

Formación en la competencia comunitaria en las Unidades Docentes Multiprofesionales

Autores:

Elena Aguiló Pastrana, Juan Antonio García Pastor, Catalina Núñez Jiménez, Carmina Poblet Calaf, M.ª José Pérez Jarauta, Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar, coordinador de grupo. Grupo de Formación del PACAP

Para contactar:

Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar
jluis@nodo50.org

Resumen

Introducción

Las competencias sobre atención a la comunidad son una característica de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y de Enfermería Familiar y Comunitaria que adquieren los residentes en su período de formación (de 4 o de 2 años) en las Unidades Docentes Multiprofesionales de España.

El Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) tiene entre sus objetivos estratégicos, potenciar la formación en «lo comunitario».

Objetivo

Hacer un análisis de la situación de la formación en esta competencia.

Material y método

Estudio observacional transversal mediante un cuestionario con 10 preguntas a cumplimentar por las 91 Unidades Docentes (UDD) acreditadas a fecha de junio de 2011.

Resultados

La tasa de respuesta fue del 65,5%. En el 71% hay docencia comunitaria. En donde no, se considera esencial por ser una característica diferencial del especialista y por la naturaleza y causalidad de los problemas de salud que se abordan en Atención Primaria (AP). La formación se centra en la actividad docente presencial (curso, taller, seminario), con un promedio de 20 horas impartidas por profesionales del sistema sanitario, para la adquisición de habilidades para realizar educación para la salud (EPS) con grupos y de conocimientos básicos sobre metodología de inter-

acción comunitaria. La formación práctica es limitada por la escasa actividad comunitaria en los centros acreditados.

Discusión

La formación en la competencia es limitada. La falta de motivación y formación de los tutores, la presión asistencial y la orientación prioritaria del servicio sanitario hacia la atención de la enfermedad son factores que determinan la situación actual. Se considera necesario apoyar la formación sobre la competencia que ayude a las UDD a su implantación y mejora.

Palabras clave:

Formación de recursos humanos, desarrollo comunitario, especialización.

Summary

Training in community care at multiprofessional teaching units (UDDs)

Introduction

Community care competences are a feature of the speciality of family and community medicine and family and community nursing acquired by residents in their training (four or two years) at multiprofessional UDDs in Spain.

The strategic goals of Semfyc's programme, Community Activities in Primary Care (PACAP), include strengthening training in community-related aspects.

Objective

To analyse the situation of education in this area of competence.

Material and methods

Transversal observational study through a questionnaire with ten questions to be completed by the 91 UDDs accredited by 06.2011.

Results

The response rate was 65.5%. 71% of them included community health education. Community health education was deemed to be essential among those teaching units that did not include this speciality, because it is a distinguishing feature of the specialist and due to the nature and causation of health problems that are addressed in PHC. The training focuses on classroom teaching (course, workshop, seminar), with an average of 20 hours provided by health care professionals, to acquire skills to impart healthcare education with groups with a basic knowledge of community engagement methodology. Practical training is limited by the lack of community activity in accredited centres. Discussion: Training in competences is limited. A lack of motivation and training of tutors, the burden of care and priority of the health service in dealing with the disease, are factors that determine the current situation. It is considered necessary to support training in competences that help the UDDs implement and improve them.

Keywords: Human resources training, community development, specialization.

Introducción

La competencia comunitaria es una de las que caracterizan a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria que no se incluye en otras especialidades médicas.

La unidad docente (UD) multiprofesional es la estructura docente responsable del proceso de capacitación de los especialistas que establece la Comisión Nacional de la Especialidad.

El Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad

Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), en el objetivo 3 para el año 2011, plantea promover la mejor formación de los profesionales en atención comunitaria. Para ello, y con el ánimo de conocer la situación de la formación que se realiza actualmente en las UDD sobre esta competencia, diseñó una investigación, con el objetivo de proponer posteriormente propuestas de mejora.

El programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria¹ establece tres niveles de calificación de la competencia según la capacidad adquirida de la misma por el residente al terminar su período de formación y en cada nivel lo que debe conseguir. El residente, al final de su período de formación MIR, será capaz de hacer las actividades señaladas en la tabla 1.

También en el programa de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria aprobado en 2010² se establecen las competencias avanzadas que deben alcanzar los alumnos y las agrupa en los apartados señalados en la tabla 2.

Objetivos

- Conocer las características de la docencia impartida en las UDD para adquirir la competencia.
- Analizar su adecuación a la competencia establecida en el programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y Enfermería Familiar y Comunitaria.

Método

Estudio transversal descriptivo mediante una encuesta autocumplimentada por las UDD (tabla 3).

El cuestionario se remitió por correo electrónico a las 91 UDD existentes en el listado de la semFYC a fecha de junio de 2011.

La respuesta se remitía por correo electrónico a la secretaria de la semFYC, quien los procesó. Fue necesario enviar correos electrónicos de recordatorio a aquellas UDD que no habían contestado y a los responsables autonómicos del PACAP para promover la respuesta.

A principios de 2012 se cerró el plazo de recepción.

El cuestionario fue procesado en Excel y revisado y analizado por el grupo investigador.

Tabla 1
PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.
COMPETENCIA DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

- Prestar una atención individual en la consulta considerando el contexto social y comunitario de los pacientes, tanto en los condicionantes de los problemas como en las posibles intervenciones, así como la efectividad y eficiencia de las actuaciones individuales sobre el nivel de salud de la comunidad
- Identificar y priorizar las necesidades y problemas de salud de la comunidad con participación de ésta
- Identificar los recursos comunitarios disponibles, conocer su utilidad práctica y favorecer su desarrollo
- Priorizar intervenciones y elaborar programas comunitarios con participación de la comunidad
- Desarrollar (implementar) programas comunitarios y evaluarlos con participación de la comunidad
- Conocer las bases conceptuales de la metodología cualitativa y su aplicación a la práctica de la Atención Primaria
- Realizar intervenciones de educación para la salud grupales con metodologías capacitadoras y participativas. Implica el conocimiento de las características del aprendizaje de los adultos y de la dinámica de los procesos grupales
- Participar en una adecuada coordinación intersectorial, especialmente con el sector de servicios sociales
- Favorecer y colaborar en actividades de participación real de la comunidad en el cuidado y promoción de la salud, con actitud de escucha activa y de reconocimiento del papel protagonista de los ciudadanos

Tabla 2
PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA.
COMPETENCIA DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

- Competencias vinculadas con la provisión de cuidados avanzados en la atención clínica directa en el ámbito de la atención familiar y comunitaria a personas a lo largo de su ciclo vital y a las familias en todas sus etapas, tanto en lo que se refiere a su gestión, como planificación y desarrollo, de acuerdo con las necesidades de la población y con las exigencias de los servicios de salud
- Competencias vinculadas con la salud pública y comunitaria, relativas al diseño de programas de educación para la salud, a la vigilancia epidemiológica y medioambiental, y a las situaciones de emergencia y catástrofe
- Competencias vinculadas con la docencia, dirigidas tanto a las personas y familias, como a estudiantes y otros profesionales
- Competencias vinculadas con la gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario, con la finalidad de aplicarlos según los principios de equidad, efectividad y eficiencia y desarrollando estrategias de mejora de la calidad asistencial en los cuidados a la comunidad
- Competencias vinculadas con la investigación, cuyas finalidades son: utilizar la mejor evidencia científica disponible, generar conocimiento y difundir el ya existente

Resultados

Han contestado 60 de las 91 UDD identificadas (65,9% de tasa respuesta) (tabla 4).

En las 60 UDD que contestaron había 4.122 residentes y 3.358 tutores.

Se imparte alguna actividad docente en 44 de las 60 UDD que contestaron (73,3%).

Las 16 UDD que no dan docencia opinan que es de interés impartir docencia en actividades comunitarias en el 100% de los casos por los siguientes motivos:

- «Te ayuda situacionalmente con los pacientes, te implica en su comunidad y te facilita el acceso a mejorar y difundir actividades preventivas y educativas a la población.»
- «Por la visión integral e integradora de la actividad asistencial y el valor dado al enfoque comunitario y a la participación ciudadana.»
- «Es un área de competencias claramente definida en el programa de la especialidad, pero en la práctica clínica con los tutores y rotaciones difícilmente se aprende porque la mayoría de los centros de salud tampoco practican atención comunitaria. Por ello, si no se aprende durante la residencia, difícilmente se aprenderá después.»
- «Forma parte del perfil profesional del médico de familia, debe intervenir sobre los determinantes de la salud en su ámbito social, debería identificar grupos de riesgo, y proponer abordaje de los problemas de salud comunitarios y conocer los recursos de la comunidad y colaborar con ellos.»
- «Forma parte del día a día de los médicos al contribuir a solucionar los problemas de salud de las personas y porque una buena Medicina Comunitaria es predictor de salud poblacional y ahorro de recursos y visitas.»
- «Porque considero que el paciente que atiende el médico de familia vive en una comunidad donde enferma y sana, y por tanto ha de tenerla en cuenta en todo el proceso de atención del paciente, por ejemplo. Nosotros tenemos planificado empezar con un curso para los R4. No obstante, en el último año en el centro de salud acuden a actividades.»

Tabla 3
CUESTIONARIO DE LAS UNIDADES DOCENTES

- ▶ Identificación de las unidades docentes y número de los centros docentes, de los residentes y de los tutores
- ▶ Número de unidades docentes que impartían docencia en actividades comunitarias
- ▶ Razones por las cuales no se impartía docencia en actividades comunitarias
- ▶ Si se considera de interés impartir docencia en actividades comunitarias (en las unidades docentes donde no se impartía)
- ▶ Año de la residencia donde se impartía la docencia en actividades comunitarias
- ▶ Tipo de actividad docente y número de horas destinadas a la misma
- ▶ Características de la formación teórica: contenidos, docentes, destinatarios (residentes, tutores, etc.)
- ▶ Relaciones con las sociedades científicas a la hora de impartir la docencia
- ▶ Características de la formación práctica: proporción de residentes que participan en actividades comunitarias y tipo de actividades en las que participan
- ▶ Formación que reciben los tutores
- ▶ Participación de los tutores en actividades comunitarias
- ▶ Porcentaje de centros docentes acreditados que tienen actividades comunitarias

Tabla 4
UNIDADES DOCENTES ANALIZADAS

Comunidad autónoma	UDD	Respuesta
Andalucía	Almería. Cádiz. Córdoba. Sevilla. Granada. Huelva	Sí
	Málaga. Jaén	Sí
Aragón	Alcañiz. Huesca. Zaragoza Sector III	Sí
	Teruel. Zaragoza Sector I y II	No
Asturias	Asturias Única	Sí
Illes Balears	Mallorca	Sí
	Menorca. Ibiza. Formentera	No
Canarias	Las Palmas Norte Sur Tenerife-La Palma (Zona 3)	Sí
	Fuerteventura (Zona 4)	Sí
	Tenerife Zona 1 y Zona 2. Lanzarote	No
Cantabria	Santander y Laredo	Sí
Castilla-La Mancha	Albacete. Ciudad Real. Guadalajara. Toledo	No
	Cuenca y Talavera de la Reina	Sí
Castilla y León	Ávila. Zamora. León I. León II Ponferrada. Palencia. Salamanca	Sí
	Segovia. Valladolid Este y Oeste	Sí
	Burgos y Soria	No
Catalunya	Coor. Gral. Prog. Servei Salut Integral B Empordà	No
	ACEBA. Badalona Serveis Assistencials	Sí
	Barcelona Ciutat ICS. Catalunya Central ICS	Sí
	Clínic-Maternitat. Consorci Sanitari del Maresme	Sí
	Consorci Sanitari Terrasa. Costa de Ponent ICS	Sí
	FASS Grup Sagessa. Fundació Sant Pau i Santa Tecla	Sí
	Girona ICS	No
Lleida ICS. Mútua de Terrassa. Tarragona ICS. Tortosa ICS	Sí	
Euskadi	Bizkaia. Gipuzkoa. Álava	Sí
Extremadura	Badajoz y Navalmoral	No
	Cáceres. Don Benito. Plasencia	Sí
Galicia	A Coruña. Ourense. Santiago	Sí
	El Ferrol. Lugo. Vigo. Pontevedra	No
Madrid	Centro. Oeste. Sur	No
	Este. Noreste. Norte. Sureste	Sí
Murcia	Lorca y Murcia	Sí
	Cartagena-San Javier	No
Navarra	Navarra	Sí
La Rioja	Logroño	No
Comunitat Valenciana	Alicante	Sí
	Castellón y Valencia	No

UDD: unidades docentes.

**ES LA ASIGNATURA
MÁS PENDIENTE
EN ATENCIÓN
PRIMARIA Y POR
DONDE AHORA SE
PUEDEN HACER
MÁS COSAS**

- «Porque gran parte de la asistencia diaria, de la problemática que se presenta y de la demanda es Medicina Comunitaria.»
- «Es una competencia escasamente desarrollada en la teoría y en la práctica de los centros de AP. Es la asignatura más pendiente en AP y por donde ahora se pueden hacer más cosas.»
- «Es parte fundamental de nuestra formación de médico de familia, sin embargo, en la práctica real, como ocurre en otros campos (investigación, atención familiar, etc.), los médicos no siempre la realizamos.»
- «Múltiples razones: a) participación de los pacientes/comunidad en AP; b) priorización de necesidades; c) planificación de actividades, y d) educación sanitaria global.»
- «Me parece básico e imprescindible, pero la realidad es que más por la falta de formación que de tiempo no se hace nada desde las unidades docentes.»

Las UUDD imparten la docencia de forma muy variada:

- Respecto a los años que la imparten: en 13 UUDD la distribuyen en 3 o 4 años, en 18 UUDD en 2 años y en 13 UUDD en 1 año.
- Respecto a qué año de residencia, existe una mayor coincidencia en agruparse en los últimos años de la formación: 17 UUDD la imparten a los R3 y 27 UUDD la imparten a los R4.

La docencia se hace prioritariamente mediante una actividad docente, con algunas excepciones que hacen varias actividades docentes en distintos años.

Los tipos de actividades docentes son:

- Curso presencial (28).
- Seminario (13).
- Taller (14).
- Blog (1).
- On-line (1).

La duración de estas actividades oscila entre 4 y 42 horas, de la forma:

- Más de 30 horas: 2 UUDD.
- Entre 20 y 30 horas: 16 UUDD.

- Entre 10 y 19 horas: 10 UUDD.
- Menos de 10 horas: 13 UUDD.

Se identifican los siguientes contenidos y métodos de formación impartida:

- El proceso salud/enfermedad/atención. La dimensión social, biológica y personal de la enfermedad. El contexto sociocultural del proceso de enfermar.
- Proceso de enseñanza-aprendizaje para la realización de un proyecto de EPS principalmente con un grupo de población. Se hace en 34 de las UUDD de unas 15-20 horas de duración. En casi todas las comunidades autónomas.
- Metodología de intervención comunitaria:
 - Aprender a identificar la comunidad.
 - Aprender a utilizar los indicadores básicos para realizar un examen preliminar de la situación de la salud de la comunidad.
 - Identificar los recursos comunitarios disponibles y conocer su utilidad.
 - Identificar los principales problemas de salud de la comunidad.
 - Proyecto de intervención. En especial en Asturias, Canarias, Euskadi y Madrid.
- Cooperación en programas de salud, planes comunitarios, acciones intersectoriales, órganos de participación comunitaria.
- Cómo iniciar actividades comunitarias desde un centro de salud (Documento Recomendaciones del PACAP). En especial en Andalucía, Catalunya, Extremadura, Navarra y Euskadi.
- Metodología de los procesos correctores comunitarios. En Navarra, Madrid y Euskadi.
- Metodología APOC (AP orientada a la comunidad). Se aplica en especial en las UUDD de Catalunya y Illes Balears.

Los cursos y talleres son impartidos por:

- Técnicos de salud pública de las UUDD: 17.
- Formadores de EPS del sistema sanitario: 6 (Illes Balears, Madrid, Murcia y Barcelona).
- Tutores de Medicina de Familia y Comunitaria: 14.
- Médicos de familia de los centros de salud responsables de medicina comunitaria: 3.
- Grupo APOC: 4.

- Grupo PACAP: 2.
- Profesores externos de fundaciones: 2.

La formación se realiza en 30 UDD solo para residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, y en 14 ya se hace conjuntamente para residentes de Medicina y de Enfermería Familiar y Comunitaria.

En 10 UDD se imparte formación a los tutores.

La actividad docente es evaluada con cuestionario de estructura, proceso y satisfacción, trabajo presentado o proyecto educativo y registro de asistencia.

Más de un 60% no hace las actividades comunitarias. El resto las hace de una forma esporádica o en varias semanas y excepcionalmente de forma habitual.

Se identifican una serie de actividades comunitarias en las que participan los residentes como rotaciones prácticas en su proceso formativo (tabla 5). Son muy diversas y abarcan un amplio abanico de instrumentos de promoción de la salud.

El porcentaje de tutores que han recibido formación en lo comunitario se distribuyen de la siguiente forma:

- En 39 UDD, menos del 24% de los tutores.
- En 8 UDD, entre el 25 y el 49% de los tutores.
- En 6 UDD, entre el 50 y el 74% de los tutores.
- En 7 UDD, más del 75% de los tutores.

Se han centrado en cursos presenciales de metodología de educación para la salud, en cómo iniciar actividades comunitarias, en técnicas grupales, en comunicación y en programación en salud.

La realización de actividades comunitarias de los tutores se distribuye de la siguiente forma:

- En 45 UDD, menos del 25% de los tutores realizan actividades comunitarias.
- En 7 UDD, entre el 25 y el 49% de los tutores.
- En 2 UDD, entre el 50 y el 74% de los tutores.
- En 5 UDD, más del 75% de los tutores.

En cuanto al porcentaje de los centros acreditados que hacen alguna actividad comunitaria:

Tabla 5
TIPOLOGÍAS DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS
COMO FORMACIÓN PRÁCTICA

- 1. Programas de salud de área (niño, mujer, mayor, adulto)**
 - ▶ Campañas vacunación
 - ▶ Programa tuberculosis
 - ▶ Programa mayor de riesgo
 - ▶ Participación en jornadas (semana sin humo, violencia contra las mujeres, promoción del ejercicio físico, etc.)
- 2. Actividades en centros educativos**
 - ▶ Programa «Forma joven» (educación para la salud en institutos de enseñanza media)
 - ▶ Educación sexual
 - ▶ Alimentación
 - ▶ Desayunos saludables
- 3. Educación para la salud con grupos de enfermos**
 - ▶ Diabéticos
 - ▶ Hipertensión
 - ▶ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- 4. Educación para la salud con grupos sobre estilos de vida y etapas vitales**
 - ▶ De ayuda mutua
 - ▶ Asociaciones vecinales
 - ▶ Pacientes de los centros de salud. Deshabitación tabáquica, factores riesgo cardiovascular, anticoncepción
 - ▶ Madres y padres
 - ▶ Adolescentes, jóvenes
 - ▶ Grupos de exclusión social
 - ▶ Cuidando al cuidador
- 5. Actividad comunitaria en rotación rural**
- 6. Rotación externa en servicio de salud poblacional de DGSP Asturias**
- 7. Rotación en centros de referencias con actividades comunitarias acreditadas**
 - ▶ Centro de Salud la Mina
 - ▶ Proyecto Fresneda Asturias
 - ▶ Salud Familiar Alta Gracia. Córdoba (Argentina)
 - ▶ Programa Nerea
- 8. Acciones o programas intersectoriales**
 - ▶ Programa «Cambia de adicción»: dejar de fumar y empezar a hacer actividad física de forma tutelada
 - ▶ Programa de trabajo en personas con riesgo de exclusión social con población gitana en la comarca de Irún
 - ▶ Programa de mediadores interculturales
- 9. Medios de comunicación**
 - ▶ Programa de radio
- 10. Trabajos de investigación con un componente comunitario**
- 11. Apoyo a la acción social en salud**
 - ▶ Cooperación con asociaciones de ayuda mutua de enfermos
 - ▶ Asesoramiento
 - ▶ Colaboración con ONG
 - ▶ Asociaciones de mujeres

DGSP: Dirección General de Salud Pública.

- En 7 UDD, entre el 35 y el 64% de los centros.
- En 6 UDD, entre el 65 y el 90% de los centros.
- En 20 UDD, más del 90% de los centros.
- En 22 UDD, no contestan a esta pregunta.

En la pregunta abierta de comentarios sobre el cuestionario y otros aspectos se señala lo siguiente:

UNO DE LOS OBJETIVOS FUNDAMENTALES DE LA SEMFYC Y DEL PACAP, TRAS SU NUEVA ETAPA COMENZADA EN 2011, ES MEJORAR LA DOCENCIA DE LA COMPETENCIA DE ATENCIÓN COMUNITARIA

- «Por la presión asistencial se relega el abordaje comunitario por considerarlo de menor importancia.»
- «Confusión en los conceptos de lo que es una actividad comunitaria, EPS con grupos, etc.»
- «La participación de los profesionales aún es más escasa, ya que la mayoría no tiene suficiente formación para aplicar sus conocimientos en actividades comunitarias.»
- «En el proceso de reacreditación de tutores, las dos actividades que más deficiencia tienen son “atención familiar y atención a la comunidad”.»

Actualmente, en nuestro ámbito, el peso de esta actividad recae en enfermería. Teniendo en cuenta el tiempo dedicado a la actividad clínica, domiciliaria, la docente en los propios centros y la que se haga de investigación, los tutores han ido cediendo de forma paulatina, pero progresiva, el liderazgo a los diplomados de enfermería.»

- «Creo que el paso a UUDD multiprofesional aportará, entre otros, un relanzamiento de esta competencia, aunque lo importante es que se ofrezca desde los centros de salud, más que quien la oferte.»
- «Registro insuficiente de las actividades comunitarias que hacen los centros acreditados y tutores y residentes.»
- «El aprendizaje depende de los centros docentes y de las características de los tutores, por lo que es muy heterogéneo: en algún centro aislado hay profesionales muy involucrados en la formación y atención comunitaria.»
- «La formación debe integrarse en la actividad de los centros y debe hacerse a lo largo de los 4 años y ser registrada en el libro del residente.»
- «La formación está muy limitada por la escasez de docentes con un perfil adecuado para lo que precisa la competencia.»
- «Me gustaría que a nivel nacional se pudiera diseñar y ofrecerse una actividad formativa “de calidad” a MIR y tutores, en formato mixto (on-line y presencial) y solicitar asesoramiento a las UUDD (tipo de actividad, posibilidades, adaptabilidad, coste, etc.).»

- «En Catalunya proponen diseñar un curso de atención comunitaria on-line con la participación de tutores y técnicos de salud.»
- «La elaboración del cuestionario no es acertada y no se está de acuerdo con la propuesta actual del cuerpo doctrinal; existe una disociación entre las necesidades sentidas y el marco teórico.»
- «Hay que tener en cuenta las características de la insularidad y de los recursos docentes de las diferentes UUDD.»

Discusión

Uno de los objetivos fundamentales de la semFYC y del PACAP, tras su nueva etapa comenzada en 2011, es mejorar la docencia de la competencia de atención comunitaria.

Además, este año 2011 fue el primero de la puesta en marcha de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria de las UUDD Multiprofesionales, por lo que sentimos que era el momento idóneo para impulsar el abordaje de la docencia de la formación sobre la competencia de atención comunitaria.

Subjetivamente, percibimos que la docencia en nuestra competencia sigue siendo una de las cienientas formativas, y nos pusimos en contacto con las diferentes UUDD de nuestro país para analizar su estado actual.

Primariamente, agradecemos la colaboración que hemos obtenido de las UUDD en la cumplimentación de este cuestionario. Hemos conseguido respuestas del 65,9% de las UUDD registradas en el listado oficial de la semFYC a fecha de junio 2011.

Estimamos esencial formarse en esta competencia por ser un rasgo característico de nuestra especialidad. Es necesario el enfoque comunitario para abordar de forma integral los problemas de salud teniendo en cuenta su multicausalidad y los factores determinantes de éstos, pero se insiste en el poco peso que tiene el enfoque promotor y comunitario en la práctica cotidiana del sistema sanitario y, en concreto, en los centros de salud y en los tutores médicos de la especialidad^{3,4}.

Más de dos terceras partes (73,3%) de las UUDD que nos respondieron hacen un esfuerzo valioso e imparten docencia sobre estas materias tanto de forma teórica como práctica.

También observamos como positivo que la totalidad de las UUDD que no imparten docencia consideran de interés la formación en atención comunitaria. Nos alegran y llenan de ilusión sus opiniones y su predisposición positiva en relación con la docencia en esta materia.

Percibimos que la docencia en atención comunitaria es muy dispar a lo largo de los 4 años de la residencia, aunque advertimos que tiende a implementarse en el cuarto año, durante su estancia en el centro de salud.

Sentimos que el proceso de aprendizaje y adiestramiento se limita a una única actividad docente mediante curso presencial en dos tercios del total (63,6%).

Además, consideramos que el número de horas de formación es escaso en el 95% de los casos y cuenta con unos contenidos más bien teóricos.

Observamos que el área más desarrollada es la EPS y se sigue poco el programa de la especialidad en la competencia de atención a la comunidad. Comprendemos que el esfuerzo docente se hace fundamentalmente con los recursos existentes en cada territorio, en especial por personal técnico en salud de las unidades, así como de los servicios asistenciales y profesionales sanitarios, por los propios tutores y los médicos de familia que llevan años impartiendo formación o por grupos de formadores de las sociedades científicas, como ocurre en Catalunya (APOC) o en Madrid, Extremadura, Illes Balears, Canarias y Castilla y León (grupos PACAP), o del Instituto de Salud Pública de Navarra.

En algunos casos se acude a docentes de otras comunidades autónomas con experiencia en formación en metodología de EPS o en intervención comunitaria, en especial de Madrid, Navarra, Asturias y Barcelona. Pero se señala que faltan recursos docentes que den una respuesta adecuada a las necesidades detectadas.

Respecto a las metodologías utilizadas observamos que:

- En lo que se refiere a la metodología de la EPS, los formadores, en especial de Madrid, Navarra y Illes Balears, utilizan fundamentalmente la metodología del aprendizaje significativo de la pedagogía activa y participativa,

que tiene como referencia, más importante y de excelencia en el Estado español, el grupo de M.^a José Pérez Jarauta y Margarita Echauri, del Instituto de Salud Pública de Navarra^{5,6}, quienes poseen un excelente manual de EPS⁷.

- El grupo APOC, en Catalunya, cuenta con una amplia y reconocida experiencia formando residentes en la práctica orientada a la comunidad⁸.
- En Extremadura, Canarias, Euskadi, Madrid y Catalunya, se emplea la metodología de «Cómo iniciar un proceso de intervención comunitaria en un centro de salud», basada en el documento de recomendaciones del PACAP⁹.
- La formación en metodología de intervención comunitaria que promueve Marchioni¹⁰ y su grupo se desarrolla fundamentalmente en Canarias y Extremadura. Este grupo tiene un instituto que se puede visitar en su web¹¹.
- En Madrid, Navarra y Euskadi se imparte la metodología de procesos correctores comunitarios¹².
- Por último, el enfoque más amplio de salud comunitaria se desarrolla en Asturias por el grupo de Rafa Cofiño. En su blog¹³ se puede encontrar información más detallada sobre el tipo de formación que se propone, que también se está empezando a desarrollar en varias UUDD de Catalunya.

Creemos que los centros de salud docente están poco orientados al enfoque comunitario, por lo que su actividad comunitaria es muy limitada y, por consiguiente, pensamos que los tutores tienen poca experiencia en este campo.

Todo ello nos lleva a la conclusión de que los residentes cuentan con escasas posibilidades de aplicar los conocimientos y habilidades adquiridos al final de su residencia por la escasa actividad comunitaria de los centros docentes, a pesar de que existe una rica variedad de tipologías de actividades comunitarias que se realizan en el conjunto del país¹⁴.

Conclusión

Creemos que es necesario trabajar conjuntamente y de forma consensuada en un plan de formación factible entre las UUDD, la Comisión Nacional, el PACAP, la semFYC y

TAMBIÉN OBSERVAMOS COMO POSITIVO QUE LA TOTALIDAD DE LAS UUDD QUE NO IMPARTEN DOCENCIA CONSIDERAN DE INTERÉS LA FORMACIÓN EN ATENCIÓN COMUNITARIA

LOS CENTROS DE SALUD DOCENTES DEBERÍAN TENER COMO UN CRITERIO ESENCIAL PARA SU ACREDITACIÓN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) para alcanzar la competencia adecuada.

Como objetivo básico estaría que los residentes adquirieran el nivel de «saber hacer» al menos en la mayoría de los apartados de Prioridad I del programa de la especialidad.

En conclusión, las líneas más generales para la reflexión, el debate y el consenso son:

- El sistema sanitario español podría reorientarse hacia un enfoque promotor de la salud, tal como se plantea a nivel internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- La cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud¹⁵ debería incorporar la actividad comunitaria y de Promoción de Salud, y se deberían establecer líneas activas para su correcto cumplimiento, como se propone en la Estrategia AP XXI del Ministerio Sanidad¹⁶.
- La formación en la competencia comunitaria debería incluirse en la formación de pregrado, posgrado y continuada de las ciencias de la salud¹⁷.
- Subrayamos la importancia de que los centros de salud docentes deberían tener como un criterio esencial para su acreditación la realización de actividades comunitarias y de promoción de la salud.
- Las modalidades de formación deberían adecuarse a los diferentes contextos, necesidades de formación e itinerarios formativos.
- El itinerario formativo debería distribuirse a lo largo de toda la residencia y tener la posibilidad de la realización de alguna práctica durante el último período de residencia.

Bibliografía

1. BOE del 21 de febrero sobre Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, que desarrolla la Ley 44/2003 de 21 de noviembre y el Real Decreto 1146/2006 de 6 de octubre y aprueba el programa de la especialidad.
2. BOE 29 junio 2010: Orden SAS/1729/2010 de 17 de junio por el que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

3. Soler M, March S, Ramos M, Ruiz JL, Pérez MJ, Muntaner I, et al. Situación de las actividades comunitarias en Atención Primaria. Informe final 2008. Madrid. Disponible en: <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/informe-final-pacap.pdf>. [Consulta: 2 de noviembre de 2012.]
4. March S, Bauzá MLL, Ruiz-Giménez JL, Soler M, Ramos M. Consideraciones sobre el informe de la situación de las actividades comunitarias en AP. Comunidad. 2010;12(6-9).
5. Pérez MJ, Echaury M. Avanzar en educación para la salud grupal. Comunidad 2002;(5):78-87.
6. Echaury M, Pérez MJ. Técnicas docentes en la formación de profesionales. Tribuna Docente de Medicina Familia 2002;6(3):29-43.
7. Manual de educación para la salud. Instituto de Salud Pública. Pamplona. Gobierno de Navarra; 2006. Disponible en: www.cfnavarra.es/isp/promocion. [Consulta: 2 de noviembre de 2012.]
8. Gofin J, Montaner I, Foz G. Metodología de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Elementos para su práctica. RCEAP 2008;16. Disponible en: <http://goo.gl/sKZpC> [Consulta: 2 de noviembre de 2012.]
9. PACAP. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención comunitaria en un centro de salud? Barcelona: semFYC ediciones; 2007. Disponible en: www.pacap.net/documentos. [Consulta: 2 de noviembre de 2012.]
10. Marchioni M. Comunidad participación y desarrollo. Teoría y métodos de intervención comunitaria. Madrid: Ed. Popular; 1999.
11. Instituto Marco Marchioni. Red de Encuentro, intercambio y debate de la democracia participativa. Tenerife. Disponible en: www.institutomm.org. [Consulta: 2 de noviembre de 2012.]
12. Aguiló E. La metodología de los procesos correctores comunitarios (ProCC). RCEAP 2008;16. Disponible en: <http://goo.gl/RZ4yf> [Consulta: 2 de noviembre de 2012.]
13. Cofiño R. Talleres de Salud Comunitaria. Oviedo: 2012. Disponible en: <http://www.saludcomunitaria.wordpress.com>. [Consulta: 2 de noviembre de 2012.]
14. Ramos M, March S, Soler M, Ruiz JL, Miller F, Domínguez, J. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en Atención Primaria. Gac Sanit Especial Congreso 1. 2009;23(37).
15. Real Decreto 1030/2006, del 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE, nº 222 (16-9-2006).
16. Ruiz JL. Incorporación de un servicio sobre actividad comunitaria en el catálogo de prestaciones sanitarias del nivel de Atención Primaria. Comunidad. 2008(10):54-7.
17. Salud Pública. Promoción de la Salud y Epidemiología: Formación en Promoción y Educación para la Salud. Madrid: Consejo Interterritorial. Ministerio Sanidad y Consumo; octubre de 2003.

Perspectivas del personal sanitario sobre el consumo de alcohol en la comunidad y el papel de Atención Primaria

Autores:

Eva Bolaños Gallardo. Especialista en investigación cualitativa y salud
Susana Redondo Martín. Jefa del Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas. Comisionado Regional para la Droga de Castilla y León
José Ángel Maderuelo Fernández. Responsable de calidad e investigación en docencia. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. Gerencia Regional de Sanidad de Castilla y León (SACYL). Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. (IBSAL)

Para contactar:

Eva Bolaños Gallardo
ebgformacion@hotmail.com

Resumen

Objetivo

Conocer los puntos de vista y experiencias del personal de Atención Primaria (AP) sobre el consumo de alcohol en la comunidad.

En este trabajo se presenta un estudio cualitativo realizado en la provincia de Salamanca. Se realizaron cuatro grupos de discusión y 14 entrevistas abiertas. Los profesionales consideran que existe un elevado consumo de alcohol en sus comunidades de referencia, y especialmente muestran preocupación por el aumento de dicho consumo entre la población joven y adolescente. Estiman que AP es un escenario adecuado para la prevención del consumo de riesgo y la detección precoz de los problemas de dependencia, ya que la continuidad de la atención y el conocimiento de la población facilitan esta labor. Sin embargo, admiten que la exploración y el consejo sobre el consumo de esta sustancia no está suficientemente integrado en sus prácticas habituales, salvo si aparecen problemas orgánicos y/o comportamentales o existe dependencia. Perciben barreras dentro de la consulta que dificultan esta incorporación sistemática. Consideran que es un hábito muy normalizado socialmente y difícil de abordar, y consideran que no tienen las capacidades necesarias para hacer una intervención breve. Es necesario aumentar la sensibilidad del personal sanitario ante esta realidad, así como revisar la formación para mejorar sus capacidades para la intervención.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el alcohol es el tercer factor de riesgo para la salud en los países desarrollados, después del tabaco y la hipertensión arterial¹. Europa es la región del mundo donde se consume más alcohol, siendo España uno de los países donde el consumo está más exten-

dido en todos los rangos de edad. En este contexto, Castilla y León se encuentra por encima de los promedios nacionales del consumo de alcohol en población general, aunque con una tendencia al descenso de los consumos².

El consejo breve desde AP para disminuir el consumo de riesgo es una de las medidas más eficaces, tal y como plantean diferentes organismos³⁻⁵. Este tipo de intervención reduce los niveles globales de consumo de alcohol, cambia los patrones del consumo perjudicial, previene futuros problemas, mejora la salud y reduce los costes sanitarios⁶⁻⁸. En Castilla y León, el Servicio de Atención al Bebedor de Riesgo fue actualizado en la cartera de servicios de AP en 2007, incluyendo el registro de consumo de alcohol, la valoración del riesgo y la disponibilidad para el cambio.

Hay pocos estudios publicados sobre actitudes y prácticas del personal sanitario de AP en relación con el alcohol. Los que se han rea-

Palabras clave: Atención Primaria, consumo de alcohol, consejo breve, estudio cualitativo.

Summary

Views of healthcare personnel on alcohol consumption and the role of Primary Care

Abstract

Objective: To understand the views and experiences of primary care professionals on alcohol consumption in the community.

This report presents a qualitative study conducted in the province of Salamanca. Four discussion groups and 14 open interviews were conducted. Professionals believe that there is a high level of alcohol consumption in their respective communities; and they are particularly concerned regarding the increase of consumption among young people and adolescents. They think that primary care is an appropriate

setting for the prevention of hazardous drinking and early detection of problems of dependency, and that continuity of care and knowledge of the population facilitate this process. However, they admitted that unless organic or behavioural problems surface or if dependence arises, advice regarding alcoholic consumption is not sufficiently integrated into their practices. Health professionals perceive barriers to their inclusion in routine consultations; they posit that the consumption of alcohol is a socially standardized habit and thus difficult to approach, and consider that they lack the necessary skills to make a brief intervention in these situations. Faced with this situation, it is necessary to raise awareness among healthcare personnel and improve their capacity to intervene.

Keywords: Primary care, alcohol consumption, brief intervention, qualitative research.

EL CONSUMO DE ALCOHOL EN PROFESIONALES SANITARIOS PARECE SER SIMILAR AL DE LA POBLACIÓN GENERAL

lizado muestran resultados dispares, aunque coinciden en la necesidad de intervención⁹. Cabe destacar que el consumo de alcohol en profesionales sanitarios parece ser similar al de la población general¹⁰. Además, la dependencia del alcohol en mujeres suele pasar desapercibida en las consultas de AP¹¹.

Planteamos abordar esta problemática desde una perspectiva cualitativa, metodología que en investigaciones previas sobre consumo de alcohol ha aportado interesantes resultados^{12,13}.

Método

Se ha realizado una investigación desde una perspectiva fenomenológica, usando metodología cualitativa, con el fin de comprender los puntos de vista y las experiencias de las personas participantes en el estudio¹⁴.

El ámbito de estudio ha sido la AP de la capital y provincia de Salamanca.

Se han utilizado como técnicas de producción de datos el grupo de discusión y la entrevista abierta. Los criterios para la composición de los grupos de discusión se muestran en la tabla 1. Los criterios para el diseño de los perfiles a entrevistar aparecen en la tabla 2. Finalmente se desarrollaron 14 entrevistas y se organizaron cuatro grupos de discusión cuya composición se expone en la tabla 3.

La captación se estableció mediante carta, informando e invitando a participar a profesionales que respondían a los perfiles establecidos (previa consulta de las bases de datos). Posteriormente se estableció contacto telefónico con el fin de conocer su disponibilidad. El personal sanitario que aceptó colaborar recibió una última llamada, para confirmar su asistencia, y fijar lugar, fecha y hora de celebración.

El trabajo de campo se realizó entre los meses de mayo y diciembre de 2010. Posteriormente se transcribió el material grabado para obtener el texto sobre el que efectuar el análisis discursivo.

Resultados

Impresiones generales sobre el consumo en la comunidad

Los participantes opinan que actualmente la población tiene un elevado consumo de bebi-

das alcohólicas. Desde el principio se considera que es un importante problema con implicaciones para la salud.

La gente joven tiene un patrón de consumo de fines de semana de borracheras absolutas; la gente de más de 20 años hasta los 50 es lo que se llama un bebedor social: beben diariamente más o menos cantidad y se suelen saltar lo que recomienda la OMS, que son tres unidades diarias. Casi todos los bebedores sociales se saltan esta recomendación. Y luego está el consumo de alcohol de mujeres, que ahora ya se ve más en los bares, pero antes bebían en casa. (Grupo 2. Medicina urbana.)

El consumo de alcohol se centra principalmente entre la población adolescente y joven. Sin embargo, esto es más acentuado en el contexto urbano, ya que los profesionales del medio rural consideran que en este contexto resulta habitual que la población adulta beba alcohol de forma perjudicial para su salud.

En Salamanca sale mucha gente hasta las tantas de la mañana y hay un deterioro personal muy grande. Mucha gente joven tirada en la calle. Muchas llamadas al 112. Solo tendrías que ir a las urgencias del hospital y preguntar a cualquier auxiliar, enfermera o médico. (Entrevista 3. Enfermería urbana.)

En la zona donde yo trabajo hay un importante consumo de alcohol. Tanto de consumo diario, asociado al señor mayor o al adulto que trabaja el vino —porque en esta zona todo el mundo hace vino, todo el mundo hace aguardiente—, como de fin de semana, ligado al joven. (E6. Medicina rural.)

En relación con las mujeres, señalan el aumento del consumo abusivo de fin de semana entre las jóvenes, y la invisibilidad del problema en mujeres adultas que pueden desarrollar una dependencia del alcohol y verse afectadas por diversas barreras para recibir atención. Opinan que puede estar produciéndose un infradiagnóstico de estas problemáticas.

Yo creo que hay un alcoholismo femenino oculto o tapado, y que no aflora todo lo que hay. A veces lo intuyes, te llega la paciente y te huele como a alcohol, y no es de haberse tomado una caña ahora, sino que es alcohol de alta graduación. O bien te comenta que está con una depresión y que está tomando ansiolíticos, y que los ha mezclado con alcohol. Intuyes que ahí hay más cosas de fondo, y es muy complicado conseguir que lo manifiesten claramente. (G2. Medicina urbana.)

Se resalta la normalización social de este hábito, presente en muchos de los ritos, celebra-

ciones y costumbres de la comunidad, y no solo circunscrito a determinados grupos y contextos.

El alcohol es un tóxico, lo que pasa es que lo tenemos en nuestro medio, de toda la vida, y está socializado. Es lo mismo que la comida. Todos comemos y todos alguna vez hemos bebido, pero, claro, hay que tener mucho cuidado en algo que está socialmente aceptado, para no caer en el exceso. (G1. Enfermería rural.)

El papel de Atención Primaria ante el consumo de alcohol en la comunidad

Desde un plano teórico, consideran que la labor de AP puede ser fundamental. La continuidad de la atención y el conocimiento de la población facilitan la prevención del consumo de riesgo de alcohol, así como la detección precoz de los problemas asociados a este hábito.

Con la población adulta yo creo que hay que hacer el des-pistaje igual. Porque cuando les preguntas por hábitos y preguntas si beben, te dicen que no. Pero cuando les preguntas directamente:

- ¿Usted toma alguna caña o algún vaso de vino?
- Sí, eso sí, pero eso no es beber –te dicen.

Y entonces tú cuantificas las unidades, y te das cuenta de que sí, de que beben, de que beben mucha cantidad... La labor en Primaria sería prevención primaria, prevención secundaria en el diagnóstico precoz, y, claro, la terciaria sería derivar a las unidades especializadas. (E1. Enfermería urbana.)

En un primer momento son conscientes de la importancia de abordar este tema en las consultas. De hecho, se plantea la necesidad de hacer una exploración sobre hábitos de consumo, ofrecer información sobre los riesgos y explicar las consecuencias para la salud. Si detectan que la persona tiene un consumo de riesgo, lo correcto sería realizar un seguimiento de la situación, así como derivar y/o intervenir cuando exista dependencia del alcohol.

Yo les pregunto: «A ver, un poco de vino... Cuéntame. A ver, desarróllame un poco la frase». En plan coña, un poco. «Desarróllame la frase, bebes dos vasitos. Pero ¿cómo?, ¿vasos grandes?» Porque de ser un vaso de Duralex, que tiene el culo bajo, a ser un vaso tanque... Creo que termino sabiendo la cantidad [...]. Entonces hago hincapié en la importancia que tiene con la grasa, con los hábitos, con lo que es la vida y el riesgo cardiovascular. (E6. Medicina rural.)

Tabla 1
CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA LA COMPOSICIÓN DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

- ▶ **Colectivo profesional:** medicina y enfermería. Consideramos la necesidad de hacer grupos por separado teniendo en cuenta los distintos roles, funciones y posiciones que ocupan dentro de los centros de salud
- ▶ **Ámbito:** rural/urbano. Consideramos la necesidad de que estuvieran representados profesionales de los dos ámbitos. Se hicieron los grupos por separado teniendo en cuenta las características diferenciales de ambos contextos
- ▶ **Edad:** 20-40 años/41-60 años
- ▶ **Sexo:** mujer/hombre

Tabla 2
CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA LOS PERFILES DE LAS PERSONAS A ENTREVISTAR

- ▶ **Colectivo profesional:** medicina, enfermería, pediatría y trabajo social
- ▶ **Ámbito:** rural/urbano
- ▶ **Sexo:** mujer/hombre
- ▶ **Nivel de cobertura en el Servicio de Atención al Bebedor de Riesgo:** elevado/bajo. Esta variable se utilizó para seleccionar al personal de medicina y enfermería

Tabla 3
GRUPOS DE DISCUSIÓN Y ENTREVISTAS REALIZADAS

- ▶ **Grupo 1 (G1).** Enfermería. Medio rural. Cuatro mujeres y cuatro hombres, de 20-60 años
- ▶ **Grupo 2 (G2).** Medicina. Medio urbano. Cuatro mujeres y tres hombres, de 20-60 años
- ▶ **Grupo 3 (G3).** Enfermería. Medio urbano. Cuatro mujeres y dos hombres, de 20-60 años
- ▶ **Grupo 4 (G4).** Medicina. Medio rural. Tres mujeres y dos hombres, de 20-60 años

ENTREVISTAS

- ▶ **Entrevista 1 (E1).** Enfermería, mujer, ámbito urbano. Elevada cobertura
- ▶ **Entrevista 2 (E2).** Enfermería, mujer, ámbito rural. Elevada cobertura
- ▶ **Entrevista 3 (E3).** Enfermería, mujer, ámbito urbano. Baja cobertura
- ▶ **Entrevista 4 (E4).** Medicina, hombre, ámbito urbano. Elevada cobertura
- ▶ **Entrevista 5 (E5).** Medicina, hombre, ámbito urbano. Baja cobertura
- ▶ **Entrevista 6 (E6).** Medicina, hombre, ámbito rural. Elevada cobertura
- ▶ **Entrevista 7 (E7).** Pediatría, hombre, ámbito rural
- ▶ **Entrevista 8 (E8).** Pediatría, mujer, ámbito urbano
- ▶ **Entrevista 9 (E9).** Matrona, ámbito urbano y rural
- ▶ **Entrevista 10 (E10).** Matrona, ámbito urbano
- ▶ **Entrevista 11 (E11).** Matrona, ámbito urbano
- ▶ **Entrevista 12 (E12).** Trabajadora social, ámbito urbano y rural
- ▶ **Entrevista 13 (E13).** Trabajadora social, ámbito urbano y rural
- ▶ **Entrevista 14 (E14).** Trabajadora social, ámbito urbano y rural

Opinan que esta labor no se desarrolla con todo su potencial en AP. Es habitual que la exploración sobre el consumo solo se haga en el momento de abrir la historia clínica o cuando se tiene una sospecha basada en un problema físico o conductual. Reconocen que no tienen incorporada la idea de preguntar, informar y aconsejar de forma sistemática sobre este tema.

EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL BEBEDOR DE RIESGO NO RESULTA UNA HERRAMIENTA CONOCIDA EN PROFUNDIDAD NI INCORPORADA EN LA PRÁCTICA COTIDIANA

Siguiendo sus discursos puede apreciarse la ruptura entre el plano de lo ideal y la realidad.

- En muchos casos sí preguntamos, pero no lo hacemos a todos los que llegan a la consulta.
- Si es una persona nueva, sí. Pero si ya están en el cupo, yo personalmente, no. Si he llegado a una consulta en la que ya están los pacientes, a alguno le pregunto para empezar a conocerlo, pero no a todos por norma. No en la consulta diaria, no por norma a todos los que me llegan.
- Cuando hay algo que no te cuadra. Si es diabético y tiene cifras, y empiezas a escarbar un poquito. Que hay problemas de violencia, que va a la consulta con la mujer y la forma de actuar que tiene. (G3. Enfermería urbana.)

Para una parte importante de los profesionales que han participado en ese estudio, el Servicio de Atención al Bebedor de Riesgo no resulta una herramienta conocida en profundidad ni incorporada en la práctica cotidiana.

- ¿Conoces el Servicio de Atención al Bebedor de Riesgo?
- Sí, sí. Me suena y lo tenemos, pero no lo he mirado. (E5. Medicina urbana.)

La intervención breve que se puede hacer desde las consultas de AP apenas se ha mencionado en los grupos y entrevistas. Sin embargo, algunas de las profesionales más motivadas e implicadas en el tema valoran esta metodología como muy efectiva para abordar el consumo de riesgo.

Es el preguntar y ver qué puedes hacer. Si es un bebedor de riesgo sin más, muchas veces con una actuación breve y solamente con decirselo, ya está. A veces también tienen la tensión alta o alguna otra cosa, y yo les suelo citar para ver cómo van a los 3 meses y tal. (E2. Enfermería rural.)
Para explicar esta situación, argumentan que



el personal de salud no está suficientemente sensibilizado y capacitado para actuar ante este problema. Otras barreras se refieren a la insuficiencia de habilidades de comunicación, la anticipación de resistencias en la población, el temor a invadir su intimidad, la sobrecarga asistencial en algunos contextos, además del insuficiente respaldo institucional. Destacan la especial complejidad en el abordaje con adolescentes y mujeres. Demandan disponer en la consulta de guías y materiales adecuados. También perciben dificultad para establecer límites que les permitan determinar riesgos en relación con el consumo de alcohol. Aunque conocen los criterios usados por la OMS, opinan que éstos tienen un valor relativo en su práctica.

¿Hasta qué punto estamos sensibilizados los sanitarios, los profesionales de la salud, para decidir si esta persona tiene un problema con el alcohol? ¿Qué conductas tenemos que tomar con ellos? No hay un criterio uniforme. Falta lo que yo decía de los hipertensos, que yo sé que si tiene 140 o 90 hago una cosa, sé dónde meterlos, sé en qué cajón le tengo que meter. Pero con esto no. Lo primero es que nosotros no estamos concienciados. (G1. Enfermería rural.)

Expresan la necesidad de realizar cambios en su labor. En primer lugar, se trataría de desarrollar una mayor conciencia sobre el fenómeno y acerca de sus propias posibilidades de actuación. En segundo lugar, demandan mayor capacitación para detectar adecuadamente a las personas que beben en exceso y actuar en consecuencia.

En la práctica, es tomar conciencia de que el problema está ahí y saber captarlo. (G2. Medicina urbana.)

Desde la perspectiva del personal sanitario que habitualmente realiza el cribado, informa e interviene, la experiencia suele resultar satisfactoria y gratificante. Son conscientes de que la población no cuenta con los conocimientos suficientes sobre los perjuicios del consumo excesivo de alcohol y observan una actitud receptiva cuando lo abordan en las consultas o en otros escenarios de trabajo.

Está el bebedor excesivo, el que bebe excesivamente, pero que no tiene constancia de los riesgos. Hay que plantearles esos riesgos, y plantearles que disminuyan el consumo; eso lo aceptan muy bien y te lo agradecen mucho. Y lo hace la gente bien. Y entonces les echas las cuentas: «Usted puede tomar dos vinos o un cubata cuando no tome los dos vinos». Le llevas a una franja de riesgo baja para limitar el consumo excesivo. Y eso lo aceptan muy bien. (E4. Medicina urbana.)

Trabajo muy a gusto en ello. Yo me voy de aquí a las tres y me voy encantada. Los viernes salgo a media mañana, y me voy a dar clases de prevención de drogas. Fundamentalmente, de alcohol y tabaco. (E1. Enfermería urbana.)

Discusión

El personal sanitario que ha participado en el estudio manifiesta tener conciencia del consumo excesivo de alcohol en su comunidad de referencia. Se considera un problema de salud pública por el que muestran preocupación, especialmente en el colectivo de jóvenes. Además, destacan el aumento de las borracheras entre las chicas y el infradiagnóstico en mujeres con problemas de consumo de alcohol.

Los profesionales coinciden en el papel relevante que puede tener AP en la exploración de hábitos y en la reducción del consumo de riesgo de alcohol. Sin embargo, también reconocen que la detección, el consejo y la intervención breve no están incorporados de forma sistemática en sus prácticas cotidianas, siendo frecuente una detección tardía del consumo de riesgo. Existe gran dificultad en la incorporación del cribado dentro de las consultas de AP. Estas opiniones concuerdan con lo señalado en la bibliografía¹⁵.

Desde su perspectiva, la normalización social de este hábito supone un obstáculo para desarrollar estrategias preventivas. También encuentran otras barreras para que la intervención se incorpore sistemáticamente; destacan la escasa formación teórico-práctica, ya que se perciben con escasas habilidades para tratar este tema, aspecto que se ha manifestado en otros estudios¹⁶. Además anticipan resistencias en la población y rechazo a que se invada su intimidad. Otros problemas para la intervención se relacionan con la sobrecarga asistencial y cierta falta de impulso por parte de las instituciones. Han resaltado la especial dificultad que les supone el abordaje con población adolescente y con mujeres.

Entre los elementos facilitadores para la intervención, se encuentra la incorporación rutinaria de la exploración sobre el consumo de alcohol, como puede ser la apertura de la historia clínica en el marco de otros procesos crónicos, las actitudes abiertas y constructivas, la continuidad de atención a la misma población y la existencia de material de apoyo en las consultas.

En el discurso de quienes tienen mayor implicación y alta cobertura en el Servicio de Atención al Bebedor de Riesgo, se diluyen muchas de las barreras percibidas anteriormente expresadas. Desde su perspectiva, la incorporación cotidiana en las consultas y el trabajo en el ámbito escolar es una labor positiva y necesaria.

Estos datos plantean la necesidad de que en AP se trabaje para aumentar la sensibilidad y los conocimientos sobre esta realidad, de forma que la exploración sobre el consumo de alcohol se realice al abrir una historia nueva, al actualizar la historia clínica o ante cualquier indicio de sospecha¹⁷. Es necesario incorporar la promoción del consejo breve ante estos consumos, así como el seguimiento de los mismos. Con el fin de mejorar esta situación se sugiere el desarrollo de formación teórica y práctica sobre el Servicio de Atención al Bebedor de Riesgo. Se propone incluir estos aspectos en los programas de formación específica para residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Por otro lado, la consulta de los 14 años puede ser un buen momento para explorar el consumo de alcohol y ofrecer consejo a la población adolescente.

También es necesario prestar especial atención a las particularidades del consumo de alcohol en mujeres. Para ello se propone realizar más investigación sobre esta realidad y desarrollar formación específica con enfoque de género.

Tal y como muestran otras investigaciones¹⁸, se valora la disponibilidad de guías y materiales en la consulta. En este sentido, consideramos de interés la difusión de los materiales de apoyo, mediante la utilización de la web del Comisionado Regional para la Droga o de otras vías telemáticas, y en formato impreso.

Por último, decir que en el transcurso del trabajo de campo observamos cómo los grupos de discusión y las entrevistas funcionaban para los profesionales como dispositivos de reflexión sobre la propia práctica. El uso de la metodología cualitativa ha resultado de gran utilidad para ampliar el conocimiento sobre los puntos de vista del personal sanitario acerca de esta realidad.

Si quieres saber más sobre este proyecto de investigación cualitativa, contacta con el grupo investigador y el enlace goo.gl/YgzNG

HAN RESALTADO LA ESPECIAL DIFICULTAD QUE LES SUPONE EL ABORDAJE CON POBLACIÓN ADOLESCENTE Y CON MUJERES

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
2. Álvarez FJ, Fierro I. El consumo de drogas en Castilla y León 2008. Comisionado Regional para la Droga. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2009.
3. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. Ginebra: OMS; 2001.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención de los problemas derivados del alcohol. I Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
5. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington: OPS/OMS; 2008.
6. Ballesteros J, Arino J, et al. Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Metaanálisis de estudios españoles en Atención Primaria. Gac Sanit. 2003;17(2):116-122.
7. Moyer A, Finney J, Swearingen C, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment seeking and nontreatment seeking populations. Review. Addiction. 2002;97(3).
8. Rodríguez A. Efectividad de las técnicas de consejo breve. Adicciones. 2000;14(supl1):337-57.
9. Rodríguez E, Espí F, Canteras M, Gómez A. Habilidades de los médicos de Atención Primaria sobre los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Med General. 2001;39:891-9.
10. Rodríguez E, Espí F, Canteras M, Gómez A. Consumo de alcohol entre profesionales médicos de Atención Primaria. Aten Primaria. 2001;28:259-62.
11. Sánchez L, Bolaños E, De Vicente P. Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los Centros de Tratamiento Ambulatorios y Residenciales de Castilla y León. Comisionado Regional para la Droga. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2010.
12. Consejería de Sanidad y Consumo. La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 9. Madrid: Comunidad de Madrid; 1992.
13. Consejería de Sanidad y Consumo. La cultura del alcohol en los adultos de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 19. Madrid: Comunidad de Madrid; 1994.
14. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós; 1990.
15. Gómez T, Javier F. La colaboración entre Atención Primaria y atención especializada en el abordaje y derivación de los pacientes con problemas relacionados con el alcohol. Trastornos Adictivos. 2010;12(1):5-6.
16. Varela M, Rodríguez MP, López I. Percepciones y opiniones del médico de Atención Primaria sobre el consumo de alcohol. Trastornos Adictivos. 2003;5(4):329-34.
17. Córdoba R. Alcohol y reducción de daño: la intervención desde la Atención Primaria de salud. Trastornos Adictivos. 2002;4(2):83-7.
18. Seppä K, Pekuri P, Kääriäinen J, Aalto M. Intervenciones breves en alcohol como Proyecto de investigación acción de directrices para Atención Primaria. Adicciones. 2004;16(4):1-8.



Para enviar artículos a la revista *Comunidad* consultar las normas de publicación en la página web del PACAP: www.pacap.net