

Adicciones en anestesiólogos. ¿Por qué se han incrementado? ¿Debemos preocuparnos?

Dra. Lorena López-Maya,* Dr. Francisco Lina-Manjarrez,**
Dr. Sergio Navarro-Henze,*** Lorena Monserrat Lina López****

* Médico Anestesióloga adscrita al Hospital General de Zona No. 24 IMSS.

** Cirujano General adscrito al Hospital General de Ticomán. Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal.

*** Médico Anestesiólogo adscrito al Hospital General de Ticomán. Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal.

**** Médico Interno de Pregrado Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Solicitud de sobretiros:

Dra. Lorena López-Maya

Insurgentes Núm. 13, México D.F.

Correo electrónico: laringo@webmedica.com.mx

Recibido para publicación: 03-11-11.

Aceptado para publicación: 27-04-12.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/rma>

RESUMEN

Nuestro objetivo fue determinar la prevalencia en el consumo de cigarro, alcohol y sustancia psicotrópicas así como factores de riesgo en médicos y residentes de anestesia en México. **Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo, prospectivo. Se aplicaron 258 cuestionarios CAGE-AID modificado para medicamentos y validado para anestesiólogos mexicanos, constó de 28 preguntas con respuestas dicotómicas sobre el consumo y 9 de frecuencia. Se analizó con base en frecuencia, porcentaje, regresión logística con *odds ratio* (RM). **Resultados:** El 57.8% correspondió al sexo femenino y 42.2% al masculino. Estadísticamente significativo para ingesta de alcohol. En edad se obtuvo una $\bar{X}$ de 42.7 ± 11.7 años. Las sustancias de consumo significativo con $p < 0.005$ y $RM > 1$ fueron café, alcohol, cigarro, bebidas energizantes, benzodiacepinas, fentanyl, otras sustancias y marihuana en residentes de 1^{er}, 2^o y 3^{er} año y adscritos. Con horario mayor de 40 horas laboradas se encontró un 69.9 vs 31.0% menor a 40 horas. Obteniéndose una $p < 0.005$ y $RM > 1$ para consumo de bebidas energizantes, cigarro y fentanyl. En impacto biopsicosocial se obtuvo $p < 0.005$. **Conclusiones:** El aspecto educativo y laboral genera el mayor riesgo de adicciones en anestesiólogos. Proponemos la aplicación extensiva del cuestionario a residentes y adscritos durante los primeros 5 años de egresados.

Palabras clave: Consumo, adicciones, anestesiólogos.

SUMMARY

In this work the objective was to determine the prevalence of cigarette consumption, alcohol and psychotropic substances as well as risk factors for Anaesthesia Doctors and residents in Mexico. **Material and methods:** Cross-sectional, descriptive, prospective study. 258 questionnaires were applied CAGE-AID modified drug and validated for Mexican Anesthesiologists, consisted of 28 questions on the consumption dichotomous and frequency 9. Was analyzed based on frequency, percentage, logistic regression with *odds ratio* (RM). **Results:** Of those surveyed 57.8% were female and 42.2% male. Statistically significant alcohol intake. Age was obtained 42.7 ± 11.7 years. The substances used significant $p < 0.005$ and $RM > 1$ were coffee, alcohol, cigarettes, energy drinks, benzodiazepines, fentanyl, other substances and marijuana 1st residents. to 3rd. Attached year and between 50 and 60. With over 40 hours working hours was found 69.9 vs 31.0% less than 40 hours. Obtaining a $p < 0.005$ and $RM > 1$ for consumption of energy drinks, cigar and fentanyl. In biopsychosocial impact was $p < 0.005$. **Conclusions:** The educational and employment generated by the increased risk of addiction in anesthesiologists. We propose the extensive use of questionnaires to residents and assigned during the first 5 years of graduates.

Key words: Consumption, addiction, anesthesiologists.

INTRODUCCIÓN

El tema del consumo de sustancias psicotrópicas y adicciones, sobre todo en el personal médico, y de éstos el anestesiólogo, es un tema difícil de abordar por las implicaciones de tipo personal, social, laboral y legal.

En los últimos años llama la atención la mayor incidencia que tienen dichos problemas de consumo entre los médicos anestesiólogos⁽¹⁾.

El abuso de drogas se define como el uso en gran cantidad de químicos psicoactivos que compromete la salud y conlleva problemas sociales y económicos. La adicción es el abuso que lleva a compulsión, pérdida de control y uso continuo a pesar de las consecuencias adversas. En la adicción hay tolerancia y síndrome de abstinencia cuando se deja de utilizar la droga^(2,3).

La adicción entre los médicos se conoce desde hace muchos años. Entre los anestesiólogos la primera voz de alarma surgió en 1937 en la Universidad de Wisconsin en donde a través de un Boletín informativo se dio a conocer que 2 de 17 anestesiólogos miembros de la Sociedad Californiana sufrían de adicción química^(4,5).

Spiegelman en 1984 informó que el 14% de los médicos eran adictos al alcohol y 1-2% a drogas no alcohólicas⁽⁴⁾.

En 1987 se hizo una revisión de 1,000 médicos tratados por Talbott y cols., quienes sugieren que la adicción es común entre anestesiólogos. Los residentes de Anestesiología representan el 33.7% de todos los residentes que se presentan para tratamiento por adicciones y tienen 7.4 veces más probabilidades de ser adictos; 5 años más tarde un estudio realizado por Huges y cols., encontraron que el abuso de sustancias es mayor entre residentes de Anestesiología que el de otras especialidades⁽⁶⁻⁸⁾.

Lutsky informó en 1991 los resultados de una investigación realizada en 1989 entre 260 anestesiólogos que habían adelantado su residencia en el Colegio Médico de Wisconsin en los últimos treinta años; 183 respondieron la encuesta; la proporción de los que habían utilizado drogas cuando eran residentes fue: 77% alcohol, 20% marihuana, 15.7% cocaína, 24% drogas psicoactivas sin prescripción médica, los opioides en 35.9% siendo el fentanyl el de mayor uso con 34.5%, los estimulantes en 7.9%, el 13.9% reportó el uso de sustancias intravenosas y 17% tuvo tratamiento previo en programas de adicciones. Los autores encontraron que ciertas especialidades, tales como los anestesiólogos, médicos de urgencias y psiquiatras parecen estar sobre representados en estos programas. De hecho, otros investigadores han sugerido que estas especialidades tienen una propensión hacia las adicciones⁽⁹⁻¹¹⁾.

En estudios realizados en 1996 y 2000 se acordó que el consumo de *Cannabis* es más frecuente entre alcohólicos. Estos resultados corroboran la hipótesis de que el alcoholismo predispone al uso de otras adicciones. Adicionalmente, las evidencias sugieren que el fumar cigarrillos es un importante factor de riesgo para la dependencia de opioides^(8,12).

En 2000, Alexander y cols., publicaron un estudio que examina los riesgos de mortalidad con causa específica entre los anestesiólogos y encontraron que es mayor después de los 5 años de la residencia. Más recientemente, en 2002, Booth y cols., encontraron que la incidencia de consumo de drogas entre el personal de Anestesia es de 1.0% y de 1.6% entre residentes^(10,13).

Estadísticamente los datos surgen fundamentalmente de fuentes como estudios retrospectivos, programas de tratamientos y en estudios prospectivos. En estudios retrospectivos la incidencia de abuso en anestesiólogos varió del 1 al 5% en diversos estudios en Estados Unidos de Norteamérica.

Los estudios prospectivos en Latinoamérica muestran una incidencia promedio de abuso a drogas de 1.7% donde el 75% fue a opiáceos⁽¹²⁾.

Muchos factores juegan un papel importante en el uso y abuso de sustancias psicoactivas y alcohol. Algunos de ellos influyen en la drogadicción en la población general, otros son más importantes entre los anestesiólogos. Entre los primeros están la predisposición genética, el estrés físico y psíquico, la reducida capacidad para afrontar las crisis de la vida diaria, la falta de educación, de análisis de las consecuencias y de programas preventivos y estrategias de control y el poder adictivo de las drogas⁽¹⁴⁾.

En relación al consumo de sustancia por parte de anestesiólogos, el Dr. Gustavo Calabrese clasifica los factores de riesgo en 3 grupos:

- a. Factores generales:** Predisposición genética, psicosociales, biológicos, historia familiar y personal de abuso, comorbilidad con otra psicopatología (trastornos de personalidad, patrones de falta de autoestima, etcétera).
- b. Factores específicos de organización del trabajo:** Exceso de horas trabajadas, guardias, escasas horas de sueño, responsabilidad por la seguridad del paciente, desajuste entre las expectativas profesionales y personales, excesiva competitividad, necesidad permanente de formación continua y nuevas tecnologías, etcétera.
- c. Factores específicos de la propia especialidad:** Disponibilidad de la medicación, fácil acceso y falta de control de la droga (85% de los residentes de Anestesia de los programas de recuperación indicaron que habían elegido la especialidad por tener la droga a su alcance), potencia y poder adictivo de los opiáceos, y exposición ambiental⁽¹⁵⁾.

Se ha sugerido que el estrés emocional y el acceso a los agentes pueden jugar un papel mucho menor de lo que se pensaba. Gold y colaboradores presentaron la hipótesis de que el mayor riesgo de adicción en ciertos lugares de trabajo, como es la práctica de la Anestesiología, está relacionado con la sensibilización de las vías del cerebro que promueven el uso de sustancias. Se sabe que el abuso de las drogas altera la química

del cerebro adicto, cambiando relativamente los niveles de los neurotransmisores –ácido aminobutírico, dopamina y serotonina–. La liberación de dopamina en el sistema mesolímbico cerebral está involucrada con los comportamientos asociados con el abuso de diversas drogas, incluida la nicotina^(8,10,12).

JUSTIFICACIÓN

Una preocupación común entre los anestesiólogos desde hace más de 20 años hasta la actualidad, es el peligro latente y constante en el uso y abuso de sustancia psicoactivas y recientemente los opioides, que tiene repercusiones físicas, psicológicas, sociales y laborales. El anestesiólogo adicto es incapaz de realizar adecuadamente su profesión⁽⁴⁾.

La estadística real de abuso, adicción y dependencia química entre los médicos y en especial entre anestesiólogos resulta muy difícil de establecer. Nos orientaremos dentro de la realidad internacional a la de Latinoamérica; es así que en el estudio CLASA 2000 se reveló un 16% de consumo de drogas psicoactivas en anestesiólogos latinoamericanos, donde el 1.3% correspondió al abuso a opiáceos y el 0.4% fue a sedantes e hipnóticos. Un reciente informe de la Comisión de Riesgos Profesionales de CLASA 2009 reveló que se registraron 130 casos de abuso de drogas en los últimos 9 años así como 116 consultas por abuso a drogas en su mayoría por consumo a opiáceos en residentes de Anestesia⁽¹⁵⁾.

En México no se cuenta con información de adicción a drogas entre anestesiólogos. Hay pocos estudios que muestran la prevalencia de adicciones en el personal de salud en nuestro país. Uno de ellos se realizó en 1988 y fue publicado en la Revista Mexicana de Anestesiología, aplicándose únicamente cuestionarios a 20 Jefes de Departamento de Anestesiología de diferentes Instituciones del Sector Salud. Gracias a esta investigación se logró captar a 15 anestesiólogos de la especialidad y 5 más de otras especialidades con problemas de farmacodependencia⁽¹⁶⁾.

Por lo anterior, la farmacodependencia entre los anestesiólogos va más allá de un problema de salud pública, es un problema de personalidad, familiar, laboral, social, genético, de disponibilidad, etcétera. Por lo que debemos enfrentar esta realidad en forma compartida tanto como compañeros, institución y sociedad.

Es así como surge la inquietud de saber **si se han incrementado las adicciones entre los anestesiólogos y si son los factores de tipo laboral, social, ambiental y familiar los que predisponen a este aumento**. Por lo que consideramos de interés realizar una investigación dirigida a establecer la magnitud del problema.

Los objetivos de este estudio fueron determinar la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco, así como de drogas psicotrópicas entre adscritos y residentes mexicanos de anestesiología; identificar los factores de riesgo que se

asocian con su consumo y validar un instrumento con base en la estructura del CAGE que pueda aplicarse para detectar en forma oportuna adicciones en Anestesiólogos.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Área de trabajo. El estudio se realizó del 1 al 4 de junio de 2011 durante el XXXVII Curso Anual de Actualización de Anestesiología y Medicina Perioperatoria en las instalaciones del WTC en la Ciudad de México.

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

Estudio transversal, descriptivo, analítico y prospectivo

Criterios de inclusión: Anestesiólogos residentes y adscritos que acudan al XXXVII Curso Anual de Actualización de Anestesiología.

— Ambos sexos, — Obtención de consentimiento informado para participar en el estudio, — Ejercicio profesional activo, — Laborar en medio institucional y/o privado.

Criterios de exclusión: — Anestesiólogos que no contesten los cuestionarios.

Criterios de eliminación: — Cuestionarios contestados en forma inadecuada.

Métodos de muestreo

Universo	Médicos residentes y adscritos de Anestesiología que acudan al XXXVII Curso de Actualización en Anestesiología y Medicina Perioperatoria
Tamaño de la muestra	$n = \frac{Z^2 (PQ)}{d_2^2} = 206$ Anestesiólogos
P = Prevalencia de las características de la población	16%
Z = Nivel de confianza al 95%	1.96 para un nivel de significancia del 5%
Q = 1 – P	(100-16) = 84
d = Precisión (Cuánto se aleja la muestra del verdadero porcentaje del universo)	5
Total de anestesiólogos encuestados	258

VARIABLES INDEPENDIENTES: FACTORES DE RIESGO

Demográficos: Sexo, edad, estado civil, escolaridad, lugar de residencia, número de hijos.

Educación formativa y laboral: Grado de escolaridad, antigüedad laboral, lugar de especialidad, número de trabajos, turno, horario, > de 40 horas laboradas, motivo.

Factores emocionales, mentales, físicos: Días de descanso (número, sábado, domingo) deporte, cursos de actualización.

Variable dependiente: Consumo de bebidas energizantes, café, tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

A 258 anestesiólogos (médicos residentes y adscritos) que acudieron al XXXVII Curso Anual de Actualización de Anestesiología y Medicina Perioperatoria del 2 al 4 de junio de 2011 que se realizó en las instalaciones del WTC de la Ciudad de México y que contaron con los criterios de inclusión, se les entregó en forma simultánea un instrumento de recolección de datos formado por 2 cuestionarios, los cuales se llenaron en forma voluntaria y anónima, con la finalidad de determinar la existencia de problemas relacionados con cuestiones emocionales, mentales, físicas y laborales que pudieran estar vinculados con el consumo de sustancias como: cafeína, tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas.

El cuestionario 1 se formó por preguntas con las características demográficas de los individuos e incluyó 19 reactivos (*Anexo 1*).

El cuestionario 2 se elaboró con preguntas del cuestionario CAGE (reducción, molestia, culpa y apertura ocular) que fue desarrollado originalmente para detectar problemas de alcoholismo, el cual ha sido modificado para incluir medicamentos (**CAGE-AID**). Éste incluyó 7 preguntas, las cuales fueron validadas para aplicación a médicos anestesiólogos mexicanos, a través de un estudio piloto formado por 20 anestesiólogos adscritos al HG de Ticomán y a nivel particular.

El cuestionario fue autoaplicado y se respondió en una escala dicotómica *Sí/No*, mismo que se respondió entre 2 y 5 minutos. La primera pregunta constó a su vez de una lista de 13 sustancias a las que había que contestar *Sí* o *No* las consumían. La segunda hizo mención a la frecuencia con que se consumen las sustancias que se señalaron (*Anexo 2*).

Las últimas 5 se refirieron a valoración biopsicosocial, debiendo contestar *Sí* o *No*. Cada respuesta afirmativa se calificó con un punto.

Se estima que ninguna o una respuesta afirmativa indican inexistencia del problema. Dos puntos indican un probable problema, tres puntos sugieren un muy probable problema y 4 puntos sugieren un problema seguro. Puede tener una sensibilidad del 60-95% y especificidad del 40 al 95% y valor predictivo negativo del 40 al 60% para diagnosticar problemas de alcohol y drogas y sugiere la evaluación por especialistas en adicciones⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Análisis estadístico. Se realizó con la versión para computadora del programa SPSS versión 18.

Los datos demográficos con variables cuantitativas y en escala numérica se analizaron a través de la media + desviación estándar.

Las variables categóricas con escala ordinal y nominal se describieron con frecuencias y porcentajes. La estadística de contraste se realizó con T de Student y Chi cuadrada (χ^2) dependiendo del tipo de variables analizadas.

Así mismo, tanto a las variables dependientes como independientes se les aplicó análisis multivariado a través de la regresión logística buscando o no la existencia de asociación con estimación del riesgo *odds ratio* (RM) e índice de Kappa para variables nominales y rs de Spearman y r Pearson para variables ordinales y cuantitativas. Para todos los análisis los criterios de significancia estadística se fijaron en $p < 0.05$ ⁽²⁰⁾.

RESULTADOS

De las características demográficas de la población encuestadas, en relación al **sexo** se observó lo siguiente:

De los 258 encuestados; 149 fueron del sexo **femenino** (57.8%) y 109, **masculino** (42.2%). Aplicando la estadística de contraste a través de tablas de contingencia de 2 x 2 se obtuvo que el sexo femenino consume café en 44.5%, alcohol 21.3% y cigarro 11.6%, en cuanto al masculino las bebidas de mayor consumo fueron café 30.6%, alcohol 25.9% y cigarro 10%. Estadísticamente significativo para el consumo de *alcohol* con $\chi^2 = 15.22$ y $p = 0.000$, prueba exacta de Fisher 0.000 índice de Kappa -.238 con $p = 0.000$ con un valor de *odds ratio* (RM) de 2.817 y $p = 0.000$ para ingesta de alcohol por sexo (Cuadro I).

La edad mínima fue de 22 años y la máxima de 72 con una $\bar{X}$ de 42.7 ± 11.7 años con una Prueba T de 59.6 estadísticamente significativo con $p = 0.000$. El rango de edad estuvo representado por 51 a 60 años con 31.7%, 31 a 40 años con 26.7% y de 41 a 50 años con 19.3%. Estadísticamente significativo en el consumo de benzodiacepinas con χ^2 de 63.7 y $p = 0.03$ y correlación de Spearman con $p < 0.05$, en consumo de marihuana con 2 casos en anestesiólogos de 27 años con 0.7%. El mayor consumo de café, alcohol y cigarro se registró en edades de 51 a 60 años con: 24, 16.2 y 8.1%, respectivamente. El fentanyl de 31 a 40 años con 1.1% y otras sustancias de 31 a 40 años con 1.1%. Con una razón de momios (RM) < 1 no significativo (Cuadro II).

El **estado civil** correspondió a casados 61.6%, solteros 29.1%, divorciados 4.3% con χ^2 de 345.7 con $p = 0.000$ siendo estadísticamente significativo. De éstos, los casados consumen café en 44.9%, alcohol 31% y cigarro 11.2%. Los solteros café 22%, alcohol 11.6% y cigarro 8.1%, los divorciados café 3.4%, cigarro 1.5% y alcohol 1.1%. Analizando tablas de contingencia se obtuvo significancia estadística para

cigarro con χ^2 14.5 y $p = 0.006$. No hubo asociación con una $RM < 1$ no significativa.

En **número de hijos**: El 33.7% tuvo 2 hijos, el 32.2% ninguno y el 15.9%, 3 hijos, con una $\bar{X}$ de 1 ± 1 hijos, con prueba T de 19.2 y significancia estadística de $p = 0.000$. Se obtuvo para *bebidas energéticas* χ^2 de 21.8 y $p = 0.001$, RM de 2.029 con $p = 0.000$. Para *fentanyl* una χ^2 de 15.6 y $p = 0.008$. Y para *alcohol* se encontró una correlación de Spearman de -.133 y $p = 0.033$. El resto de las sustancias consumidas sin significancia.

Respecto al **lugar de residencia (domicilio)** el 53.5% fueron del D.F., el 14.7% del Estado de México, el 4.3% de Puebla, el 3.5% de Veracruz, el 1.9% de Hidalgo, el 1.9% de Chiapas y el 23.7% del resto de los estados de la república mexicana.

En **educación formativa y laboral se encontraron los siguientes resultados**:

De los 258 encuestados; 210 (81.4%) fueron adscritos, 16 residentes de 2° año (6.2%), 15 residentes de 1° año (5.8%),

Cuadro I. Sexo-sustancias consumidas.

Sustancia	Sexo Femenino	Sexo Masculino	χ^2 de Pearson	Prueba Exacta de Fisher	Correlación de Spearman	Kappa
Bebidas energéticas	Sí = 21 No = 128	Sí = 15 No = 94	.006 *.939	*1.000	.005 *.940	.003 *.939
Café	Sí = 115 No = 34	Sí = 79 No = 30	.747 *.347	*.466	.054 *.389	.050 *.387
Cigarro	Sí = 30 No = 119	Sí = 26 No = 83	.512 *.574	*.541	-0.45 *.476	-0.33 *.474
Alcohol	Sí = 55 No = 94	Sí = 67 No = 42	15.22 *0.000	*0.000	-.243 *0.000	-.238 *0.000
Marihuana	Sí = 0 No = 149	Sí = 2 No = 107	2.7 *0.097	-.103 *.098	-.103 *.098	-.016 *.097
Fentanyl	Sí = 2 No = 147	Sí = 1 No = 108	.099 *.753	*1.000	.020 *.754	.004 *.753
Benzodiacepinas	Sí = 2 No = 147	Sí = 5 No = 104	.099 *.753	*1.000	.020 *.754	.004 *.753
Otras (Tranquilizantes, antidepresivos, antihistamínicos, anticonvulsivantes)	Sí = 2 No = 147	Sí = 1 No = 108	.099 *.753	*1.000	.020 *.754	.004 *.753

Significancia estadística $p < 0.05$ (*)

Cuadro II. Edad/sustancias consumidas.

Sustancia	χ^2 de Pearson	Significancia estadística $p < 0.005$	Correlación de Spearman	Significancia Estadística $p < 0.05$
Bebidas energéticas	58.15	.090	.312	0.000
Café	57.2	.105	.047	.448
Cigarro	48.9	.317	.003	.963
Alcohol	42.9	.596	-.032	.614
Marihuana	37.9	.761	.128	.040
Fentanilo	33.5	.895	.069	.266
Benzodiacepinas	63.7	.034	-.063	.329
Otras	52.9	.195	.061	.327

13 residentes de 3er. año (5%), 2 residentes de 4° año (.8%) y 2 residentes de 5° año (.8%). Con estadística de contraste con χ^2 con 82.8 y $p = 0.000$, estadísticamente significativo.

Por grado académico/consumo de sustancias: En médicos adscritos, residentes de 1° y 3er., año se obtuvo significancia para ingesta de bebidas energizantes con $p < 0.005$ y $RM > 1$. En consumo de café y cigarro $RM > 1$ para residentes de 1er, 2° y 3er. año con $p > 0.05$. En alcohol los residentes de 2° y 3er. año obtuvieron una $RM > 1$ con $p > 0.05$. En marihuana una χ^2 de 30.4 y $p = 0.000$ y correlación de Spearman de -.183 y $p = 0.000$, $RM \leq 1$ no significativo (Cuadro III).

En **antigüedad laboral** el mínimo de años trabajado fue de 1 y el máximo de 44 años, con una $\bar{X}$ de 13.9 ± 10.5 años, con prueba T de 21.0 y $p = 0.000$. Estadísticamente significativo para el consumo de *bebidas energizantes* con χ^2 51.5 y $p = 0.041$ con $RM = 1.115$ y $p = 0.000$ y correlación de Spearman de 0.000.

En **lugar de realización de la especialidad** el 37.6% la realizó en el IMSS, 17.8% en SSA, 16.3% en otro, 14.0% en ISSSTE, 9.7% a nivel particular y 4.3% en DDF. Los 3 casos que registraron consumo de fentanyl fueron del IMSS al igual que los mayores consumidores de benzodiazepinas, café y alcohol.

El consumo de marihuana se registró en el ISSSTE y DDF con χ^2 de 13.3 y $p = 0.011$. Cigarro en el DDF con χ^2 14.8 y $p = 0.011$. En la ingesta de todas las sustancias se encontró $RM < 1$ no significativo.

En **lugar de adscripción** el 31% labora a nivel privado, el 24% en el IMSS, el 23.6% a nivel mixto, el 11.2% en otros lugares, el 3.9% en SSA, el 3.5% en el DDF, el 2.3% en el

ISSSTE y el 0.4% no contestó. Con χ^2 de 152 y $p = 0.000$. En tablas de contingencia de 2 x 2, estadísticamente significativo para consumo de *cigarro y marihuana* con $p < 0.05$ y correlación de Spearman para *fentanyl* con $p = 0.18$. $RM < 1$ (Cuadro IV).

En cuanto al **turno**, el 60.55% trabaja en horario mixto, el 25.6% turno matutino, 6.2% nocturno, 5.8% vespertino, el 1.2% en jornada acumulada y el 0.8% no contestó. Con una χ^2 de 313.9% y $p = 0.000$. Con mayor consumo de *bebidas energizantes* por la mañana, con correlación de Spearman -.141 y $p = 0.02$.

Quienes laboran en turno mixto consumen café en un 46.1%, alcohol 30.6%, cigarro 14.3%, marihuana 0.77% no significativo. Los 3 casos que consumen fentanyl se registraron en el turno matutino con una correlación de Spearman de .161 y $p = 0.10$, con $RM < 1$ no significativo.

En **número de trabajos**, el 49.6% labora en 1 sitio, el 46.9% en 2 y el 3.5% en 3 lugares con una $\bar{X}$ de 1.54 ± 0.56 trabajos, prueba T 42.7 y $p = 0.000$. En cuanto a **horas laboradas**, el mínimo fue de 10 y máximo de 120 horas con $\bar{X}$ de 61.2 ± 24.1 horas, con prueba T de 40.6 y $p = 0.000$. Por tabla de 2 x 2 se encontró para benzodiazepinas χ^2 de 82.2 con $p = 0.000$, otras sustancias como tranquilizantes, antidepresivos, antihistamínicos y anticonvulsivantes con χ^2 de 88.2 y $p = 0.000$, estadísticamente significativo $RM < 1$.

Con **horarios mayores de 40 horas** laboradas se encontró un 69.9 vs 31.0% menor a 40 horas. Obteniéndose χ^2 de 37.2 y $p = 0.000$. Se aplicó tablas de 2 x 2 y en *bebidas energizantes* se obtuvo χ^2 .774 y $p = 0.05$ con estadístico exacto de Fisher de 0.005, correlación de Spearman de .173

Cuadro III. Grado académico/sustancias consumidas.

Grado Académico	Bebidas energizantes (*)	Café	Cigarro	Alcohol	Marihuana (*)	Benzodiazepinas	Fentanyl
Adscrito	Sí = 21 No = 189	Sí = 156 No = 54	Sí = 43 No = 167	Sí = 96 No = 114	Sí = 0 No = 210	Sí = 7 No = 203	Sí = 3 No = 207
Residente 1er. año	Sí = 4 No = 11	Sí = 13 No = 2	Sí = 4 No = 11	Sí = 5 No = 10	Sí = 0 No = 15	Sí = 0 No = 15	Sí = 0 No = 15
Residente 2° año	Sí = 8 No = 8	Sí = 14 No = 2	Sí = 5 No = 11	Sí = 11 No = 5	Sí = 2 No = 14	Sí = 0 No = 16	Sí = 0 No = 16
Residente 3er. año	Sí = 2 No = 11	Sí = 7 No = 6	Sí = 3 No = 10	Sí = 7 No = 6	Sí = 0 No = 13	Sí = 0 No = 13	Sí = 0 No = 13
Residente 4° año	Sí = 0 No = 2	Sí = 2 No = 0	Sí = 0 No = 2	Sí = 1 No = 1	Sí = 0 No = 2	Sí = 0 No = 2	Sí = 0 No = 2
Residente 5° año	Sí = 1 No = 1	Sí = 2 No = 0	Sí = 1 No = 1	Sí = 2 No = 0	Sí = 0 No = 2	Sí = 0 No = 2	Sí = 0 No = 2
Total	258	258	258	258	258	258	258

(*) Significativamente estadísticos con $p = 0.000$

y $p = 0.005$ y un índice de Kappa de .087 y $p = 0.005$., RM = 4.16 y $p = 0.009$. Para el *cigarro* se reportó estadístico exacto de Fisher de 0.022, χ^2 5.7 y $p = 0.016$, correlación de Spearman .150 y $p = 0.016$ con un índice de Kappa de .094 y $p = 0.016$, RM = 2.43 y $p = 0.019$. El *fentanyl* tuvo χ^2 de 6.7 y $p = 0.009$; estadístico exacto de Fisher de $p = 0.029$,

correlación de Spearman de -.162 y $p = 0.009$ e índice de Kappa de -.023 y $p = 0.009$.

El **motivo por el cual se trabajan más de 40 horas** fue el siguiente:

Económico en 30.6%, capacitación (curso de especialidad) 19%, por gusto 7.8%, otros 6.9%, personal .8%.

Respecto a los *días de descanso* el 59.7% descansa 2 días, el 26.0% 1 día, el 14.0% ningún descanso, el .4% no contestó. El 53.5% descansa los sábados y el 65.9% los domingos. Siendo significativo sólo el domingo con χ^2 de 26.0 y $p = 0.000$.

El *deporte* lo practica el 53.9% de los encuestados lo cual no fue significativo.

El 83.7% realizan *Cursos de actualización* con χ^2 117.3 y $p = 0.000$. La tabla de 2 x 2 mostró para *marihuana* χ^2 10.36 con $p = 0.001$ correlación de Spearman -.200 con $p = 0.001$, Prueba exacta de Fisher con $p = .021$ Kappa. -.016 y $p = 0.001$. Para *otras sustancias* (tranquilizantes, antidepresivos, antihistamínicos y anticonvulsivantes) los resultados fueron: χ^2 15.2, prueba exacta de Fisher .004, correlación de Spearman -.200 e índice de Kappa de .016. Todos con $p < 0.05$.

Por medio del **cuestionario 2** se obtuvieron los siguientes resultados:

Las **sustancias consumidas** fueron las siguientes:

Café 75.2% con $\chi^2 = 65.5$, alcohol 47.3% con $\chi^2 = .760$, cigarro 21.7% con $\chi^2 = 82.6$, bebidas energizantes 14% con $\chi^2 = 134$, benzodiacepinas 2.7% con $\chi^2 = 230.7$, fentanyl 1.2% con $\chi^2 = 246.1$, otras sustancias 1.2% con $\chi^2 = 246.1$ y marihuana .8 con $\chi^2 = 250.0$. Todas ellas con $p < 0.05$ (Cuadro V y Figura 1).

La **frecuencia de consumo de sustancias** (día, semana, mes) demostró que *diario* consumen café 45.7%, cigarro 5% y bebidas energizantes 3.9%, 2-3 veces *por semana*, café

Cuadro IV. Lugar de adscripción/consumo de sustancias.

Sustancia	χ^2 de Pearson	Correlación de Spearman
Bebidas energizantes	7.61 (*) .268	.068 (*) .279
Café	8.19 (*) .224	.057 (*) .365
Cigarro	13.6 (*)0.034	-.001 (*) .987
Alcohol	2.35 (*) .885	-.024 (*) .297
Marihuana	33.9 (*) 0.000	.061 (*) .328
Fentanyl	9.54 (*) .745	.147 (*)0.018
Benzodiacepinas	3.79 (*) .704	.016 (*) .799
Otras (Tranquilizantes, antidepresivos, antihistamínicos, anticonvulsivantes)	4.06 (*) .670	-.050 (*) .429

(*) Significancia estadística $p < 0.05$

Cuadro V. Ingesta de sustancias.

Sustancia	Sí	No	Estadística de contraste χ^2	Estadística significativa $p < 0.05$
Bebidas energizantes	36 = 14%	222 = 86%	134.0	0.000
Café	194 = 75.2%	64 = 24.8%	65.5	0.000
Cigarro	56 = 21.7%	202 = 78.3%	82.6	0.000
Alcohol	122 = 47.3%	136 = 52.7%	.760	.383
Marihuana	2 = .8	256 = 99.2%	250.0	0.000
Cocaína		258 = 100%		
Morfina		258 = 100%		
Heroína		258 = 100%		
Anfetaminas		258 = 100%		
Fentanyl	3 = 1.2%	255 = 98.8%	246.1	0.000
Extasis		258 = 100%		
Benzodiacepinas	7 = 2.7%	251 = 97.3%	230.7	0.000
Otros	3 = 1.2%	255 = 98.8%	246.1	0.000

15.9%, alcohol 9.3% y cigarro 5.8%, *1 a 2 veces por mes*, alcohol 17.1%, café 5% y cigarro 4.7%, *4 veces al mes* alcohol 2.3%, café 1.9% y bebidas energizantes 1.6% (Cuadro VI). En todos los consumos se obtuvo significancia estadística con $p < 0.05$ (Cuadro VII).

El consumo de alcohol se asoció con el consumo de bebidas energizantes con χ^2 de 4.62 y $p = 0.031$ con un *odds ratio*

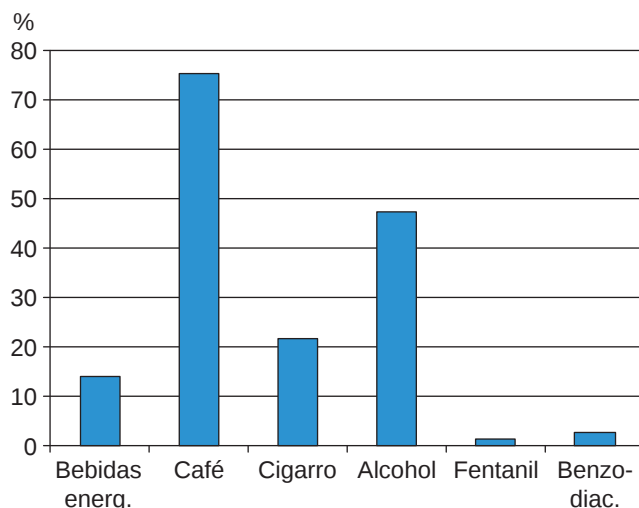


Figura 1. Consumo de sustancias (SI).

(RM) de 2.19 con $p = 0.034$, con cafeína con χ^2 4.45 y $p = 0.035$ con RM = 1.858 y $p = 0.037$ y con cigarro χ^2 8.34 $p = 0.004$ con RM 2.428 y $p = 0.005$.

En la *valoración biopsicosocial* las respuestas obtenidas fueron:

En relación a *reducir* el consumo de sustancias 39.5% contestó que *Sí* y el 60.5% que *No*. Se siente *mal o culpable* por consumirlas 13.2%, el 5.8% ha tenido que consumirlas durante *la mañana* para reducir el estrés, el 15.9% las consume cuando se siente *agotado* y sólo el 1.9% ha *solicitado ayuda*. En todos los casos se obtuvo significancia estadística con $p = 0.000$ (Cuadro VIII y Figura 2).

DISCUSIÓN

La distribución por sexo de los consumidores de sustancias entre anestesiólogos mostró que no hubo significancia en adicciones por género pero las mujeres consumen con mayor frecuencia café y cigarro comparado con los hombres, lo que nos orienta a un incremento preocupante en su consumo sobre todo en los últimos años. Por otro lado en este estudio y de acuerdo a lo referido en la literatura se demostró que los hombres consumen alcohol con mayor frecuencia que las mujeres, lo cual fue estadísticamente significativo con $p < 0.05$ y *odds ratio* (RM) de 2.817. Desde el punto de vista sociológico,

Cuadro VI. Frecuencia en la ingesta de sustancias.

Frecuencia Número = n y %	Bebidas Energizantes	Café	Cigarro	Alcohol	Marihuana	Fentanil	Benzodia- cepinas	Otras
No	n = 219 84.9%	n = 65 25.2%	n = 196 76%	n = 137 53.1%	n = 256 99.2%	n = 255 98.8%	n = 251 97.3%	n = 255 98.8%
Diario	n = 10 3.9%	n = 118 45.7%	n = 13 5.0%	n = 6 2.3%				
2-3/Semana	n = 11 4.3%	n = 41 15.9%	n = 15 5.8%	n = 24 9.3%		n = 3 1.2%	n = 7 2.7%	n = 3 1.2%
1-2/mes	n = 7 2.7%	n = 13 5.0%	n = 12 4.7%	n = 44 17.1%				
4/mes	n = 4 1.6%	n = 5 1.9%	n = 3 1.2%	n = 6 2.3%				
50/12 meses		n = 1 0.4%						
12/12 meses	n = 1 0.4%	n = 1 0.4%						
4-12/12 meses	n = 3 1.2%	n = 2 0.8%	n = 1 .4%	n = 5 1.9%				
1-3/12 meses	n = 3 1.2%	n = 6 2.3%	n = 7 2.7%	n = 29 11.2%	n = 2 0.8%			
Nada/ 12 meses		n = 6 2.3%	n = 11 4.3%	n = 7 2.7%				
Total	258	258	258	258	258	258	258	

estas sustancias se encuentran clasificadas como de consumo legal, por lo que la mayoría de las veces no son aceptadas por el anestesiólogo como una adicción a las mismas.

En cuanto a la edad, el grupo de anestesiólogos encuestados se encontró en el rango de 30 a 50 años con un 46% y de 51 a 60 años con 31.7%. Siendo los principales consumidores el grupo de mediana edad para benzodiacepinas y marihuana, en contraste con edad madura que consume café, bebidas energizantes, cigarro, alcohol y otras sustancias. Lo anterior no fue significativo desde el punto de vista estadístico.

Cuadro VII. Estadístico de contraste para frecuencia de consumo.

Sustancia	Prueba estadística χ^2	Significancia estadística $p < 0.05$
Bebidas energizantes	1238.6	0.000
Café	521.1	0.000
Cigarro	955.4	0.000
Alcohol	432.4	0.000
Marihuana	492.2	0.000
Fentanyl	486.4	0.000
Benzodiacepinas	1184.3	0.000
Otras	734.5	0.000

Cuadro VIII. Estadística de contraste biopsicosocial.

	Uso				
	Reducir	Culpable	matutino	Agotado	Ayuda
Chi cuadrado	11.302 ^a	139.922 ^a	425.605 ^b	120.062 ^a	238.388
gL	1	1	2	1	1
Sig. asintót.	.001	.000	.000	.000	.000

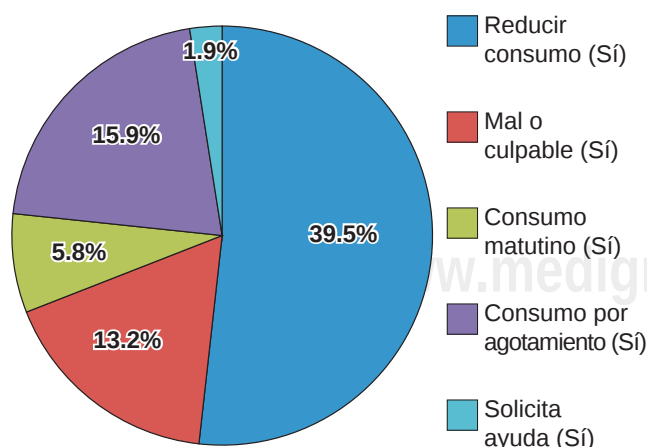


Figura 2. Valoración biopsicosocial.

Si bien el análisis estadístico resultó significativo para algunos factores pero sin riesgo clínico es importante señalar la prevalencia, significancia estadística y estimación de riesgo en el consumo de algunas sustancias consumidas, como fueron:

Variable	Sustancia	Significancia estadística $p < 0.05$	Odds ratio (RM>1)
Estado civil	Café, alcohol y cigarro	< 0.05	< 1
Número de hijos	Bebidas energizantes	< 0.05	> 1
	Fentanyl	< 0.05	< 1
	Alcohol	< 0.05	< 1
Domicilio	No significativo	-	-
Grado académico	Bebidas energizantes	< 0.05	< 1
	Café	> 0.05	> 1
	Cigarro	> 0.05	> 1
	Alcohol	> 0.05	> 1
	Marihuana	< 0.05	< 1
Antigüedad laboral	Bebidas energizantes	< 0.05	> 1
Lugar de especialidad	No significativo		< 1
Lugar de adscripción	Cigarro	< 0.05	< 1
	Marihuana	< 0.05	< 1
Turno	Bebidas energizantes	< 0.05	< 1
Número de trabajos	No significativo		< 1
Horas laboradas	Benzodiacepinas	< 0.05	< 1
	Otras	< 0.05	< 1
• 40 horas/semana	Bebidas energizantes	< 0.05	> 1
	Cigarro	< 0.05	> 1
	Fentanyl	< 0.05	< 1
Motivo para laborar > 40 h	No significativo		
Días de descanso	No significativo		
Descanso sábado	No significativo		
Descanso domingo	No significativo		
Deporte	No significativo	< 0.05	< 1
Curso actualización	Marihuana	< 0.05	< 1
Sustancias consumidas	Otras	< 0.05	< 1
	Respuesta dicotómica (sí, no)	< 0.05	
Frecuencia en el consumo	< 0.05		
Valoración biopsicosocial	< 0.05		

Actualmente está demostrado que en la mayoría de los estudios realizados tanto en Europa como en EUA se exceden horarios de las 58 horas semanales que están reguladas laboralmente, comparado con Latinoamérica en donde se registran horarios hasta de 72 horas semanales y en donde no existe regulación para las horas de trabajo para médicos y residentes de Anestesiología así como de otras especialidades⁽²¹⁾.

Es en este contexto en donde los anestesiólogos mexicanos encuestados en este estudio mostraron que el promedio de horas laboradas fue de 61.2 ± 24.1 , con un 70% con horarios mayores a las 40 horas por semana, lo cual excede a las 48 horas establecidas en la comunidad europea, horarios mixtos hasta un 60%, en 2 sitios 47%. Con base en lo anterior, los factores de riesgo que vinculan al anestesiólogo en calendarios laborales inadecuados lo sitúan en el *grupo de riesgo significativo* en donde trabaja de 50/70 horas/semana, 14 horas consecutivas al día, 1 o 2 turnos por semana, menos de 10 horas de descanso entre turnos de trabajo, 1 día libre de descanso a la semana⁽²²⁾.

Con relación a la frecuencia en el consumo de sustancias y determinantes de tipo biológico, psicológico y social analizadas a través del cuestionario CAGE fueron breves, sencillas y aceptables, la mayor parte de las personas lo contestaron en 2 a 5 minutos, encontrándose significancia estadística, predominando el consumo de café, cigarro, bebidas energizantes y alcohol.

CONCLUSIONES

Parece ser que la edad no influye abiertamente en la prevalencia de adicciones, pero debemos considerar que existe un período de sensibilización que se da principalmente en gente joven y en los 5 primeros años de formación académica, rango en el que se presentó el consumo de marihuana y fentanyl, comparado con edades de 50 a 60 años quienes consumen café, bebidas energizantes, cigarro, alcohol y benzodiacepinas.

El consumo de alcohol se correlacionó con ingesta de otras sustancias, fenómeno que se menciona en la literatura consultada.

El análisis de los resultados nos demuestra que es el aspecto educativo y laboral el que genera el mayor riesgo hacia las adicciones en anestesiólogos, sin dejar de lado otros factores no menos importantes como son los genéticos, biológicos, físicos, químicos, sociales y familiares. La formación académica, lugar y horario de trabajo, disponibilidad y acceso a sustancias son algunos de los «factores de alto riesgo» profesionales a los que está expuesto el anestesiólogo, aunado a la ansiedad y estrés cotidiano en el área de trabajo.

En relación al cuestionario propuesto, la viabilidad de su aplicación se constató ya que la mayor parte de los encuestados lo contestaron en un breve tiempo incluyendo los grupos de edad avanzados. Proponemos la aplicación más extensiva de este cuestionario sobre todo a grupos de riesgo como son los residentes y adscritos durante los primeros 5 años de egresados para realizar un mayor seguimiento que permita cuantificar la prevalencia de adicciones a este nivel.

REFERENCIAS

- Barreiro G, Benia W, Francolino C, Dapuerto J, Szterns P. Consumo de sustancias psicoactivas: Estudio comparativo entre Anestesiólogos e Internistas en Uruguay. *Anest Analg Reanim* 2001;17(1):20-25.
- Vitón MR. Drogadicción y anestesia. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación* 2010;9(1):39-47.
- Rivera FJ. Consumo de drogas en los Anestesiólogos: segunda parte. *Boletín del Colegio Mexicano de Anestesiología* 2009;IV(2):3-4.
- Spiegelman WG, Saunders L, Mazze R. Addiction and anesthesiology. *Anesthesiology* 1984;60:335-341.
- Ward CF. The impaired physician. International Anesthesia Research Society. Review course lectures. Lake Buena Vista, Florida, 1989:113-118.
- Bryson EO, Silverstein JH. Addiction and substance in anesthesiology. *Anesthesiology* 2008;109:905-917.
- Talbott GD. Anesthesiology and addiction. Editorial. *Anesth Analg* 1983;62:465-466.
- Ruiz AR, Morillas SP, Albarrán JM. Adicciones en Anestesiología. *Revista de la Escuela de Medicina Legal* 2008; 9:4-12.
- Berge KH, Seppala MD. Chemical dependency and the physician. *Mayo Clin Proc* 2009;84(7):625-631.
- Garduño JMA. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes y Médicos de base de Anestesiología del Hospital General de México. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2008;31:S259-262.
- Petroianu A, Cruz FDRD, Silva CB, Machado DSD. Prevalence of alcohol, tobacco and psychotropic drug use among medical students at the Universidade Federal de Minas Gerais. *Rev Assoc Med Bras* 2010;56(5):568-571.
- Kenna GA, Lewis DC. Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare professionals. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2008;3(3):1-8.
- Domino KB, Hornbein TF, Polisar NL, Renner G, Johnson J. Risk factors for relapse in health care professionals with substance use disorders. *JAMA* 2005;293:1453-1460.
- Otero BC, Huerta CC, Duro PN. Drogodependencia en personal sanitario, una visión desde la Medicina del Trabajo: Aspectos Jurídico Legales y Epidemiológicos. *Med Segur Trab* 2008;LIV(211):15-23.
- Calabrese G. Abuso a drogas en Anestesiólogos. Realidad preocupante. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2010; 33(Supl 1):206-208.
- Paisano CR, Zúñiga OV, Pérez TL. Farmacodependencia entre Anestesiólogos. *Rev Mex Anest* 1988;11:39-45.
- Jovel RD. Presentation at the international conference on pain and chemical dependency. New York 2002.
- Ewing JA. The CAGE questionnaire for detection of alcoholism. *JAMA* 2008;300(17):2054-2056.
- Kleinwachter R, Kork F, Weiss E, Gerlach. Improving the detection of illicit substance use in preoperative anesthesiological assessment. *Minerva Anestesiol* 2010;76(1):29-37.
- Castañeda-Jiménez J. Metodología de la investigación. McGraw Hill México. 1ª Ed. 2005.
- Calabrese G. Impacto de los calendarios laborales del anestesiólogo en la salud, el rendimiento y la seguridad. *Rev Arg Anest* 2004;62(5):356-363.
- Oliveira dos Santos MF, de Oliveira HJ. Influencia de las variables laborales en la calidad de vida de los anestesiólogos de la Ciudad de João Pessoa. *Rev Bras Anestesiol* 2011;61(3):180-185.

ANEXO 1.

XXXVII Curso Anual de Actualización en Anestesiología y Medicina Perioperatoria.

Estamos investigando problemas que se han incrementado actualmente en el ejercicio de la práctica de la Anestesiología.

Le solicitamos su colaboración para contestar el siguiente cuestionario, los resultados son estrictamente confidenciales para fines de investigación y estadística, por lo que le agradeceremos contestar lo más verídico posible.

Características demográficas:

1. Edad _____
2. Sexo: F ____ M ____
3. Estado civil: Casado ____ Soltero ____ Divorciado ____ Viudo ____ Otros ____
4. Tiene hijos: Sí ____ No ____ Número ____
5. Lugar de residencia (Ciudad o estado) _____
6. Si es residente, ¿año de especialidad que cursa? _____
7. Si es Médico adscrito, años de antigüedad _____
8. Institución donde realizó la especialidad _____
9. Lugar donde labora: Institución: IMSS ____ ISSSTE ____ DDF ____ Otro ____ Privado ____
10. Turno: Matutino ____ Vespertino ____ Nocturno ____ Jornada (sábado/domingo) ____ Mixto ____
11. ¿En cuántos lugares labora? 1 ____ 2 ____ 3 ____
12. ¿Cuántas horas labora en promedio a la semana? _____
13. Si trabaja más de 40 horas, ¿por qué lo hace? _____
14. Días de descanso: 1 ____ 2 ____ Ninguno ____
15. ¿Descansa los sábados? Sí ____ No ____
16. ¿Descansa los domingos? Sí ____ No ____
17. ¿Practica deporte? Sí ____ No ____
18. ¿Toma cursos de actualización? Sí ____ No ____
19. En caso afirmativo, ¿cuándo tomó el último? _____

www.medigraphic.org.mx

ANEXO 2.

Cuestionario CAGE y CAGE AID

20. ¿Ha consumido durante el transcurso de su formación académica y/o laboral una de las siguientes sustancias en más de una ocasión? Por favor conteste Sí o No:

Bebidas energizantes ____ Caféina ____ Cigarro ____ Alcohol ____ Marihuana ____ Cocaína ____
Morfina ____ Heroína ____ Anfetaminas ____ Fentanyl ____ Éxtasis ____ Benzodicepinas ____
Otros opioides y/o drogas sintéticas ____ en esta última, en caso afirmativo, especifique ¿Cuál?

21. ¿Con qué frecuencia consume las sustancias que señaló? Por favor marque con X y especifique la sustancia en el espacio contiguo.

____ Diario _____
____ 2-3 ocasiones por semana _____
____ 1-2 ocasiones al mes _____
____ 4 o más ocasiones en el último mes _____
____ 50 o más ocasiones en los últimos 12 meses _____
____ 12 o más ocasiones en los últimos 12 meses _____
____ 4 a 12 ocasiones en los últimos 12 meses _____
____ 1 a 3 ocasiones en los últimos 12 meses _____
____ Ninguna en los últimos 12 meses _____

En caso afirmativo

1. ¿Alguna vez ha sentido que debería reducir el consumo de cafeína, tabaco, alcohol y/o drogas?

Sí ____ No ____

2. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de fumar, beber o consumir sustancias tóxicas?

Sí ____ No ____

3. ¿Ha tenido que utilizar alguna vez bebidas o drogas al inicio de la mañana, para calmar el estrés o liberarse de alguna presión?

Sí ____ No ____

4. ¿Cuándo se siente agotado física, mental y/o emocionalmente consume alguna bebida o droga?

Sí ____ No ____ ¿Cuál? _____

5. ¿En caso de respuesta afirmativa, ha recurrido a alguna persona para comentar su problema?

Sí ____ No ____