

El Alcohol en Atención Primaria. Características diferenciales entre los pacientes dependientes del alcohol que han solicitado o no tratamiento

Alcohol in Primary Care. Differential characteristics between alcohol dependent patients receiving or not treatment

PABLO BARRIO*,***, LAIA MIQUEL*,**,***, JOSE MORENO-ESPAÑA*, ALICIA MARTÍNEZ*, LLUISA ORTEGA*,***, LIDIA TEIXIDOR*,***, JAKOB MANTHEY****, JÜRGEN REHM****_***** , ANTONI GUAL*,**,***

*Grup de Recerca en Addiccions Clínic. Unidad de Conductas Adictivas. Departamento de Psiquiatría. Instituto Clínico de Neurociencias. Hospital Clínico Universitario de Barcelona. Universidad de Barcelona. **IDIBAPS. ***Red de Trastornos Adictivos (RTA). ****Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy & Center of Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies (CELOS), Technische Universität Dresden, Germany. *****Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada. ****Addiction Policy, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Canada. ****Institute of Medical Science, University of Toronto, Faculty of Medicine, Canada. ****Department of Psychiatry, University of Toronto, Canada.

Resumen

A pesar de la elevada morbi-mortalidad de la dependencia del alcohol (DA), pocos pacientes afectados reciben tratamiento. Sin embargo, muchos de ellos son visitados en atención primaria por otras razones. El objetivo del presente estudio es describir las características diferenciales de los pacientes dependientes del alcohol atendidos en Atención Primaria, distinguiendo también entre aquellos que realizan tratamiento o no, y los motivos por los que no lo solicitan.

Se trata de un estudio transversal en el que los pacientes fueron entrevistados tanto por sus médicos de atención primaria (MAP) como por un investigador del estudio. Se recabaron datos sociodemográficos, diagnósticos y clínicos.

De 1372 entrevistados, 118 (8,6%) fueron diagnosticados de DA. Éstos presentaron un nivel socioeconómico más bajo (48,3% vs 33,3%, odds ratio 2,02), más desempleo (32,2% vs 19,2 %, odds ratio 2,11), y mayores niveles de malestar psicológico y de incapacidad. Los que recibían tratamiento (16,9%), tenían más edad (44 vs 36 años), mayores tasas de desempleo (66% vs 25,5%, odds ratio 6,18) y mayor consumo diario de alcohol (61,5 vs 23,7 gramos), sugiriendo una mayor evolución de la enfermedad. La mayoría de variables clínicas analizadas mostraron una mayor comorbilidad en los pacientes afectados de dependencia del alcohol, y dentro de éstos, una mayor gravedad en los que recibían tratamiento respecto a los que no lo hacían. Las principales razones esgrimidas para no acudir a tratamiento fueron la vergüenza, el miedo a dejar de beber y las barreras para acceder al tratamiento. Estos datos sugieren pues la necesidad de implementar estrategias de detección y tratamiento precoces de la DA.

Palabras clave: alcohol, dependencia del alcohol, atención primaria, tratamiento.

Abstract

Despite its high associated morbidity and mortality, few alcohol-dependent (AD) patients receive treatment. However, many use primary health care services for other reasons. The aim of the present study is to describe the differential characteristics of AD patients in primary care, distinguishing between those who receive treatment and those who do not, and their reasons for not seeking it.

In a cross-sectional study patients were evaluated by their general practitioner (GP) and interviewed by a member of the research team. Sociodemographic, diagnostic and clinical data were collected.

From 1,372 patients interviewed in Catalonia, 118 (8.6%) were diagnosed as AD. These patients showed a lower socioeconomic status (48.3% vs 33.3%, odds ratio 2.02), higher unemployment rates (32.2% vs 19.2 %, odds ratio 2.11), and greater psychological distress and disability. Patients with AD receiving treatment (16.9%), were older (44 vs 36 years of age), reported higher unemployment rates (66% vs 25.5%, odds ratio 6.32) and higher daily alcohol consumption (61.5 vs 23.7 grams), suggesting a more advanced disease. Patients with AD in general showed a higher degree of comorbidity compared to other patients, with patients in treatment showing the most elevated level. The main reasons given for not seeking treatment were shame, fear of giving up drinking and barriers to treatment. Taken together, the data suggest the need to implement earlier strategies for the detection and treatment of AD.

Keywords: alcohol, alcohol dependence, primary care, treatment.

Recibido: Febrero 2015; Aceptado: Mayo 2015

Enviar correspondencia a:

Pablo Barrio, c/Villarroel 170 08036, Barcelona. E-mail: pbarrio@clinic.ub.es

El consumo de alcohol es un problema de salud pública de extraordinaria envergadura, tanto a nivel nacional como internacional. A nivel mundial se calcula que un 3,8% de muertes prematuras y un 4,6% de años de vida ajustados por discapacidad perdidos son atribuibles al alcohol (Lim et al., 2012; Rehm et al., 2009). Europa en concreto se sitúa entre las zonas con una mayor prevalencia, con 15 millones de personas afectas de dependencia del alcohol (Rehm et al., 2015b; Wittchen et al., 2011). Esto supone unas claras y bien documentadas repercusiones en la salud, no sólo de los individuos, con múltiples problemas tanto orgánicos como psicológicos e incluso cognitivos (Soler González, Balcells Oliveró y Gual Solé, 2014), sino también de las familias y la sociedad. Del mismo modo implica un aumento en los costes del sistema sanitario, el sistema judicial y el sistema de bienestar social (Ezzati, Lopez, Rodgers, Vander Hoorn y Murray, 2002). En España, el alcohol es la segunda causa de carga de enfermedad, con un 11% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos en personas entre los 15 y los 29 años (Catalá-López, Gènova-Maleras, Alvarez-Martín, Fernández de Larrea-Baz y Morant-Ginestar, 2013), siendo atribuibles al alcohol también un 8,4% y un 12,3% de muertes prematuras en mujeres y hombres, respectivamente, entre los 15 y los 64 años de edad (Rehm, Rehm, Shield, Gmel y Gual, 2013a).

A pesar de la elevada prevalencia de la dependencia del alcohol, la mayoría de pacientes no realiza demanda de tratamiento. De hecho los problemas relacionados con el consumo de alcohol presentan la menor tasa de tratamiento dentro de las enfermedades mentales (Kohn, Saxena, Levav y Saraceno, 2004), estimándose en Europa hasta en un 92% los pacientes afectos que no reciben tratamiento (Alonso et al., 2004). Múltiples estudios previos al respecto señalan la vergüenza y el estigma como una de las causas más importantes (Room, 2005), así como otras razones, como el miedo a dejar de beber, el no conocimiento de las opciones disponibles, o la percepción del tratamiento como ineficaz (Andréasson, Danielsson y Wallhed-Finn, 2013).

Investigaciones previas señalan que los pacientes que acuden a tratamiento presentan características diferenciales respecto a aquellos que no lo hacen. De manera similar, todas ellas muestran que los pacientes en tratamiento presentan mayor edad, tienen más problemas relacionados con el consumo y más problemas de salud comórbidos, así como una situación psicosocial más precaria (Berglund, Fahlke, Berggren, Eriksson y Balldin, 2006).

El objetivo de este estudio es describir las principales diferencias entre los pacientes atendidos en Atención Primaria según si recibieron o no diagnóstico de dependencia del alcohol en los últimos 12 meses, así como describir las diferencias entre los pacientes afectos de dependencia del alcohol según si realizan tratamiento especializado o no, y los motivos por los que no lo solicitan.

Material y métodos

Sujetos y medidas

Este estudio formó parte de un estudio multicéntrico europeo cuya finalidad era conocer la prevalencia de los trastornos por consumo de alcohol, que incluyen el abuso y la dependencia del alcohol, en la población de atención primaria, describir las principales características de los pacientes diagnosticados, evaluar el grado de detección de la enfermedad por parte de los médicos de atención primaria, determinar el porcentaje de pacientes que realiza tratamiento especializado y estudiar las barreras a su acceso. Su metodología se ha descrito ampliamente en un artículo previo (Manthey et al., 2014).

El estudio realizado en Cataluña, de diseño transversal, incluyó 30 médicos de atención primaria seleccionados al azar de 20 centros de Atención Primaria. Sólo 3 rechazaron participar y dos fueron excluidos por tener ya una muestra suficiente. Se solicitó al médico de familia responder a un cuestionario referido a los pacientes visitados durante un día seleccionado al azar. Los pacientes visitados por el médico y que así lo consintieron tras firmar el consentimiento informado, fueron posteriormente entrevistados, el mismo día de la visita, por un investigador del estudio. Se entrevistó a 1994 pacientes. De éstos, sólo de 1372 se obtuvo finalmente el cuestionario rellenado por el médico. Se recogieron también los diagnósticos clínicos realizados por el médico y las diversas medidas de salud y sociodemográficas obtenidas mediante la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (Kessler y Üstün, 2004), que diagnostica la presencia de trastorno por consumo de alcohol en base a los criterios DSM-IV (American Psychiatry Association, 2000), el cuestionario de cribado de Kessler (K10+) (Furukawa, Kessler, Slade y Andrews, 2003; Kessler et al., 2003), que evalúa el malestar psíquico y la World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0.) (Üstün et al., 2010), que evalúa el grado de discapacidad, siendo estos últimos tres administrados por los investigadores del estudio. Nuestra principal variable en el acceso al tratamiento o la obtención de ayuda profesional se deriva de una combinación de las preguntas respectivas al médico y al paciente. La ayuda profesional comprende consejo o asesoramiento, intervención psicológica individual o grupal, o la farmacoterapia. Además de estas preguntas cerradas, había preguntas abiertas respecto al tratamiento recibido y los proveedores de estos tratamientos, que posteriormente se clasificaron en profesionales y no profesionales por los autores. Se utilizó una definición amplia, pero se excluyó a profesionales tales como herbolarios y sacerdotes.

Análisis estadístico

Se realiza una descripción y comparación de los pacientes agrupados según presenten un diagnóstico en los últimos 12 meses de dependencia del alcohol o no. Se realiza también una comparación dentro del subgrupo con dependencia del

alcohol, según los pacientes acudan o no a tratamiento especializado. Dichas comparaciones se realizan mediante modelos de regresión logística o lineal según la naturaleza de la variable, ajustando los resultados por edad y sexo, y aplicando a la significación estadística habitual del 0.05 la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples.

Resultados

De los 1372 pacientes que fueron entrevistados y para los cuales se obtuvo también el cuestionario relleno por su médico de atención primaria una vez visitados por éste, 118 (8,6%) fueron diagnosticados de dependencia del alcohol, ya fuese por el médico o mediante la CIDI.

La tabla 1 muestra las diferencias en las variables estudiadas entre los pacientes que acuden a Atención Primaria, según sean dependientes del alcohol o no. De entre dichas variables, destaca una mayor proporción de pacientes que

se clasifican debajo del nivel socioeconómico medio, con peores resultados para la cohorte dependiente (48,3% vs 33,3%), que además presentó mayores tasas de desempleo (32,2% vs 19,2%), de fumadores (54,2% vs 28,7%), de malestar psíquico grave (15,3% vs 7,6%) y de puntuación en la escala de discapacidad WHODAS (15,06 vs 10,97). Los pacientes dependientes del alcohol fueron también más jóvenes (37,4 años (DE 13,0) vs 43,7 (DE 12,8)). Todas estas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas incluso tras ajustar por edad y sexo. Existieron además mayores tasas de depresión, ansiedad y problemas hepáticos en la cohorte dependiente del alcohol, sin que las diferencias alcanzaran la significación estadística. Los pacientes con dependencia del alcohol consumieron más gramos de alcohol al día (30,1 vs 4,7; $p < 0.001$), presentando también mayores tasas de consumo en forma de atracones (5,9% vs 0,2%; $p < 0.001$).

Tabla 1. Comparación de variables clínicas y sociodemográficas en pacientes sin y con diagnóstico de dependencia del alcohol

	No diagnóstico de DA (N=1254)	Diagnóstico DA por CIDI o MAP (N=118)	Odds ratio (95 % intervalo de confianza)	Coefficiente de regresión (95% intervalo de confianza)
Edad media (DE)	43.7 (12.8)	37.4 (13)		-6.541 (-8.99 - -4.09) $p < 0.001$ b
Nivel socioeconómico bajo % (IC)	33.3 (30.69 - 35.91)	48.3 (39.28 - 57.32)	2.02 (1.37 - 3) $p < 0.001$ b	
Desempleados % (IC)	19.2 (17.02-21.38)	32.2 (23.77-40.63)	2.11 (1.38 - 3.24) $p = 0.001$ b	
Fumadores % (IC)	28.7 (26.2-31.2)	54.2 (45.24 -63.1)	2.32 (1.56 - 3.45) $p < 0.001$ b	
Hipertensión % (IC)	15.7 (13.69 - 17.71)	11.9 (6.06 - 17.74)	1.11 (0.59 - 2.1) $p = 0.749$	
Problemas hepáticos % (IC)	1.7 (0.98 - 2.42)	4.2 (0.58 - 7.58)	2.68 (0.945 - 7.59) $p = 0.064$	
Depresión % (IC)	10.7 (9.0 - 12.41)	14.4 (8.07 - 20.73)	2.25 (1.26 - 4.02) $p = 0.006$	
Ansiedad % (IC)	16.3 (14.26 - 18.34)	17.8 (10.9 - 24.7)	1.47 (0.88 - 2.46) $p = 0.14$	
K10 % (IC)	7.6 (6.13 - 9.07)	15.3 (8.8 - 21.8)	2.67 (1.51 - 4.73) $p = 0.001$ b	
Puntuación total media (DE)	8.63 (7.2)	11.9 (8.4)		3.95 (2.55 - 5.35) $p < 0.001$ b
WHODAS 2.0 media (DE)	2.49 (6.4)	3.83 (7.8)		1.22 (-0.036 - 2.48) $p = 0.053$
Número de días incapaz de llevar a cabo actividades habituales o trabajo debido a razones de salud.				
Puntuación total (DE)	10.97 (13.5)	15.06 (16.02)		5.16 (2.5 - 7.82) $p < 0.001$ b
Cantidad de alcohol diaria (en gramos) media (DE)	4.7 (10.8)	30.1 (45.7)		23.94 (20.69 - 27.18) $p < 0.001$ b
Consumo excesivo de alcohol crónico % (IC)	0.1% (0.00 - -0.27)	7.6% (2.82 - 12.38)	102.47 (12.01 - 868.88) $p < 0.001$ b	
Al menos 100g de alcohol diarios				
Consumo en atracones % (IC)	0.2% (0 - 0.45)	5.9% (1.65 - 10.15)	23.01 (4.31 - 122.88) $p < 0.001$ b	
Al menos 200g de etanol a la semana				

Nota. DA= Dependencia del alcohol en los últimos 12 meses. CIDI= Composite International Diagnostic Interview. MAP= Médico de Atención Primaria. DE= desviación estándar. IC= intervalo de confianza al 95%. IMC= Índice de Masa Corporal. K10= Escala de malestar psicológico de Kessler. Punto de corte para malestar psicológico severo de 21 puntos, en una escala de 0 a 40. WHODAS 2.0= World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0, rango de puntuaciones de 0 a 100.

a Coeficientes de regresión ajustados por sexo y edad.

b p significativa con corrección de Bonferroni ($p < 0.05/16 = 0.003125$)

Tabla 2. Razones para no acudir a tratamiento

	n (total=94)
Miedo a dejar de beber	11
Vergüenza	18
Tratamiento deseado no ofrecido	7
Estigma	8
Negación	1
Barrera	11
Tratamiento considerado ineficaz	1
No sabía cómo acceder/No sabía que existía	1
Falta de voluntad	1
Falta de información	1
Inexistencia de ayuda profesional	1
Considerar alcohol distinto a otras drogas	1
Es una enfermedad sin cura	1

Solamente 20 (16,9%) de los pacientes dependientes del alcohol recibían tratamiento en el momento del estudio. De estos 20 pacientes, el MAP diagnosticó a 14 como dependientes, mientras que la CIDI hizo lo propio con 19. Un paciente pues fue diagnosticado por el MAP y no por la CIDI. La tabla 2 recoge las principales razones que los encuestados dieron como causa de no acudir o recibir dicho tratamiento. La vergüenza y el estigma, con un 27,6% del total de respuestas fueron el motivo principal, seguido del miedo a dejar de beber y las barreras de acceso, ambas con un 11,7% de las respuestas.

En la tabla 3 se pueden ver las diferencias en las variables estudiadas entre los pacientes que acuden a tratamiento y los que no lo hacen. Se encontró una mayor edad en los que acuden a tratamiento (44 años vs 36 años), aunque tras aplicar la penalización estadística por comparaciones múltiples la diferencia no resultó significativa. La proporción de desempleo fue estadísticamente superior para el grupo que acude a tratamiento (65% vs 25,5%). También de manera significativa los gramos de alcohol consumidos diariamente fueron superiores para el subgrupo que recibe tratamiento

Tabla 3. Diferencias entre pacientes dependientes del alcohol según reciben o no tratamiento

	No tratamiento (N=98)	Tratamiento (N=20)	Odds ratio (95% intervalo de confianza)	Coefficiente de regresión (95% intervalo de confianza)
Edad media (DE)	35.98 (13.12)	44.05 (10.5)		8.1 (1.93 - 14.28) p=0.011
Nivel socioeconómico bajo % (IC)	49 (39.1 - 58.9)	45 (23.2 - 66.8)	0.74 (0.27 - 2) p=0.551	
Desempleados % (IC)	25.5 (16.9 - 34.1)	65 (44.1 - 85.9)	6.3 (2.14 - 18.67) p=0.001 b	
Fumadores % (IC)	49.4 (39.5 - 59.3)	68.4 (48 - 88.8)	2.24 (0.76 - 6.6) p=0.143	
Hipertensión % (IC)	13.3 (6.6 - 20)	5 (0.00 - 14.55)	0.152 (0.016 - 1.41) p=0.098	
Problemas hepáticos % (IC)	4.1 (0.17 - 8)	5 (0.00 - 14.55)	0.81 (0.081 - 8.2) p=0.862	
Depresión % (IC)	13.3 (6.6 - 20)	20 (2.5 - 37.5)	1.23 (0.33 - 4.56) p=0.753	
Ansiedad % (IC)	14.3 (7.4 - 21.2)	35 (14.1 - 55.9)	3 (0.98 - 9.2) p=0.054	
K10 severa % (IC)	14.3 (7.4 - 21.2)	20 (2.5 - 37.5)	1.25 (0.348 - 4.45) p=0.731	
Puntuación total media (DE)	11.2 (8.1)	15.3 (9)		3.5 (-0.54 - 7.6) p=0.088
WHODAS 2.0 media (DE)	3.1 (6.8)	7.5 (10.9)		4 (0.2 - 7.9) p=0.039
Número de días incapaz de llevar a cabo actividades habituales o trabajo debido a razones de salud.				
Puntuación total media (DE)	113.7 (14.2)	21.8 (22.3)		7 (-0.91 - 14.94) p=0.028
Cantidad de alcohol diaria (en gramos) media (DE)	23.7 (33.3)	61.5 (77.4)		39.4 (17.5 - 61.4) p<0.001 b
Consumo excesivo de alcohol crónico % (IC)	4.1 (0.17 - 8)	25 (6 - 44)	8.7 (1.88 - 40.3) p=0.006	
Al menos 100g de alcohol diarios				
Consumo en atracones % (IC)	5.1 (0.74 - 9.5)	10 (0.0 - 23.15)	4.3 (0.6 - 30.66) p=0.146	
Al menos 200g de etanol a la semana				

Nota. DA= Dependencia del alcohol en los últimos 12 meses. CIDI= Composite International Diagnostic Interview. MAP= Médico de Atención Primaria. DE= desviación estándar. IC= intervalo de confianza al 95%. IMC= Índice de Masa Corporal. K10= Escala de malestar psicológico de Kessler. Punto de corte para malestar psicológico severo de 21 puntos, en una escala de 0 a 40. WHODAS 2.0= World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0, rango de puntuaciones de 0 a 100.

a Coeficientes de regresión ajustados por sexo y edad.

b p significativa con corrección de Bonferroni (p<0.05/16=0.003125)

(61,5 vs 23,7). Aunque no alcanzaron significación estadística, el grupo que acude a tratamiento presentó también mayor proporción de fumadores, depresión, ansiedad, malestar psicológico, nivel de discapacidad y consumo en forma de atracones.

Discusión

Este estudio pone de manifiesto una clara diferenciación de los pacientes dependientes del alcohol respecto al global de pacientes que son atendidos en los centros de atención primaria, destacando una mayor discapacidad, un mayor malestar psicológico, una peor situación socioeconómica y mayores tasas de desempleo. Todos estos datos apuntan a un hecho ya conocido, como son las repercusiones, tanto somáticas como psicosociales, que la dependencia alcohólica impone a los pacientes afectados. Destaca también la escasa proporción de pacientes que reciben tratamiento y la vergüenza y el estigma como principales causas de ello.

Si analizamos con detalle las diferencias clínicas entre los pacientes que acuden o no a tratamiento se observa que los pacientes que acuden a tratamiento son más graves, presentan una mayor edad, beben más cantidades, y sufren más repercusiones derivadas de la dependencia del alcohol: mayor proporción de desempleo, ansiedad, depresión y discapacidad. Aunque investigaciones previas han demostrado la existencia de los alcoholismos no progresivos o de curso intermitente (Vaillant, 2003), la DA comporta por regla general un empeoramiento de la enfermedad a lo largo del tiempo. La edad media de los pacientes del grupo en tratamiento fue mayor, aunque tras ajustar por comparaciones múltiples la diferencia no fue estadísticamente significativa. Aún así, la mayor edad y mayor gravedad observada en el subgrupo de pacientes que solicita tratamiento, invita a pensar que sólo cuando se alcanzan cotas altas de gravedad se consigue que los pacientes acudan a tratamiento. En otras palabras, médicos y pacientes parecen actuar de acuerdo al viejo mito que sólo contempla la recuperación del alcohólico cuando 'ha tocado fondo'. Desde una perspectiva sanitaria en cambio, de estos datos se deduce precisamente lo contrario: la necesidad de intervenciones más tempranas con la finalidad, precisamente, de evitar la progresión de la enfermedad a niveles de mayor severidad. En este punto merece la pena destacar los datos de un estudio reciente (Miquel et al., 2015) donde se aprecia que los médicos de atención primaria reconocen más la dependencia del alcohol en pacientes de mayor edad, mientras que las entrevistas semiestructuradas como la CIDI identifican a este grupo de pacientes de manera más temprana. Todo esto, sumado a los enormes costes que la enfermedad supone para la sociedad (Rehm et al., 2009), hace resaltar la idea de implementar el cribado universal de la dependencia alcohólica mediante herramientas diseñadas para tal efecto en atención primaria, tal y como ya recomiendan múltiples

guías (Anderson, Gual y Colom, 2005; Moyer, 2013; Pascual, Guardia, Pereiro y Bobes, 2013). Esto permitiría una detección temprana de la enfermedad y brindaría la posibilidad de prevenir su progresión. Además, el hecho que en nuestra muestra un 30% de los pacientes que acuden a tratamiento no fueran diagnosticados por su MAP como dependientes del alcohol, hace resaltar dicho cribado universal como una opción más para mejorar las tasas de tratamiento.

Aun así, tal y como estudios previos ya han demostrado (Alonso et al., 2004; Kohn et al., 2004), sigue existiendo un grave problema en relación a la baja proporción de pacientes que reciben o solicitan tratamiento. Nuestro estudio encuentra que sólo el 16,98% de pacientes afectados de dependencia del alcohol acude a tratamiento, cifra que se sitúa entre el 8,3% y el 21,9% señalado por los estudios mencionados previamente; pero resulta inferior que los datos obtenidos en el conjunto de países europeos (20,4%) (Rehm et al., 2015a). En cualquier caso, todos los estudios coinciden en señalar que los problemas relacionados con el alcohol son, dentro de las enfermedades mentales, los que menor tasa de tratamiento presentan.

El motivo principal para la ausencia de tratamiento es la vergüenza, seguida del miedo a dejar de beber y las barreras de acceso al tratamiento, datos que concuerdan con estudios previos (Andréasson et al., 2013; Room, 2005). Una forma de reducir la vergüenza y el estigma asociados puede ser la introducción de parámetros cuantitativos como el "heavy use over time (consumo intensivo acumulado)", que permite describir los problemas generados por el alcohol en un continuum, evitando por tanto las etiquetas estigmatizadoras (alcohólico versus no alcohólico) (Rehm et al., 2013b). Por otro lado, las barreras de acceso cuentan con un 11,7% de las respuestas, hecho que implica, por parte de los proveedores, la necesidad de mejorar todavía el acceso de los pacientes a tratamiento.

Diversas limitaciones metodológicas han de considerarse a la hora de interpretar los resultados del estudio. Primero y más importante, se trata de un estudio transversal, lo cual impide establecer relaciones causales de manera fehaciente. Mucha de la información obtenida fue a través de entrevistas e instrumentos de auto-informe, hecho que implica la posibilidad de sesgos, aunque estudios previos sugieren que para los instrumentos utilizados el riesgo es bajo (Furukawa et al., 2003; B. Ustün et al., 1997). También debemos ser cautos a la hora de interpretar los datos derivados de la comparación de los pacientes dependientes del alcohol que acuden a tratamiento y los que no, debido a que el tamaño muestral de uno de los grupos es pequeño. Por otro lado, cabe destacar como fortalezas del estudio el elevado índice de participación por parte de los MAP, así como una amplia validez externa al haber contado con diversos centros de atención primaria del territorio. En este sentido, nuestros resultados están en consonancia con la mayoría de estudios previos existentes.

Conclusiones

Los pacientes dependientes del alcohol constituyen un colectivo claramente diferenciado del resto de pacientes en el ámbito de la Atención Primaria. Son pacientes más graves, con más comorbilidades tanto somáticas como psiquiátricas. A pesar de esto, muchos de ellos pasan desapercibidos para los profesionales que los atienden, y como estudios previos han apuntado, la proporción que recibe tratamiento es francamente baja. Los datos sugieren, además, que los que reciben tratamiento son aquellos cuya dependencia ha progresado a una gravedad mayor, habiendo desarrollado más consecuencias negativas, haciendo presu- poner un peor pronóstico. En su conjunto, el estudio sugiere la necesidad de implementar estrategias de cribado y tratamiento más tempranas, siendo necesario también tener en cuenta las principales razones que los pacientes esgrimen para no acudir a tratamiento y los medios disponibles para superarlas.

Financiación y conflicto de intereses

Este estudio ha sido realizado con la financiación de Lundbeck (subvención 414209). El patrocinador no ha tenido ninguna influencia en el diseño del estudio, la recogida, el análisis ni la interpretación de los datos. Tampoco no ha intervenido en la escritura del artículo.

Este trabajo también ha sido financiado por el proyecto RD12/0028/0016, integrado en el Plan Nacional de I+D+I y cofinanciado por el ISCIII-Subdirección General de Evaluación y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

El Dr. Antoni Gual ha recibido subvención económica de Lundbeck, D&A Pharma y TEVA así como honorarios de parte de Lundbeck, D&A Pharma y Abbvie durante el estudio que no tienen relación con el trabajo presentado.

La Dra. Laia Miquel y el Dr. Pablo Barrio han recibido honorarios de Lundbeck que no tienen relación con éste trabajo.

El resto de autores no presentan conflicto de intereses para el estudio.

Agradecimientos

Se agradece a todos los médicos de atención primaria seleccionados su participación en el estudio.

Bibliografía

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Vollebergh, W. A. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 21–27. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC.
- Anderson, P., Gual, A. y Colom, J. (2005). *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. Department of Health. of the Generalitat of Catalonia, Barcelona.
- Andréasson, S., Danielsson, A. K. y Wallhed-Finn, S. (2013). Preferences regarding treatment for alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 48, 694–699. doi:10.1093/alcalc/agt067
- Berglund, K., Fahlke, C., Berggren, U., Eriksson, M. y Ballidin, J. (2006). Individuals with excessive alcohol intake recruited by advertisement: demographic and clinical characteristics. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 41, 200–204. doi:10.1093/alcalc/agh244
- Catalá-López, F., Gènova-Maleras, R., Alvarez-Martín, E., Fernández de Larrea-Baz, N. y Morant-Ginestar, C. (2013). Burden of disease in adolescents and young people in Spain. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental*, 6, 80–85. doi:10.1016/j.rpsm.2012.07.002
- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S. y Murray, C. J. L. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 360, 1347–1360. doi:10.1016/S0140-6736(02)11403-6
- Furukawa, T. A., Kessler, R. C., Slade, T. y Andrews, G. (2003). The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 33, 357–362. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12622315>
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., ... Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60, 184–189. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12578436>
- Kessler, R. C. y Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, 93–121. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15297906>
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. y Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858–866. doi:S0042-96862004001100011
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ... Memish, Z. A. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2224–2260. doi:10.1016/S0140-6736(12)61766-8

- Manthey J., Gual A., Jakubczyk A., Pieper L., Probst C. y Struzzo P. (2014). Alcohol dependence in primary care in Europe (APC) study: Design, instruments and first results. Toronto, Canada: Center for Addiction and Mental Health.
- Miquel, L., Barrio, P., Moreno-España, J., Ortega, L., Manthey, J. y Gual, A. (2015). *Detección y prevalencia del trastorno por uso de alcohol en los centros de atención primaria de Cataluña*. Manuscrito remitido para publicación.
- Moyer, V. A. (2013). Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 159, 210–218. doi:10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00652
- Pascual, F., Guardia, J., Pereiro, C. y Bobes, J. (2013). Alcoholismo. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL).
- Rehm, J., Allamani, A., Vedova, R. Della, Elekes, Z., Jakubczyk, A., Landsmane, I., ... Wojnar, M. (2015a). General practitioners recognizing alcohol dependence: a large cross-sectional study in 6 European countries. *Annals of Family Medicine*, 13, 28–32. doi:10.1370/afm.1742
- Rehm, J., Anderson, P., Barry, J., Dimitrov, P., Elekes, Z., Feijão, F., ... Gmel, G. (2015b). Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe. *European Addiction Research*, 21, 6–18. doi:10.1159/000365284
- Rehm, J., Marmet, S., Anderson, P., Gual, A., Kraus, L., Nutt, D. J., ... Gmel, G. (2013a) Defining substance use disorders: do we really need more than heavy use? *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 48, 633–640. doi:10.1093/alcalc/agt127
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y. y Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373, 2223–2233. doi:10.1016/S0140-6736(09)60746-7
- Rehm, J., Rehm, M. X., Shield, K. D., Gmel, G. y Gual, A. (2013b). Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment-based interventions on alcohol dependence. *Adicciones*, 25, 11–18. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23487275>
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24, 143–155. doi:10.1080/09595230500102434
- Soler González, C., Balcells Oliveró, M. y Gual Solé, A. (2014). Alcohol related brain damage. State of the art and a call for action. *Adicciones*, 26, 199–207. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25314035>
- Ustün, B., Compton, W., Mager, D., Babor, T., Baiyewu, O., Chatterji, S., ... Sartorius, N. (1997). WHO Study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instruments: overview of methods and results. *Drug and Alcohol Dependence*, 47, 161–169. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9306042>
- Ustün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., ... Pull, C. (2010). Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 815–823. doi:10.2471/BLT.09.067231
- Vaillant, G. E. (2003). A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction (Abingdon, England)*, 98, 1043–1051. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12873238>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 21, 655–679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018