observa que el grupo de 25 a 34 años seguido del de

35 a 44 años son los que tienen mayores porcentajes de bebedores de cerveza. En el caso del vino este porcentaje se va desplazando a edades algo superiores, el mayor porcentaje se sitúa en el grupo de 45 a 54 años seguido del de 35 a 44 años y del de 55 años y más. Para el licor los mayores porcentajes se sitúan entre los más jóvenes (de 15 a 24 años) con un 36,4% de ellos que consumen algún tipo de licor.

En las tablas 26 y 27 se muestran los distintos tipos de bebida consumida expresados en gramos de etanol puro semanales para varones y mujeres respectivamente, según los grupos de edad.

Entre los varones, el grupo de 45 a 54 años es el que presenta mayor porcentaje (38,1%) de consumidores de cerveza en exceso, es decir, por encima de 280 gramos de alcohol puro semanales. Mientras que entre las mujeres es el grupo de 15 a 24 años con un 15,6% que consumen por encima de 140 gramos a la semana.

Respecto al vino, tanto en varones como en mujeres, es el grupo de 45 a 54 años el que presenta el mayor porcentaje de consumidores en exceso.

En cuanto al licor, es el grupo más joven, de 15 a 24 años el que más destaca en ambos sexos como consumidores de licor en cantidades elevadas, con consumos iguales o superiores a 280 y 140 gramos semanales según el sexo.

4.- RECEPTIVIDAD DE LOS USUARIOS DE ATENCION PRIMARIA ANTE POSIBLES PROGRAMAS DE INTERVENCION

Este apartado del cuestionario nos descubre el interés de los pacientes que acuden a centros de atención primaria en recibir consejos o información por parte de su médico de cabecera. Las dos preguntas analizadas son las siguientes:

4.1. ¿CREE USTED QUE SU MEDICO DE CABECERA DEBERIA INTERESARSE POR SU HABITO DE BEBER?

Esta pregunta nos vendría a presentar la demanda por parte de los clientes de atención primaria del interés de su médico de cabecera. En la tabla 28 y figura 4 se muestra la relación entre las respuestas positivas o negativas a esta pregunta y el consumo semanal de etanol expresado en gramos, para varones y para mujeres.

La asociación entre las respuestas a esta pregunta y los distintos grupos de edad aparecen en la tabla 29.

4.2. TAN LEJOS COMO RECUERDE, ¿HA RECIBIDO ALGUNA VEZ CONSEJO DE SU MEDICO DE CABECERA SOBRE SU HABITO DE BEBER?

La tabla 30 y figura 5 muestran la relación entre las respuestas positivas o negativas a esta pregunta y el consumo semanal de alcohol puro. En la tabla 31 se puede observar la relación con los distintos grupos de edad, observándose para ambos sexos, que los grupos de mayor edad, 45-54 y de 55 y más en el caso de varones y de 55 y más y de 35-44 en el caso de mujeres, los que más frecuentemente reciben consejos por parte de su médico de cabecera en cuanto a hábitos de bebida se refiere.

5.- PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

Es importante a la hora de realizar un programa de intervención saber hasta qué punto las personas a las que va dirigido son capaces de reconocer su consumo como problemático, es decir, conocer la prevalencia de problemas relacionados con el alcohol. Con las preguntas que veremos a continuación, pretendemos analizar la autopercepción del consumo de alcohol como un problema de bebida.

5.1. ¿CREE USTED QUE HABITUALMENTE TIENE UN PROBLEMA DE BEBIDA?

En la tabla 32 y en la figura 6 se presenta la relación entre consumo de alcohol a la semana y respuestas positivas o negativas a esta pregunta, para ambos sexos. Se observa una prevalencia de problema entre los varones de 8,5% (N=26), de los cuales un 88,5% consumen más de 280 gramos de alcohol puro a la semana. Entre las mujeres, la frecuencia de problemas está por debajo del 1%.

La relación con la edad aparece en la tabla 33 y en la figura 7, donde se puede ver que los varones de 45-54 años seguidos de los de 35-44 años son los grupos que más destacan en respuestas afirmativas (19,0% y un 11,3% respectivamente).

Entre las mujeres, son los grupos de 35-44 años y de 15-24 años los que creen presentar más problemas de bebida.

5.2. ¿DIRIA USTED QUE ALGUNA VEZ EN EL PASADO TUVO PROBLEMAS DE BEBIDA?

La frecuencia de problemas en el pasado, se presenta en las tablas 34 y figura 8, en relación al consumo semanal de alcohol y en la tabla 35 en relación con la edad. Un 13,7% de varones afirman haber tenido problemas con la bebida en el pasado frente a un 0,9% de mujeres. Entre los varones, el 40,5% de los que consumen por encima de 280 gramos de etanol a la semana y el 33,3% de los abstemios reconocen haber tenido problemas de bebida. Entre las mujeres, el 100,0% de las que dicen haber tenido problemas en el pasado consumen cantidades de etanol iguales o superiores a 140 gramos semanales.

6.- CUESTIONARIO CAGE

Como dijimos anteriormente, el cuestionario CAGE consta de cuatro preguntas que analizaremos primero de forma individual y después conjuntamente.

6.1. ¿EN LOS ULTIMOS TRES MESES HA SENTIDO QUE DEBERIA DEJAR DE BEBER?

En la tabla 36 se muestra la distribución porcentual de respuestas afirmativas o negativas en relación al consumo semanal de alcohol para varones y mujeres. Se observa un alto porcentaje de bebedores que piensan que deberían dejar de beber aún para cantidades moderadas de alcohol, aunque este número es bastante más llamativo en varones (75,0% frente a un 52,4% de mujeres)

En la tabla 37 se observa la relación existente entre las respuestas afirmativas a esta pregunta y la presencia de problemas relacionados con el alcohol, un 69,2% de varones y un 66,7% de mujeres que creen tener problemas de bebida, respondieron afirmativamente a esta cuestión.

En la tabla 38 se presenta la relación con los distintos grupo de edad para ambos sexos.

En la tabla 39 y 40 aparecen las medidas de asociación causal y medidas de validez para consumos excesivos y para la presencia de problemas relacionados con el alcohol y respuestas afirmativas o negativas a esta pregunta.

6.2. ¿EN LOS ULTIMOS TRES MESES LE HA MOLESTADO
ALGUIEN AL DECIRLE QUE DEJE DE BEBER?

En las tablas 41, 42, 43 se muestran las relaciones entre las respuestas afirmativas a esta pregunta y el consumo semanal de alcohol, la presencia de problemas y la edad. Las medidas de asociación causal y de validez para varones y mujeres aparecen en las tablas 44 y 45.

6.3. ¿EN LOS ULTIMOS TRES MESES SE HA SENTIDO CULPABLE
O MAL POR LO QUE BEBE?

En la tabla 46 y 47 se presenta la relación entre las respuestas a esta pregunta y el consumo de alcohol semanal y la presencia de problemas relacionados con el alcohol. Un 65,5% del total de los que afirman tener problemas relacionados con el alcohol, respondieron afirmativamente a esta pregunta.

En la tabla 48 se muestra la relación con la edad.

En base a estos datos hemos calculado las medidas de asociación causal y las medidas de validez presentadas en la tabla 49 y 50.

6.4. ¿EN LOS ULTIMOS TRES MESES CUANTAS VECES HA DESPERTADO QUERIENDO TOMAR UNA COPA?

Las posibles respuestas a esta pregunta en relación con la cantidad consumida de alcohol, con la presencia de problemas relacionados con la bebida y con la edad aparecen en las tablas 51, 52 y 53. Las medidas de asociación causal así como la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de esta pregunta se muestran en las tablas 54,55.

6.5. SENSIBILIDAD, ESPECIFICIDAD Y VALOR PREDICTIVO DEL CAGE

Las medidas de validez para cada una de las preguntas de este cuestionario por separado ya han sido estudiadas anteriormente (tablas 39,40,44,45,49,50,54 y 55). En la tabla 56 se presenta el número de respuestas positivas en relación al consumo de alcohol superior o inferior a 280 gramos semanales en el caso de varones y superior o inferior a 140 gramos semanales en el caso de mujeres. En base a esto hemos calculado las medidas de asociación causal y medidas de validez del CAGE para dos o más respuestas positivas en relación al consumo semanal de etanol (tabla

57) y en relación a la existencia de problemas relacionados con el alcohol (tabla 58).

6.6. DEMANDA DEL INTERES DEL MEDICO DE CABECERA EN HABITOS DE BEBIDA Y PREVALENCIA DE PROBLEMAS

Presentados en la tabla 59, se puede ver la relación entre la pregunta ¿Cree usted que su médico de cabecera debería interesarse por su habito de beber?, que nos mostraría la demanda por parte del usuario de atención primaria, y las preguntas del CAGE y de prevalencia de problemas.

7.- CUESTIONARIO A.U.D.I.T.

El cuestionario AUDIT consta de 10 preguntas sobre la bebida y la frecuencia de ciertos acontecimientos relacionados con ella durante los últimos 12 meses. El análisis de este cuestionario se ha realizado de forma separada para varones y para mujeres, teniendo en cuenta los distintos patrones de consumo que presentan uno y otro sexo y los límites de riesgo en el consumo.

Las posibles respuestas a las ocho primeras preguntas las hemos agrupado en tres categorías:

- 1: No nunca.
- 2: Menos de una vez al mes o mensualmente.
- 3: Semanalmente, a diario o casi cada día.

Las respuestas a las dos últimas preguntas (preguntas números 9 y 10 del cuestionario) serían la afirmación o negación de ellas.

7.1. ¿HA SIDO INCAPAZ DE DEJAR DE BEBER UNA VEZ QUE HA COMENZADO?

La relación entre el consumo semanal de alcohol y la frecuencia con que en el último año ha sentido este efecto (tabla 60) señala que entre los varones un 7,2%

(3,9% + 3,3%) de ellos ha sentido este efecto alguna vez durante el último año. Los que consumen cantidades de etanol iguales o superiores a 280 gramos semanales, han sentido esto con más frecuencia que los que consumen menores cantidades de alcohol.

Respecto a las mujeres y con cantidades de consumo iguales o superiores a 140 gramos de alcohol puro semanales, no puede apreciarse este efecto.

La relación entre la frecuencia de este efecto y la edad aparecen en la tabla 61.

En la tabla 62 se presentan las medidas de magnitud, precisión y significación estadística entre haber sentido este efecto alguna vez en el último año y el consumo superior a 280 gramos de etanol puro semanal para varones, así como la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de esta pregunta para los bebedores excesivos.

7.2. ¿NECESITA UN TRAGO POR LAS MAÑANAS (EN LAS TRES HORAS DESPUES DE DESPERTARSE) PARA SOSEGARSE?

La tabla 63 muestra la relación entre la frecuencia de esta conducta y el consumo semanal de etanol para varones y mujeres. Un 5,9% del total de varones que consumen cantidades por encima de 280 gramos semanales de alcohol ha sentido este

efecto al menos una vez durante el último año o mensualmente.

Respecto a las mujeres, un 2,6% de las que consumen alcohol por encima de 140 gramos semanales ha sentido este efecto en alguna ocasión durante el último año.

En la tabla 64 aparece la relación entre las posibles respuestas a esta pregunta y la edad.

Si construimos las tablas 2x2 para consumos superiores a los antes citados y respuesta positiva a esta pregunta (tabla 65) podemos estudiar las medidas de asociación causal y medidas de validez de la misma.

7.3. ¿ES INCAPAZ DE RECORDAR LO QUE OCURRIÓ LA NOCHE ANTERIOR POR HABER ESTADO BEBIENDO?

La frecuencia de este efecto relacionado con el consumo semanal de alcohol (tabla 66) muestra para los varones que un 23,3% de los que consumen más de 280 gramos semanales sintieron este efecto alguna vez en el último año o mensualmente, sólo un 1,9% de ellos sintió los efectos semanalmente o casi cada día.

Por lo que respecta a las mujeres, no se observa ningún caso en el que se sintieran los efectos semanalmente o casi a diario. Sin embargo, un 2,6% de las

consumidoras de alcohol por encima de 140 gramos a la semana sintieron este efecto al menos una vez en el último año.

En la tabla 67 se presenta la relación de este efecto con la edad.

Las tablas 2x2, medidas de asociación causal, sensibilidad, especificidad y los valores predictivos se muestran en la tabla 68.

7.4. ¿ES INCAPAZ DE HACER LO QUE SE ESPERA NORMALMENTE DE USTED POR CULPA DE LA BEBIDA?

Como se refleja en la tabla 69, un 8,7% de varones y un 7,9% de mujeres sintieron este efecto alguna vez en el último año o mensualmente, mientras que un 1,9% y un 2,6% para varones y mujeres respectivamente lo sintieron semanalmente o casi a diario.

La tabla 70 representa la relación entre las posibles respuestas a esta pregunta y la edad. La tabla 71 muestra la magnitud, precisión y significación estadística de sentir este efecto en relación al consumo superior a 280 y 140 gramos para varones y mujeres respectivamente. También aparecen representadas en esta tabla las medidas de validez.

7.5. ¿HA ESTADO EBRIO DURANTE VARIOS DIAS SEGUIDOS?

En la tabla 72 podemos observar que del total de varones, un 4,5% de ellos ha estado ebrio durante varios días seguidos alguna vez en el último año, en mujeres, sólo un 0,6% de ellas sintió estos efectos.

La tabla 73 muestra la relación de este efecto con la edad. Las medidas de asociación causal y de validez pueden verse en la tabla 74.

7.6. ¿HA INTENTADO REDUCIR SU CONSUMO DE ALCOHOL SIN CONSEGUIRLO?

La distribución de frecuencias de esta pregunta respecto al consumo puede verse en la tabla 75. Las tablas 76 y 77 muestran la relación con la edad y las medidas de asociación causal y medidas de validez.

7.7. ¿HA PRESENTADO INTENSOS TEMBLORES POR LAS MAÑANAS DESPUES DE BEBER?

En la tabla 78 aparece la relación entre la frecuencia con que presenta este efecto y el consumo semanal de alcohol. Un 17,5% de varones que consumen 280 gramos y más de alcohol a la semana han presentado este efecto alguna vez en el

último año. Un 2,9% lo han presentado semanalmente o casi a diario. Entre las mujeres este porcentaje se reduce a un 5,2% (2,6% + 2,6%).

En la tabla 79 se presenta la relación entre este efecto y la edad. En la tabla 80 se presentan las medidas de asociación causal y de validez.

7.8. ¿HA SENTIDO REMORDIMIENTOS O SENSACION DE CULPABILIDAD DESPUES DE BEBER?

Como se muestra en la tabla 81 el porcentaje de varones que han sentido remordimientos por su consumo de alcohol es superior al de mujeres (18,4% de los varones que consumen por encima de 280 gramos semanales y 10,6% de mujeres que consumen por encima de 140 gramos).

La relación entre la frecuencia de este efecto y la edad puede verse en la tabla 82. En la tabla 83 aparecen las medidas de asociación causal y medidas de validez.

7.9. ¿USTED O ALGUNA OTRA PERSONA HA RESULTADO LESIONADO POR CULPA DE SU BEBIDA?

En la tabla 84 se observa que un 4,9% de los varones que consumen 280 gramos y más de etanol puro a la semana han sido lesionados o han causado lesiones



a otras personas por culpa de la bebida. No ocurre lo mismo en las mujeres, entre las que no se ha dado ningún caso de lesión. Aparecen en esta misma tabla las medidas de asociación causal y medidas de validez para varones y consumos superiores a 280 gramos semanales.

En la tabla 85 aparece la relación entre la respuesta afirmativas o negativas a esta pregunta y la edad.

7.10 ¿ALGUIEN DE SU FAMILIA O AMIGOS ESTAN PREOCUPADOS POR LA FORMA EN QUE USTED BEBE O LE HAN SUGERIDO QUE DEJE DE BEBER?

En la tabla 86 puede verse que un 26,2% de los encuestados varones, que consumen cantidades iguales o superiores a 280 gramos de etanol a la semana, han respondido afirmativamente a esta pregunta. Entre las mujeres este porcentaje se reduce a un 5,3%. En esta misma tabla se presentan las medidas de asociación causal y medidas de validez para los dos sexos y consumo de alcohol mayor o igual a 280 y 140 gramos para varones y mujeres.

En la tabla 87 aparece la relación entre la frecuencia de respuestas afirmativas o negativas a esta pregunta y la edad.

8.- PRUEBAS DE LABORATORIO

El cuestionario analizado anteriormente fue complementado con unas pruebas analíticas como instrumento predictor de presentar problemas relacionados con el alcohol. Las pruebas analíticas utilizadas han sido la gamma-glutamyltranspeptidasa (GGT) y el volumen corpuscular medio (VCM) que pasaremos a analizar a continuación.

8.1. GAMMA-GLUTAMILTRANSPEPTIDASA

Hemos considerado como valores dentro del límite de la normalidad aquellos comprendidos entre 8 y 89 unidades.

La tabla 88 muestra la relación existente entre el consumo semanal de alcohol y los niveles de GGT para varones y mujeres. Puede observarse que un 62,5% de los varones con GGT por encima del límite superior del intervalo considerado normal, consumen cantidades de etanol iguales o superiores a 280 gramos semanales. En el caso de las mujeres este porcentaje se sitúa en 75,0% para consumo de etanol de 140 gramos y más.

Si construimos unas tablas 2x2 donde podamos estudiar el riesgo de tener unos niveles de GGT elevados al consumir grandes cantidades de etanol (280 gramos

para varones y 140 gramos para mujeres) obtendremos las medidas de asociación causal mostradas en la tabla 89. En esta misma tabla se presentan las medidas de validez de este test como predictor de consumo elevado de alcohol.

8.2. VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO

Los valores considerados normales para el volumen corpuscular medio se sitúan entre 80 y 98 fentolitros (micras cúbicas).

En la tabla 90 se presenta la relación existente entre los valores del VCM y el consumo semanal de etanol, observándose que un 41,2% de los varones con VCM elevado consumen cantidades de alcohol de 280 gramos semanales y más. En el caso de las mujeres este porcentaje se reduce a un 10,0% para consumos superiores a 140 gramos semanales.

La tabla 91 muestra las tablas 2x2 y medidas de asociación causal, así como las medidas de validez para consumos elevados de alcohol.

IV. DISCUSSION

1.- METODOLOGIA

Los centros de salud de los distintos distritos, muestran grandes diferencias en los pacientes visitados, según la estructura social de la población que cubren, por tanto debemos ser cautelosos a la hora de interpretar los resultados.

Los cuestionarios o entrevistas tienen la ventaja de ser rápidos, baratos y relativamente precisos cuando se usan en condiciones adecuadas, sin embargo, su simplicidad puede limitar su aplicación para la población de screening. Así, por ejemplo, el claro propósito de las cuestiones lo hace vulnerable a la deliberada falsificación y al engaño inconsciente. Esto puede ser una seria limitación en los países donde los problemas de bebida y el consumo de alcohol se asocian con la culpabilidad y la debilidad moral, y argumenta en contra de la adopción indiscriminada de los test de cribado de una cultura a otra.

El cuestionario que hemos utilizado, tiene distinta procedencia según el apartado de que tratemos. Así, tenemos que, los datos de variables sociodemográficas son equiparables a los utilizados en estudios anteriores dentro del proyecto "Respuesta Comunitaria a los Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol" (211), por tanto la posibilidad de comparar estos resultados con el estudio de población general ofrece una indudable ventaja. Los datos sobre receptividad,

problemas relacionados con el alcohol y el cuestionario CAGE modificado, provienen del Health Survey Questionnaire (174), utilizado por Wallace y Haines en Inglaterra, después de ser adaptado a nuestra comunidad. El cuestionario AUDIT fue desarrollado por un grupo de expertos de la OMS y validado en el ámbito de la atención primaria en seis países distintos (160).

El tiempo de aplicación del cuestionario osciló entre los diez y los veinte minutos y las respuestas de los encuestados mostraron una buena fiabilidad, no observándose ningún tipo de objeciones a la hora de responder al cuestionario o de admitir un determinado consumo.

Sí debemos puntualizar que la realización de la entrevista dependía de la participación activa del médico de cabecera, que era el encargado de derivar al encuestado hasta el encuestador, lo que podría haber influido en las tasas de respuesta (80,4%). Teniendo en cuenta el elevado número de pacientes que atiende el médico de atención primaria cada día, la sobrecarga de trabajo administrativo a la que están sometidos, y el tiempo de dedicación que pueden ofrecer a cada uno de sus pacientes, es de esperar que la información al paciente elegido sobre la finalidad del estudio, no mostrara incentivo suficiente como para que éste aceptara participar.

Otro punto en el que debemos hacer una consideración es la realización de las pruebas analíticas, donde se incrementó el número de no respondentes (tasas de

respuestas que oscilaban entre el 57% y el 68%), debido en parte a la agresividad de la prueba, muchos de los respondientes al cuestionario se negaron a la extracción de una muestra de sangre; en parte a las listas de espera para la realización de las analíticas, que hicieron que aumentaran las pérdidas.

2.- PATRONES DE CONSUMO

Antes de comentar los principales hallazgos en relación a las variables sociodemográficas, sería conveniente comparar a grandes rasgos el consumo encontrado entre los participantes en este estudio, donde el 70,5% de los encuestados admitían consumir algún tipo de bebida alcohólica, con el encontrado en otras zonas.

Respecto a la población general, el estudio sobre la Respuesta Comunitaria a los Problemas Relacionados con el Alcohol (211), señala que en Sevilla bebe aproximadamente el 85% de la población, mientras que en datos publicados anteriormente sobre Andalucía, el trabajo de EDIS (212) señala que algo más del 50% son bebedores.

Estas diferencias pueden deberse a las distintas formas de registrar el consumo en los cuestionarios. El estudio de Respuesta Comunitaria recoge información de los últimos seis meses, el trabajo de EDIS sólo preguntaba si había bebido el día anterior, mientras que nosotros la hemos recogido de los últimos tres meses.

Si comparamos los resultados con datos a nivel nacional (55), encontramos que en la encuesta realizada por ICSA-GALLUP, el 36% de los encuestados no consumieron bebidas alcohólicas durante el período semanal observado. Si se hacía referencia al último año, sólo un 24,5% se podía considerar como no consumidora de alcohol.

Si comparamos con los resultados del estudio de Respuesta Comunitaria en Cantabria (214), el porcentaje de bebedores se asemeja bastante al encontrado en Sevilla (un 83% de la población es bebedora), aunque esta concordancia, como otros trabajos han demostrado, no suele ser muy común (55). Así por ejemplo en EEUU la proporción de bebedores oscila de una región a otra entre 93% y 35% (154).

Por la naturaleza del estudio parece más viable comparar los resultados de consumo con otros estudios llevados a cabo en el sector de la atención primaria. En el estudio de Wallace y Haines en Inglaterra (174), se encontró que aproximadamente un 72% de los encuestados consumían bebidas alcohólicas. Aasland, Bruusgaard y Rutle (213) en Noruega, encontraron que el 71,1% eran bebedores, resultados que se asemejan bastante a los encontrados en nuestro estudio.

El porcentaje de abstemios fue, sin embargo, más alto que el encontrado en el estudio de población general, debido probablemente no sólo al período al que son referidas las preguntas, sino también a la sobrerrepresentación de las mujeres y las

personas de edad avanzada en la muestra.

2.1. SEXO Y EDAD

Se han encontrado marcadas diferencias en la distribución de patrones de consumo entre varones y mujeres y entre grupos de edad.

El consumo de alcohol fue mayor entre varones que entre mujeres, para todos los grupos de edad, con un porcentaje de abstemios del 22,2% para el sexo masculino y de un 38,1% para el femenino. Resultados muy parecidos a los encontrados en Inglaterra (174) y en Noruega (213), sin embargo difieren respecto a los encontrados en población general en Sevilla, donde el porcentaje de abstemios se sitúa en un 8% para varones y un 21,7% para mujeres.

Estas diferencias de consumo según el sexo es un hallazgo que puede considerarse universal, aunque existe cierta evidencia de que los patrones de consumo de ambos sexos, tienden a hacerse convergentes a medida que la mujer se va independizando e incorporando al mercado laboral.

En los últimos años, diversos estudios han centrado su atención en el consumo de alcohol en las mujeres (215-217), aunque en nuestra comunidad existen escasos trabajos sobre este tema. Las principales conclusiones a las que se llegan son, que los

patrones de consumo no se han modificado en gran medida y que, el hecho de que la mujer se incorpore al mercado laboral a la vez que sigue ejerciendo su función de ama de casa, no es un elemento estresante que pueda empujarle a aumentar el consumo. La creencia de que la mujer bebedora es marginada no se confirma en estos estudios.

El papel reproductivo de la mujer y su tradicional responsabilidad en la educación de los hijos, se ha utilizado como la justificación del consumo femenino más bajo (12), otros estudios señalan que la relación de "dependencia" que mantiene la mujer respecto al hombre, es la causa de su menor consumo (219).

En cuanto a la variable edad, el grupo con consumo más alto en los varones es el de 45 a 54 años, seguido por el de 35 a 44. Entre las mujeres es el grupo de 25 a 34 años seguido por el de 15 a 24, los que presentan consumos más elevados. Al calcular las medidas de asociación causal vemos que existe una asociación de riesgo entre estos grupos citados y el consumo excesivo de alcohol con odds ratio (OR) de 3,12 (1,53 - 6,40) para varones y 3,70 (1,76 - 7,84) para mujeres. Para ambos sexos, la mayor proporción de abstemios se da en los mayores de 65 años, con OR mayores de uno.

Si contrastamos estos resultados con los obtenidos en la población general en Sevilla, tenemos en este último, para ambos sexos, es el grupo de jóvenes de 18 a 29

años el que presenta mayores consumos, disminuyendo éste a medida que aumenta la edad (211). Otras encuestas de población general también han encontrado mayor proporción de abstemios entre los más viejos que entre los más jóvenes (145,154,220). Sin embargo, esto no ocurre en todos los países (145) ni en todas las regiones dentro de un mismo país (221,55,214).

Es bien conocido en Sevilla que la gente joven hace uso de los servicios de atención primaria con menor frecuencia que los de mayor edad. Este hecho podría explicar las diferencias encontradas en nuestros resultados al comparar con el estudio de población general. Si comparamos con otros estudios realizados en el ámbito de la atención primaria, encontramos que en Noruega (213) la mayor frecuencia de consumo se da en el grupo de los 40 años y el menor porcentaje de abstemios en el grupo de edad de 20 a 30 años.

Otro factor que debemos tener en consideración es que la gente con más de una enfermedad clínica, usa los servicios médicos más frecuentemente, lo que podría explicar la gran proporción de abstemios y bebedores con problemas simultáneamente en nuestra muestra, cuando comparamos con la población general.

La elevada proporción de abstemios podría atribuirse al alto número de sujetos con patologías que evita el consumo de alcohol. Otro hecho a tener en cuenta es el gran número de personas con 55 años y más que presentan altas tasas de abstinencia,

pero que, sin embargo, no explica las altas tasa de abstinencia en los restantes grupos de edad.

Por otro lado la elevada proporción de bebedores excesivos podría explicarse por su alta probabilidad de presentar una enfermedad clínica atribuible a sus patrones de consumo, y que les lleva al equipo de atención primaria.

Fillmore (222) llevó a cabo un estudio logitudinal en el que pudo comprobar que aunque la incidencia de grandes bebedores disminuye con la edad, las personas en edades media de la vida son las que presentan un mayor número de problemas.

Persson y Magnusson (223) en Suecia, encontraron que de los pacientes atendidos en un hospital de capacidad media y en un centro de salud de distrito, un 10,8% eran bebedores excesivos, y al analizar la distribución por grupos de edad, observaron que los mayores porcentajes se encontraban en los grupos de 40 a 49 años. En el centro de salud observaron una tendencia a la sobrerrepresentación de los bebedores excesivos entre los más jóvenes (menores de 30 años).

2.2. ESTADO CIVIL

Esta variable sociodemográfica ha sido poco estudiada tanto en encuestas de población general como en el sector de la atención primaria. El efecto de esta

variable suele estar claramente confundido con la variable edad, aunque existen razones para pensar que el estado civil contribuye a controlar los patrones de consumo, así, el matrimonio puede suponer un control en el consumo del individuo, mientras que el estar soltero se podría corresponder con una vida socialmente "más activa", lo que implicaría mayores consumos. En EEUU se encontró que los casados tendían a beber de forma más moderada que los solteros y divorciados, pero esta relación se mantenía solo en los menores de 45 años y de bajo nivel social (154). Otro hallazgo es que entre los viudos el porcentaje de abstemios era más alto.

Los resultados de nuestro estudio difieren de estos comentados anteriormente, de modo que encontramos que entre los varones es el grupo de casados o en unión con pareja estable el que presenta mayor porcentaje de bebedores excesivos. Entre las mujeres, son las solteras las que presentan mayores cantidades de alcohol consumido.

Estas diferencias respecto a población general (211) y otros estudios (154) podrían atribuirse más al efecto edad que realmente a la variable en estudio, al coincidir los grupos de edad de mayores consumo con las categorías de estado civil mencionadas, de modo que es de esperar que los varones de 35 a 54 años sean en un alto porcentaje casados, y que entre las mujeres de 15 a 34 años exista un elevado porcentaje de solteras. Al controlar la variable edad encontramos que los resultados del test estadístico no son válidos por el elevado porcentaje de casillas con

frecuencias esperadas menores de cinco. Para demostrar que este efecto es debido a la edad, tendríamos, por tanto, que aumentar el tamaño de la muestra, opción que escapa de nuestras posibilidades.

2.3. NIVEL SOCIAL

Para el estudio del nivel social, la Sociología generalmente ha recurrido al uso de tres indicadores relacionados entre sí y que son: la educación, la ocupación y los ingresos. Aunque una variable de tal complejidad difícilmente se puede medir por un pequeño número de indicadores.

En nuestro cuestionario, hemos recogido información sobre educación, actividad laboral y profesión del entrevistado y, aunque con estas variables es difícil determinar la posición del individuo en la sociedad, es evidente que son de interés al relacionarla con una conducta social como es el consumo de alcohol.

Cahalan y col (154) emplearon una combinación de indicadores como eran el nivel educativo, los ingresos familiares y la ocupación del cabeza de familia, en un índice único para determinar el nivel social. Otros autores (224) proponen la no utilización de este tipo de indicadores, ya que estos índices compuestos pueden entorpecer la identificación de importantes asociaciones o diferencias entre variables. En nuestro estudio hemos renunciado a la combinación de indicadores, analizando

cada una de las variables por separado.

2.3.1. EDUCACION

En los resultados de nuestro estudio se puede observar que entre los varones no existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel educativo y la cantidad semanal de alcohol consumido. Esto podría ser debido a la sobrerrepresentación de encuestados con niveles de estudios bajos (estudios primarios, EGB, FP-I). Entre las mujeres sin embargo, existe una asociación estadísticamente significativa entre la educación y el consumo ($p=0,001$) con una magnitud del efecto causal (OR) de 3,42 oscilando en un intervalo que va desde 1,63 a 7,19, para aquellas mujeres con estudios de grado medio y/o universitarias.

Estas diferencias, igual que ocurría con la variable estado civil, bien podrían ser atribuidas al efecto de la edad. Si tenemos en cuenta que las mujeres más jóvenes son las que están alcanzando niveles de estudios más altos, mientras que las mujeres de mayor edad tienen un nivel de estudios más bajo o incluso no tienen estudios, veremos que la relación obtenida entre nivel educativo y consumo semanal de alcohol es equiparable a la relación existente entre edad y consumo. Sin embargo, al controlar la variable edad, los resultados del test estadístico no son válidos por el elevado número de celdillas con frecuencias menores de 5.

2.3.2. SITUACION LABORAL

Se observan diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de alcohol y esta variable, de modo que para ambos sexos el mayor porcentaje de bebedores se sitúa en el grupo de trabajadores y el mayor porcentaje de abstemios entre los que no trabajan. Al desagregar la categoría de los que no trabajan, vemos que son los desempleados los que adoptan patrones de consumo más elevados, con un riesgo 3,5 veces mayor de consumir alcohol en cantidades excesivas que el resto de la población, en el caso de los varones. No se observa esta relación entre las mujeres. El mayor porcentaje de abstemios se concentra en los jubilados, coincidiendo también con el grupo de mayor edad.

2.3.3. PROFESION

Al analizar esta variable no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de alcohol y las distintas categorías profesionales, probablemente debido al elevado número de categorías en las que se agruparon a los encuestados.

Difícilmente podremos contrastar nuestros resultados con los encontrados en otros estudios en los que se utiliza la variable clase social como un índice compuesto. En el estudio de población general en Sevilla (211), encontramos que en las clases

sociales más bajas se da tanto el porcentaje más alto de abstemios como el de bebedores excesivos. Estos resultados podrían equipararse a los encontrados en nuestro estudio, si tenemos en cuenta que los desempleados y los jubilados son los dos grupos con niveles de ingresos más bajos y que por tanto podrían clasificarse como la clase de nivel social bajo.

No existe consenso en las investigaciones que relacionan el desempleo y el alto riesgo de alcoholismo; algunos estudios demuestran que cuando se está sin empleo, alguna gente bebe más; mientras que otros estudios han encontrado que beben menos o que no alteran su conducta de bebida (225).

En la encuesta ICSA-GALLUP (55) se encontró que existía una relación directa entre consumo de alcohol y clase social. En la encuesta del CIS (56) sólo se confirma que el consumo es más frecuente a medida que se escala en la pirámide social, pero no hace referencia a la cantidad consumida.

3.- TIPO DE BEBIDA MAS CONSUMIDA

Aunque el alcohol es un factor de riesgo para la salud independientemente del tipo de bebida que se consuma, tenemos que señalar que no todas tienen la misma graduación alcohólica y, que las preferencias por una u otra bebida tienen interesantes connotaciones.

Las encuestas nacionales ICSA-GALLUP y CIS (55,56) confirman la imagen de España como país productor y consumidor de vino, al hallarse que ésta es la bebida preferida por los españoles con un 51% del consumo total (55).

Los datos del estudio de población general en Sevilla (211) revelan que los sevillanos se apartan de las preferencias nacionales y entre ellos la cerveza es la bebida de mayor consumo. Las causas que podrían justificar estas preferencias podrían atribuirse a las características organolépticas de la cerveza y a su baja graduación, que permite su utilización como bebida refrescante, en una zona tan calurosa como es Sevilla.

Los resultados de nuestro estudio concuerdan con el de población general (211) en cuanto al tipo de bebida preferida y en cuanto a las diferencias que marca la edad. Entre los jóvenes, el consumo de cerveza es más frecuente que el de otros tipos de bebidas alcohólicas, seguido de los licores y en último lugar de los vinos. Sin embargo, a medida que aumenta la edad disminuyen las diferencias en los porcentajes entre bebedores de cerveza y bebedores de vino, invirtiéndose esta relación en el grupo de edad de mayores de 65 años, que consumen vino en un porcentaje más alto.

Estos datos coinciden con otros estudios nacionales (211,55) y se observa que por ejemplo en Cantabria (214), donde el vino es la bebida preferida por todos los

grupos de edad, son los jóvenes los que declaran mayores consumos de cerveza, aunque la proporción es más baja que en Sevilla.

En la mayoría de los países, prácticamente no existen datos directos y técnicamente comparables sobre los cambios en los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas, sin embargo a escala mundial se puede evidenciar cierto número de tendencias generales. En los países tradicionalmente consumidores de vino, el ritmo de crecimiento de la demanda de cerveza y bebidas destiladas ha sido especialmente acelerado; en los países consumidores de cerveza, los vinos y las bebidas destiladas muestran el desarrollo más rápido; y en las naciones tradicionalmente consumidoras de bebidas espirituosas es evidente el aumento proporcional del vino y la cerveza dentro del consumo total (21).

Pyörälä (226) compara las tendencias en el consumo de alcohol en España, Portugal, Francia e Italia desde 1950 hasta 1980 encontrando que el consumo de la bebida tradicional en estos países, el vino, ha disminuido y ha sido sustituido por otras bebidas con bajo contenido alcohólico como la cerveza. Este cambio en las preferencias de bebida lo explica mediante dos hipótesis: la modernización y la internacionalización.

La hipótesis concerniente a la modernización en las preferencias de bebida indica que el consumo de las bebidas tradicionales es gradualmente sustituido por

nuevas bebidas, por una modernización en los gustosa, en el caso de estos países, el vino es sustituido por bebidas destiladas y cerveza.

La hipótesis de la internacionalización de las preferencias de bebida sugiere que las bebidas importadas son rápidamente incorporadas en los gustos de estos países. Sin embargo, la proporción de bebidas destiladas dentro del consumo total de alcohol en estos países estudiados es muy baja, lo que convierte a esta hipótesis en un factor de relativamente poca importancia en los cambios de preferencia dentro de nuestro país.

4.- DEMANDA DEL INTERES DEL MEDICO DE CABECERA

Hay poca información acerca de lo que piensan los pacientes sobre la práctica de promoción de la salud por parte de sus médicos de cabecera. En este estudio hemos analizado la demanda de los usuarios de atención primaria del interés de sus médicos de cabecera en cuanto a hábitos de bebida se refiere.

Se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de consumo de alcohol y las respuestas afirmativas a esta pregunta, lo que viene a decirnos que los pacientes de atención primaria, independientemente de su consumo, creen que sus médicos de cabecera deberían estar interesados por esta conducta, es decir existe una gran demanda por parte de los pacientes, sobre el interés de sus médicos de cabecera.

Al relacionarla con la edad, vemos que a medida que aumenta la edad tienden a disminuir las tasas de acuerdo, de modo que el mayor porcentaje de respuestas afirmativas se da en los más jóvenes y el menor porcentaje en los más viejos, para ambos sexos.

Este hallazgo nos lleva a pensar que los pacientes jóvenes tienen un mayor interés en las acciones de promoción de la salud por parte de sus médicos de cabecera en cuanto al hábito de beber. Esto sugiere un cambio en las actitudes, sin embargo por tratarse de un estudio transversal no es posible distinguir si es un efecto cohorte, es decir, las generaciones más jóvenes tienen un nivel cultural más elevado y una mayor receptividad frente a las acciones educativas que puedan desarrollarse en el ámbito de la atención primaria; o es que las generaciones más viejas están desilusionadas y han disminuido sus esperanzas en el médico de cabecera a medida que aumenta la edad.

Wallace y Haines (227) en un estudio realizado en Londres encontraron que el 77% de los varones y el 81% de las mujeres encuestados pensaban que su médico de cabecera debería estar interesado por su hábito de beber. Resultados similares se encontraron en el estudio de Pike (228) llevado a cabo anteriormente, donde un 80% de los pacientes esperaban recibir ayuda o consejos de salud de su médico general. En EEUU en un estudio posterior, el 90% de los pacientes esperaban recibir consejos de su médico de familia en distintos aspectos de la salud (229).

Estas necesidades y demandas contrastan con las bajas tasas de respuestas afirmativas (25,2% para varones y 6,3% para mujeres) a la pregunta de si ha recibido alguna vez consejo de su médico de cabecera sobre su hábito de beber. Wallace y Haines (227) encontraron porcentajes más altos, con un 44% de varones y un 38% de mujeres que habían recibido consejo de su médico de cabecera en cuanto a su consumo de bebidas alcohólicas.

En el estudio de Respuesta Comunitaria, la encuesta dirigida a los médicos de atención primaria (220), nos muestra que sólo una minoría de ellos (21,9%) admiten haber ofrecido consejos o educación para la salud a sus pacientes en cuanto a problemas de bebida se refiere. Diversos estudios (146,211) han mostrado que esto está relacionado con las actitudes de los médicos generales ante este tipo de problemas y, éstas a su vez, están relacionadas con la educación que el médico general ha recibido sobre alcohol. Clement (146) en un estudio realizado entre los médicos de atención primaria, llega a la conclusión de que la mayoría de los médicos no sabían como aconsejar a los bebedores y además éstos últimos no resultaban ser un grupo de pacientes con los que se pudiera trabajar de forma satisfactoria. Pudo observar que a más horas de educación recibida sobre alcohol y sus problemas, más satisfactorio era trabajar con estos pacientes y más pacientes con problemas relacionados con el alcohol se identificaban.

Cartwright (147) argumenta que la educación es un factor predisponente en

la identificación de problemas relacionados con el alcohol, sin embargo a menos que la experiencia del médico general sea útil y a menos que estén provistos de servicios de apoyo adecuados, éstos pueden rehusar la identificación y el trabajo con los bebedores.

Los resultados del estudio de Respuesta Comunitaria en Sevilla (220) sugieren que existen fuertes interrelaciones entre formación y actitudes, y que ambas son factores determinantes de la eficacia en la detección y tratamiento de estos pacientes.

5.- PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

Se han publicado pocos estudios referentes a los pacientes con consumo excesivo de alcohol en la asistencia sanitaria primaria. Es bien conocido que existe una alta frecuencia de problemas relacionados con el alcohol en los servicios psiquiátricos, médicos, quirúrgicos y en los servicios de urgencias de los hospitales generales. En nuestro estudio se demuestra que la proporción de varones con tales problemas también es elevada en los servicios de atención primaria.

McIntosh (231) hizo una revisión crítica de varias publicaciones en las que se analizaba la prevalencia de problemas relacionados con el alcohol en hospitales generales, encontrando notables diferencias en las técnicas de análisis, en las definiciones y en los métodos empleados; en la mayoría de ellos no se analizaba si

el alcohol era o no la causa de los ingresos. En otros estudios basados en enfermos que acudían a los servicios de urgencias no psiquiátricos, se detectaron problemas debidos a la bebida en el 20-30% de los varones y el 2-11% de las mujeres (232). Estos estudios se llevaron a cabo en grandes hospitales urbanos y no son por tanto comparables sus datos con los nuestros recogidos en atención primaria.

En un estudio llevado a cabo en un centro de salud de distrito, basado en datos de las historias, se encontró que un 13% de los varones tenían problemas de alcohol (233). En otro estudio basado únicamente en los archivos de un centro de salud, se demostró que un 1,4% de los enfermos tenían problemas relacionados con la bebida (234).

En el estudio realizado en Karlstad (Suecia) en un hospital de capacidad media y en un centro de salud (223), se encontró que un 10,2% de los pacientes fueron catalogados como bebedores excesivos o con problemas, y de ellos un 17,1% eran varones. El análisis de distribución por edades permitió comprobar que la mayor concentración (14%) se producía en los grupos de edad de 40 a 49 años, aunque en el centro de salud, y especialmente entre los varones, existía una tendencia a la sobrerrepresentación de estos enfermos en los grupos de edad más jóvenes. En los pacientes clasificados como bebedores excesivos o con problemas se encontró que en el 61% de ellos el motivo de la consulta médica (en el centro de salud) guardaba relación con el alcohol, esto suponía un 4,1% de todas las visitas al centro de salud

del distrito.

Wallace y Haines en Londres (227) encontraron que un 4% de los pacientes piensan que tienen un problema de bebida (7% de los varones y 3% de las mujeres). En Noruega, en una encuesta realizada a 179 médicos y a 3.497 pacientes (213), se encontró que en un 2,5% de los casos el alcohol definitivamente podría estar relacionado con el motivo de la consulta, a este porcentaje se suma un 1,5% de los casos en los que el alcohol posiblemente podría estar relacionado con el motivo de la consulta.

Los resultados de nuestro estudio muestran que un 8,5% de los varones encuestados creen que habitualmente tienen un problema de bebida. Este porcentaje se reduce a un 0,9% en el caso de las mujeres. Estos resultados se asemejan a los recogidos por Wallace y Haines, aunque existen diferencias en el porcentaje de mujeres.

Al preguntar a los encuestados por la presencia de problemas relacionados con el alcohol en el pasado, se incrementa el porcentaje de respuestas afirmativas entre los varones hasta un 13,8% mientras que se mantienen las cifras en el sexo femenino. Este incremento en el porcentaje de bebedores con problemas en el pasado podría atribuirse a las características de la población que acude a los centros de atención primaria. Indudablemente la gente con más de una enfermedad clínica hacen un

mayor uso de los servicios médicos, a su vez el padecer una patología haría que su consumo de alcohol se viera reducido y como consecuencia la existencia de problemas relacionados con el alcohol en la actualidad también disminuiría.

En el estudio de respuesta comunitaria en Sevilla (211) se distinguen dos tipos de problemas relacionados con el alcohol: problemas personales, que se refieren a las consecuencias negativas del alcohol sobre el bienestar físico y psicológico del bebedor, y problemas entre el bebedor y su ambiente social atribuibles al alcohol. La prevalencia de presentación de uno o más problemas relacionados con el alcohol (personales o sociales indistintamente), se sitúa en un 36,2%, con diferencias significativas entre ambos sexos, presentando los varones una prevalencia cinco veces o más superior a la de las mujeres y siendo el grupo de edad de 18 a 24 años el de máxima prevalencia, coincidiendo éste con los patrones de consumo más elevados.

6.- CUESTIONARIO CAGE

Este cuestionario fue utilizado por primera vez en EEUU en 366 pacientes psiquiátricos (172), encontrándose que el 81% de los alcohólicos diagnosticados respondieron afirmativamente a dos o más cuestiones, comparados con el 12% de los no alcohólicos. Usado con una puntuación de 4 no había falsos positivos, pero sólo se identificaban correctamente un 37% de los alcohólicos. Mayfield y col demostraron que con una puntuación de 4 el CAGE no era un detector sensible de

alcoholismo en la población psiquiátrica, sin embargo si se aceptaba como criterio dos o más respuestas afirmativas, su sensibilidad se veía reforzada.

Bernadt y col (194) lo emplearon en 375 pacientes psiquiátricos en Inglaterra, en combinación con los cuestionarios MAST y Reich y con unas pruebas de laboratorio para identificar conductas de bebida anormales. Los resultados de este estudio mostraron que el MAST y el Reich tienen una especificidad aceptablemente alta tanto para los bebedores excesivos (los que consumen más de 160 gramos al día) como para los alcohólicos, mientras que los resultados del CAGE fueron menos satisfactorios, con una especificidad del 76 y 77% para bebedores excesivos y alcohólicos respectivamente, clasificando aproximadamente a una cuarta parte de los sujetos normales como falsos positivos. La sensibilidad de los cuestionarios fue elevada sobre todo para el CAGE, con valores del 93% para bebedores excesivos y 91% para alcohólicos. Los valores predictivos fueron del 45% para el valor predictivo positivo y del 98% para el valor predictivo negativo. Estos autores puntualizan que la población donde se han estudiado estas pruebas presentan ingestas de alcohol elevadas, y que una población con distinta prevalencia de bebedores excesivos y alcohólicos podría dar distintos valores predictivos, aunque la sensibilidad y especificidad podrían permanecer igual.

Schofield (235) lo utilizó en una muestra representativa de la población total de un hospital y encontró que el CAGE resultó ser un instrumento de screening

provechoso para detectar problemas de bebida en pacientes del hospital general. Este autor relaciona las altas puntuaciones en el CAGE con una afectación de la salud psicológica y argumenta que debería considerarse una disminución en la puntuación usual del CAGE para problemas de bebida en este tipo de población.

Ewing (172) considera que incluso una respuesta afirmativa en el CAGE podría alertar la sospecha de alcoholismo; esta sugerencia a sido apoyada por el trabajo de Mayfield y col en la población psiquiátrica (172).

La mayoría de los estudios utilizan el CAGE en la población clínica. Saunders y Kershaw (173) lo emplearon en una muestra de bebedores con problemas identificados en la comunidad. En este estudio realizado en Escocia, el CAGE presentó más sensibilidad que el SMAST, sin embargo, aproximadamente la mitad de los alcohólicos diagnosticados y bebedores con problemas en esa comunidad, no se detectaron con el CAGE.

Wallace y Haines (174) en un estudio de 2572 pacientes de dos centros de salud al noreste de Londres, encontraron que el 22% de varones y el 9% de mujeres se clasificaron como CAGE positivo. De los que fueron clasificados como bebedores excesivos (420 gramos semanales para varones y 210 gramos semanales para mujeres) un 55% de varones y un 35% de mujeres respondieron afirmativamente a dos o más preguntas del CAGE. Al calcular la sensibilidad y especificidad,

encontraron que para varones, el cuestionario parece ser más sensible para identificar a los que admiten un consumo excesivo que otras pruebas, y su especificidad era equiparable. Sin embargo, no resulta tan bueno para las mujeres, ya que muy pocas fueron clasificadas como bebedoras excesivas. Los autores argumentan que esto puede ser debido a que la entrevista posiblemente infravalore el número de mujeres que beben en exceso, y la verdadera sensibilidad del CAGE pudiera ser mayor que la que los cálculos sugieren.

King (236) usó el CAGE en pacientes atendidos en consultas de un centro de salud en Londres y obtuvo tasas del 9,3% de CAGE positivos, sin embargo, la proporción de respondentes que consumieron más de 8 "drinks"/día (un "drink" equivale aproximadamente a 10 gramos de etanol), representa sólo un 5% del total.

Jacoponi y col (237) describen la prevalencia de riesgo de bebida entre pacientes atendidos en el sector de la atención primaria en Sao Paulo (Brazil), encontrando que el 5% de la población encuestada respondían positivamente a dos o más preguntas del CAGE con una razón 4,2 veces mayor para varones que para mujeres. Al comparar por grupos de edad, las puntuaciones más altas se dieron en el grupo de edad de 31 a 45 años.

En nuestro estudio, cada una de las preguntas del cuestionario CAGE ha sido analizada por separado, encontrando que para cada una de ellas existen diferencias

estadísticamente significativas entre las respuestas afirmativas a las preguntas y el consumo excesivo de alcohol, excepto en la pregunta número cuatro (en los últimos tres meses, ¿cuántas veces ha despertado queriendo tomar una copa?), donde no se observan diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres. Shofield (235) argumenta que una respuesta afirmativa en la pregunta número cuatro del CAGE está fuertemente asociada con morbilidad psiquiátrica y sería prudente considerar a tales pacientes como bebedores problemas hasta demostrar lo contrario, incluso si responden negativamente a las otras preguntas. Sólo una mujer respondió afirmativamente a esta pregunta y su consumo estaba situado dentro de la categoría de bebedor moderado, no podemos saber si ésto es debido a la tendencia de las mujeres a ocultar su consumo por la marginación social que éste supone.

En ninguna de las preguntas se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar por grupos de edad. Las medidas de validez muestran una sensibilidad muy baja, clasificando erróneamente a un elevado número de sujetos como falsos negativos. Esto podría deberse a los bajos niveles de consumo que hemos considerado para la definición de bebedor excesivo.

Analizando el cuestionario en conjunto, obtenemos que un 6,4% de los encuestados (10,1% de los varones y 3,1% de las mujeres) son CAGE positivos, es decir responden afirmativamente a dos o más preguntas del CAGE. Las medidas de asociación causal entre ser CAGE positivo y presentar consumos excesivos de alcohol

muestran OR muy elevadas, sin embargo la sensibilidad del CAGE para detectar estos consumos es muy baja (27% para varones y 18% para mujeres). Podemos deducir que el CAGE resulta de muy baja sensibilidad para detectar consumos excesivos de alcohol, posiblemente por el bajo nivel de consumo que hemos considerado para la categorización de bebedor excesivo, en una población donde el consumo de niveles elevados de alcohol es admitido sin ningún tipo de estigmatización. Sin embargo esto no excluye que pueda ser un buen detector de problemas relacionados con el alcohol. Podemos ver que la sensibilidad aumenta a un 57,7% en los varones y hasta un 100% en las mujeres cuando la calculamos para la presencia de problemas relacionados con el alcohol. Los valores predictivos positivos del test son de un 48,4% para varones y de un 27,3% para mujeres, lo que nos indica que estamos obteniendo un número de falsos positivos elevado. Hay quien opina que desde el punto de vista de la salud pública, es mejor echar una extensa red que asegure la detección máxima (sensibilidad alta) y entonces eliminar los inevitables falsos positivos a través de procedimientos diagnósticos posteriores (137).

Debemos señalar, que es sorprendente con qué veracidad admiten los encuestados el consumo de niveles elevados de alcohol, sin ningún tipo de estigmatización o sentimiento de culpabilidad. Esto puede llevarnos a deducir que en nuestra comunidad y en el sector de la atención primaria, para la detección precoz de consumo excesivo de alcohol y problemas relacionados con el alcohol, sería aplicable un cuestionario que pregunte directamente sobre el consumo, no siendo

necesaria la aplicación de cuestionarios con preguntas "ocultas" como el CAGE, ya que como hemos señalado, el consumo excesivo no resulta en absoluto estigmatizante.

7.- DEMANDA DEL INTERES DEL MEDICO DE CABECERA EN HABITOS DE BEBIDA Y PREVALENCIA DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

La demanda del interés del médico de cabecera en hábitos de bebida, se asocia con la presencia de problemas relacionados con el alcohol. Wallace y Haines (227) encontraron que de los pacientes que respondieron tener un problema, la proporción de ellos que pensó que su médico de cabecera debería estar interesado en este problema era del 79% para el caso de la bebida. La proporción de pacientes cuyo médico había mostrado interés era del 63% para los problemas de bebida, y fueron significativamente más altas que para aquellos pacientes que no creían tener un problema.

Al comparar la demanda del interés del médico de cabecera en hábitos de bebida con las cuatro preguntas del cuestionario CAGE y con las dos preguntas de prevalencia de problemas relacionados con el alcohol, obtenemos unas medidas de magnitud mayores de uno en todos los casos, lo que viene a indicarnos que la respuesta afirmativa a alguna de estas preguntas está asociada con la demanda del

interés del médico de cabecera, excepto en la pregunta número cuatro del CAGE donde esta asociación no resulta estadísticamente significativa probablemente por el elevado número de respuestas negativas a esta pregunta.

8.- CUESTIONARIO AUDIT

En el estudio de validación del AUDIT en atención primaria en seis países distintos (160), se calcularon las medidas de validez usando el consumo "nocivo" de alcohol como criterio para un caso positivo. Se definió el uso "nocivo" de alcohol como una ingesta media de alcohol de 40 gramos o más para varones y de 20 gramos o más para mujeres. La sensibilidad de las 10 cuestiones del AUDIT llegó al 65% en Bulgaria y al 95% en México, siendo mayor en todos los países para varones que para mujeres. La especificidad osciló desde un 83% a un 94% y fue más alta en mujeres que en varones. El valor predictivo positivo osciló del 42% al 81% y el negativo del 91% al 95%.

En nuestro estudio, al analizar el cuestionario AUDIT, encontramos que la mayoría de las preguntas muestran una relación estadísticamente significativa entre la respuesta afirmativa a la misma y cantidad de alcohol consumida. Al analizar la relación con la edad, son muy pocas las preguntas que muestran una relación estadísticamente significativa entre la edad y las respuestas afirmativas, pero en las que se demuestra ésta relación, destacan los grupos de edad más jóvenes como los

que presentan mayor porcentaje de respuestas afirmativas.

Al analizar la sensibilidad, especificidad y valores predictivos encontramos que para todas las preguntas la sensibilidad de la respuesta afirmativa para detectar consumo excesivos es muy baja, mientras que la especificidad es bastante elevada. Esto puede deberse a que las personas que responden afirmativamente a éstas preguntas, son sujetos con problemas relacionados con el alcohol avanzados y probablemente muchos de ellos con síndrome de dependencia alcohólica.

Así, por ejemplo, al analizar la pregunta ¿Es incapaz de recordar lo que ocurrió la noche anterior por haber estado bebiendo?, si tomásemos como regla de oro a la pregunta, la sensibilidad de la cantidad de etanol consumida sería del 77,4% y la especificidad del 71,3%, sin embargo, el valor predictivo positivo es bajo (23,3%) y el negativo 96,6%.

La causa de este cambio está en que ésta pregunta está muy ligada al síndrome de dependencia alcohólica, incluso es uno de los criterios de Edwards (25) sobre éste síndrome, por tanto no pueden esperarse altas sensibilidades ni valores predictivos positivos, pero sí podemos esperar especificidades y valores predictivos negativos elevados.

Igual ocurre con la pregunta ¿Ha presentado intensos temblores por la mañana

después de beber?, que está estrechamente ligada con el síndrome de dependencia alcohólica.

En el caso de las mujeres, el número de ellas que responden afirmativamente a las preguntas del AUDIT es tan pequeño, que los resultados no pueden ser válidos.

9.- PRUEBAS DE LABORATORIO

Durante años, médicos y científicos han dedicado grandes esfuerzos a la búsqueda de parámetros biológicos que, en base a su especificidad y sensibilidad, pudieran ser empleados como marcadores de una determinada enfermedad o patología. La posibilidad de disponer de marcadores biológicos capaces de detectar una ingesta excesiva de alcohol antes de que aparezcan signos de lesión orgánica, reviste un gran interés clínico y social. Hasta la actualidad, el procedimiento más empleado para detectar la exposición del organismo a los efectos del alcohol, consiste en el análisis individual o combinado de varios parámetros sanguíneos, entre los que han demostrado tener mayor interés la gamma-glutamyltranspeptidasa (GGT) y el volumen corpuscular medio (VCM).

El estudio de estos parámetros se halla sometido a diversos inconvenientes entre los que destaca la posibilidad de que puedan verse alterados por otros factores concomitantes relacionados o no con el consumo de alcohol, como el tabaquismo, la

edad o el sexo (238). A ello debe sumarse también la variabilidad individual al efecto del alcohol (239,240) y el poco valor de las citadas pruebas como índice de ingesta alcohólica cuando se emplean en pacientes afectos de hepatopatías o alteraciones hematológicas no debidas al alcohol, como suele suceder en ambientes hospitalarios (241).

Caballería y col (242) en un estudio de 271 pacientes alcohólicos y 124 controles no alcohólicos, consiguen clasificar correctamente al 94% de los alcohólicos con hepatopatías y al 58% de alcohólicos sin afección hepática demostrable. Las variables que proporcionan mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de alcoholismo son la GGT y VCM, parámetros que gracias al desarrollo tecnológico actual de nuestros hospitales forman parte del perfil biológico básico al que se someten prácticamente todos los pacientes en su proceso de admisión o estudio clínico preliminar.

Vives Corrons (204) argumenta que un aumento simultáneo de la GGT y VCM en ausencia de enfermedad subyacente que lo justifique, debe hacer sospechar la existencia de alcoholismo y, hasta que estudios suficientemente amplios confirmen el valor de nuevos marcadores como el acetato sanguíneo o la actividad de ciertas enzimas plaquetarias, la determinación de GGT sérica y VCM continúan siendo por el momento los marcadores biológicos más prácticos y económicos de ingesta alcohólica reciente.

La elevación de GGT y otras enzimas hepáticas en alcohólicos traducen un grado más o menos intenso de lesión hepática. Caballería y col (242) encontraron que existían claras diferencias en las medias de estos marcadores en relación a que los alcohólicos tuvieran o no una lesión hepática asociada. La elevación de GGT y otras enzimas en los alcohólicos no hepatópatas podría deberse a la afección de otros órganos por el efecto del alcohol o a que ya exista un cierto grado de lesión hepática que no pueda detectarse por los medios histológicos habituales, por tanto la elevación de la GGT en este grupo podría ser secundaria a una inducción enzimática por efecto del alcohol (242).

La relativa baja especificidad de estos marcadores convencionales ha hecho que otros autores describan nuevos marcadores de ingesta excesiva de alcohol tales como la determinación de lipoproteínas de alta densidad y la apoproteína A-II (243). Sin embargo, la detección de lípidos en sangre puede no resultar útil en pacientes con hepatitis alcohólicas o cirrosis, ya que los niveles de HDL-colesterol son inversamente proporcionales a la severidad de la enfermedad hepática, porque la disminución de la función hepática tiende a bajar los niveles de HDL-colesterol, por tanto este no sería un test viable para la detección de los abusos de alcohol en pacientes con enfermedad hepática (244).

Rollason y col (245) compararon los niveles de GGT y otras enzimas hepáticas en grupos de sujetos con diferentes hábitos de bebida y pudieron demostrar

que había diferencias significativas en esos dichos niveles entre los no bebedores y los bebedores excesivos.

Whitehead y col (186) encontraron un aumento de GGT en el 17% de 2034 varones en Londres, y suponen que el consumo excesivo de alcohol produce aumento en esta enzima sólo en un 60% de los casos.

Pomerleau y col (246) confirmaron esta observación al encontrar una correlación significativa entre el consumo de alcohol declarado por un grupo de sujetos en tratamiento por abuso de alcohol y los niveles de GGT de los mismos, aunque la relación entre consumo de alcohol y aumento en los niveles de GGT sérica ha sido demostrada por numerosos estudios, su uso como marcador diagnóstico de abuso de alcohol puede tener ciertas limitaciones.

Kristenson y Trel (167) demuestran que la GGT no resulta un indicador sensible de alcoholismo en las investigaciones de screening de salud, identificando sólo una tercera parte de alcohólicos. Los niveles elevados de esta enzima también pueden estar originados por barbitúricos y otras drogas u otras formas de enfermedad hepática no relacionada con el alcohol. En la población clínica puede observarse un exceso de resultados falsos positivos. Los niveles aumentados vuelven a la normalidad tras 48 horas de abstinencia, y ésto hace crítico el tiempo de toma de la muestra. Algunos autores sugieren que las mujeres muestran una tasa

proporcionalmente mayor en los niveles de GGT en respuesta a dosis de alcohol equivalentes (247).

En nuestro estudio, el análisis de los valores de esta enzima en relación al consumo semanal de alcohol nos muestra que existen diferencias estadísticamente significativas, de modo que un 62,5% de los varones y un 75,0% de las mujeres con GGT elevadas son considerados bebedores excesivos. Las medidas de asociación causal muestran una medida de magnitud mayor de uno. Las medidas de validez, sin embargo, presentan una sensibilidad muy baja mientras que la especificidad es bastante elevada. Esta baja sensibilidad podría atribuirse a diversas razones: en primer lugar a las bajas tasas de respuestas encontradas ante la petición de la analítica, en segundo lugar es conocido que los niveles de GGT vuelven a la normalidad tras 48 horas de abstinencia, además hemos de tener en cuenta que la población usuaria de los servicios médicos suele padecer algún tipo de patología que en cierto modo le haría reducir su consumo de alcohol y por tanto los niveles de GGT también habrían descendido. Otra razón podría ser que la entrevista, relacionada en su gran mayoría con el consumo de alcohol, hubiese puesto en alerta al encuestado para disminuir su consumo antes de la realización de la analítica, dada las listas de espera existentes para la realización de las mismas.

Respecto al VCM de los hematíes, se sabe que el aumento en el VCM en alcohólicos crónicos se debe al efecto tóxico directo del alcohol o bien a la

asociación con deficiencias de ácido fólico o vitamina B12 (248).

Caballería y col (242) sugieren que la presencia de hepatopatía también puede contribuir a este aumento del VCM ya que existían marcadas diferencias en el VCM entre los alcohólicos hepatópatas y no hepatópatas.

Otros autores han observado que la determinación del VCM es útil para discriminar pacientes hepatópatas alcohólicos y no alcohólicos (249), mostrando que una combinación de tres pruebas de laboratorio (VCM, GGT y fosfatasa alcalina) identificaría entre 80 y 92% de los pacientes del hospital con enfermedad relacionada con el alcohol y que son bebedores activos de más de 80 gramos de alcohol al día.

Unger y Johnson (250) encontraron que de 8000 empleados de una gran compañía de seguros, un 3% tenían macrocitosis y, de éstos, una gran proporción consumían cantidades excesivas de alcohol.

Wu y col (190) determinaron el VCM en pacientes alcohólicos de un hospital general y encontraron que el 89% tenían macrocitosis, generalmente asociada con anemia y que se resolvía al suprimir la ingesta de alcohol, pero persistía si la ingesta de alcohol continuaba a pesar de los suplementos de folato. Dedujeron que la macrocitosis era debida a la acción directa del alcohol en los eritroblastos en desarrollo.

Estos hallazgos respecto al VCM no se confirman en nuestro estudio, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los valores de VCM y los niveles de consumo de alcohol. Las causas que podrían haber influido en estos resultados son en primer lugar la baja tasa de respuesta (alrededor del 50%), en segundo lugar el límite de consumo utilizado que resulta relativamente bajo y en tercer lugar debemos puntualizar que otros estudios lo han utilizado para detectar alcoholismo y que probablemente el alcohólico sufra un proceso de by pass hacia otros servicios especializados de modo que difícilmente encontraremos en atención primaria elevadas tasas de alcohólicos. Sería por tanto de interés el aumentar el tamaño de la muestra y comprobar si realmente estos indicadores sirven como detectores de consumo elevado de alcohol en nuestra comunidad.

Los resultados de este estudio no pueden llevarnos al rechazo de la GGT, VCM y otros indicadores biológicos como detectores de consumo excesivo de alcohol. Su objetividad les da un evidente valor, pueden ser usado por médicos y es particularmente útil a clínicos para controlar la evolución de sus pacientes.

Nos planteamos la posibilidad de que la combinación de un cuestionario breve con preguntas directas sobre consumo de bebidas alcohólicas, como el utilizado, con el apoyo de determinadas pruebas biológicas, podría darnos un fiable método de cribado de consumo excesivo de alcohol y problemas relacionados con él.

V. CONCLUSIONES

1. El consumo de bebidas alcohólicas entre los usuarios de los servicios de atención primaria es una conducta ampliamente difundida.
2. El grupo de abstemios representa un porcentaje reducido, predominando las mujeres, principalmente de mayor edad, amas de casa, "no activas" y de bajo nivel educativo.
3. Al analizar la cantidad consumida, se comprueba que los mayores porcentajes de bebedores excesivos se presentan en los varones de edad media, mientras que entre las mujeres, son las más jóvenes las que presentan consumos más elevados.
4. El estudio de otras variables sociodemográficas revela algunas diferencias en cuanto a cantidad de consumo. Los varones desempleados cuentan con una proporción mayor de bebedores excesivos frente al resto de varones. Las mujeres trabajadoras y solteras aparecen como los grupos que presentan consumos más altos.
5. Existe una gran demanda por parte de los pacientes de atención primaria sobre el interés de sus médicos de cabecera, reflejada principalmente entre los pacientes más jóvenes, lo que hace que no puedan descartarse las medidas de prevención secundaria a través de programas de detección

de problemas y programas de intervención, dadas las características de alta receptividad e interés de los jóvenes por este tipo de acciones.

6. Entre los varones atendidos en los centros de salud, los problemas relacionados con el alcohol tienen su mayor prevalencia a edades más avanzadas, probablemente por el impacto de la dependencia alcohólica y de las enfermedades orgánicas crónicas atribuibles al alcohol.
7. Las mujeres jóvenes, son las que presentan mayores consumos, esto sugiere que, al menos en Sevilla, el ámbito de la atención primaria puede ser de relevancia para la detección e intervención sobre este tipo de problemas en la mujer.
8. Una mayor participación por parte del médico general en la prevención de problemas relacionados con el alcohol podría ser bien recibida por más pacientes, especialmente por quienes tienen actualmente un problema relacionado con el alcohol.
9. La veracidad con que los encuestados admiten consumos elevados de alcohol nos lleva a pensar en la importancia de la aplicación de cuestionarios que pregunten abiertamente sobre consumo de bebidas alcohólicas en el sector de la atención primaria.

10. El cuestionario CAGE podría usarse con considerable ventaja en el screening de problemas relacionados con el alcohol, no así para la detección de consumo excesivo, sin embargo tiene la desventaja de producir muchos falsos positivos.
11. La combinación en un mismo cuestionario de preguntas sobre cantidad de alcohol consumida y del CAGE podría considerarse un buen método de detección precoz de problemas relacionados con el alcohol en el sector de la atención primaria.
12. Las pruebas analíticas utilizadas presentan una sensibilidad muy baja para detectar consumo excesivo de alcohol, por lo que no parecen ser de utilidad en este sector para la detección de consumos elevados.

VI. TABLAS Y GRAFICOS

Table 1. Características generales de la muestra

	Frecuencia	Porcentajes
SEXO		
Varones	306	46,5
Mujeres	352	53,5
Total	658	100,0
EDAD		
15-24años	77	11,7
25-34	122	18,5
35-44	128	19,5
45-54	106	16,1
55-64	118	17,9
65 y más	107	16,3
Total	658	100,0
ESTADO CIVIL		
-Solteros.	106	16,1
-Casados o con pareja estable	498	75,7
-Separados, divorciados, viudos	54	8,2
Totales	658	100,0
EDUCACION		
Sin estudios	33	5,0
Primarios,EGB,FP-I	431	65,5
BUP, FP-II	154	23,4
Grado medio/Univers	40	6,1
Total	658	100,0
ACTIVIDAD LABORAL		
Trabajador	223	33,9
Estudiante	35	5,3
Amas de casa	203	30,9
No activos	197	29,9
Total	658	100,0
NO ACTIVOS		
Jubilados	85	43,2
Incapacitados	65	32,9
Desempleados	32	16,3
No quieren trabajar	15	7,6
Total	197	100,0

Table 1. Características generales de la muestra. (Continuación).

	Frecuencia	Porcentajes
PROFESION		
No asalariados	36	35,7
Empleados y vendedores	95	14,4
Capateces y trab. cualificados	115	17,5
Trab. no cualificados	177	26,9
Total	423	100,0
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS		
SI	464	70,5
NO	194	29,5
Total	658	100,0

Table 2. Consumo semanal de alcohol según la edad
Varones
 Porcentajes por filas

Edad	Grs. Etanol/semana			Totales
	0	0,1-279,9	280 y más	
15-24	25,0 (8)	50,0 (16)	25,0 (8)	10,5 (32)
25-34	13,5 (7)	46,2 (24)	40,4 (21)	17,0 (52)
35-44	12,9 (8)	45,2 (28)	41,9 (26)	20,3 (62)
45-54	16,7 (7)	26,2 (11)	57,1 (24)	13,7 (42)
55-64	30,0 (18)	40,0 (24)	30,0 (18)	19,6 (60)
65 y más	43,5 (20)	55,2 (32)	10,3 (6)	19,0 (58)
Totales	22,2 (68)	44,1 (135)	33,7 (103)	(306)

Chi cuadrado= 34,84
 Significación estadística (p)=0,0001

() = Número de respondientes

**Table 3. Consumo semanal de alcohol según la edad
Mujeres
Porcentajes por filas**

Edad	Grs. Etanol/semana			Totales
	0	0,1-139,9	140 y más	
15-24	33,3 (15)	46,7 (21)	20,0 (9)	12,8 (45)
25-34	20,0 (14)	60,0 (42)	20,0 (14)	19,9 (70)
35-44	28,8 (19)	60,6 (40)	10,6 (7)	18,8 (66)
45-54	37,5 (24)	53,1 (34)	9,4 (6)	18,2 (64)
55-64	53,4 (31)	43,1 (25)	3,4 (2)	16,5 (58)
65 y más	63,3 (31)	36,7 (18)	0,0 (0)	13,9 (49)
Totales	38,1 (134)	51,5 (180)	10,8 (38)	(352)

Chi cuadrado= 42,06
Significación estadística (p) <0,0001

()= Número de respondientes

Table 4. Consumo de alcohol según la edad
Medidas de asociación causal

VARONES				
Edad	Grs.Etanol/semana			
	280 y +	<280	Total	
45-55 años	24	18	42	OR=3,12
el resto	79	185	264	LC=1,53-6,40
Total	103	203	306	p=0,0005
Edad	Grs.Etanol/semana			
	0	>0	Total	
55 y más	38	80	118	OR=2,19
el resto	30	158	188	LC=1,12-4,29
Total	68	238	306	p=0,013

MUJERES				
Edad	Grs.Etanol/semana			
	140 y +	<140	Total	
15-34 años	23	92	115	OR=3,70
el resto	15	222	237	LC=1,76-7,84
Total	38	314	352	p=0,0001
Edad	Grs.Etanol/semana			
	0	>0	Total	
55 y más	62	45	107	OR=3,34
el resto	72	173	245	LC=1,71-6,57
Total	134	218	352	p=0,0001

**Table 5. Consumo semanal de alcohol según el estado civil
Varones
Porcentajes por filas**

Estado civil	Grs. Etanol/semana			Totales
	0	0,1-279,9	280 y más	
Solteros	28,9(13)	46,7 (21)	24,4(11)	14,7 (45)
Casados o con pareja estable	20,7(51)	43,9(108)	35,4(87)	80,4(246)
Separados Viudos Divorciados	26,7 (4)	40,0 (6)	33,3 (5)	4,9 (15)
Totales	22,2(68)	44,1(135)	33,7(103)	(306)

Chi cuadrado= 2,75
Significación estadística (p)= 0,5997

()= Número de respondientes

**Table 6. Consumo semanal de alcohol según el estado civil
Mujeres**
Porcentajes por filas

Estado civil	Grs. Etanol/semana			Totales
	0	0,1-139,9	140 y más	
Solteras	26,2(16)	47,5 (29)	26,2(16)	17,3 (61)
Casadas o con pareja estable	37,3(94)	54,4(137)	8,3(21)	71,6(252)
Separadas Viudas Divorciadas	61,5(24)	35,9 (14)	2,6 (1)	11,1 (39)
Totales	38,1(134)	51,1(180)	10,8(38)	(352)

Chi cuadrado= 27,69
Significación estadística (p) <0,0001

()= Número de respondientes

Table 7. Consumo semanal de alcohol según el estado civil
Medidas de asociación causal

VARONES				
Estado civil	Grs. Etanol/semana		Total	
	280 y +	<280		
Casado, con pareja estable	87	159	246	OR=1,5
el resto	16	44	60	LC=0,77-2,97
Total	103	203	306	p=0,201
Estado civil	Grs. Etanol/semana		Total	
	0	>0		
Solteros	13	32	45	OR=1,52
el resto	55	206	261	LC=0,70-3,26
Total	68	238	306	p=0,24
MUJERES				
Estado civil	Grs. Etanol/semana		Total	
	140 y +	<140		
Solteras	16	45	61	OR=4,35
el resto	22	269	291	LC=2,00-9,47
Total	38	314	352	p=0,00001
Estado civil	Grs. Etanol/semana		Total	
	0	>0		
Separadas Divorciadas Viudas	24	15	39	OR=2,95
el resto	110	203	313	LC=1,42-6,20
Total	134	218	352	p=0,001

Table 8. Consumo semanal de alcohol según el nivel de educación

Varones
Porcentajes por filas

Nivel de educación	Grs. Etanol/semana			Totales
	0	0,1-279,9	280 y más	
Analfabetos	0,0 (0)	75,0 (3)	25,0 (1)	1,3 (4)
Estudios primarios, EGB, FP-I	25,3 (50)	41,4 (82)	33,3 (66)	64,7 (198)
BUP, FP-II	13,0 (10)	48,1 (37)	39,0 (30)	25,2 (77)
Grado Medio Universidad	29,6 (8)	48,1 (13)	22,3 (6)	8,8 (27)
Totales	22,2 (68)	44,1 (135)	33,7 (103)	(306)

Chi cuadrado= 8,68
Significación estadística (p)= 0,1925

() = Número de respondientes

Table 9. Consumo semanal de alcohol según el nivel de educación

Mujeres
Porcentajes por filas

Nivel de educación	Grs. Etanol/semana			Totales
	0	0,1-139,9	140 y más	
Analfabetas	55,2 (16)	41,4 (12)	3,4 (1)	8,2 (29)
Estudios primarios, EGB, FP-I	40,8 (95)	51,5 (20)	7,7 (18)	66,2 (233)
BUP, FP-II	23,4 (18)	53,2 (41)	23,4 (18)	21,9 (77)
Grado Medio Universidad	38,5 (5)	53,8 (7)	7,7 (1)	3,7 (13)
Totales	38,1 (134)	51,1 (180)	10,8 (38)	(352)

Chi cuadrado= 22,56
Significación estadística (p)= 0,0010

()= Número de respondientes

Table 10. Consumo semanal de alcohol según el nivel de educación
Medidas de asociación causal

VARONES				
Nivel de educación	Grs. Etanol/semana		Total	
	280 y +	<280		
BUP, FP-I	30	47	77	OR=1,36
el resto	73	156	229	LC=0,77-2,41
Total	103	203	306	p=0,2559
Nivel de educación	Grs. Etanol/semana		Total	
	0	>0		
Grado Medio	8	19	27	OR=1,54
Universidad				
el resto	60	219	279	LC=0,58-3,94
Total	68	238	306	p=0,3334
MUJERES				
Nivel de educación	Grs. Etanol/semana		Total	
	140 y +	<140		
BUP, FP-I				
Grado Medio	19	71	90	OR=3,42
Universidad				
el resto	19	243	262	LC=1,63-7,19
Total	38	314	352	p=0,0002
Nivel de educación	Grs. Etanol/semana		Total	
	0	>0		
Analfabetas				
Primarios, EGB	111	151	262	OR=2,14
el resto	23	67	90	LC=1,22-3,78
Total	134	218	352	p=0,004



Table 11. Consumo semanal de alcohol según la actividad laboral

Varones
Porcentajes por filas

Actividad laboral	Grs. Etanol/semana			Totales
	0	0,1-279,9	280 y más	
Trabajan	12,3 (19)	42,9 (66)	44,8 (69)	50,3 (154)
Estudiantes	42,9 (6)	50,0 (7)	7,1 (1)	4,6 (14)
No Trabajan	31,8 (43)	45,3 (62)	24,1 (33)	45,1 (138)
Totales	22,2 (68)	44,1 (135)	33,7 (103)	(306)

Chi cuadrado= 29,88
Significación estadística (p)= 0,0000

()= Número de respondientes

Table 12. Consumo semanal de alcohol según la actividad laboral

Mujeres
Porcentajes por filas

Actividad laboral	Grs. Etanol/semana			Totales
	0	0,1-139,9	140 y más	
Trabajan	27,1(19)	50,0 (35)	22,9(16)	19,9 (70)
Estudiantes	33,3 (7)	52,4 (11)	14,3 (3)	6,0 (21)
Amas de casa	40,9(83)	52,7(107)	6,4(13)	57,7(203)
No Trabajan	43,1(25)	46,6 (27)	10,3 (6)	16,5 (58)
Totales	38,1(134)	51,1(180)	10,8(38)	(352)

Chi cuadrado= 16,79
Significación estadística (p)= 0,0101

()= Número de respondientes

Table 13. Consumo semanal de alcohol según la actividad laboral
Medidas de asociación causal

VARONES				
Edad	Grs.Etanol/semana		Total	
	280 y +	<280		
Trabajan	69	85	154	OR=2,82
el resto	34	118	152	LC=1,67-4,78
Total	103	203	306	p=0,00003
Edad	Grs.Etanol/semana		Total	
	0	>0		
No activos	43	95	138	OR=2,59
el resto	25	143	168	LC=1,43-4,70
Total	68	238	306	p=0,0006

MUJERES				
Edad	Grs.Etanol/semana		Total	
	140 y +	<140		
Trabajan	16	54	70	OR=3,97
el resto	22	260	282	LC=1,85-8,50
Total	38	314	352	p=0,00005
Edad	Grs.Etanol/semana		Total	
	0	>0		
No activas y Amas de casa	108	153	261	OR=1,76
el resto	26	65	91	LC=1,02-3,06
Total	134	218	352	p=0,0304

Table 14. Consumo semanal de alcohol en los encuestados "no activos"

Varones
Porcentajes por filas

Actividad laboral	Grs. Etanol/semana			Totales
	0	0,1-279,9	280 y más	
Trabajan	14,9 (25)	44,4 (74)	41,1 (69)	54,9 (168)
Jubilados	34,3 (23)	52,2 (35)	13,4 (9)	21,9 (67)
Incapacitados	33,3 (18)	38,9 (21)	27,8 (15)	17,6 (54)
Desempleados	6,3 (1)	31,3 (5)	62,5 (10)	5,2 (16)
Otros	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,3 (1)
Totales	22,2 (68)	44,1 (135)	33,7 (103)	(306)

Chi cuadrado= 34,16
Significación estadística (p) < 0,0001

() = Número de respondientes

Table 15. Consumo semanal de alcohol en los encuestados "no activos"

Mujeres
Porcentajes por filas

Actividad laboral	Grs. Etanol/semana			Totales
	0	0,1-139,9	140 y más	
Trabajan	36,2 (106)	52,9 (155)	10,9 (32)	83,2 (293)
Jubilados	50,0 (9)	44,4 (8)	5,6 (1)	5,1 (18)
Incapacitados	54,5 (6)	42,5 (5)	0,0 (0)	3,1 (11)
Desempleados	31,3 (5)	50,0 (8)	18,8 (3)	4,5 (16)
Otros	57,1 (8)	28,6 (4)	14,3 (2)	4,0 (14)
Totales	38,1 (134)	51,1 (180)	10,8 (58)	(352)

Chi cuadrado= 7,82
Significación estadística (p)= 0,4517

() = Número de respondientes

Table 16. Consumo semanal de alcohol en los "no activos"
Medidas de asociación causal.

VARONES				
Edad	Grs.Etanol/semana		Total	
	280 y +	<280		
Desempleados	10	6	16	OR=3,53
el resto	93	197	290	LC=1,14-11,30
Total	103	203	306	p=0,01229
Edad	Grs.Etanol/semana		Total	
	0	>0		
Jubilados	23	44	67	OR=2,25
el resto	45	194	239	LC=1,18-4,28
Total	68	238	306	p=0,0071

MUJERES				
Edad	Grs.Etanol/semana		Total	
	140 y +	<140		
Desempleadas	3	13	16	OR=1,38
el resto de "no activas"	3	18	21	LC=0,18-10,71
Total	6	31	37	p=0,7188
Edad	Grs.Etanol/semana		Total	
	0	>0		
Jubiladas	9	9	18	OR=1,16
el resto de "no activas"	19	22	41	LC=0,33-4,04
Total	28	31	59	p=0,7972

Table 17. Consumo semanal de alcohol según la profesión
Varones
 Porcentajes por filas

Profesión	Grs. Etanol/semana			Totales
	0	0,1-279,9	280 y más	
No trabajan	38,9 (7)	50,0 (9)	11,1 (2)	5,9 (18)
Empresarios Directivos y Cuadros medios	25,9 (7)	44,4 (12)	29,6 (8)	8,8 (27)
Empleados y Vendedores	21,5 (14)	47,7 (31)	30,8 (20)	21,2 (65)
Capataces y Trab.cualificados	19,4 (20)	39,8 (41)	40,8 (42)	33,7 (103)
Trab. no cualificados	21,5 (20)	45,2 (42)	33,3 (31)	30,4 (93)
Totales	22,2 (68)	44,1 (135)	33,7 (103)	(306)

Chi cuadrado= 8,17
 Significación estadística (p)= 0,4173

()= Número de respondientes

**Table 18. Consumo semanal de alcohol según la profesión
Mujeres
Porcentajes por filas**

Profesión	Grs. Etanol/semana			Totales
	0	0,1-139,9	140 y más	
No trabajan	41,5 (90)	50,7 (110)	7,8 (17)	61,6 (217)
Empresarias Directivas y Cuadros medios	22,2 (2)	55,6 (5)	22,2 (2)	2,6 (9)
Empleadas y Vendedoras	23,3 (7)	50,0 (15)	26,7 (8)	8,5 (30)
Capataces y Trab.cualificadas	25,0 (3)	66,7 (8)	8,3 (1)	3,4 (12)
Trab. no cualificadas	38,1 (32)	50,0 (42)	11,9 (10)	23,9 (84)
Totales	38,1 (134)	51,1 (180)	10,8 (38)	(352)

Chi cuadrado= 14,16
Significación estadística (p)= 0,0778

Table 19. Consumo semanal de alcohol según la profesión
Medidas de asociación causal

VARONES				
Edad	Grs. Etanol/semana		Total	
	280 y +	<280		
Trabajadores cualificados	42	61	103	OR=1,60
el resto	61	142	203	LC=0,95-2,71
Total	103	203	306	p=0,0610
Edad	Grs. Etanol/semana		Total	
	0	>0		
No asalariados	7	20	27	OR=1,25
el resto	61	218	279	LC=0,46-3,31
Total	68	238	306	p=0,6283
MUJERES				
Edad	Grs. Etanol/semana		Total	
	140 y +	<140		
Empleadas, vendedoras	8	22	30	OR=2,57
el resto de activas	13	92	105	LC=0,18-10,73
Total	21	114	135	p=0,0578
Edad	Grs. Etanol/semana		Total	
	0	>0		
Trabajadoras no cualificadas	32	52	84	OR=2,00
el resto de activas	12	39	51	LC=0,86-4,72
Total	44	91	135	p=0,0811

Tabla 20. Frecuencia de consumo según el tipo de bebida
Totales
 Porcentajes por columnas

Días a la semana	Tipo de bebida		
	Cerveza	Vino	Licor
0	42,5 (280)	66,9 (440)	81,6 (537)
1-2	24,6 (162)	9,9 (65)	13,4 (88)
3-4	6,8 (45)	3,6 (24)	1,2 (8)
5-6	2,4 (16)	1,1 (7)	0,8 (5)
7	23,6 (155)	18,7 (123)	3,0 (20)
Totales	100,0 (658)	100,0 (658)	100,0 (658)

() = Número de respondientes

**Tabla 21. Frecuencia de consumo según el tipo de bebida
Varones y Mujeres
Porcentajes por columnas**

VARONES			
Tipo de bebida			
Días a la semana	Cerveza	Vino	Licor
0	35,9 (110)	56,9 (174)	69,3 (212)
1-2	19,0 (58)	7,5 (23)	21,6 (66)
3-4	7,2 (22)	2,6 (8)	1,6 (5)
5-6	1,6 (5)	2,0 (6)	1,6 (5)
7	36,3 (111)	31,0 (95)	5,9 (18)
Totales	100,0 (306)	100,0 (306)	100,0 (306)
MUJERES			
Tipo de bebida			
Días a la semana	Cerveza	Vino	Licor
0	48,0 (169)	75,6 (266)	92,3 (325)
1-2	29,5 (104)	11,9 (42)	6,3 (22)
3-4	6,5 (23)	4,3 (15)	0,9 (3)
5-6	3,1 (11)	0,3 (1)	0,0 (0)
7	12,8 (45)	8,0 (28)	3,0 (20)
Totales	100,0 (352)	100,0 (352)	100,0 (352)
Chi cuadrado	Cerveza 52,78	Vino 64,09	Licor 61,16
Significación estadística (p)	=0,000	0,000	0,000

() = Número de respondientes

**Tabla 22. Consumo diario de unidades de cerveza
Varones y Mujeres
Porcentajes por columnas**

Unidades al día	Sexos		Totales
	Varones	Mujeres	
0	36,3 (112)	48,6 (171)	43,0 (283)
<1	2,9 (9)	9,4 (33)	6,4 (42)
1-2	28,1 (86)	33,5 (118)	31,0 (204)
3-4	21,9 (67)	7,1 (25)	14,0 (92)
5-7	7,5 (23)	1,1 (4)	4,1 (27)
8 y más	2,9 (9)	0,3 (1)	1,5 (10)
Totales	46,5 (306)	53,5 (352)	100,0 (658)

Chi cuadrado= 67,09
Significación estadística (p) < 0,0001

()= Número de respondientes

**Tabla 23. Consumo diario de unidades de vino
Varones y Mujeres
Porcentajes por columnas**

Unidades al día	Sexos		Totales
	Varones	Mujeres	
0	56,9 (174)	75,9 (267)	67,0 (441)
1-2	24,8 (76)	22,2 (78)	23,4 (154)
3-4	13,4 (41)	2,0 (7)	7,3 (48)
5-8	2,6 (8)	0,0 (0)	1,2 (8)
9-14	1,6 (5)	0,0 (0)	0,8 (5)
15 y más	0,7 (2)	0,0 (0)	0,3 (2)
Totales	46,5 (306)	53,5 (352)	100,0 (658)

Chi cuadrado= 55,78
Significación estadística (p) < 0,0001

() = Número de respondientes

Tabla 24. Consumo diario de unidades de licor
Varones y Mujeres
Porcentajes por columnas

Unidades al día	Sexos		Totales
	Varones	Mujeres	
0	69,3 (212)	92,6 (326)	81,8 (538)
1-2	22,9 (70)	6,0 (21)	13,8 (91)
3-4	6,2 (19)	0,9 (3)	3,3 (22)
5-8	1,6 (5)	0,3 (1)	0,9 (6)
9-14	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
15 y más	0,0 (0)	0,3 (1)	0,2 (1)
Totales	46,5 (306)	53,5 (352)	100,0 (658)

Chi cuadrado= 62,94
Significación estadística (p) < =0,0001

()= Número de respondientes

Tabla 25. Tipo de bebida más consumida según la edad
Porcentajes por filas

Edad	CERVEZA		Totales
	No Beben	Beben	
15-24	40,3	59,7	11,7 (77)
25-34	21,3	78,7	18,5(122)
35-44	30,5	69,5	19,4(128)
45-54	36,8	63,2	16,1(106)
55-64	61,0	39,0	17,9(118)
65 y más	71,0	29,0	16,3(107)
Totales	43,0(283)	57,0(375)	(658)

Edad	VINO		Totales
	No Beben	Beben	
15-24	85,7	14,3	11,7 (77)
25-34	74,6	25,4	18,5(122)
35-44	60,9	39,1	19,4(128)
45-54	60,4	39,6	16,1(106)
55-64	65,3	34,7	17,9(118)
65 y más	61,7	38,3	16,3(107)
Totales	67,2(442)	32,8(216)	(658)

Edad	LICOR		Totales
	No Beben	Beben	
15-24	63,6	36,4	11,7 (77)
25-34	77,1	22,9	18,5(122)
35-44	74,2	25,8	19,4(128)
45-54	85,8	14,2	16,1(106)
55-64	89,0	11,0	17,9(118)
65 y más	97,2	2,8	16,3(107)
Totales	81,8(538)	18,2(120)	(658)

Chi cuadrado=	Cerveza	Vino	Licor
Significación estadística (p)=0,000	83,44	21,16	46,07
		0,001	0,000

Tabla 26. Tipo de bebida más consumida según la edad
Varones
Porcentajes por filas

Edad	CERVEZA (Grs. Etanol/semana)			Totales
	0	0,1-279,9	280 y más	
15-24	34,4	56,3	9,4	10,5(32)
25-34	17,3	46,2	36,5	17,0(52)
35-44	19,4	48,4	32,3	20,0(62)
45-54	23,8	38,1	38,1	13,7(42)
55-64	53,3	30,0	16,7	19,6(60)
65 y más	65,5	31,0	3,4	19,0(58)
Totales	36,6(112)	40,5(124)	22,9(70)	(306)
Edad	VINO (Grs. Etanol/semana)			Totales
	0	0,1-279,9	280 y más	
15-24	81,3	18,8	0,0	10,5(32)
25-34	78,8	21,2	0,0	17,0(52)
35-44	48,4	46,8	4,8	20,0(62)
45-54	42,9	45,2	11,9	13,7(42)
55-64	51,7	41,7	6,7	19,6(60)
65 y más	50,0	44,8	5,2	19,0(58)
Totales	57,2(175)	37,9(116)	4,9(15)	(306)
Edad	LICOR (Grs. Etanol/semana)			Totales
	0	0,1-279,9	280 y más	
15-24	53,1	43,8	3,1	10,5(32)
25-34	61,5	36,5	1,9	17,0(52)
35-44	50,0	46,8	3,2	20,0(62)
45-54	66,7	33,3	0,0	13,7(42)
55-64	81,7	18,3	0,0	19,6(60)
65 y más	94,8	5,2	0,0	19,3(58)
Totales	69,3(212)	29,4(90)	1,3(4)	(306)
Chi cuadrado=		Cerveza 60,39	Vino 29,19	Licor 40,41
Significación estadística (p)=0,000			0,001	0,000

Tabla 27. Tipo de bebida más consumida según la edad
Mujeres
 Porcentajes por filas

Edad	CERVEZA (Grs. Etanol/semana)			Totales
	0	0,1-139,9	140 y más	
15-24	44,4	40,0	15,6	12,8(45)
25-34	24,3	67,1	8,6	19,9(70)
35-44	40,9	51,5	7,6	18,8(66)
45-54	45,3	54,7	0,0	18,2(64)
55-64	69,0	31,0	0,0	16,5(58)
65 y más	77,6	22,4	0,0	13,9(49)
Totales	48,6(171)	46,3(163)	3,1(18)	(352)
Edad	VINO (Grs. Etanol/semana)			Totales
	0	0,1-139,9	140 y más	
15-24	88,9	11,1	0,0	12,8(45)
25-34	71,4	27,1	1,4	19,9(70)
35-44	72,7	25,8	1,5	18,8(66)
45-54	71,9	26,6	1,6	18,2(64)
55-64	79,7	20,7	0,0	16,5(58)
65 y más	75,5	24,5	0,0	13,9(49)
Totales	75,9(267)	23,3(82)	0,9 (3)	(352)
Edad	LICOR (Grs. Etanol/semana)			Totales
	0	0,1-139,9	140 y más	
15-24	71,1	24,4	4,4	12,8(45)
25-34	88,6	11,4	0,0	19,9(70)
35-44	72,7	25,8	1,5	18,8(66)
45-54	71,9	26,6	1,6	18,2(64)
55-64	96,6	3,4	0,0	16,5(58)
65 y más	100,0	0,0	0,0	13,9(49)
Totales	92,6(326)	6,5(23)	0,9(3)	(352)
Chi cuadrado=		Cerveza	Vino	Licor
Significación estadística (p)=0,000		61,04	7,76	46,00
		0,652	0,652	0,000

Tabla 28. ¿Cree usted que su médico de cabecera debería interesarse por su hábito de beber?
Relación con el consumo semanal de alcohol
Porcentajes por filas

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-279,9	280 y más	Totales
No	23,8(19)	47,5(38)	28,8(23)	26,6 (80)
A veces Frec/Muy frec	21,3(47)	42,5(94)	36,2(80)	73,4(221)
Totales	21,9(66)	43,9(132)	34,2(103)	(301)
Chi cuadrado= 1,45 Significación estadística (p)= 0,4848				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-139,9	140 y más	Totales
No	42,4(42)	46,5 (46)	11,1(11)	28,6 (99)
A veces Frec/Muy frec	35,6(88)	53,4(132)	10,9(27)	71,4(247)
Totales	37,6(130)	51,4(178)	11,0(38)	(346)
Chi cuadrado= 1,54 Significación estadística (p)= 0,4631				

()= Número de respondientes

Tabla 29. ¿Cree usted que su médico de cabecera debería interesarse por su hábito de beber?
Relación con la edad. (Porcentajes por filas)

VARONES			
Edad	No	A veces, Frec/muy frec	Totales
15-24	18,8 (6)	81,3 (26)	10,6 (32)
25-34	23,1 (12)	76,9 (40)	17,3 (52)
35-44	23,0 (14)	77,0 (47)	20,3 (61)
45-54	26,2 (11)	73,8 (31)	14,0 (42)
55-64	21,7 (13)	78,3 (47)	19,9 (60)
65 y más	44,4 (24)	55,6 (30)	17,9 (54)
Totales	26,6 (80)	73,4 (221)	(301)
Chi cuadrado= 11,32 Significación estadística (p)= 0,0454			
MUJERES			
Edad	No	A veces, Frec/muy frec	Totales
15-24	22,7 (10)	77,3 (34)	12,7 (44)
25-34	18,6 (13)	81,4 (57)	20,2 (70)
35-44	24,6 (16)	75,4 (49)	18,8 (65)
45-54	32,8 (21)	67,2 (43)	18,5 (64)
55-64	41,8 (23)	58,2 (32)	15,9 (55)
65 y más	33,3 (16)	66,7 (32)	13,9 (48)
Totales	28,6 (99)	71,4 (247)	(346)
Chi cuadrado= 10,48 Significación estadística (p)= 0,0627			

()= Número de respondientes

Tabla 30. ¿Ha recibido alguna vez consejo de su médico de cabecera sobre su hábito de beber?
Relación con el consumo semanal de alcohol
Porcentajes por filas

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-279,9	280 y más	Totales
No	20,5(47)	49,8(114)	29,7 (68)	74,8(229)
A veces Frec/Muy frec	27,3(21)	27,3 (21)	47,5 (35)	25,2 (77)
Totales	22,2(68)	44,1(135)	33,7(103)	(306)
Chi cuadrado= 12,05 Significación estadística (p)= 0,0024				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-139,9	140 y más	Totales
No	37,6(124)	51,8(171)	10,6(35)	93,8(330)
A veces Frec/Muy frec	45,5 (10)	40,9 (9)	13,6 (3)	6,3 (62)
Totales	38,1(134)	51,1(180)	10,8(38)	(352)
Chi cuadrado= 0,99 Significación estadística (p)= 0,6090				

()= Número de respondientes

Tabla 31. ¿Ha recibido alguna vez consejo de su médico de cabecera sobre su hábito de beber?
Relación con la edad. (Porcentajes por filas)

VARONES			
Edad	No	A veces, Frec/muy frec	Totales
15-24	93,8 (30)	6,3 (2)	10,5 (32)
25-34	86,5 (45)	13,5 (7)	17,0 (52)
35-44	69,4 (43)	30,6 (19)	20,3 (62)
45-54	69,0 (29)	31,0 (13)	13,7 (42)
55-64	68,3 (41)	31,7 (19)	19,6 (60)
65 y más	70,7 (41)	29,3 (17)	19,0 (58)
Totales	74,8 (229)	25,2 (77)	(306)
Chi cuadrado= 13,47 Significación estadística (p)= 0,0193			
MUJERES			
Edad	No	A veces, Frec/muy frec	Totales
15-24	95,6 (43)	4,4 (2)	12,8 (45)
25-34	97,1 (68)	2,9 (2)	19,9 (70)
35-44	92,4 (61)	7,6 (5)	18,8 (66)
45-54	93,8 (60)	6,3 (4)	18,2 (64)
55-64	93,1 (54)	6,9 (4)	16,5 (58)
65 y más	89,8 (44)	10,2 (5)	13,9 (49)
Totales	93,8 (330)	6,3 (22)	(352)
Chi cuadrado= 3,17 Significación estadística (p)= 0,6734			

()= Número de respondientes

Tabla 32. ¿Cree usted que habitualmente tiene un problema de bebida?
 Relación con el consumo semanal de alcohol
 Porcentajes por filas

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-279,9	280 y más	Totales
No	24,3 (68)	47,1 (132)	28,6 (80)	91,5 (280)
A veces Frec/Muy frec	0,0 (0)	11,5 (3)	88,5 (23)	8,5 (26)
Totales	22,2 (68)	44,1 (135)	33,7 (103)	(306)
Chi cuadrado= 38,50 Significación estadística (p) < 0,0001				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-139,9	140 y más	Totales
No	38,4 (134)	51,6 (180)	10,0 (35)	99,1 (349)
A veces Frec/Muy frec	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (3)	0,9 (3)
Totales	38,1 (134)	51,1 (180)	10,8 (38)	(352)
Chi cuadrado= 25,00 Significación estadística (p) < 0,0001				

() = Número de respondientes

Tabla 33. ¿Cree usted que habitualmente tiene un problema de bebida?
Relación con la edad. (Porcentajes por filas)

VARONES			
Edad	No	A veces, Frec/muy frec	Totales
15-24	96,9(31)	3,1(1)	10,5(32)
25-34	96,2(50)	3,8(2)	17,0(52)
35-44	88,7(55)	11,3(7)	20,3(62)
45-54	81,0(34)	19,0(8)	13,7(42)
55-64	91,7(55)	8,3(5)	19,6(60)
65 y más	94,8(55)	5,2(3)	19,0(58)
Totales	91,5(280)	8,5(26)	(306)

Chi cuadrado= 10,09
Significación estadística (p)= 0,0725

MUJERES			
Edad	No	A veces, Frec/muy frec	Totales
15-24	97,8(44)	2,2(1)	12,8(45)
25-34	100,0(70)	0,0(0)	19,9(70)
35-44	97,0(64)	3,0(2)	18,8(66)
45-54	100,0(64)	0,0(0)	18,2(64)
55-64	100,0(58)	0,0(0)	16,5(58)
65 y más	100,0(49)	0,0(0)	13,9(49)
Totales	99,1(349)	0,9(3)	(352)

Chi cuadrado= 6,78
Significación estadística (p)= 0,2378

()= Número de respondientes

Tabla 34. ¿Diría usted que alguna vez en el pasado tuvo un problema de bebida?
Relación con el consumo semanal de alcohol
Porcentajes por filas

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-279,9	280 y más	Totales
No	20,5(54)	47,0(124)	32,6(86)	86,3(264)
A veces Frec/Muy frec	33,3(14)	26,2(11)	40,5(17)	13,7(42)
Totales	22,2(68)	44,1(135)	33,7(103)	(306)
Chi cuadrado= 6,92 Significación estadística (p)= 0,0314				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-139,9	140 y más	Totales
No	38,4(134)	51,6(180)	10,0(35)	99,1(349)
A veces Frec/Muy frec	0,0(0)	0,0(0)	100,0(3)	0,9(3)
Totales	38,1(134)	51,1(180)	10,8(38)	(352)
Chi cuadrado= 25,00 Significación estadística (p)= 0,0000				

()= Número de respondientes

Tabla 35. ¿Diría usted que alguna vez en el pasado tuvo un problema de bebida?
Relación con la edad. (Porcentajes por filas)

VARONES			
Edad	No	A veces, Frec/muy frec	Totales
15-24	93,8 (30)	6,3 (2)	10,5 (32)
25-34	94,2 (49)	5,8 (3)	17,0 (52)
35-44	85,5 (53)	14,5 (9)	20,3 (62)
45-54	81,0 (34)	19,0 (8)	13,7 (42)
55-64	83,3 (50)	16,7 (10)	19,6 (60)
65 y más	82,8 (48)	17,2 (10)	19,0 (58)
Totales	86,3 (264)	13,7 (42)	(306)
Chi cuadrado= 6,37 Significación estadística (p)= 0,2718			
MUJERES			
Edad	No	A veces, Frec/muy frec	Totales
15-24	97,8 (44)	2,2 (1)	12,8 (45)
25-34	100,0 (70)	0,0 (0)	19,9 (70)
35-44	97,0 (64)	3,0 (2)	18,8 (66)
45-54	100,0 (64)	0,0 (0)	18,2 (64)
55-64	100,0 (58)	0,0 (0)	16,5 (58)
65 y más	100,0 (49)	0,0 (0)	13,9 (49)
Totales	99,1 (349)	0,9 (3)	(352)
Chi cuadrado= 6,78 Significación estadística (p)= 0,2378			

() = Número de respondientes

Tabla 36. En los últimos tres meses, ¿ha sentido que debería dejar de beber?
Relación con el consumo semanal de alcohol
Porcentajes por filas

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-279,9	280 y más	Totales
No	26,0 (66)	48,8 (124)	25,2 (64)	83,0 (264)
A veces Frec/Muy frec	3,8 (2)	21,2 (11)	75,0 (39)	17,0 (52)
Totales	22,2 (68)	44,1 (135)	33,7 (103)	(306)
Chi cuadrado= 48,81 Significación estadística (p) < 0,0001				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-139,9	140 y más	Totales
No	40,5 (134)	51,4 (170)	8,2 (27)	94,0 (331)
A veces Frec/Muy frec	0,0 (0)	47,6 (10)	52,4 (11)	6,0 (21)
Totales	38,1 (134)	51,1 (180)	10,8 (38)	(352)
Chi cuadrado= 44,33 Significación estadística (p) < 0,0001				

() = Número de respondientes

Tabla 37. En los últimos tres meses, ¿ha sentido que debería dejar de beber?. Relación con la presencia de problemas relacionados con el alcohol.

Porcentaje por columnas

TOTALES			
Problemas relacionados con el alcohol			
	No	A veces, Frec/Muy frec	Totales
No	91,6(576)	31,0 (9)	88,9(585)
A veces Frec/Muy frec	8,4 (53)	69,0(20)	11,1 (73)
Totales	95,6(629)	4,4(29)	100,0(658)
Chi cuadrado= 103,01 Significación estadística (p) < 0,0001			
VARONES			
Problemas relacionados con el alcohol			
	No	A veces, Frec/Muy frec	Totales
No	87,9(246)	30,8 (8)	83,0(254)
A veces Frec/Muy frec	12,1 (34)	69,2(18)	17,0 (52)
Totales	91,5(280)	8,5(26)	100,0(306)
Chi cuadrado= 54,97 Significación estadística (p) < 0,0001			
MUJERES			
Problemas relacionados con el alcohol			
	No	A veces, Frec/Muy frec	Totales
No	94,6(330)	33,3(1)	94,0(331)
A veces Frec/Muy frec	5,4 (19)	66,7(2)	6,0 (21)
Totales	99,1(349)	0,9(3)	100,0(352)
Chi cuadrado= 19,87 Significación estadística (p) < 0,0001			

() = Número de respondientes

Tabla 38. En los últimos tres meses, ¿ha sentido que debería dejar de beber?
Relación con la edad. (Porcentajes por filas)

VARONES			
Edad	No	A veces, Frec/muy frec	Totales
15-24	84,4 (27)	15,6 (5)	10,5 (32)
25-34	80,8 (42)	19,2 (10)	17,0 (52)
35-44	79,0 (49)	21,0 (13)	20,3 (62)
45-54	83,3 (35)	16,7 (7)	13,7 (42)
55-64	83,3 (50)	16,7 (10)	19,6 (60)
65 y más	87,9 (51)	12,1 (7)	19,0 (58)
Totales	83,0 (254)	17,0 (52)	(306)
Chi cuadrado= 1,93 Significación estadística (p)= 0,8593			
MUJERES			
Edad	No	A veces, Frec/muy frec	Totales
15-24	91,1 (41)	8,9 (4)	12,8 (45)
25-34	92,9 (65)	7,1 (5)	19,9 (70)
35-44	92,4 (61)	7,6 (5)	18,8 (66)
45-54	92,2 (59)	7,8 (5)	18,2 (64)
55-64	96,6 (56)	3,4 (2)	16,5 (58)
65 y más	100,0 (49)	0,0 (0)	13,9 (49)
Totales	94,0 (331)	6,0 (21)	(352)
Chi cuadrado= 5,32 Significación estadística (p)= 0,3785			

()= Número de respondientes

Tabla 39. En los últimos tres meses, ¿ha sentido que debería dejar de beber?
Medidas de asociación causal y medidas de validez

VARONES				
Grs.Etanol/semana				
	280 y +	<280	Total	
Respuesta +	39	13	52	OR=8,91
Respuesta -	64	190	254	LC=4,27-18,84
Total	103	203	306	p=0,0000
SENSIBILIDAD=0,38				
ESPECIFICIDAD=0,94				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,75				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,75				
MUJERES				
Grs.Etanol/semana				
	140 y +	<140	Total	
Respuesta +	11	10	21	OR=12,39
Respuesta -	27	304	331	LC=4,40-35,16
Total	38	314	352	p=0,0000
SENSIBILIDAD=0,29				
ESPECIFICIDAD=0,97				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,52				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,91				

()= Número de respondientes

Tabla 40. En los últimos tres meses, ¿ha sentido que debería dejar de beber? Medidas de asociación causal y medidas de validez.

Relación con la presencia de problemas

TOTALES				
Problemas relacionados con el alcohol				
	SI	NO	Totales	
SI	20	53	73	OR=24,15
NO	9	576	585	LC=9,83-60,68
Totales	29	629	658	p< 0,0001
SENSIBILIDAD= 0,69				
ESPECIFICIDAD= 0,92				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO= 0,27				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO= 0,98				
VARONES				
Problemas relacionados con el alcohol				
	SI	NO	Totales	
SI	18	34	52	OR=16,28
NO	8	246	254	LC=6,10-44,66
Totales	26	280	306	p< 0,0001
SENSIBILIDAD= 0,69				
ESPECIFICIDAD= 0,88				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO= 0,35				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO= 0,97				
MUJERES				
Problemas relacionados con el alcohol				
	SI	NO	Totales	
SI	2	19	21	OR=34,74
NO	1	330	331	LC=2,31-1017,2
Totales	3	349	352	p< 0,0001
SENSIBILIDAD= 0,67				
ESPECIFICIDAD= 0,95				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO= 0,19				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO= 0,99				

Tabla 41. En los últimos tres meses, ¿le ha molestado alguien al decirle que deje de beber?
Relación con el consumo semanal de alcohol
Porcentajes por filas

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-279,9	280 y más	Totales
No	23,7 (68)	44,9 (129)	31,4 (90)	93,8 (287)
A veces Frec/Muy frec	0,0 (0)	31,6 (6)	68,4 (13)	6,2 (19)
Totales	22,2 (68)	44,1 (135)	33,7 (103)	(306)
Chi cuadrado= 12,49 Significación estadística (p)= 0,0019				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-139,9	140 y más	Totales
No	38,3 (134)	51,4 (180)	10,3 (36)	99,4 (350)
A veces Frec/Muy frec	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (2)	0,6 (2)
Totales	38,1 (134)	51,1 (180)	10,8 (38)	(352)
Chi cuadrado= 16,62 Significación estadística (p)= 0,0002				

() = Número de respondientes

Tabla 42. En los últimos tres meses, ¿le ha molestado alguien al decirle que deje de beber? Relación con la presencia de problemas relacionados con el alcohol.

Porcentajes por columnas

TOTALES			
Problemas relacionados con el alcohol			
	No	A veces, Frec/Muy frec	Totales
No	98,3 (618)	65,5 (19)	96,8 (637)
A veces Frec/Muy frec	1,7 (11)	34,5 (10)	3,2 (21)
Totales	95,6 (629)	4,4 (29)	100,0 (658)
Chi cuadrado= 96,14 Significación estadística (p) < 0,0001			
VARONES			
Problemas relacionados con el alcohol			
	No	A veces, Frec/Muy frec	Totales
No	96,1 (269)	69,2 (18)	93,8 (287)
A veces Frec/Muy frec	3,9 (11)	30,8 (8)	6,2 (19)
Totales	91,5 (280)	8,5 (26)	100,0 (306)
Chi cuadrado= 29,43 Significación estadística (p) < 0,0001			
MUJERES			
Problemas relacionados con el alcohol			
	No	A veces, Frec/Muy frec	Totales
No	100,0 (349)	33,3 (1)	99,4 (350)
A veces Frec/Muy frec	0,0 (0)	66,7 (2)	0,6 (2)
Totales	99,1 (349)	0,9 (3)	100,0 (352)
Chi cuadrado= 233,99 Significación estadística (p) < 0,0001			

() = Número de respondientes

Tabla 43. En los últimos tres meses, ¿le ha molestado alguien al decirle que deje de beber?
Relación con la edad. (Porcentajes por filas)

VARONES			
Edad	No	A veces, Frec/muy frec	Totales
15-24	93,8(30)	6,3(2)	10,5(32)
25-34	94,2(49)	5,8(3)	17,0(52)
35-44	93,5(58)	6,5(4)	20,3(62)
45-54	92,9(39)	7,1(3)	13,7(42)
55-64	88,3(53)	11,7(7)	19,6(60)
65 y más	100,0(58)	0,0(0)	19,0(58)
Totales	93,8(287)	6,2(19)	(306)
Chi cuadrado= 6,99 Significación estadística (p)= 0,2210			
MUJERES			
Edad	No	A veces, Frec/muy frec	Totales
15-24	97,8(44)	2,2(1)	12,8(45)
25-34	100,0(70)	0,0(0)	19,9(70)
35-44	98,5(65)	1,5(1)	18,8(66)
45-54	100,0(64)	0,0(0)	18,2(64)
55-64	100,0(58)	0,0(0)	16,5(58)
65 y más	100,0(49)	0,0(0)	13,9(49)
Totales	99,4(350)	0,6(2)	(352)
Chi cuadrado= 4,60 Significación estadística (p)= 0,4661			

()= Número de respondientes

Tabla 44. En los últimos tres meses, ¿le ha molestado alguien al decirle que deje de beber?
Medidas de asociación causal y medidas de validez

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	280 y +	<280	Total	
Respuesta +	13	6	19	OR=4,74
Respuesta -	90	197	287	LC=1,61-14,52
Total	103	203	306	p=0,0009
SENSIBILIDAD=0,126				
ESPECIFICIDAD=0,97				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,68				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,69				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	140 y +	<140	Total	
Respuesta +	2	0	2	OR=indefinida
Respuesta -	36	314	350	
Total	38	314	352	
SENSIBILIDAD=0,053				
ESPECIFICIDAD=1				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=1				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,89				

Tabla 45. En los últimos tres meses, ¿le ha molestado alguien al decirle que deje de beber? Medidas de asociación causal y medidas de validez.
Relación con la presencia de problemas

TOTALES				
Problemas relacionados con el alcohol				
	SI	NO	Totales	
SI	10	11	21	OR=29,57
NO	19	618	637	LC=10,14-86,91
Totales	29	629	658	p< 0,0001
SENSIBILIDAD= 0,35				
ESPECIFICIDAD= 0,98				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO= 0,47				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO= 0,97				
VARONES				
Problemas relacionados con el alcohol				
	SI	NO	Totales	
SI	8	11	19	OR=10,87
NO	18	269	287	LC=3,46-34,07
Totales	26	280	306	p< 0,0001
SENSIBILIDAD= 0,31				
ESPECIFICIDAD= 0,96				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO= 0,42				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO= 0,94				
MUJERES				
Problemas relacionados con el alcohol				
	SI	NO	Totales	
SI	2	0	2	OR=indefinida
NO	1	349	350	
Totales	3	349	352	
SENSIBILIDAD= 0,67				
ESPECIFICIDAD= 1,00				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO= 1,00				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO= 0,99				

Tabla 46. En los últimos tres meses, ¿se ha sentido culpable o mal acerca de lo que bebe?
Relación con el consumo semanal de alcohol
Porcentajes por filas

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-279,9	280 y más	Totales
No	24,9 (68)	47,3 (129)	27,8 (76)	89,2 (273)
A veces Frec/Muy frec	0,0 (0)	18,2 (6)	81,8 (27)	10,8 (33)
Totales	22,2 (68)	44,1 (135)	33,7 (103)	(306)
Chi cuadrado= 39,35 Significación estadística (p) < 0,0001				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-139,9	140 y más	Totales
No	39,5 (134)	51,3 (174)	9,1 (31)	96,3 (339)
A veces Frec/Muy frec	0,0 (0)	46,2 (6)	53,8 (7)	3,7 (13)
Totales	38,1 (134)	51,1 (180)	10,8 (38)	(352)
Chi cuadrado= 28,38 Significación estadística (p) < 0,0001				

() = Número de respondientes

Tabla 47. En los últimos tres meses, ¿se ha sentido culpable o mal acerca de lo que bebe? Relación con la presencia de problemas.

Porcentajes por columnas

TOTALES			
Problemas relacionados con el alcohol			
	No	A veces, Frec/Muy frec	Totales
No	95,7(602)	34,5(10)	93,0(612)
A veces	4,3 (27)	65,5(19)	7,0 (46)
Frec/Muy frec			
Totales	95,6(629)	4,4(29)	100,0(658)
Chi cuadrado= 159,82			
Significación estadística (p) < 0,0001			
VARONES			
Problemas relacionados con el alcohol			
	No	A veces, Frec/Muy frec	Totales
No	93,9(263)	38,5(10)	89,2(273)
A veces	6,1(17)	61,5(16)	10,8 (33)
Frec/Muy frec			
Totales	91,5(280)	8,5(26)	100,0(306)
Chi cuadrado= 76,08			
Significación estadística (p) < 0,0001			
MUJERES			
Problemas relacionados con el alcohol			
	No	A veces, Frec/Muy frec	Totales
No	97,1(339)	0,0(0)	96,3(339)
A veces	2,9 (10)	100,0(3)	3,7 (13)
Frec/Muy frec			
Totales	99,1(349)	0,9(3)	100,0(352)
Chi cuadrado= 78,90			
Significación estadística (p) < 0,0001			

() = Número de respondientes

Tabla 48. En los últimos tres meses, ¿se ha sentido culpable o mal acerca de lo que bebe?
Relación con la edad. (Porcentajes por filas)

VARONES			
Edad	No	A veces, Frec/muy frec	Totales
15-24	87,5 (28)	12,5 (4)	10,5 (32)
25-34	94,2 (49)	5,8 (3)	17,0 (52)
35-44	80,6 (50)	19,4 (12)	20,3 (62)
45-54	81,0 (34)	19,0 (8)	13,7 (42)
55-64	91,7 (55)	8,3 (5)	19,6 (60)
65 y más	98,3 (57)	1,7 (1)	19,0 (58)
Totales	89,2 (273)	10,8 (33)	(306)
Chi cuadrado= 14,49 Significación estadística (p)= 0,0128			
MUJERES			
Edad	No	A veces, Frec/muy frec	Totales
15-24	95,6 (43)	4,4 (2)	12,8 (45)
25-34	92,9 (65)	7,1 (5)	19,9 (70)
35-44	95,5 (63)	4,5 (3)	18,8 (66)
45-54	96,9 (62)	3,1 (2)	18,2 (64)
55-64	100,0 (58)	0,0 (0)	16,5 (58)
65 y más	98,0 (48)	2,0 (1)	13,9 (49)
Totales	96,3 (339)	3,7 (13)	(352)
Chi cuadrado= 5,21 Significación estadística (p)= 0,3912			

() = Número de respondientes

Tabla 49. En los últimos tres meses, ¿se ha sentido culpable o mal acerca de lo que bebe?
Medidas de asociación causal y medidas de validez

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	280 y +	<280	Total	
Respuesta +	27	6	33	OR=11,66
Respuesta -	76	197	273	LC=4,36-32,9
Total	103	203	306	p=0,0000
SENSIBILIDAD=0,26				
ESPECIFICIDAD=0,97				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,81				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,72				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	140 y +	<140	Total	
Respuesta +	7	6	13	OR=11,59
Respuesta -	31	308	339	LC=3,24-42,1
Total	38	314	352	p=0,0000
SENSIBILIDAD=0,18				
ESPECIFICIDAD=0,98				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,53				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,91				

Tabla 50. En los últimos tres meses, ¿se ha sentido culpable o mal acerca de lo que bebe? Medidas de asociación causal y medidas de validez.

Relación con la presencia de problemas

TOTALES				
Problemas relacionados con el alcohol				
	SI	NO	Totales	
SI	19	27	46	OR=42,36
NO	10	602	612	LC=16,72-109,5
Totales	29	629	658	p< 0,0001
SENSIBILIDAD= 0,66				
ESPECIFICIDAD= 0,96				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO= 0,41				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO= 0,98				
VARONES				
Problemas relacionados con el alcohol				
	SI	NO	Totales	
SI	16	17	33	OR=24,75
NO	10	263	273	LC=8,94-70,09
Totales	26	280	306	p< 0,0001
SENSIBILIDAD= 0,62				
ESPECIFICIDAD= 0,94				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO= 0,48				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO= 0,96				
MUJERES				
Problemas relacionados con el alcohol				
	SI	NO	Totales	
SI	3	10	13	OR=indefinida
NO	0	339	339	
Totales	3	349	352	
SENSIBILIDAD= 1,00				
ESPECIFICIDAD= 0,97				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO= 0,23				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO= 1,00				

Tabla 51. En los últimos tres meses, ¿cuántas veces ha despertado queriendo tomar una copa?
Relación con el consumo semanal de alcohol
Porcentaje por filas

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-279,9	280 y más	Totales
No	23,2 (68)	45,7 (134)	31,1 (91)	95,8 (293)
A veces Frec/Muy frec	0,0 (0)	7,7 (1)	92,3 (12)	4,2 (13)
Totales	22,2 (68)	44,1 (135)	33,7 (103)	(306)
Chi cuadrado= 20,97 Significación estadística (p) < 0,0001				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-139,9	140 y más	Totales
No	38,2 (134)	51,0 (179)	10,8 (38)	99,7 (351)
A veces Frec/Muy frec	0,0 (0)	100,0 (1)	0,0 (0)	0,3 (1)
Totales	38,1 (134)	51,1 (180)	10,8 (38)	(352)
Chi cuadrado= 0,96 Significación estadística (p)= 0,6193				

() = Número de respondientes

Tabla 52. En los últimos tres meses, ¿Cuántas veces ha despertado queriendo tomar una copa? Relación con la presencia de problemas relacionados con el alcohol.

Porcentajes por columnas

TOTALES			
Problemas relacionados con el alcohol			
	No	A veces, Frec/Muy frec	Totales
No	99,0(623)	72,4(21)	97,9(644)
A veces Frec/Muy frec	1,0 (6)	27,6 (8)	2,1 (14)
Totales	95,6(629)	4,4(29)	100,0(658)
Chi cuadrado= 94,42			
Significación estadística (p) < 0,0001			
VARONES			
Problemas relacionados con el alcohol			
	No	A veces, Frec/Muy frec	Totales
No	98,2(275)	69,2(18)	95,8(293)
A veces Frec/Muy frec	1,8 (5)	30,8 (8)	4,2 (13)
Totales	91,5(280)	8,5(26)	100,0(306)
Chi cuadrado= 49,13			
Significación estadística (p) < 0,0001			
MUJERES			
Problemas relacionados con el alcohol			
	No	A veces, Frec/Muy frec	Totales
No	99,7(348)	100,0(3)	99,7(351)
A veces Frec/Muy frec	0,3 (1)	0,0(0)	0,3 (1)
Totales	99,1(349)	0,9(3)	100,0(352)
Chi cuadrado= 0,086			
Significación estadística (p)= 0,9260			

() = Número de respondientes

Tabla 53. En los últimos tres meses, ¿cuántas veces ha despertado queriendo tomar una copa?
Relación con la edad. (Porcentajes por filas)

VARONES			
Edad	No	A veces, Frec/muy frec	Totales
15-24	93,8 (30)	6,3 (2)	10,5 (32)
25-34	98,1 (51)	1,9 (1)	17,0 (52)
35-44	96,8 (60)	3,2 (2)	20,3 (62)
45-54	90,5 (38)	9,5 (4)	13,7 (42)
55-64	96,7 (58)	3,3 (2)	19,6 (60)
65 y más	96,9 (56)	3,4 (2)	19,0 (58)
Totales	95,8 (293)	4,2 (13)	(306)
Chi cuadrado= 4,25 Significación estadística (p)= 0,3729			
MUJERES			
Edad	No	A veces, Frec/muy frec	Totales
15-24	100,0 (45)	0,0 (0)	12,8 (45)
25-34	100,0 (70)	0,0 (0)	19,9 (70)
35-44	100,0 (66)	0,0 (0)	18,8 (66)
45-54	100,0 (64)	0,0 (0)	18,2 (64)
55-64	98,3 (57)	1,7 (1)	16,5 (58)
65 y más	100,0 (49)	0,0 (0)	13,9 (49)
Totales	99,7 (351)	0,3 (1)	(352)
Chi cuadrado= 5,08 Significación estadística (p)= 0,4058			

() = Número de respondientes

Tabla 54. En los últimos tres meses, ¿cuántas veces ha despertado queriendo tomar una copa?
Medidas de asociación causal y medidas de validez

VARONES				
Grs.Etanol/semana				
	280 y +	<280	Total	
Respuesta +	12	1	13	OR=26,64
Respuesta -	91	202	293	LC=3,5-555,61
Total	103	203	306	p=0,0000
SENSIBILIDAD=0,12 ESPECIFICIDAD=0,99 VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,92 VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,69				
MUJERES				
Grs.Etanol/semana				
	140 y +	<140	Total	
Respuesta +	0	1	1	OR=0
Respuesta -	38	313	351	LC=0-146,39
Total	38	314	352	p=0,7279
SENSIBILIDAD=0 ESPECIFICIDAD=0,99 VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0 VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,89				

Tabla 55. En los últimos tres meses, ¿cuántas veces ha despertado queriendo tomar una copa? Medidas de asociación causal y medidas de validez.

Relación con la presencia de problemas

TOTALES				
Problemas relacionados con el alcohol				
	SI	NO	Totales	
SI	8	6	14	OR=39,56
NO	21	623	644	LC=11,16-143,94
Totales	29	629	658	p< 0,0001
SENSIBILIDAD= 0,28				
ESPECIFICIDAD= 0,99				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO= 0,57				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO= 0,97				
VARONES				
Problemas relacionados con el alcohol				
	SI	NO	Totales	
SI	8	5	13	OR=24,44
NO	18	275	293	LC=6,38-97,86
Totales	26	280	306	p< 0,0001
SENSIBILIDAD= 0,31				
ESPECIFICIDAD= 0,98				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO= 0,61				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO= 0,94				
MUJERES				
Problemas relacionados con el alcohol				
	SI	NO	Totales	
SI	0	1	1	OR=0
NO	3	348	351	LC=0-2871,0
Totales	3	349	352	p< 0,0001
SENSIBILIDAD= 0,00				
ESPECIFICIDAD= 0,99				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO= 0,00				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO= 0,99				

Tabla 56. Número de respuestas positivas al cuestionario CAGE en relación al consumo semanal de alcohol.

VARONES			
Grs. Etanol/semana			
Número de respuestas positivas	280 y más	Menos de 280	Totales
0	54	184	238
1	22	15	37
2	16	1	17
3	7	3	10
4	4	0	4
Totales	103	203	306
MUJERES			
Grs. Etanol/semana			
Número de respuestas positivas	140 y más	Menos de 140	Totales
0	26	301	327
1	5	9	14
2	6	4	10
3	1	0	1
4	0	0	0
Totales	38	314	352

Tabla 57. Medidas de asociación causal y medidas de validez del CAGE para dos o más respuestas positivas en relación al consumo semanal de alcohol.

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	280 y +	<280	Total	
CAGE +	28	4	32	OR=18,57
CAGE -	75	199	274	LC=5,93-64,78
Total	103	203	306	p< 0,0001
SENSIBILIDAD=0,27 ESPECIFICIDAD=0,98 VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,88 VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,73				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	140 y +	<140	Total	
CAGE +	7	4	11	OR=17,50
CAGE -	31	310	341	LC=4,28-76,16
Total	38	314	352	p< 0,0001
SENSIBILIDAD=0,18 ESPECIFICIDAD=0,99 VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,63 VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,91				

CAGE + = Dos o más respuestas afirmativas

Tabla 58. Medidas de asociación causal y medidas de validez del CAGE para dos o más respuestas positivas en relación a la presencia de problemas relacionados con el alcohol.

TOTALES				
Problemas relacionados con el alcohol				
	SI	NO	Total	
CAGE +	18	24	42	OR=41,25
CAGE -	11	605	616	LC=16,30-106,16
Total	29	629	658	p< 0,0001
SENSIBILIDAD=0,62 ESPECIFICIDAD=0,96 VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,43 VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,98				
VARONES				
Problemas relacionados con el alcohol				
	SI	NO	Total	
CAGE +	15	16	31	OR=22,50
CAGE -	11	264	280	LC=8,14-63,45
Total	26	280	306	p< 0,0001
SENSIBILIDAD=0,58 ESPECIFICIDAD=0,94 VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,48 VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,96				
MUJERES				
Problemas relacionados con el alcohol				
	SI	NO	Total	
CAGE +	3	8	11	OR=indefinida
CAGE -	0	341	341	
Total	3	349	352	
SENSIBILIDAD=1,00 ESPECIFICIDAD=0,98 VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,27 VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=1,00				

CAGE + = Dos o más respuestas afirmativas

Tabla 59. Demanda del interés del médico de cabecera en hábitos de bebida y prevalencia de problemas de bebida. Medidas de asociación causal.

Total de la muestra (N=658)

	En su opinión, ¿debería su médico de cabecera interesarse por su hábito de beber?		OR=3,26
	+	-	
En los últimos 3 meses, ¿ha sentido que debería dejar de beber?	+ 62	8	LC=1,47-7,54
	- 406	171	p=0,0013
En los últimos 3 meses, ¿le ha molestado alguien al decirle que deje de beber?	+ 20	1	OR=7,95
	- 448	178	LC=1,12-160,20
			p=0,0171
En los últimos 3 meses, ¿se ha sentido mal o culpable acerca de lo que bebe?	+ 43	3	OR=5,94
	- 425	176	LC=1,74-24,30
			p=0,0009
En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces ha despertado queriendo tomar una copa?	+ 13	1	OR=5,09
	- 455	178	LC=0,69-104,92
			p=0,0826
¿Cree usted que habitualmente tiene un problema de bebida?	+ 27	1	OR=10,90
	- 441	178	LC=1,57-217,25
			p=0,0036
¿Diría usted que alguna vez en el pasado tuvo un problema de bebida?	+ 40	4	OR=4,09
	- 428	175	LC=1,37-13,66
			p=0,0043

+ = Respuestas afirmativas

- = Respuestas negativas

Tabla 60. ¿Ha sido incapaz de dejar de beber una vez que ha comenzado?
Relación con el consumo semanal de alcohol
Porcentajes por columnas

VARONES				
	Grs. Etanol/semana			
	0	0,1-279,9	280 y más	Totales
No en el último año	98,5(67)	94,8(128)	86,3(88)	92,8(283)
Menos 1 vez/mes Mensualmente	0,0 (0)	3,7 (5)	6,9 (7)	3,9 (12)
Semanalmente Casi a diario	1,5 (1)	1,5 (2)	6,9 (7)	3,3 (10)
Totales	22,3(68)	44,3(135)	33,4(102)	(305)
Chi cuadrado= 11,69 Significación estadística (p)= 0,0198				
MUJERES				
	Grs. Etanol/semana			
	0	0,1-139,9	140 y más	Totales
No en el último año	100,0(134)	98,3(177)	100,0(37)	99,1(348)
Menos 1 vez/mes Mensualmente	0,0 (0)	1,7 (3)	0,0 (0)	0,9 (3)
Semanalmente Casi a diario	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Totales	38,2(134)	51,3(180)	10,5(37)	(351)
Chi cuadrado= 2,87 Significación estadística (p)= 0,2376				

()= Número de respondientes

Tabla 61. ¿Ha sido incapaz de dejar de beber una vez que ha comenzado?

Relación con la edad. (Porcentajes por filas)

VARONES				
	No	Menos 1 vez/mes Mensualmente	Semanalmente Casi a diario	Totales
Edad				
15-24	93,8(30)	6,3(2)	0,0(0)	10,5(32)
25-34	92,3(48)	5,8(3)	1,9(1)	17,0(52)
35-44	87,1(54)	4,8(3)	8,1(5)	20,3(62)
45-54	87,8(36)	7,3(3)	4,9(2)	13,4(41)
55-64	96,7(58)	1,7(1)	1,7(1)	19,7(60)
65 y más	98,3(57)	0,0(0)	1,7(1)	19,0(58)
Totales	92,8(283)	3,9(12)	3,3(10)	(305)
Chi cuadrado= 12,78 Significación estadística (p)= 0,2363				
MUJERES				
	No	Menos 1 vez/mes Mensualmente	Semanalmente Casi a diario	Totales
Edad				
15-24	97,8(44)	2,2(1)	0,0(0)	12,8(45)
25-34	97,1(68)	2,9(2)	0,0(0)	19,9(70)
35-44	100,0(66)	0,0(0)	0,0(0)	18,8(66)
45-54	100,0(63)	0,0(0)	0,0(0)	17,9(63)
55-64	100,0(58)	0,0(0)	0,0(0)	16,5(58)
65 y más	100,0(49)	0,0(0)	0,0(0)	14,0(49)
Totales	99,1(348)	0,9(3)	0,0(0)	(351)
Chi cuadrado= 6,34 Significación estadística (p)= 0,2745				

()= Número de respondientes

Tabla 62. ¿Ha sido incapaz de dejar de beber una vez que ha comenzado?
Medidas de asociación causal y medidas de validez

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	280 y +	<280	Total	
Respuesta +	14	8	22	OR=3,88
Respuesta -	88	195	283	LC=1,46-10,51
Total	103	203	306	p=0,0018
SENSIBILIDAD=0,14 ESPECIFICIDAD=0,96 VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,64 VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,69				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	140 y +	<140	Total	
Respuesta +	0	3	3	OR=0,00
Respuesta -	37	311	348	LC=0-19,60
Total	37	314	351	p=0,5509
SENSIBILIDAD=0,00 ESPECIFICIDAD=0,99 VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,00 VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,89				

Tabla 63. ¿Necesita un trago por las mañanas para sosegararse?
 Relación con el consumo semanal de alcohol
 Porcentajes por columnas

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-279,9	280 y más	Totales
No en el último año	98,5 (67)	99,3 (134)	94,2 (94)	97,4 (298)
Menos 1 vez/mes Mensualmente	0,0 (0)	0,0 (0)	1,0 (1)	0,3 (1)
Semanalmente Casi a diario	1,5 (1)	0,7 (1)	4,9 (5)	2,3 (7)
Totales	22,2 (68)	44,1 (135)	33,7 (103)	(306)
Chi cuadrado= 6,71 Significación estadística (p)= 0,1518				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-139,9	140 y más	Totales
No en el último año	100,0 (134)	100,0 (180)	97,4 (37)	99,7 (351)
Menos 1 vez/mes Mensualmente	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Semanalmente Casi a diario	0,0 (0)	0,0 (0)	2,6 (1)	0,3 (1)
Totales	38,1 (134)	51,1 (180)	10,8 (38)	(352)
Chi cuadrado= 8,29 Significación estadística (p)= 0,0159				

()= Número de respondientes

Tabla 64. ¿Necesita un trago por las mañanas, en las tres horas después de despertarse, para sosegarse?
Relación con la edad. (Porcentajes por filas)

VARONES				
	No	Menos 1 vez/mes Mensualmente	Semanalmente Casi a diario	Totales
Edad				
15-24	100,0(32)	0,0(0)	0,0(0)	10,5(32)
25-34	98,1(51)	0,0(0)	1,9(1)	17,0(52)
35-44	96,8(60)	0,0(0)	3,2(2)	20,3(62)
45-54	92,9(39)	2,4(1)	4,8(2)	13,7(42)
55-64	98,3(59)	0,0(0)	1,7(1)	19,6(60)
65 y más	98,3(57)	0,0(0)	1,7(1)	19,0(58)
Totales	97,4(298)	0,3(1)	2,3(7)	(306)
Chi cuadrado= 8,72 Significación estadística (p)= 0,5590				
MUJERES				
	No	Menos 1 vez/mes Mensualmente	Semanalmente Casi a diario	Totales
Edad				
15-24	100,0(45)	0,0(0)	0,0(0)	12,8(45)
25-34	100,0(70)	0,0(0)	0,0(0)	19,9(70)
35-44	98,5(65)	0,0(0)	1,5(1)	18,8(66)
45-54	100,0(64)	0,0(0)	0,0(0)	18,2(64)
55-64	100,0(58)	0,0(0)	0,0(0)	16,5(58)
65 y más	100,0(49)	0,0(0)	0,0(0)	13,9(49)
Totales	99,7(351)	0,0(0)	0,3(1)	(352)
Chi cuadrado= 4,35 Significación estadística (p)= 0,5008				

()= Número de respondientes

Tabla 65. ¿Necesita un trago por las mañanas, en las tres horas después de despertarse, para sosegarse?
Medidas de asociación causal y medidas de validez

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	280 y +	<280	Total	
Respuesta +	6	2	8	OR=6,22
Respuesta -	97	201	298	LC=1,11-45,41
Total	103	203	306	p=0,012
SENSIBILIDAD=0,06 ESPECIFICIDAD=0,99 VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,75 VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,67				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	140 y +	<140	Total	
Respuesta +	1	0	1	OR=indefinida
Respuesta -	37	314	351	
Total	38	314	352	
SENSIBILIDAD=0,026 ESPECIFICIDAD=1 VALOR PREDICTIVO POSITIVO=1 VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,89				

Tabla 66. ¿Es incapaz de recordar lo que ocurrió la noche anterior por haber estado bebiendo?
Relación con el consumo semanal de alcohol
Porcentajes por columnas

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-279,9	280 y más	Totales
No en el último año	98,5 (67)	95,6 (129)	76,7 (79)	89,9 (275)
Menos 1 vez/mes Mensualmente	0,0 (0)	4,4 (6)	21,4 (22)	9,2 (28)
Semanalmente Casi a diario	1,5 (1)	0,0 (0)	1,9 (2)	1,0 (3)
Totales	22,2 (68)	44,1 (135)	33,7 (103)	(306)
Chi cuadrado= 31,77 Significación estadística (p) < 0,0001				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-139,9	140 y más	Totales
No en el último año	100,0 (134)	98,3 (177)	97,4 (37)	98,9 (348)
Menos 1 vez/mes Mensualmente	0,0 (0)	1,7 (3)	2,6 (1)	1,1 (4)
Semanalmente Casi a diario	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Totales	38,1 (134)	51,1 (180)	10,8 (38)	(352)
Chi cuadrado= 2,75 Significación estadística (p)= 0,2532				

() = Número de respondientes

**Tabla 67. ¿Es incapaz de recordar lo que ocurrió la noche anterior por haber estado bebiendo?
Relación con la edad. (Porcentajes por filas)**

VARONES				
	No	Menos 1 vez/mes Mensualmente	Semanalmente Casi a diario	Totales
Edad				
15-24	84,4(27)	15,6(5)	0,0(0)	10,5(32)
25-34	82,7(43)	17,3(9)	0,0(0)	17,0(52)
35-44	87,1(54)	8,1(5)	4,8(3)	20,3(62)
45-54	90,5(38)	9,5(4)	0,0(0)	13,7(42)
55-64	95,0(57)	5,0(3)	0,0(0)	19,6(60)
65 y más	96,6(56)	3,4(2)	0,0(0)	19,0(58)
Totales	89,9(275)	9,2(28)	1,0(3)	(306)
Chi cuadrado= 21,25 Significación estadística (p)= 0,0194				
MUJERES				
	No	Menos 1 vez/mes Mensualmente	Semanalmente Casi a diario	Totales
Edad				
15-24	95,6(43)	4,4(2)	0,0(0)	12,8(45)
25-34	97,1(68)	2,9(2)	0,0(0)	19,9(70)
35-44	100,0(66)	0,0(0)	0,0(0)	18,8(66)
45-54	100,0(64)	0,0(0)	0,0(0)	18,2(64)
55-64	100,0(58)	0,0(0)	0,0(0)	16,5(58)
65 y más	100,0(49)	0,0(0)	0,0(0)	13,9(49)
Totales	98,9(348)	1,1(4)	0,0(0)	(352)
Chi cuadrado= 8,95 Significación estadística (p)= 0,1110				

()= Número de respondientes

Tabla 68. ¿Es incapaz de recordar lo que ocurrió la noche anterior por haber estado bebiendo?
Medidas de asociación causal y medidas de validez

VARONES				
Grs.Etanol/semana				
	280 y +	<280	Total	
Respuesta +	24	7	31	OR=8,51
Respuesta -	79	196	275	LC=3,31-22,72
Total	103	203	306	p=0,000
SENSIBILIDAD=0,23 ESPECIFICIDAD=0,97 VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,77 VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,71				
MUJERES				
Grs.Etanol/semana				
	140 y +	<140	Total	
Respuesta +	1	3	4	OR=2,8
Respuesta -	37	311	348	LC* =0,05-35,78
Total	38	314	352	p=0,3579
SENSIBILIDAD=0,026 ESPECIFICIDAD=0,99 VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,25 VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,89				

LC* = Límite exacto (251)

Tabla 69. ¿Es incapaz de hacer lo que se espera normalmente de usted por culpa de la bebida?
Relación con el consumo semanal de alcohol
Porcentajes por columnas

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-279,9	280 y más	Totales
No en el último año	97,1(66)	99,3(134)	89,3(92)	95,4(292)
Menos 1 vez/mes Mensualmente	1,5 (1)	0,7 (1)	8,7 (9)	3,6 (11)
Semanalmente Casi a diario	1,5 (1)	0,0 (0)	1,9 (2)	1,0 (3)
Totales	22,2(68)	44,1(135)	33,7(103)	(306)
Chi cuadrado= 14,58 Significación estadística (p)= 0,0057				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-139,9	140 y más	Totales
No en el último año	100,0(134)	98,3(177)	89,5(34)	98,0(345)
Menos 1 vez/mes Mensualmente	0,0 (0)	1,7 (3)	7,9 (3)	1,7 (6)
Semanalmente Casi a diario	0,0 (0)	0,0 (0)	2,6 (1)	0,3 (1)
Totales	38,1(134)	51,1(180)	10,8(38)	(352)
Chi cuadrado= 19,43 Significación estadística (p)= 0,0006				

()= Número de respondientes

Tabla 70. ¿Es incapaz de hacer lo que se espera normalmente de usted por culpa de la bebida?
Relación con la edad. (Porcentajes por filas)

VARONES				
Edad	No	Menos 1 vez/mes Mensualmente	Semanalmente Casi a diario	Totales
15-24	93,8(30)	6,3(2)	0,0(0)	10,5(32)
25-34	88,5(46)	11,5(6)	0,0(0)	17,0(52)
35-44	91,9(57)	3,2(2)	4,8(3)	20,3(62)
45-54	97,6(41)	2,4(1)	0,0(0)	13,7(42)
55-64	100,0(60)	0,0(0)	0,0(0)	19,6(60)
65 y más	100,0(58)	0,0(0)	0,0(0)	19,0(58)
Totales	95,4(292)	3,6(11)	1,0(3)	(306)
Chi cuadrado= 26,63 Significación estadística (p)= 0,0030				
MUJERES				
Edad	No	Menos 1 vez/mes Mensualmente	Semanalmente Casi a diario	Totales
15-24	91,1(41)	6,7(3)	2,2(1)	12,8(45)
25-34	97,1(68)	2,9(2)	0,0(0)	19,9(70)
35-44	98,5 (65)	1,5(1)	0,0(0)	18,8(66)
45-54	100,0 (64)	0,0(0)	0,0(0)	18,2(64)
55-64	100,0(58)	0,0(0)	0,0(0)	16,5(58)
65 y más	100,0(49)	0,0(0)	0,0(0)	13,9(49)
Totales	98,0(345)	1,7(6)	0,3(1)	(352)
Chi cuadrado= 17,09 Significación estadística (p)= 0,724				

()= Número de respondientes

Tabla 71. ¿Es incapaz de hacer lo que se espera normalmente de usted por culpa de la bebida?
Medidas de asociación causal y medidas de validez

VARONES				
Grs.Etanol/semana				
	280 y +	<280	Total	
Respuesta +	11	3	14	OR=7,97
Respuesta -	92	200	293	LC=2,0-36,94
Total	103	203	306	p=0,0002
SENSIBILIDAD=0,10				
ESPECIFICIDAD=0,98				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,78				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,68				
MUJERES				
Grs.Etanol/semana				
	140 y +	<140	Total	
Respuesta +	4	3	7	OR=12,2
Respuesta -	34	311	345	LC=2,19-72,33
Total	38	314	352	p=0,0009
SENSIBILIDAD=0,11				
ESPECIFICIDAD=0,99				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,57				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,90				

**Tabla 72. ¿Ha estado ebrio durante varios días seguidos?
Relación con el consumo semanal de alcohol**
Porcentajes por columnas

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-279,9	280 y más	Totales
No en el último año	98,5 (67)	97,8 (132)	90,3 (93)	95,4 (292)
Menos 1 vez/mes Mensualmente	0,0 (0)	2,2 (3)	9,7 (10)	4,2 (13)
Semanalmente Casi a diario	1,5 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,3 (1)
Totales	22,2 (68)	44,1 (135)	33,7 (103)	(306)
Chi cuadrado= 15,35				
Significación estadística (p)= 0,0040				

MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-139,9	140 y más	Totales
No en el último año	100,0 (134)	100,0 (180)	94,7 (36)	99,4 (350)
Menos 1 vez/mes Mensualmente	0,0 (0)	0,0 (0)	2,6 (1)	0,3 (1)
Semanalmente Casi a diario	0,0 (0)	0,0 (0)	2,6 (1)	0,3 (1)
Totales	38,1 (134)	51,1 (180)	10,8 (38)	(352)
Chi cuadrado= 16,63				
Significación estadística (p)= 0,0023				

()= Número de respondientes

**Tabla 73. ¿Ha estado ebrio durante varios días seguidos?
Relación con la edad. (Porcentajes por filas)**

VARONES				
Edad	No	Menos 1 vez/mes Mensualmente	Semanalmente Casi a diario	Totales
15-24	84,4(27)	15,6(5)	0,0(0)	10,5(32)
25-34	96,2(50)	3,8(2)	0,0(0)	17,0(52)
35-44	96,8(60)	1,6(1)	1,6(1)	20,3(62)
45-54	92,9(39)	7,1(3)	0,0(0)	13,7(42)
55-64	96,7(58)	3,3(2)	0,0(0)	19,6(60)
65 y más	100,0(58)	0,0(0)	0,0(0)	19,0(58)
Totales	95,4(292)	4,2(13)	0,3(1)	(306)
Chi cuadrado= 18,72 Significación estadística (p)= 0,0440				
MUJERES				
Edad	No	Menos 1 vez/mes Mensualmente	Semanalmente Casi a diario	Totales
15-24	97,8(44)	0,0(0)	2,2(1)	12,8(45)
25-34	100,0(70)	0,0(0)	0,0(0)	19,9(70)
35-44	98,5(65)	1,5(1)	0,0(0)	18,8(66)
45-54	100,0(64)	0,0(0)	0,0(0)	18,2(64)
55-64	100,0(58)	0,0(0)	0,0(0)	16,5(58)
65 y más	100,0(49)	0,0(0)	0,0(0)	13,9(49)
Totales	99,4(350)	0,3(1)	0,3(1)	(352)
Chi cuadrado= 11,18 Significación estadística (p)= 0,3435				

()= Número de respondientes

**Tabla 74. ¿Ha estado ebrio durante varios días seguidos?
Medidas de asociación causal y medidas de validez**

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	280 y +	<280	Total	
Respuesta +	10	4	14	OR=5,35
Respuesta -	93	199	292	LC=1,49-20,85
Total	103	203	306	p=0,0022
SENSIBILIDAD=0,097				
ESPECIFICIDAD=0,98				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,71				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,68				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	140 y +	<140	Total	
Respuesta +	2	0	2	OR=indefinida
Respuesta -	36	314	350	
Total	38	314	352	
SENSIBILIDAD=0,05				
ESPECIFICIDAD=1				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=1				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,89				



Tabla 75. ¿Ha intentado reducir su consumo de alcohol sin conseguirlo?
Relación con el consumo semanal de alcohol
 Porcentajes por columnas

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-279,9	280 y más	Totales
No en el último año	98,5(67)	100,0(135)	98,1(98)	98,4(300)
Menos 1 vez/mes Mensualmente	0,0 (0)	0,0 (0)	2,9 (3)	1,0 (3)
Semanalmente Casi a diario	1,5 (1)	0,0 (0)	1,0 (1)	0,7 (2)
Totales	22,2(68)	44,1(135)	33,4(102)	(305)
Chi cuadrado= 7,80				
Significación estadística (p)= 0,0992				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-139,9	140 y más	Totales
No en el último año	100,0(134)	100,0(180)	100,0(38)	100,0(352)
Menos 1 vez/mes Mensualmente	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Semanalmente Casi a diario	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Totales	38,1(134)	51,1(180)	10,8(38)	(352)
Los datos estadísticos no pueden ser calculados				

()= Número de respondientes

Tabla 76. ¿Ha intentado reducir su consumo de alcohol sin conseguirlo?
Relación con la edad. (Porcentajes por filas)

VARONES				
Edad	No	Menos 1 vez/mes Mensualmente	Semanalmente Casi a diario	Totales
15-24	100,0(32)	0,0(0)	0,0(0)	10,5(32)
25-34	100,0(52)	0,0(0)	0,0(0)	17,0(52)
35-44	95,2(59)	3,2(2)	1,6(1)	20,3(62)
45-54	97,6(40)	0,0(0)	2,4(1)	13,4(41)
55-64	98,3(59)	1,7(1)	0,0(0)	19,7(60)
65 y más	100,0(58)	0,0(0)	0,0(0)	19,0(58)
Totales	98,4(300)	1,0(3)	0,7(2)	(305)
Chi cuadrado= 9,54 Significación estadística (p)= 0,4818				
MUJERES				
Edad	No	Menos 1 vez/mes Mensualmente	Semanalmente Casi a diario	Totales
15-24	100,0(45)	0,0(0)	0,0(0)	12,8(45)
25-34	100,0(70)	0,0(0)	0,0(0)	19,9(70)
35-44	100,0(66)	0,0(0)	0,0(0)	18,8(66)
45-54	100,0(64)	0,0(0)	0,0(0)	18,2(64)
55-64	100,0(58)	0,0(0)	0,0(0)	16,5(58)
65 y más	100,0(49)	0,0(0)	0,0(0)	13,9(49)
Totales	100,0(352)	0,0(0)	0,0(0)	(352)
Los datos estadísticos no pueden ser calculados				

()= Número de respondientes

Tabla 77. ¿Ha intentado reducir su consumo de alcohol sin conseguirlo?
Medidas de asociación causal y medidas de validez

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	280 y +	<280	Total	
Respuesta +	4	1	5	OR=8,24
Respuesta -	98	202	300	LC=0,86-196,30
Total	102	203	305	p=0,026
SENSIBILIDAD=0,04				
ESPECIFICIDAD=0,99				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,80				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,67				

Tabla 78. ¿Ha presentado intensos temblores por las mañanas después de beber?
 Relación con el consumo semanal de alcohol
 Porcentajes por columnas

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-279,9	280 y más	Totales
No en el último año	97,1(66)	97,8(132)	82,5(85)	92,5(283)
Menos 1 vez/mes Mensualmente	1,5 (1)	2,2 (3)	14,6(15)	6,2 (19)
Semanalmente Casi a diario	1,5 (1)	0,0 (0)	2,9 (3)	1,3 (4)
Totales	22,2(68)	44,1(135)	33,7(103)	(306)
Chi cuadrado= 22,97				
Significación estadística (p)= 0,0001				

MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-139,9	140 y más	Totales
No en el último año	100,0(134)	99,4(179)	94,7(36)	99,1(349)
Menos 1 vez/mes Mensualmente	0,0 (0)	0,6 (1)	2,6 (1)	0,6 (2)
Semanalmente Casi a diario	0,0 (0)	0,0 (0)	2,6 (1)	0,3 (1)
Totales	38,1(134)	51,1(180)	10,8(38)	(352)
Chi cuadrado= 11,96				
Significación estadística (p)= 0,0177				

()= Número de respondientes

Tabla 79. ¿Ha presentado intensos temblores por las mañanas después de beber?
Relación con la edad. (Porcentajes por filas)

VARONES				
Edad	No	Menos 1 vez/mes Mensualmente	Semanalmente Casi a diario	Totales
15-24	90,6(29)	9,4(3)	0,0(0)	10,5(32)
25-34	96,2(50)	1,9(1)	1,9(1)	17,0(52)
35-44	90,3(56)	6,5(4)	3,2(2)	20,3(62)
45-54	85,7(36)	11,9(5)	2,4(1)	13,7(42)
55-64	91,7(51)	8,3(5)	0,0(0)	19,6(60)
65 y más	98,3(57)	1,7(1)	0,0(0)	19,0(58)
Totales	92,5(283)	6,2(19)	1,3(4)	(306)

Chi cuadrado= 11,34
Significación estadística (p)= 0,3316

MUJERES				
Edad	No	Menos 1 vez/mes Mensualmente	Semanalmente Casi a diario	Totales
15-24	95,6(43)	4,4(2)	0,0(0)	12,8(45)
25-34	100,0(70)	0,0(0)	0,0(0)	19,9(70)
35-44	98,5(65)	0,0(0)	1,5(1)	18,8(66)
45-54	100,0(64)	0,0(0)	0,0(0)	18,2(64)
55-64	100,0(58)	0,0(0)	0,0(0)	16,5(58)
65 y más	100,0(49)	0,0(0)	0,0(0)	13,9(49)
Totales	99,1(349)	0,6(2)	0,3(1)	(352)

Chi cuadrado= 18,06
Significación estadística (p)= 0,0540

()= Número de respondientes

Tabla 80. ¿Ha presentado intensos temblores por las mañanas después de beber?
Medidas de asociación causal y medidas de validez

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	280 y +	<280	Total	
Respuesta +	18	5	23	OR=8,39
Respuesta -	85	198	283	LC=2,81-26,76
Total	103	203	306	p< 0,0001
SENSIBILIDAD=0,17				
ESPECIFICIDAD=0,97				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,78				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,70				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	140 y +	<140	Total	
Respuesta +	2	1	3	OR=17,39
Respuesta -	36	313	349	LC=1,2-497,56
Total	38	314	352	p=0,0017
SENSIBILIDAD=0,05				
ESPECIFICIDAD=0,99				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,66				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,89				

Tabla 81. ¿Ha sentido remordimientos o sensación de culpabilidad después de beber?
Relación con el consumo semanal de alcohol
Porcentajes por columnas

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-279,9	280 y más	Totales
No en el último año	97,1(66)	97,0(131)	81,6(84)	91,8(281)
Menos 1 vez/mes Mensualmente	1,5 (1)	2,2 (3)	12,6(13)	5,6 (17)
Semanalmente Casi a diario	1,5 (1)	0,7 (1)	5,8 (6)	2,6 (8)
Totales	22,2(68)	44,1(135)	33,7(103)	(306)
Chi cuadrado= 21,99				
Significación estadística (p)= 0,0002				

MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-139,9	140 y más	Totales
No en el último año	100,0(134)	97,2(175)	89,5(34)	97,4(343)
Menos 1 vez/mes Mensualmente	0,0 (0)	2,8 (5)	5,3 (2)	2,0 (7)
Semanalmente Casi a diario	0,0 (0)	0,0 (0)	5,3 (2)	0,6 (2)
Totales	38,1(134)	51,1(180)	10,8(38)	(352)
Chi cuadrado= 22,14				
Significación estadística (p)= 0,0002				

()= Número de respondientes

**Tabla 82. ¿Ha sentido remordimientos o sensación de culpabilidad después de beber?
Relación con la edad. (Porcentajes por filas)**

VARONES				
Edad	No	Menos 1 vez/mes Mensualmente	Semanalmente Casi a diario	Totales
15-24	81,3(26)	18,8(6)	0,0(0)	10,5(32)
25-34	96,2(50)	1,9(1)	1,9(1)	17,0(52)
35-44	87,1(54)	8,1(5)	4,8(3)	20,3(62)
45-54	88,1(37)	7,1(3)	4,8(2)	13,7(42)
55-64	93,3(56)	3,3(2)	3,3(2)	19,6(60)
65 y más	100,0(58)	0,0(0)	0,0(0)	19,0(58)
Totales	91,8(281)	5,6(17)	2,6(8)	(306)
Chi cuadrado= 21,54 Significación estadística (p)= 0,0176				
MUJERES				
Edad	No	Menos 1 vez/mes Mensualmente	Semanalmente Casi a diario	Totales
15-24	88,9(40)	8,9(4)	2,2(1)	12,8(45)
25-34	97,1(68)	2,9(2)	0,0(0)	19,9(70)
35-44	98,5(65)	1,5(1)	0,0(0)	18,8(66)
45-54	98,4(63)	0,0(0)	1,6(1)	18,2(64)
55-64	100,0(58)	0,0(0)	0,0(0)	16,5(58)
65 y más	100,0(49)	0,0(0)	0,0(0)	13,9(49)
Totales	97,4(343)	2,0(7)	0,6(2)	(352)
Chi cuadrado= 19,60 Significación estadística (p)= 0,0333				

()= Número de respondientes

Tabla 83. ¿Ha sentido remordimientos o sensación de culpabilidad después de beber?
Medidas de asociación causal y medidas de validez

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	280 y +	<280	Total	
Respuesta +	19	6	25	OR=7,43
Respuesta -	84	197	281	LC=2,68-21,63
Total	103	203	306	p< 0,0001
SENSIBILIDAD=0,18				
ESPECIFICIDAD=0,97				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,76				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,70				

MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	140 y +	<140	Total	
Respuesta +	4	5	9	OR=7,27
Respuesta -	34	309	343	LC=1,55-33,24
Total	38	314	352	p=0,0009
SENSIBILIDAD=0,11				
ESPECIFICIDAD=0,98				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,44				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,90				

Tabla 85. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado lesionada por culpa de su bebida?
Relación con la edad. (Porcentajes por filas)

VARONES			
Edad	No	Si	Totales
15-24	93,8(30)	6,3(2)	10,5 (32)
25-34	100,0(52)	0,0(0)	17,0(52)
35-44	96,8(60)	3,2(2)	20,3(62)
45-54	97,6(41)	2,4(1)	13,7(42)
55-64	98,3(59)	1,7(1)	19,6(60)
65 y más	100,0(58)	0,0(0)	19,0(58)
Totales	98,0(300)	2,0(6)	(306)
Chi cuadrado= 5,84 Significación estadística= 0,3217			
MUJERES			
Edad	No	Si	Totales
15-24	100,0(45)	0,0(0)	12,8(45)
25-34	100,0(70)	0,0(0)	19,9(70)
35-44	100,0(66)	0,0(0)	18,8(66)
45-54	100,0(64)	0,0(0)	18,2(64)
55-64	100,0(58)	0,0(0)	16,5(58)
65 y más	100,0(49)	0,0(0)	13,9(49)
Totales	100,0(352)	0,0(0)	(352)
Los datos estadísticos no pueden ser calculados.			

()= Número de respondientes

Tabla 86. ¿Alguien de su familia o amigos están preocupados por lo que bebe o le han sugerido que deje de beber? Relación con el consumo semanal de alcohol

Porcentajes por columnas

VARONES				
	Grs. Etanol/semana			Totales
	0	0,1-279,9	280 y más	
No	98,5 (67)	97,0 (131)	73,8 (76)	89,5 (274)
Si	1,5 (1)	3,0 (4)	26,2 (27)	10,5 (32)
Totales	22,2 (68)	44,1 (135)	33,7 (103)	(306)
Chi cuadrado= 41,27				
Significación estadística (p) < 0,0001				
<hr/> MEDIDAS DE ASOCIACION CAUSAL Y MEDIDAS DE VALIDEZ. VARONES. Consumo superior a 280 gramos de alcohol semanales				
OR=14,07	SENSIBILIDAD=0,26			
LC=4,91-43,34	ESPECIFICIDAD=0,98			
p=0,0000	VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,84			
	VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,72			
<hr/> MUJERES				
	Grs. Etanol/semana			Totales
	0	0,1-139,9	140 y más	
No	100,0 (134)	99,4 (179)	94,7 (36)	99,1 (349)
Si	0,0 (0)	0,6 (1)	5,3 (2)	0,9 (3)
Totales	38,1 (134)	51,1 (180)	10,8 (38)	(352)
Chi cuadrado= 10,09				
Significación estadística= 0,0064				
<hr/> MEDIDAS DE ASOCIACION CAUSAL Y MEDIDAS DE VALIDEZ. MUJERES. Consumo superior a 140 gramos de alcohol semanales				
OR=17,39	SENSIBILIDAD=0,05			
LC=1,20-497,56	ESPECIFICIDAD=0,99			
p=0,0017	VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,66			
	VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,89			

Tabla 87. ¿Alguien de su familia o amigos están preocupados por lo que bebe o le han sugerido que deje de beber? Relación con la edad
Porcentajes por filas

VARONES			
Edad	No	Si	Totales
15-24	87,5(28)	12,5 (4)	10,5(32)
25-34	94,2(49)	5,8 (3)	17,0(52)
35-44	82,3(51)	17,7(11)	20,3(62)
45-54	85,7(36)	14,3 (6)	13,7(42)
55-64	90,0(54)	10,0 (6)	19,6(60)
65 y más	96,6(56)	3,4 (2)	19,0(58)
Totales	89,5(274)	10,5(32)	(306)
Chi cuadrado= 8,59 Significación estadística (p)= 0,1266			
MUJERES			
Edad	No	Si	Totales
15-24	97,8(44)	2,2(1)	12,8(45)
25-34	98,6(69)	1,4(1)	19,9(70)
35-44	98,5(65)	1,5(1)	18,8(66)
45-54	100,0(64)	0,0(0)	18,2(64)
55-64	100,0(58)	0,0(0)	16,5(58)
65 y más	100,0(49)	0,0(0)	13,9(49)
Totales	100,0(352)	0,0(0)	(352)
Chi cuadrado= 3,0877 Significación estadística (p)= 0,5433			

()=Número de respondientes

Tabla 88. Valores de Gamma-glutamiltanspeptidasa en relación al consumo semanal de alcohol
Porcentajes por filas

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-279,9	280 y más	Totales
Menor o igual a 89	28,1(52)	42,2(78)	29,9(55)	92,0(185)
Mayor de 89	6,3 (1)	31,3 (5)	62,5(10)	8,0 (16)
Totales	26,4(53)	41,3(83)	32,3(65)	(201)
Chi cuadrado= 7,98 Significación estadística (p)= 0,0185				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	0	0,1-139,9	140 y más	Totales
Menor o igual a 89	40,8(97)	50,8(121)	8,4(20)	96,7(238)
Mayor de 89	12,5 (1)	12,5 (1)	75,0 (6)	3,3 (8)
Totales	39,8(98)	49,6(122)	10,6(26)	(246)
Chi cuadrado= 36,32 Significación estadística (p)< 0,0001				

()= Número de respondentes

Tabla 89. Valores de gamma-glutamiltanspeptidasa en relación al consumo semanal de alcohol
Medidas de asociación causal y medidas de validez

VARONES				
Grs. Etanol/semana				
	280 y +	<280	Total	
GGT elevada	10	6	16	OR=3,94
GGT normal	55	130	185	LC=1,24-12,92
Total	65	136	201	p=0,0073
SENSIBILIDAD=0,15				
ESPECIFICIDAD=0,95				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,63				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,70				
MUJERES				
Grs. Etanol/semana				
	140 y +	<140	Total	
GGT elevada	6	2	8	OR=32,70
GGT normal	20	218	238	LC=5,41-253,13
Total	26	220	246	p=0,0000
SENSIBILIDAD=0,23				
ESPECIFICIDAD=0,99				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,75				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,92				

Tabla 90. Valores del Volumen Corpuscular Medio en relación al consumo semanal de alcohol
Porcentajes por filas

VARONES				
	Grs. Etanol/semana			Totales
	0	0,1-279,9	280 y más	
Menor de 80	25,0 (1)	25,0 (1)	50,0 (2)	2,4 (4)
entre 80 y 98	22,2 (32)	44,4 (64)	33,3 (48)	87,3 (144)
Mayor de 98	17,6 (3)	41,2 (7)	41,2 (7)	10,3 (17)
Totales	21,8 (36)	43,6 (72)	34,5 (57)	(165)
Chi cuadrado= 1,08 Significación estadística (p)= 0,8970				
MUJERES				
	Grs. Etanol/semana			(N)
	0	0,1-139,9	140 y más	
Menor de 80	50,0 (2)	50,0 (2)	0,0 (0)	1,9 (4)
entre 80 y 98	37,5 (75)	51,0 (102)	11,5 (23)	93,5 (200)
Mayor de 98	10,0 (1)	80,0 (8)	10,0 (1)	4,7 (10)
Totales	36,4 (78)	52,3 (112)	11,2 (24)	(214)
Chi cuadrado= 4,19 Significación estadística (p)= 0,3806				

() = Número de respondentes

Tabla 91. Valores del Volumen Corpuscular Medio en relación al consumo semanal de alcohol
Medidas de asociación causal y medidas de validez

VARONES				
Grs.Etanol/semana				
	280 y +	<280	Total	
VCM elevado	7	10	17	OR=1,37
VCM normal	50	98	148	LC=0,44-4,22
Total	57	108	165	p=0,5450
SENSIBILIDAD=0,12				
ESPECIFICIDAD=0,91				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,41				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,66				
MUJERES				
Grs.Etanol/semana				
	140 y +	<140	Total	
VCM elevado	1	9	10	OR=0,87
VCM normal	23	181	204	LC* =0,02-6,84
Total	24	190	214	p=0,9009
SENSIBILIDAD=0,04				
ESPECIFICIDAD=0,95				
VALOR PREDICTIVO POSITIVO=0,10				
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO=0,89				

LC* =Límite exacto (251)

FIG.1. CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL ENTRE USUARIOS DE ATENCION PRIMARIA POR GRUPOS DE EDAD

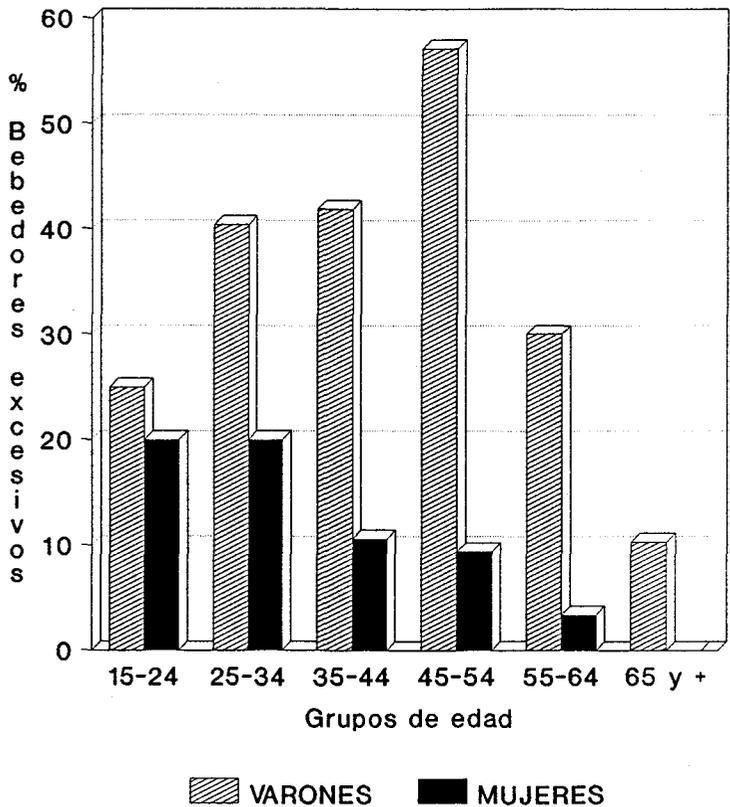


FIG.2. PORCENTAJE DE ABSTEMIOS ENTRE USUARIOS DE ATENCION PRIMARIA POR GRUPOS DE EDAD

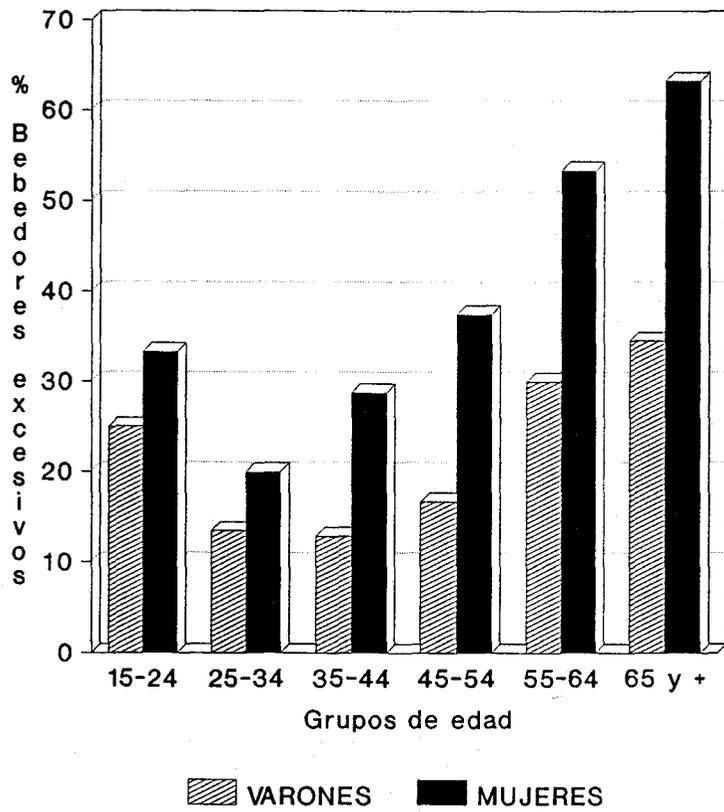


FIG.3. TIPO DE BEBIDA CONSUMIDA ENTRE USUARIOS DE ATENCION PRIMARIA POR GRUPOS DE EDAD

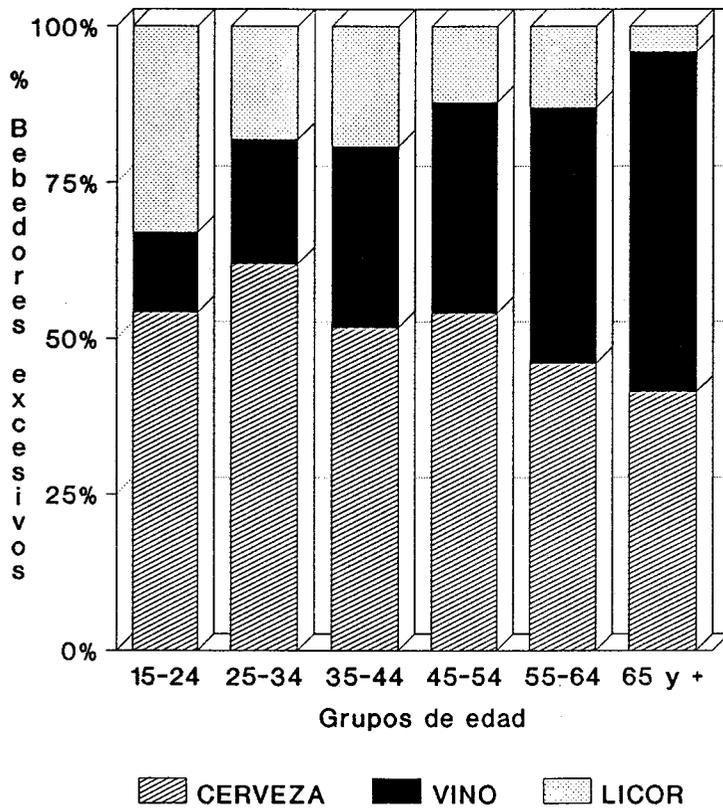
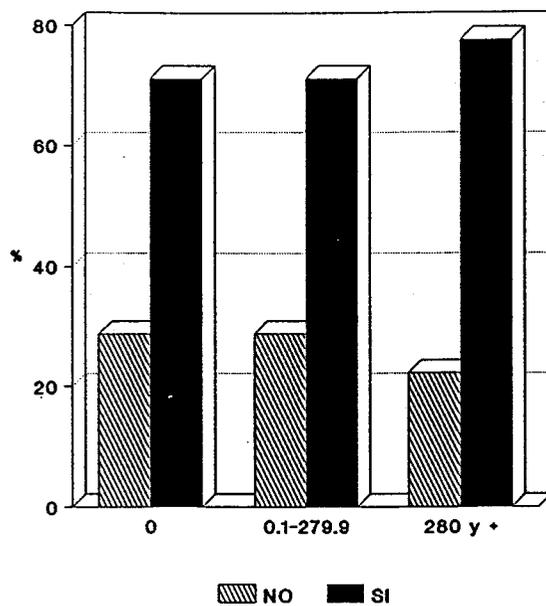
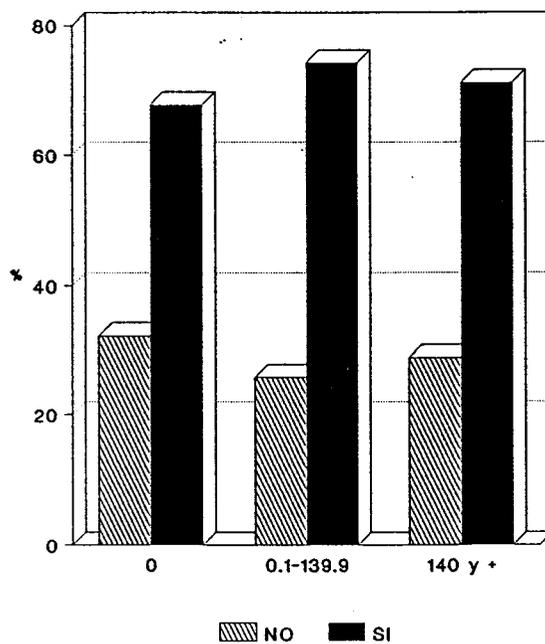


FIG. 4. ¿CREE QUE SU MEDICO DE CABECERA DEBERIA INTERESARSE POR SU HABITO DE BEBER?
Según consumo de alcohol. VARONES



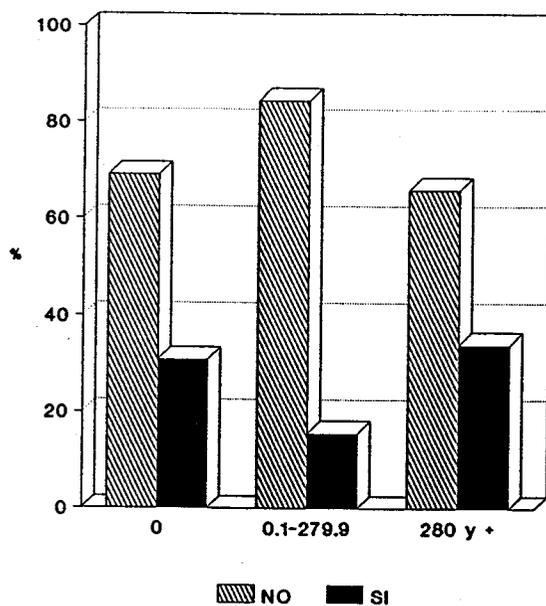
N= 301.

MUJERES



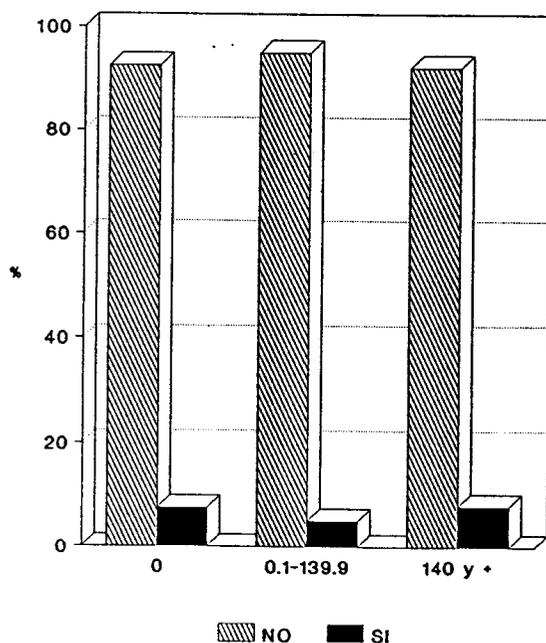
N= 346.

FIG. 5. ¿HA RECIBIDO CONSEJO DE SU MEDICO SOBRE SU HABITO DE BEBER?
Según consumo de alcohol. VARONES



N= 306.

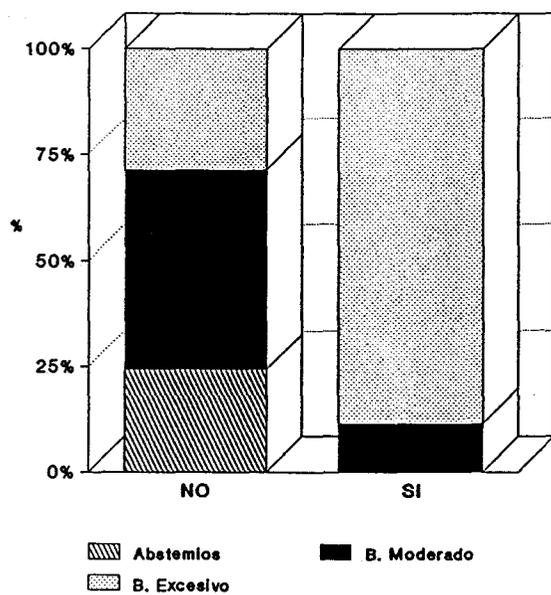
MUJERES



N= 362.

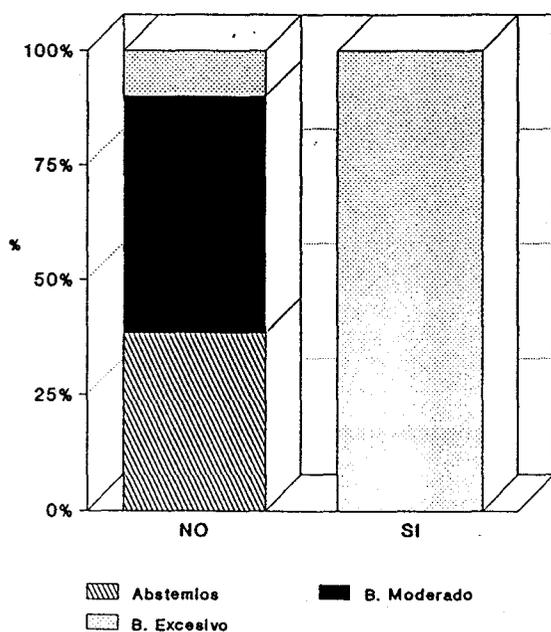
FIG. 6.

¿CREE QUE HABITUALMENTE TIENE UN PROBLEMA DE BEBIDA?
Según consumo de alcohol. VARONES



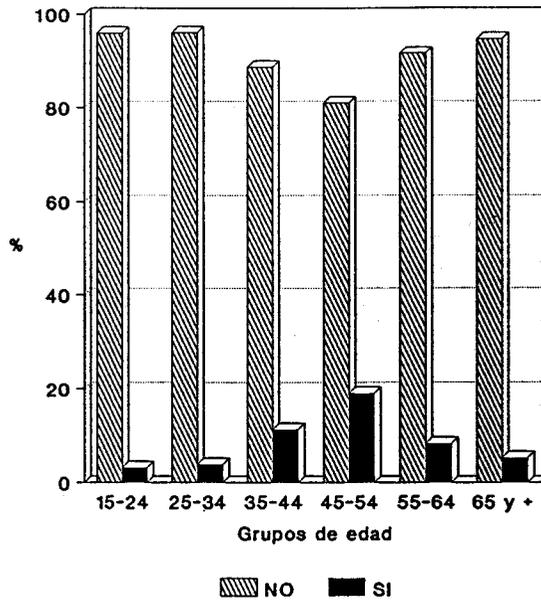
Nº 306.

MUJERES



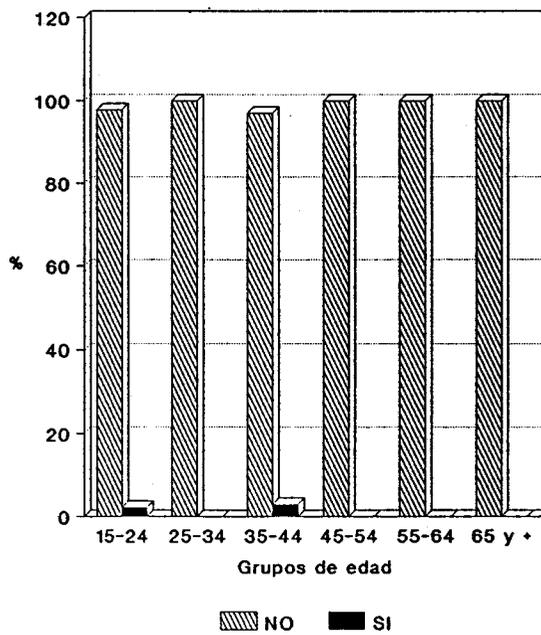
Nº 362.

FIG. 7. ¿CREE QUE HABITUALMENTE TIENE UN PROBLEMA DE BEBIDA? SEGUN LA EDAD. VARONES



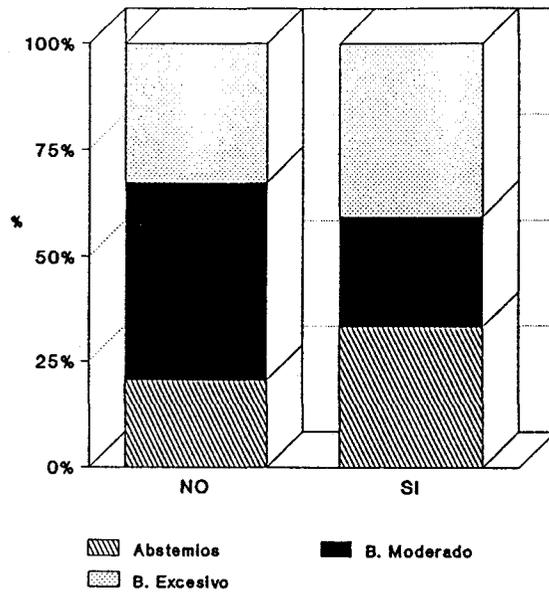
N= 306.

MUJERES



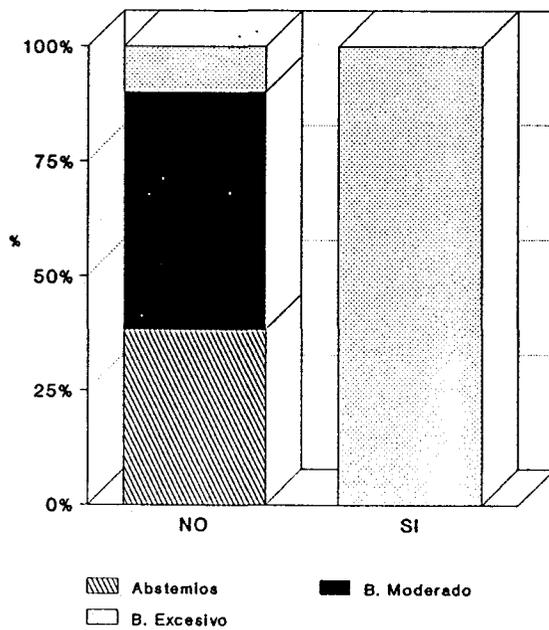
N= 362.

FIG. 8. ¿ALGUNA VEZ EN EL PASADO TUVO UN PROBLEMA DE BEBIDA?
Según consumo de alcohol. VARONES



N= 306.

MUJERES



N= 362.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Sournia JC. Histoire naturelle et morale de la nourriture. Paris. Bordas, 1987.
2. Fernández E, Torcida I, Rodero B. Alcoholismo y sociedad. Rev San Hig Pub 1981; 55:1277-1294.
3. Arquiola E. Historia de las drogas: del éxtasis divino a la enfermedad y el delito (I). Jano 1989; 848:55-95.
4. Etienne R. La vie quotidienne à Pompéi. Paris. Hachette, 1977.
5. Thorndike L. A History of magic and experimental science during the first thirteen centuries of our era. En: Thorndike I, ed. A History of magic and experimental science. Nueva York, Columbia University Press, 1923-1958, Vol I, pp 468.
6. Thorndike L. Raymond Lull. En: Thorndike I, ed. A History of magic and experimental science. New York-London. Columbia University Press, 1964, Vol II, pp 862-873.
7. Fouquet P., De Borde M. Le roman de l'alcohol. Paris, Seghers, 1985.
8. Sournia J Ch. Historie de L'alcoolisme. Paris. Flammarion, 1986.
9. Huertas R. Locura y degeneración. Madrid. CSIC, 1987.
10. McLeod RM. The Edge of Hope: Social Policy and Chronic Alcoholism 1870-1900. J Hist Med All Sci 1967; 22:215-245.
11. Berridge V., Edwards G. Opium and the People. Opiate Use in Nineteenth Century. England. New Haven, Yale University Press, 1987.
12. Byck R. Cocaine use and reserch: three histories. En: Fischer S, Raskin A, Ulenhuth EH, Cocaine: Clinical and Biobehavioral Aspects. Nueva York. Oxford University Press, 1987.
13. Arquiola E. Historia de las drogas: del éxtasis a la enfermedad y el delito (II). Jano 1989; 852:57-109.
14. Terris M. Epidemioly of cirrhosis of the liver, national mortality data. Am J Pub Health 1967; 57:2076-2088.

15. Seeley JR. Death by liver cirrhosis and the price of beverage alcohol. *Canad Med Assoc J*, 1960; 83:1361-1366.
16. Gordis E, Dole VP, Ashley MJ. Regulation of alcohol consumption. *Am J Med* 1983; 74:322-333.
17. Ames GM. American beliefs about alcoholism: historical perspectives on the medical-moral controversy. En: Bennet LA y Ames GM (Eds). *The American Experience with Alcohol. Contrasting cultural perspectives*. New York: Plennun Press, 1985.
18. Page PB. The origins of alcohol studies: EM Jellinek and the documentation of the alcohol research literature. *Br J Addict* 1988; 83:1095-1103.
19. Chapman-Walsh D, Hingson RW. Epidemiology and alcohol policy. En: Levine S, Lilienfeld A (Eds). *Epidemiology and Health Policy*. New York: Tavistock Publication, 1987.
20. Report of a WHO group of investigators on criteria for identifying and classifying disabilities related to alcohol consumption. En: Edwards G, Gross MM, Keller M, Moser J and Room R (Eds). *Alcohol related disabilities*. Geneva: WHO, 1977 (WHO Offiset Publication N°32).
21. Problemas relacionados con el consumo de alcohol. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS, 1980 (Serie de Informes Técnicos N°650).
22. Edwards G, Arif A, Hodgson R. Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a WHO memorandum. *Bull WHO* 1981; 59:225-242.
23. Jellinek EM. *The disease concept of alcoholism*. New Haven: College and University Press, 1960.
24. National Council on Alcoholism. Criteria Committe. Criteria for the diagnosis of alcoholism. *Am J Psychiatry* 1972; 127:127-135.
25. Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Br Med J* 1976; 1:1058-1061.
26. Keller M. Problems of epidemiology in alcohol problems. *Q. J Stud Alcohol* 1975; 36:1442-1451.

27. Gili M, Lacalle JR, Nieto C, Velasco A. Epidemiología de los problemas relacionados con el alcohol. *Revisiones en Salud Pública* 1989; 1:133-158.
28. Moser J. Políticas sobre el alcohol en la planificación nacional de la salud y el desarrollo. Ginebra: OMS, 1985 (Publicaciones en Offset N°89).
29. Donovan JE, Jessor R. Problem drinking and the dimension of involvement with drugs: a Guttman scalogram analysis of adolescent drug use. *Am J Public Health* 1983; 73:543-552.
30. US DHHS, PHS. Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration. 5th. Special Report to the US Congress on Alcohol and Health from the secretary of Health and Human Services DHHS. Publication N° 84-1291. Washington DC: US Government Printing Office, 1983.
31. Bruun K, Edwards G, Lumio M et al. Alcohol control policies in Public Health perspective. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies, Vol 25, 1975.
32. Instituto Nacional de Estadística. Anuarios Estadísticos de España Madrid: I.N.E. (1950-1980)
33. Walsh B, Grant M. Public health implications of alcohol production and trade. Geneva: WHO, 1985. (WHO Offset Publication No. 88).
34. Memoria del grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo. *Rev San Hig Púb* 1975; 59:409-573.
35. Gili M, Orta D, Salleras L et al. L'impacte de l'alcoholisme sobre la mortalitat a Espanya. En: Institut d'Estudis de la Salut. *Curs de Drogodependències*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1981:81-96.
36. I.N.E. Encuesta de morbilidad hospitalaria 1979. Madrid: I.N.E., 1984.
37. Comisión Central de Coordinación Hospitalaria. Censo de pacientes internados en establecimientos psiquiátricos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1980.
38. Ouellet BL, Romeder JM, Lance JM. Premature mortality attributable to smoking and hazardous drinking in Canada. *Am J Epidemiol* 1979; 109:451-463.
39. Health and Welfare Canada. Alcohol in Canada. A national perspective. 2nd

- ed. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1984.
40. Sundby P. Alcoholism and mortality. National Institute for Alcohol Research, Pub No.6. Oslo: Universitetsforlaget, 1967.
 41. Popham RE, Schmidt W, Israelstam S. Heavy alcohol consumption and physical health problems. A review of the epidemiologic evidence. En: Smart RG, Cappell HD, Glasser FB et al (eds). Research advances in alcohol and drug problems. Vol 8. New York: Plenum Press. 1984:149-182.
 42. De Lint J, Schmidt W. Consumption averages and alcoholism prevalence: a brief overview of epidemiological investigations. Br J Addict 1971; 66:97-107.
 43. Rankin JG, Schmidt W, Popham RE, de Lint J. Epidemiology of alcoholic liver disease insights and problems. En: Khanna JM, Israel Y, Kalant H (eds). Alcoholic liver pathology. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario, 1975:31-41.
 44. Addiction Research Foundation of Ontario: Alcohol, Public Education and Social Policy. Report of the task force on public education and social policy. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario, 1981.
 45. Ledermann S. Alcool, alcoolisme, alcoolisation. Vol 1. Données scientifiques de caractère physiologique, économique et social. Institute National d'Etudes Démographiques. Travaux et Documents. Cahier No.29. Paris: Presses Universitaires de France, 1956.
 46. Duffy JC, Cohen GR. Total alcohol consumption and excessive drinking. Br J Addict 1978; 73:259-264.
 47. Parker DA, Harman MS. The distribution of consumption model of prevention of alcohol problems: a critical assessment. J Stud Alcohol 1978; 39:377-399.
 48. Sulkunen P. Behind the curves. The Ledermann Curve. Report of a Symposium. London: Alcohol Education Centre, 1977.
 49. Schmidt W, Popham RE. The single distribution theory of alcohol consumption: a rejoinder to the critique of Parker and Harman. J Stud Alcohol 1978; 39:400-419.
 50. Skog OJ. Total alcohol consumption and rates of excessive use: a rejoinder to Duffy and Cohen. Br J Addict 1980; 75:133-145.
-

51. Makela K, Room R, Single E et al. Alcohol, society and the State.I: A comparative study of alcohol control. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario, 1981.
52. Alonso F. Alcoholomanía en la infancia. Rev Esp Ped 1970; 26:283-298.
53. Alvira F. Estudio del consumo de alcohol y otras drogas en los adolescentes españoles y factores que influyen en el mismo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
54. León G, Santo Domingo J, Pata P. Pautas de consumo de líquidos y bebidas alcohólicas en un grupo muestral del personal de una industria siderúrgica y en sus medios familiares. Madrid. Monografía P.A.N.A.P., 1970.
55. Enríquez R. Encuesta ICESA-GALLUP. Estudio de los hábitos de consumo de alcohol de la población adulta española. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
56. Centro de Investigaciones Sociológicas. Actitudes y comportamiento de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas. Madrid, C.I.S. Número de Investigación 1487, 1985.
57. Walsh D. Alcohol-related medicosocial problems and their prevention. Public Health in Europe 17. Copenhagen: Regional Office for Europe. WHO, 1982.
58. Osterberg E. Alcohol-related problems in cross-national perspective: results of the ISACE study. En: Babor TF, ed. Alcohol and culture: comparative perspectives from Europe and America. Annals of the New York Academy of Sciences. Vol 472. New York: The New York Academy of Sciences, 1986:10-20.
59. Rootman I, Moser J, Hawks D, de Roumanie M. Normas para investigar los problemas relacionados con el alcohol y preparar las soluciones adecuadas. Ginebra: OMS, 1985. (Publicación en Offset No.81).
60. Gross MM. Psychobiological contributions to the alcohol dependence syndrome: a selective review of recent research. En: Edwards G, Gross MM, Keller M et al (eds). Alcohol related disabilities. Geneva: World Health Organization, 1977:107-131.
61. Goodwin DW. Is alcoholism hereditary? New York: Oxford University Press, 1976.

62. Kissin B, Begleiter H. The biology of alcoholism. Vol 4. Social aspects of alcoholism. New York:Plenum Press, 1976.
63. Freixa F, Melgarejo M, Rovira R. Etiopatogenia: factores sociales y culturales. *Jano* 1985; 656:17-23.
64. Moser J. Prevention of alcohol related-problems. An international review of preventive measures, policies and programmes. Toronto: WHO, Addiction Research Foundation, 1980.
65. Burch GE, Giles TD. Alcoholic cardiomyopathy. En: Kissin B, Begleiter H (eds). The biology of alcoholism. Vol 3. Clinical Pathology. New York: Plenum Press, 1974:435-460.
66. Blankenhorn MA. The diagnosis of beriberi heart disease. *Ann Int Med* 1945; 23:398-404.
67. Ashley MJ. Alcohol consumption and ischemic heart disease. The epidemiologic evidence. En: Smart RG, Cappell HD, Glasser FB et al (eds). Research advances in alcohol and drug problems. Vol 8. New York: Plenum Press, 1984:99-147.
68. Ashley MJ, Rankin JG. Hazardous alcohol consumption and diseases of the circulatory system. *J Stud Alcohol* 1980; 41:1040-1070.
69. Rankin JG, Ashley MJ. Alcohol-related problems and their prevention. En: Last JM (ed.). Maxcy-Rosenau's Public Health and Preventive Medicine. 12th ed. Norwalk: Appleton-Century-Crofts. 1986:1039-1073
70. Klatsky AL, Friedman GD, Siegelau AB. Alcohol and mortality. *Ann Int Med* 1981; 95:139-145.
71. Barboriak JJ, Anderson AJ, Hoffmann RG. Interrelationship between coronary artery occlusion, high-density lipoprotein cholesterol, and alcohol intake. *J Lab Clin Med* 1979; 94:348-353.
72. Haskell WL, Camargo C, Williams PT, et al. The effect of cessation and resumption of moderate alcohol intake on serum high-density lipoprotein subfractions. *N Engl J Med* 1984; 310:805-810.
73. Victor M, Adams RD. On the etiology of alcoholic neurologic diseases with special to the role of nutrition. *Am J Clin Nutr* 1961; 9:379-397.

74. Freund G. Chronic central nervous system toxicity of alcohol. *Ann Rev Pharm* 1973; 13:217-227.
75. Ashley MJ, Olin JS, le Riche WH et al. The physical disease characteristics of inpatients alcoholics. *J Stud Alcohol* 1981; 42:1-14.
76. Wilkinson P, Kornaczewski A, Rankin JC, Santamaría JN. Physical disease in alcoholism: inicial survey of 1000 patients. *Med J Aust* 1971; 1:1217-1223.
77. Parsons DA. Neuropsychological deficits in alcoholics: facts and fancies. *Alcoholism Clin Exper Res* 1977; 1:51-56.
78. Goldstein G, Chotlos JW, McCarthy RJ, Neuringer C. Recovery from gait instability in alcoholics. *Q J Stud Alcohol* 1968; 29:38-43.
79. Long JA, McLachlan JFC. Abstract reasoning and perceptual motor efficiency in alcoholics: impairment and reversability. *Q J Stud Alcohol* 1974; 35:1220-1229.
80. Mayer RF. Peripheral nerve conduction in alcoholics: studies of acute and chronic intoxication. *Psychosom Med* 1966; 28:475-483.
81. Albert M, Butters N, Roges S et al. A preliminary report: nutritional levels and cognitive performance in chronic alcohol abusers. *Drug Alcohol Depend* 1982; 9:131-142.
82. Parker ES, Birnbaum IM, Boyd RA et al. Neuropsychological decrements as a function of alcohol intake in male students. *Alcoholism Clin Exper Res* 1980; 4:330-334.
83. Cala LA, Jones B, Burns P et al. Results of computerized tomography, psychometric testing and dietary studies in social drinkers, with emphasis on reversibility after abstinence. *Med J Aust* 1983; 2:264-269.
84. Remmers JE. Obstructive sleep apnea. A common disorder exacerbated by alcohol. *Am Rev Respir Dis* 1984; 130:153-155.
85. Krol RC, Knuth SL, Bartlett D. Selective reduction of genioglossal muscle activity by alcohol in normal human subjects. *Am Rev Respir Dis* 1984; 129:247-250.
86. Issa FQ, Sullivan CE. Alcohol, snoring and sleep apnea. *J Neurol Neurosurg Psych* 1983; 45:353-359.

87. Ashley MJ. Alcohol consumption, ischemic heart disease and cerebrovascular disease. *J Stud Alcohol* 1982; 43:869-887.
88. Blackwelder WC, Yano K, Rhoads GG et al. Alcohol and mortality: the Honolulu heart study. *Am J Med* 1980; 68:164-169.
89. Kozarevic D, McGee D, Vojvodic N et al. Frequency of alcohol consumption and morbidity and mortality: the Yugoslavia cardiovascular disease study. *Lancet* 1980; 1:613-619.
90. Altura BM, Altura BT, Gebrewold A. Alcohol-induced spasms of cerebral vessels: relation to cerebrovascular accidents and sudden death. *Science* 1983; 220:331-332.
91. Tuyns AJ, Péquignot G. Greater risk of ascitic cirrhosis in females in relation to alcohol consumption. *Int J Epidemiol* 1984; 13:53-57.
92. Kagan A, Yano K, Rhoads GG, McGee DL. Alcohol and cardiovascular disease: the hawaiian experience. *Circulation* 1981; 64:27-31.
93. Schmidt W. The epidemiology of cirrhosis of the liver: a statistical analysis of mortality data with special reference to Canada. En: Fisher MM, Rankin JG (eds). *Alcohol and the liver*. New York:Plenum Press. 1976:1-26.
94. Skog OJ. Liver cirrhosis epidemiology: some methodological problems. *Br J Addict* 1980; 75:227-243.
95. Cook PJ. Alcohol Taxes as a public health measure. *Br J Addict* 1982;77:245-250.
96. Tuyns AJ, Estève J, Péquignot G. Ethanol is cirrhogenic, whatever the beverage. *Br J Addict* 1984; 79:389-393.
97. Tuyns AJ. Alcohol. En: Schottenfeld D, Fraumeni JF, eds. *Cancer epidemiology and prevention*. Philadelphia: WB Sanders, 1982:293-303.
98. Tuyns A. *Alcool et cancer*. Lyon: Centre International de Recherche sur le Cancer, 1978.
99. Rothman KL. The Proportion of cancer attributable to alcohol consumption. *Prev Med* 1980; 9:174-179.
100. Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidables

- risks of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst* 1981; 66:1191-1308.
101. Wynder EL, Bross IJ, Feldman RM. A study of etiological factors in cancer of the mouth. *Cancer* 1957; 10:1300-1323.
 102. Keller AZ. Cirrhosis of the liver, alcoholism and heavy smoking associated with cancer of the mouth and pharynx. *Cancer* 1967; 20:1015-1022.
 103. Wynder EL, Covey LS, Mabuchi K et al. Environmental factors in cancer of the larynx. A second look. *Cancer* 1976; 38:1591-1601.
 104. Flanders WD, Rothman KJ. Interaction of alcohol and tobacco in laryngeal cancer. *Am J Epidemiol* 1982; 115:371-379.
 105. Rothman KJ., Cann CI., Flanders D. et al. Epidemiology of laryngeal cancer. *Epidemiol Rev* 1980; 2:195-209.
 106. Beasley RP, Hwang LY. Epidemiology of hepatocellular carcinoma. En: Vyas GN, Dienstag JL, Hoffnagle JH (eds). *Viral hepatitis and liver disease*. Orlando: Grune and Stratton, 1984:209-224.
 107. Bréchet C, Nalpas N, Courouce AM et al. Evidence that hepatitis B has a role in liver-cell carcinoma and in alcoholic liver disease. *N Engl J Med* 1982; 306:1384-1387.
 108. Gili M, Alvarez M, Nieto A. Trends in mortality rates by cancer and alcohol consumption in Spain during 1951-1979. 14th International Cancer Congress. Budapest, August 1986. Vol 3. Basel: Karger, 1986:3700.
 109. Pollack ES, Nomura AMY, Heilbrun LK, Stemmermann GN, Green SB. Prospective study of alcohol consumption and cancer. *N Engl J Med* 1984; 310:617-621.
 110. Jensen OM. Cancer morbidity and causes of death among Danish brewery workers. Lyon:International Agency for Research on Cancer, 1980.
 111. Velema JP, Walker AM, Gold EB. Alcohol and pancreatic cancer: insufficient evidence for a causal relationship. *Epidemiol Rev* 1986; 8:28-41.
 112. Rohan TE, Bain CJ. Diet in the etiology of breast cancer. *Epidemiol Rev* 1987; 9:120-145.
-

113. Alcohol and accidents. Report of a WHO Working Group. Reykjavik 1-3 September, 1987. Copenhagen: Regional Office for Europe, WHO, 1987.
114. Erckardt MJ, Harford TC, Kaelber CT, et al. Health hazards associated with alcohol consumption. JAMA 1981; 246: 648-666.
115. Waller J. Injury control. A guide to the causes and prevention of trauma. Lexington: DC Health, 1985.
116. CDC. Blood alcohol concentrations among young drivers - United States, 1982. MMWR 1983; 32:646-648.
117. Department of the Environment. Drinking and driving. Report of a Departmental Committee. London: HMSO, 1976.
118. Parés A, Caballería J, Rodamilans M, Urbano A, Bach L, Rodés J. Consumo de alcohol y accidentes en Barcelona. Estudio epidemiológico. Med Clin (Barc) 1988; 90:759-762.
119. Waller PF, Stewart R, Hansen AR, et al. The potentiating effect of alcohol on driver injury. JAMA 1986; 256:1461-1466.
120. Collins J. Drinking and crime. New York: Guilford, 1981.
121. Walker L. The battered woman. New York: Harper and Row, 1979.
122. Gil D. Violence against children: physical child abuse in the United States. Cambridge: Harvard University Press, 1973.
123. Ritson EB. Alcoholism and suicide. En: Edwards G, Grant M, eds. Alcoholism. New knowledge and new responses. London: Croom Helm, 1976.
124. US DHHS, PHS, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration: 4th Special Report to the US Congress on Alcohol and Health from the Secretary of Health and Human Services. DHHS Publication No 81-1080. Washington DC: US Government Printing Office, 1981.
125. Finkle BS, McCloskey KL, Goodman LS. Diazepam and drug-associated deaths: a survey in the United States and Canada. JAMA 1979; 242: 429-434.
126. Lemoine P, Harrousseau H, Borteyru JP, Menuet JC. Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observés. A propos de 127 cas. Ouest Med 1968; 25:477-482.

127. Jones KL, Smith DW, Ulleland CN et al. Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet* 1973; 1:1267-1271.
128. Clarren SK., Smith DW. The fetal alcohol syndrome. *N Engl Med* 1978; 298:1063-1067.
129. Cushner IM. Maternal behavior and perinatal risks: alcohol, smoking and drugs. *Ann Rev Public Health* 1981; 2:201-218.
130. Little RE. Streissguth AP. Effects of alcohol on the fetus: impact and prevention. *Can Med Assoc J* 1981; 125: 15-20.
131. Keilman PA. Alcohol consumption and diabetes mellitus mortality in different countries. *Am J Public Health* 1983; 73:1316-1317.
132. Yen S, Hsieh CC, McMahon B. Consumption of alcohol and tobacco and other risk factors for pancreatitis. *Am J Epidemiol* 1982; 116:407-414.
133. Lindenbaum J. Metabolic effects of alcohol on the blood and bone marrow. En: Lieber CS, ed. *Metabolic aspects of alcoholism*. Baltimore: University Park Press, 1977:215-247.
134. Cummings SR, Kelsey JL, Nevitt MC, O'Dowd KJ. Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures. *Epidemiol Rev* 1985; 7:178-208.
135. Varios autores. Tema monográfico: Enfermedades orgánicas producidas por el alcohol. *Jano* 1985; 657.
136. Schioler P. Alcohol-related problems for primary health care workers. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen 1991.
137. Babor TF, Ritson EB, Hodgson RJ. Alcohol related problems in Primary Health Care Setting: a review of early intervention strategies. *Brit J Addiction* 1986, 81:23-46.
138. Roizen R, Campillo C, Medina ME et al. Community response to alcohol-related problems: four country analysis. World Health Organization Study (Draft). Berkeley: Alcohol Research Group, 1983.
139. Shaw S, Carwright A, Spratley T, Harwin J. (1978). *Responding to drinking problems*. (London, Croom Helm).
140. The respective roles of primary health care and specialized services in the

- development and implementation of programmes for problems drinkers. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen. Oslo 26-29 august 1986.
141. WHO-UNICEF .Primary Health Care. Geneva: WHO 1978.
 142. Alma-Ata 1978. Primary Health Care: report of the international conference on primary health Care. Geneva, WHO ("Health for All" Series, Nº1).
 143. Rootman I, Moser J. Community response to alcohol-related problems. Washington: NIMH & WHO, 1984.
 144. Orford S, Harwin J.(1982) Alcohol and the Family (London, Croom Helm).
 145. Ritson EB. Community response to alcohol-related problems: review of an international study. Geneva: World Health Organization, 1985. (Public Health Paper No.81).
 146. Clement S. The identification of alcohol related problems by general practitioners. Brit J Addiction 1986; 81:257-264.
 147. Carwright A. The attitudes of helping agents toward the alcoholic client; the influence of experience, support, training and self esteem. Brit J Addiction 1980; 75:413-431.
 148. Edwards G, Gross MM, Keller M, Moser J (Eds). Alcohol-related problems in the disability perspective. J Stud Alcohol 1976; 37:1360-1382.
 149. Gili M, Martinez E, Nieto C. Los estudios de casos y testigos. Los estudios transversales. Rev Enf Infecc 1989; 7:559-563.
 150. Gili M, Giner J, Lacalle JR, Franco D. Metodología de las encuestas poblacionales sobre consumo de alcohol y problemas relacionados con al bebida (I): Las encuestas poblacionales como instrumento para el conocimiento de los patrones de consumo de alcohol y prevalencia de problemas. An Psiquiatría 1990; 6(5):192-196.
 151. Anderson DW, Mantel N. On Epidemiologic Surveys. Am J Epidemiol 1983; 118:613-619.
 152. Hennekens CH, Buring JE. Epidemiology in Medicine. Boston: Little, Brown and Company. 1987.
-

153. Kelsey JL, Thompson WD, Evans AS. *Methods in Observational Epidemiology*. New York: Oxford University Press. 1986.
154. Cahalan D, Cisin J, Crossley M. *American drinking practices: a national study of drinking behavior and attitudes*. Monograph 6. New Brunswick, Rutgers Center of Alcohol Studies. 1969.
155. Johnston LD. *Review of general population surveys of drug abuse*. Geneva:WHO 1980. (WHO Offset Publication N°52).
156. *Community response to alcohol-related problems*. Second Meeting of Principal Investigators in the WHO Collaborative Study, Lisbon, 1987. Copenhagen: Regional Office for Europe, WHO. 1987.
157. Babor TF. Verbal report methods in clinical research on alcoholism: response bias and its minimization. *J Stud Alcohol* 1987; 48:410-424.
158. Gili M. *General population surveys*. Meeting of the Working Group of the Regional Office for Europe of The WHO on Planning and Evaluation of Intervention to reduce Alcohol-Related Problems. East Berlin. German Democratic Republic, 4-8 September 1989.
159. Hawks DV. The meaning of treatment services for alcohol-related problems in developing countries, in: Edwards G & Grant M (Eds). *Alcoholism Treatment in transition*, (Baltimore, University Park Press) 1980:199-204.
160. Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M. *AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in Primary Health Care*. WHO Division of Mental Health. Geneva 1989.
161. Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test. The quest for a new diagnostic instrument. *Am. J. Psychiatry* 1971; 127:89-94.
162. Moore RA. The diagnosis of alcoholism in a psychiatric hospital: A trial of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST). *Am J Psychiatry* 1972; 128:115-119.
163. Skinner HA, Shew WJ. Reliability of alcohol use indices: The lifetime drinking history and the MAST. *J Stud Alcohol* 1982; 43:1157-1170.
164. Selzer ML, Gomberg ES, Nordhoff JA. Men and Women's responses to the Michigan Alcoholism Screening Test. *J Stud Alcohol* 1979; 40:502-504.

165. Pokorny AD, Miller BA & Kaplan HB. The brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *Am J Psychiatry* 1972; 129:342-345.
 166. Kaplan H, Pokorny A, Kanesh T & Livfly G. Screening Tests and self-identification in the detection of alcoholism. *Journal of Health and Social Behaviour* 1974; 15:51-60.
 167. Kristenson H & Trell E. Indicators of alcohol consumption: Comparisons between a questionnaire (Mm-MAST), interviews and serum gamma-glutamyl transferase (GGT) in a health survey of middle-aged males, *Brit J Addiction* 1982; 77:297-304.
 168. Feuerlein W, Ringer C, Kügner H, Antons K. Diagnose des Alkoholismus der Münchner Alcoholismustest MALT. *Munch Med Wochenschr* 1977; 119:1275-1282.
 169. Skinner HA, Holt S Allen BA, Heakonson NH. Correlacion between medical and behavioral data in the assessment of alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 1980; 4:371-377.
 170. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *J Am Med Assoc* 1984; 252:1905-1907.
 171. Ewing JA, Rouse BA. Identifying the hidden alcoholic. Read at the 29th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence. Sydney. Australia Feb 26, 1970.
 172. Mayfield D, McLeod G & Hall P. The CAGE questionnaire; validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974; 131:1121-1128.
 173. Saunders Wm & Kershaw PW. Screening tests for alcoholism. Findings from a community study. *Brit J Addiction* 1980; 75:37-41.
 174. Wallace P, Haines A. Use of a questionnaire in general practice to increase the recognition of patients with excessive alcohol consumption. *Brit Med J* 1985; 290:1949-1953.
 175. Wilkins RH. *The Hidden Alcoholic in General Practice* (London, Elek). 1974.
 176. Stockwell T, Hodgson R, Edwards G, Taylor C & Rankin H. The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. *Brit J Addiction* 1979; 73:79-87.
-

177. Chick J. Is There a unidimensional alcohol dependence syndrome?. *Brit J Addiction* 1980; 75:265-280.
178. Skinner HA & Allen BA. Alcohol dependence syndrome: measurement and validation. *Journal of Abnormal Psychology*, 1982; 91:199-209.
179. Holt S, Skinner HA, Israel Y. Early identification of alcohol abuse 2: Clinical and laboratory indicators. *Canad Med Assoc J* 1981; 124:1279-1295.
180. Screening test for alcoholism? (E). *Lancet* 1980; 2:1117-1118.
181. Whitfield JB, Hensley WJ, Bryden D, Gallagher H. Effects of age and sex on biochemical responses to drinking habits. *Med J Aust* 1978; 2r 629-632.
182. Whitfield JB, Hensley WJ, Bryden D, Gallagher H. Some laboratory correlates of drinking habits. *Ann Clin Biochem* 1978; 15:297-303.
183. Zieve L. Jaundice, hyperlipemia and hemolytic anemia: a heretofore unrecognized syndrome associated with alcoholic fatty liver and cirrhosis. *Ann Intern Med* 1958; 48:471-496.
184. Castelli WP, Doyle JT, Gordon T, Hames CG, Hjortland MC, Hulley SB, Kagan A, Zukev WJ. Alcohol and blood lipids. The Cooperative Lipoprotein Phenotyping Study. *Lancet* 1977; 2:153-160.
185. Fripong NA, Lapp JA. Effects of moderate alcohol intake in fixed or variable amounts on concentration of serum lipids and liver enzymes in healthy young men. *Am J Clin Nutr* 1989; 50(5):987-91.
186. Whitehead TP, Clarke Ca, Whitefield AGW. Biochemical and hematological markers of alcohol intake. *Lancet* 1978; 1:978-981.
187. Szewezuk A. A soluble form of gamma-glutamyl tranpeptidase in human tissues. *Clin Chim Acta* 1966; 14:608-614.
188. Wu A, Chanarin J, Slavin G, Levi AJ. Folate deficiency in the alcoholic, its relationship tp clinical and haematological abnormalities, liver disease and folate stores. *Br J Haematol* 1975; 29:469-478.
189. Alcohol and the blood (E). *Br Med J* 1978; 1:1504-1505.
190. Wu A, Chanarin I, Levi AJ. Macrocytosis of cronic alcoholism. *Lancet* 1974; 1:829-830.

191. Myrhed M, Berglund L, Böttiger LE. Alcohol consumption and hematology. *Acta Med Scand* 1977; 202:11-15.
192. Le Go PM. Le depistage précoce de l'ethylisme, *Presse Medicale* 1986; 76:579-580.
193. Skinner HA, Holt S & Israel Y. History of trauma in detection of alcohol abuse: comparison with biochemical indicators. Proceedings of the International Alcohol Reserch Seminar (Washington, DC)
194. Bernadt M, Taylor C, Mumford J, Smith B & Murray RM. Comparison of a questionnaire and laboratory tests in the detection of excessive drinking and alcoholism, *Lancet* 1982; 325-328.
195. Targets for health for all. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 1985 (European Health for All series No.1).
196. Megía Sanz MJ, Pérez Bermudez AF, Solano Parés A, García Gil C. Atención Primaria, Desarrollo de la Reforma Sanitaria en Andalucía. En: *La Sanidad en Andalucía*. Fondo de Investigaciones Sanitarias. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987; pp:43-66.
197. Gili M, Giner J. Community responses to alcohol related problems. Results of the general population survey. Seville, Spain. 2nd Meeting of Principal Investigators of the Community Response to alcohol related problems. European Regional Office of WHO. Lisbon, 1987.
198. Pequignot G, Tuyns AJ, Berta JL. Ascitic cirrhosis in relation to alcohol consumption. *Int J Epidemiol* 1978; 7:113-120.
199. Norton R, Batey R, Dwyer T, MacMahon S. Alcohol consumption and the risk of alcohol cirrhosis in women. *British Medical Journal* 1987; 295:80-82.
200. Frezza M, Di Padava C, Pozzato G, Terpin M, Baraona E, Lieber CS. High Blood alcohol levels in women. The role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism. *The New England Journal of Medicine*, 1990; 322:95-99.
201. Schenker V, Speeg KV. The risk of alcohol intake in men and women. All may not be equal. *New England Journal of Medicine* 1990;332:127-129.
202. Saunders JB, Aasland OG. WHO collaborative Project on the identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Report on Phase I: Development of a screening instrument. Geneva: WHO, 1987.

203. Kristenson H, Trell E, Hood B. Serum GGT in screening and continuous control of heavy drinking in middle-aged men. *Amer J. Epidemiol* 1982; 114:862-872.
204. Vives Corrons JL. Sobre el valor de algunas pruebas de laboratorio en la detección de alcoholismo y enfermedad hepática crónica. *Med Clin (Barc)* 1982; 91:264-266.
205. Skinner HA, Holt S, Shew WJ, Israel Y. Detección clínica y de laboratorio del alcoholismo: el índice clínico de alcohol. *British Medical Journal (Ed. española)*, 1986 Dic:33-41.
206. DBASE III plus versión 1.0. Ashton-Tate, Torrance, CA, 1987.
207. SPSS Inc. SPSS/PC + v2.0 Base manual. Chicago IL: SPSS Inc, 1988.
208. Dean AD, Dean JA, Burton JH, Dicker RC. EPIINFO versión 5: A word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia, USA. 1990.
209. LOTUS 1,2,3 versión 3, Lotus development Corp Cambridg, MA, 1989.
210. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. *Epidemiologic research. Principles and quantitative methods.* Lifetime Learning Publications. Belmont, 1982.
211. *Respuesta Comunitaria a los Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol. Resultados de los estudios de Sevilla y Cantabria.* Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1991.
212. EDIS. *Los andaluces ante las drogas.* Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales, 1988.
213. Aasland OG, Bruusgaard D, Rutle O. Alcohol Problems in General Practice. *Br J Addiction* 1987; 82:197-201.
214. Diez Manrique JF. Working paper by Santander. Third Meeting of Principal investigators in the WHO Collaborative Study on Community Response to Alcohol Related Problems. San Marino, 1989.
215. Ahiström S. Women's use of alcohol. En: Simpura J (ed): *Finnish drinking habits. Results from interview surveys held in 1968, 1976 and 1984.* Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1987:109-134.

216. Celentano DD, McQueen DV. Life styles and drinking behavior among urban women in America. En: Eimeren W, Engelbrecht R and Flage ChD (eds). 3rd Int Conf on System Science in Health Care (pp 112-115).
217. Wilsnack RW, Wilsnack SC, Klassen AD. Women's drinking and drinking problems: patterns from a 1981 National Survey. *Am J Public Health* 1984; 74:1231-1238.
218. Clark W. Sex roles and alcoholic beverages usage. Berkeley, CA, Social Research Group, 1964 (Working Paper No.16).
219. Knupfer G, Room R. Age, sex and social class as factors in amount of drinking in a metropolitan community. *Soc Probl* 1964; 12:224-240.
220. Clark WB, Midanik L. Alcohol Use and Alcohol Problems among US Adults: Results of the 1979 National Survey. In: *Alcohol and Health Monograph No.1*. Rockville, MD; National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, 1982.
221. Hilton ME. Regional Diversity in United States Drinking Practices. *Br J Addiction* 1988; 83:519-532.
222. Fillmore KM. Prevalence, Incidence and chronicity of drinking patterns and problems among men as a function of age: a longitudinal and cohort analysis. *Br J Addiction* 1987; 82:77-83.
223. Persson J, Magnusson PH. Prevalencia de bebedores excesivos o bebedores con problemas entre pacientes atendidos en consultas externas no psiquiátricas: estudio de la asistencia médica relacionada con el alcohol. *Br Medical J. (Ed Española)* 1988; III:45-52.
224. Liberatos P, Link BG, Kelsey JF. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic Review* 1988; 10:87-121.
225. Crawford A, Plant MA, Kreitman N, Latham RW. Unemployment and drinking behavior: some data from a general population survey of alcohol use. *Br J Addiction* 1987; 82:1007-1016.
226. Pyörälä E. Trends in alcohol consumption in Spain, Portugal, France and Italy from the 1950s until the 1980s. *Br J Addiction* 1990; 85:469-477.
227. Wallace P, Haines AP. General practitioner and health promotion: what patients think. *Br Medical J* 1984; 289:534-536.

228. Pike LA. The consumer demand for health education. *J. R. Coll Gen Pract* 1971; 21:156-160.
229. Hyatt JD. Perceptions of the family physician by patients and family physicians. *J Fam Pract* 1980; II:295-300.
230. Gili M, Giner J, Lacalle JR, Franco D, Velasco A. Detección de problemas relacionados con el alcohol en Atención Primaria. *Gaceta Sanitaria* 1990; 19:135-139.
231. McIntosh ID. Alcohol-related disabilities in general hospital patients: a critical assessment of the evidence. *Int J Addiction* 1982; 17:609-639.
232. Rydberg U, Bjerver K, Goldberg I. The alcohol factor in a surgical emergency unit. *Acta Med Leg Soc* 1973; 22:71-82.
233. Romelsjö A. Alcohol related problems in Olofström. *Alkohol Och Narkouka* 1983; 4:11-15.
234. Nojd BI. Prevention and treatment of alcohol abuse. Stockholm: SPRI, 1984.
235. Schofield A. The CAGE questionnaire and psychological health. *Brit J Addiction* 1988; 83:761-764.
236. King M. At risk drinking among general practice attenders: prevalence, characteristics and alcohol related problems. *Brit J Psychiatry* 1986; 148:533-540.
237. Jacoponi E, Ramos R, Roberto M. At risk drinking in primary care: report from a survey in Sao Paulo, Brazil. *Br J Addiction* 1989; 84:653-658.
238. Helman N, Rubenstein Ls. The effects of age, sex and smoking on erythrocytes and leukocytes. *Am J Clin Pathol* 1975; 63:35-44.
239. Whitfield JB, Allen JK, Adena M et al. A multivariate assessment of alcohol consumption. *Int J Epidemiol* 1981; 10:281-288.
240. Reed TE. One man's tippie in another man's poison. *New Sci* 1983; 100:745-751.
241. Ryback RS, Eckardt Mj. Pautler Cp. Biochemical and hematological correlates of alcoholism. *Res Commun Chem Pathol Pharmacol* 1980; 27:533-550.

242. Caballería LI, Montull S, Parés A, Devlofev R, Caballería J, Rodés J. Utilidad de los marcadores biológicos para la detección de alcoholismo y para el diagnóstico de enfermedad hepática alcohólica. *Med Clin (Barc)* 1988; 91:244-248.
243. Lumeng L. New diagnostic markers of alcohol abuse. *Hepatology* 1986; 6:742-745.
244. Kapur BM, Holt S, Blake J, Orrego H. HDL-colesterol in alcoholics with liver disease. Presented at Joint Meeting of the American Association for Clinical Chemistry and the Canadian Society of Clinical Chemistry. Boston, 1980.
245. Rollason JG, Pincherle G, Robinson D. Serum gammaglutamyl transpeptidase in relation to alcohol consumption. *Clin Chim Acta* 1972; 39:75-80.
246. Pomerleau O, Pertschuck M, Adkins D, Brady JP. A comparison of behavioral and tradicional treatment for middle-income problem drinkers. *J Behav Med* 1978; 1:187-200.
247. Wilkes E. Alcohol, The clinician and the laboratry update 1983; 1329-1334.
248. Chanarin I. Haemopoiesis and alcohol. *Br Med Bull* 1982; 38:81-86.
249. Chalmers DM, Rinsler Mg, MacDermott S, Spicer CC, Levi Aj. Biochemical and haematological indicators of excesive alcohol consumption. *Gut* 1981; 22:992-996.
250. Unger Kw, Johnson D JR. Red blood cell mean corpuscular volume: a potencial indicator of alcohol usage in a working population. *Am J Med Sci* 1974; 267:281-289.
251. Metha CR, Patel NR, Gray R. *JASA* 1980; 78:969-973.

VIII. ANEXO

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO

SEVILLA

CASO No. (_ _ _ _)

PRIMER APELLIDO.....

SEGUNDO APELLIDO.....

NOMBRE.....

SEXO..... (_) . EDAD..... (_ _)

DIRECCION

CALLE/PLAZA.....No.....Piso.....

LOCALIDAD.....

MUNICIPIO.....TELEFONO.....

CENTRO DE SALUD..... (_)

FECHA DE LA ENTREVISTA...../...../.....

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIO-SANITARIAS.
FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

1.- ¿Cuál fue su fecha de nacimiento?

_____ / _____ / _____

2.- ¿Dónde nació usted?

En _____
Fuera de la localidad pero en Sevilla..... 1
Fuera de Sevilla pero en España..... 2
Fuera de España..... 3

3.- ¿Cuál es su estado civil actual?

Soltero, nunca se ha casado..... 1
Casado o en unión con pareja estable..... 2
Separado..... 3
Divorciado..... 4
Viudo..... 5
Otros..... 6
No contesta..... 9

4.- ¿Qué nivel de educación ha alcanzado usted hasta este momento?

Analfabeto/ no sabe leer..... 01
Sabe leer..... 02
Certificado de estudios primarios..... 03
EGB/F. Profesional 1 04
BUP/F. Profesional 2 (incompleto)..... 05
Grado Medio (incompleto)..... 06
Grado Medio (completo)..... 08
Universidad (incompleto)..... 09
Universidad (completo)..... 10
No contesta..... 99

5.- ¿Cuál es su ocupación actualmente?

Trabajo de tiempo completo durante el día.....	1
Trabajo de tiempo completo por turnos (día/noche)	2
Trabajo de tiempo completo por las noches.....	3
Trabajo a tiempo parcial.....	4
Estudiante.....	5
Ama de casa.....	6
No trabaja (parado, jubilado, incapacitado).....	7
Otros (especificar).....	8
No contesta.....	9

SOLO A LOS QUE NO TRABAJAN (Pregunta No 6)

6.- ¿Cuál es la razón principal por la que actualmente no trabaja?

Jubilado.....	1
Incapacitado permanentemente.....	2
Incapacitado temporalmente (o enfermo).....	3
Desempleado temporalmente.....	4
Busca trabajo y no lo encuentra.....	5
No quiere trabajar.....	6
Otras (especificar) _____	7
No contesta.....	9

7.- ¿En qué trabaja actualmente, o cuál fue su último trabajo si no está actualmente trabajando?
 (Anotar detalladamente y redondear después el número correspondiente)

No asalariados:

Empresarios agrícolas con asalariados.....	01
Empresarios en la Industria y Servicios (grandes y mediana empresa, 6 ó más trabajadores).....	02
Empresarios Industria y Servicios (pequeñas empresas, 5 ó menos trabajadores).....	03
Empresarios sin asalariados en la agricultura.....	04
Empresarios sin asalariados y trabajadores independientes en la Industria y Servicios.....	05
Profesiones liberales y asimiladas.....	06

Directivos y cuadros medios.

Directores de empresas y sociedades, cuadros superiores en la empresa privada y altos funcionarios de la Administración.....	11
Cuadros medios en la empresa privada y en la Administración.....	12

Empleados y vendedores

Empleados de oficina en la empresa privada y en la la Administración.....	21
Vendedores.....	22
Empleados subalternos en la empresa privada y en la Administración.....	23

Capataces y trabajadores cualificados

Capataces y contra maestres en la Industria y en los Servicios.....	31
Trabajadores cualificados en la construcción, Industria y Servicios.....	32

Trabajadores no cualificados

Trabajadores no cualificados en la construcción, Industria y Servicios.....	41
Trabajadores agrícolas.....	42

<u>No contesta</u>	99
---------------------------------	----

Toda la información recogida en este cuestionario permanecerá confidencial.

CUESTIONARIO SOBRE STATUS DE SALUD

Por favor responda a todas las preguntas.
Marque con un círculo la opción que crea más próxima a su respuesta.

AQUI HAY ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE COSAS QUE USTED PUEDE HACER, LAS CUALES PODRIAN AFECTAR SU SALUD.

1.- **EN LOS ULTIMOS TRES MESES**, ¿ha estado haciendo dieta para perder peso?

SI NO

Si la respuesta es SI:

¿Cuántos kilos ha logrado perder?

0

1-1.5

2-3.5

4 ó más

2.- **EN LOS ULTIMOS TRES MESES**, ¿ha estado haciendo ejercicio para mantenerse en forma?

SI NO

Si la respuesta es SI:

Aproximadamente, ¿cuántos días por semana ha hecho usted ejercicio?

1-2

3-4

5-6

Todos los días

3.- **EN LOS ULTIMOS TRES MESES**, ¿ha estado usted fumando cigarrillos?

SI NO

Si la respuesta es SI:

Aproximadamente, ¿cuántos cigarrillos ha estado usted fumando cada día?

1-9

10-19

20-29

30 ó más

4.- EN LOS ULTIMOS TRES MESES, ¿ha estado usted bebiendo bebidas alcohólicas (por ejemplo: cerveza, sidra, vino, jerez, vermut o licores)?

SI NO

Si la respuesta es **NO**, pasar a la pregunta 5

Si la respuesta es **SI**:

a) Aproximadamente, ¿cuántos días por semana ha estado bebiendo cerveza?

Ninguno 1-2 3-4 5-6 Todos los días

Los días que bebió cerveza, ¿cuántos tanques bebió?

Menos de 1 1-2 3-4 5-7 8 ó más

b) Aproximadamente, ¿cuántos días por semana ha estado bebiendo vino, jerez o vermut?

Ninguno 1-2 3-4 5-6 Todos los días

Los días que bebió vino, jerez o vermut, ¿cuántos vasos bebió?

1-2 3-4 5-8 9-14 15 ó más

c) Aproximadamente, ¿cuántos días por semana ha estado bebiendo licores? (coñac, ginebra, vodka, ron, brandy, whisky, etc.)

Ninguno 1-2 3-4 5-6 Todos los días

Los días que bebió licores, ¿cuántas copas tomó?

1-2 3-4 5-8 9-14 15 ó más

AQUI ESTAN ALGUNAS PREGUNTAS QUE SERVIRAN PARA AYUDARNOS EN NUESTRO TRABAJO

CODIGO: 0= No
 1= Probablemente
 2= Definitivamente
 9= No sabe/No contesta

9.- En su opinión, ¿debería su médico de cabecera interesarse por su:

- a.-Peso? ()
- b.-Hábito de fumar? ()
- c.-Hábito de beber? ()
- d.-Hábito de hacer ejercicio? ()

10.- Tan lejos como pueda recordar, ¿ha recibido consejo de su médico de cabecera sobre su:

- a.-Peso? ()
- b.-Hábito de fumar? ()
- c.-Hábito de beber? ()
- d.-Hábito de hacer ejercicios? ()

11.- Ahora que ha completado usted éste formulario, ¿cree usted que habitualmente tiene:

- a.-Un problema de peso? ()
- b.-Un problema de fumar? ()
- c.-Un problema de beber? ()
- d.-Un problema de forma física? ()

12.- Recordando, ¿diría que alguna vez en el pasado tuvo:

- a.-Un problema de peso? ()
- b.-Un problema de fumar? ()
- c.-Un problema de beber? ()
- d.-Un problema de forma física? ()

A CONTINUACION LE VAMOS A FORMULAR ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LA BEBIDA Y LA FRECUENCIA DE CIERTOS ACONTECIMIENTOS RELACIONADOS CON ELLA DURANTE LOS ULTIMOS DOCE MESES.

CODIGO: 0 = Nunca durante el último año
 1 = Menos de una vez al mes
 2 = Mensualmente
 3 = Semanalmente
 4 = A diario o casi cada día
 9 = No sabe / No contesta

1.- ¿Ha sido incapaz de dejar de beber una vez que ha comenzado? ()

2.- ¿Necesita un trago por las mañanas (en las tres horas después de despertarse) para sosegarse? ()

3.- ¿Es incapaz de recordar lo que ocurrió la noche anterior por haber estado bebiendo? ()

4.- ¿Es incapaz de hacer lo que se espera normalmente de usted por culpa de la bebida? ()

5.- ¿Ha estado ebrio durante varios días seguidos? ()

6.- ¿Ha intentado reducir su consumo de alcohol sin conseguirlo? ()

7.- ¿Ha presentado intensos temblores por las mañanas después de beber? ()

8.- ¿Ha sentido remordimientos o sensación de culpabilidad después de beber? ()

CODIGO: 0 = NO
 1 = SI
 9 = No sabe / No contesta

9.- ¿Usted o alguna otra persona ha resultado lesionada por culpa de su bebida (de usted)? ()

10.- ¿Alguien de su familia o amigos están preocupados por la forma en que usted bebe o le han sugerido que deje de beber? ()

UNIVERSIDAD DEL SAHARA OCCIDENTAL

Escuela de Medicina y Odontología, Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad del Sahara Occidental, Sede Regional de
Arguinech, Arguinech, Mauritania. 2012

Asignatura: Atención Primaria de Salud
Tema: Detección de problemas relacionados con el alcohol

Calificación: apto Cum laude

9 Abril 2012

El Vicerrector
[Signature]
El Vicerrector

El Decano
[Signature]
El Decano

El Vicedecano
[Signature]
El Vicedecano

[Signature]

[Signature]

[Signature]