

Opiniones de los y las profesionales de Atención Primaria sobre el consumo de alcohol en mujeres. Barreras percibidas para la intervención

Opinions of primary care professionals about alcohol consumption in women. Perceived barriers for intervention

Vega E. Benito-López*, Eva Bolaños-Gallardo**, Susana Redondo-Martín*** y José A. Maderuelo-Fernández****

* Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. SACYL. INCYL. IBSAL.

** Psicóloga. Especialista en investigación cualitativa, salud y género.

*** Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Junta de Castilla y León. Universidad de Valladolid.

**** Unidad de Investigación de Atención Primaria de La Alamedilla. SACYL. REDIAPP. IBSAL.

Recibido: 03/02/2016; Aceptado: 22/07/2016.

Resumen

Objetivo: conocer la opinión de los y las profesionales de Atención Primaria (AP) acerca del consumo de alcohol, especialmente entre las mujeres, analizar las dificultades encontradas e identificar áreas de mejora. **Materiales y método:** Se ha realizado una investigación cualitativa, entre el personal de AP de Salamanca. Fueron seleccionados profesionales (enfermería, medicina, pediatría, trabajo social y matronas) con más de dos años de experiencia en AP. Se desarrollaron 14 entrevistas y 4 grupos de discusión, cuyas grabaciones fueron transcritas obteniendo el texto base del análisis discursivo. **Resultados:** Los y las profesionales de AP reconocen una especial dificultad para detectar e intervenir frente a consumos de riesgo de alcohol y especialmente en el caso de las mujeres. Entre los factores contribuyentes se identifican, prejuicios y estereotipos de género, el temor a invadir la intimidad del paciente, la sobrecarga y organización del trabajo, y otros relacionados con las habilidades para realizar la detección y la intervención breve. **Discusión:** Se precisan actuaciones sensibilizadoras y formativas con perspectiva de género que faciliten al personal sanitario el abordaje de situaciones de consumo de riesgo de alcohol, sistematizar el consejo preventivo y orientarlo a la salud de las propias mujeres. También se perciben carencias en la coordinación de los recursos disponibles tanto preventivos como asistenciales.

Palabras Clave

Consumo de Bebidas Alcohólicas. Mujeres. Investigación Cualitativa. Atención Primaria de Salud. Grupos Focales. Entrevistas como asunto. Personal de Salud. Actitud del Personal de Salud.

— Correspondencia a: _____
Vega-Estíbaliz Benito-López
e-mail: vegaestibaliz.benito@salud-juntaex.es



Abstract

Objective: to find out the opinion of Primary Care (PC) professionals on alcohol consumption, particularly among women; to analyze the difficulties that are found in the process; and to identify areas which can be improved. **Materials and method:** A qualitative study was conducted among Salamanca PC professionals. Different professionals (from the fields of nursery, medicine, pediatrics, social work and midwifery) with more than two years of experience in PC were selected. In total, 14 interviews and 4 group discussion sessions were carried out, and the recordings were transcribed to obtain the text for discourse analysis. **Results:** PC professionals recognize that it is particularly difficult to detect and intervene in cases of risky consumption of alcohol, and especially in the case of women. Among the contributing factors, the following were mentioned: prejudices and gender stereotypes, fear of invading patients' privacy, work overload, structure of work load, and other aspects related to the abilities to carry out detection and brief intervention. **Discussion:** A set of training and awareness-raising activities with a gender perspective is required in order to facilitate the management of situations of risky alcohol consumption for healthcare professionals, as well as to systematize preventive advice and orient it towards women's health. Deficiencies were also observed in the coordination of available resources, both preventive and healthcare-related.

Key Words

Alcohol Drinking. Women. Qualitative Research. Primary Health Care. Focus Groups. Interviews as Topic. Health Personnel. Attitude of Health Personnel.

INTRODUCCIÓN

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en España, así el 64,4% de la población entre 15-64 años (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013) (73,2% en hombres y 51,2% en mujeres) (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2011) afirma haber consumido alcohol en el último mes. La frecuencia de consumo según sexo se invierte en población juvenil, donde el 74,0% de los y las estudiantes de entre 14 y 18 años declara haberlo consumido en el último mes (72,9% en chicos y 75,2% en chicas), y especialmente en relación a consumos más intensos ya que el 29,2% de chicas de 14 años y el 44,6% de 15 declara haberse emborrachado en el último año, su-

perior en un 6,1% y un 9,1% respectivamente a la observada en los chicos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Respecto a las consecuencias del alcohol sobre la salud física y psicológica de las mujeres, numerosos estudios ponen de manifiesto que, a igualdad de unidades de bebida estándar (UBE) consumidas, en las mujeres se alcanzan niveles de alcohol en sangre más elevados y se observan alteraciones orgánicas más rápidamente (Pulido, Indave-Ruiz, Colell-Ortega, Ruiz-García, Bartroli, Barrio, 2014) (Fernández-Solá, 2007). Además, en torno al 35% de las mujeres embarazadas de la Unión Europea beben alcohol durante el embarazo, lo que implica un importante riesgo para su propia salud y la del feto, en forma del Síndrome Alcohólico Fetal (Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al



Drogodependiente, 2015) (Morleo, Woolfall, Dedman, Mukherjee, A Bellis, A Cook, 2011) (Boo-Vera, Martínez-Torres, Montesinos-Balboa, Espinosa-de-Santillana, 2011).

Así mismo la dependencia al alcohol en mujeres se asocia con trastornos depresivos (56,4%) o de estrés postraumático (45-60%), ambos frecuentemente derivados de diferentes formas de violencia contra las mujeres (Nathanson, Shorey, Tirone, Rhatigan, 2012) (Raya-Ortega et ál., 2004) (Santaularia, Johnson, Hart, Haskett, Welsh, Faseru, 2014). A pesar de los conocimientos actuales y de las intervenciones realizadas existe entre la población, un escaso conocimiento de las consecuencias, y una baja percepción del riesgo en relación al consumo de alcohol (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2009-2016) (World Health Organization, 2013). Además de las causas socioculturales, destacan las dificultades que los y las profesionales de Atención Primaria (AP) perciben a la hora de facilitar el consejo breve, que se ha demostrado efectivo para la prevención de los riesgos asociados a un consumo excesivo de alcohol (Seppä, Pekuri, Kääriäinen, Aalto, 2004) (Kaner et ál., 2009). En este sentido reconocen experimentar estas dificultades especialmente con las mujeres (Ballesteros, González-Pinto, Querejeta, Ariño, 2004) (Rodríguez, Espí, Canteras, Gómez, 2001b) (Varela, Rodríguez, López, 2003).

La frecuente invisibilidad del consumo de alcohol en las mujeres, ligadas a las desigualdades de género, conduce a una infraestimación de la frecuencia y gravedad del problema dificultando la detección precoz por parte del personal sanitario. De las personas que acuden a centros especializados de tratamiento ambulatorio, el 87% son hombres y el 13% mujeres (Sánchez, Bolaños, De-Vicente, 2010). Esta relación no se corresponde con la frecuencia de consumo de alcohol observada en mujeres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013) (Ministerio de Sanidad Servi-

cios Sociales e Igualdad, 2011) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012) reflejando las diferentes barreras de acceso existentes (Sánchez et ál., 2010). Los objetivos del presente estudio son conocer la opinión del personal sanitario de AP acerca del consumo de alcohol en mujeres, analizar las dificultades de estos profesionales para intervenir en esta población e identificar áreas de mejora.

MATERIALES Y MÉTODO

Se ha realizado una investigación cualitativa durante los meses de mayo a diciembre de 2010 entre el personal de AP de la provincia de Salamanca.

Como técnicas cualitativas se utilizaron el grupo de discusión y la entrevista abierta con el fin de comprender las percepciones, experiencias y propuestas de mejora de los y las participantes sobre el consumo de alcohol y su abordaje desde AP. El muestreo fue intencional variables y las variables consideradas para elaborar los perfiles de los y las participantes fueron: categoría profesional (medicina de familia, enfermería, pediatría, matronas y trabajo social), ámbito asistencial (urbano o rural), edad (20-40 o 41-60 años) y sexo (hombre o mujer). Para la selección de las personas a entrevistar se incluyó también el nivel de cobertura en el Servicio de Atención al Bebedor de Riesgo.

Los criterios de inclusión fueron: profesionales fijos o interinos con más de dos años de experiencia en AP y que se ajustaban a los perfiles. En cada grupo de discusión se seleccionaron 8 profesionales y 8 reservas. La captación de profesionales seleccionados aleatoriamente se realizó utilizando las bases de datos de cartera de servicios y de recursos humanos. se les envió una carta solicitando su colaboración y posteriormente, se les contactó telefónicamente. Se desarrollaron 14 entrevistas y 4 grupos de discusión cuya composición se muestra en la Tabla I.



Tabla 1. Características de los grupos de discusión y de las entrevistas abiertas

Técnica cualitativa	Código verbatim	Categoría profesional	Sexo	Ámbito	Cobertura Servicio Bebedor de Riesgo
Grupo 1	G1	Enfermería	4 Mujeres y 4 Hombres	Rural	-
Grupo 2	G2	Medicina	4 Mujeres y 3 Hombres	Urbano	-
Grupo 3	G3	Enfermería	4 Mujeres y 2 Hombres	Urbano	-
Grupo 4	G4	Medicina	3 Mujeres y 2 Hombres	Rural	-
Entrevista 1	E1	Enfermería	Mujer	Urbano	Elevada
Entrevista 2	E2	Enfermería	Mujer	Rural	Elevada
Entrevista 3	E3	Enfermería	Mujer	Urbano	Baja
Entrevista 4	E4	Medicina	Hombre	Urbano	Elevada
Entrevista 5	E5	Medicina	Hombre	Urbano	Baja
Entrevista 6	E6	Medicina	Hombre	Rural	Elevada
Entrevista 7	E7	Pediatría	Hombre	Rural	-
Entrevista 8	E8	Pediatría	Mujer	Urbano	-
Entrevista 9	E9	Matrona	Mujer	Rural	-
Entrevista 10	E10	Matrona	Mujer	Urbano	-
Entrevista 11	E11	Matrona	Mujer	Urbano	-
Entrevista 12	E12	Trabajadora Social	Mujer	Rural y Urbano	-
Entrevista 13	E13	Trabajadora Social	Mujer	Rural y Urbano	-
Entrevista 14	E14	Trabajadora Social	Mujer	Rural y Urbano	-

Una psicóloga especialista en investigación cualitativa llevó a cabo las entrevistas y condujo los grupos con la colaboración de observadores. Se contó con un guion temático (Tabla 2). Cada participante firmó el consentimiento informado autorizando la grabación de la reunión o entrevista y en el cual se garantizaba la confidencialidad de los datos, y se les informaba de que todos los nombres y datos que permitieran identificar a los y las participantes serían anonimizados en las posteriores transcripciones. Posteriormente, se llevó a cabo una transcripción

literal del material grabado para obtener el texto-discurso sobre el que efectuar el análisis discursivo: lectura completa del texto e identificación de los fragmentos relacionados con los objetivos, interpretación de los dichos recogidos, agrupación por campo temático de los datos y elaboración de un índice al que se le asignó un código identificativo que permitiera clasificar estos dichos. Para la triangulación se realizó un análisis independiente por tres personas del equipo investigador. Finalmente se contrastaron y discutieron los hallazgos y se elaboró el informe final.



Tabla 2. Guion temático de las entrevistas y los grupos de discusión

I. Opinión sobre el consumo de alcohol en su comunidad de referencia
<ul style="list-style-type: none">• Valoración de la magnitud del consumo de alcohol, en general, y en colectivos específicos.• Valores y creencias asociados al consumo de alcohol: ¿Perfiles sociales?, ¿relación con edad, género, clase social?• Percepción de problema. Criterios para considerarlo problema. Diferencias con otras adicciones.• Opiniones sobre los factores que facilitan la aparición de problemas en relación con el consumo de alcohol: socio-culturales, económicos, educativos...• Observaciones sobre los principales problemas relacionados con el consumo de alcohol.• Valoración de la importancia de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en relación a otros problemas de salud.
2. AP frente al consumo de alcohol
<ul style="list-style-type: none">• Papel de los profesionales de AP frente a los problemas derivados del consumo de alcohol (prevención, diagnóstico, tratamiento, reinserción).• Interés e implicación de los y las profesionales.• Prácticas habituales acerca de preguntar y aconsejar sobre el consumo de alcohol. Estereotipos y prejuicios.• Opiniones sobre la relación entre las propias ideologías y prácticas de consumo de alcohol y la predisposición a abordar ese tema en su trabajo.• Formas de actuar cuando detectan este problema en la consulta. Experiencias significativas. Participación en programas específicos.• Percepción y expectativas sobre el impacto de afrontar ese problema en las consultas.• Dificultades en cada uno de los niveles: prevención, diagnóstico, tratamiento.• Percepción de las respuestas de la población al abordar esta cuestión. La población, ¿expresa espontáneamente tener dificultades por el consumo de alcohol?. Tabúes y resistencias.• Información disponible sobre el consumo de alcohol y la salud. Formación que tienen sobre el afrontamiento del alcoholismo. Percepción de las propias capacidades.• Conocimientos y opiniones generales sobre el Servicio 110 de Atención y educación al joven (15-19 años) de Cartera de Servicios.
3. Valoración del Servicio de Atención al Bebedor de Riesgo
<ul style="list-style-type: none">• Conocimientos y opiniones generales sobre el Servicio.• Elementos (relacionados con el centro, profesional, paciente) que mejoran la implicación y desarrollo del consejo sanitario incluido en el Servicios de Atención al Bebedor de Riesgo.
4. Recursos complementarios de apoyo para la intervención con personas con problemas de consumo de alcohol
<ul style="list-style-type: none">• Tipos de recursos que se conocen: Equipos de Salud Mental, Asociaciones de Alcohólicos rehabilitados (ARSA, ARCIU, ARBE), Centros de Atención Ambulatoria al Drogodependiente (CAD), Unidad de Tratamiento Ambulatorio del Alcoholismo (UTA), Centros Residenciales de Rehabilitación de Alcohólicos (CRA).• Información sobre recursos.• Valoración de la calidad de las intervenciones que realizan los otros recursos.• Valoración de la coordinación con ellos.• Necesidades y propuestas de mejora.



RESULTADOS

A continuación, se describen los principales resultados. Las citas literales procedentes de las entrevistas abiertas o los grupos de discusión aparecen en cursiva para su mejor comprensión.

La Perspectiva del colectivo de Medicina y Enfermería de AP.

Tanto el colectivo de medicina como el de enfermería opinan que el papel de la AP es fundamental en la exploración de los hábitos de consumo de alcohol, y en la detección precoz del consumo de riesgo. *Lo que venimos haciendo siempre: educación sanitaria, diagnóstico precoz, prevención y tratamiento (G2. Medicina urbana).* No obstante, reconocen que el cribado no está incorporado de manera sistemática. *Si es una persona nueva sí pregunto pero si ya está en el cupo, yo personalmente, no (G3. Enfermería urbana).*

Entre las barreras que detectan para incorporar el cribado y el consejo breve señalan el temor a invadir la intimidad de los y las pacientes. *No sabes cómo decir que está usted bebiendo mucho, no me vaya a meter en su vida familiar y cree un problema. Tampoco quieres echar la bronca, perder su confianza, porque si no, no vuelven (G4. Medicina rural).* O la escasa formación y habilidades para preguntar por hábitos tóxicos y dar el correspondiente consejo sanitario. *Tampoco tenemos los conocimientos adecuados, ni estamos formados en modificación de conducta para hacer un seguimiento (G1. Enfermería rural.* Además señalan la presión asistencial y la falta de tiempo como obstáculos para realizar actividades educativas y preventivas. *Te lleva mucho tiempo. Yo solamente puedo permitirme el lujo de hacerlo en condiciones al último paciente que venga a la consulta, porque si no hago esperar mucho al siguiente paciente (G3. Enfermería urbana).*

Entre las propuestas de mejora, solicitan un mayor respaldo institucional y recuperar el espíritu de la "Promoción y Educación para la Salud" con el que nació el modelo de AP. *Realizar campañas de divulgación con mensajes cortos. Y facilitar materiales de apoyo (G2. Medicina urbana).* / *Se da mucho peso a los Indicadores. Todo lo que son intervenciones conductuales o motivadoras, evidentemente te restan mucho tiempo y tu estadística disminuye (E1. Enfermería urbana).* / *Nos hemos quedado en la mitad del cambio de modelo. Seguimos siendo recetadores (E6. Medicina rural).* También destacan la conveniencia de establecer alianzas formales con otros sectores como el familiar y sobre todo con el educativo para promover intervenciones. *A través de la alianza con los AMPAS, acceder a los centros educativos. El que llegue una persona ajena a la comunidad educativa crea un cierto interés (G1. Enfermería rural).*

Los y las profesionales sanitarios reconocen una mayor dificultad en la exploración del consumo de alcohol en la atención a mujeres. Es común que el problema les pase desapercibido a no ser que haya indicadores clínicos evidentes (alteración de enzimas hepáticas en una analítica). Les resulta especialmente complicado intervenir cuando perciben que pueda tratarse de mujeres con consumo habitual de alcohol, y señalan la tendencia de estas a ocultar el problema o tratarlo de forma privada. *La señora que bebe te cuesta mucho abordarlo, te enteras por otros sitios y cuando les preguntas no te lo dicen (G4. Medicina rural).* / *El hombre bebe y lo convierte en un problema, la mujer tiene un problema y bebe. El hombre bebe delante de todo el mundo y la mujer bebe a escondidas, es totalmente diferente como tratar a una mujer que a un hombre (G4. Medicina rural).* Insisten en que el alcoholismo sigue siendo un tema tabú, especialmente en el caso de las mujeres, las cuales sufren un mayor estigma y rechazo. *El alcoholismo tiene un*



estigma social, sigue siendo una enfermedad vergonzante (E5. Medicina urbana). / A nivel social se ve muchísimo peor que la mujer beba (G3. Enfermería urbana).

Asocian el abuso de alcohol a problemas familiares, de pareja, aislamiento social..., que en estas situaciones sería usado como forma de acallar el dolor y enfrentar el malestar. *Yo creo que el consumo abusivo en la mujer está relacionado con su situación familiar, social (G3. Enfermería urbana). / Es un antidepresivo, un poder soportar esa vida matrimonial... (E6. Medicina rural).* Y de forma más específica con la violencia contra las mujeres, en el sentido de que algunas usarían el alcohol para paliar el sufrimiento provocado por la violencia en sus vidas. *Las que beben lo hacen en casa por evadirse, para salir de su problema, porque a lo mejor la relación que tiene en casa es mala. Y lo descubres, casualmente, porque tiene muchas caídas repetitivas (E2. Enfermería rural).* En sus discursos se reproducen algunos de los típicos estereotipos y creencias sobre el papel del alcohol como causa de la violencia de los hombres contra las mujeres. *Siempre en los malos tratos está de por medio el alcohol (G4. Medicina rural).*

Expresan también la preocupación por el aumento de chicas, cada vez más jóvenes, que se emborrachan los fines de semana y a las que atienden en urgencias. *Estamos atendiendo ahora a población más joven, a los adolescentes, sobre todo mujeres menores de 15 años (G4. Medicina rural).* Atribuyen este problema a la desigualdad de género, que conduce a las chicas a mimetizar modelos de masculinidad tradicional para hacerse un lugar en el espacio público y tener reconocimiento social. *Que la igualdad sea también igualarse en aspectos negativos del desarrollo de la persona..., una cultura mal entendida, el querer conseguir una igualdad que, en ciertos casos, va a ser negativa para el sexo femenino (E4. Medicina urbana).*

La perspectiva de las Matronas

Estas profesionales perciben en las mujeres embarazadas a las que atienden una mayor concienciación de los riesgos del consumo de alcohol y consideran que parte de este logro se debe a la constancia de las campañas de sensibilización realizadas. *Se ha dado mucha publicidad, que el alcohol durante el embarazo puede traer serios problemas y eso nos ayuda mucho (E9. Matrona rural/urbana). / Las campañas que se han hecho para las embarazadas han llegado o es que poco a poco cada uno desde nuestro sitio lo hemos ido diciendo (E10. Matrona urbana).* Resulta frecuente que en la práctica profesional se utilice el embarazo como elemento sensibilizador, debido a lo que consideran una mayor receptividad de las mujeres durante este periodo. *Fuera de este tiempo el riesgo es para ti, y tú eres consciente y madura y sabes lo que tienes que hacer, pero durante el embarazo el riesgo es para el bebe que no puede luchar contra tus hábitos (E9. Matrona rural/urbana).* Aunque desde su perspectiva resulta común que los cambios de hábitos de consumo que suelen producirse durante el embarazo no persistan después. *Pero sí, luego se retorna fácilmente a... Hay mujeres que no, yo tengo más experiencia en este sentido con el tabaco, porque con el alcohol volver van a volver... el alcohol ya no es sólo un hábito alimenticio sino también social (E9. Matrona rural/urbana).*

Desconocen los recursos y posibilidades de derivación de las pacientes con consumos problemáticos de alcohol, ya que no han tenido formación en esta materia. *Yo que sea consciente poquita información sobre el alcohol he recibido (E11. Matrona urbana). / Si me diera cuenta de que tienen problemas de alcoholismo no sabría donde enviarlas (E9. Matrona rural/urbana).* Y no lo perciben como prioridad en el desempeño de su trabajo, al no considerar que los problemas



relacionados con el alcohol ocupen un lugar relevante en su práctica. *Me gustaría tener más información de todo, pero tengo que tener prioridades. Y es que el tema del alcohol me lo he encontrado tan poco en mi carrera que no es prioritario (E9. Matrona rural/urbana).*

En la práctica clínica exploran los estilos de vida de las mujeres embarazadas o en lactancia, al cumplimentar la historia clínica en la primera visita. En posteriores consultas, recuerdan brevemente los prejuicios que pueden derivarse del consumo de alcohol durante este periodo. *Lo primero que se les pregunta es hábitos tóxicos, alcohol, tabaco y se piden cantidades que consumen de cada cosa. La verdad que nunca me he encontrado con serios problemas, o que insistan. Se les deja tan claro, que desde la primera gota es malo, que no da lugar (E9. Matrona rural/urbana).*

Aseguran que resulta muy infrecuente que las mujeres mantengan el consumo de alcohol tras quedarse embarazadas. *Si nos encontramos con mujeres que lo han consumido es fácil que lo dejen durante el embarazo, la motivación es muy fuerte (E9. Matrona rural/urbana).* Por tanto, se sienten ajenas a esta problemática y refuerzan esta visión argumentando que las mujeres con problemas de dependencia previos son seguidas desde Atención Especializada. *Yo he sospechado de alguna. Lo que haces es captación, y luego son embarazos que hay que derivar porque son embarazos problemáticos (E10. Matrona urbana).* No obstante, son conscientes de que el pudor y el temor a la penalización social pueden estar detrás de las dificultades de las mujeres para reconocer el consumo de alcohol durante la gestación. *La sociedad sí que la censuraría, dirían: "Mira, está embarazada y bebiendo una copa" (E11. Matrona urbana).* / *Hoy en día ver a una mujer embarazada con un copa en la mano o con un cigarrillo es una imagen que chirría (E10. Matrona urbana).*

Por otra parte, aparecen prejuicios en sus planteamientos al relacionar el abuso de alcohol con un bajo nivel educativo y económico. *Yo claro en la zona que estoy más alta, gente con más preparación... además de una edad de embarazo alta y ahí sí que tienen una percepción clarísima de que el consumo de alcohol es un riesgo (E10. Matrona urbana).*

La perspectiva de los y las Pediátrías en AP

El personal de pediatría no suele plantear este tema con los niños y niñas, ni con sus familias, y a pesar de expresar preocupación, hablan de los problemas ligados al consumo de alcohol como si fuera algo ajeno a su ámbito de influencia. *Para nosotros los pediatras es algo oculto (E8. Pediatría urbana).* / *A mí me preocupa el abuso de alcohol entre adolescentes, pero ahí nos pilla ya más de refilón, porque el consumo empieza cuando termina la edad pediátrica (E8. Pediatría urbana).* Creen que en la consulta no se alcanzan la intimidad y confianza necesarias para que la población adolescente reconozca el consumo; en todo caso se abordaría superficialmente el tema en la última revisión de los 14 años. *En el programa de salud de niños sanos, sí que tenemos siempre una revisión del adolescente. Y es verdad que yo como pediatra lo planteo ahí. Tú le preguntas, pero ninguno fuma, ninguno bebe. Y menos delante de los padres (E8. Pediatría urbana).*

Dudan de la edad a la que se debería empezar a dar consejos sobre el consumo de alcohol. *Yo sí creo que es un tema importante, pero que a veces no sabemos cuándo empezar a lanzar mensajes. No sabemos si a los 5 años, a los 12, o a niños de 20 (E8. Pediatría urbana).* Y plantean la necesidad de que el sistema sanitario asuma una mayor responsabilidad de forma más precoz. *No sé si cada vez el inicio del consumo de alcohol*



es a unas edades más tempranas y de forma más intensa, que intuyo que sí. Y entonces claro, si seguimos así en el futuro nos vamos a arrepentir de no haber actuado antes como sociedad, como educadores (E8. Pediatría urbana). En cualquier caso, no se consideran referentes de esta población. Los sanitarios influimos poco. Influyen más la sociedad, los ídolos, los cantantes, los deportistas, las series de televisión juveniles (E8. Pediatría urbana).

La perspectiva del colectivo de Trabajo Social

Consideran que la AP es el ámbito idóneo para abordar esta problemática, por su accesibilidad y atención longitudinal de la población. *Creo que ahí tendría que haber un primer enfoque. Que se indague con qué frecuencia, cuál es el consumo, si ha puesto alguna solución a ello. / Pueden captar y continuar su seguimiento..., pero al médico si van, a por medicinas, por otros procesos... (E13. TS).*

De nuevo se enfatiza la preocupación por las mujeres adultas con dependencia oculta de alcohol, a las que les resulta muy complicado reconocer su problema y solicitar ayuda, por el temor al rechazo y a la penalización social. Esta barrera puede ser especialmente relevante en el ámbito rural. *A dos señoras... estuvimos mucho tiempo intentándolas captar y al final...había un grupo de alcoholismo que trabajaba en el pueblo, y la verdad que nos costaba mucho captarlas, porque no querían que nadie se enterara. Yo creo que ellas se encuentran cortadas a pedir algún recurso (E14. TS).* También perciben el miedo de estas mujeres a ser cuestionadas como madres y a perder la custodia legal de sus hijos e hijas. *Como la figura de la mujer está identificada como procreadora, la cuidadora de tu casa, sería "yo creo que van a pensar que no estoy capacitada para cuidar de mis hijos, me van a cuestionar a todos los niveles" (E13. TS).*

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos reflejan que los y las profesionales de salud son conscientes de la invisibilidad del consumo de alcohol en las mujeres, de la necesidad de abordar esta situación y de incorporar el consejo breve en sus consultas. Sin embargo, no se sienten capacitados para explorar e intervenir. Este hecho genera problemas de retraso e infradiagnóstico, agravando el proceso. En este sentido la Confederación Nacional de Alcohólicos, Adictos y Familiares de España (Confederación Nacional de Alcohólicos, Adictos y Familiares de España, 2013) estima que de las 200.000 personas con consumo problemático de alcohol que existen en España, menos del 10% acuden a tratamiento. Situación que afectaría especialmente a las mujeres, ya que un 0,3% presentan trastornos por uso de alcohol (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013) (abuso, uso nocivo o dependencia) y por tanto requerirían algún tipo de atención que no reciben (Rehm, Rehm, Shield, Gmel, Gual, 2013).

El personal sanitario del estudio reconoce que habitualmente no se realizan intervenciones sistemáticas sobre el consumo de alcohol y que sería necesario incorporar el consejo sanitario breve en su práctica. Entre las barreras identificadas se encuentran la excesiva carga asistencial que desplaza los objetivos preventivos a un lugar marginal, el desconocimiento de las consecuencias de un consumo excesivo de alcohol, la falta de aptitudes para la exploración e intervención o el temor a la pérdida de confianza con la paciente al preguntar sobre el consumo, así como la normalización cultural del consumo de alcohol. No obstante, se ha demostrado que la población tiene una actitud receptiva ante este tipo de preguntas (Andréasson, Graffman, 2002). Los y las profesionales



tampoco se ven como referentes a la hora de facilitar el consejo breve, ya que reconocen ser los primeros con consumos de riesgo (Rodríguez, Espí, Canteras, Gómez, 2001a).

Los diferentes perfiles profesionales destacan la dificultad para detectar el consumo problemático de alcohol entre las mujeres apuntando al estigma y rechazo social, a la incompreensión como algunos de los principales motivos que llevan a las mujeres a vivir en silencio dicha situación. Esta hipótesis se ve reforzada por otros estudios (Nathanson et ál., 2012) (Raya-Ortega et ál, 2004) (Santaularia et ál., 2014) que también observan el consumo excesivo de alcohol como refugio frente a situaciones dolorosas como la presencia de problemas familiares, de pareja, aislamiento social, o eventos traumáticos, entre los que destacan las distintas formas de violencia ejercida contra las mujeres (maltrato por parte de la pareja, abusos sexuales, maltrato infantil...).

No es habitual que se proporcione información de las consecuencias del consumo de alcohol de riesgo sobre la salud de las propias mujeres, ni que se expliquen con claridad los límites recomendados. Así en el grupo de matronas la mayor parte de las recomendaciones se orientan a prevenir los daños que el consumo de alcohol podría producir en el feto y no tanto en la salud de la propia mujer. La percepción de las matronas sobre el consumo en mujeres embarazadas no coincide con los datos ofrecidos por diversos estudios (Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente, 2015) (Morleo et ál., 2011) (Boo-Vera et ál., 2011) (Chang, Behr, Goetz, Hiley, Bigby, 1997) (Davis, Carr, La, 2008). En cualquier caso, el abandono del hábito durante el embarazo suele quedar limitado a la duración del mismo en la mayoría de las ocasiones.

Fortalezas y limitaciones del estudio

Este estudio aborda por primera vez la problemática de la invisibilidad del consumo excesivo de alcohol de las mujeres desde la perspectiva del personal sanitario de AP. El rigor metodológico y la implicación de los diferentes colectivos implicados, hacen que las reflexiones vertidas faciliten la toma de conciencia a la vez que orienta sobre actuaciones que mejoran la identificación y abordaje de los casos. La aceptación a participar en este tipo de estudios podría suponer una mayor sensibilidad a la problemática analizada participar; este posible efecto se ha intentado atenuar entrevistando profesionales con diferentes perfiles de cumplimiento del servicio de Atención al Bebedor de Riesgo. Por otra parte, a pesar del carácter local de la investigación, los resultados obtenidos pueden ser extrapolables a otros ámbitos con características socioculturales, geográficas y organizativas similares. El estudio no aborda la problemática añadida que de forma específica puede presentar la atención a grupos sociales minoritarios o con acceso limitado a los servicios de salud.

CONCLUSIONES

Aunque se reconoce que AP tiene un papel relevante en la exploración de hábitos y en la información sobre el consumo de alcohol de riesgo, en sus consultas no se realizan de forma sistemática actuaciones orientadas a la identificación de mujeres con consumo excesivo de alcohol, ni intervenciones mediante el consejo breve. Es necesario, por tanto, potenciar acciones que faciliten la labor preventiva y educativa de la AP. Otros campos de mejora que influirían positivamente en esta detección serían la capacitación del personal para detectar y abordar precozmente situaciones de maltrato y abuso en niñas, adolescentes y en



mujeres adultas, trabajar las propias actitudes sexistas del personal de salud y realizar acciones con perspectiva de género, que se incluyan en programas y que cuenten con materiales adaptados a las realidades y necesidades de las mujeres. Para ello resulta necesario que el personal sanitario tenga mayor formación en salud y género, destacando el papel de los determinantes de género en el consumo de alcohol y otras sustancias. También se transmite la necesidad de colaboración entre AP y otros dispositivos y recursos de la red de prevención y de asistencia a personas con consumo problemático de alcohol (Gómez, Javier, 2010), como los programas de prevención familiar: universal como el MONEO (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015) selectiva como el DÉDALO (Junta de Castilla y León, 2016) e indicada como el Lazarillo (Caritas Salamanca, 2016), y con recursos de la Red de Asistencia al Drogodependiente (Unidad de Tratamiento Ambulatorio del Alcoholismo (UTA), Centros de Atención Ambulatoria a drogodependientes (CAD) o Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados o Centros Residenciales de Rehabilitación del Alcoholismo (CRA)). Finalmente se considera necesario reforzar el papel preventivo de la consulta de pediatría explorando y facilitando consejo sobre el consumo de alcohol, teniendo en cuenta que los consumos entre las chicas, especialmente en las más jóvenes están aumentando (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

El presente estudio puede servir como punto de partida para nuevas investigaciones que ahonden, por una parte, en el análisis de la problemática abordada desde la perspectiva de las propias mujeres y poder establecer con mayor fidelidad los factores que condicionan su atención, y, por otra, en los elementos facilitadores y barreras del personal sanitario de cara a explorar y aconsejar sobre el consumo de alcohol y realizar las intervenciones más adecuadas.

AGRADECIMIENTOS

El proyecto ha recibido financiación de los Fondos FEDER de la Unión Europea a través del Proyecto de Cooperación Transfronteriza España Portugal POCTEP - Proyecto REDES 2010 de la Junta de Castilla y León en colaboración con la zona Centro de Portugal Código de Proyecto: 0100_REDES_DROG_3_E.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andréasson, S.; Graffman, K. (2002). Prevention of alcohol problems in primary health care. Patients receptive to questions concerning alcohol and life style. *Lakartidningen*. 99, 4252-4255.

Ballesteros, J.; González-Pinto, A.; Querejeta, I.; Ariño, J. (2004). Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction*, 99, 103-108.

Boo-Vera, D.; Martínez-Torres, J.; Montesinos-Balboa, JE.; Espinosa-de-Santillana, I. (2011). Alcohol consumption in women and its relation with the psychopathology in primary health care. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 49, 413-418.

Caritas Salamanca. (2016). Programa Lazarillo. [citado 26-01-2016]. Disponible en: <http://www.caritasalamanca.org/areas-de-trabajo/inclusion-social/drogodependencias/lazarillo.html>

Chang, G.; Behr, H.; Goetz, MA.; Hiley, A.; Bigby, J. (1997). Women and alcohol abuse in primary care. Identification and intervention. *Am J Addict*, 6, 183-192.

Confederación Nacional de Alcohólicos, Adictos y Familiares de España. (2013). [citado 26-01-2016]. Disponible en: <http://www.socidrogalcohol.org/ultimas-noticias/175->



nace-caarfe-la-confederaci%C3%B3n-nacional-de-alcoh%C3%B3licos.html

Davis, PM.; Carr, TL.; La, CB. (2008). Needs assessment and current practice of alcohol risk assessment of pregnant women and women of childbearing age by primary health care professionals. *Can J Clin Pharmacol*, 15, 214-222.

Fernandez-Solá, J. (2007). Diferentes efectos del alcohol según el sexo. *Jano*, 26, 2-8.

Gómez, T.; Javier, F. (2010). La colaboración entre Atención Primaria y atención especializada en el abordaje y derivación de los pacientes con problemas relacionados con el alcohol. *Trastornos Adictivos*, 12, 5-6.

Junta de Castilla y León. (2016). Programa DEDALO: prevención familiar selectiva del consumo de drogas. [citado 26-01-2016]. Disponible en: http://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/871/335/Programa_Dedalo.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobheadername1=Cache-Control&blobheadername2=Expires&blobheadername3=Site&blobheadervalue1=no-store%2Cno-cache%2Cmust-revalidate&blobheadervalue2=0&blobheadervalue3=JCYL_Familia&blobnocache=true

Kaner, EF.; Dickinson, HO.; Beyer, F.; Pienaar, E.; Schlesinger, C.; Campbell, F.; et ál. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev*, 28, 301-323.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Programa MONEO: prevención familiar universal del consumo de drogas. [citado 15-04-2015]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Moneo.pdf>.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2013 (Madrid).

[citado 26-01-2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES2013.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Madrid: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2012. [citado 26-01-2016] Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/8_ESTUDES_2012_Informe.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2011). Madrid: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2011. [citado 26-01-2016]. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/4_EDADES_2011_Informe.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2009-2016). Madrid: Estrategia Nacional Sobre Drogas. [citado 26-01-2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>

Morleo, M.; Woolfall, K.; Dedman, D.; Mukherjee, R.; A Bellis, M.; A Cook, P. (2011). Under-reporting of foetal alcohol spectrum disorders: an analysis of hospital episode statistics. *BMC Pediatrics*, 11, 14.

Nathanson, AM.; Shorey, RC.; Tirone, V.; Rhatigan, DL. (2012). The prevalence of mental health disorders in a community sample of female victims of intimate partner violence. *Partner Abuse*, 3, 59-75.

Pulido, J.; Indave-Ruiz, BI.; Colell-Ortega, E.; Ruiz-García, M.; Bartroli, M.; Barrio, G. (2014). Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. *Rev Esp Salud Pública*, 88, 493-513.

Raya-Ortega, L.; Ruiz-Pérez, I.; Plazaola-Castaño, J.; Brun-López-Abisab, S.; Rueda-Lozano, D.; et ál. (2004). Domestic violence



as a factor associated to women's health problems. *Aten Primaria*, 34, 117-27.

Rehm, J.; Rehm, MX.; Shield, KD.; Gmel, G.; Gual, A. (2013). Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment based interventions on alcohol dependence. *Adicciones*, 25, 11-18.

Rodríguez, E.; Espí, F.; Canteras, M.; Gómez, A. (2001a). Consumo de alcohol entre profesionales médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria*, 28, 259-262.

Rodríguez, E.; Espí, F.; Canteras, M.; Gómez, A. (2001b). Habilidades de los médicos de Atención Primaria sobre los problemas relacionados con el consumo de alcohol. *Med General*, 39, 891-899.

Sánchez, L.; Bolaños, E.; De-Vicente, P. (2010). Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los Centros de Tratamiento Ambulatorios y Residenciales de Castilla y León. Valladolid: Comisionado Regional para la Droga. Junta de Castilla y León. [citado 26-01-2016]. Disponible en: http://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/729/253/Drogas%20Mujeres%20WEB_170610_3.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobheadername1=Cache-Control&blobheadername2=Expires&blobheadername3=Site&blobheadervalue1=no-store%2Cno-cache%2Cmust-revalidate&blobheadervalue2=0&blobheadervalue3=JCYL_Familia&blobnocache=true

Santaularia, J.; Johnson, M.; Hart, L.; Haskett, L.; Welsh, E.; Faseru, B. (2014). Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14, 1286.

Seppä, K.; Pekuri, P.; Kääriäinen, J.; Aalto, M. (2004). Intervenciones breves en alcohol como Proyecto de investigación acción de

directrices para Atención Primaria. *Adicciones*, 16, 1-8.

Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente. (2015). [citado 26-01-2016]. Disponible en: <http://www.unad.org/noticias/1089/El/consumo/de/alcohol/durante/el/embarazo/es/la/principal/causa/de/defectos/de/nacimiento/y/desarrollo/del/bebe/en/la/Union/Europea>.

Varela, M.; Rodríguez, MP.; López, I. (2003). Percepciones y opiniones del médico de Atención Primaria sobre el consumo de alcohol. *Trastornos Adictivos*, 5, 329-34.

World Health Organization. (2013). Copenhagen: Regional Office for Europe Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013. [citado 26-01-2016]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf