

Medicina de Familia Andalucía

Editorial

- 7 La esclavitud del siglo XXI.

El espacio del usuario

- 9 La salud en el ámbito municipal.

Originales

- 10 Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria.
19 Estudio descriptivo de conocimientos y hábitos de salud bucodental en pacientes de una Zona Básica de Salud.
28 Alcohol en adolescentes: estudio sobre dependencia y relación con aspectos psicológicos y sociofamiliares.
34 Análisis multifactorial de los ancianos de un consultorio de medicina familiar.

A debate

- 40 Sombras sobre la Atención Primaria.

Cartas al director

- 45 *El médico de la familia y...*

46 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 53 Adolescente con fiebre y dolor escrotal agudo.

55 Actividades Científicas

57 Información para los autores



Hubo anuncio



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 6, N.º 1, abril 2005

Sumario

Editorial

- 7 La esclavitud del siglo XXI.

El espacio del usuario

- 9 La salud en el ámbito municipal.

Originales

- 10 Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria.
19 Estudio descriptivo de conocimientos y hábitos de salud bucodental en pacientes de una Zona Básica de Salud.
28 Alcohol en adolescentes: estudio sobre dependencia y relación con aspectos psicológicos y socio-familiares.
34 Análisis multifactorial de los ancianos de un consultorio de medicina familiar.

A debate

- 40 Sombras sobre la Atención Primaria.

Cartas al director

- 45 *El médico de la familia y...*

46 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 53 Adolescente con fiebre y dolor escrotal agudo.

55 Actividades Científicas

57 Información para los autores



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 6, N.º 1, april 2005

Contents

Editorial

- 7 The Slavery of the 21st Century.

The Consumer's Corner

- 9 Health in the Municipal Setting.

Original Articles

- 10 Validation of a Questionnaire to Measure Social Support in Primary Care.
19 A Descriptive Study on Knowledge and Habits that Influence Oral Health among Patients in a Basic Health Zone.
28 Alcohol use Among Adolescents: Psychological and Sociological Factors Related to Dependency.
34 A Multifactorial Analysis of Elderly Patients in a General Medicine Practice.

Under Debate

- 40 Shadows Over Primary Care.

Letters to the Editor

- 45 *The Family's Doctor* and...

46 Publications of Interest

Which is Your Diagnosis?

- 53 Adolescent with fever and acute scrotal pain.

55 Scientific Activities

57 Information for Authors

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Manuel Lubián López

Vicepresidente Primero

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vicepresidente Segundo

Pablo García López

Vicepresidente Tercero

Isabel de Andrés Cara

Secretaria

Amparo Ortega del Moral

Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

Vocal Docencia

Epifanio de Serdio Romero

Vocal Investigación

Beatriz Pascual de la Pisa

Vocal de Residentes

Julio Francisco Aparicio Sánchez

Vocal de Formación Continuada

Pablo García López

Vocal de Relaciones Externas

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vocal Provincial Almería:

José-Pelayo Galindo Pelayo

e-mail: jpelayo@larural.es

Vocal Provincial Cádiz:

Manuel Lubián López

e-mail: mlubian@ono.com

Vocal Provincial Córdoba:

Pilar Serrano Varo

e-mail: pseval@supercable.es

Vocal Provincial Huelva:

Jesús E. Pardo Álvarez

e-mail: jeparedes10@teletel.es

Vocal Provincial Jaén:

Eduardo Sánchez Arenas

e-mail: eduardo.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es

Vocal Provincial Málaga:

Javier Ingelmo Martín

e-mail: jimartin@samfyc.es

Vocal Provincial Granada:

Francisco José Guerrero García

e-mail: franguerrero72@yahoo.com

Vocal Provincial Sevilla:

Luis Gabriel Luque Romero

e-mail: luqueluis2@telefonica.net

Patronato Fundación

Juan Manuel Espinosa Almendro

Juan de Dios Alcántara Bellón

Pablo García López

Reyes Sanz Amores

Manuel Lubián López

Amparo Ortega del Moral

Antonio Zarallo Pérez

Isabel de Andrés Cara

Santiago Gascón Veguín

Francisco José Guerrero García

**SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

c/ Arriola, 4 bajo D - 18001 - Granada (España)

Tfno: 958 804 201 - Fax: 958 804 202

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es/Revista/portada.html>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Director

Manuel Gálvez Ibáñez

Subdirector

Antonio Manteca González

Consejo de dirección

Director de la revista
Subdirector de la revista
Presidente de la SAMFYC
Juan Ortiz Espinosa
Pablo García López

Consejo de redacción

Manuel Gálvez Ibáñez
Pablo García López
Francisca Leiva Fernández

Consejo editorial

Cristina Aguado Taberné. *Córdoba.*
Juan de Dios Alcántara. *Sevilla.*
José Manuel Aranda Regúlez. *Málaga.*
Emilia Bailón Muñoz. *Granada.*
Maribel Ballesta Rodríguez. *Jaén.*
Luciano Barrios Blasco. *Córdoba.*
Pablo Bonal Pitz. *Sevilla.*
Beatriz Bullón Fernández. *Sevilla.*
Rafael Castillo Castillo. *Jaén.*
José Antonio Castro Gómez. *Granada.*

Ana Delgado Sánchez. *Granada.*
Juan Manuel Espinosa Almendro. *Málaga.*
Francisca Leiva Fernández. *Málaga.*
Isabel Fernández Fernández. *Sevilla.*
Bernabé Galán Sánchez. *Córdoba.*
Luis Gálvez Alcaraz. *Málaga.*
Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada.*
Pablo García López. *Granada.*
José Manuel García Puga. *Granada.*
José María de la Higuera González. *Sevilla.*
Blanca Lahoz Rayo. *Cádiz.*
José Lapetra Peralta. *Sevilla.*
José Gerardo López Castillo. *Granada.*
Luis Andrés López Fernández. *Granada.*
Begoña López Hernández. *Granada.*
Fernando López Verde. *Málaga.*
Manuel Lubián López. *Cádiz.*
Antonio Llergo Muñoz. *Córdoba.*
Joaquín Maeso Villafaña. *Granada.*
Teresa Martínez Cañavate. *Granada.*
Eduardo Mayoral Sánchez. *Sevilla.*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz.*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga.*
Gertrudis Odriozola Aranzábal. *Almería.*
M.ª Ángeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*
Maximiliano Ocete Espínola. *Granada.*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*
Luis Pérula de Torres. *Córdoba.*

Miguel Ángel Prados Quel. *Granada.*
Daniel Prados Torres. *Málaga.*
Fermina Puertas Rodríguez. *Granada.*
Luis de la Revilla Ahumada. *Granada.*
Roger Ruiz Moral. *Córdoba.*
Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla.*
José Luis Sánchez Ramos. *Huelva.*
Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga.*
José Manuel Santos Lozano. *Sevilla.*
Reyes Sanz Amores. *Sevilla.*
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla.*
Francisco Suárez Pinilla. *Granada.*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva.*
Isabel Toral López. *Granada.*
Jesús Torio Duránte. *Jaén.*
Juan Tormo Molina. *Granada.*
Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga.*
Amelia Vallejo Lorencio. *Almería.*

Representantes internacionales

Manuel Bobenrieth Astete. *Chile.*
César Brandt. *Venezuela.*
Javier Domínguez del Olmo. *México.*
Irma Guajardo Fernández. *Chile.*
José Manuel Mendes Nunes. *Portugal.*
Rubén Roa. *Argentina.*
Sergio Solmesky. *Argentina.*
José de Ustarán. *Argentina.*

Medicina de Familia. Andalucía

Envíos

Los envíos se efectuarán mediante correo de superficie con tarifa especial modalidad suscriptores en España. Para Europa y el resto del mundo, los envíos serán por correo aéreo, tarifa especial de difusión cultural.

Para Correspondencia

Dirigirse a:
Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, 4 Bajo D - 18001 Granada (España)

Página web: <http://www.samfyc.es/nueva/revista/portada.html>
<http://www.samfyc.es> e ir a «revista»
e-mail: revista@samfyc.es
samfyc@samfyc.es
Webmaster: Carlos Prados Arredondo

Secretaría Comercial

Los contenidos publicitarios de esta revista serán gestionados por: Srta. Encarnación Figueredo, C/ Arriola, 4 Bajo D - 18001 Granada (España). Tfno: 958 804 201/02.

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr. 368/2000

Copyright:

Fundación Revista Medicina de Familia. Andalucía.
C.I.E.: G - 18551507

Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier otro sistema, de los artículos aparecidos en este número sin la autorización expresa por escrito del titular del copyright.

Esta publicación utilizará siempre materiales ecológicos en su confección, con papeles libres de cloro con un mínimo de pulpa de tala de árboles de explotaciones madereras sostenibles y controladas: tintas, barnices, películas y plastificados totalmente biodegradables.

Printed in Spain

Edita: Comares, S.L.

Información para suscripciones

Medicina de Familia. Andalucía aparecerá publicada con una periodicidad trimestral. El precio de la suscripción anual para España es de 36 Euros. Ejemplar suelto: 12 Euros. Precio de suscripción anual para la Unión Europea: 40 Euros; resto de países: 50 Euros. Los precios incluyen el IVA, pero no las tasas de correos.

Medicina de Familia. Andalucía se distribuirá exclusivamente a profesionales de la medicina.

Los miembros de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria la recibirán de forma gratuita.

Cómo suscribirse a Medicina de Familia. Andalucía

La orden de suscripción deberá ser remitida por correo a: Revista Medicina de Familia. Andalucía. Departamento de suscripciones. C/ Arriola, 4-bajo D, 18001 Granada (España); o bien por fax: +34 958 804 202.

EDITORIAL

La esclavitud del siglo XXI

Ares Camerino A ¹

¹ *Coordinador del Grupo de Salud Laboral. SAMFYC*

La esclavitud, de uno u otro tipo, ha existido desde tiempos inmemoriales, en tanto que forma de avasallamiento y apropiación de la fuerza de trabajo por parte de sus semejantes.

Los pueblos conquistados o las personas condenadas por no pagar sus "deudas" eran utilizados como esclavos en la Antigüedad. Con el descubrimiento de América se establece la "trata de negros" a gran escala. Los españoles y los portugueses se reparten el Nuevo Mundo, y desean explotar sus recursos, minas de oro y plata. Para ello hace falta una abundante y robusta mano de obra, y es el continente africano el que se convierte en proveedor de la misma. Ingleses, holandeses, franceses y daneses, en su carrera por las colonias americanas, reglamentan en cierta medida la esclavitud. Colbert (1685) promulgando el primer "Código Negro", oficializa esta práctica execrable.

La trata de negros, conocida con el nombre de "comercio triangular" se desarrolla rápidamente. En sucesivas oleadas de este comercio se estima que entre 25-30 millones de personas fueron deportadas. Los barcos negreros zarpaban de Europa hacia África cargados de mercancías y artículos de comercio, que intercambiaban por esclavos, los cuales, una vez llegados a América eran vendidos a los colonos. Con el producto de la venta se compraban productos tropicales (café, algodón, azúcar) que a su vez se vendían en Europa.

Hasta 1804, cuando se proclama el primer estado negro, Haití, no empieza a plantearse la abolición de la esclavitud. Este país se convierte en símbolo del combate y la resistencia de los esclavos y declara el triunfo de los principios de libertad, igualdad y dignidad de las personas.

El dos de diciembre es declarado Día Internacional para la Abolición de la Esclavitud, en recuerdo de la fecha en la que la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el "Convenio para la represión de la trata de personas y de la explotación de la prostitución ajena". La UNESCO, en su resolución 57/195 decidió proclamar el pasado año 2004 "Año internacional de conmemoración de la lucha contra la esclavitud y de su abolición".

Esta pequeña introducción histórica sirve para ponernos en antecedentes de lo que está ocurriendo en este siglo XXI.

Según reflexionaba, no recuerdo que estadista, "los pueblos que olvidan su historia están condenados a repetirla". La humanidad es muy olvidadiza, y sujetos de una misma generación vuelven a perpetrar genocidios, guerras y masacran a sus congéneres.

En una sociedad, mal llamada del conocimiento, y en la que términos como globalización, aldea global, deslocalización, mercado único, etc, se han incorporado a nuestro acervo coloquial, se siguen produciendo hechos propios de una sociedad, ni siquiera tribal, sino psiquiátricamente enferma. Les reconocemos derechos a animales y plantas, y no somos capaces de llevar a la práctica los derechos fundamentales de la vida y de la libertad a los nuestros.

Recorriendo los medios de comunicación podemos comprender que la esclavitud no está abolida. Durante el año 2004 han sido desmanteladas en España 167 redes de prostitución. Algunas de las mujeres afectadas, procedentes de países del este de Europa, declaraban que fueron compradas por tres mil euros en sus países de origen.

Recientemente en Huelva y Sevilla se han detenido a ciudadanos rumanos que tenían como esclavos a centenares de paisanos, a los que explotaban en trabajos agrícolas y a los que privaban de su libertad. Las imágenes de las pateras arribando a las costas andaluzas y canarias han dejado de ser noticia por la frecuencia y reiteración de las mismas, sólo nos llama la atención cuando se produce un hecho luctuoso como el ocurrido en Rota, el más reciente en Fuerteventura, o el "barco negrero" encontrado a la deriva en las costas atlánticas subsaharianas. Por miles se cuentan los inmigrantes que llegan a nuestras costas y a nuestros aeropuertos, y por centenares, o tal vez miles, los desaparecidos, o por que no decirlo muertos, que no logran alcanzar su objetivo.

¿Qué ha cambiado desde el siglo XVII? Los actores son los mismos. Los esclavos proceden de los mismos lugares, África, América del Sur y Oriente, y los lugares de

destino, idénticos, América del Norte y Europa. La diferencia es que ahora son los propios "esclavos" los que tienen que costearse el viaje o "financiarlo" a través de redes de extorsión de las que es imposible salir.

Esta situación nos debe hacer reflexionar a todos, ya que sin nuestro posicionamiento tenaz y valiente, poniéndo-

nos siempre del lado de los mas débiles, no se podrá abolir esta vergüenza de la humanidad.

Como dice Antonio Muñoz Molina en su artículo "Las Fronteras" : "Tal vez el único modo de neutralizar el poder letal de las fronteras y la lacra de la esclavitud sea sentirse siempre de la otra parte".

AGRADECIMIENTO A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA DURANTE EL AÑO 2004

El Consejo de Redacción desea agradecer a todos los asesores y correctores sus valiosas y desinteresadas aportaciones, encaminadas a mejorar la calidad de los artículos publicados durante el año 2004. Su trabajo constituye sin duda un valor añadido a la Revista.

MARÍA FRANCISCA ALBARRACÍN
CRISTINA AGUADO TABERNE
JOSÉ MANUEL ARANDA REGULEZ
JOSÉ ANTONIO CASTRO GÓMEZ
ISABEL FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
LUÍS GÁLVEZ ALCARAZ
JOSÉ MANUEL GARCÍA PUGA
BEGOÑA LÓPEZ HERNÁNDEZ
FERNANDO LÓPEZ VERDE
MANUEL LUBIÁN LÓPEZ
CARLOS ORTEGA MILLÁN
MIGUEL SAGRISTÁ GONZÁLEZ
FRANCISCO SUÁREZ PINILLA
JESÚS TORIO DURANTEZ
TOMÁS UREÑA FERNÁNDEZ

Fe de erratas:

En la sección **Cartas al Director**, del volumen 5, número 3, no figuran en la carta **Los grupos de autoayuda ¿mejoran la fibromialgia?** los autores: **Alison Carriquí Sanblas, Esther Lagares Abad y Silvia Torices Ruiz.**

EL ESPACIO DEL USUARIO

La salud en el ámbito municipal

Ruiz Legido O ¹

¹ Responsable del Gabinete Jurídico de FACUA

La salud es un derecho humano básico y esencial para el desarrollo del individuo y de la propia colectividad, además de para la mejora de la calidad de vida y el desarrollo económico de las sociedades. La promoción de la salud contribuye por tanto significativamente a la reducción de desigualdades.

Partiendo de esta premisa, el lugar donde viven y se desarrollan y desenvuelven las personas, la ciudad, es decisivo para las intervenciones en materia de salud. La Administración más cercana al ciudadano es la Administración local y esta potencialidad debe ser aprovechada. El marco local resulta un marco adecuado para que se desarrollen estrategias fundamentales dirigidas a la promoción y protección de la salud, siempre desde la intersectorialidad y la colaboración y coordinación con el resto de administraciones públicas implicadas, especialmente con la sanitaria, aunque no sólo, ya que en este contexto también administraciones competentes en materia de educación y consumo tienen elementos importantes que aportar.

Los Municipios han venido desarrollando desde siempre competencias en materia sanitarias, en mayor o menor grado y con las dificultades correspondientes derivadas de escasos o limitados recursos y en un escenario en el que a veces no ha estado claro qué compete al municipio y qué a la Comunidad Autónoma. Cómo hacer efectivas, pero sobre todo eficaces, dichas competencias es una tarea que debe ser abordada por todos los agentes y administraciones afectadas, buscando y favoreciendo el compromiso y una mayor implicación por parte de los Municipios.

La ciudad es el marco idóneo para desarrollar un trabajo intersectorial que despliegue su radio de acción en materias tales como el desarrollo sostenible del espacio urbano y el medio ambiente, la seguridad de los ciudadanos (alimentaria, vial, sexual...) la lucha por evitar desigualdades, la mejora de la cohesión social y el bienestar de todos los ciudadanos (inmigrantes, drogodependientes, víctimas de malos tratos, personas con discapacidad, personas dependientes...), y en general para profundizar sobre factores claves que inciden en la salud

(factores de riesgo, hábitos de vida saludables, familia, fomento de la participación y el asociacionismo...)

Para FACUA por tanto resulta claro que para hacer efectivo el derecho a la salud, globalmente entendido, es necesario contar con las Entidades Locales, con su actuación y compromiso.

El propio Plan Andaluz de Salud 2003-2005, contempla la necesidad de potenciar el marco local como escenario de actuación en materia de salud y el establecimiento de foros, canales, convenios, etc.. entre la Junta de Andalucía y los Ayuntamientos, coordinados con la FAMP (Federación Andaluza de Municipios y Provincias). Ésta última, en su sexta Asamblea ratificó buena parte con los objetivos fijados por el Plan Andaluz de Salud: promover y defender la participación de Ayuntamientos y Diputaciones, propiciar la coordinación, potenciar la creación y consolidación de la Red Andaluz de Ciudades Saludables, consolidar la línea de colaboración establecida entre la FAMP y la Junta de Andalucía y potenciar la participación de los ciudadanos y las ciudadanas...

No obstante, estas líneas de actuación deberían, y así lo venimos demandando, contar con la participación de todos los agentes sociales y económicos implicados, entre ellos las organizaciones de consumidores, fijemos entre todos cuáles son las líneas prioritarias de actuación y qué medidas hay que desarrollar. Esta planificación debe hacerse contando con la participación y el protagonismo de los ciudadanos, algo que debe potenciarse en todos los ámbitos pero especialmente en el que nos ocupa. Carece de sentido que la administración más cercana al ciudadano, la administración local, no habilite y propicie instrumentos de participación eficaces.

En este sentido consideramos que es necesario que se potencien los Consejos de Salud Municipales, inexistentes prácticamente en el panorama municipal de nuestra Comunidad Autónoma. Consejos de Salud Municipales que sirvan como auténticos mecanismos de participación de los usuarios en la fijación de las estrategias de salud en su ciudad. En este sentido defendemos el papel de los ayuntamientos en el desarrollo de la participación ciudadana en el sistema sanitario público.

ORIGINAL

Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria

Revilla Ahumada L de la¹, Luna del Castillo J², Bailón Muñoz E³, Medina Moruno I⁴.

¹ *Presidente de la Fundación para Estudio de la Familia (FUNDEFAM). Granada;* ² *Profesor Titular Departamento de Bioestadística. Facultad Medicina. Granada;* ³ *Médica Familia. Coordinadora Unidad Docente Medicina de Familia. Granada;* ⁴ *Médica Familia. Granada.*

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Objetivos: Validación del cuestionario MOS para medir apoyo social. Conocer percepción de apoyo en pacientes con EPOC, diabetes mellitus, hipertensión arterial, y dentro de cada patología, variables que influyen en la percepción de apoyo social.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Dos Centros de Salud urbanos.

Población y muestra: 301 individuos seleccionados sistemáticamente según patología, en consulta programada de cuatro médicos de familia.

Intervenciones: Se pasó el cuestionario MOS de 20 ítems. La primera pregunta sobre tamaño de la red social y 19 ítems referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo.

Resultados: Estudio de fiabilidad de la escala mediante un análisis factorial confirmatorio. Extracción de factores por componentes principales, más rotación de varimax. Análisis de la varianza para la comparación MOS con el sexo y las patologías. Para correlación entre edad y cada ítem de la escala se empleó el coeficiente de correlación de Pearson.

El 60,8% son mujeres, con una edad media de 48,8 años. El análisis factorial revela la existencia de 3 factores, que explican el 68,72% de la varianza global, en los tres se han obtenido valores cercanos a 1 (máxima consistencia). Las mujeres muestran una menor percepción de apoyo afectivo e instrumental y un menor tamaño de su red. Al aumentar la edad disminuye la percepción de apoyo, en todos los grupos.

Los pacientes con EPOC presentan menor percepción de apoyo social que el resto, sobre todo apoyo emocional y afectivo.

Conclusión: El cuestionario MOS es un instrumento válido y fiable que nos permite tener una visión multidimensional del apoyo social. Su uso permite descubrir situaciones de riesgo social elevado para poder intervenir sobre las personas y sus entornos sociales.

Palabras clave: cuestionario, apoyo social, diabetes, EPOC, HTA.

Correspondencia: Emilia Bailón Muñoz. Unidad Docente de Medicina de Familia. Hospital San Juan de Dios, 3.ª planta. C/ San Juan de Dios, n.º 15 - 18001 Granada, Teléfono: 958 022 360. E-mail: ebailonm@papps.org

Recibido el 02-03-05; aceptado para publicación el 14-03-05.

Medicina de Familia (And) 2005; 1: 10-18

VALIDATION OF A QUESTIONNAIRE TO MEASURE SOCIAL SUPPORT IN PRIMARY CARE

Goal: To validate an MOS questionnaire for measuring social support. To study how patients perceive support provided for chronic obstructive pulmonary disease (COPD), diabetes mellitus, and hypertension. To study the variables that influence perceptions of social support in each one of these pathologies.

Design: Cross sectional descriptive study.

Setting: Two urban health centers.

Population and sample: 301 individuals chosen systematically, according to pathology, in previously scheduled visits to four general practitioners.

Interventions: A 20-item MOS questionnaire was administered to all participants. The first question was related to the size of the social network. The remaining 19 items were related to four degrees of functional social support: emotional/informational, instrumental, positive social interaction and affective support.

Results: A factorial analysis of variance was done to confirm the scale's reliability. Factors were extracted by principal components and varimax rotation. Variance analysis was done to compare MOS with sex and pathologies. Pearson's correlation coefficient was used to correlate age with each ítem included in the scale. 60.8% are women whose average age is 48.8 years. Variance analysis revealed the existence of three factors that explained the 68.72% global variance. All three showed values close to 1 (maximum consistence). Women show lower perception of affective and instrumental support and a smaller network. For all groups, as age increases the perception of support decreases. Patients with chronic obstructive pulmonary disease had lower perceptions of social support than the rest, particularly emotional and affective support.

Conclusion: The MOS questionnaire is a valid and reliable instrument that facilitates obtaining a multi-dimensional vision of social support. Its use permits the detection of situations characterized by elevated social risk and facilitates interventions on the behalf of individuals and their social environment.

Key words: Questionnaire, social support, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, hypertension.

Introducción

Existen numerosos estudios que demuestran el impacto que ejerce el apoyo social sobre los procesos relacionados con la salud y la enfermedad¹. Así como de su efecto beneficioso sobre la evolución de enfermedades tan dispares como la depresión, artrosis o diabetes^{2, 3, 4}. De la misma forma, Hoffman y Hatch⁵ comprobaron que el apoyo social era uno de los factores más importantes para disminuir el riesgo de los eventos estresantes en embarazadas, apreciando que una disminución del apoyo social facilitaba la aparición de problemas en el parto y en el niño.

Por último, investigaciones recientes han relacionado el apoyo social con la mortalidad, de forma que cuando éste es insuficiente determina un mayor riesgo de muerte, sobre todo en determinados grupos de población como son los ancianos y viudos⁶.

Siendo tan evidentes las relaciones entre apoyo social y salud, existe cada vez mayor interés por incorporar el análisis y cuantificación del primero dentro de las actividades del médico de familia. Sin embargo uno de los principales problemas que han encontrado los investigadores al estudiar el apoyo social, ha sido la falta de instrumentos de medida válidos y, sobre todo, que puedan usarse en la práctica diaria.

La elección se facilita si tenemos en cuenta lo que mide realmente el instrumento y su grado de validez y fiabilidad.

Uno de los instrumentos de que disponemos en la práctica diaria es el cuestionario de apoyo social M.O.S. (Grupo de Estudio para analizar diferentes estilos de práctica médica de la atención primaria), realizado en EEUU en 1991. Se trata de un cuestionario breve y multidimensional, permitiendo investigar tanto los aspectos cuantitativos (red social) como los cualitativos (dimensiones del apoyo social).

El presente trabajo tiene como objetivo la validación del cuestionario MOS, utilizado para medir el nivel de apoyo social de la población atendida en dos centros de salud de Granada. Además, pretendemos conocer si los pacientes con patologías crónicas, EPOC, diabetes mellitus e hipertensión arterial, presentan un grado de apoyo social distinto al resto de la población en estudio, y dentro de cada patología, que variables influyen en los diferentes niveles de apoyo social.

Material y métodos

Diseño. Ámbito

Se trata de un estudio descriptivo y transversal, realizado en dos centros de salud urbanos, el Centro de Salud de Cartuja y Centro de Salud de Al-manjajar. La recogida de la información se realizó durante el periodo comprendido entre el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2001.

Participantes

Para la realización del trabajo hemos utilizado las encuestas administradas a 301 individuos seleccionados de manera sistemática e incluidos en uno de los cuatro estados de salud: EPOC, DM, HTA y resto de población consultante, que acudían a la consulta programada de cuatro médicos de familia de los dos centros.

Se utilizó el cuestionario MOS que consta de 20 ítems; salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuando de 1 a 5 (tabla 1). La primera pregunta informa sobre el tamaño de la red social. Los 19 ítems restantes recogen valores referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: apoyo emocional/informacional (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), apoyo instrumental (preguntas 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (preguntas 7, 11, 14 y 18) y apoyo afectivo (preguntas 6, 10 y 20).

Variables estudiadas

Las variables en estudio son la edad, el sexo, estado de salud y cada uno de los 20 ítems.

Análisis estadístico

Para llevar a cabo el estudio de fiabilidad de la escala MOS se realizó en primer lugar, un análisis factorial confirmatorio, en el que se probó si el modelo con 4 factores era o no correcto con los datos ofrecidos por nuestra muestra. Como el análisis dio significación, se llevó a cabo un análisis factorial en el que los factores se extrajeron por componentes principales y donde la rotación de los factores (para hacerlos más interpretables) se llevó a cabo por el procedimiento de varimax.

A continuación se realizó un análisis descriptivo de todas las variables del trabajo, usando las distribuciones de frecuencias y empleando las medidas clásicas de resumen, media, mediana y desviación típica.

La comparación de las diferentes variables del cuestionario MOS según el sexo y la patología fue llevada a cabo empleando el análisis de la varianza de una vía, pues pese a la no-normalidad de las variables los tamaños muestrales fueron lo suficientemente grandes, como para que el test pueda aplicarse.

La correlación entre la edad y la primera pregunta del MOS y el resto de las preguntas de la escala fue estudiada empleando el coeficiente de correlación de Pearson, previa nube de puntos, para descartar linealidades.

Resultados

Descripción de la muestra

La muestra utilizada para este estudio consta de 301 individuos con edades comprendidas entre los 15 y 95 años, siendo la media de 48,8 años y la desviación típica de 17,21. La mediana es de 50,5.

En la muestra se recogen 183 mujeres (60,8%) y 116 varones (38,5%). Perdidos 2 individuos en los que no se identifica el sexo (0,7%).

De los 301 individuos que forman la muestra, 142 (47,3%) presentan alguna de las siguientes patologías: EPOC 14 (4,7%), DM 36 (12%) e HTA 92 (30,6%). Los 159 individuos restantes (52,8%), no presentan ninguna de estas patologías.

Descripción de las preguntas de apoyo social

En la tabla 2 se exponen los valores de la media, desviación típica y mediana de cada una de las preguntas.

La puntuación obtenida por cada ítem, muestra un desplazamiento hacia la parte positiva de las preguntas, expresando un mayor apoyo social, a excepción de las preguntas 11 y 14 que presentan puntuaciones medias más bajas (“alguien con quien pueda relajarse” y “alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas”).

Análisis factorial

Con objeto de asegurarnos que la estructura factorial obtenida era la correcta y que no podía coexistir con la estructura factorial obtenida por otros investigadores para el MOS, se lleva a cabo un análisis factorial confirmatorio para la estructura factorial “a priori”, hipotetizando sobre el número de factores con 4, obteniéndose $\chi^2_{exp}=21,43$ 10 g.l., $p < 0,01$, lo que nos indica que la estructura factorial “a priori” no es la correcta.

El análisis factorial revela la existencia de 3 factores, que son capaces de explicar el 68,72% de la varianza global. El primer factor explica un 29,97% de la varianza, el segundo un 20,49% y el tercero un 18,26%. (tabla 3). Podemos señalar que existen tres componentes del apoyo social, tal como lo percibe nuestra población.

En el factor 1 incluimos los ítems 3, 4, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17 y 19. Todas las preguntas, excepto la 11 y 14 corresponden con las señaladas como “apoyo emocional/informativa”, por lo que podemos identificar nuestro factor 1 con el apoyo emocional (como expresión de afecto y comprensión empática) y el informativo (como guía, oferta de consejo e información).

Los ítems 11 y 14, que forman parte de la dimensión “interacción social positiva”, nuestros encuestados consideran que tiene una mayor relación con el soporte emocional incluido en el factor 1.

El factor 2 está constituido por las preguntas 6,7,10,18 y 20. Los ítems 6,10 y 20 se corresponden al “apoyo afectivo” del MOS. Para nuestros encuestados los ítems 7 y 18 son también considerados parte del apoyo afectivo.

Por último, el factor 3 que comprende las preguntas 2,5,12 y 15 miden, como en el estudio de Sherbourne⁷, el apoyo instrumental.

Consistencia interna de la escala

Se ha usado el coeficiente alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de la escala, y en los tres factores se han obtenido valores cercanos a 1 (consistencia máxima), que permite establecer que la escala es consistente (tabla 3).

Análisis bivariado

En relación con el género (tabla 4) se aprecia que las mujeres muestran una menor percepción de apoyo sobre todo en las preguntas relacionadas con el apoyo afectivo (preguntas 6,18 y 20) e instrumental (preguntas 2,12 y 15), así como un menor tamaño de su red social (pregunta 1). En todos los ítems la media es inferior en las mujeres respecto a los hombres

En relación con la edad. Cuando aplicamos el coeficiente de correlación entre las variables preguntas-edad, se objetivan asociaciones significativas ($p < ,05$) en los ítems 7, 10,11,14 y 18, todas ellas con valores negativos, es decir al aumentar la edad disminuye la percepción de apoyo (tabla 5).

Relación con las patologías estudiadas. Al relacionar la variable percepción de apoyo social con la variable “patologías en estudio” (DM, HTA, EPOC y demás población consultante), los encuestados con patología EPOC presentan menor percepción de apoyo social que el resto de los estados de salud, con diferencia significativa en los ítems que corresponden al apoyo emocional (preguntas 3,8 y 14) y al apoyo afectivo (preguntas 7,10 y 18) (tabla 6).

Relación entre la red y las dimensiones del apoyo social. Al correlacionar los 19 ítems de apoyo social y la pregunta 1, que se refiere a la red social (número de amigos y familiares cercanos con que cuenta) se obtienen valores positivos, mostrando diferencias estadísticamente significativas ($p < ,01$) en los 19 ítems, señalando que cuanto más amplia es la red social, mayor es la percepción de apoyo social.

Discusión

En los últimos años ha aumentado considerablemente el número de investigaciones sobre el impacto del apoyo social sobre diversos procesos relacionados con la salud y la enfermedad. Existen numerosos estudios que demuestran que un bajo nivel de apoyo social influye negativamente sobre el estado de salud dando lugar a síntomas orgánicos, psíquicos y psicosomáticos^{8, 9, 10}, pero sobre todo interviniendo en el curso de los problemas psicosociales, ya que la presencia de apoyo social se considera como un factor muy importante para prevenir o actuar, por un mecanismo tampón o amortiguador, frente el efecto negativo de los acontecimientos vitales estresantes^{11, 12}.

En la línea de aportar instrumentos de rápido y sencillo manejo para evaluar el apoyo social, hace unos años validamos¹³ el cuestionario DUKE.UNC modificado por Broadhead (14). A nuestro juicio este cuestionario tiene dos limitaciones, uno no cuantificar la red social y otro li-

mitarse a evaluar solo dos dimensiones del apoyo cualitativo. Ello nos llevó a estudiar el cuestionario MOS, propuesto y validado Sherbourne⁷, que permite conocer la red familiar y extrafamiliar y medir cuatro dimensiones del apoyo social, confidencial/emocional, instrumental, interacción social positiva y afectivo. Mantiene la ventaja de su brevedad y sencillez, que permite su aplicación en las consultas de los centros de salud.

En el análisis descriptivo de la puntuación obtenida por cada ítem, apreciamos un desplazamiento hacia la parte positiva de las preguntas, que indican un mayor apoyo social, a excepción de las preguntas 11 y 14 que presentaban puntuaciones medias más bajas. Esto significa que, la percepción que nuestra población tiene de su nivel de apoyo es valorada como suficiente excepto para los dos ítems ya referidos 11 y 14, en los cuales los encuestados no tienen sus necesidades cubiertas.

Tras el análisis factorial podemos señalar que existen tres componentes del apoyo social, tal como lo percibe nuestra población.

En el que denominamos factor 1 incluimos los ítems 3, 4, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17 y 19. Todas las preguntas, excepto la 11 y 14 corresponden con las señaladas por Sherbourne⁷ como "apoyo emocional/informacional", por lo que podemos identificar nuestro factor 1 con el apoyo emocional entendido como expresión de afecto y comprensión empática; y el informacional referido a guía, oferta de consejo e información.

En cuanto a los ítems 11 y 14, que Sherbourne⁷ incorpora en la dimensión interacción social positiva, que hace referencia a la disponibilidad para reunirse, divertirse o pasarlo bien, y que en nuestro estudio aparece en el factor 1, puede deberse a que nuestros encuestados consideran que tener a alguien con quien poder relajarse o alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas, tiene una mayor relación con el soporte emocional.

El factor 2 está compuesto por las preguntas 6, 7, 10, 18 y 20. Tan solo los ítems 6, 10 y 20 corresponden al "apoyo afectivo" en el trabajo de Sherbourne⁷, es decir, estas preguntas expresan las demostraciones reales de amor, cariño o empatía. Sin embargo, para nuestros encuestados el "tener alguien con quien pasar un buen rato" (pregunta 7) y "alguien con quien divertirse" (pregunta 18), es considerado como parte del soporte afectivo.

Por último, el factor 3 que comprende las preguntas 2, 5, 12 y 15 corresponde a los ítems que miden el apoyo instrumental, entendido como la provisión de ayuda material o tangible que pueda recibir el consultado.

En conclusión, podemos aceptar que en nuestro estudio se definen tres componentes del apoyo social, el apoyo emocional/informacional, el apoyo afectivo y el instrumen-

tal, desapareciendo el componente interacción social positiva, según la percepción en nuestros encuestados.

El valor obtenido para el coeficiente alfa de Cronbach en los tres factores establece que la escala tiene consistencia interna, destacando que este valor es similar o superior a otros aparecidos en la literatura para considerar que las escalas son consistentes^{15, 16}.

Para completar la validación del cuestionario hemos relacionado el apoyo social con la red social, sexo, edad y con determinadas enfermedades crónicas.

Definida la red social como el entramado de relaciones sociales identificables que rodean a un individuo y que le permite recibir apoyo emocional, instrumental y afectivo, se comprende la estrecha relación que existe entre red y apoyo social, de tal forma que, como señalaron Asher¹⁷ y De los Ríos¹⁸, cuando se produce un descenso o disminución en la red se aprecia una reducción en la percepción del apoyo social. Nosotros también hemos apreciado esa relación, de tal manera que cuanto más amplia era la red social de los encuestado, mayor era la percepción de apoyo social.

En relación con el género, las mujeres encuestadas mostraban un menor tamaño de su red social y una menor percepción de apoyo, sobre todo en las preguntas relacionadas con el apoyo afectivo. Estos hechos podrían explicarse. En este aspecto no debemos olvidar que en la mayoría de las familias, la principal fuente de apoyo son las mujeres de la familia (hijas, esposas)¹⁹, por ello cuando la que padece la enfermedad es la mujer su percepción de apoyo no es de extrañar que sea menor.

Según Bellon²⁰ y Olsen²¹ al avanzar la edad disminuye el apoyo social, nosotros al relacionar las preguntas del MOS con la edad de nuestros pacientes, solo apreciamos diferencias significativas en las preguntas 7, 10, 11, 14 y 18, en las que al aumentar la edad disminuía la percepción de apoyo. Parece que cuanto más edad tienen las personas encuestadas existe una menor percepción de apoyo, en lo relativo a tener alguien con quien pasar un buen rato (pregunta 7), alguien que le abrace (pregunta 10), alguien con quien divertirse (pregunta 18), alguien con quien pueda relajarse (pregunta 11) y alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas (pregunta 14). Es decir que conforme aumenta la edad los individuos presentan una mayor sensación de soledad.

Es conocido el efecto del apoyo social sobre la evolución clínica y el pronóstico de la diabetes mellitus (Griffith²² Viner²³), la hipertensión arterial (Kawachi²⁴, Woloshim²⁵ y la EPOC^{26, 27}).

Al relacionar la percepción de apoyo social con la variable "patologías en estudio" (DM, HTA, EPOC y demás

población consultante), observamos diferencia significativa en los ítems que corresponden al apoyo emocional (preguntas 3, 8 y 14) y al apoyo afectivo (preguntas 7, 10 y 18). entre los encuestados con patología EPOC y el resto de los encuestados, los pacientes diagnosticados de EPOC presentaban una menor percepción de apoyo social.

Es posible que esta falta de percepción de apoyo pueda deber a que los pacientes con EPOC tienen más agudizaciones en el curso de la enfermedad, la disnea y la oxigenoterapia permanente los inmoviliza y los incapacita para realizar tareas cotidianas, sufren con frecuencia crisis de ansiedad, ataques de pánico y depresiones. Como esta situación clínica de dependencia y discapacidad no se presenta, por lo general, en los diabéticos ni en los hipertensos podría explicarlas diferencias en la percepción sobre la necesidad de apoyo.

La media de edad más baja ($39,87 \pm 15,36$) corresponde al grupo población consultante, que representa a los individuos que no tienen ninguna de las patologías anteriores, explicable por tratarse de patologías crónicas más prevalentes en personas de mayor edad. Esta podría ser una limitación del trabajo, sobre todo en la comparación del apoyo entre población consultante y población con patología, aunque no en la de validación de la escala.

Concluimos que el cuestionario MOS es un instrumento válido y fiable que nos permite tener una visión multidimensional del apoyo social. Su uso nos permitirá descubrir situaciones de riesgo social elevado para poder intervenir sobre las personas y sus entornos sociales.

Bibliografía

- Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, Wagner EH, Schoenbach VJ, Grimson R, et al. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol* 1983; 117: 521-529.
- Paykel ES. Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 377: 50-58.
- MacCaul KD, Glasgow RE, Schafer LC. Diabetes regimen behaviors. Predicting adherence. *Med Care* 1987; 25: 868-81.
- Jamison RN, Virts KL. The influence of family support on chronic pain. *Behav Res Ther* 1990; 28: 283-287.
- Hoffman S, Hatch MC. Stress, social support and pregnancy outcome: a reassessment based on recent research. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1996; 4: 380-405.
- Berkman LE, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109: 186.
- Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991;32:705-712.
- Rebelo L. Medicina familiar o paciente com artritis reumatoide e a sua familia. Lisboa: Temática; 1998.
- Bland S, Krogh V, Winkelstein W, Trevisan M. Social network and blood pressure: a population study. *Psychosom Med* 1991; 53: 598-607.
- Odmsn TE, Berkman LF, Kassi S. Social support and depressive symptoms in the elderly. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 356-368
- Aro H, Hanninen V, Paronen O. Social support, life events and psychosomatic symptoms among 14-16 years old adolescents. *Soc Sci Med* 1989; 29: 1051-1056.
- Oakley A, Rigby AS, Hickey D. Life stress, support and class inequality explaining the health of women and children. *Eur J Publ Health* 1994; 4: 81-91.
- De la Revilla L, Bailón E, Luna JD, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de Apoyo Social Funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1991; 8: 688-692.
- Broadhead WE, Gehlbach SH, De Gruy FW, Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire. Measurement of social support in Family Medicine patients. *Med Care* 1988; 25: 709.
- Chapko MK, Bergner M, Green K. Development and validation of measure of dental patient satisfaction. *Med Care* 1985; 23: 49-54.
- Anderson LA, Rakowski W, Hickcy T. Satisfaction with clinical encounters among residents and geriatric patients. *J Med Ed* 1988; 63: 447-453.
- Asher CC. The impact of social support networks on adult health. *Med Care* 1984; 22: 349-359.
- De los Ríos A. Los procesos psicosociales. Características clínicas, factores individuales y familiares que se relacionan con su génesis [Tesis doctoral]. Granada: Facultad de Medicina Universidad de Granada; 1997.
- García-Calvente MM, Mateo I. El Sistema informal de atención a la salud. En: De la Revilla L. Atención Familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 2001. p. 279-300.
- Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*, 1996; 18: 153-163
- Olsen O, Iversen, Sabroe S. Age and the operationalization of social support. *Soc Sci Med* 1991; 32: 767-771.
- Griffith LS, Field BJ, Lustman PJ. Life stress and social support in diabetes: association with glycemic control. *Int J Psychiatry Med*, 1990; 20: 365-372.
- Viner R, McGrath M, Trudinger P. Family stress and metabolic control in diabetes. *Arch Dis Child* 1996; 74: 418-421.
- Kawachi I, Colditz G, Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci E, Stampfer MJ, Willett WC. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the US. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 245-251.
- Woloshin S, Schwartz L, Tosteson A. Perceived adequacy of tangible social support and health outcomes in patients with coronary artery disease. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 613-618.
- Devine FC, Pearcy J. Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Educ Couns* 1996; 29: 167-178.
- Ries AL, Kaplan RM, Limberg TM, Prewitt LM. Effects of pulmonary rehabilitation on physiologic and psychosocial outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med* 1995; 122: 823-832.

Tabla 1. Cuestionario de apoyo social MOS
Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el n.º de amigos íntimos y familiares cercanos

--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿ Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?)

Marque con un círculo uno de los números de cada fila

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Tabla 2. Media, desviación típica y mediana de los ítems del MOS

	N	Media	S	MEDIANA
Nº de amigos íntimos y familiares cercanos	301	6,87	9,34	4
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	299	3,84	1,43	5
Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar	298	3,80	1,28	4
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	293	3,61	1,35	4
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	290	3,84	1,40	4
Alguien que le muestre amor y afecto	295	4,13	1,17	5
Alguien con quien pasar un buen rato	295	3,65	1,31	4
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	297	3,50	1,33	4
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	296	3,70	1,36	4
Alguien que le abrace	295	3,85	1,39	4
Alguien con quien pueda relajarse	292	3,25	1,38	3
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	292	3,71	1,48	4
Alguien cuyo consejo realmente desee	292	3,33	1,37	3
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	290	3,29	1,37	3
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si esta enfermo	292	3,75	1,46	4
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	292	3,47	1,41	4
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	288	3,42	1,39	4
Alguien con quien divertirse	292	3,41	1,42	4
Alguien que comprenda sus problemas	290	3,46	1,36	4
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	294	4,05	1,28	5

Tabla 3. Cargas y coeficiente α de Cronbach de los factores obtenidos.

ITEMS	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
P17	.825		
P9	.794		
P13	.792		
P19	.713		
P16	.704		
P4	.704		
P14	.651		
P8	.618		
P11	.583		
P3	.572		
Alfa de Cronbach	0.9411		
P18		.757	
P7		.738	
P10		.698	
P6		.678	
P20		.677	
Alfa de Cronbach		0.8557	
P15			.803
P2			.795
P12			.783
P5			.729
Alfa de Cronbach			0.8707

Tabla 4. Comparación de las medias de los ítems según el sexo.

	MUJER		HOMBRE		F	P
	N	Media \pm D. Típica	N	Media \pm D. Típica		
N ^a 1. Número de amigos íntimos y familiares cercanos	183	5,4 \pm 5,99	116	9,09 \pm 12,68	11,516	0,001
N ^a 2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	182	3,69 \pm 1,48	115	4,08 \pm 1,31	5,368	0,021
N ^a 6. Alguien que le muestre amor y afecto	180	3,99 \pm 1,26	113	4,36 \pm 0,98	7,009	0,009
N ^a 12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	179	3,43 \pm 1,49	111	4,17 \pm 1,36	18,129	0,000
N ^a 15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si esta enfermo	176	3,54 \pm 1,47	114	4,08 \pm 1,40	9,719	0,002
N ^a 18. Alguien con quien divertirse	177	3,25 \pm 1,40	113	3,65 \pm 1,41	5,622	0,018
N ^a 20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	178	3,93 \pm 1,32	114	4,25 \pm 1,20	4,343	0,038
F2	169	18,56 \pm 5,35	108	20,02 \pm 4,97	5,212	0,023
F3	173	14,49 \pm 4,95	106	16,11 \pm 4,67	7,339	0,007

Tabla 5. Coeficientes de correlación de la edad con las preguntas de la escala MOS y los factores

Pregunta	P7	P10	P11	P14	P18	F2
r	- 0,224	- 0,130	- 0,130	- 0,134	- 0,282	- 0,214
P	< 0,001	0,028	0,028	0,024	< 0,001	< 0,001

TABLA 6. Percepción de Apoyo Social entre DM; HTA, EPOC y resto de población consultante.

Items	Estados de salud	N	Media ± D. Típica	F	P
<i>Nª3. Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar.</i>	1. EPOC	14	2,79 ± 1,37	3,139	0,026
	2. DM	36	3,86 ± 1,17		
	3. HTA	89	3,84 ± 1,29		
	4. P consultante	159	3,86 ± 1,27		
<i>Nª7. Alguien con quien pasar un buen rato.</i>	1. EPOC	14	2,79 ± 1,63	4,124	0,007
	2. DM	36	3,39 ± 1,46		
	3. HTA	88	3,53 ± 1,29		
	4. P consultante	157	3,85 ± 1,22		
<i>Nª8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.</i>	1. EPOC	14	2,57 ± 1,55	4,240	0,006
	2. DM	36	3,14 ± 1,42		
	3. HTA	89	3,73 ± 1,33		
	4. P consultante	158	3,53 ± 1,24		
<i>Nª10. Alguien que le abrace.</i>	1. EPOC	14	2,93 ± 1,82	3,368	0,019
	2. DM	36	3,58 ± 1,59		
	3. HTA	86	3,81 ± 1,35		
	4. P consultante	159	4,02 ± 1,29		
<i>Nª14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.</i>	1. EPOC	14	2,57 ± 1,40	2,843	0,038
	2. DM	36	2,89 ± 1,51		
	3. HTA	83	3,33 ± 1,42		
	4. P consultante	157	3,42 ± 1,29		
<i>Nª18. Alguien con quien divertirse.</i>	1. EPOC	14	2,64 ± 1,86	4,237	0,006
	2. DM	35	3,20 ± 1,49		
	3. HTA	85	3,16 ± 1,45		
	4. P consultante	158	3,66 ± 1,29		
<i>F 1</i>	1. EPOC	12	28,08 ± 13,02	2,668	0,048
	2. DM	36	32,66 ± 11,54		
	3. HTA	77	36,57 ± 10,71		
	4. P consultante	145	35,13 ± 10,75		
<i>F 2</i>	1. EPOC	14	16,07 ± 7,11	3,726	0,012
	2. DM	35	17,88 ± 6,30		
	3. HTA	77	18,67 ± 4,95		
	4. P consultante	153	19,92 ± 4,77		

ORIGINAL

Estudio descriptivo de conocimientos y hábitos de salud bucodental en pacientes de una Zona Básica de Salud

Navarro Lizaranzu MC ¹; Márquez Rodríguez, JA ²; Márquez Rodríguez, MJ ³; Castaño Séiquer, A ⁴.

¹ Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Huelva-Costa; ² Dentista de Atención Primaria. Distrito Sanitario Huelva-Costa; ³ Trabajador Social. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva; ⁴ Profesor Titular de Odontología Preventiva, Legal y Ergonomía. Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CONOCIMIENTOS Y HÁBITOS DE SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

Objetivo: describir los conocimientos y hábitos de salud bucodental en usuarios de una Zona Básica de Salud.

Diseño: estudio observacional descriptivo de una serie de casos.

Emplazamiento: Centro de Salud de Lepe (Huelva).

Población y muestra: personas entre 10 y 80 años que acuden al C.S. de Lepe (Huelva). La muestra es de 399 personas.

Intervenciones: cumplimentaron un cuestionario sobre actitudes, comportamientos y conocimientos respecto a la salud oral. El tratamiento estadístico se ha desarrollado con el paquete de programas SPSS, versión 9.0 (SPSS Inc., Chicago, Ill, 1999).

Resultados: el cepillado dental es conocido por los encuestados (99,5%), pero la técnica preventiva de los selladores de fisuras es desconocida por la mayoría (91,7%). Sólo uno de cada cuatro pacientes acude de forma periódica al dentista. La mayor parte de los integrantes de la muestra se cepilla a diario (77,7%). Más de la mitad de los sujetos no fuma (55,3%). Un 43,3% nunca bebe alcohol. La mayoría de los participantes toma diariamente alimentos dulces (58,3%).

Conclusiones: 1. Los principales métodos de cuidado oral, cepillo dental y seda dental, son bastante conocidos. Sin embargo, otras técnicas de prevención bucal, agentes fluorados distintos al dentífrico y selladores de fisuras, son menos conocidas. 2. La higiene bucal no siempre sigue el patrón óptimo. 3. La visita al dentista es menos frecuente de lo recomendable. 4. La ingesta de azúcares es elevada. 5. Casi la mitad de los individuos fuman a diario. 6. El consumo de alcohol es moderado.

Palabras clave: conocimientos, hábitos, odontología, sanidad pública.

A DESCRIPTIVE STUDY ON KNOWLEDGE AND HABITS THAT INFLUENCE ORAL HEALTH AMONG PATIENTS IN A BASIC HEALTH ZONE

Objectives: To describe the knowledge and habits of patients in a Basic Health Zone regarding oral health.

Methodology: Observational, descriptive study of a series of cases.

Setting: Lepe Health Center (Huelva)

Population and Sample: Persons between the ages of 10 and 80 who visit the Lepe Health Center in Huelva. The sample includes 399 persons.

Interventions: Participants filled out a questionnaire on activities, habits and knowledge regarding oral health. Data was analyzed using the SPSS statistical package, version 9.0 (SPSS Inc., Chicago, Ill., 1999).

Results: All patients surveyed were knowledgeable on the subject of tooth brushing (99.5%), but the use of dental sealants to help prevent tooth decay was unknown to the majority (91.7%). Only one out of four patients visited a dentist on a regular basis. Most of those included in the survey (77.7%) brushed their teeth daily. More than half of the subjects were non-smokers (55.3%). 43.3% of those surveyed said they did not consume alcohol. The majority said they consumed sweet foods daily (58.3%).

Conclusions: 1. Methods related to oral health (tooth brushing and flossing) were relatively well-known. However, other preventive techniques related to dental health were less well-known (such as obtaining fluoride from sources other than toothpaste or the use of dental sealants to prevent cavities). 2. Oral hygiene does not always follow an optimal pattern. 3. Visits to the dentist are less frequent than what is generally recommended. 4. Sugar consumption is high. 5. Almost half of the persons included in the sample smoke daily. 6. Alcohol consumption is moderate.

Key words: knowledge, habits, odontology, public health system.

Correspondencia: M.º Cruz Navarro Lizaranzu. Avda. Julio Caro Baroja n.º 8 - 6.º E. 21002 Huelva. Teléfono: 656 558 050. E-mail: jonasev@ya.com

Recibido el 28-12-2004; aceptado para publicación el 14-02-2005.

Medicina de Familia (And) 2005; 1; 19-27

Introducción

En nuestro país se está produciendo una mejora general de la salud bucal, sobre todo en lo referente a la caries infantil y juvenil, que fundamentalmente tiene su origen en una mayor educación para la salud, por la implementación de programas de salud bucodental en diversas Comunidades Autónomas y el incremento y mejor distribución de la oferta de atención odontológica^{1, 2}.

Sin embargo, las dos principales enfermedades de la cavidad oral, la caries y las enfermedades periodontales, junto al cáncer bucal continúan siendo un importante problema de salud pública. Las dos primeras por su elevada prevalencia, fundamentalmente en determinados grupos poblacionales, sus repercusiones sobre la salud y los costes sanitarios; y en el caso del cáncer, no tanto por su incidencia, pues es una enfermedad poco frecuente, sino por su alta mortalidad¹⁻⁶.

La presencia de estas patologías está condicionada por lo distintos determinantes de la salud, de éstos el grupo que más influencia tiene son los hábitos de salud o estilos de vida, que se trata de comportamientos que actúan negativamente sobre la salud, a los que el hombre se expone voluntariamente y sobre los que podría ejercer un mecanismo de control⁷. De estas conductas de salud, sobre todo destacan por su incidencia en la boca: el consumo de drogas institucionalizadas (tabaco, alcohol), la deficiente higiene oral, y la mala alimentación con consumo excesivo de grasas y azúcares.

Al analizar la repercusión de estos comportamientos, se debe resaltar la magnitud de los problemas de adicción al tabaco y el alcohol, por ser las dos actitudes referidas más perniciosas para la salud y las de más difícil resolución. De este modo, es conocido que el tabaquismo incide seriamente en la salud general, y existe una abrumadora evidencia que también produce efectos dañinos en la cavidad oral, destacando entre otros: problemas estéticos por las tinciones dentales, halitosis, disminución de la agudeza olfativa y palatal, mayor prevalencia y gravedad de las enfermedades periodontales, índices más altos de fracaso en los implantes dentales, factor predisponente de la candidiasis oral, y mayor frecuencia de desarrollo de cáncer y precáncer orales⁸. En este último asunto, según la estimación realizada por los Centers for Disease Control (CDC) para Estados Unidos, se observa que el riesgo de muerte de los fumadores comparado con el de los no fumadores es muy elevado para el cáncer bucal. Para esta enfermedad el porcentaje de riesgo atribuible al tabaco es también muy elevado⁹. El riesgo relativo identificado en diferentes estudios es de alrededor de 10 para el cáncer de cavidad oral en la población de fumadores con respecto a la no fumadora, apareciendo una relación dosis-respuesta⁹. En este sentido, se afir-

ma que el hábito tabáquico junto al consumo de bebidas alcohólicas son los dos mayores factores de riesgo para el cáncer oral; además cuando concurren ambos factores, cada uno tiende a potenciar el efecto del otro^{9, 10}.

En cuanto a las otras conductas de salud mencionadas, se reconoce que la ingesta de azúcar es un indicador indirecto del riesgo de caries, al ser considerado como el factor de riesgo más directamente relacionado con esta patología^{2, 11}. Mientras que la utilización de productos fluorados es otro indicador indirecto del riesgo de caries, al ser referido como el factor de protección más directamente relacionado con esta enfermedad^{2, 11}. De igual manera, es sobradamente conocido el papel del cuidado y la higiene bucal en la etiología de la caries y las enfermedades periodontales.

Por todo lo anterior, se puede afirmar que unos conocimientos básicos y unos comportamientos adecuados en salud oral tienen especial importancia en la aparición o no de enfermedades bucales, pues en la mayoría de los casos éstas son susceptibles de ser prevenidas. El presente trabajo quiere ayudar a un mejor estudio de las conductas ante los principales factores de riesgo que influyen sobre la salud bucal; y de este modo, progresar más eficazmente en el campo de la prevención y la educación para la salud.

Los objetivos de este trabajo de investigación son:

1. Describir los conocimientos que los usuarios de una Zona Básica de Salud tienen en materia de salud bucodental.
2. Describir los hábitos que los usuarios de una Zona Básica de Salud tienen en materia de salud bucodental.

Material y métodos

La población considerada en el estudio está constituida por las personas comprendidas entre 10 y 80 años de edad, de ambos sexos, de la Zona Básica de Salud de Lepe (Huelva). De cara a facilitar la recogida de datos, se ha seguido un procedimiento de muestreo *incidental*, de tal manera que se seleccionaron aquellos sujetos que acudieron a la consulta de Odontología del Centro de Salud de esta localidad y quisieron participar en el estudio, cabe pensar que es una muestra representativa del colectivo atendido en esta consulta.

En cuanto al tamaño de la muestra, ésta ha ascendido a un total de 399 sujetos. En el supuesto de un muestreo aleatorio, este tamaño muestral permite trabajar con una confianza del 95,5% y un error del 5%, para $p = q$. El tamaño alcanzado por la muestra posibilita la realización de inferencias sobre la población con unos márgenes de precisión y confianza aceptables. El trabajo de investigación se ha basado en un estudio observacional descriptivo de una serie de casos. Se recogieron la edad y el sexo de cada uno de los encuestados, así como su nivel de estudios: sin estudios, estudios primarios, medios o superiores. También se recogió la ocupación de los participantes: ama de casa, sector primario, servicios, docencia, sanidad, funcionarios, empresarios y autónomos, técnicos y estudiantes.

Se utilizó un cuestionario autoadministrado, en algunas de las preguntas los participantes podían marcar varias respuestas si lo consideraban conveniente. Las cuestiones utilizadas para el presente trabajo fueron formuladas con la intención de recoger información relevante en relación con los objetivos planteados (*anexo 1*).

Antes de comenzar la encuesta se llevó a cabo un estudio piloto, que consistió en aplicar el instrumento que se utilizaría en el estudio a un conjunto

reducido de 20 sujetos extraídos de la misma población. A partir de este estudio se pretendió determinar la validez facial del cuestionario, entendida como su adecuación de contenidos y forma para las características de los sujetos destinatarios, lo que se comprobó tras este pilotaje.

La información recogida mediante el cuestionario fue codificada numéricamente y almacenada en una matriz de datos. El tratamiento estadístico se ha desarrollado con el paquete de programas SPSS, versión 9.0 (SPSS Inc., Chicago, Ill, 1999).

Se realizó la descripción de los datos mediante la construcción de distribuciones de frecuencias (frecuencias absolutas y frecuencias relativas expresadas como porcentajes) para los resultados en cada pregunta. Para las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación típica).

Resultados

La media de edad fue de 35,6 años (DE 11,12). La mayoría son mujeres (77,4%), este predominio del sexo femenino se debe a que una parte de las personas seleccionadas (14,3%) eran embarazadas usuarias del *programa de seguimiento de embarazo*; además un porcentaje importante de los participantes (33,3%) eran madres que acompañaban a sus hijos, estudiantes de educación primaria, al *programa de salud bucodental escolar*.

En lo que se refiere a la ocupación se encuentran tres grandes grupos predominantes: más de un tercio de la muestra (36,8%) son amas de casa, casi una cuarta parte de los participantes (23,8%) se dedican al sector servicios (hostelería, construcción, comercio, limpieza, banca, transporte, etc.), y un 22,3% trabaja en el sector primario (principalmente agricultura y pesca). Otras ocupaciones tienen poca representación.

En cuanto a los estudios se comprueba que más de la mitad (57,9%) disponen de estudios primarios, y hasta un 16,8% reconoce no tener estudios. Mientras que un 20,2% alcanzó los estudios medios, y sólo un 5,1% ha cursado estudios superiores.

1. Conocimientos acerca de la salud bucodental

Las técnicas de prevención bucodental son conocidas de manera dispar. Mientras que el cepillo dental y el dentífrico son conocidos por prácticamente la totalidad de la muestra (99,5%), al igual que la seda dental que también es conocida por la mayoría de los participantes en el estudio (75,7%). Sin embargo, los métodos fluorados distintos al dentífrico no son conocidos por casi la mitad de los encuestados (39%), y los selladores de fisuras son prácticamente desconocidos, pues únicamente un 8,3% sabe la existencia de esta técnica preventiva (figura 1).

2. Hábitos de salud bucodental

En primer lugar se ha averiguado la frecuencia de asistencia al dentista, y se observa que más de la mitad de

los participantes sólo acude cuando tiene dolor, infección o flemón (53,9%). Un 6,5% reconoció no ir nunca al dentista. No obstante, casi la cuarta parte de los encuestados acude de forma periódica, cada 6 meses (4,5%) o cada año (19,5%) (figura 2).

Se estudió la frecuencia del cepillado dental, y se comprobó que la mayor parte de los sujetos se cepilla a diario (38,1% una vez al día, y 39,6% dos ó más veces al día). No obstante, prácticamente uno de cada cuatro individuos nunca se cepilla o no lo realiza a diario (10,5% una vez a la semana, 4,5% una vez al mes y 7,3% nunca se cepilla).

Además se averiguó el motivo o los motivos por los que se cepillan los dientes, y la mayoría de los individuos (74,4%) lo hace para eliminar bacterias de la boca y evitar la caries y la piorrea, una cuarta parte de la muestra (24,4%) se cepilla para tener buen aliento y los dientes blancos, y un 11% lo realiza por costumbre. Un 3,8% afirmó que nunca se cepilla, por no creer que sea útil (figura 3).

Se investigó cada cuánto tiempo comían alimentos dulces (pasteles, dulces, caramelos, etc.), más de la mitad de los participantes reconoce tomarlos diariamente (35,2% una vez al día y 23,1% dos ó más veces al día), uno de cada cuatro sujetos los consume una vez por semana (24,4%), un 11,6% los come una vez al mes. Como contraste un 5,8% contestó no comerlos nunca.

Con respecto al hábito tabáquico, más de la mitad de la muestra no son fumadores (55,3%), y un 6,5% fuma menos de 10 cigarrillos a la semana. Sin embargo, un 38,1% fuma a diario (12,8% menos de 10 cigarrillos, 16,8% entre 10 y 20 cigarrillos, y hasta un 8,5% fuma más de 20 cigarrillos al día) (figura 4).

En cuanto al consumo de alcohol, un 43,3% nunca bebe alcohol y un 46,9% bebe alcohol ocasionalmente. No obstante, uno de cada diez encuestados bebe alcohol a diario (7,3% bebe una o dos cervezas, 2,3% bebe tres cervezas, y únicamente un 0,3% reconoce beber más de 3 cervezas, varias copas o cubalibres... al día) (figura 5).

Por último, se estudió qué técnicas de higiene y prevención bucodental son las utilizadas por los encuestados, y sobresale el uso mayoritario del cepillo dental y el dentífrico (92,7%), mientras que la utilización de la seda dental (25%) y de otros métodos fluorados que complementan al dentífrico fluorado (23,4 %) es baja (figura 6).

Discusión

En las investigaciones sobre conductas generalmente se da la circunstancia de obtener unos resultados demasiado positivos y consecuentemente no realistas¹. Esto ocurre porque la formulación de determinadas preguntas (hábitos de higiene, frecuencia de visitas al dentista, consu-

mo de alcohol y tabaco, etcétera) ponen en marcha mecanismos de defensa, que ocasionan esas respuestas más favorables y mejor vistas socialmente. Las respuestas de los individuos posiblemente reflejan una situación más optimista que la real, debido a la tendencia de éstos a dar una buena imagen.

La práctica higiénica bucal más básica, el cepillado dental, es conocida universalmente en los países desarrollados, y la mayoría de los sujetos opina que es importante y la practica a diario. Aunque es necesario que se produzca una mejora en este hábito de limpieza pues existe un importante porcentaje de individuos que afirma que nunca emplea el cepillo dental o no lo hace diariamente^{1,4}.

Que un gran número de los individuos realice el cepillado dental principalmente para eliminar bacterias de la boca es satisfactorio, pues reconoce que para la mayoría una falta de higiene bucal es un factor etiológico esencial en la aparición de caries dental y enfermedades periodontales^{1,11,12}.

La mayoría de los participantes conocen los agentes con flúor, al igual que la seda dental, pero los usan poco. No obstante, la utilización de productos de cuidado oral con flúor ha aumentado muy considerablemente en nuestro país, fundamentalmente en poblaciones infanto-juveniles, aunque existen grandes diferencias en función de la comunidad autónoma¹⁻³.

La mayoría de la población española evoca a los dulces y alimentos con contenido azucarado como dañinos para su dentadura y encías¹. Más de la mitad de los encuestados comen alimentos dulces diariamente, aunque el consumo de azúcar per cápita ha manifestado una tendencia lentamente decreciente desde que se manifestaron los picos de máximo consumo en torno a 1980. En la actualidad el consumo parece estabilizado entorno a una cifra de 24 Kg/habitante/año. Sin embargo, estos datos deben siempre analizarse con la debida cautela, al representar tan sólo una parte del consumo total de azúcar y al no reflejar el "azúcar escondido" consumido^{2,11}.

La técnica de los selladores de fisuras es desconocida para la mayoría de los sujetos, quizás por ser poco ofrecida por los servicios odontológicos privados y por ser también poco conocida por el resto de profesionales sanitarios. Es muy probable que si los pacientes tuvieran información de su existencia sería una medida preventiva más demandada.

El tabaquismo constituye la epidemia evitable más importante del mundo occidental. En España, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1997, la prevalencia del tabaquismo entre la población española de 16 años y más era del 35,8%⁹. Los datos recogidos en esta investigación son similares, pues un 38,1% de los participantes fuma a diario. Entre los objetivos de los progra-

mas informativos de la Unión Internacional contra el Cáncer y el Comité de Expertos de la OMS en Lucha Antitabaquica está el de procurar que las personas cuyo ejemplo y acciones son fundamentales en el control del consumo de tabaco, como son los profesionales sanitarios, tomen conciencia de su papel y actúen en consecuencia⁹, pero son pocos los dentistas que se implican de forma activa y rutinaria en el tratamiento del tabaquismo, cuando la evidencia demuestra que los tratamientos clínicos durante la atención dental son tan efectivos como en cualquier otro escenario sanitario^{8,13,14}.

España es uno de los países donde el consumo de bebidas alcohólicas y los problemas relacionados con dicho consumo adquieren una gran importancia^{8,10,15}. No obstante, tanto en España como en el conjunto de la Unión Europea la tendencia en el consumo de alcohol en los últimos años es descendente¹⁰. Según la Encuesta Nacional de Salud de 1997, el 62,5% de la población adulta española declara consumir habitualmente cierta cantidad de alcohol, es importante señalar que el 7% de los individuos son bebedores de riesgo ya que declararon un consumo habitual de alcohol alto o excesivo¹⁰. Sin embargo, en el presente estudio se ha encontrado un consumo moderado. Algunos estudios acerca de las actitudes y conocimientos sobre el alcohol en la población española muestran hechos diferenciales en el consumo de uno y otro sexo, que reflejan una menor aceptación social del consumo del alcohol en la mujer. También se ha comprobado que la actitud de la población frente al consumo de alcohol es mucho más permisiva con los individuos jóvenes¹⁰. Corresponde a los servicios sanitarios la realización de actividades de prevención secundaria, cuyo objetivo es la detección precoz y la intervención eficaz respecto a los bebedores de riesgo y las consecuencias de ese alto consumo¹⁰.

En nuestro país existe una actitud intervencionista en los temas de salud bucal, la mayoría sólo acude a los servicios odontológicos cuando tiene un problema, siendo Andalucía una de las regiones con menor conciencia preventiva^{1,3,5,6,16}. Esta escasa frecuencia al dentista está directamente relacionada con variables como los niveles de estudios y renta^{1,3,6}.

Para el futuro los expertos pronostican una mayor concienciación de la sociedad española sobre los problemas de salud bucal, con una previsible mejora de los hábitos higiénicos en la población, un menor consumo de tabaco, y un aumento de la demanda de los servicios odontológicos. No obstante, otros factores de riesgo tenderán a adquirir mayor peso, se producirá un mantenimiento o un ligero aumento de la ingesta de azúcares y alcohol¹.

Los resultados de esta encuesta y de otras similares confirman, de alguna forma, que la instrucción y la educación

son variables de capital importancia para lograr un nivel de concienciación de la salud bucal mayor que la que se tiene en la actualidad^{1, 3, 6, 17}. Los profesionales de Atención Primaria deben aprovechar los encuentros con los pacientes para informar, sensibilizar y educar sobre las enfermedades bucales y sus factores de riesgo.

Conclusiones

1. Los principales métodos de cuidado oral, cepillo dental y seda dental, son bastante conocidos. Sin embargo, otras técnicas de prevención bucal, agentes fluo-rados distintos al dentífrico y selladores de fisuras, son menos conocidas.
2. La higiene bucal no siempre sigue el patrón óptimo.
3. La visita al dentista es menos frecuente de lo recomendable.
4. La ingesta de azúcares es elevada.
5. Casi la mitad de los individuos fuman a diario.
6. El consumo de alcohol es moderado.

Agradecimientos

Al Dr. Javier Gil Flores, sin su asesoramiento este trabajo de investigación no hubiera sido posible.

Bibliografía

1. Libro Blanco. La salud bucodental en España. Odontostomatología. 2005. Barcelona: Lácer SA; 1996.
2. Llodra-Calvo JC, Bravo-Pérez M, Cortés-Martínicorena FJ. Encuesta de Salud Oral en España (2000). RCOE 2002; 7: 19-63.

3. Subirà-Pifarré C, Ramón-Torrel J y el Grupo Español de Investigación en Gerodontología. La salud bucodental de los mayores de 64 años. Impacto en el estado de salud individual. RCOE 2000; 5: 613-20.
4. Tercer estudio epidemiológico de salud bucodental en escolares andaluces, 2001. Sevilla: Consejería de Salud, Dirección General de Salud Pública y Participación; 2002.
5. Rodríguez Morán R. Estudio de la salud oral en una muestra de la población militar española [Tesis doctoral]. Sevilla: Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla; 1995.
6. Cuenca E, Gómez A, Casals E, Subirà C. Llibre Blanc. L'Odontologia a Catalunya 2002. Barcelona: Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya; 2002.
7. Cuenca E. Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología. En: Cuenca E, Manau C, Serra L, eds. Odontología Preventiva y Comunitaria. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 1999. p. 1-13.
8. Tabaco y Salud Oral. Informe del Grupo de Trabajo de la Unión Europea. Marzo 1999. RCOE 2000; 5: 67-83.
9. Vaqué J, Almaraz A, Roselló J. Tabaco y salud. En: Piedrola Gil, editor. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10.ª ed. Barcelona: Masson; 2001. p. 945-58.
10. Domínguez V, Villarino AL, Herruzo R, Conde M. Alcohol y salud pública. En: Piedrola Gil, editor. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10.ª ed. Barcelona: Masson; 2001. p. 959-68.
11. Baca P. Detección y control del paciente con riesgo de caries. En: Echeverría JJ, Cuenca E, eds. El Manual de Odontología. Barcelona: Masson; 1995. p. 73-80.
12. Echeverría JJ, Manau C. Prevención y control de las enfermedades periodontales. En: Cuenca E, Manau C, Serra L, eds. Odontología Preventiva y Comunitaria. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1999. p. 153-72.
13. Cuenca E. Principios de la Prevención y Promoción de la Salud en Odontología. En: Cuenca E, Manau C, Serra L, eds. Odontología Preventiva y Comunitaria. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1999. p. 1-13.
14. Guayta Escolies R. Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones en Salud oral. En: Cuenca E, Manau C, Serra L, eds. Odontología Preventiva y Comunitaria. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 1999. p. 401-12.
15. Fernández M, Gual A, Cabezas C. Drogodependencias. En: Martín A, Cano J, eds. Atención Primaria. 4.ª ed. Madrid: Harcourt; 1999. p. 690-731.
16. Navarro-Lizaranzu MC, Márquez-Rodríguez JA, Márquez-Rodríguez MJ, Pedregal-González M. Valoración de los usuarios de un Centro de Salud respecto a la atención recibida en materia de salud oral. Revista Medicina de Familia (And) 2004; 5: 78-83.
17. Gené J. Odontología y Atención Primaria de Salud. En: Cuenca E, Manau C, Serra L, eds. Odontología Preventiva y Comunitaria. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 1999. p. 255-62.

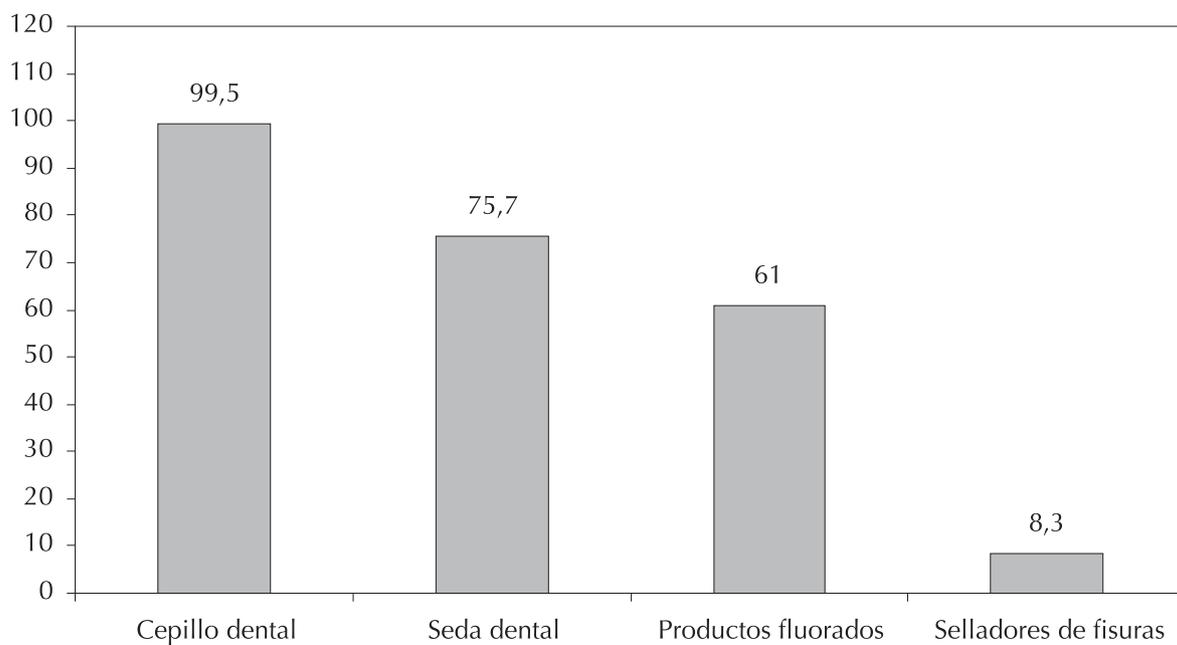


Figura 1. Sujetos de la muestra que conocen las diferentes técnicas de prevención oral

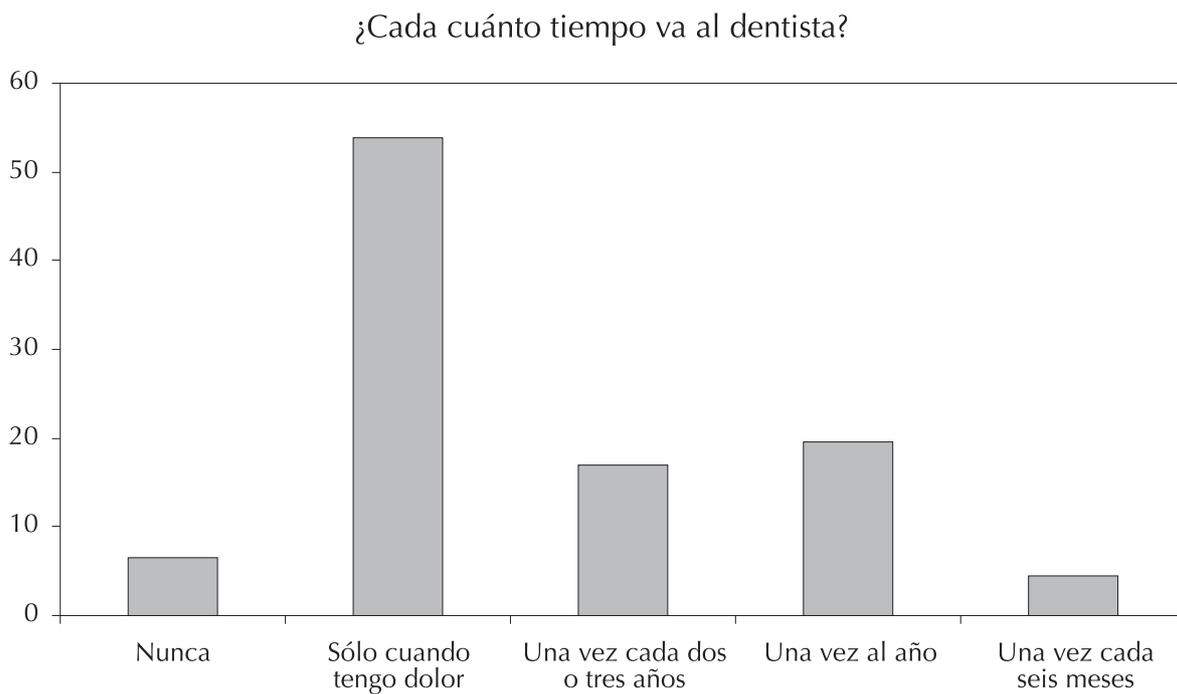


Figura 2. Frecuencia de visitas al dentista

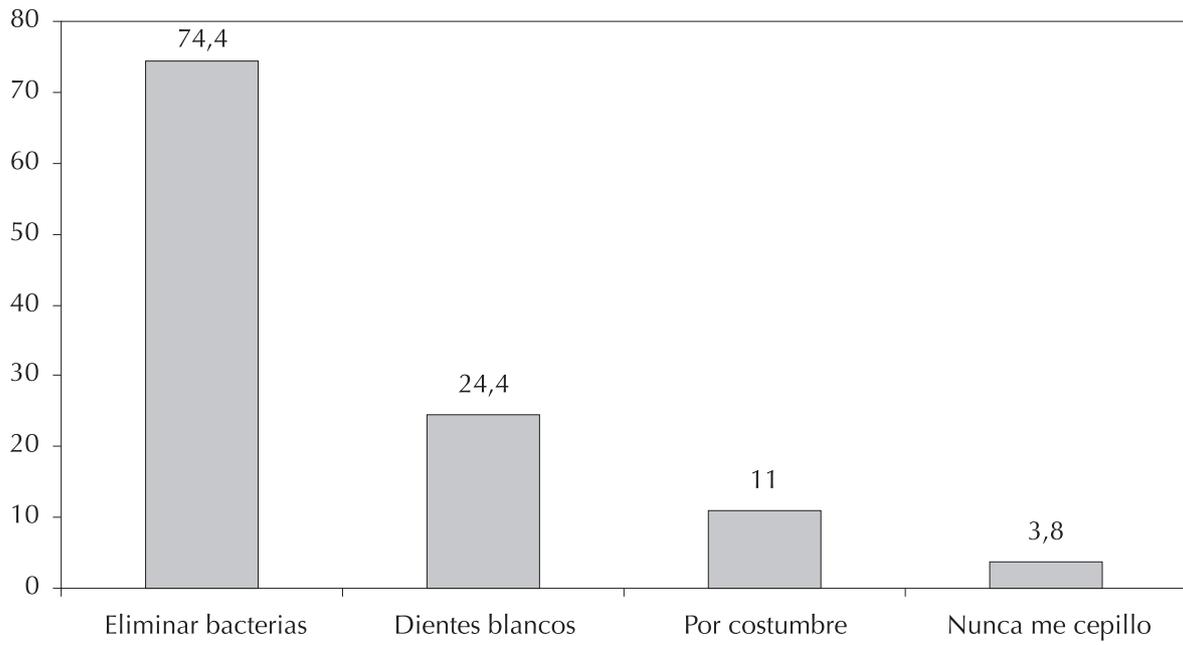


Figura 3. Motivos para cepillarse los dientes

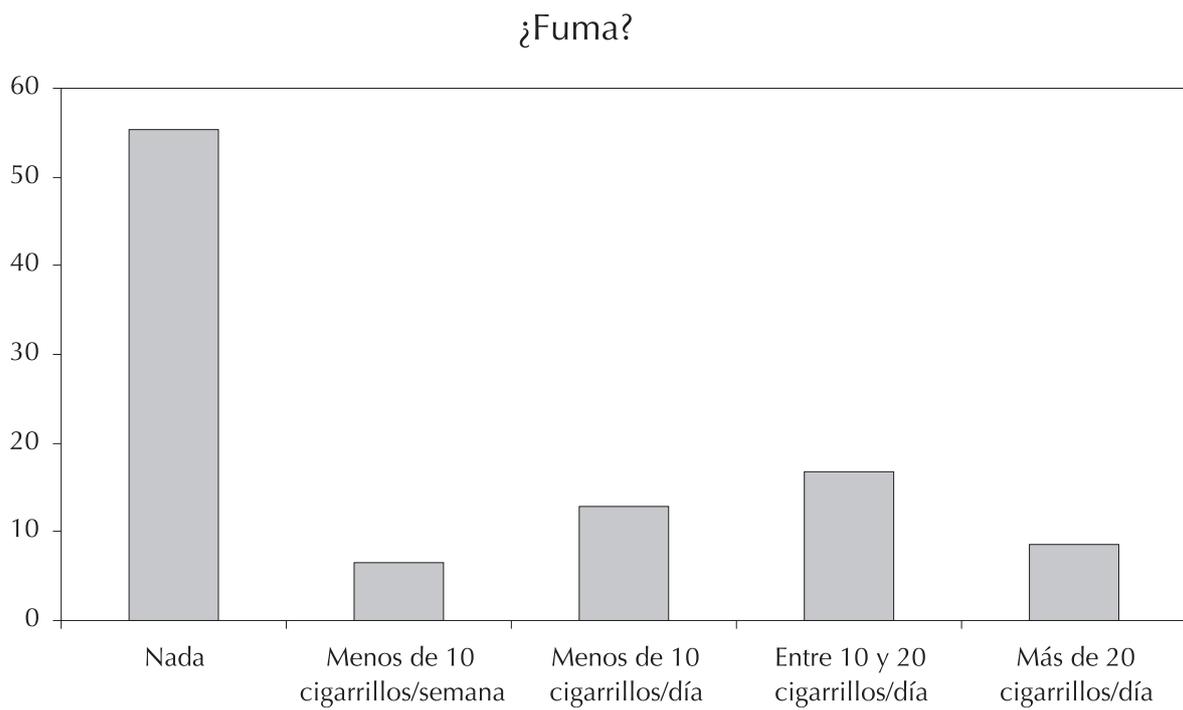


Figura 4. Frecuencia de tabaquismo

¿Bebe alcohol (cerveza, vino, licores...)?

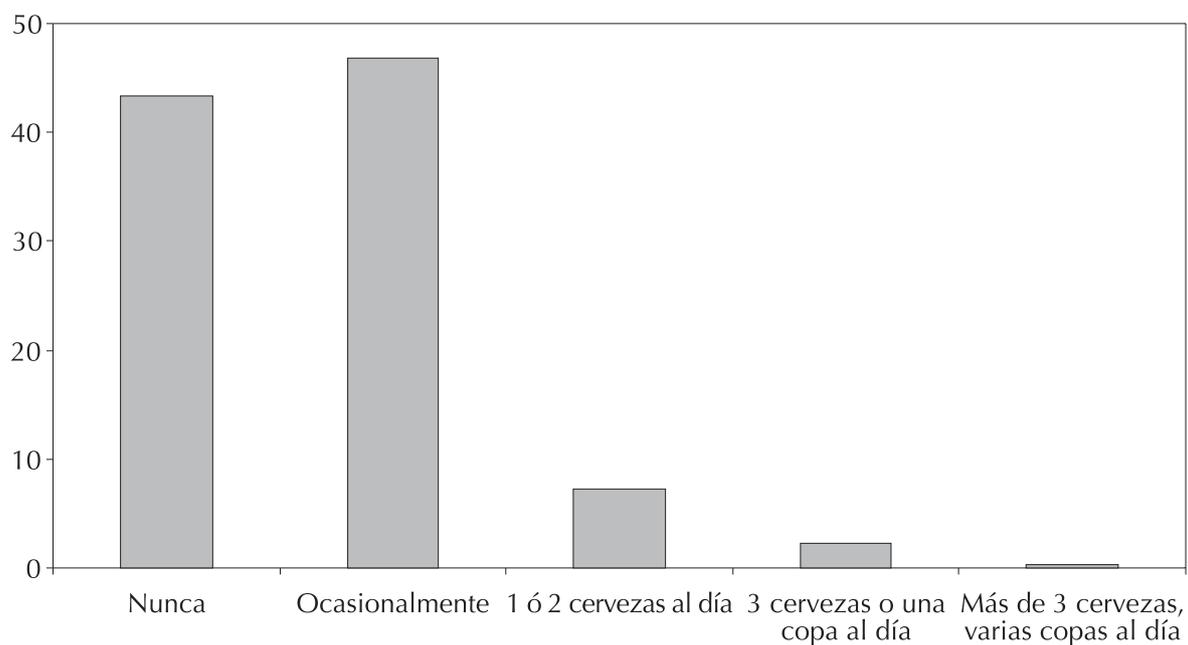


Figura 5. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

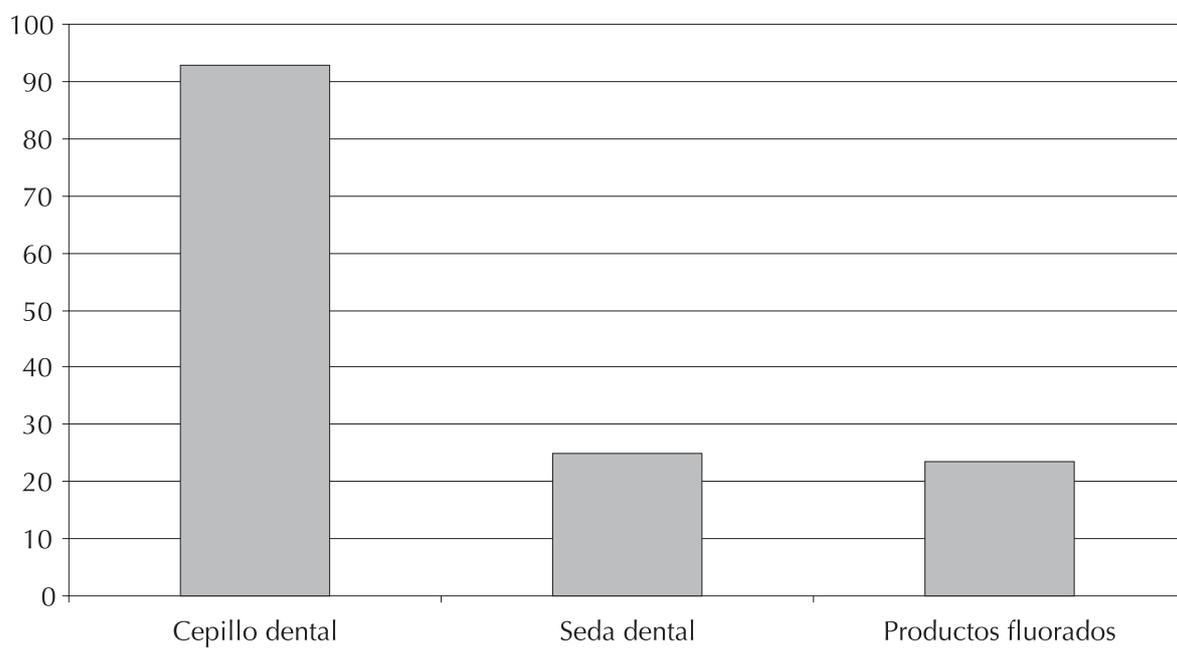


Figura 6. Medidas preventivas utilizadas

Anexo 1. Cuestiones utilizadas para la elaboración de este trabajo

1. ¿Cada cuánto tiempo va al dentista?

- Nunca.
- Sólo cuando tengo dolor, infección o flemón.
- Una vez cada dos o tres años.
- Una vez al año.
- Una vez cada seis meses.

2. ¿Se cepilla los dientes?

- Nunca.
- Una vez al mes.
- Una vez a la semana.
- Una vez al día.
- Dos ó más veces al día.

3. ¿Por qué se cepilla los dientes?

- Para tener buen aliento y los dientes blancos.
- Para eliminar bacterias de la boca y evitar la caries y la piorrea.
- Por costumbre.
- Nunca me cepillo, no creo que sea útil.

4. ¿Toma pasteles, dulces, caramelos, etc.?

- Nunca.
- Una vez al mes.
- Una vez a la semana.
- Una vez al día.
- Dos ó más veces al día.

5. ¿Fuma?

- Nada.
- Menos de 10 cigarrillos a la semana.
- Menos de 10 cigarrillos al día.
- Entre 10 y 20 cigarrillos al día.
- Más de 20 cigarrillos al día.

6. ¿Bebe alcohol (cerveza, vino, licores...)?

- Nunca.
- Ocasionalmente.
- Una o dos cervezas al día.
- Tres cervezas o una copa de licor o un cubalibre....al día.
- Más de tres cervezas, varias copas, varios cubalibres...al día.

7. Indique si conoce y si utiliza cada uno de los siguientes elementos.

	<u>CONOZCO</u>		<u>USO</u>	
	SI	NO	SI	NO
Cepillo y dentífrico				
Seda dental				
Flúor				

8. ¿Sabe lo que son los “selladores”?

- Sí.
- No.

ORIGINAL

Alcohol en adolescentes: estudio sobre dependencia y relación con aspectos psicológicos y sociofamiliares

Pérez Milena, A¹, Martínez Fernández, ML², Pérez Milena, R³, Leal Heilmiling, FJ⁴, Jiménez Pulido, I⁵, Martínez Fernández, JL⁶.

¹ Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria de Jimena (Jaén); ² Licenciada en Historia. Profesora de Música de Educación Secundaria. IES Jabalcuz (Jaén); ³ Licenciado en Psicología. Orientador de Educación Secundaria. IES Villanueva del Mar (La Herradura, Granada); ⁴ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Jódar (Jaén); ⁵ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de la Cruz (Úbeda, Jaén); ⁶ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias del Complejo Sanitario de Jaén.

ALCOHOL EN ADOLESCENTES: ESTUDIO SOBRE DEPENDENCIA Y RELACIÓN CON ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIOFAMILIARES

Objetivo: conocer el contacto de los adolescentes con el alcohol, su relación con aspectos psicológicos y familiares y el grado de dependencia que pudiera generar.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento y población: alumnos de educación secundaria obligatoria del Instituto de Enseñanza Secundaria "El Valle" (Jaén).

Intervenciones: se entrega un cuestionario autoadministrado, recogiendo edad, sexo, contacto con alcohol y otras drogas, cuestionario de personalidad de Eysenck (EPI), test CAGE y test Apgar familiar.

Resultados: se recogen 172 encuestas; un 78% ($\pm 3,2$) han probado el alcohol, sin relación con edad o sexo, incrementándose si sus amigos beben ($94\% \pm 2,3$; $p < 0,001$, χ^2); el 68% ($\pm 4,0$) tienen un test CAGE patológico y un 8% ($\pm 2,1$) han probado otras drogas. El cuestionario EPI muestra diferencias significativas en mujeres que prueban el alcohol, con mayor puntuación en el eje neuroticismo/control y menor en introversión/extroversión. Un 22% ($\pm 3,16$) percibe disfunción en su familia, siendo más frecuente si el adolescente ha probado el alcohol ($26\% \pm 1,6$; $p < 0,05$, χ^2) o drogas ($44\% \pm 3,1$; $p < 0,01$, χ^2).

Conclusiones: El contacto con el alcohol en adolescentes es elevado y puede generar una alta dependencia, mayor si ha probado otras drogas o se tienen amigos que beben. Las mujeres presentan un perfil psicológico de riesgo para el contacto con el alcohol (mayor control y extraversión) que pueden situarlas como líderes de su grupo. La disfunción familiar se define como otro factor de riesgo. El médico de familia debe trabajar en la prevención multidisciplinaria de este problema de salud pública.

Palabras clave: Adolescente, alcohol, dependencia, personalidad, función familiar.

ALCOHOL USE AMONG ADOLESCENTS: PSYCHOLOGICAL AND SOCIOLOGICAL FACTORS RELATED TO DEPENDENCY

Goal: To study adolescents' experiences with alcohol, psychological and family-related aspects of their alcohol dependency, and the possible influence such factors may have on the degree of their dependency.

Design: Cross-sectional descriptive study.

Population and Setting: High school students enrolled in the "Instituto de Enseñanza Secundaria" (El Valle, Jaén).

Methods: A self-administered questionnaire was given to students to gather information on questions related to age, sex, and contact with alcohol as well as other drugs. The Eysenck personality test (EPI), the CAGE test and the Apgar family test were also administered.

Results: In the 172 questionnaires collected, 78% (± 3.2) of the respondents said they had tried alcohol. No relationship was found between age or sex. This percentage increases if their friends drink ($94\% \pm 2.3$; $p < 0.001$, χ^2). 68% (± 4.0) have a pathological CAGE test and 8% (± 2.1) have tried other drugs. The EPI questionnaire shows significant differences in women who try alcohol, with a higher score in the axis neuroticism/control and lower score in introversion/extroversion. 22% (± 3.16) perceive dysfunctions in their family, a perception that is more frequent if the adolescent has tried alcohol ($26\% \pm 1.6$; $p < 0.05$, χ^2) or drugs ($44\% \pm 3.1$; $p < 0.01$, χ^2).

Conclusions: Adolescents have an elevated contact with alcohol and this can generate a high degree of dependency when they experiment with other drugs or have friends who drink. Females show a psychological risk profile in their contact with alcohol (higher control and extroversion) that can create a situation that favors their becoming group leaders. Family dysfunction is also a risk factor. The general practitioner needs to employ a multidisciplinary approach to help prevent this public health problem.

Key words: Adolescent, alcohol, dependence, personality, family function.

Correspondencia: Alejandro Pérez Milena. C/ Travesía de San Joaquín 6, 3º derecha. Jaén. (23007), Teléfono 639 950 416. Fax 953 357 061. Correo electrónico: alejandropm@supercable.es

Recibido el 07-02-2005; aceptado para publicación el 18-02-2005.

Medicina de Familia (And) 2005; 1: 28-33

Introducción

El contacto con el alcohol, el tabaco y otras drogas es un hecho frecuente en la sociedad actual^{1,2}, debido a la relación que mantiene con fenómenos sociales y hábitos culturales muy arraigados^{3,4}. En los últimos años diferentes estudios muestran un incremento progresivo de la incidencia de hábitos tóxicos en adolescentes, con un inicio de consumo en edades cada vez más tempranas, con nuevas formas de consumo y con la introducción de nuevos tóxicos^{5,6}. Detectar de forma temprana estos hábitos y prevenir sus riesgos debe ser una tarea multidisciplinaria en la que se englobe la acción de padres, educadores y sanitarios.

Para realizar este estudio nos hemos planteado los siguientes objetivos:

1. Conocer el contacto de los adolescentes con el alcohol y su relación con la personalidad del adolescente y su entorno familiar.
2. Conocer el grado de dependencia que pudiera generar en los adolescentes.

Sujetos y métodos

Se realiza un estudio descriptivo transversal en el Instituto de Educación Secundaria (IES "El Valle" de Jaén, situado en un barrio urbano de clase media-baja. Se realiza una entrevista a los alumnos del segundo ciclo de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) mediante un cuestionario autoadministrado durante las horas de clase, en una misma jornada escolar para evitar la contaminación cruzada y con adiestramiento previo de los profesores. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, contacto con alcohol y otras drogas del adolescente y de sus amigos, información recibida sobre estos tóxicos, tipo de personalidad del adolescente, dependencia del alcohol y función familiar. Se entiende por contacto cualquier tipo de consumo de alcohol.

El tipo de personalidad del adolescente se evaluó mediante el cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPI)⁷, que evalúa las características propias del repertorio conductual de cada persona valorando dos factores expresados como continuos: neuroticismo—control y extraversión—intraversión. Se ha mostrado como un instrumento fiable en población española y con suficiente sensibilidad para obtener medidas en sus dos categorías⁷. La dependencia del alcohol se ha valorado mediante el test de CAGE, un cuestionario cerrado que detecta el abuso del alcohol tanto por uso inadecuado cualitativo como cuantitativo y útil como cribado para posibles casos de dependencia al alcohol^{3,6}. Las preguntas han sido camufladas entre las anteriores para evitar falsos negativos.

Por último, la valoración de la función familiar se ha realizado con la aplicación del test de Apgar familiar, que mide la impresión subjetiva del adolescente sobre la funcionalidad de su familia así como su integración en ella, estando validado en nuestra población⁸.

Los datos fueron analizados mediante el programa informático RSigma, aplicándose el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de los datos. Los datos se muestran como media \pm error estándar de la media o de la proporción, y también como intervalos de confianza al 95%. Se propone un nivel de significación estadística con $p < 0,05$, aplicándose el test de la t de Student y ANOVA de una vía para comparación de medias y el test χ^2 para la comparación de proporciones.

Resultados

Se obtuvieron 172 encuestas sobre un total de 186 alumnos (96%); las pérdidas fueron debidas a la no asisten-

cia a clase (8 alumnos), por no rellenar correctamente el cuestionario (5 alumnos) ó por rechazar hacerlo (1 alumno). Los principales resultados en relación con el contacto con el alcohol se exponen en la tabla 1. La edad está comprendida entre los 13 a 17 años, con una media de edad de 14,2 años ($\pm 0,1$). La distribución por sexos es similar en el grupo estudiado (53% hombres y 47% mujeres). Tres cuartas partes de los adolescentes han tenido contacto con el alcohol (IC al 95% [71%; 84%]), sin relación con edad ni sexo. Casi la décima parte de los adolescentes han probado el cannabis (IC al 95% [5%; 14%]), en su mayoría varones (63%, y 37% mujeres; $p < 0,05$, test χ^2). El porcentaje de contacto con drogas es superior entre los adolescentes que reconocen beber alcohol ($11\% \pm 2,7$ y no alcohol $6\% \pm 2,6$; $p < 0,05$, test χ^2).

Entre aquellos adolescentes que tienen amigos que consumen alcohol o drogas se incrementa la probabilidad de contacto con tóxicos ($94\% \pm 2,3$ con amigos que beben y $55\% \pm 6,0$ sin amigos; $p < 0,001$, test c^2).

El test de CAGE es positivo en casi las tres cuartas partes de los adolescentes que han probado el alcohol (IC [59%; 76%]), sin diferencias según el sexo ni la edad (tabla 2). Aquellos adolescentes que también han probado otras drogas presentan un mayor número de positivos en este test ($83\% \pm 8,8$ vs $70\% \pm 4,0$), aunque sin significación estadística. Entre los adolescentes que reconocen tener amigos que toman alcohol hay un mayor número de respuestas positivas al test de CAGE, con diferencias casi significativas ($74\% \pm 3,4$ vs $60\% \pm 4,1$; $p = 0,056$, test χ^2).

Los datos recogidos mediante el cuestionario EPI ofrecen diferentes valores para sus dos ejes según el sexo y el contacto/dependencia con el alcohol o con otras drogas. Para el eje N/C, existe una mayor puntuación (tendencia al neuroticismo) entre los adolescentes que no han tenido contacto con ningún tipo de droga, disminuyendo de forma progresiva en el caso de contacto con alcohol, sospecha de dependencia del alcohol y contacto con otras drogas, en este orden ($p < 0,05$, ANOVA 1) (figura 1), con diferencias significativas que se mantienen sólo en el caso de las mujeres ($p < 0,01$, ANOVA 1) (figura 1). Entre los adolescentes varones solamente existen diferencias cuando se comparan los que no han probado el alcohol (tendencia al neuroticismo) con los que han tomado drogas (tendencia al control) ($p < 0,001$, test t de Student) (figura 1).

El eje I/E también ofrece diferencias significativas, con puntuaciones menores en adolescentes sin contacto con tóxicos (tendencia a la intraversión) que se incrementan progresivamente según hayan probado el alcohol, tengan un test de CAGE patológico o tengan contacto con otras drogas (tendencia a la extraversión) ($p < 0,05$, ANOVA 1) (figura 2). Al igual que en el eje anterior, las diferencias

se mantienen en mujeres adolescentes ($p < 0,01$, ANOVA 1) pero no en hombres (figura 2).

La mayoría de los adolescentes ($78\% \pm 2,8$) presentan un test de Apgar familiar normal, mientras que el $15\% (\pm 2,7)$ puntúa como disfunción leve y el restante $7\% (\pm 1,9)$ como disfunción grave. Los adolescentes que no han tenido contacto con alcohol presentan hasta en un $90\% (\pm 4,8)$ una función familiar normal. La disfunción familiar leve es más frecuente en los adolescentes que han probado el alcohol ($p < 0,01$, test χ^2) así como entre aquellos que han tenido contacto con otras drogas ($p < 0,05$, test χ^2) (figura 3). La percepción de la función familiar no se relaciona con el resultado del test de CAGE.

El $92\% (\pm 1,2)$ han recibido información oral o escrita sobre los efectos negativos del alcohol, con porcentajes similares independientemente del contacto con tóxicos.

Discusión

Una gran mayoría de adolescentes han probado diversas sustancias tóxicas, fundamentalmente el alcohol, a edades muy tempranas^{1, 2, 4, 5}. Se ha comprobado que la toma de alcohol durante la adolescencia, incluso de forma esporádica, puede provocar importantes alteraciones físicas y psíquicas⁹. En nuestro estudio encontramos un contacto con el alcohol elevado, similar a otros estudios^{5, 10}, con una alta sospecha de dependencia del alcohol, tan preocupante como muestran otros estudios^{6, 10}; ambas circunstancias suponen factores de riesgo para el abuso de tóxicos durante la adolescencia^{11, 12}. Pese a que algunos autores consideran que el test CAGE presenta demasiados falsos positivos³, otros estudios revelan que es una prueba rápida y fiable⁶. Creemos que el entorno socioeconómico donde hemos desarrollado el trabajo justifica una incidencia más elevada de posible dependencia al alcohol entre los adolescentes, superior a la indicada en otros trabajos^{2, 6, 13}. En esta misma zona urbana hemos realizado otros estudios¹⁴ en los que hemos encontrado un mayor porcentaje de fracaso escolar, otro factor de riesgo que se añade a los anteriores¹². El contacto con otras drogas es menor pero cualitativamente importante, ya que parecen suponer una experiencia común en un subgrupo de adolescentes en riesgo que incrementaría un posible abuso de tóxicos¹².

Hasta ahora, se ha comprobado que los adolescentes con rasgos de impulsividad y perturbación emocional pueden presentar un mayor riesgo de morbilidad para el consumo de tóxicos^{11, 12}. En nuestro trabajo se define un perfil psicológico posiblemente más completo que difiere en el grupo de adolescentes que han probado el alcohol (mayor tendencia a extraversión y estabilidad), sobre todo en adolescentes mujeres y cuando han probado otras dro-

gas, del otro grupo donde no se ha tenido dicho contacto (mayor tendencia a intraversión y neuroticismo).

Teniendo en cuenta las limitaciones propias de los cuestionarios de personalidad a la hora de realizar inferencias⁷, podríamos pensar que el adolescente que reconoce no tomar alcohol tiene mayor sensibilidad así como más dificultades para recuperarse después de una situación emocional o de estrés, siendo un individuo tranquilo, más introspectivo, con tendencia a ser previsor y llevar una vida más ordenada. En cambio, el adolescente que bebe presenta una mayor adaptabilidad al entorno y un mejor control del estrés, con alta sociabilidad, aunque con alta impulsividad y sin adecuado control sobre sus sentimientos. Este perfil de adolescente tendría un mayor número de experiencias sociales y podría liderar e influenciar su grupo de amigos, siendo el acceso al alcohol una forma de relación social^{4, 9, 14}, que al tiempo favorece un peor rendimiento escolar^{1, 12}. Estos rasgos estarían más marcados en las mujeres por su madurez afectiva y social, más temprana que en los varones, y serían más relevantes dada su mayor vulnerabilidad al alcohol^{15, 16}.

Tanto los conflictos familiares como las actitudes y modelos de conducta de los padres influyen en la conducta del adolescente frente a los tóxicos^{12, 17, 18}. Los cambios en la estructura y organización familiar que ocurren en la adolescencia requiere adaptación y flexibilidad de los roles familiares¹⁸. Nuestro estudio muestra mayor porcentaje de test de CAGE patológicos en los adolescentes que perciben una disfunción en su familia, siendo aún más significativo en los que han probado otras drogas, coincidiendo con estudios previos en otras zonas^{17, 19}. La baja comunicación familiar, con padres poco sensibles a las necesidades de sus hijos, es un factor de riesgo reconocido para el consumo de sustancias tóxicas^{11, 20}. Los padres son acompañantes significativos²¹ que contribuyen a la construcción de la identidad personal del adolescente y ayudan en su proceso de socialización.

Ante estos datos, creemos necesario desarrollar intervenciones interdisciplinares preventivas en adolescentes. Las intervenciones breves que proporcionan información sobre el daño que provoca el abuso de los tóxicos como alcohol y drogas¹¹ parecen no ser suficientes: en nuestro estudio, la mayoría de los adolescentes habían recibido información sobre las sustancias tóxicas, sin que esto influya en la conducta del adolescente. En términos generales, la prevención en este campo debe abordar dos grandes retos: identificar los factores de riesgo personal y sociofamiliares relevantes del uso problemático de tóxicos y desarrollar intervenciones que tengan impacto sobre estos factores que puedan reducir los riesgos de morbilidad posteriores^{11, 12}. La prevención escolar continúa siendo el ámbito de actuación preferente en todas las

Comunidades Autónomas, aunque es igual de importante el área de atención a la familia ^{12, 18}. Por ello, es necesario la coordinación entre todos los profesionales implicados en esta tarea y los padres de los adolescentes, para intervenir dentro del ámbito tanto educativo como familiar. Por su parte, el médico de familia debe realizar un mayor esfuerzo en este ámbito ^{12, 16, 22} ya que su tarea es identificar al adolescente con un perfil psicológico bien definido ^{4, 11, 17} que entra dentro del grupo de *menores en riesgo* para una posible dependencia del alcohol, e impedir, o al menos demorar en el tiempo, el contacto con alcohol y otras drogas entre los adolescentes.

Bibliografía

1. J. Martínez J, García J, Domingo M, Machín AJ. Consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. *Aten Primaria* 1996; 18: 383-5.
2. Alonso J, Rosado J, Ruiz-Morote R, Alonso J. Consumo de alcohol y adolescencia: estudio epidemiológico descriptivo. *Aten Primaria* 1997; 19: 183-7.
3. Altisent R, Pico MV, Delgado MT, Mosquera J, Auba J, Córdoba R. Alcohol en Atención Primaria. *FMC* 1997; 3 (supl. 4).
4. Castillo JM. Valoración de factores de riesgo del consumo de alcohol en jóvenes. *Aten Primaria* 1997; 20: 376-80.
5. Alcalá M, Azañas S, Moreno C, Gálvez L. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes. *Revista Medicina de Familia Andalucía* 2002; 3: 81-7.
6. Aertgeerts B, Buntinx F, Bande-Knops J, Vandermeulen C, Roelants M, Ansoms S, et al. The value of CAGE, CUGE, and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24: 53-7.
7. Eysenck HJ, Eysenck HBG. *EPI: Cuestionario de personalidad*. Madrid: editorial TEA; 1990.
8. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar familiar. *Aten Primaria* 1996; 18: 289-96.
9. Kuntsche EN, Gmel G. Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction* 2004; 99: 331-9.
10. Huertas I, Pereiro J, Roig A, Salazar JL, Chover C, Guerrero I, et al. Evolución de hábitos de salud y de relación de una cohorte de adolescentes del puerto de Sagunto (1995-1996). *Aten Primaria* 1999; 23: 8-14.
11. Amunategui LF, Dowd ET. La modificación de los esquemas de los niños sobre el uso de sustancias tóxicas: una intervención enfocada sobre la prevención del abuso de sustancias. *Psicología conductual* 1993; 1: 207-220.
12. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. URL: <http://www.msc.es/pnd/index.htm>. Última actualización: Febrero 2005.
13. González Y, López P, Saavedra MC, González D, García LJ, Cuesta B. Detección precoz de jóvenes con trastornos relacionados con el alcohol en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1997; 20: 133-6.
14. Barca A. Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia. *Cuadernos de Psicología* 1986; 25: 103-9.
15. Shrier LA, Harris SK, Kurland M, Knight JR. Substance use problems and associated psychiatric symptoms among adolescents in primary care. *Pediatrics*. 2003; 111: 699-705.
16. Greenfield SF, Manwani SG, Nargiso JE. Epidemiology of substance use disorders in women. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2003; 30: 413-6.
17. Pérez Milena A, Jiménez I, Leal FJ, Martínez JL, Pérez R, Martínez ML. Contacto y consumo de tóxicos entre adolescentes: relación con función familiar y malestar psíquico [resumen]. *Aten Primaria* 2001; 28 (supl. 1): 154.
18. Marcos B. La adolescencia en el contexto familiar. En: De la Revilla L, editor. *Manual de Atención Familiar: Bases para la práctica familiar en consulta*. Granada: Ed. Adhara; 1996. p. 659-94.
19. Del Carmen M, Alcon G, Pedersen JM, María A, Gonzalez C. Greenlandic family structure and communication with parents: influence on schoolchildren's drinking behaviour. *Int J Circumpolar Health* 2002; 61: 319-31.
20. Shedler J, Block J. Adolescent drug use and psychosocial health: a longitudinal inquiry. *American Psychologist* 1990; 45: 612-30.
21. Castellana M. Los padres, unos acompañantes significativos. *Cuadernos de Pedagogía* 2003; 320: 60-2.
22. Millstein SG, Marcell AV. Screening and counselling for adolescent alcohol use among primary care physicians in the United States. *Pediatrics* 2003; 111: 114-22.

Tabla 1. Comportamiento de las variables estudiadas según el contacto con el alcohol entre los adolescentes encuestados

	Contacto con el alcohol	
	Sí	No
Tamaño de muestra	133 (77% ± 3,2)	39 (23% ± 3,2)
Edad	14,6 (±0,3)	13,9 (±0,5)
Sexo: hombres	71 (53% ± 4,3)	20 (51% ± 8,0)
Contacto con drogas (*)	15 (11% ± 2,7)	1 (6% ± 2,5)
Existen amigos que consumen tóxicos (♦)	125 (94% ± 2,3)	21 (55% ± 6,0)
Función familiar normal (*)	98 (74% ± 3,8)	35 (90% ± 4,8)
Han recibido información sobre tóxicos	121 (91% ± 2,5)	37 (95% ± 3,5)

(*) p < 0,05 test χ^2

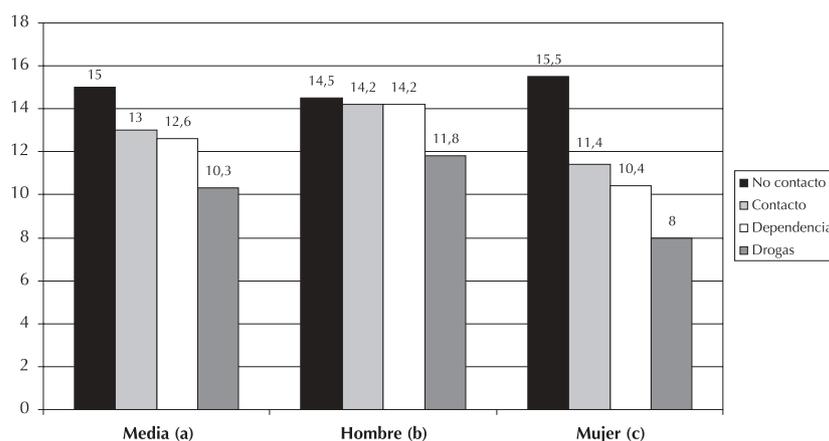
(♦) p < 0,001, test χ^2

Tabla 2. Comportamiento de las variables estudiadas según el resultado del test CAGE entre adolescentes que ha tenido contacto con el alcohol

	Test CAGE	
	Positivo	Negativo
Tamaño de muestra	89 (67% ± 4,1)	44 (33% ± 4,1)
Edad	14,4 (±0,5)	14,1 (±0,4)
Sexo: hombres	48 (54% ± 5,3)	23 (53% ± 7,5)
Contacto con drogas	73 (83% ± 8,8)	30 (70% ± 4,0)
Existen amigos que consumen tóxicos (*)	65 (74% ± 3,4)	26 (60% ± 4,1)
Función familiar normal	68 (77% ± 4,4)	31 (70% ± 6,9)

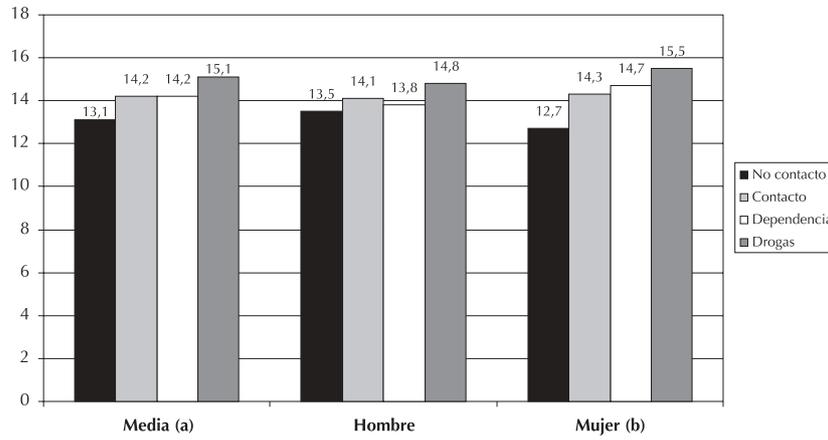
(*) p = 0,056, test χ^2

Figura 1. Resultados del Cuestionario de personalidad de Eysenck (EPI) según sexo para el eje Neuroticismo/Control



- (a) p < 0,05 test ANOVA
- (b) p < 0,001, test t de Student para medias de adolescentes sin contacto con tóxicos y con contacto con drogas
- (c) p < 0,01 test ANOVA

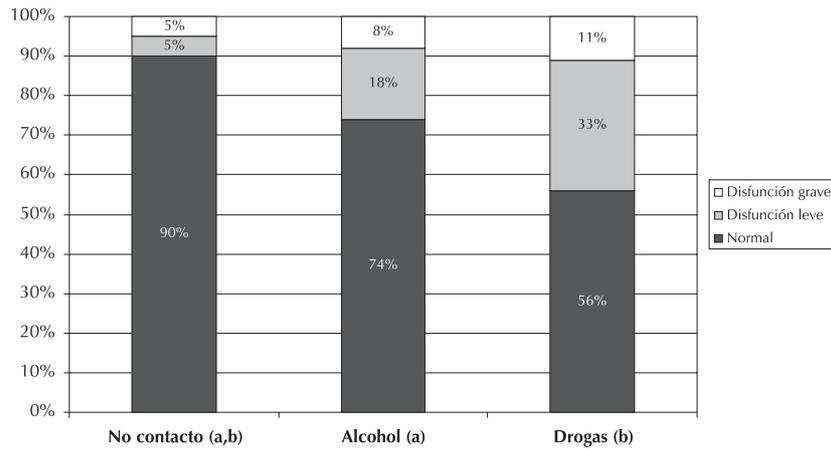
Figura 2. Resultados del Cuestionario de personalidad de Eysenck (EPI) según sexo para el eje Intraversión/Extraversión



(a) $p < 0,05$ test ANOVA

(b) $p < 0,01$ test ANOVA

Figura 3. Resultados del test Apgar familiar según contacto con alcohol y otras drogas



(a) $p < 0,05$ test χ^2 entre adolescentes sin contacto y contacto con alcohol

(b) $p < 0,01$ test χ^2 entre adolescentes sin contacto y contacto con otras drogas

ORIGINAL

Análisis multifactorial de los ancianos de un consultorio de Medicina Familiar

Pérez Pérez R¹, Marín Rodríguez IM², López Martínez A³.

¹ Profesor de Medicina Interna. Especialista en Medicina Interna. Especialista en Medicina Familiar. Diplomado en Medicina Intensiva. Diplomado en Investigaciones Médico Sociales Comunitarias. Miembro de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar; ² Especialista en Medicina Familiar; ³ Especialista en Medicina Familiar. Miembro de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar. Policlínico docente "Dr. Tomás Romay".

ANÁLISIS MULTIFACTORIAL DE LOS ANCIANOS DE UN CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR

Objetivos: Conocer el grado de funcionalidad, el estado cognitivo y el riesgo de caída a través de tres instrumentos y relacionar sus resultados con el estado ocupacional y emocional y las condiciones de la vivienda.

Diseño: Estudio con un enfoque cuantitativo, de tipo retrospectivo, transversal, con un diseño no experimental y alcance explicativo.

Emplazamiento: Estudio realizado en el consultorio de medicina familiar # 32 perteneciente al Policlínico-Docente "Dr. Tomas Romay Chacon" en el periodo comprendido entre febrero del 2003 y febrero del 2004.

Población y muestra: Se estudiaron el 100% de los 96 ancianos atendidos en dicho consultorio.

Intervenciones: Los datos se recogieron en una encuesta de vaciamiento y realmacenaron en una base de datos diseñada e implementada en Microsoft Access, estos fueron procesados en los programas estadísticos Epi Info y Estadística.

Resultados: Fueron estadísticamente significativas la relación entre la situación social, los trastornos del sueño y el estado emocional; la situación económica y el hábito de fumar también estuvieron significativamente relacionados con el estado ocupacional, la situación económica estuvo relacionada con el estado de la vivienda, entre otros resultados de interés.

Conclusiones: Concluimos en nuestro estudio que la situación económica y el tabaquismo están relacionados con el estado ocupacional, que la situación social y los trastornos del sueño pudieran influir en el estado de la vivienda. Se recomienda evaluar integralmente a los ancianos para tener una información más completa y exacta de su calidad de vida.

Palabras clave: anciano/ocupación; anciano/depresión; anciano/vivienda; anciano/demencia; anciano / accidentes.

A MULTIFACTORIAL ANALYSIS OF ELDERLY PATIENTS IN A GENERAL MEDICINE PRACTICE

Aim: Use three instruments to explore the degree of functionality, cognitive state and risk of falling in elderly patients and to correlate the results with occupational and emotional status, as well as housing conditions.

Design: A retrospective, explicative study based on a cross-sectional, quantitative focus and a non-experimental design.

Setting: The study was carried out by a general medicine practitioner, situated in office number 32 of the "Dr. Thomas Romay Chacon" Teaching Polyclinic, from February of 2003 through February of 2004.

Population and sample: 100% of the 96 elderly patients seen in this practice were studied.

Methods: A questionnaire was used to collect information which was then transferred to and stored in a Microsoft Access data base. The data was then processed using Epi-Info and statistical programs.

Results: A statistically significant relationship was found between social status, sleep disorders, and emotional status; economic status and smoking habits were also found to be statistically related to occupational status, economic status and living conditions within the home, among others.

Conclusions: Our study concludes that economic status and the habit of smoking are related to occupational status and that social status and sleep disorders can have an influence on household conditions. It is recommended that an integral evaluation be made of the elderly in order to obtain more complete and accurate information on their quality of life.

Key words: elderly/occupation; elderly/depression; elderly/housing; elderly/demencia; elderly/accidents.

Correspondencia: Roidel Pérez Pérez. Sol 254, Apto. 5, entre Habana y Aguiar, Habana Vieja, Ciudad de la Habana. Correo electrónico: roidel@infomed.sld.cu. Teléfono Particular: 00 53 7 8 610979.

Recibido el 28-01-2005; aceptado para publicación el 14-03-2005.

Medicina de Familia (And) 2005; 1; 34-39

Introducción

El envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, sino que ha estado presente en todas las etapas de desarrollo social, siendo de interés para la filosofía, el arte y la medicina en todas las épocas. Sin embargo durante el presente siglo, más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez y que convierte el envejecimiento poblacional quizás, en uno de los retos más importantes de las sociedades modernas^{1,2}.

A partir del 1994 el país ha establecido un nuevo programa de Atención Comunitaria al adulto mayor. En esta propuesta se destaca la creación de Equipos Multidisciplinarios de Atención Gerontológico (EMAG), encargado de la atención del anciano frágil o de alto riesgo en la comunidad. Dentro de los objetivos de dicho Programa se incluye la necesidad de proveer a la atención comunitaria de instrumentos, métodos y estructuras que le ayuden a diagnosticar, prevenir y encontrar soluciones a las necesidades de los ancianos³.

En varios estudios donde se ha evaluado el estado funcional de los ancianos los trastornos en la automedicación y la situación económica han sido los problemáticos. Algunos estudios han demostrado además la fuerte relación que existe entre los trastornos de la visión y de la movilidad con el riesgo de caídas^{4,5}.

Investigaciones realizadas en varios países también abogan a favor de una alta relación entre la situación económica, la adicción al tabaco y el status ocupacional del anciano⁶.

Muchos estudios han aportado evidencia a favor de la clara relación existente entre los trastornos del sueño y la situación social con el estado emocional de los ancianos⁷.

No encontramos estudios en la literatura que hicieran referencia a una relación entre el estado de la vivienda y la situación económica del anciano.

Consideramos importante esta investigación en nuestra comunidad porque al evaluar de forma multidimensional todos los factores físicos, sociales, psicológicos y económicos que determinan la salud de este grupo poblacional, podemos no solo conocer el estado del mismo, sino valorar precozmente cualquier cambio que en ellos se produzca y de esta forma en correspondencia con dichos factores establecer un plan de acción que los modifique ya sea con medidas de prevención u otras formas de intervención, manteniendo al anciano el mayor tiempo posible en la comunidad, garantizando su bienestar y seguridad.

Las preguntas a las cuales daremos respuesta en nuestra investigación son:

1. ¿Qué factores están relacionados con el estado ocupacional?

2. ¿Qué factores están relacionados con el estado emocional de los ancianos?
3. ¿Qué factores están relacionados con el estado de la vivienda?
4. ¿Qué factores están relacionados con el resultado del Miniexamen del Estado Mental (MEM)?
5. ¿Qué factores están relacionados con los resultados de la Escala de la Marcha y el Equilibrio (EME)?

Dentro de las hipótesis planteadas en este trabajo tenemos:

1. Pensamos que la situación económica es un factor que obliga al anciano a continuar con vínculo laboral.
2. Somos partidarios de que la situación social influye en el estado emocional de los mismos.
3. Pensamos que en el estado de la vivienda puede influir la situación económica del anciano.
4. Planteamos la hipótesis de que la tristeza y los trastornos de la visión pueden influir en el resultado del MEM.
5. Finalmente somos partidarios de la idea de que la visión y los trastornos de la movilidad pueden influir en el resultado de la EME.

Factibilidad de la investigación: Esta investigación se considera que es factible, debido a los escasos recursos que se utilizaron para realizarla, por lo que su reproducción en otras comunidades es fácil y viable.

Repercusión de la investigación: Este estudio tendrá gran impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de dichos ancianos y un importante ahorro de recursos económicos por atención médica debido a la cantidad de accidentes y complicaciones que serán prevenidos con la información que la misma aporta.

Objetivos

General

Precisar los factores que influyen negativamente en la calidad de vida de nuestros ancianos.

Específicos

1. Identificar los factores relacionados con el estado ocupacional de los ancianos.
2. Determinar las variables relacionadas con el estado emocional de los mismos.
3. Precisar los factores relacionados con el estado de la vivienda.
4. Establecer las variables que influyen en el resultado del MEM.
5. Evaluar los factores relacionados con la EME.

Definiciones

1. *Vivienda no segura*: Toda vivienda con barreras arquitectónicas o con defectos en los peldaños o barandas de las escaleras, con mala iluminación u otra característica que aumente el riesgo de accidentes domésticos en el anciano.
2. *Alteración en la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF)*: Consideramos alterado el parámetro cuya puntuación sea menor de cuatro.
3. *Alteración de la Escala de la Marcha y el Equilibrio (EME)*: Consideramos que todo paciente con menos de diecinueve puntos tiene cinco veces más riesgo de caída y por lo tanto tiene un alto riesgo.
4. *En el Miniexamen del Estado Mental*: Consideramos con trastorno cognitivo moderado aquellos que tenían entre doce y veintitrés puntos.

Metodología

Se estudiaron 96 ancianos de nuestro consultorio los cuales representan el 100% del universo del mismo. Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo retrospectivo, transversal, con diseño no experimental, con un alcance explicativo en los pacientes de 60 años y más edad del consultorio No. 32 perteneciente al Policlínico Docente "Tomás Romay Chacón" del municipio Habana Vieja.

Se aplicaron instrumentos conocidos como son la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional, el Miniexamen del Estado Mental, y la Escala Motora y del Equilibrio, para valorar los factores que inciden significativamente en el estado ocupacional y emocional, en el estado de la vivienda, así como en el resultado del MEM y del EME en dicha población.

Se realizaron encuestas de vaciamiento, por personal previamente entrenados en el Centro Geriátrico del territorio, con vistas a la adecuada utilización de dichos instrumentos. En la encuesta se valoraron las siguientes variables, consumo de café y tabaco, donde solo se recogió si consumían o no los mismos. El estado de la vivienda fue evaluado de segura según nuestro criterio que esta definido en el acápite de definiciones. Cada ítem de la conocida escala geriátrica de evaluación funcional (situación familiar, social, económica, trastorno del sueño, de la visión, de la memoria, la continencia, la movilidad, el equilibrio, la visión y la audición) fueron evaluados según los criterios de dicha escala con su correspondiente calificación. La variable ocupación fue clasificada en jubilada los ya jubilados y sin otro vínculo laboral, los jubilados y ocupados aquellos que a pesar de estar jubilados tenían algún vínculo laboral por contratos de trabajo y ama de casa aquellas mujeres que nunca tuvieron vínculo laboral. Se utilizó la escala de la

marcha y del equilibrio y cada paciente obtuvo un puntaje y además se le aplicó el mini examen del estado mental con su correspondiente evaluación.

Análisis Estadístico: Previa codificación de los ítem de cada variable recogida en la encuesta y del puntaje obtenido por cada paciente en los diferentes instrumentos aplicados se procedió a establecer un análisis de regresión múltiple entre las variables ocupación, hábito de fumar, ingestión de café, estado de la vivienda, resultados del Miniexamen del estado mental, resultados de la Escala de la marcha y el equilibrio y el resto de los diferentes acápite que evalúa la Escala geriátrica de evaluación funcional, incluso se relacionó el acápite Estado emocional de esta última con otros puntos evaluados en la misma. Se establecieron la relación estadística y su significación. Los resultados de las encuestas de vaciamiento, fueron introducidos en una base de datos diseñada en Microsoft Access y los mismos fueron procesados en los Programas Estadísticos Epi Info y Statistic. Los resultados fueron llevados a tablas para una mejor comprensión de los mismos.

Recursos humanos:

- Dos residentes de Medicina Familiar.
- Un especialista en Medicina Familiar y en Medicina Interna.

Recursos materiales:

- 100 modelos de encuestas
- Una computadora Pentium IV
- Programa Microsoft Access
- Programa Estadístico Epi Info
- Programa Estadístico "Statistic"
- Dos bolígrafos
- Programa Microsoft Word.
- Programa Microsoft Excel.

Resultados

Las pruebas estadísticas aportaron evidencias a favor de que el hábito de fumar y la situación económica están asociados al estado ocupacional (tabla 1).

También las pruebas realizadas evidenciaron de que los trastornos del sueño y la situación social tienen relación con el estado emocional (tabla 2).

La regresión múltiple aportó también evidencia a favor de que la que la situación económica está relacionada con el estado de la vivienda (tabla 3).

También arrojó evidencias de que los trastornos de la visión, de la memoria y el estado emocional estuvieron relacionados estadísticamente con los resultados del Miniexamen del Estado Mental (tabla 4).

Por último el análisis estadístico evidenció una relación entre los trastornos de la visión, la movilidad y el riesgo de caídas (tabla 5).

Discusión

En nuestro estudio el hábito de fumar y la situación económica están asociados a el estado ocupacional. Esto se explica porque como hemos podido observar casi la mitad de nuestros pacientes fuman y más de la mitad tienen bajos ingresos económicos, ya sea por jubilación, peritaje médico, pensión o por seguridad social, viéndose en la necesidad de vincularse nuevamente al trabajo para sufragar los gastos que este hábito ocasiona⁸.

El análisis estadístico de los datos aportó evidencia a favor de que el estado emocional de los pacientes está relacionado con los trastornos del sueño y la situación social. Al aumentar la edad los pacientes experimentan cambios normales de sus patrones de sueño, motivo por el cual en su gran mayoría se impacientan al no poder conciliar un sueño profundo trayendo consigo alteraciones del estado emocional, que van desde la depresión hasta la irritabilidad. Por otra parte en estudios realizados por María Elena Oquendo se encontró que en el 100% de los ancianos que tenían depresión la causa fue la situación social coincidiendo con los resultados de nuestra investigación. Esto se justifica por la pérdida de vinculación laboral, la muerte de algún familiar, dificultades económicas y materiales, la convivencia, y además debido a que se ha encontrado que los pacientes que viven con sus familias padecen menos depresión que aquellos que viven solos. Todo esto está relacionado con los trastornos en el estado emocional de los pacientes^{9, 10}.

El estado de la vivienda en nuestros pacientes está estadísticamente asociado a la situación económica. Pensamos que se deba a que como ya mencionamos anteriormente, este grupo tiene bajo ingreso económico, lo cual impide mejorar sus condiciones de vivienda. No encontramos en la literatura revisada estudios que relacionaran la situación económica y el estado de la vivienda.

Resultó estadísticamente significativa la relación existente entre los trastornos de la visión, de la memoria y el estado emocional con el resultado final del Miniexamen del Estado Mental. Es importante señalar que dentro de las causas frecuentes de pérdida de memoria están los trastornos del sueño y el estado depresivo. También consideramos de suma importancia a partir de estos resultados la adecuada valoración de los trastornos de la visión y del

insomnio para así lograr detectar muchos estados depresivos y trastornos en la esfera cognitiva que puedan alterar la calidad de vida del anciano así como la relación con su familia y que pueden ser fácilmente reversibles¹¹.

Otros estudios han demostrado similar relación entre la depresión y un pseudo estado demencial de los pacientes debido a pérdida de la visión, la audición y otras habilidades de la juventud¹².

En otro grupo de ancianos los trastornos de la visión y la movilidad están relacionados con el riesgo de caídas y aunque solo un 8% tiene 5 veces más riesgo de caídas, otro porcentaje presenta riesgo menor pero superior a la población en general. Pensamos que esta relación se puede explicar debido a que la marcha en el anciano es rígida y menos coordinada, se reducen el control postural, los reflejos de orientación del cuerpo, el tono muscular y la altura del paso. También en el anciano hay merma de la visión, debido a una disminución de la capacidad de acomodación, de la agudeza visual, de la visión periférica y adaptación a la oscuridad¹³⁻¹⁶. Todas estas alteraciones tanto de la visión como de la motilidad propias de los cambios fisiológicos de la edad asociado a otros factores, predisponen a nuestros pacientes a las caídas.

Conclusiones

- Los factores relacionados con el vinculo laboral fueron la situación económica y el habito de fumar.
- Los factores que se relacionaron con el estado emocional fueron la situación social y los trastornos del sueño.
- La variable que estuvo estadísticamente relacionada con el estado de la vivienda fue la situación económica.
- Los factores relacionados con el resultado del Miniexamen del Estado Mental fueron los trastornos de la visión, del estado emocional y de la memoria según el puntaje de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF).
- Finalmente los factores relacionados con los resultados de la Escala Motora y del Equilibrio fueron los trastornos de la Visión y la Movilidad según la evaluación realizada por la EGEF.

Bibliografía

1. Prieto Ramos O, Vega García E. Temas de Gerontología. La Habana: Editorial Científico Técnica 1996; 1: 102-15.
2. Álvarez Sintés R. Temas de medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2001; 1:167-166.
3. Bonet de la Nuez M. Procedimiento para el diagnóstico del deterioro cognitivo en el adulto mayor a nivel comunitario. [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Gerontología y Geriátrica]. Ciudad de la Habana; 1998.

4. Oquendo González ME, Saublet Maestry O. ¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor? Rev Cubana Enfermer 2003; 19.
5. Vega E, Menéndez J, Triguero MC, Trujillo O. Estudios de la capacidad y discriminación diagnóstico en los ancianos: EGEF. Geriatrka 1994; 10: 23-9.
6. Morales López TC. Estado Funcional de los adultos mayores Consejo Popular "Los Sitios". Policlínico Reina. 1997. [Trabajo para optar por el título de Master en Gerontología Médica y Social]. Ciudad de la Habana; 1997.
7. Gómez Juanola M. Consideraciones acerca del paciente geriátrico. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17: 468-72. URL:<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/indice.html>. Última actualización: Enero 2005.
8. Fumero Naranjo M. Estado funcional de ancianos con enfermedades no transmisibles de cinco consultorios del Policlínico "Reina". [Trabajo para optar por el título de Master en Gerontología Médica y Social]. Ciudad de la Habana; 1997.
9. Guibert Reyes W. Intento suicida del anciano en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15: 509-15. URL:<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/indice.html>. Última actualización: Enero 2005.
10. Garay Lillo J. Síndrome del olvido benigno senil. Geriátrica 1996; 9: 402.
11. González Curra M. Depresión en ancianos: un problema en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17: 306-20. URL:<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/indice.html>. Última actualización: Enero 2005.
12. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. "Minimental state" A practical method for grading the cognitive state of patient for de clinical. J. Psychiat. Res 1975; 12: 198-189.
13. Casanova Carrillo P. Estudio clínico de las principales causas de trastornos cognoscitivos en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17 : 309-15. URL:<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/indice.html>. Última actualización: Enero 2005.
14. Close J, Ellis N, Hooper R, Glucksman E. Prevention of falls in the elderly trial (profej): A randomized controlled trial. Lancet 1999; 353: 93-7.
15. García López M, Rodríguez Ponce C, Toranjo Gómez A. Enfermería del anciano. DAE año 2001.
16. Vera Sánchez M. Evaluación de la marcha y el equilibrio como factor de riesgo de caída en el anciano. Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19. URL:<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/indice.html>. Última actualización: Enero 2005.

ANEXOS

Tabla 1. Regresión Múltiple entre Ocupación y Estado de la Vivienda, Situación Familiar, Social y Económica, Hábito de Fumar e Ingestión de Café

Regresión-Variable Dependiente: <u>Ocupación</u>		
	B	P-Level
Vivienda	-.0807	0.429729
Situación Familiar	-.0900	0.529348
Situación Social	. 1075	0.453492
Situación Económica	. 2596	0.014875
Tabaco	. 3630	0.000412
Café	. 0394	0.690506

R =.47 R² =.22

Fuente: Base de Datos

Tabla 2. Regresión Múltiple entre Estado Emocional y Trastorno del Sueño, Situación Familiar, Social y Económica de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.

Regresión-Variable Dependiente: <u>Estado Emocional</u>		
	B	P-Level
Trastornos del Sueño	. 3565	0.000068
Situación Familiar	-. 0218	0.858202
Situación Social	. 4388	0.000715
Situación Económica	. 0274	0.752028

R =.63 R² =.39

Fuente: Base de Datos

Tabla 3. Regresión Múltiple entre Estado de la Vivienda y los ítem Situación Familiar, Social y Económica de la Escala Geriátrica de la evaluación funcional.

Regresión-Variable Dependiente: <u>Vivienda</u>		
	B	P-Level
Situación Familiar	. 0855	0.564471
Situación Social	-. 1845	0.218464
Situación Económica	. 3225	0.002640

R =.32 R²=.10
Fuente: Base de Datos

Tabla 4. Regresión Múltiple entre Miniexamen del Estado Mental y los ítem Trastornos de la Visión, Sueño, Memoria, Estado Emocional, Situación Familiar y Social de la Escala geriátrica de evaluación funcional.

Regresión-Variable Dependiente: Miniexamen Mental		
	B	P-Level
Trastornos de la Visión	. 2483	0.002018
Trastornos del Sueño	. 0791	0.328958
Estado Emocional	. 2890	0.000518
Trastornos de la Memoria	. 3497	0.000159
Situación Familiar	. 0484	0.607112
Situación Social	. 0410	0.688063

R =.81 R²=.66
Fuente: Base de Datos

Tabla 5. Regresión Múltiple entre Escala de la Marcha y del Equilibrio y los ítem Continencia, Movilidad, Equilibrio, Visión y Audición de la Escala geriátrica de evaluación funcional.

Regresión-Variable Dependiente: <u>Escala Marcha y Equilibrio</u>		
	B	P-Level
Continencia	. 0255	0.762414
Movilidad	. 5567	0.000533
Equilibrio	. 1943	0.236736
Visión	. 1428	0.031211
Audición	. 0348	0.626174

R =.85 R² =.73

Fuente: Bases de Datos.

A DEBATE

Sombras sobre la Atención Primaria

Ramos Díaz F¹.

¹ *Medico de EBAP. Centro de Salud La Chana. Granada.*

Los cambios que se están produciendo en la atención sanitaria son objeto de análisis y estudio en diversas revistas y medios de difusión científica y desde ellas se está intentando sensibilizar a los que trabajamos en la misma. La manera concreta de desempeñar nuestro trabajo diario va a estar condicionada por la forma en que se ordenen y sucedan dichos cambios. Un editorial reciente de la Gaceta de la SEMFyC¹ hace un recorrido por distintos aspectos de la Atención Primaria y apunta a un posible origen de su deterioro en la descapitalización que se está produciendo no solo de recursos sino también de ideas e iniciativas. Las condiciones de trabajo no cambian y no hay aumento de recursos. Necesitamos condiciones para desarrollar nuestro trabajo con responsabilidad social, y es necesario tomar decisiones que clarifiquen nuestro futuro y también el del sistema sanitario.

En los párrafos que siguen pretendemos expresar lo mas libremente posible algunas ideas que tiene que ver de forma casi exclusiva con el desempeño diario del trabajo en el Centro de Salud.

Puerta del sistema

Se ha venido diciendo desde el comienzo de la reforma de la atención primaria en los años 80 que la misma tenía como objetivo situarla en el 1er. escalón asistencial de calidad del sistema, y convertirla en la puerta de acceso al sistema público de atención sanitaria. De ahí el interés inicial y en adelante creciente en evaluar y monitorizar la "capacidad de resolución" de los que trabajamos en dicho nivel de atención. Con tal objeto, se le asignó, y se mantiene todavía hoy como objetivo, la responsabilidad sobre el consumo y gasto de diversas prestaciones del sistema (entre otras, la prescripción farmacéutica, las derivaciones al nivel especializado, exploraciones complementa-

rias, etc.). Es fácil deducir que los médicos que desempeñan su trabajo en atención primaria, deberían tener la responsabilidad de aquello sobre lo que posteriormente van a ser evaluados, y debieran ser los portadores principales de los criterios de utilización de dichas prestación.

También se le exige que cumpla lo más extensa e intensamente con las demandas implícitas o explícitas de los usuarios: la mejora en la accesibilidad es hoy una de las exigencias mas fuertemente demandadas, y se refiere tanto al horario (lo más extenso y amplio posible), como a la rapidez con que se presta la atención sanitaria, como a la elección del momento.

La asignación de responsabilidad conlleva necesariamente la dotación de los recursos para llevar a cabo las tareas derivadas de aquella en las mejores condiciones posibles con el fin de obtener los mejores resultados. Entre los recursos mas demandados profesionales está el tiempo, que debiera ser el necesario para permitir tratar con rigor los problemas de los pacientes, y para que éstos se sientan atendidos con respeto en la "queja" de su padecimiento. La población crece en información y la demanda se hace más compleja y en ocasiones se requiere elegir entre diversas opciones tanto en el abordaje del problema como entre sus opciones terapéuticas, así como entre los distintos profesionales que van a participar en el proceso asistencial hasta su resolución o final. El tiempo para analizar las diferentes opciones y decidir la más idónea es un recurso pero no el único. El uso de las tecnologías es una demanda más. La confianza está depositada, en un número creciente de veces, en los resultados que arrojan determinadas determinaciones y/o exploraciones. Es necesario, por tanto, el acceso al conocimiento y posibilidad de uso de ellas, desde las más sencillas hasta las más complejas, siempre bajo estrictos criterios de utilización en las indicaciones, pero en igualdad de condiciones que cualquier profesional implicado en el proceso asistencial. Los usuarios piden tener "ya" y "aquí" acceso a las exploraciones simples o complejas que tengan que ver con la posible resolución de su problema de salud y la hacen en cualquier nivel asistencial

Recibido el 19-11-2004; aceptado para publicación el 20-01-2005.

Medicina de Familia (And) 2005; 1: 40-44

y también en la atención primaria. Los profesionales responsables de dichos pacientes ven cómo en ocasiones no pueden solicitarlas o cómo la realización de las pruebas se demora más tiempo del deseable.

Salida del sistema

De otra parte, la Atención Primaria está configurada como salida del sistema asistencial, de manera que es el profesional de atención primaria quien resume y asume la totalidad del proceso asistencial, y quien propone las pautas para el seguimiento del paciente contando con la información disponible sobre la enfermedad que padece, y ello de manera acordada con el paciente y con los profesionales implicados en la atención mediante acuerdos consensuados en guías, protocolos, etc. De alguna manera, se restablece la situación de inicio, y es el profesional de atención primaria el responsable del paciente y de los consumos, y ahora sí, tanto de los propios como de los inducidos por los distintos especialistas que han tenido que ver en la atención del paciente. Naturalmente con la capacidad para hacer "propio" el seguimiento y la prescripción de las prestaciones. Sólo con esta premisa es posible responsabilizar claramente al médico de atención primaria de los consumos inducidos por otros niveles.

Demanda de calidad

Lo dicho anteriormente el usuario lo transforma en demanda informada y lo expresa con exigencia de mayor calidad que la preexistente. El usuario es cada vez más informado y más exigente, de manera que va a ser el agente que va a plantear el cumplimiento de aquellas características que todo sistema público de salud debiera tener como principios básicos de funcionamiento: universalidad de la prestación gratuita, igualdad efectiva en el acceso, igualdad social de trato, utilización eficaz de los recursos, participación de los usuarios en la organización, eficiencia de la misma, y mejora continua de los servicios². El usuario quiere ser atendido con la mayor extensión de tiempo y recursos posibles. Las aspiraciones pueden llegar a ser ilimitadas si previamente no se han acordado patrones de uso. En el sistema público corresponde a los gestores delimitar la extensión del uso de los recursos y la manera en que se va a disponer su utilización. La calidad supone poner al alcance de los usuarios los recursos que tienen que ver con la atención de su proceso asistencial de una manera ordenada en el menor tiempo posible. En atención primaria y en relación con la accesibilidad y su naturaleza de "puerta del sistema", la demanda se expresa en forma de exigencia de obtener cita para consulta de la manera más ágil, en el menor tiempo

posible, y para el momento más oportuno de cada paciente. Así, se han producido modificaciones tanto en los horarios como en las agendas de los médicos y enfermeras de atención primaria para adecuarlas a las necesidades de los pacientes: ampliación del horario de apertura del centro, aumento en el número de tardes, aumento en el número de horas de consulta, apertura de consultas a demanda de enfermería, aumento de la oferta asistencial en la cartera de servicios. A todo ello se le suma la exigencia de la inexistencia de demora (demora 0) y de acto único o de ágil resolución en la mayoría de las consultas.

La Atención Primaria, como "salida del sistema" es también objeto de demandas de calidad por parte de los usuarios. Piden continuidad asistencial y eliminación de las trabas administrativas que dificultan la comunicación entre los distintos niveles implicados en la atención al paciente. Ello impone la actualización de circuitos de manera que sean ágiles y de fácil acceso para eliminar retrasos y descoordinaciones entre profesionales, con protocolos y guías de actuación consensuados en las patologías prevalentes. Tal exigencia va a repercutir novedosamente en la manera de trabajar e imponer un ritmo único para todos. El portador de toda la información es el paciente, y a él se adecuan los tiempos y procedimientos, tanto administrativos como estrictamente asistenciales.

Eficiencia del sistema

Sin entrar a considerar en toda su amplitud el tema de la eficiencia, queremos centrarnos en aquellos aspectos que tienen que ver con lo enunciado en los puntos anteriores. Volveremos a remitirnos al esquema de análisis con el que comenzamos. Como "puerta del sistema" y en relación con la accesibilidad creemos no faltar a la verdad si afirmamos que la Atención Primaria es uno de los dispositivos asistenciales que más ha modificado sus hábitos y maneras de trabajo para adecuarlas a las necesidades de los usuarios en los últimos años. No obstante, lo que queda por hacer todavía es mucho y en esa dirección se están tomando decisiones cada vez más complejas y generosas por parte de los trabajadores que asumen tal responsabilidad. Ya hemos enumerado anteriormente las modificaciones sufridas por la atención primaria para adecuarlas a las necesidades de la población. Estas no se refieren solamente al horario, sino también a los sistemas organizativos adoptados para llevar a cabo tales prestaciones. Se han producido también cambios en la "cultura" de los profesionales que la prestan: no es infrecuente que, formen parte de nuestro vocabulario términos referidos a la gestión del tiempo, de los recursos, y en cómo introducir mejoras en la eficiencia. Cuanto se ha ganado en la asunción del lenguaje y en el

uso de las palabras, se ha ganado en el debate sobre la pertinencia de tales conceptos como partes constituyentes de un cuerpo de materias para la reflexión por parte de los usuarios de dicho lenguaje.

El sistema se ha comportado extremadamente dúctil para la introducción de tales cambios. No obstante, los mismos han sido rápidamente asumidos por los usuarios como parte formal de los resultados de sus demandas, y hoy no son apreciados fácilmente como tales. Pese a todo, de forma casi continua se producen nuevos cambios, y los que trabajamos en este medio asistimos a la implantación de los mismos con la misma celeridad con que son puestos en escena. Algunos de ellos son todavía hoy de tan "rabiosa" actualidad, que no estamos en condiciones de analizar el impacto sobre el resultado final, medido en términos de mejora de la calidad percibida.

En el estudio de la eficiencia también tenemos que analizar otros aspectos que tiene que ver con la prestación de una atención sanitaria de calidad: desde la Atención Primaria se producen derivaciones al resto de los niveles asistenciales. En este punto me voy a referir sucintamente al asunto de las demoras en las consultas de atención especializada ¡Es fácil encontrarnos con demoras superiores a 10 días! Cualquiera que sea nuestro análisis, si conseguimos abstraernos de la realidad que nos rodea, encontraremos excesiva una demora de tiempo superior al mencionado. No obstante, la realidad es terca y nos despierta abruptamente y nos informa que la unidad de medida de tales demoras es el mes para la gran mayoría de las especialidades. Es fácil y frecuente encontrar demoras de más de 3 meses. Cuando esto sucede, los gestores responsables nos reconvienen para que asumamos desde la atención primaria la contención de las derivaciones hacia atención especializada. Mas aún, se nos incentiva /penaliza para que produzcamos menos derivaciones, y se olvidan de que en la ecuación que explica tales demoras existen otros elementos de tanta carga como la que aporta los médicos de atención primaria y sobre los que no existe la mínima exigencia. Nos referimos a que la capacidad de resolver los problemas en atención primaria tiene que ver con disponer del tiempo y de los recursos suficientes y con tener acceso a las tecnologías y exploraciones complementarias en igualdad de condiciones que el resto de los profesionales de atención especializada. Y también tiene que ver con la magnitud de la carga asistencial que soportan los distintos profesionales y las posibles asimetrías entre ellos, y con el grado de compromiso de los mismos en resolver con diligencia la carga de insolidaridad que conlleva el exceso en las demoras..., y también con el prestigio de los profesionales.

Tal es la distorsión sobre la visión del problema que tiene los gestores, que en los acuerdos de gestión con las Unidades Clínicas de Atención Primaria proponen como

objetivo para la resolución del problema de las demoras en atención especializada la reducción del número de derivaciones de forma que nos ajustemos a un standard no validado para nuestro entorno concreto, y olvidan que dicho número de derivaciones no es explicativo de la capacidad de resolución de la atención primaria. En una proporción elevada el número de derivaciones tiene que ver solamente con que en la atención especializada no se han puesto de acuerdo sobre el concepto de "revisiones" de los procesos que atienden, y la manera en que dichas revisiones debieran ser formalizadas con los enfermos. Sabemos también, por otra parte, que la eficiencia de las prescripciones farmacéuticas se relaciona claramente con el número de derivaciones³ En definitiva, es el momento de gestionar las relaciones entre niveles y no el de contener la demanda mediante la reducción del número absoluto de derivaciones. Cuando afirmamos esto también nos estamos refiriendo a que la distribución de recursos debiera hacerse pensando en las cargas que cada nivel y profesional soportan y en el grado de compromiso de cada uno de ellos.

Como "salida del sistema" la atención primaria se comporta en muchas ocasiones como soporte administrativo para las consultas de atención especializada, con la consiguiente carga de ineficiencia. Ello se expresa en multitud de hechos que se reflejan en el quehacer diario de las consultas de atención primaria. En unas ocasiones se demanda que en la consulta de atención primaria se hagan las prescripciones de determinadas exploraciones necesarias para la posterior aplicación de un determinado tratamiento, o como preparación a una posterior intervención. En otras ocasiones, que sea el soporte administrativo para nuevas revisiones. De cualquiera de las maneras, todo lo dicho contraviene el concepto de eficiencia que todo sistema público y no público debiera tener: no es ajustado a la eficiencia que sea el médico de atención primaria quien asuma las tareas administrativas que debiera asumir in situ la atención especializada. Hay que decir que la medición de la ineficiencia penaliza únicamente a los profesionales de atención primaria pues producen un aumento del gasto farmacéutico inducido y del número de derivaciones, al mismo tiempo que expresa la descoordinación entre los niveles asistenciales y desafía el objetivo de continuidad asistencial que debiera estar presente en cada lugar por el que transitan los enfermos. Estos hechos son conocidos por los gestores responsables de uno y otro nivel, y pese a existir directrices y normativas claras al respecto desde hace tiempo (más de 8 años), la realidad muestra la incompetencia de aquellos para hacer cumplir con las mismas a los profesionales que las vulneran.

También como salida del sistema y en relación con el tema de las demoras, hay que decir que desde algún

tiempo se viene produciendo un mayor uso de las consultas a médicos privados, ya que éstos basan gran parte del atractivo de su oferta en el acceso rápido a las mismas. No obstante, los “vales descuento” de la prescripción farmacéutica de tales consultas van a ser demandados a los profesionales de atención primaria y van a ser imputados a su responsabilidad. Si consideramos estos hechos como consecuencia directa de la falta de accesibilidad, entenderemos que los usuarios de tales consultas demanden compensación en el sistema que les niega la atención requerida. El que se acceda finalmente a la concesión de tales prestaciones farmacéuticas va a depender más de la capacidad de los médicos de atención primaria de mantener firmeza frente a dichas pretensiones que del rigor en la ejecución de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento clínicos.

En esta apartado no podemos olvidar los dispositivos de urgencias tanto hospitalarias como extrahospitalarias. Cabe idéntico análisis que el hecho anteriormente, pero habría que añadir la particularidad de poseer un fácil acceso a recursos diagnósticos y terapéuticos (muy por encima de los médicos de atención primaria) y que por ello van a ver aumentada su demanda por parte de los usuarios. Estos dispositivos debieran ser considerados igualmente como puertas del sistema a todos sus efectos. Como tales debieran asumir como propios los consumos de cualquier puerta del sistema sin que cupiese cualquier imputación a otro nivel. Esto no ocurre con frecuencia y se observa cómo se comportan como inductores serios de gastos y derivaciones en otros niveles asistenciales y también en atención primaria.

Por todo lo cual, cuando hablemos de la eficiencia del sistema referido a la atención primaria debieran depurarse todos aquellos aspectos ineficientes inducidos de manera clara por otros niveles y que alteran severamente la medición de aquella y la de sus profesionales.

Un nuevo lugar para la Atención Primaria

Una vez que hemos analizado algo de nuestra posición en el sistema sanitario público y con la libertad que nos da el saber que otras maneras son posibles, es ineludible abordarlas con el interés de rescatar el entusiasmo de los que trabajamos en este medio, y ponerlo al servicio de los enfermos y de nuestra profesión. Debido a la extensión del tema no es posible en este documento un análisis exhaustivo de las funciones que corresponderían al ámbito de nuestro trabajo, pero sí buscaremos una posición dentro del sistema más armónico con los objetivos de calidad y eficiencia que nos demandan.

En primer lugar, los que trabajamos en la atención primaria debiéramos poseer la consideración y respeto de quie-

nes van a contar con nuestro conocimiento para la resolución de sus problemas. Dicha cualidad se adquiere de muchas maneras, y globalmente se trataría de prestigiar el ejercicio de nuestro trabajo y desechar la desconfianza secular sobre nuestra formación y conocimientos y sobre el uso que hacemos de las tecnologías. Para ello es necesario el acceso a los medios diagnósticos y pruebas complementarias en igualdad de condiciones que el resto de los profesionales. Bien es cierto que debieran estar ajustados a los criterios de utilización adecuada contenida en las guías de buena práctica clínica. Buscamos poder hacer solicitudes que se resuelvan sin demora adicional por el hecho de hacerse desde nuestro nivel de atención. No buscamos asemejarnos en la ineficiencia a los que la practican, pero sí que no se nos confiera a priori tal condición.

Así mismo, las derivaciones a otros niveles asistenciales deberían hacerse sólo desde el criterio clínico de quien las producen, y en ningún caso hacerlas inducidas por la insistencia de los propios enfermos, o por los especialistas, camufladas de revisiones de procesos sobre los que no se tienen claros criterios sobre su seguimiento ni sobre su adecuación a prácticas clínicas basadas en pruebas, o desde los dispositivos de urgencias... Para ello recabamos el respeto y la confianza de nuestros gestores y de los profesionales de otros niveles asistenciales. Sólo desde esta posición entenderemos que las evaluaciones de la eficiencia que se nos hace se corresponden con la de nuestra práctica clínica. Sin estos requisitos solo estaremos haciendo un ejercicio de contención de las derivaciones sin resolver el origen de los posibles desórdenes de las mismas.

El análisis que hacemos de la prestación farmacéutica es el mismo que el que se hace de las derivaciones, y más aún cuando sabemos que hay estudios que afirman que hay una relación clara entre el aumento de la prescripción inducida y una peor calidad en la misma^{4,5}. No deseamos que nos imputen gastos e ineficiencias de otros niveles asistenciales. Bastante tarea tenemos con las nuestras. Sería suficiente con que cada nivel asistencial pudiese asumir las propias, y que aquellas necesariamente inducidas por otros niveles asistenciales a los médicos de atención primaria, sólo pudieran ser imputadas cuando éstos pudieran “apropiarse” de dichos tratamientos y de las posibles modificaciones de los mismos realizadas según su criterio profesional y personal.

Con todo lo expuesto no buscamos el enfrentamiento con los profesionales de otros niveles asistenciales, y mucho menos con los gestores y responsables de ordenar los recursos, sino ser solo lo que somos y que se nos mida y compense por ello. De nuestra intención en este documento puede deducirse claramente que no buscamos

cortafuegos a la crítica que pudiera hacerse a nuestra práctica. Asumimos como propios los errores e ineficiencias nuestras, pero nada más que ellas. Es momento para que cada cual se posicione en el sistema y en función de tal posición se asignen los recursos.

Bibliografía

1. Aguilera García L. Ni un minuto más. Editorial. Gaceta semFYC. Septiembre 2004; 87:1
2. Ruiz Legido O. Calidad del sistema sanitario público de Andalucía. Medicina de Familia Andalucía 2004; 5:127-128.
3. López-Picazo Ferrer JJ, Sánchez Ruiz JF, Rausell Rausell V, Sanz Moreno JA, Sánchez Rodríguez F, Salas Marín E. Prescripción de medicamentos en medicina de familia : tras las pistas de la eficiencia. Aten Primaria 2004; 34: 178-85.
4. Lomeña JA, Ceballos M, Medina MT, Mediavilla E, Sarmiento F, Hernández JL. Gasto farmacéutico en atención primaria según el origen de las prescripciones. Aten Primaria 1996; 18: 35-8.
5. Seguí M, Bartolozzi E, Ramos J, Llach A, Torrent M, Besco E, et al. Prescripciones de utilidad terapéutica baja inducida en atención primaria. Aten Primaria 1998; 22: 227-32.

CARTAS AL DIRECTOR

El médico de la familia y...

Sr. Director:

Recuerdo a un hombre de porte serio, mirada intensa y un extraño aroma. Llegaba a casa en su propio coche, salvando todo tipo de dificultades, llegar era toda una aventura, atravesar la rambla ya era un reto, y después que no se cruzara con un rebaño de cabras, podía quedar atrapado entre todas y la honda del pastor. Cuando llegaba a casa mis hermanas y yo solíamos quitarnos de en medio, ya estaba la abuela enferma otra vez. Pasaba a su dormitorio y mi madre le acompañaba todo el tiempo. Tras la cortina, como si de verdad fuera una espía escuchaba atentamente aquella voz grave: *"tranquila María, la abuela saldrá de esta, despacio, pero saldrá"*. Entonces mi madre suspiraba como si la hubieran liberado de la pena de muerte.

Rápidamente, ambos abandonaban la habitación y mi madre se marchaba con el médico al pueblo. Se iba con él para traer los medicamentos cuanto antes, seguro que ya había cerrado la farmacia, era tarde, y tendría que despertar al farmacéutico. Otra vez a sortear los obstáculos del camino.

Trascurrida una hora aproximadamente ya estaba mi madre en casa, ahora con Pepe, nuestro practicante de toda la vida. A ese sí que le temía yo, pues pensaba que en vez de inyecciones ponía banderillas, hoy sé que lo hacía bastante bien, era el pánico de la niñez lo que me invitaba a opinar así. Le escuchaba comentar *si le pudieran poner penicilina todo sería más rápido*, y yo me preguntaba que sería aquello.

Pepe se marchaba después de echar un rato, y es que era como de la familia, yo misma vine al mundo en mi casa cuando aún se estilaba, él asistió a mi madre en el parto. Toda la noche, lo que restaba de ella, la pasaba mi madre rondando a mi abuela, sin tregua. A mí no me dejaban entrar al cuarto, era muy chica decían y también podía enfermar.

A la mañana siguiente, bien temprano, mi madre regresaba al pueblo, *voy al instituto* decía, y yo pensaba ¿al instituto?, donde estudian los mayores, que se le ha perdido allí a mi madre. No era ese instituto claro está, sino el Instituto Nacional de Previsión (hasta hace muy pocos años y aún los más mayores le llaman así al Centro de Salud) tenía que recoger las recetas para mi abuela y traer los medicamentos que faltaban.

Yo me asomaba al tranco y veía a mi abuela postrada en la cama, así la había visto muchas veces, y siempre despertaba la incertidumbre, su salud se resentía muy a menudo y era muy mayor. Pasaba el día entre estruendos de tos que la ahogaban, y en la noche los conciertos aún eran mas idílicos.

A la mañana siguiente mi padre y mi madre comentaban *"habría que avisar a Don Ángel, el médico, la abuela está igual"*, *"de paso al trabajo ya le doy yo el recado"* decía mi padre.

Efectivamente, a media mañana estaba en casa, y entraba por la puerta a viva voz *¿qué le pasa a la abuela?, ¡vamos abuela!* Otra vez, yo escuchaba atónita a aquel hombre mientras en mi interior pedía con todas mi fuerzas que curara a mi abuelita.

A la salida del dormitorio le comentaba a mi madre el tratamiento a seguir, con aquella voz tan seca le decía *paciencia María, hay que ser "paciente", la abuela ya ha demostrado muchas veces lo fuerte que es, esta no es la suya*. Allí pasaba el rato hablando con mi madre, como si también fuera miembro de la familia, tantos años tratándonos a todos, curándonos... y como bien decía mi abuela: que nos cure mucho, pero de resfriados sólo.

Hoy, han trascurrido más de veinte años desde que este episodio y otros similares acontecieran en mi cada vez más lejana infancia; pero que recuerdo con especial cariño: a esa mujer valiente donde las hubiera, que se consolaba diciendo *mujer enferma, mujer eterna*, mi maestra, mi **ABUELA**; a Pepe Sánchez, el practicante, si hacía frío o llevaba acompañante en coche, si no en moto, para esos caminos era mejor; a Don Ángel Piñero, que ya nos dejó, el médico de la familia o debería decir un **Médico de Familia**.

Y por último recuerdo y tengo presente a la paciente, no mi abuela, sino mi madre, que fue sí, paciente, para cuidar con tanto cariño no solo a aquella mujer, y seguir cuidando a su esposo y sus cinco hijos, para hacerse mayor y convertirse, ahora sí, en paciente de su Médica de Familia.

A María Sánchez, mi madre, y a todos los Médicos de Familia, gracias.

Encarnación Figueredo Sánchez
Secretaria de la Revista Med. Fam. (And.)
efiguesan@yahoo.es

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de julio a 30 de septiembre de 2004)

Gálvez Alcaraz L, Manteca González A, Morata García de la Puerta J.

Médicos de familia

Los artículos, publicados entre el 1 de julio y el 30 de septiembre de 2004, aparecen a continuación clasificados por ÁREAS DE INTERÉS, debajo de cada cual aparecen las reseñas bibliográficas correspondientes. Algunos artículos han sido clasificados bajo 2 ó más epígrafes.

La recopilación se ha extraído de la consulta a las revistas que aparecen en la sección correspondiente del número 0 de la revista.

Entre corchetes, tras cada una de las referencias bibliográficas, aparece el tipo de estudio, según la clasificación que se expone a continuación y, separado por una coma, el grado de interés del artículo según la opinión del revisor.

TIPO DE ESTUDIO

- (AO) Artículo de opinión / editoriales / comentarios.
- (R) Revisiones no sistemáticas.
- (C) Cualitativo
- (T) Observacional descriptivo transversal
- (CC) Observacional analítico casos y controles
- (S) Observacional analítico de seguimiento / cohortes
- (QE) Quasi experimental
- (EC) Experimental ensayo clínico
- (M) Metaanálisis y Revisiones Sistemáticas

Grado de interés:

- Alto: I
- Muy alto: II
- Imprescindible: III

ÁREAS DE INTERÉS:

MEDICINA DE FAMILIA/ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Incluye: APS/bases conceptuales, medicina de familia/profesión, ejercicio profesional, enfermería, trabajo social, trabajo en equipo, relaciones interniveles, psicología, sociología, antropología.

McLean M, Armstrong D. Eliciting patients' concerns: a randomised controlled trial of different approaches by the doctor. *B J Gen Pract* 2004; 54: 663-666 [EC,I]

Liddell C, Rae G, Brown T, Johnston D, Coates V, Mallett J. Giving patients an audiotape of their GP consultation: a randomised controlled trial. *B J Gen Pract* 2004; 54: 667-672 [EC,I]

De Smet PA, Dautzenberg M. Repeat prescribing: scale, problems and quality management in ambulatory care patients. *Drugs* 2004; 64: 1779-1800 [R,II]

Verstappen WH, Ter Riet G, Dubois WI, Winkens R, Grol RP, Van der Weijden T. Variation in test ordering behaviour of GPs: professional or context-related factors? *Fam Pract* 2004; 21: 387-395 [T,I]

Wilson I. A pilot study to validate modification of the Duke University Severity of Illness scale to measure a family's burden of illness. *Fam Pract* 2004; 21: 443-446 [CC,I]

Argimon JM, Limon E, Vila J, Cabezas C. Health-related quality of life in carers of patients with dementia. *Fam Pract* 2004; 21: 454-457 [CC,I]

Christensen MB, Christensen B, Mortensen JT, Olesen F. Intervention among frequent attenders of the out-of-hours service: a stratified cluster randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 180-186 [EC,II]

RIESGO CARDIOVASCULAR. Incluye: tabaco, dislipemias, hipertensión, obesidad, ejercicio físico, nutrición / dietética.

Snow V, Barry P, Fihn SD, Gibbons RJ. Evaluation of Primary Care patients with Chronic Stable Angina: Guidelines from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2004; 141: 57-64 [M,III]

Prandoni P, Lensing AWA, Prins MH, Frulla M, Marchiori A, Bernardi E, et al. Below-knee elastic compression stockings to prevent the post-thrombotic syndrome. *Ann Intern Med* 2004; 141: 249-256 [QE,I]

Cappuccio F, Kerry S, Forbes L, Donald A. Blood pressure control by home monitoring: meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2004; 329: 145-148 [M,II]

Rubio-Guerra AF, Arceo-Navarro A, Vargas-Ayala G, Rodriguez-Lopez L, Lozano-Nuevo JJ, Gomez-Harper CT. The effect of trandolapril and its fixed-dose combination with verapamil on proteinuria in normotensive adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27: 1688-1691 [EC,I]

Pyorala K, Ballantyne CM, Gumbiner B, Lee MW, Shah A, Davies MJ, et al; Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Reduction of cardiovascular events by simvastatin in nondiabetic coronary heart disease patients with and without the metabolic syndrome: subgroup analyses of the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Diabetes Care* 2004; 27: 1735-1740 [EC,II]

D'Agostino RB Jr, Hamman RF, Karter AJ, Mykkanen L, Wagenknecht LE, Haffner SM. Insulin Resistance Atherosclerosis Study Investigators. Cardiovascular disease risk factors predict the development of type 2 diabetes: the insulin resistance atherosclerosis study. *Diabetes Care* 2004; 27: 2234-2240 [S,II]

Palmer AJ, Annemans L, Roze S, Lamotte M, Lapuerta P, Chen R, et al. Cost-effectiveness of early irbesartan treatment versus control (standard antihypertensive medications excluding ACE inhibitors, other angiotensin-2 receptor antagonists, and dihydropyridine calcium channel blockers) or late irbesartan treatment in patients with type 2 diabetes, hypertension, and renal disease. *Diabetes Care* 2004; 27: 1897-1903 [EP,I]

Van Sluijs EM, Van Poppel MN, Stalman WA, Van Mechelen W. Feasibility and acceptability of a physical activity promotion programme in general practice. *Fam Pract* 2004; 21: 429-436 [EC,I]

Granero L, Villalbi JR, Gallego R. ¿Quién se opone a la prevención? Un mapa de los actores pro tabaco en España. *Gac Sanit* 2004; 18: 374-379 [T,I]

- Maiques A, Franch M, Fluixá C. Estatinas: eficacia, seguridad e indicaciones. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28: 89-100 [M,II]
- Wiegman A, Hutten BA, De Groot E, Rodenburg J, Bakker HD, Buller HR, et al. Efficacy and safety of statin therapy in children with familial hypercholesterolemia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 331-337 [EC,I]
- Roger VL, Weston SA, Redfield MM, Hellermann-Homan JP, Killian J, Yawn BP, et al. Trends in heart failure incidence and survival in a community-based population. *JAMA* 2004; 292: 344-350 [S,I]
- McDermott MM, Liu K, Greenland P, Guralnik JM, Criqui MH, Chan C, et al. Functional decline in peripheral arterial disease: associations with the ankle brachial index and leg symptoms. *JAMA* 2004; 292: 453-461 [S,I]
- Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, Hitman GA, Neil HA, Livingstone SJ, et al; CARDS investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 685-96 [EC,II]
- Strandberg TE, Pyörälä K, Cook TJ, Wilhelmsen L, Faergeman O, Thorgeirsson G, et al; 4S Group. Mortality and incidence of cancer during 10-year follow-up of the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 2004; 364: 771-77 [EC,I]
- Poole-Wilson PA, Lubsen J, Kirwan BA, Van Dalen FJ, Wagener G, Danchin N, et al. A Coronary disease Trial Investigating Outcome with Nifedipine gastrointestinal therapeutic system investigators. Effect of long-acting nifedipine on mortality and cardiovascular morbidity in patients with stable angina requiring treatment (ACTION trial): randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 849-57 [EC,II]
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937-52 [CC,III]
- Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al; INTERHEART investigators. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 953-62 [CC,III]
- DIABETES.**
- Williams R, Rapport F, Elwyn G, Lloyd B, Rance J, Belcher S. The prevention of type 2 diabetes: general practitioner and practice nurse opinions. *B J Gen Pract* 2004; 54: 531-535 [C,I]
- Doyle EA, Weinzimer SA, Steffen AT, Ahern JA, Vincent M, Tamborlane WV. A randomized, prospective trial comparing the efficacy of continuous subcutaneous insulin infusion with multiple daily injections using insulin glargine. *Diabetes Care* 2004; 27: 1554-1558 [EC,II]
- Strowig SM, Aviles-Santa ML, Raskin P. Improved glycemic control without weight gain using triple therapy in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27: 1577-1583 [EC,II]
- Rubio-Guerra AF, Arceo-Navarro A, Vargas-Ayala G, Rodriguez-Lopez L, Lozano-Nuevo JJ, Gomez-Harper CT. The effect of trandolapril and its fixed-dose combination with verapamil on proteinuria in normotensive adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27: 1688-1691 [EC,I]
- Kan BV, Sola S, Lauten WB, Natarajan R, Hooper WC, Menon RG, et al. Quinapril, an ACE inhibitor, reduces markers of oxidative stress in the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2004; 27: 1712-1715 [EC,I]
- Song Y, Manson JE, Buring JE, Liu S. A prospective study of red meat consumption and type 2 diabetes in middle-aged and elderly women: the women's health study. *Diabetes Care* 2004; 27: 2108-2115 [S,I]
- Icks A, Haastert B, Gandjour A, John J, Lowel H, Holle R, et al. KORA Study Group. Cost-effectiveness analysis of different screening procedures for type 2 diabetes: the KORA Survey 2000. *Diabetes Care* 2004; 27: 2120-2128 [EP,II]
- Stockl K, Vanderplas A, Tafesse E, Chang E. Costs of lower-extremity ulcers among patients with diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27: 2129-2134 [T,I]
- Ilanne-Parikka P, Eriksson JG, Lindstrom J, Hamalainen H, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, et al. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevalence of the metabolic syndrome and its components: findings from a Finnish general population sample and the Diabetes Prevention Study cohort. *Diabetes Care* 2004; 27: 2135-2140 [T,II]
- D'Agostino RB Jr, Hamman RF, Karter AJ, Mykkanen L, Wagenknecht LE, Haffner SM. Insulin Resistance Atherosclerosis Study Investigators. Cardiovascular disease risk factors predict the development of type 2 diabetes: the insulin resistance atherosclerosis study. *Diabetes Care* 2004; 27: 2234-2240 [S,II]
- Jovanovic L. Achieving euglycaemia in women with gestational diabetes mellitus: current options for screening, diagnosis and treatment. *Drugs* 2004; 64: 1401-1417 [R,I]
- Donker GA, Fleming DM, Schellevis FG, Spreeuwenberg P. Differences in treatment regimes, consultation frequency and referral patterns of diabetes mellitus in general practice in five European countries. *Fam Pract* 2004; 21: 364-369 [S,II]
- Schulze MB, Manson JE, Ludwig DS, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, et al. Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-aged women. *JAMA* 2004; 292: 927-934 [S,II]
- Esposito K, Marfella R, Ciotola M, Di Palo C, Giugliano F, Giugliano G, et al. Effect of a mediterranean-style diet on endothelial dysfunction and markers of vascular inflammation in the metabolic syndrome: a randomized trial. *JAMA* 2004; 292: 1440-1446 [EC,I]
- Aktas MK, Ozduran V, Pothier CE, Lang R, Lauer MS. Global risk scores and exercise testing for predicting all-cause mortality in a preventive medicine program. *JAMA* 2004; 292: 1462-1468 [S,II]
- Hippisley-Cox J, Pringle M. Prevalence, care, and outcomes for patients with diet-controlled diabetes in general practice: cross sectional survey. *Lancet* 2004; 364: 423-28 [T,II]
- Goday A, Franch J, Mata M. Criterios de control y pautas de tratamiento combinado en la diabetes tipo 2. Actualización 2004. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 187-197 [R,III]
- Sobrinho J, Plana J, Felip A, Domenech M, Reth P, Adrian Mj, et al. Utilización de fármacos antihipertensivos y desarrollo de insuficiencia cardiaca. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 328-331 [CC,I]
- González-Juanatey JR, Grigorian L. Prevención de la insuficiencia cardiaca en la hipertensión arterial. ¿Influyen los fármacos o los valores de presión arterial? *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 342-344 [AO,I]
- CÁNCER.** Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.
- Hamilton W, Sharp D. Symptomatic diagnosis of prostate cancer in primary care: a structured review. *B J Gen Pract* 2004; 54: 617-621 [M,I]
- Whelan T, Levine M, Willan A, Gafni A, Sanders K, Mirsky D, et al. Effect of a decision aid on knowledge and treatment decision making for breast cancer surgery: a randomized trial. *JAMA* 2004; 292: 435-441 [EC,I]

- Green MJ, Peterson SK, Baker MW, Harper GR, Friedman LC, Rubinstein WS, et al. Effect of a computer-based decision aid on knowledge, perceptions, and intentions about genetic testing for breast cancer susceptibility: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 442-452 [CC,I]
- D'Amico AV, Manola J, Loffredo M, Renshaw AA, DellaCroce A, Kantoff PW. 6-month androgen suppression plus radiation therapy vs radiation therapy alone for patients with clinically localized prostate cancer: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 821-827 [EC,I]
- Joensuu H, Lehtimäki T, Holli K, Elomaa L, Turpeenniemi-Hujanen T, Kataja V, et al. Risk for distant recurrence of breast cancer detected by mammography screening or other methods. *JAMA* 2004; 292: 1064-1073 [S,I]
- Kriege M, Brekelmans CT, Boetes C, Besnard PE, Zonderland HM, Obdeijn IM, et al; Magnetic Resonance Imaging Screening Study Group. Efficacy of MRI and mammography for breast-cancer screening in women with a familial or genetic predisposition. *N Engl J Med* 2004; 351: 427-437 [S,I]
- INFECCIOSAS.** Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.
- Ostapchuk M, Roberts DM, Haddy R. Community-acquired pneumonia in infants and children. *Am Fam Physician* 2004; 70: 899-908 [R,II]
- Rietveld R, Riet G, Bindels P, Sloos J, Weert H. Predicting bacterial cause in infectious conjunctivitis: cohort study on informativeness of combinations of signs and symptoms. *BMJ* 2004; 329: 206-210 [S,II]
- Welschen I, Kuyvenhoen M, Hoes A, Verheij T. Effectiveness of a multiple intervention to reduce antibiotic prescribing for respiratory tract symptoms in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329: 431-433 [EC,II]
- Pirrotta M, Gunn J, Chondros P, Grover S, O'Malley P, Hurley S, et al. Effect of lactobacillus in preventing post-antibiotic vulvovaginal candidiasis: a randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329: 548-550 [EC,I]
- Raghavan M, Linden PK. Newer treatment options for skin and soft tissue infections. *Drugs* 2004; 64: 1621-1642 [R,I]
- Pachón del Amo I. Calendario de vacunación infantil y recomendaciones de vacunación en adultos. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28: 81-88 [R,II]
- Sobel JD, Wiesenfeld HC, Martens M, Danna P, Hooton TM, Rompalo A, et al. Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis. *N Engl J Med* 2004; 35: 876-883 [EC,II]
- ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA:**
- Huggins JL, Looney RJ. Allergen immunotherapy. *Am Fam Physician* 2004; 70: 689-696 [R,II]
- Mintz M. Asthma update: part I. Diagnosis, monitoring, and prevention of disease progression. *Am Fam Physician* 2004; 70: 893-898 [M,II]
- Mintz M. Asthma update: Part II. Medical management. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1061-1066 [M,II]
- Smith IE, Quinell TG. Pharmacotherapies for obstructive sleep apnoea: where are we now? *Drugs* 2004; 64: 1385-1399 [R,I]
- Goldsmith DR, Keating GM. Budesonide/formoterol: a review of its use in asthma. *Drugs* 2004; 64: 1597-1618 [R,II]
- Fenton C, Keating GM. Inhaled salmeterol/fluticasone propionate: a review of its use in chronic obstructive pulmonary disease. *Drugs* 2004; 64: 1975-1996 [R,II]
- Morgan WJ, Crain EF, Gruchalla RS, O'Connor GT, Kattan M, Evans R, et al. Inner-City Asthma Study Group. Results of a home-based environmental intervention among urban children with asthma. *N Engl J Med* 2004; 351: 1068-1080 [EC,I]
- SALUD MENTAL.** Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).
- Pitt E, Rosenthal MM, Gay TL, Lewton E. Mental health services for residents: more important than ever. *Acad Med* 2004; 79: 840-844 [AO,I]
- Thibault JM, Steiner RW. Efficient identification of adults with depression and dementia. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1101-1110 [R,II]
- Dietrich A, Oxman T, Williams J, Schulberg H, Bruce M, Lee P et al. Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329: 602-604 [EC,I]
- Cortes I, Artazcoz L, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gac Sanit* 2004; 18: 351-359 [T,I]
- Jick H, Kaye JA, Jick SS. Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *JAMA* 2004; 292: 338-343 [CC,I]
- March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 807-820 [EC,II]
- Simon GE, Ludman EJ, Tutty S, Operskalski B, Von Korff M. Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 935-942 [EC,I]
- Schulz R, Belle SH, Czaja SJ, McGinnis KA, Stevens A, Zhang S. Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being. *JAMA* 2004; 292: 961-967 [QE,I]
- Ayuso JL. Depresión: una prioridad en salud pública. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 181-186 [R,II]
- Marques A, Smithson A, Lozano N, Rodríguez JP. Trastornos de conducta. Escaso tratamiento en ancianos con deterioro cognitivo. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 317-317 [S,I]
- Rubio G. Evolución a largo plazo del alcoholismo: claves para la reflexión. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 383-384 [AO,I]
- Gual A, Lligoña A, Costa S, Segura L, Colom J. Tratamiento del alcoholismo y su impacto a largo plazo. Resultados a 10 años de un estudio longitudinal prospectivo de 850 pacientes. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 364-369 [S,II]
- ENFERMEDADES/PROBLEMAS PREVALENTES.**
- Dickerson LM, King DE. Evaluation and management of nonulcer dyspepsia. *Am Fam Physician.* 2004; 70: 107-114 [R,I]
- Aldridge T. Diagnosing heel pain in adults. *Am Fam Physician* 2004; 70: 332-338 [R,I]
- Lin J, Zhang W, Jones A, Doherty M. Efficacy of topical non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2004; 329: 304-305 [M,III]
- Zinner NR, Koke SC, Viktrup L. Pharmacotherapy for stress urinary incontinence: present and future options. *Drugs* 2004; 64: 1503-1516 [R,I]
- Jackson G. Treatment of erectile dysfunction in patients with cardiovascular disease: guide to drug selection. *Drugs* 2004; 64: 1533-1545 [R,II]

- Pinnington MA, Miller J, Stanley I. An evaluation of prompt access to physiotherapy in the management of low back pain in primary care. *Fam Pract* 2004; 21: 372-380 [S,I]
- O'Halloran J, Miller GC, Britt H. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Fam Pract* 2004; 21: 381-386 [R,II]
- Jacoby D, Mohler ER 3rd. Drug treatment of intermittent claudication. *Drugs* 2004; 64: 1657-1670 [R,I]
- Haider A, Shaw JC. Treatment of acne vulgaris. *JAMA* 2004; 292: 726-735 [R,II]
- Schulze MB, Manson JE, Ludwig DS, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, et al. Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-aged women. *JAMA* 2004; 292: 927-934 [S,II]
- Argüelles F, Herrerías JM. Estreñimiento crónico. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 389-394 [R,II]
- Domínguez M, Moreno D, González R. Estrategias terapéuticas en la enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 352-356 [R,II]
- Vandvik PO, Kristensen P, Aabakken L, Farup PG. Abdominal complaints in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 157-162 [T,I]
- MEDIOS DIAGNÓSTICOS.**
- Rietveld R, Riet G, Bindels P, Sloos J, Weert H. Predicting bacterial cause in infectious conjunctivitis: cohort study on informativeness of combinations of signs and symptoms. *BMJ* 2004; 329: 206-210 [S,II]
- INFANCIA Y ADOLESCENCIA.**
- Ostapchuk M, Roberts DM, Haddy R. Community-acquired pneumonia in infants and children. *Am Fam Physician* 2004; 70: 899-908 [R,II]
- Pena-Rey I, Perez-Farinos N, Cortes-García M, Amela-Heras C. Coste-efectividad de la vacunación contra la varicela en adolescentes en España. *Gac Sanit* 2004; 18: 287-294 [EP,I]
- Rajmil L, Berra S, Estrada MD, Serra-Sutton V, Rodríguez M, Borrell C, et al. Versión española del perfil de salud infantil, cuestionario para padres y madres: Child Health and Illness Profile-Child Edition Parent Report Form (CHIP-CE/PRF) *Gac Sanit* 2004; 18: 305-311 [T,II]
- Wiegman A, Hutten BA, de Groot E, Rodenburg J, Bakker HD, Buller HR, et al. Efficacy and safety of statin therapy in children with familial hypercholesterolemia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 331-337 [EC,I]
- March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 807-820 [EC,II]
- Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. *Lancet* 2004; 364: 257-62 [S,I]
- Morgan WJ, Crain EF, Gruchalla RS, O'Connor GT, Kattan M, Evans R, et al. Inner-City Asthma Study Group. Results of a home-based environmental intervention among urban children with asthma. *N Engl J Med* 2004; 35: 1068-1080 [EC,I]
- MUJER Y SALUD.** Incluye: Planificación Familiar, embarazo, Aborto, Menopausia, mujer y medicina.
- Leung AK, Pacaud D. Diagnosis and management of galactorrhea. *Am Fam Physician* 2004; 70: 543-50 [R,I]
- Weismiller DG. Emergency contraception. *Am Fam Physician* 2004; 70: 707-714 [R,II]
- Jovanovic L. Achieving euglycaemia in women with gestational diabetes mellitus: current options for screening, diagnosis and treatment. *Drugs* 2004; 64: 1401-1417 [R,I]
- Kreijkamp-Kaspers S, Kok L, Grobbee DE, de Haan EH, Aleman A, Lampe JW, et al. Effect of soy protein containing isoflavones on cognitive function, bone mineral density, and plasma lipids in postmenopausal women: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 65-74 [EC,II]
- Peto J, Gilham C, Fletcher O, Matthews FE. The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. *Lancet* 2004; 364: 249-256 [S,II]
- Alexander EK, Marqsee E, Lawrence J, Jarolim P, Fischer GA, Larsen PR. Timing and magnitude of increases in levothyroxine requirements during pregnancy in women with hypothyroidism. *N Engl J Med* 2004; 35: 241-249 [S,I]
- ANCIANOS.**
- Knoops KT, de Groot LC, Kromhout D, Perrin AE, Moreiras-Varela O, Menotti A, et al. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA* 2004; 292: 1433-1439 [S,II]
- Abbott RD, White LR, Ross GW, Masaki KH, Curb JD, Petrovitch H. Walking and dementia in physically capable elderly men. *JAMA* 2004; 292: 1447-1453 [S,I]
- Weuve J, Kang JH, Manson JE, Breteler MM, Ware JH, Grodstein F. Physical activity, including walking, and cognitive function in older women. *JAMA* 2004; 292: 1454-1461 [S,I]
- Marques A, Smithson A, Lozano N, Rodríguez JP. Trastornos de conducta. Escaso tratamiento en ancianos con deterioro cognitivo. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 317-317 [S,I]
- URGENCIAS Y EMERGENCIAS.**
- Wilson SA, Last A. Management of corneal abrasions. *Am Fam Physician* 2004; 70: 123-128 [R,I]
- Hallstrom AP, Ornato JP, Weisfeldt M, Travers A, Christenson J, McBurnie MA, et al. Public Access Defibrillation Trial Investigators. Public-access defibrillation and survival after out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med* 2004; 351: 637-646 [EC,II]
- Stiell IG, Wells GA, Field B, Spaitte DW, Nesbitt LP, De Maio VJ, et al. Ontario Prehospital Advanced Life Support Study Group. Advanced cardiac life support in out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med* 2004; 351: 647-656 [EC,II]
- TERAPÉUTICA:** Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones.
- Liao S, Amin A, Rucker L. An innovative, longitudinal program to teach residents about end-of-life care. *Acad Med.* 2004; 79: 752-757 [S,I]
- Sullivan AM, Warren AG, Lakoma MD, Liaw KR, Hwang D, Block SD. End-of-life care in the curriculum: a national study of medical education deans. *Acad Med* 2004; 79: 760-768 [T,I]
- Porter-Williamson K, von Gunten CF, Garman K, Herbst L, Bluestein HG, Evans W. Improving knowledge in palliative medicine with a required hospice rotation for third-year medical students. *Acad Med* 2004; 79: 777-782 [S,I]
- Lang F, Quill T. Making decisions with families at the end of life. *Am Fam Physician* 2004 ; 70: 719-723 [R,II]
- Salgado J, Maeso R, Machin S, Tapias E. ¿Cuánto nos cuestan los fármacos desechados? *Aten Primaria* 2004; 34: 152-153 [T,I]

- McLean M, Armstrong D. Eliciting patients' concerns: a randomised controlled trial of different approaches by the doctor. *B J Gen Pract* 2004; 54: 663-666 [EC,I]
- Liddell C, Rae G, Brown T, Johnston D, Coates V, Mallett J. Giving patients an audiotape of their GP consultation: a randomised controlled trial. *B J Gen Pract* 2004; 54: 667-672 [EC,I]
- Lin J, Zhang W, Jones A, Doherty M. Efficacy of topical non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2004; 329: 304-305 [M,III]
- Welschen I, Kuyvenhoen M, Hoes A, Verheij T. Effectiveness of a multiple intervention to reduce antibiotic prescribing for respiratory tract symptoms in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329: 431-433 [EC,II]
- Pirotta M, Gunn J, Chondros P, Grover S, O'Malley P, Hurley S, et al. Effect of lactobacillus in preventing post-antibiotic vulvovaginal candidiasis: a randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329: 548-550 [EC,I]
- Dietrich A, Oxman T, Williams J, Schulberg H, Bruce M, Lee P, et al. Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329: 602-604 [EC,I]
- Frost H, Lamb S, Doll H, Carver P, Stewart-Brown S. Randomised controlled trial of physiotherapy compared with advice for low back pain. *BMJ* 2004; 329: 708-711 [EC,II]
- Rubio-Guerra AF, Arceo-Navarro A, Vargas-Ayala G, Rodriguez-Lopez L, Lozano-Nuevo JJ, Gomez-Harper CT. The effect of trandolapril and its fixed-dose combination with verapamil on proteinuria in normotensive adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27: 1688-1691 [EC,I]
- Smith IE, Quinell TG. Pharmacotherapies for obstructive sleep apnoea: where are we now? *Drugs* 2004; 64: 1385-1399 [R,I]
- Zinner NR, Koke SC, Viktrup L. Pharmacotherapy for stress urinary incontinence: present and future options. *Drugs* 2004; 64: 1503-1516 [R,I]
- Goldsmith DR, Keating GM. Budesonide/formoterol: a review of its use in asthma. *Drugs* 2004; 64: 1597-1618 [R,II]
- Raghavan M, Linden PK. Newer treatment options for skin and soft tissue infections. *Drugs* 2004; 64: 1621-1642 [R,I]
- Jacoby D, Mohler ER 3rd. Drug treatment of intermittent claudication. *Drugs* 2004; 64: 1657-1670 [R,I]
- De Smet PA, Dautzenberg M. Repeat prescribing: scale, problems and quality management in ambulatory care patients. *Drugs* 2004; 64: 1779-1800 [R,II]
- Fenton C, Keating GM. Inhaled salmeterol/fluticasone propionate: a review of its use in chronic obstructive pulmonary disease. *Drugs* 2004; 64: 1975-1996 [R,II]
- Pinnington MA, Miller J, Stanley I. An evaluation of prompt access to physiotherapy in the management of low back pain in primary care. *Fam Pract* 2004; 21: 372-380 [S,I]
- Dominguez-Castro A, Inesta-Garcia A. Evaluación de la calidad de las webs de centros de farmacoconomía y economía de la salud en Internet mediante un cuestionario validado. *Gac Sanit* 2004; 18: 295-304 [T,I]
- Manques A, Franch M, Fluixá C. Estatinas: eficacia, seguridad e indicaciones. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28: 89-100 [M,II]
- Wiegman A, Hutten BA, de Groot E, Rodenburg J, Bakker HD, Buller HR, et al. Efficacy and safety of statin therapy in children with familial hypercholesterolemia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 331-337 [EC,I]
- Jick H, Kaye JA, Jick SS. Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *JAMA* 2004; 292: 338-343 [CC,I]
- Binder EF, Brown M, Sinacore DR, Steger-May K, Yarasheski KE, Schechtman KB. Effects of extended outpatient rehabilitation after hip fracture: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 837-846 [EC,I]
- Diener HC, Bogousslavsky J, Brass LM, Cimminiello C, Csiba L, Kaste M, et al. MATCH investigators. Aspirin and clopidogrel compared with clopidogrel alone after recent ischaemic stroke or transient ischaemic attack in high-risk patients (MATCH): randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 331-37 [EC,II]
- Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, Hitman GA, Neil HA, Livingstone SJ, et al. CARDS investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 685-96 [EC,II]
- Strandberg TE, Pyorala K, Cook TJ, Wilhelmsen L, Faergeman O, Thorgeirsson G, et al. 4S Group. Mortality and incidence of cancer during 10-year follow-up of the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 2004; 364: 771-77 [EC,I]
- Sicras A, Navarro R. Prescripción ambulatoria de medicamentos entre los diferentes niveles asistenciales de una organización sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 317-319 [T,I]
- Sobrinho J, Plana J, Felip A, Domenech M, Reth P, Adrian Mj, et al. Utilización de fármacos antihipertensivos y desarrollo de insuficiencia cardíaca. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 328-331 [CC,I]
- Domínguez M, Moreno D, González R. Estrategias terapéuticas en la enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 352-356 [R,II]
- Gonzalez-Juanatey JR, Grigorian L. Prevención de la insuficiencia cardíaca en la hipertensión arterial. ¿Influyen los fármacos o los valores de presión arterial? *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 342-344 [AO,I]
- Juurink DN, Mamdani MM, Lee DS, Kopp A, Austin PC, Laupacis A, et al. Rates of hyperkalemia after publication of the Randomized Aldactone Evaluation Study. *N Engl J Med* 2004; 351: 543-551 [S,I]
- Sobel JD, Wiesenfeld HC, Martens M, Danna P, Hooton TM, Rompalo A, et al. Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis. *N Engl J Med* 2004; 351: 876-883 [EC,II]
- Ray WA, Murray KT, Meredith S, Narasimhulu SS, Hall K, Stein CM. Oral erythromycin and the risk of sudden death from cardiac causes. *N Engl J Med* 2004; 351: 1089-1096 [S,I]

ENTREVISTA CLINICA.

- Egnew TR, Mauksch LB, Greer T, Farber SJ. Integrating communication training into a required family medicine clerkship. *Acad Med* 2004; 79: 737-743 [R,I]
- Benbassat J, Baumal R. What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships? *Acad Med* 2004; 79: 832-839 [R,I]
- McLean M, Armstrong D. Eliciting patients' concerns: a randomised controlled trial of different approaches by the doctor. *B J Gen Pract* 2004; 54: 663-666 [EC,I]
- Liddell C, Rae G, Brown T, Johnston D, Coates V, Mallett J. Giving patients an audiotape of their GP consultation: a randomised controlled trial. *B J Gen Pract* 2004; 54: 667-672 [EC,I]

ATENCION FAMILIAR.

- Lang F, Quill T. Making decisions with families at the end of life. *Am Fam Physician* 2004; 70: 719-723 [R,II]
- Schulz R, Belle SH, Czaja SJ, McGinnis KA, Stevens A, Zhang S. Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being. *JAMA* 2004; 292: 961-967 [QE,I]

DOCENCIA. Incluye: pregrado, postgrado, formación medica continuada, metodología docente.

- Litaker D, Cebul RD, Masters S, Nosek T, Haynie R, Smith CK. Disease prevention and health promotion in medical education: reflections from an academic health center. *Acad Med* 2004; 79: 690-697 [CC,I]
- Egnew TR, Mauksch LB, Greer T, Farber SJ. Integrating communication training into a required family medicine clerkship. *Acad Med* 2004; 79: 737-743 [R,I]
- Liao S, Amin A, Rucker L. An innovative, longitudinal program to teach residents about end-of-life care. *Acad Med*. 2004; 79: 752-757 [S,I]
- Sullivan AM, Warren AG, Lakoma MD, Liaw KR, Hwang D, Block SD. End-of-life care in the curriculum: a national study of medical education deans. *Acad Med* 2004; 79: 760-768 [T,I]
- Porter-Williamson K, Von Gunten CF, Garman K, Herbst L, Bluestein HG, Evans W. Improving knowledge in palliative medicine with a required hospice rotation for third-year medical students. *Acad Med* 2004; 79: 777-782 [S,I]
- Benbassat J, Baumal R. What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships? *Acad Med* 2004; 79: 832-839 [R,I]
- Pitt E, Rosenthal MM, Gay TL, Lewton E. Mental health services for residents: more important than ever. *Acad Med* 2004; 79: 840-844 [AO,I]
- Heard JK, O'Sullivan P, Smith CE, Harper RA, Schexnayder SM. An institutional system to monitor and improve the quality of residency education. *Acad Med* 2004; 79: 858-864 [S,I]
- Akl EA, Izuchukwu IS, El-Dika S, Fritsche L, Kunz R, Schunemann HJ. Integrating an evidence-based medicine rotation into an internal medicine residency program. *Acad Med* 2004; 79: 897-904 [EC, I]
- Maiburg BH, Rethans JJ, Van Ree JW. GPs' needs for practice-oriented nutrition education; a Delphi study among Dutch GPs. *Fam Pract* 2004; 21: 425-428 [T,I]
- Castejon M. Sistema de acreditación de formación continuada de profesiones sanitarias en España. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 224-229 [AO,II]

INVESTIGACION. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

- Ferrando V. La legibilidad: un factor fundamental para comprender un texto. *Aten Primaria* 2004; 34: 143-146 [AO,I]

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS.

- Akl EA, Izuchukwu IS, El-Dika S, Fritsche L, Kunz R, Schunemann HJ. Integrating an evidence-based medicine rotation into an internal medicine residency program. *Acad Med* 2004; 79: 897-904 [EC, I]
- Aymerich M, Sánchez E. Del conocimiento científico de la investigación clínica a la cabecera del enfermo: las guías de práctica clínica y su implementación. *Gac Sanit* 2004; 18: 326-334 [AO,I]
- Raine R, Sanderson C, Hutchings A, Carter S, Larkin K, Black N. An experimental study of determinants of group judgments in clinical guideline development. *Lancet* 2004; 364: 429-37 [QE,II]

PREVENCIÓN.

- Litaker D, Cebul RD, Masters S, Nosek T, Haynie R, Smith CK. Disease prevention and health promotion in medical education: reflections from an academic health center. *Acad Med* 2004; 79: 690-697 [CC,I]
- Lo Re V 3rd, Gluckman SJ. Travel immunizations. *Am Fam Physician* 2004; 70: 89-99 [R,I]
- Prandoni P, Lensing AWA, Prins MH, Frulla M, Marchiori A, Bernardi E, et al. Below-knee elastic compression stockings to prevent the

post-thrombotic syndrome. *Ann Intern Med* 2004; 141: 249-256 [QE,I]

- Pirotta M, Gunn J, Chondros P, Grover S, O'Malley P, Hurley S, et al. Effect of lactobacillus in preventing post-antibiotic vulvovaginal candidiasis: a randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329: 548-550 [EC,I]
- Van Sluijs EM, Van Poppel MN, Stalman WA, Van Mechelen W. Feasibility and acceptability of a physical activity promotion programme in general practice. *Fam Pract* 2004; 21: 429-436 [EC,I]
- Pena-Rey I, Pérez-Farinos N, Cortes-García M, Amela-Heras C. Coste-efectividad de la vacunación contra la varicela en adolescentes en España. *Gac Sanit* 2004; 18: 287-294 [EP,I]
- Granero L, Villalbi JR, Gallego R. ¿Quién se opone a la prevención? Un mapa de los actores pro tabaco en España. *Gac Sanit* 2004; 18: 374-379 [T,I]
- Pachón del Amo I. Calendario de vacunación infantil y recomendaciones de vacunación en adultos. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28: 81-88 [R,II]
- Green MJ, Peterson SK, Baker MW, Harper GR, Friedman LC, Rubinstein WS, et al. Effect of a computer-based decision aid on knowledge, perceptions, and intentions about genetic testing for breast cancer susceptibility: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 442-452 [CC,I]
- Joensuu H, Lehtimäki T, Holli K, Elomaa L, Turpeenniemi-Hujanen T, Kataja V, et al. Risk for distant recurrence of breast cancer detected by mammography screening or other methods. *JAMA* 2004; 292: 1064-1073 [S,I]
- Knoops KT, de Groot LC, Kromhout D, Perrin AE, Moreiras-Varela O, Menotti A, et al. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA* 2004; 292: 1433-1439 [S,II]
- Esposito K, Marfella R, Ciotola M, Di Palo C, Giugliano F, Giugliano G, et al. Effect of a mediterranean-style diet on endothelial dysfunction and markers of vascular inflammation in the metabolic syndrome: a randomized trial. *JAMA* 2004; 292: 1440-1446 [EC,I]
- Abbott RD, White LR, Ross GW, Masaki KH, Curb JD, Petrovitch H. Walking and dementia in physically capable elderly men. *JAMA* 2004; 292: 1447-1453 [S,I]
- Weuve J, Kang JH, Manson JE, Breteler MM, Ware JH, Grodstein F. Physical activity, including walking, and cognitive function in older women. *JAMA* 2004; 292: 1454-1461 [S,I]
- Aktas MK, Ozduran V, Pothier CE, Lang R, Lauer MS. Global risk scores and exercise testing for predicting all-cause mortality in a preventive medicine program. *JAMA* 2004; 292: 1462-1468 [S,II]
- Peto J, Gilham C, Fletcher O, Matthews FE. The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. *Lancet* 2004; 364: 249-256 [S,II]
- Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, Hitman GA, Neil HA, Livingstone SJ, et al; CARDS investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 685-96 [EC,II]
- Smeeth L, Cook C, Fombonne E, Heavey L, Rodrigues LC, Smith PG, et al. MMR vaccination and pervasive developmental disorders: a case-control study. *Lancet* 2004; 364: 963-69 [CC,II]
- Kriege M, Brekelmans CT, Boetes C, Besnard PE, Zonderland HM, Obdeijn IM, et al; Magnetic Resonance Imaging Screening Study Group. Efficacy of MRI and mammography for breast-cancer screening in women with a familial or genetic predisposition. *N Engl J Med* 2004; 351: 427-437 [S,I]

EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD.

Aymerich M, Sánchez E. Del conocimiento científico de la investigación clínica a la cabecera del enfermo: las guías de práctica clínica y su implementación. *Gac Sanit* 2004; 18: 326-334 [AO,I]

García-Altes A. La introducción de tecnologías en los sistemas sanitarios: del dicho al hecho. *Gac Sanit* 2004; 18: 398-405 [R,I]

BIOÉTICA.

LeBaron S. Can the future of medicine be saved from the success of science? *Acad Med* 2004; 79: 661-665 [AO,I]

Altisent R, Delgado-Marroquin MT. La doble faz de la técnica: informatización y confidencialidad en la historia clínica. *Aten Primaria* 2004; 34: 115-116 [AO,II]

Altisent R, Costa A, Delgado MT, Jarabo Y, Martín MN, Santos C, et al. Informatización y confidencialidad de la historia clínica. *Aten Primaria* 2004; 34: 140-142 [AO,II]

PLANIFICACION/GESTIÓN.

Salgado J, Maeso R, Machin S, Tapias E. ¿Cuánto nos cuestan los fármacos desechados? *Aten Primaria* 2004; 34: 152-153 [T,I]

O'Halloran J, Miller GC, Britt H. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Fam Pract* 2004; 21: 381-386 [R,II]

Verstappen WH, Ter Riet G, Dubois WI, Winkens R, Grol RP, Van der Weijden T. Variation in test ordering behaviour of GPs: professional or context-related factors? *Fam Pract* 2004; 21: 387-395 [T,I]

Jordan K, Porcheret M, Croft P. Quality of morbidity coding in general practice computerized medical records: a systematic review. *Fam Pract* 2004; 21: 396-412 [M,II]

Sicras A, Navarro R. Prescripción ambulatoria de medicamentos entre los diferentes niveles asistenciales de una organización sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 317-319 [T,I]

Kuusela M, Vainiomaki P, Hinkka S, Rautava P. The quality of GP consultation in two different salary systems. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 168-173 [T,II]

Christensen MB, Christensen B, Mortensen JT, Olesen F. Intervention among frequent attenders of the out-of-hours service: a stratified cluster randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 180-186 [EC,II]

INFORMÁTICA.

Altisent R, Delgado-Marroquin MT. La doble faz de la técnica: informatización y confidencialidad en la historia clínica. *Aten Primaria* 2004; 34: 115-116 [AO,II]

Altisent R, Costa A, Delgado MT, Jarabo Y, Martín MN, Santos C, et al. Informatización y confidencialidad de la historia clínica. *Aten Primaria* 2004; 34: 140-142 [AO,II]

Jordan K, Porcheret M, Croft P. Quality of morbidity coding in general practice computerized medical records: a systematic review. *Fam Pract* 2004; 21: 396-412 [M,II]

Domínguez-Castro A, Inesta-García A. Evaluación de la calidad de las webs de centros de farmacoconomía y economía de la salud en Internet mediante un cuestionario validado. *Gac Sanit* 2004; 18: 295-304 [T,I]

Green MJ, Peterson SK, Baker MW, Harper GR, Friedman LC, Rubinstein WS, et al. Effect of a computer-based decision aid on knowledge, perceptions, and intentions about genetic testing for breast cancer susceptibility: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 442-452 [CC,I]

OTRAS.

Wilson SA, Last A. Management of corneal abrasions. *Am Fam Physician* 2004; 70: 123-128 [R,I]

Ruiz-Ramos M, Viciana-Fernández F. Desigualdades en longevidad y calidad de vida entre Andalucía y España. *Gac Sanit* 2004; 18: 260-267 [T,I]

Grigor C, Capell H, Stirling A, McMahon AD, Lock P, Vallance R, et al. Effect of a treatment strategy of tight control for rheumatoid arthritis (the TICORA study): a single-blind randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 263-69 [EC,II]

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? - 17

Adolescente con fiebre y dolor escrotal agudo

Liñán López M¹, Páramo Rodríguez E¹, Peña Sánchez M¹, Torres Ortega N², Gallego Montalbán JA², Gámez Almendros N².

¹ Médicos de Familia en el Servicio de Urgencias Hospital General Básico Motril, Granada; ² Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Granada, Área Sur II-Motril.

Varón de 16 años que acude a nuestro servicio de Urgencias por presentar desde hace 3 días dolor en el escroto acompañado de fiebre de 24 horas de evolución. No refería ningún otro síntoma asociado excepto malestar general y poliartromialgias. No había tenido antecedente traumático previo. Exploración: T.A. 126/76 mm Hg.; pulso 118 lpm. rítmico; temperatura 39,4° C. No exantema corporal. No presentaba focalidad neurológica, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen sin hepatoesplenomegalia y sin evidencia de foco infeccioso faringo-amigdalal.

A nivel escrotal destaca la presencia de dos lesiones (ver figura 1) en región izquierda, de color negro, circulares, in-

duradas, dolorosas al tacto, con adenopatías inguinales satélite. La palpación testicular y epididimaria eran normales.

Interrogado por el contexto epidemiológico, refería haber estado hace 7 días en el campo donde su familia tiene un cortijo con animales domésticos (perros).

¿Cuál es su diagnóstico diferencial?

- Torsión testicular.
- Intertrigo.
- Tâche-noir.
- Acrodermatitis papulosa.
- Púrpura



(Respuestas razonadas en el próximo número)
Remitir las respuestas al correo electrónico: revista@samfyc.es

o a: **Revista Medicina de Familia. Andalucía**

¿Cuál es su diagnóstico?

Calle Arriola 4, bajo - 18001 Granada

Comentarios a *¿Cuál es su diagnóstico?* (del vol. 5, núm. 3)

(Medicina de Familia (And) 2004; 5: 173)

Respuestas razonadas:

c) Sífilis secundaria (correcta): infección de transmisión sexual producida por *Treponema pallidum*, poco frecuente en nuestro medio, pero que se debe pensar en ella, debido al aumento de inmigrantes en nuestro país. Es una fase de generalización de la infección, que aparece entre 2 y 6 meses después de contraer la enfermedad y entre 2 y 10 semanas después de la aparición del chancro. Se caracteriza por afectación del estado general, con fiebre, artralgias y la aparición de lesiones cutáneas conocidas como roseola luética que consisten en múltiples máculas y pápulas eritematosas, redondeadas de 0,5 a 1 cm de diámetro, de distribución generalizada incluyendo palmas y plantas, no pruriginosas. En ocasiones aparecen placas exudativas, muy infectivas, y no dolorosas en zonas submamarias, en axilas, ingle y escroto, que son lesiones muy características de la sífilis llamadas condilomas planos. En la orofaringe pueden aparecer placas muy dolorosas sobre todo en la lengua. El diagnóstico de confirmación se realiza por serología.

La sífilis secundaria puede presentarse cualquier tipo de lesión por lo que se ha denominado "la gran imitadora" y su **diagnóstico diferencial es amplísimo**:

a) Rubéola: infección de origen vírico producida por *togavirus*, caracterizada por la aparición de exantema maculo-papuloso rosado, pruriginoso, localizado en cara y

región retroauricular que desciende posteriormente por tronco y extremidades, pudiendo coincidir en placas a veces purpúricas, respeta palma y plantas. Es característico la linfadenopatía suboccipital y adenopatías retroauriculares muy dolorosas a la palpación.

b) Sarampión: infección de origen vírico, producida por mixovirus, caracterizado por la aparición de exantema muy pruriginoso morbiliforme que comienza en regiones retroauriculares y anterior del cuello, para posteriormente extenderse a cara, cuello y extremidades, afecta a palmas y plantas de pies. Se acompaña de fiebre, conjuntivitis, y rinoфаринgitis entre otras manifestaciones.

d) Mononucleosis infecciosa: infección producida habitualmente por el virus de Epstein-Barr que cursa con faringitis, fiebre y adenopatías muy dolorosas. Si se instaura antibioterapia con amoxicilina o ampicilina puede aparecer un exantema maculopapuloso.

e) Escarlatina: infección producida por *Streptococcus betahemolítico*, propia de la infancia, que se caracteriza por la aparición de exantema de pequeños elementos que rápidamente confluyen en grandes placas de bordes irregulares. La lengua aparece roja con papilas prominentes (aframbuesada). La erupción desaparece dejando descamativa la piel afectada.



Actividades Científicas

□ XV CONGRESO SAMFyC

Huelva, 2-4 de Junio, 2005.

Secretaría técnica: viajes El Monte-Departamento de Congresos. C/ Santo Domingo de la Calzada, 5-41018 Sevilla

Tel.: 954 981 089

Fax: 954 577 863

<http://www.viajeselmonte.com/samfyc>

□ WONCA EUROPE 2005

Kos Island (Grecia), 3-7 de Septiembre, 2005

<http://www.woncaeuropa2005.org/>

□ III CONGRESO IBEROAMERICANO DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. ORGANIZADO POR LA ACADEMIA IBEROAMERICANA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. INSTITUTO DAMIÁN BAYÓN.

Palacio de Congresos de Granada, 12-15 de Octubre, 2005.

Secretaría técnica: Arrayanes Viajes y Congresos, S.L.

E-mail: v_arrayanes@infonegocio.com

□ XXV CONGRESO semFYC

Santiago de Compostela, 23-26 de Noviembre, 2005.

Secretaría técnica: semFYC Congresos. C/ Del Pi, n.º 11, Pta. 2.ª, Of. 13. 08002 Barcelona.

Tel.: 933 170 333

Fax: 933 186 902

e-mail: congresos@semfyc.es

<http://www.semfyc.es/santiago2005/inicio.htm>

Información para los autores

Para una información más detallada pueden consultar:

- 1.—Página Web de la revista: <http://www.samfyc.es/> e ir a Revista, o también:
<http://www.samfyc.es/Revista/portada.htm>
- 2.—Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.
- 3.—Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Medicina de Familia (And) 2000; 1: 104-110.

Apreciado/a amigo/a:

Con éste son ya diecisiete los números editados de **Medicina de Familia. Andalucía**.

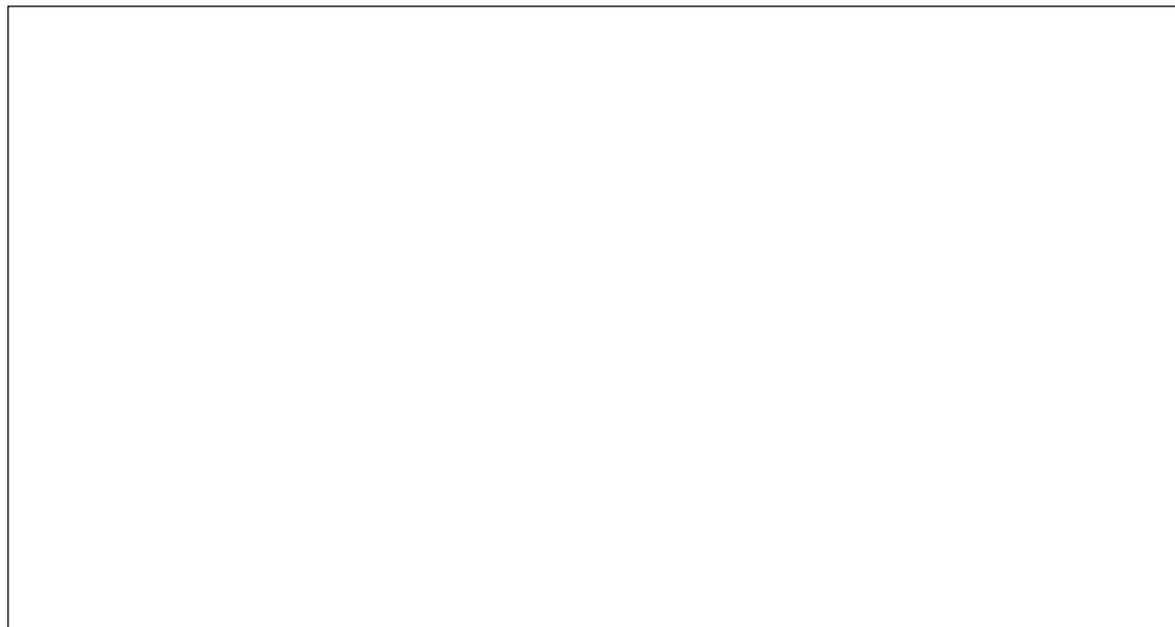
Te rogamos nos haga llegar, de la manera que te sea más cómoda, cualquier sugerencia que, a tu juicio, nos sirva para mejorar ésta tu publicación.

Si estás interesado en participar —en cualquier forma— (corrector, sección «Publicaciones de interés/Alerta bibliográfica», o cualquier otra), te rogamos nos lo haga saber con indicación de tu correo electrónico.

Asimismo, quedamos a la espera de recibir tus «Originales», así como cualquier otro tipo de artículo para el resto de las secciones de la Revista.

A la espera de tus aportaciones, recibe un muy cordial saludo:

EL CONSEJO DE REDACCIÓN



Remitir por:

- a) Correo:
Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 (Granada)
- b) Fax: 958 804202.
- c) Correo electrónico: revista@samfyc.es

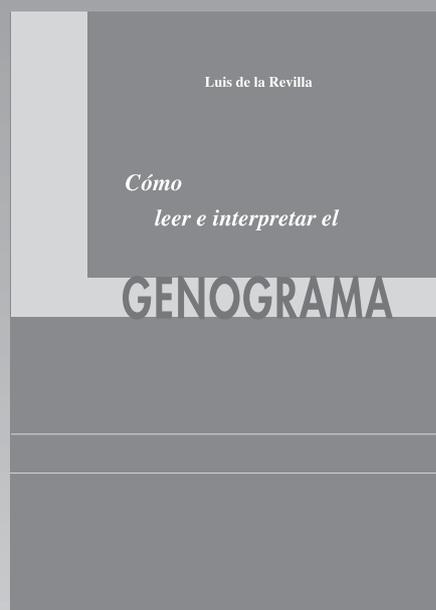
**SOCIO, TE ROGAMOS COMUNIQUES CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO
U OTROS DATOS A LA MAYOR BREVEDAD.**

CÓMO CONSTRUIR E INTERPRETAR EL GENOGRAMA

Luis de la Revilla

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Presidente de la Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia



Características editoriales
formato: 17x24 cm
páginas: 176
ISBN: 84-8144-284-4
PVP 20 euros

Es un libro imprescindible
en la práctica médica diaria

Su contenido facilita el abordaje familiar en la consulta.

- ✓ Permite conocer que la familia en su conjunto participa activamente en el proceso salud-enfermedad de cada uno de sus miembros.
- ✓ Es un recurso imprescindible para descubrir los eventos ocultos y dolorosos de la familia.
- ✓ Relaciona la estructura y la función familiar y permite identificar las crisis de desarrollo.

EL LIBRO INCLUYE:

**45 DIAGRAMAS CON 154 CONFIGURACIONES DE GENOGRAMAS Y 32 HISTORIAS CLÍNICO-FAMILIARES
Y LOS CORRESPONDIENTES GENOGRAMAS PARA SU LECTURA E INTERPRETACIÓN**



FUNDACIÓN FUNDESFAM
C/ Pedro Antonio de Alarcón 34 1ª Planta, of. 5
18002 - Granada
958 250 921 - 958 535 745



EDICIONES ADHARA, S.L.
Cristóbal Colón, 2 - 1º B - C
18110 - Las Gabias (Granada)
958 584 063 - 958 584 535