

Uso/Abuso del Alcohol en Estudiantes de Medicina*

CECILIA SOGI y ALBERTO PERALES
Unidad de Investigación, Facultad de Medicina UNMSM.

RESUMEN

OBJETIVO: Describir la frecuencia de uso/abuso del alcohol, su distribución por sexo y edad, y los factores de riesgo asociados en población estudiantil médica. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se utilizó una base de datos de una encuesta de salud mental realizada en 1115 estudiantes de medicina de una universidad estatal limeña. **RESULTADOS:** La frecuencia de CAGE positivo, instrumento indicador de problema con el alcohol, fue 13,7%. La edad media de inicio en uso/abuso del alcohol fue más precoz en los estudiantes más jóvenes, especialmente mujeres. En el análisis multivariado se asociaron al CAGE positivo: año de estudio, características antisociales y sexo masculino. **CONCLUSIONES:** Aunque hay diferencias por género a favor de los varones en la frecuencia de uso/abuso del alcohol, las estudiantes mujeres en especial las pertenecientes a las generaciones más jóvenes evidencian un patrón de consumo y problemas con el alcohol preocupantes con tendencia a igualar la conducta de consumo de los varones.

Palabras claves: Alcoholismo; Estudiantes de Medicina; Problemas Sociales.

ALCOHOL USE/ABUSE IN MEDICAL STUDENTS SUMMARY

OBJECTIVE: To study the frequency of alcohol use/abuse, its distribution by gender and age and associated risk factors in undergraduate medical students. **MATERIAL AND METHODS:** A mental health survey data base from 1115 medical students on a public university of Lima City was used. **RESULTS:** The frequency of CAGE positive, indicator of drinking problem, was 13,7%. The alcohol consumption onset mean age was earlier in the younger students, especially in women. Multivariate analysis showed significant association of CAGE positive with the year of study, antisocial features and male sex. **CONCLUSION:** Although there were differences in the frequency of alcohol use/abuse by gender in favor of male, female students, mainly the younger women, are tending to meet the male alcohol drinking pattern.

Key words: Alcoholism; Students, Medical; Social Problems.

* La base de datos corresponde al estudio N° 7011744 "Salud mental en estudiantes de medicina" (Consejo Superior de Investigaciones. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 1997).

El uso, abuso y la dependencia del alcohol constituyen el problema de mayor prevalencia en las encuestas epidemiológicas llevadas a cabo en diversos países. El Perú no escapa a esta realidad.

Correspondencia:

Dra. Cecilia Sogi Uematsu
Facultad de Medicina - UNMSM
Av. Grau 755. Lima 1, Perú
E-mail: aperales@chavin.rcp.net.pe

En nuestro país, estudios nacionales señalan que el alcoholismo afecta principalmente a hombres, a partir de los 25 años, habiéndose encontrado prevalencias que varían entre 2,7% en las áreas urbanas, 14% en los barrios marginales y 11%-15% en grupos obreros y campesinos de la costa (1).

En la distribución por edad del alcoholismo, se señala que los jóvenes presentan, ante todo, dificultades inherentes a la embriaguez aguda con

frecuente implicancia en actos de violencia (2). Esta tendencia influye en el perfil de mortalidad de los jóvenes. En Chile, la mortalidad por causas violentas en la población de 14-25 años según alcoholemia, en 1981, mostró que el 69% de los suicidios, 43,2% de las defunciones por homicidio y 79,5% de los accidentes de tránsito, se registraron con alcoholemia positiva (3).

De otro lado, uno de los grandes problemas en los servicios de atención de emergencia hospitalaria son los accidentes y las lesiones por agresión. En el país, un estudio en siete servicios de emergencia de Lima Metropolitana reveló que el 58% de las atenciones fueron motivados por las condiciones señaladas (4).

En la distribución del alcoholismo por grupo profesional, un estudio de seguimiento de 20 años halló que los médicos beben alcohol en la misma medida que los controles de la población general (5).

En población de estudiantes de medicina, un estudio en 23 escuelas de medicina de los Estados Unidos (6) y otro en 9 escuelas de Sao Paulo (7) revelaron que el uso del alcohol está bastante extendido también en esta población.

Otros estudios señalan que la prevalencia del uso/abuso de alcohol en estudiantes de medicina es comparativamente mayor a la observada en la población general del mismo grupo de edad, aunque la dependencia y el patrón de consumo son muy similares en ambas poblaciones (8).

Un estudio de seguimiento realizado en estudiantes de medicina de una promoción, evaluados repetidamente a lo largo del tiempo, desde el primer día de clases hasta varios meses después de la graduación, halló que en los varones el uso del alcohol disminuía sostenidamente mientras que en las mujeres se mantenía casi constante. Un porcentaje pequeño, pero apreciable de los estudiantes (7%) se había iniciado por primera vez en el uso del alcohol en la escuela de medicina mientras que los estudiantes con abuso de alcohol mostraban evidencia de mejor rendimiento académico (9).

Las investigaciones han establecido que el problema del uso y abuso del alcohol es multicausal, existiendo influencias genéticas, familiares, psicológicas y socioculturales asociados.

En la población estudiantil que nos ocupa, se han identificado fuentes de estrés asociadas a la competitividad, las largas jornadas de estudio, ciertos aspectos del trabajo clínico y el inminente examen de residencia (7). En el campo clínico, el contacto cercano y frecuente con el dolor y el sufrimiento, el contacto físico y emocional con pacientes, la muerte y la incertidumbre de la ciencia médica en contraste a los deseos de certeza y garantía exigidos por los pacientes también constituyen fuentes de tensión (10).

Adicionalmente, una amplia literatura evidencia que los estudiantes de medicina tienen prejuicios y actitudes negativas hacia pacientes que presentan trastornos de abuso de sustancias, actitudes que probablemente se forman o refuerzan durante la carrera, en paralelo a la falta de adiestramiento para manejar tales casos (11). En los Estados Unidos, frente a tal realidad, se recomienda que los esfuerzos orientados a la educación médica en abuso de alcohol y otras drogas sean implementados en todos los niveles de adiestramiento, tanto en la licenciatura médica como en el proceso de certificación (12).

Actualmente, la práctica médica, tradicionalmente orientada al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, viene cediendo paso a la preocupación por la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Hay autores que postulan que la principal actividad profesional debiera ser una amplia campaña de educación pública para persuadir a la población a cuidar su salud, adoptando estilos de vida más adecuados (13).

La Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina viene desarrollando un proyecto de investigación troncal sobre la salud mental de los estudiantes. El presente informe incide en la frecuencia de uso/abuso del alcohol así como en su patrón de consumo. Los hallazgos permitirán diseñar un programa de intervención

que tendría una doble finalidad: 1° diagnóstico precoz de problemas con el alcohol; y 2° iniciar a los estudiantes en los principios de promoción de la salud y prevención de uso/abuso de sustancias. Se intenta proteger la salud de los futuros profesionales de salud, iniciando tal acción desde los primeros años en la Escuela de Medicina.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio hace uso de una base de datos, producto de una encuesta de salud mental administrada al total de estudiantes de medicina matriculados en 1997, en una universidad estatal limeña. La población de estudio fue 1115 estudiantes (14).

Instrumento

Se utilizó el Cuestionario de Salud Mental Abreviado validado en nuestro país (15). Este instrumento autoadministrado comprende preguntas sobre: uso/abuso de cigarrillos y alcohol, conductas antisociales y violentas, escalas de depresión y ansiedad de Zung, y hábitos de vida. En la sección relativa al alcohol las primeras cuatro preguntas corresponden al CAGE (instrumento de despistaje de alcoholismo).

Procedimientos

Se procedió al análisis de frecuencias de uso/abuso del alcohol y de sospecha de problema con el alcohol. Luego, se analizó la distribución del problema por sexo y edad, finalmente, se procedió al análisis de regresión logística para establecer los factores de riesgo asociados al problema.

RESULTADOS

Sexo y edad

Del total de 1115 alumnos, el 71% correspondió a varones. La edad media fue 24,1 (DE $\pm 4,0$)

en varones y 23,1 (DE $\pm 3,9$) en mujeres. Para el análisis por edad, los 1115 estudiantes fueron divididos en cuatro grupos etarios: ≤ 19 ; 20-24; 25-29; y ≥ 30 años. El primer grupo constituyó el 7,7%, el segundo, 58,4%, el tercero, 27,0% y el cuarto, 6,9% de la población.

Uso/abuso del alcohol

La mayoría de varones (95%) y mujeres (93%) tuvieron su primer contacto con el alcohol a la edad media de 14,6 años (DE $\pm 3,1$) en los primeros y 15,1 años (DE $\pm 3,3$) en las segundas.

Se encontró que ya habían tenido por lo menos una embriaguez el 66% de los varones y el 36% de las mujeres, a una edad media de 16,6 años (DE $\pm 2,8$) los varones y 17,8 años (DE $\pm 3,5$) las mujeres.

El CAGE positivo, que como se sabe indica sospecha de problemas con el alcohol, fue hallado en el 13,7%, estando presente en uno de cada cinco varones y en una de cada veinticinco mujeres ($p > 0,001$).

Uso/abuso del alcohol por sexo y edad

La frecuencia del primer contacto con el alcohol tiende a aumentar hasta los 24 años en varones mientras que en mujeres disminuye después de los 20 años, aunque en ambos casos las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

La frecuencia de aquellos que han tenido por lo menos una embriaguez aumenta en relación directa con la edad en varones ($p > 0,01$), pero después de los 29 años tiende a disminuir. En mujeres, sin embargo, no se observa una tendencia uniforme (Tabla 1).

Edad media de inicio de uso/abuso del alcohol

En las generaciones más jóvenes de estudiantes, el primer contacto con el alcohol ocurre a una edad más temprana, tanto en varones ($p < 0,001$) como en mujeres ($p < 0,01$). Asi-

Tabla 1.- Uso/abuso del alcohol por edad y sexo.

	≤19 %	20-24 %	25-29 %	≥30 %	<i>p</i>
Alcohol: primer contacto					
Varones	93,5	97,3	96,8	95,3	
Mujeres	94,7	93,8	90,9	91,7	
Alcohol: embriaguez					
Varones	54,3	69,9	75,3	62,5	<0,01
Mujeres	26,3	22,2	33,8	25,0	

mismo, en las generaciones más jóvenes la primera embriaguez ocurre a una edad más temprana, tanto en varones como en mujeres ($p < 0,01$) (Tabla 2).

Lo señalado, respecto a la edad media de la primera embriaguez es corroborado en la comparación por año de estudio. Así, en los de 6° año fue 16,6 años (DE $\pm 2,8$) en varones y 18,4 años (DE $\pm 4,3$) en mujeres, mientras que en los de 1° año fue 16,2 años (DE $\pm 2,5$) en varones y 16,3 años (DE $\pm 0,7$) en mujeres. Es decir, los varones de 1° año se iniciaron 0,4 años antes que los de 6° año, y las mujeres del 1° año, 2,1 años antes que las de 6° año. Adicionalmente, cabe señalar que la diferencia entre sexos respecto a la edad de la primera

embriaguez tiende a desaparecer en las generaciones más jóvenes.

Patrón de uso del alcohol por edad y sexo

En varones, el patrón de uso del alcohol incluyendo la sospecha de bebedores problema (CAGE positivo) por grupos de edad no muestra diferencias significativas (Tabla 3).

En mujeres, el patrón de uso y la sospecha de bebedores problema tiende a ser más frecuente entre las más jóvenes, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas (Tabla 3).

Regresión múltiple

El análisis de regresión múltiple se realizó utilizando como variable dependiente el CAGE positivo, que, como hemos mencionado, sugiere presencia de problemas con el alcohol, y diez variables independientes. De éstas quedaron, en la ecuación de regresión, el sexo, el año de estudio y las conductas disociales.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio tiene algunas limitaciones dependientes del instrumento, que no hace diagnósticos específicos y no indaga sobre frecuencia y cantidad por vez de uso o abuso. Sin em-

Tabla 2.- Edad media de inicio de consumo alcohol.

		≤19	20-24	25-29	≥30	<i>p</i>
Alcohol:						
Uso	Hombre*	13,2 \pm 3,5	14,3 \pm 3,0	15,3 \pm 3,3	15,4 \pm 2,7	<0,001
	Mujer*	14,9 \pm 2,3	15,8 \pm 2,4	16,5 \pm 2,3	15,4 \pm 2,0	<0,01
Abuso	Hombre*	15,8 \pm 2,0	16,5 \pm 2,8	16,8 \pm 2,9	17,7 \pm 3,0	<0,01
	Mujer*	16,4 \pm 1,2	17,7 \pm 2,9	19,7 \pm 2,6	19,7 \pm 4,7	<0,01

* Porcentaje de la población \pm Desviación estándar.

Tabla 3.- Patrón de uso del alcohol por edad (en años) en varones y mujeres.

	Varones				Mujeres			
	≤19	20-24	25-29	≥30	≤19	20-24	25-29	≥30
	(n = 46) %	(n = 445) %	(n = 219) %	(n = 64) %	(n = 38) %	(n = 194) %	(n = 77) %	(n = 12) %
CAGE positivo:	19,6	16,9	20,5	18,8	7,9	3,1	3,9	0,0
- Necesidad de reducir consumo	19,6	29,4	33,3	35,9	13,2	4,6	7,8	8,3
- Crítica por beber	26,1	19,3	21,5	18,8	13,2	5,2	3,9	0,0
- Problemas/peleas	13,0	11,0	13,7	6,3	2,0	2,1	2,6	0,0
- Quitar humos borrachera	8,7	5,6	7,8	12,5	2,6	0,5	0,0	0,0
Otras características:								
- No puede controlar	10,9	10,6	17,4	12,5	5,3	1,5	1,3	0,0
- Accidente de tránsito	2,2	2,0	1,8	3,1	0,0	0,5	0,0	0,0
- Otros accidentes	2,2	7,0	5,9	3,1	5,3	2,1	1,3	0,0
- Fue herido/golpeado	0,0	6,3	9,1	4,7	2,6	1,0	1,3	0,0
- Ha herido/golpeado a otros	4,4	6,1	7,8	1,6	0,0	1,0	0,0	0,0
- Embriaguez último mes	21,7	22,2	23,3	17,2	2,6	3,1	5,2	0,0

bargo, incluye un instrumento de despistaje de alcoholismo: el CAGE, recomendado por su sensibilidad y especificidad (¹⁶); asimismo, abarca el abuso reciente a través de la pregunta sobre número de veces que se embriagó en el último mes.

La amplia aceptación sociocultural del uso del alcohol resulta evidente en la población estudiantil. La mayoría de varones y mujeres ya han tenido un primer contacto y la embriaguez fue informada en 2 de cada 3 varones y 1 de cada 3 mujeres.

El CAGE positivo, que identifica bebedores problema, fue informado por el 14% de la población. Este porcentaje es cercano al obtenido con encuestas epidemiológicas utilizando instrumentos diagnósticos. Así, la prevalencia de vida de uso/abuso de alcohol en una población urbano-marginal de Lima que utilizó como instrumento el *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) fue 16,8% (¹⁷). Asimismo, el *Epidemiological Catchment Area Program* (ECA), el más grande estudio epidemiológico llevado a cabo en los Estados Unidos, que utilizó el mismo instrumento (DIS), halló una prevalencia de vida de abuso/dependencia de alcohol del 13,5% (¹⁸).

En nuestra población la edad media de inicio en uso/abuso del alcohol permite señalar que el hecho ocurrió antes de iniciar los estudios médicos. Sin embargo, admitimos que la edad promedio oculta las diferencias y consiguientemente a aquellos que se iniciaron en la escuela de medicina.

En nuestro estudio, como ya hemos señalado, se observa que la edad de la primera embriaguez desciende 2,1 años en varones y 3,3 años en mujeres cuando se comparan estudiantes de 19 años o menos con aquellos de 30 años o más años. En el estudio epidemiológico llevado a cabo en una población urbano-marginal de Lima, la edad de la primera embriaguez en adolescentes varones fue 4,4 años menor que en adultos varones; y, en adolescentes mujeres, 11 años menor que en mujeres adultas de la misma localidad (¹⁹). Todo ello sugiere que la edad de la primera embriaguez estaría descendiendo en nuestra población general, tanto en los estudiantes de medicina como en adolescentes de comunidad urbano-marginal. El fenómeno es más acentuado en mujeres que en varones.

En el análisis de regresión múltiple (*STEPWISE*), en la búsqueda de factores de ries-

go, se asoció a la variable dependiente CAGE el sexo masculino, el año de estudio y las características antisociales.

Respecto al sexo masculino, un estudio transcultural del alcoholismo que comprende ciudades norteamericanas y asiáticas concluye que "el sexo es un factor de riesgo mayor para el alcoholismo en todas las culturas, aunque la relación hombre/mujer varía. Así, en Taiwan la prevalencia de vida del alcoholismo es 18 veces mayor en varones que en mujeres mientras que en Edmonton lo es solamente 4 veces" (20).

Adicionalmente, el Banco Mundial señala que la dependencia del alcohol y drogas explican el 31% de la incapacidad neuropsiquiátrica en el varón (21). Respecto a su dinámica se señala que "los varones tienden a externalizar su sufrimiento a través del abuso de sustancias y conducta agresiva, resultando en un subregistro de distrés psicológico..." (22).

En la población estudiantil estudiada, la prevalencia de uso del alcohol también fue significativamente mayor en varones que en mujeres; aunque en las últimas preocupa que las generaciones jóvenes sean las más afectadas por el alcohol. Se sabe además que las mujeres se intoxican más rápidamente, la misma cantidad de alcohol por kilogramo de peso tiene un mayor efecto; las complicaciones médicas del alcoholismo, incluyendo enfermedades psiquiátricas (notablemente depresión y suicidio) parecen también ser más severas u ocurrir con más frecuencia en ellas (23).

Finalmente, respecto a programas de intervención en alcoholismo en las escuelas de medicina consideramos relevante las siguientes recomendaciones: 1º no limitar la atención a los bebedores excesivos; 2º emplear periódicamente encuestas autoadministradas sobre uso de alcohol e incidencia de problemas y síntomas relacionados; 3º compartir con la población estudiantil a servir, datos concernientes al rango de patrones de uso del alcohol, normas consensuales de grupo para el uso, y la magnitud del uso excesivo y abuso de alcohol (9).

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Almeida M. La investigación del alcoholismo en el Perú en los últimos 30 años: 1956-1986. *Revista de Neuropsiquiatría* 1987; 50:116-28.
- 2) Negrete JC, Mardones J, Ugarte J. Problemas médicos del alcohol. Fundamentos, diagnóstico y tratamiento. Editorial Andrés Bello.
- 3) Florenzano R, Medina AM. Alcoholism in adolescence and youth: the Chilean experience. En: PAHO/WHO. The health of adolescents and youths in the America. Scientific Publication N°489. PHO/WHO. Washigton D.C., 1985.
- 4) Perales A, Sogi C, Garcia M, Flores R, Gonzales D, Torres R, Bernal E. Sistema de Registro del Uso y Abuso del Alcohol y Drogas (RENAD) MINSa. Lima, 1990.
- 5) Vaillant GE, Brighton JR, McArthur C. Physicians' use of mood altering drug. A 20 years follow up report. *N Engl J Med* 1970; 12:365-70.
- 6) Baldwin DC, Hughes PH, Conard SE, Storr CL, Sheehan DV. Substance use among senior medical students. A survey of 23 Medical Schools. *JAMA* 1991; 265:2074-8.
- 7) Mesquita AN, Laranjeira R, Dunn J. Psychoactive drug use by medical students: a review of the national and international literature. *Sao Paulo Med J* 1997; 115(1):1356-65.
- 8) Richman JA. Occupational stress, psychological vulnerability and alcohol related problem over time in future physicians. *Alcohol Clin Exp Res* 1992; 16:166-71.
- 9) Clark DC, Eckenfels EJ, Daugherty SR, Fawcett J. Alcohol-use patterns through Medical Schools. A longitudinal study of one class. *JAMA* 1987; 257:2921-6.
- 10) McCub J. The effects of stress on physician and their medical practice. *N Engl J Med* 1982; 306:458-63.
- 11) Nocks JJ. Instructing medical students in alcoholism: what to teach with limited time. *J Med Ed* 1980; 55:858-64.
- 12) Lewis DC, Niven RG, Czechowicz D, Trumble JG. A review of Medical Education in alcohol and other drug abuse. *JAMA* 1987; 257:2945-8.
- 13) Temple NJ, Burkitt DP. Towards a new system of health: the challenging of Western disease. *J Community Health* 1993; 18(1):37.
- 14) Perales A, Sogi C. Ansiedad y depresión: unidad o diversidad clínica. *Acta Psiquiat Psicol Am Lat* 1999; 45 (1): 13-23.
- 15) Perales A, Sogi C, Sanchez E, Salas RE. Adaptación del Cuestionario de Salud Mental. En: INSM. Monografía de Investigación N° 2. INSM "HD-HN". DIMERSA. Lima, 1995.
- 16) Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE Questionnaire. *JAMA* 1984; 252: 1905-7.
- 17) Hayashi S, Perales A, Warthon D, Sogi C, Llanos R. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Perú). *Anales de Salud Mental* 1995; 1:206-22.

- 18) **Regier DA, Farnes ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK.** Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA* 1990; 264:2511-8.
- 19) **Perales A, Sogi C, Sanchez E, Salas RE.** Salud mental en población urbano-marginal de Lima. En: INSM. Monografía de Investigación N°2 INSM "HD-HN". DIMERSA. Lima, 1995.
- 20) **Helzer JE, Canino GJ, Yeh EK, Bland RC, Lee ChK, Hwu HG, Newman S.** Alcoholism in North America and Asia. A comparison of population survey with the Diagnostic Interview Schedule. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 313-9.
- 21) **Banco Mundial.** En *World Mental Health. Problems and Priorities in Low Income Countries.* Oxford University press. N.Y., 1995.
- 22) **Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A.** *World Mental Health. Problems and Priorities in Low Income Countries.* Oxford University Press. N.Y., 1995.
- 23) **Steindler EM.** Alcoholic women in medicine; still homeless [Editorial]. *JAMA* 1987; 257:2954-5.