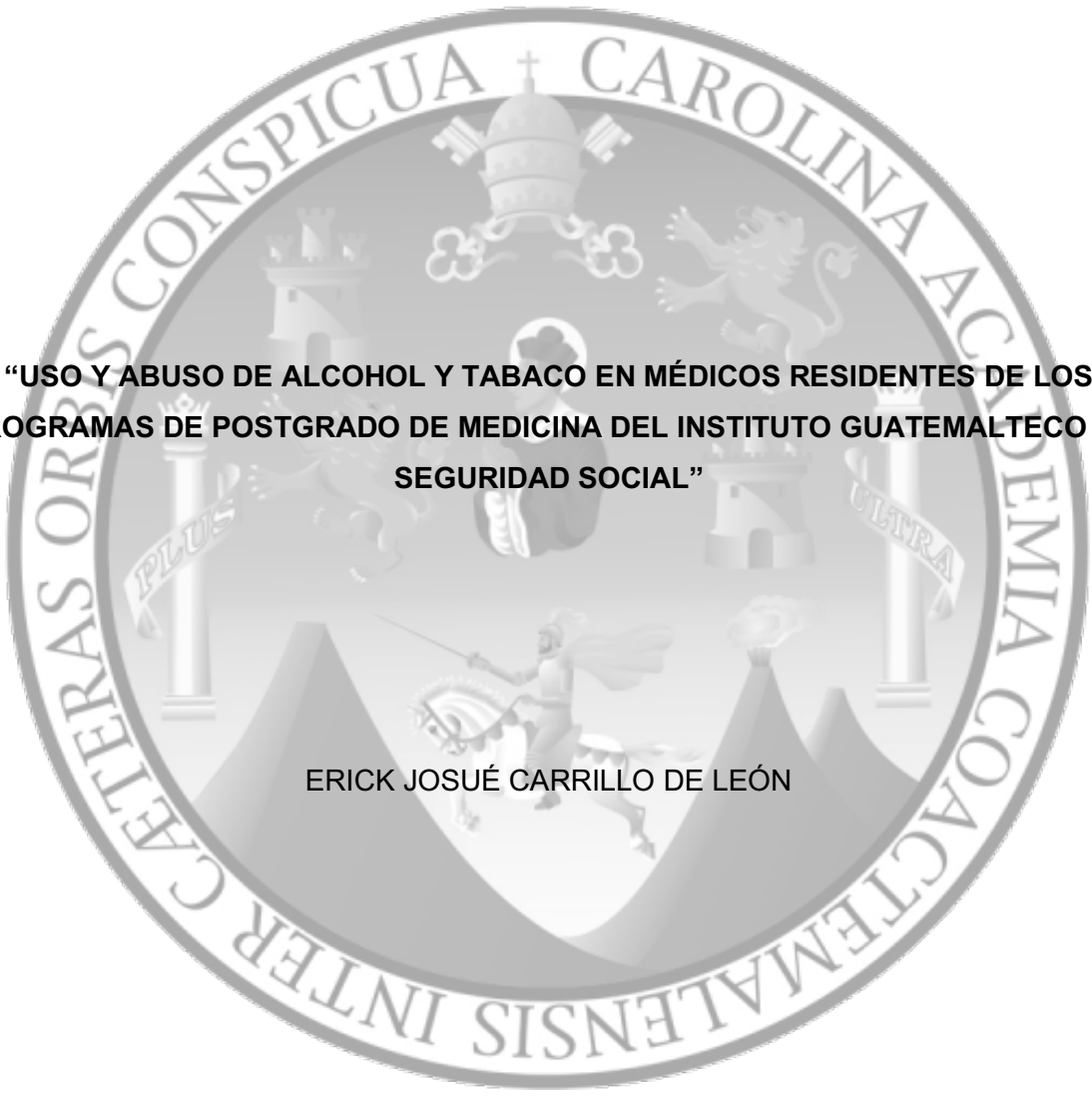


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem. It features a central shield with a figure on horseback, a crown above, and various symbols. The shield is flanked by two columns with banners that read 'PLUS' and 'ULTRA'. The outer ring of the seal contains the Latin text 'CAETERAS ORBES CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER'.

**“USO Y ABUSO DE ALCOHOL Y TABACO EN MÉDICOS RESIDENTES DE LOS  
PROGRAMAS DE POSTGRADO DE MEDICINA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE  
SEGURIDAD SOCIAL”**

ERICK JOSUÉ CARRILLO DE LEÓN

Tesis

Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría  
Para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias Médicas con especialidad en Psiquiatría

2020

## **Título**

“Uso y abuso de alcohol y tabaco en médicos residentes de los programas de postgrado de Medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social”

## **Asesor**

Dr. Jency Monterroso

## ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS.....	iii
RESUMEN.....	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
2.1. Alcohol.....	3
2.1.1 Datos y cifras.....	4
2.1.2 Factores que influyen en el consumo de alcohol y los daños relacionados con el alcohol.....	5
2.1.3 Descripción del consumo de alcohol y daños asociados.....	6
2.1.4 Test AUDIT.....	7
2.2 Tabaco (tobacco).....	8
2.2.1 Tabaquismo (Tabagisme).....	8
2.2.3 Nicotina.....	9
2.2.3 Test de Fageström.....	10
2.3 Síndrome de dependencia.....	10
2.4 Criterios para el abuso de sustancias.....	11
III. OBJETIVOS.....	13
3.1 Objetivo General.....	13
3.2 Objetivos Específicos.....	13
IV. MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
4.1 Tipo y Diseño de Investigación.....	14
4.2 Unidad de Análisis.....	14
4.3 Población.....	14
4.4 Muestra.....	14
4.4.1 Tipo de muestra.....	14
4.4.2 Selección de sujetos a estudio.....	14

4.5 Criterios de inclusión.....	14
4.6 Criterios de exclusión.....	15
4.7 Operacionalización de Variables.....	15
4.8 Técnicas utilizados en la recolección de datos.....	16
4.9 Procedimiento para recolección de datos.....	17
4.10 Instrumento para Recolección de Datos.....	17
4.11 Plan de procesamiento y análisis de datos .....	17
4.12 Aspectos Éticos .....	17
4.13 Recursos.....	17
V. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	19
5.1 Presentación de resultados.....	19
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	23
6.1 Conclusiones .....	26
6.2 Recomendaciones .....	27
VII. BIBLIOGRAFIA .....	28
VIII. ANEXOS .....	30
8.1 Anexo 1 Consentimiento informado .....	30
8.2 Anexo 2 test AUDIT .....	32
8.3 Anexo 3 test FAGERTROM .....	33

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características epidemiológicas uso y abuso de alcohol y tabaco en médicos residentes de los programas de postgrado de medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social 2016 - 2017 .....	19
Tabla 2 Especialidad médica. Uso y abuso de alcohol y tabaco en médicos residentes de los programas de postgrado de medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social 2016 - 2017.....	20
Tabla 3 Uso y abuso tabaco en médicos residentes de los programas de postgrado de medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Octubre 2016 – Julio 2017 .....	20
Tabla 4 Dependencia al tabaco en médicos residentes de los programas de postgrado de medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Octubre 2016 – Julio 2017 .....	21
Tabla 5 Uso y abuso de alcohol en médicos residentes de los programas de postgrado de medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social octubre 2016 – Julio 2017 .....	21
Tabla 6 Dependencia al alcohol en médicos residentes de los programas de postgrado de medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social octubre 2016 – julio 2017 .....	21
Tabla 7 Especialidades con mayor uso y abuso de alcohol de los programas de postgrado de medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social octubre 2016 – Julio 2017 .....	22
Tabla 8 Riesgo Relativo para variables fuma y consume bebidas alcohólicas en médicos residentes de los programas de postgrado de medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Octubre 2016 - Julio 2017 .....	22

## RESUMEN

**Título:** Uso y abuso de alcohol y tabaco en médicos residentes de los programas de postgrado de Medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

**Autor:** Erick Josué Carrillo de León

**Correo:** [chepiscarrillo@gmail.com](mailto:chepiscarrillo@gmail.com)

**Introducción:** Consumir bebidas alcohólicas y tabaco son fenómenos que pueden llevar a las personas que abusan de ellas a serias complicaciones en los ámbitos en los cuales se maneja. Estos dos eventos se pueden llegar a presentar en una residencia médica, debido al estrés, grado de responsabilidad y al agotamiento físico y mental. Por lo que el objetivo de este trabajo fue determinar el riesgo que presentan los residentes de llegar a consumir bebidas alcohólicas y consumir tabaco en el primer año de residencia, dentro del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

**Metodología:** Se realizó un estudio analítico longitudinal, que incluyó a residentes del primer año del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Se dio seguimiento durante 6 meses a residentes de primer año, a través de la administración de los test AUDIT (Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol) y dependencia a la nicotina test de Fagerstrom.

**Resultados:** Se encontró que, del total de residentes, el 81% consumen bebidas alcohólicas y que de esta cantidad el 74% se encuentra en riesgo bajo de dependencia y un 24% en consumo de riesgo. En el consumo de tabaco el 18% indicó que fumaba, de los resultados obtenidos antes de ingresar a la residencia el 74% indicó que consumía bebidas alcohólicas y el 32% indicó que fumaba. Encontrándose así que si existe un riesgo en el consumo de bebidas alcohólicas durante el primer año de residencia.

**Palabras clave:** Medicina, médicos, Residencia, Alcohol, Tabaco, Dependencia, Consumo

## I. INTRODUCCIÓN

El uso indebido de sustancias psicoactivas es uno de los problemas más graves en la sociedad actual ya que se asocia a daños en la salud del consumidor, aumento en la demanda de servicios de salud, altos índices de incapacidad social y laboral, fenómenos delictivos, entre otros problemas. No obstante, las consecuencias mencionadas el consumo de drogas y los fenómenos de abuso y dependencia muestran tendencia a acentuarse y aún a crecer en todo el mundo (1). El Informe sobre el Desarrollo Mundial presentado por el Banco Mundial en 1993 muestra que dentro del 8,1% de la discapacidad por problemas de salud mental, medida en porcentaje de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), los problemas por dependencia al alcohol y fármacos aportan un 12,1% y 4,8% respectivamente. Para el alcohol, se estima que entre el 15% y el 20% de la población adulta de América Latina es alcohólica o bebedora excesiva (2).

Estudios realizados en diversos lugares del mundo han permitido identificar a los estudiantes como una población de alto riesgo para sustancias psicoactivas (3). En estudiantes de medicina de postgrado encontrando mayor prevalencia en las especialidades de cirugía, medicina interna y anestesia con un 14,4%, 19,9% y 16,8% respectivamente. Las sustancias más frecuentemente usadas fueron marihuana 54,7%, anfetaminas 32,9% y benzodiacepinas 25,1% (4).

Entre anesthesiólogos un estudio retrospectivo de 30 años llevado a cabo en Norteamérica mostró una prevalencia de vida del 91,6% para alcohol, para la marihuana la prevalencia de vida fue del 30,8% y para la cocaína del 9,4%. El 15,8% de estos cumplían criterios para dependencia de sustancias (5).

El tabaquismo es la principal causa de enfermedades y muertes prevenibles. La Organización Mundial de la Salud (OIV1S) estima que para el 2020 habrá más de 10 millones de muertes anuales por enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco y siete de cada diez ocurrirán en países en vía de desarrollo (6).

Cada año el tabaco es responsable de la muerte de cuatro millones de personas; un millón de ellas se producen en países mal preparados para soportar esta carga sanitaria y económica, Debido a que las compañías tabacaleras han experimentado recientemente reducciones

importantes en las ventas de cigarrillos en los países desarrollados, han desplazado sus esfuerzos publicitarios hacia nuevos mercados en los países en vías de desarrollo. Aunque el tabaquismo ha disminuido en algunos países, su uso continúa incrementándose en el mundo entero, especialmente en los países menos desarrollados (7,8).

La prevalencia de consumo de tabaco entre los profesionales de la salud en países desarrollados es menor a la observada en la población general. Estados Unidos cuenta con una prevalencia entre médicos seis veces menor que la observada en la población general. Por el contrario, en algunos países en desarrollo, la prevalencia de tabaquismo en profesionales de la salud resulta igual o mayor que la de la población general (9,10).

En América Latina, 44,7% de los hombres y 16,5% de las mujeres son adictos al tabaco. En Panamá, el Ministerio de Salud estimó para el año 1990 una prevalencia de tabaquismo activo del 25 % en la población general; y más tarde en 1995, se presentó una prevalencia de tabaquismo activo del 16,7% de la población de áreas urbanas (11).

El objetivo del presente estudio es determinar la existencia del consumo de bebidas alcohólicas y tabaco en los residentes de primer año de todas las especialidades que trabajan dentro del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Se evaluaron a los médicos residentes de primer ingreso en noviembre de 2016 en las actividades introductorias y en el mes de Julio de 2017, luego de haber estado expuestos a la presión del posgrado y ambiente hospitalario durante 6 meses. Se les evaluó por medio de los test AUDIT (Alcohol use disorders identification) y dependencia a la nicotina test de Fagerstrom.

Los resultados de la investigación en la primera evaluación un 67% de los participantes indicaron que no fumaba mientras que un 32% indicó que si lo hacía. Entre los entrevistados que fuman se identificó que el 93% tiene una dependencia baja y un 6% moderada. Mientras que en los resultados obtenidos en la variable de consumo de bebidas alcohólicas, un 74% indicó que consumía bebidas alcohólicas y un 25% no lo hacía, entre las personas que beben, se encontró que 81% tienen un bajo riesgo y un 13% un consumo de riesgo.

En los resultados de la evaluación se incrementó 11% la dependencia media a fumar; el consumo de alcohol aumento 7%, se aumentó en 11% el consumo de riesgo y ya se identificó 2% que presentan dependencia al alcohol.



## II. ANTECEDENTES

### 2.1. Alcohol

En terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol ( $C_2H_5OH$ , alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se utiliza también para referirse a las bebidas alcohólicas (12).

El etanol es el resultado de un proceso de fermentación, en donde la azúcar es transformada por la levadura. Los licores realizados para ser consumidos como bebida, tiene parámetros del 14% de alcohol. Para la elaboración de bebidas alcohólicas se realiza por medio de destilación, en el proceso el etanol se evapora por ebullición de la mezcla fermentada y se convierte en una sustancia más pura y de mayor condensación. El etano tiene varios usos, se puede usar de forma diluida para consumo humano, pero además se emplea en la industria y otro sin fin de usos por su capacidad de disolver.

El alcohol absoluto (etanol anhidro) es el etanol que contiene una cantidad de agua inferior o igual al 1% en peso. En las estadísticas sobre la producción o el consumo, el alcohol absoluto indica el contenido (como etanol al 100%) de las bebidas alcohólicas (12).

Todas los pueblos del mundo descubrieron las bebidas alcohólicas a partir del fenómeno de la fermentación natural de frutas, leche y otros alimentos, y todas aprendieron a desarrollar intencionadamente y a controlar y perfeccionar dicho proceso. Por eso la ingestión de alcohol se presenta ligada a la historia del hombre y a las tradiciones de todos los pueblos (13).

El consumo de alcohol debe ser cuidado por los bebedores, ya que por lo contrario de la creencia común, no todos los tipos de alcohol se pueden ingerir, ya que hay algunos que por su composición pueden ser hasta tóxicos.

El alcohol es un sedante/hipnótico con efectos parecidos a los de los barbitúricos. Además de los efectos sociales de su consumo, la intoxicación alcohólica puede causar envenenamiento o incluso la muerte; el consumo intenso y prolongado origina en ocasiones dependencia o un gran número de trastornos mentales, físicos y orgánicos (12).

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumidos o por bebidas estándar consumidas. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) se ha establecido que una bebida estándar corresponde a aquella que contiene alrededor de 10 gr de alcohol, semejante a lo contenido en una lata de cerveza de 330 ml al 5% aproximadamente, una copa de vino de 140 ml al 12% o un vaso de destilados de 40 ml al 40% (14).

### **2.1.1 Datos y cifras**

Cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones (15).

El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos (15).

En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD) (15).

El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol (15).

Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos (15).

Recientemente se han determinado relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/sida (15).

Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto (15).

El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está

asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito (15).

Una proporción importante de la carga de morbilidad y mortalidad atribuibles al uso nocivo del alcohol corresponde a los traumatismos, sean o no intencionados, en particular los resultantes de accidentes de tránsito, actos de violencia y suicidios. Además, los traumatismos mortales atribuibles al consumo de alcohol tienden a afectar a personas relativamente jóvenes (15).

A nivel mundial el consumo nocivo de alcohol se encuentra dentro de los principales factores que contribuyen a una muerte prematura prevenible. La prevalencia anual en el 2012 para este consumo fue del 42%, tomando en cuenta que este consumo es considerado como legal en la mayoría de los países, pero al hacer un contraste con los demás tipos de drogas se puede apreciar que esta cifra es ocho veces mayor a la prevalencia anual de sustancias ilegales (5%) (14).

### **2.1.2 Factores que influyen en el consumo de alcohol y los daños relacionados con el alcohol**

La habituación alcohólica ha sido atribuida a causas relacionadas con el estrés, que provoca alteraciones en las relaciones social, familiar y económica de los sujetos expuestos a este riesgo; así como trastornos de la personalidad, rechazo al medio, evasión de conflictos e inmadurez emocional (16).

Tanto en el plano individual como en el social, se han identificado diversos factores que influyen en los niveles y hábitos de consumo de alcohol, así como en la magnitud de los problemas relacionados con el alcohol en las comunidades (15).

Los factores ambientales incluyen el desarrollo económico, la cultura y la disponibilidad de alcohol, así como la globalidad y los niveles de aplicación y cumplimiento de las políticas pertinentes. Para un nivel o hábito de consumo dado las vulnerabilidades de una sociedad podrían tener efectos diferenciales similares a los producidos en diferentes sociedades (15).

Si bien no existe un único factor de riesgo dominante, cuanto más factores vulnerables converjan en una persona, más probable será que esa persona desarrolle problemas relacionados con el alcohol como consecuencia del consumo de alcohol (15).

### **2.1.3 Descripción del consumo de alcohol y daños asociados**

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. En Europa una bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol. Aunque no en todos los países de la Región existe una definición de bebida estándar, en Estados Unidos y Canadá, una bebida estándar contiene entre 12 y 14 gramos de alcohol (17).

El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones (17).

El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres (17).

El consumo excesivo episódico o circunstancial (también llamado binge drinking), que puede resultar particularmente dañino para ciertos problemas de salud, implica el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola ocasión (17).

Los factores genéticos juegan un rol importante en el consumo perjudicial de alcohol y la dependencia; algunos genes incrementan el riesgo y otros lo disminuyen. Existe una interacción entre los genes y el entorno y las personas que beben más alcohol o que habitan en lugares donde se consume mucho alcohol corren más riesgo de presentar problemas de salud relacionados con el mismo. Cualquiera sea el nivel de consumo de alcohol, las mujeres presentan un riesgo superior, siendo las diferencias en la magnitud del riesgo variables entre diferentes enfermedades. Esto probablemente se deba al hecho de que, en comparación con los varones, las mujeres tienen una menor proporción de agua corporal en relación a su peso. Hasta un 25% del incremento en el riesgo de muerte que existe al comparar varones de

mediana edad pertenecientes a grupos socioeconómicos bajos con varones de mediana edad de grupos socioeconómicos altos, es atribuible al alcohol (17).

Con el término síndrome de dependencia del alcohol se ha descrito al trastorno crónico de la conducta, manifestado por un estado psíquico y físico, que conduce compulsivamente a ingestas excesivas de alcohol, de manera repetida, continua o periódica respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, para experimentar efectos psíquicos, los cuales acaban interfiriendo en la salud y las funciones socioeconómicas del bebedor (18).

La principal acción farmacológica del etanol es la depresión del sistema nervioso central. Los efectos sobre el mismo pueden comprender, dependiendo de la concentración de etanol en sangre, desde euforia e inhibiciones leves (menor de 50 mg/dl) hasta problemas graves de orientación y coordinación (entre 100 mg/dl y 300 mg/dl), llegando a provocar estados de coma y la muerte (más de 400 mg/dl). Existen distintas formas de consumo de alcohol que implican un riesgo o daño para la salud. Entre ellas, el consumo diario elevado y los episodios repetidos de beber hasta la intoxicación (19).

El consumo de riesgo se refiere a patrones de consumo que incrementan el riesgo de sufrir daños en la salud física, mental o social del consumidor o de terceros. La dependencia de alcohol constituye un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer como consecuencia del consumo repetido de alcohol. Los síntomas de dependencia incluyen el deseo intenso de consumir, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y síntomas físicos de abstinencia cuando se interrumpe el consumo (19).

#### **2.1.4 Test AUDIT**

El Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), fue desarrollado y evaluado a lo largo de un período de dos décadas, habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad y las diferentes culturas (20).

Al tratarse del primer test de screening diseñado específicamente para su uso en el ámbito de

la atención primaria, el AUDIT presenta las siguientes ventajas:

1. Una estandarización transnacional: El AUDIT ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países. Es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional (20);
2. Identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia (20);
3. Breve, rápido, y flexible (20);
4. Diseñado para el personal de atención primaria (20);
5. Es consistente con las definiciones de la CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol (20);
6. Se centra en el consumo reciente de alcohol (20).

## **2.2 Tabaco (tobacco)**

Preparado de las hojas de *Nicotiana tabacum*, una planta originaria de América de la familia de las Solanáceas. Su principal ingrediente psicoactivo es la nicotina (12).

### **2.2.1 Tabaquismo (Tabagisme)**

Término derivado del francés *tabagisme* que se refiere al estado del fumador que tiene una profunda dependencia de la nicotina y, por consiguiente, manifiesta síntomas de abstinencia intensos. Equivalente a síndrome de dependencia del tabaco (20).

El hábito de fumar está asociado a una gran variedad de cambios perjudiciales en la cavidad bucal, afecta absolutamente a todos sus elementos, altera el microambiente de esta y a su vez lo predispone, para que se presenten afecciones como: lesiones premalignas, cáncer bucal, estomatitis nicotínica, melanoma del fumador, cicatrización retardada de las heridas, lengua vellosa, halitosis y periodontopatías (21).

El hábito del tabaco es ampliamente aceptado en la sociedad, y a pesar de las campañas de educación acerca de las consecuencias funestas de este hábito, sigue siendo un problema de salud pública que se está generando desde la primera infancia, considerándose hoy día el tabaquismo una enfermedad adictiva, crónica y en algunos casos mencionado como una enfermedad pediátrica debido a que en promedio el inicio de este hábito está cerca de 12 y 17 años de edad (22).

### **2.2.3 Nicotina**

Es la principal sustancia psicoactiva, alcaloide, presente en el tabaco. Tiene efectos estimulantes y efectos relajantes. Dentro de los electroencefalogramas se ha demostrado que tiene un efecto de alerta. En algunos casos especiales eleva la capacidad de concentración. En otros casos reduce la ansiedad y la irritabilidad. La forma en que se consume la nicotina es en forma de humo de tabaco inhalado, tabaco de mascar o chicles de nicotina. La nicotina se absorbe rápidamente a nivel pulmonar y llega al cerebro en cuestión de segundos (20).

Según la OMS el tipo de consumo está asociado con el número de cigarrillos consumidos al día, así que se ha desarrollado como estrategia para evaluar el nivel de consumo asumiendo como factor principal la frecuencia diaria de consumo, sin tener en cuenta otros aspectos clave como la intensidad de la ingesta y los problemas asociados al consumo. Así de acuerdo con la OMS los fumadores se clasifican en leves, moderados y severos en la siguiente escala (20):

- Fumador leve: consume menos de 5 cigarrillos diarios;
- Fumador moderado: fuma un promedio de 6 a 15 cigarrillos diarios;
- Fumador severo: fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio (20).

Existe otro tipo de fumadores que no encajan en esta clasificación debido a que tienen un nivel de consumo bajo pero constante, denominados Chipping o fumadores light. Este tipo de fumadores parece estar protegido ante la adicción, pues cuentan con un grupo de factores protectores como con una alta valoración al éxito académico, locus de control interno, soporte social y bajo consumo de cigarrillo entre padres y amigos. Este es un ejemplo de las dificultades existentes para establecer una clasificación única que incluya a todo tipo de fumadores; por eso cada autor ha agrupado y denominado a los fumadores de forma distinta de acuerdo con criterios particulares para definir el nivel de consumo. En el caso de los

chipping en algunos estudios son llamados fumadores sociales, chippers o indulgentes y en otros se consideran como diferentes las tres clasificaciones sin explicar las razones para definir los parámetros usados en la misma (23).

### **2.2.3 Test de Fagerström**

El test de Fagerström de dependencia de la nicotina, está formado por seis ítems y ha sido validado con medidas fisiológicas del contenido de nicotina en sangre. La puntuación oscila entre 0 y 10. Puntuaciones altas (seis o más) indican un alto grado de dependencia; sin embargo, unas puntuaciones bajas no necesariamente indican un bajo grado de dependencia (24).

### **2.3 Síndrome de dependencia**

Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que pueden desarrollarse tras el consumo repetido de una sustancia. Normalmente, estos fenómenos comprenden: un poderoso deseo de tomar la droga, el deterioro del control de su consumo, el consumo persistente a pesar de las consecuencias perjudiciales, la asignación de mayor prioridad al consumo de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia y una reacción de abstinencia física cuando se deja de consumir la droga. Conforme a la CIE-10 (ICD-10), debe diagnosticarse un síndrome de dependencia si se han experimentado tres o más de los criterios especificados en el plazo de un año (12).

El síndrome de dependencia puede aplicarse a una sustancia concreta (p. ej., tabaco, alcohol o diazepam), a un grupo de sustancias (p. ej., opiáceos) o a una gama más amplia de sustancias con propiedades farmacológicas diferentes (25).

Abuso (abuse) (drogas, alcohol, sustancias, sustancias químicas o sustancias psicoactivas)  
Grupo de términos de uso extendido, pero con varios significados. En el DSM-III-R1, el “abuso de sustancias psicoactivas” se define como “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso”. Se trata de una categoría residual, siendo de elección el término “dependencia” cuando proceda. El término “abuso” se utiliza a veces con desaprobación para referirse a



cualquier tipo de consumo, particularmente, de drogas ilegales. Debido a su ambigüedad, este término no está recogido en el CIE-10 (ICD-10) (excepto en el caso de las sustancias que no producen dependencia, véase más adelante); las expresiones “consumo perjudicial” y “consumo de riesgo” (“hazardous use”) son equivalentes en la terminología de la OMS, si bien normalmente hacen referencia sólo a los efectos sobre la salud y no a las consecuencias sociales. La Office of Substance Abuse Prevention de Estados Unidos también desaconseja el empleo del término “abuso”, aunque expresiones tales como “abuso de sustancias” siguen utilizándose de forma extendida en Norte América para referirse generalmente a los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (25).

En otros contextos, se ha utilizado el término abuso para referirse a patrones de uso no autorizados o con fines no médicos, con independencia de sus consecuencias. Así pues, la definición publicada en 1969 por el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS fue “consumo excesivo, persistente o esporádico de drogas, que no es consecuente ni está relacionado con una práctica médica aceptable” (25).

## **2.4 Criterios para el abuso de sustancias**

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses (26):

1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa) (26).

2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia) (26).

3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia) (26).

4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la

sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física) (26).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia (26).

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

Establecer si existe uso y abuso de alcohol y tabaco en los diferentes postgrados de medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

#### **3.2 Objetivos Específicos**

**3.2.1** Determinar si existe uso y abuso de alcohol y tabaco en médicos residentes de primer año de los diferentes postgrados previo al inicio de su programa.

**3.2.2** Establecer si durante los primeros 6 meses de residencia el uso y abuso de alcohol y tabaco en médicos residentes aumento.

**3.2.3** Identificar cuáles son las especialidades que presenta el mayor abuso de alcohol y tabaco.

## **IV. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **4.1 Tipo y Diseño de Investigación**

Estudio tipo Analítico Longitudinal

### **4.2 Unidad de Análisis**

Médicos residentes de primer año que fueron aceptados en los postgrados de Medicina Interna, Cirugía, Traumatología y Ortopedia, Ginecología, Anestesiología, Pediatría, Patología, Psiquiatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para el año 2017.

### **4.3 Población**

Médicos residentes de primer año que fueron aceptados de los postgrados de Medicina Interna, Cirugía, Traumatología y Ortopedia, Ginecología, Anestesiología, Pediatría, Patología, Psiquiatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el año 2017.

### **4.4 Muestra**

#### **4.4.1 Tipo de muestra**

No Probabilística

#### **4.4.2 Selección de sujetos a estudio**

Por conveniencia, tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión.

### **4.5 Criterios de inclusión**

Médicos residentes de primer año de los postgrados de Medicina Interna, Cirugía, Traumatología y Ortopedia, Ginecología, Anestesiología, Pediatría, Patología, Psiquiatría que fueron aceptados por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el programa de postgrados del año 2017, que aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

#### 4.6 Criterios de exclusión

Médicos residentes de primer año que se retiraron de la residencia durante el año 2017.

Médicos residentes que fueron aceptados en el programa de residencia de las especialidades de Medicina Interna, Cirugía, Traumatología y Ortopedia, Ginecología, Anestesiología, Pediatría, Patología, Psiquiatría que no estuvieron presentes al momento en que se realizaron las encuestas.

#### 4.7 Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Indicador
Sexo	Diferencia biológica entre hombre y mujer basada en sus caracteres sexuales	Datos obtenidos del consentimiento informado	Cualitativa dicotómica	Hombre Mujer
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento	Datos obtenidos del consentimiento informado	Cuantitativa de razón	Años
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad	Datos obtenidos del consentimiento informado	Cualitativa	Católica, Evangélica, Mormona, Testigo de jehova, musulmana, Indú
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Datos obtenidos del consentimiento informado	Cualitativa	Casado Soltero
Especialidad Médica	Estudios cursados por un graduado o licenciado en Medicina en su período de postgrado	Datos obtenidos del consentimiento informado	Cualitativa	Medicina Interna, Cirugía, Traumatología y Ortopedia, Ginecología, Anestesiología, Pediatría, Patología, Psiquiatría
Uso de sustancias	Patrón de uso de drogas o alcohol que causa problemas en la vida de una persona	Datos obtenidos del cuestionario AUDIT y test de FAGERSTRÖM	Cualitativa	Alcohol Tabaco

<p>Abuso de Sustancias</p>	<p>Auto-indulgencia en el consumo y dependencia de una droga u otro químico que lleva a efectos que generan un deterioro en la salud física y mental de la persona que lo realiza, o el bienestar de otros.</p> <p><b>Dependencia:</b> Estado mental y físico patológico en que una persona necesita un determinado estímulo para lograr una sensación de bienestar; en el presente caso, el consumo de alcohol y tabaco.</p> <p><b>Consumo de riesgo:</b> Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor.</p> <p><b>Bajo riesgo de dependencia:</b> Situación en la cual el debido a sus hábitos de consumo, el bebedor corre poco riesgo de desarrollar dependencia a la bebida.</p>	<p>Datos obtenidos del cuestionario AUDIT y test de FAGERSTRÖM</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Alcohol Tabaco</p>
----------------------------	--	--	--------------------	---------------------------

#### 4.8 Técnicas utilizados en la recolección de datos.

Se llevó a cabo la recolección de datos por medio de una boleta de recolección de datos y los test AUDIT y FAGERSTROM que se les realizaron a médicos residentes de primer año de la primera maestría del programa de postgrado del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Se realizó la primera medición durante la inducción al programa de maestría y la segunda toma se realizó 6 meses después a ser expuestos a la residencia. La calificación en el test AUDIT para dependencia de alcohol se obtuvo por la suma de las 10 preguntas, si se obtiene un puntaje de 0 a 7 puntos el riesgo de dependencia es bajo, de 8 a 15 hay un consumo de riesgo y de 16 o más existe una posible dependencia. En la calificación para el test FAGERSTROM para dependencia a tabaco se obtuvo mediante la suma de las 6 preguntas, si se obtiene un puntaje menor a 4 es una dependencia baja, entre 4 y 7 una dependencia moderada y mas de 7 dependencia alta.

#### **4.9 Procedimiento para recolección de datos**

Médicos Residentes de Primer Año del 2017 de las Especialidades de Medicina Interna, Cirugía, Traumatología y Ortopedia, Ginecología, Anestesiología, Pediatría, Patología, Psiquiatría que laboran en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

#### **4.10 Instrumento para Recolección de Datos**

Consentimiento Informado

Escala AUDIT

Test de FAGERSTRÖM

#### **4.11 Plan de procesamiento y análisis de datos**

Tabulación de Datos Obtenidos en el Programa Numbers para Mac versión 3.6.2

Análisis de datos en programa Epi Info Versión 3.5.4

#### **4.12 Aspectos Éticos**

Se realizó un consentimiento informado en el cual los médicos residentes del primer año que decidieron participar marcaron en la casilla que si, en el cual no tuvieron que colocar nombre del participante y así se guardó con total confidencial la identidad del participante. Además, la investigación que se llevó a cabo de acuerdo a los tres principios éticos básicos que debe respetar una investigación en seres humanos, los cuales son: respeto a las personas, beneficencia, y justicia.

#### **4.13 Recursos**

Se contó con el recurso físico, las cuales fueron las instalaciones del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, así como recurso humano, que fueron los médicos residentes de primer

año del 2017 que fueron seleccionados para ingresar a los programas de postgrado de medicina del instituto.



## V. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

### 5.1 Presentación de resultados

**Tabla 1 Características epidemiológicas uso y abuso de alcohol y tabaco en médicos residentes de los programas de postgrado de medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social 2016 - 2017**

Variable		Porcentaje	
Edad promedio		26	
Sexo			
	Masculino	65	53
	Femenino	58	47
Estado civil			
	Soltero	117	95
	Casado	6	5
Lugar de Origen			
	Guatemala	96	78
	Huehuetenango	5	4
	Quetzaltenango	5	4
	Chiquimula	4	3
	Suchitepéquez	3	2
	San Marcos	2	2
	Alta Verapaz	2	2
	Izabal	1	1
	Escuintla	1	0.8
	Jutiapa	1	0.8
	Sacatepéquez	1	0.8
	Quiche	1	0.8
	Estados Unidos	1	0.8
Lugar de residencia			
	Guatemala	110	89
	Mixco	4	3
	No respondió	4	3
	Escuintla	2	2
	Chiquimula	1	1
	Villa Nueva	2	0.8
Religión			
	Católica	79	64
	Evangélica	29	24
	Ninguna	10	8
	No respondió	2	2
	Mormón	1	0.8
	Judía	1	0.8
	Adventista	1	0.8
<b>Total</b>		<b>123</b>	<b>100</b>

**Tabla 2 Especialidad médica. Uso y abuso de alcohol y tabaco en médicos residentes de los programas de postgrado de medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social 2016 - 2017**

<b>Variable</b>	<b>casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Especialidad Médica		
Medicina Interna	23	18
Pediatría	22	18
Ginecología	21	17
Cirugía	20	16
Traumatología	14	11
Anestesiología	13	11
Psiquiatría	4	3
Medicina Física y Rehabilitación	4	3
Patología	2	2
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100</b>

**Tabla 3 Uso y abuso tabaco en médicos residentes de los programas de postgrado de medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Octubre 2016 – Julio 2017**

<b>Test de FAGERSTÖM</b>				
	<b>Primer toma</b>		<b>Segunda toma</b>	
	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Fuma</b>				
NO	94	68	82	82
SI	29	32	18	18
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100</b>	<b>105*</b>	<b>100</b>

\*datos de segunda toma son menores ya que médicos marcaron no querer colocar dato

**Tabla 4 Dependencia al tabaco en médicos residentes de los programas de postgrado de medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Octubre 2016 – Julio 2017**

<b>Dependencia</b>	<b>Primer toma</b>		<b>Segunda toma</b>	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Baja	27	93	19	82
Moderada	2	7	4	18
Severa	0	0	0	0
<b>Total</b>	29	100	23*	100

Fuente: Cuestionarios Test de FAGERSTROM Y test AUDIT

\*datos de segunda toma son menores ya que médicos marcaron no querer colocar dato

**Tabla 5 Uso y abuso de alcohol en médicos residentes de los programas de postgrado de medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social octubre 2016 – Julio 2017**

	<b>Test AUDIT</b>			
	<b>Primer toma</b>		<b>Segunda toma</b>	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Consume bebidas alcohólicas				
Si	91	74	85	81
No	32	26	20	19
<b>Total</b>	123	100	105*	100

Fuente: Cuestionarios Test de FAGERSTROM Y test AUDIT

\*datos de segunda toma son menores ya que médicos marcaron no querer colocar dato

**Tabla 6 Dependencia al alcohol en médicos residentes de los programas de postgrado de medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social octubre 2016 – julio 2017**

<b>Dependencia</b>	<b>Primer Toma</b>		<b>Segunda Toma</b>	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Bajo Riesgo	74	81	63	74
Consumo de Riesgo	12	13	20	24
Posible consumo o Problema o Dependencia	5	5	2	2
<b>Total</b>	91	100	85	100

Fuente: Cuestionarios Test de FAGERSTROM Y test AUDIT

**Tabla 7 Especialidades con mayor uso y abuso de alcohol de los programas de postgrado de medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social octubre 2016 – Julio 2017**

Especialidad	Consume bebidas alcoholicas							
	Primer toma				Segunda toma			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%
Patología	1	50	1	50	2	100	0	0
Cirugia	17	85	3	15	17	95	1	5
Traumatologia y Ortopedia	12	86	2	14	11	86	1	14

\*datos de segunda toma son menores ya que médicos marcaron no querer colocar dato

**Tabla 8 Riesgo Relativo para variables fuma y consume bebidas alcoholicas en médicos residentes de los programas de postgrado de medicina del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Octubre 2016 - Julio 2017**

	RR	Intervalo de confianza 95%
<b>Fuma</b>	0.93	0.57 – 1.50
<b>Consume bebidas Alcoholicas</b>	1.09	0.95 - 1.26

\*Riesgo Relativo

## VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Durante las evaluaciones hubo poca participación de los residentes de las distintas especialidades, la cual fue más evidente en el segundo pase de las boletas, después de la primera evaluación realizada a los médicos residentes de primer año de Anestesiología, Psiquiatría, Medicina Física y Rehabilitación, Ginecología y Obstetricia, Patología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se encontró que el promedio de edad de los médicos es de 26 años con una predominancia del sexo masculino con un 52%, Así mismo un 95% de los participantes son solteros y el 4% indicaron estar casados. Un 64 refirieron religión católica seguida de la religión evangélica con un 23%. En relación al lugar de origen un 78% corresponden al departamento de Guatemala y respecto al lugar de residencia indicaron que un 88% reside en la ciudad de Guatemala.

En la primera evaluación un 67% de los participantes indicó que no fumaba mientras que un 32% indicó que si lo hacía. Entre los entrevistados que fuman se identificó que el 93% tiene una dependencia baja y un 6% moderada. Entre las especialidades que fuman se encontró Anestesiología con un 92%, con una dependencia moderada del 84% y una dependencia alta del 7%.

Mientras que en los resultados obtenidos en la variable de consumo de bebidas alcohólicas, un 74% indicó que consumía bebidas alcohólicas y un 25% no lo hacía, entre las personas que beben, se encontró que 81% tienen un bajo riesgo y un 13% un consumo de riesgo. Entre las especialidades que consumen más bebidas alcohólicas se encuentran Medicina física y rehabilitación en donde indicaron que todos consumían, pero con resultado que el 100% de ellos tiene un consumo de bajo riesgo seguido de Traumatología y Ortopedia en donde un 85% de los entrevistados indicaron consumir bebidas alcohólicas y de estos un 71% tienen un consumo de bajo riesgo y un 14% tienen un consumo de Riesgo previo a ingresar al programa de posgrado.

Entre las especialidades que mostraron menos consumo de bebidas alcohólicas, se encuentra Psiquiatría con 50%, seguido de Pediatría, con un 63% quienes indicaron consumir.

Para los resultados que se obtuvieron en la segunda toma para la variable fuman un 78 % de los médicos residentes de primer año indicaron que no fuman, mientras que el 22% indicó que si lo hacen. En los médicos residentes que indicaron que si fumaban el 83% se encontraron en dependencia baja y el 17% en dependencia moderada, ningún médico se encuentra en dependencia severa al consumo de tabaco.

En un estudio realizado en la Universidad autónoma de México acerca de adicciones en residentes los datos en porcentajes obtenidos sobre el consumo de tabaco en los 190 residentes médicos estudiados indicaron que 55% fuma o ha fumado, 44% nunca ha fumado y 1% no respondió (24). En los datos obtenidos hasta el momento en la investigación para la variable fuma las especialidades que más suman son medicina interna con un 27.7%, seguido de cirugía con un 27% y traumatología y ortopedia con 16.6%, mientras que las especialidades de psiquiatría, pediatría, medicina física y rehabilitación y patología ninguno de sus médicos fuma.

En el mismo estudio realizado en México se obtuvieron datos los patrones de consumo de alcohol indicaron que 41.2% de los consumidores son bebedores frecuentes, 37.6% bebedores moderados y 12.9% bebedores leves(24), en los datos obtenidos en este estudio para la variable consume bebidas alcohólicas el 64.4% de los médicos residentes indico que, si consume, mientras que el restante 35.6% indico que no lo hacía, en los resultados en la variable dependencia el 86.2% de los médicos residentes tiene una dependencia baja, el 10% tiene un consumo de riesgo y el 3.8% presento un problema de dependencia (24).

También que entre las tres especialidades que más consumen bebidas alcohólicas se encuentra traumatología y ortopedia, con un 91%, seguido de cirugía con un 90%, y anestesiología con un 80%, mientras que la especialidad que menos consume bebidas alcohólicas es ginecología con un 37.5% seguido por pediatría con un 38% (24).

Para la variable consume bebidas alcohólicas el 81% de los médicos residentes indico que, si consumían bebidas alcohólicas, En los médicos residentes que indicaron que si consumían bebidas alcohólicas el 74% se encuentra en dependencia baja de consumo de alcohol, el 24% se encontró en consumo de riesgo y el 2% en dependencia al alcohol.

Entre las especialidades que más consumen bebidas alcohólicas se encuentran patología en las cuales de 2 participantes los 2 indicaron que consumieron alcohol, pero estos dos se encontraron en bajo riesgo de dependencia, seguido por cirugía en donde el 94% indicó que consume, en esta maestría que el 50% se encontró en bajo riesgo de dependencia, el 44% en consumo de riesgo y el 6% en dependencia al alcohol y en tercer lugar en mayor consumo de alcohol entre las maestrías se encontró traumatología y ortopedia en donde el 92% consume, en los cuales el 91% se encontró con bajo riesgo de dependencia y el resto de participantes en consumo de riesgo.

De las maestrías que más aumento en el consumo de alcohol se encontró patología con un aumento del 50%, seguido por las maestrías medico quirúrgicas en donde cirugía aumento un 9% el consumo, seguido por traumatología y ortopedia con un aumento de 6%.

Mientras que para el consumo de tabaco en las maestrías en las cuales mayores descensos en el consumo fueron anestesia, seguido por ginecología y en tercer lugar traumatología y ortopedia, las únicas especialidades que aumentaron el consumo de tabaco fueron pediatría, cirugía y medicina interna.

Con los resultados que se obtuvieron en las boletas recolectadas en la primera y segunda evaluación el riesgo relativo para la variable fuma fue de 0.93 con un intervalo de confianza del 95% entre 0.57 – 1.50, y para la variable consume bebidas alcohólicas el riesgo relativo se encuentra en 1.09 con un intervalo de confianza de 95% entre 0.95 – 1.26

## **6.1 Conclusiones**

- 6.1.1** Existe uso de alcohol y tabaco en médicos residentes de primer año de los diferentes postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas y tendencia hacia el abuso de estas sustancias, identificado en la recopilación de información previo al inicio de su programa.
- 6.1.2** Durante los primeros 6 meses de residencia el uso y abuso de alcohol y tabaco en médicos residentes aumento, con un incrementó del 11% la dependencia media a fumar; el consumo de alcohol aumento 7%, el consumo de riesgo se aumentó en 11% y el 2% que presentan dependencia al alcohol.
- 6.1.3** Las especialidades que presenta el mayor consumo de bebidas alcohólicas se encuentran Medicina física y rehabilitación en donde todos consumían, la totalidad de estos tiene un consumo de bajo riesgo, seguido de Traumatología y Ortopedia en donde un 85% de los entrevistados indicaron consumir bebidas alcohólicas con 71% en consumo de bajo riesgo y 14% de consumo de riesgo previo a ingresar al programa de posgrado. Entre las especialidades que fuman se encontró Anestesiología con un 92%, con una dependencia moderada del 84% y una dependencia alta del 7%.



## **6.2 Recomendaciones**

- 6.2.1** Establecer horarios fijos de trabajo y descanso para prevenir el descuido de las relaciones interpersonales y familiares, ya que las especialidades médico-quirúrgicas fueron las que mayor aumento en el consumo de alcohol mostraron, valorar el retiro pos turno de los diferentes servicios para así mejorar el tiempo y calidad del descanso.
  
- 6.2.2** Crear campañas informativas respecto a los riesgos que los consumos de sustancias provocan no solo a nivel biológico, sino que también a nivel de los diferentes ámbitos de la vida, y para disminuir el estigma existente entre profesionales de salud hacia el consumo de sustancias, valorando el apoyo de psiquiatría con las diferentes especialidades para dar talleres informativos.
  
- 6.2.3** Socializar este estudio con las autoridades correspondientes para tomar las acciones pertinentes y mejorara así la calidad de vida de los residentes, desarrollando alternativas de distracción como la creación de ambientes que brinden espacios de recreación en las diferentes unidades médicas.

## VII. BIBLIOGRAFIA

1. Secretaria Distrital de Salud de Colombia. Protocolos de vigilancia en Salud Pública. 1998..
2. Organización Panamericana de la Salud. La salud mental en el mundo. 1997..
3. Velásquez J, Scoppetta O. Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carreras técnicas y tecnológicas de Santa Fe de Bogotá. Versión Preliminar ed.; 1998.
4. Lutsky I, Hopwood H. Use of psychoactive substances in three medical specialities anaesthesia, medicine and surgery. Can. J. Anesthes. 1994; 44(7):561-567.
5. Lutsky I, Hopwood H. Psychoactive substance use among American anesthesiologists: a 30 year retrospective study. Can. J. Anesth. 1993; 40(10):915-921.
6. World Health Organization. The smoking epidemic- A fire in the global village Who. press release WHO/; 2007.
7. Hurt. Tratar el tabaquismo e invertir la tendencia. Revista internacional de salud pública. 2009; 77(367).
8. Grossman D, Knox J, Jiménez J. Tabaquismo: actitudes de los médicos de Costa Rica y oportunidades de intervención. Bol OMS. 2009; 77(315):47-53.
9. Nelson D, Giovino G, Emont S, Brackbill R, Cameron P, Mowery P. Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses. JAMA. 1996; 271(16).
10. Hensrud D, Sprafka J. The smoking habits of Minnesota physicians. Am J Public Health. 1998 Jun; 83(3).
11. Ministerio de Salud. Dirección nacional de políticas del sector salud. Encuesta mundial de tabaco en jóvenes. Panamá; 2003.
12. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Términos de Alcohol y Drogas. Ginebra; Organización Mundial de la Salud; 2014.
13. Suisaba P. Antecedentes históricos del alcohol. Buenos Aires: Newsletter; 2009.
14. Ahumada-Cortez JG, Gámez-Medina ME, Valdez-Montero. El Consumo De Alcohol Como Problema De Salud Pública. Ra Ximhai. 2017 juli-diciembre; 13(2).
15. Organización Mundial de la Salud. Alcohol Nota descriptiva N°349. [Online].; 2016 [cited 2018 Octubre 08. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>.
16. Sarmiento R, Carbonell I, Plasencia C, Ducónger R. Patrones de consumo de alcohol en una población masculina de El Caney. MEDISAN. 2011; 15(4):495.

17. Organización Mundial de la Salud. Alcohol y atención primaria de la salud Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. [Online].; 2008 [cited 2018 Octubre 08. Available from: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_atencion\\_primaria.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf).
18. Knop J, Penick E, Jensen P, Gabrieli W, Mickel E, Ebdrup B. Predictors of alcoholism in sons of alcoholics at age 40. *European Psychiatry*. 2002; 17(1):140-148.
19. Babor T, Higgins J, Saunders J, Monteiro M. The Alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. WHO/MSD/MSB/. Segunda edición ed. Ginebra: World Health Organization; 2001.
20. Organización Mundial de la Salud. AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria. [Online].; 2001 [cited 2018 Octubre 10. Available from: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf).
21. Raviesas E, Márquez D, Rodríguez R, Rodríguez J, Bordón D. Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de la enfermedad periodontal y otras afecciones. *Rev Cubana Estomatol*. 2011; 48(3).
22. Medina M, Peña M, Cravioto P, Villatoro J, & Kuri P. Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud Pública de México*. 2002; 4(1).
23. Londoño C, Rodríguez I, Gantiva A. Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. *Divers.: Perspect. Psicol*. 2001; 7(2):281-291.
24. Consejo de Salubridad General. Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno, en el primer nivel de atención. Secretaría de Salud de México; 2009.
25. Belixán N, Miguens F. *Estupefacientes* Buenos Aires: Sicotrópicos Y Estupefacientes; 2014.
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2004.

## VIII. ANEXOS

### 8.1 Anexo 1 Consentimiento informado

#### **“Uso y Abuso de Alcohol y Tabaco En Médicos Residentes De Los Programas de Postgrado De Medicina Del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social”**

Investigador: Erick Josué Carrillo de León

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-

Centro de Atención Integral de Salud Mental -CAISM-

Usted esta siendo invitado a participar en este estudio de investigación, “Uso y Abuso de Alcohol y Tabaco En Médicos Residentes De Los Programas de Postgrado De Medicina Del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social”. Estoy investigando sobre el uso y abuso de alcohol y tabaco en médicos residentes. Le brindare información e invitarlo a participar. Deténgame según le informo si le surge alguna duda.

El abuso o uso indebido de sustancias es uno de los problemas más graves en la sociedad actual ya que se asocia a daños en la salud del consumidor, aumento en la demanda de servicios, altos índices de incapacidad social y laboral, a fenómenos delictivos.

En el ámbito mundial se han realizado diversos estudios sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de medicina de postgrado encontrando mayor prevalencia en las especialidades de cirugía, medicina interna y anestesia con un 14,4 %, 19,9 % y 16,8 % respectivamente. Las sustancias más frecuentemente usadas fueron marihuana 54,7 %, anfetaminas 32,9 % y benzodiacepinas 25,1 %. Entre anesthesiólogos un estudio retrospectivo de 30 años llevado a cabo en Norteamérica mostró una prevalencia de vida del 91,6 % para alcohol, para la marihuana la prevalencia de vida fue del 30,8 % y para la cocaína del 9,4 %. El 15,8 % de estos cumplían criterios para dependencia de sustancias. En América Latina, se han realizado múltiples trabajos para determinar la prevalencia del tabaquismo en los trabajadores de la salud , en especial del personal médico, obteniéndose resultados que no son tan alentadores si se trata de lograr una disminución de este hábito y adicción mortal.

Se le realizará dos cuestionarios: El test AUDIT, siglas en inglés de Alcohol Use Disorders Identification Test, permite evaluar la dependencia del consumo de alcohol que presenta un individuo y El test Fagerström que se utiliza para evaluar el grado de dependencia física de un fumador a la nicotina.

Si decide participar se guardara confidencialidad y anonimato de la persona que resuelva el cuestionario.

He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas

que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme o negarme a participar en la investigación sin que me afecte en alguna manera.

Estoy de acuerdo en participar Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

#### Datos Generales

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

Originario: \_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Casado: \_\_\_\_ Soltero: \_\_\_\_ Unido: \_\_\_\_ Viudo: \_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Fuma: Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_ Consume bebidas alcohólicas: Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

## 8.2 Anexo 2 test AUDIT

### AUDIT

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que le agradecemos su honestidad.

Para cada pregunta en la tabla siguiente, marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta.

NOTA: En los Estados Unidos *una bebida* se refiere a cualquier bebida que contiene aproximadamente 14 gramos de etanol o alcohol puro. Las bebidas que siguen a continuación son de diferentes tamaños sin embargo su contenido de alcohol es el mismo. Es por eso que todas son consideradas *una bebida*:



Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
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	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	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	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
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	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
					<b>Total</b>

**Nota:** Este cuestionario (el AUDIT) se reimprime con permiso de la Organización Mundial de la Salud y la Generalitat Valenciana Conselleria de Benestar Social. Para reflejar las medidas de consumo en los Estados Unidos (14 gramos de alcohol puro), la cantidad de tragos en la pregunta 3 fue cambiada de 6 a 5. En el sitio [www.who.org](http://www.who.org) está disponible en forma gratuita un manual AUDIT con guías para su uso en la atención primaria.

## 8.3 Anexo 3 test FAGERTROM



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**Nombre**

**Fecha**

**Unidad/Centro**

**Nº Historia**

### **DEPENDENCIA DE LA NICOTINA - TEST DE FAGERSTRÖM –**

**Población diana:** Población general fumadora. Se trata de una escala **heteroadministrada** de 6 ítems que valora la dependencia de las personas a la nicotina. Los puntos de corte son 4 y 7, donde menos de 4 es una dependencia baja, entre 4 y 7 es una dependencia moderada y más de 7 es una dependencia alta.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	hasta 5 minutos	3
	entre 6 y 30 minutos	2
	31 - 60 minutos	1
	más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 ó menos	0
	11 - 20	1
	21 - 30	2
	31 o más	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
<b>Puntuación Total</b>		

### **Bibliografía**

- Fagerstrom KO Measuring degree of physical dependence to tobacco smokin with reference to individualization of treatment. Addict Behav 1978;3(3-4):235-41
- Carrasco, TJ Luna, M Vila, J Validez del Fagerstrom Tolerance Questionnaire como medida de dependencia física de la nicotina: una revisión. Rev Esp Drogodependencias 1994; 19(1):3-14.
- Lee EW, D'Alonzo GE. Cigarette smoking, nicotine addiction, and its pharmacologic treatment. Arch Intern Med 1993 Ene 11; 153(1):34-48.
- Cordoba, R Martin, C Casas, R Barbera, C Botaya, M Hernández, A Jane, C Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. Aten Primaria 2000 Ene; 25(1):32-6.

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "USO Y ABUSO DE ALCOHOL Y TABACO EN MÉDICOS RESIDENTES DE LOS PROGRAMAS DE POSTGRADO DE MEDICINA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.