

Consumo problemático de alcohol asociado a consumo de cigarrillo en población masculina de Bucaramanga (Colombia)

Alcohol problem use associated with cigarette smoking in male population in Bucaramanga (Colombia)

Jaider Alfonso Barros-Bermúdez, M. D.¹, Germán Eduardo Rueda-Jaimes, M. D.¹, Luis Alfonso Díaz-Martínez, M. D., M. S.¹, Edwin Herazo, M.D., M.S. (c)², Adalberto Campo-Arias M. D.²

Resumen

Objetivo: Estimar la prevalencia y explorar algunas variables relacionadas con el consumo problemático de alcohol en una muestra de varones de la población general de Bucaramanga, Colombia.

Materiales y método: Se diseñó un estudio transversal donde se investigaron variables sociodemográficas, consumo diario de café, trastornos mentales comunes y consumo problemático de alcohol. El consumo problemático de alcohol se cuantificó con el cuestionario CAGE (dos o más respuestas afirmativas). Se utilizó regresión logística para ajustar las asociaciones.

Resultados: En esta investigación participaron un total de 756 varones; la media para la edad fue 37,3 años (DE=14,4) y de 9,9 años (DE=4,2) para la escolaridad formal. Un 54,6% estaban casados; 76,8% eran empleados; 18,6% informaron sobre consumo diario de cigarrillo; 45,9%, consumo diario de café; 9,5%, trastornos mentales comunes; y 10,0% (IC95% 7,9-12,1), consumo problemático de alcohol. El consumo diario de cigarrillo (OR=2,1; IC95% 1,4-3,6) se asoció a consumo problemático de alcohol después de ajustarlo por la presencia de trastornos mentales comunes.

Conclusiones: Uno de cada diez varones en Bucaramanga, Colombia, presenta consumo problemático de alcohol, pero sólo el consumo diario de cigarrillo se relacionó con el consumo problemático de alcohol. Se necesitan más investigaciones.

Palabras clave: Trastornos relacionados con alcohol, prevalencia, hombres, estudio transversal.

Fecha de recepción: 13 de enero de 2009
Fecha de aceptación: 12 de febrero de 2009

¹ Grupo de Neuropsiquiatría UNAB, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga (Colombia). jbarros@unab.edu.co

² Grupo de Investigación del Comportamiento Humano, Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá (Colombia). campoarias@comportamientohumano.org

Correspondencia: Calle 157 n.º 19-55, Cañaveral Parque, Bucaramanga, Santander (Colombia).

Abstract

Objective: *To estimate the prevalence and explore some correlates of alcohol problem use in a sample of men from the general population of Bucaramanga, Colombia.*

Materials and method: *A cross-sectional study was designed. Demographic variables, daily cigarette smoking, daily coffee drinking, common mental disorders and alcohol problem use were investigated. Alcohol problem use was measured with the CAGE questionnaire (two or more affirmative answers). Logistic regression model was calculated to adjust associations.*

Results: *A total of 756 men participated in this research. The mean age was 37.3 years (SD=14.4), and mean years of education 9.9 years (SD=4.2); 54.6% were married; and 76.8% were employed; 18.6% reported daily cigarette smoking; 45.9% daily coffee intake; 9.5% common mental disorders; and 10.0% (95%CI 7.9-12.1) scored for alcohol problem use. Daily cigarette smoking (OR=2.1, 95%CI 1.4-3.6) was associated with alcohol problem use, adjusted for common mental disorders.*

Conclusions: *One each ten men in Colombia reports alcohol problem use. Only daily cigarette smoking is related to alcohol problem use. More studies are needed.*

Keywords: Alcohol-related disorders, prevalence, men, cross-sectional study.

INTRODUCCIÓN

En Colombia, el alcohol es una de las sustancias, legal o ilegal, que más consume la población general, en particular los hombres (1). El uso de alcohol goza de gran aceptación y se promueve el consumo socialmente en diferentes formas como un indicador de masculinidad (2).

Para la mayoría de las personas, tanto varones como mujeres, el consumo de alcohol es la primera sustancia que se experimenta y la última que se abandona en el curso de la vida (1). El mayor número de personas que consumen alcohol lo hacen dentro de un contexto social sin mayores repercusiones en la vida del individuo y de la sociedad (3). Sin embargo, un número importante de personas presentan, particularmente en varones, un consumo problemático de alcohol, consumo abusivo de alcohol o alto riesgo de dependencia al alcohol (4). El consumo problemático de alcohol se asocia a otros problemas importantes para la salud pública. El consumo problemático de alcohol se relaciona significativamente con consumo de cigarrillo (5), consumo de café (5) y con la presencia de trastornos mentales comunes (6).

En el mundo, aproximadamente, el 7,0% de los varones presentan un consumo problemático de alcohol, alto riesgo de abuso o dependencia cuando se cuantificó con el cuestionario CAGE (7, 8). Sin embargo, en Colombia se observó que algo más de un cuarto de la población masculina presentaba consumo problemático de alcohol (1). Por lo que se considera una materia importante de salud pública, que se explica por la compleja interacción de variables biológicas, sociales, culturales, económicas y políticas (9-11).

En varones, el consumo problemático de alcohol guarda una asociación estadísticamente significativa con morbilidad y mortalidad, lo mismo que con violencia intrafamiliar y otras formas de violencia en la comunidad general (12). De igual manera, el consumo problemático de alcohol incrementa en forma notable el riesgo de suicidio en varones vulnerables (13).

Se necesita estimar la asociación entre variables como el consumo de cigarrillo, el consumo de café y la presencia de trastornos mentales comunes y consumo problemático de alcohol en varones colombianos con el propósito de diseñar estrategias integrales específicas a este grupo poblacional para prevenir el consumo o promover el abandono donde hay mayor riesgo (14).

El objetivo de este informe es presentar la prevalencia y algunas variables relacionadas con el consumo problemático de alcohol en una muestra probabilística de varones adultos del área urbana de Bucaramanga, Colombia.

MÉTODO

Se diseñó un estudio transversal que aprobó el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia, que calificó la investigación como de riesgo mínimo para los posibles participantes. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado después de conocer los objetivos del estudio, según las normas colombianas para la investigación en salud.

Se realizó un muestreo probabilístico de múltiples etapas. Para este proceso se tomaron en forma aleatoria un total de 3.670

predios de los 64.206 registrados en el Plan de Ordenamiento Territorial de la ciudad de Bucaramanga. Cuando existía más de una residencia en cada predio, se tomaba una y en cada hogar se hacía un listado de las personas adultas entre 18 y 65 años, para definir la participación de una de ellas en el estudio. Estas selecciones se hacían al azar con listas de números aleatorios extraídas en Epi-Info 6,04 (15). Fueron solicitados hombres adultos entre 18 y 65 años, residentes en el área urbana de la ciudad y que aceptaran participar en el estudio. Se excluyeron los hombres con discapacidades físicas y cognitivas evidentes.

El formulario preguntaba características demográficas, presencia de una enfermedad médica, consumo de cigarrillo durante el último mes, consumo diario de café durante el último mes, trastornos mentales comunes (con el Cuestionario General de Salud, GHQ-12, por su sigla en inglés, punto de corte 11, según la validación para América Latina) (16) y consumo problemático de alcohol, consumo abusivo de alcohol o riesgo de dependencia de alcohol (mediante la aplicación del cuestionario CAGE, por su sigla en inglés, punto de corte 2) (17). El GHQ-12 es un instrumento autoaplicado que consta de doce ítems de respuestas ordinales, validado por la Organización Mundial de la Salud en diferentes países, incluida Latinoamericana. Este cuestionario muestra excelente consistencia interna (16). El cuestionario CAGE debe su nombre a un acrónimo en inglés que alude a la crítica social (C), los sentimientos de culpa (A), ingesta matutina (G) y la necesidad percibida de abandonar el consumo de alcohol (E). Este cuestionario muestra un buen comportamiento psicométrico, sensibilidad, especificidad y consistencia interna, en diferentes

contextos y países (17), incluso adultos de la comunidad general de Bucaramanga (18).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas, en el que se tomó como variable dependiente el consumo problemático de alcohol; como variables independientes se tomaron la presencia de un diagnóstico médico, el consumo de diario de cigarrillo, el consumo de café y la presencia de trastornos mentales comunes. Las variables demográficas se pensaron como covariables, por si era necesario incluirlas en el modelo multivariado final.

En el análisis bivariado se estimaron razones de disparidad (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%). Para ajustar las asociaciones estadísticamente importantes se usó regresión logística, con la bondad del ajuste propio de la prueba de Hosmer-Lemeshow. Se tomaron como significativas diferencias con valores de probabilidad menores del 5,0%. Todos los cálculos se realizaron en el programa STATA para Windows 9,0.

RESULTADOS

La media para la edad del grupo que participó fue 37,3 años (DE=14,4) y para los años de escolaridad, 9,9 años (DE=4,2). Un total de 413 de los participantes (54,6%) informaron tener una relación de pareja estable (casado o unión libre); 581 (76,8%) eran empleados; 546 (72,2%) residían en estrato medio o alto; 99 (13,1%) refirieron el diagnóstico de una enfermedad médica; 347 (45,9%), manifestaron consumo diario de café durante el último mes; 72 (9,5%), trastorno mental común; 141 (18,6%), consumo diario de cigarrillo, y 76 (10,0%; IC95% 7,9-12,1), uso problemático de alcohol. El GHQ-12

y el cuestionario CAGE mostraron consistencia interna en el rango que se esperaba, 0,760 y 0,799, respectivamente. La asociación entre las variables que se estudiaron y el uso problemático de alcohol se presentan en la tabla 1.

El consumo diario de cigarrillo mantuvo una asociación estadísticamente significativa al consumo problemático de alcohol (OR=2,13, IC95% 1,26-3,61), aún después de ajustar por la presencia de trastorno mental común (prueba de la bondad del ajuste de Hosmer-Lemeshow, $X^2=0,33$; grados de libertad=4; $p=0,846$).

DISCUSIÓN

La presente investigación muestra que el 10% de los varones adultos de Bucaramanga, Colombia, presentan consumo problemático de alcohol, consumo abusivo alto o alto riesgo de dependencia al alcohol, lo cual se asocia significativamente al consumo diario de cigarrillo.

La frecuencia de consumo problemático de alcohol o riesgo de alcoholismo varía según la forma de cuantificación. La prevalencia de consumo problemático de alcohol en el presente estudio es superior, si se com-
para

Tabla 1.
Asociación entre variables estudiadas y uso problemático de alcohol en varones adultos de Bucaramanga (Colombia)

Variable	UPA* (%)	No UPA* (%)	OR	IC95%	P
Pareja estable					
No	40 (52,6)	303 (45,6)	1,38	0,86-2,21	0,180
Sí	36 (47,4)	377 (54,4)	1	-	
Empleo					
No	20 (26,3)	155 (22,8)	1,20	0,71-2,07	0,490
Sí	56 (73,7)	525 (77,2)	1	-	
Estrato					
Medio-alto	56 (73,7)	490 (70,1)	1,08	0,64-1,84	0,764
Bajo	20 (26,3)	190 (29,9)	1	-	
Diagnóstico médico					
No	69 (90,8)	588 (86,5)	1,54	0,70-3,45	0,290
Sí	7 (9,2)	92 (13,5)	1	-	
Consumo de cigarrillo					
Sí	24 (31,6)	117 (17,2)	2,22	1,32-3,75	0,003
No	52 (68,4)	563 (82,8)	1	-	
Consumo de café					
Sí	30 (39,5)	317 (46,6)	0,74	0,46-1,21	0,236
No	46 (60,5)	363 (53,4)	1	-	
Trastorno mental					
Sí	12 (12,9)	60 (8,8)	1,93	1,00-3,76	0,050
No	64 (87,1)	620 (91,2)	1	-	

* UPA: uso problemático de alcohol.

Fuente: Datos tabulados por los autores.

ra con otras investigaciones que usaron el cuestionario CAGE y el mismo punto de corte. Por ejemplo, Poulin et al. observaron una prevalencia de 7,0% en hombres canadienses mayores de 15 años (7) y Guerrini et al. encontraron en 7,1% en hombres italianos (8). No obstante, la cifra que se presenta es muy inferior al promedio colombiano. Posada et al. informaron que el 26,6% de los hombres colombianos presentaba alto riesgo de abuso o dependencia de alcohol (1).

El consumo de cigarrillo muestra en la presente investigación una relación importante con el consumo problemático de alcohol. En la misma dirección, en población general, Mohan et al., De León et al. y Husky et al. encontraron una asociación significativa entre consumo de cigarrillo y consumo de alcohol en población (19-21).

En el presente estudio se observó que el consumo de café era independiente del consumo problemático de alcohol. Sin embargo, Hughes et al. y Kozlowski et al. hallaron una correlación significativa entre la dependencia a la cafeína y la dependencia al alcohol (22, 23). Es posible que las diferencias en el método expliquen estas diferencias; no obstante, es necesario corroborar estos hallazgos en futuras investigaciones.

La presencia de trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión) no mostró asociación relevante con el consumo problemático de alcohol. Este dato es consistente con los hallazgos de Haynes et al., pues observaron que los síntomas de ansiedad y depresivos no incrementaban el riesgo de consumo problemático de alcohol, ni que la presencia de consumo problemático de alcohol era un factor de riesgo para síntomas ansiosos y depresivos (24). Sin embar-

go, Cheng et al. observaron en un estudio longitudinal que la presencia de trastorno de ansiedad incrementaba el riesgo de alcoholismo (25); y Manninen et al., asociación con síntomas depresivos (26).

El consumo problemático de alcohol y otros comportamientos de riesgo relacionado con la salud frecuentemente se presentan en el mismo grupo de personas (27). Este patrón de comportamiento que compromete la salud física y emocional se asocia a factores predisponentes, genéticos y medioambientales. Los factores sociales y culturales juegan un rol determinante en el inicio del consumo de alcohol en varones colombianos (28).

Es necesario reducir el consumo problemático de alcohol en varones. Estas intervenciones deben iniciarse desde la edad escolar e incluir una perspectiva particular para los varones (29). En Colombia y América Latina persiste la asociación de consumo de alcohol y el estereotipo de masculinidad (2). Sin duda, la morbilidad y la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol son directamente proporcionales a la cantidad y el tiempo de duración del mismo (30). Este consumo es superior en varones que en mujeres (4).

Este estudio muestra la prevalencia de consumo de alcohol en una muestra probabilística que se tomó de la población general. No obstante, presenta las limitaciones propias de una encuesta transversal que solo muestra asociación, no dirección de causalidad, y el uso de escalas que no hacen diagnóstico preciso, a pesar de contar con validación para la población de Bucaramanga, únicamente dan una aproximación de la variable estudiada.

Se concluye que, aproximadamente, uno de cada diez varones del área urbana de Bucaramanga presenta consumo problemático de alcohol. Quienes consumen cigarrillo a diario muestran un riesgo dos veces mayor de consumo problemático de alcohol. Se necesitan intervenciones para reducir el consumo del alcohol en varones con el propósito de reducir el impacto negativo sobre la salud pública.

Conflicto de intereses: ninguno.

Agradecimientos

El Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (Colciencias) y la Dirección de Investigaciones de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia, financiaron esta investigación (código 12410416422 y contrato RC401-2004).

REFERENCIAS

1. Posada JA, Torres Y. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, Colombia, 1993. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1995.
2. Glantz-Wright NM, Martínez-Hernández I, Tinoco-Ojanguren R, De León-Ruiz P. "Si no tomara él". El consumo de alcohol y su papel en las relaciones de pareja. *Salud Mental* 2004;27:50-6.
3. Díez JP. El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Rev Esp Salud Pública* 1998;72:251-66.
4. Herrán OF, Ardila MF, Barba DM. Consumo problemático de alcohol en Bucaramanga, Colombia: diseño y validación de una prueba. *Biomédica* 2008;28: 25-37.
5. Amit Z, Weiss S, Smith BR, Markevitch S. Use of caffeine-based products and alcohol in relation to the consumption of alcohol. *Eur Addiction Res* 2004;10: 22-8.
6. Patel V. Alcohol use and mental health in developing countries. *Ann Epidemiol* 2007;17:S87-S92.
7. Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. *CMAJ* 1997;157:1529-35.
8. Guerrini I, Gentili C, Guazzelli M. Alcohol consumption and heavy drinking: a survey in three Italian villages. *Alcohol Alcohol* 2006;41:336-40.
9. Hettema JM, Corey LA, Kendler KS. A multivariate genetic analysis of the use of tobacco, alcohol, and caffeine in a population based sample of male and female twins. *Drug Alcohol Depend* 1999;57:69-78.
10. Gillespie NA, Kendler KS, Prescott CA, Aggen SH, Gardner CO Jr, Jacobson K, et al. Longitudinal modeling of genetic and environmental influences on self-reported availability of psychoactive substances: alcohol, cigarettes, marijuana, cocaine and stimulants. *Psychol Med* 2007;37:947-59.
11. Kendler KS, Schmitt E, Aggen SH, Prescott CA. Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:674-82.
12. D'Costa G, Nazareth I, Naik D, Vaidya R, Levy G, Patel V, et al. Harmful alcohol use in Goa, India, and its associations with violence: a study in primary care. *Alcohol Alcohol* 2007;42:131-7.
13. Mukamal KJ, Kawachi I, Miller M, Rimm EB. Drinking frequency and quantity and risk of suicide in men. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:153-60.
14. Nilssen O. Long-term effect of brief intervention in at-risk alcohol drinkers: A 9-year follow-up study. *Alcohol Alcohol* 2004;39:548-51.
15. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Burton AH, Brendel KA, Smith DC, et al. Epi Info 6.04c. A word processing, database, and statistical program for public health. Center for Disease Control and Prevention (Atlanta,

- USA), and World Health Organization (Geneva, Switzerland); 1997.
16. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two version of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997;27:191-7.
 17. Ewing JA. Detecting alcoholism –The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984;252:1905-7.
 18. Herrán OF, Ardila MF. Validez interna y reproducibilidad de la prueba de CAGE en Bucaramanga, Colombia. *Biomédica* 2005; 25:231-41.
 19. Mohan D, Chopra A, Sethi H. The co-occurrence of tobacco & alcohol in the general population of Metropolis Delhi. *Indian J Med Res* 2002;116:150-4.
 20. De León J, Rendón DM, Baca-García E, Aizpuru F, González-Pinot A, Anitua C, et al. Association between smoking and alcohol use in the general population: stable and unstable Odds Ratios across two years in two different countries. *Alcohol Alcohol* 2007;42:252-7.
 21. Husky MM, Paliwal P, Mazure CM, McKee SA. Gender difference in association with use substance use diagnosis and smoking. *J Addiction Med* 2007;1:161-4.
 22. Kozlowski LT, Henningfield JE, Keenan RM, Lei H, Leigh G, Jellinek LC, et al. Patterns of alcohol, cigarette, and caffeine and other drug use in two drug abusing populations. *J Subst Abuse Treat* 1993;10:171-9.
 23. Hughes JR, Oliveto AH, MacLaughlin M. Is dependence on one drug associated with dependence on other drugs? The cases of alcohol, caffeine and nicotine. *Am J Addict* 2000;9:196-201.
 24. Haynes JC, Farrell M, Singleton N, Meltzer H, Araya R, Lewis G, et al. Alcohol consumption as a risk factor for anxiety and depression. *Br J Psychiatry* 2005;187:544-51.
 25. Cheng ATA, Gau S-F, Chen THH, Chang J-C, Chang YT. A 4-year longitudinal study on risk factor for alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:184-91.
 26. Manninen L, Poikolainen K, Vartiainen E, Laatikainen T. Heavy drinking occasions and depression. *Alcohol Alcohol* 2006;41:293-6.
 27. Rohrer JE, Pierce JR, Blackburn C. Lifestyle and mental health. *Prev Med* 2005;40:438-43.
 28. Reynolds CA, Barlow T, Pedersen NL. Alcohol, tobacco and caffeine use: Spouse similarity processes. *Behav Gen* 2006;36:201-15.
 29. McCambridge J, Jenkins RJ. Do brief interventions which target alcohol consumption also reduce cigarette smoking? Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2008;96:263-70.
 30. Rehm J, Room R, Taylor B. Method for moderation: measuring lifetime risk of alcohol-attributable mortality as a basis for drinking guidelines. *Int J Methods Psychiatr Res* 2008;17:141-51.