

Detección y abordaje de los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña

Lidia Segura García^a, Antoni Gual Solé^b, Olga Montserrat Mestre^a, Ángela Bueno Belmonte^a y Joan Colom Farran^a

Objetivo. Conocer el grado de implementación de las estrategias de detección e intervención en los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña.

Diseño. Estudio de evaluación del impacto de la diseminación de un programa de formación de los profesionales de atención primaria (AP) en la detección e intervención en los problemas de alcohol. Análisis descriptivo de la situación basal a partir de las entrevistas a pacientes, profesionales y el vaciado de las historias clínicas.

Emplazamiento. Áreas básicas de salud (ABS) de Cataluña en el 2001.

Participantes. Participaron 28 ABS seleccionadas aleatoriamente, 973 pacientes, 80 profesionales y 852 historias clínicas auditadas.

Mediciones principales. Se recogieron datos sobre el nivel de cribado e intervención en el consumo de alcohol en la atención primaria a través de cuestionarios a profesionales y a pacientes y la auditoría de las historias clínicas.

Resultados. Se observa una importante disparidad en los datos obtenidos a partir de las 3 fuentes. Así, el cribado de consumo y el consejo se registran mucho menos en la historia clínica de lo que los pacientes dicen recibirlo y de lo que los profesionales dicen hacerlo. Además, la mayor parte de los bebedores de riesgo atendidos en AP no son detectados y presentan diferencias significativas en cuanto al sexo, la profesión, la familiaridad con el centro y el hecho de haberles preguntado o no sobre su consumo de alcohol, en relación con los no bebedores de riesgo.

Conclusiones. Dadas las deficiencias detectadas en la actividad preventiva de AP en relación con el consumo de alcohol y las enormes repercusiones sociales y sanitarias que ocasiona el consumo de alcohol en la población general, creemos que está ampliamente justificado impulsar la implementación en AP de programas específicos de formación sobre técnicas de cribado e intervención breve en los problemas de alcohol.

Palabras clave: Alcohol. Atención primaria. Detección. Intervención breve.

DETECTION AND HANDLING OF ALCOHOL PROBLEMS IN PRIMARY CARE IN CATALONIA

Objective. To gain information on how well strategies for alcohol problem detection and interventions are being implemented in primary care in Catalonia, Spain.

Design. Longitudinal pre/post study to evaluate the impact of the distribution to primary care professionals of a training programme for detecting alcohol problems and intervening in them. Descriptive analysis of the basic situation, using interviews with patients and professionals and examination of clinical histories (CH).

Setting. Health districts that existed in Catalonia in 2001.

Participants. Twenty eight health districts, 973 patients, 80 professionals, and 852 clinical histories examined.

Main measurements. Data were collected, by means of questionnaires for professionals and patients and of ad-hoc instruments for examining clinical histories, on the levels of primary care screening for alcohol consumption and of intervention.

Results. There was a major disparity in the data between the 3 sources. Thus the screening of consumption and counselling was recorded much less in the CHs than amounts that patients said they received and that professionals said they performed. In addition, most of the at-risk drinkers that were seen in PC were not detected. On comparing them with non-risk drinkers we found significant differences in sex, job, familiarity with the centre and having been asked or not about their alcohol consumption.

Conclusions. Given the deficiencies found in PC preventive activity on alcohol consumption and as alcohol consumption has such huge social and health repercussions on the general population, we think it is fully justified to introduce into PC specific training programmes on screening and brief intervention techniques for alcohol problems.

Key words: Alcohol. Primary care. Detection. Brief intervention.

^aÒrgan Tècnic de Drogodependències del Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona. España.

^bUnitat de Alcoholologia de la Generalitat. Institut de Neurociències. Hospital Clínic. IDIBAPS. Barcelona. España.

Correspondencia:
L. Segura.
Òrgan Tècnic de Drogodependències. Departament de Salut
Generalitat de Catalunya.
Travessera de les Corts, 131-159.
08028 Barcelona. España.
Correo electrónico:
lidia.segura@gencat.net

Manuscrito recibido el 24 de mayo de 2005.
Manuscrito aceptado para su publicación el 5 de septiembre de 2005.

Fuente de financiación: Òrgan Tècnic de Drogodependències del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Introducción

El alcohol es un factor de riesgo de numerosos problemas físicos y psicosociales, el cual se incrementa a medida que aumenta el consumo. El 67,7% de la población catalana entre 15 y 64 años dice haber consumido alcohol en el transcurso de los últimos 30 días¹, y un 9,5%¹ es bebedor de riesgo² (más de 280 g de alcohol por semana en varones y más de 168 g en mujeres). Entre los jóvenes de 14 a 29 años, el 12,7% es bebedor de riesgo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2002 los problemas relacionados con el consumo de alcohol contribuyeron a un 4% de la morbilidad total en el mundo. El alcohol ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo para la salud en los países desarrollados, medido en años de vida perdidos ajustados por discapacidad³. El consumo de riesgo es común en los pacientes que acuden a los centros de atención primaria (CAP) y en los países europeos su prevalencia oscila entre el 2,1-41% en varones y el 0,8-21% en mujeres⁴. Diferentes estudios han evidenciado que cualquier programa de prevención en materia de alcohol ha de incorporar instrumentos de cribado válidos y fiables, técnicas de intervención breve e implicar a las redes de atención primaria de salud⁵⁻⁹.

En Cataluña, en el marco de la Phase IV del WHO Collaborative Study on Early Alcohol Interventions in Primary Health Care Settings⁵⁻⁸, se está difundiendo el programa Beveu Menys con el objetivo de reducir la incidencia y la prevalencia de los trastornos relacionados con el alcohol. Dicho programa pretende formar a todos los profesionales mediante un protocolo de intervención estandarizado basado en la detección precoz y el consejo breve a los bebedores de riesgo. En el marco del programa se llevó a cabo una evaluación de la situación antes y después de la diseminación de éste con un doble objetivo: por un lado, disponer de datos sobre el grado de implementación de las estrategias de detección e intervención en los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña y, por otro, evaluar su impacto. En el presente artículo se presenta el análisis descriptivo de la situación basal.

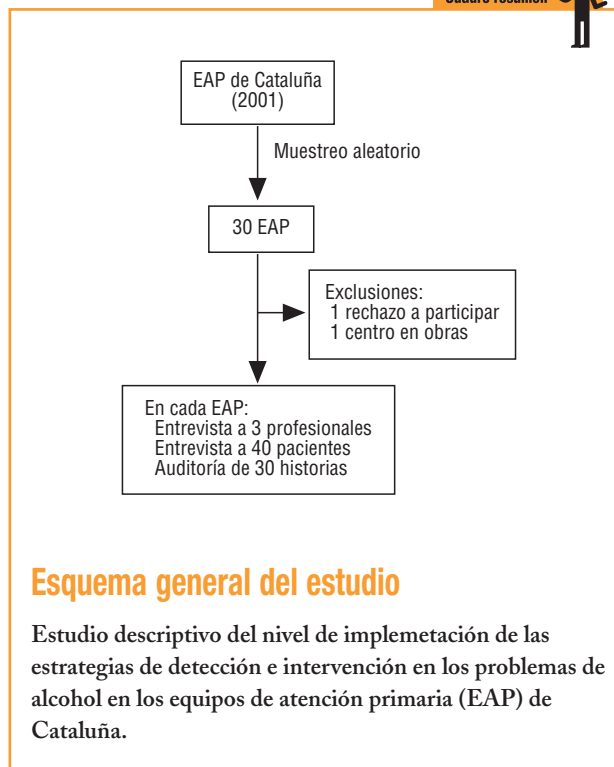
Sujetos y método

Población de estudio

Para disponer de una muestra representativa de áreas básicas de salud (ABS) de toda Cataluña, se estimó el tamaño de la muestra de historias clínicas (HC), pacientes y médicos a través de un proceso de simulación y el cálculo de la potencia empírica para cada combinación, asumiendo la máxima dispersión intra-ABS (desviación estándar [DE], 0,05). Se asumió *a priori* que la intervención formativa causaría un incremento del 10-20% en el registro

Material y métodos

Cuadro resumen



de la ingesta etílica. El modelo determinó la selección aleatoria de un 10% del total de 262 ABS, y de 40 pacientes, 3 profesionales y 30 HC por cada ABS. Se seleccionaron 30 ABS pero se evaluaron 28, puesto que una rechazó participar y otra estaba en obras (tabla 1). En el anexo 1 (disponible en internet) se detallan las ABS con sus características y el número de registros.

El equipo de evaluación estaba compuesto por 3 evaluadoras. Los equipos de atención primaria (EAP) estaban al corriente del proceso de evaluación. Los pacientes se seleccionaron mediante muestreo temporal por intervalos de 15 min y fueron entrevistados al salir de 2 consultas seleccionadas por muestreo aleatorio simple. Se garantizó el anonimato de las respuestas. Los médicos y las enfermeras se seleccionaron por muestreo aleatorio simple sin reemplazo, entre los que trabajaban el día de la evaluación y respondieron anónimamente. Las 30 HC se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple sin reemplazo del total de visitas realizadas el día anterior.

Se obtuvieron 973 (87% del total previsto) entrevistas a pacientes, 80 (95%) entrevistas a profesionales y 852 (101%) HC. Las variables medidas con cada instrumento de recogida de datos se detallan en el anexo 2 (disponible en la versión electrónica).

Análisis estadístico

Para el proceso y el análisis estadístico de los datos se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS (versión 11.0.1.) y SAS (versión 8.2.) para Windows. Las diferencias estadísticas fueron consideradas significativas para valores de $p < 0,05$. Los valores perdidos no fueron reemplazados. Se realizó un análisis de la muestra mediante parámetros descriptivos. Los datos cualitativos se analizaron con el test de la χ^2 con la corrección de Yates cuando fue necesario. El grado de asociación se valoró con el estadístico V de Cramer. Para estudiar la interacción entre categorías se realizó un

análisis *log*-lineal y se empleó el diseño saturado en cada uno de los análisis.

Resultados

Profesionales

El 68,8% eran mujeres y la media de edad era de $44,3 \pm 8,5$ años. El 55% eran médicos y el 45%, enfermeras. Su experiencia en atención primaria era de $14,1 \pm 8,0$ años, realizaban una media de $125,9 \pm 62,2$ consultas por semana y tenían un cupo de pacientes por profesional de alrededor de 1.983 ± 361 .

Un 30% manifestó no tener ninguna formación en temas de alcohol; un 18,8%, tener menos de 4 h; un 21,3%, entre 4 y 10 h; un 21,3%, entre 10 y 40 h, y un 8,8%, más de 40 h.

Manifestaron hacer cribado del consumo de alcohol en un 46,7% de los pacientes atendidos (0-99), y en cuanto a los instrumentos, el 14,5% dijo no utilizar ningún método estandarizado; el 48,7%, la impresión clínica; el 7,9%, el audit y el 28,9% otros métodos no especificados. Refirieron que el 3,9%, (0-25) de los pacientes que visitaban eran bebedores de riesgo y que el 1,2% (0-10) eran dependientes del alcohol.

En relación con los hábitos de consumo de los propios profesionales, el 8% ($n = 2$) de los varones y el 14,5% ($n = 8$) de las mujeres fueron identificados como bebedores de riesgo mediante el audit-C¹¹.

Historias clínicas

El 42,3% de las HC auditadas pertenecía a varones con una edad media de $54,5 \pm 20,1$ años. Sólo en un 17,6% de las HC constaban los estudios y, en éstas, el 74% eran estudios primarios. La profesión se encontró en un 29,3% de HC, con un 23,3% de jubilados, un 19,7% de amas de casa y un 49,4% de profesionales en activo. El 33,3% de las historias reflejaba que el paciente acudía al centro como mínimo una vez al mes y el 36,3%, una vez cada 3 meses. Sólo en el 26,4% de las HC revisadas se había registrado el consumo de alcohol: en un 27,3% mediante impresión clínica y en un 24,1% mediante registros no especificados o incompletos, sin que constase la cantidad consumida. De los pacientes a los que se interrogó sobre su consumo alcohólico, sólo en el 9,2% de las HC constaba que se les hubiese administrado un consejo médico para la reducción del consumo. Finalmente, el diagnóstico de consumo de riesgo se encontró en el 3,2% de las historias clínicas auditadas.

Pacientes

Los pacientes entrevistados tenían una media de edad de $52,8 \pm 18,6$ años y el 35,8% eran varones. El 65,6% había cursado como máximo estudios primarios. El 28,2% estaba jubilado, el 22,4% eran amas de casa y el 44,7%, profesional en activo. El 33,6% decía visitarse en atención primaria como mínimo una vez al mes y el 30,3% una vez

TABLA 1 Representatividad de la muestra respecto al total de áreas básicas de salud de Cataluña existentes en 2001

	Muestra		Total ABS Catalunya	
	N (n = 28)	%	N (n = 296)	%
Región sanitaria				
Barcelona ciutat	2	7,1	48	16,2
Barcelona nord i Maresme	5	17,9	34	11,5
Centre	10	35,7	61	20,6
Costa ponent	3	10,7	52	17,6
Girona	2	7,1	33	11,1
Lleida	3	10,7	26	8,8
Tarragona	3	10,7	33	11,1
Tortosa	–	–	9	3,0
Urbana/rural				
1 (extremo urbano)	12	42,9	111	37,5
2	7	25,0	75	25,3
3	3	10,7	29	9,8
4	4	14,3	46	15,5
5	–	–	22	7,4
6 (extremo rural)	2	7,1	13	4,4
Proveedor				
Institut Català Salut	22	78,6	245	82,8
Otros	6	21,4	51	17,2

cada 3 meses. Respecto al consumo de alcohol, el 51,1% refirió que nunca le habían preguntado sobre su consumo y el 23,3% que se lo habían preguntado hacía más de un año. De los que se había preguntado, sólo un 16,9% había recibido algún consejo al respecto. En este colectivo, el audit-C detectó un 18,3% de bebedores de riesgo (un 23,9% en varones y un 15,3% en mujeres).

Análisis comparativo de las tres fuentes de información

En la tabla 2 se resumen los datos sobre el cribado y la intervención obtenidos a través de las 3 fuentes utilizadas,

TABLA 2 Grado de implementación de las estrategias de cribado y consejo en función de las tres fuentes

	Pacientes	Historias	Profesionales
Cribado	49,9	26,4	46,7
Método		24,1	14,5
Ninguno/incompleto		–	7,9
Audit		27,3	48,7
Impresión clínica		39,6	–
Cantidad/frecuencia		10,6	28,9
Otros (analítica)		27,3	48,7
Consejo (en los cribados)	16,9	9,2	51,3
Consumo de riesgo	18,3	3,2	3,9

TABLA 3 Características sociodemográficas de los pacientes

	Audit negativo	Audit positivo	Análisis	
	N (%)	N (%)	χ^2 (global)	p
Sexo^b				
Varón	264 (33,5)	82 (46,3)	10,41 (1)	< 0,001
Mujer	525 (66,5)	95 (53,7)		
Edad (años)				
15-35	177 (22,4)	45 (25,4)	5,53 (3)	0,14
36-55	220 (27,9)	57 (32,2)		
56-75	295 (37,4)	63 (35,6)		
> 76	97 (12,3)	12 (6,8)		
Estudios				
Primarios	521 (66)	113 (63,8)	2,11 (4)	0,55
Secundarios	180 (22,8)	48 (27,1)		
Universitarios	72 (9,1)	14 (7,9)		
Profesión^b				
Jubilados	230 (29,4)	40 (22,7)	20,66 (4)	< 0,0001 ^a
Estudiantes	16 (2)	3 (1,7)		
Amas de casa	189 (24,1)	26 (14,8)		
En paro	24 (3,1)	2 (1,1)		
En activo	324 (41,4)	105 (59,7)		

^aAl tener el 20% de las casillas frecuencias esperadas inferiores a 5, se ha aplicado el test exacto de Fisher.

^bV de Cramer para sexo $V = 0,1040$ y para profesión $V = 0,1465$.

TABLA 4 Diferencias entre los grupos

	Audit negativo	Audit positivo	Análisis	
	N (%)	N (%)	χ^2 (global)	p
Familiaridad*				
Primera visita	16 (2,1)	3 (1,7)	15 (5)	0,01
Una vez o más al mes	275 (35,4)	45 (25,7)		
Cada 3 meses	242 (31,2)	46 (26,3)		
Cada 6 meses	137 (17,7)	43 (24,6)		
Una vez al año	68 (8,8)	25 (14,3)		
Menos de una vez al año	38 (4,9)	13 (7,4)		
Cribado sobre el consumo*				
Hoy	34 (4,3)	15 (8,7)	19,99 (4)	< 0,001
< 3 meses	60 (7,6)	26 (15)		
> 3 meses < 1 año	88 (11,2)	22 (12,7)		
> 1 año	181 (23,1)	42 (24,3)		
Nunca	422 (53,8)	68 (39,3)		
Consejo				
Sí	40 (5,3)	18 (11,2)	5,25 (2)	0,0723
No	256 (33,8)	59 (36,6)		
No lo recuerdo	9 (1,2)	1 (0,6)		

*V de Cramer para familiaridad = 0,13 y para pregunta sobre el consumo = 0,14.

con importantes disparidades. Así, el cribado de consumo se registra en la HC (26,4%) menos de lo que los profesionales dicen realizarlo (46,7%) y de lo que los pacientes recuerdan (49,9%). Del mismo modo, el 18,3% de bebedores de riesgo identificados a través de la entrevista a pacientes contrasta con el 3,9 y el 3,2% detectado mediante la percepción subjetiva de los clínicos y el registro en la HC, respectivamente. Por último, el consejo se registra en la HC mucho menos (9,2%) de lo que los pacientes dicen recibirlo (16,9%) y de lo que los profesionales dicen darlo (51,3%).

Características de los bebedores de riesgo

Al comparar a los bebedores de riesgo con los no bebedores de riesgo (tablas 3 y 4) encontramos diferencias significativas en cuanto al sexo, la profesión, la familiaridad con el centro y el hecho de haberles preguntado o no sobre el consumo de alcohol. Las interacciones estadísticamente significativas son: audit positivo \times hombre ($p = 0,0013$), audit positivo \times profesional en activo ($p = 0,0021$), audit negativo \times frecuencia de visitas al centro una vez al mes o más ($p = 0,0278$).

Discusión

Deben tenerse en cuenta algunas limitaciones del estudio. En primer lugar, buena parte de los resultados proceden de opiniones subjetivas de los entrevistados. En segundo lugar, las tres fuentes de datos, aunque procedentes del mismo centro, son independientes entre sí, puesto que las HC no se corresponden con los pacientes entrevistados ni con los profesionales encuestados. A pesar de ello, la represen-

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- El consumo de riesgo es común en los pacientes que acuden a los centros sanitarios, y las estrategias preventivas basadas en la identificación precoz y la intervención breve han demostrado su utilidad en la atención primaria.

Qué aporta este estudio

- Los datos obtenidos evidencian que sólo una quinta parte de los bebedores de riesgo que se visita en la atención primaria es detectado, por lo que es necesario impulsar la formación de los profesionales de atención primaria en técnicas de cribado y de intervención breve en los problemas de alcohol.

tatividad de la muestra y la consistencia de los resultados obtenidos con los indicadores disponibles a través de otras fuentes nos permiten tener una confianza razonable en nuestros datos. En este sentido, el audit de HC realizada por el Departament de Salut¹² en el año 2000 halló que el cribado del consumo de alcohol se realizó en un 32,2% (intervalo de confianza [IC] del 95%, $\pm 1,2$) frente al 26,4% obtenido en nuestro estudio. El consumo de riesgo se detectó en el 6,7% (IC del 95%, $\pm 1,1$), frente al 5,4% identificado mediante el programa de actividades preventivas de la semFYC-PAPPS¹³ del año 2001 y el 3,2% de nuestro estudio.

Los profesionales encuestados contaban con una larga experiencia asistencial, pero más de la mitad refería tener escasa formación en relación con el alcohol. El cribado de consumos alcohólicos en la atención primaria catalana se realiza en uno de cada 2 casos según los profesionales (47%) y los pacientes encuestados (50%), aunque parece obvio que se le concede escasa relevancia cuando no consta más que en el 26% de las HC.

Donde más sorprende la discordancia entre las tres fuentes analizadas es en la detección de bebedores de riesgo. Los médicos contemplan el consumo de riesgo como un hecho poco habitual (3,9%), mientras que el audit-C apunta a un porcentaje cuatro veces mayor: un 18,3%.

Los pacientes identificados como bebedores de riesgo son mayormente varones, en activo y poco frequentadores del centro, al igual que en la ESCA¹⁴. Ambos datos apuntan a la conveniencia de explorar el consumo de alcohol sobre todo en los pacientes que resulten menos familiares al profesional de la atención primaria.

Teniendo en cuenta las repercusiones sociales y sanitarias que ocasiona el consumo de alcohol y la escasa actividad preventiva que se realiza en la AP, parece justificado impulsar la implementación de programas específicos de formación sobre técnicas de cribado y de intervención breve en los problemas de alcohol.

Agradecimientos

Los autores agradecen a todos los profesionales de las áreas básicas de salud evaluadas, sobre todo a sus coordinadores, su buena predisposición y su ayuda durante el trabajo de campo. Asimismo, merecen un especial agradecimiento por su colaboración Meritxell Torres y Lourdes Serrano, que participaron como evaluadoras, Claudia Fernández por su ayuda en la introducción de

datos y en la elaboración de las tablas, Montserrat Rodríguez y Encarna Moreno por el apoyo administrativo y sobre todo Montserrat Contel por su inestimable contribución a la puesta en marcha del programa Beveu Menys.

Bibliografía

1. Encuesta Domiciliaria sobre consumo de Drogas, 2003. Observatorio Español sobre Drogas. Datos de Catalunya (no publicados) cedidas por el Órgano Técnico de Drogodependencias, Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.
2. Kranzler HR, Babor TF, Lauerma J. Problems associated with average alcohol consumption and frequency of intoxication in a medical population. *Alcohol Clin Exp Res.* 1990;14:119-26.
3. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2003.
4. Alcohol in the European Region –consumption, harm and policies. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2001.
5. Saunders JB, Aasland OG. WHO Collaborative project on the identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Report on Phase I: Development of a Screening Instrument. Geneva: World Health Organization; 1987.
6. Babor TF, Grant M. Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on Phase II: a randomized clinical trial of brief interventions in the primary health care setting. Geneva: World Health Organization; 1992.
7. Babor TF, Grant M, Acuda W, et al. A randomized clinical trial of brief interventions in primary care: summary of a WHO project. *Addiction.* 1994;89:657-60.
8. Monteiro MG, Gomel M. World Health Organization project on brief interventions for alcohol-related problems in primary health care settings. *J Subst Abuse.* 1998;3:5-9.
9. National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse. The Physicians' Guide To Helping Patients With Alcohol Problems. NIH Publication No. 95-3769. Washington: Bethesda; 1995.
10. Seppä K, Lepistö J, Sillanaukee P. Five-shot questionnaire on heavy drinking. *Clin Exp Res.* 1998;22:1778-91.
11. Gual A, Segura L, Contel M, et al. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol.* 2002;37:591-6.
12. Seculi E, Brugulat P, Medina A, et al. La detección de factores de riesgo cardiovascular en la red reformada de atención primaria en Cataluña. *Aten Primaria.* 2003;31:156-62.
13. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Evaluación del Programa de Actividades Preventivas SemFYC-PAPPS, 2001. Disponible en: http://www.papps.org/evaluaciones_estudios/evaluaciones/2001/cumplimentacion.html
14. Enquesta de Salut de Catalunya 2002. Barcelona: Departament de Salut; Generalitat de Catalunya; 2003.

Material para internet

**ANEXO
1** Áreas básicas de salud que fueron evaluadas en el estudio

ABS	Región sanitaria	Tipo	Proveedor	Fecha	Paciente	HC	Profesión
Calella	Barcelona Nord i Maresme	1	Corporación de Salud del Maresme y la Selva	05/04/2002	39	40	3
Sabadell-7	Centre	1	ICS	15/04/2002	40	30	3
Barcelona-8D	Barcelona ciutat	1	ICS	24/04/2002	40	30	3
El Vendrell	Tarragona	3	Fundació Centres Assistencials i d'Urgències	29/04/2002	40	30	3
Manresa-2	Centre	1	ICS	30/04/2002	40	30	3
Santa Coloma de Gramenet-5 (fondo)	Bacelona Nord i Maresme	1	ICS	03/05/2002	40	30	3
Parets del Vallès	Centre	1	ICS	06/05/2002	40	30	3
Olot urbà	Girona	2	ICS	08/05/2002	40	30	3
Barberà del Vallès	Centre	1	ICS	10/05/2002	40	30	3
Móra la Nova-Móra d'Ebre	Tarragona	4	ICS	13/05/2002	15	30	3
Les Borges Blanques	Lleida	6	ICS	15/05/2002	13	30	3
Sant Joan Despí-2	Costa de Ponent	1	ICS	17/05/2002	39	30	3
El Morell	Tarragona	4	ICS	22/05/2002	21	30	3
La Bisbal d'Empordà	Girona	4	Consorci Assistencial del Baix Empordà	24/05/2002	31	30	3
Montornès-Montmeló	Centre	2	ICS	27/05/2002	40	30	2
Navàs-Balsareny	Centre	4	ICS	29/05/2002	27	30	3
L'Hospitalet de Llobregat-1	Costa de Ponent	1	ICS	31/05/2002	40	30	3
La Vall del Ges	Centre	2	ICS	03/06/2002	20	30	3
L'Hospitalet de Llobregat-10	Costa de Ponent	1	ICS	07/06/2002	39	30	3
Mataró-1	BCN Nord i Maresme	1	ICS	10/06/2002	40	30	3
Lleida-3	Lleida	2	ICS	12/06/2002	29	31	3
Barcelona-2A	Barcelona Ciutat	1	ICS	14/06/2002	40	30	1
Argentona	Barcelona Nord i Maresme	3	Consorci Sanitari del Maresme	17/06/2002	34	30	3
Granollers-2 Nord	Centre	2	ICS	19/06/2002	36	30	3
Vall del Tenes	Centre	6	ICS	19/06/2002	40	30	3
Terrassa-A	Centre	2	Consorci Sanitari de Terrassa	21/06/2002	40	30	3
Agramunt	Lleida	3	ICS	26/06/2002	30	30	3
Mataró-4	Barcelona Nord i Maresme	2	Consorci Sanitari del Maresme	26/06/2002	40	30	2

Tipo: clasificación de las ABS en función (urbano/rural): 1 extremo urbano y 6 extremo rural.

Proveedor: ICS: Institut Català de la Salut u otros.

ANEXO 2 Variables evaluadas según la fuente de información

	Pacientes ^a	Historias	Profesionales
Datos sociodemográficos	Sexo Edad Estudios Profesión	Sexo Edad Estudios Profesión	Sexo Edad Profesión ¿Cuánto tiempo hace que trabajas en la atención primaria?
Datos sobre el centro	—	—	Cupo de pacientes por profesional y por centro
Consumo de alcohol ^b	Audit-C	Registro	Audit-C
Familiaridad con el centro	Con qué frecuencia se visita en el centro	N.º de visitas registradas en los últimos 2 años	—
Conocimientos sobre el alcohol	¿Sabe cuáles son los límites de consumo de alcohol recomendados por la OMS?		En total, ¿cuántas horas has dedicado a cursos de posgrado o a formación continuada sobre el alcohol? ¿Cuáles son los límites de consumo de riesgo? (Varón/mujer, respectivamente). ¿A cuánto equivale en gramos una Unidad de Bebida Estándar?
Cribado de los problemas de alcohol	¿Cuándo fue la última vez que un médico o enfermera de este centro le preguntó sobre el consumo de alcohol?	Registro	Aproximadamente, ¿en qué porcentaje de tus pacientes exploras el consumo de alcohol? ¿Qué instrumento de cribado utilizas?
Intervenciones sobre el alcohol	En aquella ocasión en que su médico o enfermero le preguntó sobre su consumo, ¿le dio algún consejo al respecto?	Registro	Cuando identificáis un bebedor de riesgo/dependiente del alcohol, ¿qué tipo de intervención acostumbráis a hacer?

^aEl cuestionario de los pacientes fue adaptado de Seppä et al¹⁰.

^bEl consumo de alcohol se evaluó mediante el Audit-C¹¹.