

PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN MASCULINA DE CUATRO CONSULTORIOS MÉDICOS

Juan E. Sandoval Ferrer,¹ María E. Lanigan Gutiérrez,² Lázaro Gutiérrez Chapman³ y Miguel Martínez Morales⁴

RESUMEN: Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo, directo y de corte transversal de la población masculina adulta perteneciente a 4 consultorios médicos de Ciudad de La Habana para realizar una caracterización de ésta según sus patrones de consumo de alcohol. Se encuestó el universo de 910 personas a quienes se aplicaron los cuestionarios CAGE y CID y a un familiar; también se tuvo en cuenta el criterio de la comunidad y la valoración psiquiátrica según la CIE-10. Se detectó el 21,8 % de consumidores de riesgo y el 6,6 % de alcohólicos con un predominio de edades en los grupos de 20 a 29 y de 30 a 39 años de edad respectivamente. Fue alta la ausencia de vínculo laboral en esos grupos. Resultaron significativas las asociaciones entre consumo de alcohol y otros hábitos tóxicos, la repercusión laboral y en las relaciones de pareja.

Descriptores DeCS: **CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS; ALCOHOLISMO/epidemiología.**

Los problemas relacionados con el alcohol (PRA) rebasan el concepto de alcoholdependencia y figuran entre las principales amenazas para la salud, el bienestar y la vida de la humanidad, pues su incremento expresa una incompatibilidad con la meta de alcanzar la "Salud para Todos en el año 2000".^{1,2}

Múltiples factores socioculturales, económicos y demográficos, junto a la complejidad de un sistema de vigilancia epidemiológica uniforme del alcoholismo, interfieren con una adecuada valoración de esta toxicomanía estimada a partir de diversos indicadores directos e indirectos. Las ventajas del modelo comunitario en salud

¹ Máster en Psiquiatría Social. Asistente de Psiquiatría. Facultad de Medicina "Calixto García". Presidente de la Sección de Alcoholismo y Farmacodependencias. Sociedad Cubana de Psiquiatría. Ciudad de La Habana.

² Especialista de I Grado en Psiquiatría. Hospital "Joaquín Albarrán". Ciudad de La Habana.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Psiquiatría. Centro Comunitario de Salud Mental de Regla. Ciudad de La Habana.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente "Van-Troi". Ciudad de La Habana.

mental, la reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria y la implantación de un Programa Nacional de Prevención y Control del Alcoholismo y otras Farmacodependencias en nuestro país, nos permiten realizar acciones integradas por parte del equipo de salud mental para una mejor caracterización de la población según sus patrones de consumo de alcohol, que incluyen las potencialidades de la propia comunidad en la identificación de sus problemas y necesidades.³⁻⁵

Lo anterior nos ayuda a diferenciar los consumidores excesivos o de riesgo, categoría poco estudiada en nuestro medio y que resulta por muchas de sus manifestaciones subclínicas, precoces o subvaloradas un grupo vulnerable y de interés para la psiquiatría, la medicina en general y la comunidad, lo que facilita la adopción de estrategias para abordar los PRA y así evitar en lo posible el incremento de la población alcohólica y sus consecuencias.

CONTROL SEMÁNTICO

1. No alcohólicos: se incluyen patrones de comportamiento saludables de ingestión de bebidas alcohólicas en las categorías siguientes:
 - a) Abstemios: sujetos que no ingirieron bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses de forma espontánea y voluntaria y no tienen antecedentes de alcoholismo diagnosticado.
 - b) Consumo social: bebedores discretos o moderados identificados así por la comunidad y clasificados operativamente según los cuestionarios aplicados y los criterios de cantidad y frecuencia de ingestión aceptados.⁶
2. Consumidores de riesgo: categoría de tránsito que agrupa a bebedores excesivos según diagnóstico comunitario y que cumplen los criterios de cantidad y fre-

cuencia de ingestión de bebidas alcohólicas y el número de respuestas establecidas en los cuestionarios CAGE y CID.^{4,6}

3. Alcohólicos: personas con diagnóstico clínico de consumo perjudicial o dependencia alcohólica según la CIE-10 después del diagnóstico epidemiológico y comunitario por los instrumentos aplicados.^{4,6}

Métodos

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo, directo y de corte transversal de la población masculina de 15 años y más perteneciente a 4 consultorios del médico de la familia en Ciudad de La Habana, según el censo de septiembre de 1995 y quedaron incluidas 910 personas.

El médico de la familia aplicó una entrevista estructurada y los cuestionarios CAGE y CID para pesquisaje de alcoholismo al universo seleccionado y un familiar adulto. Se requirió la coincidencia en por lo menos 2 cuestionarios a cualquiera de las fuentes y los criterios de cantidad y frecuencia de ingestión de bebidas alcohólicas y embriaguez validados por el profesor Ricardo González de quién utilizamos sus criterios operativos.⁶ También se consideró el criterio de etiquetado según la valoración de la propia comunidad incluyendo a líderes formales e informales.⁴

Los casos dudosos y presuntos alcohólicos se interconsultaron con un psiquiatra para su diagnóstico clínico de alcoholismo según la CIE-10.

Finalmente la población fue agrupada en las categorías siguientes: no alcohólicos, consumidores de riesgo y alcohólicos.

Se confeccionó una base de datos en sistema Fox Plus 2.0, analizada por el sistema EPI-5 utilizando la opción ANALISIS; las tablas de contingencia elaboradas se evaluaron mediante el estadígrafo chi-cuadrado a un nivel de significación de 0,05.

Resultados

La proporción de sujetos *alcohólicos* se correspondió con una prevalencia de 6,6 % mientras que los consumidores de riesgo ascendieron al 21,8 % (tabla 1) y quedó el grupo *no alcohólicos* con un 71,6 %.

TABLA 1. Comportamientos ante el consumo de bebidas alcohólicas

| Comportamiento | No. de sujetos | % |
|-------------------------|----------------|------------|
| Abstemios | 21 | 2,3 |
| Consumo social | 631 | 69,3 |
| Subtotal no alcohólicos | 652 | 71,6 |
| Consumo de riesgo | 198 | 21,8 |
| Consumo perjudicial | 37 | 4,1 |
| Dependencia alcohólica | 23 | 2,5 |
| Subtotal alcohólicos | 60 | 6,6 |
| Total | 910 | 100 |

Fuente: Encuesta.

Entre los alcohólicos predominó el grupo de 30 a 39 años de edad (35 %) mientras que de riesgo se agruparon en orden decreciente los grupos de 20 a 29 años (34,4 %) y 30 a 39 años (28,3 %); estos resultados fueron estadísticamente significativos según se muestra en la tabla 2. Por otra parte, la distribución de la población estudiada según el nivel de escolaridad completado y la pertenencia a distintos grupos de bebedores, también resultó significativa.

El 50 % del grupo *alcohólicos* no tenía vínculo laboral en el momento del estudio mientras el 51,2 % de los *no alcohólicos* se encontraba trabajando; el 15,5 % era de jubilados y el 8,9 % era de estudiantes. Se encontró un 30,8 % de la categoría de riesgo sin vínculo laboral en asociación estadísticamente significativa. Al relacionar los patrones de consumo alcohólico y las dificultades en la esfera laboral (tabla 3), los resultados fueron decrecientes para los grupos *alcohólicos* (35 %), de riesgo (28,3 %) y *no alcohólicos* (1,3 %).

TABLA 2. Distribución según grupos de edades

| Grupos de edades (en años) | No. alcohólicos n = 652 | | Riesgo n = 198 | | Alcohólicos n = 60 | | Total n = 910 | |
|----------------------------|-------------------------|------|----------------|------|--------------------|------|---------------|------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| 15-19 | 65 | 10,0 | 23 | 11,6 | - | - | 88 | 9,7 |
| 20-29 | 222 | 34,0 | 68 | 34,4 | 9 | 15,0 | 299 | 32,9 |
| 30-39 | 111 | 17,0 | 56 | 28,3 | 21 | 35,0 | 188 | 20,7 |
| 40-49 | 62 | 9,5 | 27 | 13,6 | 11 | 18,3 | 100 | 10,9 |
| 50-59 | 73 | 11,2 | 20 | 10,1 | 13 | 21,7 | 106 | 11,6 |
| 60 ó más | 119 | 18,3 | 4 | 2,0 | 6 | 10,0 | 129 | 14,2 |

$\chi^2 = 68,803$; $p = 0,001$.

Fuente: Encuesta.

TABLA 3. Dificultades laborales en distintos tipos de consumidores de bebidas alcohólicas

| Dificultades laborales | No. Alcohólicos* n = 631 | | Riesgo n = 198 | | Alcohólicos n = 60 | | Total n = 889 | |
|------------------------|--------------------------|------|----------------|------|--------------------|------|---------------|------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Sí | 8 | 1,3 | 56 | 28,3 | 21 | 35,0 | 85 | 9,6 |
| No | 123 | 98,7 | 142 | 71,7 | 39 | 65,0 | 804 | 90,4 |

$\chi^2 = 29,887$; $p = 0,0001$.

* Se excluyen 21 sujetos abstemios.

Fuente: Encuesta.

TABLA 4. Edad de comienzo de ingestión de bebidas alcohólicas

| Comienzo de ingestión de bebidas alcohólicas | No alcohólicos* n = 631 | | Riesgo n = 198 | | Alcohólicos n = 60 | | Total n = 889 | |
|--|----------------------------|------|-------------------|------|-----------------------|------|------------------|------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Antes de 15 años | 34 | 5,4 | 63 | 31,9 | 28 | 46,7 | 125 | 14,1 |
| Entre 15 y 19 años | 503 | 79,7 | 117 | 59,1 | 27 | 45,0 | 647 | 72,7 |
| Entre 20 y 29 años | 94 | 14,9 | 18 | 9,0 | 5 | 8,3 | 117 | 13,2 |

$\chi^2 = 144,152$; $p = 0,0001$.

* Se excluyen 21 sujetos abstemios.

Fuente: Encuesta.

TABLA 5. Dificultades en las relaciones de pareja y consumo de bebidas alcohólicas

| Comienzo de ingestión de bebidas alcohólicas | No alcohólicos* n = 631 | | Riesgo n = 198 | | Alcohólicos n = 60 | | Total n = 889 | |
|--|----------------------------|------|-------------------|------|-----------------------|------|------------------|------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Sí | 97 | 15,4 | 89 | 44,9 | 48 | 80,0 | 234 | 26,3 |
| No | 534 | 84,6 | 109 | 55,1 | 12 | 20,0 | 655 | 73,7 |

$\chi^2 = 163,579$; $p = 0,0001$.

* Se excluyen 21 abstemios.

Fuente: Encuesta.

La edad de comienzo de ingestión alcohólica fue más precoz en los *alcohólicos* (46,7 % antes de los 15 años), en contraste con el 31,9 % del grupo de *riesgo* y sólo el 5,4 % en *no alcohólicos* para ese mismo rango de edades según se muestra en la tabla 4.

La relación entre consumo de alcohol y hábito de fumar tuvo una concordancia de 83,31 % en *alcohólicos*, 70,2 % en el grupo *riesgo* y 54,8 % en *no alcohólicos*. Por otra parte la relación entre consumo de alcohol y de psicofármacos dio cifras de 31,7 y 12,9 % para los tipos de bebedores en el orden anteriormente descritos.

Uno de cada 4 alcohólicos (20 %) refirió antecedentes de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en el año previo al estudio al estudio, mientras que sólo fue atendido el 14 % de consumidores de riesgo y el 5,1 % de los no alcohólicos, hallazgos de significación estadística.

El 80 % de *alcohólicos* presentó dificultades en las relaciones de pareja y el 44,9 % del grupo de *riesgo* en contraste con el 15,4 % de *no alcohólicos* para una asociación significativa (tabla 5).

Discusión

En el espectro de conductas ante el alcohol, la prevalencia de alcoholismo y la relación entre sus variantes evolutivas: consumo perjudicial y dependencia, coincidieron con la mayoría de estudios locales realizados en el país que oscilan entre el 7 y el 10 %.^{4,7,8} La presencia de bebedores de riesgo en cantidades mayores de 1/5, merece destacarse por su importancia como grupo vulnerable de evolucionar hacia el alcoholismo de no realizarse intervenciones dirigidas a la moderación en el beber. La baja

cifra de abstemios encontrada, la atribuimos a un criterio muy restringido de valoración.

Los resultados aportados por el diagnóstico comunitario y los cuestionarios tuvieron una alta coincidencia y demostraron la importancia y validez que la propia comunidad tiene en la identificación de sus problemas de salud.

Las diferencias encontradas en los grupos de edades y su ubicación entre distintos tipos de bebedores ratificó la condición de categoría tradicional para los consumidores de riesgo.

La presencia en el grupo de riesgo de cifras cercanas de sujetos sin vínculo laboral y con dificultades en esta esfera reconocida entre los PRA, demuestra el frágil patrón adaptativo de esta categoría diagnóstica, lo cual coincide con otros reportes^{3,7-10} se ratifica la estrecha relación entre la edad de comienzo de ingestión de bebidas alcohólicas y la conducta futura del sujeto ante éstas; observamos además que el grupo de *riesgo* se aproxima más a los *alcohólicos* que a los que no lo son.

La condición del alcohol como droga portero quedó evidenciada al asociarse con el consumo de otras sustancias psicoactivas, de ahí la importancia de la prevención y control de su uso en los grupos de menor consumo para evitar las consecuencias sanitarias y sociales de las farmacodependencias como se expresa en nuestro Programa Nacional.⁴

El predominio de *alcohólicos* con antecedentes de atención psicológica y/o psiquiátrica detectados, grupo que también reportó mayor consumo de psicofármacos, confirma los problemas de salud de estos pacientes, a pesar de que muchos niegan su toxicomanía.

La disfunción en las relaciones de pareja a favor de los *alcohólicos* y los de *riesgo* en orden decreciente ratifica esta afectación como uno de los PRA.

Conclusiones

1. A partir de un procedimiento que demostró la importancia de la participación comunitaria en la identificación de sus problemas de salud, cerca de la quinta parte de la población clasificó como de riesgo y el 6,6 % recibió el diagnóstico de alcoholismo.
2. El grupo de riesgo evidenció su papel de tránsito hacia el alcoholismo y se encontró una estrecha relación entre la edad de comienzo de ingestión (antes de los 15 años) y la conducta alcohólica futura.
3. El consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, nicotina y psicofármacos) fue coincidente en el estilo de vida de los grupos clasificados.
4. Los antecedentes de atención psicológica y/o psiquiátrica predominaron en el grupo de alcohólicos.
5. Entre los PRA fue notable la repercusión adversa en la vida laboral y de pareja, de alcohólicos y consumidores de riesgo.

SUMMARY: A cross-sectional, direct, descriptive and epidemiological study of the adult male population from 4 family physician's offices in Havana City was conducted to characterize it according to its alcohol drinking patterns. 910 persons and a relative of each of them were surveyed by using the CAGE and CID questionnaires. The community's criterion as well as the psychiatric evaluation according to CIE-10 were taken into account. 21.8 % of risk drinkers and 6.6 % of alcoholics were detected. A predominance was observed in the age groups 20-29 and 30-39, respectively. Most of

these persons did not work. The associations between alcohol drinking and other toxic habits, working repercussion and couple's relations were significant.

Subject headings: **ALCOHOL DRINKING; ALCOHOLISM/epidemiology.**

Referencias bibliográficas

1. Santo Domingo J. No te rindas.... ante el alcohol. Madrid: Editorial Rialp, 1990:8-14.
2. Méjico. Secretaría de Salud. Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. Méjico. DF: Editorial CONADIC, 1995:13-5:19-21.
3. González R. El alcoholismo y su atención específica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1992:19-23.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Control del Alcoholismo y otras Farmacodependencias. La Habana:Editorial Ciencias Médicas, 1996:1-3.
5. Barrientos G, Rodríguez J, Martínez C, Valdés M. La reorientación de la atención psiquiátrica. En: Memorias del Taller Internacional Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria. La Habana:Editado por Cooperazione Italiana y Oficina, 1995:30-1.
6. González R. El consumo normal y patológico de alcohol: criterios para su valoración por el médico de familia. Rev Domin Psiq 1994;(10):25-31.
7. Ochoa R. Caracterización epidemiológica del alcoholismo en áreas seleccionadas. La Habana: Editado por INHEM, 1992:5-9.
8. Chang M, Casanueva M, Sandoval JE. Caracterización epidemiológica del consumo de bebidas alcohólicas en la población cubana en 1995. Rev Hosp Psiq Habana. (En prensa).
9. Alonso-Fernández F. Alcoholdependencia. Personalidad del alcohólico. 3 ed. Barcelona: Editorial Científica-Técnica,1992:245-9.
10. Mateos R, Rodríguez A. Estudio de epidemiología psiquiátrica en la comunidad gallega. Galicia: Editorial Junta de Galicia, 1989:320-43.

Recibido: 29 de mayo de 1997. Aprobado: 11 de diciembre de 1997.

Dr. *Juan E. Sandoval Ferrer*. Hospital Clinicoquirúrgico Docente "General Calixto