

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

FACULDADE DE MEDICINA E ODONTOLOXÍA

TRABAJO FIN DE GRAO DE ODONTOLOGÍA



Título del TFG:

Consumo de alcohol y actitud ante el abandono del hábito, entre estudiantes de medicina y odontología de una Universidad del Noroeste de España.

AUTOR

Alba Pérez González

TUTOR

Mario Pérez-Sayáns García

COTUTOR

Alejandro Ismael Lorenzo Pouso

Departamento:

Departamento de Cirugía y Especialidades Médico-Quirúrgicas

Curso académico:

2019-2020

Convocatoria:

Primera, Julio 2020

Agradecimientos

Me gustaría en estas líneas expresar mi más profunda y sincera gratitud a todas las personas que han hecho posible este proyecto, en especial al doctor Mario Pérez-Sayáns por el empeño y paciencia que empleó conmigo, así como por la motivación y conocimiento que me aportó. También al doctor Ismael Lorenzo Pouso por su dedicación y apoyo. El ánimo y las facilidades que me ofrecieron durante esta etapa fue clave.

A la asociación de estudiantes de Odontología, AEOS, por las muestras proporcionadas para los participantes y a todos los estudiantes que han participado en este estudio.

A mis padres, de ellos aprendí las lecciones más importantes de la vida y crearon en mí una necesidad continua de superación personal.

A mi familia, que siempre me ha ayudado y apoyado en mis decisiones.

A mis mejores amigos, en especial a Álvaro y a mi pareja por haber estado a mi lado y haber escuchado tantas veces mis reflexiones sobre este estudio.

A todos ellos y a los que leáis y espero, disfrutéis, este trabajo, gracias.

Resumen

Introducción: El trastorno por consumo de alcohol (AUD) se diagnostica cuando existe un consumo de alto riesgo. El alcohol es un factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos como el cáncer oral o hepático. Su uso nocivo provoca unos tres millones de muertes en el mundo, ostentando la Unión Europea la tasa más alta de consumo. En España, es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad, no obstante, entre los estudiantes de ciencias de la salud pocos estudios han abordado este tema.

Objetivos: Analizar entre los estudiantes de Odontología y Medicina de la USC el consumo de alcohol y sus conocimientos con relación a sus efectos, sus percepciones y actitudes, además del estado de cambio en el que se encuentran con relación a prestar asistencia para dejar el alcohol.

Material y métodos: se realizó un estudio transversal mediante una encuesta diseñada específicamente. Se analizó estadísticamente mediante el programa SPSS v.24.0.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 47% en medicina y del 74.2 % en odontología. De 500 participantes, el 85.9 % padecen AUD entre los cuales el 75 % son mujeres ($p < 0.001$), siendo el género femenino un factor de riesgo independiente ($OR=2.63$). La mayoría no alcanza la calificación de apto, mejorando los conocimientos en los cursos más altos ($p < 0.001$). Los alumnos de odontología tienen más carencias con respecto a la patología general y los de medicina respecto a la patología oral ($p < 0.001$). La mayoría cree que identificar AUD y asesorarlos es de su competencia, no obstante, no alcanzan las competencias necesarias. El 58.2 % se encuentra en etapa de cambio, el 63.3 % de medicina frente al 49.1 % de odontología ($p < 0.001$) mejorando ésta cuando mejoran los conocimientos en patología general.

Conclusiones: Sería necesario revisar los planes de estudio con relación al alcohol en ambos grados debido al elevado consumo y la falta de formación observada.

Palabras clave: consumo de alcohol, morbilidad, patología relacionada con el alcohol, prevención, estudiantes universitarios, odontología, medicina, etapas de cambio

Resumo

Introdución: O trastorno por consumo de alcol (AUD) diagnósticase cando hai un consumo de alto risco. O alcol é un factor causal de máis de 200 enfermidades e trastornos como o cancro oral ou hepático. O seu uso nocivo causa ao redor de tres millóns de mortes no mundo, mostrando a Unión Europea a maior taxa de consumo. En España, é unha das principais causas evitables de morbilidade e mortalidade, con todo, entre estudantes de ciencias da saúde, poucos estudos abordaron esta cuestión.

Obxectivos: Analizar o consumo de alcol e os seus coñecementos en relación aos seus efectos, percepcións e actitudes entre os estudantes de Odontoloxía e Medicina da USC, ademais do estado de cambio en que se atopan en relación a prestar asistencia para deixar o alcol.

Material e métodos: realizouse un estudo transversal empregando un levantamento especificamente deseñado. Analizouse estatisticamente mediante SPSS v.24.0.

Resultados: A taxa de resposta foi do 47% en medicina e do 74,2% en odontoloxía. De 500 participantes, o 85,9% sofre AUD, entre os que o 75% son mulleres ($p < 0,001$), sendo o xénero feminino un factor de risco independente ($OR = 2,63$). A maioría non acadan a cualificación de apto, mellorando o coñecemento nos cursos máis altos ($p < 0,001$). Os estudantes de odontoloxía teñen máis deficiencias con respecto á patoloxía xeral e os de medicina con respecto á patoloxía oral ($p < 0,001$). A maioría cre que identificar AUD e asesoralos é da súa competencia, non obstante non alcanzan as competencias necesarias. O 58,2% está en fase de cambio, o 63,3% en medicina fronte ao 49,1% en odontoloxía ($p < 0,001$), mellorando esta etapa cando mellora o coñecemento en patoloxía xeral.

Conclusións: Sería necesario revisar os plans de estudo sobre o alcol en ambos graos debido ao alto consumo e á falta de formación observada.

Palabras chave: consumo de alcol, morbilidade, patoloxía relacionada co alcol, prevención, estudantes universitarios, odontoloxía, medicina, etapas do cambio

Summary

Introduction: Alcohol use disorder (AUD) is diagnosed when there is a high-risk consumption. Alcohol is a causal factor of more than 200 diseases and disorders such as oral or liver cancer. Its harmful use causes around three million deaths in the world, showing the European Union the highest rate of consumption. In Spain, it is one of the leading preventable causes of morbidity and mortality, however, among health science students, few studies have addressed this issue.

Objectives: To analyze the consumption of alcohol and the knowledge in relation to its effects, perceptions and attitudes among the students of Dentistry and Medicine of the USC, in addition to the state of change in which they are in relation to providing assistance to leave alcohol.

Material and methods: A cross-sectional study was carried out using a specifically designed survey. It was statistically analyzed using SPSS v.24.0.

Results: The response rate was 47% in medicine and 74.2% in dentistry. Out of 500 participants, 85.9% suffer from AUD, among which 75% are women ($p < 0.001$), with the female gender being an independent risk factor ($OR = 2.63$). The majority do not reach the qualification of apt, improving the knowledge in the highest courses ($p < 0.001$). Dental students have more deficiencies with respect to general pathology and medicine students with respect to oral pathology ($p < 0.001$). Most believe that identifying AUD and advising them is within their competence, however, they do not achieve the necessary competencies. In general, 58.2% are in the stage of change, 63.3% in medicine compared to 49.1% in dentistry ($p < 0.001$), improving this, when knowledge of general pathology improves.

Conclusions: It would be necessary to review the study plans regarding alcohol in both grades due to the high consumption and the lack of training observed.

Keywords: alcohol consumption, morbidity, prevention, university students, dentistry, medicine, stages of change.

Índice

1. Introducción.....	7
2. Hipótesis	9
3. Objetivos.....	10
3.1. Objetivo principal.....	10
3.2. Objetivos secundarios.....	10
4. Material y métodos	10
4.1 Diseño de estudio	10
4.2. Diseño de la encuesta	10
4.3. Variables y datos recogidos.....	11
4.3.1 Datos demográficos	11
4.3.2 Consumo de alcohol	11
4.3.3 Actitudes.....	11
4.3.4 Conocimiento sobre la morbilidad del alcohol.....	12
4.3.5 Nivel de confianza	12
4.3.6 Etapas de cambio	13
4.3.7 Calificaciones	13
4.4 Tamaño de muestra.....	13
4.5 Aspectos éticos	13
4.6 Análisis estadístico	13
5. Resultados.....	14
5.1 Descriptivos.....	14
5.2 Estadística analítica	15
6. Discusión	23
7. Conclusiones.....	25
8. Anexos.....	26
Anexo 1. Informe favorable del Comité de Bioética.....	26
Anexo 2. Encuesta	27
9. Referencias bibliográficas	29

1.Introducción

El trastorno por consumo de alcohol (alcohol use disorder) (AUD) hace referencia a una adicción a largo plazo al alcohol vinculado a problemas mentales y/ o físicos (1), caracterizada por el consumo compulsivo de alcohol, la pérdida de control sobre el consumo y un estado emocional negativo cuando no se toma. Al consumo de alto riesgo de alcohol se le conoce como AUD (2). Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas y Salud de 2015 (NSDUH) el 6,2% de los adultos estadounidenses (es decir, 15,1 millones de personas) padece AUD. El consumo de alcohol está relacionado con las muertes anuales de 2,5 millones de personas y afecta cada vez más a las generaciones más jóvenes y a los bebedores de los países de ingresos medios (3) En España, según la OEDA (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones) en 2017 el 7.4% de la población entre 15 y 64 años consumía alcohol de forma diaria y fueron 278 el número de fallecidos por reacción aguda tras el consumo de alcohol ese año (4)

Según el “Global status report on alcohol and health 2018” publicado por la OMS, en 2016, el uso nocivo del alcohol provocó unos 3 millones de muertes (5,3% de todas las muertes) en todo el mundo y 132,6 millones de “años de vida ajustados por discapacidad“(AVAD o DALY por sus siglas en inglés), que son el número de años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura ; es decir, el alcohol supuso el 5,1% de todos los AVAD en ese año (5).

La mortalidad producida por el consumo de alcohol es mayor que la causada por enfermedades como la tuberculosis, el VIH / SIDA y la diabetes. Entre los hombres en 2016, se estima que 2.3 millones de muertes y 106.5 millones de AVAD fueron atribuibles al consumo de alcohol. Las mujeres experimentaron 0.7 millones de muertes y 26.1 millones de AVAD atribuibles al consumo de alcohol (5).

La Unión Europea ostenta la tasa más alta de consumo de alcohol en el mundo (10,2 litros de alcohol puro por persona), sustancia responsable de 1 de cada 7 muertes en varones y de 1 de cada 13 en mujeres en el rango de edad de 15-64 años, en donde los gastos sociales se estimaron para 2010 en 155.8 millones de euros (6). En España, el alto riesgo y el consumo nocivo de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad (7) ya que es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos.(8)

El consumo en la adolescencia es especialmente preocupante ya que aumenta las probabilidades de desarrollar en la edad adulta un consumo abusivo o una dependencia de bebidas alcohólicas. En nuestro país, según datos de la Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en jóvenes de 14 a 18 años en 2016, los adolescentes empiezan a consumir alcohol a los 14 años de promedio (9),concretamente en Galicia la edad de prueba de esta sustancia se sitúa entre los 10 y los 11 años (10)

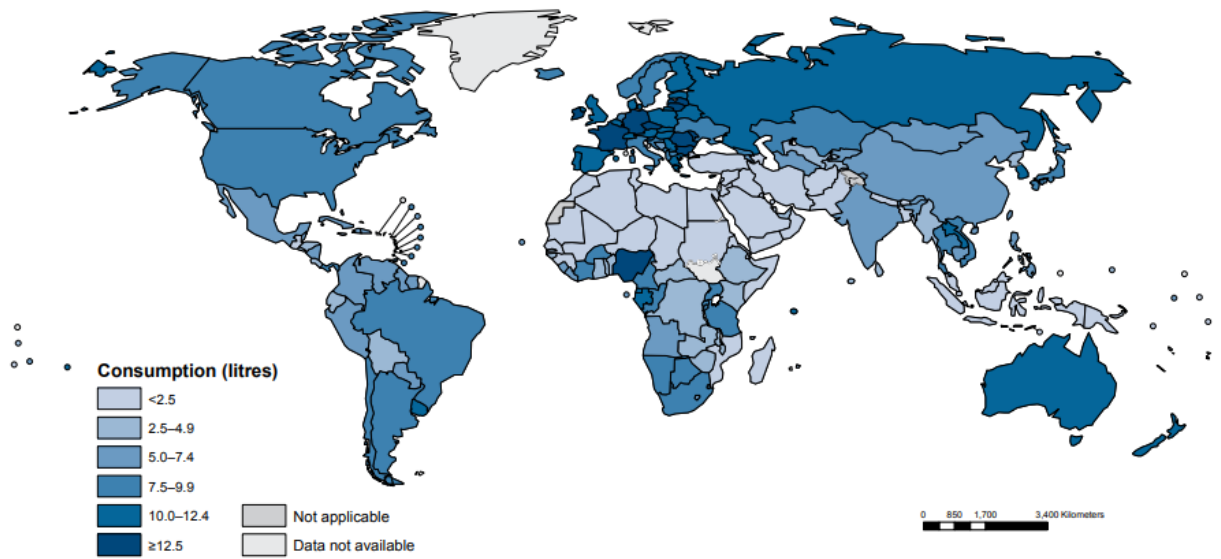


Figura 1. Representación del consumo total de alcohol por habitante (en litros de alcohol puro) (5)

Su consumo es un factor de riesgo para la aparición de cáncer oral, aunque en muchas ocasiones se asocia al consumo de tabaco se le considera un factor independiente. El consumo de alcohol por sí solo conlleva un riesgo de hasta 6 veces más de padecer esta patología, aumentando el riesgo a medida que aumenta la cantidad consumida(11)

El alcohol ha sido clasificado por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) como carcinógeno del Grupo 1; específicamente, se ha encontrado una gran relación entre el consumo de alcohol y el cáncer de cabeza y cuello (HNC) (12) . Cada unidad de alcohol aumenta la incidencia de HNC en un 1 por 1000(13) . Diferentes estudios in vivo e in vitro han expuesto la influencia del alcohol en la cancerización de la cavidad oral y en la transición de los trastornos orales potencialmente malignos al cáncer oral (14,15). Desde el punto de vista de la salud pública, varios grupos de profesionales de la salud han desarrollado intervenciones para reducir el consumo de alcohol y también algunos proyectos de detección de HNC han abordado este problema (16-18).

Los profesionales de la salud oral pueden desempeñar un papel crucial en el diagnóstico precoz del cáncer oral, que representa un grupo particularmente relevante (19) . Estos profesionales pueden realizar intervenciones breves a nivel de atención primaria. A pesar de ello, no existe literatura que procure optimizar o recopilar información específica sobre el AUD o las estrategias de prevención del consumo de alcohol en este subgrupo (20); lo cual contrasta con la atención prestada recientemente a otros factores de riesgo modificables relevantes para la carcinogénesis oral (como el tabaco o la infección por HPV) (21,22) . En este sentido, la salud pública está perdiendo una importante oportunidad de actuar sobre un factor de riesgo relevante. Por lo tanto, la introducción y la posterior estandarización de esta educación en el plan de estudios dental puede significar la introducción de una próxima línea de prevención relacionada con el alcohol.

El estudio del consumo de bebidas alcohólicas en jóvenes universitarios ha suscitado gran interés en todo el mundo, siendo las primeras investigaciones realizadas en países industrializados en los años 70 (23,24) y evidenciándose los altos niveles de consumo y problemas asociados a su abuso desde los años ochenta (25). Posteriormente, diversos estudios epidemiológicos han revelado una alta prevalencia del consumo excesivo de alcohol entre los estudiantes universitarios (26). Según el NSDUH (National Survey on Drug Use and Health) uno de cada dos estudiantes universitarios estadounidenses bebió alcohol en el último mes (3). El escenario descrito, desencadena resultados muy indeseables entre este colectivo tales como agresiones sexuales relacionadas con alcohol o violaciones, lesiones no intencionales o accidentes de tráfico (27). Entre los estudiantes de odontología específicamente, pocas investigaciones han proporcionado información sobre la prevalencia e intensidad del consumo de alcohol.

El patrón más extendido en esta población parece ser el de fin de semana o atracones (binge drinking). En este patrón, los niveles de alcohol en sangre alcanzan 0.8 g/dL, típicamente tras 4 bebidas para mujeres y 5 para hombres en aproximadamente dos horas (28). Este consumo es especialmente nocivo para el SNC, produce intoxicaciones y puede provocar tolerancia al alcohol. Las investigaciones científicas realizadas sugieren que este patrón de consumo podría desencadenar alteraciones cerebrales irreversibles, especialmente en el caso de los adolescentes (29,30).

2.Hipótesis

Nuestra hipótesis de trabajo está basada en el conocimiento del elevado consumo de alcohol entre jóvenes según las estadísticas generales. Consideramos que los niveles de consumo en la facultad de Medicina y Odontología son similares a los observados en la población general en el mismo grupo de edad.

3. Objetivos

3.1. OBJETIVO PRINCIPAL

Analizar el consumo de alcohol y sus conocimientos con relación a sus efectos, entre los estudiantes de Odontología y Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela.

3.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Evaluar las percepciones y actitudes de este mismo grupo en función de su madurez académica.
2. Estudiar el estado de cambio en el que se encuentran con relación a prestar asistencia a los pacientes para dejar el alcohol.

4. Material y métodos

4.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Este estudio transversal fue realizado en la facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela (España) siguiendo las recomendaciones de la guía STROBE para estudios observacionales (31)

4.2. DISEÑO DE LA ENCUESTA

La encuesta diseñada se estructura en seis secciones: (I) **Datos sociodemográficos** (edad, género, curso) (II) **Consumo individual de alcohol** (III) **Facilidad para tratar temas sensibles durante la práctica clínica**, (IV) **Conocimiento de la morbilidad del alcohol**, (V) **Conocimiento sobre las estrategias de prevención del consumo de alcohol** y (VI) **Etapas de cambio**.

En la segunda sección se utiliza el test Audit (32), la versión validada del AUDIT-C (33), (aumentando en una unidad el punto de corte, ya que aumenta así su valor predictivo, llevándolo a 4 en hombres y 5 en mujeres) y el test CAGE, validado por Mayfield en 1974 (34). En la tercera y quinta secciones se usan escalas Likert de 5 puntos con las preguntas

de actitudes y confianza descritas por Ntouva et al. (35). La cuarta sección combina dos preguntas de respuesta múltiple y ocho de respuesta única acerca del conocimiento del alcohol descritas por Miller et al. (36). La última sección midió las etapas del cambio, basado en el modelo transteórico (diseñado por Prochaska & DiClemente) y adaptado en 2014 por Daley et al. (37) para evaluar la preparación entre los estudiantes de odontología y medicina para proporcionar asistencia para dejar el alcohol. Esta última sección nos permite dividir a los estudiantes en cuatro grupos: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.

La encuesta piloto fue probada en una muestra de 10 estudiantes seleccionados al azar para evaluar la fiabilidad (a través del alfa de Cronbach), la exhaustividad y el tiempo para implementarlo. El tiempo medio para completar la encuesta fue de 7 minutos.

Los estudiantes de todos los cursos fueron invitados a participar, incluidos los alumnos de máster, siendo informados de la naturaleza del estudio. Las encuestas impresas se distribuyeron durante el horario lectivo con una participación anónima y voluntaria, al final de la misma proporcionamos una muestra de pastas de dientes a cada estudiante para agradecer su participación.

Limitaciones: Debido al elevado número de estudiantes en Medicina y la imposibilidad de acceso a todos ellos, la población diana de nuestro estudio son el curso más bajo y el más alto (primero y sexto). Los alumnos de sexto de Medicina no acuden a clase de modo que fue imposible repartir la encuesta de forma presencial a los mismos. Para solventar este inconveniente, transcribimos la encuesta a un formulario online (Google Docs.) al que invitamos a cubrir a los mismos informándolos previamente.

4.3. VARIABLES Y DATOS RECOGIDOS

4.3.1 Datos demográficos: edad, género, facultad, curso, ciclo

4.3.2 Consumo de alcohol

Audit- C:

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

¿Con qué frecuencia en el último año no ha sido capaz de parar de beber una vez había empezado?

Suma AUDIT-C

Bebedor de riesgo → Alto riesgo/ Bajo riesgo (ver material y métodos)

CAGE: C: Cut down; A: Annoyed; G: Guilty; E: Eye opener

Suma CAGE

4.3.3 Actitudes. Escala Linkert

Siempre pregunto sobre el consumo de alcohol cuando hago una historia clínica

Siento que es parte de mi trabajo poder identificar a los bebedores de riesgo y asesorarlos

Siento que puedo aconsejar adecuadamente a mis pacientes sobre el consumo de alcohol y sus efectos sobre la salud oral

Sé cómo definir una unidad estándar y calcular el contenido en unidades de las bebidas alcohólicas

Puedo definir los límites superiores del consumo de alcohol con mayor riesgo de daño para hombres y mujeres

Puedo referir a los pacientes bebedores dependientes

4.3.4 Conocimiento sobre la morbilidad del alcohol

4.3.4.1 Patología general. Respuesta múltiple

El alcoholismo crónico puede causar: Diabetes Mellitus, neuropatías, cáncer de laringe, tuberculosis, bajo peso al nacer, cardiomiopatía, ictus hemorrágico

4.3.4.2 Patología oral. Respuesta múltiple

El alcoholismo crónico puede causar: Cáncer oral, leucoplasia, candidiasis, caries, sialosis, eritroplasia, malignización liquen plano oral

4.3.4.3 Alcohol general. Preguntas tipo test

¿Una bebida estándar se define como?

¿A qué pacientes dentales se les debe preguntar sobre su consumo de alcohol?

¿Aproximadamente qué % de los dentistas preguntan a los pacientes sobre el tipo y la cantidad de alcohol que beben?

Cuando se les preguntó, ¿qué proporción de pacientes dentales opinan que un dentista debería preguntarles a los pacientes sobre el consumo de alcohol?

¿Qué porcentaje de pacientes dentales dicen que no se avergonzarían si les pregunta sobre su consumo de alcohol?

¿Cuáles de las siguientes barreras para la detección de alcohol por parte de los dentistas han sido reportadas en la literatura?

¿Cuál de las siguientes es una pregunta recomendada para hacerle a las pacientes mujeres sobre el consumo excesivo de alcohol?

¿Cuál de las siguientes es una pregunta recomendada para hacerle a un paciente masculino sobre el consumo excesivo de alcohol?

4.3.5 Nivel de confianza. Escala Linkert. Me siento seguro al...

Describir el impacto del alcohol en términos de problemas de salud oral, sociales y económicos

Consumo de alcohol y actitud ante el abandono del hábito, entre estudiantes de medicina y odontología de una Universidad del Noroeste de España.

Discutir la base científica de proporcionar breves consejos

Usar AUDIT-C como herramienta de detección de consumo de alcohol

Proporcionar breves consejos sobre el alcohol a tus pacientes

4.3.6 Etapas de cambio

4.3.7 Calificaciones

- **Puntuación patología general**
- **Puntuación patología general ponderada** (sobre 10)
- **Nota patología general** (Suspenso, suficiente, bien, notable, sobresaliente)
- **Puntuación patología oral**
- **Puntuación patología oral ponderada** (sobre 10)
- **Nota patología oral** (Suspenso, suficiente, bien, notable, sobresaliente)
- **Puntuación general alcohol**
- **Puntuación general alcohol ponderada** (sobre 10)
- **Nota general alcohol** (Suspenso, suficiente, bien, notable, sobresaliente)

En el estudio agruparemos a los alumnos de primer y segundo curso en primer ciclo; tercero, cuarto y quinto cursos en segundo ciclo y el máster de odontología y sexto de medicina lo estudiaremos como “máster”.

4.4 TAMAÑO DE MUESTRA

Para calcular el tamaño de muestra mínimo requerido utilizamos Epidat 4.2 (SERGAS, Galicia, España) con un intervalo de confianza del 95% y margen de error del 5%. Este cálculo del tamaño de la muestra se basó en el número de estudiantes en ese momento (n = 225 en Odontología) y (n=700 en Medicina). Según este número, el tamaño mínimo de muestra requerido para nuestro diseño fue 275.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

El comité de bioética de la Universidad de Santiago de Compostela ha examinado el estudio, dando su aprobación ya que se cumplen los requisitos éticos exigidos. (Anexo 1)

4.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron recogidos en una base de datos diseñada específicamente e introducidos de manera manual con control repetido para evitar errores. Se analizaron estadísticamente mediante el programa SPSS v.24.0 (IBM, Statistics, NY, USA)

Las variables categóricas fueron descritas mediante frecuencias y porcentajes y las cuantitativas mediante media y desviación estándar. Según el teorema central del límite, como el tamaño muestral es grande consideramos que la distribución de las variables cuantitativas es normal. Se establecieron tablas de contingencia para estudiar las relaciones entre las variables categóricas mediante el test chi cuadrado. Para estudiar el

efecto de las variables cuantitativas sobre las cualitativas se utilizó estadística paramétrica con el test ANOVA con la corrección posthoc de Bonferroni para comparaciones de más de dos elementos. Analizamos la correlación pareada de variables cuantitativas mediante el coeficiente de Pearson. Se realizó análisis de regresión logística binomial para verificar el riesgo de AUD. El nivel de significación se estableció para $p \leq 0.05$.

5. Resultados

5.1 DESCRIPTIVOS

La muestra estaba formada por 500 participantes siendo la media de edad media de 20.7 años (DE=3.8), de los cuales 134 son hombres (26.8%), 361 mujeres (72.2%) y 5 del género otro (1%). La tasa de respuesta fue del 47% en la facultad de Medicina y del 74.2 % en la de Odontología (menor en la primera por las limitaciones explicadas en el punto 3.2, diseño de encuesta). Se entregaron presencialmente 420 encuestas de las cuales fueron devueltas 394 y se enviaron online 500 de las que fueron contestadas 106. En la virtual la participación fue más escasa y mayoritariamente femenina (74.3%). Los datos descriptivos completos pueden verse en la tabla 1, aunque cabe destacar que mediante el AUDIT-C, existe un porcentaje de AUD del 85.9 %.

Variable		N (%)
Género	Hombre	134 (26.8)
	Mujer	361 (72.2)
	Otro	5 (1)
Facultad	Odontología	167 (33.4)
	Medicina	333 (66.6)
Curso	1	259 (51.8)
	2	37 (7.4)
	3	39 (7.8)
	4	34 (6.8)
	5	78 (15.6)
	6	35 (7)
	Posgrado	18 (3.6)
Ciclo	Primer ciclo	335 (67)
	Segundo ciclo	112 (22.4)
	Máster	53 (10.6)
CAGE	Test negativo	228 (45.7)
	Bebedor social	121 (24.2)
	Alto riesgo	98 (19.6)
	Consumo perjudicial	48 (9.6)
	Dependencia alcohólica	4 (0.8)
Audit-C	Bajo riesgo	70 (14.1)
	Alto riesgo	428 (85.9)

Etapas de cambio	Precontemplación	12 (2.6)
	Contemplación	100 (21.6)
	Acción	82(17.7)
	Cambio	270 (58.2)
Conocimiento patología general	Suspenso	265 (53)
	Suficiente	127 (25.4)
	Bien	0
	Notable	89 (17.8)
	Sobresaliente	19 (3.8)
Conocimiento patología oral	Suspenso	325 (65)
	Suficiente	86 (17.2)
	Bien	0
	Notable	66 (13.2)
	Sobresaliente	23 (4.6)
Conocimiento general alcohol	Suspenso	193 (38.6)
	Suficiente	123 (24.6)
	Bien	118 (23.6)
	Notable	65 (13)
	Sobresaliente	0

Tabla 1. Datos descriptivos de la muestra

5.2 ESTADÍSTICA ANALÍTICA

El Audit-C muestra un valor medio de 5.72 (DE=2.06) con un rango de 3-15. Transformando esta variable en bebedor de riesgo bajo y alto, observamos que el 75.5 % de bebedores de riesgo de nuestra muestra son mujeres frente al 24.1% de hombres, de manera estadísticamente significativa ($p < 0.001$) (Tabla 2). Sin embargo, mediante la utilización del test CAGE no observamos diferencias de consumo estadísticamente significativas (Tabla 3). Mediante regresión logística binomial, confirmamos el papel del género como único factor independiente para padecer AUD, concretamente las mujeres tienen un riesgo $OR=2.63$, $IC:95\%$ 1.55-4.45, $p < 0.001$.

Covariables		Bebedor de riesgo			P
		n (%)			
		Bajo riesgo	Alto riesgo	Total	
Género	Hombre	31 (44.3)	103 (24.1)	134 (26.9)	<0.001
	Mujer	37 (52.9)	323 (75.5)	360 (72.3)	
	Otro	2 (2.9)	2 (0.5)	4 (0.8)	
Facultad	Odontología	26 (37.1)	141(32.9)	167 (33.5)	0.490
	Medicina	44 (62.9)	287 (67.1)	331 (66.5)	
Curso	1	38 (54.3)	220 (51.4)	258 (51.8)	0.437
	2	7 (10)	30 (7)	37 (7.4)	
	3	2 (2.9)	37 (8.6)	39 (7.8)	
	4	7 (10)	27 (6.3)	34 (6.8)	
	5	11 (15.7)	66 (15.4)	77 (15.5)	
	6	4 (5.7)	31 (7.2)	35 (7)	
	7	1 (1.4)	17 (4)	18 (3.6)	
Ciclo	Primer ciclo	47 (67.1)	287 (67.1)	334 (67.1)	0.505
	Segundo ciclo	18 (25.7)	93 (21.7)	111 (22.3)	
	Máster	5 (7.1)	48 (11.2)	53 (10.6)	

Tabla 2. Análisis del riesgo de consumo en relación al género, facultad, curso y ciclo

Covariables		CAGE						P
		n (%)						
		Test negativo	Bebedor social	Alto riesgo	Consumo perjudicial	Dependencia alcohólica	Total (%)	
Género	Hombre	54 (23.7)	36 (29.8)	28 (28.6)	15 (31.3)	1 (25)	134 (26.9)	0.746
	Mujer	173 (75.9)	84 (69.4)	68 (69.4)	33 (68.8)	3 (75)	361 (72.3)	
	Otro	1 (0.4)	1 (0.8)	2 (2)			4 (0.8)	
Facultad	Odontología	74 (32.5)	46 (38)	28 (28.6)	19 (39.6)		167 (33.5)	0.277
	Medicina	154 (67.5)	75 (62)	70 (71.4)	29 (60.4)	4 (100)	332 (66.5)	
Curso	1	114 (50)	64 (52.9)	58 (59.2)	20 (41.7)	3 (75)	259 (51.9)	0.135
	2	17 (7.5)	10 (8.3)	9 (9.2)	1 (2.1)		37 (7.4)	
	3	13 (5.7)	7 (5.8)	9 (9.2)	10 (20.8)		39 (7.8)	
	4	18 (7.9)	9 (7.4)	2 (2)	5 (10.4)		34 (6.8)	
	5	35 (15.4)	19 (15.7)	15 (15.3)	8 (16.7)		77 (15.4)	
	6	19 (8.3)	9 (7.4)	3 (3.1)	3 (6.3)	1 (25)	35 (7)	
	7	12 (5.3)	3 (2.5)	2 (2)	1 (2.1)		18 (3.6)	
Ciclo	1º ciclo	144 (63.2)	81 (66.9)	76 (77.6)	31 (64.6)	3 (75)	335 (67.1)	0.226
	2º ciclo	53 (23.2)	28 (23.1)	17 (17.3)	13 (27.1)		111 (22.2)	
	Máster	31 (13.6)	12 (9.9)	5 (5.1)	4 (8.3)	1 (25)	53 (10.6)	

Tabla 3. Distribución del CAGE según género, facultad, curso y ciclo de estudios

Visto de manera agrupada, el conocimiento sobre la morbilidad del alcohol es bajo (Tabla 4). En términos de patología general, ambas facultades sobrepasan la mitad de no aptos en relación al resto de puntuaciones. La Facultad de Odontología tiene un 55.7 % de suspensos y a la Facultad de Medicina un 51.7 % con sólo un 1.2 % y 5.1 % de sobresalientes respectivamente ($p=0.020$). En relación al ciclo, casi el 60 % del primero suspende frente a un 36.6 % del segundo ($p<0.001$). En relación a la patología oral, los hombres no alcanzan la nota mínima con un 67.9 % frente a las mujeres con un 64.3 % ($p=0.044$). En este campo concreto, la facultad de medicina acumula un 73 % de no aptos frente al 49.1 % de los estudiantes de odontología ($p<0.001$) y más del 80 % del primer ciclo, frente al 29.5 % del segundo ($p<0.001$). En la figura 2 se pueden ver los datos relativos a las cuestiones específicas de cada campo.

Variables		Conocimiento sobre la morbilidad del alcohol n (%)																	
		Conocimiento patología general						Conocimiento patología oral						Conocimiento general alcohol					
		S	Su	N	Sb	Total	P	S	Su	N	Sb	total	P	S	Su	B	N	total	P
Género	Hombre	63 (47)	37 (27.6)	31 (32.1)	3 (2.2)	134 (100)	0.351	91 (67.9)	17 (12.7)	19 (14.2)	7 (5.2)	134 (100)	0.044	44 (32.8)	38 (28.4)	31 (23.1)	21 (15.7)	134 (100)	0.571
	Mujer	200 (55.4)	88 (24.4)	57 (15.8)	16 (4.4)	361 (100)		232 (64.3)	69 (19.1)	44 (12.2)	16 (4.4)	361 (100)		147 (40.8)	84 (23.3)	85 (23.6)	44 (12.2)	360 (100)	
	Otro	2 (40)	2 (40)	1 (20)	0 (0)	5 (100)		2 (40)		3 (60)		5 (100)		2 (40)	1 (20)	2 (40)		5 (100)	
Facultad	Odontología	93 (55.7)	50 (29.9)	22 (13.2)	2 (1.2)	167 (100)	0.020	82 (49.1)	43 (25.7)	36 (21.6)	6 (3.6)	167 (100)	<0.0001	57 (34.3)	42 (25.3)	44 (26.5)	23 (13.9)	166 (100)	0.523
	Medicina	172 (51.7)	77 (23.1)	67 (20.1)	17 (5.1)	333 (100)		243 (73)	43 (12.9)	30 (9)	17 (5.1)	333 (100)		136 (40.8)	81 (24.3)	74 (22.2)	42 (12.6)	333 (100)	
Ciclo	Primer ciclo	198 (59.1)	88 (26.3)	45 (13.4)	4 (1.2)	335 (100)	<0.001	271 (80.9)	42 (12.5)	18 (5.4)	4 (1.2)	335 (100)	<0.0001	137 (40.9)	86 (25.7)	71 (21.2)	41 (12.2)	335 (100)	0.104
	Segundo ciclo	41 (36.6)	30 (26.8)	31 (27.7)	10 (8.9)	112 (100)		33 (29.5)	31 (27.7)	36 (32.1)	12 (10.7)	112 (100)		39 (34.8)	30 (26.8)	27 (24.1)	16 (14.3)	112 (100)	
	Máster	26 (49.1)	9 (17)	13 (24.5)	5 (9.4)	53 (100)		21 (39.6)	13 (24.5)	12 (22.6)	7 (13.2)	53 (100)		17 (32.7)	7 (13.5)	20 (38.5)	8 (15.4)	52 (100)	
Audit-C	Riesgo bajo	31 (44.3)	18 (25.7)	18 (25.7)	3 (4.3)	70 (100)	0.264	51 (72.9)	10 (14.3)	7 (10)	2 (2.9)	70 (100)	0.490	29 (42)	16 (23.2)	15 (21.7)	9 (13)	69 (100)	0.922
	Riesgo alto	232 (54.2)	109 (25.5)	71 (16.6)	16 (3.7)	428 (100)		272 (63.6)	76 (17.8)	59 (13.8)	21 (4.9)	428 (100)		162 (37.9)	107 (25)	103 (24.1)	56 (13.1)	428 (100)	
CAGE	Test negativo	124 (54.4)	48 (21.1)	46 (20.2)	10 (4.4)	228 (100)	0.665	152 (66.7)	38 (16.7)	30 (13.2)	8 (3.5)	228 (100)	0.912	90 (39.6)	46 (20.3)	54 (23.8)	37 (16.3)	227 (100)	0.074
	Bebedor social	64 (52.9)	34 (28.1)	18 (14.9)	5 (4.1)	121 (100)		77 (63.6)	23 (19)	14 (11.6)	7 (5.8)	121 (100)		38 (31.4)	31 (25.6)	33 (27.3)	19 (15.7)	121 (100)	
	Consumo de riesgo	50 (51)	32 (32.7)	14 (14.3)	2 (2)	98 (100)		67 (68.4)	13 (13.3)	13 (13.3)	5 (5.1)	98 (100)		43 (43.9)	29 (29.6)	20 (20.4)	6 (6.1)	98 (100)	
	Con perjudicial	23 (47.9)	13 (27.1)	10 (20.8)	2 (4.2)	48 (100)		26 (54.2)	11 (22.9)	8 (16.7)	3 (6.3)	48 (100)		19 (39.6)	17 (35.4)	9 (18.8)	3 (6.3)	48 (100)	
	Dependencia alc.	3 (75)		1 (25)		4 (100)		2 (50)	1 (25)	1 (25)		4 (100)		2 (50)		2 (50)		4 (100)	
Etapas de cambio	Precontemplación	11 (91.7)	1 (8.3)			12 (100)	0.315	7 (58.3)	3 (25)	2 (16.7)		12 (100)	0.230	8 (66.7)	2 (16.7)	1 (8.3)	1 (8.3)	12 (100)	0.587
	Contemplación	53 (53)	28 (28)	16 (16)	3 (3)	100 (100)		57 (57)	23 (23)	15 (15)	5 (5)	100 (100)		31 (31.3)	27 (27.3)	25 (25.3)	16 (16.2)	99 (100)	
	Acción	42 (51.2)	19 (23.2)	18 (22)	3 (3.7)	82 (100)		48 (58.5)	22 (26.8)	7 (8.5)	5 (6.1)	82 (100)		32 (39)	23 (28)	18 (22)	9 (11)	82 (100)	
	Cambio	132 (48.9)	72 (26.7)	53 (19.6)	13 (4.8)	270 (100)		180 (66.7)	38 (14.1)	40 (14.8)	12 (4.4)	270 (100)		102 (37.8)	65 (24.1)	68 (25.2)	35 (13)	270 (100)	
TOTAL		265 (53)	127 (25.4)	89 (17.8)	19 (3.8)	500 (100)		325 (65)	86 (17.2)	66 (13.2)	23 (4.6)	500 (100)		193 (38.7)	123 (24.6)	118 (23.6)	65 (13)	499 (100)	

Tabla 4. Análisis agrupado sobre conocimientos. Siendo S – suspenso, Su- suficiente, B-bien, N-notable y Sb-sobresaliente

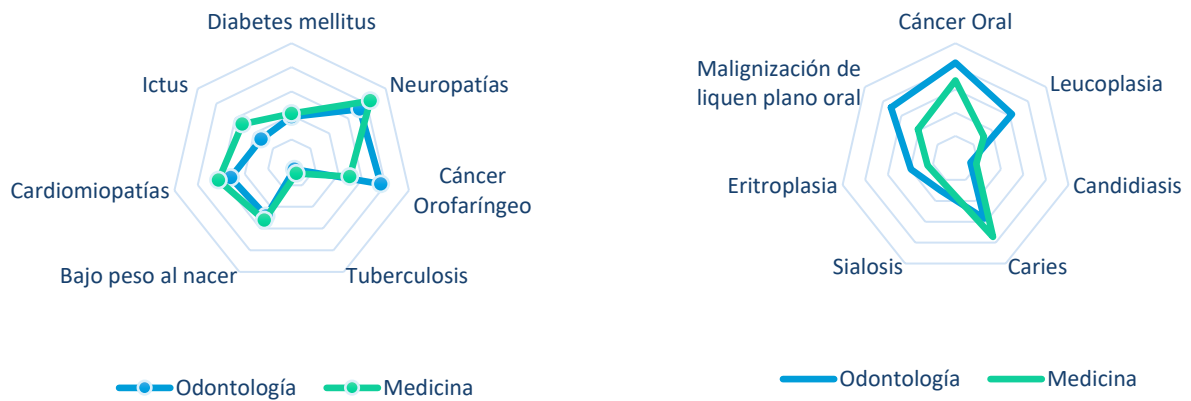


Figura 2. Gráfico de ar a sobre conocimientos en patología general y patología oral

Las patologías mayormente asociadas al consumo de alcohol por los estudiantes fueron: neuropatías (n=399), seguida del cáncer oral (n=365) y la caries (n=343). Las menos relacionadas: tuberculosis (n=39) y candidiasis (n=89). En relación al conocimiento general del alcohol, no hay diferencias estadísticamente significativas, con un 61.3 % de individuos aptos.

En el análisis cuantitativo del conocimiento de los alumnos (Tabla 5), los resultados son semejantes a los agrupados y encontramos diferencias significativas en relación al ciclo de estudios, tanto en patología general como oral. En relación al conocimiento sobre patología general, los alumnos de segundo ciclo alcanzan una mayor puntuación, 5.58 (IC: 95% 5.24-6.10) Vs el primer ciclo que no alcanzan el aprobado, con una media de 4.52 (IC: 95% 4.31-4.72) ($p<0.001$). En relación al conocimiento sobre patología oral, los alumnos de odontología superan el corte con una media de 5.09 (IC: 95% 4.76-5.42) frente a los de medicina con una media de 4.02 (IC: 95% 3.75-4.27) ($p<0.001$). En relación al ciclo de estudios existe más diferencia que para los conocimientos sobre patología general, siendo la más alta para los alumnos de segundo ciclo (6.03, IC:95% 5.57-6.49) Vs primer ciclo (3.60, IC:95% 3.40-3.80) ($p<0.001$). Estas diferencias sin embargo no se encuentran en relación al conocimiento sobre el alcohol, el cual es muy bajo en general, sólo mínimamente aceptable por los alumnos de segundo ciclo y sin diferencias estadísticamente significativas.

Consumo de alcohol y actitud ante el abandono del hábito, entre estudiantes de medicina y odontología de una Universidad del Noroeste de España.

Variable	Covariables		N (%)	media	DE	IC		P
						Inferior	Superior	
Nota patología general	Género	Hombre	134 (26.8)	5.05	2.12	4.69	5.41	0.497
		Mujer	361 (72.2)	4.84	2.11	4.62	5.05	
		Otro	5 (1)	4.29	2.85	0.73	7.83	
	Facultad	Odontología	167 (33.4)	4.65	1.78	4.38	4.92	0.76
		Medicina	333 (66.6)	5.01	2.26	4.76	5.25	
	Ciclo	Primer ciclo	335 (67)	4.52	1.91	4.31	4.72	<0.001
		Segundo ciclo	112 (22.4)	5.68	2.29	5.24	6.10	
		Máster	53 (10.6)	5.58	2.36	4.92	6.23	
	Audit-C	Bajo riesgo	70 (14.1)	5.12	2.38	4.55	5.69	0.360
		Alto riesgo	428 (85.9)	4.87	2.05	4.67	5.06	
	CAGE	Test negativo	228 (45.7)	4.93	2.23	4.63	5.22	0.708
		Bebedor social	121 (24.2)	4.88	2.11	4.49	5.25	
		Alto riesgo	98 (19.6)	4.71	1.96	4.31	5.10	
		Consumo perjudicial	48 (9.6)	5.24	1.80	4.75	5.76	
		Dependencia alcohólica	4 (0.8)	4.64	1.79	1.78	7.50	
Nota patología oral	Género	Hombre	134 (26.8)	4.42	2.36	4.02	4.82	0.726
		Mujer	361 (72.2)	4.35	2.35	4.10	4.58	
		Otro	5 (1)	5.14	3.58	0.69	9.59	
	Facultad	Odontología	167 (33.4)	5.09	2.15	4.76	5.42	<0.001
		Medicina	333 (66.6)	4.02	2.38	3.75	4.27	
	Ciclo	Primer ciclo	335 (67)	3.60	1.87	3.40	3.80	<0.001
		Segundo ciclo	112 (22.4)	6.03	2.44	5.57	6.49	
		Máster	53 (10.6)	5.74	2.60	5.02	6.45	
	Audit-C	Bajo riesgo	70 (14.1)	4.29	1.96	3.81	4.75	0.685
		Alto riesgo	428 (85.9)	4.41	2.41	4.18	4.63	
	CAGE	Test negativo	228 (45.7)	4.29	2.29	3.98	4.58	0.300
		Bebedor social	121 (24.2)	4.35	2.41	3.91	4.77	
		Alto riesgo	98 (19.6)	4.30	2.43	3.81	4.78	
		Consumo perjudicial	48 (9.6)	5.09	2.39	4.39	5.78	
		Dependencia alcohólica	4 (0.8)	4.6	2.14	1.23	8.05	
Nota general alcohol	Género	Hombre	134 (26.9)	5.05	1.88	4.72	5.36	0.412
		Mujer	360 (72.1)	4.84	1.83	4.65	5.03	
		Otro	5 (1)	4.25	2.59	1.03	7.46	
	Facultad	Odontología	166	5.05	1.83	4.76	5.32	0.194
		Medicina	333	4.82	1.86	4.61	5.01	
	Ciclo	Primer ciclo	335 (67.1)	4.76	1.87	4.56	4.96	0.073
		Segundo ciclo	112 (22.5)	5.09	1.81	4.75	5.42	
		Máster	52 (10.4)	5.29	1.74	4.80	5.77	
	Audit-C	Bajo riesgo	69 (13.88)	4.78	1.90	4.32	5.24	0.555
		Alto riesgo	428 (86.12)	4.92	1.83	4.75	5.09	
	CAGE	Test negativo	227 (45.6)	4.96	1.96	4.70	5.21	0.304
		Bebedor social	121 (24.3)	5.11	1.83	4.78	5.44	
		Alto riesgo	98 (19.7)	4.66	1.56	4.34	4.96	
		Consumo perjudicial	48 (9.6))	4.61	1.78	4.09	5.12	
		Dependencia alcohólica	4 (0.8)	4.69	1.87	1.70	7.67	

Tabla 5. Análisis cuantitativo del conocimiento sobre la morbilidad del alcohol.

Variables		Etapas de cambio n (%)					p
		PC	C	A	Ca	Total (%)	
Género	Hombre	2 (1.6)	31 (24.8)	24 (19.2)	68 (54.4)	125 (100)	0.105
	Mujer	9 (2.7)	68 (20.3)	58 (17.3)	200 (59.7)	335 (100)	
	Otro	1 (25)	1 (25)		2 (50)	4 (100)	
Facultad	Odontología	7 (4.2)	55 (32.9)	23 (13.8)	82 (49.1)	167 (100)	<0.001
	Medicina	5 (1.7)	45 (15.2)	59 (19.9)	188 (63.3)	297 (100)	
Ciclo	Primer ciclo	7 (2.3)	58 (19.1)	50 (16.5)	188 (69.6)	303 (100)	0.024
	Segundo ciclo	2 (1.8)	30 (27.5)	16 (14.7)	61 (56)	109 (100)	
	Máster	3 (5.8)	12 (23.1)	16 (30.8)	21 (40.4)	52 (100)	
Audit-C	Bajo riesgo	3 (4.6)	12 (18.5)	10 (15.4)	40 (61.5)	65 (100)	0.601
	Alto riesgo	9 (2.3)	88 (22.1)	71 (17.8)	230 (57.8)	398 (100)	
CAGE	Test negativo	6 (2.9)	43 (21)	33(16.1)	123 (60)	205 (100)	0.521
	Bebedor social		25 (21.6)	25 (21.6)	66 (56.9)	116 (100)	
	Consumo riesgo	5 (5.3)	18 (19.1)	18 (19.1)	53 (56.4)	94 (100)	
	Consumo perjudicial	1 (2.2)	12 (26.7)	6 (13.3)	26 (57.8)	45 (100)	
	Dependencia alc.		2 (50)		2 (50)	4 (100)	
	Total (%)	12 (2.6)	100 (21.6)	82 (17.7)	270 (58.2)	464 (100)	

Tabla 6. Análisis variable etapas de cambio. PC: precontemplación, C: contemplación, A: acción y Ca: cambio

Con respecto a las etapas de cambio, la mayoría de los participantes de manera global se encuentran en estado de cambio (58.2 %) (Tabla 6), el 63.3 % de los estudiantes de medicina frente a un 49.1 % de los de odontología ($p < 0.001$). Sin embargo, en relación al ciclo, el 62 % del primero se encuentran en cambio frente al 56 % del segundo y el 40.4 % de máster ($p = 0,024$).

En la tabla 7 podemos observar la relación entre las puntuaciones obtenidas en los distintos campos de conocimiento y su influencia en el estado de cambio. Así, observamos a medida que mejoran los conocimientos en patología general, la etapa en la que se encuentra el alumno mejora. Así, para los alumnos en etapa de precontemplación la puntuación media es de 3.10, IC:95% 2.33-3.85 y se va incrementando hasta conseguir el apto en la etapa de acción (5.05, IC:95% 4.59-5.51, $p = 0.015$) y la de cambio (5.08, IC:95% 4.81-5.34, $p = 0.008$) (Figura 3). En las demás áreas de conocimiento no existen diferencias estadísticamente significativas.

Variable	Covariables	N (%)	Media	DE	IC		p
	Etapas de cambio				Inferior	Superior	
Nota patología general	Precontemplación	12 (2.59)	3.095	1.19	2.33	3.85	0.015 Bonferroni: PC-Co: 0.022 PC-A: 0.015 P-Ca: 0.008
	Contemplación	100 (21.55)	4.957	1.90	4.57	5.33	
	Acción	82 (17.67)	5.052	2.08	4.59	5.51	
	Cambio	270 (58.19)	5.079	2.17	4.81	5.34	
Nota patología oral	Precontemplación	12 (2.59)	4.762	1.95	3.51	6.00	0.374
	Contemplación	100 (21.55)	4.829	2.18	4.39	5.26	
	Acción	82 (17.67)	4.512	2.31	4.00	5.02	
	Cambio	270 (58.19)	4.360	2.39	4.07	4.64	
Nota general alcohol	Precontemplación	12 (2.59)	4.063	1.69	2.98	5.14	0.210
	Contemplación	99 (21.38)	5.164	1.97	4.77	5.55	
	Acción	82 (17.71)	4.832	1.64	4.47	5.19	
	Cambio	270 (58.32)	4.931	1.82	4.71	5.15	

Tabla 7. Análisis de media conocimientos según etapa de cambio. PC: precontemplación, C: contemplación, A: acción y Ca: cambio

Consumo de alcohol y actitud ante el abandono del hábito, entre estudiantes de medicina y odontología de una Universidad del Noroeste de España.

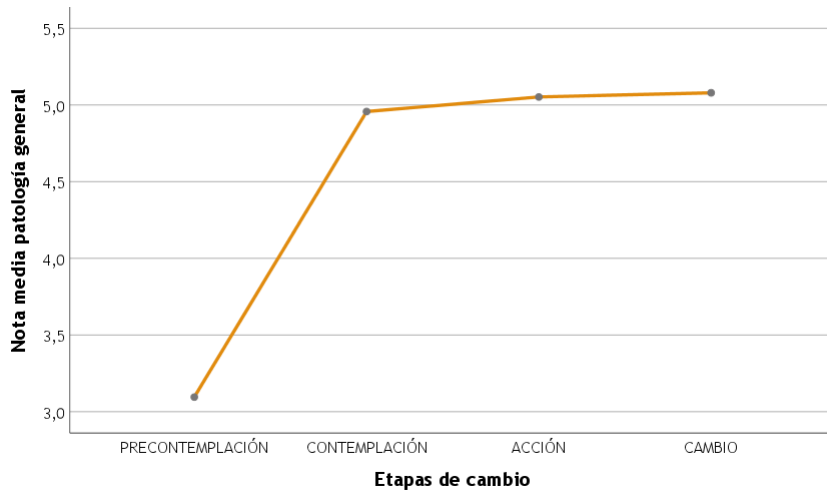


Figura 3. Representación gráfica de puntuaciones medias y relación con etapa de cambio.



Figura 4. Actitudes y percepciones.

Siendo 1 totalmente en desacuerdo – 5 totalmente de acuerdo

En cuanto a las actitudes de los estudiantes, la mayoría afirma preguntar a sus pacientes acerca del consumo de alcohol cuando realiza la historia clínica y el 60.8% está completamente de acuerdo en que identificar a los AUD y asesorarlos forma parte de su trabajo. Un alto porcentaje siente que puede hacerlo adecuadamente, no obstante, un elevado número no sabe definir los límites superiores de consumo en hombres y mujeres ni calcular el consumo en unidades estándar (sólo el 8% afirma rotundamente saber definir una unidad estándar) como queda reflejado en la figura 4.

Con respecto al nivel de confianza que presentan (Figura 5), aunque un alto porcentaje de los alumnos piensa que está capacitado para dar consejos son pocos los que pueden discutir la base científica o discutir acerca del impacto que el alcohol provoca. El 41.2 % no se siente en absoluto seguro o no sabe cómo utilizar el test Audit-C para la detección de los casos de riesgo.

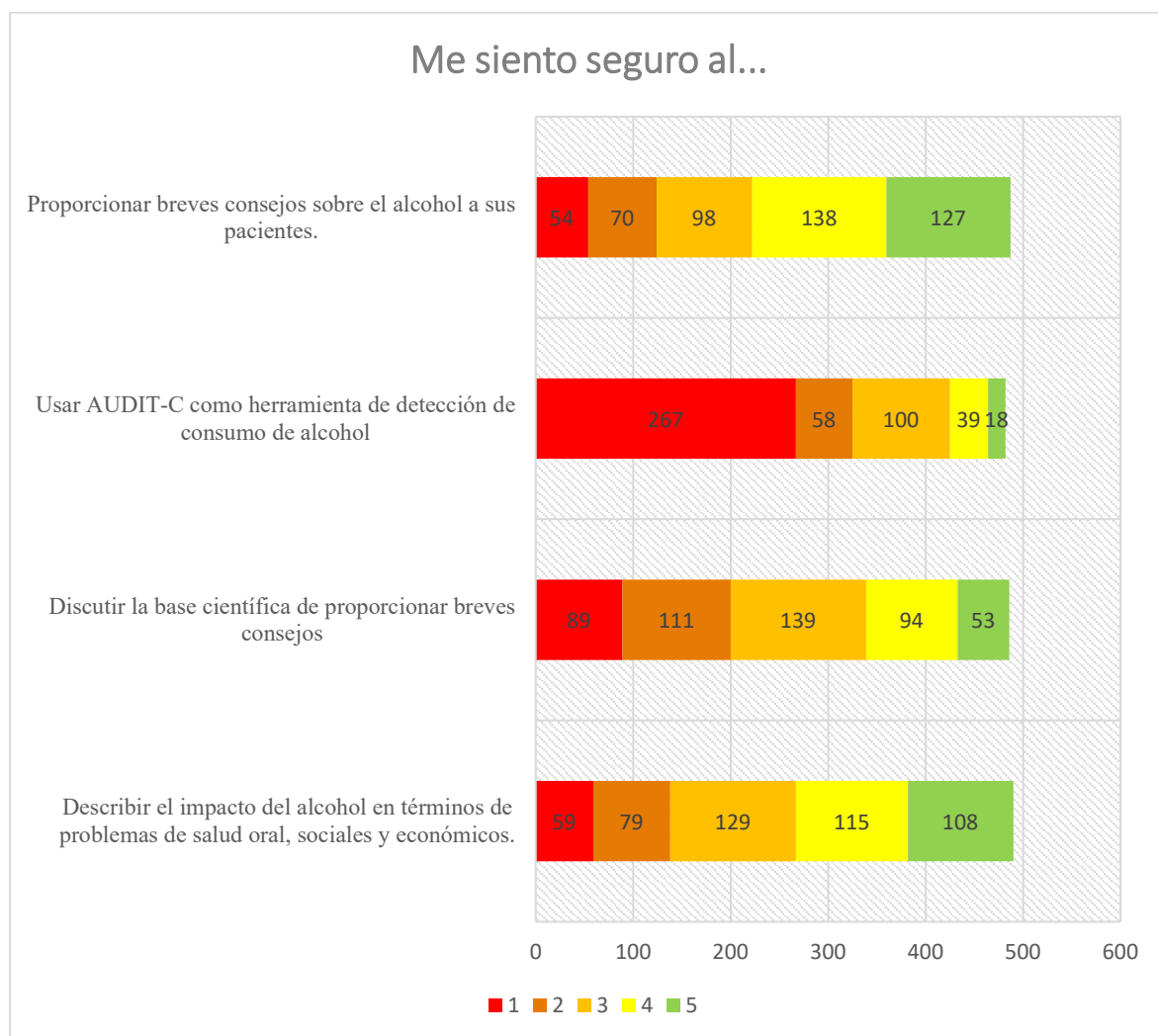


Figura 5. Nivel de confianza.

Siendo 1 totalmente en desacuerdo – 5 totalmente de acuerdo

6. Discusión

El consumo de alcohol en nuestra muestra ha resultado alarmante, ya que el 85.9 % de participantes, según el Audit-C son bebedores de riesgo, siendo esta alta prevalencia también reportada en estudiantes de ciencias de la salud por Rabanales Sotos et al. en España (38). Así, nuestros resultados son perfectamente comparables con el contexto español (39) y con los datos obtenidos en Europa: Irlanda (el 65.2% hombres y 67.3% mujeres presentaron AUD) (40) y UK (86.1 % consumidores y más de la mitad presentaba AUD) (41); incluso a nivel mundial: Túnez (52.5 % de estudiantes con AUD) (42), Ecuador (49,73% de los hombres y 23,80% de las mujeres reportaron AUD) (43), Colombia (20.5 % presentaron AUD) (44) o Australia (casi el 25% presenta consumo de riesgo, más los hombres) (45). Podemos destacar en nuestro estudio que entre los bebedores de riesgo el 75.5% son mujeres, lo que en un estudio realizado en Girona indica que podría deberse a la diferente metabolización alcohólica entre géneros (46). Sin embargo, al comparar los resultados en profundidad, observamos que los datos acerca de la prevalencia del consumo “de riesgo” son heterogéneos debido a la variabilidad de las definiciones empleadas por los autores, las herramientas de medida y los umbrales elegidos. Esto indica en nuestra opinión, una necesidad acuciante de establecer unos protocolos y guías estándares a nivel mundial para poder determinar el riesgo de AUD.

Por otra parte, estudiamos el conocimiento de los estudiantes de Medicina y Odontología en relación a la patología relacionada con el alcohol, ya que son estrategias fundamentales en la medicina preventiva. Con respecto a estos conocimientos en patología general y oral, estos son insuficientes en ambos grados y observamos diferencias significativas entre ciclos, explicándose esta divergencia por la adquisición de conocimiento específico a lo largo del grado. Sin embargo, incluso en los cursos más altos las calificaciones son en general bajas. Nuestros resultados son similares a los publicados por Wang et al en 2020, dónde la mayoría de los estudiantes de la salud en Mongolia tienen un conocimiento bajo acerca de los daños ocasionados por el alcohol, siendo esta falta de conocimiento mayor en los bebedores ocasionales y frecuentes que en los no bebedores (74.0% y 75.3% vs 42.1%) (47). Kujan et al. han estudiado el conocimiento acerca del cáncer oral en estudiantes de estas titulaciones en Arabia Saudí y transmiten la necesidad de reforzar el plan de estudios de pregrado con respecto a la educación oral sobre el cáncer, particularmente en su prevención y detección temprana (48,49)

Son necesarias, por lo tanto, iniciativas para reducir el abuso del alcohol y los daños relacionados con el mismo, que deben centrarse en cambiar las creencias y normas sociales e indagar en los factores que influyen en la elección del alcohol en individuos jóvenes (41). Estos programas deben ser diferenciados por género (43), enfocados a las diferentes etapas en las que se encuentre el alumno y combinados con políticas públicas efectivas que den respuesta a este problema.

Diferentes grupos han trabajado recientemente en proyectos de educación dental relacionados con la patología oral a nivel profesional o en estudiantes de odontología (21,22,48-50). En EEUU, un programa experimental de tres semanas mejoró la seguridad y el compromiso de los estudiantes de medicina al trabajar con pacientes con trastornos por consumo de sustancias y estos resultados se mantuvieron en el tiempo (51). Específicamente en relación con el alcohol, el profesor Farah y Cols. ha publicado algunas de las referencias más relevantes que relacionan este comportamiento adictivo con el cáncer oral (52).

Con relación a las percepciones y actitudes observamos una gran falta de documentación. En nuestra muestra, la mayoría son conscientes de que es clave identificar a los bebedores de riesgo y asesorarlos, no obstante, los resultados sugieren que la mayoría no están preparados para hacerlo. En un estudio realizado entre estudiantes de Medicina en Líbano, el 38.2% consideró que su capacitación en AUD era correcta y solamente el 29.1 % mostró interés en trabajar en el tema. Cerca del 75 % estuvieron de acuerdo en que deben intervenir en los casos de AUD y más del 80% en que el pronóstico de estos está influenciado por el manejo correcto (53) . En Dinamarca, cuando analizaron las percepciones y actitudes de los universitarios, mostraron que el alcohol es una parte central en sus vidas y la mayoría estuvieron de acuerdo en que sería necesario aumentar las restricciones (54). Con respecto a su actitud, algunos sugieren la necesidad de una prevención e intervención secundaria y terciaria centrada en las personas de riesgo mientras otros sugieren la necesidad de una prevención universal primaria (55).

Con respecto el estado de cambio en el que se encuentran para prestar asistencia a los pacientes según Daley et al. (37), la mayoría de nuestros encuestados se hallan en estado de cambio (58.2 %), un mayor porcentaje en medicina que en odontología de manera significativa. Hasta donde sabemos, no existen más estudios en este campo. Diana Ramos et al. han estudiado las etapas de cambio con relación al cese del hábito y recomiendan adaptar las estrategias al estado en el que se encuentra el alumno, aplicando técnicas cognitivas, afectivas y de evaluación cuando se encuentran en etapas tempranas (precontemplación y contemplación) para que progresen a través de las etapas (56). Consideramos fundamental reforzar el plan educativo en estos grados pues observamos que a medida que mejoran los conocimientos en patología general, la etapa en la que se encuentra el alumno mejora.

Entre las limitaciones más importantes de este trabajo, se encuentra la falta de literatura específica. Creemos que la colaboración entre grupos podría generar un nuevo objetivo para la salud pública y un nuevo camino hacia más publicaciones, como lo han hecho otros investigadores con otros factores de riesgo en todo el mundo, como el profesor Ramseier con el tabaco, la profesora Daley con el VPH o autores como Miller (20,36) . También creemos que, debido a la falta de literatura en este sentido, deberíamos aprovechar la oportunidad transformándola en fortaleza para poder actuar en este asunto tan apremiante.

7. Conclusiones

1. La mayoría de los encuestados (85.9 %), presentan un consumo de alto riesgo (AUD)
2. El 75% de los AUD son mujeres, siendo el género femenino un factor de riesgo independiente (OR=2.63).
3. En relación a los conocimientos sobre los efectos del alcohol, la mayoría de los encuestados no alcanza la calificación de apto. Suspenden el 53 % en patología general, el 65 % en patología oral y el 38.7 % en conocimientos generales.
4. Los conocimientos son en general bajos y mejoran en los cursos más altos, siendo los alumnos de Odontología los que tienen más carencias con respecto a la patología general y los de medicina respecto a la patología oral.
5. La práctica totalidad de los estudiantes están de acuerdo en que identificar a los bebedores de riesgo y asesorarlos es de su competencia.
6. En relación a la actitud frente AUD, la mayoría se encuentra en etapa de cambio (58.2 %), observando que a medida que mejoran los conocimientos en patología general, la etapa en la que se encuentra el alumno mejora.
7. Sería necesario revisar los planes de estudio con relación al alcohol y la implantación de programas formativos diferenciados por género en ambos grados, enfatizando en la morbilidad relacionada con el alcohol y el conocimiento de herramientas y estrategias de detección de AUD.

8.Anexos

ANEXO 1. INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ DE BIOÉTICA



VICERREITORÍA DE INVESTIGACIÓN
E INNOVACIÓN
Oficina de Investigación e Tecnoloxía
Servizo de Convocatorias e Recursos Humanos de I+D
Edificio CACTUS – Campus Vida
15782 Santiago de Compostela
Tel: 981 547 040 - Fax 981 547 077
Correo electrónico: gi.info@usc.es
<http://imaisd.usc.es>

JOSÉ MANUEL CIFUENTES MARTÍNEZ, PRESIDENTE DO COMITÉ DE BIOÉTICA DA UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA,

INFORMA:

Que o estudo de investigación: “Consumo de alcohol: comprensión de los objetivos de salud entre los estudiantes de Odontología y Medicina”, do que é investigador principal D. **Mario Pérez Sayäns García**, ten sido examinado por o Comité de Bioética desta Universidade, cumprindo o seu protocolo experimental os requisitos éticos esixidos.

Este documento non exixe da obtención de permisos ou autorizacións e do cumprimento de outras normativas de aplicación.

Lugo, 19 de decembro de 2019.

A blue circular official stamp of the University of Santiago de Compostela is visible. Overlaid on the stamp is a handwritten signature in blue ink, which appears to be 'J. Cifuentes Martínez'. The signature is written in a cursive style.

2. ¿A qué pacientes dentales se les debe preguntar sobre su consumo de alcohol?

- a) Todos los pacientes en cada visita
- b) Solo pacientes con riesgo de cáncer oral
- c) Solo pacientes nuevos
- d) Todos los pacientes nuevos y pacientes actuales una vez al año

3. ¿Aproximadamente qué% de los dentistas preguntan a los pacientes sobre el tipo y la cantidad de alcohol que beben?

- a) 30% b) 75% c) 15% d) 55%

4. Cuando se les preguntó, ¿qué proporción de pacientes dentales opinan que un dentista debería preguntarles a los pacientes sobre el consumo de alcohol?

- a) Pocos, b) Aproximadamente la mitad, c) La mayoría, d) Menos de la mitad

5. ¿Qué porcentaje de pacientes dentales dicen que no se avergonzarían si se les pregunta sobre su consumo de alcohol?

- a) 75%, b) 50%, c) 30%, d) 15%

6. ¿Cuáles de las siguientes barreras para la detección de alcohol por parte de los dentistas han sido reportadas en la literatura?

- a) Los pacientes pueden ofenderse,
- b) La falta de capacitación de los dentistas en la detección de alcohol,
- c) La detección no cambiará los hábitos de bebida de un paciente,
- d) Todo lo anterior

7. ¿Cuál de las siguientes es una pregunta recomendada para hacer a las pacientes mujeres sobre el consumo excesivo de alcohol?

- a) ¿Crees que bebes mucho alcohol?
- b) ¿Cuántas veces en el último año ha tomado 4 o más bebidas en un día?
- c) ¿Cuántas veces en el último año ha tomado 8 o más bebidas en un día?
- d) ¿Crees que tienes un problema con la bebida?

8. ¿Cuál de las siguientes es una pregunta recomendada para hacerle a un paciente masculino sobre el consumo excesivo de alcohol?

- a) ¿Cuántas veces en el último año ha tomado 5 o más bebidas en un día?
- b) ¿Cuántas veces en el último año tomaste 10 o más bebidas en un día?
- c) ¿Bebe mucho alcohol?
- d) ¿Crees que tienes un problema con la bebida?

Asigne un valor del 1 al 5 a cada frase siendo 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo

Como de seguro te sientes al:

Describir el impacto del alcohol en términos de problemas de salud oral, sociales y económicos.

Discutir la base científica de proporcionar breves consejos

Usar AUDIT-C como herramienta de detección de consumo de alcohol

Proporcionar breves consejos sobre el alcohol a sus pacientes.

Indique la respuesta correcta para usted:

- a) No les proporciono asistencia a mis pacientes para dejar el alcohol ni tengo la intención de hacerlo.
- b) No proporciono asistencia para dejar el alcohol a mis pacientes, pero lo he considerado.
- c) Proporciono asistencia para dejar el alcohol a mis pacientes, solo de vez en cuando.
- d) Proporciono asistencia para dejar el alcohol a todos mis pacientes consumidores habituales.

9. Referencias bibliográficas

(1) Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou PS, Kay W, Pickering R. The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV): reliability of alcohol consumption, tobacco use, family history of depression and psychiatric diagnostic modules in a general population sample. *Drug Alcohol Depend* 2003;71(1):7-16.

(2) NIAA: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Use Disorder; [Internet] 2011; [citado 9 mar 2020] Disponible en: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/alcohol-use-disorders>

(3) Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2015 National Survey on Drug Use and Health. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016.

(4) Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. INFORME 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Observatorio Español de las drogas y las adicciones. [Internet] 2020; [citado 9 mar 2020] Disponible en: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2019OEDA-INFORME.pdf>

(5) WHO: World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. [Internet] 2018; [citado 9 mar 2020]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/

(6) SOCIDROGALCOHOL alerta del elevado consumo de alcohol en Europa y sus consecuencias. Adicciones [Internet]. Sociedad científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el alcoholismo y las otras Toxicomanías. 2015; [citado 10 mar 2020]. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/announcement/view/1>

(7) Ministerio de Sanidad. Mójate con el alcohol. Curso de formación dirigido a profesionales sanitarios sobre integración en la práctica clínica diaria, de la detección del consumo de riesgo de alcohol y la Intervención Breve. [Internet] 2017; [citado 10 mar 2020] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/alcohol/docs/Mojate_con_el_Alcohol.pdf

(8) OMS: Organización Mundial de la Salud. Alcohol. [Internet] 2018; [actualizado 21 sept 2018; citado 12 mar 2020] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

(9) Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Plan Nacional sobre Drogas-Alcohol.[Internet] 2019; [citado 16 mar 2020] Disponible en: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/ciudadanos/informacion/alcohol/home.htm>

(10) Míguez MDC, Becoña E. Consumo de tabaco y alcohol en la población escolar de Galicia. Revista Española de Drogodependencias 2006;Vol. 31, no. 1.

(11) Pía López Jornet, Juan Manuel Seoane Lestón. Cáncer Oral para Dentistas. Primera ed. Santiago de Compostela; 2019. p. 55-61.

(12) Cogliano VJ, Baan R, Straif K, Grosse Y, Lauby-Secretan B, El Ghissassi F, et al. Preventable exposures associated with human cancers. J Natl Cancer Inst 2011;103(24):1827-1839.

(13) Allen NE, Beral V, Casabonne D, Kan SW, Reeves GK, Brown A, et al. Moderate Alcohol Intake and Cancer Incidence in Women. J Natl Cancer Inst 2009;101(5):296-305.

(14) Warnakulasuriya S, Parkkila S, Nagao T, Preedy VR, Pasanen M, Koivisto H, et al. Demonstration of ethanol-induced protein adducts in oral leukoplakia (pre-cancer) and cancer. J Oral Pathol Med 2008;37(3):157-165.

(15) Bagnardi V, Blangiardo M, La Vecchia C, Corrao G. A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. Br J Cancer 2001;85(11):1700-1705.

(16) Segura L, Anderson P, Gual A. Optimizing the delivery of interventions for harmful alcohol use in primary healthcare: an update. Curr Opin Psychiatry 2018;31(4):324-332.

(17) Penfold CM, Thomas SJ, Waylen A, Ness AR. Change in alcohol and tobacco consumption after a diagnosis of head and neck cancer: Findings from Head and Neck 5000. Head Neck 2018;40(7):1389-1399.

(18) Beynon RA, Lang S, Schimansky S, Penfold CM, Waylen A, Thomas SJ, et al. Tobacco smoking and alcohol drinking at diagnosis of head and neck cancer and all-cause mortality: Results from head and neck 5000, a prospective observational cohort of people with head and neck cancer. Int J Cancer 2018;143(5):1114-1127.

(19) Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya S. Factors associated with delay in presentation among younger patients with oral cancer. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004;97(6):707-713.

(20) Miller PM, Ravenel MC, Mauldin MP, Sulkowski S, Lowndes A, Thomas SE. An online alcohol and oral health curriculum for dental students. *J Dent Educ* 2014;78(1):16-23.

(21) Lorenzo-Pouso AI, Gándara-Vila P, Banga C, Gallas M, Pérez-Sayáns M, García A, et al. Human Papillomavirus-Related Oral Cancer: Knowledge and Awareness Among Spanish Dental Students. *J Cancer Educ* 2019;34(4):782-788.

(22) Lorenzo-Pouso AI, Pérez-Sayáns M, Pérez-López D, Otero-Rey EM, García-García A, Blanco-Carrión A. Knowledge About the Relation Between Tobacco and Disease and the Attitude Toward Advising the Cessation of Its Consumption Among a Group of Spanish Dental Students. *J Cancer Educ* 2019;34(1):145-153.

(23) Alvira Martín F. Cambios en el consumo de bebidas alcohólicas en España. *Reis* 1986;(34):111.

(24) Brooks ML, Walfish S, Stenmark DE, Canger JM. Personality Variables in Alcohol Abuse in College Students. *J Drug Educ* 1981;11(2):185-189.

(25) O'Connell DF, Patterson HO. A survey of current college alcohol abuse programs, attitudes, and training needs. *Journal of Alcohol and Drug Education* 1989;34(2):61-69.

(26) Foxcroft DR, Moreira MT, Almeida Santimano, Nerissa M. L., Smith LA. Social norms information for alcohol misuse in university and college students. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;1:CD006748.

(27) White A, Hingson R. The burden of alcohol use: excessive alcohol consumption and related consequences among college students. *Alcohol Res* 2013;35(2):201-218.

(28) NIAA:National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [Internet]. Drinking Levels Defined; 2011 [citado 2 abr 2020] Disponible en: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>

(29) Nieto Eugenio I. Consumo de alcohol entre los estudiantes de la Universidad de Extremadura. *Metas de Enfermería* 2016;19:6-11.

(30) Moure Rodríguez L. FACTORES EXPLICATIVOS Y CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS [tesis doctoral] Universidad de Santiago de Compostela; 2017.

(31) Manchikanti L, Singh V, Smith HS, Hirsch JA. Evidence-based medicine, systematic reviews, and guidelines in interventional pain management: part 4: observational studies. *Pain Physician* 2009;12(1):73-108.

(32) Foxcroft DR, Smith LA, Thomas H, Howcutt S. Accuracy of Alcohol Use Disorders Identification Test for detecting problem drinking in 18-35 year-olds in England: method comparison study. *Alcohol Alcohol* 2015;50(2):244-250.

(33) García Carretero MÁ, Novalbos Ruiz JP, Martínez Delgado JM, O'Ferrall González C. Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test in university students: AUDIT and AUDIT-C. *Adicciones* 2016;28(4):194-204.

(34) Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131(10):1121-1123.

(35) Ntouva A, Sanatinia R, Watt R.G. Evaluation of an alcohol screening and brief advice training programme for NHS general dental practitioners . *European Journal of Dental Education* 2016:34-39.

(36) Miller PM, Heideman PW, Ravenel MC, Spangler JG, Mauldin MP, Hill EG, et al. Preliminary development and evaluation of online tobacco and alcohol modules for dental students. *J Dent Educ* 2011;75(6):791-796.

(37) Daley E, Dodd V, DeBate R, Vamos C, Wheldon C, Kline N, et al. Prevention of HPV-related oral cancer: assessing dentists' readiness. *Public Health* 2014;128(3):231-238.

(38) Rabanales Sotos J. Prevalencia de bebedores de riesgo en estudiantes de Enfermería. Autoevaluación del consumo de alcohol como estrategia de educación para la salud [tesis doctoral] Universidad de Castilla-La Mancha; 2015.

(39) Eugenio IN. Consumo de alcohol entre los estudiantes de la Universidad de Extremadura. *Metas de enfermería* 2016;19(8):2.

(40) Davoren MP, Shiely F, Byrne M, Perry IJ. Hazardous alcohol consumption among university students in Ireland: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2015;5(1).

(41) Muli N, Lagan BM. Perceived determinants to alcohol consumption and misuse: a survey of university students. *Perspect Public Health* 2017;137(6):326-336.

(42) Ben Abdelaziz A, Nouria H, Mili M, Safer M, Zaafrane F, Sakly N, et al. Alcohol consumption among health sciences students at the University of Monastir (Tunisia, 2014). *Tunis Med* 2018;96(10-11):571-583.

(43) Ruisoto P, Cacho R, López-Goñi JJ, Vaca S, Jiménez M. Prevalence and profile of alcohol consumption among university students in Ecuador. *Gac Sanit* 2016;30(5):370-374.

(44) Betancourth-Zambrano S, Tacán-Bastidas L, Cordoba-Paz EG. Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. *Universidad y Salud* 2017;19(1):37-50.

(45) Hart E, Burns S. The relationship between alcohol consumption and related harm among young university students. *Health Promotion Journal of Australia* 2016;27(1):15-20.

(46) Avellaneda AS, Pérez MEG, Font-Mayolas S. Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema* 2010;22(2):189-195.

(47) Wang S, Geater AF, Duan S, Wang X, Zhang H, Zhao L. Alcohol Advertisements, Hazard Warnings, Knowledge of Alcohol-Related Harm and Health-Profession Students' Drinking in Inner Mongolia. *Subst Use Misuse* 2020;55(6):954-963.

(48) Kujan O, Abuderman A, Azzegahiby S, Alenzi FQ, Idrees M. Assessing oral cancer knowledge among Saudi medical undergraduates. *J Cancer Educ* 2013;28(4):717-721.

(49) Kujan O, Alzoghaibi I, Azzeghaiby S, Altamimi MA, Tarakji B, Hanounch S, et al. Knowledge and attitudes of Saudi dental undergraduates on oral cancer. *J Cancer Educ* 2014;29(4):735-738.

(50) Farah CS, Maybury T. Implementing digital technology to enhance student learning of pathology. *Eur J Dent Educ* 2009;13(3):172-178.

(51) Lindsay DL, Hagle H, Lincoln P, Williams J, Luongo PF. Exploring medical students' conceptions of substance use: A follow-up evaluation. *Subst Abus* 2017;38(4):464-467.

(52) McCullough MJ, Farah CS. The role of alcohol in oral carcinogenesis with particular reference to alcohol-containing mouthwashes. *Aust Dent J* 2008;53(4):302-305.

(53) Assaf G, Noureddine S, Kouyoumdjian SP, El Khoury J. Medical students' knowledge, attitudes and behaviours related to substance use in Lebanon: a cross-sectional survey. *East Mediterr Health J* 2018;23(11):734-743.

(54) Ladekjær Larsen E, Smorawski GA, Kragbak KL, Stock C. Students' drinking behavior and perceptions towards introducing alcohol policies on university campus in Denmark: a focus group study. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2016;11(1):17.

(55) Christensen SH, Bewick BM, Bryant L, Skriver MV, Høybye MT. Student and staff perceptions of alcohol as part of student life in Denmark: A Q methodology study. *PLoS ONE* 2018;13(10):e0205923.

(56) Ramos D, Perkins DF. Goodness of fit assessment of an alcohol intervention program and the underlying theories of change. *J Am Coll Health* 2006;55(1):57-64.