

INVESTIGACIÓN
INVESTIGACIÓN
INVESTIGACIÓN

2007



**CRIBADO DEL CONSUMO DE ALCOHOL
EN TRABAJADORES INMIGRANTES**

FUNDACIÓN MAPFRE

www.fundacionmapfre.com

Autor

M^a Dolores Pérez Cárceles

Área de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia.

Colaboradores

E. Osuna Carrillo de Albornoz

Área de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia.

A. Luna Maldonado

Área de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia.

J.A. Noguera Velasco

Departamento de Bioquímica Clínica. Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca". Murcia.

Índice

1.	Resumen	4
2.	Introducción	4
3.	Material y métodos	5
4.	Resultado	5
5.	Discusión	6
6.	Bibliografía	7
7.	Anexos	9

1. RESUMEN

- **Objetivos:** Realizar un cribado de consumo de alcohol en trabajadores inmigrantes, estimar la prevalencia de consumo de riesgo y definir el perfil sociodemográfico y bioquímico de los consumidores de riesgo.
- **Material y método:** La muestra fue de 385 trabajadores inmigrantes seleccionados aleatoriamente que acudieron a los reconocimientos de salud laboral en un servicio de vigilancia para la salud. A cada uno de los sujetos se les realizó un cuestionario en el que se recogen variables sociodemográficas y laborales y Test AUDIT. Se les realizó una extracción de sangre para evaluación de parámetros bioquímicos relacionados con el consumo de alcohol.
- **Resultados:** La edad media de los trabajadores es de 32,4 años. El 74,5% son varones. El país de origen del 52,1% de los trabajadores es Marruecos. El 76,9% trabaja en el sector de la agricultura. Según los resultados del test AUDIT el 7,8% (N=30) de los trabajadores son bebedores de riesgo. Según los parámetros bioquímicos en sangre solamente encontramos diferencias estadísticamente significativas entre sujetos que realizan consumo o no de riesgo en los valores de transferrina deficiente en carbohidratos (CDT) ($P < 0,0001$).
- **Conclusiones:** El test AUDIT y la determinación en sangre de la CDT son buenas herramientas para la detección del consumo de alcohol de riesgo en el ámbito laboral. Existe una proporción de consumidores de riesgo en trabajadores inmigrantes que orienta a la necesidad de incluirlos en programas de prevención para la modificación de conductas de consumo de riesgo.
- **Palabras clave:** consumo de alcohol, inmigración, salud laboral, AUDIT, marcadores bioquímicos séricos, prevención.

2. INTRODUCCIÓN

No cabe duda de que el consumo de alcohol tiene consecuencias negativas tanto sobre el propio consumidor como sobre su entorno y sobre la comunidad en la que se circunscribe [1]. La mayor parte de daños y costes socio-sanitarios asociados al consumo de alcohol se producen en sujetos consumidores no dependientes.

La relación entre el abuso de sustancias, su tratamiento y el proceso migratorio es compleja y no está suficientemente esclarecida. Parece tratarse de una relación multifactorial en la que entran en juego factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales. El resultado de esta interacción influye en mayor o menor medida, tanto en el consumo de drogas como en la diferente respuesta al tratamiento [2-4].

La inmigración que se está produciendo en nuestro país debido a su situación geográfica y a los grandes desequilibrios económicos entre los países del Tercer Mundo y los desarrollados es un hecho incuestionable. Su condición de inmigrante, en muchas ocasiones ilegales, y

el contacto con una droga, en la que en muchos casos no es de su cultura tradicional, constituye una importante acumulación de riesgo de exclusión social. Si a ello añadimos los problemas de acceso de esta población a los servicios sanitarios y sociales, nos encontramos con un colectivo cada vez más numeroso de afectados, al que se tiene difícil acceso, que crece y se perpetúa, acrecentando sus niveles de exclusión y creando mayor rechazo social [5].

A pesar de todas las dificultades para acceder a esta población, muchos de estos inmigrantes acceden a la condición de legales con lo que están accediendo a puestos de trabajo, especialmente no cualificados y en el medio rural, fundamentalmente en los sectores agrarios y de la construcción. Esta población inmigrante procede fundamentalmente de países del Norte de África y Latinoamérica. Los Servicios de Salud Laboral son, junto a la Atención primaria, el eje básico para la prevención de los problemas relacionados con el alcohol, habida cuenta la elevada prevalencia de consumidores de riesgo entre la población laboral activa.

Desde los servicios de salud laboral se atribuye al alcohol una pluralidad de efectos negativos sobre el mundo laboral, entre los que destaca el absentismo por enfermedad o por accidente, las ausencias o retrasos injustificados y una mayor conflictividad [6].

Los servicios de salud laboral, evalúan entre otras las condiciones ambientales de la empresa y del puesto de trabajo y participan en la formación higiénico-preventiva de los trabajadores. El médico de empresa debe estar implicado tanto en la prevención universal, selectiva e indicada. En el caso de la prevención selectiva, aunque el mundo laboral es idóneo por varias razones como son: la homogeneidad de la población, la globalidad (son asequibles todos los empleados) y la continuidad de actuación a lo largo del tiempo, las circunstancias especiales al tratarse de una población inmigrante (no homogénea), añadido a que fundamentalmente trabajan en el sector agrario (temporalidad) dificultan en gran medida esta estrategia de prevención. Sin embargo, en esta población sí que es más factible la realización de prevención indicada, en aquellos trabajadores en los que se detecta un consumo excesivo, ya que permitirá la posibilidad de la detección precoz o el diagnóstico de patologías, ya que gran parte de los bebedores excesivos se hallan en situación laboral activa, a lo que hay que añadir la motivación para el tratamiento por el miedo a perder el trabajo.

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol son tantos y tan diversos que las estrategias y soluciones han de adaptarse a las circunstancias particulares de cada empresa. Tanto el ambiente como los procesos de trabajo influyen en el consumo de alcohol, pero debe tenerse en cuenta la intervención de otros factores tales como la personalidad del trabajador, las actividades en el tiempo libre, las circunstancias familiares y la forma de vida [7]. Todas ellas circunstancias especiales y con características diferenciadoras entre esta población.

Existe una amplia gama de entrevistas y cuestionarios que han demostrado su utilidad en la detección y diagnós-

tico de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Este tipo de instrumentos tienen como objetivo realizar una detección precoz de casos. Se trata de instrumentos sencillos de aplicar y que tienen valor desde el punto de vista clínico y epidemiológico. El Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) fue desarrollado de forma multicéntrica por la OMS [8] con el fin de detectar de forma fácil y temprana el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Este instrumento ha sido validado en nuestro país [9,10].

No existe en la actualidad una prueba de laboratorio específica para el diagnóstico del alcoholismo, aunque las dos pruebas de laboratorio más utilizadas hayan sido el Volumen Corpuscular Medio (VCM) y la Gamma-glutamyl transpeptidasa (GGT), siendo considerada ésta última la de mayor utilidad actualmente. Desde hace aproximadamente una década se está utilizando la Transferrina deficiente en carbohidratos (CDT) para realizar una aproximación más precisa al diagnóstico. Parece ser que estaría elevada en el 80% de bebedores de riesgo, y hasta el 90% en sujetos con dependencia al alcohol [11].

Los objetivos del trabajo son realizar un cribado de consumo de alcohol en trabajadores inmigrantes en el marco de la vigilancia para la salud, estimar la prevalencia de consumo de riesgo y definir el perfil sociodemográfico y bioquímico de los consumidores de riesgo.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal de evaluación de pruebas diagnósticas realizado durante un año desde abril de 2008 a abril de 2009 en un servicio de vigilancia para la salud en una zona rural del sureste español.

El tamaño de la muestra fue de 385 trabajadores, necesario para estimar la prevalencia de consumo excesivo de alcohol en la población de inmigrantes de tamaño aproximado de 37800, con un error de un 5% ($e=0,05$), un nivel de confianza del 95% y una prevalencia previsible del 50%. Los sujetos fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple hasta completar la muestra final. Tras la información sobre el objetivo del estudio ninguno de ellos se negó a participar en el mismo.

A cada uno de los sujetos previo consentimiento informado se les realizó un cuestionario en el que se recogen:

1. Variables sociodemográficas y laborales: género, estado civil, edad, país de origen, religión, tiempo viviendo en España, sector laboral en el que realizan su actividad profesional, horas/día en el trabajo.
2. Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 ítems. Cada ítem cuenta con criterios operativos especificados para asignar las puntuaciones correspondientes. Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 ítems. Puntuaciones de 8 o mayores de 8 son indicativas de un patrón de consumo de riesgo.

Por otra parte, del análisis de sangre rutinario realizado en el reconocimiento del examen de vigilancia para la salud se tomaron muestras de sangre para analizar los parámetros bioquímicos del perfil hepático de cada uno de los trabajadores. El consumo crónico de alcohol se asocia a la elevación de marcadores en sangre como son el volumen corpuscular medio (VCM), la gammaglutamiltranspeptidasa (GGT), transaminasa glutámico-pirúvica (GPT), y transaminasa glutámico-oxalacética (GOT). También realizamos la determinación de la transferrina deficiente en carbohidratos (CDT), mediante técnicas de enzimoimmunoensayo.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 15.0. Se realizó un estudio descriptivo, y para el análisis de la relación entre variables cualitativas el test X^2 de Pearson y el test exacto de Fisher. Para comparar medias entre dos muestras independientes utilizamos la T de Student. Se admitió la existencia de diferencias estadísticamente significativas cuando el nivel de significación fue inferior a 0,05.

4. RESULTADOS

Características sociodemográficas y laborales

Las características sociodemográficas de la muestra estudiada se recogen en la tabla 1. La distribución por género fue de 287 varones (74,5%) y 98 mujeres (25,5%), con una edad media de los trabajadores de 32,4 años (DE: 8,0; rango: 16-92). Según la distribución realizada por grupos de edad predominan los sujetos entre 26-30 años (28,6%). Mayoritariamente los sujetos están casados (52,5%). Un 54,3% practican la religión islámica y el 21,3% son católicos.

El país de origen del 52,1% de los trabajadores es Marruecos y del 29,2% países sudamericanos. La media de meses viviendo en España es de 65,5 meses (DE: 37,1; rango: 1-271).

Con referencia al sector laboral donde realizan su actividad profesional el 76,9% lo hace en la agricultura, el 11,9% en el sector de la construcción y el 11,9% en el sector servicios. La media de horas de trabajo al día es de 8,7 (DE: 1; rango: 6-14).

Prevalencia de consumo

Las respuestas obtenidas en cada uno de los ítems del test Audit se muestran en la tabla 2. La media obtenida en la puntuación del AUDIT es de 2,05 (DE: 3,81; rango: 0-37). Según los resultados obtenidos utilizando el test AUDIT el 7,8% (N=30) de los trabajadores obtiene una puntuación de 8 o superior lo que los cataloga como sujetos bebedores de riesgo. La distribución de los consumidores de riesgo según variables sociodemográficas y laborales se recoge en la tabla 3.

En el grupo de hombres existe un 8,4% de bebedores de riesgo y un 6,1% en el grupo de mujeres. Según el país de origen en el grupo de sujetos marroquíes existe un 10%

de bebedores de riesgo y un 7,1% en el grupo de trabajadores sudamericanos. Según el sector de actividad laboral, encontramos un 15,2% de sujetos bebedores de riesgo en el sector agrícola, un 7,0% en el sector servicios y un 6,8% en el sector de la construcción.

Análisis bioquímico

Las medias, desviación estándar y rangos de los parámetros analíticos de la muestra total se recoge en la tabla 4. En función de las puntuaciones obtenidas en el test Audit y clasificados los trabajadores en bebedores o no de riesgo analizamos los niveles en sangre de los parámetros bioquímicos. Los valores medios, desviación estándar y rangos se presentan en la tabla 5. Se observa que con excepción de la GOT, el resto de los marcadores aparecen más elevados en sujetos bebedores de riesgo. Solamente encontramos diferencias estadísticamente significativas entre sujetos que realizan consumo o no de riesgo en los valores de CDT ($P < 0,0001$) (Figura 1).

5. DISCUSIÓN

El alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva con un consumo más extendido entre la población española. Dado que el alcohol se halla implicado de forma dosis-dependiente en una gran variedad de patologías físicas y mentales, está justificado que los profesionales de la salud aprovechen la oportunidad de detectar precozmente los consumos de riesgo. En general, se define el consumo de riesgo como aquella pauta de consumo que puede implicar un alto riesgo de daños futuros para la salud física o mental, pero que no se traducen en problemas médicos o psiquiátricos actuales. El grado de riesgo no estará sólo relacionado con el nivel de consumo de alcohol, sino también con otros factores personales o ambientales relacionados con la historia familiar, ocupación laboral, estilo de vida, pobreza, etc. Aunque el cribado del consumo de riesgo puede realizarse en la práctica totalidad de ámbitos asistenciales, un ámbito donde la experiencia es más escasa pero debería desarrollarse más en un próximo futuro, es el de la medicina del trabajo. En el ámbito laboral tiene especial importancia prevenir el consumo de sustancias institucionalizadas como es el caso del alcohol, priorizando sectores y colectivos y contando siempre con la participación de las organizaciones empresariales, los sindicatos y los servicios de prevención [12].

Estudiar el alcance de los problemas de drogodependencias de las poblaciones inmigrantes no resulta habitual, es un fenómeno del que apenas existen datos y ha sido escasamente estudiado. Por otro lado, los resultados obtenidos en estudios sobre este tema, resultan poco válidos por haberse desarrollado en países cuyo contexto es diferente al español [13]. Además dada la gran heterogeneidad de los estudios encontrados en la bibliografía sobre el consumo de alcohol la comparación es, en la mayoría de los casos, muy difícil. Una amplia revisión que

abarca 38 estudios internacionales publicados entre 1966 y 1998, confirma que entre todos los métodos de cribaje evaluados el AUDIT resultó el más efectivo en la identificación de sujetos con consumo de riesgo de alcohol [14].

En la población de trabajadores inmigrantes estudiada por nosotros detectamos mediante la utilización del AUDIT un porcentaje de sujetos bebedores de riesgo del 7,8%. La encuesta EDIS/ FAD de 1996 utilizando distinta metodología señaló, entre otros datos, que el consumo de alto riesgo tiene lugar diaria o regularmente en el 9,2% de trabajadores ocupados, proporción similar a la nuestra, y que la población trabajadora consume más alcohol que la población general [15]. También según la última Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas [16], el consumo y abuso de alcohol sigue mostrando prevalencias más altas en la población activa asalariada que en el total de la población. Recientemente un estudio realizado en trabajadores mejicanos no inmigrantes ha detectado un consumo de riesgo usando el test AUDIT del 15,3% [17].

Casas [4] señala que no está clara la posible asociación entre el consumo de drogas y el hecho de ser inmigrante o pertenecer a un determinado grupo cultural. Sí parece que las personas que ya consumían drogas en sus países de origen, adaptan el patrón de uso a las condiciones del nuevo país. Las condiciones precarias de vida, la situación de irregularidad en la que viven muchos inmigrantes en nuestro medio y la situación de marginalidad a que esto lleva, facilitan el consumo de sustancias ilegales en inmigrantes que, previamente, no eran consumidores.

Cuando analizamos la distribución de los consumidores de riesgo según características demográficas que hemos analizado observamos, que como refieren otros autores, la población más bebedora es la masculina, de edad comprendida entre los 25 y los 44 años [7]. Mayoritariamente el país de origen del 66,7% de los consumidores de riesgo es Marruecos y en el 26,7% países sudamericanos, lo que coincide con el perfil migratorio en nuestro país. Analizando los datos según el país de origen, dentro del grupo de inmigrantes marroquíes existe un 10% de bebedores de riesgo y un 7% en trabajadores sudamericanos.

Encontramos que cerca del 42% de los consumidores de riesgo profesan la religión islámica y otro 42% la religión católica. La religión tiene una enorme influencia sobre la formación de la tradición relacionada con el alcohol. El Islam es una religión que no sólo proporciona valores morales sino normas concretas de conducta. Una de esas normas es la prohibición de consumir bebidas alcohólicas, por lo que uno de los factores determinantes del consumo de alcohol es el grado en el que viven conforme con las normas del Islam. Sin embargo, estas normas de conducta que probablemente se cumplan en su país de origen se modifiquen dependiendo en parte de su historia migratoria, su bagaje subcultural y su grado de integración en la sociedad receptora [5].

Una amplia mayoría de los inmigrantes que trabajan en España lo hacen precisamente en sectores productivos como la agricultura o la construcción, y en algunos otros

como los propios servicios de hostelería y restauración. En nuestra muestra la presencia de trabajadores, según estos sectores laborales, supone aproximadamente el 77%, el 12% y el 11% respectivamente, dónde tienen más fuerza y presencia las culturas profesionales de consumo de alcohol. Según Conde [5] éste se trata de un modelo "socio-laboral" de consumo alcohólico a los que, en cierta medida, parece que deben integrarse los trabajadores inmigrantes si quieren pasar a ser concebidos y considerados como miembros de pleno derecho de dicho colectivo o grupo profesional.

Por otra parte, entre los factores de riesgo laborales descritos y relacionados con el consumo de alcohol han sido la realización de trabajos repetitivos y monótonos, poco motivadores o aquellos que se realizan bajo condiciones climatológicas adversas y relacionados con el clima laboral se ha descrito la inestabilidad laboral, factores de riesgo todos ellos que se dan en los sectores laborales donde trabaja nuestra población inmigrante. En nuestros resultados encontramos que la distribución de los consumidores de riesgo supone el 66,7% en trabajadores del sector agrícola, el 23,3% desarrollan su actividad en el sector de la construcción y el 10% en el de los servicios. Si analizamos los resultados dentro de cada sector laboral encontramos que en el sector agrícola existe un 15,2% de bebedores de riesgo y aproximadamente un 7% tanto en el sector de la construcción como en el de la hostelería.

Respecto a la utilidad de marcadores biológicos el consumo crónico de alcohol se asocia a la elevación de marcadores en sangre como el volumen corpuscular medio, la gammaglutamiltranspeptidasa (GGT), y las transaminasas (GOT y GPT), aunque la deficiencia en la sensibilidad de estos parámetros bioquímicos exige su uso combinado o la búsqueda de nuevos marcadores [18]. Actualmente la CDT es el único test diagnóstico clínico aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) para un consumo elevado de alcohol [19]. Entre las principales ventajas de la CDT se encuentra la detección del consumo de riesgo y que presenta una escasa influencia por hepatopatía o uso de fármacos.

Pocos estudios han analizado la relación entre el AUDIT y los marcadores biológicos. Recientemente en un estudio realizado en Atención Primaria en nuestro país encuentran una correlación positiva significativa entre la puntuación del AUDIT y los valores de GGT, VCM, GOT y GPT [20]. Nosotros hemos observado que clasificados los trabajadores según consumo o no de riesgo, con excepción de la GOT, el resto de los parámetros bioquímicos se encuentran más elevados en los consumidores de riesgo. Sin embargo, solamente existen diferencias estadísticamente significativas entre consumo o no de riesgo en los valores de CDT, siendo sus niveles más elevados en los sujetos identificados como consumidores de riesgo.

El test AUDIT y la determinación en sangre de la CDT son buenas herramientas para la detección del consumo de alcohol de riesgo en el ámbito laboral. Existe una proporción de consumidores de riesgo en trabajadores inmigrantes que orienta a la necesidad de incluirlos en pro-

gramas de prevención para la modificación de conductas de consumo de riesgo.

Consideramos que la identificación e intervención en consumidores de riesgo no se trata de un problema de fácil solución, pero es fundamental conocer primero en qué situación se encuentran estos trabajadores en relación al consumo, para establecer posteriormente las medidas adecuadas de prevención, pensando no solo en estas primeras generaciones de inmigrantes, sino también en futuras generaciones.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Dotinga A, Van den Eijden R, San José B, Garretsen H, Bosveld W. Alcohol y emigración: los problemas de medición en la investigación sobre el consumo de alcohol entre inmigrantes marroquíes y turcos. *Adicciones* 2002;14: 261-275.
2. Adrian M. A critical perspective on cross-cultural contexts for addiction and multiculturalism: Their meanings and implications in the substance use field. *Substance Use and Misuse* 2002; 37: 853-900.
3. Castro FG, Garfinkle J. Critical issues in the development of culturally relevant substance abuse treatments for specific minority groups. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2003; 27: 1381-1388.
4. Casas M, Collazos F, Qureshi A. Drogodependencias en la población emigrante. http://www.gencat.net/salut/portal/cat/_notes/trans/artideinmigra.pdf.
5. Conde F, Herranz D. Procesos de integración de los inmigrantes. Pautas de consumo de alcohol y modelos culturales de referencia. Monografía. Madrid: Crefat; 2004.
6. Departamento Confederal de Servicios Sociales de la Unión General de Trabajadores. La incidencia de las drogodependencias en el medio laboral. Madrid: UGT; 1987.
7. Bastida N. Problemas laborales asociados al consumo de alcohol. *Adicciones* 2002;14: 239-249.
8. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant MTI. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993; 88:791-804.
9. Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo-Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española* 1998; 198: 11-14.
10. Contel M, Gual A, Colom J. Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones* 1999; 11, 337-347.
11. Pascual F, Cortés MT, Sastre J. Utilización de la Transferrina Deficiente en Carbohidratos (CDT) en el diagnóstico y seguimiento de la dependencia alcohólica. *Adicciones* 2002; 14: 47-55.
12. Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
13. Balsalobre Catejón A, Martínez Saorín M, Villar Lorenzo AB. Guía para la prevención de drogodependencias en el colectivo inmigrante, desde la perspectiva cultural. Murcia: Consejería de Sanidad. Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias; 2008.

14. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Archives of Internal Medicine* 2000; 160: 1977-1989.
15. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción-EDIS. La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Madrid: FAD; 1996.
16. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas. Madrid: PNSD 1995-2005.
17. Vargas Martínez JI, Moreno San Pedro E, Alonso Castillo M. Patrones de consumo de alcohol en trabajadores industriales Mexicanos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2005; 5: 113-124.
18. Segado Soriano A, Bandrés F, Gómez-Gallego F. Actualización en marcadores biológicos del etilismo. *Medicina del Trabajo* 2002; 11: 73-84.
19. Das SK, Dhanya L, Vasudevan DM. Biomarkers of alcoholism: an updated review. *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation* 2008; 68: 81-92.
20. Gómez Arnáiz A, Conde Martel A, Aguiar Bautista JA, Santana Montesdeoca JM, Jorrín Moreno A, Betancor León P. Utilidad diagnóstica del cuestionario Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para detectar el consumo de alcohol de riesgo en atención primaria. *Medicina Clínica (Barcelona)* 2001; 116: 121-124.

7. ANEXOS

Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales de los trabajadores.

	N	%
Género		
Hombre	287	74,5
Mujer	98	25,5
Estado civil		
Soltero	151	39,2
Casado	202	52,5
Pareja hecho	27	7,0
Divorciado/separado	4	1,0
Viudo	1	0,3
Edad		
16-25	73	19,0
26-30	110	28,6
31-35	84	21,8
36-45	90	23,4
46-65	28	7,3
País de origen		
Marruecos	200	52,1
Sudamérica	112	29,2
Otros	72	18,8
Religión		
Islam	209	54,3
Catolicismo	82	21,3
Hinduismo	49	12,7
Ateo	33	8,6
Otros	12	3,2
Sector laboral		
Agricultura	296	76,9
Construcción	46	11,9
Servicios	43	11,2

Tabla 2. Distribución de las respuestas obtenidas en el test AUDIT (N= 385).

AUDIT	N	%
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?		
Nunca	220	57,1
1 o menos veces al mes	65	16,9
2 ó 4 veces al mes	79	20,5
2 ó 3 veces a la semana	13	3,4
4 ó más veces a la semana	8	2,1
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?		
1 ó 2	293	76,1
3 ó 4	61	15,8
5 ó 6	19	4,9
7 a 9	4	1,0
10 o más	8	2,1
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?		
Nunca	308	80,0
Menos de 1 vez al mes	42	10,9
Mensualmente	14	3,6
Semanalmente	17	4,4
A diario o casi a diario	4	1,0
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?		
Nunca	370	96,1
Menos de 1 vez al mes	10	2,6
Mensualmente	3	0,8
Semanalmente	1	0,3
A diario o casi a diario	1	0,3
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?		
Nunca	368	95,6
Menos de 1 vez al mes	14	3,6
Mensualmente	2	0,5
Semanalmente	1	0,3
A diario o casi a diario		

AUDIT	N	%
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?		
Nunca	380	98,7
Menos de 1 vez al mes	3	0,8
Mensualmente	1	0,3
Semanalmente	1	0,3
A diario o casi a diario		
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?		
Nunca	356	92,5
Menos de 1 vez al mes	20	5,2
Mensualmente	5	1,3
Semanalmente	1	0,3
A diario o casi a diario	3	0,8
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?		
Nunca	369	95,8
Menos de 1 vez al mes	14	3,6
Mensualmente	2	0,5
Semanalmente	0	0
A diario o casi a diario	0	0
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?		
No	380	98,7
Sí, pero no en el curso del último año	2	0,5
Sí, en el último año	3	0,8
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?		
No	359	93,2
Sí, pero no en el curso del último año	14	3,6
Sí, en el último año	12	3,1

Tabla 3. Distribución de los sujetos bebedores de riesgo (Audit \geq 8) en función de las características sociodemográficas y laborales.

	AUDIT \geq 8 N (%)
Género	
Hombre	24 (80)
Mujer	6 (20)
Estado civil	
Soltero	15 (50)
Casado	11 (36,7)
Pareja hecho	1 (3,3)
Divorciado/separado	0
Viudo	3 (10)
Edad	
16-25	6 (20)
26-30	10 (33,3)
31-35	7 (23,3)
36-45	6 (20)
46-65	1 (3,3)
País de origen	
Marruecos	20 (66,7)
Sudamérica	8 (26,7)
Otros	2 (6,7)
Religión	
Islam	13 (41,9)
Catolicismo	13 (41,9)
Hinduismo	1 (3,2)
Ateo	2 (6,5)
Otros	2 (6,5)
Sector laboral	
Agricultura	20 (66,7)
Construcción	7 (23,3)
Servicios	3 (10)

Tabla 4. Valores medios, desviación estándar y rangos de los parámetros bioquímicos analizados en la muestra total (N= 385).

	Media	DE	Rango
Volumen Corpuscular Medio (VCM) fL	86,583	6,1572	28,8-98,7
Transaminasa glutámico-pirúvica (GPT) (U/L)	23,11	16,597	6-145
Transaminasa glutámico-oxalacética (GOT) (U/L)	29,02	25,968	0-246
Gamma-glutamil transpeptidasa (GGT) (U/L)	24,96	24,026	5-294
Transferrina deficiente en carbohidratos (CDT) (U/L)	1,834	0,736	0,663-5,664

DE= desviación estándar

Tabla 5. Valores medios, desviación estándar y rangos de los parámetros bioquímicos analizados en función de la clasificación del test Audit.

		Media	DE	Rango	P*
VCM fL	Audit < 8	86,56	6,09	28,8-98,7	NS
	Audit ≥ 8	86,81	6,91	65,3-97,2	
GPT (U/L)	Audit < 8	22,94	16,35	6-145	NS
	Audit ≥ 8	25,13	19,41	12-103	
GOT (U/L)	Audit < 8	29,20	26,35	0-246	NS
	Audit ≥ 8	26,96	21,16	5-78	
GGT (U/L)	Audit < 8	24,92	24,34	5-294	NS
	Audit ≥ 8	25,53	20,21	9-117	
CDT (U/L)	Audit < 8	1,78	0,66	0,66-5,66	<0,0001
	Audit ≥ 8	2,45	1,17	0,69-4,61	

Audit ≥ 8 = Bebedor de riesgo

P= probabilidad; NS= no significativo

*Test T-Student

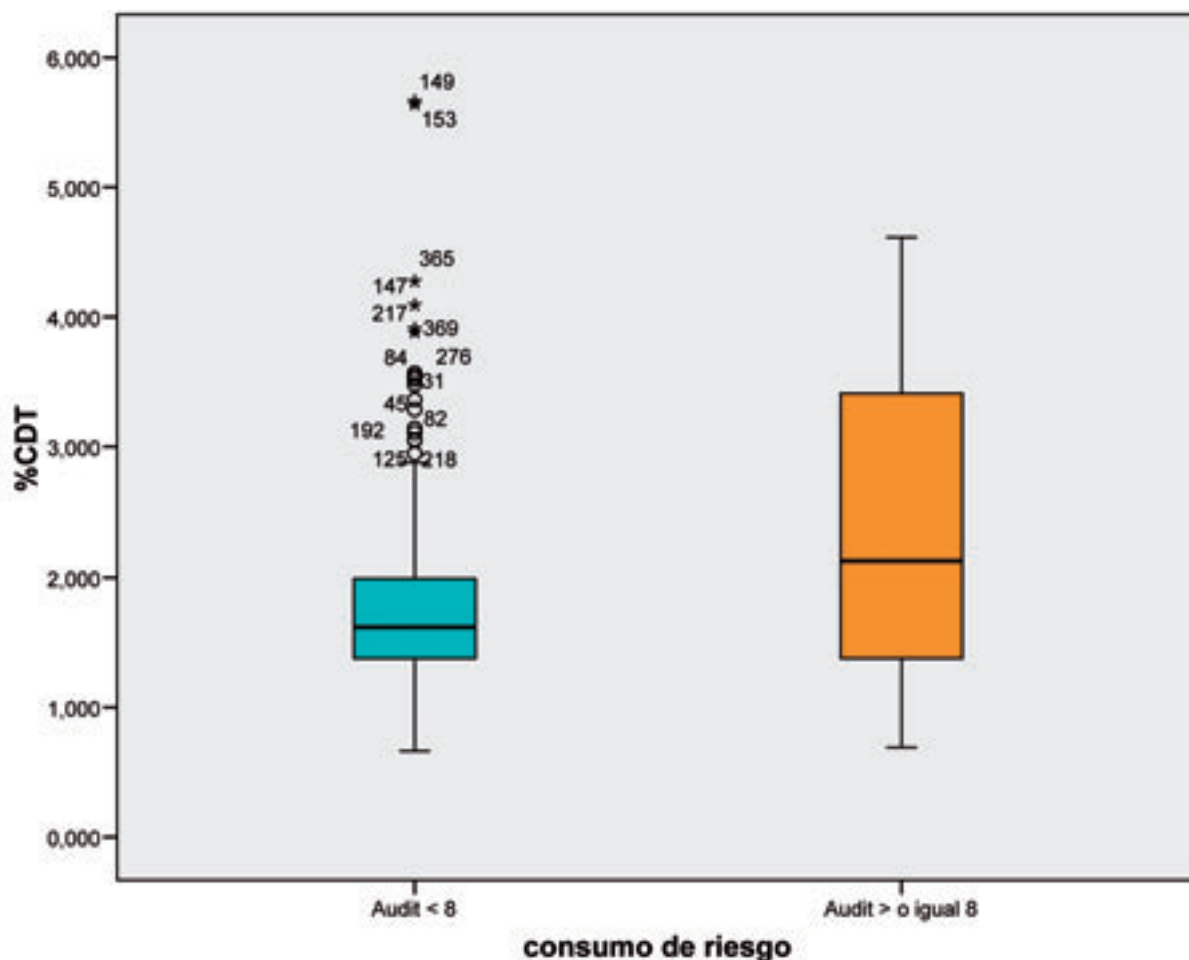


Figura 1. Consumo de riesgo.

Agradecimientos

El presente trabajo ha sido financiado en parte por una ayuda a la investigación de la convocatoria 2007 de la Fundación Mapfre Medicina y en parte por la Universidad de Murcia. También nuestro agradecimiento a todos los trabajadores inmigrantes que aceptaron participar en este proyecto.