



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD
PÚBLICA

TESIS DOCTORAL
CONSUMO ALCOHOL, TABACO, DROGAS
ILEGALES DE LOS PROFESIONALES
INTERNOS RESIDENTES DE ANDALUCÍA Y
EL CONSEJO CLÍNICO

PRESENTADA POR:
M^a DE LA VILLA JUÁREZ JIMÉNEZ

DIRIGIDA POR:
DR. D. MIGUEL DELGADO RODRÍGUEZ
DR. D. ALEJANDRO PÉREZ MILENA

JAÉN, 10 DE JULIO DE 2015

ISBN 978-84-8439-928-5

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS ILEGALES DE LOS PROFESIONALES INTERNOS RESIDENTES DE ANDALUCÍA Y EL CONSEJO CLÍNICO



M^a Villa Juárez Jiménez



UNIVERSIDAD DE JAÉN

“En una cultura no orgiástica, el alcohol y las drogas son los medios a su disposición”.

Erich Fromm

“La filosofía, como la medicina, tiene muchas drogas, pocos buenos remedios, y casi ninguna cura específica”.

Nicolás Sebastien Roch Chamfort



D. ALEJANDRO PÉREZ MILENA, DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA, Y ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, Y

D. MIGUEL DELGADO RODRIGUEZ, CATEDRÁTICO EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

CERTIFICAN:

Que D^a María de la Villa Juárez Jiménez ha realizado bajo nuestra dirección el trabajo de Tesis Doctoral sobre el tema: **“CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS ILEGALES DE LOS PROFESIONALES INTERNOS RESIDENTES DE ANDALUCÍA Y EL CONSEJO CLÍNICO”** que ha finalizado con aprovechamiento, habiendo sido revisado y estando conforme con su presentación para obtener el grado de Doctor, siempre que así lo considere la Universidad de Jaén.

Jaén, abril 2015

Fdo: Alejandro Pérez Milena

Fdo: Miguel Delgado Rodríguez

Agradecimientos

A Alejandro	por formar parte de su escuela y su dedicación.
A Javier y Andrés	por su apoyo incondicional y disciplina.
A mis padres y hermanos	por su motivación, comprensión y confianza.
A mis abuelos	por formar parte de mis valores y recuerdos.
A mi tito Roque	por su creatividad, atención e ingenio.
A Gabriel	por su generosidad, acompañarme y ayuda.
A mis amistades (Virtudes, María, Carmen, Natividad, Guadalupe):	por su complicidad y vivencias.

Difusión de los resultados

Los resultados de esta tesis doctoral han sido difundidos en los siguientes congresos médicos y publicaciones científicas:

1. Comunicaciones a congresos

XXI Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC, Córdoba 5-7 de octubre de 2011)

- Valverde Bolívar FJ, Pérez Milena A, Moreno Corredor A. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas de los especialistas internos residente de una provincia. Med fam Andal 2011; 12 (Suplemento 1): 108.

XXII Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC, Sevilla 24-26 de octubre de 2012)

- Valverde Bolívar F, Pérez Milena A, Juárez Jiménez M, García Ballesteros J, Moreno Corredor A. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas de los especialistas internos residentes en Andalucía y su relación con el consejo clínico. Med fam Andal 2012; 13 (Suplemento 1): 114.

XX Congreso de la WONCA (Praga, 25-29 de junio de 2013)

- Valverde Bolívar FJ, Juárez Jiménez MV, Simão Aiex L, Pérez Milena, Moreno Corredor A. Smoking patterns of resident internal specialists in Andalusia (Spain), nicotine dependence and motivation for change.

2. Artículos publicados

- Valverde Bolívar FJ, Pérez Milena A, Moreno Corredor A, Consumo de drogas entre los Especialistas Internos Residentes de Jaén (España) y su relación con el consejo clínico. Adicciones 2013; 25:243-52.
- Juárez Jiménez MV, Valverde Bolívar FJ, Pérez Milena A, Moreno Corredor A. Características del consumo de tabaco, dependencia y motivación para el cambio de los Especialistas en formación en ciencias de la salud (Residentes) de Andalucía (España). Semergen. 2014.<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.07.002>
- Juárez Jiménez MV, Pérez Milena A, Valverde Bolívar FJ, Rosa Delgado C. Prevalencia y factores asociados a la práctica del consejo clínico contra el consumo de drogas entre los Especialistas Internos Residentes de Andalucía (España). Atención Primaria. 2015. (artículo en prensa)

El presente estudio con nº de expediente 109/13, obtuvo la **beca de investigación ("Isabel Fernández")** en su convocatoria del **año 2013**, de ayuda a la realización de tesis doctorales de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria dotada con el importe de 2200 €



LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

expide el presente certificado a:

D^a. M^a DE LA VILLA JUAREZ JIMENEZ (DNI. 53.590.603-M)

por la obtención de una Beca "ISABEL FERNÁNDEZ" de ayuda a la realización de **TESIS DOCTORALES**, convocada por la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, por el proyecto titulado:

**"CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS ILEGALES DE LOS
PROFESIONALES INTERNOS RESIDENTES DE ANDALUCÍA Y SU RELACIÓN CON
EL CONSEJO CLÍNICO (Ref. Exp. 109/13)"**

Para que así conste donde proceda, se firma el presente certificado en Antequera (Málaga) a 19 de octubre de 2013.



D^a. Paloma Porras Martín
Presidenta de SAMFyC

ÍNDICE

Introducción	1
1. Consumo de Alcohol	1
1.1 Concepto y mecanismo de acción	1
1.2 Antecedentes históricos	3
1.3 Diagnóstico del consumo de alcohol	4
1.3.1 Cuantificación del consumo de alcohol	4
1.3.2 Tipos de consumo de alcohol	6
1.3.3 Valoración del consumo de alcohol	7
1.4 Patrones de consumo en la población	11
1.5 Efectos perjudiciales del alcohol	22
2. Consumo de tabaco	26
2.1 Concepto	26
2.2 Formas de consumo de tabaco	27
2.3 Antecedentes históricos	30
2.4 Diagnóstico del consumo de tabaco	31
2.4.1 Valoración del consumo de tabaco	31
1 Anamnesis	31
2 Exploración física	32
3 Exámenes complementarios	32
2.4.2 Valoración de la dependencia al consumo de tabaco	35
1 Análisis de la dependencia física	35
2 Análisis de la dependencia psicosocial y conductual	35
3 Análisis de la motivación	36
4 Valoración del síndrome de abstinencia	36
2.5 Patrones de consumo en la población	37
2.6 Efectos perjudiciales del tabaco	42
3. Consumo de drogas ilegales	49
3.1 Concepto de droga ilegal	49
3.2 Antecedentes históricos	50
3.3 Diferentes tipos de drogas ilegales y mecanismo de acción	50
3.4 Valoración consumo drogas ilegales	54
3.5 Patrones de consumo en la población	56
3.6 Efectos perjudiciales del consumo	65
4. Consejo clínico contra el consumo de drogas	67
4.1 La educación sanitaria en la medicina preventiva	67
4.2 Concepto de educación sanitaria	68
4.3 Fases de motivación para el cambio	70
4.4 Papel de los profesionales sanitarios en la educación para la salud	73
4.5 Evidencias sobre la educación sanitaria contra las drogas	74

Objetivos	78
------------------	-----------

1.	Objetivo general	78
2.	Objetivos específicos	78

Material y métodos **79**

1.	Diseño del estudio	79
2.	Población de estudio	79
3.	Variables del estudio	81
3.1	Variables sociodemográficas y de formación	81
3.2	Variables sobre consumo de drogas	82
1	Alcohol	82
2	Tabaco	83
3	Drogas ilegales	84
3.3	Variables sobre el consejo clínico	85
3.4	Pilotaje y validez del cuestionario	85
4.	Recogida de datos	86
5.	Aspectos éticos	86
6.	Análisis estadístico	87
7.	Revisión bibliográfica	88

Resultados **98**

1.	Características del consumo de alcohol	105
1.1	Patrones de consumo	105
1.2	Consumo cuantitativo y edad de inicio	107
1.3	Consumo tipo atracón (<i>binge drinking</i>) y de riesgo	111
1.4	Intoxicaciones agudas por el alcohol	112
2.	Características del consumo de tabaco	114
2.1	Patrones de consumo	114
2.2	Consumo cuantitativo y edad de inicio	114
2.3	Dependencia a la nicotina	117
2.4	Cese del consumo y motivación para el cambio	122
3.	Características del consumo de drogas ilegales	126
3.1	Tipo de drogas consumidas	126
3.2	Patrones de consumo	127
4.	Relación entre los diferentes tipos de consumo	129
5.	Características del consejo clínico	131
5.1	Oferta de consejo contra el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales	131
5.2	Diferencias en la oferta de consejo según la especialidad cursada	132
5.3	Diferencias en la oferta de consejo según el sexo	132
5.4	Relación del consejo con el consumo de drogas	134

	Discusión	137
1.	Consumo de alcohol	137
1.1	Prevalencia de consumo de alcohol	137
1.2	Patrón de consumo de alcohol	139
1.3	Problemas derivados del consumo de alcohol	141
2.	Consumo de tabaco	143
2.1	Prevalencia de consumo	143
2.2	Patrón de consumo	144
3.	Consumo de drogas ilegales	145
3.1	Prevalencia y drogas más frecuentes	145
3.2	Abuso del consumo de drogas ilegales	147
3.3	Otros condicionantes del consumo de drogas ilegales	148
4.	Oferta de consejo clínico	149
4.1	Prevalencia del consejo clínico	149
4.2	Variables relacionadas con el consejo clínico	155
4.2.1	Relación del consejo clínico con el tipo de formación especializada	156
4.2.2	Relación del consejo clínico con el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales	157
5.	Necesidades formativas para los futuros profesionales sanitarios	159

	Conclusiones	160
--	---------------------	------------

	Bibliografía	161
--	---------------------	------------

ÍNDICE DE TABLAS

Introducción

Tabla 1	Contenido de alcohol en gramos y equivalencia en unidades de bebida estándar (UBEs) en los productos consumidos con mayor frecuencia en España	5
Tabla 2	Definición de consumo de riesgo en Europa	6
Tabla 3	Dominios e ítems del cuestionario AUDIT	9
Tabla 4	Principales manifestaciones clínicas en la intoxicación aguda alcohólica según la concentración sanguínea de alcohol (modificado de Chase et al 2005, Rehm et al 2010)	23
Tabla 5	Marcadores biológicos y aéreos de posible uso para el diagnóstico de tabaquismo (modificado de Pérez Trullen et al 2006)	34
Tabla 6	Puntos de corte, sensibilidad y especificidad de los biomarcadores de exposición al humo del tabaco (modificado de Benowitz et al 2002, Dolcini et al 2003)	34
Tabla 7	Evolución del consumo de tabaco entre la población andaluza (modificado del Observatorio Andaluz contra las Drogas 2011)	37
Tabla 8	Tumores relacionados con el consumo de tabaco (modificado de Guía del tabaquismo España 2006)	45
Tabla 9	Criterios para la dependencia de sustancias (DSM-IV-TR)	49
Tabla 10	Criterios para el abuso de sustancias (DSM-IV-TR)	50
Tabla 11	Diferentes tipos de drogas y sus características principales	51
Tabla 12	Sensibilidad y especificidad de los tests de saliva según el tipo de droga	55
Tabla 13	Características del consumo de drogas ilegales en Andalucía en el año 2011 (modificado de estudio población Andaluza ante las drogas XII)	57
Tabla 14	Tipos de drogas más utilizadas (entre los trastornos adictivos que precisaron asistencia en PAIME 1998–2002) (modificado de Padrós 2003)	63
Tabla 15	Modelo organizativo de las 5 A para las intervenciones de asesoramiento	69
Tabla 16	Papel del médico de familia en el tratamiento de las drogodependencias	70
Tabla 17	Intervención terapéutica en relación al nivel de motivación del paciente	72
Tabla 18	Actividades preventivas en abuso alcohol y tabaquismo	76

Material y Métodos

Tabla 19	Especialidades contempladas dentro del marco de formación de los EIR en Andalucía	80
Tabla 20	Número total de EIR encuestados según grupos de especialidades afines	82
Tabla 21	Definición cuantitativa de consumo alcohólico de riesgo en la población española	83

Resultados

Tabla 22	Número de participantes (y proporción respecto al total de la muestra) en la encuesta según en las diferentes especialidades cursadas	99
Tabla 23	Número total de EIR según país de origen y especialidad cursada	101
Tabla 24	Clasificación de los factores sociodemográficos según los grupos de especialidades cursadas	102
Tabla 25	Principales características del consumo de alcohol según la especialidad del EIR	105
Tabla 26	Principales características del consumo de alcohol según el sexo de los EIR	106
Tabla 27	Consumo cuantitativo de alcohol según el patrón de consumo	109
Tabla 28	Prevalencia de las intoxicaciones agudas según el tiempo transcurrido y la especialidad cursada	113
Tabla 29	Principales características del consumo de tabaco según la especialidad del EIR	114
Tabla 30	Principales características del consumo de tabaco según el sexo de los EIR	115
Tabla 31	Respuestas al cuestionario de Fagerström en función de la especialidad	120
Tabla 32	Respuestas al cuestionario de Fagerström en función del sexo	121
Tabla 33	Principales características del consumo de drogas ilegales según la especialidad del EIR	126
Tabla 34	Principales características del consumo de drogas ilegales según el sexo de los EIR	126
Tabla 35	Prevalencia del consumo de cada tipo de droga ilegal según el patrón de consumo	128
Tabla 36	Frecuencia de oferta de consejo clínico contra el consumo de drogas ilegales declarado por los EIR en función del sexo	134
Tabla 37	Modelo final del análisis de regresión logística para el consejo frecuente contra tabaco	135
Tabla 38	Modelo final del análisis de regresión logística para el consejo frecuente contra alcohol	135
Tabla 39	Modelo final del análisis de regresión logística para el consejo frecuente contra drogas ilegales	136

ÍNDICE DE FIGURAS

Introducción

Figura 1	Estructura molecular de los alcoholes	1
Figura 2	Resultados del estudio de la Fundación Galatea sobre el consumo de alcohol entre médicos residentes de Cataluña (adaptado de Blancafort et al 2009)	22
Figura 2.1	Consumo de alcohol en el último día laborable	22
Figura 2.2	Consumo de alcohol en el último día festivo	22
Figura 2.3	Unidades consumidas de alcohol en el último día festivo	22
Figura 2.4	Consumo de alcohol en el último día de guardia	22
Figura 3	Estructura molecular de la nicotina	26
Figura 4	Composición de los cigarrillos	28
Figura 5	Resultados del estudio de la Fundación Galatea sobre el consumo de drogas ilegales entre médicos residentes de Cataluña (adaptado de Blancafort et al 2009)	65
Figura 5.1	Consumo antidepresivos en último mes	63
Figura 5.2	Consumo otras sustancias psicoactivas (no alcohol ni tabaco) en último mes	63
Figura 5.3	Consumo tranquilizantes en último mes	63
Figura 6	Modelo de estadios del cambio	72

Resultados

Figura 7	Distribución de los EIR por provincias y grupos de especialidad	98
Figura 8	Distribución de los EIR por países de origen	98
Figura 9	Porcentaje de mujeres según especialidad cursada	100
Figura 10	Medias de edad por especialidad cursada	103
Figura 11	Medias de edad según el sexo del residente	103
Figura 12	Distribución de las respuestas EIR por provincias andaluzas	104
Figura 13	Distribución respuestas EIR según especialidades cursadas en las provincias andaluzas	104
Figura 14	Distribución del patrón de consumo de alcohol en los EIR	106
Figura 15	Distribución del consumo alcohol según especialidad cursada	106
Figura 16	Medias de consumo total de alcohol (UBE/semana) según la especialidad cursada	107
Figura 17	Medias de consumo de cerveza (UBE/semana) según la especialidad cursada	108
Figura 18	Medias de consumo de vino (UBE/semana) según la especialidad cursada	108
Figura 19	Medias de consumo de combinados (UBE/semana) según la especialidad cursada	109
Figura 20	Medias de consumo total de alcohol (UBE/semana) según	110

	patrón de consumo	
Figura 21	Medias de edad de inicio en el consumo alcohol según la especialidad cursada	110
Figura 22	Medias de edad de inicio del consumo de alcohol según el patrón de consumo actual	111
Figura 23	Distribución del consumo de alcohol tipo <i>binge drinking</i>	111
Figura 23A	Según especialidad cursada	111
Figura 23B	Según sexo	111
Figura 24	Número total de EIR con consumo de riesgo de alcohol según el patrón de consumo actual	112
Figura 25	Prevalencias de intoxicación etílica aguda según el tiempo transcurrido	113
Figura 26	Prevalencias de intoxicación etílica aguda según el tiempo transcurrido y el sexo	113
Figura 26A	Intoxicación alcohólica aguda en hombres	113
Figura 26B	Intoxicación alcohólica aguda en mujeres	113
Figura 27	Distribución patrón de consumo tabaco en los EIR	115
Figura 28	Consumo medio de cigarrillos/día por sexo	116
Figura 29	Medias de edad para el inicio del consumo tabaco según especialidad cursada	116
Figura 30	Medias de edad para el consumo de tabaco por sexo	117
Figura 31	Medias de puntuación del test de Fagerström por especialidad cursada	117
Figura 32	Medias de puntuación del test de Fagerström por sexo	118
Figura 33	Distribución de la dependencia a la nicotina según especialidad cursada	118
Figura 34	Distribución de la dependencia a la nicotina por sexo	119
Figura 35	Distribución de la dependencia nicotínica según patrón de consumo	121
Figura 36	Medias de edad de cese tabaquismo según especialidad cursada	122
Figura 37	Medias de edad de cese del tabaquismo según el sexo	123
Figura 38	Medias de número de intentos de cese tabaquismo según especialidad cursada	123
Figura 39	Distribución en los diferentes estadios de motivación según especialidad cursada	124
Figura 40	Distribución en los diferentes estadios de motivación según sexo	124
Figura 41	Distribución deshabituación tabáquica según patrón consumo	125
Figura 42	Distribución del patrón de consumo de drogas ilegales en los EIR	127
Figura 43	Distribución del consumo de drogas ilegales según la especialidad cursada	127
Figura 44	Distribución patrón consumo de droga ilegal según sexo	128
Figura 44A	Patrón consumo droga ilegal en hombres	128
Figura 44B	Patrón consumo droga ilegal en mujeres	128
Figura 45	Prevalencia de la ausencia de consumo de sustancias tóxicas según especialidad y sexo	129

Figura 45A	Según especialidad cursada	129
Figura 45B	Según sexo	129
Figura 46	Relación entre los diferentes consumos de sustancias	130
Figura 46A	relación entre consumo de alcohol y tabaco	130
Figura 46B	relación entre consumo de tabaco y drogas ilegales	130
Figura 46C	relación entre consumo de alcohol y drogas ilegales	130
Figura 47	Frecuencia de oferta de consejo clínico declarado por los EIR	131
Figura 47A	consejo contra tabaco	131
Figura 47B	consejo contra alcohol	131
Figura 47C	consejo contra drogas ilegales	131
Figura 48	Frecuencia de oferta de consejo clínico contra el consumo de tabaco declarado por los EIR en función de la especialidad cursada	132
Figura 49	Frecuencia de oferta de consejo clínico contra el consumo de alcohol declarado por los EIR en función de la especialidad cursada	133
Figura 50	Frecuencia de oferta de consejo clínico contra el consumo de drogas ilegales declarado por los EIR en función de la especialidad cursada	133

ANEXOS

Material y Métodos

Anexo 1	Cuestionario autoadministrado empleado en la investigación	89
Anexo 2	Cálculo del consumo de alcohol	95
Anexo 3	Información ofertada a los residentes sobre el estudio	96
Anexo 4	Certificado del Comité de Ética de la Investigación del hospital de referencia	97

Índice de abreviaturas

a.C.:	antes de Cristo	EDADES:	Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España
ACHT:	aire contaminado por humo de tabaco	EIR:	especialista interno residente
ALT:	alaninaminotransferasa	ENF:	enfermería
ANOVA:	Analysis of Variance	EPOC:	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ARCO:	Acceso, Rectificación, Corrección y Oposición	ESTUDES:	Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias
ASA:	American Society of Anesthesiologists	FEV1:	Volumen espirado máximo en el primer segundo de la espiración forzada
AST:	aminotransferasa aspartatoaminotransferasa	FIBAO:	Fundación Pública Andaluza para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental Alejandro Otero
AUDIT:	Alcohol Use Disorders Identification Test	FTND:	test de Fagerström para la dependencia de nicotina
BOE:	Boletín Oficial del Estado	FTQ:	test Fagerström Tolerante Questionnaire
Ca2+:	calcio	g/grs:	gramos
CAGE:	Chronic Alcoholism General Evaluation	GABA:	ácido gamma-amino butírico
CAST:	Cannabis Abuse Screening Test	GGT:	glutamyl transferasa
cc:	centímetros cúbicos	GHB:	ácido gammahidroxibutírico, mal llamado éxtasis líquido, anestésico depresor incoloro
CDC:	Centros para el Control y la Prevención de enfermedades de EEUU	HAP:	hidrocarburos aromáticos policíclicos
CIE:	Clasificación Internacional de Enfermedades	5-HT:	serotonina o 5-hidroxitriptamina
cig:	cigarrillo	HTA:	humo de tabaco ambiental
CO:	monóxido de carbono	IAVANTE:	centro de la Consejería de Salud encargado de la formación continuada de los profesionales sanitarios
CPQ-A:	Adolescent-Cannabis Problems Questionnaire	IC:	Intervalo de Confianza
CRH:	hormona liberadora de corticotropina	INE:	Instituto Nacional de Estadística
DA:	dopamina	ISCA:	Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos
DS:	desviación estándar	i.v:	intravenoso

K+:	potasio	PNSD:	Plan Nacional sobre Drogas
kcal:	kilocaloría	PORTALEIR:	Plataforma portal especialistas internos residentes
LOPD:	Ley Orgánica de Protección de Datos	ppm:	partes por millón
LSD:	dietilamida de ácido lisérgico, comúnmente ácido	PUM:	Problematic Use of Marijuana
MALT:	Munchner Alkoholismus Test	QH:	Especialidades Quirúrgicas Hospitalarias
MDA:	3,4-metilenodioxo anfetamina	RD:	Real Decreto
MDEA:	3,4-metilenodioxo etilamfetamina	Reitox:	Red europea de información sobre la droga y las toxicomanías
MDMA:	3,4-metilendioximetanfetamina, éxtasis ó cristal	RYO:	Roll-your-own
MF:	Medicina Familiar	SAO:	Síndrome de abstinencia agudo
MH:	Especialidades Médicas Hospitalarias	SDS:	Severity of Dependence Scale
MIR:	Médicos Internos Residentes	SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences
ml:	mililitros	TDC:	transferrina deficiente en carbohidratos o desialotransferrina
NACH:	receptores nicotínicos	Test AUDIT:	Alcohol Use Identification test
NAMCS:	Encuesta de Atención Médica Ambulatoria Nacional	Test X²:	test de Chi cuadrado
NMDA:	ácido N-metil-D aspartato	THC:	tetrahidrocannabinol ó delta-9-tetrahidrocannabinol
NPY:	neuropéptido Y	UBEs:	Unidades Estándar de Bebida
OADA:	Observatorio Andalúz sobre Drogas y Adicciones	UCI:	Unidad de Cuidados Intensivos
OE:	Otras Especialidades	UE:	Unión Europea
OEDT:	Observatorio Europeo para las Drogas y las Toxicomanías	UNE:	Una Norma Española
OH:	grupo hidroxilo	VCM:	volumen corpuscular medio
OMS:	Organización Mundial de la Salud	VHB:	virus de la hepatitis B
OR:	odds ratio	VHC:	virus de la hepatitis C
ORL:	otorrinolaringología	VIH:	virus de la inmunodeficiencia humana
PAPPS:	Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud	WHO:	World Health Organization
PCP:	Fenciclidina ó fenilciclohexilpiperidina	WPHP:	Whashington Physicians Health Program
PIR:	profesional interno residente		

Aclaración:

En esta investigación debe entenderse que el empleo del masculino con referencia a toda persona física, también implica el femenino salvo disposición contraria específica.

En la redacción utilizada aún no se ha tenido en cuenta las nuevas normas de ortografía de la Real Academia de la Lengua Española (RAE) por su reciente publicación.

Introducción

1 Consumo de Alcohol.

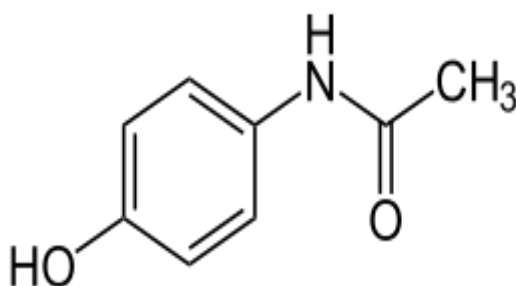
El alcohol es una de las sustancias más ampliamente utilizadas en el mundo. En nuestro país, el consumo de riesgo y el consumo nocivo de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad [Córdoba et al 2012]. El consumo nocivo de bebidas alcohólicas causa 2.5 millones de muertes cada año y es el tercer factor de riesgo más importante de muerte prematura y enfermedad, después del tabaquismo y la hipertensión arterial, y por delante de la hipercolesterolemia y el sobrepeso.

Es una droga de abuso y dependencia que causa de la muerte directa de unos 320000 jóvenes de entre 15 y 29 años de edad, lo que representa un 9% de las defunciones en ese grupo etario. El consumo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad [OMS 2012, Sharman 2005]: es el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa. Además de los más de 60 diferentes tipos de enfermedad que puede causar, el alcohol es responsable de notables perjuicios sociales, mentales y emocionales, incluyendo criminalidad y todo tipo de violencia, así como absentismo laboral, que conducen a enormes costes para la sociedad.

1.1 Concepto y mecanismo de actuación.

En Química se define como alcohol a aquellos compuestos químicos orgánicos que contienen un grupo hidroxilo (-OH) en sustitución de un átomo de hidrógeno enlazado de forma covalente a un átomo de carbono (figura 1). Las propiedades químicas de los alcoholes están relacionados con ese grupo -OH, que es muy polar y capaz de establecer puentes de hidrógeno con sus moléculas compañeras, con otras moléculas neutras, y con aniones. Si contienen varios grupos hidroxilos se denominan polialcoholes. Los alcoholes pueden ser primarios, secundarios o terciarios, en función del número de átomos de hidrógeno sustituidos en el átomo de carbono al que se encuentran enlazado el grupo hidroxilo [Room et al 2005].

Figura 1. Estructura molecular de los alcoholes



Los alcoholes son líquidos incoloros de baja masa molecular y de olor característico, solubles en el agua en proporción variable y menos densos que ella. Al aumentar la masa molecular, aumentan sus puntos de fusión y ebullición, pudiendo ser sólidos a temperatura ambiente (como ocurre con el pentaeritrol, que funde a 260 °C). También disminuye la

solubilidad en agua al aumentar el tamaño de la molécula, aunque esto depende de otros factores como la forma de la cadena alquílica [Anderson y Baumberg 2006]. Algunos alcoholes (principalmente polihidroxílicos y con anillos aromáticos) tienen una densidad mayor que la del agua. Sus puntos de fusión y ebullición suelen estar muy separados, por lo que se emplean frecuentemente como componentes de mezclas anticongelantes [Domínguez-Rojas et al 2008].

A nivel del lenguaje popular se utiliza para indicar comúnmente una bebida alcohólica, que presenta etanol, con fórmula química $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$ ($\text{C}_2\text{H}_6\text{O}$). El alcohol etílico o etanol, es un líquido incoloro, de sabor urente y olor fuerte, que arde fácilmente dando llama azulada y poco luminosa. Se obtiene por destilación de productos de fermentación de sustancias azucaradas o feculentas, como uva, melaza, remolacha, patata, así como de distintos cereales. Forma parte de muchas bebidas, como vino, aguardiente, cerveza, etc., y tiene muchas aplicaciones industriales. Las bebidas alcohólicas contienen diferentes cantidades de alcohol. Así, la cerveza tiene aproximadamente 5% de alcohol, el vino generalmente tiene de 12 a 15% de alcohol y el licor fuerte tiene aproximadamente 45% de alcohol. Esto puede cambiar entre diferentes marcas de bebidas y diferentes países [OMS 2008].

En el efecto de refuerzo del alcohol juega un papel importante la actividad dopaminérgica de ciertas regiones como el núcleo accumbens, que forma parte del sistema límbico, o del área ventral tegmental [Rodd et al 2004], situada en el tronco del encéfalo (conocida también como región A10), con la cual se conecta, y que, a su vez, es regulada por la actividad de otros neurotransmisores como el GABA (ácido gamma-amino butírico), la serotonina o los opioides. Además, la dopamina regula la participación de ciertos estímulos externos, asociados al consumo, que colaboran en mecanismos de aprendizaje necesarios para reforzar y mantener la conducta bebedora. El grupo de Gessa [Gessa et al 1985] demostró por primera vez que el alcohol, a bajas dosis, induce una activación de las neuronas dopaminérgicas residentes en el área ventral tegmental. No está muy claro que la neurobiología del refuerzo positivo inducido por el alcohol sea la misma que la que explica el efecto hedónico y placentero que el alcohol genera. Probablemente, son los opioides endógenos y los endocannabinoides los responsables principales de las percepciones placenteras o estados de ánimo agradables asociados a la ingesta de alcohol [Spanagel y Weiss 1999, Vengeliene et al 2008].

El etanol potencia los efectos de la serotonina sobre el receptor 5HT₃ [Lovinger y Zhou 1994]. El receptor 5HT₃ participa en la regulación de la neurotransmisión dopaminérgica en áreas mesolímbicas [Engleman et al 2008] y se asocia a algunos de los efectos que el alcohol causa en el sistema nervioso central. Los fármacos antagonistas de estos receptores serotoninérgicos anulan el consumo voluntario de alcohol. Los sistemas DA y 5-HT (serotonina o 5-hidroxitriptamina) tienen un papel relevante en los mecanismos iniciales de preferencia por el alcohol que más tarde conducen al establecimiento y mantenimiento de la adicción. Los receptores nicotínicos (NACH) constituyen también una diana de la acción del etanol [Narahashi et al 1999]. Además, la acetilcolina, por medio de los receptores NACH regula la liberación de DA estimulada por el alcohol [Blomqvist et al 1993]. Se ha indicado que la nicotina (que actúa sobre el receptor NACH) y el etanol ejercen un efecto sinérgico en los procesos de refuerzo relacionados con los hábitos tabáquico y alcohólico [Clark y Little 2004]. El etanol interfiere directamente con la acción del receptor NMDA (ácido N-metil-D aspartato) [Lovinger et al 1989] existen lugares específicos de acción del alcohol en la topografía del receptor NMDA [Ronald et al 2001]. El receptor GABA_A (ácido gamma-amino butírico) se considera una diana directa del etanol y también un sistema modulador de la función

dopaminérgica [Brunton et al 2006]. La ausencia de este receptor o su funcionamiento defectuoso provocan una reducción de consumo de alcohol [Carr et al 2003, Saba et al 2001, Spanagel 2009].

Los sistemas opioides participan en el control de la actividad dopaminérgica mediada por el alcohol. Además, el alcohol etílico estimula la liberación de beta-endorfina. De esta forma, los opioides endógenos contribuyen de forma significativa al impacto placentero que el alcohol origina y al establecimiento y consolidación de los mecanismos de refuerzo del hábito alcohólico [Barrios de Tomasi y Juárez-González 2007, Sauriyal et al 2011]. La hormona liberadora de corticotropina (CRH) actúa sobre los receptores CRH1 que regulan las respuestas al estrés y ciertos estados emocionales, teniendo una estrecha relación con fases avanzadas del alcoholismo (en los procesos neuroadaptativos observados después de una larga historia de exposición al alcohol). El neuropéptido Y (NPY) también participa, ya que se ha observado que el empleo de un antagonista (JNJ-31020028) de los receptores NPY2 no es capaz de reducir la ingesta de alcohol ni los episodios de recaída; sin embargo disminuye significativamente la ansiedad que aparece asociada al síndrome de abstinencia [Cippitelli et al 2010]. Las orexinas (o hipocretinas) son un grupo de péptidos, sintetizados en una región delimitada del hipotálamo, implicados en el complejo proceso de la búsqueda y preferencia por el alcohol [Lawrence 2010]. Otros neuropéptidos también implicados son: la galanina y la grelina [Schneider et al 2007] o la sustancia P y los receptores NK1 [Heilig et al 2010] entre otros.

El alcohol ejerce su influencia directa sobre dianas moleculares como los receptores para los neurotransmisores NMDA, GABA_A, glicina, serotonina, o acetilcolina, principalmente, y sobre algunos tipos de conducto para el calcio (Ca²⁺) o para el potasio (K⁺). La interacción del alcohol con estas proteínas es responsable de los efectos subjetivos, referidos por el sujeto bebedor, y de la aparición de síntomas observables (sedación, desinhibición, incluso hipnosis) cuyas características e intensidad dependen de la dosis etanol y el patrón de ingesta. En fases posteriores, una compleja mimbres neuroquímica (opioides, endocannabinoides, dopamina, serotonina, acetil-colina...) sustenta el inicio y el mantenimiento del comportamiento bebedor (refuerzo y recompensa, Spanagel 2009). A más largo plazo, si el estímulo persiste, el cerebro desencadena mecanismos de adaptación [Heilig et al 2010] que son la base de conductas establecidas vinculadas a la búsqueda compulsiva e inevitable (craving), al síndrome de abstinencia (withdrawal) y a las recaídas (relapse), después de abandonar el hábito alcohólico. El conocimiento de las interacciones moleculares del etanol con los sistemas de neurotransmisión es esencial para el desarrollo de nuevas terapias farmacológicas, selectivas y adaptadas, que permitan controlar o evitar el daño, minimizando los efectos secundarios, y sirvan de apoyo y refuerzo a otras estrategias preventivas y terapéuticas.

1.2 Antecedentes históricos.

La obtención y consumo de alcohol va estrechamente ligado a los acontecimientos sociales de nuestra civilización desde tiempos inmemoriales. El alcohol es, de hecho, la primera droga de la que los textos históricos se han referido en términos de abuso, varios miles de años antes de Cristo [Blum 1973]. El alcohol ha sido sin duda la droga por excelencia de los pueblos mediterráneos. Sus efectos embriagantes fueron utilizados como vínculo litúrgico por egipcios, griegos, romanos y hebreos. Los egipcios son los inventores de la cerveza tres milenios antes de Cristo. Aún antes, la civilización de Mesopotamia conocía y utilizaba de otras bebidas fermentadas similares, citadas incluso en el código de Hammurabi, donde se prescribía la pena

de ser arrojado al río para aquellos propietarios de locales de bebidas que permitieran la embriaguez de sus clientes [Blum 1973].

Los árabes conocieron el alcohol extraído del vino por destilación y dieron nombre a esta sustancia (*al-kukhūl* [الكحول], que significa espíritu). Sin embargo, su descubrimiento se remonta a principios del siglo XIV, atribuyéndose al médico Arnau de Villanova, sabio alquimista y profesor de medicina en Montpellier. La quinta esencia de Ramon Llull no era otra cosa que el alcohol rectificado a una más suave temperatura. Lavoisier fue quien dio a conocer el origen y la manera de producir el alcohol por medio de la fermentación vínica, demostrando que bajo la influencia de la levadura de cerveza el azúcar de uva se transforma en ácido carbónico y alcohol [Sharman 2005].

Fue además estudiado por Scheele, Gehle, Thénard, Duma y Boullay, y en 1854 Berthelot lo obtuvo por síntesis. El avance tecnológico de los siglos XVIII y XIX permite el desarrollo de la crianza de los vinos, cervezas y licores prácticamente como los conocemos en la actualidad. La investigación científica del químico francés Louis Pasteur (1822-1895) permitió un mejor conocimiento de los procesos de fermentación y destilación, lo cual posibilitó la industrialización del proceso productivo del alcohol, así como su mejoramiento y abaratamiento.

1.3 Diagnóstico del consumo de alcohol

1.3.1 Cuantificación del consumo de alcohol

En el lenguaje coloquial y a menudo también en el terreno profesional, se utilizan actualmente numerosos términos para describir el consumo de alcohol. Algunos de estos no tienen una definición claramente establecida o su significado puede ser confuso, e incluso algunos son peyorativos. Estos términos deben evitarse por imprecisos o estigmatizantes. Entre ellos destacan los siguientes: alcoholismo, abuso de alcohol, consumo excesivo de alcohol, consumo moderado, consumo prudente, consumo social o consumo responsable [Rodríguez y Rosón 2008].

Para la valoración del patrón de consumo se debe realizar una historia clínica dirigida a evaluar el consumo de alcohol durante la historia del paciente, los síntomas de dependencia y la severidad de la abstinencia. Se indaga habitualmente por el consumo en los últimos 12 meses, considerándose abstemias aquellas personas que no han consumido alcohol en ese tiempo. Esto puede no coincidir con la autodescripción de una persona como abstemia. Así, en nuestro medio, una persona que beba esporádicamente en acontecimientos sociales se puede definir a sí misma como abstemia mientras que en otras culturas se definiría como bebedor esporádico. Dado que el daño producido es, en general, directamente proporcional al nivel de consumo, no existe un nivel exento de riesgo.

Tanto la OMS como la Comisión Europea se refieren a tres niveles de consumo en sus informes según la ingesta de gramos de alcohol al día, diferenciada según el sexo, considerando los abstemios como un cuarto nivel diferente. El nivel I se refiere a ingesta superior a 0 hasta 40 g en hombres y >0 hasta 20 g en mujeres, nivel II >40 hasta 80 g en hombres o >20 hasta 60 g en mujeres, y el nivel III >80 g en hombres y >60 g en mujeres [World Health Organization 2006, European Commission Report 2006]. Esta clasificación, que es muy útil desde el punto de vista epidemiológico, puede llevar a confusión en la práctica clínica al asumir los niveles como ligero, moderado y excesivo. Se debe destacar que el nivel II

se trata de un nivel de consumo de riesgo y no de un consumo “moderado”. El cálculo del consumo de alcohol se puede calcular, desde el punto de vista de la clínica, de varias formas [Rosón 2008]. Las fórmulas más habituales de medir este consumo son las siguientes:

- **Gramos de alcohol por día.**

El cálculo del consumo de alcohol en gramos de alcohol puro sería la forma más exacta de cuantificar el consumo de alcohol. Para ello debemos aplicar una fórmula que consiste en multiplicar la cantidad de bebida en mililitros (ml) o centímetros cúbicos (cc) por el número de grados de alcohol y por la constante 0,8, y este resultado se divide entre 100. El resultado nos permite conocer los gramos de alcohol de la consumición en cuestión. La anamnesis para averiguar exactamente los mililitros consumidos y la necesidad de tener un recordatorio con los grados de alcohol de cada bebida hacen que esta estrategia se haya reservado para estudios clínicos minuciosos, aunque sigue siendo el método de referencia en investigación científica [Rosón 2008].

- **Unidades de bebida estándar**

La cuantificación del consumo en unidades de bebida estándar (UBEs) permite una cuantificación rápida del consumo y su fácil conversión en gramos de alcohol puro. Resulta por tanto muy útil en la práctica clínica diaria. El valor de la UBE en España con una discreta diferencia Norte-Sur se establece en 10 g de alcohol y equivale a una consumición de vino (100 ml), cava (100 ml) o cerveza (200 ml) y a media consumición de destilados o combinados (25 ml) [Rodríguez Martos et al 1999]. La cuantificación del consumo en UBEs facilita el trabajo asistencial y sería actualmente el método de referencia en todos los niveles asistenciales. Sin embargo, dada la variabilidad en gramos de alcohol en diferentes países, las UBEs han sido evitadas en los estudios epidemiológicos internacionales. De hecho, en EEUU y Canadá el valor de una UBE se acerca a los 14 gramos de alcohol puro, en Europa y Australia está en torno a los 10 gramos y en el Reino Unido se le asigna un valor de 8 gramos. La tabla 1 muestra las equivalencias en UBEs de los productos consumidos con mayor frecuencia en España y la cuantificación exacta de gramos de alcohol puro.

Tabla 1. Contenido de alcohol en gramos y equivalencia en unidades de bebida estándar (UBEs) en los productos consumidos con mayor frecuencia en España.

Bebida	Volumen (cc)	Graduación alcohólica	Gramos de alcohol	Número de UBEs por cada consumición
Anís	50	38	14.0	2
Cerveza	200	6	9.6	1
Champán	100	13	10.4	1
Cointreau	50	40	10.6	2
Coñac	50	40	10.6	1
Ginebra	50	40	10.6	2
Jerez	50	17	6.8	1
Orujo	30	38	9.0	1
Pacharán	50	28	11.2	2
Ponche	50	28	11.2	2
Ron	50	42	16.8	2
Vermut	70	16	9.0	1
Vino	100	12	9.6	1
Vodka	50	42	16.0	2
Whisky	50	45	18.0	2

1.3.2 Tipos de consumo de alcohol

Se considera un **consumo de riesgo** como aquel en el cual no existen consecuencias actuales relacionadas con el consumo de alcohol pero sí riesgo futuro de daño psicológico, social y físico. Para la valoración del consumo de riesgo es importante registrar el consumo por días, si existen cambios de consumo particularmente durante el fin de semana y si existen consumos elevados por ocasión de consumo aunque sea de forma infrecuente. En ocasiones un consumo diario habitual bajo puede coexistir con un consumo semanal de riesgo o con una cantidad de riesgo en las ocasiones en que consume. En la tabla 2 se muestra la definición de consumo de riesgo teniendo en cuenta estos 3 parámetros. En nuestro país se han adaptado la recomendación de la OMS [Babor et al 2001] y los niveles considerados de riesgo son:

- mujeres y personas mayores de 65 años: >17 UBEs por semana o más de 3 UBEs por ocasión de consumo;
- hombres >28 UBEs por semana o más de 5 UBEs por ocasión de consumo.

Tabla 2. Definición de consumo de riesgo en Europa.

	Consumo diario	Consumo semanal	Consumo por ocasión
Mujeres y mayores de 65 años	> 2 – 2,5 UBEs	> 17 UBEs	≥ 4 UBEs
Hombres	≥ 4 UBEs	> 28 UBEs	≥ 6 UBEs

El consumo de 3 UBEs o más en mujeres, y 5 o superior en hombres, se denomina *binge-drinking* en la literatura anglosajona y se ha propuesto el término de **consumo concentrado episódico** (o “atracción”). Se debe destacar que estos límites no se aplican a niños, adolescentes, mujeres embarazadas, personas que toman medicación que interacciona con el alcohol, personas que desarrollan actividades que requieran concentración, habilidad o coordinación (ej.,conducción) o con comorbilidades que puedan verse afectadas por el consumo de alcohol (diabetes mellitus, hepatitis C,etc.).

El **consumo perjudicial** o dañino de alcohol sería aquel patrón de consumo que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (pe. cirrosis hepática) o mental (depresión asociada al consumo). Las consecuencias sociales en sí mismas no son suficientes para el diagnóstico de consumo perjudicial o dañino. La OMS en sus criterios de clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) define la dependencia del alcohol como el conjunto de manifestaciones fisiológicas, de conducta y cognitivas que se desarrollan tras el consumo repetido de la sustancia y que típicamente incluyen un fuerte deseo de consumir, dificultad de controlar el uso (se consume más o durante más tiempo del deseado o existen intentos infructuosos de abandonar la sustancia), persistencia en el consumo a pesar de consecuencias negativas, reducción o abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas para consumir o como consecuencia del consumo, aumento de la tolerancia, aparición de síntomas de abstinencia o consumo para evitar los síntomas de abstinencia [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 2007].

Se entiende por **alcoholismo** el consumo excesivo de una determinada cantidad de alcohol que pueda comportar un riesgo para la salud. Las evidencias epidemiológicas sitúan el límite de riesgo en cifras equivalentes a 30-40 g/día para los varones y en 20-30 g/día para las mujeres. El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud [PAPPS 2012]

considera consumo peligroso o de riesgo cuando la ingesta semanal es superior a 280 g (28 UBEs) en el varón ó 170 g (17 UBEs) en la mujer. También se considera peligroso consumir 50 g (5 UBEs) en 24 horas, una o más veces al mes [Córdoba et al 2002]. Alrededor del 10% de la población española padece algún tipo de trastorno relacionado con el alcohol, que provoca unas 20000 muertes al año [Miller et al 2002].

1.3.3 Valoración del consumo de alcohol

La identificación del consumidor en etapas precoces disminuye el riesgo de daño orgánico y posibilita que las modificaciones conductuales sean más fáciles de alcanzar y mantener [NZZG 1999, Fiellin et al 2000]. Por ello es recomendable la exploración sistemática del consumo de alcohol en mayores de 14 años, cada 2 años, al abrir la historia clínica, al actualizarla y ante cualquier indicio de sospecha [Córdoba et al 2002, PAPPS 2012].

- **Evaluación directa del consumo**

Para conocer el consumo de alcohol de una persona se puede realizar una evaluación directa del consumo. Existen dos métodos para registrar el consumo de alcohol referido por los pacientes:

- (1) las preguntas sobre cantidad/frecuencia que piden al paciente que resuma las cantidades de alcohol consumidas y la frecuencia con la que lo beben durante un determinado periodo de tiempo (un día, una semana, un mes, etc.) o en términos de un patrón habitual o 'típico'.
- (2) estimaciones retrospectivas de las cantidades bebidas en un periodo de tiempo reciente, generalmente la última semana.

Los métodos de estimación diaria consumen más tiempo y recursos y exigen un mayor esfuerzo al paciente. Los métodos de evaluación mediante ordenador o internet suponen ventajas en la conversión automática de la posibilidad de las respuestas de los pacientes en unidades de bebida estándar (UBE) sin que los resultados difieran sensiblemente de los que se obtienen con los métodos convencionales [Miller et al 2002]. Las preguntas sobre la cantidad y la frecuencia de la ingesta alcohólica han demostrado su validez y utilidad. Por regla general los resultados son más objetivos cuando se circunscribe la exploración a un periodo concreto (una semana, un día, etc.) que cuando se usan términos más genéricos (habitualmente, un día normal, etc) [Gual 2008]. Las preguntas sobre cantidad y frecuencia tienden a describir las conductas más habituales, más que el consumo promedio y existe evidencia de que los encuestados tienden a omitir los periodos de abstinencia cuando se les pregunta por los últimos 12 meses [Weisner et al 1999].

El **alcoholímetro** es un instrumento usado para determinar el nivel de alcohol presente en sangre o en el aliento (líquido o gas). Los alcoholímetros comunes no son del todo fiables, ya que pueden determinar altos niveles de alcohol por distintos tipos de sustancias (cannabis o tabaco). Un alcoholímetro digital, basado en un sensor de gas, indica el tanto por ciento de alcohol en sangre a partir del aire espirado. Para estimar la cantidad de alcohol que han ingerido se produce la oxidación del alcohol etílico (presente en el aire expirado) con una solución anaranjada de $K_2Cr_2O_7$; en la reacción se produce ácido acético (CH_3-COOH) y la solución disminuye la intensidad del color anaranjado. La disminución de la intensidad del color es una medida directa de la concentración del alcohol etílico en la sangre del individuo. Existen cuatro posibles unidades de medida: mg/L en aire expirado, g/L en sangre, % BAC, PPM.

Los alcohólimetros digitales de mano o los etilómetros (alcoholímetros de precisión) son utilizados sobre todo por los policías encargados de la seguridad del tráfico para la detección del consumo de alcohol en los conductores de vehículos. Para un uso efectivo de estos aparatos se establece un control petrológico de los mismos mediante la Orden 27 de julio de 1994, que indica la tolerancia máxima de errores dentro de los límites de las normas de la UNE. Las mediciones las realizarán el Instituto Nacional de Metrología o los órganos competentes de las Comunidades Autónomas.

- **Detección del consumo de riesgo**

El consumo de riesgo se puede identificar preguntando directamente sobre el consumo o utilizando cuestionarios específicamente diseñados para este propósito. Existen además cuestionarios destinados al diagnóstico de la dependencia del alcohol [Anderson et al 2005]. El Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos (ISCA) [Gual et al 2001] ha sido validado en España y ha mostrado ser un instrumento con mayor sensibilidad en hombres que en mujeres (70%-81% versus 50%-73%) y con una elevada especificidad en ambos géneros (82%-99% en hombres y 97%-100% en mujeres). El ISCA consiste en preguntar directamente por las consumiciones en UBEs a diario o durante el fin de semana y ayuda a detectar consumos de riesgo de fin de semana. Ha sido comparado con el AUDIT y parece una herramienta de utilización fácil en asistencia primaria, puede ser utilizada indistintamente o de forma complementaria con el AUDIT [Gual et al 2001].

- **Pruebas de cribado**

Una revisión sistemática de 38 estudios apoya el uso de tests de *cribado* en atención primaria para detección de consumo perjudicial en adultos (con un rango de edades comprendido entre los 35 a 47 años) [Fiellin et al 2000]. Los instrumentos más aceptados y de mayor difusión para el diagnóstico de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol y de dependencia alcohólica son el AUDIT (y el AUDIT-C), el MALT y el CAGE.

Test AUDIT

La prueba de la identificación de los trastornos por uso del alcohol (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) es la herramienta de detección mejor valorada y más utilizada, y también la recomendada por la OMS y el Ministerio de Sanidad español para detectar estos trastornos. El AUDIT se desarrolló para detectar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol y particularmente para ayudar los clínicos a identificar aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo de alcohol. El AUDIT consta de 10 preguntas sobre consecuencias de beber junto con preguntas sobre cantidad y frecuencia de consumo. Los dominios sobre los que pregunta el test se resumen en la tabla 3. Las tres primeras se refieren al consumo de riesgo de alcohol, las preguntas 4 a 6 son sobre síntomas de dependencia y las preguntas 7 a 10 sobre consumo perjudicial de alcohol. Cada pregunta puntúa de 0 a 4, y la suma final permite identificar, en función del punto de corte, tanto los consumos de riesgo como la dependencia alcohólica.

El tiempo de ejecución es de aproximadamente 5 minutos para realizar y contabilizar las preguntas. Cherpitel [Cherpitel 1995] propone unos puntos de corte para identificar consumo de riesgo, perjudicial y la dependencia. Utilizando el punto de corte de 8, el AUDIT es una prueba sensible (51%-97%) para detectar uso perjudicial del alcohol y abuso o dependencia y puede ser utilizada sola o ser encajada en estudios más amplios del riesgo para la salud o de formas de vida. Su especificidad es del 78% al 96% [Babor et al 2001].

Tabla 3. Dominios e ítems del cuestionario AUDIT

Dominios	Número de pregunta	Contenido del ítem
Consumo de riesgo	1	Frecuencia de consumo
	2	Cantidad típica
	3	Frecuencia de consumo elevado (<i>binge drinking</i>)
Síntomas de dependencia	4	Pérdida de control sobre el consumo
	5	Aumento de la relevancia del consumo
	6	Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7	Sentimiento de culpa frente al consumo
	8	Lagunas de memoria
	9	Lesiones relacionadas con el consumo
	10	Otros se preocupan por el consumo

El AUDIT ha sido estudiado en una gran variedad de países y culturas [Anderson et al 2005, Wu et al 2008] y es actualmente un instrumento internacional de cribado. A pesar de que su validez en mujeres es menor [Steinbauer et al 1998] el AUDIT se puede utilizar en ambos géneros. En la validación española de Rubio [Rubio Valladolid et al 1998], el punto de corte para varones se estableció en 8 o más y en mujeres en 6 o más para la detección del consumo de riesgo. El efecto de la edad no se ha estudiado sistemáticamente pero en la validación española se propone el punto de corte para mayores de 60 años en 5 [Rubio Valladolid et al 1998]. Un estudio más reciente realizado en nuestro país no encuentra puntos de corte distintos entre mayores y menores de 65 años [Gómez et al 2006].

El **test AUDIT-C** consta de las tres primeras preguntas del AUDIT. Ha sido utilizado y validado a nuestro medio en hombres y mujeres y se ha mostrado como una herramienta con una efectividad similar a la forma completa para la detección de consumo de riesgo de alcohol [Gual et al 2002, Gómez et al 2005]. En los diversos estudios el AUDIT-C ha mostrado una sensibilidad entre 54 y 98% y una especificidad entre el 57 y el 93% [Fiellin et al 2000]. En el estudio de validación español, se comparó el AUDIT-C con el AUDIT en pacientes con el diagnóstico de consumo de riesgo realizado por médicos de atención primaria. Las correlaciones entre los resultados del AUDIT-C, el AUDIT y el consumo alcohólico medido en UBEs fueron positivas y muy significativas. El AUDIT-C y el AUDIT mostraron sensibilidad y especificidades similares al AUDIT en la detección de consumo de riesgo. Para los hombres el mejor punto de corte fue 5 (sensibilidad 92.4%; especificidad 74.3%), y entre las mujeres el mejor punto de corte fue 4 (sensibilidad 90.9% y especificidad 68.4%) [Gual et al 2002].

Cuestionario CAGE

El Test CAGE (*Chronic Alcoholism General Evaluation*) es un sencillo cuestionario de cuatro preguntas que permite detectar el alcoholismo [Ewing 1984] y existe una versión validada en castellano. Es un test de cribaje para la detección pero el diagnóstico del alcoholismo debería basarse en otras pruebas y no tiene una adecuada sensibilidad para detectar consumo de riesgo. Sin embargo, su uso se ha extendido gracias a su brevedad y facilidad de puntuación. De cualquier modo, Spandorfer [Spandorfer et al 1999] encuentra que el 95% de médicos de cabecera e internistas encuestados contestaron que “a menudo” o “siempre” realizaban el interrogatorio de consumos mediante preguntas la cantidad/frecuencia para detectar el abuso del alcohol, pero sólo el 35% contestaron que

“frecuentemente” o “siempre” utilizaban el cuestionario CAGE. Las preguntas del CAGE pueden administrarse solas o camufladas en el contexto de una entrevista más amplia, para evitar el posible rechazo. Por regla general se recomienda limitar el uso del CAGE a la detección de la dependencia alcohólica, dado que el AUDIT tiene un mejor rendimiento para la detección de bebedores de riesgo [Gual 2008].

MALT

El MALT (*Munchner Alcoholismus Test*) es un cuestionario muy utilizado para el diagnóstico de dependencia alcohólica y particularmente útil en aquellos casos con dependencia encubierta. Consta de dos partes, el MALT objetivo (MALT-O), que es cumplimentado por el entrevistador y que recoge datos de la anamnesis, exploración física y laboratorio, y el MALT subjetivo (MALT-S), que es autoadministrado y consta de 27 ítems que exploran aspectos psicoconductuales y repercusiones del consumo de alcohol. El test ha sido validado en nuestro país [Rodríguez y Suárez 1984]. Cada respuesta positiva del MALT-O suma 4 puntos, mientras cada respuesta positiva del MALT-S suma un punto. Se considera que puntuaciones iguales o superiores a 11 son diagnósticas de alcoholismo y entre 6 y 10 sospecha de alcoholismo o de riesgo alcohólico. Su sensibilidad es del 100% y su especificidad del 80% [Guardia et al 2007].

- **Marcadores biológicos de enolismo**

No existen en la actualidad marcadores fiables para detectar el consumo excesivo de alcohol, especialmente en pacientes jóvenes y con uso discontinuo del alcohol [Salaspuro 1999, Sharpe 2001]. Aunque actualmente no se dispone de un marcador biológico con una especificidad y sensibilidad suficientes, el uso de una batería de marcadores puede ser útil en el abordaje de los pacientes que niegan o minimizan el consumo, para determinar la afectación física del consumo y para monitorizar la evolución. En la identificación de los bebedores excesivos pueden emplearse también marcadores biológicos, aunque no está justificado utilizarlos de forma rutinaria. Por otra parte, los marcadores biológicos no detectan consumos de 40g a 60 g/día que pueden producir el daño en otras áreas sociofamiliares o psicopatológicas.

Los marcadores bioquímicos del consumo alcohólico son los enzimas hepáticas glutamil transferasa (GGT), la aminotransferasa aspartatoaminotransferasa (AST) y la alaninaminotransferasa (ALT); la transferrina deficiente en carbohidratos o desialotransferrina (TDC) y el volumen corpuscular medio (VCM). Entre ellos destacan por su sensibilidad y accesibilidad la elevación de la GGT, de la GOT y del VCM. La elevación de la GGT se normaliza a las seis semanas de abstinencia, por lo que es especialmente útil en el seguimiento. Puede estar alterada en otras hepatopatías, pancreatitis o tras la ingesta de fármacos. Últimamente se utiliza como nuevo marcador la CDT (transferrina deficiente en carbohidratos) que se incrementa tras consumos superiores a 50-80 g de etanol diarios.

1.4 Patrones de consumo en la población.

La evolución de los consumos de drogas constituye en cada país un fenómeno dinámico, condicionado por múltiples factores de carácter social y económico, con origen y dimensiones tanto internacionales, como nacionales y locales. El coste del consumo de alcohol en las poblaciones, tanto en términos de sufrimiento e incapacitación personal evitables, como de morbilidad, mortalidad y otros costes sociales y sanitarios, ha obligado a la mayoría de administraciones públicas a realizar un trabajo de seguimiento activo de los patrones de consumo de alcohol, tabaco y drogas para poder establecer líneas de acción políticas contra los efectos perjudiciales de estas sustancias [PND 2009, OMS 2012].

Consumo de alcohol en Andalucía

En Andalucía, El **Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones (OADA)**, adscrito a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, asesora y formula propuestas a la Junta de Andalucía, de modo interdisciplinar, en materias técnicas relacionadas con el fenómeno de las drogas y el problema generado por las drogodependencias y otros trastornos adictivos, en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Fruto de su labor es la serie de informes sobre el consumo de diferentes drogas entre la población andaluza, realizada desde el año 1996. El último informe recoge datos del año 2011 y muestra cómo el alcohol es la sustancia psicoactiva con un consumo más extendido en nuestra comunidad autónoma [Junta de Andalucía 2012].

En Andalucía, durante el año 2011 casi el 87% de las personas entrevistadas de 12 a 64 años señalaron que lo habían consumido en alguna ocasión, el 74% lo ha consumido en el último año y el 58% en el último mes. Por grupos de edad, se observa que las prevalencias de consumo de alcohol más elevadas se detectan en el grupo etario de 21 a 24 años, sobre todo cuando se trata del consumo en el último año (85%) y en el último mes (67%). Por otro lado, el consumo de alcohol es mayor entre los hombres que entre las mujeres y la diferencia se acrecienta a medida que se trata de un consumo más reciente y habitual. Así, el consumo diario es del 14% entre los hombres e inferior al 4% entre las mujeres. También se aprecian diferencias en función de la provincia. En el último año la prevalencia de consumo más elevada se encuentra en la provincia de Sevilla (86%), mientras que en el último mes, la prevalencia más alta se detecta en la provincia de Jaén (65%).

- **Evolución del consumo de alcohol (1996-2011).**

La estabilidad es el rasgo más característico de la evolución de este consumo alcohólico en la población andaluza. Tras una suave tendencia descendente observada a lo largo de la primera década del siglo, en 2011 se aprecia un cierto incremento del consumo alguna vez en la vida y en el último año, volviendo a situarse en los valores observados al principio de la pasada década. El consumo reciente (en el último mes), se mantiene en 2011 en un nivel prácticamente estable con respecto a la anterior edición de 2009 y por debajo de los niveles detectados en los años precedentes. En cualquier caso, es preciso tener cautela en la interpretación de variaciones porcentuales leves, ya que podrían deberse a los intervalos de confianza propios del trabajo con muestras poblacionales.

- **Edad del primer consumo de alcohol.**

La edad media del primer consumo de alcohol en 2011 es de 16.9 años, habiendo descendido medio año con respecto a 2009. Este descenso es más notable entre las mujeres, para las que la edad de inicio desciende casi un año entero (de 18.6 a 17.7 años). En Andalucía es habitual que la primera ingesta de alguna bebida alcohólica se realice antes de los 18 años. En concreto, un 65% del total de quienes consumieron alguna bebida alcohólica lo hicieron por primera vez antes de esa edad y el 91% lo hizo antes de los 21 años. Entre los hombres, el 74% probó el alcohol antes de los 18 años y entre las mujeres, el 55%.

- **Patrones de consumo.**

Se observa un incremento del consumo diario de alcohol con respecto al estudio realizado en el año 2009. Este tipo de consumo se incrementa de forma constante a lo largo de la vida, siendo cercana a la quinta parte del grupo etario de 45 a 64 años. Sin embargo, el consumo de alcohol presenta un mayoritario patrón de consumo durante los fines de semana, superior al de los días laborables: el 57% de las personas encuestadas bebieron alcohol algún fin de semana del último mes, y concretamente el 33% bebió todos los fines de semana del mes. Sin embargo, el porcentaje de quienes tomaron alguna bebida alcohólica en días laborables del último mes es del 35%, mientras que solo el 15% ha tomado alguna bebida alcohólica todos los días laborables del mes.

La tendencia a concentrar el consumo de alcohol en los fines de semana se produce más entre las personas jóvenes; así, entre las personas de 21 a 24 años el 66% ha consumido alcohol en fin de semana frente al 24% que lo ha hecho en días laborables. Entre los de 45 y 64 años, la diferencia entre ambos porcentajes se reduce: el 57% ha tomado alcohol en fines de semana y el 46% lo ha hecho en días laborables, es decir, al aumentar la edad se va convirtiendo en un consumo más habitual. El consumo de alcohol durante los fines de semana se encuentra más igualado entre los hombres y las mujeres que el consumo en días laborables, aunque sigue siendo superior entre los varones con una diferencia de un 20%. En días laborables, la diferencia se acrecienta: hasta el 48% de los hombres lo hace frente a un 21% de las mujeres. Estos datos vuelven a apuntar a una pauta de consumo más esporádica entre las mujeres que entre los hombres.

- **El botellón como modelo de consumo.**

En 2011 el porcentaje de población joven (12-29 años que indica haber acudido al menos una vez en los últimos seis meses a un botellón es del 50%, casi siete puntos por encima del resultado obtenido en 2009. Parece frenarse así el descenso observado en los últimos años sobre la práctica del botellón. Sin embargo, la frecuencia de participación no es elevada: la tercera parte señala haber acudido entre 1 y 5 veces en los últimos 6 meses y el porcentaje que afirma acudir todas o casi todas las semanas es inferior al 8%. El porcentaje de participación es mayor entre los chicos que entre las chicas: el 55% de ellos afirma haber acudido al menos una vez en los últimos seis meses, frente al 44% de ellas. Además, ellos acuden con más frecuencia (10% frente a un 5% de las chicas)

La asistencia a botellones se concentra más en los grupos de edad de 16 a 20 años y de 21 a 24, siendo los grupos que acuden con mayor frecuencia (un 15% lo hace de forma semanal). En cuanto al consumo de alcohol en el contexto del botellón, el 95% de las personas asistentes bebieron alcohol en el último botellón al que acudieron (97% de los chicos y 92% de

las chicas). Como media, quienes bebieron, consumieron 98.6 cc de alcohol (equivalente a 4 combinados o a 8 cerveza, aproximadamente), siendo superior entre los chicos (109 cc frente a 84 cc en las mujeres). En relación al consumo de otras sustancias psicoactivas en este contexto, el 51% fumó tabaco en el último botellón al que acudió, el 21% consumió cannabis, un 2% consumió cocaína en polvo y algo menos del 2% refiere consumo de éxtasis.

El 85.6% de las personas entrevistadas menores de 30 años también manifiestan interés en la realización de actividades de ocio nocturno alternativas al botellón. Este porcentaje es discretamente superior entre las chicas que entre los chicos (88% frente a 84%). Por grupos de edad, quienes demuestran más interés son las personas de 14 a 15 años (88%). En cuanto al tipo de actividad alternativa, las más demandadas son los conciertos (57%), seguidos de cine o cineforum (46%) sobre todo entre las chicas, mientras que las actividades deportivas son más demandadas por los chicos (56%). En cuanto a la valoración de las posibles sanciones previstas en la ley para las personas que realicen botellones en la vía pública, las personas entrevistadas se muestran más favorables a la realización de prestaciones para la comunidad que a la imposición de sanciones económicas

- **Tipos de bebida**

En lo que se refiere a los tipos de bebida consumidas durante los días laborables, la cerveza es la bebida más consumida: un 12% la toma diariamente de lunes a jueves. Por otra parte, un 4% toma vino diariamente. El consumo del resto de bebidas (aperitivos, vermut, combinados o licores) de lunes a jueves es reducido. En fines de semana, la bebida más consumida es, de nuevo, la cerveza (un 41% la ha tomado algún fin de semana del mes y un 25% la toma todos los fines de semana). La ingesta de combinados o cubatas se incrementa notablemente frente a los días laborables: los consume al menos un fin de semana al mes la tercera parte de las personas entrevistadas y los toma la décima parte todos los fines de semana. El vino se consume por un 18% algún fin de semana del mes y un 8% lo toma todos los fines de semana. El consumo de otras bebidas en fines de semana es minoritario.

Consumo de alcohol en España

El **Programa de Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas en España** [EADDES 2015] es un programa bienal de encuestas domiciliarias sobre el consumo de sustancias adictivas coordinado por el Plan Nacional sobre Drogas desde el año 1995, que permite analizar la evolución de las prevalencias de consumo de drogas legales e ilegales como las pautas de consumo dominantes, los perfiles de los consumidores, las percepciones sociales ante el problema, y las medidas que los españoles consideran más efectivas para resolverlo. En su última encuesta del año 2013-2014 [EADDES 2015] se comprueba cómo la extensión del consumo de bebidas alcohólicas en la sociedad española es prácticamente universal. Desde el año 2011 aumenta ligeramente el consumo de las sustancias legales: tabaco (40.7%), alcohol (78.3%) e hipnosedantes (12.2%); pero también desde el año 2011 disminuye ligeramente el consumo de las sustancias ilegales. El consumo de drogas tanto legales como ilegales está más extendido entre los hombres, excepto los hipnosedantes donde la proporción de mujeres consumidoras duplica a la de varones (16% vs 8.5%). La edad media de inicio en el consumo de las diferentes drogas se mantiene estable con respecto a ediciones anteriores de la encuesta: hipnosedantes (35.2 años), hipnosedantes sin receta (31.3 años), cocaína base (23.2 años),

heroína (21.5 años). Las drogas de inicio más temprano consumidas son: tabaco (16.4 años), bebidas alcohólicas (16.7 años), cannabis (18.6 años) [EDADES 2015].

Así, en 2011, el 90.9% de la población española de entre 15 y 64 años las había consumido alguna vez en la vida, el 76.6% de la población admitió haberlas consumido alguna vez durante el último año y el 62.3% lo hizo en el último mes. Para todas las frecuencias temporales contempladas, el consumo de bebidas alcohólicas se reduce en 2011 con respecto a 2009 (-3.3; -2.1 y -1.0 puntos porcentuales respectivamente), año donde repuntaron los niveles de consumo en todos los tramos temporales. Por su parte, en el año 2011 el consumo diario de alcohol se reduce 0.8 puntos porcentuales con respecto a 2009, hasta un porcentaje del 10.2%, volviendo así a niveles de 2007.

- **Diferencias por sexo**

En todas las frecuencias temporales estudiadas y para todos los tramos de edad, el hombre presenta mayores prevalencias de consumo de alcohol que la mujer. El 94% de los hombres consultados había consumido alcohol alguna vez en su vida frente al 87.7% de las mujeres; el 83.2% de los hombres habían consumido alcohol en el último año frente al 69.9% de las mujeres y el 73.2% de los hombres consultados consumieron alcohol en el último mes frente al 51.2% de las mujeres. La prevalencia de consumo diario de alcohol, en los últimos 30 días, fue de 15.3% en hombres y de 5% en mujeres. Como en años anteriores, la diferencia de las prevalencias de consumo de alcohol entre hombres y mujeres va creciendo conforme se examinan tramos temporales más próximos en el tiempo. Así, la razón hombre/mujer para la prevalencia de consumo alguna vez en la vida es de 1.07 hombres por cada mujer, de 1.19 para la prevalencia de consumo en el último año, de 1.43 para la prevalencia de consumo en el último mes y de 3.06 para el consumo diario en el último mes, sin que se hayan registrado cambios significativos en este sentido en 2011 con respecto a 2009 (1.04, 1.16, 1.41 y 3.3, respectivamente).

- **Diferencias por edad**

Atendiendo a los resultados por grupos de edad, el segmento de población de entre 15 y 34 años muestra una prevalencia de consumo de alcohol en el último año ligeramente superior al del grupo de entre 35 y 64 años (79.1% frente a 75.1%). Igualmente, valorando el último mes, la prevalencia en el primer grupo de edad supera a la del segundo, aunque con una menor diferencia porcentual (63.7% frente a 61.5%). Si en el año 2009 el consumo de alcohol en el último mes entre aquellos de entre 35 y 64 superaba levemente al que presentaban aquellos de entre 15 y 34 años (63.3% vs 63.1% respectivamente), en 2011 se vuelve a la tendencia histórica en la que la prevalencia era mayor en el grupo más joven, si bien la diferencia entre los dos grupos de edad se ha ido reduciendo con el tiempo. Sin embargo, cuando se analiza el indicador de consumo de alcohol en atracón (*binge drinking*) en el último mes respecto al total de la población española consultada, la prevalencia en el grupo de 15 a 34 años duplica la observada entre los que forman el grupo de entre 35 y 64 años (22.1% frente a 11%).

Examinando los diferentes tramos de edad de una forma más desagregada, se observa que son los jóvenes de entre 25 y 34 años los que muestran una mayor prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses (79.5%) aunque no a mucha distancia del mostrado por los grupos de entre 15 y 24 años y entre 35 y 44 años (78.5% y 78% respectivamente). Respecto al consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, es

también el grupo de entre 25 y 34 años el que muestra la mayor prevalencia de consumo (64.9%) seguido del grupo de entre 45 a 54 años (63.6%) y de entre 35 a 44 años (63.1%). Se constata, por tanto, que el hábito en el consumo de alcohol (consumos en último año y en último mes) se encuentra extendido en proporciones muy similares en un amplio rango de edad. Por otra parte, teniendo en cuenta tanto el sexo como la edad de los entrevistados, las prevalencias de consumo de alcohol entre hombres y mujeres muestran mayor similitud en el tramo de edad de entre 15 y 24 años que en el resto de grupos de edad y para todos los indicadores temporales. Respecto al consumo diario de alcohol, éste va siendo mayor entre las personas conforme aumenta la edad, en ambos sexos, alcanzando los hombres de entre 55 y 64 años cifras del 32.5% de prevalencia frente al 10,5% entre las mujeres del mismo grupo etario. De este modo, se puede afirmar que a partir de los 25 años hay al menos 3 hombres que beben alcohol diariamente por cada mujer que lo hace.

La edad media de inicio del consumo de alcohol registrada en 2011 es de 16.7 años, similar a la anotada en años anteriores. Por su parte, los hombres comienzan su consumo de alcohol año y medio antes (16 años) que las mujeres (17.5 años). Al analizar la edad de inicio en el consumo de alcohol por tramos de edad, se observa cómo conforme va aumentando la edad de las personas consultadas, la edad de inicio de consumo de alcohol es más tardía y conforme se consulta a personas más jóvenes, la edad de inicio es más temprana; de este modo, se observa que las personas de entre 15 y 24 años comienzan a consumir alcohol, de media, a los 15.4 años mientras que el segmento entre 55 y 64 años lo inició a los 17.8 años

- **Patrones de consumo y tipos de bebidas**

Las tendencias de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 10 años se encuentran estabilizadas, pero en niveles elevados: alguna vez en la vida (93.1%), último año (78.3%), último mes (64.4%) [EDADES 2015].

Tomando en consideración los diferentes tipos de bebida y el momento de consumo (días laborables/fines de semana) en el último mes, se observa que el porcentaje de personas que consumen alcohol en fin de semana es prácticamente el doble de los que consumen durante los días laborables (60.2% frente a 31.9%). Esta diferencia es más pronunciada entre los jóvenes de 15 a 34 años dado que el 24.9% de este grupo consume alcohol en días laborables mientras que este porcentaje alcanza el 36.3% entre la población de 35 a 64 años. La bebida con la que las personas muestran un hábito más diferenciado entre días laborables y fin de semana son los combinados/cubatas, que son consumidos por el 3.7% en días laborables mientras que son consumidos por una de cada cuatro personas (24.9%) de 15 a 64 años que consume durante el fin de semana. Centrándonos en el último mes y en los españoles de entre 15 y 64 años, la bebida alcohólica consumida por un mayor número de personas es la cerveza, tanto en los días laborables (23.6%) como en los fines de semana (43%), habiendo crecido en este sentido con respecto al año 2009 (en 3.6 y 1.7 puntos porcentuales respectivamente) tanto en el grupo de entre 15 y 34 años como en el de 35 y 64 años.

En días laborables (de lunes a jueves), la cerveza es consumida por el 24.8% de las personas del grupo de mayor edad (35-64 años) y por el 21.6% del grupo de 15 a 34 años. El vino es la segunda bebida más consumida en días laborables. En este caso, sí existe una diferencia muy evidente según la edad de los encuestados, pues el consumo de vino se encuentra extendido, principalmente, en el grupo de 35 a 64 años (22.4%) frente al 7.4% observado en el grupo de 15 a 34 años. Durante el fin de semana (viernes, sábado y domingo), la bebida consumida por un mayor porcentaje de personas es también la cerveza (44.1% de las

personas de entre 15 y 34 años y 42.4% de aquellos de entre 35 a 64 años). Al igual que ocurría durante los días laborables, se observa que también en fin de semana, la cerveza es una bebida muy popular independientemente de los segmentos de edad. Sin embargo, si nos referimos al vino y a los combinados (que junto con la cerveza son las tres bebidas alcohólicas más consumidas en fin de semana), se registran mayores diferencias según los grupos de edad considerados. El vino muestra mayor extensión en el grupo de 35 a 64 años (34.6%) frente al 16.3% entre los de 15 a 34 años mientras que los combinados están más presentes entre los consumidores más jóvenes. Así, cuatro de cada diez jóvenes de entre 15 y 34 años (40.4%) han consumido combinados en fin de semana en el último mes, mientras que sólo 2 de cada diez los ha consumido en el grupo de 35 a 64 años. A este respecto, conviene resaltar que el consumo de combinados, en 2011, ha aumentado tanto en fin de semana como en días laborables y en ambos grupos de edad (15-34 y 35-64 años).

Con respecto a la información obtenida en 2009, el consumo de alcohol en fin de semana se ha reducido ligeramente (pasando de 61.9% a 60.2%) mientras que en días laborables ha crecido. Este incremento podría ser debido a una mayor incorporación del segmento más joven al consumo de alcohol de lunes a jueves. Así, respecto a los datos obtenidos en 2009, en 2011 se registró un notable aumento de la prevalencia de consumo de alcohol en días laborables entre las personas de 15 a 34 años (un incremento de 5.4 puntos porcentuales, pasando de 19.5% a 24.9%), produciéndose un mayor consumo en este sentido en todas las bebidas estudiadas. Es sabido que, en los últimos años, y sobre todo en áreas urbanas, la población más joven ha adelantado el inicio del fin de semana que, en la actualidad, comienza el jueves en lugar del viernes. No obstante, no se puede precisar este dato debido a que el cuestionario de EDADES pregunta por “días laborables (de lunes a jueves)” y no por cada día laborable por separado.

- **Intoxicaciones agudas y consumo tipo atracón**

La prevalencia de intoxicaciones etílicas muestra una tendencia estable, 2 de cada 10 personas han sufrido una intoxicación etílica aguda en el último año. El 15.5% de la población de 15 a 64 años ha consumido alcohol en atracón “binge drinking” en el último mes. Las mayores prevalencias se encuentran en el grupo de los adultos jóvenes de 15 a 29 años. El botellón se concentra en el grupo de los adultos jóvenes de 15 a 24 años. En la población de 15 a 64 años, utilizando AUDIT, tienen un consumo problemático de alcohol el 4.9% de los encuestados, de los cuales presentan consumo de riesgo (AUDIT>8) el 4.5% (1600000 personas; 1300000 hombres y 300000 mujeres) y presentan una posible dependencia alcohólica (AUDIT>20) el 0.4% (120000 personas) [EDADES 2015].

En relación con las intoxicaciones etílicas, el 19.3% de la población de 15 a 64 años admitió haberse emborrachado alguna vez en el curso del último año a ser encuestado (el 25.9% de hombres frente al 12.6% de mujeres). De ellos, el 5.4% reconoció haberse emborrachado más de una vez al mes en el último año mientras que el 13.9% lo hizo con una frecuencia menor. La comparación de estas cifras con las obtenidas en el año 2009, muestra un incremento de 0.6 puntos porcentuales en el número de personas que se emborracharon más de una vez al mes en el último año, alcanzando las cifras más elevadas desde 1995. El grupo que lidera la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas es el de los hombres de 15 a 34 años, pues el 41.3% de ellos se han emborrachado en el último año frente al 23.5% de mujeres de la misma edad.

Por su parte, en referencia al *binge drinking* o consumo de alcohol en atracón (5 o más bebidas en hombres y 4 o más bebidas en mujeres en un intervalo de 2 horas), se observa una prevalencia muy similar a la observada en el año 2009 para el total nacional. En 2011, el 15.2% de los españoles de entre 15 y 64 años ha realizado *binge drinking* en el último mes, siendo mayor, como es habitual para este tipo de consumo intensivo, la proporción registrada en hombres (20.7%) que en mujeres (9.5%). La razón hombre/mujer, aun sin mostrar cambios muy llamativos, sí parece seguir una tendencia descendente (2.7 en 2007, 2.4 en 2009 y 2.1 en 2011). Con respecto al año 2009 (14.9%), la cifra total nacional asciende ligeramente debido al incremento de un punto porcentual entre las mujeres (8.6% en 2009 a 9.5% en 2011). En general, para todos los grupos de edad y para ambos sexos, la mayor proporción de consumidores en atracón lo son entre 1 y 5 días al mes 84.1% lo que podría identificarse con un patrón de consumo episódico de fin de semana. No obstante, también se registra una proporción pequeña 3.4 % que admite ingerir 4/5 (mujer/hombre) bebidas alcohólicas en un intervalo de dos horas más de 19 días al mes, lo que podría identificarse con un patrón de dependencia alcohólica. Si se toma como referencia la población general de 15 a 64 años desagregada por sexo y, posteriormente por grupos de edad, la proporción de hombres que ha realizado un consumo de atracón de alcohol en los últimos 30 días alcanza los mayores niveles entre los 20 y 24 años (35.6%), al igual que ocurre en el caso de las mujeres (19.9%), aunque con una diferencia de 15.7 puntos porcentuales a favor de los hombres. Asimismo, la diferencia de prevalencia entre el grupo de 15 a 19 años con respecto al grupo de 20-24 años es sustancialmente menor en el caso de las mujeres, registrándose una diferencia de +13.8 puntos porcentuales en el grupo de los hombres y de +2.7 puntos en el de mujeres. En cualquier caso, se observa que para todos los rangos de edad, la prevalencia de *binge drinking* es menor entre las mujeres. Si en vez de utilizar como referencia la población general de 15 a 64 años, se analiza el *binge drinking* entre aquellas personas que han consumido alcohol en el último mes, la cifra asciende hasta alcanzar el 24.5% (28.5% en hombres y 18.6% en mujeres), lo que significa que 1 de cada cuatro personas que ha consumido alcohol en el último mes, lo ha hecho en forma de atracón. En este caso, la razón hombre/ mujer desciende hasta 1.5.

Por último, con respecto a los denominados “bebedores de riesgo” (hombre que consume, por término medio, 50 cc o más de alcohol puro/día o mujer que consume, por término medio 30 cc o más de alcohol puro/día), se registra una prevalencia de 4.1% (4.5% en hombres y 3.5% en mujeres) en la población española de 15 a 64 años, que resulta ligeramente menor que la registrada en 2009 (4.4%). Teniendo en cuenta los diferentes tramos de edad, los segmentos de edad correspondientes a 15 y 24 años, 25 y 34 años y 45 a 54 años muestran una prevalencia similar (4.3%). Asimismo se registra que hay más mujeres bebedoras de riesgo que hombres entre los 15 y 24 años.

A modo de resumen, puede decirse que el estudio EDADES del año 2011 registra una tendencia ligeramente descendente del consumo de bebidas alcohólicas en la población general española de 15 a 64 años. Las mayores prevalencias de consumo siguen correspondiendo a los hombres, para todos los intervalos temporales y también para los tres tipos de patrones de consumo intensivo estudiados (intoxicaciones etílicas, consumo en atracón -*binge drinking*- y bebedores de riesgo). Estos tres patrones de riesgo muestran también ligeros descensos con respecto a los niveles registrados en 2009. Aparentemente, se ha frenado discretamente el aumento de las prevalencias en mujeres para diversos indicadores (intensivos y no intensivos) que venía observándose en las últimas ediciones de la encuesta. Los consumos de bebidas alcohólicas siguen concentrándose en el fin de semana aunque se registra un discreto aumento del consumo en días laborables que podría estar relacionado con la tendencia, en los últimos años, de la gente joven por adelantar el inicio del fin de semana al

jueves. La bebida consumida por un mayor número de personas es la cerveza, tanto en días laborables como durante el fin de semana, seguida del vino. Aun así, se registra un aumento del consumo de combinados tanto en días laborables como en fin de semana.

Consumo de alcohol en Europa

El **Informe sobre el estado del problema de la drogodependencia en Europa** [EMCDDA 2009] aporta una visión general anual del Observatorio Europeo para las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) sobre el fenómeno de las drogas. Mientras que la Unión Europea es el mayor productor, exportador e importador de bebidas alcohólicas, el consumo de alcohol se constituye en el tercer factor de riesgo de morbilidad precoz sólo por detrás del tabaquismo y la hipertensión arterial, siendo más importante que la obesidad o la hipercolesterolemia. Aunque la tendencia del consumo medio ha tendido a disminuir en las últimas décadas de los 15 litros de alcohol puro por adulto y año a mediados de los años 1970 a los menos de 9 litros a inicios de los 2000, La UE es la región del mundo con mayor consumo de alcohol per cápita. Estos niveles actuales están 2.5 veces por encima de la media del resto del mundo. En este contexto, España es el octavo país con mayor consumo de alcohol de toda la región europea.

- **Tipo de bebida alcohólica preferida**

Cerca de la mitad del alcohol consumido en la UE se bebe en forma de cerveza (44%), con el resto dividido entre el vino (34%) y licores (23%). En el norte y el centro de la UE se consume principalmente cerveza, mientras que los del sur consumen principalmente vino (aunque España puede ser una excepción). Además, en Grecia y España se bebe más alcohol procedente de las bebidas destiladas tradicionales locales que en los países del norte como Suecia y Noruega donde tradicionalmente se beben productos destilados.

- **Contexto en que se consume**

Los países europeos meridionales beben con más frecuencia durante las comidas que otros países de la UE, sobre todo a la hora del almuerzo. Sin embargo, en Dinamarca y Suecia se produce un mayor consumo con las comidas que algunos países del sur de Europa, particularmente en España. En general, la proporción de consumo total que se efectúa en la tarde/cena es similar en la mayoría de los países UE aunque, como en los países del sur de Europa se bebe mucho más a menudo, en general son más propensos a beber con cualquier comida.

- **Frecuencia de consumo de alcohol**

Un análisis por países muestra que en 14 de los 25 Estados miembros la mayoría de los ciudadanos manifiesta haber bebido alcohol una vez a la semana en los 30 días previos. En los países europeos meridionales se consumen bebidas alcohólicas con más frecuencia que los que están en el norte de Europa, con una mayor frecuencia del patrón de consumo diario. En los Estados bálticos, la mayoría de los encuestados dijeron que habían bebido alcohol una sola vez durante el mes pasado (36% en Letonia, Lituania 35%, Estonia el 29% y en Polonia el 28%). Por el contrario, la mayoría de los bebedores portugueses consumían bebidas alcohólicas todos los días (47%).

- **Consumo perjudicial**

Se calcula que 266 millones de adultos beben alcohol en los límites que se consideran de menor riesgo para la salud (<20g en mujeres y <40g en hombres por día). Más de 58 millones de adultos (el 15% de la población total) consumen por encima de este nivel; de ellos, sobre unos 20 millones (un 6%) consumen más de 40g (mujeres) o 60g (hombres) por día. Los jóvenes soportan de forma relativa una parte desproporcionada de esta carga. Se estima que 23 millones de europeos/año tienen dependencia del alcohol y, cada año, hasta 7 millones de adultos refieren haberse involucrado en peleas cuando bebían. Los hombres con más educación tienen menos probabilidades de ser bebedores problema, en contraste con un efecto inverso encontrado en las mujeres, en las que diversos estudios muestran que un mayor nivel socioeconómico se relaciona con mayor frecuencia consumo. El consumo de riesgo perjudicial de alcohol afecta a todos los grupos de edad, todos los estratos de la sociedad europea y a todos los países, aunque a aquellos con desventajas sociales les afectan de forma desproporcionada. Aunque existe evidencia sobre el menor consumo de alcohol entre las personas con menor nivel socioeconómico, presentan sin embargo mayor probabilidad de sufrir intoxicación etílica y dependencia del alcohol, y esto ocurre en ambos sexos.

El alcohol origina el 25% de la mortalidad en los hombres y el 10% en las mujeres. Al daño físico y psicológico provocado en el propio consumidor, se debe añadir el daño producido en otras personas: daño al feto en desarrollo, daño derivado de los accidentes de tráfico, violencia y crimen, el daño a las familias y el sufrimiento debido a la dependencia del alcohol. El daño intangible (dolor, sufrimiento y pérdida de vidas) se ha estimado en 270000 millones de euros anuales, mientras que el tangible (o daño social: gasto sanitario, crimen y pérdida de productividad) se valora en 125000 millones de euros.

El consumo tipo *binge-drinking* es frecuente en la población europea: Uno de cada diez europeos referían que tomaban habitualmente 5 o más consumiciones por ocasión. Se define como aquel consumo concentrado episódico, que consistiría en el consumo de 60 o más gramos (6 UBEs), en varones, y de 40 o más gramos (4 UBEs), en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4–6 h), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación, es decir una alcoholemia no inferior a 0.8g por litro. Este patrón de consumo ha sido asociado con un considerable perjuicio social y una gran carga de morbilidad. Los hombres tienden a realizar consumos episódicos abusivos con más frecuencia que las mujeres, con mayor frecuencia entre los adolescentes y adultos jóvenes. Utilizando la definición de 5 o más UBEs por ocasión de consumo, el 11% de los varones bebedores en España referían consumos concentrados episódicos semanales frente a 20-30% de la UE-10 en el Eurobarómetro 2009.

Según este informe, el alcohol continúa siendo la sustancia psicoactiva más consumida, detectándose, incluso, un incremento de tres puntos desde el pasado año 2007, puesto que algo más de un 63% lo ha consumido en el último mes y un 11% lo toma a diario, estimándose que un 4.4% de éstos últimos son consumidores de riesgo. Así mismo, los datos referidos a su consumo abusivo son también preocupantes, ya que *"el 18.4% de la población encuestada se ha emborrachado hasta 10 veces durante el último año (...). El 14.9% se ha dado un atracón de alcohol al menos una vez en los últimos 30 días"*. Este consumo abusivo de alcohol, concentrado principalmente en los fines de semana, es más habitual en varones de edades entre los 15 y los 34 años, pero es importante también que en las mujeres haya aumentado unos dos puntos el consumo abusivo de bebidas alcohólicas.

Irlanda es con mucha diferencia el país en donde se realiza consumo concentrado episódico con mayor frecuencia (hasta un 36%) mientras que el extremo opuesto lo ocupan portugueses (15%) italianos (17%) y luxemburgueses (17%) quienes refieren que consumen una o menos unidades de bebida estándar por ocasión de consumo.

Consumo de alcohol entre profesionales de la salud

Debido a los escasos estudios publicados, la prevalencia del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol no es bien conocida en el ámbito sanitario español. Parece que el consumo de alcohol entre los profesionales sanitarios no es diferente al que existe en la población general. A pesar de los conocimientos que un profesional de la salud tiene acerca de los peligros del consumo enólico, este consumo está muy presente siendo generalmente mayor en hombres que en mujeres. [Kaneita et al 2010, Voight 2009, Kenna y Wood 2008, O'Donovan 2009, Satre et al 2007]. Parecen existir diferencias en el consumo de alcohol según el sexo tanto en médicos residentes [Hughes et al 1991, Hull et al 2008] como en médicos adjuntos [Rodríguez Fernández et al 2001, Martínez Lanz et al 2004, Rosta y Aasland 2005, Rosta 2008, Rosta y Aasland 2010], siendo superior en hombres frente a mujeres. Rosta [Rosta 2008] indicó también que la especialidad en la que se forma el profesional de la salud parece ser otro condicionante del consumo de alcohol.

Entre los estudiantes de medicina el consumo de alcohol es frecuente y en algunos casos, sobre todo entre estudiantes masculinos, se superan los 60 g/día. Sobre médicos residentes en formación, los estudios son menores pero también se encuentra un consumo frecuente y regular de [Milling 2005, Handel et al 2006, Mac Beth 2008 y 2009, Hull et al 2008], con una edad media de inicio en el consumo de alcohol en torno a los 17 años [Rodríguez Ibáñez et al 2001].

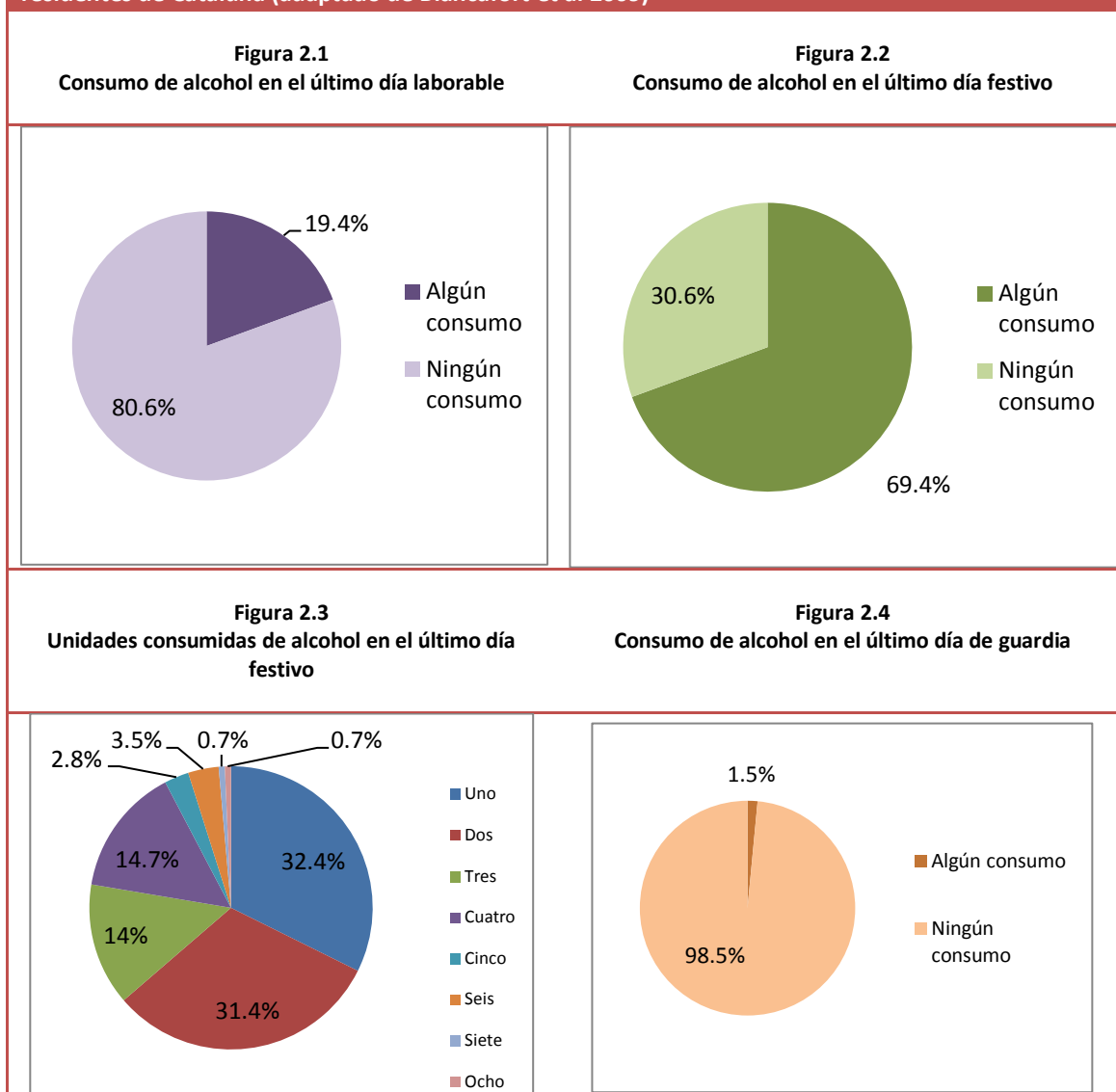
Algunos estudios [Hughes et al 1991, Martínez Lanz et al 2004, Mc Beth 2008] indican prevalencias de consumo de alcohol que oscilan entre un 60% y un 80%, similares respecto al consumo de alcohol de médicos adjuntos y estudiantes de medicina, que ronda el 75% [Rosta y Aasland 2010, Voight et al 2009] aunque con datos dispares según el estudio que se tome de referencia. Sin embargo, entre los médicos residentes y los estudiantes parece existir un claro predominio del patrón de consumo intermitente y de fin de semana ligado al ocio, con diferencias claras con los patrones de consumo de los médicos adjuntos. La característica que no parecen compartir los médicos en formación con los médicos adjuntos es la presencia de un elevado consumo cuantitativo, mostrando un consumo masivo (tipo atracón) que puede llegar a triplicar al observado en la población general [Brian 2008, Voight et al 2009] con prevalencias que se sitúan alrededor de un 20% de los consumidores de alcohol, con amplias variaciones desde un 2% hasta un 22% [Blancafort et al 2009, Hull et al 2008, Rosta 2008, Voight et al 2009]. Este consumo cuantitativo es mucho mayor entre estudiantes de medicina, sobre todo el consumo tipo “*binge-drinking*” con estudios que muestran un consumo superior a los 60 gramos diarios en un 30% de la población estudiantil [Sharon 2008, Voight et al 2009].

En España, la fundación Galatea (<http://www.fgalatea.org>) ha realizado un estudio sobre los hábitos y el estado de salud general de los especialistas residentes de Medicina en Cataluña [Blancafort et al 2009]. En primer lugar describen el consumo de sustancias tóxicas y las condiciones de trabajo, y en segundo lugar determinan los factores que se pueden asociar a la presencia de malestar psicológico. En general, los residentes de Medicina tienen una buena

percepción de su estado de salud general y sus hábitos y estilos de vida son similares a los observados en otros estudios realizados con profesionales de la salud, o incluso con población general comparable en edad. En cuanto a la toma de alcohol y de otros psicofármacos, los residentes presentaron un consumo inferior a lo reportado en estudios llevados a cabo con médicos ya formador (médicos seniors). No parece existir tampoco una relación entre el consumo de alcohol y la presencia de malestar psíquico o alteraciones laborales.

Los datos obtenidos sobre este consumo y sus características se presentan en la figura 2. Durante la última jornada laboral, la mayoría de residentes (80.6%) afirma no haber consumido alcohol. Entre los que manifiestan haber consumido alcohol (19.4%), el 80% afirma haber consumido una sola bebida, mientras que el 17.5% ha tomado dos y un residente (2.5%) ha tomado seis. El 69.4% de los encuestados manifiesta haber consumido alguna bebida alcohólica durante el último día festivo. Entre los que afirman haber consumido alcohol en el último día festivo, el 32.4% ha consumido una sola bebida, y el 31.4% dos. Ninguna mujer afirma haber consumido más de dos unidades de alcohol. En cambio, el 30.3% de los hombres afirma haber consumido tres, el 31.87% llega a las 4 unidades y el 16.7% ha consumido un mínimo de cinco bebidas. Sólo el 1.5% de los residentes afirma haber consumido alcohol durante el último día de guardia.

Figura 2. Resultados del estudio de la Fundación Galatea sobre el consumo de alcohol entre médicos residentes de Cataluña (adaptado de Blancafort et al 2009)



1.5 Efectos perjudiciales del alcohol

Para la mayoría de los adultos, el consumo moderado de alcohol puede no ser peligroso [Medline Plus 2013]. Sin embargo, el consumo de alcohol puede conllevar la aparición de síntomas, relacionados directamente con la cantidad de alcohol en sangre (tabla 4), que pueden producir otros efectos adversos para la salud tales como accidentes o traumatismos involuntarios. Por ello, no se debe olvidar que el alcoholismo conlleva muchos peligros serios lo que hace que el consumo de alcohol tenga un gran impacto en términos de salud. La Organización Mundial de la Salud ha advertido de la magnitud de los problemas de Salud Pública asociados al consumo de alcohol: a corto plazo, interfiere en los procesos de aprovechamiento de los nutrientes y provoca una disminución del apetito. Tomadas de forma abusiva y regular, están claramente relacionadas con el desarrollo de obesidad, hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, enfermedades hepáticas, pancreatitis, gastritis, cáncer de estómago y de esófago y, en otro orden de cosas, el riesgo de sufrir accidentes de tráfico. Estos efectos son aún mayores en las mujeres, ya que metabolizan más rápido el alcohol, con

lo que el daño afecta de manera más rápida a sus órganos vitales, especialmente en cuanto a cardiopatías se refiere.

Tabla 4. Principales manifestaciones clínicas en la intoxicación aguda alcohólica según la concentración sanguínea de alcohol (modificado de Chase et al 2005, Rehm et al 2010)

Nivel de Alcholeemia	Síntomas clínicos
20-50 mg/dL (4.4-11 mmol/L)	disminución de la coordinación motora fina
50-100 mg/dL (11-22 mmol/L)	alteración del juicio y la coordinación
100-150 mg/dL (22-33 mmol/L)	ataxia, hiperreflexia, prolongación tiempo de reacción, cambios en el humor, alteraciones conducta
150-250 mg/dL (33-55 mmol/L)	letargia, disartria, hipotermia, amnesia, diplopia, náuseas y vómitos.
>300 mg/dL (66 mmol/L)	estado de coma en el bebedor no habituado
>400 mg/dL (88 mmol/L)	depresión respiratoria, coma, muerte

Los daños orgánicos pueden clasificarse por órganos y aparatos:

1. Neoplasias malignas: El alcohol incrementa el riesgo de cánceres de labio, cavidad bucal, faringe, esófago, laringe, en menor grado de estómago, colon, recto y próstata. La relación es de tipo lineal (a mayor incremento del consumo mayor riesgo). El alcohol incrementa el riesgo de cáncer de hígado de forma exponencial, mientras que el aumento del riesgo de cáncer de mama es de tipo dosis dependiente. El volumen promedio alto y sostenido de alcohol es más importante en esta relación que el patrón de consumo, que no parece tener un rol importante en la etiología del cáncer [Cole et al 2003].

2. Enfermedades gastrointestinales metabólicas, y endocrinas:

- Cirrosis hepática: El alcohol incrementa el riesgo de cirrosis hepática de forma dosis-respuesta. Las mujeres tienen mayor riesgo que los hombres de padecer enfermedades, a cualquier nivel de consumo [Clemens y Mahan 2010].
- Pancreatitis: el alcohol aumenta el riesgo tanto de pancreatitis aguda como crónica con una relación dosis respuesta [Braganza et al 2011].
- Diabetes del tipo 2: Aunque bajos consumos tienen un efecto protector comparados con abstemios, cantidades elevadas incrementan el riesgo.
- Sobrepeso y obesidad: El alcohol contiene 7.1 Kcal / g siendo un factor de riesgo para el sobrepeso y obesidad. De igual forma, puede provocar malnutrición en bebedores con muy altos consumos de alcohol, ya que suelen tener una ingesta nutricional desequilibrada [Botella y Alfaro 2010, McClain 2011].
- Gota: El alcohol incrementa el riesgo de tener ácido úrico elevado en sangre de forma dosis-respuesta.

La mayor parte de esta relación parece ser dependiente del volumen de alcohol ingerido e independiente del patrón de consumo, aunque algunos autores han encontrado relación entre cirrosis hepática y *binge drinking*.

3. Enfermedades Cardiovasculares [Corrao et al 2000]:

- Hipertensión: El consumo de alcohol incrementa la presión arterial y el riesgo de hipertensión con una relación dosis respuesta.

- Accidente cerebrovascular: El alcohol aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular hemorrágico con una relación dosis respuesta. La relación con la isquemia cerebral es en forma de “J”: consumos bajos tiene un efecto protector respecto a los abstemios, incrementándose el riesgo con consumos muy elevados.
- Enfermedad coronaria: La relación del consumo de alcohol y la isquemia cardiaca tienen también forma de “J”: consumos bajos tienen un efecto protector respecto a los abstemios, incrementándose el riesgo con consumos más elevados.
- Arritmia cardiaca: Esta enfermedad está ligada principalmente con el consumo *binge drinking*, incluso en personas sin antecedentes de enfermedad del corazón [Djoussé y Gaziano 2008].
- Cardiomiopatía: El consumo de alcohol a dosis elevadas incrementa el riesgo de daño en el músculo cardíaco [George y Figueredo 2011].

La hipertensión, los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos, la enfermedad coronaria y cardiomiopatía, están relacionadas con el volumen promedio ingerido. La isquemia cerebral, arritmias y paro cardíaco, los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos y la hipertensión se relacionan principalmente con un patrón de consumo *binge drinking*. Aunque se ha sugerido que una ingesta de dosis bajas o moderadas de alcohol puede tener acción protectora contra enfermedades cardiovasculares, no existen suficientes ensayos aleatorizados que lo demuestren y este efecto positivo está ausente en la población general, por lo que no puede recomendarse para prevenir la enfermedad coronaria, especialmente en pacientes no consumidores. Existen una serie de factores que deben ser estudiados conjuntamente como el tipo de bebida, el patrón de consumo y las variabilidades genéticas que afectan al metabolismo del alcohol. Además hay otros factores como el tipo de dieta, presencia de obesidad, realización de ejercicio físico y el tabaquismo, que deben ser tenidos en cuenta [Hillbom et al 2011].

4. Enfermedades neuropsiquiátricas: Este grupo de enfermedades se relaciona en general con altos niveles de consumo sostenidos.

- Ansiedad y alteraciones del sueño. Un 10-15% de las personas con un trastorno de ansiedad también tienen asociado trastornos por alcohol. El alcohol agrava los trastornos del sueño.
- Epilepsia: El alcohol incrementa el riesgo desde dosis bajas [Hughes 2009].
- Depresión: Los trastornos por alcohol son un factor de riesgo para la depresión con una relación dosis dependiente.
- Dependencia del alcohol: El riesgo de dependencia del alcohol comienza con bajos niveles de consumo y se incrementa con el aumento de la ingesta. Los jóvenes son particularmente vulnerables [Mannelli y Chi 2007].
- Daño al sistema nervioso: Entre un tercio y un cuarto de las personas con dependencia del alcohol tienen un daño en el sistema nervioso periférico [McIntosh y Chick 2004].
- Daño cerebral: Altos consumos de alcohol se asocian a un incremento del riesgo de degeneración cerebral con una disminución de la función cognitiva.
- Disminución de la función: Altos consumos de alcohol incrementan el riesgo de pérdida de la capacidad cognitiva de forma dosis dependiente.

5. Sistema inmune: El alcohol puede interferir con las funciones normales del sistema inmune, incrementando la susceptibilidad hacia ciertas enfermedades infecciosas como neumonía, tuberculosis y posiblemente VIH.

6. Sistema musculoesquelético: Hay un riesgo mayor de fracturas, especialmente en varones. Altos niveles de consumo originan, en una relación dosis dependiente, enfermedades musculares [Alvisa et al 2009, González et al 2011].

7. Embarazo: el consumo de alcohol en embarazadas puede provocar en el feto graves anomalías neurológicas y del crecimiento, déficit cognitivo y académico, trastornos psicológicos, problemas de comportamiento y dificultades para una vida independiente, además de aumentar el riesgo de aborto espontáneo, el nacimiento prematuro y la morbilidad neonatal. El término trastorno del espectro alcohólico fetal es asignado a un gran conjunto de presentaciones clínicas presentes en el feto que son producidas por el consumo de alcohol en la madre durante el embarazo. El Síndrome Alcohólico fetal representa el tipo más grave de estas presentaciones, y es una afección que incapacita tanto mental como físicamente de por vida [McKeon et al 2008].

El consumo de alcohol puede generar también una serie de graves problemas sociales: se ha comprobado que el alcohol es una sustancia más adictiva y dañina que la heroína y el crack, si se considera de una manera combinada el perjuicio que causa al consumidor y a las personas que le rodean. Las consecuencias sociales negativas son diversas: el alcohol incrementa el riesgo de dañar la vida familiar, el trabajo, los estudios y las relaciones sociales, todo ello proporcional a la cantidad de alcohol consumida. También se produce una reducción de la actividad laboral, incrementándose el desempleo y disminuyendo la productividad. Entre el daño psicosocial ocasionado por el consumo de alcohol se encuentran las lesiones intencionales y la violencia: el alcoholismo genera un mayor riesgo de verse envuelto en acciones de violencia, que aumentan de severidad cuanto mayor es la ingesta de alcohol. También se incrementa las lesiones no intencionales y los accidentes: las personas que tienen más riesgo son aquellas que beben habitualmente bajas cantidades de alcohol pero que ocasionalmente ingieren altos niveles. Los accidentes se relacionan principalmente con el patrón de consumo *binge drinking*. Hay también una relación directa entre el consumo de alcohol y el riesgo de suicidio [Lee y Forsythe 2011].

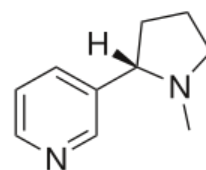
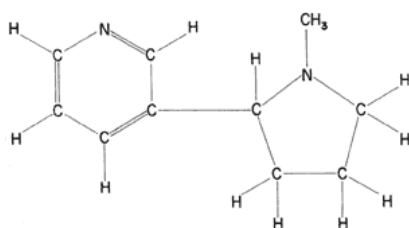
2. Consumo de Tabaco.

El tabaquismo es un trastorno adictivo crónico [APA 2008] que constituye la primera causa de muerte prevenible en los países desarrollados y también la causa más importante de años de vida perdidos de forma prematura junto a años vividos con discapacidad en España [CDC 2005, The European Tobacco Control 2007]. El consumo de tabaco tiene una alta tasa de letalidad: más del 50% de los fumadores de larga evolución morirá por una enfermedad causada por el tabaco [Doll et al 2004]. El abandono del tabaquismo se asocia con una reducción sustancial del riesgo de muerte por todas las causas entre los pacientes con cardiopatía coronaria [Ford et al 2007].

2.1 Concepto.

El tabaco es un producto de la agricultura originario de América y procesado a partir de las hojas de varias plantas del género *Nicotiana tabacum* [Real Academia Española 2005]. El género *Nicotiana* abarca más de 50 especies clasificadas en cuatro grupos principales: *N. tabacum*, *N. petunoides*, *N. rustica* y *N. glauca*. La especie *N. tabacum*, se puede clasificar en cuatro variedades: *havanensis*, *brasiliensis*, *virgínica* y *purpúrea*, que son el origen de las distintas variedades usadas en la comercialización. La estructura molecular de la nicotina se presenta en la figura 3.

Figura 3. Estructura molecular de la nicotina



La nicotina aumenta la concentración de dopamina extracelular en el núcleo accumbens al estimular los receptores nicotínicos. Esto activa el sistema mesolímbico dopaminérgico y produce una percepción de placer y felicidad, aumento de la energía y motivación, de la agudeza mental, aumento en la sensación de vigor y del despertar cognitivo, similar al producido por otras drogas adictivas, tales como la heroína y la cocaína. La nicotina también es un activador poderoso del locus ceruleus, y causa una liberación de norepinefrina que lleva a una activación y despertar generalizado del cerebro, aumento de la agudeza mental, concentración, mejoramiento de la capacidad de memoria y habilidad intelectual, y aumento de la habilidad para resolver problemas. Además, la norepinefrina reduce el apetito, lo que contribuye a que los fumadores tengan menor peso que los no-fumadores [Otero y Ayesta 2004, Nerín de la Puerta 2002].

La estimulación del sistema cannabinoide se ha implicado recientemente en las propiedades reforzadoras de la nicotina [Cami y Farré 2003, Picciotto y Corrigall 2002]. Existe una predisposición genética para el hábito de fumar, tal como ha sido demostrado en el caso del alcoholismo. Los fumadores son hipersensibles a la nicotina y obtienen mayor placer con su consumo, pero ello indica también mayor tolerancia y sensibilización con la administración crónica del alcaloide. Al igual que en otras adicciones, los efectos biológicos aislados de la nicotina no son suficientes para generar una dependencia; en su desarrollo intervienen

también las características de la persona y del entorno [Guías Mexicanas para el Tratamiento del Tabaquismo 2005].

Los deseos de consumir tabaco se suelen desencadenar por la presencia de determinados estímulos, que pueden ser externos o internos y no están necesariamente relacionados con las propiedades farmacológicas de la sustancia. Durante la abstinencia a la nicotina se producen síntomas como ansiedad, dificultad para la concentración o somnolencia que puede comenzar a partir de las primeras 24 horas de abstinencia y alcanza su nivel máximo entre la primera y segunda semanas; disminuye y desaparece hacia los 30 días de abstinencia total. El sustrato neurobiológico de este cortejo sintomático está dado por una hiperactividad dopaminérgica en el área tegmental ventral que se acompaña de un descenso de dopamina a nivel del núcleo accumbens. Se detecta, asimismo, un incremento de dopamina en la corteza prefrontal y un incremento agudo de AMPc intracelular en ese núcleo, que ocasiona la liberación de dinorfinas que actúan sobre receptores kappa del área tegmental ventral e inhiben la actividad de las neuronas dopaminérgicas en esta región. Se implican, además, un aumento de la actividad noradrenérgica en el locus ceruleus, en los núcleos noradrenérgicos espinales y en la amígdala extendida, así como un aumento de la tasa de liberación de serotonina en la amígdala extendida y en la corteza cerebral [Fernández-Espejo 2002].

2.2 Formas de consumo del tabaco

La forma habitual de consumo de tabaco es mediante la inhalación del humo producido por la combustión del cigarrillo. La composición de los cigarrillos incluye un alcaloide, la nicotina, que se encuentra en las hojas en proporciones variables (desde menos del 1% hasta el 12%) además de otras sustancias, como se muestra en la figura 4. Los cigarrillos son cilindros de papel que contienen, además de tabaco, muchos otros productos como pesticidas, herbicidas, metales, fertilizantes, arsénico o cianida). El cigarrillo moderno evolucionó desde una variante del cigarro del siglo XVI, que servía para fumar trozos de hoja de tabaco enrollándolos en un pequeño tubo de papel. Los cigarrillos comenzaron después a ser fabricados con tabaco curado de tal manera que el contenido del cigarrillo y el humo de su combustión eran ácidos. El humo ácido debe ser inhalado para que la absorción de la nicotina sea eficaz, siendo el humo ácido de los cigarrillos más fácil de inhalar que el humo moderadamente alcalino típico de los cigarrillos. Se consume de varias formas, siendo la principal por combustión produciendo humo. Su particular contenido en nicotina la hace muy adictiva. Se comercializa legalmente en todo el mundo, aunque en muchos países tiene numerosas restricciones de consumo, por sus efectos adversos para la salud pública.

Figura 4. Composición de los cigarrillos



Otros tipos de consumo, menos extendidos, son los siguientes:

- **Cigarrillos «orgánicos», «naturales» y «sin aditivos»**

No son más seguros porque el ingrediente más dañino es el tabaco por sí solo y las sustancias que se generan al encenderlo. Los términos «orgánico», «natural» y «sin aditivos» no tienen el mismo significado que para los productos alimenticios. Posee muchos ingredientes que impiden que se descomponga, que lo mantienen húmedo y encendido, que le aportan sabores adicionales, el papel, la goma y los materiales del filtro. Se ha objetivado mayores niveles de liberación de alquitrán y nicotina en estos cigarrillos [O'Bryan 2002].

- **Cigarrillos de liar o RYO (Roll-your-own)**

En Estados Unidos, Noruega y Nueva Zelanda los cigarrillos liados con tabaco en hojas sueltas es muy prevalente ya que es una forma de ahorrar dinero y también por razones culturales [Roll-your-own cigarette emissions 2005, United States Department of Agriculture Economic Research Service 2001]. Existen datos publicados recientemente que contienen niveles más altos de alquitrán que los cigarrillos industriales [Fowles y Henningfield 2006].

- **Bidis**

Son cigarrillos pequeños hechos a mano que se componen de una hoja de tendu o tembumi (*Diospyros melanoxylon*), plantas oriundas de Asia en la que se enrolla el tabaco y el resto de los ingredientes. Sobre todo se consumen en el sudeste asiático. Estudios recientes indican que la nicotina y alquitrán alcanzan los mismos niveles que en los cigarrillos industriales [Malson et al 2001, Rahman y Fukui 2000]. Se ha cuantificado la mortalidad y un riesgo de morbilidad superiores en relación con el consumo de cigarrillos [Gupta et al 2005], además de un riesgo mayor de cáncer bucal [Rahman 2003], cáncer de pulmón, estómago y esófago [Sankaranarayanan et al 1991], enfermedad cardiovascular [Malson et al 2002, Pais et al 1996, Pais et al 2001], tromboangitis obliterante [Rahman et al 2000].

- **Kreteks (cigarrillos de clavo)**

Contienen un 40% de la especie aromática llamada clavo y un 60% de tabaco. Se consume sobre todo en Indonesia. Un estudio ha demostrado que personas voluntarias que fumaron alternativamente kreteks y cigarrillos convencionales obtuvieron niveles similares de nicotina y monóxido de carbono, exhibiendo efectos cardiovasculares similares [Malson et al 2001]. Estudios recientes afirman que el riesgo de cáncer de pulmón entre los fumadores de kretek se incrementaba con el número de cigarrillos por día, los años de consumo y la edad [Nicotine addiction in Britain 2000, Situmeang 2001]. Además se ha asociado a un mayor riesgo de lesión pulmonar aguda [American Medical Association Council on Scientific Affairs 1988, Mangunegoro y Sutoyo 1996].

- **Cigarros**

Son rollos de tabaco envueltos en hoja de tabaco. Contienen más cantidad de tabaco que los cigarrillos [Baker et al 2000, Henningfield et al 1996, Henningfield et al 1999]. El consumo de cigarros produce cáncer de pulmón, esófago y oral [Baker et al 2000]. El riesgo de contraer un cáncer de pulmón, cerebral, cuello, oral y faringe entre los fumadores de cigarros es similar al de los fumadores de cigarrillos [Baker et al 2000, National Cancer Institute 1998, Wald y Watt 1997].

- **Pipas**

El humo tiende a ser más alcalino que el humo del cigarrillo, no teniendo que ser inhalado directamente para tener altos niveles de adicción a la nicotina. Debido a las cantidades relativamente grandes de tabaco que se suelen poner en la pipa se exponen a una cantidad de humo equivalente a la de varios cigarrillos. Existe un riesgo considerablemente mayor de enfermedades como: cáncer de cuello, laringe, esófago y pulmón [Nelson et al 1996].

- **Pipas de agua**

Es errónea la creencia de que las pipas de agua son una forma segura de fumar tabaco [Chattopadhyay 2000, Shihadeh y Eissenberg 2005]. Aportan suficiente cantidad de nicotina para crear adicción y se han documentado casos de enfermedad pulmonar, cáncer, tuberculosis, herpes o hepatitis por compartir boquillas [Al-Belasy 2004, Baljoon et al 2005, Jatabacoor et al 2003].

- **Productos de tabaco de uso oral o sin combustión**

Existen cuatro formas principales:

- Tabaco masticable: Su uso se está extendiendo por las leyes que prohíben el consumo de cigarrillos en los lugares públicos. Son altamente adictivos y pueden provocar cáncer de cabeza y cuello, faringe, esófago y alteraciones bucales y dentales.
- El rapé: se corta en partículas del tamaño de granos de café grandes, siendo hidratado y utilizado manteniéndolo entre la encía y la mejilla.
- El snus sueco: es una variante del rapé y suele ser más húmedo. Se ofrece generalmente en forma de pasta y dentro de unas latas que conservan sus propiedades, aunque también hay en forma de polvo y de crema. En Suecia el consumo es muy alto, aunque también se consumen en Sudamérica, India, Escandinavia y EEUU. Se ha demostrado que causa adicción, distintos tipos de cáncer y enfermedad dental.
- El gutkha y otros productos de tabaco de uso oral sin combustión se consumen en India y en el sudeste asiático. El gutkha se compone de tabaco en polvo, nuez de areca, lima, cal muerta, catechu y otros condimentos [Nair et al 2004]. En la India se consumen mayoritariamente por los jóvenes e incluso las mujeres [Srinath y Gupta 2004]. El gutkha y el paan masala (productos de nuez de areca sin tabaco) se ha relacionado con el aumento de los casos de fibrosis oral submucosa, incluso después de un período de consumo corto. Tiene una elevada tasa de transformación maligna [Gupta et al 1998, Nair et al 2004]. Afecta sobre todo a los jóvenes (menores de 35 años) [Gupta et al 1998, Pindoborg et al 1968, World Health Organization Tobacco Free Initiative, Tobacco and youth in the South East Asian region, 2002].

Los fabricantes de tabaco afirman que su objetivo es crear productos más seguros; [National Cancer Institute 2001, WHO 2001]. El Digital Smoking es un sistema que según la tabaquera Philip Morris disminuye la cantidad de humo que produce un cigarrillo. En la actualidad y al igual que ocurrió con los denominados “light” o “mild”, ningún producto lanzado por las tabaqueras es más seguro que los ya existentes [Kozlowski y Pillitteri 2001].

2.3 Antecedentes históricos

Los expertos en botánica han determinado que el centro del origen del tabaco se sitúa en la zona andina entre Perú y Ecuador [González Enciso y Torres 1999]. Los primeros cultivos debieron de tener lugar entre cinco mil y tres mil años a.C. Cuando se coloniza América, el consumo estaba extendido por todo el continente. Fumar (inhalar y exhalar el humo del tabaco) era una de las muchas variedades de consumo en América del Sur. Además de fumarse, el tabaco se aspiraba por la nariz, se masticaba, se comía, se bebía, se untaba sobre el cuerpo, se usaba en gotas en los ojos y se usaba en enemas. Se usaba en ritos como soplarlo sobre el rostro de guerreros antes de la lucha, se esparcía en campos antes de sembrar, se ofrecía a los dioses, se derramaba sobre las mujeres antes de una relación sexual, y tanto hombres como mujeres lo utilizaba como narcótico.

El tabaco era usado por los mayas para celebraciones rituales y religiosas, fue conocido por los europeos en 1492 con ocasión de la llegada de Colón y sus expedicionarios. Otras versiones tomadas de cronistas españoles proponen que «tabaco» proviene de la castellanización del lugar donde la planta fue descubierta, ya sea Tobago, una isla antillana, o la localidad mexicana de Tabasco. Sin embargo, lo más verosímil es que proceda del árabe «*tabbaq*», nombre que se aplicaba en Europa desde al menos el siglo XV a diversas plantas medicinales. La variedad maya conocida como Cikar (fumar), se extendió por todo el continente gracias al comercio. Rodrigo de Jerez y Luis de la Torre, compañeros de Cristóbal Colón, fueron los primeros europeos en conocer su existencia. Rodrigo, a su vuelta a España, fue encarcelado por la Inquisición acusado de brujería, ya que «*sólo el diablo podía dar a un hombre el poder de sacar humo por la boca*».

Por orden de Felipe II, Hernández de Boncalo, cronista e historiador de las Indias, fue quien trajo las primeras semillas de tabaco que llegaron a Europa en 1559. Estas semillas fueron plantadas en tierras situadas alrededor de Toledo, en una zona llamada los Cigarrales porque solían ser invadidas por plagas de cigarra. Allí se inició el cultivo de tabaco en Europa y, por este motivo, algunos historiadores sostienen que el nombre de cigarro proviene de esta circunstancia. La primera obra escrita en la que se relata la forma nativa de aspirar el humo proveniente de rollos de hojas encendidas es *Apologética historia de las Indias* de Bartolomé de las Casas (1527). Posteriormente Gonzalo de Oviedo y Velázquez, en la *Historia General de las Indias*, describe la planta y sus usos (1535). Su extensión por el continente europeo fue gracias al embajador francés en Portugal Jean Nicot de Villemain 1530 - 1600, en su honor Linneo introduce la denominación "Nicotiana" en su clasificación de Botánica. Este lo introdujo en su forma aspirada (rapé) y la popularizó al, supuestamente, «curar» a Catalina de Médicis (esposa de Enrique II) de unas migrañas, por lo que se le denominó *hierba de la reina*, *Catalinaria Nuduca* y *hierba del embajador*.

Durante el siglo XX, numerosos estudios médicos fueron demostrando los perjuicios del tabaco, y negando su posible utilidad terapéutica. Por otro lado, su consumo pasa de ser mayoritariamente masculino a un mayor equilibrio entre sexos. El tabaco no constituyó un problema de salud hasta la Revolución Industrial, momento en el que comenzó la producción masiva. La publicidad, principalmente en los niños y jóvenes, se convertía en su modelo de comportamiento, emitiendo diversos mensajes. Pero es cierto que, debido a ello, la cifra de muertos a causa del tabaquismo era de un 27.2% superior al dado actualmente según confirma la Agencia Internacional sobre el Cáncer. No fue hasta los 1990 cuando se empezó a hacer eco del efecto nocivo del tabaco aunque, debido a la falta de pruebas, no se tenía del todo en cuenta la gravedad de la situación. A pesar de ello, una sentencia de 1992 del Tribunal Supremo estableció que las empresas tabacaleras sólo incurrían en delito si ocultaban al

consumidor información sobre los efectos nocivos del tabaco, mientras que numerosas demandas presentadas contra ellas habían sido desestimadas.

La Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud (OMS), intentaron prohibir en 2001 la publicidad del tabaco en todo el mundo. A partir de 2004, las empresas tabacaleras se vieron obligadas a especificar los aditivos que utilizan en la fabricación del tabaco y todas las cajetillas se empezaron a comercializar con la leyenda: «Fumar mata», «Fumar puede matar» o «Fumar daña gravemente su salud y la de las personas que están a su alrededor». La preocupación ante este tema fue concretado en España a partir de la ley antitabaco o Ley Española 28/2005 de 26 de diciembre de 2005.

2.4 Diagnóstico del consumo de tabaco

Según la Organización Mundial de la Salud (1998), un fumador es la persona que fuma en la actualidad y que ha fumado al menos diariamente durante 6 meses [Cabezas Peña et al 2007]. En el contexto de la mayoría de protocolos clínicos, fumador es la persona que responde afirmativamente a la pregunta: “¿usted fuma?”. Los diferentes tipos de consumo de tabaco se pueden clasificar como experimental (se consume con el objetivo de probar), ocasional (se consume de forma esporádica), habitual (se consume de forma asidua) y compulsivo (se consume de forma no adecuada con dependencia física y/o psíquica). Los conceptos habitualmente más usados en la atención clínica a los fumadores son los siguientes:

- **Fumador regular** es el que fuma diariamente (se incluyen también aquí los que fuman a diario a excepción de los días en que lo tienen prohibido por motivos de ayuno), y **fumador ocasional** es el que no fuma a diario o, aunque fume a diario, no cumple las definiciones antes propuestas [Leon et al 1987].
- **Fumador pasivo** (a diferencia de los fumadores activos) es el que consume, involuntaria o inevitablemente, el humo de una persona fumadora, aun sin consumir él mismo ningún tipo de tabaco.
- **Exfumadora** es la persona que, habiendo sido fumadora, se mantiene durante 1 año o más sin fumar.
- **No fumador** es una persona que nunca ha fumado cigarrillos de forma regular, al menos diariamente, durante 6 meses seguidos.

2.4.1 Valoración del consumo de tabaco

La primera actuación dentro del proceso diagnóstico es realizar una buena historia clínica de tabaquismo [Jiménez Ruiz et al 2000]. Deben considerarse tres apartados: anamnesis, exploración física y exámenes complementarios.

1. Anamnesis

A toda persona mayor de 10 años que acude a consulta se debe preguntar por el consumo de tabaco en cada visita y registrarlo en la historia clínica, con una periodicidad mínima bianual. Esta actuación multiplica por tres las oportunidades de intervención [PAPPS 2005]. Se debe interrogar específicamente por enfermedades cardiovasculares, respiratorias y digestivas [Sobradillo y Barrenechea 1997]. En este apartado se recogen los antecedentes de tabaquismo, intentos de abandono previos y las características del tabaquismo actual. Es fundamental determinar el número de cigarrillos consumidos al día, cuánto tiempo lleva el paciente fumando y el número de paquetes/año. Hay diferentes formas de cuantificar el consumo de tabaco. El concepto **paquetes/año** se calcula como el número de paquetes que se fuma actualmente la persona durante un día multiplicado por el número de años que se lleva

fumando y el resultado se divide por 20. Este concepto tiene interés epidemiológico y permite valorar el riesgo acumulado por la persona. También indica en gran medida las posibilidades de éxito o fracaso en un intento de abandono del consumo de tabaco: cuanto mayor sea el número de paquetes/año consumido mayor dificultad tendrán los pacientes en dejar de fumar [Jarvis 1997], pero no condiciona cambios en la intervención sanitaria. Según el resultado obtenido se clasifica en grados de dependencia como sigue:

- Grado leve: cinco o menos paquetes / año.
- Grado moderado: de cinco a quince paquetes año.
- Grado intenso más de 15 paquetes / año.

A nivel clínico es más fácil recoger el número de cigarrillos consumidos de forma diaria; puede calcularse posteriormente el valor paquetes/año con la siguiente fórmula: número de cigarrillos que fuma al día multiplicado por número de años que lleva fumando, y dividido entre 20. Aunque no existe un umbral de seguridad para el consumo del tabaco, en la mayor parte de los estudios realizados que analizan la relación entre el consumo del tabaco y el padecimiento de un buen número de enfermedades se observa una relación dosis/respuesta, de tal manera que la posibilidad de desarrollar enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco es más alta en los fumadores de un mayor número de cigarrillos diarios que en aquellos que consumen una menor cantidad [Doll y Crofton 1996, Burrows et al 1988]. También se ha comprobado la relación entre el número de cigarrillos consumidos al día y el número de años de fumador y la posibilidad de dejar de fumar en un determinado intento de abandono. Así, los fumadores que consumen mayor número de cigarrillos al día y aquellos que más tiempo llevan fumando son los que más dificultades experimentan ante un intento de abandono y en consecuencia tienen unas posibilidades más bajas de dejar de fumar [Jarvis 1994, Jarvis 1997].

2. Exploración Física

Es fundamental realizar la medición de tres parámetros: presión arterial, pulso y peso corporal. Estos parámetros pueden alterarse durante el proceso de abandono del tabaquismo y es importante monitorizar dicha variación [Mann et al 1991, Paez Pinto 1999].

3. Exámenes complementarios

En el diagnóstico del tabaquismo el paciente puede ser sometido a unos exámenes complementarios generales como son el hemograma (el número de hematíes y la hemoglobina por lo general se encuentran elevadas en los fumadores crónicos), el perfil lipídico y la glucemia (para valorar los factores de riesgo asociados) o un estudio de la coagulación (determinadas sustancias presentes en el humo del tabaco se relacionan con fenómenos de hipercoagulabilidad y con la formación de placas de ateroma) [Prochaska y Diclemente 1983, United States Department Of Health And Human Services 1993]. Existen otras determinaciones más específicas para valorar el consumo de tabaco, empleados para valorar la presencia de los denominados marcadores de exposición (tabla 5) [Pérez Trullen et al 2006] pero hasta la fecha no hay un consenso sobre el marcador ideal. Los puntos de corte de cada marcador del tabaquismo, junto con su sensibilidad y especificidad, se muestran en la tabla 6.

Entre los diferentes marcadores propuestos, el **monóxido de carbono (CO)** ha sido el más utilizado. Se trata de un gas tóxico, inodoro, incoloro, insípido y no irritante, producido tras la combustión incompleta de materias orgánicas, entre ellas el tabaco, inhalándose unas 400 partes por millón (ppm) con cada aspiración del humo del cigarrillo (calada). La semivida o vida media de eliminación del CO es corta, entre 2 y 5 horas, normalizándose a partir de las 48-72 horas de abandonar el consumo. La medida del CO en aire espirado mediante cooximetría

es un método de gran utilidad en el estudio de fumador y en su proceso de deshabituación. Es económico, sencillo, inocuo y de resultados inmediatos, que puede utilizarse como medida de la fase de abstinencia, como método fisiológico para verificar la afirmación verbal de la abstinencia y como mecanismo de refuerzo positivo [Jacob et al 1999]. Además, la evaluación en aire espirado es un marcador indirecto validado de los niveles de carboxihemoglobina, existiendo una relación lineal entre ambas y estando relacionado con un mayor riesgo de desarrollar determinadas enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. El inconveniente que presenta es que su vida media de eliminación es corta por lo que su sensibilidad está limitada en fumadores leves y/o esporádicos. Los fumadores presentan concentraciones de CO iguales o superiores a 8-10 ppm con una sensibilidad y especificidad del 90%. Los fumadores esporádicos presentan niveles por debajo de 10 ppm pero siempre por encima de 6 ppm mientras que los no fumadores rara vez tienen niveles superiores a 6 ppm. Entre los factores que modifican los valores del CO se encuentran la exposición ambiental, la forma de fumar y el tiempo transcurrido desde el consumo del último cigarrillo, aumentando la fiabilidad en las últimas horas del día [Pérez Trullen et al 2006]. También puede influir la realización de actividad física y otros factores descritos como la intolerancia a la lactosa, el metabolismo de las porfirinas y el sexo.

Otro marcador que se puede utilizar es la **cotina**, considerado como el indicador más exacto del consumo de tabaco durante los dos días previos. Se trata del principal producto de la degradación hepática de la nicotina, tras un proceso de oxidación por las enzimas citocromo P-450 y aldehído oxidasa. Puede detectarse en plasma, saliva y orina. En sangre aparece a los pocos minutos de fumar con unos niveles pico entre la primera y segunda hora (niveles sanguíneos 10 y 15 veces superiores a la nicotina). Posee una semivida intermedia: de 15 a 20 horas en adultos (rango 11 a 37 horas), 19 horas en saliva de adolescentes y de 37 a 160 horas en la de niños [Benowitz et al 2002]. La sensibilidad y especificidad para la discriminación entre fumadores y no fumadores es alta (sensibilidad 81%-90% y especificidad 90%-100%) [Benowitz et al 2002, Dolcini et al 2003], y los valores obtenidos se correlacionan con los niveles de monóxido de carbono y el test de Fagerström. Entre los factores que modifican los valores de la cotina se hallan el número de cigarrillos consumidos al día, el tiempo de tabaquismo y otros factores individuales [Benowitz 1996]. También del uso de tratamiento sustitutivo de nicotina para deshabituación, fármacos como la isoniacida y alimentos como berenjena, patata, tomate, coliflor, pimienta en grano, o té negro, o los que contienen anillos de piridina o altas dosis de niacina pueden interferir las determinaciones y dar falsos positivos [Benowitz et al 2002]. Para Van Den Borne Y Raaijmakers [Van Den Borne Y Raaijmakers 2001] la exposición, en el hogar y en el trabajo, durante 8 horas al humo de tabaco con concentración de nicotina en aire de 20 mg/m³, supone una absorción de 112 mg de nicotina por los pulmones, que equivale a una cotinemia de 0.93 mg/l. En general se recomienda limitar el uso de la cotina a las consultas de deshabituación tabáquica especializadas, por la dificultad de su determinación y su elevado coste.

Tabla 5. Marcadores biológicos y aéreos de posible uso para el diagnóstico de tabaquismo (modificado de Pérez Trullen et al 2006)

Biomarcadores	Marcadores aéreos
Monóxido de Carbono en aire espirado	Cualitativos: Estudios observacionales, encuestas o cuestionarios
Nicotina en pelo	
Cotinina en saliva	Cuantitativos: Nicotina en aire ambiente
Anabasina y Anabatina	
Monóxido de Carbono	Monóxido de Carbono
Nicotina	Nicotina en aire ambiente
Cotinina	Cotinina en aire ambiente
Nornicotina	Solanesol
Tiocianato	4-Aminobifenil
Anabasina y Anabatina	3-Etinil-Piridina
Solanesol	Partículas en suspensión respirables
Nitrosaminas	Hidrocarburos aromáticos policíclicos
4-Aminobifenil	
1-Hidroxipireno	
5-Nitro-Gamma-Tocoferol	
N-(2-Hidroxietil)-Valina	

Tabla 6. Puntos de corte, sensibilidad y especificidad de los biomarcadores de exposición al humo del tabaco (modificado de Benowitz et al 2002, Dolcini et al 2003)

Proceso	Unidad	Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
MONÓXIDO DE CARBONO				
CO	ppm	8	90	89
COH _B	%	1.6	86	92
NICOTINA				
	ng/ml			
Plasma		2.3	88	99
Saliva		21.8	90	99
Orina		58.6	89	97
Pelo		7.92		
Uñas		0.28		
COTININA				
	ng/ml			
Plasma		10	96	100
Saliva		13	97	99
Orina		200	97	99
Pelo		0.3		
TIOCIANATO				
	mmol/L			
Plasma		100	84	91
Saliva		1.8	81	71
Orina		108	59	89
ANABASINA y ANABATINA				
	ng/ml			
Suero		2.8		
Orina		2.8		

2.4.2 Valoración de la dependencia al consumo de tabaco

El tabaquismo es una drogodependencia y dicha dependencia no sólo es física sino también están implicados otros factores en el mantenimiento del hábito que son los responsables de la dependencia psicosocial y conductual [Jiménez y Fagerström 2004]. Resulta de especial importancia dentro del proceso diagnóstico identificar los diferentes tipos de dependencia del fumador para ofertarle la asistencia más adecuada que le ayude a superar la adicción.

1. *Análisis de la dependencia física:*

Existen varias herramientas para medir la dependencia física. El psicólogo sueco Karl-Olov Fagerström, especialista en tabaquismo, desarrolló el **test Fagerström Tolerance Questionnaire** (FTQ) en 1978, con una versión simplificada y mejorada en 1991 que es una de las más utilizadas: el *test de Fagerström para la dependencia de nicotina* (FTND) [Heatherton et al 1991, Fagerström y Scheneider 1989]. Se trata de un test que consta de 6 preguntas, autoadministrado, con una alta sensibilidad (94%) y especificidad (88%) y un tiempo corto para su realización (aproximadamente 5 minutos). La puntuación que puede obtenerse oscila entre 0 y 10 puntos y permite clasificar la dependencia en:

- Baja, si se obtiene una puntuación entre 0 y 3 puntos.
- Moderada, si la puntuación es entre 4 y 6 puntos.
- Alta, cuando es de 7 a 10 puntos.

En determinadas ocasiones puede conocerse el grado de dependencia a la nicotina sin necesidad de realizar el test completo. Basta con preguntar al fumador cual es el número de cigarrillos consumidos al día, el tiempo que pasa desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo y cuál es el cigarrillo que le causa más satisfacción. La respuesta más importante para conocer la severidad de la dependencia física es la del tiempo transcurrido desde que se levanta hasta que consume el primer cigarrillo. Este test permite, además de ofrecer el mejor tipo de tratamiento en función del resultado obtenido, valorar el riesgo de desarrollar determinados tipos de enfermedades asociadas al consumo de tabaco ya que se ha comprobado que la puntuación en este test está negativamente correlacionada con el grado de éxito en los intentos de dejar de fumar sin ayudas (cuanto mayor puntuación, menor éxito).

2. *Análisis de la dependencia psicosocial y conductual*

En la dependencia psicológica es fundamental valorar los factores de inicio y de mantenimiento. Entre los factores de inicio destacan la imitación del adulto fumador, la presión del grupo de amigos entre los adolescentes, la falta de seguridad o el placer que proporciona la aventura y el riesgo. Entre los factores de mantenimiento se encuentran todos aquellos que se asocian al consumo de tabaco: el consumo de café y de alcohol, el de la relación interpersonal, el cigarrillo que se fuma como premio por haber resuelto una situación complicada o ante situaciones difíciles o complejas, el cigarrillo placentero y relajante... Todos estos factores pueden crear una dependencia psíquica y social que se debe diagnosticar y tratar adecuadamente. También los fumadores desarrollan una dependencia gestual que igualmente debemos considerar en el tratamiento del tabaquismo. Para un fumador el gesto de sacar un cigarrillo de la pitillera o el gesto de dar una calada es un gesto que lo han hecho miles de veces y esto les va a ocasionar una dependencia de tipo gestual.

Se han propuesto diferentes herramientas para valorar la dependencia psicológica, social y gestual. Entre los cuestionarios más comúnmente empleados se encuentra el **test de**

Glover-Nilson [Glover et al 2005]: consta de once preguntas, cada una de las cuales se puntuará de cero a cuatro. Permite clasificar la dependencia según la puntuación obtenida:

- Dependencia leve: puntuación de 0 a 11
- Dependencia moderada: puntuación de 12 a 22
- Dependencia severa: puntuación de 23 a 33
- Dependencia muy severa: puntuación de 34 a 44

Por otra parte, el **test de Horn** calcula la dependencia psíquica a la nicotina. Se puede distinguir entre dos tipos de dependencia al cigarrillo: la física, que puede estimarse mediante el test de Fagerström, y la psíquica. Ésta última consiste en la necesidad de mantener o de recobrar las sensaciones asociadas a la acción de fumar: placer, relajación, bienestar o, por el contrario, ansiedad, estrés, tristeza, etc. En este sentido, el test de Horn permite describir el tipo de tabaquismo e identificar los factores que llevan a fumar.

3. Análisis de la motivación

Durante la entrevista conviene conocer si el fumador está dispuesto a realizar un serio intento para abandonar el consumo y esto puede preguntársele directamente y valorar su actitud. Del mismo modo es relevante conocer cuáles son las razones por las que el fumador quiere dejar de fumar y averiguar cuál es su motivación. Para conocer la motivación del fumador pueden utilizarse diferentes cuestionarios. El **test de Richmond** consta de cuatro preguntas y valora el grado de motivación para dejar de fumar en una escala de 1 a 10 puntos [Richmond et al 1993], clasificándola en:

- Motivación baja si la puntuación obtenida es de 0 a 6
- Motivación moderada si es de 7 a 9
- Motivación alta si es igual a 10

Según la puntuación alcanzada en el test de desarrollado por el Centro de Ayuda al Cese de Tabaquismo (del Hospital Henri Mondor de París) [Test del Centro de Ayuda al cese del Tabaquismo 1994] se pueden calcular las posibilidades de éxito:

- Si se obtienen 16 puntos o más las probabilidades de éxito son muchas
- Si se obtienen entre 12 y 16 puntos las probabilidades de éxito son bastantes
- Si la puntuación obtenida es de 6-12 hay posibilidad real pero con dificultades a tener en cuenta
- Si se obtiene 6 o menos puntos es probable que no sea el momento

4. Valoración del síndrome de abstinencia

Cuando un fumador abandona el consumo de tabaco presentará en mayor o menor medida una serie de síntomas característicos del síndrome de abstinencia. La sintomatología de este síndrome es de naturaleza tanto física como psicológica e incluye [Hughes et al 1994]:

- Síntomas y signos físicos: mareo, sudoración, cefalea, insomnio o somnolencia, tos, aumento del apetito y del peso, estreñimiento, cefalea, alteración de las capacidades psicomotoras, alteraciones en el electrocardiograma, aumento de la temperatura cutánea, disminución de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca.
- Síntomas psicológicos: aumento del deseo de fumar (*craving*), ansiedad, irritabilidad, impaciencia, agresividad, dificultad de concentración y disminución de la memoria reciente.

Hay que tener en cuenta que las primeras manifestaciones de este síndrome comienzan entre las 2 y 12 horas de dejar de fumar, alcanzando su máximo entre las 24 y 48 horas y tienen una duración media estimada entre 3 y 4 semanas, aunque el deseo de fumar puede persistir meses o años. El síndrome de abstinencia puede

medirse empleando la **escala de Wisconsin** [Welsch et al 1999], que es un cuestionario de 28 preguntas que analiza sobre todo los efectos negativos de la nicotina. Con una puntuación que oscila entre 0 y 112 puntos se valora el síndrome como leve, moderado o grave.

2.5 Patrones de consumo en la población.

Consumo de tabaco en Andalucía

En Andalucía, como en el resto de regiones europeas, el tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública. La prevalencia del consumo de tabaco en la Comunidad, según la Encuesta Andaluza de Salud [EASP 2003-2007] es de 31.1% (39.5 hombres y 23.1 mujeres). El pico máximo de prevalencia se sitúa entre los 25 y 44 años (43%), seguido de la franja de edad 45-54 años (34.45%) y 16-24 años (33.4%).

Por su parte, el Observatorio Andaluz contra las Drogas encontró una prevalencia del consumo diario de tabaco de un 36.1% de la población estudiada en el año 2011 [La población Andaluza ante las drogas XII 2011], siendo la mayor prevalencia desde el año 1994 (tabla 7). Al mismo tiempo, desciende cinco puntos el porcentaje de personas que indican no haber fumado nunca con respecto al año 2009, siendo algo superior al 40%. El dato más positivo es el aumento en tres puntos porcentuales respecto al 2009 del porcentaje de personas que afirman haber dejado el tabaco (16.7%). El consumo ocasional y el consumo diario se mantienen prácticamente estables, con una ligera oscilación al alza respecto a 2009.

Desde mediados de la década del año 1990 se venía observando que el descenso de la prevalencia de consumo diario de tabaco se traducían en un consumo ocasional, más que en un incremento del porcentaje de personas que abandonaban el consumo. Desde 2009, sin embargo, desciende el porcentaje de consumo ocasional y vuelve a aumentar el consumo diario, eso sí, con niveles de consumo diario de tabaco más moderados, al reducirse el número medio de cigarrillos consumidos. En las prevalencias de consumo de tabaco diario por provincia; se objetiva que las mayores prevalencias se observan en las provincias de Málaga (45.2%) y Huelva (43.6%), mientras que las más reducidas corresponden a Granada (30.8%), Almería (31.4%) y Sevilla (31.6%) [La población Andaluza ante las drogas XII 2011].

Tabla 7. Evolución del consumo de tabaco entre la población andaluza (modificado del Observatorio Andaluz contra las Drogas 2011)

	2005	2007	2009	2011
Nunca ha fumado	43.3%	44.6%	46.5%	41.8%
No fuma, antes sí	16.3%	13.3%	13.3%	16.7%
Fuma ocasionalmente	5.8%	9.7%	5.0%	5.4%
Fuma diariamente	34.4%	32.4%	35.2%	36.1%
OE/NC	0.2%	-	-	-
Total	100%	100%	100%	100%
Base	2500	2514	2520	3200

- **Consumo por edad y sexo**

La edad influye en el consumo: el porcentaje de quienes fuman a diario es mayor entre los hombres (39.5%) que entre las mujeres (32.5%). Sin embargo, el porcentaje de fumadoras ocasionales es un punto más elevado (5.9% frente a 4.9%) y también son más las mujeres que nunca han fumado (49.7%) que los hombres (34.1%). La prevalencia de consumo diario de tabaco de los hombres y de las mujeres es muy similar en los grupos de edad de menos de 45 años, si bien siempre es algo mayor la de los hombres. En el grupo etario de más edad, de 45 a 64 años, es donde mayor diferencia se observa (42.9% entre los hombres vs 27.5% entre las mujeres). Estos datos reflejan como las mujeres se han ido incorporando al consumo de tabaco en los últimos años, si bien no en la misma medida que los hombres [La población Andaluza ante las drogas XII 2011].

En cuanto a los patrones de consumo de tabaco por grupos de edad, se observa un incremento progresivo del porcentaje de consumo diario de tabaco hasta el grupo etario de 21 a 24 años que presenta la mayor prevalencia de este consumo (41.8%); a partir de ahí, esta prevalencia va reduciéndose. El consumo ocasional es más frecuente en la etapa adolescente (10.6% entre los 14 y 15 años) y joven (por encima del 8% en los grupos de edad entre los 16 y los 34 años); a partir de los 35 años desciende y es muy reducido a partir de los 45 (1.5%). Al comparar la prevalencia de consumo diario de tabaco por grupos de edad respecto a 2009, se observa un incremento, como media, de un punto porcentual. Este incremento se produce especialmente entre las personas del grupo de mayor edad (45 a 64 años), pasando del 30.8% al 35.1%. En el resto de grupos etarios las prevalencias se mantienen estables o incluso disminuyen, como en el caso de los adolescentes de 16 a 20 años (desciende del 38% al 33.7%) [La población Andaluza ante las drogas XII 2011].

- **Edad del primer consumo de tabaco**

La media de edad a la que se produce el inicio del consumo de tabaco no ha variado significativamente en los últimos dos años (16.8 años en 2009 y 16.5 en 2011). Se trata de un descenso mínimo de la edad de inicio en su conjunto, pero al analizarla en función de cada sexo, se observa que la reducción ha afectado principalmente a las mujeres, pasando de una media de edad de inicio de 17.3 años en 2009 a 16.7 años en 2011. De este modo, la diferencia entre la media de edad de inicio de hombres y de mujeres se acorta notablemente y prácticamente se igualan (16.3 años los hombres y 16.7 las mujeres). La mayor parte de las personas que han fumado en algún periodo de su vida, lo hacen por primera vez antes de los 18 años (68.4% así lo indica). Este porcentaje es algo mayor en hombres que en mujeres (69.3% vs 67.2%), si bien la iniciación antes de la mayoría de edad es mayoritaria tanto en ellos como en ellas. Por otra parte, el 92.8% de las personas que han fumado alguna vez lo han hecho antes de los 21 años [La población Andaluza ante las drogas XII 2011].

Como en años anteriores, vuelve a constatarse que una iniciación más temprana al consumo de esta sustancia implica un mayor riesgo de desembocar en patrones de consumo más intensivos, tal como indica la literatura especializada [Caballero-Hidalgo et al 2005, Díaz 1998]. Se observa que las personas que fuman de manera ocasional presentan una media de edad de inicio superior a la de quienes fuman a diario, y entre estas últimas, las personas con un consumo moderado (quienes fuman menos de 10 cigarrillos al día) fumaron por primera vez más tarde que quienes tienen un consumo medio alto (de 10 a 20 cigarrillos diarios). Las personas que antes se iniciaron en el consumo son las personas que fuman a diario clasificadas

con un consumo excesivo (más de 20 cigarrillos al día), que lo hicieron, como media, a los 15.6 años de edad [La población Andaluza ante las drogas XII 2011].

- **Cambios en la cantidad de tabaco consumido**

En el consumo diario se produce una reducción del número medio de cigarrillos consumidos al día: en el año 2011 la media diaria de cigarrillos fue de 15, con un descenso que afecta principalmente a los hombres, que pasan de 17.6 cigarrillos de media en 2009 a 16.7 en 2011, mientras que las mujeres mantienen el mismo número de cigarrillos (12.8). Por grupos de edad, se observa también un descenso respecto al 2009, de la media de cigarrillos consumidos al día en los grupos etarios de más de 20 años (excepto en el grupo de 35 a 44 años) [La población Andaluza ante las drogas XII 2011].

El consumo diario de tabaco se clasifica en tres tipologías según el número de cigarrillos fumados: moderado (fuman menos de 10 cigarrillos al día), medio-alto (fuman entre 10 y 20 cigarrillos al día) y extremo (fuman más de 20 cigarrillos al día). La tipología más numerosa es la de consumo medio-alto: el 70.5% de las personas que fuman a diario se sitúan dentro de este grupo. En el año 2011, como en 2009, vuelve a reducirse el porcentaje correspondiente a la tipología de consumo extremo, que se sitúa en el 8.9% (en 2007, esta categoría suponía el 17.3% de las personas que fumaban a diario). Entre las mujeres, el porcentaje de fumadoras extremas es reducido (3.5%), mientras que el de fumadoras moderadas es más elevado que en los hombres (31.3% frente a 11.9%) [La población Andaluza ante las drogas XII 2011].

- **Exfumadores**

El porcentaje de personas que han dejado de fumar se muestra prácticamente estable a partir de 1996, situándose por encima del 10% y con tendencia al alza. El porcentaje de personas que nunca han fumado también se encuentra básicamente estable desde mediados de la década del año 1990. En el año 2011 se produce un aumento de tres puntos en la prevalencia de personas que antes fumaban y ya no, y un descenso de casi cinco puntos en la prevalencia de personas que nunca han fumado [La población Andaluza ante las drogas XII 2011].

Consumo de tabaco en España

Según el estudio Informe Nacional REITOX (2012), en el año 2011 el 71.7% de las personas de entre 15 y 64 años en España había consumido tabaco al menos una vez en la vida. Supone una reducción de 3.3 puntos respecto a la medición anterior pero no llega a los niveles de años anteriores que en ningún caso superaban el 70%. El nivel de prevalencia en el consumo de tabaco en los últimos 12 meses, desciende al 40.2%, lo que supone el 56.1% de las personas que habían consumido tabaco alguna vez en la vida. Aunque esta proporción es similar a la registrada en 2009, (57.1% de los que han fumado alguna vez en la vida, lo han hecho en el último año), nos encontramos ante el nivel de prevalencia más bajo de toda la evolución temporal analizada. Igualmente ocurre en el indicador temporal de los últimos 30 días, que presenta el nivel más bajo de los años estudiados, 37.6% de la población española de entre 15 y 64 años. Finalmente, considerando el consumo diario de tabaco en el último mes, la prevalencia desciende al 30.4%. Se mantiene una tendencia estable de la prevalencia de

consumo diario de tabaco (30.8%) en todos los rangos de edad y en ambos sexos [EADAES 2015].

La edad media de inicio en el consumo, fue de 16.5 años en 2011, manteniéndose constante en el tiempo, mientras que la edad media de inicio en el consumo diario de tabaco ha disminuido, y se sitúa en 18.5 años (frente a 19.3 años registrado en 2009). El consumo de tabaco diario está más extendido entre los hombres en todos los tramos de edad, llegando a su nivel máximo en el segmento de entre 35 y 44 años (38.1%) mientras que las mujeres muestran la mayor prevalencia en el tramo de entre 25 y 34 años (31%). La mayor diferencia entre sexos se encuentra en el tramo de 55 a 64 años (27.5% de los hombres frente al 16,3% de las mujeres) mientras que las proporciones aparecen más igualadas entre los 15 y los 24 años (28.7% de los hombres frente al 24.8% de las mujeres). El consumo diario medio de cigarrillos, entre los españoles de entre 15 y 64 años en el último mes, es de 13.6 cigarrillos. Por su parte, el hombre fuma más cantidad diariamente (14.6 cigarrillos) que la mujer (12.3).

La evolución en el consumo diario de tabaco por sexo y grupo de edad muestra que la disminución en la prevalencia que se observaba en el año 2011 con respecto al año 2009 proviene principalmente de los hombres, tanto de aquellos de entre 15 a 34 años (de 35.9% a 33.9%) como de aquellos de entre 35 a 64 años (de 36.4% a 34.2%). Sin embargo, este tipo de consumo crece ligeramente entre las mujeres de 15 a 34 años, medio punto (hasta el 28.5%) rompiendo la tendencia descendente que se venía observando para este segmento de la población desde el año 2005.

Consumo de tabaco en Europa

La encuesta sobre el consumo de tabaco entre los ciudadanos europeos [Attitudes Of Europeans Towards Tobacco Report 2012], realizada entre el 25 de febrero y el 11 de marzo de 2012 en los 27 países de la Unión Europea, es la última de una serie comenzada en 2003 con el objetivo de analizar la situación actual y opiniones de la población europea respecto al tabaco. Si se compara el consumo de tabaco en Europa con respecto a España se observa cómo el 28% de la población europea fuma actualmente, mientras que en España la cifra asciende al 33%, dos puntos por debajo de la última medición realizada en el año 2009. Otras conclusiones relevantes obtenidas en esta encuesta son las siguientes:

- El consumo medio de cigarrillos por fumador a nivel europeo es de 14.2 al día, en España la cifra es ligeramente menor: 13.4 cigarrillos/ fumador al día.
- Más de la mitad de los fumadores españoles (57%) ha intentado dejar de fumar, el 24% en el último año, siendo entre estos últimos los principales motivos la preocupación por su salud (68%), la familia, pareja o amigos (25%) o el precio (20%).
- En España, al igual que en la Unión Europea, la influencia de los amigos es la principal causa para comenzar a fumar; así lo afirma el 82% de los fumadores y exfumadores españoles (un 79% a nivel europeo).

A nivel europeo se ha reducido notablemente la exposición al humo del tabaco en locales públicos, debido a las estrictas regulaciones que se han puesto en práctica en varios países europeos desde el año 2009. En España es donde se observa el mayor descenso, debido a la normativa que entró en vigor en enero de 2011: actualmente sólo un 17% de los entrevistados responde haber estado en los últimos 6 meses en un establecimiento de bebidas en el que se permitía fumar (un 7% en un restaurante). En el año 2009, las cifras ascendían a un 87% en bares y a un 75% en restaurantes, lo que significa un descenso de 70 y 68 puntos

porcentuales respectivamente. Uno de cada cuatro españoles manifiesta estar expuesto al humo del tabaco en su lugar de trabajo, al menos de forma ocasional (23%), mientras que en Europa la cifra aumenta al 28%.

Los ciudadanos españoles, al igual que en el resto de Europa, están mayoritariamente a favor de las diferentes medidas antitabaco: por ejemplo, el 74% se muestra a favor de “poner imágenes con advertencias de salud en todos los paquetes de productos de tabaco”. Sin embargo, la mayoría de los entrevistados españoles (65%) no cree que incluir advertencias de salud en los paquetes evite que la gente joven comience a fumar.

Consumo de tabaco entre profesionales de la salud

El personal sanitario es uno de los grupos sociales que mayor poder de influencia tiene sobre la población en cuanto a la cesación del hábito de fumar, a través de la información que transmiten a los pacientes del riesgo que conlleva el hábito de fumar, mediante el consejo sanitario y la participación activa en programas de abandono del tabaco. En España ha habido importantes avances en la reducción del consumo de tabaco, sin embargo, según los estudios realizados en nuestro país, aunque ha habido cambios positivos en los últimos años, el número de fumadores entre el colectivo sanitario sigue siendo elevado y es ligeramente superior al de la población general [Tejada et al 2009].

Dependiendo de los estudios, los porcentajes de fumadores entre el personal sanitario se sitúan entre el 31 y el 46%. Según el Ministerio de Sanidad el 34.7% de los médicos y el 43.2% del personal de enfermería son fumadores [Tejada et al 2009]. Los datos recientes sobre el tabaquismo en el personal sanitario en Talavera de la Reina durante el año 2006 indican que aproximadamente son fumadores el 40 % del mismo. El personal sanitario masculino en conjunto presenta un consumo de tabaco menor (34.4%) que el femenino (42.2%). Según el nivel profesional, el 34.7% de los médicos y el 43.2% del personal de enfermería son fumadores. Entre los médicos no hay casi diferencia por sexos (34.5% de los médicos hombres frente a un 35.2% de las mujeres). Entre el personal de enfermería, los hombres fuman incluso menos que los médicos en general (34%); en cambio son fumadoras el 45.2% de las mujeres. En atención primaria la prevalencia más alta se da entre el personal médico masculino (42.9%) y entre el personal de enfermería femenino (43.8%). En Atención Especializada fuma el 28.9% de los hombres y el 36% de las mujeres. Entre el personal de enfermería masculino fuma el 37% frente al 45.9% de las mujeres [Ruiz de Oña et al 2006].

Otro estudio español [Gil et al 2000] incluyó a 1.282 sanitarios (655 médicos y 627 de enfermería) del antiguo sistema sanitario Insalud en Madrid; el 38.9% del total eran fumadores. El 34.7% del personal médico (39.8% de atención primaria, 30.5% de cardiólogos, neumólogos y ginecólogos, y el 32.5% del resto de especialidades), y el 43.2% del personal de enfermería (40.8% de atención primaria, 44.6% de atención especializada) fueron fumadores. Según el género y nivel profesional, el 34.5% de los hombres médicos y el 35.2% de las mujeres médicos fueron fumadores, frente al 34% de los hombres y el 45.2% de las mujeres del personal de enfermería. El 35.5% de los sanitarios en conjunto manifestaron que dejarían de fumar en los próximos dos años [Gil et al 2000].

En un estudio previo realizado un año antes también en la Comunidad de Madrid [Fernández Ruiz y Sánchez 1999], se incluyeron 1235 profesionales (435 mujeres médicos y 800 enfermeras). El 43.07% del total eran fumadoras, siendo el tabaquismo mayor en las

enfermeras (47.62%) que en las mujeres médicos (34.71%), y entre quienes trabajaban en atención especializada (46.68%) que entre las que lo hacían en atención primaria (35.29%). El tabaquismo fue diferente en ambas profesiones según la edad. En las mujeres médicos era menor el tabaquismo en las edades entre 20 y 30 años (22.88%) y en las enfermeras este grupo de edad era el que tenía un mayor porcentaje de fumadoras (52.38%). Eran exfumadoras el 18.3% del total de las encuestadas y el 64.65% de las que fumaban señalaron que habían intentado dejarlo. Un 2.93% fumaban delante de los pacientes, y un 14.94% pensaban que debía permitirse fumar en las salas de espera. El 27.46% creían que estaba permitido fumar en su área de trabajo, y el 90.64% señaló que se fumaba habitualmente en las salas de uso común del personal sanitario, y un 30.37% respondió que existía un lugar específico para fumar en el centro de trabajo [Fernández Ruiz y Sánchez 1999].

Saiz [Saiz et al 2003] publicó un estudio del año 1998, donde el 38,9% de los sanitarios (personal médico y de enfermería) eran fumadores, el 34.7% en el personal médico y 43.2% en el de enfermería. Según el género, la prevalencia de fumadores en los hombres sanitarios fue del 34.4% y del 42.2% en las mujeres. En un estudio realizado en el Hospital Txagorritxu de Vitoria en el año 1997 [Arévalo et al 1997], el porcentaje total de fumadores fue de 36.4%, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni por sexo ni grupo de edad. Los estamentos con mayor porcentaje de fumadores fueron ATS/DUE y administrativos. El 42.8% de los no fumadores declararon haberlo hecho antes, siendo los estamentos de ATS/DUE, administrativos y facultativos los que mostraron el mayor porcentaje. Un 40.5% de fumadores declararon estar dispuestos a dejar el hábito, mientras el grupo de personas mayores de 50 años se mostraron más resistentes. La mayoría de fumadores de cigarrillos señalaron que fumaban en el hospital. La mayor parte de ellos son fumadores intermedios (10-20 cigarrillos/día) y lo llevaban haciendo muchos años. La mayor parte de los exfumadores declararon haber dejado el hábito en los últimos años [Arévalo et al 1997].

El estudio en atención primaria del Insalud de Madrid en el año 1996, respondieron 803 de los 910 trabajadores encuestados (tasa de respuesta: 88%). Los fumadores representaban el 42.3% (35.3% fumadores diarios y 7% ocasionales) y la media de consumo era de 17 cigarrillos/día. El 25.9% eran exfumadores y el 31.7% no fumadores. Consideraron que se debería prohibir fumar en los centros de salud el 95% de los no fumadores y el 85% de los fumadores ($p < 0.001$). El 11% de los fumadores lo hacían en presencia de los usuarios (10% de los médicos y 3.3% del personal de enfermería). El 58.4% de los fumadores seguiría un protocolo de ayuda para dejar fumar [Ortiz et al 1996].

En una muestra representativa de 616 profesionales sanitarios de La Rioja se obtuvo el porcentaje de fumadores (47.9%), formado por un 43.5% de fumadores habituales y un 4.4% de fumadores ocasionales. Los ex fumadores constituyeron un 25.5%. El contingente de fumadores en las mujeres (51.1%) fue superior a los varones (44%). La prevalencia del hábito tabáquico fue mayor en los menores de 35 años (57.6%) que entre los mayores de esa edad (32%) ($p < 0.001$) [Rubio Montaner et al 1994].

2.6 Efectos perjudiciales del tabaco

El consumo de tabaco es la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte en el mundo. Cada año mueren más de 5 millones de personas en el mundo a causa del tabaquismo. Se estima que la mitad de los fumadores muere de una enfermedad relacionada al consumo de tabaco y que viven en promedio 10-15 años menos que los no fumadores. Ya

desde principios del siglo XX se hablaba de los efectos adversos del cigarrillo. Hoy en día, ya no quedan dudas de que el tabaquismo se asocia con alteraciones en todos los órganos y sistemas del cuerpo. Las principales causas de muerte por consumo de tabaco son enfermedades del corazón, enfermedades respiratorias y cáncer.

1. Enfermedad cardiovascular: Tras la inhalación de la nicotina aumenta los niveles de catecolaminas y por consiguiente la frecuencia aumenta en 10-20 latidos/minuto, la tensión arterial entre 5 y 10 mmHg, el gasto cardiaco y el flujo cerebral, coronario y muscular; ocasionando vasoconstricción sistémica y vasoconstricción arteriolar en extremidades bajando la temperatura entre 2.5 y 3 ° C. La nicotina posee capacidad arritmógena aumentando el automatismo por depresión en la conducción o disminuyendo el umbral de la fibrilación ventricular y efecto inotrópico negativo. En los pacientes con patología cardiaca la inhalación de nicotina produce una depresión en la contractilidad ventricular y en el gasto cardiaco que se traduce en un aumento de probabilidad de padecer cardiopatía coronaria, riesgo que aumenta con el número de cigarrillos que se fuman diariamente [Guidelines Committee 2003]. La eficacia de algunos fármacos antihipertensivos se ve disminuida por el consumo de tabaco, por lo que un fumador hipertenso tendrá más probabilidad de desarrollar complicaciones como la hipertensión renovascular maligna.

El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo cardiovascular [Guía del tabaquismo España 2006]. Al cabo de los 2-3 años después de dejar de fumar el riesgo cardiovascular es similar al de la población no fumadora, aunque a partir del primer año de abstinencia ya se observan efectos significativos. La incidencia de **cardiopatía isquémica** entre los fumadores es de 1,6 veces superior a la de los no fumadores. El estudio de Framingham [Dawber et al 1959] demostró que esta patología muestra una relación directamente proporcional con el consumo de tabaco. Se calcula que el 29% de las muertes por enfermedad coronaria son debidas al consumo de tabaco y que los fumadores tienen un 70% más de probabilidad de tener cardiopatía isquémica mortal y del 200% no mortal. El efecto nocivo del tabaquismo se ha visto reflejado en la reincidencia de extensos tras la angioplastia coronaria transluminal percutánea, donde se duplica el riesgo en comparación con los no fumadores. El peor pronóstico se aprecia a su vez en el tratamiento trombolítico pues la tasa de reinfarto en no fumadores es del 5% frente al 20% de los fumadores. Dejar de fumar produce una reducción estimada de riesgo entre un 30-50% en el plazo de uno a dos años; existiendo posteriormente una reducción gradual, igualándose a la de los que nunca han fumado en un plazo de 10-15 años [Instituto Nacional de Estadística de España 2003-2004]. En las personas pacientes que han presentado un episodio de enfermedad coronaria, dejar de fumar se asocia a una disminución del 50% en la mortalidad y de aparición de nuevos episodios cardiovasculares, aún incluso en los fumadores recientes. Para todo los exfumadores, disminuye en un 36% las probabilidades de mortalidad por cualquier causa en pacientes con enfermedades cardiovasculares.

2. Aparato respiratorio: Los radicales libres y sustancias irritantes son los responsables de la patología producida por consumo de tabaco en el aparato respiratorio, produciendo alteraciones de procesos inflamatorios, inmunológicos y en la función mucociliar. El monóxido de carbono se une a la hemoglobina dando lugar a la carboxihemoglobina, que tiene una afinidad unas doscientas veces superior por el oxígeno, lo que incapacita a esta para el transporte del mismo. El aumento de macrófagos, neutrófilos y el descenso de linfocitos, conduce a un notable aumento de la celularidad en el líquido del lavado alveolar; además se origina un aumento de agentes oxidantes (superóxidos, peróxido de hidrógeno..) que unido a los radicales libres y el humo medio ambiental hace que se rompa el equilibrio entre agentes

oxidantes intra y extracelulares, lo que conduce a una inactivación de la alfa-1-antitripsina, neutralizándose la elactasa, lo que a su vez conlleva la destrucción de las proteínas principales del tejido conectivo pulmonar y como consecuencia la aparición de enfisema pulmonar. Dentro de las alteraciones de la inmunidad cabe destacar la disminución de los linfocitos T, células natural Killer de la capacidad fagocitaria de los macrófagos alveolares y un aumento de las subpoblaciones T8 provocando una mayor susceptibilidad de infecciones y neoplasias. Con respecto a las alteraciones de la función mucociliar destaca la disminución de las células ciliadas, hipertrofia de las glándulas submucosas, metaplasia escamosa, la cilostasis; lo que origina una importante alteración mucociliar [Paoletti et al 1985].

Existen multitud de estudios en los que se describen una mayor prevalencia de síntomas respiratorios inespecíficos, como tos, expectoración, disnea y sibilancias en fumadores que en no fumadores. En un clásico estudio realizado por Gerrard [Gerrard et al 1980] se pone de manifiesto la mayor hiperreactividad bronquial que presentan los fumadores sintomáticos en relación con los no fumadores. Los estudios posteriores la han relacionado con una mayor incidencia de asma bronquial, aunque hay autores que afirman que su repercusión no es tanto en la génesis de la enfermedad como en el agravamiento de la misma. La **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica** (EPOC) es la de mayor prevalencia e impacto socioeconómico dentro de las enfermedades respiratorias. Se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica e irreversible al flujo aéreo causada, fundamentalmente, por una reacción inflamatoria frente al humo del tabaco. Más del 90% de los casos de EPOC están relacionados con el consumo de tabaco, siendo aproximadamente un 20% de los fumadores los que la desarrollan. Fletcher [Fletcher et al 1976] publicaron el trabajo que quizás haya clarificado más la influencia del consumo de tabaco en el desarrollo de enfermedad. En el grupo de fumadores la disminución de FEV1 se correlacionó directa y fuertemente con el número de cigarrillos consumidos, lo que puso de manifiesto que el tabaquismo es el principal agente etiológico en el desarrollo de la limitación crónica al flujo aéreo. Además en este grupo las personas que dejaron de fumar mostraron una disminución en el ritmo de caída del FEV1, aunque no recuperaron los valores de FEV1 de partida. Sin embargo, en todos los trabajos se indica que existe un componente individual de susceptibilidad al tabaco, necesario para la génesis de la enfermedad, de ahí que tan sólo el 15-20% de las personas fumadoras desarrollarán esta patología.

El tabaquismo también está relacionado con el **Síndrome de apnea del sueño**: el trabajo de Wetter [Wetter 1994] pone de manifiesto que las personas fumadoras tienen mayor número de apneas e hipopneas que las no fumadoras, que aunque no tienen significación estadística si encontraron una relación dosis respuesta, pues en las fumadores intensos (más de 40 cigarrillos/día) tienen 10 veces más probabilidad de tener eventos respiratorios que los fumadores moderados o ligeros y 40 veces más que los no fumadores, riesgo que desaparece en las exfumadoras. Estas alteraciones pueden deberse a que en los fumadores la disminución de niveles de nicotina en sangre produce una inestabilidad en el sueño lo que contribuiría a una exacerbación de los eventos respiratorios. Otros estudios han puesto de manifiesto la mayor prevalencia de roncadore entre los consumidores de tabaco, por lo que el cese en el hábito puede ser un tratamiento efectivo en los fumadores que roncan.

3. Carcinogénesis: La asociación entre cáncer y tabaco fue sugerida por primera vez por John Hill en 1761 cuando observó pólipos en consumidores de rapé, sin embargo fueron Yamagawa e Ichikawa en 1941 los que demostraron por primera vez la naturaleza carcinógena de los diferentes componentes del tabaco. De las casi 5000 sustancias contenidas en el humo del

tabaco las mas estudiadas hasta el momento son los *hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP)*, siendo el 3-4 benzopireno el más destacado. Sin embargo hay muchas más sustancias cancerígenas: las nitrosaminas, el formaldehído-acetaldehído, los elementos radiactivos, siendo los más relevantes el radio, torio, cadmio, anilina, polonio 210, benzopireno y el arsénico; los aditivos y los contaminantes como los nitratos, insecticidas y modificadores del gusto...Otros carcinógenos importantes son los derivados fenólicos. Se han descrito 253 estructuras fenólicas diferentes, entre los que destacan por su toxicidad el 2(dimetilamino)-fenol, 2-etil-6-metil-1,4-bencenodiol, 2-metoxi1, 4-bencenodiol, y 4-etilmetoxi-6-metilfenol. Los componentes del tabaco están interactuando continuamente con otros elementos contaminantes ambientales, industriales e infecciones víricas. El porcentaje de riesgo atribuible al tabaco de cada tumor se indica en la tabla 8.

Tabla 8. Tumores relacionados con el consumo de tabaco (modificado de Guía del tabaquismo España 2006)

Tumor	Pulmón	Boca y Laringe	Laringe	Vejiga	Páncreas	Esófago
% de riesgo atribuible al tabaco	90%	70%	50%	47%	35%	30%

Además de las asociaciones clásicas de tabaco y cáncer de pulmón, cavidad oral, faringe, laringe, páncreas, carcinoma escamoso esofágico, vejiga y pelvis renal; los estudios más recientes evidencian también asociaciones con el cáncer de senos paranasales, adenocarcinoma esofágico, gástrico, hepático, renal, cervix uterino, colorrectal y leucemia mieloide. El efecto carcinogénico del tabaco es similar entre mujeres y hombres, está relacionado con el número de cigarrillos fumados y la profundidad de las caladas pero no con el tipo de cigarrillo fumado, la única diferencia entre el tabaco rubio y el negro es que el primero se obtiene con las hojas de tabaco horneadas y el segundo con las hojas secadas al sol.

El **cáncer de pulmón** está relacionado directamente con el tabaquismo desde hace más de medio siglo [Doll e Hill 1954, Hammond y Horn 1954]. El tabaco es el responsable directo del 90% de de los casos de cáncer de pulmón, siendo el riesgo de los fumadores de 23 veces mayor que en los no fumadores. En mujeres fumadoras el riesgo es menor que en los hombres. El tabaco aumenta el riesgo de los cuatro tipos histológicos (epidermoide, de células pequeñas, de células grandes y adenocarcinoma), en una clara relación dosis/respuesta en las variables:

- Número de cigarrillos consumidos, siendo una relación no lineal pues los fumadores de 40 cig/día tienen más del doble de probabilidad que los fumadores de 20 cig/día.
- La duración del consumo, pues el riesgo es mayor para los fumadores de 20 cig/día durante cuarenta años que los de 40 cig/día durante 20 años
- La edad de comienzo, pues la probabilidad es 4 veces mayor en aquellos que iniciaron el hábito antes de los 15 años con respecto a los que se iniciaron pasados los 25.
- La profundidad de la inhalación, pues cuanto más profunda sea mayor probabilidad
- Contenido en nicotina y alquitrán
- Abandono del hábito, pues aunque no llega a igualarse en los exfumadores a los que nunca han fumado disminuye de una forma muy importante una vez cumplido los 10-15 años de abstinencia.

Un 83% de los **cánceres de laringe y de la cavidad oral** son debidas al consumo de tabaco, considerándose el riesgo 10 veces superior para el varón fumador y 8 veces mayor en las mujeres fumadoras. El número de cigarrillos fumados, la edad de inicio y la profundidad de la calada aparecen como factores directamente relacionados. Quienes fuman pipa y puro

tienen igual riesgo que el de cigarrillos, disminuyendo drásticamente el riesgo a los cuatro años de haber abandonado el hábito. Un dato significativo es que la asociación de tabaco y alcohol aumenta en el 75% con respecto a la probabilidad de cada uno de ellos por separado. De las neoplasia orales y oro faríngeas (labios, lengua, encías, mucosa, paladar, glándulas salivales, suelo de la boca y orofaringe) el 92% en el varón y el 61% en la mujer son achacables al consumo de tabaco. La tasa en exfumadores va disminuyendo con forme aumenta el tiempo de abstinencia para llegar a igualarse con los que nunca han fumado a los 15 años.

El tabaquismo también provoca **cáncer del aparato digestivo**. El carcinoma de esófago (sobre todo del tercio superior) tiene una relación directa con el consumo de tabaco, estando también influenciado por el consumo de alcohol (17 veces más frecuente cuando se asocian las dos sustancias), siendo el responsable del 80% de los casos, no habiendo diferencias por sexo. Múltiples estudios han demostrado también la relación del consumo de tabaco con el carcinoma de estomago llegando a ser tres veces superior en relación con los no fumadores. El riesgo para el caso del páncreas es doble en fumadores, existiendo una relación dosis respuesta y una disminución proporcional conforme avanza el tiempo de abstinencia. Con respecto al carcinoma de hígado y el consumo de tabaco no está totalmente dilucidada, aunque se aprecia una mayor incidencia en los fumadores y una disminución con el tiempo de abstinencia.

Otro cáncer relacionado es el **cáncer de riñón y vejiga**: Wynder y Goldsmith [Wynder y Goldsmith 1977] concluyen en su estudio que el 50% de los tumores vesicales en el varón y el 31% en mujeres tienen una relación directa con el consumo de tabaco. El estudio de Banegas [Banegas et al 1998] afirma que en nuestro país hubo 1501 fallecimientos por neoplasia vesicales y 568 por neoplasias renales en el año 1998. El carcinoma de la vejiga está relacionado con la beta-naftilamina y las demás aminas aromáticas. El riesgo es 3 y 4 veces superior para las mujeres y los varones fumadores respectivamente. Este tipo de patología sí que se ve influenciado por el tipo de tabaco, siendo más frecuente en fumadores de tabaco negro y que además este riesgo revierte menos que en el caso de tratarse de tabaco rubio. La asociación de carcinoma renal y de uréter y del hábito del tabaco es menos consistente.

Para el **cáncer de mama y aparato genital**, algunas investigaciones epidemiológicas subrayan que el habito de fumar no afecta con respecto al padecimiento de carcinoma de mama, llegando incluso a afirmar que disminuiría el riesgo. El estudio realizado por Lash [Lash y Aschengrau 1999] sobre tabaquismo activo y pasivo en relación con la aparición del cáncer de mama concluye que en la edad en la que aún no se ha desarrollado el tejido mamario el riesgo es alto, mientras que si la exposición se hace en la primera infancia el riesgo sería intermedio, mientras que sería bajo si la primera exposición se realiza en la edad adulta. En cuanto al cáncer de cuello uterino el riesgo se eleva al doble entre la población fumadora. Las neoplasias de vulva, pene y ano han sido descritas mayor frecuencia en fumadores.

Por último, al consumo de tabaco le son atribuidas el 14% de las leucemias linfoides o mieloides, relacionándose con los bencenos y nitrosaminas.

5. Otras patologías relacionadas con el consumo de tabaco afectan a la piel, con la aparición de arrugas faciales características [Ippen e Ippen 1965]. El tabaco provoca enfermedades dentales y periodontales, con aparición de síntomas tan característicos como la halitosis y el cambio de la coloración de los dientes; también acelera el peristaltismo y estimula la secreción gástrica, e interacciona con diversos fármacos a nivel hepático. A nivel de salud mental, la adicción al tabaco se produce en el 32% de las personas que se inician en su

consumo frente al 23% de dependientes en el uso de heroína, 16.7% para la cocaína o 15.4% en el alcohol. En los estudios publicados en 1990 y 1992 por el Nacional Comorbidity Survey [Goodman 1990, Tantam y Whittaker 1992] aparece por primera vez la relación entre enfermedad mental y consumo de tabaco, existiendo un considerable aumento de las personas pacientes con patología psiquiátrica que consumen tabaco, manifestando una relación directamente proporcional entre la intensidad de la clínica psiquiátrica y la gravedad de la dependencia tabáquica. Por otro lado, el consumo de nicotina en los pacientes con depresión contrarresta el déficit de noradrenalina que subyace al cuadro depresivo, pero la abstinencia de nicotina tras su consumo crónico incrementaría la vulnerabilidad para el cuadro depresivo. Diferentes estudios relacionan la esquizofrenia y el trastorno bipolar con el tabaquismo. Por último, en la mujer el consumo de tabaco dificulta la concepción, observándose una mayor proporción de embarazos ectópicos y un aumento de patología placentaria durante el embarazo, bajo peso de los niños al nacer, aumento de muerte perinatal y un mayor riesgo de abortos espontáneos. En el caso de la mujer gestante fumadora se han descrito el síndrome de tabaco fetal, que incluye: bajo peso al nacer, alteraciones endocrinológicas, mutaciones en el ADN que pueden dar lugar a tumoraciones cerebrales y algunos tipos de leucemia y linfomas. En las hijas e hijos de madres fumadoras se ha observado dificultad para el aprendizaje, disminución del coeficiente intelectual, problemas de comportamiento y una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares.

6. El fumador pasivo: El tabaquismo pasivo es la inhalación involuntaria por parte de las personas no fumadoras del humo que quienes fuman generan a partir de la combustión directa del tabaco que consumen en su entorno y de la exhalación del humo previamente inhalado. Existen diversos términos para denominar el humo que inhalan las personas fumadoras pasivas: aire contaminado por humo de tabaco (ACHT), humo de tabaco ambiental (HTA), humo de segunda mano. Este humo se ha clasificado por la Agencia Estadounidense de Protección Medioambiental como carcinógeno de clase A (aquel para el que no hay un nivel seguro de exposición).

El humo de tabaco ambiental tiene dos orígenes, el humo de la corriente principal que las personas fumadoras inhalan y exhalan y el humo de la corriente lateral o secundario, que va directamente al aire mientras el tabaco del cigarrillo, puro o pipa se consumen. El humo de la corriente lateral o secundaria constituye un 75%-85% del humo del tabaco ambiental, y contiene mayores concentraciones nocivas, ya que surge de una combustión más incompleta, esto es, en el humo de la corriente lateral los carcinógenos, el amoníaco y el CO se emiten a concentraciones mucho más altas que en el humo de la corriente principal. En el humo del cigarrillo hay casi 5000 sustancias diferentes, inhaladas en un 25% por quien fuma en la corriente principal, mientras que el 75% procedente de la combustión pasiva, pasa a la atmósfera en la corriente secundaria o lateral, en ambas corrientes hay sustancias perjudiciales para la salud, aunque la concentración de determinadas sustancias tóxicas puede llegar a ser superior en la corriente lateral.

La presencia de cotinina en la orina de personas no fumadoras constituye un marcador de exposición unánimemente admitido y de superior especificidad que la medida de monóxido de carbono en aire espirado. Así, la exposición durante una hora al aire contaminado por tabaco equivale a fumarse tres cigarrillos. Cada año mueren como mínimo 700 españoles debido a la exposición involuntaria al humo de tabaco ambiental [Fernández Muñoz y Schiafino 2006]. Un metaanálisis de Hackshaw [Hackshaw et al 1997] estima que estar casado con una pareja que fuma habitualmente en el domicilio aumenta el riesgo de padecer cáncer de pulmón en un 26%, existiendo una clara correlación con el número de horas de convivencia

y los años de relación. Las estimaciones más conservadoras del programa “Europa contra el cáncer” cifra en 22000 fallecimientos/año por el humo de tabaco ambiental, mientras que en España rondan las 5000 personas/año. A pesar del conocimiento del daño sufrido por respirar aire contaminado la mayoría de los estudios refieren que aproximadamente el 75% de las madres fuman delante de sus hijos, y se han detectado niveles de cotinina en orina significativos en una proporción que oscila del 47 al 60% de las niñas y niños expuestos. Dependiendo si en la casa fuman uno o dos de los progenitores se puede decir que la cantidad de nicotina inhalada pasivamente por el niño equivaldría a un tabaquismo activo de entre 60 a 150 cigarrillos/ año. Las afecciones más frecuentes presentadas en los niños son síntomas respiratorios inespecíficos (tos, esputos, sibilancias) laringotraqueítis, bronquitis, asma, y enfermedades otorrinolaringológicas [U.S. Department of health and Human Services, 1986].

3. Consumo de drogas ilegales

3.1 Concepto de droga ilegal

En farmacología, una droga es toda materia prima de origen biológico que directa o indirectamente sirve para la elaboración de medicamentos, y se llama principio activo a la sustancia responsable de la actividad farmacológica de la droga. La droga puede ser todo vegetal o animal entero, órgano o parte del mismo, o producto obtenido de ellos por diversos métodos que poseen una composición química o sustancias químicas que proporcionan un efecto farmacológico útil en terapéutica [RAE 2005]. Según la Organización Mundial de la Salud una droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, puede alterar de algún modo el sistema nervioso central del individuo que las consume. Este término suele usarse indistintamente para designar a ésta y a los términos correspondientes en farmacia a principio activo, fármaco y medicamento, ya sea por extensión del concepto o debido a la traducción literal del término inglés *drug*, el cual no hace distinciones entre los tres conceptos [Baños y Farré 2002]. Por su parte, la DSM-IV define una serie de criterios tanto para la dependencia (tabla 9) como para el abuso de sustancias (tabla 10) que completan las anteriores definiciones.

Tabla 9. Criterios para la dependencia de sustancias (DSM-IV-TR)

Trastornos relacionados con sustancias Criterios para la dependencia de sustancias (DSM-IV-TR)
Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses: 1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado 2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas) (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia 3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía 4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia 5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia 6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia 7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Tabla 10. Criterios para el abuso de sustancias (DSM-IV-TR)

Trastornos relacionados con sustancias	
Criterios para el abuso de sustancias (DSM-IV-TR)	
A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses: 1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa) 2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia) 3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia) 4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física) B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.	

3.2 Antecedentes históricos

Antes de las primeras civilizaciones ya hay pruebas de que el hombre, conocía los efectos de ciertas plantas como la adormidera del opio y las usaba. En todas las civilizaciones, desde la asiria hasta la actual del siglo XXI, el ser humano ha consumido todo tipo de drogas por distintos motivos: religiosos, rituales, medicinales, hábitos o costumbres, por distracción, hedonismo, etc. En la cultura occidental la droga es considerada un tema tabú, pero sólo desde hace algo más de 80 años, es cuando se dictaron las primeras leyes contra las diferentes drogas. Un ejemplo de prohibicionismo es la conocida Ley seca, mediante la cual se llegó a prohibir el alcohol en los Estados Unidos. El experimento de la prohibición fracasó estrepitosamente y fue el origen del poder de ciertos grupos mafiosos que comenzaron traficando con esta droga, y cuando fue legalizada, cambiaron a otras que seguían prohibidas [Escotado 1999]. A pesar de ser las dos sustancias que más muertes provocan en las sociedades modernas, alcohol y tabaco no tienen el mismo estigma que las restantes drogas, ya que son legales y su uso está aceptado socialmente y regulado por la administración pública.

Se cree que los ingresos totales que producen las ventas de estupefacientes tan solo en Estados Unidos ascienden a entre 60000 millones y 120000 millones de dólares. Si restamos unos 20000 millones de dólares para gastos, eso deja un beneficio neto de entre 40000 millones y 100000 millones de dólares. *“El tráfico de drogas, que mueve unos 300000 millones de dólares al año, es el mayor negocio del mundo”*, dice la revista World Press Review. Disponer de tanto dinero otorga un gran poder a los traficantes de drogas [Gahlinger 2001].

3.3 Tipos de drogas ilegales y su mecanismo de acción

Se exponen en la tabla 11.

Tabla 11. Diferentes tipos de drogas y sus características principales.

Tipos de drogas	Formas de consumo	Efectos deseados	Efectos no deseados	Efectos tóxicos	Complicaciones	Diagnóstico
Opiáceos derivados de la adormidera (<i>papaver somniferum</i>) opio, morfina, codeína, heroína marrón, heroína blanca. Heroína o “caballo”	vía i.v. (“pico”), fumada, inhalada (“chino”), mezclada con cocaína “speed-ball”	euforia inicial, relajación, eliminación del dolor y la ansiedad, sensación de placer y bienestar, sedación	miosis, náuseas, vómitos, sensación de mareo, confusión, disminución del nivel de conciencia (estupor, sueño profundo), estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, hipotensión, bradicardia, hipotermia, liberación de histamina, hipertensión muscular, rigidez y convulsiones	coma, depresión respiratoria y muerte	vía i.v.: flebitis, abscesos y endocarditis. Infecciones por VIH, VHB, VHC, embolismo pulmonar. Vía inhalada/fumada: enfermedad pulmonar intersticial, asma y EPOC.	Detección en test de orina
Cannabis derivado de la planta <i>Cannabis sativa</i> (cáñamo). El principal componente psicoactivo es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC)	Habitualmente fumada mezclada con tabaco. En ocasiones por vía oral, sublingual o vaporizada. Marihuana (“maría”, “hierba”, “grifa”): mezcla de hojas y flores de la planta, contiene entre un 0,5-5% de THC. Hachís (“costo”, “chocolate”): extracto seco de resina de la planta, obtenido a partir de flores hembra, contiene entre 2-20% de THC. Aceite de hachís: contiene entre 15-50% de THC.	intensificación de la percepción sensorial, euforia, aumento de la sociabilidad, hilaridad, facilitación del habla y del pensamiento, relajación y disminución de la ansiedad, alivio del dolor y sensación de bienestar	aumento del apetito, lentitud, cambios en la visión, dificultad de concentración, deterioro de la memoria y despersonalización	Orgánicos: hipotensión ortostática, síntomas vegetativos, síncope, taquicardia refleja. Psíquicos: disforia, ansiedad, inquietud y agitación psicomotora, psicosis tóxica –ideación delirante, alucinaciones visuales, y pensamiento desorganizado, “mal viaje”.	ansiedad, deterioro cognitivo reversible	Detección en orina del 9-THC de forma cualitativa y cuantitativa. Detección hasta 1 mes después del consumo
Cocaína sustancia derivada del arbusto de la coca <i>Erythroxylon coca</i>	Sulfato de cocaína: “pasta base” o “basuko” (fumada). Clorhidrato de cocaína o cocaína: “perico”, “coca”, “nieve”, “farlopa” (vía intranasal, “tiro”, “raya” o vía i.v.). Crack: “cocaína base” (inhalada)	estimulación y excitación, con disminución de fatiga, sueño y apetito, aumenta la sensación de energía, lucidez y confianza en uno mismo, aumento del rendimiento, sensación de bienestar; hiperactividad motora, verbal e ideativa. Vía i.v. provoca una intensa	hiperactividad, irritabilidad, insomnio, cefalea, vómitos y diarrea, temblor, aumento de la presión arterial y la temperatura, agitación, agresividad, dificultad de concentración, pseudoalucinaciones visuales. Tolerancia importante y elevada dependencia psicológica, tolerancia inversa	taquipnea, taquicardia y arritmias (fibrilación auricular, taquicardia ventricular, fibrilación ventricular) hipertensión, cardiopatía isquémica (mayor riesgo de IAM si hay consumo simultáneo de alcohol), accidente cerebrovascular, edema	intenso deseo de consumir (“craving”), psicosis paranoica, ulceración nasal.	Detección en orina: hasta 72 horas después del consumo en consumidor no habitual y hasta 7 días después en consumidor crónico

		sensación placentera o "flash".	agudo de pulmón (por inhalación de crack), convulsiones, hipertermia maligna, ansiedad, agitación psicomotriz, conductas estereotipadas, delirio, psicosis	
Drogas de diseño Feniletilaminas y otros análogos: MDEA (3,4-metilenodioxietilamfetamina): "Eva".				
	generalmente se consumen en forma de pastillas ("pastis", "pirulas") o en forma de polvo ("cristal").			
MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina): "éxtasis", "E", "M&M", "cristal", "adán". Es la más importante de las drogas de diseño.		aumento de la empatía, de la intimidad y cercanía con otras personas, y facilitador de las relaciones interpersonales (entactágeno), mayor confianza y seguridad en uno mismo, aumento de la capacidad para comunicarse, desinhibición, alteraciones –aumento- de la percepción visual, táctil y auditiva	pérdida de apetito, sequedad de boca, bruxismo, insomnio, sudoración, disminución de la concentración, alteración del estado de ánimo, midriasis, temblores, insomnio, anorexia, parestesias, hiperreflexia, hipertermia, taquicardia, arritmias, hipertensión, hepatotoxicidad, hiponatremia, CID, rabdomiolisis, insuficiencia renal aguda, fibrilación ventricular	neurotoxicidad serotoninérgica y dopaminérgica. Déficit de memoria, concentración y alteraciones del aprendizaje.
MDA (3,4-metilenodioxianfetamina): "píldora del amor".		euforia y aumento de la empatía.	agitación, alucinaciones, convulsiones, taquicardia, crisis hipertensiva.	
Metanfetamina (d-N-metilanfetamina): "speed".	Vía intranasal, fumada "ice" o vía.i.v.	estimulantes (disminución de la sensación de fatiga y sueño, euforia y aumento de la atención).	taquicardia, hipertensión, arritmias, convulsiones, hemorragias cerebrales, psicosis anfetamínica.	Detección en orina.
Fenciclidina (PCP): "polvo de ángel".		euforia, despersonalización	estimulación simpática, agitación, alucinaciones, estados psicóticos.	
Ketamina "Special K", "K"	Vía intranasal.	euforia, locuacidad, alucinaciones, sensación de flotar, sensaciones psíquicas intensas,	dolores musculares, vértigo, ataxia, lenguaje incoherente, confusión, ansiedad, coma, estado disociativo profundo	déficit de memoria, concentración y aprendizaje sensibilidad del 50% en orina

		amnesia.		
Gamma hidroxibutirato (GHB): “éxtasis líquido”.	Vía oral.	euforia, relajación, desinhibición, anestesia.	somnolencia, hipotonía, hipotermia, depresión respiratoria, coma y muerte	
Derivados metacualona.				
Dietilamida de ácido lisérgico (LSD): “ácido”, “tripis”, “micropuntos”	Vía sublingual y oral.	alucinaciones visuales y auditivas, “viaje”.	insomnio, confusión, ansiedad (mal viaje), taquicardia, psicosis aguda.	No son detectados en la mayoría de los tests de cribaje en orina
Psilocibina y psilocina: principios activos de diversos hongos. Mescalina: principio activo del cactus <i>peyote</i> . Fenciclidina.				No son detectados en la mayoría de los tests de cribaje en orina

Modificado de: [Abanades et al 2004, Bobes y Calafat 2000, Bobes y Sáiz 2003, Claramonte et al 2002, Caudevilla Gállico y Ortells 2004, Caudevilla et al 2010, Fernández Miranda y Torrens 2005, Maxwell 2005, Jansen y Theron 2003, Leza y Moro 2009, NIDA 2009, Nogué 2002, Pascual et al 2001, Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides 2002].

3.4 Valoración consumo drogas ilegales

Se puede detectar el consumo de drogas ilegales en sangre, saliva, orina y cabello. El periodo de tiempo en el que una droga permanece en el organismo depende de la cantidad consumida, la vía de administración, el uso crónico u ocasional, su metabolismo, la acidez de la orina, la ingesta de líquidos y la hora del día. Por motivos de fiabilidad las mejores muestras para su análisis son orina y cabello. La determinación del consumo mediante cabello se considera la prueba de referencia [NICE 2007] por su elevada sensibilidad aunque solo se puede analizar un tipo de drogas a la vez y el precio de cada prueba es alto. Es una técnica de tipo semicuantitativo que permite detectar consumos esporádicos o continuos. Se necesita un mínimo de 200 mg de cabellos (cortados lo más cercanos posibles a la raíz) para poder conocer de forma exacta el tipo de drogas consumida y cuando.

La orina mide el consumo reciente, con una fiabilidad del 99%. Dependiendo del tipo de droga y su cantidad consumida, la presencia en orina puede oscilar entre 2 y 7 días. Se necesita la participación activa del sujeto a analizar (no es una prueba discreta). El inconveniente que presenta es el falso positivo, debido que la técnica analiza la materia activa y sus derivados, los cuales pueden ser componentes de medicamentos. Por ello cuando el resultado es positivo es conveniente realizar una confirmación mediante otra técnica analítica. Los falsos positivos son poco probables aunque se estén tomando los principios activos de algunos fármacos, pero se pueden dar por las insuficiencias hepáticas y renales graves, leves o puntuales.

La detección en saliva o sudor está más indicada para saber el uso reciente de sustancias estupefacientes y se utilizan, sobre todo, para descartar el consumo. La sangre mide un consumo inmediato, hasta unas pocas horas después de haber consumido las drogas. Es ideal para controlar la toma reciente de alcohol, drogas y otras sustancias. Sus dos principales factores limitantes son que hay que realizar una extracción de sangre en centro especializado (no es un método discreto y se necesita el consentimiento de la persona muestreada) y la prevalencia de las sustancias son muy cortas (las materias activas buscadas desaparecen rápidamente). Otras limitaciones son: dificultad de lectura, disfunciones en temperaturas inferiores a 10°C, instrucciones de uso demasiado complejas en algunos casos, necesidad de una muestra de saliva demasiado grande en ciertos aparatos y excesiva duración del test [National Institute On Drug Abuse 2009].

Para que al hacer un test de drogas se pueda considerar como prueba judicial, la toma de muestra ha de hacerse en un laboratorio certificado y bajo una cadena de custodia, es decir, deberá existir un testigo que ratifique la toma de muestra y una identificación correcta del individuo, y las muestras serán transportadas en recipientes especiales y custodiados. El test de la saliva es una prueba de tipo cualitativo que, en caso de dar positivo, precisa la confirmación mediante un análisis cuantitativo. El Proyecto Rosita [National Institute On Drug Abuse 2009] establece como criterios de calidad para estos tests una sensibilidad y especificidad superiores al 90%, con una precisión superior al 95% para anfetaminas, benzodiacepinas y cannabis. La sensibilidad y especificidad de los tests varían en función del tipo de sustancia y de los tests existentes en la actualidad (tabla 12). En cualquier caso, desde el punto de vista jurídico, la preocupación radica fundamentalmente en los casos de falsos positivos: la mayor parte de las marcas ofrecen resultados muy buenos que en muchos casos se acercan a un 100% de especificidad.

Tabla 12. Sensibilidad y especificidad de los tests de saliva según el tipo de droga

	Anfetaminas Metanfetaminas	Benzodiazepinas	Cannabis	Cocaína	Opiáceos
SENSIBILIDAD	40-83%	33-69%	0-74%	0-97%	51-100%
ESPECIFICIDAD	80-100%	85-94%	70-100%	91-100%	86-100%

La alta prevalencia de consumo de Cannabis hace necesario la introducción de métodos que permitan discriminar el uso ocasional y regular del cannabis del uso problemático. La utilización de escalas que miden el consumo problemático de cannabis permite conocer la prevalencia del uso problemático o de alto riesgo y en particular diferenciar los subgrupos con mayor prevalencia y conocer sus características. Además monitorizar los cambios a lo largo del tiempo de la prevalencia y características de los consumidores problemáticos, contribuyendo a orientar, diseñar y evaluar intervenciones dirigidas a estos grupos de consumidores.

Escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) diseñada en Francia por Francois Beck y Stephane Legleye para estudiar el consumo problemático de cannabis, con la intención de que incluyera ítems de dependencia y abuso como se define en el DSM-IV y otros problemas relacionados con el consumo.

Escala SDS (Severity of Dependence Scale) ideada en Alemania Ludwig Kraus, utilizada para estudiar dependencia de cannabis.

PUM (Problematic Use of Marijuana) desarrollada en Polonia por Janusz Sieroslawski y Katarzyna Okulic.

CAST (Cannabis Abuse Screening Test) y CPQ-A (Adolescent- Cannabis Problems Questionnaire) se utilizan en España como herramienta de cribado.

- El CAST es un instrumento de 6 ítems diseñado para detectar patrones de abuso de cannabis en jóvenes y adolescentes, centrándose sobre todo en las dificultades para controlar el consumo y en sus consecuencias negativas sobre la salud o las relaciones sociales [Piontek et al 2008]. El CAST presenta resultados más robustos desde el punto de vista psicométrico, útiles para determinar la prevalencia del consumo problemático de cannabis en particular usando como criterio la frecuencia del consumo de cannabis a modo de referencia. Evalúa los problemas experimentados en el último año, se orienta a la detección diagnóstica de abuso. Las respuestas se dan en función de la frecuencia del consumo (0 “nunca”, 1 “rara vez”, 2 “de vez en cuando”, 3 “bastante a menudo”, 4 “muy a menudo”). Legleye [Legleye et al 2007], en el artículo de validación del instrumento, propone una dicotomización de la escala, la cual se construye en función de la definición de umbrales para la imputación de valores de 0 y 1 por pregunta. Con esta clasificación el puntaje final de la escala CAST iría de 0 a 6 puntos. La clasificación de riesgo propuesta por Legleye [Legleye et al 2007] especifica:

0 puntos CAST: Sin riesgo

1 a 2 puntos CAST: Bajo nivel de riesgo

3 puntos CAST: Moderado nivel de riesgo

4 o más puntos CAST: Alto nivel de riesgo

- La puntuación en el CPQ-A permite discriminar entre consumidores de cannabis moderados y excesivos en el último mes, está positivamente relacionada con el CAST y presenta una sensibilidad y especificidad adecuadas para determinar casos de abuso y dependencia del cannabis según los criterios DSM IV.TR.

3.5 Patrones de consumo en la población.

Consumo de drogas ilegales en Andalucía

Según el XII estudio de la población Andaluza ante las drogas XII (2011), el 27% de la población de 12 a 64 años la ha consumido alguna vez y el 8.5% lo ha hecho en el último mes (un 12.5% en el caso de los hombres). Los detalles específicos de cada tipo de droga se presentan en la tabla 13. La cocaína presenta una prevalencia del 6% alguna vez en la vida y el éxtasis del 3.1%. Cabe destacar el elevado porcentaje de personas que han consumido alguna vez las sustancias conocidas como *legal highs* (3.9%), siendo la prevalencia de consumo de dichas sustancias superior a la del éxtasis. Es destacable que el consumo diario de sustancias de tráfico ilícito prácticamente ha desaparecido. Las prevalencias de consumo diario son inapreciables para casi todas las sustancias psicoactivas ilegales. Estas prevalencias pueden estar indicando que se asienta un patrón de consumo de carácter más esporádico u ocasional, vinculado a usos con intenciones recreativas.

Los hombres tienen prevalencias de consumo más altas que las mujeres para todas las sustancias estudiadas y en todos los periodos temporales considerados, excepto en el caso del consumo de tranquilizantes e hipnosedantes sin prescripción médica, que presentan prevalencias algo más altas entre las mujeres. En cuanto a la edad de inicio al consumo de cada una de las sustancias, las personas que consumen tabaco a diario y el alcohol bajo un patrón de riesgo, se iniciaron en estos consumos, como media, a edades más tempranas que el resto, 16.5 y 14.8 años respectivamente. También el consumo de sustancias volátiles e inhalables tiene una media de edad de inicio muy temprana (15.9 años) y un 72.7% de primeros consumos antes de los 18 años. La media de inicio al consumo de cannabis es la siguiente edad más temprana (18.5 años). Por el contrario, el inicio en el uso no terapéutico de psicofármacos, tranquilizantes e hipnosedantes sin prescripción médica, es el más tardío, cumplidos los 25 años de edad. El resto de sustancias presentan edades medias de inicio que oscilan entre los 19 y los 22 años de edad.

En Andalucía se comprueba una tendencia al alza en las admisiones a tratamiento contra el consumo de drogas, sobre todo cannabis (cercano al 90%) reflejado por el Indicador Tratamiento 2011 realizado por la Consejería de Salud y Bienestar Social (Informe sobre las urgencias relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas monitorizadas en cuatro hospitales de Andalucía, 2011), hasta 2489 admisiones en 2011 en pacientes con edad media de 24.7 años y edad media de inicio de 16 años (88% menores de edad), en su mayoría hombres (88%) que conviven con su familia de origen (67%).

**Tabla 13. Características del consumo de drogas ilegales en Andalucía en el año 2011
(modificado de estudio población Andaluza ante las drogas XII)**

	Consumo ultimo año	Consumo último mes	Edad de inicio	% inicio en menores de edad
Cannabis	24.6%	9%	18.5 años	56.1%
Hachís	22.8%	7.3%	18.05 años	59.9%
Marihuana	19.6%	5.6%	18.06 años	52.9%
Clorhidrato de cocaína (cocaína en polvo)	6%	2%	20.4 años	26.4%
Cocaína base y crack	1%	0.2%	19.2 años	31.3%
Éxtasis o MDMA	3.1%	0.3%.	19.6 años	29.6%
Éxtasis líquido o GHB	0.1%		19.5 años	30%
Ketamina	1.1%	0.1%	21.1 años	25.4%
Anfetaminas y speed	3.9%		19.5 años	33%
Tranquilizantes (benzodiacepinas)	1.5%	0.3%	25.7 años	21.3%
Inhalables	0.4%.		15.9 años	72.7%
Heroína	0.7%		21.9 años	36%
Hipnosedantes e Hipnóticos	1%		29.6 años	20%
Legal highs	3.9%			

Las prevalencias de consumo más elevadas, en general, se detectan en las provincias de Málaga, Granada y Huelva. En concreto, las prevalencias más altas de consumo de cannabis, tanto en su variante de hachís como de marihuana, se encuentran en Huelva, seguida de Málaga y Almería. Córdoba y Jaén presentan las prevalencias más bajas de estas sustancias. También el consumo de clorhidrato de cocaína presenta prevalencias más altas en las tres provincias indicadas, así como en la de Granada, en tanto que las prevalencias más bajas se encuentran en Sevilla. En cuanto al consumo de cocaína base, la mayor prevalencia se obtiene en la provincia de Huelva.

Huelva registra también el consumo más extendido de inhalables, seguida por Almería. En el resto de provincias la prevalencia de consumo alguna vez en la vida de estas sustancias se encuentra por debajo del 1%. En cuanto al consumo de alucinógenos, se observa una mayor prevalencia en Almería, Granada y Málaga, mientras Cádiz y Córdoba tienen las prevalencias más bajas. Concretamente, cuando se trata del consumo de ketamina, se observa una mayor prevalencia en Málaga y Granada.

En lo que se refiere a otras sustancias vinculadas a ambientes recreativos y de fiesta, como el éxtasis o MDMA y el GHB también se detectan prevalencias más elevadas en Huelva,

Granada y Málaga, seguidas de Almería. En cuanto a Córdoba, Sevilla, Cádiz y Jaén, estas provincias muestran prevalencias inferiores para este tipo de consumos.

El consumo de anfetaminas y speed aparece con mayor prevalencia en Granada, Málaga y Almería, mientras que Córdoba y Jaén tienen las prevalencias más reducidas de este consumo. El reducido consumo de heroína que se detecta en la encuesta presenta sus niveles más elevados en Huelva (2.3% alguna vez en la vida) y Sevilla (1% alguna vez en la vida), seguido por Cádiz y Granada (0.8% alguna vez en la vida). En el resto es prácticamente inapreciable. Las prevalencias más altas de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica se encuentran en Huelva y Sevilla, seguidas por Cádiz. En cuanto a los hipnosedantes, se observan mayores prevalencias de consumo sin prescripción médica en Málaga, Granada y Huelva. En cuanto a las *legal highs*, sólo ha sido registrado su consumo experimental, encontrándose una prevalencia más elevada en Málaga, seguida de Granada.

Consumo de drogas ilegales en España

Según el estudio EDADES 2013-2014 [EDADES 2015], entre las drogas de comercio ilegal, las más extendidas fueron el cannabis y la cocaína en polvo, con prevalencias en los últimos 12 meses que sobrepasan el 2% (10.6% para cannabis, 2.6% para cocaína) y el éxtasis con una prevalencia de 0.8% en los últimos 12 meses. Los consumos de otras drogas de comercio ilegal presentaron prevalencia inferiores de consumo. La prevalencia de uso de tranquilizantes (5.5%) y somníferos (3.6%) con o sin receta médica en los últimos 12 meses, sólo se ve superada por el alcohol, el tabaco y el cannabis [OEDT 2011].

El consumo de “nuevas sustancias” incluye sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales y que se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, inciensos...ketamina, GHB, spice, piperazinas, mefedrona, nexus, metanfetamina, setas mágicas, research chemicals, legal highs, salvia, esteroides anabolizantes. La edad de mayor consumo está situada entre 25-34 años. Los hombres son el sexo de mayor consumo. La prevalencia del consumo experimental es del 3%. El 74.1% de las personas nunca han oído hablar de estas drogas. El 78% de los consumidores de “nuevas sustancias” lo hacen en forma de policonsumo experimental (5 o más sustancias). El 69.2% de los consumidores de “nuevas sustancias” han consumido drogas ilegales frente al 8.2% de los que no han consumido “nuevas sustancias”. La prevalencia de consumo de una sola o más sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, hipnosedantes, cánnabis, cocaína en polvo, base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína e inhalables) entre los consumidores alguna vez en la vida se distribuye de la siguiente manera: 1 sustancias psicoacivas (0%), 2 sustancias psicoacivas (1%),3 sustancias psicoacivas (8%), 4 sustancias psicoacivas (13%) y 5 sustancias psicoacivas (78%) [EDADES 2015].

El policonsumo en el último año: no han consumido ninguna sustancia (13.6%), 1 sustancia (44.3%), 2 sustancias (30.2%), 3 sustancias (9.3%), 4 sustancias (1.8%) y 5 sustancias (0.9%). El porcentaje de mujeres que no consumen casi duplica al de hombres. El cannabis está presente en el 90% de los policonsumos de sustancias ilegales. El alcohol está presente en el 90 % de los policonsumos [EDADES 2015].

El consumo de alcohol, sobre todo si es de tipo intensivo (binge drinking e intoxicaciones etílicas) se asocia con una mayor prevalencia de consumo de otras drogas: inhalables volátiles (0.1%), heroína (0.1%), alucinógenos (0.4%), anfetaminas o speed (1.2%), éxtasis u otras drogas de síntesis (0.8%), cocaína (4.7%), cannabis (21.1%) [EDADES 2015].

En el último año previo a la encuesta comenzaron a consumir cannabis 168677 personas (5.3 por cada mil encuestados), tabaco 142282 (4.4/1000) y cocaína en polvo 38.551 (1.2/1000) [EDADES 2015].

El número de personas que empezaron a consumir cannabis supera a las que se iniciaron en el consumo de tabaco. La mayor tasa de personas que empiezan a consumir cannabis se da en menores de edad. En el año previo a la encuesta, empezaron a consumir cannabis 61085 menores (47 por cada mil personas de 15 a 17 años). Baja el riesgo percibido ante el consumo de ciertas drogas. Existe un mayor riesgo percibido por mujeres que por hombres para todas las sustancias, excepto para hipnosedantes. Persiste la consideración del tabaco como más peligroso que el cannabis. Hay una disminución de la disponibilidad percibida para todas las drogas (cannabis, éxtasis, cocaína, heroína, alucinógenos (LSD), tendencia iniciada en 2009. Para los ciudadanos, las medidas de mayor eficacia para resolver el problema de las drogas son: acciones formativas, tratamiento, control policial y restricción legal, y campañas publicitarias [EDADES 2015].

Se mantiene una tendencia estable en el porcentaje de personas que consideran que es muy importante la legalización del cannabis (33.1%) y descenso en lo que se refiere a todas las drogas (19.6%). La importancia que se da a la legalización del cannabis, es relativamente constante, independientemente de la edad. El mayor porcentaje es del 32.5%, correspondiente a los rangos de edad 30-34 años. Consideran más importante la legalización del cannabis aquellas personas que lo consumen, especialmente, las que hacen un consumo problemático. Casi 9 de cada 10 personas que hacen un consumo problemático (Consumo problemático: CAST (Cannabis Abuse Screening Test) ≥ 4) de cannabis consideran que su legalización es algo/muy importante. La distribución del porcentaje de personas que creen que la legalización de cannabis es una medida nada/algo o muy importante, según su consumo de cannabis en España en el año 2013 [EDADES 2015]:

-No han consumido cannabis en el último año: nada importante (43.3%), algo importante (19.1%), muy importante (26.9%), no sabe/no contesta (10.6%)

-Han consumido cannabis en el último año (no consumo problemático: (Cannabis Abuse Screening Test) < 4): nada importante (18.1%), algo importante (21.4%), muy importante (53.6%), no sabe/no contesta (6.9%)

-Han consumido cannabis en el último año (si consumo problemático Consumo problemático: CAST (Cannabis Abuse Screening Test) ≥ 4 . nada importante (9.6%), algo importante (15.4%), muy importante (71.1%), no sabe/no contesta (3.9%)

La población muestra mucho interés en recibir información a través de los medios de comunicación, internet, los profesionales sanitarios, los profesores y charlas o cursos [EDADES 2015].

- **Edad media de primer uso**

La droga ilegal cuyo consumo se había iniciado más tempranamente fue el cannabis (18.6 años). Por el contrario, las que se empezaron a consumir más tardíamente fueron los

hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos), con 34.5 años. El uso del resto de las drogas se inició por término medio entre los 19 y los 23 años.

- **Diferencias en el uso de drogas por sexo**

Las prevalencias de consumo de cannabis muestran una tendencia levemente descendente: último año (9.2%), último mes (6.6%), diariamente en el último mes (1.9%). Los hombres consumen en mayor proporción que las mujeres en todos los grupos de edad. Presentan un consumo problemático de cannabis (CAST (Cannabis Abuse Screening Test) ≥ 4), el 2,2% (687.000 personas) de la población (15 - 64 años), la proporción no es constante y disminuye con la edad. El 25% de los que han consumido en el último año presentan consumo problemático. Esta proporción es constante en todos los grupos de edad [EDADES 2015].

El consumo de cocaína en polvo se mantiene con una tendencia descendente de consumo iniciada en 2005: último año (2.1%), último mes (1%). La proporción de consumidores entre los hombres es 3.5 veces mayor que la observada entre las mujeres [EDADES 2015].

Consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos. Se consolida la tendencia descendente iniciada en 2001 para todos los consumos en ambos sexos: éxtasis (0.7%), anfetaminas (0.6%) y alucinógenos (0.3%). Son las cifras más bajas desde el comienzo de las encuestas [EDADES 2015].

Los consumos de heroína detectados a partir de la encuesta, no muestran cambios con respecto a las ediciones previas: alguna vez en la vida (0.7%), último año (0.1%), último mes (0%) [EDADES 2015].

En el consumo de hipnosedantes se observa una tendencia creciente desde 2005: alguna vez en la vida (8.7% vs 22.2%), último año (5.1% vs 12.2%), último mes (3.7% vs 8.9%), a diario o casi a diario en último mes (3.1% vs 6.8%). El porcentaje de mujeres que consumen hipnosedantes en el último año duplica el porcentaje de hombres consumidores (16% frente a 8.5%). Las diferencias aumentan con la edad [EDADES 2015].

Excepto en el caso de los hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos), en 2009 en España la extensión del uso de drogas en la población de 15-64 años fue bastante mayor en los hombres que en las mujeres, especialmente en el caso de las drogas de comercio ilegal, donde la prevalencia entre los hombres fue varias veces más elevada que en las mujeres.

Las diferencias en el uso de cannabis (14.8% hombres y 6.2% mujeres) y de cocaína en polvo (4.2% en hombres y 1% en mujeres).

- **Diferencias en el uso de drogas por edad**

En 2009, los consumidores de sustancias psicoactivas fueron, excepto en el caso de los tranquilizantes o somníferos, predominantemente jóvenes de 15 a 34 años, tanto para drogas legales como ilegales. Así, por ejemplo, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses para cannabis, cocaína en polvo y éxtasis fue de 19.4%, 4.3% y 1.8%, respectivamente, en el grupo de 15-34 años frente a 4.6%, 1.5% y 0.2% en el grupo de 35-64 años. El grupo de 35-64 años consume alguna vez en la vida, en mayor proporción, tranquilizantes o somníferos (13.8% y 8% respectivamente) que el grupo 15-34 (7.1% y 4%).

- **Diferencias en el uso de drogas por comunidad autónoma**

Con respecto a la prevalencia de consumo de cannabis, si nos centramos en la prevalencia en los últimos 30 días, se observa que hay importantes diferencias entre comunidades autónomas, con un rango que va desde el 3% en Melilla a 10.9% de la C. Valenciana, aunque la mayor parte de las comunidades se sitúan en la banda del 4.5-7.5%

A modo de resumen, las drogas legales (alcohol y tabaco) son las de mayor prevalencia de consumo en España. Los derivados del cannabis (hachís, marihuana) son las drogas ilegales de consumo más prevalente [OED 2007].

La edad de inicio en el consumo de drogas suele producirse en la segunda década de la vida, siendo más prevalente en varones que en mujeres. Conviene destacar que el riesgo de desarrollar abuso o dependencia hacia una sustancia es mayor cuanto más precoz sea el contacto con ella. Por ello, una buena medida preventiva será retrasar en lo posible el contacto inicial con ellas.

La prevalencia de consumo en los adultos jóvenes (15-34 años) es mucho más elevada que en los demás grupos etarios.

La cocaína y el cannabis son las drogas cuya prevalencia de consumo ha aumentado de forma más clara en la última década, lo que lleva a un incremento en los problemas asociados. Así, uno de cada dos episodios de urgencia por consumo de drogas ilegales está relacionado con el consumo de cocaína [OED 2007].

Consumo de drogas ilegales en Europa

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías publicó en su informe anual sobre el fenómeno de las drogas en Europa [OEDT 2011] un aumento del consumo de cocaína y cannabis entre los jóvenes españoles. Se incrementa el número de europeos que solicitan tratamiento para problemas relacionados con el consumo de cocaína, entre los que destacan los ciudadanos de España y Países Bajos, donde la cocaína ya es la segunda droga más común notificada en los centros de tratamiento especializado: se sitúa por detrás de la heroína y representa más de una tercera parte (26% en España) y una cuarta parte (35% en el caso de Países Bajos) de las solicitudes. Asimismo, el Observatorio comprobó que hay una "creciente preocupación" por el consumo de crack en varias ciudades de Alemania, España, Francia, Países Bajos y el Reino Unido.

El cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida en la UE, ya que aproximadamente el 20% de los europeos adultos lo ha probado al menos una vez en su vida. Las tasas de prevalencia del cannabis son, por lo general, más elevadas entre los jóvenes y van desde menos del 15% en Estonia, Portugal y Suecia hasta el 35% o más en España, Dinamarca, Francia y Reino Unido. El OEDT expresó su preocupación dado que un 5-20% de los jóvenes europeos ha consumido esta droga en los últimos doce meses. Esta cifra se eleva a más de un 30% en España, República Checa, Francia y el Reino Unido. La mayoría de las personas que consumen cannabis lo hacen únicamente de forma ocasional y durante períodos limitados. No obstante, en el informe que hoy se publica se señala que aproximadamente un 15% de los colegiales de entre 15 y 16 años de la UE que han consumido cannabis durante el último año, son 'consumidores habituales' ya que la consumen 40 veces o más al año. Los menores varones tienen el doble de probabilidades de convertirse en 'consumidores habituales' en comparación con las chicas. Entre los chicos, el porcentaje de 'consumidores habituales' oscila entre el 1% en Letonia, Lituania, Malta, Finlandia y Suecia y entre el 5% y el 10% en Bélgica, Alemania, España, Francia, Irlanda, Eslovenia y el Reino Unido.

El éxtasis rivaliza actualmente con las anfetaminas por el segundo puesto entre las drogas europeas. La información publicada hoy muestra que en algunos países la República Checa, Alemania, Irlanda, Países Bajos, Portugal y Reino Unido el éxtasis podría estar acercándose o incluso superando a las anfetaminas como la segunda droga europea tras el cánnabis. Entre un 5% y un 13% de los varones de entre 15 y 24 años de la República Checa, España, Irlanda, Letonia, Países Bajos y Reino Unido reconoce haber consumido éxtasis durante el último año. No obstante, en general, las tasas de consumo de éxtasis y anfetaminas que se ven reflejadas en las encuestas escolares --colegiales de entre 15 y 16 años-- parecen ser más estables o incluso disminuyen ligeramente en algunos países.

En lo relativo al consumo reciente de cocaína en el último año, se ha producido un aumento entre los jóvenes de España, Alemania, Dinamarca y Reino Unido. Entre un 1-10% de los jóvenes europeos (15 a 34 años) reconoce que ha consumido cocaína en algún momento de su vida y aproximadamente la mitad lo ha hecho recientemente. Por el contrario, menos de un 1% de los adultos de la UE entre 15 y 64 años reconoce que ha consumido cocaína recientemente. Sin embargo, en España y Reino Unido esta tasa supera el nivel 2%, lo que constituye un porcentaje similar al que existe en Estados Unidos. Los datos toxicológicos demuestran que, en algunos países, se encontró cocaína mezclada con opiáceos en un alto porcentaje de las muertes relacionadas con las drogas. Así, se encontró un 46 por ciento en España. Por ello, el OEDT indicó que, por primera vez, existe preocupación por los riesgos adicionales para la salud que pueden plantear los 'agentes de corte' que se utilizan para preparar la cocaína.

Por último, el informe europeo indica que las pautas del consumo problemático de drogas siguen evolucionando. En algunos países, en los que los consumidores problemáticos de drogas eran tradicionalmente adictos crónicos a los opiáceos, se observa actualmente un creciente número de consumidores de diferentes tipos de drogas o estimulantes. En este sentido, países como Alemania y Países Bajos experimentan un creciente porcentaje de consumidores de crack entre sus consumidores problemáticos de drogas. En España e Italia se ha observado un aumento del número de consumidores problemáticos de cocaína.

Menos del 1% de la población europea adulta (de entre 15 y 64 años) puede definirse como consumidores problemáticos de drogas, lo que representa un total de entre 1,2 y 2,1 millones de consumidores con problemas en la UE ampliada. Respecto a las muertes relacionadas con las drogas, hay una disminución modesta pero significativa de las mismas, sobre un 6%. En Francia y España se observa una tendencia a la baja desde mediados de la década del año 1990, mientras que en países como Alemania, Grecia Irlanda, Italia, Portugal y Noruega se experimentó una disminución más pronunciada a partir de 2000. Es probable que esta evolución favorable se deba a la disminución del consumo por vía parenteral en algunos países y a un mayor acceso a los tratamientos de sustitución y a los servicios de prevención. No obstante, el OEDT señaló que el número de muertes por sobredosis se mantiene a un nivel históricamente alto y que es posible que no pueda mantenerse esta tendencia a la baja.

Consumo de drogas ilegales entre profesionales de la salud

El tipo de droga más utilizada por la población médica, según datos del PAIME (tabla 14) presenta algunas variaciones respecto a la población general: después del alcohol, las drogas más prevalentes son los opiáceos y las benzodiacepinas, probablemente porque el

acceso a dichas sustancias es relativamente sencillo. Quizás el consumo de cannabis se encuentre infravalorado, pues su consumo no se asocia a un tipo de morbilidad que pueda requerir que el afectado se dirija al PAIME [Otero et al 2008]. Domino [Domino et al 2005] realizaron un estudio retrospectivo de los datos obtenidos de los 292 profesionales sanitarios que participaron en el Washington Physicians Health Program (WPHP) entre el 1 de enero de 1991 y el 31 de diciembre de 2001 y observaron que el alcohol fue la droga de elección en más de la mitad de individuos, ocupando el fentanilo y otros opioides un 14% del global.

Tabla 14. Tipos de drogas más utilizadas entre los trastornos adictivos que precisaron asistencia en PAIME (1998 – 2002) (modificado de Padrós 2003)

Droga	Prevalencia global
Alcohol	49%
Cocaína	9.2%
Opiáceos	9.5%
Benzodiacepinas	9.5%
Anfetaminas	1.4%
Cannabis	0.7%

También en el grupo de médicos se pueden encontrar algunos patrones de consumo asociados a la edad: el abuso de alcohol es más frecuente en médicos mayores de 40 años y suele asociarse al estrés (guardias, desmotivación profesional, problemas familiares derivados de la difícil conciliación de la vida familiar y laboral, demanda de formación adecuada en las - cada vez más frecuentes- nuevas tecnologías, etc.), mientras que el consumo de cannabis, con o sin consumo de alcohol asociado, es más frecuente entre el colectivo de médicos residentes (adultos jóvenes) [Arteman 2004]. Según algunos estudios, hasta un 24% de Médicos Internos Residentes (MIR) consumirían cannabis regularmente [Arteman 2004].

Los **policonsumos** (consumo conjunto de varias drogas: cocaína y alcohol, cocaína y opioides, etc.) y la **comorbilidad** (consumo de drogas asociados a otras psicopatologías o a situaciones de dolor crónico) son situaciones frecuentes, que suelen agravar el problema de las adicciones. El colectivo de profesionales sanitarios más afectado por el problema de adicciones y drogodependencia es el de anestesiólogos [Domino et al 2005, Gallegos et al 1988]. Beaujouan [Beaujouan et al 2005] realizó un estudio entre los anestesiólogos franceses mediante una encuesta nacional utilizando el cuestionario AUDIT, obteniendo una tasa de respuesta del 38% (con un total de 3476 cuestionarios), encontrando que la prevalencia de adicciones entre los anestesiólogos galos estaba en torno al 11% y que de este grupo la adicción más frecuente consistía en el abuso de alcohol (59%), seguido de abuso de tranquilizantes e hipnóticos (41%), cannabis (6.3%), opioides (5.5%) y estimulantes, considerando al entorno de trabajo como el factor de riesgo que más se relacionaría con el desarrollo del trastorno adictivo. Mientras que en la mayoría de los estudios franceses [Beaujouan et al 2005, Chandon 2005] relacionan a los especialistas en anestesia con el consumo de fármacos psicoactivos concomitante con abuso de tabaco y alcohol, en los estudios anglosajones y latinoamericanos se contempla con más detenimiento el abuso de opioides y cocaína entre los anestesiólogos [Domino et al 2005, Silverstein et al 1993]. En diferentes estudios retrospectivos, la incidencia de adicciones a sustancias de abuso entre los anestesiólogos americanos varió entre 1% y el 5%, mientras que entre los anestesiólogos franceses se estimó en un 5.5% [Beaujouan et al 2005, Calabrese 2006]. Estas cifras empeoran en el grupo de residentes de anestesia respecto a facultativos de su propia especialidad y respecto al grupo de residentes del resto de especialidades. Un 33.7%

del total de médicos de programas de terapia de adicciones eran residentes de anestesia, presentando una incidencia 7.4 veces mayor que la presentada por los residentes de otras especialidades [Calabrese 2006].

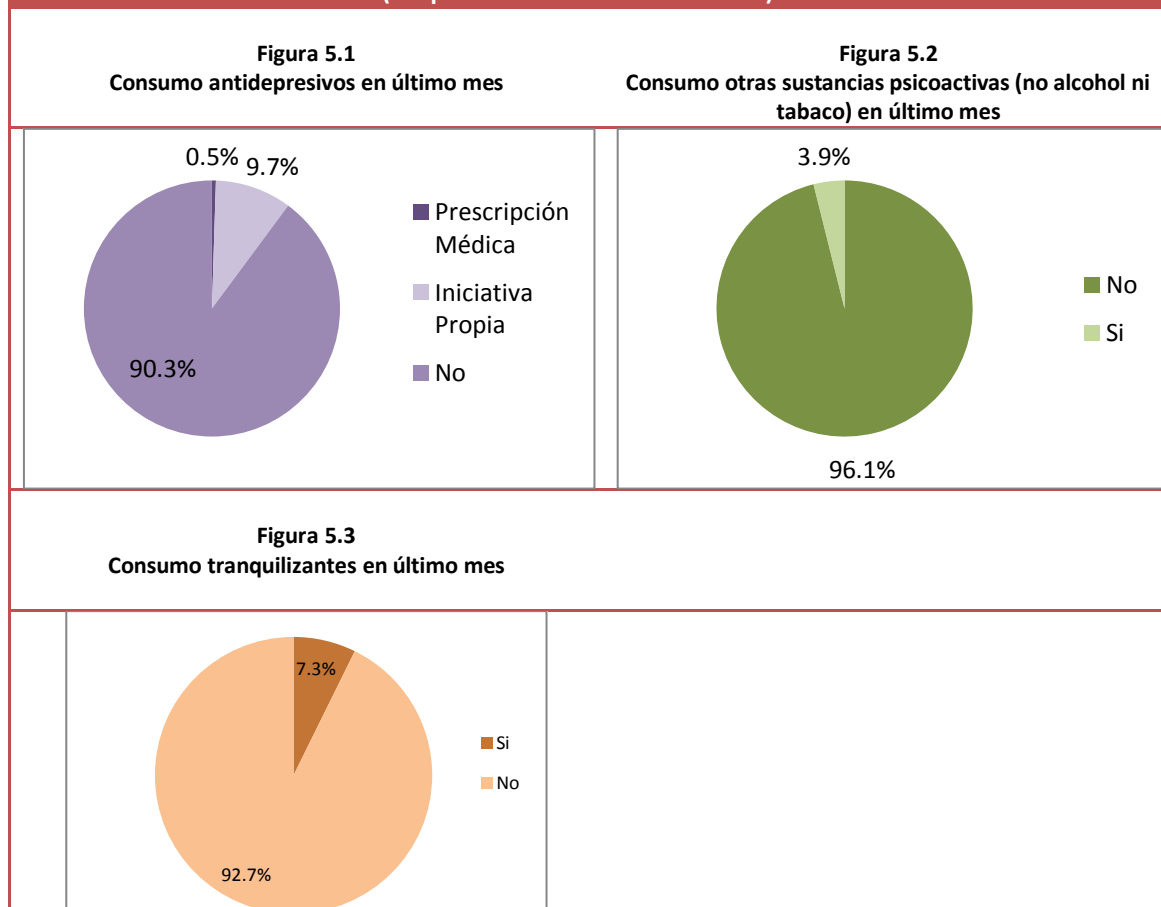
En una encuesta de la ASA (*American Society of Anesthesiologists*) los residentes presentaron una prevalencia de un 34.5% de consumo de sustancias de abuso, con predilección por opioides como fentanilo [Calabrese 2006, ASA, Kintz et al 2005]. El abuso de opioides y sustancias psicoactivas mayores es más frecuente entre anestesistas que entre otros profesionales médicos, como internistas y cirujanos [Barreiro et al 2001, Calabrese 2006, Lutsky et al 1994]. Entre los profesionales sanitarios, los anestesistas presentan un riesgo de abuso de sustancias psicoactivas tres veces mayor que los internistas [Domino et al 2005] así como de recaídas, debido al fácil acceso a drogas adictivas muy potentes, como son los opioides parenterales. Por estos motivos, la drogodependencia entre el grupo de anestesistas es mucho más trascendente que un mero problema de salud pública, ya que involucra a médicos especialistas que se drogan con fármacos psicoactivos que deben administrar a sus pacientes, ocasionando en la mayoría de las situaciones graves consecuencias personales, laborales, y legales (mala praxis, denuncias o reclamaciones de pacientes, etc.).

Según apunta Gustavo Calabrese, los **factores de riesgo** que se han asociado al consumo de sustancias de abuso entre los anestesistas se podrían clasificar en tres grupos [Calabrese 2004, Calabrese 2006]:

- a. *Factores generales*: predisposición genética, factores psicosociales, biológicos, historia familiar de abuso, historia personal de abuso, comorbilidad con otra psicopatología (trastornos de personalidad, patrones de falta de autoestima, etc.)
- b. *Factores específicos de organización del trabajo* (compartidos con otras especialidades médicas): exceso de horas trabajadas, guardias, escasas horas de sueño, responsabilidad por la seguridad del paciente, desajuste entre las expectativas profesionales y personales, excesiva competitividad, necesidad permanente de formación continuada y formación en nuevas tecnologías, etc.)
- c. *Factores específicos de la propia especialidad*: disponibilidad de la medicación, fácil acceso y falta de control de la droga (85% de los residentes de anestesia de los programas de recuperación indicaron que habían elegido la especialidad por tener la droga a su alcance), potencia y poder adictivo de los opiáceos, y exposición ambiental (ocupacional) a vapores de fentanilo, debidos al aerosol que se produce al dispensarlos de forma intravenosa a los pacientes. Según Gold y otros autores [Gold et al 2004, Gold et al 2006, McAuliffe et al 2006], esta exposición ambiental podría provocar una sensibilización al consumo, representando un importante factor de riesgo para las adicciones a los opiáceos de los anestesistas.

El estudio Galatea [Blancafort et al 2009] pone de manifiesto que un 9.7% de los residentes médicos de Cataluña afirman consumir antidepresivos, prácticamente todos por iniciativa propia. El 90.3% restante no toma estos fármacos (figura 5.1). El 3.9% afirma haber consumido alguna sustancia psicoactiva diferente del alcohol o el tabaco durante el último mes (figura 5.2). El 7.3% de los encuestados afirma haber consumido tranquilizantes durante el último mes. De estos, el 66.7% lo ha hecho en días laborables (figura 5.3).

Figura 5. Resultados del estudio de la Fundación Galatea sobre el consumo de drogas ilegales entre médicos residentes de Cataluña (adaptado de Blancafort et al 2009)



3.6 Efectos perjudiciales del consumo.

El consumo de drogas ilegales provoca daños tanto físicos como psicológicos y sociales en el consumidor. Cada tipo de droga provoca diferentes lesiones según su forma de consumo y su farmacocinética (ver tabla 11). En general, el consumo de cualquier tipo de droga provoca dependencia y tolerancia, siendo común la aparición de los siguientes problemas:

1. Dependencia. Es el conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo una sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. En el paciente dependiente existe un patrón de autoadministración repetida que a menudo lleva a la tolerancia, síntomas de abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. El individuo ha perdido el control sobre la sustancia y su consumo se convierte en la máxima prioridad en su vida, abandonando otros aspectos. Hasta hace pocos años algunos autores distinguían entre dependencia física y dependencia psicológica. En realidad, esta distinción no tiene mucho sentido, ya que son dos procesos que van íntimamente ligados y todos los fenómenos psicológicos tienen una base

orgánica en el SNC. Pero la dependencia física o fisiológica se relaciona con el síndrome de abstinencia mientras que la dependencia psicológica está en relación con el fenómeno de craving [American Psychiatric Association 1994].

2. Síndrome de abstinencia. Conjunto de signos y síntomas que aparecen al dejar de consumir una droga de la que una persona es dependiente. Las drogas con una duración de acción corta tienden a producir síndromes de abstinencia cortos e intensos, mientras que en aquellas con mayor duración de acción, los efectos son más prolongados y menos graves [Escotado 2005]. En función de la causa que provoque la interrupción del consumo se distinguen:

- **Síndrome de abstinencia agudo (SAO).** Conjunto de signos y síntomas orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir bruscamente el consumo de la droga de la que un sujeto es dependiente. La intensidad y gravedad de este síndrome depende del tipo y de la cantidad de la sustancia que habitualmente es consumida. En el caso de los opiáceos, a pesar de ser muy espectacular, no suele poner en peligro la vida del paciente, distinguiendo claramente un componente orgánico no controlable y un componente psicológico fácilmente modificable. Tiene una duración de 4 a 12 días y da paso a un síndrome de abstinencia tardío.
- **Síndrome de abstinencia tardío.** Conjunto de síntomas neurológicos y psíquicos que persisten durante un largo período de tiempo, meses o años después de conseguir la abstinencia. Produce trastornos que dificultan el desarrollo de una vida saludable y autónoma y contribuye a precipitar un proceso de recaída.
- **Síndrome de abstinencia condicionado.** Aparición de sintomatología típica de un SAO en una persona que ya no consume al exponerse a los estímulos ambientales que condicionaron el consumo de la sustancia de la que era dependiente. Esto provoca cuadros de gran ansiedad y miedo que puede precipitar un nuevo consumo de droga como forma de evitar la situación incómoda en la que se encuentra. A esto se le atribuyen la mayoría de las recaídas que experimentan los pacientes exadictos cuando intentan integrarse en la vida cotidiana y en el medio que tenían cuando consumían.

3. Desintoxicación. El tratamiento de desintoxicación tiene como objetivo permitir al paciente dependiente la interrupción del consumo evitando el SAO. En la mayoría de los opiáceos la desintoxicación se consigue en un período de 7 a 21 días y no suele producir ningún riesgo para el paciente. Es imprescindible efectuar una correcta desintoxicación para iniciar el proceso de abstinencia del drogodependiente; sin embargo, si ésta no va seguida de un completo tratamiento de deshabituación, no se podrá evitar la recaída del paciente. Es importante advertir de este hecho al paciente y a la familia, que habitualmente confunden desintoxicación con curación. La desintoxicación permite al organismo funcionar sin necesidad de consumir, pero no evita el síndrome de abstinencia tardío, el condicionado, ni la dependencia psíquica [Cami y Farré 2003].

4. Deshabituación. Proceso largo y complejo que pretende que desaparezca el síndrome de abstinencia tardío y condicionado [Lorenzo et al 2003].

5. Reinserción. Consiste en la integración del individuo en el medio familiar y social que le corresponde, reestructurando su conducta haciéndola compatible con una vida autónoma sin dependencia de la droga [Vega 1993].

4. El consejo clínico contra el consumo de drogas

4.1 La educación sanitaria en la medicina preventiva

La **medicina preventiva** es una parte de la medicina. Su campo de acción es mucho más restringido que el de la salud pública, que comprende el conjunto de actividades organizadas de la comunidad dirigidas al fomento, defensa y restauración de la salud de la población. Se trata de los esfuerzos de la comunidad para fomentar y defender la salud de sus ciudadanos y para recuperarla en los casos en que se haya perdido. Uno de estos esfuerzos es el que aporta la medicina en sus dos vertientes, preventiva y asistencial. La medicina preventiva que incluiría el conjunto de actuaciones y consejos médicos dirigidos específicamente a la prevención de la enfermedad y la medicina curativa que comprendería el conjunto de actuaciones médicas dirigidas específicamente a la curación de la enfermedad. Los diferentes informes emitidos por la *US Preventive Services Task Force* han venido destacando de forma habitual que las actividades clásicas de la medicina clínica convencional, como por ejemplo las diagnósticas) pueden ser de menos valor para los pacientes que otras actividades como por ejemplo la educación sanitaria de personas asintomáticas que tradicionalmente se ha considerado que no formaban parte del papel del médico práctico. Las nuevas evidencias sobre la eficacia de las actividades preventivas sugieren una redefinición de la responsabilidad de los profesionales sanitarios que, sin dejar de ser curativa y asistencial, debe ser fundamentalmente preventiva y educativa, algo diferente a la responsabilidad clínica inculcada durante siglos en las facultades de medicina y enfermería [Salleras et al 1994]. La integración de las actividades preventivas en la práctica clínica, entre ellas las recomendaciones preventivas y consejos, se considera actualmente como una estrategia fundamental para mejorar la salud de la comunidad [Córdoba y Nebot 2005]

Las actividades preventivas se clasifican en tres niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria. Las dos primeras son las únicas de interés en medicina clínica preventiva. La **prevención primaria** tiene por objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de las afecciones y enfermedades. Desde el punto de vista epidemiológico pretende reducir su incidencia. Las medidas de prevención primaria actúan en el periodo prepatogénico de la historia natural de la enfermedad, antes del comienzo biológico, es decir, antes de que la interacción de los agentes y/o factores de riesgo con el huésped dé lugar a la producción del estímulo provocador de la enfermedad. Se distinguen dos tipos de actividades de prevención primaria: las de protección de la salud, que se ejecutan sobre el medio ambiente, y las de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se ejecutan sobre las personas.

La **prevención secundaria** actúa sólo cuando la primaria no ha existido o si ha existido pero ha fracasado. Una vez se ha producido y ha actuado el estímulo productor de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción de su progresión mediante el tratamiento precoz y oportuno, en la etapa presintomática, lo que en algunos casos mejora el pronóstico de la afección en relación al tratamiento efectuado después del diagnóstico habitual. Mediante la aplicación de procedimientos de selección a personas sanas (cribados) se puede efectuar la detección precoz de algunas enfermedades crónicas en la etapa presintomática y una vez confirmado el diagnóstico efectuar el tratamiento precoz. Desde el punto de vista epidemiológico, la prevención secundaria pretende reducir la prevalencia de la enfermedad preclínica.

Cuando las lesiones patológicas son irreversibles y la enfermedad está bien establecida y ha pasado a la cronicidad, hayan aparecido o no secuelas interviene la **prevención terciaria**.

Su objetivo es retrasar el curso de la enfermedad y atenuar las incapacidades cuando existan. Cualquier medida que evite la progresión de la enfermedad hacia la invalidez y mejore las funciones residuales en el caso de invalideces ya establecidas se considera como prevención terciaria.

4.2 Concepto de educación sanitaria.

Es probable que existan tantas definiciones de educación sanitaria como profesionales u organismos que han tratado de definirla [Salleras et al 1994]. Este hecho no es exclusivo de la educación sanitaria, sino que ocurre también en las demás ciencias sociales. Cuando se analizan las diferentes definiciones propuestas por los autores que se han ocupado del tema, por la Asamblea Mundial de la Salud, por los Comités de Expertos de la OMS o por los organismos y asociaciones de carácter nacional o internacional cuya área de interés es la educación sanitaria, se observa que en todas ellas hay un objetivo común: la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades [Green 1986, Salleras 1985]. El objetivo último son los comportamientos, por lo que la modificación de los conocimientos y actitudes sólo es un vehículo para el cambio de comportamiento. La asunción básica de este objetivo es que el cambio de conducta contribuirá a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, ya que la conducta humana es en la actualidad el principal de los determinantes de la salud.

Hoy día la educación sanitaria es fundamental para lograr que los individuos adopten conductas positivas de salud (ejercicio físico, alimentación equilibrada) y modifiquen sus comportamientos insanos (consumo de tabaco, consumo excesivo de alcohol, alimentación desequilibrada, no utilización del cinturón de seguridad) con objeto de eliminar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas y de los accidentes puestos de manifiesto por los estudios epidemiológicos. También lo es para que participen activamente (autoexamen) o pasivamente (cribado) en el diagnóstico precoz de estas enfermedades, lo que, en algunos casos, mejora el pronóstico de la afección.

Se han propuesto diferentes tipos de intervenciones para la educación sanitaria en el campo de las drogodependencias, incluyendo los consumos de alcohol y de tabaco. Tanto la intervención breve como la intervención intensiva son conceptos estrictamente clínicos, aplicados en la clínica y por personal sanitario [Barrueco et al 2007]. La intervención breve tiene unas características propias que la definen: es personalizada (aplicada a un individuo concreto), breve (no debe durar más de 3 min), ajustada a la situación del sujeto (fase en la que se encuentra) y sistematizada [Pérez Trullen et al 2001]. En cambio, la intervención educativa es amplia (prolongada en el tiempo), comunitaria (aplicada mayoritariamente en grupo) y sistematizada, y contempla la atención a la diversidad.

La educación sanitaria, junto con las inmunizaciones preventivas y los cribados constituyen el trípode de técnicas en que se sustenta la medicina clínica preventiva actual. En el desarrollo de su papel como educador es aconsejable que el profesional sanitario tenga presente los siguientes puntos [Salleras et al 1994]:

- Aconsejar a todos los pacientes
- Investigar los hábitos insanos de los pacientes
- Seleccionar la conducta de salud a modificar
- Establecer una alianza educativa con el paciente
- Diseñar y ejecutar el «plan educativo»
- Monitorizar los progresos del paciente

El método propuesto por la *Canadian Task Force on Preventive Health Care*, conocido como modelo de las 5A, parece especialmente útil para implementar en atención primaria actuaciones dirigidas a prevenir las consecuencias derivadas del consumo de drogas [Zarco Montejo 2007]. Las características principales de los 5 pasos se recogen en la tabla 15.

Tabla 15. Modelo organizativo de las 5 A para las intervenciones de asesoramiento	
Averiguar (Assess)	Preguntar sobre los factores y conductas de riesgo, sobre los aspectos que afectan a la elección o el cambio de conducta
Aconsejar (Advise)	Dar consejos claros, específicos y personalizados, incluyendo información sobre riesgos/beneficios personales
Acordar (Agree)	Pactar en colaboración los objetivos y los métodos más apropiados, basados en los intereses y en la capacidad para el cambio de la persona
Ayudar (Assist)	Usar técnicas de modificación de conducta (autoayuda o asesoramiento) para ayudar a la persona a conseguir el objetivo pactado adquiriendo las habilidades, la confianza, y el apoyo social/familiar que favorece el cambio junto con los tratamientos farmacológicos, cuando sean necesarios
Asegurar (Arrange)	Fijar (asegurar) visitas de seguimiento (en el centro de salud o telefónicas) para ajustar el plan terapéutico cuando se necesite

En la prevención del consumo de drogas se puede diferenciar una prevención **universal** o dirigida a todo un grupo diana sin distinción, donde se trabaja el fomento de valores y habilidades, y una prevención **selectiva**, que es de mayor intensidad y duración, está dirigida a subgrupos específicos que tienen riesgo de consumo; por último, la prevención **indicada** va dirigida a subgrupos consumidores o con problemas de comportamiento [Gordon 1987]. Cuando se efectúe un consejo de salud sobre consumo de drogas, éste debe realizarse mediante un consejo individualizado, cuidando y reforzando aspectos éticos fundamentales como la confidencialidad y la autonomía del paciente a la hora de tomar sus propias decisiones sobre su salud, aun cuando puedan ser contrarias a nuestros objetivos sanitarios [National Collaborating Centre for Mental Health 2007]. De forma general, las intervenciones universales en la consulta de atención primaria son:

- Introducir preguntas cortas sobre consumo de sustancias en la anamnesis general, de la misma forma que se pregunta por el consumo de medicamentos. Se recomienda realizar preguntas abiertas, exploradoras y facilitadoras, que den la oportunidad al paciente para explicarse de forma amplia.
- Es importante priorizar la detección de los patrones de consumo desadaptativos y los problemas asociados a éste.
- Consejo sanitario y ofertar información, ya que informar no estimula el consumo y puede ser una intervención suficiente en consumidores experimentales.
- Transmitir el mensaje siguiente: “la *mejor manera de evitar problemas con las drogas es no consumirlas*”. Es útil para los que consumen y para los que no.

De forma tradicional se ha insistido en la importancia del consejo clínico y las actividades preventivas en el ámbito de la atención primaria. Esto cobra especial relevancia

dada la importancia epidemiológica y clínica de los factores de riesgo cardiovascular para el desarrollo de enfermedades crónicas [Córdoba et al 2014]. Además, múltiples estudios demuestran que determinados cambios en el estilo de vida son eficaces para mejorar la salud de las personas y disminuir la carga de enfermedad [AAFP 2014, USPTF 2011]. Sin embargo, la evidencia sobre la mejor forma de recomendar esos cambios en las consultas de atención primaria es más escasa y controvertida.

Aunque el grado de eficacia del consejo depende del tipo de cambio propuesto en el estilo de vida, las estrategias cognitivo-conductuales han probado ser útiles en el abordaje de estos cambios. Las intervenciones más intensivas, y las de mayor duración, se asocian con mayor magnitud del beneficio y más cambios mantenidos en las conductas saludables. Se recomienda la participación de otros profesionales (psicólogos, dietistas, etc.) siempre que sea necesario y factible. Los materiales didácticos impresos ayudan a la práctica del profesional, aunque no se ha determinado su impacto sobre los resultados del paciente [Córdoba et al 2014]. El papel otorgado al médico de familia para la intervención en drogodependencias se resume en la tabla 16.

Tabla 16. Papel del médico de familia en el tratamiento de las drogodependencias	
Evaluación del paciente	• Historia clínica. • Exploración física (valora repercusión orgánica). • Analítica general y test de cribado.
Discusión y diagnóstico	• Información sobre los efectos de la droga y el pronóstico de la adicción. • Determinación del nivel de motivación y disposición para el cambio.
Intervención breve	• Información y asesoramiento del paciente. • Implicación de la familia en el tratamiento.
Derivación a programas específicos	• Selección del programa más apropiado (ambulatorio, hospitalización parcial o completa, etc.). • Contacto con los especialistas, para asegurar el abordaje amplio y coordinado.
Seguimiento	• Apoyo al esfuerzo del paciente. • Monitorización para detectar recaídas.

4.3 Fases de motivación para el cambio

Prochaska y Diclemente [Prochaska y Diclemente 1982], estudiando procesos de cambio en las personas, encontraron que aquellas que consiguen una mejora en sus estilos de vida pasan a través de una serie de estadios, cada uno con una actitud mental y un tipo de motivación diferentes. Describieron el modelo de estadios de cambio (figura 6), también llamado rueda del cambio, donde éstos se sitúan circularmente y no funcionan como etapas en un solo sentido. Refleja la realidad de que, en cualquier proceso de cambio, la persona gira varias veces alrededor del proceso antes de alcanzar un cambio estable. En la práctica clínica se observan altibajos en la posición que va ocupando el paciente en el continuo de la rueda del cambio respecto a hábitos de salud insanos. Cada estadio registra una actitud mental diferente e implica un tipo de motivación también distinto:

- **Precontemplación.** En esta etapa el paciente o el familiar no han considerado que tengan un problema o que necesiten introducir un cambio en alguna conducta. En esta Situación, lo único que puede ofrecer el profesional es información y feedback a fin de que pueda aumentar su conciencia del problema, la duda y la percepción de los riesgos.
- **Contemplación.** Es una fase caracterizada por la ambivalencia, una vez que aparece la toma de conciencia del problema. Cuando se le permite hablar del problema sin interferencias, la persona probablemente discurrirá entre las razones por las que debe preocuparse y las que cree tener para no hacerlo. La labor del terapeuta en esta fase es la de ayudar a que la balanza se decante a favor del cambio: hacer evocar las razones para cambiar, y aumentar la sensación de autoeficacia, ya que uno de los principales motivos para no plantearse el cambio en una conducta es la escasa confianza en las posibilidades de conseguirlo con éxito. En esta fase de ambivalencia es en la que tienen más aplicación las estrategias de la entrevista motivacional.
- **Determinación ó Preparación.** Cuando esa balanza se inclina hacia el lado del cambio durante un tiempo, la persona pasa a una fase de determinación o preparación para la acción (“tengo que hacer algo, esto va en serio”), toma una decisión. La labor del terapeuta en esta fase es la de aconsejarle el recurso terapéutico más apropiado.
- **Cambios ó Acción.** En esta fase se pone en práctica la decisión tomada: se intenta el cambio. Se considera que se está en fase de acción cuando hace menos de 6 meses que se mantiene la nueva conducta.
- **Mantenimiento.** Durante la etapa de mantenimiento el reto consiste en mantener el cambio conseguido y prevenir la recaída. La persona ha de concentrarse activamente en mantener el cambio y consolidarlo ya que las tentaciones (atracción por la conducta antigua) están presentes; la persona mantiene la nueva conducta durante más de 6 meses.
- **Recaída.** Se vuelve a la conducta anterior y a estadios anteriores, precontemplación o contemplación. La labor del terapeuta es evitar la desmoralización y continuar el cambio inicialmente planteado

La ayuda que el profesional puede ofrecer a sus pacientes consiste en facilitar avances hacia el siguiente estadio, conociendo que tienen necesidades y características diferentes en cada uno de ellos. Se puede identificar en qué fase del proceso se encuentra y ayudarle a ir transitando dentro del círculo hacia el cambio de hábitos y su mantenimiento [McIlvain et al 1998, Miller y Rollnick 1999]. La intervención terapéutica vendrá dada por la motivación que tenga el paciente en cada momento (Tabla 17). Este modelo resulta muy útil en atención primaria por varias razones [Cebría y Bosch 2000]:

1. Facilita un trabajo más realista y eficiente al poder realizar un diagnóstico motivacional y una utilización de estrategias adaptadas a cada estadio; es decir, al grado de motivación para el cambio de un hábito que presenta una persona en un momento concreto.
2. Plantea una ayuda continuada, con pequeños avances, alejada del todo o nada que utilizamos habitualmente. Intervenciones breves pero pertinentes y repetidas a lo largo de un periodo, más o menos largo de tiempo, pueden ser eficaces y gratificantes.
3. La recaída no se considera un fracaso, del paciente ni del profesional, sino una parte del proceso normal de cambio. Cada recaída no es la misma y representa un avance hacia el éxito del cambio ya que los intentos fallidos sirven de aprendizaje que acercan a la persona a la meta de consolidar un cambio

Figura 6. Modelo de estadios del cambio.

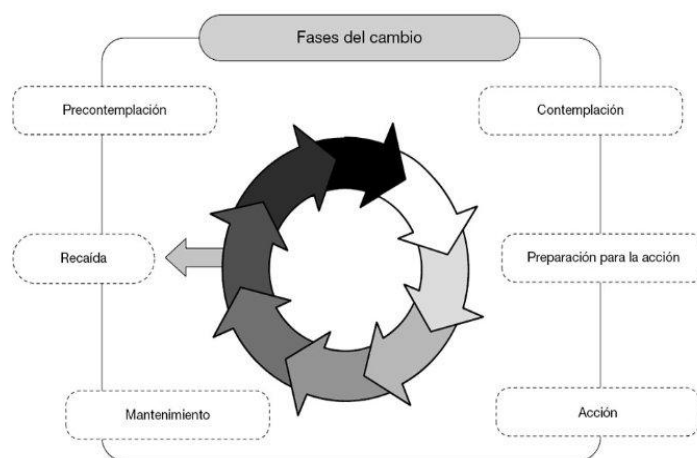


Tabla 17. Intervención terapéutica en relación al nivel de motivación del paciente

Motivación del paciente	Intervención terapéutica
Nivel I Pacientes con baja motivación	Informar y sensibilizar al sujeto, de forma individualizada, de los riesgos del consumo y de los beneficios que puede reportarle el abandono.
Nivel II Pacientes motivados, con dependencia no muy intensa	• Priorizar objetivos. • Fomentar la participación activa del paciente en el proceso terapéutico. • Planificar pequeños cambios con metas concretas y alcanzables. • Trabajar con conductas observables y medibles. • Potenciar los recursos y situaciones positivas de su vida (trabajo, pareja, etc.). • Utilizar el elogio como intervención terapéutica. • Anticipar posibles recaídas. • Proporcionar información sobre grupos de autoayuda.
Nivel III Pacientes motivados pero con dependencia grave	Derivación a centros especializados para realizar un abordaje más completo y complejo.

4.4 Papel de los profesionales sanitarios en la educación para la salud

Los profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería o farmacéuticos) constituyen el colectivo social con mayor capacidad de incidir positiva o negativamente sobre los conocimientos, actitudes y conductas de salud de la población. Es de destacar que en medicina clínica preventiva la educación sanitaria de personas asintomáticas es competencia de todo el equipo médico sanitario, si bien hay que reconocer que el papel fundamental corresponde a los profesionales con mayor contacto asistencial con la población atendida, y no sólo es tarea del médico. Estos profesionales sanitarios tienen un doble papel como modelos o ejemplares y como educadores sanitarios.

En el primero supuesto, el papel es pasivo pero no por ello es menos importante. Las conductas de salud de los profesionales sanitarios, en especial de los médicos [Salleras et al 1994], inciden de forma importante sobre las conductas de salud de la población y de forma especial sobre las de las personas que reciben su asistencia y consejo [Laporte 1987, Salleras 1989]. Las actitudes, como predisposiciones estables del ser humano, influyen en la conducta y en la comunicación; sin embargo, el profesional sanitario no siempre las somete a autoexamen con el fin de potenciar aquellas que pueden ser de ayuda a él y a sus pacientes, y cambiar aquellas otras susceptibles de dificultar su labor o perjudicar emocionalmente a los enfermos [Arranz et al 2002]. De forma clásica se ha postulado que el profesional sanitario debe asumir un rol ejemplar y positivo, ya que en caso contrario sus consejos educativos carecerán de credibilidad [Salleras 1988]. Es difícil que el profesional de la salud pueda ayudar de forma efectiva a las personas asintomáticas que acuden a su consulta para que dejen de fumar, comiencen un programa de actividad física, cambien sus hábitos alimentarios o reduzcan el consumo de alcohol o tabaco [Salleras 1985, Salleras et al 1994]. Estas clásicas indicaciones tienen su referente actual en estudios sobre médicos de atención primaria donde se encuentra una vinculación entre los hábitos de vida de los médicos de atención primaria y las actividades preventivas efectuadas a sus pacientes [Fonseca et al 2013].

Además del papel educativo pasivo (o ejemplar) los profesionales sanitarios tienen un importante papel educativo activo como educadores sanitarios, sobre todo en los servicios de atención primaria [Taylor 1981]. En general, los profesionales sanitarios son mucho más efectivos de lo que creen en la modificación de los comportamientos insanos de sus pacientes. El contacto frecuente en la consulta o centros de asistencia primaria, la credibilidad de que gozan y la situación de demanda de ayuda con la que muchas veces acuden los pacientes a la consulta son factores favorables a esta efectividad [Salleras et al 1994]. Están además en una posición única para identificar lo que Stokes [Stokes 1987] denomina «*the teachable moment*», es decir, el momento en que el paciente se da cuenta finalmente de la necesidad y conveniencia del cambio de conducta. Para que la acción educativa de este personal sea efectiva es preciso que adquiera durante su formación los conocimientos suficientes sobre las técnicas de la acción educativa a nivel individual (diálogo de la entrevista sanitaria) y de grupo (charlas, sesiones de discusión) [Alba et al 2013, Quill 1989, Roter y Mall 1989, Valverde et al 2013]. La falta de formación específica en prevención y promoción de la salud también explica en parte el escaso interés y motivación de algunos profesionales; además, a pesar de que la población en general considera que los médicos son la fuente de información y consejo más fiable y creíble en los temas relacionados con la salud, muchas veces los profesionales subestiman la cantidad de información que el paciente desea realmente obtener, con lo cual se pierden oportunidades de realizar una acción educativa [Córdoba y Nebot 2005].

4.5 Evidencias sobre la educación sanitaria contra las drogas

Los diferentes programas de actividades de prevención y promoción de la salud recomiendan preguntar en cada visita por el consumo de tabaco y alcohol con una periodicidad mínima bianual [Cabezas Peña et al 2007]. Hay suficientes evidencias que demuestran cómo el consejo contra el tabaco y contra el alcohol consiguen reducir las prevalencias de su consumo [Sullivan et al 2011, Stead et al 2013], en una reciente revisión de la biblioteca Cochrane, identificaron 42 ensayos, realizados entre 1972 y 2012, con más de 31000 fumadores a los que se les hizo entrega de un consejo contra el consumo de tabaco. La mayoría procedían de poblaciones no seleccionadas y el escenario más común fue atención primaria, aunque otros estudios incluyeron salas de los hospitales y clínicas de atención ambulatoria y laboral. Los datos combinados de 17 ensayos de asesoramiento breve frente ningún asesoramiento (o la atención habitual) detectaron un aumento significativo en la tasa de dejar de fumar con un riesgo relativo de 1.66 (intervalo de confianza del 95% [1.42-1.94]). Entre 11 ensayos en los que la intervención se juzgó más intensiva, el efecto estimado fue mayor (RR 1.84, IC del 95%: [1.60-2.13]). La comparación directa de la intervención intensiva frente al asesoramiento mínimo mostró una pequeña ventaja de asesoramiento intensivo (RR 1.37; IC del 95% [1.20-1.56]), con un pequeño beneficio de las visitas de seguimiento. Sólo un estudio determinó el efecto de consejos de fumar sobre la mortalidad, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en las tasas de mortalidad a los 20 años de seguimiento. Como conclusiones, un consejo sencillo tiene un pequeño efecto sobre las tasas de abandono: suponiendo una tasa de abandono sin ayuda de 2-3%, una intervención de asesoramiento breve puede aumentar la abstinencia un 1-3%. Los componentes adicionales parecen tener sólo un efecto pequeño, aunque hay un pequeño beneficio adicional de intervenciones más intensivas en comparación con intervenciones muy breves.

Para el consejo sobre el alcohol, Kaner [Kaner et al 2007] revisaron 29 ensayos controlados de diversos países en el ámbito de la atención primaria (24 ensayos) o de Urgencias (5 ensayos). Al ingreso al ensayo los participantes consumían un promedio de 306 g de alcohol (más de 30 tragos estándar) por semana. Más de 7000 participantes con una media de edad de 43 años se asignaron al azar a recibir una intervención breve o una intervención control, incluida la evaluación solamente. Después de un año o más los pacientes que recibieron la intervención breve consumieron menos alcohol que los pacientes del grupo control (diferencia de medias 38 g/semana; rango: 23 a 54 g). Para los hombres (cerca del 70% de los participantes), el beneficio de la intervención breve fue una diferencia de 57 g/semana; rango: 25 a 89 g (seis ensayos). El beneficio no estaba claro para las mujeres. Los beneficios de la intervención breve fueron similares en el ámbito clínico normal y en el ámbito de investigación con mayores recursos. El asesoramiento más prolongado tuvo pocos beneficios adicionales. Sin embargo, los estudios sobre las intervenciones breves realizadas en consumidores de grandes cantidades de alcohol ingresados en un hospital general muestran una posible disminución del consumo de alcohol al año de seguimiento, aunque se recomienda realizar más investigaciones, por lo que las recomendaciones en este ámbito permanecen sin ser concluyentes [McQueen et al 2009].

Las intervenciones sobre drogas ilegales en población general, como parte de un consejo médico dirigido a evitar o conseguir el cese del consumo, han sido poco estudiadas. Recientemente han sido publicados dos estudios; el primero de ellos, un ensayo clínico denominado ASPIRE [Saitz et al 2014], se diseñó para probar la eficacia de dos intervenciones de asesoramiento breve contra cualquier uso ilícito de drogas o el uso indebido de medicamentos recetados, mediante una breve entrevista (10-15 minutos) o mediante una entrevista motivacional (20-30 minutos), frente a otra rama del estudio sin intervención. Se desarrolló en atención primaria en más de 500 pacientes. Al inicio del estudio, la principal droga ilegal consumida por los participantes fue la marihuana en el 63% de los participantes, cocaína en el 19%, y opioides en el 17%. Los resultados obtenidos no aportaron evidencias sobre la eficacia de ambas intervenciones para disminuir el consumo de drogas en pacientes de atención primaria identificados por cribado. Estos resultados no apoyan la aplicación generalizada del uso de drogas ilícitas y el uso indebido de medicamentos recetados de detección y la intervención breve. Por su parte, Roy-Byrne [Roy-Byrne et al 2014] realizó otro ensayo clínico para determinar si la intervención breve mejora los resultados del consumo de drogas ilegales en comparación con los cuidados avanzados. También realizado en clínicas de atención primaria, participaron 868 pacientes con un seguimiento cercano al 90%. Los participantes recibieron una sola intervención breve (utilizando la entrevista motivacional, un folleto y lista de recursos por abuso de sustancias, y un refuerzo de teléfono de 10 minutos intentado dentro de 2 semanas) o bien la educación sanitaria habitual (que incluía un folleto y la lista de sustancias de abuso). Ni la intervención breve ni el refuerzo telefónico tuvieron efecto alguno sobre el consumo de drogas en los pacientes atendidos, por lo que los autores sugieren cautela en la promoción de la adopción generalizada de esta intervención para el uso de drogas en la atención primaria.

Tabla 18: Actividades preventivas en abuso alcohol y tabaquismo.

Actividades preventivas	PAPPS	NCI	AAP	AAFP	AMA	AMAGAPS	CTF	USPSTF
ABUSO ALCOHOL	Recomienda exploración sistemática del consumo de alcohol, como mínimo cada 2 años, en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad. Esto debería hacerse al abrir una historia de primer día, al actualizar la historia clínica o ante cualquier indicio de sospecha (indistintamente en la consulta médica o de enfermería) utilizando una encuesta semiestructurada de cantidad/frecuencia, compuesta por unas preguntas básicas que analizan el consumo en días laborables y festivos. El uso de marcadores biológicos no se recomienda de forma sistemática. El cálculo del alcohol consumido se cuantifica en unidades. La tabla de equivalencias en unidades según los tipos y el volumen de bebida debe adaptarse para recoger las costumbres de nuestro entorno. Debe considerarse como consumo peligroso o de riesgo e intervenir cuando la ingesta semanal sea superior a 280 g en el varón (28 U) o 170 g en la mujer (17 U) o 50 g (5 U) en 24 h, una o más veces al mes. Se considera deseable reducir el consumo por debajo de límites más seguros, como 170 g en el varón (17 U) y 100 g en la mujer (11 U). Las mujeres embarazadas, los adolescentes y los usuarios de maquinaria peligrosa o vehículos a motor deben ser persuadidos de abstenerse de bebidas alcohólicas. Los bebedores de riesgo deberán realizar un	Discutir con adolescentes sobre la ingesta de alcohol y recomendar la abstinencia. Aconsejar a los padres evitar la toma de alcohol en su domicilio.	Recomienda preguntar por el abuso de consumo de alcohol y aconsejar la intervención para disminuirlo tanto en adultos como en mujeres embarazadas. Reconoce que es aconsejable evitar los productos con alcohol en niños y adolescentes, pero la efectividad de los avisos y consejos médicos en estas edades es incierta.	Estar alerta de los síntomas y signos de abuso. Discutir modelo de uso de alcohol con los pacientes.	Recomienda preguntar anualmente a los adolescentes por la ingesta de bebidas alcohólicas	Propone búsqueda de casos, consejo y seguimiento. No hay suficientes evidencias para uso de marcadores biológicos aunque se podrían usar cuestionarios en caso de sospecha.	Recomienda investigar en adultos y mujeres embarazadas sobre el abuso en la ingesta de alcohol y aconsejar su reducción, estas evidencias son insuficientes para realizarlas o no en niños y adolescentes	

	cuestionario de dependencia (MALT o similar). El personal de enfermería debe remitir al médico cuando haya síntomas relacionados con el consumo de alcohol o el test de dependencia sea positivo.					
TABAQUISMO	Recomienda preguntar en cada visita por el consumo de tabaco a las personas mayores de 10 años y registrar el consumo en la historia clínica (periodicidad mínima de detección: una vez cada 2 años). No es necesario reinterrogar a las personas mayores de 25 años en las que se tenga constancia en la historia clínica que nunca han fumado. Se considera fumador cuando lo ha hecho diariamente durante el último mes, y esto incluye cualquier cantidad de cigarrillos, incluso 1. Todos los fumadores deben recibir un consejo claro y personalizado, ofrecérseles ayuda para dejar de fumar y fijar un seguimiento mínimo durante las primeras semanas después de dejar de hacerlo. Durante el primer año después de dejar de fumar, deben recibir consejos de refuerzo en cada visita. Se considera ex fumador/a cuando lleva al menos 1 año sin fumar, siendo importante seguir preguntando por el consumo de tabaco al menos una vez cada 2 años. En adolescentes preguntar sobre el consumo y dar consejos cada año.	Preguntar por hábito a todos los pacientes. Aconsejar y prestar ayuda para abandono del hábito en fumadores.	Recomienda preguntar por el consumo de tabaco en adultos y mujeres embarazadas y recomendar el abandono del hábito. Recordar las complicaciones que puede ocasionar y el empleo de farmacoterapia como ayuda para su cese. Reconoce que el evitar el uso de productos de tabaco es aconsejable en niños y adolescentes, pero la efectividad del consejo médico en esta población es incierto.	Recomienda preguntar anualmente por el hábito de fumar en todos los adolescentes.	Ofrecer consejo a los fumadores para abandono del tabaco en los controles periódicos de salud y derivar a los fumadores a programas para tal fin. Aconsejar a los adolescentes para que no fumen.	Recomienda que se interroge sobre el hábito de fumar en todos los adultos, aconsejando y ayudando a su abandono. Investigar el hábito de tabaco en embarazadas recomendando su abandono. Las evidencias son insuficientes para recomendar o no la investigación del tabaquismo, así como, las intervenciones para prevenir su hábito entre niños y adolescentes.

Objetivos

1. Objetivo general

Describir los hábitos de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales de los especialista internos residentes (residentes) de Andalucía y su relación con el consejo clínico.

2. Objetivos específicos

1.-Valorar el perfil de los residentes de Andalucía que consumen alcohol, tabaco y drogas ilegales.

2.- Conocer la relación entre el consumo cuantitativo y cualitativo de estas sustancias.

3.- Determinar el grado de consejo ofertado en la práctica diaria según la formación especializada en curso y otras variables sociodemográficas.

4.- Establecer la relación entre el consumo personal de alcohol, tabaco y drogas legales, y la oferta de consejo contra el consumo de estas sustancias durante la actividad clínica.

Material y métodos

1. Diseño del estudio

Se diseña un estudio multicéntrico descriptivo transversal mediante cuestionario autoadministrado y anónimo, que se muestra en el anexo 1. La encuesta se ha realizado en el primer semestre del año 2012.

2. Población de estudio

La población de referencia son los especialistas internos residentes (EIR), con cualquier tipo de formación pregrado, de España. La definición de las actividades asistenciales y docentes de estos profesionales en formación se recoge de forma específica en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (Boletín Oficial del Estado nº 280, de 22 noviembre de 2003) completando la normativa existente en España sobre las profesiones sanitarias, que completa la Ley 14/1986 (General de Sanidad), de 25 de abril, que únicamente se refiere al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, sin afrontar su regulación.

En el capítulo III (Formación especializada en Ciencias de la Salud) del título II (De la formación de los profesionales sanitarios) se habla sobre la formación de los profesionales sanitarios. Los aspectos más relevantes se exponen a continuación:

1. La formación de Especialistas en Ciencias de la Salud implicará tanto una formación teórica y práctica como una participación personal y progresiva del especialista en formación en la actividad y en las responsabilidades propias de la especialidad de que se trate.
2. La formación tendrá lugar por el sistema de residencia en centros acreditados.
3. La formación mediante residencia se atenderá a los siguientes criterios:
 - a) Los residentes realizarán el programa formativo de la especialidad con dedicación a tiempo completo. La formación mediante residencia será incompatible con cualquier otra actividad profesional o formativa, con excepción de los estudios de doctorado.
 - b) La duración de la residencia será la fijada en programa formativo de la especialidad y se señalará conforme a lo que dispongan, en su caso, las normas comunitarias.
 - c) La actividad profesional de los residentes será planificada por los órganos de dirección conjuntamente con las comisiones de docencia de los centros de forma tal que se incardine totalmente en el funcionamiento ordinario, continuado y de urgencias del centro sanitario.
 - d) Los residentes deberán desarrollar, de forma programada y tutelada, las actividades previstas en el programa, asumiendo de forma progresiva, según avancen en su formación, las actividades y responsabilidad propia del ejercicio autónomo de la especialidad.
 - e) Las actividades de los residentes, que deberá figurar en el Libro de Residente, serán objeto de las evaluaciones que reglamentariamente se determinen. En todo caso existirán evaluaciones anuales y una evaluación final al término del período de formación.
 - f) Durante la residencia se establecerá una relación laboral especial entre el servicio de salud o el centro y el especialista en formación. El Gobierno, atendiendo a las características específicas de la actividad formativa y de la actividad asistencial que se desarrolla en los centros sanitarios, y de acuerdo con los criterios que figuran en este

capítulo y en la disposición adicional primera de esta ley, regulará la relación laboral especial de residencia.

La población de estudio está compuesta por todos los Especialistas Internos Residentes (en adelante residentes) que cursan cualquier especialidad en la comunidad autónoma de Andalucía durante el año 2012, pertenecientes a todos los hospitales y centros de salud docentes de Andalucía. Las especialidades contempladas en la formación de los residentes se exponen en la tabla 19. En total, hay 34 hospitales y 156 centros de salud docentes en toda la comunidad autónoma.

Tabla 19. Especialidades contempladas dentro del marco de formación de los EIR en Andalucía

Especialidades de los EIR en Andalucía	
Alergología	Inmunología
Análisis Clínicos	Medicina Del Trabajo
Anatomía Patológica	Medicina Familiar Y Comunitaria
Anestesiología Y Reanimación	Medicina Física Y Rehabilitación
Angiología Y Cirugía Vascular	Medicina Intensiva
Aparato Digestivo	Medicina Interna
Bioquímica Clínica	Medicina Nuclear
Cardiología	Medicina Preventiva Y Salud Pública
Cirugía Cardiovascular	Microbiología Y Parasitología
Cirugía Gral. Y Del A. Digestivo	Nefrología
Cirugía Oral Y Maxilofacial	Neumología
Cirugía Ortopédica Y Traumatología	Neurocirugía
Cirugía Pediátrica	Neurofisiología Clínica
Cirugía Plástica, Estética Y Reparadora	Neurología
Cirugía Torácica	Obstetricia Y Ginecología
Dermatología Médico-quirúrgica Y V.	Oftalmología
Endocrinología Y Nutrición	Oncología Médica
Enfermería De Cuidados Medico-quirúrgicos	Oncología Radioterápica
Enfermería De Salud Mental	Otorrinolaringología
Enfermería De Salud Mental (2 Años)	Pediatra Y Sus Áreas Específicas
Enfermería Del Trabajo	Psicología Clínica
Enfermería Familiar Y Comunitaria	Psiquiatría
Enfermería Geriátrica	Radiodiagnóstico
Enfermería Obstetrico-ginecológica (Matrona)	Radiofarmacia
Enfermería Pediátrica	Radiofísica Hospitalaria
Farmacia Hospitalaria	Reumatología
Farmacología Clínica	Urgencias
Geriatría	Urología
Hematología Y Hemoterapia	

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Encontrarse en situación activa en el momento de la encuesta.
- Estar dado de alta en PORTALEIR, que es la página web para el seguimiento y la formación de los EIR en Andalucía (www.portaleir.es).
- Tener disponible y en uso un correo electrónico personal.

Los criterios de exclusión son la deficiente cumplimentación de la encuesta (solo se admiten cuestionarios cumplimentados de forma íntegra) o la negativa a participar en la investigación.

De entre las diferentes formas de construcción de una muestra, se eligió un muestreo sencillo donde los individuos (en esta caso los EIR) se encuentran en el seno de una población definida y son seleccionados en su totalidad en una única operación. Todo el mundo tiene la misma posibilidad de formar parte de la muestra y cada persona sólo puede ser seleccionada una sola vez. No se precisa cálculo del tamaño de muestra dado que la población a estudiar es suficientemente amplia: se incluyen a todos los residentes de toda la comunidad autónoma, un total de 4245 participantes.

Para conocer el listado completo de EIR que podrían formar parte del estudio se cuenta con la ayuda de IAVANTE (empresa pública andaluza que gestionaba la formación docente de los EIR) y el consentimiento de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Entre ambas entidades, y gracias al apoyo de las Unidades Docentes de cada provincia, se logra obtener un listado completo de los especialistas en formación y sus correos electrónicos.

3. Variables del estudio

Se utiliza una encuesta previamente validada [Pérez Milena et al 2007, Valverde et al 2013] que contiene un total de 26 preguntas (anexo 1). El cuestionario es autoadministrado, estructurado y precodificado.

3.1 Variables sociodemográficas y de formación

El primer apartado recoge los datos demográficos, que incluyen como variables las siguientes:

- la edad (en años);
- el sexo (hombre/mujer);
- el país de origen, que posteriormente se codifica por regiones: España, resto de Europa, Centro y Sudamérica y África;
- la localidad donde se encuentra trabajando en la actualidad, codificada según pertenezca a cada una de las ocho provincias andaluzas;
- tipo de centro sanitario donde trabaja (hospital/atención primaria y rural/urbano);
- la especialidad que se cursa en el momento de completar el cuestionario;
- el año de residencia.

Las especialidades cursadas se agruparon posteriormente en cinco grandes bloques según la afinidad de su programa formativo (tabla 20) [Valverde et al 2013]: Medicina Familiar (MF), Especialidades Médicas Hospitalarias (MH), Especialidades Quirúrgicas Hospitalarias (QH), Enfermería (ENF) y Otras Especialidades (OE).

Tabla 20. Número total de EIR encuestados según grupos de especialidades afines.

MH 80% respuesta (1198 de 1485)	QH 55% respuesta (517 de 934)	ENF 39% respuesta (135 de 340)	OE 66% de respuesta (310 de 467)
Alergología 20	Anestesiología 81	Salud Mental 13	Análisis clínicos 16
Aparato digestivo 60	Angiología 6	Medicina del Trabajo 12	Anatomía Patológica 26
Cardiología 82	Cardiovascular 16	Enf. Familiar 15	Bioquímica clínica 14
Dermatología 36	Cirugía General 64	Matrona 78	Farmacia hospitalaria 56
Endocrinología 30	Maxilofacial 12	Pediatría 17	Farmacología clínica 9
Hematología 45	Cirugía Pediátrica 14		Inmunología 9
Medicina del trabajo 34	Cirugía Plástica 9		Medicina Nuclear 16
Rehabilitación 48	Cirugía Torácica 8		Microbiología 20
UCI 165	Traumatología 86		Neurofisiología 6
Medicina Interna 168	Neurocirugía 13		Psicología clínica 46
Preventiva 40	Obstetricia y		Radiodiagnóstico 68
Nefrología 42	Ginecología 108		Radiofarmacia 8
Neumología 48	Oftalmología 37		Radiofísica 16
Neurología 38	ORL 25		
Oncología 69	Urología 38		
Pediatría 178			
Psiquiatría 79			
Reumatología 16			

MF
63% respuesta
(642 de 1019)
Medicina Familiar 642

MF Medicina Familiar. MH Especialidades Médicas Hospitalarias. QM Especialidades Quirúrgicas Hospitalarias. ENF Especialidades de Enfermería. OE Otras Especialidades. UCI unidad de cuidados intensivos. ORL otorrinolaringología

3.2 Variables sobre consumo de drogas

Los últimos tres bloques indaga sobre datos de consumo para las tres sustancias adictivas de forma diferenciada.

1. Alcohol

Se recoge la edad de inicio del consumo (en años) y la duración del mismo. Para cuantificar el consumo de alcohol se especifica qué tipo de bebida suelen consumir durante una semana, diferenciando entre cerveza y vino como bebidas fermentadas y licores (generosos) y copas (copas y combinados, o “*cubatas*”) como bebidas destiladas, siendo las bebidas seleccionadas las de consumo habitual en la población general [EDADES 2012]. El consumo de alcohol se cuantifica como unidades de bebida estándar (UBE) por semana. La elección de esta forma de medir la ingesta alcohólica se debe a que la UBE es una forma rápida y práctica de conocer los gramos de alcohol consumidos y tan sólo precisa de una tabla de equivalencias con la cantidad y tipo de bebida alcohólica consumida para calcular el consumo (anexo 2).

Como una unidad sería el contenido de alcohol en volumen definido de diferentes bebidas, el valor atribuido a esta unidad bebida varía de país a país y podría ser cuestionable desde un punto de vista científico; sin embargo, existen estudios que proporcionan la

definición correcta de la unidad de bebida estándar (UBE) para España [Rodríguez Martos et al 1999]. Por ello, se recomienda en general el uso de este sistema a fin de facilitar el registro y control de consumo de alcohol, así como para poder obtener datos comparables tanto en las historias clínicas, los estudios epidemiológicos y los mensajes preventivos. Las equivalencias usadas en este estudio [Robledo y Córdoba 2007, Rosón 2008] se presentan en el anexo 2.

De los datos cuantitativos obtenidos se define posteriormente la variable **consumo de riesgo para el alcohol** (cualitativa dicotómica: sí/no), definida como aquel consumo en el cual no existen consecuencias actuales relacionadas con el consumo de alcohol pero sí riesgo futuro de daño psicológico, social y físico. Se adapta la definición de consumo de riesgo que propone la OMS para España [Babor et al 2001, Rosón 2008], cuyos niveles se indican en la tabla 21.

Tabla 21. Definición cuantitativa de consumo alcohólico de riesgo en la población española
[Babor et al 2001, Rosón 2008]

	Consumo diario	Consumo semanal	Consumo por ocasión
Mujeres	> 2-2.5 UBEs	> 17 UBEs	>4 UBEs
Hombres	> 4 UBEs	> 28 UBEs	> 6 UBEs

- UBEs unidades de bebida estándar

Además de este patrón de consumo de alcohol, se especifica un **consumo tipo atracón (o binge-drinking)** para el alcohol, definido como un consumo ≥ 60 gramos de alcohol (ó 6 UBEs) en varones y ≥ 40 gramos de alcohol (ó 4 UBEs) en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 horas) [Rodríguez y Rosón 2008]. Esta variable se calcula valorando el consumo cuantitativo de alcohol cuando existe un patrón de consumo en fin de semana. Esta forma de consumo ha sido asociado con un considerable perjuicio social y una gran carga de morbilidad, estando relacionado una gran variedad de factores socio-demográficos, individuales y sociales, motivos por los que se incluye en el estudio.

Por último, se recoge la existencia de intoxicaciones agudas en los encuestados mediante la pregunta: “¿Has tenido alguna intoxicación aguda por el alcohol en el último año?” Esta variable es cualitativa y permite marcar más de una respuesta de los ítems ofrecidos, para facilitar la cumplimentación. Las posibles respuestas son:

- sí, en la última semana.
- sí, en el último mes
- sí, en el último año.
- no.

2. Tabaco

Se recoge la edad de inicio del consumo (en años), la duración del mismo y la marca de cigarrillos que se fuma. También se recoge si ha intentado dejar de fumar y el número de intentos de cese del consumo que haya realizado, el status de exfumador y la edad a la que se deja de consumir tabaco.

La cuantificación del consumo de tabaco se realiza mediante la declaración del consumo diario de cigarrillos, una medida fácil de comprender por los encuestados. Para su análisis se ha dejado este concepto, más aplicable al consumo personas jóvenes que el equivalente de paquetes por año.

Se valora la dependencia a la nicotina mediante el **test de Fagerström**. Este cuestionario está validado para la población general fumadora [Carrasco et al 1994, Córdoba et al 2000, Fagerström 1978], y se trata de una escala heteroadministrada de 6 ítems que valora la dependencia de las personas a la nicotina. Los puntos de corte son 4 y 7, donde menos de 4 es una dependencia baja, entre 4 y 7 es una dependencia moderada y más de 7 es una dependencia alta.

Para valorar la actitud frente al cambio (cese del tabaquismo) se emplea el **test de Richmond**, que también se ha validado para la población general fumadora [Córdoba et al 2000, Richmond et al 1993]. Se trata de un test con 4 ítems que permite valorar el grado de motivación para dejar de fumar. El rango de puntuación oscila entre 0 y 10, donde el ítem 1 puntúa de 0 a 1 y el resto de 0 a 3. Los puntos de corte detectados sobre la asociación del nivel de motivación y el cese del hábito tabáquico son de 0 a 3: nulo o bajo, de 4 a 5: dudoso, de 6 a 7: moderado (con necesidad de ayuda), y de 8 a 10: alto

3. Drogas ilegales

El consumo de drogas legales se recoge como una variable cualitativa (consumo sí/no). Se especifica, además, el tipo de droga consumida.

- **Valoración cualitativa del consumo**

Las encuestas escolares realizadas por el Plan Nacional de Drogas del Ministerio de Sanidad de España [EDADES 2012, ESTUDES 2008] clasifican los patrones de consumo de alcohol en función del tiempo transcurrido desde el último consumo: nunca ha consumido, ha consumido en el último año o ha consumido en el último mes. Esta forma de recoger la información ofrece una perspectiva temporal del patrón de consumo pero no precisa de forma cualitativa el tipo de consumo. Por ello, los grandes estudios a nivel nacional recogen también otros datos como el consumo de alcohol en fin de semana, lo que informa sobre la importancia de esta forma de beber entre la población general de menos de 35 años.

Se conoce que los patrones de consumo de los adolescentes y los adultos jóvenes son diferentes a los de la población adulta: hay un predominio claro de los consumos intermitentes (o de prueba) y durante el fin de semana, con un escaso consumo diario de alcohol [Pérez Milena et al 2007a, Pérez Milena et al 2007b]. Por tanto, se opta por recoger los tipos de frecuencia de consumo de drogas facilitando las opciones más frecuentes dentro de los patrones de consumo indicados [Pérez Milena et al 2007, Valverde et al 2013].

Así, dentro de cada bloque de preguntas sobre el consumo de sustancias tóxicas se valora el consumo cualitativo de forma diferenciada para alcohol, tabaco y drogas ilegales. El cuestionario indaga sobre el patrón de consumo seguido por el EIR en cada una de las sustancias de interés y se clasifica como:

- **Intermitente** (o de prueba) cuando se trata de un consumo esporádico y no asociado de forma regular al ocio.

- **Fin de semana** (o asociado al ocio), cuando el consumo se limita a los días festivos y/o momentos de ocio relacionados con el descanso laboral.
- **Diario**, cuando el consumo se realiza durante todos los días de la semana.

La pregunta realizada sobre el consumo de cada sustancia en el cuestionario recoge estos tres puntos además de las opciones de “**no consumo**” y de “**otros**”, donde se deja un campo abierto para que el encuestado pueda indicar otras posibilidades o detallar su consumo cuando no se ajuste a las propuestas anteriores.

3.3 Variables sobre consejo clínico

El cuestionario recoge, en el último apartado, la frecuencia de utilización de consejos clínicos contra el consumo de estas sustancias a los pacientes atendidos en las tareas clínicas cotidianas, entendiendo por tal cualquier tipo de pregunta y/o intervención sobre el consumo. La pregunta que se realiza es: “*¿Aconsejas/informas a tus pacientes sobre los hábitos?*” de forma diferenciada para alcohol, tabaco y drogas ilegales. Se propone una variable cualitativa ordinal con cinco categorías para cada tipo de sustancia consumida, siguiendo una escala de *Likert*:

1. nunca o casi nunca,
2. ocasionalmente,
3. la mitad de las veces,
4. frecuentemente, y
5. casi siempre o siempre.

3.4 Pilotaje y validez del cuestionario

El cuestionario ofrecido a los participantes (anexo 1) es un conjunto de tests validados para población española (como los cuestionarios de Fagerström y de Richmond) y otros cuestionarios ya empleados y pilotados previamente. Así, el cuestionario que recoge el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales se basa en un cuestionario previamente validado sobre consumo de drogas [Pérez Milena et al 2007]. Este cuestionario fue diseñado en 1997, estando originalmente maquetado en una sola hoja por las dos caras para ser autoadministrado y cumplimentado a mano. Las variables empleadas para la recogida de datos sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales se estructuraron tras el estudio de la documentación existente sobre el tema y una reunión-discusión del equipo investigador, empleando para tal fin la técnica “lluvia de ideas” (*brainstorming*). La justificación del tipo de medida del consumo se basa en la mejor comprensibilidad de la pregunta por parte de los encuestados, facilitando el recuerdo de la cantidad de alcohol y tabaco consumidos y tipificando el patrón de consumo, algo que no ofrecen muchos de las grandes encuestas realizadas en población general [Pérez Milena et al 2007a]. En el año 1997, una vez diseñado el borrador definitivo (con la información que se deseaba recoger, formuladas y ordenadas las preguntas, y por último definido el número de ellas que se incluyeron en el cuestionario) se llevó a cabo la realización de una prueba piloto con 60 adolescentes de todos los diferentes niveles educativos (10 por cada curso escolar). Este primer pretest permitió identificar los tipos de preguntas más adecuados, si el enunciado era correcto y comprensible, si las preguntas tenían la extensión adecuada y si era correcta la categorización de las respuestas. Al mes de pasada la encuesta se realizó a los mismos adolescentes una prueba retest para valorar la estabilidad temporal, obteniéndose una validez adecuada al indicar el coeficiente de correlación intraclase una correlación superior al 85%. El cuestionario fue pasado por dos evaluadores diferentes, uno para la prueba pretest y

otro en la prueba retest, obteniéndose al comparar los resultados un índice Kappa de 0.8, lo que indica una buena concordancia interobservadores. La validez de contenido se aseguró tras ser valorado por el equipo de investigación, quienes juzgaron positivamente la capacidad del cuestionario para evaluar todas las dimensiones que se deseaban conocer.

El cuestionario final, incluyendo las preguntas sobre la frecuencia del consejo contra el consumo de tóxicos, fue sometido a una prueba piloto en el año 2011 eligiendo a la población residentes de la provincia de Jaén [Valverde et al 2013], incluyendo en la muestra un total de 215 especialistas internos residentes (EIR), de los que se obtiene un total de 174 cuestionarios válidos (81% del total). Tras esta prueba piloto se realizó una nueva revisión de las preguntas para finalizar la versión definitiva del cuestionario, presentada en el anexo 1.

4. Recogida de datos

Durante el año 2012 se difunde, a través de un correo electrónico personal a cada residente, una invitación para participar en el estudio. Esta invitación se hace desde la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén, situada en el Hospital Médico Quirúrgico de Jaén capital, desde donde se avala la seriedad de la investigación. Este correo electrónico aporta a los encuestados una información global sobre el estudio (anexo 3), donde se explica el propósito del estudio, se asegura el carácter privado de sus respuestas y la explotación de los datos recogidos de forma global. En ese mismo correo se pone a su disposición un enlace directo que les dirige a una página web personalizada (dentro del dominio www.e-encuesta.com) donde se encuentra alojado el cuestionario, que es autoadministrado y cuya única forma de cumplimentación es vía online. Los resultados obtenidos se recogen, de forma anónima, en una tabla compatible con el software *Excel 2010*.

Para minimizar las pérdidas se reenvía la encuesta en 3 ocasiones con una periodicidad quincenal, excluyendo de los reenvíos a aquellos residentes que contesten al cuestionario. Se consideró que una encuesta es válida cuando sus ítems habían sido cumplimentados en un 100%, con criterio de un mínimo de un 60% de cuestionarios rellenados del total de las encuestas enviadas para conseguir una validez adecuada de los resultados, un resultado alcanzable dado que todos los participantes poseen conocimientos sobre el uso de internet y puede resultarle un tema de interés [Aerny-Perreten et al 2012].

5. Aspectos éticos.

El proyecto de investigación ha sido evaluado y aprobado por la Comisión de Ética e Investigación Sanitarias del Hospital de referencia. En el anexo 4 se adjunta el certificado que autoriza la realización del proyecto de investigación. Tanto el diseño como el desarrollo del trabajo se ajustarán a las normas de buena práctica clínica (art. 34 RD 223/2004; directiva comunitaria 2001/20/CE) y a la protección de datos personales (LOPD 15/1999 de 13 de diciembre. BOE 14 de diciembre de 1999). En el desarrollo del estudio se tendrá en consideración la Ley de Autonomía del paciente 41/2002, y la Ley de Investigación biomédica 14/2007.

El tratamiento de los datos de carácter personal de los sujetos que participan en el estudio se ajustará a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, 15/1999 de 13 de Diciembre, informando al participante de sus derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Corrección y Oposición). Se asegurará el anonimato y la

confidencialidad de los datos, los cuales no estarán accesibles a personas ajenas al estudio o sus sanitarios de referencia. En la base de datos se disociarán las muestras de los datos personales sensibles para su adecuada protección durante el análisis de los casos. Se harán dos bases de datos para el análisis: una con la identificación personal de los PIR, solo accesible a dos investigadores, y otra con el resto de variables codificadas por claves para proteger el anonimato.

Para enviar las encuestas será necesario conocer los correos electrónicos de los EIR de Andalucía. Para ello se solicita por escrito y se obtiene permiso de la Consejería de Salud y de los responsables de IAVANTE para poder consultar la base de datos de PORTALEIR. En los correos electrónicos enviados se entrega la información pertinente al estudio por escrito al participante (según RD 223/2004, BOE de 7 febrero de 2004) (anexo 3), explicitando que en ningún caso se asociarán los datos personales con las respuestas emitidas. Al tiempo de cumplimentar el cuestionario se solicitará el consentimiento para el manejo de los datos personales. Toda la información referente a la compañía, privacidad y uso está recogida en la página web de la empresa Webtools (www.webtools.es) y cumple los criterios de confidencialidad exigidos por ley.

6. Análisis estadístico.

Los datos recogidos se almacenan en la página web (accesible sólo mediante usuario y contraseña) almacenados en una base de datos compatible con Excel 2010. Esta base de datos se depuró, corrigiendo posibles errores mediante la búsqueda de valores extremos y eliminando aquellos cuestionarios incompletos, para posteriormente importar el archivo final a un formato [.sav], compatible con el programa informático SPSS versión 21 (licencia de FIBAO de Jaén, 2012). Con este último software se realizan los análisis estadísticos de los datos recogidos en la encuesta, que se indican a continuación:

1) Estadística descriptiva. Los datos cuantitativos se presentan como media $\pm$ desviación estándar (DS), y en ocasiones se ofrece su intervalo de confianza. Para las variables cualitativas, se presenta la proporción (en tanto por ciento) $\pm$ desviación estándar.

2) Estadística inferencial. El límite de la significación se ha situado en $p < 0.05$.

2a Se realiza un análisis bivariable tomando como variable de segmentación el sexo (hombre y mujer). Para comparar las variables cuantitativas se valora inicialmente la normalidad de los datos mediante el test de Kolmogorov-Smirnov y la homocedasticidad de las varianzas mediante la prueba de Levine; en caso de tener una distribución Normal, se emplea el test de la t de Student o el test ANOVA, y si no sigue dicha distribución se emplea la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney o la prueba de Kruskal Wallis. Para las variables cualitativas se emplea el test de la χ^2 (con la corrección de Fisher si precisa).

2b Se realiza otra comparación tomando como variable de referencia la especialidad cursada por cada EIR. Estas especialidades se agrupan en cinco clases troncales de acuerdo a sus características afines, tal y como se muestra en la tabla 2. Para su comparación se emplea el test de ANOVA (o Kruskal Wallis en no paramétricas) para las variables cuantitativas y el test χ^2 para las variables cualitativas.

3) Análisis multivariable. Para conocer la relación del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales con el resto de variables sociodemográficas y de formación se realiza una regresión logística binaria (mediante la técnica de pasos hacia atrás) donde la variable dependiente (consumo de cada droga) se codifica como no consumo (valor cero) y sí consumo (valor uno).

De igual forma se realiza una regresión logística para conocer la relación de la presencia del consejo clínico en las actividades asistenciales de los EIR siendo el resto de variables independientes. Se codifica la variable consejo (para cada una de las sustancias estudiadas) como consejo infrecuente (valores 1 y 2 de la variable original, con nuevo valor cero) y consejo frecuente (valores 3, 4 y 5 de la variable original, con nuevo valor 1). Tras consultar la bibliografía se realizan los análisis tomando como variable de interacción el consumo de alcohol tipo *binge-drinking*. En la regresión se incluirán las variables con p-valor <0.25 en el test de Wald. Por último, el ajuste del modelo fue valorado con el test de Hosmer-Lemeshow.

7. Revisión bibliográfica

La información se ha obtenido tras una búsqueda de los estudios publicados relacionados con el tema de estudio, a través de soporte informático MEDLINE del Index Medicus (PubMed), en el período de 2009 a 2014, en EMBASE, en la base de datos TESAURO, así como revisión bibliográfica más relevante manejada por otros autores y obtenida de originales y revisiones. Se han utilizado como descriptores las palabras: “personal sanitario”, “drogas legales”, “drogas ilegales”, “consumo de alcohol”, “tabaco”, “fumador pasivo” y “usuarios de drogas”. Las estrategias de búsqueda empleadas son las siguientes:

- "Alcohol Drinking"[Mesh] OR "Smoking"[Mesh] OR "Drug Users"[Mesh] AND "Health Personnel"[Mesh]
- 'health care personnel'/exp AND ('illicit drug'/exp OR 'smokeless tobacco'/exp OR 'alcohol consumption'/exp AND [2009-2013])
- ("legal drug*" OR "illegal drug*") AND Health Personnel

Para las citas bibliográficas se han tenido en cuenta las recomendaciones del Comité Internacional de Revistas Biomédicas (Normas de Vancouver). Los idiomas de búsqueda empleados han sido español e inglés.

ANEXO 1. Cuestionario autoadministrado empleado en la investigación.

CUESTIONARIO SOBRE LOS HÁBITOS DE LOS ESPECIALISTAS INTERNOS RESIDENTES DE ANDALUCÍA



DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Acepto participar en el trabajo de investigación ESTUDIO SOBRE LOS HÁBITOS TÓXICOS EN LOS ESPECIALISTAS INTERNOS RESIDENTES DE ANDALUCIA, sabiendo que los datos reflejados son CONFIDENCIALES (*)**

☐ Si

☐ No

2. **Sexo**

☐ Hombre

☐ Mujer

3. **Edad**

4. **País de origen:**

5. **Ciudad donde está realizando la residencia**

☐ Almería

☐ Cádiz

☐ Córdoba

☐ Granada

☐ Huelva

☐ Jaén

☐ Málaga

☐ Sevilla

6. **Especialidad que realiza actualmente**

☐ Alergología

☐ Análisis clínicos

☐ Anatomía patológica

☐ Anestesiología y reanimación

- ☐ Angiología y cirugía vascular
- ☐ Aparato digestivo
- ☐ Bioquímica clínica
- ☐ Cardiología
- ☐ Cirugía ortopédica y traumatología
- ☐ Cirugía cardiovascular
- ☐ Cirugía general y del aparato digestivo
- ☐ Cirugía oral y maxilofacial
- ☐ Cirugía pediátrica
- ☐ Cirugía plástica, estética y reparadora
- ☐ Cirugía torácica
- ☐ Dermatología médico-quirúrgica y venereología
- ☐ Endocrinología y nutrición
- ☐ Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos
- ☐ Enfermería de salud mental
- ☐ Enfermería del trabajo
- ☐ Enfermería familiar y comunitaria
- ☐ Enfermería geriátrica
- ☐ Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona)
- ☐ Enfermería pediátrica
- ☐ Farmacia hospitalaria
- ☐ Farmacología clínica
- ☐ Geriatria
- ☐ Hematología y hemoterapia
- ☐ Inmunología
- ☐ Medicina del trabajo
- ☐ Medicina familiar y comunitaria
- ☐ Medicina física y rehabilitación
- ☐ Medicina intensiva
- ☐ Medicina interna
- ☐ Medicina nuclear
- ☐ Medicina preventiva y salud pública
- ☐ Microbiología y parasitología
- ☐ Nefrología
- ☐ Neumología
- ☐ Neurocirugía
- ☐ Neurofisiología clínica
- ☐ Neurología
- ☐ Obstetricia y ginecología

- ☐ Oftalmología
- ☐ Oncología médica
- ☐ Oncología radioterápica
- ☐ Otorrinolaringología
- ☐ Pediatría y sus áreas específicas
- ☐ Psicología clínica
- ☐ Psiquiatría
- ☐ Radiodiagnóstico
- ☐ Radiofarmacia
- ☐ Radiofísica hospitalaria para físicos y otros
- ☐ Reumatología
- ☐ Urgencias
- ☐ Urología

7. Año de residencia

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| primero | segundo | tercero | cuarto | quinto |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

CONSUMO DE TABACO

**8. ¿Actualmente consume tabaco?
después de contestar, si la respuesta es NO CONSUMO, o SOY EXFUMADOR/A, PASE A
LA PREGUNTA 20 (siguiente página)**

- ☐ No consumo
- ☐ Consumo de forma ocasional
- ☐ Consumo durante el fin de semana
- ☐ Consumo todos los días
- ☐ Soy exfumador/a (por favor, indique la edad de inicio y de abandono)

9. Edad de primer consumo

10. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

11. ¿Qué marca fuma?

12. TEST DE FAGERSTRÖM

¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta el primer cigarrillo?

- ☐ 5 minutos ó menos
☐ De 6 a 30 minutos
☐ De 31 a 60 minutos
☐ Más de 60 minutos

13. TEST DE FAGERSTRÖM

¿Encuentra dificultad para abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido (cines, hospitales)?

- ☐ Si
☐ No

14. TEST DE FAGERSTRÖM

¿Qué cigarrillo le costaría más abandonar?

- ☐ El primero de la mañana
☐ Otros

15. TEST DE FAGERSTRÖM

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- ☐ Menos de 11
☐ Entre 11 y 20
☐ Entre 21 y 30
☐ Más de 30

16. TEST DE FAGERSTRÖM

¿Fuma más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?

- ☐ Si
☐ No

17. TEST DE FAGERSTRÖM

¿Fuma cuando no se encuentra bien o cuando está enfermo?

- ☐ Si
☐ No

18. ¿Ha intentado dejar de fumar en alguna ocasión?

- ☐ No
☐ Si, indica número de veces

19. ¿Está pensando en dejar de fumar?

- ☐ No
- ☐ Si, en los próximos 6 meses
- ☐ Si, en las próximas 2 semanas
- ☐ Otro (por favor, especifique)

CONSUMO DE ALCOHOL

20. ¿Consume alcohol?

- ☐ No consumo
- ☐ Consumo de forma ocasional
- ☐ Consumo durante el fin de semana
- ☐ Consumo todos los días
- ☐ Otro (por favor, especifique)

21. Edad de primer consumo

22. Señale cuánto alcohol consume en una semana

número de vasos en una semana

cañas de cerveza

vasos de vino

cubatas, licores

23. ¿Ha tenido alguna intoxicación aguda por el alcohol en el último año?

- ☐ Si, en la última semana
- ☐ Si, en el último mes
- ☐ Si, en el último año
- ☐ No

CONSUMO DE DROGAS

24. ¿Consume otras drogas?

- ☐ No consumo
- ☐ Consumo de forma ocasional
- ☐ Consumo durante el fin de semana

- ☐ Consumo todos los días
- ☐ Otro (por favor, especifique)

25. ¿Qué tipo de drogas?

- ☐ Cannabis
- ☐ Heroína
- ☐ Cocaína
- ☐ Drogas de diseño (éxtasis)
- ☐ Ansiolíticos
- ☐ Otro (por favor, especifique)

26. Aconseja/informa a sus pacientes sobre los hábitos

	nunca	a veces	casi siempre	siempre
consumo de tabaco	☐	☐	☐	☐
consumo de alcohol	☐	☐	☐	☐
consumo de otras drogas	☐	☐	☐	☐

ANEXO 2. Cálculo del consumo de alcohol

[Robledo y Córdoba 2007, Rosón 2008]

El contenido de alcohol de una bebida depende de la concentración de alcohol y del volumen contenido. Hay amplias variaciones respecto a la concentración de las bebidas alcohólicas utilizadas en diferentes países. Un estudio de la OMS indicó que la cerveza contenía entre el 2% y el 5% de alcohol puro, los vinos contenían entre el 10.5 y el 18.9%, los licores variaban entre el 24.3% y el 90%, y la sidra entre el 1.1% y el 17%. Por ello, es esencial adaptar los tipos de las bebidas a lo que es más común en el ámbito local y conocer a grandes rasgos cuánto alcohol puro consume una persona por ocasión y término medio.

Esta forma de calcular los gramos de alcohol se ha sustituido, en los últimos años, por el concepto de unidad de bebida estándar (UBE). En España una «unidad de bebida» es igual a 10 gramos de etanol puro y en Gran Bretaña equivale a 8 gramos. La unidad de bebida estándar es una forma rápida y práctica de conocer los gramos de alcohol consumidos y tan sólo precisa de una tabla de equivalencias con la cantidad y tipo de bebida alcohólica consumida para calcular el consumo.

Tipos de bebidas y su equivalencia en unidades de bebidas estándar		
Tipo de bebida	Volumen	Nº de unidades de bebida estándar (UBE)
Vino	1 vaso (100 cc)	1
	1 litro	10
Cerveza	1 vaso (100 cc)	1
	1 litro	5
Copas	1 carajillo (25 cc)	1
	1 copa (50 cc)	2
	1 combinado (50 cc)	2
	1 litro	40
Generosos	1 copa (50 cc)	1
	1 vermut (100 cc)	2
	1 litro	40

ANEXO 3. Información ofertada a los residentes sobre el estudio

Estimado residente:

Desde la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén estamos realizando un trabajo de investigación sobre los hábitos de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas de los especialistas internos residentes de Andalucía.

La participación es totalmente voluntaria, y queremos hacerle hincapié en el carácter privado y confidencial de su participación. En ningún caso se asociarán sus datos personales con las respuestas emitidas, cumpliendo los criterios de confidencialidad exigidos por la ley.

Si quiere participar en el estudio, tan sólo le llevará un minuto, pulse el siguiente enlace que le dirigirá a una página web independiente donde se mostrará el cuestionario a cumplimentar.

www.e-encuesta.com

Gracias por su colaboración.

ANEXO 4. Certificado del Comité de Ética de la Investigación del hospital de referencia



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

D^a M^a CARMEN AMATE BALLESTEROS, SECRETARIA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE JAÉN

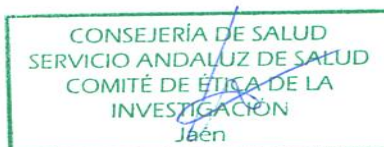
CERTIFICA:

Que el Comité de Ética de la Investigación de Jaén ha considerado emitir **informe favorable**, según consta en Acta N^o 5 de la reunión celebrada el 26 de Abril de 2012.

Al proyecto de Investigación presentado por el Investigador Principal: D. Francisco Javier Valverde Bolivar, de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Jaén, colaboradora del proyecto D^a M^a Villa Juarez Jimenez, Titulado: **"Estudio sobre los hábitos tóxicos en los Especialistas Internos Residentes de Andalucía"**.

Lo que firmo en Jaén a 26 de Abril de 2012

La Secretaria del Comité de Ética de la Investigación



Fdo.: M^a Carmen Amate Ballesteros

Resultados

Se obtienen un total de 2802 encuestas sobre 4245 EIR encuestados (66% del total) (tabla 20). Todas las encuestas recibidas se cumplieron de forma adecuada y no hubo que rechazar ninguna de ellas. En la figura 7 se indica la distribución de los EIR por ciudad y especialidad. Los datos por especialidad cursada se presentan en la tabla 22, y se distribuyen de forma global de la siguiente manera: especialidades Médicas Hospitalarias 43%, especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria 23%, especialidades Quirúrgicas Hospitalarias 18%, especialidades de Enfermería 5% y otras especialidades no sanitarias 11% (tabla 20). El país de procedencia de los EIR encuestados se detalla en la tabla 23, especificando por especialidad cursada. Como se puede apreciar en la figura 8, la mayoría de los EIR son de nacionalidad española (con una prevalencia cercana al 90%).

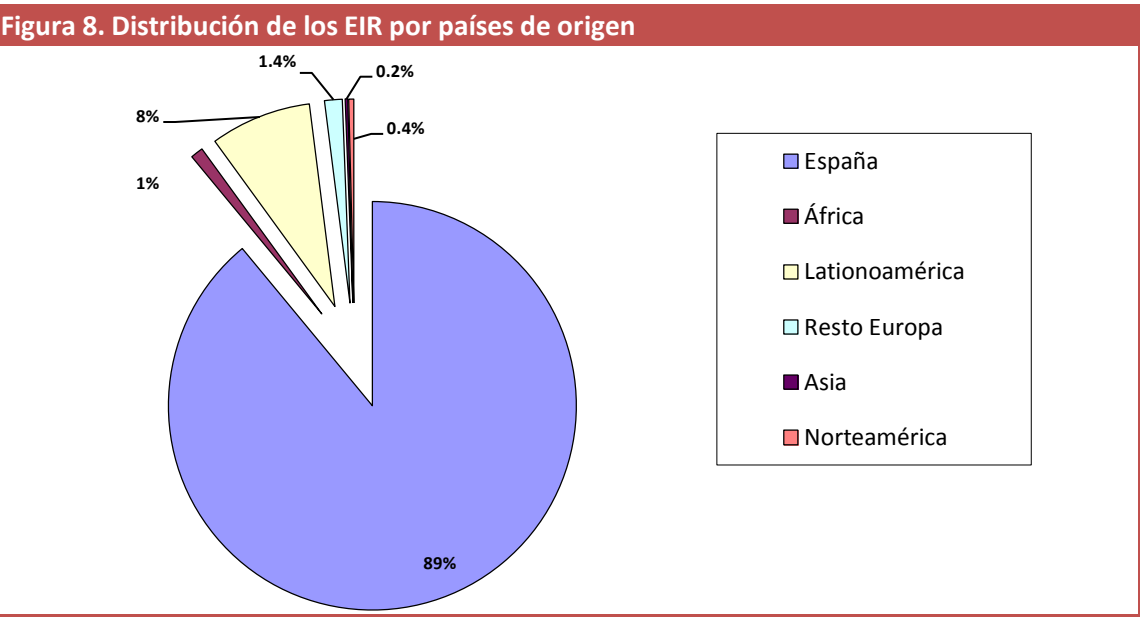
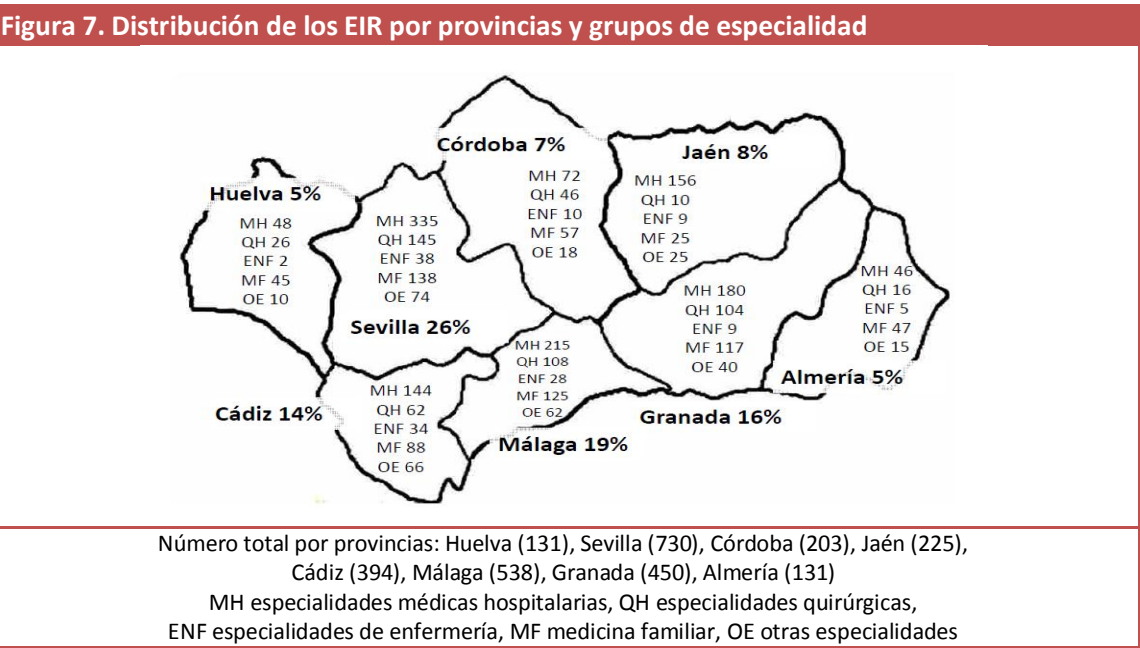


Tabla 22. Número de participantes (y proporción respecto al total de la muestra) en la encuesta según en las diferentes especialidades cursadas.

Especialidades médicas hospitalarias	Especialidades quirúrgicas hospitalarias	Médicos de familia	Enfermería	Especialidades no sanitarias
Medicina interna (9.4%) (114)	Cirugía General (13.8%) (64)	Medicina familiar y comunitaria (100%) (669)	Enfermería pediátrica (10.5%) (16)	Farmacia hospitalaria (47.1%) (56)
Aparato Digestivo (4%) (45)	Angiología y cirugía vascular (1.3%) (7)	Médicos de familia	Enfermería obstetrico-ginecológica (matrona) (63.6%) (105)	Farmacología clínica (7.6%) (9)
Neumología (3.1%) (33)	Cirugía ortopédica y traumatología (18.6%) (89)	Medicina familiar y comunitaria (100%) (669)	Enfermería de salud mental (9.3%) (14)	Psicología clínica (38.7) (45)
Alergología (1.4%) (156)	Cirugía cardiovascular (3.5%) (14)	Médicos de familia	Enfermería del trabajo (7.4%) (11)	Radiofarmacia (6.7%) (8)
Anatomía Patológica (2.5%) (25)	Cirugía oral y maxilofacial (2.6%) (9)	Medicina familiar y comunitaria (100%) (669)	Enfermería familiar y comunitaria (9.3%) (12)	
Análisis clínico (2.2%) (22)	Cirugía pediátrica (3%) (11)			
Anestesiología y reanimación (7%) (81)	Cirugía plástica, estética y reparadora (1.9%) (9)			
Bioquímica clínica (1.2%) (10)	Cirugía torácica (1,7%) (7)			
Cardiología (5.3%) (60)	Dermatología médico-quirúrgica y v. (5.8%) (26)			
Endocrinología y nutrición (2%) (22)	Neurocirugía (2.8%) (11)			
Hematología y hemoterapia (3%) (33)	Obstetricia y ginecología (23.3%) (107)			
Inmunología (0.8%) (7)	Oftalmología (8%) (35)			
Medicina del trabajo (2.2%)(22)	Otorrinolaringología (5.4%) (24)			
Medicina física y rehabilitación (3.2%) (36)	Urología (8.2%) (36)			
Medicina intensiva (10.7%) (126)				
Neurofisiología clínica (0.5%) (4)				
Medicina nuclear (1.4%) (14)				
Medicina preventiva y salud pública (2.6%) (30)				
Microbiología y parasitología (1.7%) (19)				
Nefrología (2.8%) (33)				
Neurología (2.5%) (27)				
Oncología médica (2.9%) (33)				
Oncología radioterápica (1.5%) (17)				
Pediatría (11.3%) (134)				
Psiquiatría (6.2%) (73)				
Radiodiagnóstico (5.9%) (69)				
Radiofísica hospitalaria para físicos y otros (1.4%) (14)				
Reumatología (1.3%) (14)				

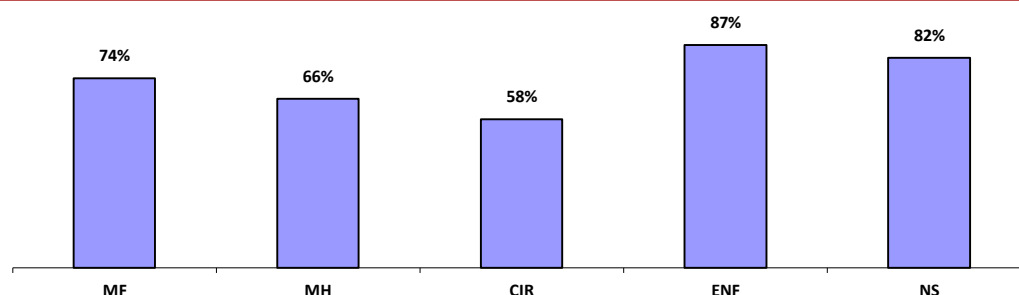
La nacionalidad es diferente según la especialidad cursada: en la tabla 23 se muestran los participantes totales desglosados por países y en la tabla 24 agrupados por áreas geográficas. La mayoría de los EIR son españoles. En las especialidades de Enfermería el 100% de los profesionales en formación son españoles mientras que se puede apreciar una desigual participación de los EIR no españoles en el resto de especialidades. La mayoría de residentes de origen extranjero provienen de Latinoamérica, seguido por África y por el resto de Europa, con una pequeña representación de los países de Asia y de Norteamérica (tablas 23 y 24).

En cuanto al año de residencia cursado, la distribución global es la siguiente: primer año 31%, segundo año 27%, tercer año 21%, cuarto año 18% y quinto año 3%. Esta distribución porcentual puede estar sesgada por la distribución en las especialidades de Enfermería (de reciente inicio) y la duración inferior a cinco años de muchas de las especialidades. La distribución por sexos es de un 69% mujeres y de un 31% para hombres; aunque en todas las especialidades predomina el sexo femenino, las especialidades de enfermería y las no sanitarias presentan los mayores porcentajes de mujeres, siendo inferior en las especialidades médicas y quirúrgicas hospitalarias (figura 9; $p < 0.001$, test χ^2).

La media de edad es de 29.1 años (± 5.1) con un rango de edad de 21-66 años. Existen diferencias estadísticamente significativas en función de la especialidad cursada: los EIR con mayor media de edad cursan las especialidades de Medicina Familiar y Médicas Hospitalarias, mientras que los de menor edad se encuentran cursando Enfermería (figura 10; $p < 0.001$, test ANOVA de 1 vía). Los EIR hombres presentan una media de edad de 29.9 años (± 5.4), superior a la de las mujeres residentes (28.8 años ± 5.1) (figura 11; test de la t de Student, $p < 0.001$).

La representación por provincias según la especialidad en curso es desigual, como se aprecia en la tabla 24 ($p < 0.001$, test χ^2) siendo resultado de un desigual número de EIR en cada provincia según la oferta formativa propia. Destacan por número de encuestados Sevilla, Málaga y Granada, mientras que Huelva, Almería y Jaén son las provincias donde menos cuestionarios se recogen. En general, la distribución porcentual de participantes se reparte de la siguiente manera: 5% Almería, 21% Cádiz, 6% Córdoba, 13% Granada, 3% Huelva, 8% Jaén, 20% Málaga y 24% Sevilla. La distribución porcentual de respuestas según la provincia se muestra en la figura 12 y las prevalencias de respuestas según especialidad cursada y provincia se ofrecen en la figura 13.

Figura 9. Porcentaje de mujeres según la especialidad cursada.



Diferencias con $p < 0.001$, test χ^2 . MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas, ENF especialidades de enfermería, OE otras especialidades.

Tabla 23. Número total de EIR según país de origen y especialidad cursada

País de origen	MF	MH	QH	ENF	OE	Total
Alemania	0	1	0	0	0	1
Angola	0	0	1	0	0	1
Argelia	0	1	0	0	0	1
Argentina	6	10	3	0	0	19
Bolivia	2	2	0	0	0	4
Brasil	3	2	0	0	0	5
Colombia	2	33	18	0	0	53
Costa Rica	0	1	1	0	0	2
Cuba	4	3	0	0	0	7
Chile	0	1	0	0	0	1
China	1	0	0	0	0	1
Ecuador	3	12	6	0	0	21
Egipto	0	0	1	0	0	1
El Salvador	8	2	1	0	0	11
Eslovaquia	0	0	1	0	0	1
España	599	1038	419	183	135	2374
Francia	0	0	3	0	0	3
Guatemala	2	3	1	0	0	6
Holanda	1	0	0	0	0	1
Honduras	0	1	0	0	0	1
Iran	0	0	1	0	0	1
Italia	2	6	4	0	0	12
Kirguistán	0	0	0	0	1	1
Libano	0	1	1	0	0	2
Marruecos	6	7	2	0	1	16
México	2	5	0	0	1	8
Moldavia	1	0	0	0	0	1
Nicaragua	2	1	1	0	0	4
Nigeria	1	0	0	0	0	1
Panamá	0	7	2	0	0	9
Paraguay	0	3	1	0	0	4
Perú	5	26	7	0	0	38
Polonia	2	1	2	0	0	5
Portugal	3	2	0	0	0	5
Reino Unido	1	0	0	0	0	1
República Dominicana	1	13	5	0	0	19
Rumania	2	2	1	0	0	5
Rusia	1	0	1	0	0	2
Siria	0	1	0	0	0	1
Suiza	0	0	1	0	1	2
Ucrania	1	0	0	0	0	1
USA	1	0	0	0	0	1
Venezuela	2	5	6	0	0	13
Israel	0	1	0	0	0	1
TOTAL	664	1191	490	183	139	2667

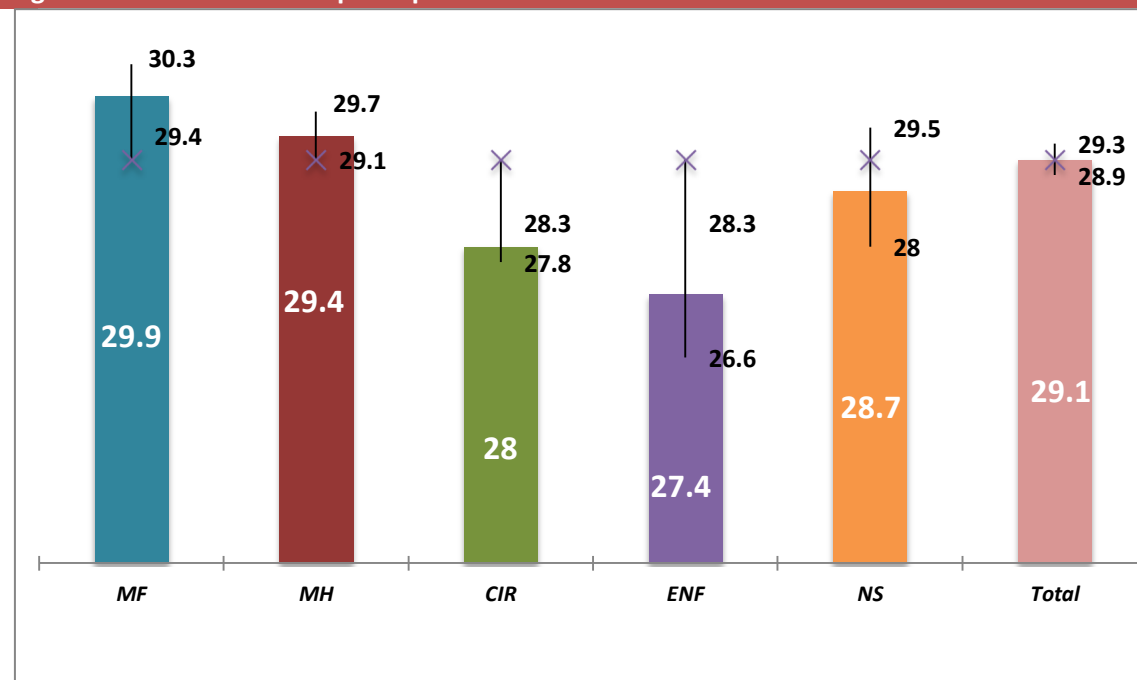
MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas, ENF especialidades de enfermería, OE otras especialidades.

Tabla 24. Clasificación de los factores sociodemográficos según los grupos de especialidades cursadas.

	MF	MH	QH	ENF	OE	p
Proporción de la muestra	25%	46%	18%	6%	5%	
Nacionalidad						
España	90%	88%	86%	100%	96.6%	p<0.001 test χ^2
África	1%	0.7%	1%	--	0.8%	
Latinoamérica	6%	10%	10%	--	--	
Resto Europa	2.3%	0.7%	2.7%	--	0.8%	
Asia	0.2%	0.2%	0.3%	--	0.8%	
Norteamérica	0.5%	0.4%	0%	--	0.8%	
Año de residencia						
Primero	31%	27%	26%	62%	31%	p<0.001 test χ^2
Segundo	24%	29%	23%	37%	22%	
Tercero	24%	22%	23%	1%	25%	
Cuarto	21%	19%	19%	--	22%	
Quinto	--	3%	9%	--	--	
Ciudad donde cursan EIR						
Almería	7%	4%	3%	4%	5%	p<0.001 test χ^2
Cádiz	14%	12%	12%	25%	21%	
Córdoba	9%	7%	9%	7%	6%	
Granada	18%	15%	20%	7%	13%	
Huelva	7%	4%	5%	1%	3%	
Jaén	4%	13%	2%	7%	8%	
Málaga	20%	18%	21%	21%	20%	
Sevilla	21%	28%	28%	28%	24%	

MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas, ENF especialidades de enfermería, OE otras especialidades.

Figura 10. Medias de edad por especialidad cursada

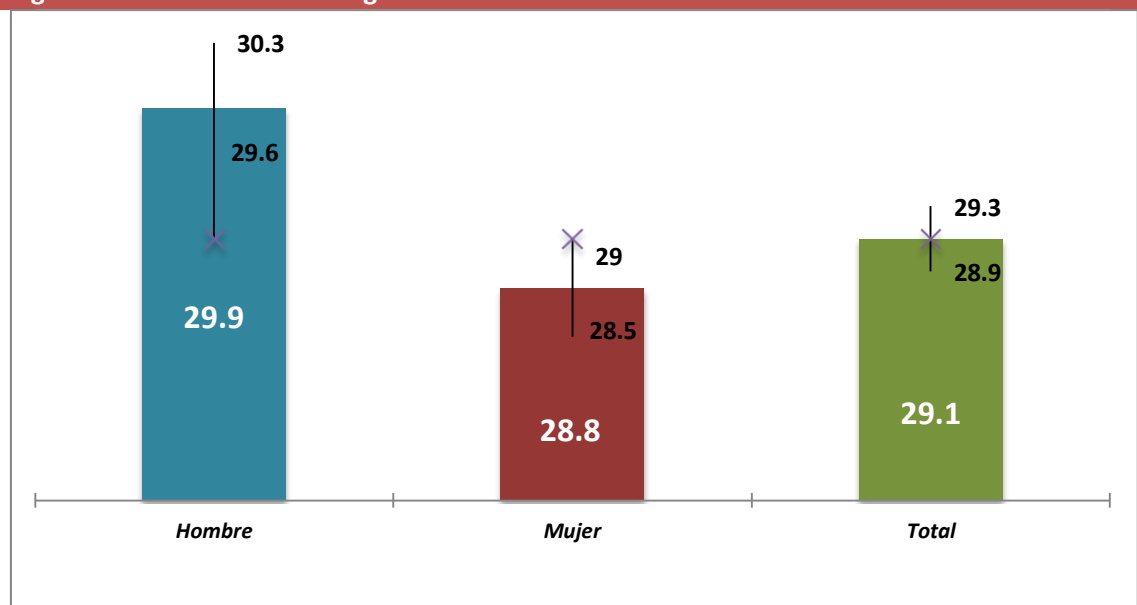


Se muestra la media con el intervalo de confianza al 95%.

Diferencias significativas con $p < 0.001$, test ANOVA de 1 vía

MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas, ENF especialidades de Enfermería, OE otras especialidades

Figura 11. Medias de edad según el sexo del residente



Se muestra la media con el intervalo de confianza al 95%.

Diferencias significativas con $p < 0.001$ test de la t de Student – $p < 0.001$

Figura 12. Distribución de las respuestas EIR por provincias andaluzas.

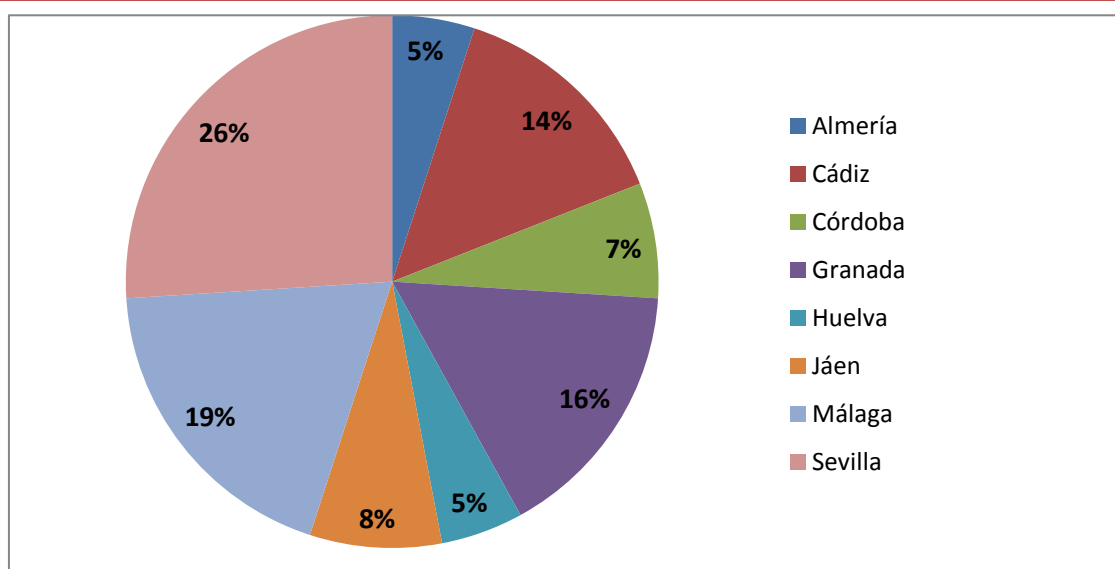
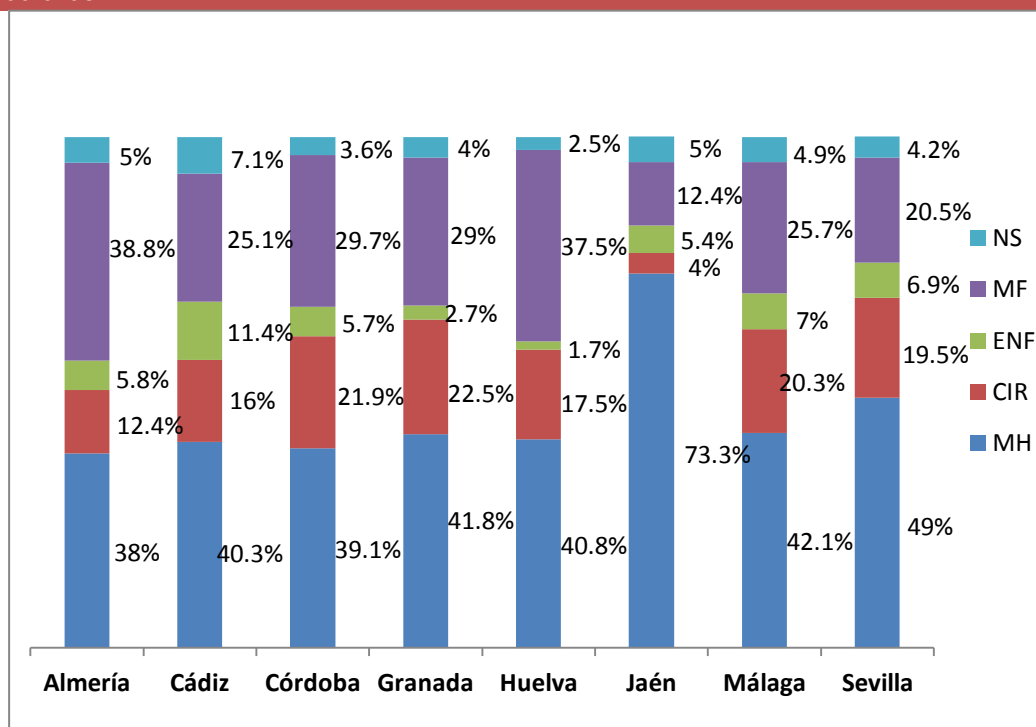


Figura 13. Distribución respuestas EIR según especialidades cursadas en las provincias andaluzas.



MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas, ENF especialidades de enfermería, OE otras especialidades.

1. Características del consumo de alcohol

El 82.3% de los EIR encuestados reconocen tomar alcohol (2306 en total). Existen diferencias en el consumo según la especialidad cursada apreciándose una mayor prevalencia de consumo en los EIR de las especialidades de Medicina Hospitalaria, las Especialidades Quirúrgicas y en Otras Especialidades, siendo inferior en la especialidades de Enfermería y en Medicina de Familia (tabla 25; $p<0.05$ test χ^2).

También se aprecian diferencias por sexo, con una prevalencia superior al 6% de consumo de alcohol en hombres frente a mujeres (tabla 26; $p<0.05$ test χ^2).

1.1 Patrones de consumo

El patrón de consumo de alcohol más prevalente es el consumo intermitente, con una prevalencia general del 64% de los EIR encuestados. La segunda forma de consumo es durante el fin de semana (16%) y a distancia queda la toma de alcohol de forma diaria (2%) (figura 14).

Los patrones de consumo de alcohol se ven modificados según la especialidad del EIR (tabla 25 y figura 15) con un mayor consumo en fin de semana y diario de los EIR de QH mientras que el consumo intermitente es más frecuente en OE ($p=0.034$ test χ^2). También hay diferencias según el sexo: el consumo diario y en fin de semana entre los varones son un 3% superior respecto a las mujeres (tabla 26; $p<0.05$ test χ^2).

Tabla 25. Principales características del consumo de alcohol según la especialidad del EIR.

	MF	MH	QH	ENF	OE	p
Prevalencia del consumo de alcohol	78.3%	83.2%	86.1%	79.2%	84.3%	$p=0.012$ Test χ^2
Patrón de consumo						
No consumo	22.1%	17.5%	14.4%	22.1%	17.5%	$p=0.034$ Test χ^2
Intermitente	62.6%	64.8%	63.9%	63.6%	67.5%	
Fin de semana	13.8%	15.9%	18.4%	13.6%	14%	
Diario	1.4%	1.8%	3.3%	0.6%	0.9%	
Consumo (UBE/semana)						
Cerveza	1.5±2.7	1.8±2.8	2.4±3.5	1.1±1.8	1.9±2.9	$p<0.001$ ANOVA de 1 vía
Vino	0.5±1	0.6±1.2	0.8±1.4	0.3±0.7	0.7±1	
Combinados	1.6±2.7	2±3.5	2.5±3.6	1.3±2.5	1.8±3	
Total	4.8±5	5.5±5.7	6.8±6.5	3.6±3.9	5.3±5.3	
Edad de inicio (años)	16.5±2.1 [16.3;16.7]	16.5±2.4 [16.4;16.7]	16.3±2.5 [16;16.5]	16.5±2.2 [16.1;16.8]	15.8±1.7 [15.5;18.1]	$p=0.125$ ANOVA

Los resultados se muestran como proporciones o como medias con su correspondiente desviación estándar o intervalo de confianza.

Tabla 26. Principales características del consumo de alcohol según el sexo de los EIR.

	hombre	mujer	p
Prevalencia del consumo de alcohol	86%	80%	p=0.046 test χ^2
Patrón de consumo			
No consumo	14%	20%	p=0.048 test χ^2
Intermitente	63%	63%	
Fin de semana (asociado al ocio)	18%	15%	
Diario	5%	2%	
Consumo (UBE/semana)			
Cerveza	2.8±3.9	1.3±2.2	p<0.001 t Student
Vino	0.7±1.3	0.6±1.1	NS
Combinados	2.7±4.3	1.6±2.6	p<0.001 t Student
Total	6.1±7.38	3.5±4.3	p<0.001 t Student
Edad de inicio	16.3±2.4	16.5±2.2	p=0.151 t Student

Los resultados se muestran como proporciones o como medias con su correspondiente desviación estándar o intervalo de confianza.

Figura 14. Distribución del patrón de consumo de alcohol en los EIR

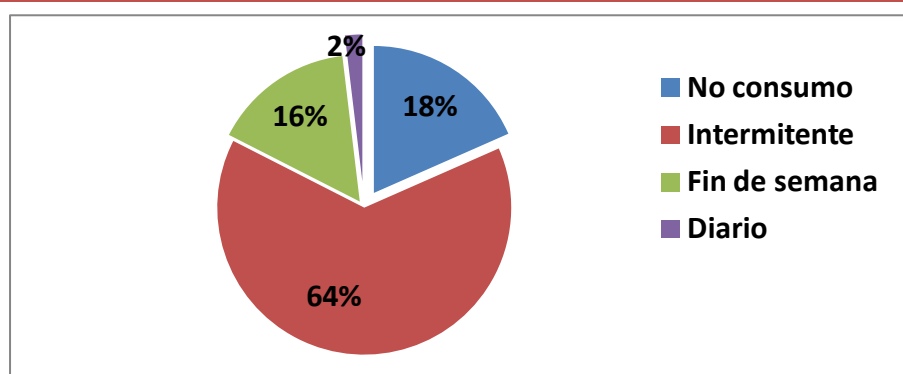
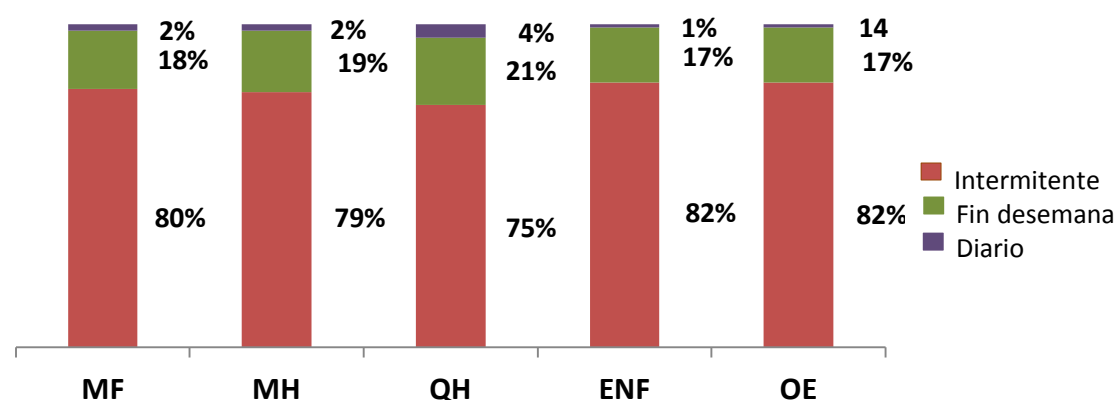


Figura 15. Distribución del consumo alcohol según especialidad cursada



Diferencias significativas con p=0.034, test χ^2

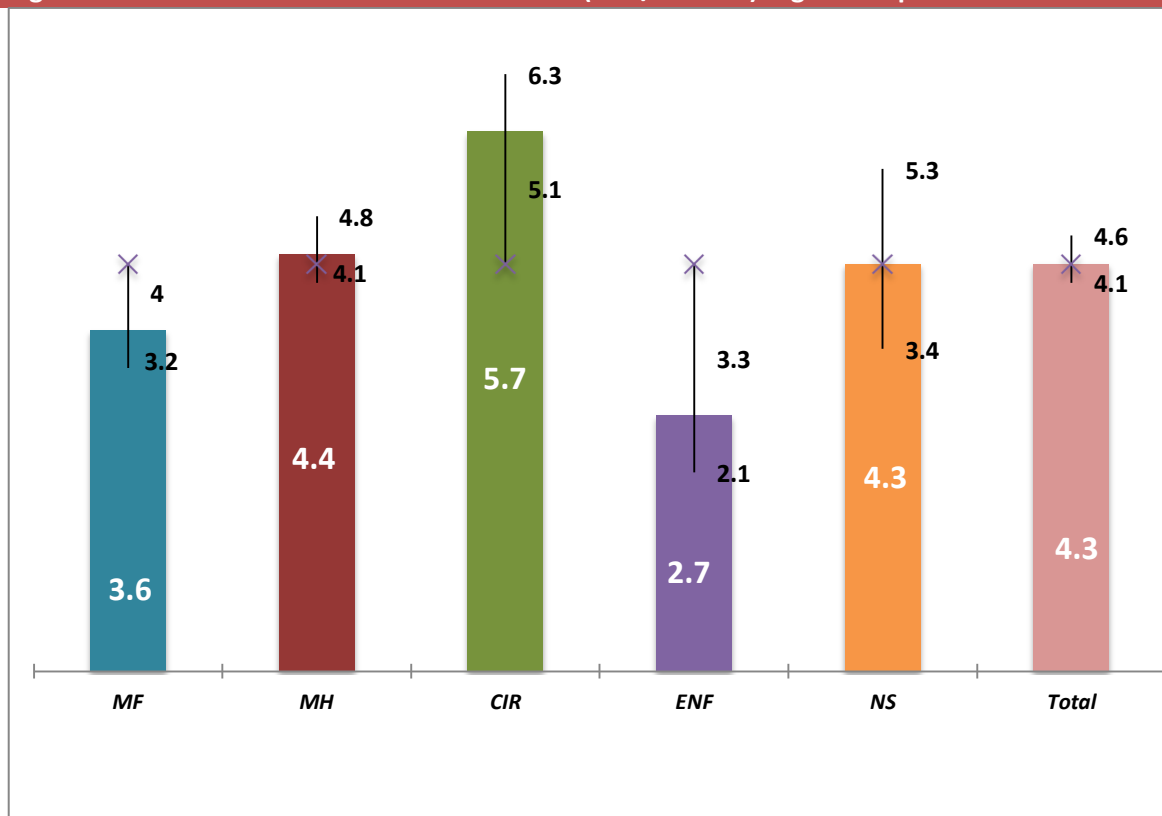
MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas, ENF especialidades de Enfermería, OE otras especialidades

1.2 Consumo cuantitativo y edad de inicio

La media global del consumo de alcohol de forma semanal es de 5.4 (± 5.7) UBE. La bebida que más cantidad se consume son los combinados, con una media de 1.9 (± 3.3) UBE semanales, seguida de la cerveza, con 1.8 (± 2.9) UBE por semana, y por último el vino con 0.6 (± 1.2).

El consumo cuantitativo parece superior en las especialidades Quirúrgicas Hospitalarias para todos los tipos de bebida, mientras que los EIR de MF y ENF son los que tienen un menor consumo total (tabla 25 y figura 16; $p < 0.01$ test ANOVA de 1 vía). Los resultados según especialidad y tipo de alcohol consumido se muestran de forma gráfica en las figuras 17 a 19, con diferencias estadísticas para los tres principales tipos de bebida consumidos por los EIR: cerveza, vino y combinados ($p < 0.01$ test ANOVA de 1 vía), siguiendo la distribución del consumo total expuesto en la figura 16.

Figura 16. Medias de consumo total de alcohol (UBE/semana) según la especialidad cursada

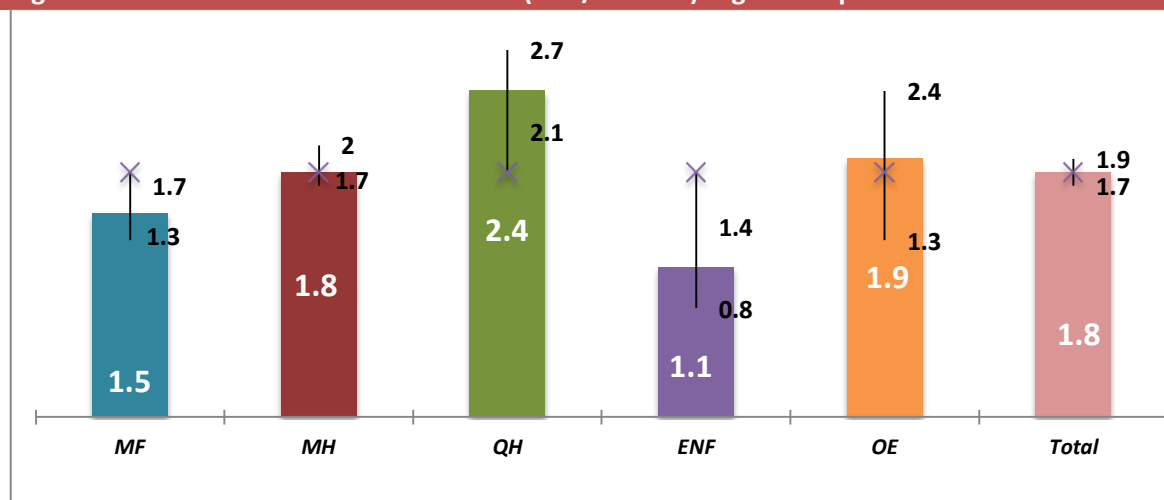


Diferencias significativas con $p < 0.001$ test ANOVA de 1 vía

Se muestra la media con el intervalo de confianza al 95%. MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas, ENF especialidades de Enfermería, OE otras especialidades no sanitarias

Los hombres tienen una media de consumo superior en casi 3 UBE/semana respecto al consumo de las mujeres (tabla 26, $p < 0.001$ test t de Student) con diferencias significativas para el consumo de cerveza y combinados. Estas diferencias se mantienen para el consumo de cerveza y combinados (tabla 26, $p < 0.001$ test t de Student) pero no para el consumo de vino.

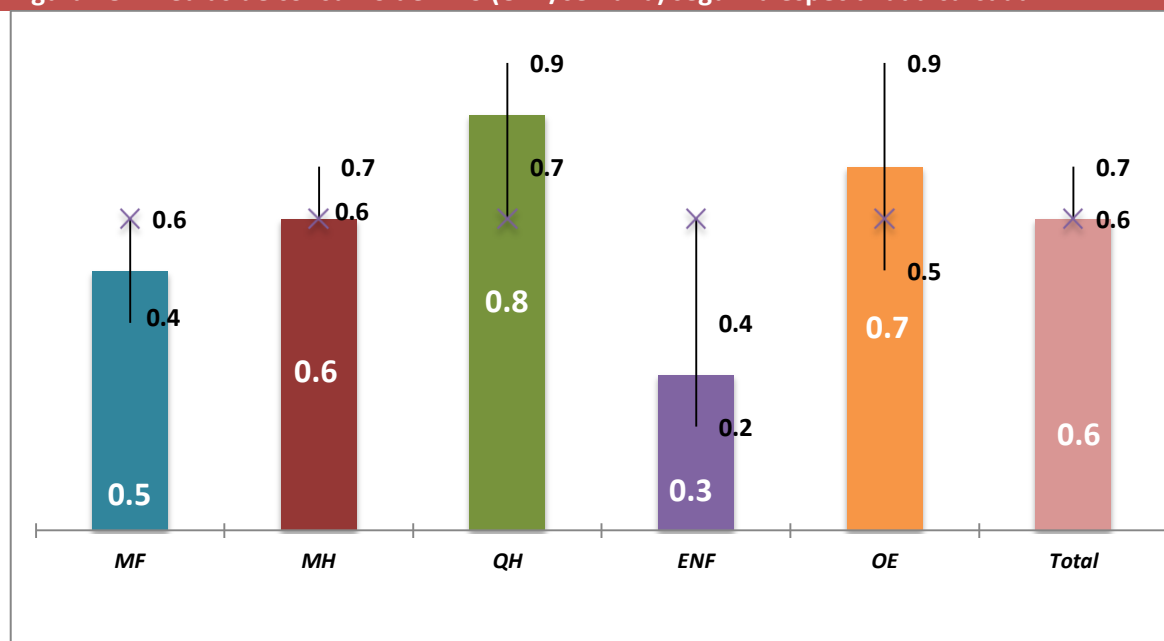
Figura 17. Medias de consumo de cerveza (UBE/semana) según la especialidad cursada



Diferencias significativas con $p < 0.001$ test ANOVA de 1 vía

Se muestra la media con el intervalo de confianza al 95%. MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas, ENF especialidades de Enfermería, OE otras especialidades no sanitarias

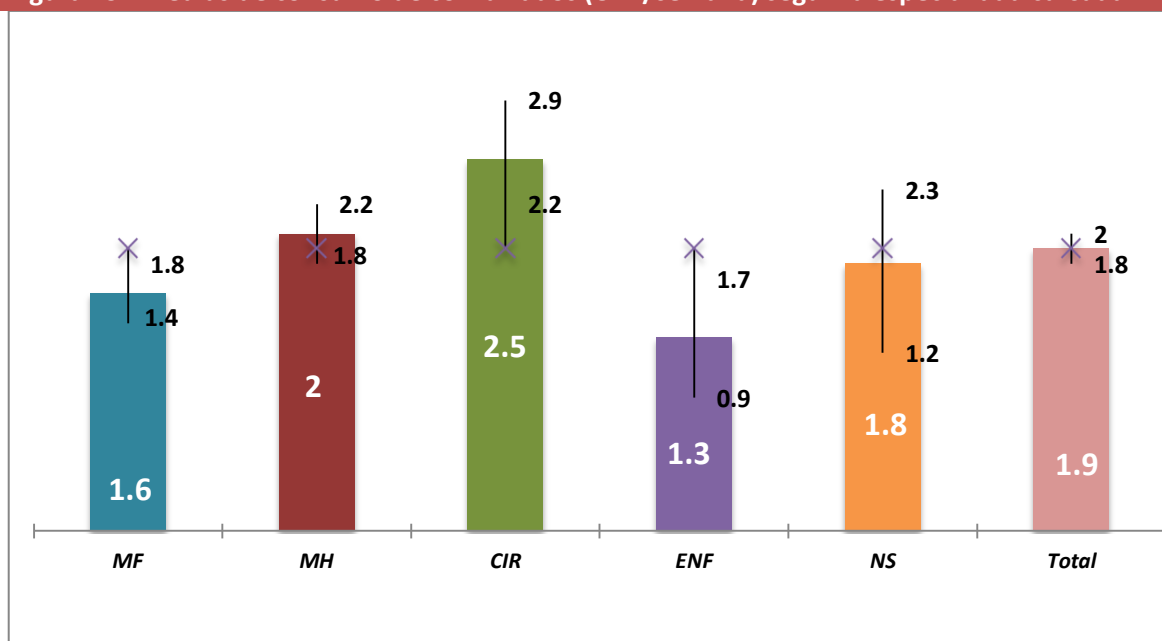
Figura 18. Medias de consumo de vino (UBE/semana) según la especialidad cursada



Diferencias significativas con $p < 0.001$ test ANOVA de 1 vía

Se muestra la media con el intervalo de confianza al 95%. MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas, ENF especialidades de Enfermería, OE otras especialidades no sanitarias

Figura 19. Medias de consumo de combinados (UBE/semana) según la especialidad cursada



Diferencias significativas con $p < 0.001$ test ANOVA de 1 vía

Se muestra la media con el intervalo de confianza al 95%. MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas, ENF especialidades de Enfermería, OE otras especialidades no sanitarias

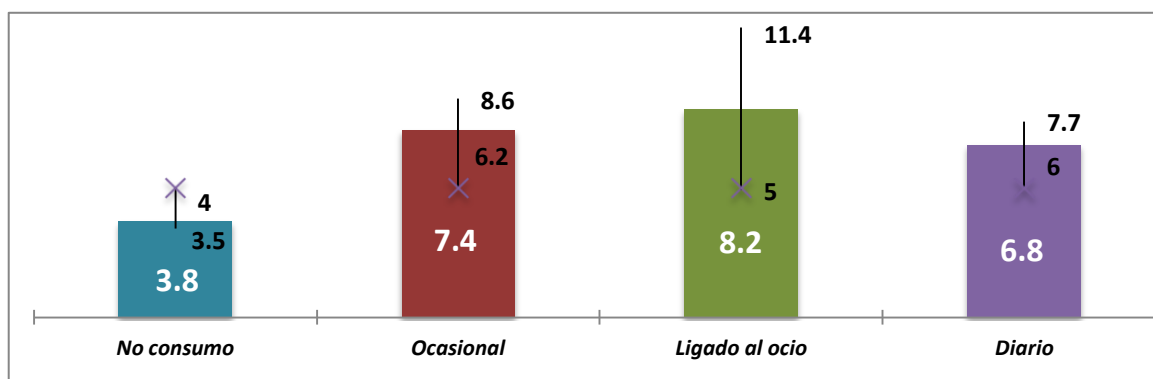
El consumo de alcohol semanal se incrementa de forma exponencial según el patrón de consumo: así, cuando el EIR toma alcohol de forma ocasional señala un consumo de aproximadamente 5 UBE menos por semana que en el caso de aquellos residentes que consumen de forma asociada al ocio (en fin de semana) y hasta 10 UBE menos que reconocen tomas alcohol de forma diaria (figura 20, $p < 0.001$ ANOVA de 1 vía). Lo mismo sucede con los tres tipos de bebidas alcohólicas, salvo para los combinados, que se consumen en mayor cantidad por los bebedores de fin de semana (tabla 27, $p < 0.001$ ANOVA de 1 vía).

Tabla 27. Consumo cuantitativo de alcohol según el patrón de consumo.

	intermitente	fin de semana	diario	p
Cerveza	1.74±2.31	3.73±3.81	9±7.17	$p < 0.001$ ANOVA de 1 vía
Vino	0.72±1.15	0.82±1.41	1.91±2.58	
Combinados	0.85±1.38	2.61±2.24	1.79±2.53	
Total	4.16±4.45	9.77±6.51	14.49±10.36	

Los resultados se muestran como medias con su correspondiente desviación estándar.

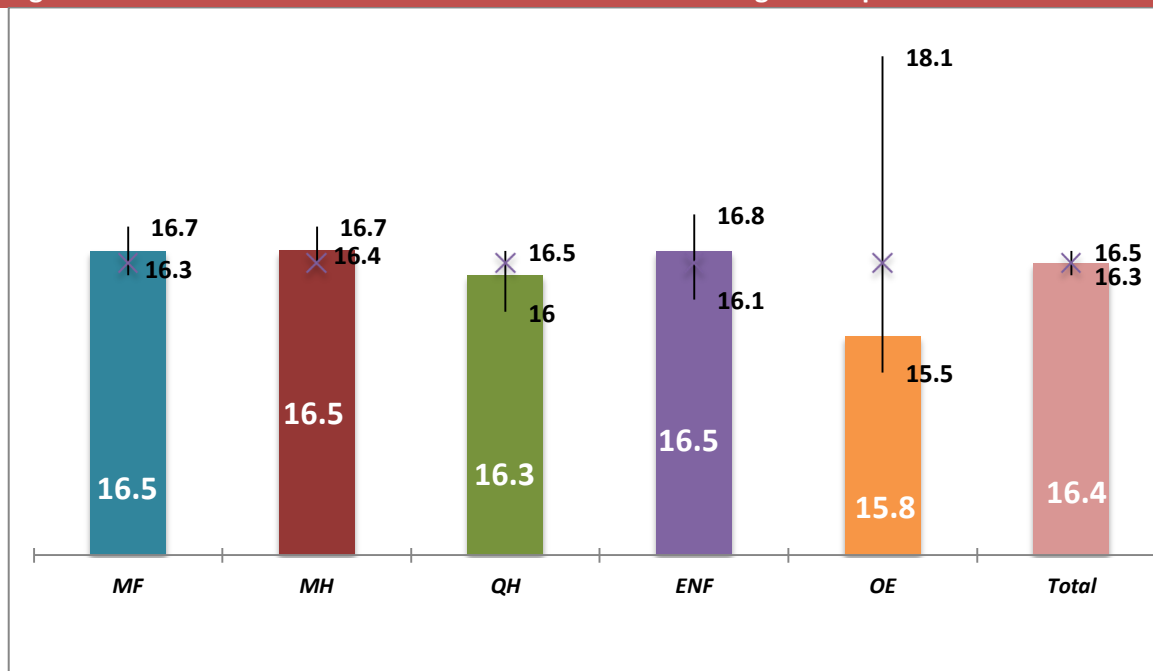
Figura 20. Medias de consumo total de alcohol (UBE/semana) según patrón de consumo



Diferencias significativas con $p < 0.001$ test ANOVA de 1 vía
Se muestra la media con el intervalo de confianza al 95%.

La media de edad del primer consumo de alcohol se sitúa a los 16.4 (± 2.3) años, con un intervalo de confianza al 95% de [16.3; 16.5] con el inicio más precoz a los 8 años y el más tardío a los 30 años. No existen diferencias según la especialidad (tabla 25 y figura 21) ni tampoco por sexo (tabla 26). Sin embargo, sí existen diferencias para la edad de inicio según el patrón de consumo: superior para el consumo ocasional (con inicio entre los 17-18 años) e inferior para el consumo ligado al y el consumo diario (situados entre los 15-16 años) (figura 22; test ANOVA de 1 vía; $p < 0.01$).

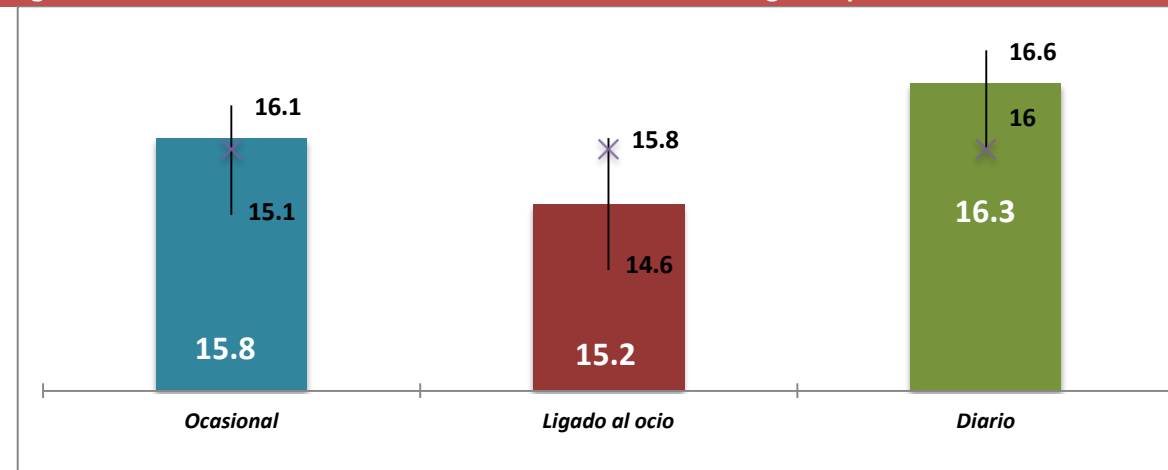
Figura 21. Medias de edad de inicio en el consumo alcohol según la especialidad cursada



Diferencias no significativas con $p = 0.17$, test ANOVA de 1 vía

Se muestra la media con el intervalo de confianza al 95%. MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas, ENF especialidades de Enfermería, OE otras especialidades

Figura 22. Medias de edad de inicio del consumo de alcohol según el patrón de consumo actual

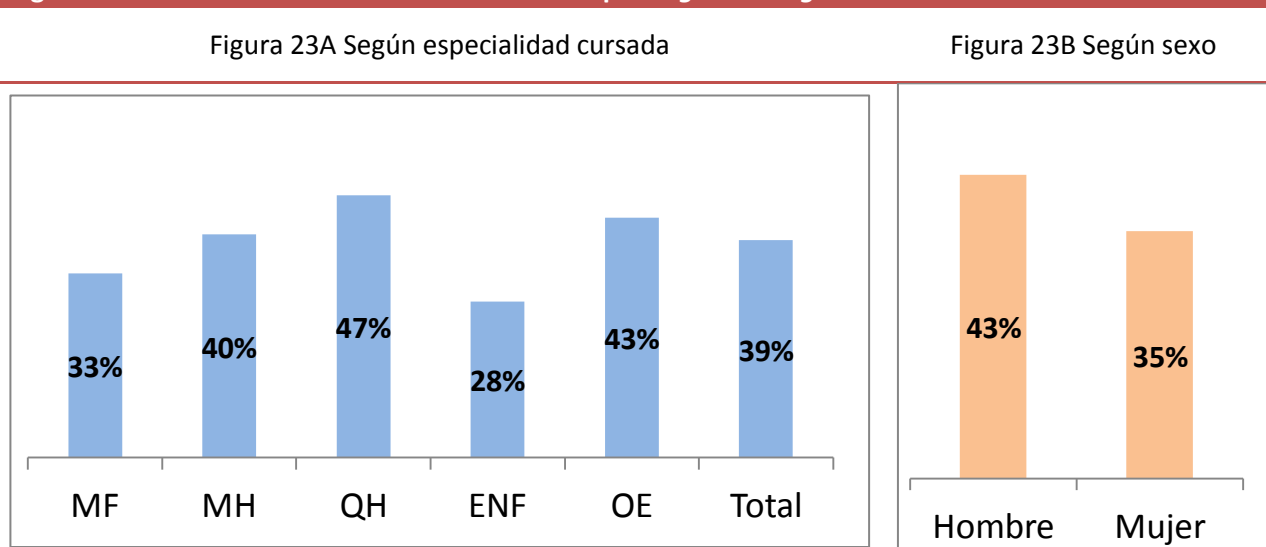


Diferencias no significativas con $p < 0.01$, test ANOVA de 1 vía
Se muestra la media con el intervalo de confianza al 95%.

1.3 Consumo tipo atracón (*binge drinking*) y de riesgo

El 39% de los EIR de Andalucía tienen un patrón de consumo tipo *binge drinking*. Destacan los residentes de las especialidades quirúrgicas y médicas, así como otras especialidades (todos ellos por encima del 40%), mientras que afecta solo a un tercio de los EIR de Medicina Familiar y de Enfermería (figura 23A; $p < 0.001$ test χ^2). También hay diferencias por sexo: los hombres consumen de esta manera en aproximadamente un 8% más que las mujeres (figura 23B; $p = 0.005$ test χ^2)

Figura 23. Distribución del consumo de alcohol tipo *binge drinking*

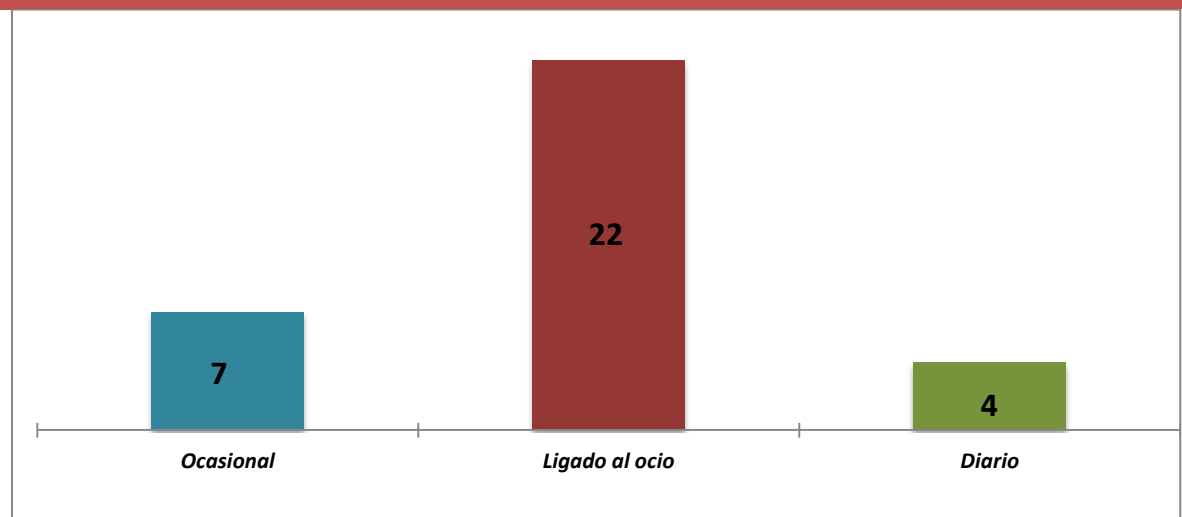


Diferencias significativas con $p < 0.001$, test χ^2
MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas,
ENF especialidades de Enfermería, OE otras especialidades

En cuanto al consumo de riesgo del alcohol, 9 hombres (1.1% del total de los varones) y 24 mujeres (1.4% del total de las mujeres) indicaron un consumo cuantitativo superior al considerado como de riesgo. Las especialidades hospitalarias (medicina y cirugía) presentan un

porcentaje mayor de EIR que declaran un consumo alcohólico de riesgo (1.1% y 0.9%) mientras que el resto tienen una prevalencia inferior (0.7% MF, 0.6% OE y 0.2 ENF) aunque sin diferencias significativas. Si se aprecian posibles diferencias en la presencia de consumidores de riesgo de alcohol según el patrón de consumo, siendo más frecuente cuando se toma alcohol ligado a actividades de ocio (figura 24; $p < 0.05$ test χ^2).

Figura 24. Número total de EIR con consumo de riesgo de alcohol según el patrón de consumo actual



Diferencias significativas con $p = 0.083$ test χ^2

1.4 Intoxicaciones agudas por el alcohol

La mayoría de EIR, algo más de las tres cuartas partes, refiere no haber sufrido nunca una intoxicación alcohólica aguda. Un total de 263 residentes reconocen haber tenido haber tenido una borrachera en el último año, 76 residentes en el último mes y 22 encuestados en la última semana (figura 25).

Hay diferencias en este apartado según la especialidad cursada (tabla 28): los EIR de enfermería y de otras especialidades son los que menos intoxicaciones alcohólicas agudas reconocen, mientras que los especialistas en formación de medicina y cirugía hospitalaria son los que más intoxicaciones informan. Así, ENF y OE refieren no haber tenido una intoxicación aguda por alcohol en prevalencias superiores un 5-10% frente al resto de especialidades ($p = 0.033$ test χ^2). Por otro lado, las especialidades MH y QH presentan cifras superiores de intoxicación aguda en el último año ($p = 0.004$ test χ^2) y posiblemente en el último mes ($p = 0.070$ test χ^2). No hay diferencias según la especialidad para las prevalencias de borracheras en la última semana.

También existen diferencias por sexo: las mujeres presentan una menor prevalencia de intoxicaciones aguda por alcohol frente a los hombres (figura 26; $p < 0.01$ test χ^2).

Figura 25. Prevalencias de intoxicación etílica aguda según el tiempo transcurrido

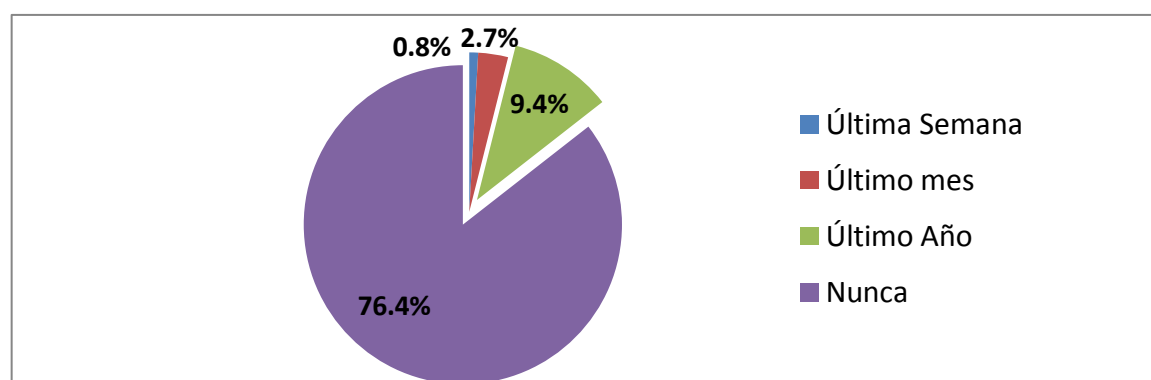


Tabla 28. Prevalencia de las intoxicaciones agudas según el tiempo transcurrido y la especialidad cursada.

Intoxicación aguda por alcohol	MF	MH	QH	ENF	OE	p
Nunca	78.5%	74.1%	75.2%	80.9%	84.4%	p=0.033 χ^2
Último año	8.1%	10.8%	11.2%	2.6%	5.5%	p=0.004 χ^2
Último mes	1.4%	3.2%	3.7%	1.3%	1.8%	p=0.070 χ^2
Última semana	0.8%	0.6%	1.3%	1.3%	0%	p=0.479 χ^2

Figura 26. Prevalencias de intoxicación etílica aguda según el tiempo transcurrido y el sexo

Figura 26A Intoxicación alcohólica aguda en hombres

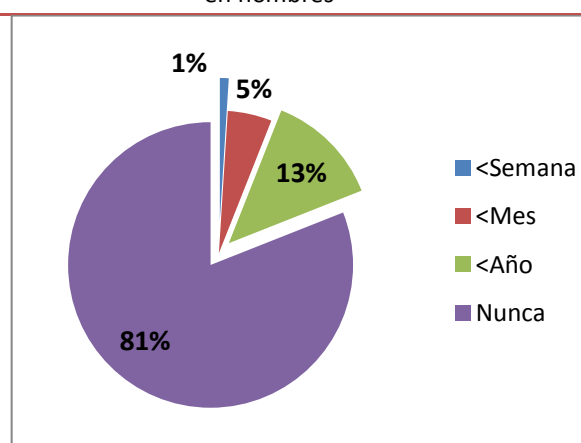
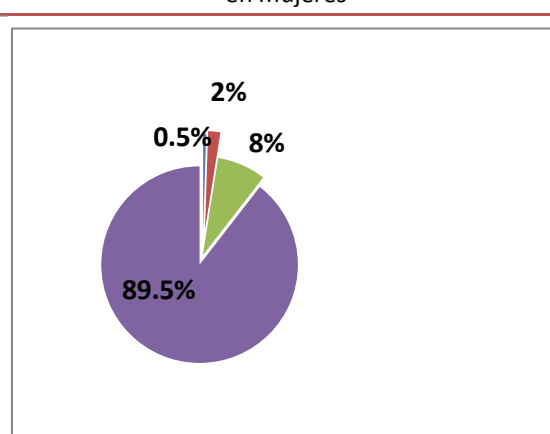


Figura 26B Intoxicación alcohólica aguda en mujeres



Diferencias significativas con $p < 0.01$ test χ^2

2. Características del consumo de tabaco

El 17.3% de los EIR encuestados reconocen fumar (435 en total). Existen diferencias en el consumo según la especialidad cursada apreciándose una mayor prevalencia de consumo en los EIR de las especialidades de Medicina Familiar y las Especialidades Quirúrgicas, siendo inferior en la especialidades de Enfermería y No Sanitarias (tabla 29; $p < 0.05$ test χ^2). También se aprecian diferencias por sexo, con una prevalencia superior al 3% en hombres frente a mujeres (tabla 30; $p < 0.05$ test χ^2).

Tabla 29. Principales características del consumo de tabaco según la especialidad del EIR.

	MF	MH	QH	ENF	OE	p
Prevalencia del tabaquismo	18.3%	16.3%	19.4%	15.2%	14.5%	$p=0.446$ Test χ^2
Patrón de consumo						
No consumo	82%	84%	81%	85%	86%	$p=0.269$ Test χ^2
Intermitente	6%	6%	9%	6%	3%	
Fin de semana	2%	1%	1%	1%	3%	
Diario	10%	9%	9%	8%	8%	
Consumo cuantitativo (cigarrillos/día)	8.3±8.1 [6.7;9.9]	8.2±7.2 [7;9.4]	5.6±5.9 [4.3;7]	5.6±3.1 [3.9;7.3]	7.5±7.40 [3.2;11.8]	$p=0.067$ ANOVA 1 vía
Edad de inicio (años)	17.9±3.5 [17.3;18.4]	17.6±3.6 [17.1;18]	17±3,3 [16.4;17.4]	16.7±2.2 [16.1;17.4]	16.9±2.3 [16;17.8]	$p=0.125$ ANOVA

2.1 Patrones de consumo

El patrón de consumo de tabaco más prevalente es el consumo diario, con una prevalencia general del 53% de los fumadores. La segunda forma de consumo es el patrón intermitente (41%) y a distancia queda el tabaquismo asociado a momentos de ocio o en fin de semana (6%) (figura 27). Estas formas de consumo de tabaco no se ven modificadas según la especialidad del EIR (tabla 29) pero sí según el sexo del fumador: el consumo diario entre los varones es un 3% superior respecto a las mujeres (tabla 30; $p < 0.05$ test χ^2).

2.2 Consumo cuantitativo y edad de inicio

La media del consumo de tabaco es de 7.5 cigarrillos por día (con un intervalo de confianza al 95% de [6.8; 8.3]). El consumo cuantitativo parece superior en las especialidades Médicas Hospitalarias y de Medicina Familiar frente al resto (tabla 29; $p < 0.10$ test ANOVA de 1 vía) pero sus intervalos de confianza se solapan, con un rango de consumo desde 1 cigarrillo diario hasta más de 30 (aunque casi el 80% consume menos de 10). Los hombres tienen una media de consumo superior en 2-3 cigarrillos/día con respecto al consumo de las mujeres pero sin diferencias significativas (tabla 30 y figura 28).

El consumo de cigarrillos se incrementa de forma exponencial según el patrón de consumo del fumador: así, el fumador ocasional indica que fuma una media de 1.7 cigarrillos/día (± 1.6), muy similar al consume cuantitativo del tabaquismo asociado al ocio (1.8 cigarrillos/día ± 1.1); sin embargo. Los fumadores diarios multiplicando por diez ese valor, con una media de consumo de 11.1 cigarrillos diarios (± 6.9) (test ANOVA de 1 vía, $p < 0.001$).

La media de edad del primer consumo de cigarrillos se sitúa a los 17.4 años (intervalo de confianza al 95% [17.2; 17.7]), con el inicio más precoz a los 14 años y el más tardío a los 21 años. No existen diferencias según la especialidad (tabla 29 y figura 29) ni tampoco por sexo (tabla 30 y figura 30). Tampoco existen diferencias si se considera el patrón de consumo: 17.1 años (± 3.2) para el consumo ocasional, 17.1 años (± 3.7) para el consumo ligado al ocio y 17.7 años (± 3.5) para los fumadores diarios. Sin embargo, el valor de la edad de inicio para el tabaquismo es inferior entre aquellos EIR que se reconocen exfumadores, con una media de edad de 15,6 años (± 2.3), con diferencias casi significativas respecto al resto de patrones de consumo (test ANOVA de 1 vía; $p = 0.079$).

Tabla 30. Principales características del consumo de tabaco según el sexo de los EIR.

	hombre	mujer	p
Prevalencia del tabaquismo	19.5% (153)	16.2% (279)	$p = 0.046$ test χ^2
Patrón de consumo			
No consumo	81%	84%	$p = 0.048$ test χ^2
Intermitente	7%	6%	
Fin de semana (asociado al ocio)	1%	2%	
Diario	11%	8%	
Consumo cuantitativo cigarrillos/día	9.1 ± 7.7	6.6 ± 6.7	$p = 0.74$ test t Student
Edad de inicio	17.7 ± 3.4	17.3 ± 3.4	$p = 0.151$ test t Student

Figura 27. Distribución del patrón de consumo tabaco en los EIR

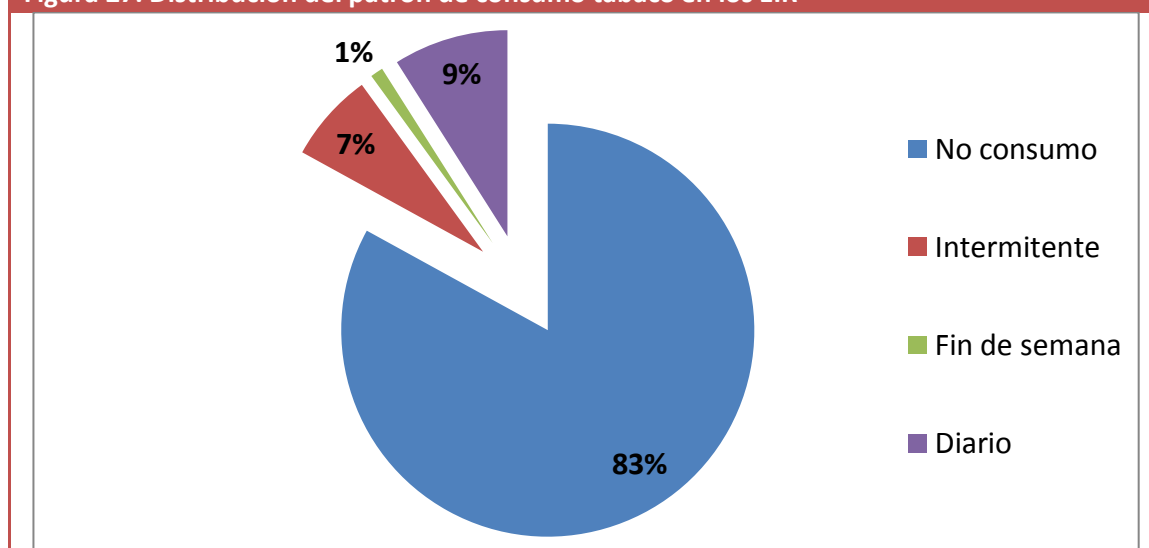
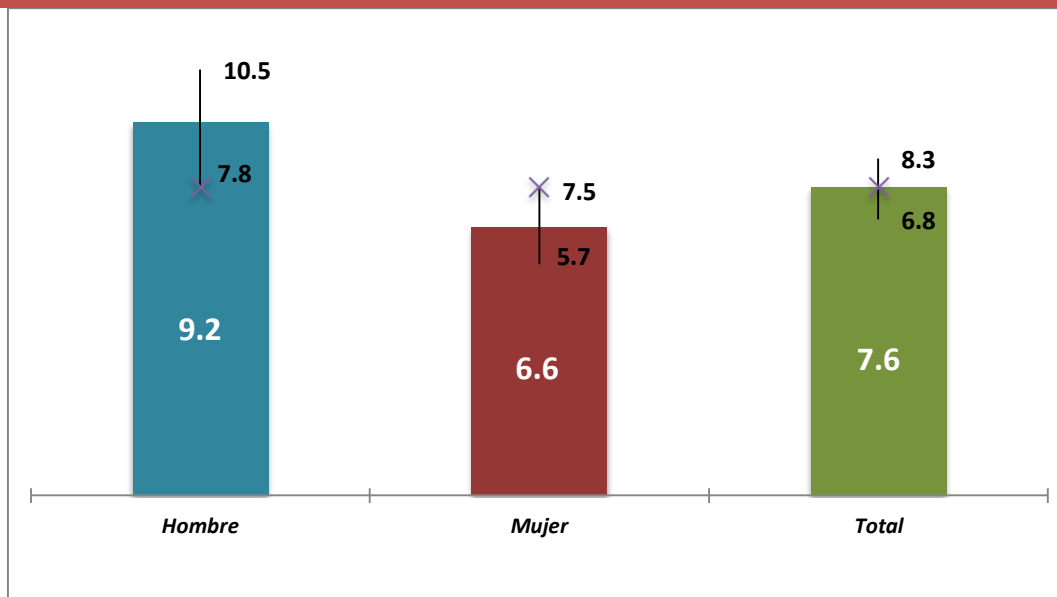
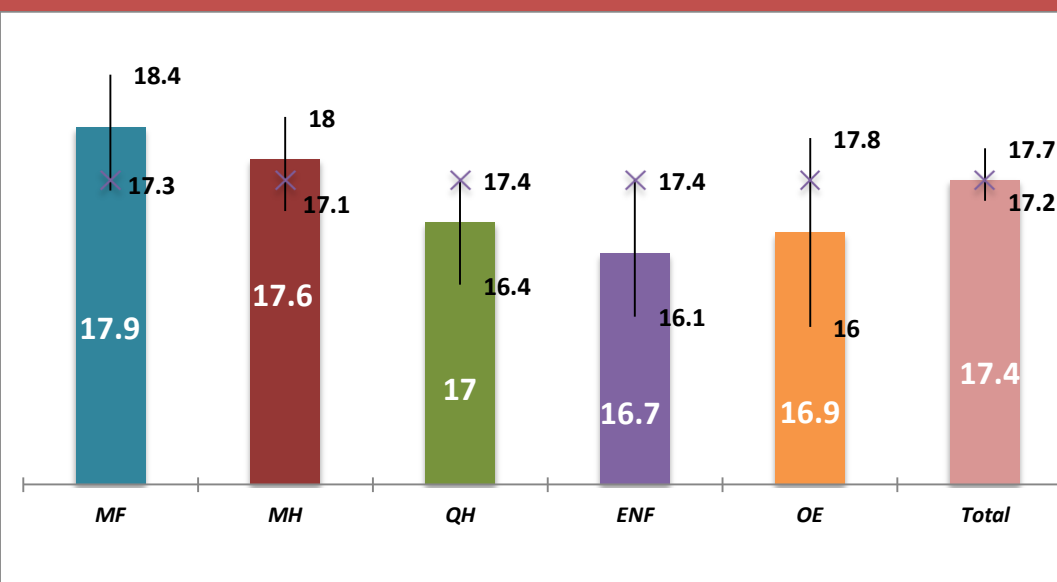


Figura 28. Consumo medio de cigarrillos/día por sexo



Se muestra la media con el intervalo de confianza al 95%.

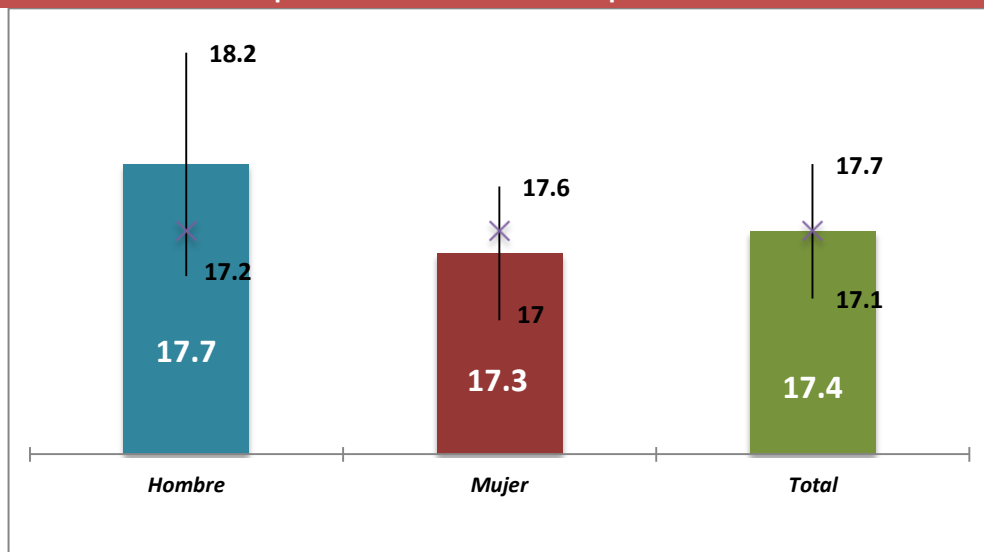
Figura 29. Medias de edad para el inicio del consumo de tabaco según especialidad cursada



Se muestra la media con el intervalo de confianza al 95%.

MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas, ENF especialidades de Enfermería, OE otras especialidades

Figura 30. Medias de edad para el consumo de tabaco por sexo

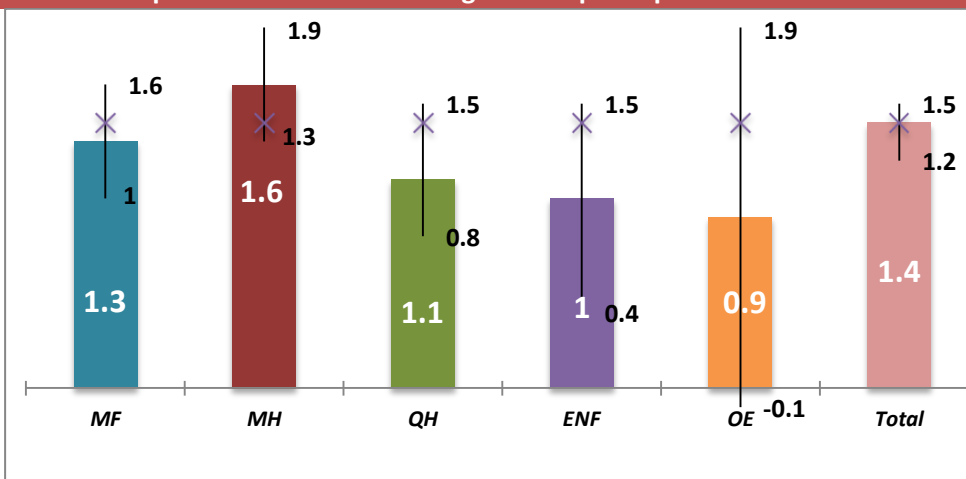


Se muestra la media con el intervalo de confianza al 95%.

2.3 Dependencia a la nicotina

La dependencia a la nicotina ha sido valorada mediante el test Fagerström. La media de las puntuaciones obtenidas entre los EIR ha sido de 1.4 puntos en total (con un intervalo de confianza de [0.47; 3.27]); el valor máximo obtenido ha sido 8 puntos mientras que el mínimo fue de cero puntos. No hay diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas según la especialidad (figura 31) ni tampoco en función del sexo (figura 32).

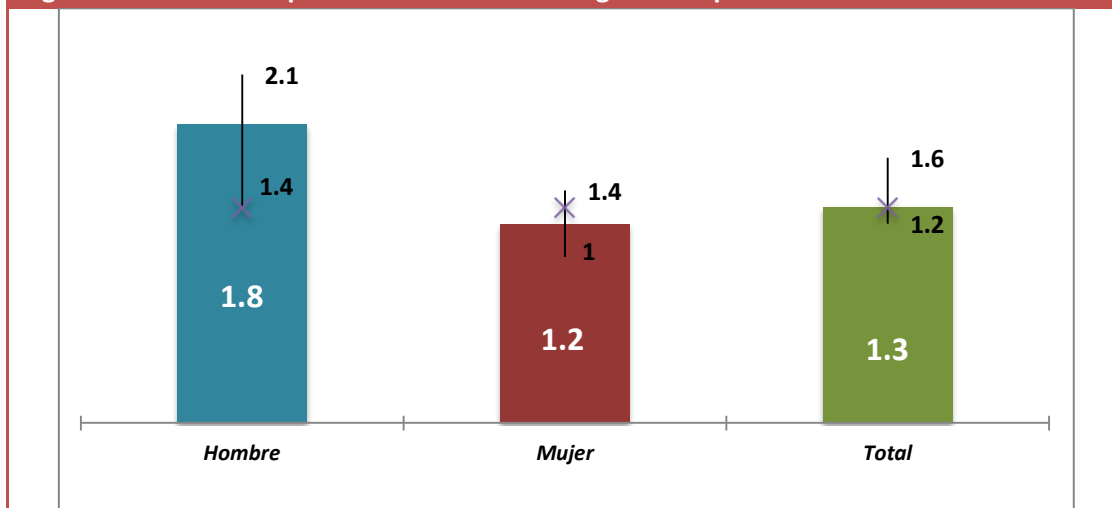
Figura 31. Medias de puntuación del test de Fagerström por especialidad cursada



Se muestra la media con el intervalo de confianza al 95%.

MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas, ENF especialidades de Enfermería, OE otras especialidades

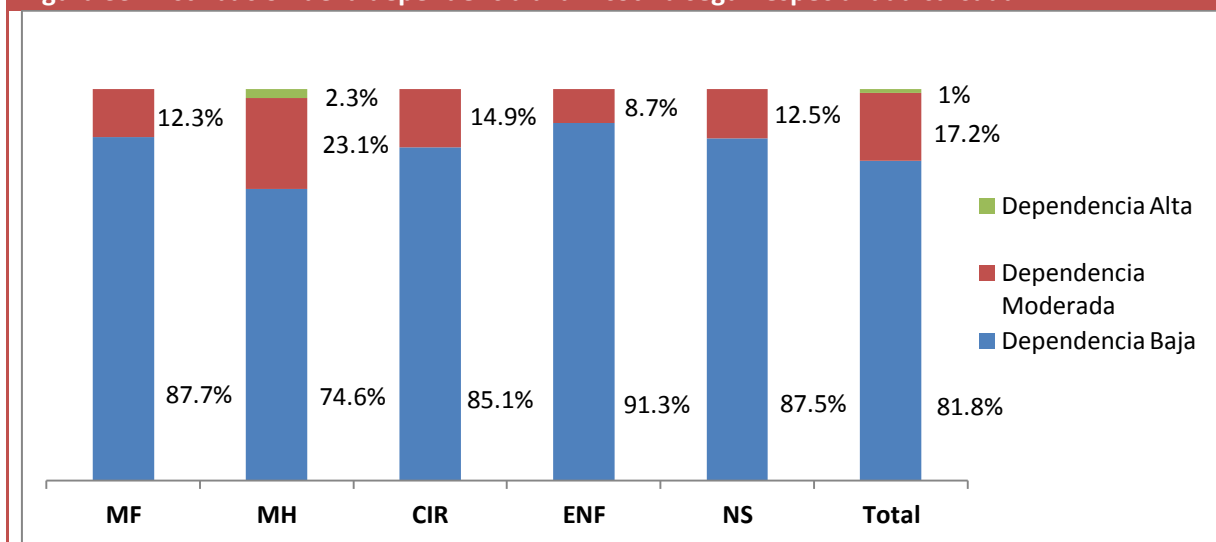
Figura 32. Medias de puntuación del test de Fagerström por sexo



Se muestra la media con el intervalo de confianza al 95%.

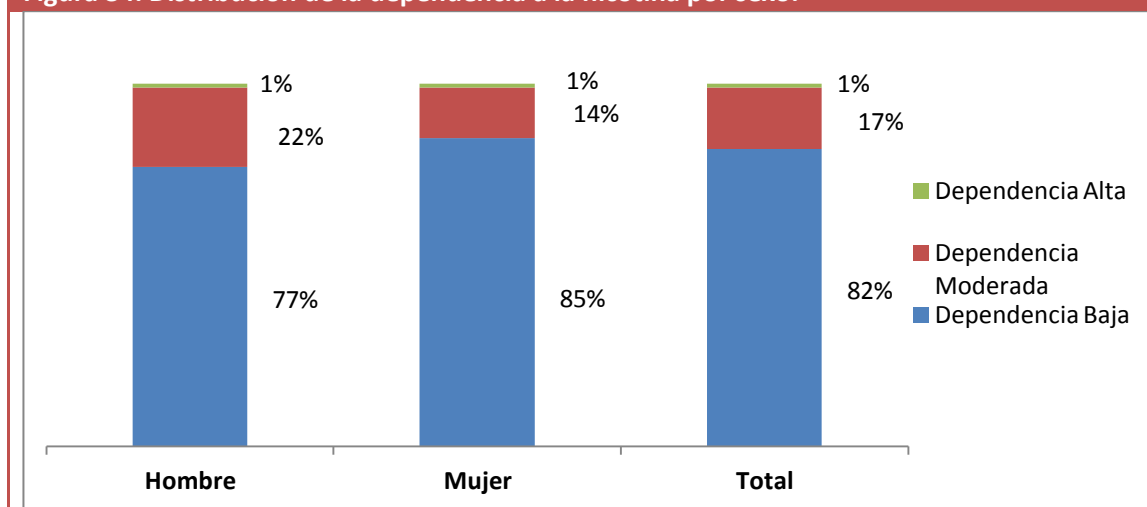
Valorando el test según sus resultados cualitativos, más del 80% de los EIR que consumen tabaco tienen una dependencia baja a la nicotina; la dependencia moderada se encontró en menos del 18% de los fumadores mientras que la dependencia alta sólo se constató en el 1% de las respuestas recibidas. Existen diferencias según la especialidad cursada: todos los EIR con una dependencia alta se encontraron dentro el grupo de especialidades de Medicina Hospitalaria, mientras que los especialistas en formación de Enfermería presentaron más de un 90% de cuestionarios con una dependencia baja (figura 33; $p=0.078$ test χ^2). Respecto al sexo (figura 34), aunque las mujeres parecen presentar una mayor prevalencia de dependencia leve a la nicotina, no existen diferencias estadísticamente significativas.

Figura 33. Distribución de la dependencia a la nicotina según especialidad cursada.



MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas, ENF especialidades de Enfermería, OE otras especialidades

Figura 34. Distribución de la dependencia a la nicotina por sexo.



Las respuestas obtenidas en detalle a cada pregunta del test de Fagerström se ofrecen en las tablas 31 y 32. Se aprecia cómo el tiempo que transcurre desde que un fumador se despierta por la mañana hasta que se fuma el primer cigarrillo es mayor de 60 minutos en la mayoría de los EIR (67%). Un 14% fuma su primer cigarrillo del día entre los 31-60 minutos de levantarse, e igual prevalencia ocurre en los que fuman entre los 6-30 minutos tras despertar. Sólo un 5% fuma el primer cigarrillo antes de transcurridos cinco minutos tras levantarse por la mañana. No existen grandes diferencias significativas por grupos de especialidad en sus respuestas dadas a esta primera pregunta del test de Fagerström, como puede apreciarse en la tabla 31. Las especialidades no sanitarias presentan la mayor prevalencia de consumo del primer cigarrillo transcurrida una hora tras levantarse, mientras que todos los especialistas internos en Enfermería tardan más de cinco minutos en fumarse el primer cigarrillo aunque no existen diferencias estadísticas significativas con el resto de residentes fumadores. En cambio sí existen diferencias por sexo (tabla 32): un 16% más de mujeres tardan más de una hora en fumar su primer cigarrillo del día respecto a los hombres, mientras que estos tienen una prevalencia superior al 3% en el consumo antes de que pasen cinco minutos tras levantarse y al 6% en la primera meda hora (tabla 32; $p=0.009$ test χ^2).

A un 12% de los residentes fumadores les cuesta trabajo no fumar en lugares públicos donde se encuentra prohibido, con una mayor prevalencia en las especialidades de Enfermería (hasta un 20%), siendo la especialidad de Medicina Familiar la que ofrece un menor porcentaje de respuestas positivas en esta pregunta (8%) (tabla 31), aunque sin diferencias estadísticas. No hay diferencias en esta pregunta según el sexo (tabla 32).

Un 14% considera que el primer cigarrillo del día es el más difícil de dejar de consumir, sobre todo en las especialidades de Medicina Hospitalaria (19%) frente a las Quirúrgicas o Enfermería (por debajo del 10%) (tabla 31). Un 8% más de hombres residentes responden afirmativamente a esta pregunta, respecto a las mujeres (tabla 32; $p=0.025$ test χ^2).

En global, un 77% consumen menos de 10 o menos cigarrillos de forma diaria, un 19% fuman de 11 a 20 cigarrillos por día, un 3% consumen de 21 a 30 cigarrillos diarios mientras que el 1% necesita fumar más de 30. No existen diferencias significativas según la especialidad aunque las especialidades de Enfermería son la de mayor prevalencia de consumo por debajo

de 11 cigarrillos diarios (tabla 31). La distribución de las respuestas también ofrece diferencias por sexo, de forma que se aprecia un menor consumo de cigarrillos en las mujeres (tabla 32; $p=0.015$ test χ^2).

Un 7% fuman antes de transcurrida una hora tras levantarse por la mañana. En esta pregunta sí se encuentran diferencias significativas según la especialidad cursada (tabla 31; $p<0.05$ test χ^2) de forma que las especialidades de Enfermería y Medicina Hospitalaria presentan las mayores prevalencias de consumo en esa primera hora, mientras que todos los residentes fumadores No Sanitarios comienzan a fumar transcurrido ese tiempo. No existen diferencias según el sexo del residente.

Por último, un 26% de los residentes continúan fumando aunque se encuentren tan enfermos que deban permanecer en cama. Los porcentajes por especialidad son similares, siendo las prevalencias más elevadas en Enfermería (tabla 31). Más de un 10% de los hombres reconocen haber fumado pese a estar muy enfermo, respecto a las mujeres (tabla 32; $p=0.011$ test χ^2).

Tabla 31. Respuestas al cuestionario de Fagerström en función de la especialidad.

	MF	MH	QH	ENF	OE	p
Tiempo hasta primer cigarrillo						
>60min	64%	63%	72%	75%	88%	$p=0.428$ test χ^2
31-60 min	17%	13%	15%	13%	6%	
6-30 min	14%	19%	8%	12%	6%	
≤5 min	5%	5%	5%	0%	0%	
Difícil no fumar en público	8%	14%	13%	20%	11%	$p=0.382$ test χ^2
Primer cigarrillo del día más difícil de dejar que otros	12%	19%	7%	8%	12%	$p=0.105$ test χ^2
Cigarrillos diarios						
<11	79%	71%	81%	92%	81%	$p=0.148$ test χ^2
11-20	16%	26%	16%	4%	13%	
21-30	3%	2%	3%	0%	6%	
>30	2%	1%	0%	4%	0%	
Fumar más a primera hora de la mañana	3%	10%	4%	16%	0%	$p=0.020$ test χ^2
Continuar fumando aunque esté muy enfermo	21%	29%	26%	32%	19%	$p=0.471$ test χ^2

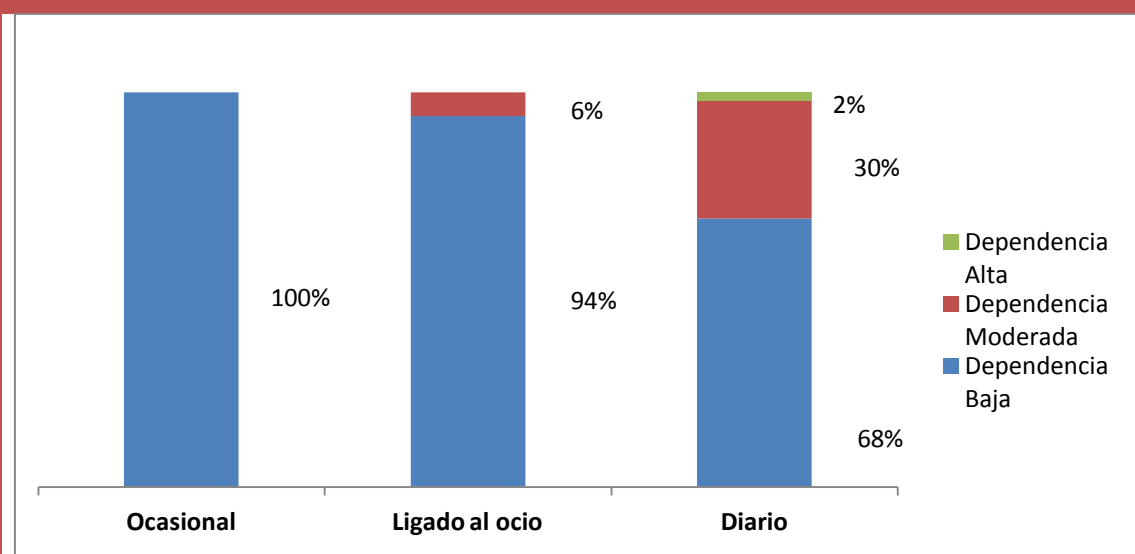
MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas, ENF especialidades de enfermería, OE otras especialidades.

Tabla 32. Respuestas al cuestionario de Fagerström en función del sexo.

	hombre	mujer	p
Tiempo hasta primer cigarrillo			
>60min	56.6%	72.7%	p=0.009 test χ^2
31-60 min	18.4%	11.7%	
6-30 min	18.4%	12.1%	
≤5 min	6.6%	3.4%	
Difícil no fumar en público	11.6%	12.3%	p=0.827 test χ^2
Primer cigarrillo del día más difícil de dejar que otros	18.6%	10.7%	p=0.025 test χ^2
Cigarrillos diarios			
<11	70.7%	80.9%	p=0.015 test χ^2
11-20	23.6%	16.4%	
21-30	5.1%	1.1%	
>30	0.6%	1.5%	
Fumar más a primera hora de la mañana	6.3%	7.1%	p=0.756 test χ^2
Continuar fumando aunque esté muy enfermo	32.7%	21.5%	p=0.011 test χ^2

La dependencia a la nicotina es diferente según el patrón de consumo que adopte el residente fumador. El valor medio del test de Fagerström se incrementa de una media de 0.14 puntos (± 0.42) en los consumidores ocasionales y de 0.49 (± 1.20) en los fumadores ligados al ocio hasta los 2.31 puntos de media (± 2.14) de los fumadores diarios ($p < 0.001$, test ANOVA de 1 vía). La figura 35 muestra las prevalencias de dependencia a la nicotina según el patrón de consumo, observándose cómo solo existe dependencia baja entre los consumidores ocasionales, mientras que más de la tercera parte de los fumadores diarios presentan una dependencia moderada o alta ($p < 0.001$; test χ^2).

Figura 35. Distribución de la dependencia nicotínica según patrón de consumo



2.4 Cese del consumo y motivación para el cambio

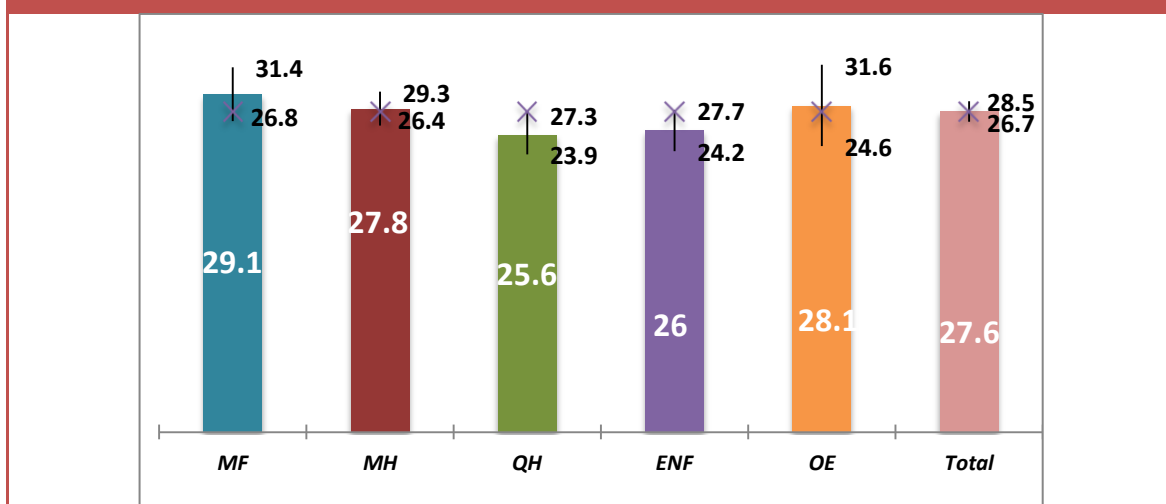
Un 7% de los residentes encuestados son exfumadores (más de un año sin fumar). La prevalencia es similar entre las diferentes especialidades: Medicina Familiar 7.2%, Médicas Hospitalarias 6.2%, Quirúrgicas Hospitalarias 6.4%, Enfermería 12% y No sanitarias 9.4% ($p=0.269$ - test χ^2). Estableciendo diferencias por sexo, un 6.4% de los hombres y un 7.3% de las mujeres son exfumadores ($p=0.048$ - test χ^2).

La media de edad en el momento del cese en el consumo de tabaco es de 27.6 años (con un intervalo de confianza del 95% de [26.7; 28.5]). La media de edad no presenta diferencias estadísticas según la especialidad aunque ofrece distintos intervalos de confianza para la edad del cese de consumo (figura 36). La edad del cese del tabaquismo según el sexo se muestra en la figura 37 y es superior en los hombres pero sin presentar diferencias significativas.

Entre los fumadores, más de la mitad (51%) han intentado dejar de fumar en alguna ocasión (54% varones y 50% mujeres). Tampoco existen diferencias según especialidad: Medicina Familiar 48%, Médicas Hospitalarias 52%, Quirúrgicas Hospitalarias 54%, Enfermería 62% y No Sanitarias 38.4% ($p=0.553$ - test χ^2). Sin embargo, los consumidores de tabaco a diario, por su parte, presentan mayor prevalencia de intentos para dejar de fumar (58%) frente a los fumadores ocasionales (44%) y respecto al consumo ligado al ocio (33%) ($p<0.001$, test χ^2).

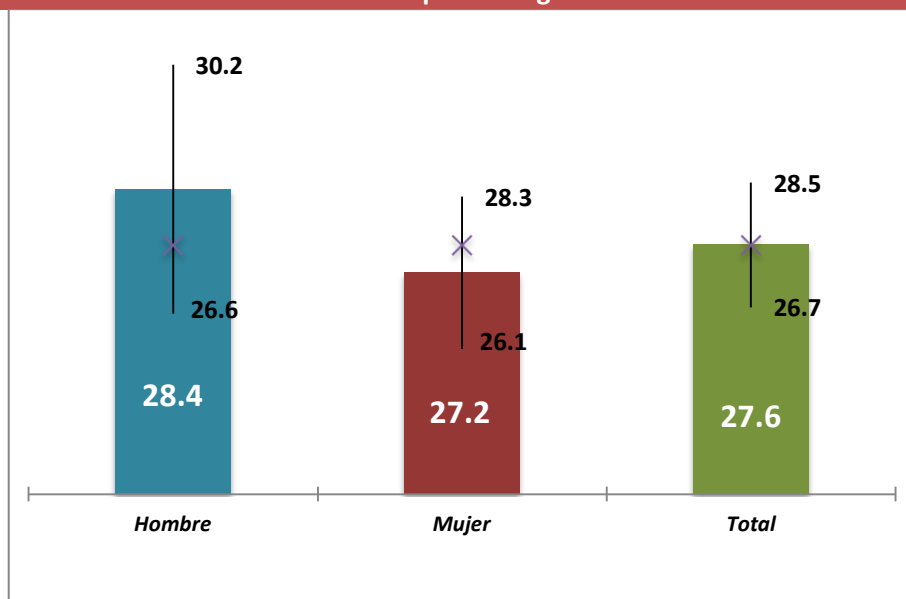
Los exfumadores tuvieron que realizar 5.8 intentos (intervalo de confianza al 95% [4.4; 7.2]) para conseguir abandonar el hábito, similar a la media de intentos que indican los fumadores activos: 5.2 intentos (intervalo de confianza al 95 [2.1; 8.3]). Esta media es inferior en las especialidades de Medicina Familiar y Quirúrgicas Hospitalarias frente al resto de especialidades (figura 38; $p<0.001$ test ANOVA de 1 vía). No hay diferencias en el número de intentos para dejar de fumar entre hombres (5 ± 3.6) y mujeres (5.3 ± 3.9) ($p=0.543$, test t Student;) ni según el patrón de consumo.

Figura 36. Medias de edad de cese del tabaquismo según especialidad cursada



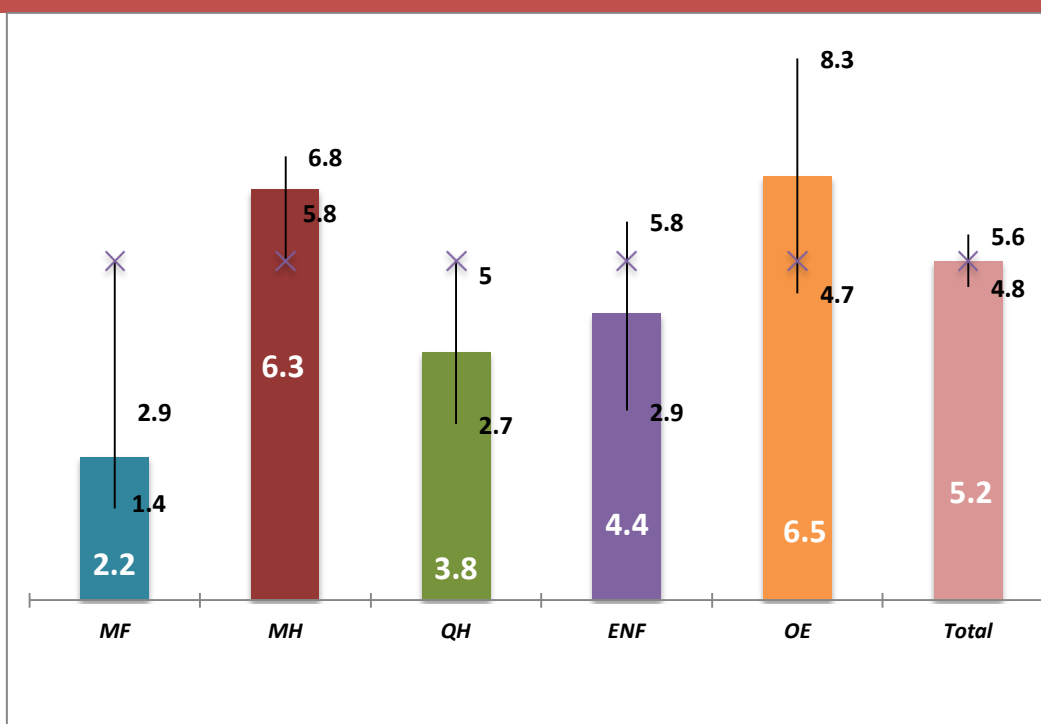
Se muestra la media con el intervalo de confianza al 95%. Test de ANOVA de 1 vía $p=0.127$
 MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas,
 ENF especialidades de Enfermería, OE otras especialidades

Figura 37. Medias de edad de cese del tabaquismo según el sexo.



Se muestra la media con el intervalo de confianza al 95%. Diferencias significativas con $p = 0.25$, test t Student .

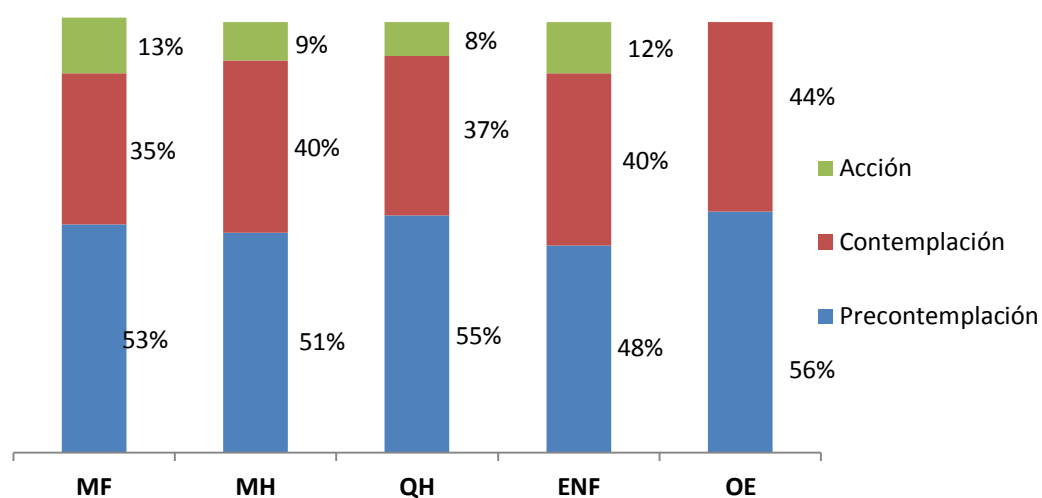
Figura 38. Medias de número de intentos de cese tabaquismo según especialidad cursada



Se muestra la media con el intervalo de confianza al 95%. Test ANOVA de 1 vía ($p < 0.001$)
 MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas,
 ENF especialidades de Enfermería, OE otras especialidades

Según los estadios de motivación respecto al tabaquismo, el 52% de los residentes fumadores están en precontemplación (no desean dejar de fumar), un 38% se encuentran en la fase de contemplación (se plantean dejar de fumar) mientras que el restante 10% indican estar en fase de acción (preparación inmediata para dejar el consumo). No existen diferencias significativas según la especialidad cursada (figura 39) ni el sexo (figura 40). Sin embargo, el patrón de consumo de tabaco influye en la motivación para el cambio: las prevalencias de residentes fumadores en precontemplación son superiores entre los que fuman de forma ocasional, mientras que los que fuman de forma diaria o en fin de semana tienen un mayores porcentajes en la fase de contemplación (figura 41; $p > 0.001$, test χ^2).

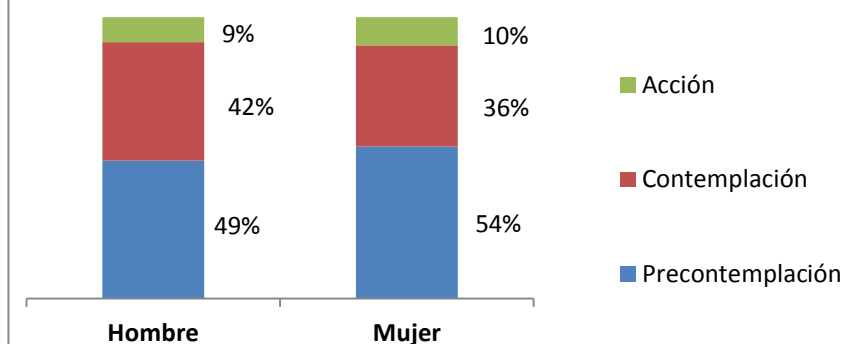
Figura 39. Distribución en los diferentes estadios de motivación según especialidad cursada



Diferencias no significativas con test χ^2 ($p=0.835$)

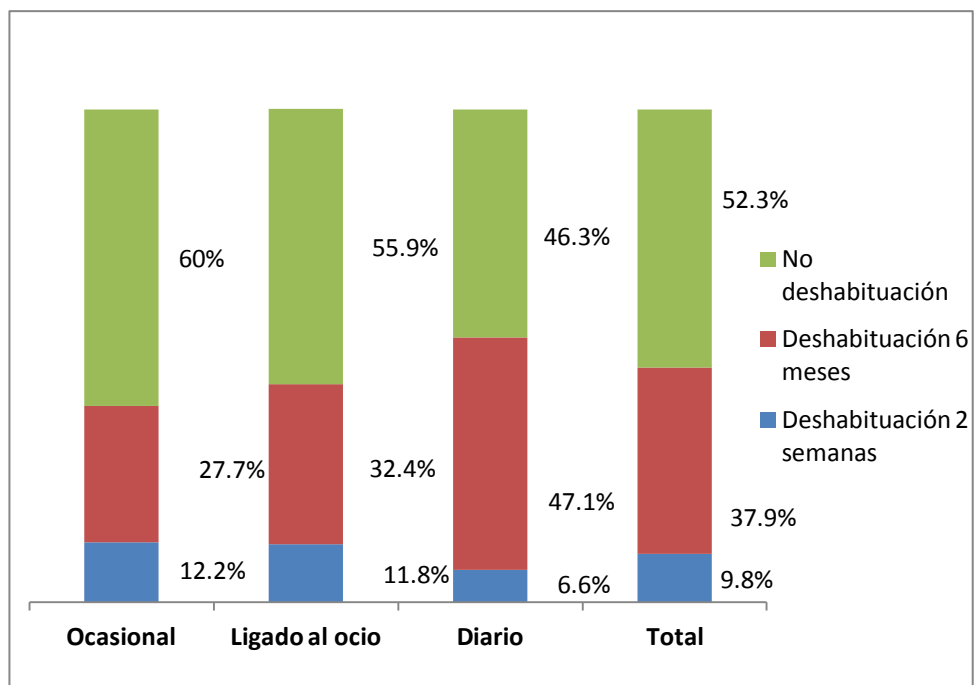
MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas, ENF especialidades de Enfermería, OE otras especialidades

Figura 40. Distribución en los diferentes estadios de motivación según sexo



Diferencias no significativas con test χ^2 ($p=0.494$)

Figura 41. Distribución deshabituación tabáquica según patrón consumo



Diferencias significativas con $p > 0.001$, test χ^2

3. Características del consumo de drogas ilegales

El 4.9% de los EIR encuestados afirman haber consumido o consumir drogas ilegales (137 residentes). No existen diferencias estadísticas en el consumo según la especialidad cursada, aunque se aprecia una mayor prevalencia de consumo en los EIR de las otras especialidades (OE) y las Especialidades Quirúrgicas (QH), siendo inferior en la especialidades de Enfermería (ENF) (tabla 33; $p>0.05$ test χ^2). Se observan, en cambio, diferencias significativas en el consumo de drogas ilegales por sexo, de forma que la prevalencia entre los hombres es casi un 4% a la prevalencia en las mujeres (tabla 34; $p<0.001$ test χ^2).

3.1 Tipo de drogas consumidas

El tipo de droga más frecuentemente empleado es el cannabis, que es consumido por un total de 87 residentes (73%), seguido por los ansiolíticos con un 23% (suponen un total de 27 EIR). Con un menor consumo se encuentran las drogas de diseño (7 EIR: 5.8%), la cocaína (5 EIR: 4.2%) y por último la heroína (3 EIR: 2.5%). Existen diferencias en el consumo según la especialidad cursada (tabla 33): el consumo de cannabis es más frecuente en especialistas en formación de MF, QH y ENF ($p<0.05$ test χ^2) mientras que el uso de ansiolíticos puede estar más extendido entre los EIR de OE y MH ($p<0.10$ test χ^2). De igual forma existen diferencias según el sexo y el tipo de droga elegida para su consumo (tabla 34): los hombres prefieren usar cannabis (48 hombres frente a 34 mujeres, $p<0.05$ test χ^2) mientras que las mujeres utilizan en mayor media los ansiolíticos (18 mujeres frente a 9 hombres, $p<0.08$ test χ^2), mientras que para el resto de las drogas declaradas no existen diferencias.

Tabla 33. Principales características del consumo de drogas ilegales según la especialidad del EIR.

	MF	MH	QH	ENF	OE	p
Consumo de drogas	4.7%	4.5%	6.2%	3.2%	7.1%	$p=0.373$ test χ^2
Tipo de droga						
Cannabis	86%	62%	86%	80%	38%	$p=0.015$ test χ^2
Heroína	3.4%	2%	3.6%	0%	0%	$p=0.520$ test χ^2
Cocaína	0%	2%	14.3%	0%	0%	$p=0.195$ test χ^2
Diseño	3.4%	2%	17.9%	0%	0%	$p=0.281$ test χ^2
Ansiolítico	10.3%	32%	10.7%	20%	50%	$p=0.076$ test χ^2

Tabla 34. Principales características del consumo de drogas ilegales según el sexo de los EIR.

	hombre	mujer	p
Prevalencia consumo drogas	7.5%	3.7%	$p<0.001$ test χ^2
Tipo de droga			
Cannabis	83%	63%	$p=0.015$ test χ^2
Heroína	3.4%	1.6%	$p=0.520$ test χ^2
Cocaína	1.7%	6.5%	$p=0.195$ test χ^2
Diseño	3.4%	8.1%	$p=0.281$ test χ^2
Ansiolítico	15.5%	29%	$p=0.076$ test χ^2

3.2 Patrones de consumo

El patrón de consumo más frecuente es el intermitente, mientras que 1 de cada 10 EIR refieren un consumo diario y sólo una pequeña proporción que reconocen un consumo ligado al ocio o en fin de semana (figura 42). No hay diferencias significativas en los patrones de consumo según las diferentes especialidades, aunque puede apreciarse cómo los residentes de enfermería sólo consumen de forma intermitente mientras que las especialidades MH y OE tienen prevalencias de consumo diario superiores al resto (figura 43). Tampoco existen diferencias en el patrón de consumo según el sexo (figura 44).

Figura 42. Distribución del patrón de consumo de drogas ilegales en los EIR

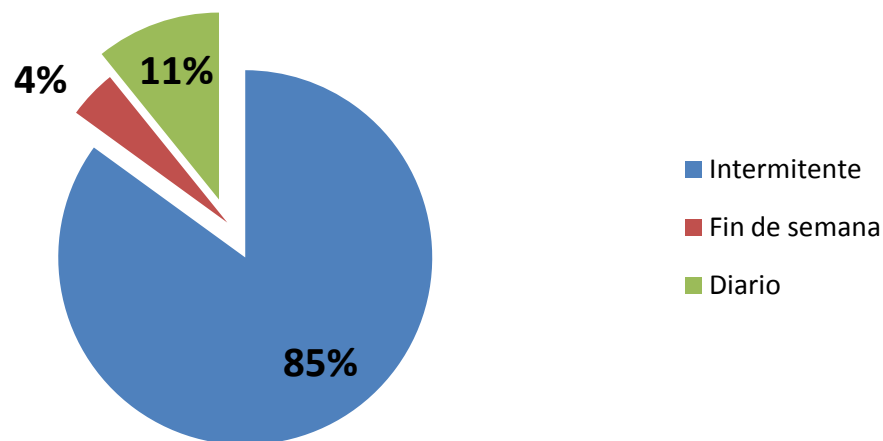
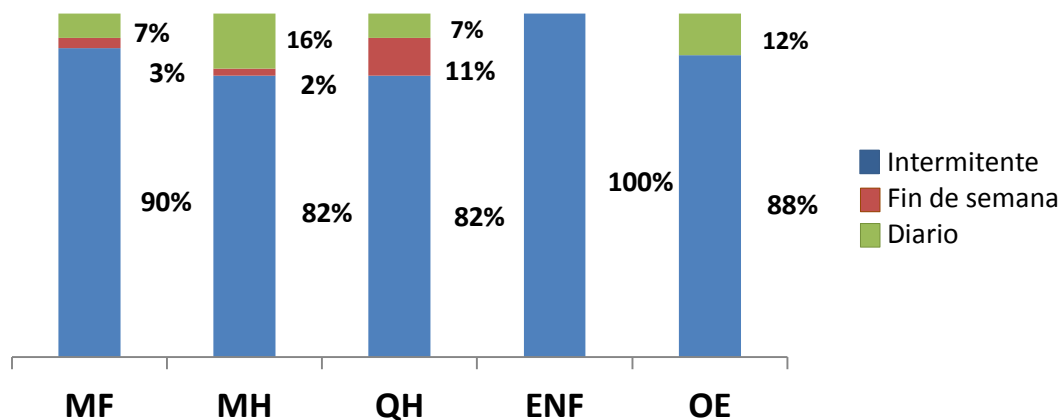
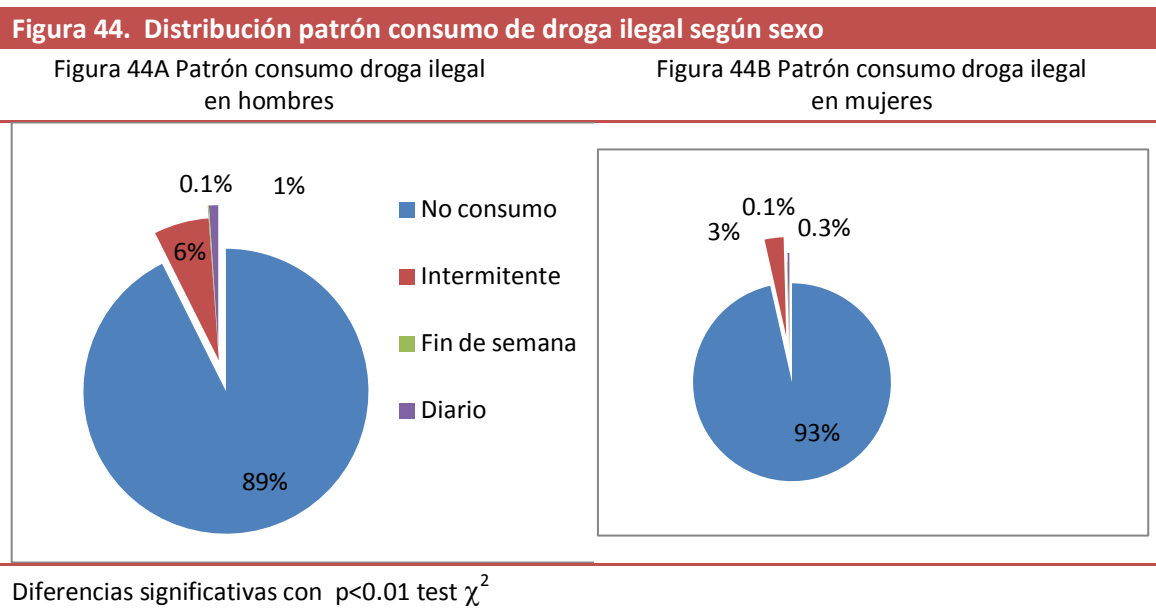


Figura 43. Distribución del consumo de drogas ilegales según la especialidad cursada



Diferencias no significativas con $p=0,550$, test χ^2

MF medicina familiar, MH especialidades médicas hospitalarias, QH especialidades quirúrgicas, ENF especialidades de Enfermería, OE otras especialidades



El patrón de consumo condiciona el tipo de drogas ilegales (tabla 35). Hay diferencias significativas para el cannabis, que es utilizada mayoritariamente de forma ocasional ($p < 0.001$ test χ^2). Tanto la cocaína como las drogas de diseño tienen una mayor relación con los momentos de ocio que el resto de las drogas ($p < 0.001$ y $p = 0.002$ test χ^2 , respectivamente) mientras que los ansiolíticos tienen un elevado consumo de forma diaria ($p = 0.002$ test χ^2). Los consumidores de heroína declaran exclusivamente un consumo ocasional.

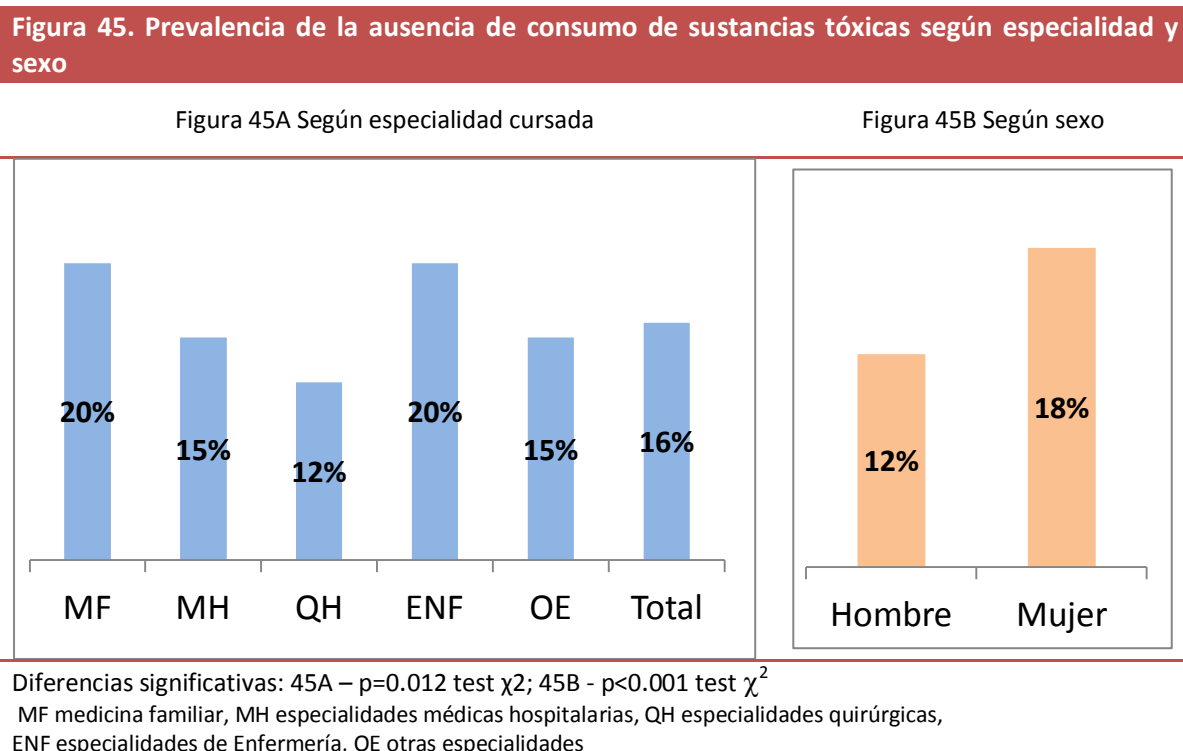
Tabla 35. Prevalencia del consumo de cada tipo de droga ilegal según el patrón de consumo

Consumo de drogas ilegales	Ocasional	Ligado al ocio	Diario	p
Cannabis	93%	4%	3%	$p < 0.001 \chi^2$
Heroína	100%	0%	0%	$p = 0.759 \chi^2$
Cocaína	60%	40%	0%	$p < 0.001 \chi^2$
Drogas de diseño	71%	29%	0%	$p = 0.002 \chi^2$
Ansiolíticos	70%	0%	30%	$p = 0.002 \chi^2$

4. Relación entre los diferentes tipos de consumo

Sólo 448 EIR encuestados refieren no consumir ningún tipo de sustancia (16% del total). Hay diferencias entre los residentes según la especialidad de manera que 1 de cada 5 de los profesionales en formación de Medicina Familiar y Enfermería no consume ningún tipo de tóxico, mientras que esta prevalencia está cercana al 15% en el resto de especialidades (figura 45A, $p=0.012$ test χ^2).

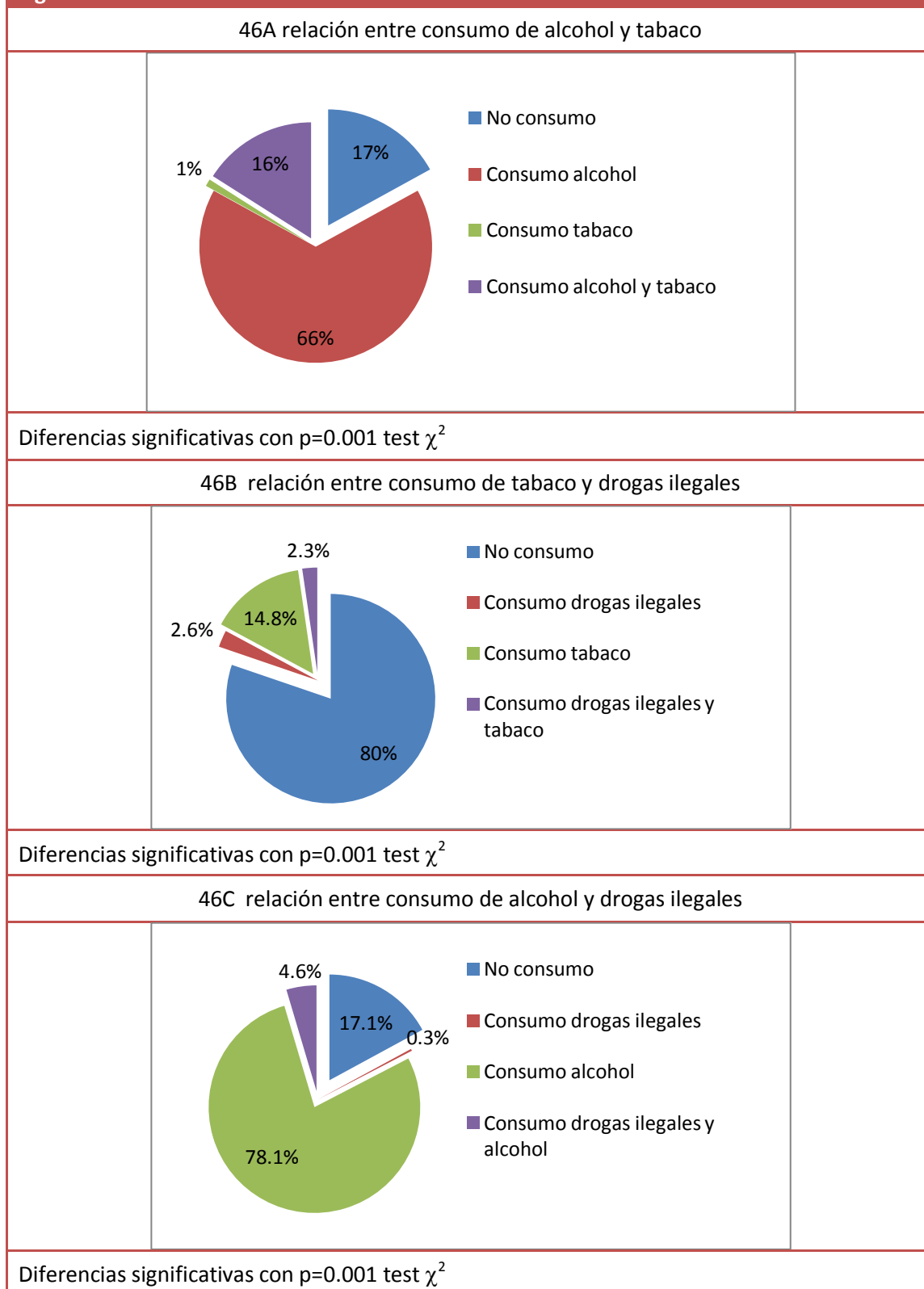
También se aprecian diferencias por sexo, de forma que la prevalencia de no consumo es superior entre las mujeres en un 6% respecto a los hombres (figura 45B, $p<0.001$ test χ^2).



El consumo de las diferentes sustancias estudiadas presenta una relación entre ellas, de forma que el consumo de una incrementa el riesgo de las otras (figura 46). La relación entre el consumo de tabaco y de alcohol muestra diferencias significativas ($p<0.001$ test χ^2) y se presenta en la figura 46A: el consumo de alcohol incrementa el riesgo de fumar en 3.46 *odds*, con un intervalo de confianza al 95% de [2.34; 5.12].

De igual forma, la relación entre el consumo de drogas ilegales y tabaco presenta diferencias significativas ($p<0.001$ test χ^2 ; figura 46B): el consumo de drogas ilegales incrementa el hábito tabáquico en 4.37 *odds* con un intervalo de confianza al 95% de [3.10; 6.16]. Por último, también la relación entre el consumo de drogas ilegales y de alcohol se encuentra asociado, con diferencias significativas ($p=0.001$ test χ^2 ; figura 46C): el consumo de bebida alcohólica incrementa el riesgo de consumo de drogas ilegales en 2.97 *odds*, con un intervalo de confianza al 95% de [1.46; 6.04].

Figura 46. Relación entre los diferentes consumos de sustancias



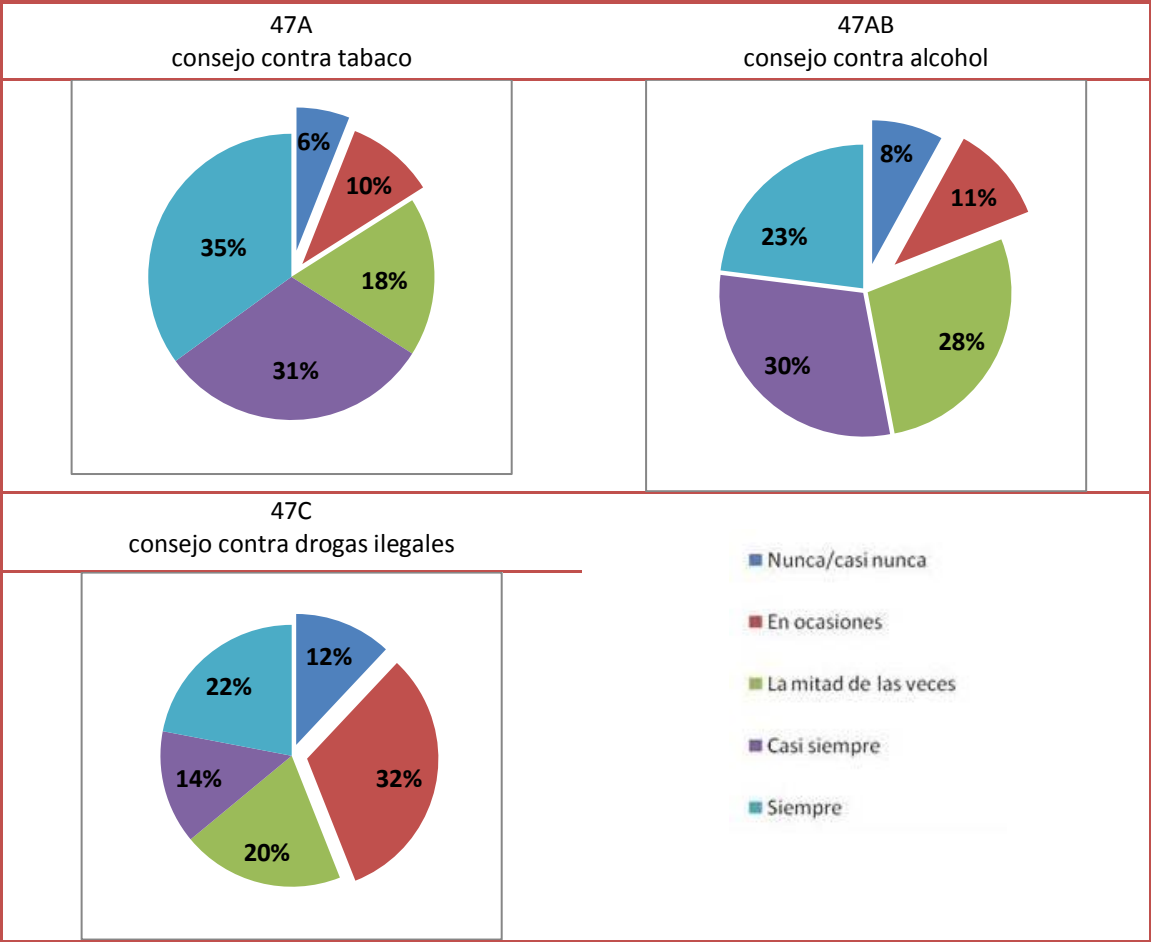
5. Características del consejo clínico

5.1 Oferta de consejo contra el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

Como puede apreciarse en la figura 47, el consejo contra tabaco y alcohol es más frecuente que el consejo contra drogas ilegales ($p < 0.001$ test χ^2). La frecuencia de oferta de consejo clínico contra el tabaco entre los EIR es elevada (figura 47A) ya que las dos terceras partes refieren aconsejar frecuentemente, casi siempre o siempre en su actividad asistencial cotidiana, mientras que un 16% lo hace de forma ocasional, o nunca/casi nunca.

El consejo contra el consumo de alcohol por parte de los EIR tiene también es declarado como elevado (figura 47B) puesto que está presente en el 81% de la práctica clínica habitual de modo frecuente, casi siempre o siempre; en cambio, sólo un 19% lo aconseja de manera ocasional o nunca/casi nunca. El consejo contra el consumo de drogas ilegales practicada por los EIR (figura 47C) es del 56% ofertado frecuentemente, casi siempre o siempre; el restante 44% indica realizarlo de forma ocasional o nunca/casi nunca.

Figura 47. Frecuencia de oferta de consejo clínico declarado por los EIR



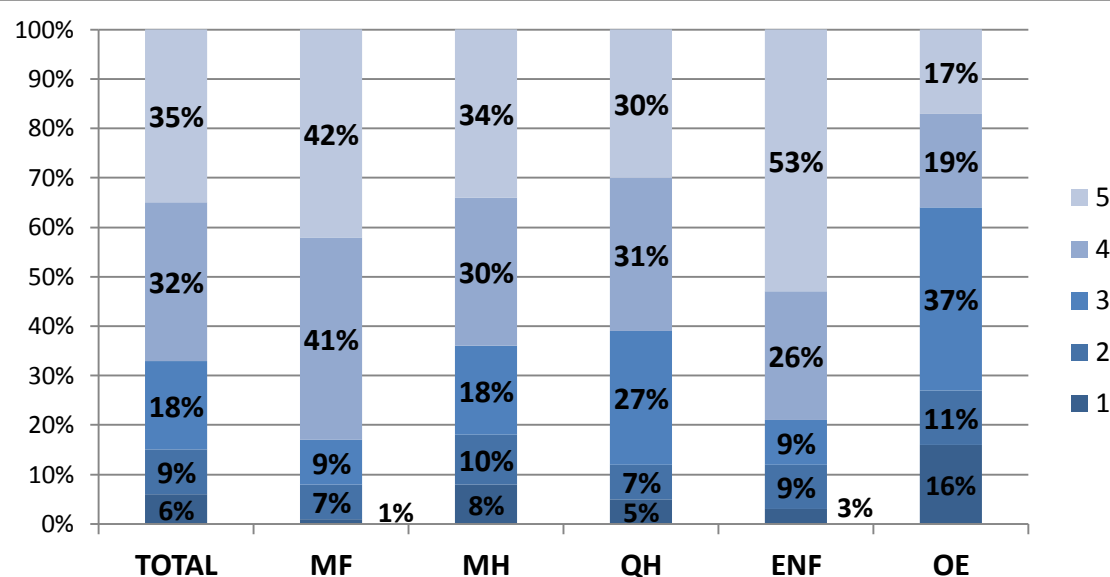
5.2 Diferencias en la oferta de consejo según la especialidad cursada.

En el análisis bivariable no se encuentran diferencias por edad, sexo ni lugar de procedencia pero sí según la especialidad cursada: los EIR de Medicina de Familia y Enfermería ofertan más frecuentemente consejo tanto para el tabaco (92% y 82%; figura 48, $p < 0.001$ test χ^2) como contra el alcohol (90% y 82%; figura 49, $p < 0.001$ test χ^2) como para, mientras que el consejo poco frecuente es más elevado en especialidades Médicas y Quirúrgicas Hospitalarias (12%-20%) y en Otras Especialidades (27%). El consejo contra drogas ilegales es menos frecuente entre los EIR de Cirugía (figura 50, $p < 0.001$ test χ^2).

5.3 Diferencias en la oferta de consejo según el sexo.

No existen diferencias en la oferta del consejo contra el consumo de tabaco ($p = 0.253$ test χ^2) ni de alcohol ($p = 0.136$ test χ^2) según el sexo del encuestado, pero sí en el consejo contra el consumo de drogas ilegales (tabla 36, $p = 0.011$ test χ^2): las diferencias son pequeñas pero los EIR varones aconsejan casi siempre o siempre en una prevalencia superior a 6 puntos porcentuales con respecto a las mujeres, mientras que en éstas el consejo poco frecuente es superior en un 4%.

Figura 48. Frecuencia de oferta de consejo clínico contra el consumo de tabaco declarado por los EIR en función de la especialidad cursada

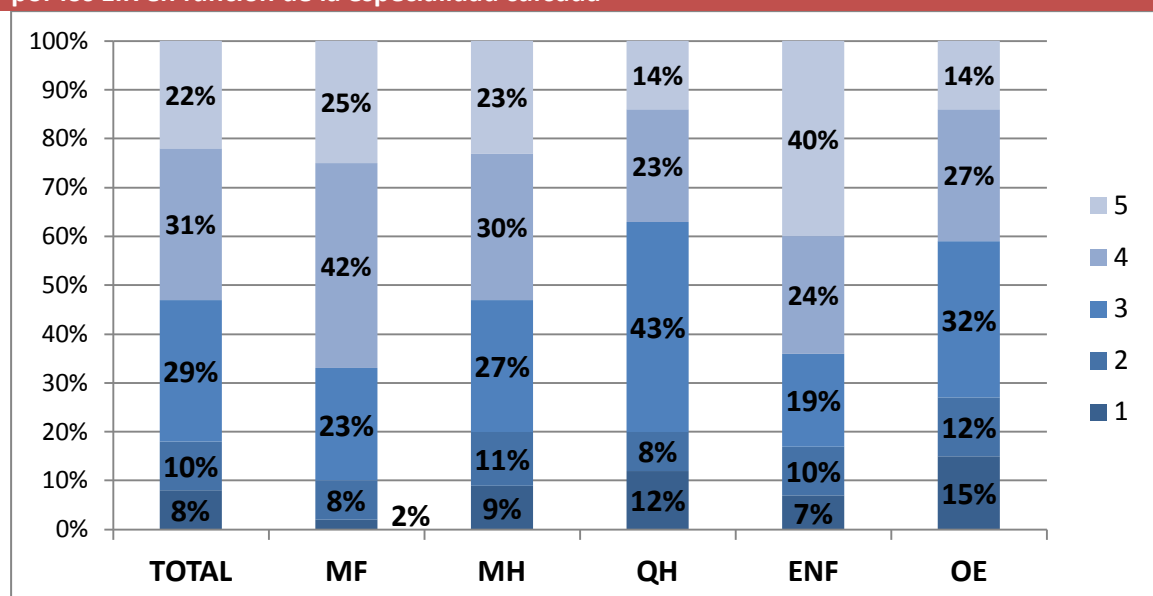


Diferencias significativas con $p < 0.001$ (test χ^2)

EIR especialista interno residente MF Medicina Familiar. MH Especialidades Médicas Hospitalarias. QM Especialidades Quirúrgicas Hospitalarias. ENF Enfermería. OE otras especialidades.

Consejo clínico: 1 nunca/casi nunca, 2 ocasionalmente, 3 la mitad de las veces, 4 frecuentemente, 5 casi siempre/siempre.

Figura 49. Frecuencia de oferta de consejo clínico contra el consumo de alcohol declarado por los EIR en función de la especialidad cursada

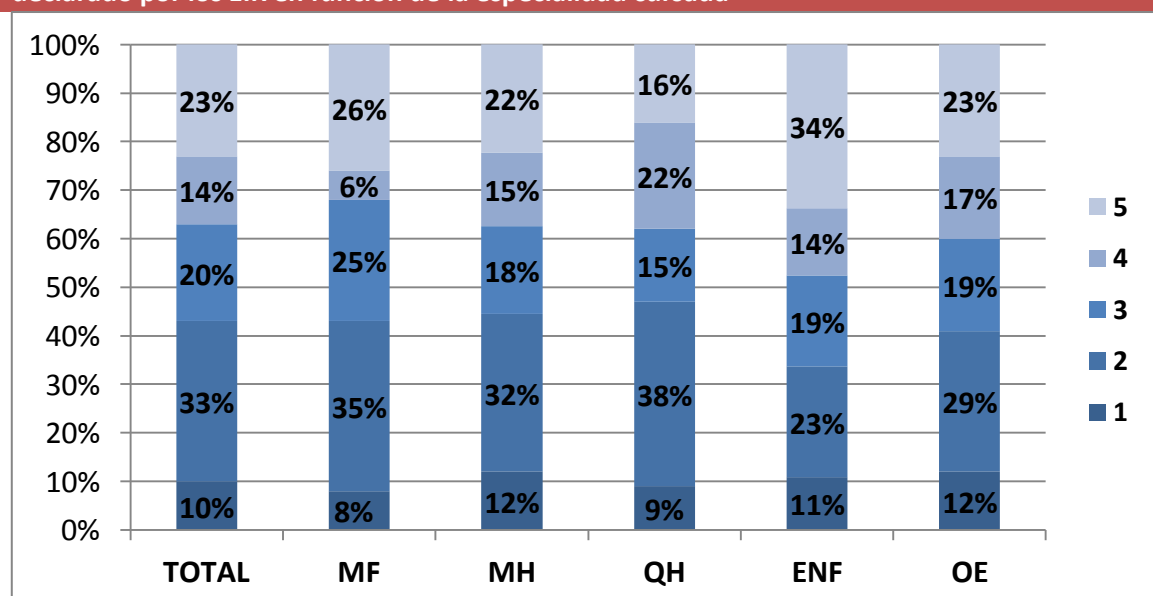


Diferencias significativas con $p < 0.001$ (test χ^2)

EIR especialista interno residente MF Medicina Familiar. MH Especialidades Médicas Hospitalarias. QH Especialidades Quirúrgicas Hospitalarias. ENF Enfermería. OE otras especialidades.

Consejo clínico: 1 nunca/casi nunca, 2 ocasionalmente, 3 la mitad de las veces, 4 frecuentemente, 5 casi siempre/siempre.

Figura 50. Frecuencia de oferta de consejo clínico contra el consumo de drogas ilegales declarado por los EIR en función de la especialidad cursada



Diferencias significativas con $p = 0.001$ (test χ^2)

EIR especialista interno residente MF Medicina Familiar. MH Especialidades Médicas Hospitalarias. QH Especialidades Quirúrgicas Hospitalarias. ENF Enfermería. OE otras especialidades.

Consejo clínico: 1 nunca/casi nunca, 2 ocasionalmente, 3 la mitad de las veces, 4 frecuentemente, 5 casi siempre/siempre.

Tabla 36. Frecuencia de oferta de consejo clínico contra el consumo de drogas ilegales declarado por los EIR en función del sexo

	hombre	mujer	p
TABACO			
Nunca/casi nunca	7%	5%	p=0.253 test χ^2
En ocasiones	9%	10%	
La mitad de las veces	18%	17%	
Casi siempre	30%	33%	
Siempre	36%	35%	
ALCOHOL			
Nunca/casi nunca	9%	7%	p=0.136 test χ^2
En ocasiones	10%	11%	
La mitad de las veces	30%	28%	
Casi siempre	28%	32%	
Siempre	22%	22%	
DROGAS ILEGALES			
Nunca/casi nunca	11%	11%	p=0.011 test χ^2
En ocasiones	30%	34%	
La mitad de las veces	17%	20%	
Casi siempre	17%	13%	
Siempre	25%	22%	

5.4 Relación del consejo con el consumo de drogas

En las tablas 37 a 39 se ofrecen los modelos finales obtenidos tras la regresión logística, mostrando sólo las variables con significación estadística ($p < 0.05$).

El tipo de especialidad cursada influye en cualquier tipo de consejo: Medicina de Familia y Enfermería son las que obtienen OR mayores para la oferta del consejo, frente al grupo de Otras Especialidades (2.7 y 2.5 respectivamente para el alcohol; 12 y 8 para el tabaco; 1.2 y 1.3 para drogas ilegales). Las especialidades de Medicina Hospitalaria también se asocian con una mayor presencia de consejo frecuente para alcohol y tabaco, pero no ocurre igual para las drogas ilegales (OR 0.81). Por último, la formación en Cirugía Hospitalaria se asocia con un menor consejo contra el alcohol y las drogas ilegales.

Otra variable independiente que se repite en los tres tipos de consejos es la edad del primer consumo de alcohol: la posibilidad de ofertar consejo se incrementa en un valor próximo a 1.1 odds por cada año que tarda el residente en comenzar a probar el alcohol. De entre las diferentes bebidas alcohólicas señaladas por los residentes, la cantidad de vino consumida se relaciona con un mayor consejo contra el tabaquismo (cada UBE por semana incrementa la probabilidad de ofertar consejo en 1.14).

Por último, el consumo de tabaco se asocia a una menor frecuencia del consejo contra drogas ilegales (los no fumadores presentan una OR de 1.7 para ofertar consejo frecuente frente a los fumadores). Por el contrario, el hecho de ser fumador está asociado a una mayor probabilidad de oferta de consejo contra el consumo de tabaco (con un valor OR de 1.5).

Tabla 37. Modelo final del análisis de regresión logística para el consejo frecuente contra tabaco.

Consejo sobre tabaco					
<i>Variable</i>	<i>Coeficiente</i>	<i>OR</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>	<i>Wald</i>	<i>Nivel de significación</i>
Constante	-1.890	0.151	--	15.394	0.001
Especialidad (*)					
MH	1.173	3.232	[2.027; 5.154]	24.275	0.001
QH	0.984	2.675	[1.639; 4.368]	15.488	0.001
ENF	2.132	8.428	[4.308; 16.491]	38.743	0.001
MF	2.559	12.920	[7.596; 21.975]	89.150	0.001
Consumo de tabaco	0.437	1.548	[1.188; 2.017]	10.460	0.001
Edad del primer consumo de alcohol	0.065	1.067	[1.014; 1.124]	6.108	0.013
Consumo de vino (UBE/semana)	0.136	1.146	[1.042; 1.259]	7.931	0.005

OR odds ratio. UBE unidades de bebida estándar.

(*) "Otras Especialidades" como categoría de referencia. MF Medicina Familiar. MH Especialidades Médicas Hospitalarias. QM Especialidades Quirúrgicas Hospitalarias. ENF Especialidades de Enfermería.

Tabla 38. Modelo final del análisis de regresión logística para el consejo frecuente contra alcohol.

Consejo sobre alcohol					
<i>Variable</i>	<i>Coeficiente</i>	<i>OR</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>	<i>Wald</i>	<i>Nivel de significación</i>
Constante	-0.454	0.635	--	0.755	0.385
Especialidad (*)					
MH	0.354	1.425	[0.901; 2.253]	2.297	0.130
QH	-0.384	0.681	[0.419; 1.107]	2.399	0.121
ENF	0.922	2.515	[1.385; 4.568]	9.184	0.002
MF	1.014	2.758	[1.711; 4.445]	17.336	0.001
Edad del primer consumo de alcohol	0.076	1.079	[1.032; 1.129]	11.202	0.001

OR odds ratio.

(*) "Otras Especialidades" como categoría de referencia. MF Medicina Familiar. MH Especialidades Médicas Hospitalarias. QM Especialidades Quirúrgicas Hospitalarias. ENF Especialidades de Enfermería.

Tabla 39. Modelo final del análisis de regresión logística para el consejo frecuente contra drogas ilegales.

Consejo sobre drogas ilegales					
<i>Variable</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>OR</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>	<i>Wald</i>	<i>Nivel de significación</i>
Constante	-0.779	0.459	--	2.346	0.126
Especialidad (*)					
MH	-0.212	0.809	[0.510; 1.283]	0.812	0.367
QH	-0.711	0.491	[0.300; 0.805]	7.964	0.005
ENF	0.302	1.352	[0.754; 2.427]	1.024	0.312
MF	0.193	1.213	[0.755; 1.949]	0.638	0.424
Edad del primer consumo de alcohol	0.094	1.099	[1.051; 1.148]	17.528	0.001
Consumo de tabaco	-0.536	0.585	[0.459; 0.745]	18.897	0.001

OR odds ratio.

(*) "Otras Especialidades" como categoría de referencia. MF Medicina Familiar. MH Especialidades Médicas Hospitalarias. QM Especialidades Quirúrgicas Hospitalarias. ENF Especialidades de Enfermería.

Discusión

1. Consumo de Alcohol

1.1 Prevalencia de consumo de alcohol

La prevalencia del consumo de alcohol en el ámbito sanitario presenta diferencias importantes según el país donde se realice el estudio, debido a las diferencias culturales y sociales, y por las diferentes metodologías empleadas en cada investigación. Lo más frecuente es el uso de encuestas que recogen el consumo autodeclarado del profesional, lo que puede provocar un sesgo de información infravalorando el consumo. Pese a esta potencial limitación, el consumo de alcohol registrado en el presente estudio entre especialistas residentes en formación en Andalucía es elevado. Parece, en general, que a pesar de los conocimientos que un profesional de la salud tiene acerca de los peligros del consumo enólico, este consumo está muy presente siendo generalmente mayor en hombres que en mujeres [Kaneita et al 2010, Kenna y Wood 2008, O'Donovan 2009, Satre et al 2007, Voight 2009].

Los datos obtenidos sobre la prevalencia del consumo del alcohol en este estudio coinciden con otros resultados obtenidos en estudiantes de Medicina [Voigt et al 2009], en médicos residentes [Hughes et al 1991, Martínez Lanz et al 2004, McBeth et al 2008, Pérez Milena et al 2010] y médicos adjuntos [Kenna y Wood 2005, Rodríguez Fernández 2001, Rosta y Aasland 2010]. La mayoría son trabajos realizados en sociedades occidentales con una cultura similar y, por tanto, con conductas parecidas en cuanto al consumo de alcohol. Algunos estudios indican prevalencias de consumo de alcohol en médicos residentes que oscilan entre un 60% y un 80% [Hughes et al 1991, Martínez Lanz et al 2004, McBeth et al 2008], similares a la frecuencia encontrada en esta investigación. Otros estudios realizados en médicos *senior* y estudiantes de medicina presentan consumos de alcohol alrededor del 75% de los encuestados [Rosta y Aasland 2010, Voight et al 2009], siendo también investigaciones llevadas a cabo en países europeos.

Según los datos recogidos mediante encuesta autoadministrada en un estudio de Estados Unidos [Hoonpongsimanont et al 2014] sobre 120 médicos internos residentes del servicio de urgencias, el 71% consumen alcohol como mecanismo de afrontamiento poco saludable para manejar el estrés, ya que están expuestos a muchos factores de estrés relacionados con el trabajo. Lebensohn [Lebensohn et al 2013] también encuentra, tras un estudio a 168 médicos residentes de primer año de medicina familiar en Estados Unidos, que hacen un mayor uso de alcohol de forma proporcional a la percepción de mayores niveles de estrés percibido, agotamiento y depresión. Otro estudio [McBeth et al 2008] en Estados Unidos llevado a cabo mediante encuesta anónima voluntaria en 134 médicos residentes en el servicio de urgencias pone de manifiesto un aumento en el número de residentes que indican que su consumo de alcohol ha aumentado durante la residencia (del 4% al 12.6%), incluyendo un aumento en los bebedores diarios del 3.3% al 4.9%.

El uso del alcohol como consecuencia del estrés o de la existencia de un problema de salud mental está muy señalado como motivo principal en estos estudios realizados en Estados Unidos [Hoonpongsimanont et al 2014, Lebensohn et al 2013, McBeth et al 2008]. Sin embargo, los médicos residentes españoles indican el uso recreativo del alcohol como el motivo más importante. En España, la fundación Galatea realizó un estudio sobre los hábitos y el estado de salud general de los especialistas residentes de Medicina en Cataluña [Blancafort

et al 2009]. En primer lugar describen el consumo de sustancias tóxicas y las condiciones de trabajo, y en segundo lugar determinan los factores que se pueden asociar a la presencia de malestar psicológico. En general, los residentes de Medicina tienen una buena percepción de su estado de salud general, y sus hábitos y estilos de vida son similares a los observados en otros estudios realizados con profesionales de la salud, o incluso con población general comparable en edad. En cuanto a la toma de alcohol y de otros psicofármacos, los residentes presentaron un consumo inferior a lo reportado en estudios llevados a cabo con médicos ya formados (o médicos *senior*). No parece existir tampoco una relación entre el consumo de alcohol y la presencia de malestar psíquico o alteraciones laborales. El consumo descrito muestra una prevalencia de un 20% de consumo alcohólico en la última jornada laboral, de los cuales el 80% afirma haber consumido una sola bebida, el 17.5% ha tomado dos y un residente (2.5%) ha tomado seis. Sólo un 1.5% de los residentes afirma haber consumido alcohol durante el último día de guardia.

En Canadá los resultados muestran un consumo de alcohol en las dos terceras partes de los MIR, pero al contrario que en los EEUU, el uso de alcohol se relaciona con un uso recreativo, como se desprende de la valoración de las encuestas a 649 médicos residentes de medicina de familia por medio de cuestionarios enviados por correo electrónico [Earle y Kelly 2005], donde se preguntaba por el consumo de alcohol y se valoraron los criterios diagnósticos de trastorno ansioso-depresivo ofrecidos en el DSM-IV. Los datos obtenidos en el presente trabajo también coinciden con otro estudio realizado mediante encuesta a 34 médicos internos residentes en Perú [Cuba et al 2011], con un consumo cercano a las dos terceras partes de los encuestados siendo en su mayoría un patrón esporádico de toma de alcohol. Un estudio realizado en Colombia [Urrego Mendoza 2002] por medio de encuestas distribuidas a 193 médicos residentes internos de especialidades médicas y quirúrgicas, se objetivó una prevalencia anual de consumo de alcohol algo superior al 85%. Otro estudio más reciente en este mismo país a profesionales de la salud de Bogotá [Lara et al 2012], indicó que la principal droga consumida por los médicos estudiados era el alcohol, al igual que en la población general. Sin embargo, la prevalencia de consumo en los médicos era mucho más elevada y cercana al 90%, mientras la prevalencia entre adultos de la población general en ese mismo año osciló entre 50% y 60%. Otros países, como Brasil [Palhares et al 2012], encontraron una prevalencia del consumo de alcohol inferior y cercana al 35%; estos valores son discrepantes posiblemente porque se entrevistaron a solo 57 anestesiistas y las entrevistas fueron estructuradas para el diagnóstico de los trastornos mentales y de los trastornos por el uso de sustancias psicoactivas, en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y un cuestionario socio-ocupacional.

En España existen diferentes estudios sobre el consumo alcohólico de los profesionales sanitarios. Así, un reciente estudio sobre médicos residentes de principios [Aguirre et al 2011] muestra una prevalencia de consumo de alcohol del 65%, de los que casi un 75% de ellos pertenecen al sexo masculino. Mediante encuestas autoadministradas se entrevistaron a 486 médicos de atención primaria de España [Rodríguez Ibañez et al 2001], excluyendo pediatras, con un consumo de alcohol superior al 75%; la edad de inició en el 63.3% correspondió a 16-20 años, un 7.6% a los 11- 15 años y el 29,1% a partir de los 21 años de edad. El tipo de bebida más frecuente consumida es la cerveza (84.7%), le sigue el consumo de vino (42.1%), y a gran distancia el resto de bebidas. El consumo, en general, predomina en el profesional varón (78%) frente a las mujeres (65.2%). Este trabajo tiene, sin embargo, una muy baja tasa de participación (47.7%) que podría ser debido a las características propias de la encuesta (autoadministrada y de carácter voluntario), una baja motivación del profesional sobre este tema considerado “tabú” y el que la encuesta dirigida desde las unidades docentes

disminuyese el interés para su realización, que posiblemente aumentaría si fuese realizada de forma directa por el propio investigador. Estos problemas no se advierten en el presente trabajo dado que la tasa de respuesta es más elevada.

Estudios sobre estudiantes españoles que cursaban un postgraduado en la facultad de Medicina de Mérida [Parra et al 2012], de total de 215 médicos el 41% consumen alcohol. Entre ellos, el 72% beben alcohol con una frecuencia mensual y el 29% con una frecuencia semanal. Otro estudio desarrollado en Chile [Romero et al 2009] encuesta a 775 estudiantes de medicina de aquellos que beben encuentra que el 92% han consumido alcohol alguna vez en su vida, 89% ha consumido en el último año y 74% en el último mes. No hubo ninguna relación entre el consumo de alcohol con sexo, curso ni patologías de salud mental. Sin embargo, entre los que han bebido durante el último mes, la tercera parte además consume tabaco, mientras que entre aquellos que no han bebido sólo un 6% consume tabaco. En cuanto a la cantidad de consumo, hasta el 93% de los fumadores y el 68% de los no fumadores han consumido más de 65 gramos de alcohol durante el último mes.

1.2 Patrón de consumo de alcohol

En España más de las tres cuartas partes de la población ha bebido en alguna ocasión [EDADES 2012], una prevalencia que se asemeja a la mostrada en las encuestas realizadas. Sin embargo, la forma de consumo entre los residentes es distinta frente a la población general. El patrón de consumo encontrado en este estudio es de tipo anglosajón, relacionado con una forma de diversión nocturna o en momentos de fiesta y con una fuerte presencia de un modelo *binge-drinking* de consumo. Aunque la media global del consumo de alcohol de forma semanal no es muy elevada (algo más de 50 gramos semanales), la mayoría del consumo se concentra en el fin de semana donde predomina el consumo de bebidas de alta graduación, siendo el vino la bebida alcohólica menos consumida entre los residentes y la población joven [Pérez Milena et al 2007a].

Entre los médicos residentes y los estudiantes parece existir un claro predominio del patrón de consumo intermitente y de fin de semana ligado al ocio, siendo este hecho diferencial respecto a los patrones de consumo de los médicos adjuntos y a los de la población general [Blancafort et al 2009, Hull et al 2008, Rosta 2008, Voigt et al 2009] pero similar a los porcentajes de la población joven [Observatorio Español sobre Drogas 2010, Pérez Milena et al 2007] y de los estudiantes de medicina, entre los que destacan los varones con un consumo que supera los 60 gramos por ocasión de consumo en un 30% de ellos [Hull et al 2008, Voigt et al 2009]. Los médicos en formación presentan un elevado consumo cuantitativo, mostrando un consumo masivo (tipo atracón) que puede llegar a triplicar al observado en la población general [Voigt et al 2009] con prevalencias que se sitúan alrededor de un 20% de los consumidores de alcohol, con amplias variaciones desde un 2% hasta un 22% [Blancafort et al 2009, Hull et al 2008, Rosta 2008, Voigt et al 2009].

El estudio realizado por Lara [Lara et al 2012] sobre profesionales de la salud en Colombia muestra que sólo el 20% de la población sanitaria ingiere alcohol de manera ocasional, siendo el patrón de "menos de una vez por semana" el más frecuente (superior al 60%), seguido por una cuarta parte que no ha consumido en el último mes. Ningún médico confesó beber alcohol diariamente y solo el 3% refirió beber varias veces por semana. El consumo diario de alcohol se relaciona con el hábito tabáquico, con el sexo masculino, y con el estrés laboral (guardias, turno de noche) [Kaneita et al 2010]. En general, el consumo de los médicos de mayor edad parece adoptar un patrón de consumo ocasional [Rodríguez Ibañez et

al 2001], mientras que los estudiantes de medicina hasta un 40% lo hace en fin de semana [Romero et al 2009] la mitad lo hacen de forma ocasional durante el mes mientras que un 1% consumen alcohol de forma diaria.

En el estudio de la Fundación Galatea [Blancafort et al 2009] casi un 70% de los encuestados manifestaron haber consumido alguna bebida alcohólica durante el último día festivo, lo que reafirma la idea de un consumo mayoritariamente intermitente y asociado al ocio nocturno. Entre los que afirman haber consumido alcohol en el último día festivo, la tercera parte había consumido una sola bebida, y otra tercera parte dos. Ninguna mujer afirmó haber consumido más de dos unidades de alcohol mientras que la tercera parte de los hombres afirmaron haber consumido tres bebidas, otro tercio cuatro bebidas y algo menos de la quinta parte un mínimo de cinco bebidas. Parecen existir diferencias en el consumo de alcohol según el sexo tanto en médicos residentes [Hughes et al 1991, Hull et al 2008] como en médicos adjuntos [Kaneita et al 2010, Martínez Lanz et al 2004, Rodríguez Fernandez et al 2001, Rosta y Aasland 2005, Rosta 2008, Rosta y Aasland 2010], siendo superior en hombres e inferior en mujeres. Rosta [Rosta 2008] indicó también que la especialidad en la que se forma el profesional de la salud parece ser otro condicionante del consumo de alcohol, tal y como se observa en este estudio, con un menor consumo por parte de los especialistas en formación de medicina familiar y enfermería, aunque esto podría estar modulado por la mayor presencia de mujeres en estas dos especialidades. Un mayor número de profesionales en formación de otras especialidades (dentistas) podrían tener un uso intensivo episódico de alcohol en el último año y en el último mes, así como tener más problemas por consumo de alcohol que los médicos [Kenna y Wood 2005]. Los anestesiólogos son considerados como los más propensos a esta clase de práctica; y lo justifican por tratarse de un trabajo fatigante, de alta presión, con horarios largos y trabajo nocturno que hace más propicio el consumo de sustancias psicoactivas que en otras actividades [Lara et al 2012].

Los resultados de la presente investigación no encuentran, sin embargo, diferencias significativas en el patrón de consumo de alcohol entre hombres y mujeres, lo que podría implicar una incorporación completa de la mujer a los hábitos de consumo de alcohol entre los médicos adultos jóvenes, como ocurre en otros países como Colombia donde más de la mitad de los consumidores de alcohol son médicos mujeres [Lara et al 2012]. Así, sin diferencias según el sexo, el consumo de alcohol semanal se incrementa de forma exponencial según el patrón de consumo: así, cuando el EIR toma alcohol de forma ocasional señala un consumo de aproximadamente 5 UBE menos por semana que en el caso de aquellos residentes que consumen de forma asociada al ocio (en fin de semana) y hasta 10 UBE menos que reconocen tomas alcohol de forma diaria. Lo mismo sucede con los tres tipos de bebidas alcohólicas, salvo para los combinados, que se consumen en mayor cantidad por los bebedores de fin de semana.

Otra diferencia importante es la media de edad de inicio del consumo de alcohol, mucho más elevada respecto a la población española [Observatorio Español sobre Drogas 2009, EDADES 2011-2012]. Sobre médicos residentes en formación, los estudios muestran en general un consumo frecuente y regular de alcohol [Milling 2005, Handel et al 2006, Mac Beth 2008 y 2009, Hull et al 2008] con una edad media de inicio en el consumo de alcohol en torno a los 17 años [Rodríguez Ibañez et al 2001], similar a la encontrada en este estudio.

1.3 Problemas derivados del consumo de alcohol

Según los diferentes países de estudio se observan datos dispares respecto a la dependencia al alcohol por parte de los profesionales sanitarios. En Colombia, casi un 6% de los médicos que reconocieron haber consumido alcohol podía tener dependencia a esta sustancia, según el cuestionario CAGE [Lara et al 2012]. En profesionales de la salud de Estados Unidos se reportan problemas con el consumo de alcohol durante algún momento de su carrera para un 10-15% de los médicos que toman alcohol [Aach et al 1992, McLellan et al 2008]. En Turquía se realizó otro estudio [Akvardar et al 2004] en estudiantes medicina, residentes y médicos, obteniéndose los siguientes resultados: dos o más respuestas positivas en el CAGE (consumidor de riesgo) en el 22.4% de los jóvenes estudiantes, en el 20% de los estudiantes de nivel superior, en el 8.9% de los residentes y en el 6.5% de los médicos. Sin embargo, en Canadá [Earle y Kelly 2005] solo un 1.2% de encuestados presentaron un uso adictivo de las bebidas alcohólicas.

Para el caso de los enfermeros, la ingesta de alcohol es similar a la de la población general adulta de Colombia [Lara et al 2012] aunque la prevalencia de alcoholismo es ligeramente superior. No obstante, esta prevalencia es inferior a la reportada por la población de enfermeras en general e informada por la Asociación Americana de Enfermeras (ANA), que estima que entre 10 y 20% de las enfermeras tienen problemas de abuso de sustancias [Daprix 2003, Griffith 1999, Ponech 2000, Trinkoff 2000].

En otros estudios realizado en profesionales médicos [Arteman 2004], el abuso de alcohol es más frecuente en médicos mayores de 40 años y suele asociarse al estrés (guardias, desmotivación profesional, problemas familiares derivados de la difícil conciliación de la vida familiar y laboral, demanda de formación adecuada en las -cada vez más frecuentes- nuevas tecnologías, etc.). También se ha relacionado el consumo de riesgo o excesivo con el sexo [Rodríguez Ibañez et al 2001]: los hombres consumen hasta 15 gramos más de alcohol diario pero es más prevalente entre las mujeres. Estas conclusiones no parecen estar relacionadas con los motivos de consumo de alcohol de los EIR estudiados, más en consonancia con las expectativas y vivencias de la población de 14 a 18 años quienes ven en los adultos jóvenes una referencia para este tipo de consumo asociado al ocio [Pérez Milena et al 2010].

En un estudio realizado entre médicos en formación [Urrego Mendoza 2002], el porcentaje de MIR alcohólicos identificados según el cuestionario CAGE fue superior al 5%. Los probables factores de riesgo para el consumo de alcohol hasta la embriaguez son: edades entre 24 y 38 años, dependencia económica de otras personas como cónyuge, padres y/o hermanos, tener amigos y familiares que consumen alcohol hasta la embriaguez y pertenecer a una especialidad quirúrgica. Los estudiantes de las especialidades médico-quirúrgicas pueden ser considerados una población de alto riesgo para este problema porque reúnen una serie de características sociodemográficas identificadas como factores de riesgo para el consumo: generalmente se encuentran entre los 20 y los 29 años, son estudiantes de nivel superior, viven en área urbana y desempeñan labores estresantes en el área clínico-asistencial. Respecto al uso de alcohol hasta la embriaguez, se encontró que el 33,3% nunca se había embriagado, otra tercera parte se había embriagado al menos una vez en la vida, en el último año el 27.2%, y en el último mes, 8.3%. El 81% de los estudiantes que se habían embriagado eran hombres. Los resultados del cuestionario CAGE mostraron que el 92.7% no presentaban alcoholismo, el 3.1% tenían criterios para el alcoholismo y el 4.2% cumplían criterios para riesgo de alcoholismo. En los estudiantes de sexo masculino se encontró que el 5.1% tenía criterios de alcoholismo y el 5.9% riesgo de alcoholismo, a diferencia de las mujeres en las que no se

encontró alcoholismo y se objetivó solo 1.4% de riesgo de alcoholismo; en este estudio, la primera sustancia consumida en la vida fue el alcohol en un 85.5%.

En torno al 12% de los médicos desarrollan a lo largo de su vida profesional (estimada en unos 40 años de ejercicio) alguna patología mental y/o adictiva. El alcohol, los opiáceos legales y las benzodiacepinas son, por este orden, los tóxicos de abuso de mayor prevalencia entre los médicos que consultan en programas especializados estadounidenses. En el estudio PAIMM (realizado en España) se objetivó un consumo de tóxicos 23.5% y una dependencia al alcohol 20.6% en el personal médico durante el período 2009-2012 [Padrós 2013]. Llama la atención el alto porcentaje de consumo de riesgo de alcohol entre los profesionales (30% de acuerdo con el cuestionario AUDIT). De acuerdo con este mismo cuestionario (AUDIT), un 6% de los médicos y médicas encuestados, en un estudio realizado en 2003 en California, eran bebedores de riesgo [Reinhart et al 2005]. En EEUU los médicos adictos reciben tratamiento a través de los programas de salud del médico, que operan bajo la jurisdicción de las juntas estatales [McLellan et al 2008]. La mayoría de los médicos estadounidenses con trastornos por uso de sustancias administradas en los programas de salud de médicos tuvieron resultados favorables a los cinco años. Durante el seguimiento de 81% tienen resultados de las pruebas de orina negativo. La mayoría (95%) que completaron el monitoreo tenían licencia y trabajan como médicos a los cinco años. Desde una perspectiva clínica se interpreta como evidencia que la combinación de identificación, intervención, tratamiento formal, apoyo profesional, y el seguimiento de los programas de salud del médico es eficaz en la rehabilitación de la mayoría de estos médicos adictos, al menos durante cinco años. Desde la perspectiva de la seguridad pública estos datos indican que la mayoría de los médicos que no podían o no paraban su uso indebido de sustancias se han detectado temprano durante el curso del tratamiento formal y esto por lo general como resultado el cese voluntario o involuntario de la práctica. Desde una perspectiva política, los médicos afectados se les aconseja para entrar en la supervisión de un programa de salud médico voluntariamente, y que los consejos reguladores influyen positivamente en seguir apoyando estos programas. No es posible a partir de la evidencia demostrar si esta forma de apoyo y seguimiento para los médicos con trastornos por uso de sustancias es el caso, demasiado duro o demasiado permisiva. Cualquier episodio de consumo de sustancias en el contexto de la atención de los pacientes tiene el potencial de daño considerable. Por lo tanto, siempre se percibirá como más óptimo el hecho de invocar sanciones en el contexto de una política severa. Pero las sanciones sin la perspectiva de ayuda en el logro de la recuperación simplemente podría reducir la voluntad de sus compañeros para referirse tableros médicos-o licencias afectadas puedan ejercer sanciones potencialmente severas aumentando la prevalencia real del problema. Sobre la base de estos datos, y considerando las alternativas disponibles, los programas de salud de médicos parecen proporcionar las mejores medidas disponibles para proteger a los pacientes y para la recuperación de las carreras de los médicos [McLellan et al 2008].

Casi la quinta parte de los médicos y enfermeros con problemas con el alcohol desean dejar su consumo [Lara et al 2012]. La mitad considera que el consumo de sustancias psicoactivas es un problema en el medio laboral y que sus condiciones laborales favorecen el consumo de sustancias: alta carga laboral, necesidad de estar despierto y relajado, estrés, mala remuneración y fácil acceso a los medicamentos. Se indagaba sobre la voluntad de participar en programas de la empresa para reducir el uso de sustancias psicoactivas, encontrando que 58% de los médicos encuestados participaría en el diseño de programas de salud ocupacional con este fin. En otros estudios, hasta un 70% de los enfermeros encuestados participarían en el diseño de programas de salud ocupacional tendientes a reducir o evitar el consumo de sustancias psicoactivas en la empresa donde trabaja [Wilson 2004].

2. Consumo de Tabaco.

2.1 Prevalencia de consumo.

Hay pocos estudios realizados sobre el consumo de tabaco de los especialistas internos residentes en formación postgraduada en España [Blancafort et al 2009]. El análisis de la encuesta realizada puede aportar un mayor conocimiento sobre el tabaquismo en esta población, habiéndose encontrado que el consumo de tabaco en los EIR estudiados presenta una prevalencia inferior a la población general [Instituto Nacional de Estadística 2009, Observatorio Español sobre Drogas 2009] que se aproxima al 30% de consumo diario [EDADES 2011, Encuesta Nacional Salud España 2011/12, OEDT 2012] y a la encontrada en otros estudios realizados sobre personal sanitario en formación, cuyo consumo oscila desde la quinta parte hasta la mitad de la población de los encuestados [Akvardar et al 2004, Blancafort et al 2009, Ferrero 2004, Martínez Lanz et al 2004], sin embargo, presenta características muy similares a otras poblaciones como enfermeros o estudiantes de medicina [Arévalo et al 1997, Cauchi y Mamo 2012, Fernández Ruiz y Sánchez 1999, Gil et al 2000, La Torre et al 2012, O'Donovan 2009, Saiz et al 2003, Voigt et al 2009] y a la de estudios más recientes [Fonseca et al 2013, Rye et al 2012]. El tabaquismo en los estudiantes de Medicina en Cataluña parece ser ligeramente superior [Salamero et al 2012].

Estas diferencias en la prevalencia del consumo pueden estar causadas tanto por los cambios sociales ante el consumo y las diferentes políticas sanitarias: se ha constatado un descenso del tabaquismo en la sociedad española tras la aprobación de la Ley contra el consumo de tabaco en lugares públicos [Bauzá-Amengual et al 2010] como por las etapas culturales y de concienciación ciudadana en las que cada sociedad se encuentre. Así, se obtienen prevalencias muy dispares en estudios sobre médicos adjuntos: desde un consumo del 4% en Estado Unidos hasta un 40% en Bosnia o Turquía aunque en general se demuestra una disminución constante de las tasas de tabaquismo de médicos durante los últimos años [Smith y Leggat 2007]. Se aprecian cambios recientes en la prevalencia del tabaquismo entre los médicos japoneses y los factores relacionados con el tabaquismo entre los médicos. La prevalencia de tabaquismo ha disminuido progresivamente desde el año 2000 al 2008 en los miembros de la Asociación Médica de Japón [Kaneita et al 2010]. En Perú, hasta un 53% de los médicos internos residentes encuestados declararon no fumar [Cuba et al 2011] mientras que en Turquía [Akvardar et al 2004] la prevalencia del tabaquismo entre estudiantes de medicina llegó al 50%, con una edad más precoz en el inicio de la dependencia a la nicotina y sin relación con los niveles de estrés ni de ansiedad. Entre médicos residentes de Colombia [Urrego Mendoza 2002] existe una prevalencia de consumo tabaco anual de 24.4%, siendo más del 60% hombres y en edades comprendidas entre los 24 y 28 años. El promedio de consumo fue de 2.6 cigarrillos por día, y fue la primera sustancia consumida en el 7% de los encuestados.

En Chile [Romero et al 2009], el tabaquismo entre estudiantes de Medicina es de un 23.7% aunque hasta un 54% han fumado alguna vez en su vida. El consumo actual por curso aumenta de primero a cuarto año, disminuye al mínimo en sexto año (13.5%), alcanzando el máximo en séptimo (40.5%). De los fumadores, el 40% fuma todos los días, sin asociación significativa con sexo, curso ni estado emocional. Entre médicos y enfermeros en Colombia [Lara et al 2012] el tabaquismo fue cercano al 58%, la mayoría eran hombres con un consumo máximo entre los 25 y los 28 años. Sin embargo, casi un 80% del personal de enfermería que consumían tabaco eran mujeres. Del total de encuestados, 26.3% no fumó en el último mes; el consumo de dos a tres veces al día, más de tres veces al día y menos de una vez por semana

fue cada una de 15.8%; del total de los fumadores de cigarrillo, 68.4% desearon dejar de hacerlo.

La distribución del consumo por sexo es similar a la población española de menos de 35 años [Cauchi y Mamo 2012, Encuesta Nacional Salud España 2011/12, Pérez Milena et al 2007], similar a otros colectivos médicos [Ortiz et al 1996, Rubio Montaner et al 1994, Tejada et al 2009, Voigt et al 2009]. Es destacable el mayor consumo cuantitativo en hombres frente a mujeres, al igual que ocurre en otros colectivos médicos [Chattopadhyay et al 2012]. El consumo según la especialidad cursada es diferente de la encontrada en otros estudios donde el personal médico fuma menos que enfermería y odontología [Gil et al 2000, Smith y Leggat 2007]. El colectivo que más fuma es enfermería seguidos de los médicos [Arévalo et al 1997, Fernández Ruiz y Sánchez 1999, Gil et al 2000, Saiz et al 2003, Tejada et al 2009]. Los cambios encontrados en este estudio pueden atribuirse al sexo, ya que la mayoría de los especialistas en formación de enfermería son mujeres, quienes presentan en general un menor consumo [O'Donovan 2009]. Entre los médicos no hay diferencias por sexo [Gil et al 2000]. En enfermería fuman más las mujeres que los hombres [Gil et al 2000, Fernández 1999, Saiz et al 2003, Tejada et al 2009]. En atención primaria la prevalencia más alta se da entre el personal médico masculino y entre el personal de enfermería femenino. En Atención Especializada fuma más el personal médico femenino y el personal de enfermería femenino [Fernández Ruiz y Sánchez 1999, Ruiz de Oña et al 2006].

La edad de inicio del tabaquismo se sitúa entre el final de la educación secundaria obligatoria y el inicio de los estudios universitarios [Akvardar et al 2004, Blancafort et al 2009, Chattopadhyay et al 2012, Fernández Ruiz y Sánchez 1999], de forma similar a la población española [Encuesta Nacional Salud España 2011/12]. Otros estudios muestran como la gran mayoría de los EIR fumadores comenzaron a fumar antes del inicio de su periodo de residencia, mientras que los que inician el tabaquismo durante la formación postgrado sólo supone un 10% del total [Blancafort et al 2009]. Si siguen la tendencia de la población general [Encuesta Nacional Salud España 2011/12 OEDT 2012] los EIR han adquirido un hábito que pueden mantener durante toda su vida.

2.2 Patrón de consumo.

El consumo diario de tabaco es un 10% superior al de la población general [Encuesta Nacional Salud España 2011/12], al de los estudiantes universitarios [Salamero et al 2012] y al de la población adolescente [Pérez Milena et al 2007]. Llama la atención los patrones de consumo intermitente y asociado al ocio, superiores al 40% de los fumadores, que puede estar asociado a consumo recreativo nocturno y no solo durante el fin de semana [Blancafort et al 2009, Tejada et al 2009]. De hecho, en el análisis multivariable las únicas variables asociadas al tabaquismo son el consumo de alcohol y de drogas ilegales, que incrementa por tres el riesgo de fumar. Parece ser, pues, que los EIR adoptan con los hábitos propios de la etapa adolescente y universitaria, con un consumo concentrado en los momentos de ocio y asociado al policonsumo [Blancafort et al 2009, Pérez Milena et al 2007]. Este consumo de tabaco se ha asociado, en algunos estudios, a unos peores hábitos de vida entre los residentes, asociados a mayor riesgo cardiovascular frente a los estudiantes de pregrado [Rye et al 2012]. Se comprueba una asociación con el consumo de alcohol y otras drogas ilegales, con un elevado porcentaje de tabaquismo asociado al ocio (tanto en su patrón intermitente como en el consumo asociado al ocio) [La población andaluza ante las drogas XII 2011].

Los niveles de dependencia a la nicotina de los EIR es baja en general, siendo similares a los encontrados en la población general [Fu et al 2011]. Aunque existen diferencias estadísticas entre los diferentes grupos de especialidades, parece que el sexo actúa como una variable de confusión dado que la mayoría de los residentes con dependencia alta a la nicotina son hombres. Existe un señalado porcentaje de exfumadores y un gran número de fumadores motivados para el cese del consumo, parece que, al igual que en los adolescentes [Pérez Milena et al 2006], hay una magnífica oportunidad para el cese del tabaquismo en la etapa EIR ya que casi la mitad, como muestran las encuestas de este trabajo, hasta las tres cuartas partes de los fumadores indican grados diferentes de motivación para la abstinencia del consumo [Arévalo et al 1997, Blancafort et al 2009, Fernández Ruiz y Sánchez 1999, Ortiz et al 1996]. Estos porcentajes son superiores a los que ofrecen la población universitaria (un 30%) [Gil et al 2000, Salamero et al 2012] mientras que en la población general de más de 40 años la mayoría de los fumadores ha intentado dejar de fumar al menos en una ocasión, sobre todo motivados por alcanzar un mejor estado de salud [Jiménez Ruiz et al 2000]. En cuanto al porcentaje de exfumadores, la prevalencia encontrada es algo menor que otros estudios (hasta un 14% en una encuesta realizada en Cataluña) [Blancafort et al 2009, Fernández Ruiz y Sánchez 1999, Tejada et al 2009], lo que puede ser debido a la menor prevalencia de tabaquismo encontrada en la población de EIR de Andalucía.

3. Consumo de Drogas ilegales.

3.1 Prevalencia y drogas más frecuentes

En general los estudios presentan prevalencias muy dispares de consumo de drogas ilegales en facultativos [Hughes et al 1991, Martínez Lanz et al 2004, McBeth et al 2008, McBeth et al 2009, Otero et al 2008], lo que dificulta conocer el porcentaje real de consumo de drogas ilegales entre los sanitarios, aunque parece ser inferior al de la población general [Observatorio Español sobre Drogas 2009]. La tendencia general de la población española en los últimos 5 años muestra una ligera disminución del consumo de las sustancias ilegales [EDADES 2013]. En los resultados obtenidos en el presente trabajo, las drogas ilegales son poco consumidas, coincidiendo con la mayoría de estudios que muestran que el consumo entre sanitarios es mucho menor que en la población general, a diferencia de lo ocurrido con el alcohol y el tabaco. El estudio realizado por la Fundación Galatea [Blancafort et al 2009] sobre médicos residentes de Cataluña mostró unas prevalencias de consumo similares a las encontradas en esta tesis, con casi un 4% de encuestados que afirmaron haber consumido alguna sustancia psicoactiva diferente del alcohol o el tabaco durante el último mes.

Un estudio en Estados Unidos [McBeth et al 2008] llevado a cabo mediante encuesta anónima voluntaria en 134 médicos residentes en el servicio de urgencias/emergencias pone de manifiesto una baja prevalencia del uso de la mayoría de drogas ilícitas (incluyendo la cocaína, la heroína, las anfetaminas y otros opiáceos). Aunque el número de residentes que usaron la marihuana en el último año ha disminuido, el consumo en el último mes ha aumentado. Otro estudio realizado en Canadá [Earle y Kelly 2005], desarrollado a través de encuestas enviadas por correo electrónico a 649 médicos residentes, encontró que más del 60% empleaban las drogas ilegales con un fin recreativo y tan solo algo menos del 6% hacía un uso de drogas para ayudar a hacer frente a sus problemas; sobre el 1% del total de consumidores de drogas podrían tener una adicción a las mismas.

Al igual que en la población general y adolescente de España, el cannabis es la droga de mayor consumo [Observatorio Español sobre Drogas 2009, Pérez Milena et al 2007, Saitz et

al 2014], sin embargo la prevalencia de consumo declarada entre los profesionales sanitarios en formación (<4%) es inferior a la de la población de 15 a 17 años (15%) y de 18 a 65 años (9%) [EDADES 2013]. No ocurre así en todos los países: por ejemplo, Akvardar [Akvardar et al 2004] estudió mediante el uso de un cuestionario a 326 estudiantes de medicina, médicos residentes y médicos senior en Turquía quienes declararon como droga de mayor uso los sedantes hipnóticos sobre todo las benzodiazepinas como alprazolam y diazepam, posiblemente por la mayor facilidad de acceso a las mismas, mientras que el cannabis fue la segunda sustancia ilegal más consumida.

En Colombia [Urrego Mendoza 2002] solo un 1% de 193 estudiantes de especialidades médico-quirúrgicas encuestados reconocieron un consumo de drogas ilegales. La población de residentes estudiada en esta serie realizada en Colombia está conformada en su mayoría por jóvenes entre los 24 y 28 años, solteros, sin hijos, dependen económicamente de otras personas y desempeñan labores con alto nivel de responsabilidad y estrés, factores que predisponen al consumo de psicoactivos según los autores. Solamente el 3% informó sobre el uso de benzodiazepinas alguna vez en la vida (de los cuales un 1% fue un consumo de prueba, otro 1% eran antiguos consumidores y el restante 1% habían consumidos en el último año. Se encontró un 1 % de profesionales en formación que habían probado anfetaminas alguna vez en su vida. Casi el 8% habían probado alguna vez en su vida la marihuana y un 1% tanto la cocaína como los opioides, siendo del 0.5% para el consumo de éxtasis y de marihuana. Todas estas prevalencias se refirieron a un consumo en el último año, no existiendo declaraciones sobre consumo en la última semana o mes, a diferencia de los datos del presente trabajo que expone los resultados del consumo actual. Un dato similar entre los hallazgos encontrados y esta publicación se encuentra en el hecho del policonsumo, de forma que el consumo de una incrementa el riesgo de las otras. Así, Urrego [Urrego Mendoza 2002] encontró que más de un 6% de los estudiantes habían probado dos sustancias al mismo tiempo.

Martínez-Lanz [Martínez Lanz et al 2004] encuentra en una encuesta realizada a 192 médicos residentes de ambos sexos, entre 24 y 37 años de edad, trabajadores de un hospital general de la Ciudad de México, un alto consumo de drogas (superior al 20%). Entre las drogas médicas, destaca el consumo de tranquilizantes (10%), opiáceos (7%), anfetaminas (3%) y sedantes (2%). Entre las drogas ilegales, coinciden con los datos presentados en este trabajo al mostrar la marihuana como la sustancia más consumida (cercano al 5%) seguida por la cocaína con un porcentaje de un 3%. Esta publicación muestra, finalmente, una relación directa y significativa entre el consumo de alcohol y de drogas y los signos y síntomas de depresión y estrés. En el estudio realizado en Cataluña [Blancafort et al 2009] algo más de un 7% de los residentes encuestados afirmaron haber consumido tranquilizantes durante el último mes y de estos, el 66.7% lo hizo en días laborables, lo que podría corroborar el uso de este tipo de drogas como una consecuencia del estrés laboral. Estos porcentajes son superiores a los encontrados en nuestro trabajo, que se sitúan por debajo del 1% de los profesionales en formación, algo que puede deberse a un sesgo de deseabilidad social o a una realidad social y laboral diferente.

Otro estudio realizado en Brasil [Palhares et al 2012] mediante entrevistas estructuradas a 57 anestesiistas demostró una alta prevalencia del uso de opioides (casi un 60%) y benzodiazepínicos (superior al 35%). La edad promedio de los anestesiistas fue de 36 años y los opiáceos fueron la droga que más problemas originó por su consumo. Aunque los resultados por especialidad coinciden con los hallados en este trabajo (son los especialistas en formación en cirugía los que más prevalencia de policonsumo presentan y menor frecuencia de abstención total de cualquier tipo de sustancia), este trabajo estaba destinado a

profesionales sanitarios con problemas de salud mental, lo que puede sesgar los resultados elevando las prevalencias de consumo y de problemas relacionados con el mismo. Así, la mayoría de los médicos tuvo problemas con el uso exclusivo de drogas ilegales (65%), mientras que casi la quinta parte manifestó problemas relacionados con el consumo conjunto de alcohol y drogas.

Otro estudio más reciente llevado a cabo en Colombia [Lara et al 2012] encuesta a 58 médicos y enfermeros en Colombia. El consumo de drogas ilegales en personal médico es más frecuente entre los adultos jóvenes; así, la tercera parte de los médicos han consumido alguna vez marihuana, un 10% en el último año y un 5% en el último mes, cifras algo superiores a las encontradas en el presente trabajo. La declaración del consumo de anfetaminas ofreció una prevalencia algo superior al 1% mientras que la cocaína se acerca al 3%, cifras muy dispares de las encontradas en la tesis. No se pueden comparar los datos propios con los de este estudio dado su pequeño tamaño de muestra y las diferencias sociales y culturales entre países, pero es llamativo el hecho de que sólo un muy bajo porcentaje de encuestados se manifiestan a favor de abandonar el consumo. También llama la atención un mayor consumo de benzodiacepinas y barbitúricos entre el personal de enfermería, con una toma promedio de dos veces por semana.

El consumo se centra en el uso del cannabis, predominando en hombres y siendo inferior al que presentan los estudiantes de medicina, que podría extenderse hasta una tercera parte de los universitarios [Voigt et al 2009]. El consumo de cannabis, con o sin consumo de alcohol asociado, es más frecuente entre el colectivo de médicos residentes que se encuentran en su mayoría dentro del rango de edad de los adultos jóvenes [Arteman 2004]. Según algunos estudios, hasta una tercera parte de Médicos Internos Residentes consumirían cannabis regularmente [Arteman 2004, Beaujouan et al 2005]. En la población médica las drogas más prevalentes son los opiáceos y concretamente el fentanilo [Calabrese 2006, Kintz et al 2005] y las benzodiacepinas, probablemente porque el acceso a dichas sustancias es relativamente sencillo [Blancafort et al 2009, Domino et al 2005, Otero et al 2008] y más aún en las especialidades hospitalarias [Barreiro et al 2001, Calabrese 2004, Calabrese 2006, Gold et al 2004, Gold et al 2006, Kintz et al 2005, Lutsky et al 1994, McAuliffe et al 2006] y en particular en el sector de los anestesiólogos [Beaujouan et al 2005, Chandon 2005, Domino et al 2005, Gallegos et al 1988, Silverstein et al 1993]. Incluso se consume más entre los residentes de anestesia que entre los facultativos de anestesia y residentes del resto de especialidades [Calabrese 2006].

3.2 Abuso del consumo de drogas ilegales

Hay menos datos sobre los problemas derivados del consumo de drogas ilegales en el personal sanitario. Posiblemente, la naturaleza de este tipo de adicciones sea un tema tabú para su estudio entre el personal sanitario, ya que socialmente deshabilita al profesional sanitario para el ejercicio de sus tareas clínicas. Baste recordar como en España el Colegio Oficial de Médico tuvo que poner en marcha hace unos años el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) para facilitar a los médicos el acceso a una atención sanitaria de calidad y especializada en caso de enfermedades relacionadas con trastornos psíquicos y/o conductas adictivas que puedan interferir en su práctica profesional. Los problemas de drogodependencias en personal sanitario suponen un gran reto para la responsabilidad profesional del médico del trabajo, que tiene que abordar la rehabilitación laboral (y personal) del profesional sanitario drogodependiente, evitando que ocasione daños a los pacientes en el ejercicio de su profesión, un equilibrio difícil de conseguir [Otero et al 2008]. Existen riesgos

laborales adheridos a la profesión farmacéutica que contribuye a trastornos por consumo de sustancias entre algunos miembros de esta población, incluyendo un mayor acceso a los medicamentos de abuso, un ambiente de trabajo estresante / desagradable, una cultura que tolera extraoficialmente el desvío de medicamentos, la falta de la educación relacionada con la adicción, y la falta de apoyo a las personas que buscan tratamiento [Merlo et al 2012]. Entre el personal de los servicios de anestesia los esfuerzos para evitar el consumo se centran en la educación y una regulación más estricta de las sustancias controladas [Booth et al 2002].

En el presente estudio no se recogen datos sobre la adicción a las drogas ilegales, pero es preciso referirse a algunos estudios que ponderan este problema. En un gran estudio desarrollado en Estados Unidos sobre 177848 residentes de anestesiología [Warner et al 2013] se encontró una incidencia superior en hombres (2.16) frente a mujeres (0.65). Las drogas que provocaron un mayor número de adicciones fueron los opiáceos, el alcohol, la marihuana o la cocaína. Se produjeron hasta un 8% de muertes durante el periodo de seguimiento y más del 40% tuvieron una recaída dentro de los primeros nueve años, de forma independiente al tipo de droga utilizado. Por su parte, Palhares [Palhares et al 2012] mostró cómo los anestesistas que presentaron un abuso de los opioides iniciaron una búsqueda más temprana de tratamiento, generalmente en el primer año de la dependencia. En cuanto a la secuencia de drogas utilizadas al inicio del consumo de sustancias, el 33.4% inició el consumo problemático de drogas con los opioides, mientras que el 28.1% empezaron con el alcohol, el 17.5% con benzodiazepínicos y el 21% con las drogas ilícitas (marihuana y cocaína). Aquellos que tuvieron problemas iniciales con el alcohol se demoraron más para buscar atención médica, mientras que los que utilizaron drogas ilícitas presentaron una dependencia de un número mayor de sustancias.

3.3 Otros condicionantes del consumo de drogas ilegales

El escaso pero preocupante consumo de drogas ilegales puede deberse a un sesgo de deseabilidad, aunque coincide con datos recogidos de otros sanitarios [Kenna y Wood 2005, Blancafort et al 2009]. Otro hecho a tener en cuenta es que el consumo de cannabis no se asocia a un tipo de morbilidad que pueda requerir que el afectado se dirija al PAIME [Otero et al 2008]. Llama la atención las especialidades que tienen mayor prevalencia están asociadas con los siguientes factores precipitantes [Lara et al 2012]: más contacto ambiental con las sustancias que las demás especialidades, presentan antecedentes familiares de abuso de sustancias; desarrollan estrés laboral y estrés en el hogar, poseen problemas emocionales y alteraciones del comportamiento; tienen ideales, comportamiento perfeccionista y la idea de adquirir un alto rango académico, presentan mayor nivel de estrés laboral y ansiedad (largas horas de trabajo bajo presión). La facilidad de acceso a las sustancias psicoactivas se revela como un importante factor que promueve el consumo [Baldisseri 2007]. Estudios en anestesiólogos sugieren varias causas del uso: gran cercanía a las drogas de alto poder adictivo, alto estrés laboral, relativa facilidad de obtener cantidades pequeñas para uso personal, exposición en el lugar de trabajo que sensibiliza las vías a nivel cerebral y puede promover su consumo [Bryson y Silverstein 2008]. Otro estudio realizado en residentes de las especialidades médico-quirúrgicas afirman que esta especialidad puede ser considerada una población de alto riesgo para éste problema porque reúnen una serie de características sociodemográficas identificadas como factores de riesgo que predisponen el consumo de psicoactivos: generalmente está conformada en su mayoría por jóvenes que se encuentran entre los 20 y los 29 años, solteros, sin hijos, dependen económicamente de otras personas, desempeñan labores con alto nivel de responsabilidad y estrés en el área clínico-asistencial, son estudiantes de nivel superior y viven en área urbana [Urrego Mendoza 2002].

4. Oferta de consejo clínico.

Los resultados de esta investigación ofrecen dos principales conclusiones respecto a la oferta del consejo clínico declarado por los profesionales residentes en formación. En primer lugar, los especialistas en formación reconocen ofertar de forma frecuente consejos contra el consumo de alcohol y tabaco, y en menor medida contra el uso de drogas ilegales. En segundo lugar, la presencia de esta actividad está ligada al tipo de especialidad cursada y algunas características del consumo personal, sobre todo la edad de inicio del consumo de alcohol, aunque también influye el consumo de tabaco y el tipo de bebida alcohólica que se toma.

El consejo clínico tiene múltiples acepciones y una ausencia de estandarización en su implementación [Stead et al 2013], siendo muy variable el porcentaje de profesionales de la salud que ofrece estrategias para la reducción del consumo de sustancias adictivas según los múltiples estudios realizados sobre el tema [Kahan et al 2004]. Junto a la dificultad de delimitar el concepto de consejo clínico, los sanitarios tienen muy claro que es su misión modificar en sentido favorable los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos y colectividades persiguiendo el abandono del consumo que realizan sus pacientes [Salleras et al 1994]. Por otro lado, más de la mitad de los pacientes esperan que su médico de familia aborde el consumo de alcohol o tabaco durante el acto clínico [Ulbricht et al 2011]. En el ámbito hospitalario, los periodos de hospitalización se constituyen en una excelente oportunidad para iniciar intervenciones encaminadas a la reducción del consumo de estas sustancias, no solo porque permiten la detección de casos de riesgo sino también porque los sujetos están más predispuestos a cambiar sus hábitos [Freyer-Adam 2008 et al, Rumpf et al 1999]. Así, la mayoría de los pacientes que reciben consejo antitabaco consideran que el tiempo empleado en dicho consejo fue adecuado y están satisfechos [Rodríguez Ibáñez 2001].

4.1 Prevalencia de consejo clínico.

En general los consejos de los sanitarios tienen poca presencia en la actividad clínica cotidiana [Rodríguez Ibáñez et al 2001, Talley et al 2011, Wallace et al 2006], ofertándose en menos del 40% de los actos sanitarios [Ballbè et al 2009, De Col et al 2010, Talley et al 2011] incluso tras recibir una formación específica [Ballbè et al 2009, Sreeramareddy et al 2010] y pese a su eficacia, [Carson et al 2012, Lumbreras et al 2002, Rice y Stead 2008, Rodríguez Ibáñez et al 2001, Sanz Pozo et al 2006, Sullivan et al 2011]. Se ha encontrado, además, una diferente oferta de consejo contra el consumo dependiendo del tipo de sustancia: es más frecuente el consejo contra el tabaco que contra el alcohol, y ambos se dan en mayor medida que contra las drogas ilegales [Lumbreras et al 2002, Rodríguez Ibáñez et al 2001, Saitz et al 2014]. Hay una mayor presencia del consejo antitabaco, una intermedia sobre el consumo de alcohol y una baja frecuencia de recomendaciones sobre las drogas ilegales. Este hallazgo puede deberse a la misma presión social que normaliza más el consumo de alcohol frente al tabaco, junto al temor a invadir la privacidad del paciente al preguntar por drogas ilegales. La implantación progresiva de la Ley 28/2005 (medidas sanitarias frente al tabaquismo) ha provocado un menor consumo [Fernández de Bobadilla, 2014] y, sobre todo, una mayor percepción del riesgo de su consumo, estando considerado entre la población más joven como una sustancia más peligrosa que el cannabis [EDADES 2013, Pérez Milena et al 2012]. Se ha aceptado socialmente la prohibición de consumo en lugares públicos, lo que normaliza y legitima el consejo del profesional sanitario contra el tabaco en el acto sanitario [Fernández de Bobadilla et al 2014]. Por otro lado, existen pocos estudios que describan el uso por los profesionales en formación del consejo contra drogas ilegales, aunque su menor oferta puede deberse a una menor percepción de la eficacia de la intervención y a una menor normalización

social de su consumo [Gottlieb, 2001, Saitz et al 2014], lo que hace que para el profesional sanitario sea más difícil preguntar. La menor normalización del consumo de drogas ilegales y su no deseabilidad social pueden hacer que para el sanitario sea más difícil su abordaje en el acto clínico, salvo que la patología o síntomas que motivan el encuentro estén relacionados directamente con este tipo de consumo.

En el ámbito de la atención primaria la detección y manejo del abuso y consumo del alcohol y el tabaco respectivamente es más frecuente que en el ámbito hospitalario. La mayoría de los médicos de atención primaria consideraban como una parte normal de su trabajo el detectar y aconsejar a sus pacientes con consumo de riesgo de alcohol [Aalto et al 2005]. También en atención primaria se constató que la mayoría de los profesionales de la salud preguntaban y aconsejaban a sus pacientes sobre el cese tabáquico [Cerrada et al 2005]. Sin embargo, en el ámbito hospitalario la frecuencia de intervención de los profesionales sanitarios sobre pacientes fumadores y bebedores de riesgo es todavía insuficiente y aún es menor cuando los pacientes no presentan patologías relacionadas con el consumo de estas sustancias quedando en un segundo término las intervenciones preventivas [Hearne et al 2002, Nieva et al 2007]. Estos datos concuerdan con los encontrados en el presente trabajo, donde se muestra cómo los EIR de Medicina de Familia ofertan más frecuentemente consejo tanto para el tabaco como contra el alcohol frente a las especialidades Médicas y Quirúrgicas Hospitalarias y a otras Especialidades.

El personal de enfermería desempeña también un papel fundamental en la detección del tabaquismo y la promoción de su cese [Martínez 2003]. Así, se puede consultar un estudio realizado en España en Centros de Salud de Madrid [Cerrada et al 2005] utilizando, al igual que en el presente estudio, un cuestionario autocumplimentado y anónimo. Participaron en total 480 profesionales sanitarios, entre médicos de familia, pediatras, residentes de medicina familiar y enfermeros. Se recogió una oferta de consejo contra el consumo de tabaco superior en más del 70% de los actos clínicos, superando la oferta el 90% de las ocasiones cuando el paciente consultaba por una patología relacionada con el tabaquismo. Esta oferta de consejo se daba sin diferencias respecto al sexo, la profesión sanitaria, el hábito tabáquico ni la formación previa. Más de un 85% refería ofrecer realizar un seguimiento del consumo de los pacientes a quienes aconsejaban y más del 60% proporcionó consejos escritos.

A nivel internacional destaca el trabajo realizado por Weinehall [Weinehall et al 2014] donde se compara la actitud frente al consejo clínico contra el uso de alcohol y tabaco de médicos de atención primaria de Suecia y de Estados Unidos. Estas encuestas nacionales comparan áreas urbanas del primer país con áreas rurales del segundo, en el norte del estado de Nueva York, contrastando las perspectivas, las actitudes y la práctica de los profesionales sanitarios. Para ello se utilizó un cuestionario con cuatro preguntas clave sobre el asesoramiento para el consumo de tabaco, consumo de alcohol, la actividad física y los hábitos alimenticios. Hay que destacar que el tamaño de muestra fue muy inferior al logrado en este trabajo, con 86 encuestados en los EEUU y 180 en Suecia (con tasas de respuesta entre el 70-90%), incluyéndose médicos, enfermeros y matronas empleados en atención primaria. Prácticamente todos los profesionales de Suecia indican que es fundamental realizar actividades preventivas en el trabajo asistencial diario, lo que se traduce en una prevalencia de consejo contra el tabaquismo superior al 80% mientras que sólo la tercera parte de los profesionales estadounidenses aconsejan de forma frecuente a sus pacientes contra el tabaco. En el caso de estos últimos profesionales de EEUU, el interés mostrado por la adquisición de habilidades en actividades preventivas se centraba en otras áreas diferente del consumo de tabaco, como la nutrición y la actividad física.

Los datos que ofrece el presente estudio presentan, sin embargo, una alta autodeclaración de oferta de consejo. Entre los residentes, el consejo contra el tabaco es superior al 80%, según algunas publicaciones [Gottlieb et al 2001], mientras que para el alcohol las prevalencias varían en un amplio margen que oscila desde un 9% [Seale et al 2005] hasta un 80%, cuando los residentes se sentían responsables de su detección y asesoramiento [Kahan et al 2004]. Las explicaciones sobre las diferencias en la oferta de consejo contra el consumo de sustancias adictivas son complejas y pueden encontrarse en las actitudes interprofesionales, la organización de la atención sanitaria, incluyendo el método de reembolso, las tradiciones de la atención sanitaria preventiva y las diferencias culturales entre los dos países [Weinehall et al 2014]. También influye el método empleado para realizar la recogida de datos y los sesgos que puede introducir a la hora de valorar dichos resultados en cada una de las publicaciones consultadas.

Hay que tener en cuenta que los resultados obtenidos en este trabajo pueden estar influenciados por la presencia de errores sistemáticos, aunque en la fase de diseño de la investigación se tuvieron en cuenta) para poder evitar o, al menos, minimizar las posibles limitaciones del diseño escogido (descriptivo mediante encuesta). Para evitar el sesgo de selección, se ha elegido pasar el cuestionario a toda la población de residentes de Andalucía, que por sus características puede ser representativa de la población total de residentes de España. Se cuenta con una posible pérdida previa al estudio de algunos residentes dado que no hay una base centralizada de datos completa, siendo la página web Portaleir la base de datos más completa existente en la actualidad. A partir de esos datos se ha obtenido un listado de los especialistas en formación que se encontraban en activo en la fecha del estudio. A pesar de que cada especialista interno residente precisa de un correo electrónico para su periodo de formación y la comunicación con los diferentes tutores y profesionales sanitarios, pueden haber existido diferentes motivos para el incremento de las pérdidas como errores de mecanización del correo electrónico o cambio de dirección durante el período de seguimiento, aunque posiblemente sean mínimas. Para evitar un sesgo de no respuesta se enviaron los cuestionarios hasta tres veces, con una periodicidad con una periodicidad quincenal. Como criterio de calidad se desea un mínimo de respuestas superior al 60% del total de EIR encuestados, en función de otros estudios similares [De Col et al 2010, Frank et al 2009], criterio que finalmente se cumple con una amplia representación de todas las especialidades y provincias. Al comparar la tasa de respuesta obtenida en esta investigación con otras publicaciones, se comprueba que es igual o incluso superior: por ejemplo, a nivel nacional en un estudio llevado a cabo en Cataluña se obtuvo una tasa de respuesta del 41.7% [Blancafort et al 2009] y en un ámbito internacional se obtienen cifras similares, del 47% al 56% [McBeth et al 2009, Shy et al 2011].

En relación al porcentaje final de participación de algunos colectivos de residentes, se aprecia una participación balanceada en cada grupo de especialidades afines: MH representa el 35% de la población de estudio y un 43% del total de respuestas; MF representa el 24% y en el estudio un 23%; MQ un 22% y en el estudio 18%. Sin embargo el colectivo de otros especialistas (OE) que representan el 11% de la población de estudio sólo aporta un 5% del total de respuestas. Una posible causa de la baja respuesta de este colectivo pueda deberse a una menor implicación con el paciente. Las especialidades aquí incluidas en su desarrollo profesional tienen menor relación con los pacientes y puede que no vean reflejada la situación del consejo al paciente como un acto habitual de su actividad, produciendo un menor interés en su participación. En caso contrario encontramos a los residentes de enfermería, que representan un 6.3% y en el estudio aportan un 11%.

En cuanto a la pertinencia del uso de un cuestionario autoadministrado mediante correo electrónico, hay suficientes evidencias que avalan la utilización de encuestas online como medio de recogida de información [Braithwaite et al 2003, Smyth y Pearson 2011]. Diversos estudios [Callas et al 2010, Gwaltney et al 2008, Smith et al 2013] muestran la igualdad respecto a los medios tradicionales en papel, en ocasiones con tasas de respuestas similares o incluso superiores, con mayor rapidez y requiriendo menos recordatorios.

Respecto a los sesgos de información, es muy posible que los datos obtenidos permitan una aproximación a la realidad de los residentes andaluces. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los sesgos introducidos por el uso de una encuesta son inherentes a este tipo de recogida de datos y son difíciles de evitar, aunque se han intentado minimizar utilizando estrategias para lograr que el residente no se sienta condicionado por los observadores al asegurar el anonimato en la recogida y análisis de los datos y al usar un cuestionario autoadministrado vía online, sin tener que entregar los datos de forma directa a otro profesional sanitario. Debe contemplarse la posibilidad de un sesgo de información a la hora de rellenar la encuesta, ya que los residentes sólo tienen las instrucciones dadas por mail y no se pueden dar respuestas a posibles dudas en su cumplimentación. Por otro lado, la declaración del consumo de drogas a partir de cuestionarios autoadministrados, si bien es ampliamente utilizado, puede comportar un sesgo de deseabilidad social en la respuesta de los encuestados, tanto por infraestimación (por considerarse sustancias prohibidas) o bien por sobrestimación (para ganarse la aceptación del grupo de iguales), al tiempo que se aumentaría la estimación de la frecuencia del consejo contra las drogas. Este error sistemático puede ser mayor del esperable dado que se está interrogando a profesionales sanitarios sobre hábitos de vida en los que la sociedad le otorga un papel de referente moral. Una subestimación del consumo es muy probable en el caso de las drogas ilegales dado que puede ser sinónimo de una mala praxis médica si se relaciona el consumo con el trabajo que desempeñan los encuestados, siendo además una práctica socialmente no aceptada; la cocaína, en particular, se asocia con un estilo de vida marginal. Aunque las prevalencias de consumo de las drogas ilegales son bajas en esta población sanitaria [Blancafort et al 2009], la encuesta puede tener limitaciones técnicas para la medición de consumos minoritarios. También hay que contemplar la posibilidad de aparición de sesgos de memoria, aunque el pilotaje de las encuestas permite obtener una alta validez en las respuestas obtenidas. Para controlar los sesgos de confusión, se recogieron diferentes variables que, según la bibliografía, pudieran tener relación con la oferta de consejo clínico contra el consumo de drogas, empleando posteriormente procedimientos de análisis estadístico multivariable.

Por otro lado, la validez externa de los resultados podría estar comprometida por los sesgos de respuesta (se desconocen características de los EIR no respondedores y hay grupos de especialidades con baja respuesta, como enfermería) y de deseabilidad social (infradiagnosticando el consumo personal, sobreestimando la oferta de consejo). Tampoco se han recogido variables como la percepción del profesional de la eficacia del consejo [Cerrada et al 2005, Tremblay et al 2001] o la percepción de riesgo que asume el paciente con el consumo [Alba et al 2013, Talley et al 2011]. Los datos obtenidos, no obstante, concuerdan con otros estudios [Chossis et al 2007, Gottlieb et al 2001, Kahan et al 2004], obteniendo una amplia representación de todas las especialidades y provincias y consiguiendo un elevado tamaño de muestra. Hay un porcentaje de pérdidas inferior al 40%, siendo inferior que el obtenido en otros estudios publicados sobre el mismo tema [Blancafort et al 2009, McBeth et al 2008].

El uso del cuestionario es el diseño más empleado para conocer la realización de actividades preventivas, empleando una pregunta simple construida bajo la fórmula «¿Aconsejas o informas a tus pacientes sobre los siguientes hábitos?» que ha sido utilizado por muchas publicaciones sobre este tema [Ballbè et al 2009, De Col et al 2010, Frank et al 2009, Kahan et al 2004, Slater et al 2006, Weinehall et al 2014]. La pregunta sobre el consejo contra el consumo es muy simple, dado que se pretende interpretar el concepto de consejo clínico desde un punto de vista amplio que incluye cualquier información, advertencia o intervención que realice el residente dentro de su actividad clínica. La pregunta planteada no permite evaluar habilidades ni conocimientos sobre la educación en salud de los residentes encuestados, aunque sí permite estimar la actitud ante dichas actividades. Aunque puede introducir sesgos de información, permite una rápida comprensión del objetivo de la pregunta aunque no permite diferenciar el tipo de intervención preventiva que se realiza en la atención clínica. En general este tipo de cuestionarios, que permiten una alta accesibilidad y confidencialidad, favorecen una mayor veracidad en los datos autodeclarados. La distribución de la encuesta de forma online (mediante correo electrónico) está avalada con suficientes evidencias que objetivan esta forma de pasar el cuestionario como un medio de recogida de información sin diferencias respecto a los medios tradicionales en papel, y con tasas de respuestas similares o incluso superiores, con mayor rapidez y requiriendo menos recordatorios [Callas et al 2010, Smith et al 2013]. En el año 2009 se realizó un estudio dirigido a todos los estudiantes de medicina de 16 universidades de Estados Unidos mediante cuestionario durante su formación médica en el primer año, entre su segundo y tercer año y en su último año. La encuesta fue aplicada entre 1999 y 2003 [Frank et al 2009]. Se preguntó sobre la relevancia percibida de la realización de un consejo antitabaco, mediante la pregunta: "¿Considera importante en su práctica clínica el consejo contra el consumo de tabaco en los pacientes?" (con tres posibles respuestas: nada, algo y altamente); también se preguntó sobre la frecuencia con la que daban este consejo utilizando esta pregunta: "¿Con qué frecuencia usted realmente aconseja contra el consumo de tabaco en los pacientes?" (con tres respuestas: "nunca, rara vez", "a veces", y "por lo general, siempre"). La tasa de respuesta fue del 80,3% con un tamaño de muestra final de 2316 individuos. Se encontró que el 14% de las mujeres y el 27% de los hombres estudiantes de medicina preguntaron a sus pacientes sobre cualquier tipo de consumo de tabaco en los últimos 30 días. Tan solo, el 12% mujeres y el 15% de los hombres estudiantes de medicina no interrogaron a sus pacientes sobre el consumo de tabaco. Además, los estudiantes de medicina que más ofertan y valoran la utilidad consejo antitabaco son los que los realizan con mayor frecuencia consejo contra el tabaco.

Otros diseños se centran en la revisión de historias clínicas [Talley et al 2011, Wallace et al 2006] entrevistas directas al profesional o preguntas al enfermo a la salida de la consulta [Paniagua et al 2010], pero su coste económico y en inversión de tiempo hace que se encuentre fuera de las posibilidades del presente trabajo si se desea valorar una muestra tan amplia como la que se presenta en este trabajo. Por otra parte, los estudios con diseño cualitativo pretenden explicar las posibles motivaciones de los hallazgos, pero no ofrecen prevalencias de consejo en los profesionales entrevistados [Gottlieb et al 2001, Kahan et al 2004].

Entre los estudios donde se revisan los registros médicos se encuentra el realizado en EEUU por Wallace [Wallace et al 2006] realizado obteniendo los datos a partir del análisis de

22605 registros de la Encuesta Nacional de Atención Médica Ambulatoria en el año 2002 [NAMCS 2002]. Los datos recogidos incluyen: paciente, demografía, síntomas, diagnósticos médicos de los pacientes, servicios prestados, especialidad sanitaria y tipo de práctica. En general, las mujeres tuvieron mayor probabilidad de ser preguntadas sobre consumo de tabaco. Estas diferentes prevalencias de consejo contra el consumo de tabaco también se apreciaron en función de la edad de los pacientes: así, la mayor oferta se realizó por parte de los profesionales médicos a mujeres de 45 a 59 años (superior al 70%) mientras que la menor prevalencia se pudo encontrar en el consejo a hombres de 20 a 35 años (inferior al 65%). Entre los profesionales médicos se valoró el hecho de que, aunque preguntan con frecuencia a sus pacientes sobre el consumo de tabaco, aconsejan con poca frecuencia el cese del tabaquismo, especialmente si los pacientes son hombres mayores. Las limitaciones de tiempo del personal sanitario, los conceptos erróneos acerca de los pacientes mayores en su capacidad y voluntad para dejar de fumar, así como las dudas sobre la potenciales beneficios para la salud de dejar de fumar en este grupo de edad puede explicar las tasas más bajas de asesoramiento prestados a los pacientes varones mayores.

Por su parte, Talley [Talley et al 2011] estudia los registros clínicos de pacientes atendidos en las regiones rurales del sur de los Estados Unidos, valorando el consejo contra el tabaco. La cuarta parte no contenía ninguna referencia al consumo de tabaco de los usuarios atendidos. Según los autores no es suficiente preguntar a los pacientes acerca de los comportamientos de fumar. Los profesionales de atención primaria, especialmente el personal de enfermería, tienen la oportunidad única para evaluar el uso de tabaco sin humo y para ofrecer tratamiento y asesoramiento para ayudar a los pacientes a dejar el consumo de tabaco. Con este tipo de metodología, el estudio de los registros puede provocar un sesgo importante de información. En general se ha detectado un infrarregistro del consumo de alcohol en las historias clínicas que puede poner de manifiesto el bajo cribado realizado o bien una deficitaria calidad de los registros clínicos [Bueno et al 1997, Escobar et al 1993]. Igual ocurre con la presencia de un infrarregistro del consejo antitabaco en las historias clínicas, un porcentaje mucho menor si se compara con lo referido por el usuario inmediatamente tras salir de la consulta [Lumbreras et al 2002].

Otro estudio español [Ballbè et al 2009] también utiliza un cuestionario para conocer la oferta del consejo contra el consumo de tabaco pero encuesta tanto a 66 profesionales sanitarios como a 169 pacientes que habían sido atendidos por parte de estos profesionales. También se hace igual para el alcohol, encuestando a 38 profesionales y 118 pacientes de diferentes unidades de hospitalización. El estudio se realiza antes y después de una formación específica sobre intervención breve en tabaquismo y consumo de riesgo de alcohol respectivamente. El cuestionario para profesionales indaga por los conocimientos farmacológicos y psicológicos percibidos, por su propio consumo autodeclarado y las actitudes frente a cada sustancia (tabaco o alcohol). También se pregunta por los elementos o etapas de la intervención breve realizados habitualmente y declarados por los profesionales sanitarios mediante preguntas de respuesta categórica para cada uno de los cinco elementos de la intervención de las 5 A (por ejemplo: ¿Con qué frecuencia pregunta a sus pacientes sobre el consumo de alcohol? Siempre-frecuentemente-a veces-raramente-nunca) en un esquema de cuestionario similar al utilizado en el presente estudio. Para los pacientes se emplea una pregunta similar pero ofreciendo una respuesta dicotómica (sí/no). La evaluación de pacientes y profesionales se realizó inmediatamente antes y 4 semanas después de la sesión de formación y fue realizada por un médico psiquiatra y una psicóloga especializados en intervención en alcohol y tabaco. Las cifras de oferta de consumo declarados por profesionales y pacientes no coinciden (cerca del 35% para sanitarios y del 44% para usuarios) y son

inferiores a las encontradas en el estudio desarrollado en esta tesis, posiblemente porque eliminan el sesgo de memoria al realizar la encuesta inmediatamente tras la consulta clínica. Otra diferencia es una mayor prevalencia del consejo contra el alcohol: posiblemente la mayor conciencia social del tabaco como principal factor de riesgo cardiovascular y cancerígeno evitable, así como los cambios sociales, han hecho que existan estas diferencias entre el año de ese trabajo y los resultados obtenidos en el realizado en fechas recientes [Fernández Bobadilla et al 2014].

A diferencia de lo obtenido en el presente estudio, otra investigación realizada en la misma población de estudio de la provincia de Córdoba [Paniagua et al 2010] muestra una escasa realización de actividades preventivas en las consultas de los EIR de Medicina Familiar. Estas diferencias pueden deberse a la forma de recoger los datos, que fue mediante videograbación de entrevistas en una agenda de consulta a demanda, así como al diferente tamaño de muestra y a su selección. Así, en este estudio sólo participan 40 médicos residentes de medicina familiar y comunitaria, a los que se les valora un total de 384 entrevistas clínicas a pacientes que acuden a la consulta de distintos centros de salud docentes de atención primaria. Tres médicos residentes videograban y visualizan las consultas que registran las actividades preventivas efectuadas según las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud del año 2005 y el tiempo empleado en cada entrevista en llevar a cabo estas actividades. Las videograbaciones se realizaron sobre entrevistas clínicas con pacientes reales, aunque la finalidad de las mismas era docente e investigador. Tres observadores independientes (también médicos residentes de otra promoción posterior a la evaluada) visualizaron las cintas de vídeo y anotaron los aspectos medidos en una hoja de recogida de datos elaborada para tal fin. Las variables estudiadas fueron sexo del residente, desarrollo de actividades preventivas en la consulta (se incluyó el listado de actividades preventivas recomendadas por el PAPPs), nivel de prevención (primaria, secundaria o terciaria), tiempo total de la entrevista y tiempo empleado, sexo del paciente, tipo de problema por el que acudía y motivo principal de consulta. El resultado obtenido fue una baja oferta de actividades relacionadas con la promoción y prevención de la salud: no se realizó ninguna actividad preventiva en más de un 70% de las entrevistas valoradas. Aunque el consejo contra el tabaco es una de las actividades más realizadas, este se proporciona en menos del 10% de las consultas evaluadas. Los autores concluyen que la realización de actividades preventivas por parte de los médicos residentes en las consultas de atención primaria es muy escasa, y señalan el escaso tiempo de las consultas el principal obstáculo de su realización.

4.2 Variables relacionadas con el consejo clínico

En este trabajo, la oferta de consejo clínico en las actividades asistenciales de los EIR es más frecuente que los datos obtenidos en otros estudios [Ballbè et al 2009] y está relacionada fundamentalmente con el tipo de especialidad cursada y algunas particularidades del consumo personal de drogas.

Se han estudiado diferentes variables que pueden incidir en la oferta de consejo clínico contra el consejo antidroga, como la edad, el sexo, la procedencia de los EIR o el consumo personal de drogas. Tremblay [Tremblay et al 2001] encontró diferencias en la emisión del consejo en función del sexo (las mujeres proporcionan más consejo), la especialidad (aconsejan más los médicos generales o los internistas que los pediatras), la edad, la situación geográfica (se ofrece más consejo en el ámbito urbano) y el propio consumo del profesional. Entre

estudiantes de Medicina de EEUU [Frank et al 2009], la relevancia del consejo antitabaco fue mayor entre las mujeres frente a los hombres, con una mayor presencia del asesoramiento contra el consumo en sus prácticas. Otros estudios, en cambio, no encuentran diferencias según el sexo del profesional sanitario a la hora de ofertar consejo [Cerrada et al 2005, Hull et al 2008, Kaner et al 2007, Rodríguez Ibáñez et al 2001]. En los resultados obtenidos en esta investigación, ni la edad ni el sexo del residente parecen influir en la oferta de consejo. Las diferencias encontradas por sexo en el análisis bivariable pueden ser debidas a la mayor presencia de mujeres en las especialidades donde se oferta mayor consejo, como es el caso de enfermería.

Respecto a la edad del sanitario, se ha observado en algunos estudios que los profesionales de mayor edad ofrecer más frecuentemente consejo contra el consumo de sustancias adictivas [Kaner et al 2007, Lumbreras et al 2002] mientras que otros estudios tampoco no muestran diferencias por edad [Cerrada et al 2005].

Las barreras percibidas por los profesionales de la salud para realizar actividades preventivas aluden a la poca formación, la falta de tiempo percibida para su realización, el no considerarlo su área de responsabilidad o la falta de motivación del profesional o del paciente [Aalto et al 2005, Ballbè et al 2009, Cerrada et al 2005, Twardella y Brenner 2005]. Un factor que parece ser muy importante junto a la formación que posee el profesional sanitario es la motivación del mismo. Dos elementos subjetivos parecen tener una importancia mayor: la percepción negativa de los profesionales sobre la eficacia del consejo [Cerrada et al 2005, Kloppe et al 2005, Tremblay et al 2001], la baja receptividad de los pacientes ante los consejos que emiten los sanitarios [Cerrada et al 2005] y la autopercepción del riesgo que asume el consumidor al consumir [Alba et al 2013, Weinehall et al 2014].

4.2.1 Relación del consejo clínico con el tipo de formación especializada

Se aprecia una mayor oferta de consejo en las especialidades con mayor base troncal, como Medicina de Familia y Enfermería [Lumbreras et al 2002, Mitchell et al 2009, Rice y Stead 2008, Rodríguez Ibáñez et al 2001, Roy-Byrne 2014, Saitz et al 2014, Sanz Pozo et al 2006, Slater et al 2006, Tremblay et al 2001]. Así, en otros estudios se encuentra una menor oferta de consejo contra el alcohol en los especialistas en formación de las especialidades médicas hospitalarias y, sobre todo, quirúrgicas [Rosta y Aasland 2005, Rosta y Aasland 2010]. Los profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito hospitalario ofertan consejo contra tabaco y alcohol en menos del 40% de sus actividades clínicas [Ballbè et al 2009, Wallace et al 2006].

En cambio, los médicos de familia suelen realizar más actividades preventivas contra el consumo de alcohol, hasta en el 80% de las ocasiones [Weinehall et al 2014] y contra el tabaquismo, con una oferta que oscila entre el 50% y el 75% [Cerrada et al 2005, De Col et al 2010, Talley et al 2011, Wallace et al 2006]. Otros estudios que incluyen diferentes profesionales sanitarios como médicos, enfermeros y/o farmacéuticos, el consejo contra el tabaco se incrementa a más del 90% de los encuestados [Tong et al 2010, Weinehall et al 2014]. En el ámbito de la atención primaria el porcentaje de oferta de consejo parece ser superior al 70% para el tabaco, y en más del 90% si la patología consultada se relaciona con dicho hábito [Cerrada et al 2005, Lumbreras et al 2002, Rice y Stead 2008, Rodríguez Ibáñez et al 2001, Sanz Pozo et al 2006] y si existe hiperfrecuentación [Lumbreras et al 2002]. En España, los médicos de familia ofertan más frecuentemente actividades de prevención y de promoción de la salud que sus colegas europeos [Kloppe et al 2005], incluso en mayor proporción que los

médicos de EEUU [Weinehall et al 2014]. Siguen existiendo por tanto, grandes diferencias entre los estudios publicados sobre el tema por las actitudes interprofesionales, la organización de la atención sanitaria, las tradiciones de la atención sanitaria preventiva y las diferencias culturales entre los países [Kloppe et al 2005].

La falta de formación puede ser el motivo que, en mayor medida, explicaría la menor oferta de consejo en determinados profesionales sanitarios [Ballbè et al 2009]: así, las especialidades con mayor base troncal (como medicina familia y enfermería) son las que más frecuentemente ofrecerían consejo contra el consumo de sustancia con poder adictivo. Los estudiantes de Medicina que desean trabajar en un futuro en atención primaria perciben las actividades preventivas como más importantes [Frank et al 2009, Voigt et al 2009], al tiempo que los profesionales médicos y de enfermería de familia las consideran como una parte esencial de su trabajo [Aalto et al 2005, Cerrada et al 2005]. Entre estudiantes de Medicina, el consejo antitabaco es percibido como más importante y, además, más realizado en la práctica clínica entre aquéllos que presentan la creencia que el consejo presenta mayor eficacia si el médico no fuma (valor ejemplificante) o que los médicos deben promover la prevención, cuando tienen compañeros que conseja la deshabituación tabáquica [Frank et al 2009].

Se ha apuntado la falta de formación como el motivo que explica en mayor medida la poca intervención [Aalto et al 2005, Twardella y Brenner 2005]. Pese a ello, son escasos los estudios realizados sobre el impacto de programas de formación para profesionales en este tema aunque existen tres estudios en el ámbito de la atención primaria que muestran resultados positivos [Babor et al 2004, Peltzer et al 2006, Unrod et al 2007]. En atención primaria observaron que los profesionales sanitarios mencionaban con más frecuencia el consumo de tabaco que de alcohol en las historias clínicas de sus pacientes, y por otra parte, declaraban sentirse más cómodos con el abordaje preventivo del tabaquismo que del alcohol [Aira et al 2004]. En el ámbito hospitalario constataron que los profesionales sanitarios valoraban el tabaquismo de forma más consistente que el consumo de alcohol [Shourie et al 2007].

El modelo social de comportamiento de las denominadas figuras de autoridad, entre ellos los sanitarios, tiene influencia en la época del aprendizaje social de los fumadores (sobre todo en la adolescencia) y constituye un factor socioeconómico favorecedor de la abstinencia para los adultos fumadores [Jiménez Cruzado et al 2011]. El 75% de los sanitarios no fumadores se considera modelo social, frente al 40% de los fumadores [Cerrada et al 2005]. Sin embargo, y a pesar de la función ejemplificante que el médico tiene sobre los pacientes, sólo un tercio de los fumadores (33.3%) recibe consejo para dejar de fumar [Lancaster y Stead 2002].

4.2.2 Relación del consejo clínico con el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales

En el estudio se encuentra una relación entre la oferta de consejo con la edad de inicio del consumo personal de alcohol (siendo más frecuente cuando se prueba el alcohol de forma más tardía) y el consumo de tabaco [De Col et al 2010, Frank et al 2009, Tremblay et al 2001]. No parece existir un consumo de tabaco y alcohol diferenciado para los profesionales sanitarios ya formados respecto a la población general [Hull et al 2008, Kaneita et al 2010, Voigt et al 2009], mientras que los EIR presentan un consumo más frecuente y regular de alcohol, tabaco y en menor proporción marihuana [Blancafort 2009, Handel et al 2006, Hull et al 2008, La Torre et al 2012, McBeth et al 2008]. A diferencia del estudio realizado sobre

residentes de Cataluña [Blancafort 2009], los EIR en Andalucía presentan un mayor consumo de alcohol que de tabaco, con un uso similar de drogas ilegales. Es llamativa la amplia presencia del consumo esporádico y asociado al ocio (salvo en el caso del tabaco), reflejo de los patrones de consumo de la sociedad andaluza [Consejería de Salud y Bienestar Social 2011] que va adoptando un modelo de consumo anglosajón centrado en el fin de semana a medida que los adultos jóvenes mantienen el patrón de consumo de los adolescentes [Pérez Milena et al 2007].

Algunas publicaciones indican la ausencia de relación entre el consumo personal de los residentes y la emisión de consejos contra el consumo de drogas [Ferrero et al 2004, Tremblay et al 2001]; sin embargo, otros estudios sí indican que existe relación tanto para personal médico [Cerrada et al 2005, Hull et al 2008] como para profesionales de enfermería [O'Donovan 2009]. El consumo de tabaco personal de los estudiantes también se asoció con frecuencia en el asesoramiento, ya que el consumo de tabaco personal de los estudiantes se asoció con una menor frecuencia de oferta de consejo [Frank et al 2009].

En los datos obtenidos mediante el análisis multivariable se comprueba que la frecuencia del consejo contra cualquier tipo de droga es más frecuente cuanto más tarde se ha probado el alcohol, coincidiendo con otros estudios publicados [De Col et al 2010, Tremblay et al 2001, Voigt et al 2009]. La relación entre la precocidad del consumo de alcohol y la menor tendencia a ofertar consejo contra cualquier droga [Cerrada et al 2005, Rosta y Aasland 2005, Rosta y Aasland 2010], se entiende por el carácter aloerótico de dicho consumo en nuestra sociedad, ya que se bebe por placer y es una actividad socializada que define las relaciones grupales entre adultos [Fernández de Bobadilla et al 2014]. Ésta puede ser la causa de la relación entre la precocidad del consumo de alcohol y la menor tendencia a ofertar consejo contra cualquier droga [Cerrada et al 2005].

Incluso la cantidad de vino consumida de forma semanal influye en el consejo contra el tabaquismo, siendo esta bebida la más representativa de un consumo social y propio del consumo mediterráneo [Instituto Nacional de Estadística 2009, EDADES 2013] que podría normalizar el consumo de otra sustancia como es el tabaco y hacer que la realización de actividades preventivas a favor de la abstinencia del tabaquismo adquiriera menor importancia ante los ojos del profesional sanitario. Por otro lado, el patrón de consumo *binge-drinking* se relaciona con una menor oferta de consejo contra el alcohol [Rosta y Aasland 2005, Rosta y Aasland 2010]. La posible relación del sexo masculino con un menor consejo contra el alcohol [Cerrada et al 2005, Sreeramareddy et al 2010] podría estar mediada por una mayor presencia de consumo tipo *binge-drinking* en los varones, que actuaría como una variable confusora, lo que puede normalizar y banalizar la situación de consumo de los pacientes atendidos.

El tabaquismo se relaciona con mayor consejo antitabaco [De Col et al 2010, Tremblay et al 2001, Voigt et al 2009], al igual que ocurre entre los estudiantes de Medicina [Frank et al 2009, Voigt et al 2009]. Diferentes estudios indican que los enfermeros y los médicos de familia fumadores calificaron peor su capacidad y eficacia para ayudar a los pacientes para abandonar el tabaquismo, con menor predisposición a recibir formación [Aalto et al 2005, De Col et al 2010, Slater et al 2006]. Por el contrario, los EIR que consumen tabaco aconsejan menos frecuentemente contra otras drogas ilegales [Tremblay et al 2001]: esta relación podría explicarse tanto por una menor formación de los EIR como por el temor a invadir la privacidad del paciente al preguntar sobre un hábito socialmente inaceptable. En las etapas iniciales de consumo de drogas, el tabaco es la puerta de entrada al consumo de cannabis lo que puede normalizar la visión de su consumo [Fernández de Bobadilla et al 2014, Tremblay et al 2001].

En un estudio realizado con un diseño cualitativo [Slater et al 2006], las enfermeras que fumaban tenían una menor motivación para proporcionar apoyo para dejar a los pacientes, con actitudes menos positivas en el valor de dejar de fumar y una menor probabilidad de haber recibido capacitación para dejar de fumar, presentando en general una menor propensión a desear una formación complementaria.

5. Necesidades formativas para los futuros profesionales sanitarios

Entre los profesionales sanitarios se aprecia una buena predisposición al cambio para optimizar el abordaje del consumo de drogas [Carson et al 2012, Rice y Stead 2008] lo que debe aprovecharse para implantar un programa formativo común para todos los EIR [Mitchell et al 2009, Scal et al 2004]. El profesional EIR presenta un consumo peculiar de drogas y su estancia formativa se convierte en un momento propicio para el abandono del consumo y para el aprendizaje de técnicas de promoción de la salud. La formación sobre el consejo clínico es una herramienta actualmente infrautilizada en el control y la prevención del consumo, con una implantación no sistemática sobre todo en la formación médica hospitalaria [Cerrada et al 2005, Kaner et al 2007, Sreeramareddy et al 2010]. Es preciso que las actividades preventivas contra el consumo de drogas formen parte del currículum del EIR [Aalto et al 2005, Ballbè et al 2009], máxime cuando muchos pacientes esperan que el profesional sanitario aborde su consumo de una manera proactiva [Rodríguez Ibáñez et al 2001, Ulbricht et al 2011]. Se ha demostrado que esta formación en postgrado es eficaz independientemente de la formación de grado o de postgrado del EIR, pudiendo realizarse indistintamente en la consulta de medicina o de enfermería [Cabezas Peña et al 2007, Scal et al 2004]. Los datos obtenidos plantean la necesidad de realizar estudios sobre la eficacia de las intervenciones contra el consumo de drogas en EIR y de la formación en técnicas específicas de consejo clínico [McQueen et al 2009, Roy-Byrne, 2014, Saitz et al 2014, Stead et al 2013]. Dado a que existe un gran porcentaje de pacientes que consumen los diferentes tipos de droga estudiados, se debe aprovechar cualquier visita o motivo de consulta para hacer actividades preventivas contra el consumo y favorecer la deshabituación y abstinencia prolongada de los pacientes [Cabezas Peña et al 2007, Rodríguez Ibáñez et al 2001].

Dada la insuficiente formación de grado en esta materia [Alba et al 2013], la formación especializada es un momento idóneo no solo para mejorar conocimientos y habilidades en el consejo contras las drogas [Chossis et al 2007, Scal et al 2004] sino para adquirir actitudes positivas que faciliten cambios de comportamiento [Salleras et al 1994]. La formación especializada es una excepcional ocasión para aprender estrategias contra el consumo [Alba et al 2013, Kahan et al 2004], sobre todo cuando los pacientes esperan que los profesionales sanitarios lo realicen durante el acto clínico [Ulbricht et al 2011]. No solo se trata de mejorar conocimientos y habilidades, sino de adquirir actitudes profesionales positivas que faciliten cambios de comportamiento [Alba et al 2013, Kloppe et al 2005, Salleras et al 1994, Scal et al 2004].

Conclusiones

1. La mayoría de profesionales sanitarios en formación consumen algún tipo de sustancia adictiva, lo que hace que se incremente el riesgo de consumir los otros tipos de drogas (tanto en cantidad como en frecuencia).
2. El consumo de alcohol entre los profesionales sanitarios en formación está muy extendido, con un patrón de consumo intermitente y asociado al ocio, con mayor presencia del consumo tipo atracón frente a la población general pero con menor consumo de riesgo e intoxicaciones agudas.
3. Tanto el sexo (hombres) como la especialidad cursada (médicas y quirúrgicas hospitalarias) condicionan un mayor consumo de alcohol.
4. La prevalencia de tabaquismo es inferior a la población general, predominando el patrón de consumo diario, con una dependencia baja a la nicotina y un alto porcentaje de buena motivación para el abandono del hábito tabáquico.
5. El tabaquismo se relaciona con la especialidad cursada (medicina familiar y quirúrgicas hospitalarias) pero no con el sexo.
6. Hay una baja prevalencia de consumo de drogas ilegales, con un patrón intermitente y sin diferencias de sexo.
7. El cannabis y los ansiolíticos son las drogas de mayor uso, mientras que drogas de diseño, cocaína y heroína son muy poco consumidas.
8. La oferta de consejo clínico es muy frecuente para el alcohol y el tabaco (superior al 80%) pero inferior para las drogas ilegales (entorno al 50%), sin diferencias por edad, sexo, lugar de procedencia ni formación pde grado.
9. Se declara una mayor frecuencia de consejo en las especialidades de Medicina de Familia y Enfermería.
10. El consumo de alcohol se relaciona con la oferta de consejo: la edad del primer consumo de alcohol también se relaciona con los tres tipos de consejo y la cantidad de vino consumida de forma semanal se relaciona con un mayor consejo contra el tabaquismo.
11. El hecho de ser fumador está asociado a una mayor probabilidad de oferta de consejo contra el consumo de tabaco pero también a una menor oferta de consejo contra las drogas ilegales.

Bibliografía

Aach R, Girard D, Humphrey H, McCue JD, Reuben DB, Smith JW (1992). Alcohol and Other Substance Abuse and Impairment among Physicians in Residency Training. *Ann Intern Med*; 116(3):245-54.

Aalto M, Pekuri P, Seppä K (2005). Implementation of brief alcohol intervention in primary health care: do nurses' and general practitioners' attitudes, skills and knowledge change? *Drug Alcohol Rev.*; 24:555-8.

Abanades S, Peiró AM, Arré M (2004). Club drugs: old medicines as new party drugs. *Medicina Clínica*; 123, 305-311.

Aerny-Perreten N, Ramasco M, Cruz JL, et al. (2010). La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit.*; 24(2): 136-144.

Aguirre Hernández R, López Flores JF, Flores Flores RC (2011). Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revista Fuente Año 3 No.* ISSN 2007 – 0713.

Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P (2004). Differences in brief interventions on excessive drinking and smoking by primary care physicians: qualitative study. *Pred Med*; 38: 473-8.

Akvardar Y, Demiral Y, Ergor G, Ergör A (2004). Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*; 39:502-6.

Alba LH, Murillo R, Castillo JS (2013). Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. *Salud Pública Méx*; 55:196-206.

Al-Belasy FA (2004). The relationship of «shisha» (water pipe) smoking to postextraction dry socket. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*; 62:10-14.

Alvisa Negrín J, González Reimers E, Santolaria Fernández F, García Valdecasas E, Alemán Valls MR, Pelazas González R et al. (2009). Osteopenia in alcoholics: effect of alcohol abstinence. *Alcohol Alcohol*; 44: 468-475.

American Academy of Family Physicians (2014). Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services.

American Medical Association Council on Scientific Affairs (1988). Evaluation of the health hazard of clove cigarettes. *Journal of the American Medical Association*; 260:3641-44.

American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TRtm. Diagnostisc and Statistical Manual of Mental disorders. Text Revision.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Stadistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. Whashington, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2001). DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, S.A.; ISBN-13: 978-84-458-0297-7.

American Society of Anesthesiologists (ASA). Disponible en: <http://www.asahq.org/>.

Anderson P, Baumberg B (2006). Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies. Disponible en: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm.

- Anderson P, Gual A, Colom J (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- Arévalo Alonso JM, Baquedano Arriazu FJ (1997). Prevalencia del tabaquismo en los trabajadores de un hospital. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Grupo de Prevención del uso del tabaco. Hospital de Txagorritxu. Vitoria. Rev Esp Salud Pública; 71: 451-462.
- Arranz P, Bayés R, Barreto P, Cancio H (2002). Deliberación moral y asesoramiento. Med Clin (Barc); 118:479.
- Arteman Jané A (2004). Programas especiales dirigidos al médico enfermo. JANO extra marzo. Vol. LXVI nº 1514: 1119-1128.
- Attitudes Of Europeans Towards Tobacco Report (2012). Special Eurobarometer 385. European Commission. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_385_en.pdf
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Higgins PS, Gassman RA, Gould BE (2004). Training medical providers to conduct alcohol screening and brief interventions; Subst Abuse; 24: 17-26.
- Babor TF, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro MG (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. 2nd ed. World Health Organization.
- Baker F et al. (2000). Health risks associated with cigar smoking. Journal of the American Medical Association; 284(6):735-740.
- Baldisseri M (2007). Impaired healthcare professional. Crit Care Med; 35 (Suppl):106-16.
- Baljoon M et al. (2005). Smoking and vertical bone defects in a Saudi Arabian population. Oral Health & Preventive Dentistry; 3:173-182.
- Ballbè M, Walther M, Mondon S, Nieva G, Gual A, Saltó E, Colom J (2009). Impacto de la formación en intervención breve. Diferencias en el abordaje hospitalario del consumo de tabaco y alcohol. Adicciones; 21(2):113-118.
- Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Cruz JJ, Guallar P, Rey J (1998). Blood pressure in Spain: distribution, awareness, control, and benefits of a reduction in average pressure. Hypertension; 32:998-1002.
- Baños Díez JE, Farré Albaladejo M (2002). Principios de Farmacología Clínica. Bases científicas de la utilización de medicamentos. Ed. Masson, Barcelona.
- Barreiro G, Benia W, Francolino C, Dapuerto J, Sztern P, Ganio M (2001). Consumo de sustancias psicoactivas: estudio comparativo entre anestesiólogos e internistas en Uruguay. Anest Analg Reanim; vol.17 (1):20-25.
- Barrios de Tomasi E, Juárez-González J (2007). Opioid antagonists and alcohol consumption. Rev Neurol; 45(3):155-162.
- Barrueco M, Gómez G, Torrecilla M, Pérez A, Bartolomé C (2007). Valor de la intervención breve y los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar en adolescentes. Arch Bronconeumol; 43:334-9.
- Bauzá-Amengual ML, Blasco-González M, Sánchez-Vázquez E, et al. (2010) Impacto de la Ley del tabaco en el lugar de trabajo: estudio de seguimiento de una cohorte de trabajadores en España 2005-2007. Aten Primaria; 42:309-13.

Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat JL, Bonnet F (2005). Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique: résultats de l'enquête nationale. *Ann Fr Anesth Reanim*; 24(5):471-9.

Benowitz NL (1996). Cotinine as a biomarker of environmental tobacco smoke exposure. *Epidemiologic Reviews*; 18, 188-204.

Benowitz NL, Jacob P, Ahijevych K, Hall S, Lehouezec J (2002). Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine Tobacco Research*; 4, 149-159.

Blancafort X, Masachs E, Valero S, Arteman A (2009). Estudio sobre la salud de los residentes de Cataluña. Barcelona: Fundación Galatea. Disponible en: http://www.fgalatea.org/pdf/estudi_mir_cast.pdf

Blomqvist O, Engel JA, Nissbrandt H, Soderpalm B (1993). The mesolimbic dopamine-activating properties of ethanol are antagonized by mecamylamine. *Eur J Pharmacol*; 249(2):207-213.

Blum RH (1973). Un hombre de ciencia juzga la droga. En: L. Daufí (Ed.). *La verdad sobre la droga*. Barcelona: Promoción Cultural.

Bobes J, Calafat A (2000). Monografía cannabis. *Adicciones*; 12(Supl 2):1-330.

Bobes J, Sáiz PA (2003). Monografía drogas recreativas. *Adicciones*; 15(Supl 2):1-387.

Booth JV, Grossman D, Moore J, Lineberger C, Reynolds JD, Reves JG et al. (2002). Substance abuse among physicians: a survey of academic anesthesiology programs. *Anesth Analg*; 95(4):1024-30.

Botella Romero F, Alfaro Martinez JJ (2010). Efectos nutricionales del alcohol. *Nutrición clínica en medicina*; 1: 28-41.

Braganza JM, Lee SH, McCloy RF, McMahon MJ (2011). Chronic pancreatitis. *Lancet*; 377: 1184-97.

Braithwaite D, Emery J, de Lusignan S, et al. (2003). Using the internet to conduct surveys of health professionals: a valid alternative? *Fam Pract*; 20:545-51.

Brunton LL, Lazo JS, Parker KL (2006). Goodman & Gilman's The pharmacological basis of therapeutics. 11th ed. New York; London: McGraw-Hill Medical Publishing Division.

Bryson E, Silverstein J (2008). Addiction and Substance Abuse in Anesthesiology. *Anesthesiology*; 109(5) 905-17.

Bueno Ortiz JM, Aubà Llambrich J, Altaba Barceló A et al. (1997). Un estudio A multicenter primary care study on alcohol consumption. *Aten Primaria*; 19(2):80-83.

Burrows B, Knudson RJ, Camilli AE et al. (1988). Quantitative relationship between cigarette smoking and ventilatory function. *Am Rev Respir dis*; 137:286-292.

Caballero-Hidalgo A, González B, Pinilla J, Barber P (2005). Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*; 19, 440-447.

Cabezas Peña C, Robledo de Dios T, Marqués F, Ortega Sánchez Pinilla R, Nebot Adella M, Megido Badía MJ et al. (2005). Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2005. *Atención Primaria*; 36 (Supl 2): 27-46.

Cabezas Peña C, Robledo de Dios T, Marqués F, Ortega Sánchez-Pinilla R, Nebot Adella M, Megido Badía MJ et al. (2007). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atencion primaria*; 39 Suppl 3, 27-46.

Calabrese G (2004). ¿A qué riesgos profesionales estamos expuestos los anestesiólogos?. Rev Col Anest; 16(3).

Calabrese G (2004). Fármaco-dependencia en anestesiólogos, una realidad preocupante. Rev Col Anest; 16(1).

Calabrese G (2006). Fármaco-dependencia en anestesiólogos, un gran problema ocupacional actual. Rev. Col. Anest., June, vol.34, no.2, p.103-111. ISSN 0120-3347.

Callas PW, Solomon LJ, Hughes JR, Livingston AE (2010). The influence of response mode on study results: offering cigarette smokers a choice of postal or online completion of a survey. J Med Internet Res; 12:e46.

Cami J, Farré M. (2003). Drug addiction; 349(10):975-986. Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/short/349/10/970>

Carrasco TJ, Luna M, Vila J (1994). Validez del Fagerstrom Tolerance Questionnaire como medida de dependencia física de la nicotina: una revisión. Rev Esp Drogodependencias; 19(1):3-14.

Carr LG, Spence JP, Peter Eriksson CJ, Lumeng L, Li TK (2003). AA and ANA rats exhibit the R100Q mutation in the GABAA receptor alpha 6 subunit. Alcohol; 31(1-2):93-97.

Carson KV, Verbiest ME, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJ et al. (2012). Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev;16; 5.

Cauchi D, Mamo J (2012). Smoking Health Professional Student: An Attitudinal Challenge for Health Promotion? Int J Environ Res Public Health; 9: 2550–61.

Caudevilla Gállico F, González Fernández I, Cabrera Majada A (2010). Cocaína: novedades. FMC; 17(1):3-11.

Caudevilla Gállico F, Ortells i Ros E (2004). Nuevas drogas. FMC;11 (Supl 1):22-7.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2005). Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 1997-2001. MMWR Morb Mortal Wkly Rep; 54(25):625-8.

Cerrada EC, Olmeda CL, Senande EB, Rodríguez BG, Sanz Cuesta T (2005). Opiniones, prácticas, barreras y predisposición al cambio, a la hora de dar consejo para dejar de fumar. Aten Primaria; 36: 434–41.

Chandon M (2005). Addiction en milieu anesthésique: pour aller plus loin. Ann Fr Anesth Reanim; 24(5):463-5.

Chase V, Neild R, Sadler CW, Batey RG (2005). The medical complications of alcohol use: understanding mechanisms to improve management. Drug Alcohol Rev; 24(3): 253-65.

Chattopadhyay A (2000). Emperor Akbar as a healer and his eminent physicians. Bulletin of the Indian Institute of History of Medicine (Hyderabad); 30:154.

Chattopadhyay S, Saha A, Mondal SK, et al. (2012). Patterns of tobacco usage and cessation practice among the doctors of a tertiary hospital in Kolkata. J Indian Med Assoc; 110:434-6, 438.

Cherpitel CJ (1995). Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. Journal of Studies on Alcohol; 56: 695-700.

Chossis I, Lane C, Gache P, Michaud P-A, Pécoud A, Rollnick S, et al. (2007). Effect of training on primary care residents' performance in brief alcohol intervention: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*; 22: 1144-9.

Cippitelli A, Rezvani AH, Robinson JE, Eisenberg L, Levin ED, Bonaventure P, et al. (2010). The novel, selective, brain-penetrant neuropeptide Y Y2 receptor antagonist, JNJ-31020028, tested in animal models of alcohol consumption, relapse, and anxiety. *Alcohol*.

Claramonte X, Nogué S, Monsalve C (2002). ¿Nuevas drogas de diseño? ¿Nuevas drogas de síntesis? *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*; 9 (5), 323- 34.

Clark A, Little HJ (2004). Interactions between low concentrations of ethanol and nicotine on firing rate of ventral tegmental dopamine neurones. *Drug Alcohol Depend*; 75(2):199-206.

Clemens DL, Mahan KJ (2010). Alcoholic pancreatitis: lessons from the liver. *World J Gastroenterol*; 16(11): 1314-1320.

Cole P, Rodu B, Mathisen A (2003). Alcohol-containing mouthwash and oropharyngeal cancer: a review of the epidemiology. *J Am Dent Assoc*; 134:1079.

Consejería de Salud y Bienestar Social (2011). Los Andaluces ante las drogas XII. Junta de Andalucía. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencias_LA_POBLACION_ANDALUZA_XII_2011.pdf

Córdoba R, Cabezas C, Camaralles F, Gómez J, Díaz Herráez D, López A, et al. (2012). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*; 44 (Supl 1):16-22.

Córdoba R, Camaralles F, Muñoz E, Gómez J, Díaz D, Ramírez JI et al. (2014). PAPPS 2014: Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*; 46(Supl 4):16-23.

Córdoba R, Martín C, Casas R, Barberá C, Botaya M, Hernández A et al. (2000). Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. *Atención Primaria*; 25(1): 32-36.

Córdoba R, Nebot M (2005). Educación sanitaria del paciente en atención primaria. *Med Clin (Barc)*;125:154-7.

Corrao G, Luca R, Bagnardi V, Zambon A, Poikolainen K (2000). Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction*; 95:1505-1523.

Cuba J, Ramírez T, Olivares B, Bernui I, Estrada E (2011). Estilo de vida y su relación con el exceso de peso, en los médicos residentes de un hospital nacional. *An Fac med*;72(3):205-10.

Daprix J (2003). The courage to care: Interventing with colleagues who demonstrate signs of impairment. *The Florida Nurse*; (3)51:28.

Dawber TR, Kannel WB, Revotskie N, Stokes J, Kagan A, Grodon T (1959). Some factors associated with the development of coronary heart disease: Six years' follow-up experience in the Framingham study. *Am J Public Health*; 49:1349-1356.

De Col P, Baron C, Guillaumin C, Bouquet E, Fanello S (2010). Influence of smoking among family physicians on their practice of giving minimal smoking cessation advice in 2008. A survey of 332 general practitioners in Maine-et-Loire. *Rev Mal Respir*; 27:431-40.

Díaz E, Villalbí JR, Nebot M, Auba J, Sanz F (1998). El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos. *Medicina Clínica*; 110 (9).

Djoussé L, Gaziano JM (2008). Alcohol consumption and heart failure: a systematic review. *Curr Atheroscler Rep*; 10 (2): 117-120.

Dolcini MM, Adler NE, Lee P, Bauman K.E (2003). An assessment of the validity of adolescent self-reported smoking using three biological indicators. *Nicotine Tobacco Research*; 5, 473-83.

Doll R, Crofton J. Tobacco and health. *Br Med Bull* 1996; 52.

Doll R, Hill AB (1954). The mortality of doctors in relation to their smoking habits: A preliminary report. *Br Med J*; 1:1451-1455.

Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*;328(7455):1519.

Domínguez-Rojas V, Conde Herrera M, Regidor Poyatos E, Albadalejo Vicente R, García Rosado MV (2008). Alcohol y salud pública. En Piédrola Gil G. *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Masson; 1107-16.

Domino KB, Hornbein TF, Polissar NL, Renner G, Johnson J, Alberti S et al. (2005). Risk Factors for Relapse in Health Care Professionals with Substance Use Disorders. *JAMA*; 293(12):1453-60.

Earle L, Kelly L (2005). Coping strategies, depression, and anxiety among Ontario family medicine residents. *Can Fam Physician*;51:242-3.

Encuesta sobre alcohol y drogas en España (2015). EDADES 2013-2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2013.pdf>

Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España (2013). EDADES 2011-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf>

Encuesta Nacional de Salud de España (2011/12). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/va/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/NotaTecnica2011-12.pdf>

Engleman EA, Rodd ZA, Bell RL, Murphy JM (2008). The role of 5-HT3 receptors in drug abuse and as a target for pharmacotherapy. *CNS Neurol Disord Drug Targets*; 7(5):454-467.

Escobar F, Espí F, Canteras M (1993). Problems related to alcohol consumption in primary health care: prevalence and clinical profile. *Fam Pract*; 10:424-430.

Escohotado A (2005). *Historia General de las Drogas* Ed. Espasa Calpe. Barcelona.

Escohotado A (1999). *Historia general de las drogas*. Espasa Calpe Mexicana. ISBN 84-239-9739-1.

European Commission Report (2006). Alcohol in Europe. En: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm

European Monitoring Centre For Drugs And Drug Addiction (2011). Annual Report on the state on the drugs problem in Europe, Publications Office of the European Union, Luxembourg. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120104_EN_EMCDCA_AR2010_EN.pdf

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2009). Drug use: an overview of general population surveys in Europe. Lisbon. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/gps>

Ewing JA (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA*; 252: 1905-1907.

Fagerström KO (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav*; 3(3-4):235-41.

Fagerström KO, Schneider N (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström tolerance questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*; 12,159-182.

Fernández de Bobadilla J, Dalmau R, Galve E, en representación del grupo «Legislación del Tabaco y Síndrome Coronario Agudo en España» (2014). Impacto de la legislación que prohíbe fumar en lugares públicos en la reducción de la incidencia de síndrome coronario agudo en España. *Rev Esp Cardiol*; 67:349-52.

Fernández-Espejo E (2002). Bases neurobiológicas de la drogadicción. *Rev Neurol*; 34(7):659-664.

Fernández Miranda JJ, Torrens Melich M (2005). Monografía opiáceos. *Adicciones*; 17(Supl 2):1-340.

Fernández Muñoz E, Schiaffino Rubinat A (2006). Efectos del humo ambiental de tabaco sobre la salud: revisión de la evidencia científica. Espacios libres de humo. Comité nacional para la prevención del tabaquismo. Ministerio de sanidad y consumo.

Fernández Ruiz ML, Sánchez Bayle M (1999). Prevalencia de consumo de tabaco entre las médicas y enfermeras de la comunidad de Madrid. Trabajo realizado con una ayuda de la Dirección General de la Mujer. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*; 73 (3).

Ferrero F, Castaños C, Durán P, et al. (2004). Prevalencia del consumo de tabaco en médicos residentes de Pediatría en Argentina. *Rev Panam Salud Publica*; 15:395-9.

Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG (2000). Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med*; 160(13):1977-1989.

Fletcher C, Peto R, Tinker C (1976). The Natural History of chronic bronchitis and emphysema. An eight year study of early chronic obstructive lung disease in working men in London. New York. Oxford University Press.

Fonseca M, Fleitas G, Tamborero G, Benejam M, Leiva A (2013). Estilos de vida de los médicos de atención primaria: percepción e implicaciones sobre la prevención cardiovascular. *Semergen*; 39:421-32.

Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. (2007). Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med*; 356(23):2388-98.

Fowles J, Henningfield JE (2006). Modified re-engineered cigarettes and other tobacco products (Tobacco Control Monograph No.19). Bethesda, MD, United States Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute (in press).

Frank E, Elton L, Spencer E (2009). Personal and clinical tobacco-related practices and attitudes of U.S. medical students. *Preventive medicine*; 49:233-9.

Freyer-Adam J, Coder B, Baumeister SE, Bischof G, Riedel J, Paatsch K, et al. (2008). Brief alcohol intervention for general hospital inpatients: A randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*; 93:233-43.

Fu M, Martínez-Sánchez JM, López MJ, et al. (2011). Dependencia a la nicotina y preparación para dejar de fumar en la población española. *Adicciones*; 23: 103-9.

Gahlinger PM (2001). *Illegal Drugs: A Complete Guide to Their History, Chemistry, Use and Abuse*. Sagebrush Press (UT); ISBN 0-9703130-1-2.

Gallegos KV, Browne CH, Veit FW, Talbott GD (1988). Addiction in anesthesiologists: drugs access and patterns of substance abuse. *QRB Qual Rev Bull*;14:116-122.

George A, Figueredo VM (2011). Alcoholic cardiomyopathy: a review. *J cardiac Fail*; 17:844-849.

Gerrard J, Cockcroft D, Mink J, Cotton D, Poonawala R, Dossman J (1980). Increased non-specific bronchial reactivity in cigarette smokers with normal lung function. *Am. Rev. Respir. Dis*; 122:577-581.

Gessa GL, Muntoni F, Collu M, Vargiu L, Mereu G (1985). Low doses of ethanol activate dopaminergic neurons in the ventral tegmental area. *Brain Res*; 348(1):201-203.

Gil López E, Robledo de Dios T, Rubio Colavida JM, Bris Coello MR, Espiga López I, Sáiz Martínez-Acitores I (2000). Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998, España. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Prevención del tabaquismo; 2 (1).

Glover ED, Nilsson F, Westin A, Glover PN, Laflin MT, Persson B (2005). Developmental history of the Glover-Nilsson smoking behavioral questionnaire. *AM J Health Behav*; 29 (5): 443-55.

Gold MS, Byars JA, Frost-Pineda K (2004). Occupational exposure and addictions for physicians: case studies and theoretical implications. *Psychiatr Clin North Am*; 27(4):745-53.

Gold MS, Melker RJ, Dennis DM, Morey TE, Bajpai LK, Pomm R, et al. (2006). Fentanyl abuse and dependence: further evidence for second hand exposure hypothesis. *J Addict Dis*;25(1):15-21.

Gómez A, Conde A, Santana JM, Jorrín A (2005). Diagnostic usefulness of brief versions of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for detecting hazardous drinkers in primary care settings. *J Stud Alcohol*;66:305-8.

Gómez A, Conde A, Santana JM, Jorrín A, Serrano IM, Medina R (2006). The diagnostic usefulness of AUDIT and AUDIT-C for detecting hazardous drinkers in the elderly. *Aging Ment Health*;10:558-61.

González Enciso A, Torres Sánchez R (1999). *Tabaco y economía en el Siglo XVIII*; ISBN 84-313-1730-2.

González Reimers E, Alvisa Negrín J, Santolaria Fernández F, Ros Vilamajó R, Martín González MC, Hernández Betancor I, et al. (2011). Prognosis of osteopenia in chronic alcoholics. *Alcohol*; 45(3): 227-38.

Goodman A (1990). Addiction: definition and implications. *Br J Addict*;85:1403-8.

Gordon R (1987). An operational classification of disease prevention. En: Steinberg JA, Silverman MM. Preventing mental disorders. Rockville, MD: US Department of health and Human Services.

Gottlieb NH, Guo JL, Blozis SA, Huang PP (2001). Individual and contextual factors related to family practice resident's assessment and counseling for tobacco cessation. *J Am Board Fam Pract*; 14: 343-51.

Green LW (1986). Prevention and health education. En: Last JM, editor. Public Health and Preventive Medicine. 12ª ed. East Norwalk, Conn: Appleton-Century-Crofts; 1.089-1.108.

Griffith J (1999). Substance abuse disorders in nurses. Proquest Nursing And Allied Health Source; 34:4-19.

Gual A (2008). Capítulo 3: Cribado del consumo de alcohol. En Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Ministerio de Sanidad y consumo.

Gual A, Contel M, Segura L, Riba A, Colom J V (2001). El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos), un nuevo instrumento para la identificación precoz de bebedores de riesgo. Medicina Clínica (Barc); 117: 685-689.

Gual A, Segura L, Contel M et al (2002). Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. Alcohol Alcohol;37(6):591-596.

Guardia G, Jiménez-Arriero MA, Pascual P, Flórez G, Contel M (2007). Guía clínica de alcoholismo. Sociodrogalcohol. Disponible en: <http://sociodrogalcohol.psiquiatria.com/documentos/200705alcoholismo.pdf>

Guía del Tabaquismo en España (2006). Casitérides S.L <http://www.fisterra.com/guias2/tabaco.asp#2>

Guías Mexicanas para el Tratamiento del Tabaquismo (2005). Un Consenso Nacional de Expertos. Neumología y Cirugía de Tórax;64(S2): Disponible en: <http://www.medigraphic.com/>

Guideliness Committee (2003). 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Journal Of Hypertension; 21:1011-1053.

Guide to Clinical Preventive Services (2012). Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. October 2011. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/index.html>

Gupta PC et al (2005). A cohort study of 99570 individuals in Mumbai, India for tobacco-associated mortality. International Journal of Epidemiology.

Gupta PC et al. (1998). Oral submucous fibrosis in India: a new epidemic? National Medical Journal of India; 11:113-116.

Gwaltney CJ, Shields AL, Shiffman S (2008). Equivalence of Electronic and Paper and Pencil Administration of Patient Reported Outcome Measures: A Meta Analytic Review. Value in Health; 11(2), 322-333.

Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ (1997). The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. B Med J;315:980-8.

Hammond EC, Horn D (1954). The relations between human smoking habits and disease rates: A follow-up study of 187,766 men. JAMA; 155:1316-1328.

Handel DA, Raja A, Lindsell CJ (2006). The use of sleep aids among Emergency Medicine residents: a web based survey. BMC Health Services Research; 6,136.

Hearne R, Connolly A, Sheehan J (2002). Alcohol abuse: prevalence and detection in a general hospital. J R Soc Med; 95: 84-7.

Heatherton TF, Kozlowsk LT, Frecker RC, Fagerström KO (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*; 86, 1119–1127.

Heilig M, Thorsell A, Sommer WH, Hansson AC, Ramchandani VA, George DT, et al. (2010). Translating the neuroscience of alcoholism into clinical treatments: from blocking the buzz to curing the blues. *Neurosci Biobehav Rev*; 35(2):334-344.

Henningfield JE, Hariharan M, Kozlowski LT (1999). Nicotine concentration, smoke pH and whole tobacco aqueous pH of some cigar brands and types popular in the United States. *Nicotine and Tobacco Research*; 1(2):163-168.

Henningfield JE, Hariharan M, Kozlowski LT (1996). Nicotine content and health risks of cigars. *Journal of the American Medical Association*; 276:1857-58.

Hillbom M, Saloheimo P, Juvela S (2011). Alcohol consumption, blood pressure and the risk of stroke. *Curr Hypertens Rep*; 13(3): 208-13.

Hoonpongsimanont W, Murphy M, Kim CH, Nasir D, Compton S (2014). Emergency medicine resident well-being: stress and satisfaction. *Occup Med (Lond)*;64(1):45-8.

Hughes JR (2009). Alcohol withdrawal seizures. *Epilepsy Behav*; 15: 92-7.

Hughes JR, Higgins ST, Bichel WK (1994). Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes: similarities and dissimilarities. *Addiction*; 89, 1461-70.

Hughes PH, Conard SE, Baldwin DC, Storr CL, Sheehan DV (1991). Resident physician substance use in the United States. *JAMA : the journal of the American Medical Association*;265(16):2069–73.

Hull SK, DiLalla LF, Dorsey JK (2008). Prevalence of health-related behaviors among physicians and medical trainees. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*;32(1):31–8.

Informe Nacional 2012 (datos del 2011) al OEDT por el Punto Focal Nacional Reitox (2012). ESPAÑA: Evolución, Tendencias y Cuestiones Particulares. REITOX.

Informe sobre las urgencias relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas monitorizadas en cuatro hospitales de Andalucía (2011). Consejería de Salud y Bienestar Social. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencia_archivos_Informe_Urgencias_2011.pdf

Instituto Nacional de Estadística (2009). Encuesta Europea de Salud en España. Madrid:Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad, España. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Principales_Resultados_Informe.pdf.

Instituto Nacional de Estadística de España. España en cifras 2003-2004. Salud. Defunciones según las causas de muerte más significativas. Disponible en: www.ine.es/especif/especif/especif0304.htm.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.10th Revision. Version for 2007. En: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

Ippen M, Ippen H (1965). Approaches to a prophylaxis of skin aging. *J Soc Cosmetic Chemists*; 16;305-308.

Jacob P, Yu L, Shulgin AT, Benowitz NL (1999). Minor tobacco alkaloids as biomarkers for tobacco use: Comparison of users of cigarettes, smokeless tobacco, cigars and pipers. *American Journal of Public Health*; 89, 731-736.

Jansen KLR, Theron L (2003). Ketamina: nuevas observaciones sobre su consumo, consumidores y efectos. En Bobes J, y Sáiz PA. (Eds.) Monografía Drogas Recreativas. Adicciones; 15 (2): 135-166.

Jarvis MJ (1994). Gender differences in smoking cessation: real o myth? Tobacco control; 3:324-328.

Jarvis MJ (1997). Patterns and predictors of smoking in the general population. En: The Tobacco epidemic. Bolliger CT, Fagerström KO., editors. Program Respiratory Research Basel: Karger; 28:151-164.

Jatabacoor S, El-Roueiheb Z, Sibai AM (2003). Narghile (water-pipe) smoking and incident coronary heart disease: a case-control study [Abstract]. Annals of Epidemiology; 13:570.

McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D (2009). Intervenciones breves para los consumidores de grandes cantidades de alcohol ingresados en unidades del hospital general (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus. Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 3 Art no.CD005191. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Jiménez CA, Fagerström KO (2004). Tratado de Tabaquismo. Grupo Aula Médica. Madrid.

Jiménez Cruzado L, Hidalgo Quiles MJ, Vicente Piñol J, Costa Pérez E (2011). Problemas relacionados con el consumo de tabaco. Guía de Actuación Clínica en Atención Primaria. Disponible en: www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap031tabac.pdf

Jiménez Ruiz CA, Fernando Masa J, Sobradillo V, Gabriel R, Miravittles M, Fernández-Fau L, et al. (2000). Prevalencia y actitudes sobre tabaquismo en población mayor de 40 años. Arch Bronconeumol;36(5):241-4.

Jiménez Ruiz CA, Perelló O, Alonso Viteri S, Cisneros C, Almonacid C, Flórez S, et al. (2000). Diagnóstico del Tabaquismo.Documento Técnico de Salud Pública nº60. CAM. Consejería de Sanidad, Madrid; 21-29.

Kahan M, Wilson L, Liu E, Borsoi D, Brewster JM, Sobell LC, et al. (2004). Family medicine residents' beliefs, attitudes and performance with problem drinkers: a survey and simulated patient study. Subst Abus; 25:43-51.

Kaneita Y, Uchida T, Ohida T (2010). Epidemiological study of smoking among Japanese physicians. Preventive medicine; 51(2), 164–167.

Kaner Eileen FS, Dickinson Heather O, Beyer Fiona R, Campbell Fiona, Schlesinger Carla, Heather Nick, et al.(2009). Efectividad de las intervenciones breves para el consumo de alcohol en las poblaciones de atención primaria (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2 Art no. CD004148. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Kenna GA, Wood MD (2008). In search of pharmacological optimism: Investigating beliefs about effects of drugs: A pilot study. Addict Res Theor;16(4):383-399.

Kenna GA, Wood MD (2005). The prevalence of alcohol, cigarette and illicit drug use and problems among dentists. J Am Dent Assoc; 136(7):1023-32.

Kintz P, Villain M, Dumestre V, Cirimele V (2005). Evidence of addiction by anesthesiologists as documented by hair analysis. Forensic Sci Int; 4, 153(1):81-4.

Kloppe P, Brotons C, Anton JJ, Ciuranad R, Iglesias M, Piñeiro R, et al. (2005). Prevención y promoción de la salud en atención primaria, comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. Aten Primaria; 36:144-51.

Kozlowski LT, Pillitteri JL (2001). Beliefs about «Light» and «Ultra Light» cigarettes and efforts to change those beliefs: an overview of early efforts and published research. *Tobacco Control*; 10(Suppl.1):i12-i16.

Lancaster T, Stead LF (2002). Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*; (3): CD001118.

La población andaluza ante las drogas XII (2012). Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencias_LA_POBLACION_ANDALUZA_XII_2011.pdf

Laporte J (1987). El papel del médico en la lucha antitabáquica. *Med Clin (Barc)*; 89 Supl 1: 3-5.

La Torre G, Kirch W, Bes-Rastrollo M, Ramos RM, Czapliki M, Gualano MR, et al. (2012). Tobacco use among medical students in Europe: results of a multicentre study using the Global HealthProfessions Student Survey. *Public Health*; 126:159-64.

Lara Hidalgo C, Vargas Casas G, Salcedo Monsalve A (2012). Consumo de sustancias psicoactivas en profesionales de la salud (médicos y enfermeros) de dos IPS de primer nivel de atención en consulta externa de Bogotá. *Rev. Cienc. Salud*; 10 (Especial): 87-100.

Lash T, Aschengrau A (1999). Active and passive cigarette smoking and the occurrence of breaths cancer. *American Journal of Epidemiology*; 149: 5-12.

Lawrence AJ (2010). Regulation of alcohol-seeking by orexin (hypocretin) neurons. *Brain Res*; 1314:124-129.

Lebensohn P, Dodds S, Benn R, Brooks AJ, Birch M, Cook P, et al. (2013). Resident wellness behaviors: relationship to stress, depression, and burnout. *Fam Med*;45(8):541-9.

Lee GA, Forsythe M (2011). Is alcohol more dangerous than heroin? The physical, social and financial costs of alcohol. *Int Emerg Nurs*; 19(3): 141-5.

Legleye S, et al. (2009). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test, *Journal of Substance Use*, 2007. The 2007 ESPAD Report Substance Use Among Students in 35 European Countries, The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar, CONACE, Ministerio del Interior.

Leon AS, Connett J, Jacobs DR Jr, Rauramma R (1987). Leisuretime physical activity levels and risk of coronary heart disease and death: the Multiple Risk Factors Intervention Trial. *JAMA*;258:2388-95.

Leza JC, Moro MA (2009). Opiáceos (II). Dependencia y síndrome de abstinencia. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. *Drogodependencias. Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 129-41. ISBN 13: 978-84-9835-176-7.

Lorenzo P, et al. (2003). *Drogodependencias Farmacología Patología Psicología Legislación*. Madrid, Panamericana.

Lovinger DM, White G, Weight FF (1989). Ethanol inhibits NMDA-activated ion current in hippocampal neurons. *Science*; 243(4899):1721-1724.

Lovinger DM, Zhou Q (1994). Alcohols potentiate ion current mediated by recombinant 5-HT3RA receptors expressed in a mammalian cell line. *Neuropharmacology*; 33(12):1567-1572.

Lumbreras García G, Mena Ruiz MD, Calvo Álvarez I, Pérez Cano I, Sánchez Miró J, Molina París J, et al. (2002). Prevalencia del consejo antitabaco en un centro de atención primaria: comparación del registro en la historia clínica con lo referido por el usuario. *Arch Bronconeumol*;38 (7):317-21.

Lutsky I, Hoopwood M, Abram S, Cerletty Jm, Hoffman RG, Kampine JP (1994). Use of psychoactive substances in three medical specialties: anesthesia, medicine and surgery. *Can J Anaesth*;41:561-7.

Malson JL et al. (2001). Comparison of the nicotine content de tobacco used in bidis and conventional cigarettes. *Tobacco Control*; 10(2):181-183.

Malson JL et al. (2002). Nicotine delivery from smoking bidis and an additive-free cigarette. *Nicotine and Tobacco Research*; 4(4):485-490.

Mangunegoro H, Sutoyo DK (1996). Environmental and occupational lung illnesses in Indonesia. *Respirology*; 1:85-93.

Mann S, James G, Want R (1991). Elevation of ambulatory systemic blood pressure in hypertensive smokers. *JAMA*; 265, 2226-2228.

Mannelli P, Chi Un Pae (2007). Medical comorbidity and alcohol dependence. *Current Psychiatry Reports*; 9: 217-224.

Martínez C (2003). El rol de la enfermería en la atención al tabaquismo. *Pre Tab*; 5:186-9.

Martinez-Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E (2004). Alcohol and drug consumption in health personal: Some related factors. *Salud Mental*;27(6):17–27.

Maxwell JC (2005). Party Drugs: Properties, Prevalence, Patterns, and Problems. *Substance Use and Misuse*; 40, 1203.

McAuliffe PF, Gold MS, Bajpai LK, Merves ML, Frost-Pineda K, Pomm R, et al. (2006). Second-hand exposure to aerosolized intravenous anesthetics propofol and fentanyl may cause sensitization and subsequent opiate addiction among anesthesiologists and surgeons. *Med Hypotheses*;66(5):874-82.

McBeth BD, Ankel FK, Ling LJ, Asplin BR, Mason EJ, Flottemesch TJ, et al. (2008). Substance use in emergency medicine training programs. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*;15(1):45–53.

McBeth BD, McNamara RM, Ankel FK, Mason E.J, Ling LJ, Flottemesch T.J, et al. (2009). Modafinil and zolpidem use by emergency medicine residents. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*; 16, 1311–1317.

McClain CJ, Barve SS, Barve A, Marsano L (2011). Alcoholic liver disease and malnutrition. *Alcohol Clin Exp Res*; 35(5): 815-20.

McIlvain H, Kay Bobo J, Leed-Kelly A, Sitorius MA (1998). Practical steps to smoking cessation for recovering alcoholics. *Am Fam Phys*; 8: 1869-1887.

McIntosh C., Chick J (2004). Alcohol and The Nervous System. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*;75 (III): 16-21.

McKeon A, Frye MA, Delanty N (2008). The alcohol withdrawal syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 79: 854-862.

McLellan A, Skipper G, Campbell M, DuPont L (2008). Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. *BMJ*; 337:a2038.

Medline Plus 2013: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/alcoholism.html>

Merlo LJ, Cummings SM, Cottler LB (2012). Recovering substance-impaired pharmacists' views regarding occupational risks for addiction. *J Am Pharm Assoc* (2003);52:480-491.

Miller ET, Neal DJ, Roberts LJ, Baer JS, Cressler SO, Metrik J, et al. (2002). Test–retest reliability of alcohol measures: is there a difference between internet-based and traditional methods? *Psychology of Addictive Behaviors*;16: 56–63.

Miller W, Rollnick S (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós; ISBN 13: 978-84-493-0745-4.

Miller W, Rollnick S (2002). *Entrevista Motivacional: preparando a la gente para cambiar conductas adictivas*. Editorial Paidós, Barcelona.

Milling TJ (2005). Drug and alcohol use in emergency medicine residency: an impaired resident's perspective. *Annals of emergency medicine*;46(2):148–51.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Informe Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>

Mitchell J, Brown JB, Smith C (2009). Interprofessional education: a nurse practitioner impacts family medicine residents' smoking cessation counselling experiences. *J Interprof Care*; 23:4019.

Nair U, Bartsch H, Nair J (2004). Alert for an epidemic of oral cancer due to use of the betel quid substitutes gutkha and pan masala: a review of agents and causative mechanisms. *Mutagenesis*; 19:251-262.

Narahashi T, Aistrup GL, Marszalec W, Nagata K (1999). Neuronal nicotinic acetylcholine receptors: a new target site of ethanol. *Neurochem Int*; 35(2):131-141.

National Cancer Institute (1998). *Cigars: health effects and trends* (Smoking and Tobacco Control Monograph No. 9). Bethesda MD, United States Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute.

National Cancer Institute (2001). *Risks associated with smoking cigarettes with low machine-measured yields of tar and nicotine* (Smoking and Tobacco Control Monograph No. 13, NIH Publication No. 02-5047). Bethesda MD, United States Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute.

National Collaborating Centre for Mental Health (2007). *Drug misuse: psychosocial interventions*. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (Clinical practice guideline; nº. 51) Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG51/Guidance/pdf/English>

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2006). *Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings*. London (UK): NICE.

National Institute On Drug Abuse (2009). *Club drugs* (GHB, Ketamine and Rohypnol) Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/infofacts/clubdrugs.html>

Nelson DE et al. (1996). Piper smoking in the United States, 1965-1991: Prevalence and attributable mortality. *Preventive Medicine*; 25:91-99.

Nerín de la Puerta (2002). Mecanismos de la adicción a la nicotina. *Prev Tab*;4(Supl. 1):22.

Nicotine addiction in Britain (2000). London, Royal College of Physicians.

Nieva G, Gual A, Mondon S, Walther M, Saltó E (2007). Evaluación de la intervención mínima en tabaquismo en el ámbito hospitalario. Med Clin (Barc); 128: 730-2.

Nogué S (2002). Aspectos clínicos y terapéuticos de la intoxicación o sobredosis por “éxtasis” (MDMA), “éxtasis líquido” (GHB) y “super-K” (Ketamina). Formación Médica Continuada en Atención Primaria; 9 (7), 524-9.

O'Bryan W (2002). Additive-free cigarettes may pack a more toxic tobacco. Health Behavior News Service. (<http://www.hbns.org/news/bidis12-03-02.cfm>).

Observatorio Español sobre Drogas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2009). Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (Edades). Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, España. Recuperado de <http://www.mspsi.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/presentacionEdades200910.ppt>

Observatorio Español sobre Drogas de la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2010). Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, España. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008.pdf>

Observatorio Europeo De Las Drogas Y Las Toxicomanías (2011). Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>

Observatorio Europeo de La Drogas y las Toxicomanías(2012). Informe anual 2012. El problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Observatorio Europeo De Las Drogas Y Las Toxicomanías (2006). Informe Anual “El problema de la Drogodependencia en Europa”.

O'Donovan G (2009). Smoking prevalence among qualified nurses in the Republic of Ireland and their role in smoking cessation. International nursing review; 56(2), 230–236.

Organización Mundial de la Salud (2008). Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2012). European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Oficina Regional Europea, Copenhagen.

Organización Mundial de la Salud (2012). Informe Mundial sobre las Drogas. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive_summary_spanish.pdf

Organización Panamericana De La Salud (2002). La Salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica; 1 (578) 216.

Ortiz Marrón H, Palancar de la Torre JL, Cañamares Recuenco V, Molina Ruiz W, González de Vega C, Navarro Blanco A (1996). El tabaquismo en los trabajadores de Atención Primaria del área sanitaria número 4 del Insalud de Madrid. Prevalencia de consumo y actitudes. Rev Esp Salud Pública; 70(3).

Otero C, Huerta C, Duro N (2008). Drogodependencias en personal sanitario, una visión desde la medicina del trabajo (I): aspectos jurídico-legales y epidemiológicos. Medicina y Seguridad del Trabajo, Madrid; 54 (211) ISSN 0465-546X

Otero Dorrego C, Huerta Camarero C, Duro Perales N (2008). Drogodependencias en personal sanitario, una visión desde la medicina del trabajo (I): aspectos jurídico-legales y epidemiológicos. *Med. segur. trab*; 54: 211.

Otero M, Ayesta FJ (2004). El tabaquismo como trastorno adictivo. *Trastornos Adictivos*;6(2):78-88.

Padrós Selma J (2013). El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo y el control del ejercicio profesional. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona i Fundació Galatea, Barcelona. Disponible en: <http://www.fgalatea.org/pdf/paimm.pdf>

Padrós Seima J (2003). El programa PAIME. *SEMERGEN*; 29 (supl.1): 20-24.

Paez Pinto JM (1999). Acción del tabaco sobre la tensión arterial. En V. López García Aranda editor. *Tabaco, hipertensión y órganos diana*. Editorial espaxs S.A., Madrid; 25-37.

Pais P et al. (1996). Risk factors for acute myocardial infarction in Indians: a case-control study. *Lancet*; 348: 358-363.

Pais P, Fay MP, Yusuf S (2001). Increased risk of acute myocardial infarction associated with beedi and cigarette smoking in Indians: final report on tobacco risks from a case-control study. *Indian Heart Journal*; 53:731-735.

Palhares Alves HN, Leite Vieira D, Ramos Laranjeira R, Edson Vieira J, Nogueira Martins LA (2012). Perfil Clínico y Demográfico de los Anestesiólogos Usuarios de Alcohol y Otras Drogas Atendidos en un Servicio Pionero en Brasil *Rev Bras Anesthesiol*; 62: 3: 356-364.

Paniagua Urbano D, Pérula de Torres LA, Ruiz del Moral R, Gavilán Moral E (2010). Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las consultas de Atención Primaria *Aten Primaria*; 42: 514-9.

Paoletti P, Camilli A, Holberg C (1985). Respiratory effects in relation to estimated tar exposure from current and cumulative cigarette consumption. *Chest*; 88:849-855.

Parra Urdaneta PM, Sánchez Lizasaba J, Colina Santeliz BJ (2012). Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos cursantes de postgrado de la facultad de medicina de los Andes. Mérida.

Pascual P, Torres M, Calafat A (2001). Monografía Cocaína. *Adicciones*;13(Supl 2):1-250.

Peltzer K, Seoka P, Babor T, Obot I (2006). Training primary care nurses to conduct alcohol screening and brief interventions in South Africa. *Curatiónis*; 29: 16-21.

Pérez Milena A, Jiménez Pulido I, Leal Helmling FJ, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R, Pérez Milena M (2007b). Consumo cuantitativo y cualitativo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes según la edad y el sexo. *Med Familia (And)*;1:26-32.

Pérez Milena A, Leal FJ, Jiménez I, Mesa MI, Martínez ML, Pérez-Milena R (2007a). Evolución del consumo de sustancias tóxicas entre los adolescentes de una zona urbana (1997-2004). *Aten Primaria*; 39: 299-304.

Pérez-Milena A, Martínez-Fernández ML, Pérez-Milena R, et al. (2006). Tabaquismo y adolescentes: ¿buen momento para dejar de fumar? Relación con factores sociofamiliares. *Aten Primaria*; 37: 452-6.

Pérez Milena A, Martínez Fernández ML, Redondo Olmedilla M, Nieto Álvarez C, Jiménez Pulido I, Mesa Gallardo I (2012). Motivaciones para el consumo de tabaco entre adolescentes de un instituto urbano. *Gac Sanit*; 26:51-57.

Pérez Milena A, Redondo Olmedilla M, Mesa Gallardo I, Jiménez Pulido I, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R (2010). Motivaciones para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano. *Aten Primaria*; 42:604-11.

Pérez Trullen A, Bartolomé CB, Barrueco M, Herrero I, Jiménez CA (2006). Nuevas perspectivas en el diagnóstico y evolución del consumo de tabaco: marcadores de exposición. *Prevención del Tabaquismo*; 8(4), 164-171.

Pérez Trullén A, Clemente ML, Herrero I, Rubio E (2001). Manejo terapéutico escalonado e la deshabituación tabáquica basado en pruebas clínicas. *Arch Bronconeumol*;37 Supl 4:69-77.

Picciotto MR, Corrigan WA (2002). Neuronal systems underlying behaviors related to nicotine addiction: neural circuits and molecular genetics. *J Neurosci*;22:3338-3341.

Pindborg JJ et al. (1968). Frequency of oral carcinoma, leukokeratosis, leukoedema, submucous fibrosis and lichen planus in 10,000 Indian villagers. *British Journal of Cancer*; 22:646-654.

Piontek D, L Kraus L, Klempova D (2008). Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* ,3:25 Disponible en: <http://www.substanceabusepolicy.com/content/3/1/25>

Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2003). Servicio Andaluz de Salud, (2003-2007). Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/172/pdf/Salud%20mental%202003-2007.pdf>

Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EADADES). Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, 2009 Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2007.pdf>.

Plan Nacional sobre Drogas (2013). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EADADES 2011). Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EADADES2011.pdf>

Plan Nacional sobre Drogas (2012). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EADADES). Madrid: Ministerio de Salud y Políticas Sociales. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EADADES2011.pdf>

Plan Nacional sobre Drogas (2008). Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES 2008), Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudesd2008.pdf>

Plan Nacional sobre Drogas. Encuestas y estudios. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/publicaciones/home.htm>

Plan Nacional sobre Drogas (2009). Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>

Ponech S (2000). Tell tale signs. *Nursing Management*; 31(5)32-7.

Prados Castillejo JA, Cebriá Andreu J, Bosch Fontcuberta JM (2000). Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica. *FMC*;7:83-8.

- Prochaska J, Diclemente CC (1983). Stages and processes of self change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 51, 390-395.
- Prochaska JO, DiClemente CC (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy*; 19:276-88.
- Quill TE (1989). Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication. *Ann Intern Med*; 111: 51-57.
- Rahman M et al. (2000). Association of thromboangiitis obliterans with cigarette and bidi smoking in Bangladesh: a case control study. *International Journal of Epidemiology*; 29:266-270.
- Rahman M, Fukui T (2000). Bidi smoking and health. *Public Health*; 114:123-127.
- Rahman M, Sakamoto J, Fukui T (2003). Bidi smoking and oral cancer: a meta-analysis. *International Journal of Cancer*; 106:600-604.
- Real Academia Española (2005). *DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA* Vigésima segunda edición.
- Rehm J, Bailunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*; 105(5): 817-43.
- Reinhart T, Chavez E, Jackson M, Mathews WC (2005). Survey of physician well-being and health behaviors at an academic medical center. *Med Educ (serie online)*; 10: 1-15.
- Rice VH, Stead LF (2008). Intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Richmond RL, Keohle L, Webster IW (1993). Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioner. *Addiction*; 88, 1127-1135.
- Robledo T, Córdoba R (2007). *Cómo actuar ante el consumo de alcohol: Guía de referencia para profesionales en atención primaria*. Sociedad Española Medicina Familia y Comunitaria (semFYC), Barcelona; 2ª ed, ISBN: 84-96216-71-3.
- Rodd ZA, Bell RL, Melendez RI, Kuc KA, Lumeng L, Li TK, et al. (2004). Comparison of intracranial self-administration of ethanol within the posterior ventral tegmental area between alcohol-preferring and Wistar rats. *Alcohol Clin Exp Res*; 28(8):1212-1219.
- Rodríguez Fernández E, Espí Martínez, F, Canteras Jordana M, Gómez Moraga A (2001). Consumo de alcohol entre los médicos de Atención Primaria. *Atención Primaria*; 28(4), 259–262.
- Rodríguez Ibáñez M, Pérez Trullén A, Clemente Jiménez M, Herrero Labarga I, Rubio Arribas V, Sampedro Martínez E (2001). Prescripción facultativa o consejo médico antitabaco en atención primaria: opiniones desde el otro lado de la mesa. *Archivos de bronconeumología*; 37(7), 241–246.
- Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, et al. (2009). Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Bogotá, 1ra. Edición. ISBN 978-958-716-187-8 Disponible <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>
- Rodríguez Martos A, Gual A, Llopis Llacer JJ (1999). La unidad de bebida estándar: un registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas. *Med Clin (Barc)*; 112(12):446-450.

Rodriguez Martos A, Rosón B (2008). Capítulo 2. Definición y terminología. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Ministerio de Sanidad y consumo.

Rodriguez Martos A, Suárez R (1984). MALT (Munchner Alkoholismus Test): validación de la versión española para el diagnóstico de alcoholismo. *Rev Psiquiatr Psicol Med*; 16:421-32.

Roll-your-own cigarette emissions [unpublished data] (2005). New Zealand Ministry of Health, report from Labstat International, Inc.

Romero MI, Santander J, Hitschfeld MJ, Labbé M, Zamora V (2009). Consumo de tabaco y alcohol entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev Méd Chile*; 137: 361-368.

Ronald KM, Mirshahi T, Woodward JJ (2001). Ethanol inhibition of N-methyl-D-aspartate receptors is reduced by site-directed mutagenesis of a transmembrane domain phenylalanine residue. *J Biol Chem*; 276(48):44729-44735.

Room R, Babor T, Rehm J (2005). Alcohol and public health. *Lancet*; 365: 519-30.

Rosón Hernández B (2008). Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. *Galicia Clin*; 69 (1): 29-44.

Rosta J, Aasland OG (2010). Age differences in alcohol drinking patterns among Norwegian and German hospital doctors – a study based on national samples. *Ger Med Sci*; 8: 1-9.

Rosta J, Aasland OG (2005). Female surgeons' alcohol use: a study of a national sample of norwegian doctors. *Alcohol and alcoholism. Oxford, Oxfordshire*;40(5):436–40.

Rosta J (2008). Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany. *Alcohol and alcoholism. Oxford, Oxfordshire*;43(2):198–203.

Roter DL, Mall JA (1989). Studies of Doctor-Patient interaction. *Ann Rev Public Health*; 10: 163-180.

Roy-Byrne P, Bumgardner K, Krupski A, Dunn C, Ries R, Donovan D, et al. (2014). Brief Intervention for Problem Drug Use in Safety-Net Primary Care SettingsA Randomized Clinical Trial. *JAMA*; 312:492-501.

Rubio Montaner LI, Urueña Guzmán, A, Santamaría Roa A, de la Hoz Olalla J, Machín Aguilera P, Acitores Augusto JM (1994). Prevalencia del hábito de fumar en los profesionales sanitarios de La Rioja. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño. *Atención Primaria*; 13(7).

Rubio Valladolid G, Bermejo Vicedo J, Caballero Sanchez-Serrano MC, Santo-Domingo Carrasco J (1998). Validación de la Prueba para la Identificación de Transtornos por Uso de Alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Revista Clínica Española*; 198:11-14.

Ruiz de Oña Lacasta JM, Sanz Pérez JA, Sánchez Holgado J, Ramos Corralejo M, Sánchez Pérez L, Martínez Toledano D, et al. (2006). Tabaquismo: Prevalencia, conocimientos y actitudes en el personal de los servicios sanitarios de Talavera de la Reina. Proyecto financiado por la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM).

Rumpf HJ, Hapke U, Meyer D, John U (1999). Motivation to Change Drinking Behavior: Comparison of Alcohol-Dependent Individuals in a General Hospital and a General Population Sample. *Gen Hosp Psychiatry*; 21:348-53.

Rye PL, Reeson ME, Pekrul CM, Asfour NA, et al. (2012). Comparing health behaviours of internal medicine residents and medical students: an observational study. *Clin Invest Med*;35:E40-4.

Saba L, Porcella A, Congeddu E, Colombo G, Peis M, Pistis M, et al. (2001). The R100Q mutation of the GABA(A) alpha(6) receptor subunit may contribute to voluntary aversion to ethanol in the sNP rat line. *Brain Res Mol Brain Res*; 87(2):263-270.

Saitz R, Palfai TP, Cheng DM, Alford DP, Bernstein JA, Lloyd-Travaglini CA, et al. (2014) Screening and brief intervention for drug use in primary care: the ASPIRE randomized clinical trial. *JAMA*; 312:502-13.

Saiz Martínez-Acitores I, Rubio Colavida J, Espiga López I, Alonso de la Iglesia B, Blanco Aguilar J, Cortés Mancha M, et al (2003). Plan Nacional de prevención y control del tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública*; 77(4).

Salamero M, Baranda L, Mitjans A, et al (2012). La salud del estudiante de medicina: Estudio sobre la salud, estilos de vida y condicionantes académicos de los estudiantes de medicina de Cataluña. Barcelona: Fundación Galatea. Disponible en: http://www.fgalatea.org/pdf/estudiant_cast_baixa.pdf

Salaspuro M (1999). Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: a systematic review. *Alcohol*; 19, 261–271.

Salleras L, Bertrán JM, Prat A (1994). Los métodos de la medicina clínica preventiva (II). Consejo médico (counseling). *Med Clin (Barc)*; 102 (Supl 1):19-25.

Salleras Sanmartí L (1985). Educación sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Editorial Díaz de Santos.

Salleras Sanmartí L (1988). Los médicos y el tabaco. *Med Clin (Barc)*; 90: 412-415.

Sankaranarayanan R et al (1991). Risk factors for cancer of the oesophagus in Kerala, India. *International Journal of Cancer*; 49:485-489.

Sanz Pozo B, Miguel Díez J, Anegón Blanco M, García Carballo M, Gómez Suárez E, Fernández Domínguez, JF (2006). Efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo realizado por profesionales de enfermería. *Atención Primaria*; 37(5).

Satre DD, Gordon NP, Weisner C (2007). Alcohol consumption, medical conditions, and health behavior in older adults. *Am J Health Behav*; 31(3):238-48.

Sauriyal DS, Jaggi AS, Singh N (2011). Extending pharmacological spectrum of opioids beyond analgesia: Multifunctional aspects in different pathophysiological states. *Neuropeptides*.

Scal P, Hennrikus D, Ehrlich L, Ireland M, Borowsky I (2004). Preparing residents to counsel about smoking. *Clin Pediatr (Phila)*; 43:703-8.

Schneider ER, Rada P, Darby RD, Leibowitz SF, Hoebel BG (2007). Orexigenic Peptides and Alcohol Intake: Differential Effects of Orexin, Galanin, and Ghrelin *Alcohol Clin Exp Res*; 31 (11): 1858-1865.

Seale JP, Shellenberger S, Boltri JM, Okosun IS, Barton B (2005). Effects of screening and brief intervention training on resident and faculty alcohol intervention behaviours: a pre- post- intervention assessment. *BMC Fam Prac*; 6:46.

Sharpe PC (2001). Biochemical detection and monitoring of alcohol abuse and abstinence. *Annals of Clinical Biochemistry*; 38, 652–664.

Sharman CH (2005). El problema del alcohol. *Perspectivas de Salud*; 10.

Shihadeh A, Eissenberg T (2005). Tobacco smoking using a water pipe: product, prevalence, chemistry/toxicology, pharmacological effects, and health hazards. Geneva, World Health Organization Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg).

Shourie S, Conigrave KM, Proude EM, Haber PS (2007). Detection of and intervention for excessive alcohol and tobacco use among adult hospital in-patients. *Durg Alcohol Re*; 26: 127-33.

Shy BD, Portelli I, Nelson LS (2011). Emergency medicine residents' use of psychostimulants and sedatives to aid in shift work *American journal of emergency medicine*; 29(9):1034-6.

Silverstein J, Silva D, Iberti T (1993). Opioid addiction in anesthesiology. *Anesthesiology*;79:354-75.

Situmeang, Sutan Bahasa Taufan (2001). Hubungan merokok kretek dengan kanker paru [The relationship between clove cigarette smoking and lung cancer]. Jakarta, Department of Pulmonology, Faculty of Medicine, University of Indonesia [Thesis], 53.

Slater P, McElwee G, Fleming P, McKenna H (2006). Nurses' smoking behaviour related to cessation practice. *Nurs Times*; 102:32-7.

Smith AB, King M, Butow P, Olver I (2013). A comparison of data quality and practicality of online versus postal questionnaires in a sample of testicular cancer survivors. *Psychooncology*;22:233-7.

Smith DR, Leggat PA (2007). An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974–2004. *BMC Public Health*; 7:115.

Smyth J, Pearson JE (2011). Internet survey methods: a review of strengths, weaknesses and innovations. En: Das M, Ester P, Kaczmirek L editors. Social and behavioral research and the internet. Advances in applied methods and research strategies. European Association of Methodology. New York: Taylor and Francis Group; 11-43.

Sobradillo Peña V, Barrenechea Benguria JI (1997). Patología relacionada con el consumo de tabaco. En Jiménez Ruiz, C.A., editor. Aproximación al tabaquismo en España; Editorial Nicorette, Barcelona.

Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides (2002). Guía básica sobre los cannabinoides. Madrid: ISBN: 84-699-8658-9. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/cannabinoides.pdf>

Spanagel R (2009). Alcoholism: a systems approach from molecular physiology to addictive behavior. *Physiol Rev*; 89(2):649-705.

Spanagel R, Weiss F (1999). The dopamine hypothesis of reward: past and current status. *Trends Neurosci*; 22(11):521-527.

Spandorfer JM, Israel Y, Turner BJ (1999). Primary care physicians' views on screening and management of alcohol abuse: inconsistencies with national guidelines. *J Fam Pract.*;48(11):899-902.

Sreeramareddy CT, Suri S, Menezes RG, Kumar HNH, Rahman M, Islam MR, et al. (2010). Self-reported tobacco smoking practices among medical students and their perceptions towards training about tobacco smoking in medical curricula: A cross-sectional, questionnaire survey in Malaysia, India, Pakistan, Nepal, and Bangladesh. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*; 5, 29.

Srinath Reddy K, Gupta PC (2004). Report on Tobacco Control in India. New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.

- Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T (2013). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art.
- Steinbauer JR, Cantor SB, Holder CE, Volk RJ (1998). Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Annals of Internal Medicine*;29:353-362
- Stokes J (1987). The methods of clinical prevention. En: Vanderschmidt HF, Koch-Weser D, Woodbury PA, editores. *Handbook of clinical prevention*. Baltimore: Williams and Wilkins; 29-58.
- Sullivan LE, Tetrault JM, Braithwaite RS, Turner BJ, Fiellin DA (2011). A meta-analysis of the efficacy of nonphysician brief interventions for unhealthy alcohol use: implications for the patient-centered medical home. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*; 20(4), 343–356.
- Talley B, Mary Gee R, Allen D, Marshall ES, Encinas K, Lim S (2011). Assessment of smokeless tobacco use in the history and physical examination by primary healthcare providers. *JAANP*; 23:443–7.
- Tantam D, Whittaker J (1992). Personality disorder and self-wounding. *British Journal of Psychiatry*; 161:451-64.
- Taylor RB (1981). Health Promotion: Can it Succeed in the Office. *Prev Med*; 10: 258-262.
- Tejada AI, Sepulveda M, Fornet MJ, Gomez MS, Nuñez P, Gamarro R et al. (2009). Consumo y actitud sobre tabaquismo del personal sanitario de un área de gestión sanitaria. Area sanitaria de gestión serranía de Málaga. Ronda. Disponible en: <http://www.ehrca.org/im/pdf/10spconsumo.pdf>
- Test del Centro de Ayuda al cese del Tabaquismo (1994). Hospital Henri Mondor. París.
- Tong EK, Strouse R, Hall J, Kovac M, Schroeder SA (2010). National survey of U.S. health professionals' smoking prevalence, cessation practices, and beliefs. *Nicotine Tob Res*; 12: 724-33.
- Tremblay M, Gervais A, Lacroix C, O'Loughlin J, Makni H, Paradis G (2001). Physicians Taking Action Against Smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counselling by Montreal general practitioners. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*; 165(5), 601–607.
- Trinkoff A, Zhou Q, Storr C, Soeken K (2000). Workplace access, negative proscriptions, job stain, and substance use in registered nurses. *Nursing research*; 49 (Pt2):83-90.
- Twardella D, Brenner H (2005). Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. *Eur J Public Health*; 15: 140-145.
- Ulbricht S, Klein G, Haug S, Gross B, Rumpf H-J, John U, et al. (2011). Smokers' expectations toward the engagement of their general practitioner in discussing lifestyle behaviors. *J Health Commun*; 16:135-47.
- United States Department of Agriculture Economic Research Service (2001). Tobacco: background. ERS/USDA Briefing Room ERS-TBS-246. Disponible en: <http://ers.usda.gov/briefing/tobacco/background.htm>
- United States Department of Health and Human Services (2000). Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

United States Department of health and Human Services (1986). The Health consequences of involuntary smoking. A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service Centers for Disease Control. D.H.H.S. Publication No. (CDC); 87-8398.

United States Department of Health and Human Services (1993). The health consequences of smoking: cardiovascular disease. A report of the Surgeon General. Washington D.C.U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Office on smoking and health. DHHS; 204: 84-50.

Unrod M, Smith M, Spring B, DePue J, Redd W, Winkel G (2007). Randomized controlled trial of a computer-based, tailored intervention to increase smoking cessation counseling by primary care physicians. *J Gen Intern Med*; 22: 478-84.

Urrego Mendoza DZ (2002). Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Especialidades Médicas, Bogotá 2001. *Rev. salud pública*. 4 (1): 59 -73.

Valverde Bolívar FJ, Pérez-Milena A, Moreno Corredor A (2013). Consumo de drogas entre los Especialistas Internos Residentes de Jaén (España) y su relación con el consejo clínico. *Adicciones*; 25:243-52.

Van Den Borne I, Raaijmakers T (2001). European Network for Smoking Prevention (ENSP): Informe de la situación en Europa. Entornos laborales libres de humo de tabaco: Mejora de la salud y el bienestar de las personas en el trabajo. Brussels. Disponible en: <http://www.ensp.org>

Vega A (1993). La Acción Social ante las drogas. Propuestas de intervención sociocomunitaria; Madrid, Narcea.

Vengeliene V, Bilbao A, Molander A, Spanagel R (2008). Neuropharmacology of alcohol addiction. *Br J Pharmacol*; 154(2):299-315.

Voigt K, Twork S, Mittag D, Göbel A, Voigt R, Klewer J, et al. (2009). Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC health services research*;9:219.

Wald NJ, Watt HC (1997). Prospective study of effect of switching from cigarettes to water pipes or cigars on mortality from three smoking related diseases. *British Medical Journal*; 314:1860-63.

Wallace AE, Sairafi NA, Weeks WB (2006). Tobacco cessation counseling across the ages. *Journal of the American Geriatrics Society*; 54(9), 1425–1428.

Warner DO, Berge K, Sun H, Harman A, Hanson A, Schroeder DR (2013). Substance use disorder among anesthesiology residents, 1975-2009. *JAMA*.; 310 (21):2289-96.

Weinehall L, Johansson H, Sorensen J, Jerdén L, May J, Jenkins P (2014). Counseling on lifestyle habits in the United States and Sweden: a report comparing primary care health professionals' perspectives on lifestyle counseling in terms of scope, importance and competence. *BMC Fam Pract.*; 15:83.

Weisner C, Kaskutas LA, Hilton ME., Barile AL (1999). 'When you were drinking' vs. 'in the past 12 months': the impact of using different time frames in clinical and general populations. *Addiction*; 94, 731–736.

Welsch SK, Smith SS, Wetter DW, Jorenby DE, Fiore MC, Baker TB (1999). Development and validation of the Wisconsin 226 Evaluación de la conducta de fumar Smoking Withdrawal Scale. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*; 7, 354-361.

Wetter DW, Young TB, Bidwell TR, Badr MS, Palta M (1994). Smoking as a risk factor for sleep-disordered breathing. *Arch Intern Med*; 154:2219-24.

Wilson A (2004). Before, during, after: A nursing handbook for substance abuse. J Cult. Divers; 11 (4):150-1.

WHO (2001). Monograph: advancing knowledge on regulating tobacco products. Geneva, World Health Organization.

Work Group on Substance Use Disorders, Kleber HD, Weiss RD, Anton RF, Rounsaville BJ, George TP, Strain EC et al. (2006). American Psychiatric Association Steering Committee on Practice Guidelines, McIntyre JS, Charles SC, Anzia DJ, Nininger JE, Cook IA, Summergrad P et al. Treatment of patients with substance use disorders, second edition. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry; 163(8 Suppl):5-82.

World Health Organisation (2006).Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

World Health Organization Regional Office for Europe (2007). The European Tobacco Control. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/68117/E89842.pdf

World Health Organization Tobacco Free Initiative (2002). Tobacco and youth in the South East Asian region. Indian Journal of Cancer; 39:1-33.

World Health Organization (2003). WHO framework convention on tobacco control. REV ESd SALud Pública; 77: 475-505.

Wu SI, Huang HC, Liu SI, Huang CR, Sun FJ, Chang TY, et al. (2008). Validation and Comparison of Alcohol-Screening Instruments for Identifying Hazardous Drinking in Hospitalized Patients in Taiwan. Alcohol Alcohol.

Wynder EL, Goldsmith R (1977). The epidemiology of bladder cancer: a second look. University of California, San Francisco; 40(3):1246-68.

Zarco Montejó J (2007). Actuar es posible: el papel de la atención primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Semfyc ediciones, Barcelona. ISBN 13: 978-84-96761-31-5.



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ORIGINAL

Prevalencia y factores asociados a la práctica del consejo clínico contra el consumo de drogas entre los especialistas internos residentes de Andalucía (España)

María de la Villa Juárez-Jiménez^a, Alejandro Pérez-Milena^{a,*},
Francisco Javier Valverde-Bolívar^b y Carmen Rosa-Garrido^c

^a Centro de Salud El Valle, Distrito Sanitario de Jaén (Servicio Andaluz de Salud), Jaén, España

^b Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Distrito Sanitario de Jaén (Servicio Andaluz de Salud), Jaén, España

^c Fundación Pública Andaluza para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental Alejandro Otero (Consejería de Salud, Junta de Andalucía), Jaén, España

Recibido el 11 de junio de 2014; aceptado el 4 de noviembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Consejo;
Internado y
residencia;
Internado no médico;
Alcohol;
Tabaquismo;
Droga ilegal

Resumen

Objetivos: Conocer la frecuencia de la oferta de consejo clínico contra el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales por los especialistas internos residentes (EIR) y los factores relacionados con dicho consejo.

Diseño: Estudio multicéntrico transversal mediante encuesta autoadministrada.

Emplazamiento y participantes: EIR de Andalucía (España), mediante correo electrónico.

Mediciones principales: Consejo declarado contra alcohol, tabaco y drogas ilegales, mediante escala Likert categorizada como «frecuente»/«no frecuente». Variables independientes: edad/sexo, especialidad, país de origen y características del consumo de drogas. Análisis mediante regresión logística.

Resultados: Cuatro mil doscientos cuarenta y cinco participantes con el 66% de respuestas, 29% no respondedores y 5% mala cumplimentación; edad media 29,1 $\pm$ DE 5,1 años, 69% mujeres, 89% nacionalidad española, 84% con formación en medicina (hospitalaria 73%, medicina familiar 27%). El consejo frecuente contra tabaco (85%) y alcohol (82%) es superior al de drogas ilegales (56%; $p < 0,001$ test de Chi cuadrado). El consejo frecuente contra el alcohol se relaciona con la especialidad (medicina familiar: OR = 2,8, IC 95% [1,4-4,6]; enfermería: OR = 2,5 [1,7-4,4]) y la edad del primer consumo alcohólico (OR = 1,07; [1,03-1,1]). Para el tabaco hay relación con la especialidad (medicina familiar: OR = 12,9 [7,6-21,9]; enfermería: OR = 8,4, [4,3-16,5]), el tabaquismo (OR = 1,5 [1,2-2,0]) y edad del primer consumo alcohólico (OR = 1,06 [1,01-1,1]), más importante para el vino (OR = 1,1 [1,04-1,3]). Aconsejar contra drogas ilegales se relaciona con la edad del primer consumo alcohólico (OR = 1,09 [1,05-1,1]) y el tabaquismo (OR = 0,58 [0,4-0,7]).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandro.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es (A. Pérez-Milena).

KEYWORDS

Counseling;
Internship
and residency;
Non-medical
internship;
Alcohol;
Smoking;
Street drugs

Conclusión: Hay una alta oferta de consejo contra el consumo por los EIR, aunque llamativamente menor para drogas ilegales. Los factores que influyen son tanto elementos formativos de su propia especialidad como el consumo personal de alcohol y tabaco, que deben ser tenidos en cuenta para una mejora de esta actividad preventiva.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Prevalence and factors associated with clinical counselling on drug use among internal specialists residents of Andalusia (Spain)

Abstract

Objectives: To determine the frequency of offering clinical counseling against the consumption of alcohol, tobacco and illegal drugs by internal specialist residents (EIR) of Andalusia, and the factors related to such advice.

Design: Multicenter cross-sectional study by self-administered questionnaire sent by mail.

Setting and participants: EIR of Andalusia.

Main measurements: The questionnaire collected the frequency of counseling against the use of alcohol, tobacco and illegal drugs (dependent variable). Independent variables: age/gender, specialty, drug consumption and Fagerström test.

Results: Out of a total of 4245 participants, 66% responded, 29% did not respond, and 5% poorly completed questionnaires. The mean age was 29.1($\pm$ SD 5.1) years, 69% female, 89% Spanish nationality, 84% in medical training (73% hospital, 27% family medicine). The frequency of counseling against tobacco (85%) and alcohol (82%) is higher than illegal drugs (56%, $p < .001$, χ^2 test). Counseling against alcohol consumption is related to family medicine (OR = 2.8; 95% CI [1.4-4.6]) and nursing (OR = 2.5 [1.7-4.4]), and the age of first alcohol consumption (OR = 1.07 [1.03-1.1]). Counseling against smoking is related to family medicine (OR = 12.9; [7.6-21.9]) and nursing (OR = 8.4; [4.3-16.5]), personal consumption of tobacco (OR = 1.5 [1.2-2.0]), and wine (OR = 1.1 [1.04-1.3]), and age of first alcohol consumption (OR = 1.06 [1.01-1.1]). Counseling against illegal drugs is related to the age of first alcohol consumption (OR = 1.09 [1.05-1.1]) and smoking (OR = .58 [.4-.7]).

Conclusion: There is a high frequency of counseling against consumption of tobacco and alcohol by EIR, although remarkably smaller for illegal drugs. The influencing factors are both formative elements of their own specialty such as personal consumption of alcohol and tobacco, which should be considered for improvement of this preventive activity.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El consumo de tabaco y alcohol en las sociedades occidentales es un problema de salud pública. Más del 50% de la población española mayor de 16 años ha fumado en alguna ocasión, mientras que el 65% declara haber consumido alcohol y el 5% cannabis en el último año¹. Dada la morbilidad que acompaña al consumo de cualquier tipo de droga, los exámenes de salud deben incluir actividades preventivas donde se prioriza la vigilancia sobre el consumo de tabaco y de alcohol^{2,3}. Por tanto, es misión de los profesionales sanitarios modificar en sentido favorable los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos y colectividades^{4,5} persiguiendo el abandono del consumo. Las intervenciones breves para abandonar el consumo de alcohol y tabaco son útiles³, con menores evidencias para drogas ilegales⁶, aunque la eficacia del consejo dependerá de la complejidad de la intervención⁷.

Los profesionales de la salud deben recibir una formación reglada para adquirir las técnicas que les permitan

desarrollar esta labor preventiva⁵; además, actúan como modelos sociales que influyen en la población a la que atienden⁸. Esta oferta de consejo no solo depende de los puntos anteriores, sino que parece relacionarse con el consumo de drogas personal, la edad, el sexo, la especialidad y la situación geográfica⁹. Existen pocos estudios existentes sobre la oferta de consejo clínico contra drogas en los actos asistenciales de los especialistas internos residentes (EIR) españoles, mostrando resultados muy diversos al valorar su aplicación en la actividad asistencial^{2,8,10,11}. Por ello, se desea valorar la frecuencia del consejo clínico contra drogas de los EIR de la Comunidad Autónoma de Andalucía y su relación con otros factores personales, fundamentalmente con el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

Sujetos y métodos

Se diseña un estudio multicéntrico descriptivo transversal mediante encuesta autoadministrada, previamente pilotada

en una provincia¹². Se estudian todos los EIR que cursaban estudios en Andalucía durante el año 2012. Los criterios de inclusión son estar laboralmente activos en ese año y dados de alta en PORTALEIR (www.portaleir.es, Web para el seguimiento y formación de los EIR), excluyendo aquellos cuestionarios no cumplimentados totalmente.

Variables

La variable principal es la frecuencia de utilización del consejo clínico contra el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilegales, entendido como cualquier tipo de pregunta y/o intervención sobre el consumo de los pacientes realizado por los EIR durante su actividad asistencial^{4,12}, mediante la cuestión: «¿aconsejas o informas a tus pacientes sobre los siguientes hábitos?». Se responde mediante una escala Likert (1 = nunca/casi nunca; 2 = ocasionalmente; 3 = la mitad de las veces; 4 = a menudo; 5 = casi siempre/siempre), con un formato similar a otras publicaciones sobre el tema^{10,13,14}.

Las variables independientes son edad, sexo, país de origen y año; la especialidad se agrupa en 5 grandes bloques según la afinidad de su programa formativo ([tabla 1](#)): medicina familiar (MF), especialidades médicas hospitalarias (MH), especialidades quirúrgicas hospitalarias (QH), enfermería (ENF) y otras especialidades (OE). El consumo cualitativo de todas las drogas se recoge como intermitente, ligado al ocio y diario, midiendo el alcohol en unidades de bebida estándar (UBE) semanal y el tabaco como número de cigarrillos diarios; se incluye también la edad de inicio y el tipo de droga ilegal consumida. El test de Fagerström clasifica la dependencia nicotínica alta (≥ 7 puntos), moderada (4-6) y baja (≤ 3)¹⁵.

Intervenciones realizadas

El cuestionario se distribuye mediante correo electrónico (enlazando a una página Web), proporcionando información sobre el estudio, el equipo investigador y la confidencialidad de los datos. Para evitar las pérdidas se reenviaron los correos electrónicos hasta en 3 ocasiones quincenalmente.

Análisis estadístico

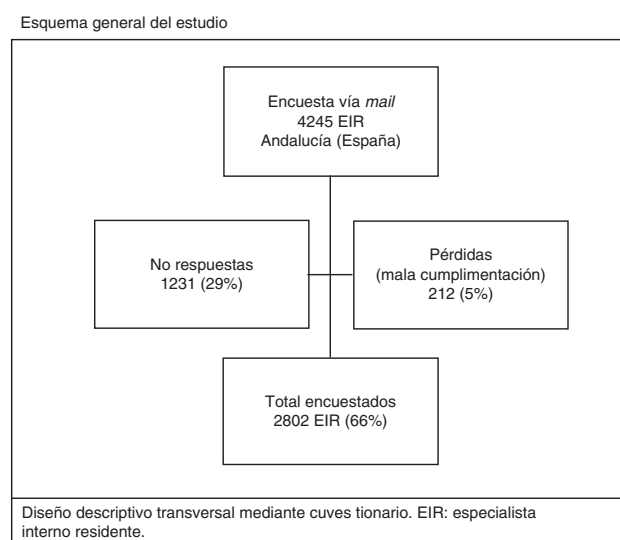
Se comprobaron la normalidad de los datos (test Kolmogorov-Smirnov), realizando análisis descriptivo mediante proporciones y medias (con desviación estándar o intervalo de confianza al 95%) y análisis bivalente empleándose el test de Chi cuadrado (variables cualitativas) y la prueba «t» de Student o ANOVA (variables cuantitativas). Finalmente, se realizó regresión logística por pasos hacia delante, comprobando la bondad de ajuste de los datos observados con el test de Hosmer-Lemeshow. La variable dependiente fue el consejo clínico a cada sustancia, categorizada como poco frecuente (puntuaciones 1-2), empleada como categoría de referencia, y frecuente (puntuaciones 3-5). En la regresión se incluyeron las variables que presentaron asociación estadísticamente significativa con el consejo (la variable especialidad con 4 variables tipo Dummy [MF, MH, QH y ENF], siendo la referencia la categoría OE), y la edad o el sexo que, aun sin asociación estadística, se consideraron clínicamente

relevantes. En los modelos finales solo aparecen las variables con significación estadística. Se utiliza el programa SPSS (v. 21) para realizar el análisis de los datos considerando un nivel de significación $\leq 0,05$.

Aspectos éticos

Se obtuvo aprobación de la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Hospital de Jaén (RD 223/04), tratándose confidencialmente los datos recogidos (LO 15/1999).

Esquema general del estudio:



Resultados

Sobre una población de 4.245 EIR se obtienen 2.802 cuestionarios completos (66%) y 212 cuestionarios mal cumplimentados (5%), que son excluidos. Un 29% no responde.

Características de los especialistas internos residentes encuestados

Los EIR se distribuyen en especialidades MH (43%), MF (23%), QH (18%), ENF (5%) y OE (11%) ([tabla 1](#)). El 31% cursa el primer año de residencia, el 27% el segundo, el 21% el tercero, el 18% el cuarto y el 3% el quinto. La distribución por provincias es: 5% Almería, 21% Cádiz, 6% Córdoba, 13% Granada, 3% Huelva, 8% Jaén, 20% Málaga y 24% Sevilla. El 69% son mujeres, superior al 80% en ENF y OE ([tabla 2](#); $p < 0,001$ test Chi cuadrado). La media de edad es de $29,1 \pm 5,1$ años, con un rango de 21-66 años. El 89% son españoles, 7% proceden de África y 2% de Latinoamérica; la representación de Asia, Norteamérica y resto de Europa supone el 2% restante.

Datos del consumo personal de alcohol, tabaco y drogas

Cuatrocientos cuarenta y ocho EIR (16%) indican no consumir ningún tipo de droga, siendo inferior en los grupos de MF y ENF ([tabla 2](#); $p = 0,012$ test Chi cuadrado). Dos mil

Tabla 1 Número total de especialistas internos residentes encuestados (2.802) según grupos de especialidades afines

MH (1.198 de 1.485) 80% respuesta	QH (517 de 934) 55% respuesta	ENF (135 de 340) 39% respuesta	OE (310 de 467) 66% de respuesta	MF (642 de 1.019) 63% respuesta
Alergología 20 Aparato digestivo 60 Cardiología 82 Dermatología 36 Endocrinología 30 Hematología 45 Medicina del trabajo 34 Rehabilitación 48 UCI 165 Medicina interna 168 Preventiva 40 Nefrología 42 Neumología 48 Neurología 38 Oncología 69 Pediatria 178 Psiquiatría 79 Reumatología 16	Anestesiología 81 Angiología 6 Cardiovascular 16 Cirugía general 64 Maxilofacial 12 Cirugía pediátrica 14 Cirugía plástica 9 Cirugía torácica 8 Traumatología 86 Neurocirugía 13 Obstetricia y ginecología 108 Oftalmología 37 ORL 25 Urología 38	Salud mental 13 Medicina del Trabajo 12 Enf. familiar 15 Matrona 78 Pediátrica 17	Análisis clínicos 16 Anatomía patológica 26 Bioquímica clínica 14 Farmacia hospitalaria 56 Farmacología clínica 9 Inmunología 9 Medicina nuclear 16 Microbiología 20 Neurofisiología 6 Psicología clínica 46 Radiodiagnóstico 68 Radiofarmacia 8 Radiofísica 16	Medicina familiar 642

ENF: especialidades de enfermería; MF: medicina familiar; MH: especialidades médicas hospitalarias; OE: otras especialidades; ORL: otorrinolaringología; QH: especialidades quirúrgicas hospitalarias; UCI: unidad de cuidados intensivos.

doscientos noventa y seis EIR (82%) reconocen haber consumido alcohol, con una edad media de inicio de $16,4 \pm 2,3$ años. La mayoría bebe alcohol de forma intermitente (82%); solo el 16% del total consume alcohol asociado al ocio o en fin de semana y un 2% lo hace de forma diaria. La ingesta media es de $5,4 \pm 5,7$ UBE por semana, siendo superior en la especialidad de cirugía hospitalaria y menor entre los EIR de ENF (tabla 2, $p < 0,001$ test ANOVA). La bebida más frecuentemente consumida es la cerveza (media de $2,3 \pm 3,1$ UBE por semana), seguida por los combinados ($2,4 \pm 3,5$ UBE por semana) y por último el vino ($0,8 \pm 1,3$ UBE semanales), sin diferencias por especialidades.

El consumo de tabaco (17%) se inicia de forma más tardía que el del alcohol ($17,4 \pm 3,4$ años) y se reparte de forma similar entre las diferentes especialidades: la mayoría (83%) no fuma, con una prevalencia de exfumadores de un 7% en la población total de EIR. Entre los fumadores el 53% consume tabaco de forma diaria, un 41% fuma de forma esporádica y solo el 6% lo asocia a momentos de ocio o al fin de semana. El número medio de cigarrillos consumidos diariamente es de $7,5 \pm 7,1$, con un menor consumo cuantitativo entre EIR de cirugía y ENF (tabla 2, $p = 0,06$ test ANOVA).

El consumo de drogas ilegales es el menos declarado: solo un 5% las ha tomado, en su mayoría de forma esporádica a modo de prueba (83% del total de consumidores). Un 5% las ha consumido durante los momentos de ocio y el 11% lo ha hecho de forma diaria. La droga más utilizada es el cannabis (67%), seguida de cerca por los ansiolíticos (21%); en menor porcentaje se recoge el consumo de drogas de diseño (6%), cocaína (4%) y heroína (2%).

Oferta del consejo contra el consumo de alcohol, tabaco y drogas

La presencia del consejo en la práctica clínica de los EIR se muestra en las figuras 1 a 3. Un 88% aconseja frecuentemente contra el alcohol (29% la mitad de las veces, 31% a menudo y 22% casi siempre/siempre [fig. 1]) y un 85% contra el tabaco (18% la mitad de las veces, 32% a menudo, 35% casi siempre/siempre; fig. 2), siendo inferior (57%) contra otras drogas (20% la mitad de las veces, 14% a menudo y 33% casi siempre/siempre [fig. 3]) ($p < 0,001$ test Chi cuadrado).

Factores relacionados con el consejo

No hay diferencias por edad, sexo ni lugar de procedencia, pero sí según la especialidad cursada: los EIR de MF y ENF ofertan más frecuentemente consejo, tanto para el alcohol (90% y 82% [fig. 1], $p < 0,001$ test de Chi cuadrado) como para el tabaco (92% y 82% [fig. 2] $p < 0,001$ test de Chi cuadrado), mientras que el consejo poco frecuente es más elevado en especialidades MH, QH (12-20%) y en OE (27%). El consejo contra drogas ilegales es menos frecuente entre los EIR de cirugía ([fig. 3] $p < 0,001$ test de Chi cuadrado).

En la tabla 3 se ofrecen los modelos finales obtenidos tras la regresión logística. El tipo de especialidad cursada influye en cualquier tipo de consejo: MF y ENF son las que obtienen OR mayores para la oferta del consejo, frente al grupo de OE (2,7 y 2,5 respectivamente para el alcohol; 12 y 8 para el tabaco; 1,2 y 1,3 para drogas ilegales) (tabla 3). Las

Tabla 2 Principales características de los especialistas internos residentes encuestados (2.802) agrupados por especialidades afines

	Total	MF	MH	QH	ENF	OE
Sexo mujer ^a	69%	74%	66%	58%	87%	82%
Edad ^b	29,1 ± 5,1	29,9 ± 5,7	29,4 ± 5,3	28,0 ± 3,3	27,4 ± 5,6	28,7 ± 4,1
Rango de edades	[21-66]	[24-57]	[22-66]	[23-47]	[21-54]	[23-47]
Nacionalidad española	89%	90%	88%	86%	100%	97%
Sin consumo ^c	16%	20%	15%	12%	20%	15%
Características personales del consumo de alcohol						
<i>Patrón de consumo^d</i>						
No consumo	18,4%	22,1%	17,5%	14,4%	22,1%	17,5%
Intermitente	64,1%	62,6%	64,8%	63,9%	63,6%	67,5%
Asociado al ocio	15,6%	13,8%	15,9%	18,4%	13,6%	14%
Diario	1,9%	1,4%	1,8%	3,3%	0,6%	0,9%
Consumo cuantitativo (UBE/semana) ^e	2,3 ± 3,1	4,8 ± 5,0	5,5 ± 5,7	6,8 ± 6,5	3,6 ± 3,9	5,3 ± 5,3
Edad de inicio (años)	16,4 ± 2,3	16,5 ± 2,1	16,5 ± 2,4	16,3 ± 2,5	16,5 ± 2,2	15,8 ± 1,7
Características personales del consumo de tabaco						
<i>Patrón de consumo</i>						
No consumo	83%	82%	84%	81%	85%	86%
Intermitente	7%	6%	6%	9%	6%	3%
Fin de semana	1%	2%	1%	1%	1%	3%
Diario	9%	10%	9%	9%	8%	8%
Consumo cuantitativo (cigarrillos por día) ^f	7,5 ± 7,1	8,3 ± 8,1	8,2 ± 7,2	5,6 ± 5,9	5,6 ± 3,1	7,5 ± 7,40
Edad de inicio (años)	17,4 ± 3,4	17,9 ± 3,5	17,6 ± 3,6	17,0 ± 3,3	16,7 ± 2,2	16,9 ± 2,3
Test de Fagerstrom						
Dependencia baja	81,8%	87,7%	74,6%	85,1%	91,3%	87,5%
Dependencia moderada	17,2%	12,3%	23,1%	14,9%	8,7%	12,5%
Dependencia alta	1%	0%	2,3%	0%	0%	0%
Características personales del consumo de drogas ilegales						
<i>Consumo</i>	4,9%	5%	5%	6%	3%	7%
<i>Tipo de droga</i>						
Cannabis	3,4%	3,9%	2,7%	5,2%	2,5%	2,5%
Heroína	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0%	0%
Cocaína	0,2%	0%	0,1%	0,9%	0%	0%
Diseño	0,3%	0,2%	0,1%	1,1%	0%	0%
Ansiolíticos	1,1%	0,5%	1,4%	0,6%	0,6%	3,4%

ENF: especialidades de enfermería; MF: medicina familiar; MH: especialidades médicas hospitalarias; OE: otras especialidades; QM: especialidades quirúrgicas hospitalarias.

Sin consumo: no consumen alcohol, tabaco ni otras drogas.

Se presentan los valores como medias (± desviación estándar) y proporciones. Diferencias significativas:

^ap < 0,001 test Chi cuadrado.

^bp < 0,001 test ANOVA.

^cp = 0,012 test Chi cuadrado.

^dp = 0,034 test Chi cuadrado.

^ep < 0,001 test ANOVA.

^fp = 0,067 test ANOVA.

especialidades de MH también se asocian con una mayor presencia de consejo frecuente para alcohol y tabaco, pero no ocurre igual para las drogas ilegales (OR: 0,81 [tabla 3]). Por último, la formación en cirugía hospitalaria se asocia con un menor consejo contra el alcohol y las drogas ilegales. Otra variable independiente que se repite en los 3 tipos de consejos es la edad del primer consumo de alcohol: la posibilidad de ofertar consejo se incrementa en 1,1 cada año que tarda el residente en comenzar a probar el alcohol. Por último, la cantidad de vino consumida se relaciona con un mayor consejo contra el tabaquismo (cada UBE por semana incrementa

la probabilidad de ofertar consejo en 1,14) y el consumo de tabaco se asocia a una mayor frecuencia del consejo contra drogas ilegales (los no fumadores tienen una OR de 1,7 para ofertar consejo frecuente frente a los fumadores).

Discusión

Los resultados ofrecen 2 principales conclusiones: primero, hay una alta oferta de consejo por parte de los EIR, sobre todo contra alcohol y tabaco; y segundo, se relaciona con

Tabla 3 Modelos finales del análisis de regresión logística para el consejo frecuente contra alcohol, tabaco y drogas ilegales

Consejo sobre alcohol					
Variable	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza 95%	Wald	Nivel de significación
Constante	-0,454	0,635	-	0,755	0,385
Especialidad ^a					
MH	0,354	1,425	[0,901; 2,253]	2,297	0,130
QH	-0,384	0,681	[0,419; 1,107]	2,399	0,121
ENF	0,922	2,515	[1,385; 4,568]	9,184	0,002
MF	1,014	2,758	[1,711; 4,445]	17,336	0,001
Edad del primer consumo de alcohol	0,076	1,079	[1,032; 1,129]	11,202	0,001
Consejo sobre tabaco					
Variable	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza 95%	Wald	Nivel de significación
Constante	-1,890	0,151	-	15,394	0,001
Especialidad ^a					
MH	1,173	3,232	[2,027; 5,154]	24,275	0,001
QH	0,984	2,675	[1,639; 4,368]	15,488	0,001
ENF	2,132	8,428	[4,308; 16,491]	38,743	0,001
MF	2,559	12,920	[7,596; 21,975]	89,150	0,001
Consumo de tabaco	0,437	1,548	[1,188; 2,017]	10,460	0,001
Edad del primer consumo de alcohol	0,065	1,067	[1,014; 1,124]	6,108	0,013
Consumo de vino (UBE/semana)	0,136	1,146	[1,042; 1,259]	7,931	0,005
Consejo sobre drogas ilegales					
Variable	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza 95%	Wald	Nivel de significación
Constante	-0,779	0,459		2,346	0,126
Especialidad ^a					
MH	-0,212	0,809	[0,510; 1,283]	0,812	0,367
QH	-0,711	0,491	[0,300; 0,805]	7,964	0,005
ENF	0,302	1,352	[0,754; 2,427]	1,024	0,312
MF	0,193	1,213	[0,755; 1,949]	0,638	0,424
Edad del primer consumo de alcohol	0,094	1,099	[1,051; 1,148]	17,528	0,001
Consumo de tabaco	-0,536	0,585	[0,459; 0,745]	18,897	0,001

ENF: especialidades de enfermería; MF: medicina familiar; MH: especialidades médicas hospitalarias; OE: otras especialidades; QM: especialidades quirúrgicas hospitalarias.

Los modelos finales solo muestran las variables con significación estadística $p < 0,05$.

^a«Otras especialidades» como categoría de referencia.

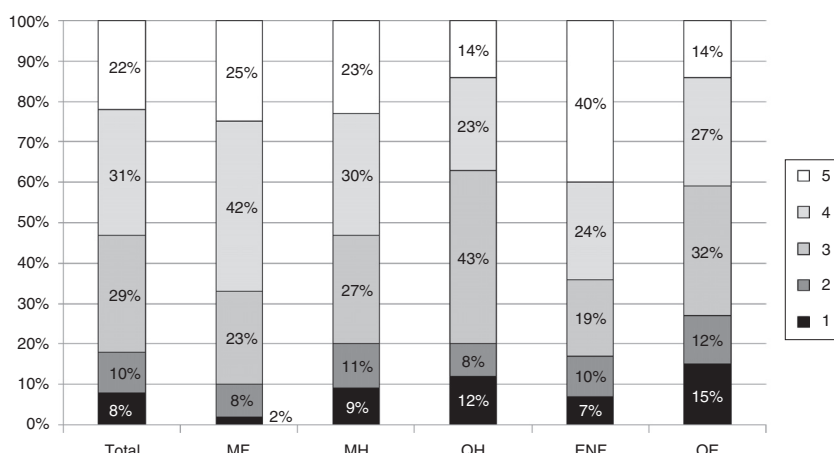


Figura 1 Frecuencia total del consejo clínico ofertado contra el consumo de alcohol y según la especialidad cursada por el especialista interno residente.

Consejo clínico: 1 nunca/casi nunca; 2 ocasionalmente; 3 la mitad de las veces; 4 frecuentemente; 5 casi siempre/siempre.

Tamaño de muestra 2.802.

EIR: especialista interno residente; ENF: enfermería; MF: medicina familiar; MH: especialidades médicas hospitalarias; OE: otras especialidades; QM: especialidades quirúrgicas hospitalarias.

Diferencias significativas con $p < 0,001$ (test Chi cuadrado).

la especialidad cursada y algunas características del consumo personal, sobre todo la edad de inicio del consumo de alcohol.

Los profesionales sanitarios de hospitales ofertan consejo contra tabaco y alcohol en menos del 40% de sus actividades clínicas^{10,16}. En cambio, los médicos de familia suelen realizar más actividades preventivas contra el consumo de alcohol (hasta en el 80% de las ocasiones¹³) y contra el tabaquismo (50-75%)^{8,16-18}. En estudios que incluyen médicos, enfermeros y/o farmacéuticos el consejo contra el tabaco es $> 90\%$ ^{13,19}. La oferta de consejo contra el tabaco

de residentes es superior al 80%²⁰, mientras que para el alcohol las prevalencias varían mucho según los estudios: desde un 9%²¹ hasta un 80% cuando los residentes se sentían responsables de su detección y asesoramiento²². Estudios realizados en España muestran una escasa realización de actividades preventivas en las consulta de los EIR de MF (inferior al 10%), aunque el consejo contra el tabaco es una de las actividades más realizadas¹¹; estas diferencias pueden deberse a la forma de recoger los datos (mediante videograbación de entrevistas) y al diferente tamaño de muestra.

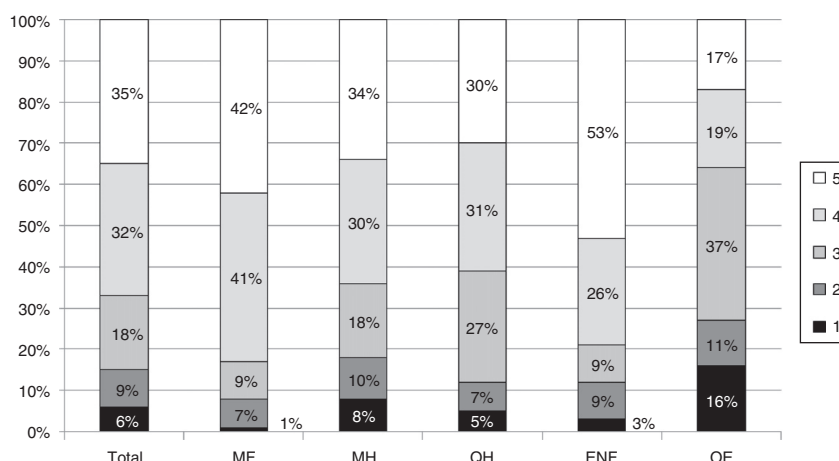


Figura 2 Frecuencia total del consejo clínico ofertado contra el consumo de tabaco y según la especialidad cursada por el especialista interno residente.

Consejo clínico: 1 nunca/casi nunca; 2 ocasionalmente; 3 la mitad de las veces; 4 frecuentemente; 5 casi siempre/siempre.

Tamaño de muestra 2802.

EIR: especialista interno residente; ENF: enfermería; MF: medicina familiar; MH: especialidades médicas hospitalarias; OE: otras especialidades; QM: especialidades quirúrgicas hospitalarias.

Diferencias significativas con $p < 0,001$ (test Chi cuadrado).

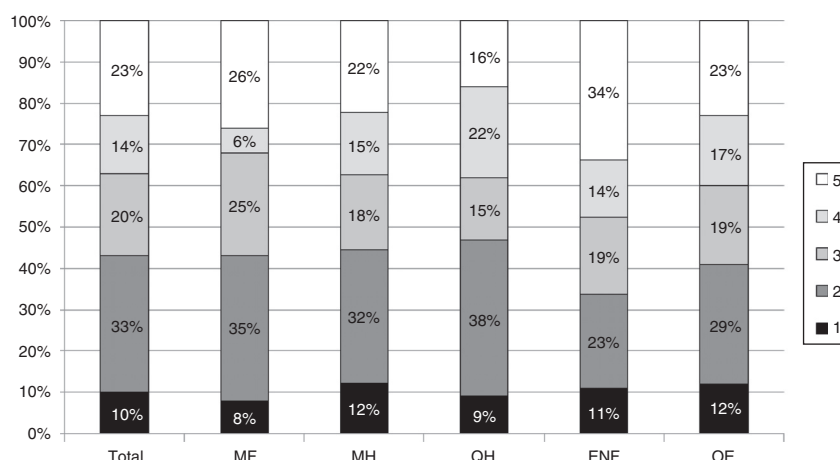


Figura 3 Frecuencia total del consejo clínico ofertado contra el consumo de drogas ilegales y según la especialidad cursada por el especialista interno residente.

Consejo clínico: 1 nunca/casi nunca; 2 ocasionalmente; 3 la mitad de las veces; 4 frecuentemente; 5 casi siempre/siempre.

Tamaño de muestra 2.802.

EIR: especialista interno residente; ENF: enfermería; MF: medicina familiar; MH: especialidades médicas hospitalarias; OE: otras especialidades; QH: especialidades quirúrgicas hospitalarias.

Diferencias significativas con $p < 0,001$ (test Chi cuadrado).

Existen pocos datos sobre el consejo contra drogas ilegales, aunque su menor oferta puede deberse a una menor normalización de su consumo y a una menor percepción de la eficacia de la intervención^{6,20}, mientras que los cambios introducidos a nivel social por la Ley 28/2005 (medidas sanitarias frente al tabaquismo) normalizan y legitiman el consejo del profesional en el acto sanitario contra el tabaco²³.

En España los médicos de familia ofertan más frecuentemente actividades de prevención y de promoción de la salud que sus colegas europeos², aunque en menor proporción que los médicos de EE.UU.¹³. Siguen existiendo, por tanto, grandes diferencias entre los estudios publicados sobre el tema por las actitudes interprofesionales, la organización de la atención sanitaria, las tradiciones de la atención sanitaria preventiva y las diferencias culturales entre los países². Las barreras percibidas por los profesionales de la salud para realizar actividades preventivas aluden a la poca formación, la falta de tiempo percibida, el no considerarlo su área de responsabilidad o la falta de motivación del profesional o del paciente^{8,10,24,25}. La falta de formación puede ser el motivo que, en mayor medida, explicaría la falta de consejo en determinados profesionales sanitarios¹⁰: así, las especialidades con mayor base troncal (MF y ENF) son las que más frecuentemente ofrecen consejo. Los estudiantes de medicina que desean trabajar en un futuro en atención primaria perciben las actividades preventivas como más importantes²⁶, al tiempo que médicos/enfermeros de familia las consideran parte de su trabajo^{8,24}.

Existen otras limitaciones a la oferta de consejo que vienen dadas por el propio estilo de vida de los residentes, como el consumo de alcohol, tabaco y drogas^{8,27}. Los profesionales sanitarios presentan un consumo similar a la población general²⁷, pero los EIR presentan un consumo más frecuente y regular de alcohol, tabaco y marihuana^{28,29}. El consejo

contra cualquier tipo de droga es más frecuente cuanto más tarde se ha probado el alcohol^{9,17,26}; la relación entre la precocidad del consumo de alcohol y la menor tendencia a ofertar consejo contra cualquier droga⁸ se entiende por el carácter deseable de dicho consumo en nuestra sociedad, ya que se bebe por placer y es una actividad que define las relaciones grupales entre adultos²³. Incluso la cantidad de vino consumida de forma semanal influye en el consejo contra el tabaquismo, siendo esta bebida la más representativa de un consumo social¹.

El tabaquismo se relaciona con mayor consejo antitabaco^{9,17,26}, al igual que ocurre entre los estudiantes de medicina²⁶. Sin embargo, enfermeros y médicos de familia fumadores calificaron peor su capacidad y eficacia para ayudar a los pacientes a abandonar el tabaquismo, con menor predisposición para formarse^{17,24,30}. En otros estudios los EIR fumadores también aconsejan menos contra otras drogas ilegales, motivado por una menor formación, el temor a invadir la privacidad del paciente al preguntar sobre un hábito socialmente inaceptable y la relación entre tabaco y cannabis en los primeros consumos experimentales^{9,23}.

La validez externa de los resultados podría estar comprometida por los sesgos de respuesta (se desconocen características de los EIR no respondedores y hay grupos de especialidades con baja respuesta, como ENF) y de deseabilidad social (infradiagnosticando el consumo personal, sobreestimando la oferta de consejo). Los datos obtenidos, no obstante, concuerdan con otros estudios^{20,22}, con representación de todas las especialidades y provincias y un elevado tamaño muestral. No obstante, estos resultados deberán confirmarse con estudios posteriores empleando otros diseños: videograbación de consultas¹¹, auditorías clínicas, cuestionarios más complejos a médicos/pacientes y variables como la percepción del profesional sobre la

eficacia del consejo^{2,8,9} o la percepción del riesgo del consumidor^{5,13}.

La formación especializada es una excepcional ocasión para aprender estrategias contra el consumo^{5,22}, sobre todo cuando los pacientes esperan que los profesionales sanitarios lo realicen durante el acto clínico³¹. No solo se trata de mejorar conocimientos y habilidades, sino de adquirir actitudes personales positivas que faciliten cambios de comportamiento^{2,4,5,32}.

Lo conocido sobre el tema

1. El asesoramiento contra el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales es eficiente cuando lo emite un profesional sanitario y es una actividad aceptada por los pacientes.
2. Pese a la eficacia del asesoramiento para el abandono del consumo de tabaco, alcohol y drogas, la oferta de consejo durante la actividad clínica difiere entre profesionales sanitarios, siendo más frecuente en atención primaria.
3. El tipo de formación especializada recibida, el sexo o el consumo personal parecen influir en la oferta de consejo contra el uso de drogas.

Qué aporta este estudio

1. El asesoramiento contra tabaco y alcohol es superior al de drogas ilegales en los actos clínicos de los especialistas en formación.
2. Los EIR de especialidades troncales (MF y ENF) incorporan con mayor frecuencia actividades preventivas contra el consumo de estos tóxicos frente a las otras especialidades.
3. Algunas particularidades del consumo personal del EIR, como la edad de inicio del consumo de alcohol, el tipo de bebida preferida y el tabaquismo, parecen influir en el asesoramiento contra el consumo.

Financiación

El presente trabajo ha recibido una beca de investigación de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria («Isabel Fernández») en su convocatoria del año 2013 (referencia 109/13).

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos/as los EIR que han participado de forma desinteresada en el estudio. Al personal de IAVANTE encargado de PORTALEIR por su ayuda en la difusión de las encuestas.

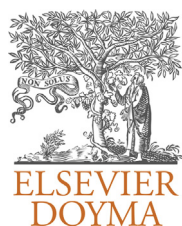
Anexo. Información suplementaria

Información suplementaria relacionada con este artículo puede encontrarse en su versión electrónica, disponible en: [doi:10.1016/j.aprim.2014.11.009](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.11.009)

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud 2009 (EES09). España. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p420&file=inebase&L=0>. Citado [1/11/14].
2. Kloppe P, Brotons C, Anton JJ, Ciuranad R, Iglesias M, Piñeiro R, Fornasini M. por el EUROPREV Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. *Aten Primaria*. 2005;36:144–51.
3. Córdoba R, Camarells F, Muñoz E, Gómez J, Díaz D, Ramírez JI, López A, Cabezas C. PAPPS 2014 Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*. 2014;46 Supl 4:16–23.
4. Salleras L, Bertrán JM, Prat A. Los métodos de la medicina clínica preventiva (II) Consejo médico (counseling). *Med Clin (Barc)*. 1994;102 Supl 1:19–25.
5. Alba LH, Murillo R, Castillo JS. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. *Salud Pública Méx*. 2013;55:196–206.
6. Saitz R, Palfai TP, Cheng DM, Alford DP, Bernstein JA, Lloyd-Travaglini CA, et al. Screening and brief intervention for drug use in primary care: the ASPIRE randomized clinical trial. *JAMA*. 2014;312:502–13.
7. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
8. Cerrada EC, Olmeda CL, Senande EB, Rodríguez BG, Sanz Cuesta T. Opiniones, prácticas, barreras y predisposición al cambio, a la hora de dar consejo para dejar de fumar. *Aten Primaria*. 2005;36:434–41.
9. Tremblay M, Gervais A, Lacroix C, O'Loughlin J, Makni H, Paradis G. Physicians Taking Action Against Smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counselling by Montreal general practitioners. *CMAJ*. 2001;165:601–7.
10. Ballbè M, Walther M, Mondon S, Nieva G, Gual A, Saltó E, Colom J. Impacto de la formación en intervención breve Diferencias en el abordaje hospitalario del consumo de tabaco y alcohol. *Adicciones*. 2009;21:113–8.
11. Paniagua Urbano D, Pérula de Torres LA, Ruiz del Moral R, Gavilán Moral E. Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las consultas de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2010;42:514–9.
12. Valverde-Bolívar FJ, Pérez-Milena A, Moreno-Corredor A. Consumo de drogas entre los especialistas internos residentes de Jaén (España) y su relación con el consejo clínico. *Adicciones*. 2013;25:243–52.
13. Weinehall L, Johansson H, Sorensen J, Jerdén L, May J, Jenkins P. Counseling on lifestyle habits in the United States and Sweden: A report comparing primary care health professionals' perspectives on lifestyle counseling in terms of scope, importance and competence. *BMC Fam Pract*. 2014;15:83.
14. Frank E, Elon L, Spencer E. Personal and clinical tobacco-related practices and attitudes of U.S. medical students. *Prev Med*. 2009;49:233–9.
15. Becona Iglesias E, Lorenzo Pontevedra MC. Evaluación de la conducta de fumar. *Adicciones*. 2004;16:201–26.

16. Wallace AE, Sairafi NA, Weeks WB. Tobacco cessation counseling across the ages. *JAGS*. 2006;54:1425–8.
17. De Col P, Baron C, Guillaumin C, Bouquet E, Fanello S. Le tabagisme des médecins généralistes a-t-il une influence sur l'abord du tabac en consultation en 2008 ? Enquête auprès de 332 médecins généralistes du Maine-et-Loire [artículo en francés]. *Rev Mal Respir*. 2010;27:431–40.
18. Talley B, Mary Gee R, Allen D, Marshall ES, Encinas K, Lim S. Assessment of smokeless tobacco use in the history and physical examination by primary healthcare providers. *JAANP*. 2011;23:443–7.
19. Tong EK, Strouse R, Hall J, Kovac M, Schroeder SA. National survey of U.S. health professionals' smoking prevalence, cessation practices, and beliefs. *Nicotine Tob Res*. 2010;12:724–33.
20. Gottlieb NH, Guo JL, Blozis SA, Huang PP. Individual and contextual factors related to family practice residents' assessment and counseling for tobacco cessation. *J Am Board Fam Pract*. 2001;14:343–51.
21. Seale JP, Shellenberger S, Boltri JM, Okosun IS, Barton B. Effects of screening and brief intervention training on resident and faculty alcohol intervention behaviours: A pre- post-intervention assessment. *BMC Fam Pract*. 2005;6:46.
22. Kahan M, Wilson L, Liu E, Borsoi D, Brewster JM, Sobell LC, et al. Family medicine residents' beliefs, attitudes and performance with problem drinkers: A survey and simulated patient study. *Subst Abus*. 2004;25:43–51.
23. Fernández de Bobadilla J, Dalmau R, Galve E. en representación del grupo «Legislación del tabaco y síndrome coronario agudo en España». Impacto de la legislación que prohíbe fumar en lugares públicos en la reducción de la incidencia de síndrome coronario agudo en España. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:349–52.
24. Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Do nurses' and general practitioners' attitudes, skills and knowledge change? *Drug Alcohol Rev*. 2005;24:555–8.
25. Twardella D, Brenner H. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: A survey among general practitioners in Germany. *Eur J Public Health*. 2005;15:140–5.
26. Voigt K, Twork S, Mittag D, Göbel A, Voigt R, Klewer J, et al. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC Health Serv Res*. 2009;9:219.
27. Hull SK, DiLalla LF, Dorsey JK. Prevalence of health-related behaviors among physicians and medical trainees. *Acad Psychiatry*. 2008;32:31–8.
28. La Torre G, Kirch W, Bes-Rastrollo M, Ramos RM, Czaplinski M, Gualano MR, et al. Tobacco use among medical students in Europe: Results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey. *Public Health*. 2012;126:159–64.
29. Blancafort X, Masachs E, Valero S, Arteman A. Estudio sobre la salud de los residentes de Cataluña. Barcelona: Fundación Galatea; 2009 [consultado 1 Nov 2014]. Disponible en: www.fgalatea.org/pdf/estudi_mir_cast.pdf
30. Slater P, McElwee G, Fleming P, McKenna H. Nurses' smoking behaviour related to cessation practice. *Nurs Times*. 2006;102:32–7.
31. Ulbricht S, Klein G, Haug S, Gross B, Rumpf H-J, John U, et al. Smokers' expectations toward the engagement of their general practitioner in discussing lifestyle behaviors. *J Health Commun*. 2011;16:135–47.
32. Scal P, Hennrikus D, Ehrlich L, Ireland M, Borowsky I. Preparing residents to counsel about smoking. *Clin Pediatr (Phila)*. 2004;43:703–8.



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ORIGINAL

Características del consumo de tabaco, dependencia y motivación para el cambio de los especialistas internos residentes de Andalucía (España)[☆]

M.V. Juárez-Jiménez^a, F.J. Valverde-Bolívar^b, A. Pérez-Milena^{c,*}
y A. Moreno-Corredor^d

^a Médica de Familia, Centro de Salud El Valle, Servicio Andaluz de Salud, España

^b Médico de Familia, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Distrito Sanitario de Jaén, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, España

^c Doctor en Medicina, Médico de Familia, Centro de Salud El Valle, Servicio Andaluz de Salud, España

^d Médico de Familia, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Distrito Sanitario de Jaén, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, España

Recibido el 7 de febrero de 2014; aceptado el 9 de julio de 2014

PALABRAS CLAVE

Internado y
residencia;
Internado no médico;
Tabaquismo;
Dependencia a la
nicotina;
Motivación

Resumen

Objetivo: Existen pocos trabajos sobre el consumo de tabaco entre los especialistas en formación en ciencias de la salud (residentes), por lo que se desea conocer la prevalencia del tabaquismo, la dependencia nicotínica y la motivación para el cambio, así como su relación con otras variables personales, laborales y de consumo de otras drogas.

Material y métodos: Estudio multicéntrico transversal mediante cuestionario en el año 2012. Participan los residentes de todos los centros sanitarios docentes de Andalucía (España) mediante un cuestionario enviado por correo electrónico, recogiendo la edad, el sexo, la especialidad, el país de origen, el consumo cualitativo-cuantitativo de tabaco, la edad de inicio/abandono, el test de Fagerström y el estadio de cambio (Proschaka).

Resultados: Dos mil seiscientos sesenta y siete residentes (63% del total). Edad media 29,1 años ($\pm 5,2$), 69% mujeres, 89% españoles, 86% médicos. El 17% fuman (patrón diario: 47%, intermitente: 41%, asociado al ocio: 3%), inicio con 17,4 años ($\pm 3,5$) y media de 7,5 cigarrillos/día ($\pm 7,1$), superior en especialidades médicas ($p=0,067$ ANOVA) y en hombres ($p=0,074$ «t» de

[☆] El presente trabajo ha recibido una beca de investigación de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria («Isabel Fernández») en su convocatoria del año 2013, y ha sido presentado de forma parcial como comunicación tipo póster al XX Congreso de la WONCA, celebrado en Praga del 25 al 29 de junio de 2013.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandro.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es (A. Pérez-Milena).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.07.002>

1138-3593/© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Juárez-Jiménez MV, et al. Características del consumo de tabaco, dependencia y motivación para el cambio de los especialistas internos residentes de Andalucía (España). Semergen. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.07.002>

KEYWORDS

Internship and
residency;
Internship
non-medical;
Smoking;
Tobacco use disorder;
Motivation

Student). El 82% con baja dependencia nicotínica, siendo mayor en especialidades médicas hospitalarias ($p = 0,078$, Chi cuadrado). El 7% son exfumadores y el 48% quieren dejar de fumar (contemplación 38%, preparación 10%). Mediante análisis multivariante se aprecia una relación entre el tabaquismo y el consumo de alcohol (OR: 2,84) y drogas ilegales (OR: 3,57), sin diferencias por edad ni país.

Conclusiones: El consumo de tabaco es inferior a la población general, con una baja dependencia y buena predisposición para el cambio, por lo que sería aconsejable realizar actividades preventivas en los residentes para conseguir el cese del consumo de tabaco.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Characteristics of smoking, nicotine dependence and motivation for change in specialists training in health sciences (residents) in Andalusia (Spain)

Abstract

Objective: As there are few studies on the smoking habits of specialists training in health sciences (residents), it is of interest to determine the prevalence of smoking, nicotine dependence and motivation for change, and their relationship with other variables (personal, work and consumption of other drugs).

Material and methods: A multicentre, cross-sectional study using a questionnaire was conducted in 2012. All the residents who were studying in Teaching Health Centres in Andalusia (Spain) completed a questionnaire, which was sent by e-mail, collecting: age, sex, specialty, country of origin, qualitative-quantitative consumption of tobacco, age of onset/cessation, Fagerström test and stage of change (Proschaka).

Results: A total of 2667 residents (63% of total) completed the questionnaire. The mean age was 29.1 years (± 5.2), 69% female, 89% Spanish, and 86% physicians. Of the 17% who smoked (daily pattern-47%, intermittently-41%, related to leisure-3%), starting at 17.4 years (± 3.5) and mean of 7.5 cigarettes per day (± 7.1), higher medical specialties ($P = .067$ ANOVA), and in men ($P = .074$, Student- t). More than three-quarters (82%) had a low nicotine dependence, being higher in hospital medical specialties ($P = .078 \chi^2$). Of the total, 7% were former smokers, and 48% wanted to quit smoking (contemplation 38%, preparation 10%). In the multivariate analysis there was a link between smoking and alcohol consumption (OR 2.84) and illegal drugs (OR 3.57). There were no differences by age or country.

Conclusions: The consumption of tobacco in residents is less than the general population, with a low dependence and better willingness to change. The period of specialised training is a good time to offer tobacco interventions.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El tabaquismo es un trastorno adictivo crónico y la primera causa de muerte prevenible, de años de vida perdidos de forma prematura y de años vividos con discapacidad en los países desarrollados¹. Es consecuencia de un proceso en el cual intervienen factores conductuales y sociales, antes incluso del primer consumo, en general durante la adolescencia y con unas motivaciones que parecen girar en unos ejes fundamentales: determinantes personales y sociales, accesibilidad para la compra de tabaco y dependencia/adicción². El tabaquismo puede prolongarse durante años, pese a que más del 70% de los fumadores presentan una baja dependencia nicotínica y casi el 60% han intentado dejar de fumar en alguna ocasión³.

España es uno de los países con mayores prevalencias de consumo en Europa⁴, con porcentaje de fumadores diarios del 24% en la población mayor de 14 años, casi un 20% de exfumadores y un 3% de consumo ocasional⁵. En Andalucía el tabaquismo también es uno de los principales problemas de salud pública y su consumo diario se ha asociado al fenómeno del policonsumo⁶ de varias drogas diferentes. La inmensa mayoría de la población fumadora se encuentra en estadios precontemplativos respecto al abandono del consumo⁷.

El personal sanitario es uno de los grupos sociales que mayor poder de influencia tiene sobre la población en cuanto a la cesación del hábito de fumar, tanto por la información que transmiten a sus pacientes sobre el riesgo de fumar como por sus actitudes personales^{8,9}. En España el

número de fumadores entre el colectivo sanitario es elevado, con unos porcentajes de consumo de tabaco que se sitúan entre el 31 y el 46%⁹⁻¹¹, aunque parece existir un descenso en los últimos años¹². El presente estudio tiene como objetivo cuantificar el consumo de tabaco entre los especialistas en formación en ciencias de la salud (residentes) de la comunidad autónoma de Andalucía, valorando tanto el consumo cuantitativo como cualitativo, el grado de dependencia nicotínica y la motivación para el cese del tabaquismo.

Material y métodos

Se diseña un estudio multicéntrico descriptivo transversal mediante encuesta autoadministrada. La población de estudio está compuesta por todos los especialistas en formación en ciencias de la salud (o residente, según Real Decreto 183/2008) que cursan sus estudios de posgrado en Andalucía durante el año 2012, en total 4.245 profesionales. Se calcula un tamaño muestral mínimo de 1.800 encuestas (considerando una prevalencia del tabaquismo del 40%, una precisión del 50% y un nivel de confianza del 95%). Los criterios de inclusión son: estar en situación activa en el momento de la encuesta y estar dado de alta en PORTALEIR, la página Web para el seguimiento y formación de los residentes en Andalucía (www.portaleir.es). Se excluyen aquellos profesionales que no desearon participar y/o con cuestionarios no cumplimentados totalmente.

La encuesta ha sido previamente validada por los autores para población española¹³ y se presenta en el anexo 1. Recoge datos demográficos (edad, sexo, país de origen) y la especialidad cursada, agrupada en 4 grandes bloques según la afinidad del programa formativo de las mismas ([fig. 1](#)); datos de consumo, dependencia y motivación para el abandono del hábito tabáquico: la edad de inicio, la cantidad de tabaco fumado (expresado en cigarrillos al día) y el patrón de consumo definido como consumo intermitente (de prueba u ocasional), asociado al ocio y diario¹³. La dependencia nicotínica se cuantifica mediante el test de Fagerström¹⁴, considerándose dependencia alta un resultado ≥ 7 puntos, y dependencia baja si el valor era ≤ 3 puntos. Se valora el estadio del ciclo de cambio de Proschaka: precontemplación (no desea dejar de fumar), contemplación (se plantea el cambio en los próximos 6 meses) y preparación (desea el cese del tabaquismo en los próximos 30 días)¹⁴. También se indaga sobre la condición de exfumador (fase de mantenimiento), el número de intentos y la edad del cese del tabaquismo, el consumo de alcohol (medido en unidades de bebida estándar por semana) y otras drogas ilegales (patrón de consumo y tipo).

El cuestionario se difunde a través de un correo electrónico personal a cada residente como una invitación para participar, al tiempo que se explica el propósito del estudio y se asegura el carácter privado de sus respuestas, con una explotación de forma global. En ese mismo correo disponen de un enlace directo que les dirige al cuestionario, emplazado en una página Web personalizada (dentro del dominio www.e-encuesta.com). Para minimizar las pérdidas se reenvía la encuesta hasta en 3 ocasiones, con una periodicidad quincenal.

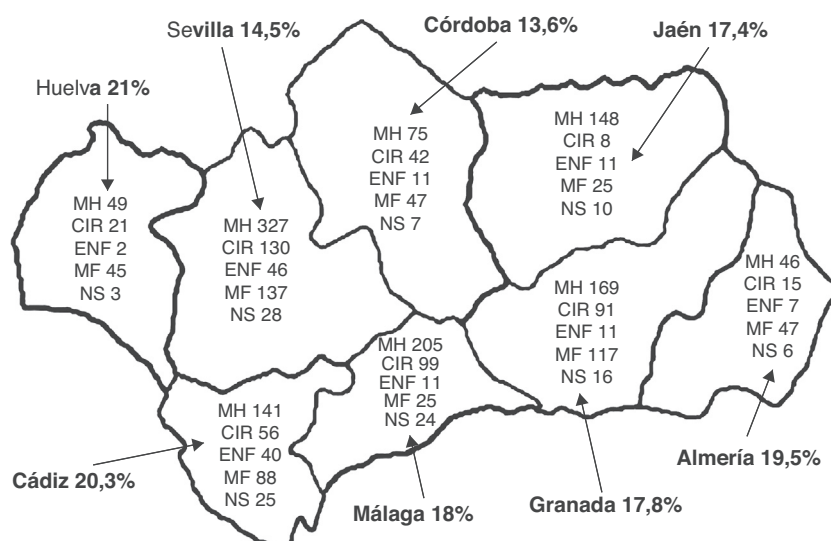
El análisis estadístico se realiza con el software R Commander, comprobando la normalidad de los datos y realizando un análisis descriptivo de los mismos, expresando frecuencias (absolutas y porcentaje) para las variables cualitativas, y medias con su desviación típica para las cuantitativas. En el análisis bivalente se fija la significación estadística en $p < 0,05$, empleándose la prueba de Chi cuadrado para variables cualitativas, y la «t» de Student (o ANOVA) para la comparación de medias. Finalmente, se realiza un análisis multivariante mediante regresión logística binaria por pasos hacia atrás con criterio razón de verosimilitud (RV), entendiendo como variable dependiente el consumo de tabaco (variable dicotómica sí/no) y como variables independientes las características sociodemográficas y de la especialidad cursada, así como el consumo de alcohol y otras drogas.

El proyecto de investigación está aprobado por la comisión de ética e investigación sanitaria del hospital de referencia (según normativa del RD 223/04). El tratamiento de los datos de carácter personal de los sujetos que participaron en el estudio se ajusta a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, 15/1999 de 13 de diciembre, informando al participante de sus derechos ARCO. Con los datos obtenidos se crean 2 bases de datos para el análisis estadístico, una con la identificación personal de los residentes, solo accesible a 2 investigadores, y otra con el resto de variables codificadas por claves para proteger la confidencialidad.

Resultados

Se obtienen un total de 2.667 encuestas sobre 4.245 residentes encuestados (62,8% total). En la [figura 1](#) se indica la distribución de los mismos por ciudad y especialidad. Los datos por especialidad cursada se presentan en la [tabla 1](#) (46% especialidades médicas hospitalarias, 25% medicina familiar, 18% especialidades quirúrgicas hospitalarias, 6% enfermería y 5% otras especialidades no sanitarias). El 89% son de nacionalidad española, un 7% proceden de África, un 2% de Latinoamérica y el 2% del resto de países europeos. El 69% son mujeres, siendo más frecuente en las especialidades de enfermería y no sanitarias ($p < 0,001$ Chi cuadrado). La media de edad es de 29,1 años ($\pm 5,1$) con un rango de edad entre 21 y 66 años. El 82% de los residentes han consumido alcohol, con una ingesta media de $5,4 \pm 5,7$ unidades de bebida estándar (UBE) por semana, mientras que un porcentaje inferior al 5% reconoce haber consumido alguna droga ilegal ([tabla 1](#)).

Los datos relacionados con el consumo de tabaco en cada uno de los grupos de especialidades y según el sexo se muestran en las [figuras 2 y 3](#). Un 19% de los residentes han consumido tabaco (intervalo de confianza al 95% [15,6%; 22,4%]), con una desigual distribución por provincias ([figura 1](#), $p = 0,031$ Chi cuadrado). La prevalencia de consumo de tabaco es superior en hombres frente a mujeres ([tabla 2](#)) ($p = 0,046$ Chi cuadrado). Los patrones de consumo más frecuentes son el intermitente (41%) y el diario (47%), con una baja prevalencia de uso exclusivo asociado al ocio (3%), sin diferencias según la especialidad cursada ni el sexo ([tablas 1 y 2](#)). La media de la edad de



Diferencias significativas con $p = 0,031$ test χ^2 .

MH: residentes de medicina hospitalaria

(análisis clínicos, anestesiología, digestivo, endocrinología, hematología, medicina del trabajo, UCI, medicina interna, pediatría, psiquiatría, radiodiagnóstico);

CIR: residentes de cirugía hospitalaria (traumatología, cirugía general, ginecología, oftalmología, ORL);

ENF: residentes de enfermería (enfermería familiar, enfermería del trabajo, matronas);

MF: residentes de medicina familiar;

NS: residentes no sanitarios (farmacia hospitalaria, psicología)

Figura 1 Prevalencia del consumo de tabaco en cada provincia y número total de encuestados según especialidad cursada.

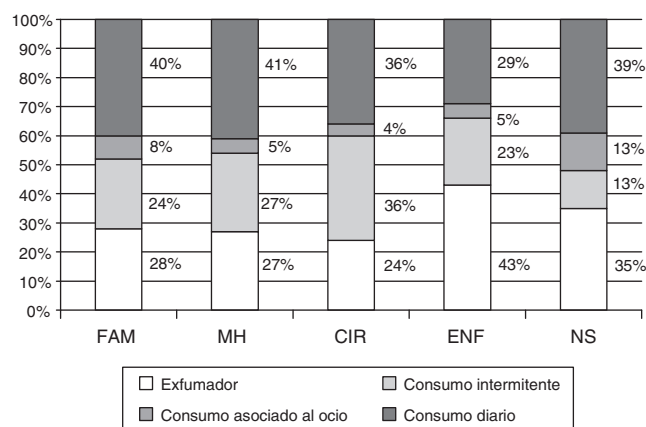
CIR: residentes de cirugía hospitalaria (traumatología, cirugía general, ginecología, oftalmología, ORL); ENF: residentes de enfermería (enfermería familiar, enfermería del trabajo, matronas); FAM: residentes de medicina familiar; MH: residentes de medicina hospitalaria (análisis clínicos, anestesiología, digestivo, endocrinología, hematología, medicina del trabajo, UCI, medicina interna, pediatría, psiquiatría, radiodiagnóstico); NS: residentes no sanitarios (farmacia hospitalaria, psicología).

Diferencias significativas con $p = 0,031$, test Chi cuadrado.

inicio del tabaquismo es de 17,4 años ($\pm 3,5$) con un consumo cuantitativo de 7,5 cigarrillos diarios ($\pm 7,1$), superior entre las especialidades de medicina familiar y médicas hospitalarias (tabla 1, $p = 0,067$ test ANOVA) y cuando el consumo es diario (11,1 $\pm 6,9$) frente al intermitente (1,7 $\pm 1,1$; $p < 0,001$ ANOVA). Los hombres fuman 2,6 cigarrillos al día ($\pm 0,8$) más que las mujeres (tabla 2) ($p = 0,074$ «t» de Student).

La dependencia a la nicotina, valorada mediante el test de Fagerström, es baja en el 82% de los fumadores y alta solo en un 1%. Hay diferencias significativas entre especialidades, estando presente una alta dependencia nicotínica solo en las especialidades médicas hospitalarias (tabla 1) ($p = 0,078$ Chi cuadrado). No se encuentran diferencias por sexo (tabla 2).

El 51% del total de fumadores ha realizado al menos un intento para dejar de fumar, con una media de 5,2 intentos ($\pm 3,8$). Los fumadores de las especialidades médicas hospitalarias y no sanitarias han realizado más intentos de media que el resto para dejar de fumar, mientras que los internos de medicina familiar son los que menos intentos han hecho ($p < 0,001$ Chi cuadrado) (tabla 1). Sin embargo, no existen diferencias para las fases del ciclo de Proschaka entre las diferentes especialidades (tabla 1) ni para el sexo (tabla 2): el 52% de los fumadores se encuentra en la fase



MH: residentes de medicina hospitalaria;

CIR: residentes de cirugía hospitalaria;

ENF: residentes de enfermería;

FAM: residentes de medicina familiar;

NS: residentes no sanitarios.

Figura 2 Patrones de consumo de los especialistas internos residentes respecto al tabaquismo.

CIR: residentes de cirugía hospitalaria; ENF: residentes de enfermería; FAM: residentes de medicina familiar; MH: residentes de medicina hospitalaria; NS: residentes no sanitarios.

Tabla 1 Principales resultados obtenidos sobre el consumo de tabaco, la dependencia a la nicotina y la motivación para el cambio según la especialidad cursada

	Medicina familiar	Médicas hospital	Quirúrgicas hospital	Enfermería	No sanitarios
<i>Tamaño de muestra</i>	668	1227	480	160	132
<i>Sexo: mujer*</i>	74%	66%	58%	87%	82%
<i>Edad (años)</i>	29,9 ± 5,7	29,4 ± 5,3	28,0 ± 3,3	27,4 ± 5,6	28,7 ± 4,1
<i>Consumo de tabaco</i>	18%	16%	19%	15%	14%
Edad de inicio del tabaquismo	17,9 ± 3,5	17,6 ± 3,6	17,0 ± 3,3	16,7 ± 2,2	16,9 ± 2,3
Consumo cuantitativo (cigarrillos/día)**	8,3 ± 8,1	8,2 ± 7,2	5,6 ± 5,9	5,6 ± 3,1	7,5 ± 7,40
<i>Test de Fagerstrom***</i>					
Dependencia baja	87,7%	74,6%	85,1%	91,3%	87,5%
Dependencia moderada	12,3%	23,1%	14,9%	8,7%	12,5%
Dependencia alta	0%	2,3%	0%	0%	0%
<i>Motivación para el cambio</i>					
Intentos para el cese del tabaquismo	48%	52%	54%	62%	38%
N.º de intentos****	2,2 ± 2,7	6,3 ± 3,5	3,8 ± 4,1	4,4 ± 3,6	6,5 ± 3,2
<i>Estadio de cambio de Proschaka</i>					
Precontemplación	53%	51%	55%	48%	56%
Contemplación	35%	40%	37%	40%	44%
Acción	13%	9%	8%	12%	0%
<i>Edad de cese del tabaquismo</i>	29,1 ± 7,5	27,8 ± 6,1	25,6 ± 4,2	26,0 ± 3,6	28,1 ± 5,1

Las medias se presentan con su correspondiente desviación estándar.

*p < 0,001 test chi cuadrado.

**p = 0,067 test ANOVA.

***p = 0,078 test Chi cuadrado.

****p < 0,001 test ANOVA.

de precontemplación y no desea dejar de fumar, un 38% está en fase de contemplación y el restante 10% se encuadra en la preparación para la acción. Un 7% del total de encuestados son exfumadores (fase de mantenimiento), con una media de edad de cese del consumo de 27,6 años ($\pm 6,0$) (figs. 2 y 3).

Mediante regresión logística multivariante se obtiene un modelo que relaciona el consumo de alcohol y de drogas ilegales con el consumo de tabaco (tabla 3). Se aprecia que el consumo de alcohol incrementa el riesgo en 2,84 odds para el consumo de tabaco, y cada UBE por semana que se consume incrementa de forma significativa el riesgo en 1,07

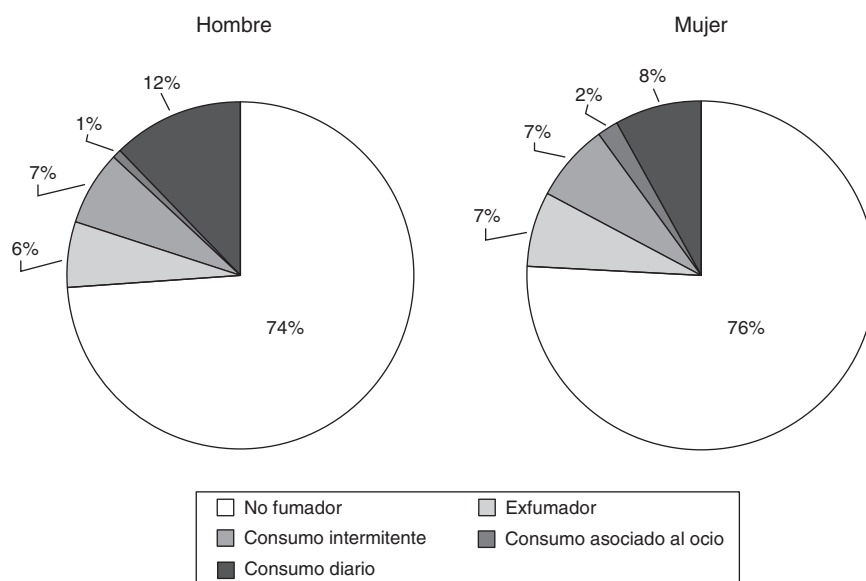
**Figura 3** Diferencias en el patrón de consumo de tabaco según el sexo del especialista interno residente.

Tabla 2 Características del consumo de tabaco según el sexo del especialista interno residente

	Hombre	Mujer
<i>Tamaño de muestra</i>	817 (31%)	1.850 (69%)
<i>Edad (años)</i>	29,9 ± 5,5	28,8 ± 5,1
<i>Consumo de tabaco*</i>	20%	17%
Edad de inicio del tabaquismo	17,7 ± 3,4	17,3 ± 3,4
Consumo cuantitativo (cigarrillos/día)**	9,2 ± 7,7	6,6 ± 6,7
<i>Test de Fagerstrom</i>		
Dependencia baja	76,7%	84,9%
Dependencia moderada	22,0%	14,3%
Dependencia alta	1,3%	0,8%
<i>Motivación para el cambio</i>		
Intentos para el cese del tabaquismo	46,2%	50,2%
Número de intentos de cese del tabaquismo	5,0 ± 3,6	5,3 ± 4,0
<i>Estadio de cambio de Proschaka</i>		
Precontemplación	49%	54%
Contemplación	42%	36%
Acción	9%	10%
Edad de cese del tabaquismo	28,4 ± 6,3	27,2 ± 5,9

Las medias se presentan con su correspondiente desviación estándar.

Diferencias significativas: *p=0,046 test Chi cuadrado; **p=0,074 test «t» de Student.

odds. El consumo de drogas ilegales aumenta el riesgo en 3,57 *odds* para el consumo de tabaco. Tanto la edad como cursar estudios de medicina familiar (frente a medicina hospitalaria) presentan significación estadística, pero aportan unas *odds ratio* cercanas a 1. No se aprecia en ningún modelo

una relación entre el tabaquismo y el sexo, el año de especialidad ni la provincia.

Discusión

Hay pocos estudios realizados sobre el consumo de tabaco de los especialistas internos residentes en formación posgraduada en España¹⁰. El análisis de la encuesta realizada puede aportar un mayor conocimiento sobre el tabaquismo en esta población, habiéndose encontrado una menor prevalencia respecto a la población general^{4,5}. En segundo lugar, se comprueba una asociación con el consumo de alcohol y otras drogas ilegales, con un elevado porcentaje de tabaquismo asociado al ocio (tanto en su patrón intermitente como en el consumo asociado al ocio)⁶. Por último, la dependencia a la nicotina parece ser baja, con una alta motivación para el cambio, por lo que este período de la vida constituye una excelente oportunidad para el cese del tabaquismo^{3,7}.

El consumo de tabaco en los residentes estudiados presenta una prevalencia inferior a la población general de referencia, que se aproxima al 30% de consumo diario^{4,5}, y a la encontrada en otros estudios realizados sobre personal sanitario en formación, cuyo consumo oscila desde la quinta parte hasta la mitad de la población de los encuestados^{10,11,15,16}, aunque similar a estudios más recientes^{12,17}. Se encuentran características similares a otras poblaciones como enfermeros o estudiantes de medicina^{8,9,18,19}, aunque el tabaquismo en los estudiantes de medicina en Cataluña parece ser ligeramente superior²⁰. Estas diferencias en la prevalencia del consumo pueden estar causadas tanto por los cambios sociales ante el consumo y las diferentes políticas sanitarias (se ha constatado un descenso del tabaquismo en la sociedad española tras la aprobación de la ley contra el consumo de tabaco en lugares públicos)²¹ como por las etapas culturales y de concienciación ciudadana en las que cada sociedad se encuentre. Ello provoca una elevada disparidad de cifras de consumo de tabaco entre los médicos adjuntos, con unas prevalencias que oscilan desde un 4% en Estados Unidos hasta un 40% en Bosnia o Turquía, aunque en general se ha constatado

Tabla 3 Modelo explicativo del consumo de tabaco entre los residentes obtenido mediante regresión logística

Variable	Consumo de tabaco				
	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza 95%	Chi cuadrado	Nivel de significación
Constante	-4,019695	-	-	-9,852	<0,0001
Consumo de alcohol	1,042317	2,84	[1,83; 4,58]	4,481	<0,0001
UBE/semana	0,070648	1,07	[1,05; 1,09]	7,104	<0,0001
Consumo de drogas ilegales	1,271552	3,57	[2,39; 5,31]	6,261	<0,0001
Edad	0,032992	1,03	[1,01; 1,05]	3,090	0,0020
Especialidad (CIR)	0,093875	1,10	[0,81; 1,48]	0,607	0,5435
Especialidad (ENF)	0,178583	1,20	[0,72; 1,91]	0,716	0,4741
Especialidad (FAM)	0,258310	1,29	[0,98; 1,69]	1,862	0,0625
Especialidad (NS)	-0,089102	0,91	[0,51; 1,56]	-0,310	0,7565

CIR: residentes de cirugía hospitalaria (traumatología, cirugía general, ginecología, oftalmología, ORL); ENF: residentes de enfermería (enfermería familiar, enfermería del trabajo, matronas) FAM: residentes de medicina familiar; NS: residentes no sanitarios (farmacia hospitalaria, psicología); UBE: unidades estándar de bebida.

una disminución constante de las tasas de tabaquismo en médicos durante los últimos años²².

La distribución del consumo por sexo es similar a la población española de menos de 35 años^{5,13,18} y similar a otros colectivos médicos⁸. Es destacable el mayor consumo cuantitativo en hombres frente a mujeres, al igual que ocurre en otros estudios sobre médicos²³. El consumo según la especialidad cursada es diferente de la encontrada en otros estudios, donde el personal médico fuma menos que enfermería y odontología²². Los cambios encontrados en este estudio pueden atribuirse al sexo, ya que la mayoría de residentes de enfermería son mujeres, quienes presentan en general un menor consumo¹⁹. La edad de inicio del tabaquismo se sitúa entre el final de la educación secundaria obligatoria y el inicio de los estudios universitarios^{10,15,23}, de forma similar a la población española⁵. Otros estudios muestran cómo la gran mayoría de los residentes fumadores comenzaron a fumar antes del inicio de su periodo de residencia, mientras que los que inician el tabaquismo durante la formación posgrado solo supone un 10% del total¹⁰. Si siguen la tendencia de la población general⁵, los residentes han adquirido un hábito que pueden mantener durante toda su vida.

El consumo diario de tabaco es un 10% superior al de la población general⁵, al de los estudiantes universitarios²⁰ y al de la población adolescente¹³. Llamamos la atención los patrones de consumo intermitente y asociado al ocio, superiores al 40% de los fumadores, que puede estar asociado a consumo recreativo nocturno y no solo durante el fin de semana¹⁰. De hecho, en el análisis multivariante las únicas variables asociadas al tabaquismo son el consumo de alcohol y de drogas ilegales, que incrementa por 3 el riesgo de fumar. Parece ser, pues, que los residentes adoptan con los hábitos propios de la etapa adolescente³ y universitaria un consumo concentrado en los momentos de ocio y asociado al policonsumo^{10,13}. Este consumo de tabaco se ha asociado, en algunos estudios, a unos peores hábitos de vida entre los residentes, asociados a mayor riesgo cardiovascular frente a los estudiantes de pregrado¹⁷.

La dependencia a la nicotina es baja en general, similar a la población general^{3,7}. Aunque existen diferencias estadísticas entre los diferentes grupos de especialidades, parece que el sexo actúa como una variable de confusión, dado que la mayoría de los residentes con dependencia alta a la nicotina son hombres³.

Un alto porcentaje de los residentes se encuentran motivados para dejar de fumar: desde casi la mitad, como muestran las encuestas de este trabajo, hasta las tres cuartas partes de los fumadores^{3,10} indican grados diferentes de motivación para la abstinencia del consumo. Estos porcentajes son superiores a los que ofrecen la población universitaria (un 30%)²⁰, mientras que en la población general de más de 40 años la mayoría de los fumadores ha intentado dejar de fumar al menos en una ocasión, sobre todo motivados por alcanzar un mejor estado de salud²⁴. En cuanto al porcentaje de exfumadores, la prevalencia encontrada es algo menor que en otros estudios (hasta un 14% en una encuesta realizada en Cataluña)¹⁰, lo que puede ser debido a la menor prevalencia de tabaquismo encontrada en la población de residentes de Andalucía.

Los resultados obtenidos pueden estar influenciados por un sesgo de memoria; también es posible que la prevalencia del tabaquismo esté infraestimada debido a un sesgo de deseabilidad social (que se intenta evitar al asegurar el anonimato y mediante el uso un cuestionario validado) y a las pérdidas previas al estudio (aquellos residentes que no responden al cuestionario). Sin embargo, el porcentaje de respuestas obtenidas puede considerarse satisfactorio y superior a otros estudios similares^{10,24}. El formato del cuestionario deja fuera aspectos como la motivación o la percepción de riesgo que puede asociarse con el tipo de consumo^{18,19}, pero está ajustado a los objetivos marcados al principio de la investigación.

La población general opina que los profesionales de la salud son modelos a seguir para sus pacientes^{8,9}. Parece existir una vinculación entre el tabaquismo, los hábitos de vida de los médicos de atención primaria¹⁷ y las actividades preventivas que realizan^{12,25}. Así, el tabaquismo en el colectivo de residentes debe entenderse como un serio reto para su futuro laboral. Al igual que en los adolescentes²⁶, hay una magnífica oportunidad para el cese del tabaquismo en esta etapa formativa, ya que hasta las tres cuartas partes de los fumadores están pensando dejar de fumar. Por tanto, deberían implementarse intervenciones para reforzar actitudes saludables durante la etapa de la residencia, potenciando elementos motivadores para la abstinencia tabáquica de forma paralela al incremento de conocimientos y habilidades propio de la formación de posgrado de los especialistas internos residentes²⁵.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los residentes participantes en el trabajo, a M^ª del Carmen Rosa Garrido (Fundación de Investigación Biosanitaria Alejandro Otero) por su ayuda en el análisis de datos, y a Teresa Martínez Cañavate (IAVANTE) por su apoyo logístico.

Anexo 1. Cuestionario empleado para la valoración del consumo de drogas entre los especialistas en formación en ciencias de la salud

Datos personales		
Edad	Sexo 0 hombre 0 mujer	País de origen
Especialidad en curso		
Año de residencia	Provincia donde trabajas	
Tabaco		
Consumo de tabaco 0 Sí 0 No	Tipo de consumo	
0 Exfumador (edad del cese:----)	0 Intermitente	
Edad de inicio	0 Fin de semana (asociado al ocio)	
N.º de cigarrillos al día consumidos	0 Diario	
¿Cuanto tiempo transcurre desde que te levantas hasta el primer cigarrillo?	5 min o menos	
	De 6 a 30 min	
	De 31 a 60 min	
	Más de 60 min	
¿Encuentras dificultad para abstenerse de fumar en lugares donde esta prohibido (cines, hospitales)?	Sí	
	No	
¿Qué cigarrillo te costaría más abandonar?	El primero de la mañana	
	Otros	
¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	Menos de 11	
	Entre 11 y 20	
	Entre 21 y 30	
	Más de 30	
¿Fumas más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?	Sí	
	No	
¿Has intentado dejar de fumar en alguna ocasión?	Sí (n.º de veces)----	
	No	
¿Estás pensando en dejar de fumar?	No	
	Sí, en los próximos 6 meses	
	Sí, en las próximas 2 semanas	
	Otro (por favor, especifica)	
Alcohol		
Consumo de alcohol 0 Sí 0 No	Tipo de consumo	
N.º de cervezas por semana:	0 Intermitente	
N.º de copas de vino por semana:	0 Fin de semana (asociado al ocio)	
N.º de copas de licor o combinados por semana:	0 Diario	

Drogas ilegales

Consumo de drogas 0 Sí 0 No	Tipo de consumo
Tipo de drogas consumidas:	0 Intermitente
	0 Fin de semana (asociado al ocio)
	0 Diario

Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). State-specific smoking-attributable mortality and years of potential life lost—United States, 2000–2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2009;58:29–33.
- Pérez-Milena A, Martínez Fernández ML, Redondo Olmedilla M, Álvarez Nieto C, Jiménez Pulido I, Mesa Gallardo MI. Motivaciones para el consumo de tabaco entre adolescentes de un instituto urbano. *Gaceta Sanitaria.* 2012;26:51–7.
- Rodríguez Ibáñez ML, Pérez Trullén A, Clemente Jiménez ML, Barrio Gamarra JL, Herrero Labarga I, Rubio Gutiérrez A. Dependencia nicotínica, patologías concomitantes y cese del tabaquismo en atención primaria. *Semergen.* 2004;30:105–9.
- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliar sobre alcohol y drogas en España (EADADES 2011). Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales; 2013 [consultado 18 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EADADES2011.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España [consultado 18 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/va/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/NotaTecnica2011-12.pdf>
- Junta de Andalucía. La población andaluza ante las drogas XII 2011. Consejería de Salud y Bienestar Social 2012 [consultado 18 Ene 2014]. Disponible en: www.dipgra.es/documentos/documentos_interes/epidemiologia.2011.pdf
- Fu M, Martínez-Sánchez JM, López MJ, Nebot M, Raich A, Fernández E. Dependencia a la nicotina y preparación para dejar de fumar en la población española. *Adicciones.* 2011;23:103–9.
- Voigt K, Tworck S, Mittag D, Göbel A, Voigt R, Klewer J, et al. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC Health Services Research.* 2009;9:219.
- La Torre G, Kirch W, Bes-Rastrollo M, Ramos RM, Czaplicki M, Gualano MR, et al. Tobacco use among medical students in Europe: Results of a multicentre study using the global health professions student survey. *Public Health.* 2012;126:159–64.
- Blancafort X, Masachs E, Valero S, Arteman A. Estudio sobre la salud de los residentes de Cataluña. Barcelona: Fundación Galatea; 2009. Disponible en: http://www.fgalatea.org/pdf/estudi_mir_cast.pdf.
- Martínez Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E. Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. *Salud mental.* 2004;27:17–27.
- Fonseca M, Fleitas G, Tamborero G, Benejama M, Leiva A. Estilos de vida de los médicos de atención primaria: percepción e implicaciones sobre la prevención cardiovascular. *Semergen.* 2013;39:421–32.
- Pérez-Milena A, Leal Helmling FJ, Jiménez Pulido I, Mesa Gallardo I, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R. Evolución del consumo de sustancias tóxicas en los adolescentes

- de una zona urbana (1997-2004). *Aten Primaria*. 2007;39:299-304.
14. Becoña Iglesias E, Lorenzo Pontevedra MC. Evaluación de la conducta de fumar. *Adicciones*. 2004;16 Supl 2:201-26.
 15. Akvardar Y, Demiral Y, Ergor G, Ergor A. Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:502-6.
 16. Ferrero F, Castaños C, Durán P, Cutri A, Ossorio MF, Ferrero F. Prevalencia del consumo de tabaco en médicos residentes de pediatría en Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;15:395-9.
 17. Rye PL, Reeson ME, Pekrul CM, Asfour NA, Kundapur R, Wilson MP, et al. Comparing health behaviours of internal medicine residents and medical students: An observational study. *Clin Invest Med*. 2012;35:E40-4.
 18. Cauchi D, Mamo J. Smoking health professional student: An attitudinal challenge for health promotion? *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9:2550-61.
 19. O'Donovan G. Smoking prevalence among qualified nurses in the Republic of Ireland and their role in smoking cessation. *Int Nurs Rev*. 2009;56:230-6.
 20. Salamero M, Baranda L, Mitjans A, Baillés E, Càmarà M, Parramon G, et al. La salud del estudiante de medicina: estudio sobre la salud, estilos de vida y condicionantes académicos de los estudiantes de medicina de Cataluña. Barcelona: Fundación Galatea; 2012 [Consultado 18 Ene 2014]. Disponible en: http://www.fgalatea.org/pdf/estudiant_cast.baixa.pdf
 21. Bauzá-Amengual ML, Blasco-González M, Sánchez-Vázquez E, Pereiró-Berenguer I, Ruiz-Varea N, Pericás-Beltrán J. Impacto de la Ley del tabaco en el lugar de trabajo: estudio de seguimiento de una cohorte de trabajadores en España 2005-2007. *Aten Primaria*. 2010;42:309-13.
 22. Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974-2004. *BMC Public Health*. 2007;7:115.
 23. Chattopadhyay S, Saha A, Mondal SK, Kundu SK, Azam M, Sur PK. Patterns of tobacco usage and cessation practice among the doctors of a tertiary hospital in Kolkata. *J Indian Med Assoc*. 2012;110:438.
 24. Hull SK, DiLalla LF, Dorsey JK. Prevalence of health-related behaviors among physicians and medical trainees. *Acad Psychiatry*. 2008;32:31-8.
 25. Oberg EB, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. *J R Coll Physicians Edinb*. 2009;39:290-1, 12.
 26. Pérez-Milena A, Martínez-Fernández ML, Pérez-Milena R, Jiménez-Pulido I, Leal-Helmling FJ, Mesa-Gallardo I. Tabaquismo y adolescentes: ¿buen momento para dejar de fumar? Relación con factores sociofamiliares. *Aten Primaria*. 2006;37:452-6.

Consumo de drogas entre los Especialistas Internos Residentes de Jaén (España) y su relación con el consejo clínico

Drugs consumption among Intern Specialists in Jaén (Spain) and their relationship to clinical counseling

FRANCISCO JAVIER VALVERDE BOLÍVAR*; ALEJANDRO PÉREZ MILENA**; ANDRÉS MORENO CORREDOR*

*Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén. Servicio Andaluz de Salud.

**Centro de Salud El Valle (Jaén). Servicio Andaluz de Salud.

Enviar correspondencia a:
Francisco Javier Valverde Bolívar
Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén.
Complejo Hospitalario de Jaén.
C/ Avenida Ejército Español número 14. CP 23007. Jaén.
Teléfono 953008078
Correo electrónico: franciscoj.valverde.sspa@juntadeandalucia.es

recibido: Septiembre 2012
aceptado: Febrero 2013

Resumen

Hay pocos estudios sobre prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales entre los especialistas internos residentes (EIR) o sobre el empleo que hacen del consejo clínico. Se diseña un estudio multicéntrico transversal mediante cuestionario validado y autoadministrado via correo electrónico, para describir el consumo de los EIR de 17 centros docentes de una provincia andaluza (4 hospitales, 13 centros de salud) y su relación con el consejo. Participan 215 EIR (81% de cuestionarios válidos); edad media 31,2 años($\pm 0,7$), 70% mujeres, 13% extranjeros, sólo 6% enfermería. Un 78% consumen alcohol (edad inicio 16,8 años $\pm 0,3$), 81% de forma ocasional y 17% fin de semana. La ingesta alcohólica semanal es 5,9 UBE($\pm 5,8$), fundamentalmente cerveza y combinados; 17% con patrón binge-drinking, mayor en hombres ($p = ,001 \chi^2$). Un 19% fuman, de ellos un 71% diariamente con una media de 8,9 $\pm 1,6$ cigarrillos/día; la dependencia es baja (68%) y dos terceras partes han intentado dejar de fumar. Sólo un 3% consumen cannabis. La quinta parte de los EIR no suelen aconsejar contra el consumo de tabaco (21%), la tercera parte no aconseja contra el alcohol (34%) y casi la mitad tampoco aconseja sobre drogas (44%) ($p = ,001 \chi^2$). Mediante regresión logística se aprecia un mayor consejo clínico entre los EIR de mayor edad. El consejo contra el alcohol es mayor entre mujeres (OR 2,93) y, posiblemente, en los que no tienen un consumo tipo *binge-drinking* (OR 2,32). El comienzo tardío del tabaquismo implica un menor consejo contra las drogas ilegales (OR 0,76).

Palabras claves: internado y residencia, internado no médico, alcohol, tabaquismo, droga ilegal, consejo dirigido.

Abstract

There are few studies on the prevalence of alcohol, tobacco and illegal drugs consumption among Specialist Interns (EIR) and their counseling to the patients. A multicenter cross-sectional study is carried out, consisting in a self-administered validated questionnaire to describe the consumption of the EIR of 17 health centers in Jaén (Andalusia) (4 hospitals, 13 primary care) and their relationship with their counseling. 215 EIR participate with 81% of valid questionnaires: mean age 31,2 years ($\pm 0,7$), 70% women, 13% foreigners, only 6% nursing. Of them 78% consumed alcohol (onset age 16,8 years $\pm 0,3$), 81% occasionally and 17% weekend. The alcohol average weekly intake was 5,9($\pm 5,8$) UBE, especially beer and cocktails; 17% show a binge-drinking pattern (more frequent in men, $p = ,001 \chi^2$). 19% smoke. A total of 71% smoke on a daily bases (mean of 8,9 $\pm 1,6$ cigarettes/day); the nicotine dependence is low (68%) and two thirds have tried to quit. Only 3% use cannabis. A fifth part of EIR does not usually advise against smoking use (21%), a third part does not advise against alcohol (34%) and almost half of them neither advises against drugs (44%) ($p = ,001 \chi^2$). Logistic regression shows greater clinical advice from older EIR. Advice against drinking alcohol provided by EIR women is more frequent (OR 2,93) and, probably, even more in EIR that binge drink (OR 2,32). Late smoking onset is related to less clinical advice against illegal drugs (OR 0,76).

Key words: adolescents, alcohol use disorders, alcohol abuse, alcohol dependence, gender differences.

El consumo de tabaco y alcohol en la sociedad europea y española sigue presente pese al conocimiento general de sus efectos nocivos y la mayor percepción del riesgo para todas las conductas de consumo de drogas, tanto para el consumo ocasional como para el habitual (Observatorio Español sobre Drogas, 2009). Según la Encuesta Europea de Salud de 2009 (Instituto Nacional de Estadística, 2009) más de la cuarta parte de la población mayor de 16 años fumaba a diario, con una prevalencia superior entre hombres frente a mujeres (31% por 21%), teniendo más de la mitad una dependencia baja a la nicotina pero con una inmensa mayoría en estadios precontemplativos respecto al abandono (Fu et al., 2011). El consumo de alcohol es en su mayoría ocasional (39%) con una menor proporción de consumo diario (13%). Las prevalencias de consumo de tabaco y de alcohol han disminuido significativamente en la población española desde el inicio del siglo XXI (Observatorio Español sobre Drogas, 2009) y se mantienen estables desde el año 2006, pero parece que aumenta la tendencia a beber de forma más intensiva entre los consumidores de alcohol (Instituto Nacional de Estadística, 2009; Observatorio Español sobre Drogas, 2009), al igual que ocurre con los adolescentes (Observatorio Español sobre Drogas, 2010). En la población de estudiantes de 14 a 18 años el consumo es mayoritariamente experimental u ocasional, vinculado al ocio y al fin de semana y con un aumento progresivo con la edad (Observatorio Español sobre Drogas, 2010).

No parece existir un consumo de drogas diferenciado para los profesionales sanitarios (Kaneita, Uchida, y Ohida, 2010; Smith y Leggat, 2007; Voigt et al., 2009), con unas prevalencias de consumo similares, incluidas drogas ilegales, pese a tener un mayor conocimiento sobre los peligros de su uso y su especial labor de promoción y prevención. Así, los estudiantes de medicina presentaron un porcentaje de fumadores superior a la población general (entre el 22% y el 29%) (La Torre et al., 2012; Voigt et al., 2009), un consumo de alcohol frecuente que llega a superar, en algunos estudiantes masculinos, los 60 gramos diarios, y un uso de drogas ilegales elevado (40% en hombres y 15% en mujeres). Hay menos estudios sobre médicos residentes, mostrando un consumo frecuente y regular de alcohol y tabaco, y en menor proporción marihuana (Handel, Raja, y Lindsell, 2006; Hughes, Conard, Baldwin, Storr, y Sheehan, 1991; La Torre et al., 2012; McBeth et al., 2008). En España (Blancafort, Masachs, Valero, y Arteman, 2009) se ha encontrado un consumo de tabaco entre los especialistas internos residentes (EIR) de un 30%, sin diferencias por sexos y con una edad media de inicio de 19 años, un consumo de sustancias psicoactivas en el último mes cercano al 4% y un bajo consumo de alcohol.

La formación de los EIR incluye la realización de diferentes programas de actividades preventivas, como el indagar de forma bianual por el consumo de tabaco y alcohol de los pacientes (Cabezas Peña et al., 2007). Hay suficientes evidencias que demuestran cómo el consejo contra el tabaco y contra el alcohol consiguen reducir las prevalencias de su consumo (Sullivan, Tetrault, Braithwaite, Turner, y Fiellin, 2011). Pese a ello, este consejo clínico es inferior al 40% de las consultas realizadas en la mayoría de los estudios (Ballbè et al., 2009; Rodríguez Ibáñez et al., 2001; Wallace, Sairafi, y Weeks, 2006) con una intervención posterior mucho menor. Diversos facto-

res influyen en la realización del consejo contra el consumo de drogas: el sexo (las mujeres proporcionan más consejo), la especialidad (aconsejan más los médicos generales o los internistas que los pediatras), la edad, la situación geográfica (se ofrece más consejo en el ámbito urbano) y el propio consumo del profesional (Tremblay et al., 2001).

Existen pocos estudios sobre el consumo de drogas de los EIR que incluyan personal de enfermería, farmacia o psicología, y menos aún que relacionen este consumo con la presencia del consejo contra el consumo de drogas en las actividades clínicas. Por ello, el presente trabajo se plantea como objetivo describir los hábitos de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales de los EIR de una provincia andaluza y determinar si el consumo personal condiciona los consejos dados a los pacientes en la actividad clínica cotidiana.

Métodos

Diseño y población

Se diseña un estudio multicéntrico descriptivo transversal mediante encuesta. La población de estudio está compuesta por todos los especialistas internos residentes (EIR) que estaban cursando una especialidad en la provincia de Jaén durante el año 2011, un total de 215 residentes, pertenecientes a los 4 hospitales y 13 centros de salud docentes de la provincia. Los criterios de inclusión fueron encontrarse en situación activa en el momento de la encuesta y estar dado de alta en PORTALEIR, que es la página web para el seguimiento y la formación de los EIR en Andalucía (www.portaleir.es). Se excluyeron aquellos profesionales que no desearon participar y los cuestionarios que no estaban totalmente cumplimentados.

Variables

Se utiliza una encuesta autoadministrada previamente validada (Pérez Milena et al., 2007) que contiene un total de 26 preguntas dividida en cuatro apartados. Los datos demográficos incluyen como variables la edad (en años), el sexo, el país de origen, la especialidad que se cursa en el momento de completar el cuestionario y el año de residencia. El segundo bloque indaga sobre datos de consumo, dependencia y motivación para el abandono del hábito tabáquico: cantidad de tabaco fumado (expresado en cigarrillos al día), patrón de consumo, la edad de inicio y de cese (si lo hubo), así como el test de Fagerström para analizar el grado de dependencia hacia la nicotina y el número de intentos para dejar de fumar, valorando la fase en la que se encuentra el EIR dentro del ciclo de cambio de Prochaska. Para analizar los estadios del cambio respecto al tabaco, se consideró como precontemplación cuando no desea dejar de fumar, contemplación cuando se plantea el cambio en los próximos 6 meses y acción cuando desea el cese del tabaquismo en los próximos 30 días (Becoña y Lorenzo, 2004). Para medir la dependencia mediante el test de Fagerström (puntuación de la escala entre 0 y 11), se consideró un valor igual o mayor a siete como nivel alto de dependencia, mientras que uno menor de tres como una dependencia baja (Becoña, Gómez-Durán, Álvarez-

Soto y García, 1992). El tercer bloque incluye datos sobre el consumo de alcohol, tanto el patrón como la cantidad medido como unidades de bebida estándar (UBE) a través del número de distintas bebidas alcohólicas ingeridas por semana. Se consideró *binge drinking* aquel consumo concentrado episódico de alcohol ≥ 5 UBE para hombres y ≥ 4 para mujeres. También se incluyó el consumo de otras drogas ilegales, tanto el tipo como el patrón de consumo. Este patrón de consumo se homogeneizó para todas las sustancias, siendo recogido como consumo intermitente (esporádico o de forma ocasional), en fin de semana (o asociado a días festivos) y diario (Pérez Milena et al., 2007). El cuestionario recoge, finalmente, la frecuencia de utilización del consejo clínico contra el consumo de estas sustancias a los pacientes atendidos en las tareas clínicas cotidianas, entendiendo por tal cualquier tipo de pregunta sobre el consumo y/o de intervención sobre el mismo. La respuesta se recoge en cuatro categorías para cada tipo de sustancia consumida: nunca/casi nunca, a veces, a menudo y casi siempre/siempre.

El cuestionario fue difundido a través de un correo electrónico personal a cada EIR, invitándole a participar, explicándole el propósito del estudio, asegurándole el carácter privado de sus respuestas y su explotación de forma global. En ese mismo correo disponían de un enlace directo que les dirigían al cuestionario, emplazado en una página web personalizada (dentro del dominio www.e-encuesta.com). Para minimizar las pérdidas se reenvió la encuesta en 3 ocasiones con una periodicidad quincenal. Se consideró que una encuesta es válida cuando sus ítems habían sido cumplimentados en un 100%, con criterio de un mínimo de un 60% de cuestionarios rellenados del total de las encuestas enviadas para conseguir una validez adecuada de los resultados.

En referencia a la especialidad cursada se agrupó en cuatro grandes bloques según la afinidad del programa formativo de las mismas: Medicina Familiar (44% del total), Médicas Hospitalarias (37%) [17% Pediatría, 14% Anestesiología y Reanimación, 15% Medicina Interna, 9% Psiquiatría, 6% Hematología/Radiodiagnóstico/Análisis Clínicos, 5% Cardiología, 4% Medicina Intensiva/Psicología Clínica, 3% Aparato Digestivo/Endocrinología y Nutrición/Medicina del trabajo, 2% Nefrología/Oncología Médica], Quirúrgicas Hospitalarias (12%) [33% Cirugía Ortopédica y Traumatología/Obstetricia y Ginecología, 14% Oftalmología, 10% Cirugía General y del Aparato Digestivo/Otorrinolaringología] y Enfermería (7%) [75% Enfermería Obstétrica, 17% Farmacología y 8% Enfermería del Trabajo].

Análisis estadístico

Se emplea el programa *SPSS (15.0)* para comprobar la normalidad de los datos y realizar un análisis descriptivo de los mismos, expresando frecuencias (absolutas y porcentaje) para variables cualitativas y medias y desviación típica para cuantitativas. En el análisis bivalente se fijó la significación estadística en $p < ,05$, empleándose la prueba de χ^2 para variables cualitativas, y la *t* de Student (o ANOVA) para la comparación de medias. Finalmente, se realizó mediante el programa *R commander* un análisis multivariante mediante regresión logística binaria bivariable inicialmente y posteriormente multivariante por pasos hacia atrás con criterio Razón de Verosimilitud (RV), entendiendo como variable dependiente el consejo contra el consumo de

las tres sustancias, siendo el resto de las variables independientes. En la regresión se incluyó las variables con p -valor $< ,25$ en el test de Wald. La codificación realizada ha sido: consejo casi siempre/siempre=1; consejo nunca/a veces=0. Las categorías de referencia para codificar las variables dummy han sido elegidas automáticamente por el programa. Por último, el ajuste del modelo fue valorado con el test de Hosmer-Lemeshow.

Aspectos éticos

El proyecto de investigación fue aprobado por la Comisión de Ética e Investigación Sanitarias del Hospital de referencia (según normativa del RD 223/04). El tratamiento de los datos de carácter personal de los sujetos que participaron en el estudio se ajustó a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, 15/1999 de 13 de Diciembre. Con los datos obtenidos se crearon dos bases de datos para el análisis estadístico, una con la identificación personal de los EIR, solo accesible a dos investigadores, y otra con el resto de variables codificadas por claves para proteger el anonimato.

Resultados

La población total de estudio comprende a 215 especialistas internos residentes (EIR), de los que se obtiene un total de 174 cuestionarios válidos (81% del total). La media de edad es de 31,2 años ($\pm 7,2$), siendo superior en los EIR de medicina familiar (tabla 1) ($F = 14,197$; $p = ,001$ test ANOVA). Un 70% son mujeres. La mayoría son españoles (87%) frente a los procedentes de centro y Sudamérica (11%), norte de África (2%) y resto de Europa (1%). Hay una distribución casi homogénea en los cuatro primeros años de estudios: 31% en primer año, 25% en segundo, 22% en tercero y 21% en cuarto; sólo dos EIR de 5º año responden a la encuesta. Las principales variables sobre el consumo de sustancias tóxicas en función de la especialidad cursada se exponen en la tabla 1. Sólo 32 EIR no consumen ningún tipo de sustancia (19% del total).

Consumo de alcohol

Un 78% consumen alcohol, en mayor proporción en los EIR de medicina y de cirugía hospitalarias (tabla 1) ($Ji^2 = 13,389$; $p = ,010$ test χ^2). La edad de inicio para el consumo es de 16,8 años ($\pm 3,0$). El patrón de consumo más frecuente es el intermitente (81%) seguido del consumo en fin de semana (18%) (figura 1). Hay un 17% de consumo tipo *binge-drinking*, menos frecuente en los EIR de medicina familiar e inexistente en enfermería (figura 2) ($Ji^2 = 30,144$; $p = ,001$ test χ^2); comparando por sexos, es más frecuente en hombres (26%) que en mujeres (12%) ($Ji^2 = 34,238$; $p = ,001$ test χ^2). La cerveza es la bebida más consumida (2,7UBE/semana $\pm 2,8$), con un consumo semanal medio de 5,9 UBE ($\pm 5,8$), que es superior en los EIR de cirugía hospitalaria debido a un mayor consumo de bebidas de alta graduación (tabla 1) ($F = 10,704$; $p = ,001$ test ANOVA). También hay diferencias en el consumo cuantitativo según el sexo, siendo superior en hombres (7,8UBE $\pm 8,3$) frente a mujeres (4,9UBE $\pm 3,5$) ($t = 2,511$; $p = ,013$ test *t* Student).

Tabla 1
Principales resultados sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas legales según la especialidad cursada

	ESPECIALIDADES			
	Medicina Familiar	Médicas hospitalarias	Quirúrgicas hospitalarias	Enfermería
Tamaño de muestra	76	65	21	12
Media de edad (años) (1)	34,2±1,0	29,8±0,7	26,9±0,5	28,1±1,5
NO CONSUMO	26%	9%	16%	33%
CONSUMO DE ALCOHOL (2)	69%	89%	84%	68%
Edad inicio en años (<i>M ± SD</i>)	17,0±3,6	16,8±2,4	16,8±3,6	15,6±1,2
Consumo				
UBE/semana (<i>M ± SD</i>)				
Cerveza	2,5±2,4	2,9±2,3	3,5±4,9	1,5±2,0
Vino	1,2±2,2	1,0±1,5	0,6±1,2	0,5±0,8
Combinados (3)	1,9±2,8	1,9±2,4	4,1±3,5	1,3±1,5
Total (4)	5,3±4,1	5,8±4,1	9,4±12,2	3,3±1,9
CONSUMO DE TABACO	21%	19%	16%	8%
Exfumador	8%	5%	11%	25%
Edad de inicio (<i>M ± SD</i>)	19,8±6,2	18,0±4,2	16,0±2,6	16,0 (VU)
Edad de cese del tabaquismo	32,0±5,6	30,3±10,2	20,0±5,7	26,7±3,1
Consumo cuantitativo Cigarrillos/día (<i>M ± SD</i>)	10,4±8,1	7,4±4,2	12,5±3,5	10,0 (VU)
Test de Fagerstrom				
Dependencia baja	75%	60%	67%	100%
Dependencia moderada	17%	40%	33%	0%
Dependencia alta	8%	0%	0%	0%
Intentos para cese del consumo	69%	64%	33%	100%
Nº de intentos (<i>M ± SD</i>)	1,7±1,7	1,5±1,8	1,0±1,7	1 (VU)
Estadio de cambio de Proschaka				
Precontemplación	18%	50%	33%	0%
Contemplación	82%	25%	33%	100%
Acción	0%	25%	34%	0%
CONSUMO DE DROGAS ILEGALES	1%	3%	11%	0%
Patrón de consumo				
No consumo	99%	97%	90%	100%
Intermitente	1%	3%	5%	0%
Diario	0%	0%	5%	0%

Los datos se muestran como medias con su desviación estándar. (VU) valor único
(1) F=14,197; p= ,001 test ANOVA (2) Ji²=13,389; p= ,010 test χ² (3) F=8,199; p= ,001 test ANOVA (4) F=10,704; p= ,001 test ANOVA.

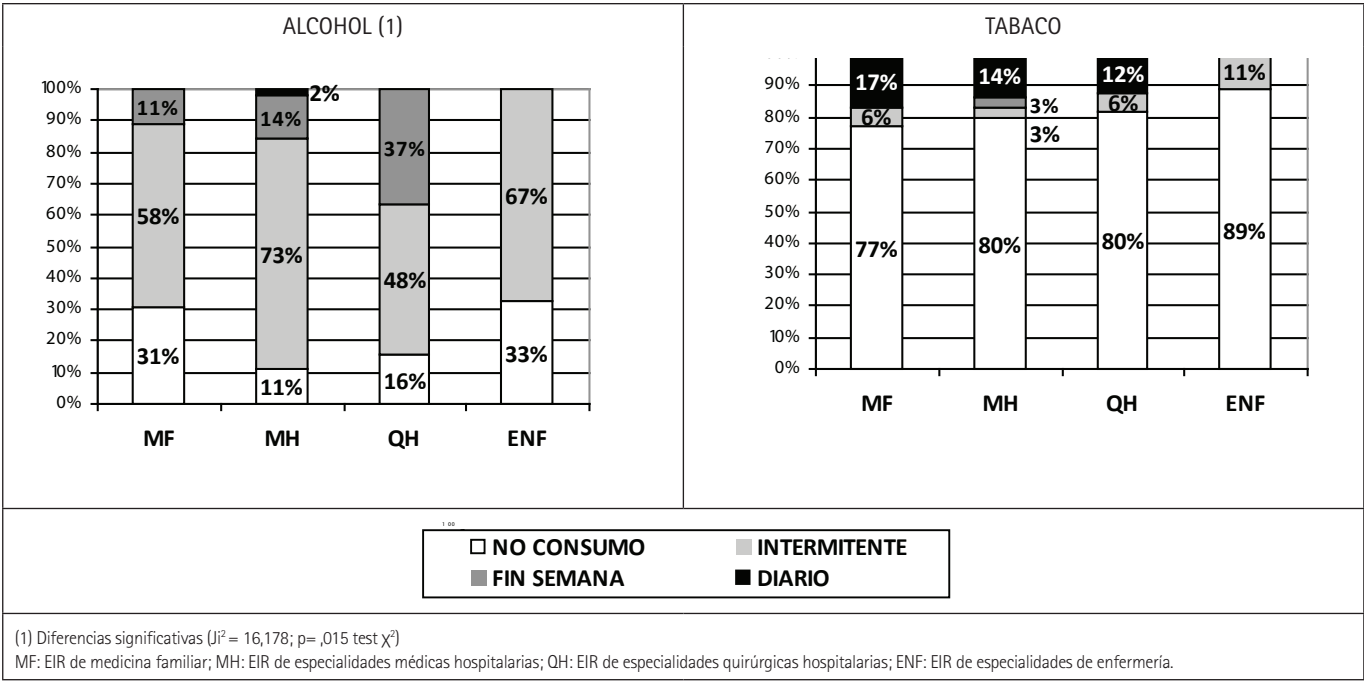


Figura 1. Patrón de consumo de alcohol y tabaco según la especialidad cursada

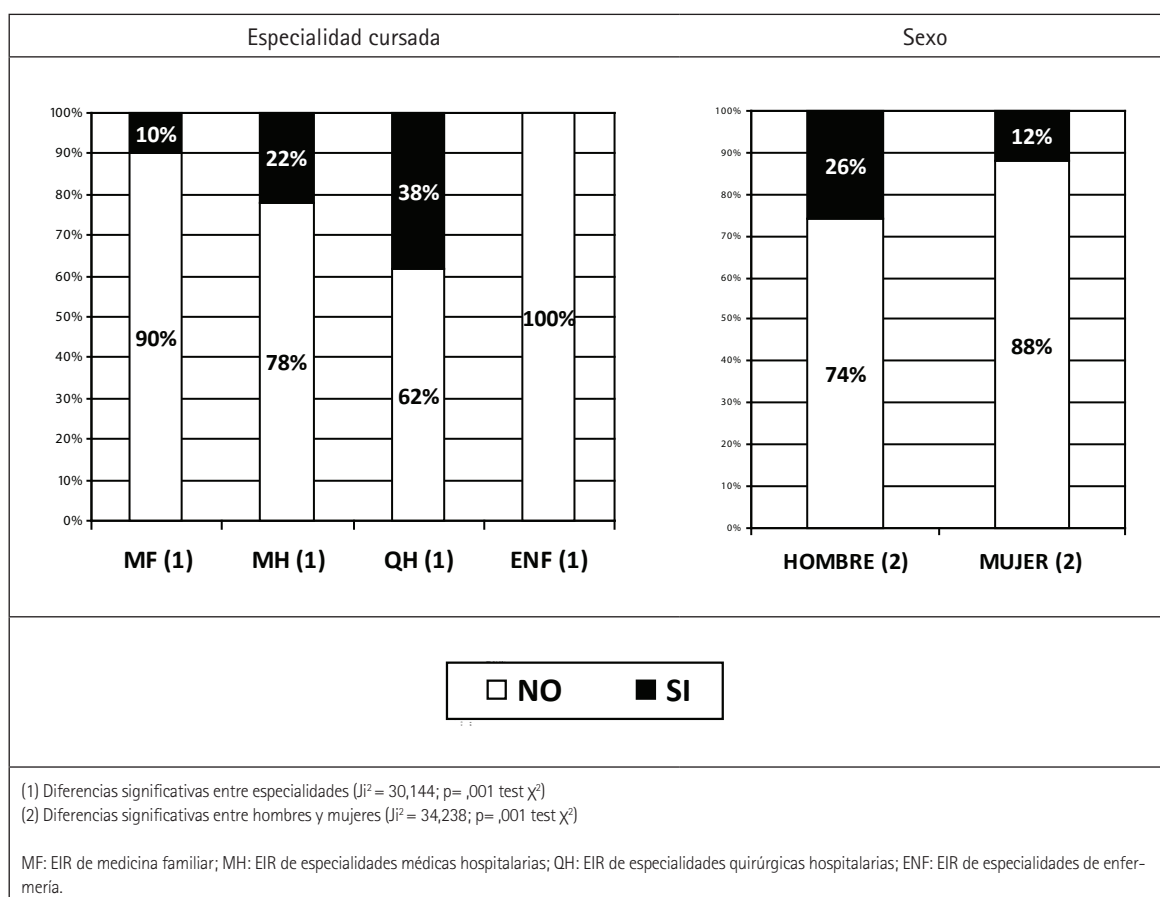


Figura 2. Distribución del fenómeno del binge drinking según la especialidad cursada y el sexo del EIR.

Consumo de tabaco

El 19% de los encuestados fuman, en su mayoría de forma diaria (71%), con una quinta parte de consumo intermitente (22%) (figura 1). La media de la edad de inicio del tabaquismo se sitúa en 18,6 años ($\pm 5,1$) y el consumo medio es de 9,3 años ($\pm 6,4$). Según el test de Fagerström, un 68% presentaron una dependencia baja a la nicotina mientras que sólo el 4% puntuaron como dependencia elevada. Un 9% del total de los encuestados son exfumadores y dejaron de fumar con una media de edad de 28,8 años ($\pm 7,1$); entre los fumadores, un 64% han hecho una media de 1,6 intentos ($\pm 1,6$) para dejar de fumar. Según los estadios de cambio de Proschaka, un 33% se encuentran en precontemplación, un 55% en contemplación y el restante 15% en preparación para dejar de fumar.

Consumo de drogas ilegales

Sólo un 3% reconoce consumir drogas ilegales, la mayoría de forma intermitente (figura 1). No existe relación entre los patrones de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Sin embargo, los fumadores que no consumen alcohol tienen un consumo de cigarrillos diarios superior a los que sí beben ($13,3 \pm 11,9$ frente a $8,6 \pm 4,9$) ($t = 3,171$; $p = ,001$ test t Student). Por otra parte, los EIR fumadores consumen más cantidad de alcohol de alta graduación que los no fumadores ($3,8$ UBE semanales $\pm 3,4$ frente a $1,8 \pm 2,4$) ($t = 9,220$; $p = ,001$ test t Student).

Características del consejo contra el uso de drogas

El consejo en consulta sobre el consumo de alcohol se ofrece siempre o casi siempre en un 66% de los EIR encuestados, aumentando al 79% en el caso del tabaco y disminuyendo al 56% para las drogas ilegales. Existen diferencias significativas según la especialidad cursada siendo más frecuente el consejo para todas las drogas en las especialidades de medicina familiar y enfermería frente a las especialidades hospitalarias (figura 3) ($p < 0,05$ test χ^2). Estas diferencias también se aprecian en el sexo, con un mayor consejo por parte de las mujeres acerca del alcohol (73% y 51%) ($Ji^2 = 2,783$; $p = ,05$ test χ^2) y de las drogas ilegales (61% y 44%) ($Ji^2 = 2,391$; $p = ,05$ test χ^2).

Con el propósito de identificar si existe una asociación entre el consejo en consulta sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales por parte de los EIR y las diferentes variables del consumo de estas sustancias, se realizaron análisis de regresión logística para cada una de las variables dependientes agrupadas como consejo no (categorías nunca y a veces) y sí (casi siempre y siempre). Los modelos obtenidos se muestran en la tabla 2. La edad se constituye como una variable asociada en todos los modelos presentados, influyendo sobre la frecuencia del consejo dado por los EIR para las tres sustancias estudiadas, de forma que a mayor edad del sanitario hay una mayor presencia del consejo. El sexo, en cambio, sólo se relaciona con el consejo contra el alcohol de forma que ser mujer condiciona una probabilidad casi tres veces mayor de ofertar consejo en

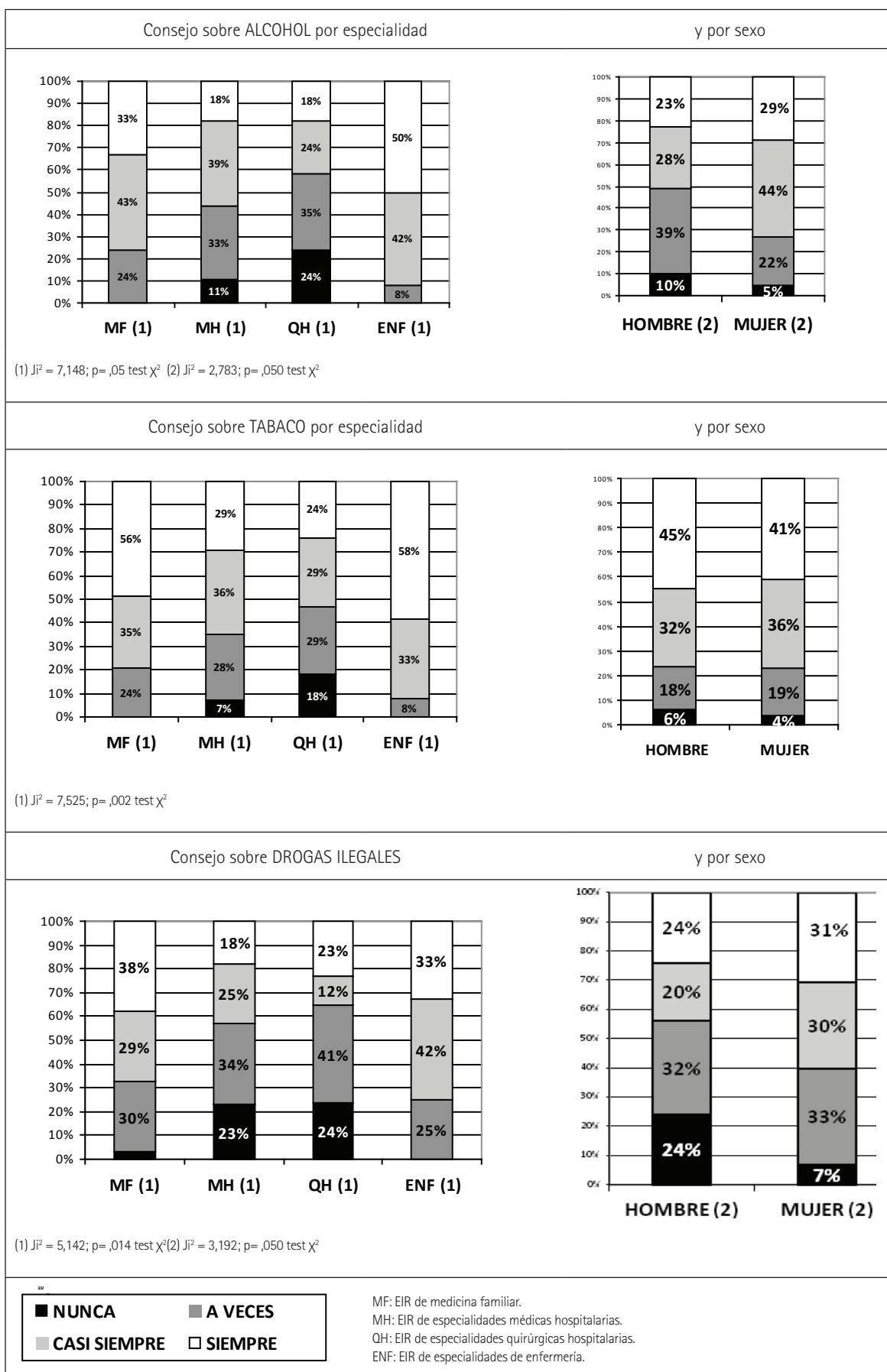


Figura 3. Frecuencia del consejo sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales ofertados a los pacientes por los EIR según la especialidad cursada y el sexo.

Tabla 2

Modelos del análisis de Regresión Logística para la frecuencia del consejo sobre alcohol, tabaco y drogas como variables dependientes frente a las características del consumo de dichas sustancias

Consejo sobre alcohol					
Variable	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza 95%	Chi2	Nivel de significación
Edad	0.066	1.06	[1.01; 1.14]	2.088	0.03682
Sexo (mujer)	1.077	2.93	[1.33; 6.61]	2.653	0.00799
Binge-drinking	-0.828	0.43	[0.16; 1.14]	-1.691	0.09078
Consumo de alcohol	0.176	1.19	[0.33; 3.89]	0.285	0.77583
Consejo sobre tabaco					
Variable	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza 95%	Chi2	Nivel de significación
Edad	0.150	1.16	[1.05; 1.32]	2.621	0.00877
Sexo (mujer)	0.416	1.52	[0.54; 4.15]	0.810	0.41773
Número de cigarrillos	0.065	1.07	[0.89; 1.32]	0.664	0.50664
Consumo de tabaco	-1.534	0.22	[0.03; 1.52]	-1.509	0.13131
Consejo sobre drogas ilegales					
Variable	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza 95%	Chi2	Nivel de significación
Edad	0.206	1.23	[1.05; 1.55]	2.161	0.0307
Sexo (mujer)	0.986	2.68	[0.55; 15.47]	1.185	0.2362
Edad de inicio del tabaquismo	-0.268	0.76	[0.55; 0.98]	-1.867	0.0618
Número de cigarrillos	-0.020	0.98	[0.81; 1.19]	-0.215	0.8301

cada acto clínico frente a los hombres. Sobre el consejo contra el alcohol se observa una relación con la presencia de un consumo tipo *binge-drinking* del propio EIR, de forma que incrementa de forma casi significativa el riesgo de no dar consejo sobre el alcohol entre los que consumen alcohol de esta forma. Por último, la edad de comienzo del tabaquismo se asocia al consejo sobre drogas ilegales: cada año más en la edad de inicio del consumo de tabaco implica una *odds* 1,3 veces mayor de no dar consejo sobre las drogas ilegales por parte del EIR.

Discusión

En este estudio, el consumo de drogas en la población EIR presenta diferencias con respecto a la población general (Observatorio Español sobre Drogas, 2009). La prevalencia de consumo de alcohol es mayor, con un patrón de consumo ligado al ocio y una alta presencia de un consumo tipo *binge-drinking*, aunque con una media de edad de inicio mucho más elevada. El consumo de tabaco es inferior a la población general con un señalado porcentaje de exfumadores y un gran número de fumadores motivados para el cese del consumo. Las drogas ilegales son poco consumidas, destacando al igual que en la población adolescente el consumo de cannabis.

La oferta de consejo clínico en las actividades asistenciales de los EIR es bastante frecuente, por encima de los porcentajes obtenidos en otros estudios (Ballbè et al., 2009), influenciado con la edad (para todas las drogas) y el sexo femenino (para el alcohol) pero sin relación con el consumo personal. Hay una mayor presencia del consejo antitabaco, una intermedia sobre

el consumo de alcohol y una baja frecuencia de recomendaciones sobre las drogas ilegales. Este hallazgo puede deberse a la misma presión social que normaliza más el consumo de alcohol frente al tabaco, junto al temor a invadir la privacidad del paciente al preguntar por drogas ilegales.

Los datos obtenidos sobre la prevalencia del consumo del alcohol coinciden con otros resultados obtenidos en estudiantes de Medicina (Voigt et al., 2009), en médicos residentes (Hughes et al., 1991; Martínez, Medina-Mora, y Rivera, 2004; McBeth et al., 2008; Pérez Milena et al., 2010) y médicos adjuntos (Kenna y Wood, 2005; Rodríguez Fernández, Espí Martínez, Canteras Jordana, y Gómez Moraga, 2001; Rosta y Aasland, 2010). El patrón de consumo es de tipo anglosajón, ligado al ocio y relacionado con el modelo *binge-drinking*, de forma superior a la población general y a los médicos adjuntos (Blancafort et al., 2009; Hull, DiLalla, y Dorsey, 2008; Rosta, 2008; Voigt et al., 2009) pero similar al de la población joven (Observatorio Español sobre Drogas, 2010; Pérez Milena et al., 2007) y al de los estudiantes varones de medicina, donde un 30% pueden superar un consumo de 60 gramos por ocasión de consumo (Hull et al., 2008; Voigt et al., 2009).

Esta forma de beber se relaciona con una menor oferta de consejo contra el alcohol y con la especialidad cursada, preferentemente las especialidades médicas hospitalarias y, sobre todo, quirúrgicas (Rosta et al., 2005, 2010). La posible relación del sexo masculino con un menor consejo contra el alcohol (Cerrada, Olmeda, Senande, Rodríguez, y Sanz Cuesta, 2005; Sreeramareddy et al., 2010) podría estar mediada por una mayor presencia de consumo tipo *binge-drinking* en los varones, lo que puede normalizar y banalizar la situación de consumo de los pacientes atendidos.

La prevalencia del consumo de tabaco es inferior a la población general (Instituto Nacional de Estadística, 2009; Observatorio Español sobre Drogas, 2009) y también a otras series estudiadas en EIR, que alcanzan hasta la mitad de la población de residentes (Blancafort et al., 2009; Ferrero, Castaños, Durán, y Blengini, 2004; Martínez et al., 2004). Sin embargo, presenta características muy similares a otras poblaciones como enfermeros o estudiantes de medicina (O'Donovan, 2009; La Torre et al., 2012; Voigt et al., 2009). Las causas de estas diferencias puede hallarse en la variabilidad introducida por las diferentes políticas sanitarias, etapas culturales y de concienciación ciudadana en las que cada sociedad se encuentre: Así, se obtienen prevalencias muy dispares en estudios sobre médicos adjuntos: desde un consumo del 4% en Estado Unidos hasta un 40% en Bosnia o Turquía (Smith et al., 2007).

Parece que, al igual que en los adolescentes (Pérez-Mileña et al., 2006), hay una magnífica oportunidad para el cese del tabaquismo en la etapa EIR ya que hasta las tres cuartas partes de los fumadores han intentado dejar de fumar o están pensando en dejarlo. Los niveles de dependencia a la nicotina de los EIR son similares a los encontrados en la población general (Fu et al., 2011).

El escaso pero preocupante consumo de drogas ilegales puede deberse a un sesgo de deseabilidad, aunque coincide con datos recogidos de otros sanitarios (Kenna et al., 2005). En general los estudios presentan prevalencias muy dispares de consumo de drogas ilegales en facultativos (Hughes et al., 1991; Martínez et al., 2004; McBeth et al., 2008, 2009), lo que dificulta conocer el porcentaje real de consumo de drogas ilegales entre los sanitarios, aunque parece ser inferior al de la población general (Observatorio Español sobre Drogas, 2009). El consumo se centra en el uso del cannabis, predominando en hombres y siendo inferior al que presentan los estudiantes de medicina, que podría extenderse hasta una tercera parte de los universitarios (Voigt et al., 2009).

En general los consejos de los sanitarios tienen poca presencia en la actividad clínica cotidiana (Rodríguez Ibáñez et al., 2001; Talley et al., 2011; Wallace et al., 2006), incluso tras recibir una formación específica (Ballbè et al., 2009; Sreeramareddy et al., 2010). Existen barreras que dificultan el consejo clínico, tales como la percepción negativa de los profesionales, la baja receptividad de los pacientes o la falta de tiempo para su realización (Cerrada et al., 2005). Los resultados obtenidos indican la ausencia de relación entre el consumo personal de los EIR y la emisión de consejos contra el consumo de drogas (Ferrero et al., 2004; Tremblay et al., 2001) a diferencia de otros estudios en enfermería (O'Donovan, 2009). Sólo el patrón de consumo de alcohol y el inicio tardío del tabaquismo parecen tener cierta influencia (Rosta et al., 2005, 2010). La presencia de una mayor edad condicionaría mayor frecuencia del consejo, mientras que el sexo no parece influir o (Hull et al., 2008; Cerrada et al., 2005).

Hay pocos estudios sobre los hábitos de consumo de drogas y la relación con el consejo clínico entre los especialistas internos residentes (Blancafort et al., 2009; Ferrero et al., 2004; Hughes et al., 1991; McBeth et al., 2008), por lo que este estudio puede aportar un referente para otras poblaciones de EIR a nivel nacional. Aunque los resultados pueden estar

influenciados por los sesgos de respuesta y memoria, parecen ser bastantes representativos dado el bajo número de pérdidas en el estudio frente a otros similares (Blancafort et al., 2009; McBeth et al., 2008) y tratarse de un cuestionario previamente validado con una alta accesibilidad y confidencialidad (Pérez Milena et al., 2007).

El profesional EIR presenta un consumo peculiar de drogas y su estancia formativa se convierte en un momento propicio para el abandono del consumo y para el aprendizaje de técnicas de promoción de la salud. La formación sobre el consejo clínico es una herramienta actualmente infrautilizada en el control y la prevención del consumo, con una implantación no sistemática sobre todo en la formación médica hospitalaria (Cerrada et al., 2005; Sreeramareddy et al., 2010). Es preciso que las actividades preventivas contra el consumo de drogas formen parte del currículum del EIR (Aalto, Pekuri, y Seppä, 2005; Ballbè et al., 2009), máxime cuando muchos pacientes esperan que el profesional sanitario aborde su consumo de una manera proactiva (Ulbricht et al., 2011). Se ha demostrado que esta formación en postgrado es eficaz independientemente de la formación de grado o de postgrado del EIR, pudiendo realizarse indistintamente en la consulta de medicina o de enfermería (Cabezas Peña et al., 2007; Scal, Hennrikus, Ehrlich, Ireland, y Borowsky, 2004). Los datos obtenidos plantean la necesidad de realizar estudios sobre la eficacia de las intervenciones contra el consumo de drogas en EIR y de la formación en técnicas específicas de consejo clínico.

Reconocimiento

Se agradece la ayuda prestada por María del Carmen Rosa Garrido, metodóloga de la Fundación de Investigación Biosanitaria Alejandro Otero de Jaén, por su ayuda en la elaboración de los resultados.

Conflictos de intereses

Este trabajo no presentó conflicto de intereses ni tiene ninguna conexión con la industria del tabaco, alcohol o industria farmacéutica u otras relaciones que puedan generar conflicto de intereses.

Referencias

- Aalto, M., Pekuri, P. y Seppä, K. (2005). Implementation of brief alcohol intervention in primary health care: do nurses' and general practitioners' attitudes, skills and knowledge change? *Drug and alcohol review*, 24, 555–558. doi:10.1080/09595230500292904
- Ballbè, M., Walther, M., Mondon, S., Nieva, G., Gual, A., Saltó, E. y Colom, J. (2009). Impacto de la formación en intervención breve. Diferencias en el abordaje hospitalario del consumo de tabaco y alcohol. *Adicciones*, 21, 113–118.
- Becoña Iglesias, E., Gómez-Durán, B.J., Álvarez-Soto, E. y García, M.P. (1992). Scores of spanish smokers on Fagerström's Tolerance Questionnaire. *Psychological Reports*, 71, 1227–1233.

- Becoña Iglesias, E. y Lorenzo Pontevedra, M. C. (2004) Evaluación de la conducta de fumar. *Adicciones*, 16 (Supl. 2), 201–226.
- Blancafort, X., Masachs, E., Valero, S. y Arteman, A. (2009). *Estudio sobre la salud de los residentes de Cataluña*. Barcelona: Fundación Galatea.
- Cabezas Peña, C., Robledo de Dios, T., Marquésa, F., Ortega Sánchez-Pinilla, R., Nebot Adella, M., Megido Badía, M. J.,...Prados Castillejo, J.A. (2007). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria*, 39 (Supl 3), 27–46.
- Cerrada, E. C., Olmeda, C. L., Senande, E. B., Rodríguez, B. G. y Sanz Cuesta, T. (2005). Opiniones, prácticas, barreras y predisposición al cambio, a la hora de dar consejo para dejar de fumar. *Atención Primaria*, 36, 434–441. doi: 10.1157/13081057
- Ferrero, F., Castaños, C., Durán, P. y Blengini, M. T. (2004). Prevalencia del consumo de tabaco en médicos residentes de Pediatría en Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15, 395–399. doi:10.1590/S1020-49892004000600005
- Fu, M., Martínez-Sánchez, J. M., López, M. J., Nebot, M., Raich, A. y Fernández, E. (2011). Dependencia a la nicotina y preparación para dejar de fumar en la población española. *Adicciones*, 23, 103–109.
- Handel, D. A., Raja, A. y Lindsell, C. J. (2006). The use of sleep aids among Emergency Medicine residents: a web based survey. *BMC Health Services Research*, 6, 136. doi:10.1186/1472-6963-6-136
- Hughes, P. H., Conard, S. E., Baldwin, D. C., Storr, C. L. y Sheehan, D. V. (1991). Resident physician substance use in the United States. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 265, 2069–2073.
- Hull, S. K., DiLalla, L. F. y Dorsey, J. K. (2008). Prevalence of health-related behaviors among physicians and medical trainees. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 32, 31–38. doi:10.1176/appi.ap.32.1.31
- Instituto Nacional de Estadística (2009). Encuesta Europea de Salud (EES09). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad, España. Recuperado de http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Principales_Resultados_Informe.pdf.
- Kaneita, Y., Uchida, T. y Ohida, T. (2010). Epidemiological study of smoking among Japanese physicians. *Preventive medicine*, 51, 164–167. doi:10.1016/j.ypmed.2010.04.015
- Kenna, G. A. y Wood, M. D. (2005). The prevalence of alcohol, cigarette and illicit drug use and problems among dentists. *Journal of the American Dental Association*, 136, 1023–1032.
- La Torre, G., Kirch, W., Bes-Rastrollo, M., Ramos, R. M., Czapliski, M., Gualano, M.,...Boccia, A. (2012). Tobacco use among medical students in Europe: results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey. *Public health*, 126, 159–164. doi:10.1016/j.puhe.2011.10.009
- Martínez Lanz, P., Medina-Mora, M. E. y Rivera, E. (2004). Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. *Salud mental*, 27, 17–27.
- McBeth, B. D., Ankel, F. K., Ling, L. J., Asplin, B. R., Mason, E. J., Flottemesch, T. J. y McNamara, R. M. (2008). Substance use in emergency medicine training programs. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 15, 45–53. doi:10.1111/j.1553-2712.2007.00008.x
- McBeth, B. D., McNamara, R. M., Ankel, F. K., Mason, E. J., Ling, L. J., Flottemesch, T. J. y Asplin, B. R. (2009). Modafinil and zolpidem use by emergency medicine residents. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 16, 1311–1317. doi:10.1111/j.1553-2712.2009.00586.x
- Observatorio Español sobre Drogas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2009). Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES). Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, España. Recuperado de <http://www.mspsi.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/presentacionEdades200910.ppt>.
- Observatorio Español sobre Drogas de la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2010) Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, España. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008.pdf>.
- O'Donovan, G. (2009). Smoking prevalence among qualified nurses in the Republic of Ireland and their role in smoking cessation. *International nursing review*, 56, 230–236. doi:10.1111/j.1466-7657.2008.00700.x
- Pérez Milena, A., Javier Leal Helmling, F., Jiménez Pulido, I., Mesa Gallardo, I., Luz Martínez Fernández, M. y Pérez Milena, R. (2007). Evolución del consumo de sustancias tóxicas en los adolescentes de una zona urbana (1997–2004). *Atención Primaria*, 39, 299–304. doi:10.1157/13106285
- Pérez Milena, A., Redondo Olmedilla, M., Mesa Gallardo, I., Jiménez Pulido, I., Martínez Fernández, M. L. y Pérez Milena, R. (2010). Motivaciones para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano. *Atención Primaria*, 42, 604–611. doi:10.1016/j.aprim.2009.12.009
- Rodríguez Fernández, E., Espí Martínez, F., Canteras Jordana, M. y Gómez Moraga, A. (2001). Consumo de alcohol entre los médicos de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 28, 259–262.
- Rodríguez Ibáñez, M., Pérez Trullén, A., Clemente Jiménez, M., Herrero Labarga, I., Rubio Arribas, V. y Sampedro Martínez, E. (2001). Prescripción facultativa o consejo médico antitabaco en atención primaria: opiniones desde el otro lado de la mesa. *Archivos de Bronconeumología*, 37, 241–246.
- Rosta, J. (2008). Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 43, 198–203. doi:10.1093/alcalc/agm180
- Rosta, J. y Aasland, O. G. (2005). Female surgeons' alcohol use: a study of a national sample of norwegian doctors. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 40, 436–440. doi:10.1093/alcalc/agh186
- Rosta, J. y Aasland, O. G. (2010). Age differences in alcohol drinking patterns among Norwegian and German hospital doctors--a study based on national samples. *German medical science: GMS e-journal*, 8, Doc05. doi:10.3205/000094
- Scal, P., Hennrikus, D., Ehrlich, L., Ireland, M. y Borowsky, I. (2004). Preparing residents to counsel about smoking. *Clinical pediatrics*, 43, 703–708. doi:10.1177/000992280404300803
- Smith, D. R. y Leggat, P. A. (2007). An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974–2004. *BMC Public Health*, 7, 115. doi:10.1186/1471-2458-7-115

- Sreeramareddy, C. T., Suri, S., Menezes, R. G., Kumar, H. N. H., Rahman, M., Islam, M. R.,...Vaswani, V.R. (2010). Self-reported tobacco smoking practices among medical students and their perceptions towards training about tobacco smoking in medical curricula: A cross-sectional, questionnaire survey in Malaysia, India, Pakistan, Nepal, and Bangladesh. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 5, 29. doi:10.1186/1747-597X-5-29
- Sullivan, L. E., Tetrault, J. M., Braithwaite, R. S., Turner, B. J. y Fiellin, D. A. (2011). A meta-analysis of the efficacy of nonphysician brief interventions for unhealthy alcohol use: implications for the patient-centered medical home. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 20, 343–356. doi:10.1111/j.1521-0391.2011.00143.x
- Talley, B., Mary Gee, R., Allen, D., Marshall, E. S., Encinas, K. y Lim, S. (2011). Assessment of smokeless tobacco use in the history and physical examination by primary healthcare providers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 443–447. doi:10.1111/j.1745-7599.2011.00631.x
- Tremblay, M., Gervais, A., Lacroix, C., O'Loughlin, J., Makni, H. y Paradis, G. (2001). Physicians Taking Action Against Smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counselling by Montreal general practitioners. *CMAJ: Canadian Medical Association journal*, 165, 601–607.
- Ulbricht, S., Klein, G., Haug, S., Gross, B., Rumpf, H.-J., John, U. y Meyer, C. (2011). Smokers' expectations toward the engagement of their general practitioner in discussing lifestyle behaviors. *Journal of health communication*, 16, 135–147. doi:10.1080/10810730.2010.532295
- Voigt, K., Tworok, S., Mittag, D., Göbel, A., Voigt, R., Klewer, J.,...Bergmann, A. (2009). Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC Health Services Research*, 9, 219. doi:10.1186/1472-6963-9-219
- Wallace, A. E., Sairafi, N. A. y Weeks, W. B. (2006). Tobacco cessation counseling across the ages. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 1425–1428. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00843.x



Smoking patterns of resident internal specialists in Andalusia (Spain), nicotine dependence and motivation for change.

Autoría: Francisco Javier Valverde Bolívar, María de la Villa Juárez Jiménez, Leticia Simão Aiex, Alejandro Pérez Milena, Andrés Moreno Corredor.

Objective. Describe smoking patterns among resident internal specialists (EIR) in Andalusia (Spain), nicotine dependence and motivation for change.

Methods. Multicenter, cross-sectional study with survey to all EIR who studying in Health Centres Teachers from Andalusia. A questionnaire is sent by e-mail (three times) collecting age, sex, speciality and year, country of origin, qualitative-quantitative consumption of tobacco, age of onset/cessation, Fagerström test and stage of change (Proschaka).

Results. 2667 participants (62% of total). Mean age 29.1 years (± 5.2), 68% female, 86% Spanish, most physicians (6% nurses, 4% pharmacy/psychology). 83% don't smoke and 9% smoke daily; intermittent consumption is more prevalent among women ($p = 0.048 \chi^2$). The age of onset is 17.4 ± 3.4 years. The quantitative consumption is 7.5 ± 7.1 cigarettes/day, higher among physicians ($p=0.067$ ANOVA). The dependence is low at 82% and higher by 1%, also probably higher in physicians ($p=0.078 \chi^2$). 7% stopped smoking with a mean age of 27.6 ± 6.0 years. 51% have tried to quit smoking (number of attempts: 5.2 ± 3.8). The motivation for smoking cessation is: 52% precontemplation, 38% contemplation, 10% preparation. Daily consumption is associated with greater nicotine dependence and higher cessation attempts ($p < 0.001 \chi^2$). No differences by age or country.

Conclusions. The consumption of tobacco in EIR is less than the general population, with a low dependence and better willingness to change. The period of specialized training is a good time to offer tobacco interventions.

Palabras Clave: Internship and residency, internship nonmedical, smoking,

COMUNICACIÓN ORAL

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas de los especialistas internos residentes en Andalucía y su relación con el consejo clínico

Valverde Bolívar F¹, Pérez Milena A², Juárez Jiménez M², García Ballesteros J³, Moreno Corredor A¹

¹Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia Jaén

²Médico de Familia. UGC El Valle. Jaén

³Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Bailén. Jaén

Título: Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas de los especialistas internos residentes en Andalucía y su relación con el consejo clínico.

Objetivo: describir los hábitos de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales de los especialistas internos residentes (EIR) de Andalucía y su relación con el consejo clínico.

Diseño: estudio multicéntrico transversal mediante cuestionario.

Emplazamiento: centros sanitarios docentes de Andalucía (34 hospitales, 156 centros de salud).

Población y muestra: todos los EIR de Andalucía.

Intervenciones: cuestionario autoadministrado (e-mail) recogiendo edad/sexo, especialidad, país, consumo cualitativo/cuantitativo de alcohol/tabaco/drogas, edad de inicio/abandono, Fagerström, consejos contra el consumo en consulta. Análisis descriptivo, y multivariante para el consejo.

Resultados: 2667 EIR (62,8% total). Edad media 29,1 años ($\pm 5,2$), 68% mujeres, 14% extranjeros, 90% médicos. Sin diferencias por edad/país. Un 15% no consumen nada (más en mujeres/enfermería, $p < 0,01$ X²). Tabaco: 17% fuman (4% más los varones, $p < 0,05$ X²) ($7,6 \pm 7,2$ cigarrillos/día; inicio: $17,4 \pm 3,4$ años). 7% son exfumadores (abandono: $27,6 \pm 6,0$ años). Predomina consumo

diario (53%) con dependencia baja (82%). 51% han intentado dejar de fumar ($3,3 \pm 3,2$ veces): 52% precontemplación, 38% contemplación, 10% preparación. Alcohol: 82% consumen (inicio: $16,4 \pm 2,3$ años, ingesta semanal $8,1 \pm 5,4$ UBE [cerveza $3,7 \pm 3,3$ UBE; vino $1,9 \pm 1,4$ UBE; cubatas $2,1 \pm 1,9$ UBE], superior en hombres y especialidades médicas hospitalarias [$p < 0,05$ X²]), 78% consumo ocasional y 19% fin de semana. 37% adopta patrón binge-drinking (hombres 43%; mujeres 35%; $p = 0,005$ X²). Las intoxicaciones agudas (3% último mes, 9% último año) son más frecuentes en hombres ($p < 0,01$ X²). Drogas: 9% consumen drogas ilegales (34% cannabis, 8% ansiolíticos, 2% drogas de diseño), ocasional 94%, diariamente 4%. Consejo: 25% refieren aconsejar pocas veces/nunca sobre tabaco, 41% sobre alcohol, 53% sobre drogas ilegales ($p < 0,05$ X²). Regresión logística multivariante, la frecuencia del consejo se relaciona con la edad de inicio del consumo.

Conclusiones: el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales es inferior a la población general, pero con un elevado consumo de alcohol tipo binge-drinking. El consejo sanitario es escaso y se relaciona con la edad de inicio del consumo.

Palabras Clave: internado y residencia (Internship and residency), internado no médico (internship nonmedical), alcohol (alcohol), tabaquismo (smoking), droga ilegal (street drug), consejo dirigido (directive counseling).

COMUNICACIÓN ORAL

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas de los especialistas internos residente de una provincia

Valverde Bolívar FJ, Pérez Milena A, Moreno Corredor A

Médico de Familia. UDMFyC Jaén

Título: Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas de los especialistas internos residente de una provincia.

Objetivos: Describir los hábitos de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales de los especialistas internos residentes (EIR) de una provincia.

Diseño: Estudio multicéntrico transversal mediante cuestionario.

Emplazamiento: Centros docentes de una provincia andaluza (5 hospitales, 13 centros de salud).

Material y Método: Cuestionario autoadministrado por e-mail a todos los EIR, recogiendo edad, sexo, especialidad cursada y año, país de origen, consumo cualitativo-cuantitativo de alcohol, tabaco y drogas, edad de inicio/abandono, test de Fagerstrom y consejos contra el consumo en consulta.

Resultados: 215 EIR, 136 respuestas (63%). Edad media 31,7 años ($\pm$ EEM0,7), 70% mujeres, 13% extranjeros, mayoría médicos (6% enfermería). No hay diferencias por edad, sexo o país. TA-

BACO: 19% fuman ($8,9\pm1,6$ cigarrillos/día, inicio $18,4$ años $\pm1,1$), 9% son exfumadores (abandono $29,4$ años $\pm2,2$). Predomina el consumo diario (64%) con dependencia baja (54%). 64% han intentado dejar de fumar ($1,6\pm0,4$ veces): fase contemplativa 57%; precontemplativa 29%; preparación 14%. ALCOHOL: 76% consumen (edad inicio $16,6$ años $\pm0,3$, ingesta semanal $5,7$ UBE $\pm0,4$ [cerveza $2,7$ UBE $\pm0,2$; vino 1 UBE $\pm0,2$; cubatas $2\pm0,3$]), 82% de forma ocasional y 17% fin de semana. Un 18% adopta un patrón binge-drinking (hombres 26%; mujeres 15%). DROGAS: 3% consumen drogas ilegales (cannabis). CONSEJO: 19% refieren aconsejar pocas veces/nunca sobre tabaco en consulta, 29% sobre alcohol y 40% sobre drogas ilegales ($p<0,05$ X²). El consumo de drogas se relaciona con menor consejo en consulta ($p<0,05$ chi²).

Conclusiones: El consumo de tabaco y drogas ilegales es inferior a la población general, a diferencia del alcohol, con elevada prevalencia del consumo binge-drinking. El consejo sanitario es escaso y se afecta por el consumo de drogas.

Palabras Clave: Internship and residency, substance-related disorders, alcohol-related disorders, tobacco use disorder.