



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 27

**“FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ADULTOS CON SÍNTOMAS
DEPRESIVOS”**

Tesis para obtener el Título de Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

ALEXANDRA MARIEL AGUNDEZ CANARIS

Asesores:

Dra. Maria Cecilia Anzaldo Campos

Dr. José de Jesús Rivas Nuño

Tijuana, Baja California Octubre 2017

INDICÉ

1	IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES	4
2	DICTAMEN DE AUTORIZACION	5
3	VOTOS	6
4	AGRADECIMIENTOS	9
2	RESUMEN	10
3	ANTECEDENTES	11
5	JUSTIFICACIÓN	19
6	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
7	OBJETIVO GENERAL	21
8	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
10	MATERIAL Y MÉTODOS	22
	DISEÑO Y LUGAR DE ESTUDIO	22
	POBLACIÓN DE ESTUDIO	22
	PERÍODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	22
	SELECCIÓN DE LA MUESTRA	22
	TAMAÑO DE LA MUESTRA	22
11	CRITERIOS DE SELECCIÓN	23
12	MÉTODO	24
	PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS	27
13	DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES	28
14	ASPECTOS ÉTICOS Y NORMATIVOS	32
15	RESULTADOS	33
16	DISCUSIÓN	43
17	LIMITACIONES Y FORTALEZAS	44
18	CONSIDERACIONES ETICAS	46
19	CONCLUSIONES	47
20	RECOMENDACIONES	48

21	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
22	ANEXOS	52

IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES

Nombre: Dra. Alexandra Mariel Agundez Canaris
Residente de la Especialidad de Medicina Familiar
Matrícula: 98023180Teléfono: (664)2042333
Correo electrónico: alexmayelmed@gmail.com

Asesor: Nombre: Dr. José de Jesús Rivas Nuño
Puesto: Médico de Base de DiabetIMSS Vespertino
Matrícula: 99025618
Teléfono: (664)8013699
Correo electrónico: dr.rivas.diabetes@gmail.com

Asesora: Nombre: Dra. Maria Cecilia Anzaldo Campos
Investigadora asociada HGR No 20
Matricula: 12117498
Teléfono: (664)6296385
Correo electrónico: maria.anzaldo@imss.gob.mx

DICTAMEN DE AUTORIZACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana

11 de Mayo de 2016
Tijuana, Baja California

Dr. Abraham Martínez
Director UMF No.27

La presente es para saludarle, así como solicitarle su permiso para realizar mi protocolo de investigación con título:

Frecuencia de consumo de alcohol en adultos con síntomas depresivos

el cual fue evaluado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 201, obteniendo dictamen de Autorizado, con el número de registro institucional:

R – 2016 – 201 – 28

Agradeciendo su atención

Alexandra Mariel Agundez Canaris
Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar
Matrícula: 98023180

[Handwritten signature and date]
RECIBI
12/05/16

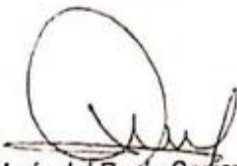
Tijuana Baja California

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto aprobatorio

Habiendo fungido como presidente de la tesis titulada: "**FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ADULTOS CON SINTOMAS DEPRESIVOS**", elaborada por **Alexandra Mariel Agundez Canaris**; manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. María del Rocío Serrano Flores

Presidente

C. c. p. Archivo

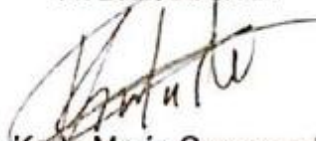
Tijuana Baja California

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto aprobatorio

Habiendo fungido como presidente de la tesis titulada: **"FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ADULTOS CON SINTOMAS DEPRESIVOS"**, elaborada por **Alexandra Mariel Agundez Canaris**; manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Keda María Carmona Murillo

Sinodal

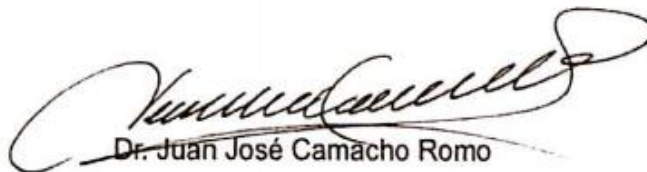
C. c. p. Archivo

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto aprobatorio

Habiendo fungido como presidente de la tesis titulada: **"FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ADULTOS CON SINTOMAS DEPRESIVOS"**, elaborada por **Alexandra Mariel Agundez Canaris**; manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Juan José Camacho Romo

Secretario

C. c. p. Archivo

AGRADECIMIENTOS

A mis **maestros** desde la carrera hasta la residencia, por su exigencia y sentido de deber inculcados todos estos años.

A mi **esposo y familia** por el apoyo constante en los momentos más difíciles de mi formación.

Por último a los **amigos** que hice en toda mi formación, quienes me enseñaron que la Medicina, verdaderamente es un trabajo en equipo.

RESÚMEN

TÍTULO: Frecuencia de consumo de alcohol en adultos con síntomas depresivos.

Investigadores: Agundez-Canaris Alexandra Mariel, Rivas-Nuño José de Jesús, Anzaldo-Campos María Cecilia.

Introducción: Estudios epidemiológicos realizados en México señalan que alrededor de 32% de la población diagnosticada con un trastorno de consumo de sustancias adictivas presenta un trastorno afectivo. El tratamiento integral de las comorbilidades ha mostrado ser superior comparado al manejo individual de ambos trastornos.

Objetivo: Determinar la frecuencia de consumo de alcohol en adultos con síntomas depresivos que acuden a la unidad de Medicina Familiar No 27.

Metodología: En la sala de espera se abordó a 334 pacientes adultos jóvenes que acudían a consulta externa de Medicina Familiar, así como a sus acompañantes. Se aplicaron las encuestas de autoevaluación de Inventario de Depresión de Beck y prueba de identificación de trastorno por consumo de alcohol para valorar frecuencia de consumo y síntomas depresivos.

Análisis Estadístico: Estadística Descriptiva no paramétrica y análisis bivariado con χ^2 . Se tomó una $p < 0.05$ como significativa. Se calculó riesgo de consumo en depresión mediante razón de momios.

Resultados: La presencia de depresión se asoció con el consumo de alcohol, $p = 0.000$. El riesgo de consumo de alcohol fue $OR = 3.4$ (IC95%: 1.9-6.1) veces más en aquellos pacientes con algún grado de depresión en comparación con aquellos sin él.

Conclusiones: El consumo de alcohol se asocia a síntomas depresivos. El manejo de trastorno por consumo deberá ser tratado de manera integral por trabajo social y equipo médico.

Palabras clave: CONSUMO DE ALCOHOL, DEPRESIÓN, COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA.

ANTECEDENTES

Se solía hablar de alcoholismo en el ámbito médico y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) utilizando los criterios de DMS IV que lo definían como “dependencia de alcohol” o “abuso de alcohol”, sin embargo, en el 2013 el DSM V introdujo el término: Trastorno por consumo de alcohol (AUD) integrando ambos trastornos en una sola entidad, este nuevo término a su vez lo clasifica en leve, moderado y severo.¹ En 1993, la OMS creó una prueba para la identificación de trastorno debido al consumo de alcohol llamado AUDIT (Anexo 2) por sus siglas en inglés que clasifica al mismo de acuerdo la cantidad, frecuencia y daño potencial debido al consumo.^{2,3} El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno. El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol. La dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.⁴ El consumo de alcohol, los daños relacionados y la dependencia coexisten a lo largo de un continuum. No son entidades estáticas y los individuos pueden moverse hacia delante y hacia atrás dentro de ese

continuum durante sus vidas. La comorbilidad de AUD y trastornos psiquiátricos ha sido identificada en estudios repetidos. El diagnóstico de depresión mayor ha sido una fuente de controversia en la investigación psiquiátrica. Esto ha llevado a varias teorías en lo que respecta la relación donde la comorbilidad existe: conceptos de investigación respecto a los efectos esperados de intoxicación o síndrome de abstinencia, incluyen la distinción entre 'primario' versus 'secundario', 'orgánico' versus 'no orgánico' así como 'inducido por consumo de sustancia'.⁵

La depresión es un diagnóstico amplio y heterogéneo. El aspecto fundamental es estado de ánimo depresivo y/o falta de placer en la mayoría de actividades. La severidad del trastorno es determinado tanto por el número y severidad de los síntomas, así como el grado de disfunción en vida diaria. Un diagnóstico formal usando la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) requiere por lo menos cuatro de diez síntomas depresivos, mientras el sistema de DSM IV requiere por lo menos cinco de nueve para diagnóstico de depresión mayor. Síntomas deben estar presentes durante dos semanas por lo menos, cada síntoma debe estar presente con severidad suficiente la mayor parte del día. Ambos sistemas diagnósticos requiere que estén presentes por lo menos uno (DSM IV) o dos (CIE-10) síntomas clave (estado de ánimo depresivo, pérdida de interés y placer o pérdida de energía).⁶

Entre los instrumentos de autoevaluación, el Inventario de depresión de Beck de 21 ítems (BDI) (Anexo 3), es una de las mediciones de síntomas depresivos más utilizados a nivel mundial. La conjetura teórica de la versión original del BDI, se basó en la creencia que cogniciones distorsionadas negativas serían la característica fundamental

de la depresión. Desde su desarrollo, ha experimentado dos grandes revisiones: en 1978 como el BDI IA y en 1996 como el BDI-II. Esta última toca las manifestaciones tanto psicológicas como somáticas de un episodio de depresión mayor como es definido en el DSM-IV.⁷

Cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la Esperanza de Vida Ajustada en función de la Discapacidad (EVAD). El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol. Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos.⁸ En México el consumo alto de alcohol en el 2011 fue de 32% en la población adulta de los 18-65 años y el promedio de la edad de inicio del consumo de alcohol fue a los 18 años, cifras que se han mantenido estables desde el 2008.⁹

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad; es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%. Los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) señalan que 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las

mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%). Los estudios epidemiológicos realizados en México señalan que alrededor de 32% de la población diagnosticada con un trastorno de consumo de sustancias adictivas (alcohol o drogas) presenta también un trastorno afectivo.¹⁰

Estudios epidemiológicos hallan que trastornos psiquiátricos, incluyendo trastornos mentales y de abuso de sustancias, son comunes en la población adulta y altamente comórbidos. Tratamiento integrado dirige el enfoque hacia dos o más condiciones y al uso simultáneo de diferentes modalidades de tratamiento como farmacoterapia y psicoterapia. El tratamiento integrado para comorbilidades ha mostrado ser constantemente superior comparado al tratamiento individual de trastornos con planes de manejo separados. La frecuencia de comorbilidad de trastornos psiquiátricos y trastorno por abuso de sustancias es cada vez mayor. En una revisión sistemática encontró que en la última década los estudios de estas condiciones revelan que 36% a 40% de adultos jóvenes con un trastorno mental serio en busca de tratamiento, cumplen con criterios para trastorno por abuso de sustancia. Los hallazgos sobre el manejo empleado en pacientes con padecimiento comórbido, revelaron que tratamiento era sub-óptimo dejando áreas críticas para la recuperación descubiertas.¹¹

En la Encuesta Nacional de Consumo de Alcohol y Condiciones Relacionadas III del 2015, se halló asociaciones significativas de trastorno por consumo de alcohol durante doce meses y en la vida con depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno antisocial y trastorno de la personalidad con una razón de momios que oscilaba entre 1.2 (95% CI,

1.08-1.36) a 6.4 (95% CI, 5.76-7.22) a través del espectro de severidad de trastorno por consumo de alcohol, mayormente en el extremo de severidad alto.¹²

En el 2001, estudios de tratamiento en adolescentes, mostraron que más del 60% tenían trastorno de abuso de sustancia y trastorno psiquiátrico comórbido, siendo más del 50% con trastorno de la conducta y 15% con depresión mayor o trastorno de déficit de atención/hiperactividad. Es lógico que la presencia de trastornos comórbidos, indique la necesidad de tratamiento simultáneo de ambas condiciones, referido en ocasiones como tratamiento integrado de trastornos duales. Desde el 2008 terapeutas hablan de la necesidad de reconocer la adicción como un trastorno de etiología multifactorial que no puede ser tratada adecuadamente utilizando un modelo biomédico restringido a prescribir tratamiento farmacológico o psicoterapéutico sin ser conjunto. La lógica para el uso de tratamiento integrado es que el uso de múltiples abordajes hace más comprensivo tratar una condición que es en realidad una interacción de varios trastornos. Más aún, el manejo en una sola unidad a través de varios clínicos, permite una comunicación continua y recomendaciones más acertadas para pacientes particulares. El tratamiento integrado se refiere al enfoque de tratar dos o más condiciones mediante el uso de múltiples técnicas de manejo como la combinación de fármaco y psicoterapia. Hallazgos relacionados a un tratamiento integrado versus terapia con enfoque simplista demuestran la superioridad del abordaje integrado.¹³

Los factores de riesgo más relacionados encontrados en un estudio de jóvenes universitarios estadounidenses arrojó que la calidad de relación paterno-filial, incluyendo cuidado, rechazo, sobreprotección y negligencia afectaban comportamiento

que contribuía a actitudes antisociales y consumo alcohol. En este estudio, mujeres con madres cuidadoras, eran menos propensas a tendencias antisociales y menos problemas relacionados al consumo de alcohol, comparadas con mujeres que se sintieron ignoradas/rechazadas por sus padres. De forma similar, hombres que percibieron a sus padres como negligentes, tenían más problemas relacionados al consumo de alcohol, y hombres rechazados por sus madres y con padres sobreprotectores eran más propensos a exhibir un comportamiento antisocial, que se relacionaba a un consumo más alto de alcohol. Por supuesto, experiencias y trauma en el desarrollo pueden exacerbar el trastorno por consumo de alcohol en pacientes que ya tienen una enfermedad psiquiátrica, o contribuir al comienzo de ambas condiciones.¹⁴

La severidad asociada a tener síntomas por trastorno por consumo de alcohol y otro trastorno psiquiátrico es aumentada debido a que estos padecimientos en conjunto producen un efecto sinérgico. La interacción de dos desórdenes resulta en una condición en conjunto más difícil de tratar y hace la recuperación más difícil. Más aún, la interacción de ambos trastornos se da a un nivel fisiológico y psicológico. En los últimos 20 años, la investigación sobre la naturaleza de la adicción ha revelado que la dependencia de una sustancia es primariamente una enfermedad cerebral. Hoy en día se sabe que la mayoría de las drogas de abuso actúan en la liberación del neurotransmisor dopamina, aunque a través de qué mecanismo para cada sustancia específicamente aún no. Dopamina, conocida la molécula de “placer” o de “anti estrés”, es responsable de producir euforia con el consumo de sustancias. Personas encuentran que, después de consumir sustancias, quieren repetir la experiencia

placentera y liberadora asociada al consumo. Similar al efecto que tienen sobre dopamina, alcohol y la droga éxtasis, han sido hallados implicados en la destrucción de neuronas asociadas con el neurotransmisor serotonina, el primariamente responsable en la regulación del estado de ánimo. Estudios del 2003 indican que el alcohol puede disminuir serotonina al punto de inducir agresividad, incluso en quienes no son consumidores dependientes. En estudios del 2012 concluyen que hasta consumo moderado de éxtasis alteran serotonina al grado de afectar negativamente el estado de ánimo, cognición y control de impulsos. En el 2012 Pava y Woodward discutieron la similitud de la forma en que el cannabis y el alcohol afectan endocannabinoides y reportan que el alcohol también provoca la liberación de endocannabinoides y que el sobre uso alcohol disminuye la respuesta fisiológica natural del cuerpo ante estrés emocional como resultado del daño sobre este sistema. Lo más importante, es que pacientes que cuentan con comorbilidad ya están tratando con síntomas en niveles más altos comparados con pacientes con una sola condición y la discapacidad en su habilidad natural para enfrentarse a estrés presenta un mayor riesgo para recaída.^{15,16} La neurofisiología detrás de la adicción sugiere que la conexión entre adicción y el estado psicológico de los síntomas de abstinencia es probablemente relacionada más al deseo de recuperar un estado de ánimo normal más que el “exaltado”. Consistente con esto, Denhardt y Murphy estudiaron depresión y consumo de alcohol en estudiantes universitarios, hallaron que un estado de ánimo deprimido se asociaba con un incremento en problemas con el alcohol. Anglosajones y afroamericanos en este estudio reaccionaron en forma similar con el hallazgo primario que depresión contribuye al consumo, que lleva a mayor depresión seguido de ingesta para corregir el estado de ánimo.^{17,18}

Estudios recientes por Mandyam y Koob sugieren que el uso crónico de prácticamente todas las drogas de abuso disminuye el crecimiento y la proliferación de neuronas, incapacitando la habilidad para aprender nuevas formas para lidiar. Este proceso resulta en dos condiciones que refuerzan la adicción. Primero, el decremento en el número de células reduce la efectividad de drogas de abuso para que el sujeto se sienta “en orden”. En segunda, la fuerza del recuerdo relacionado a como la sustancia mejoró el estado de ánimo en el pasado, junto con una reducida capacidad para aprender, refuerza el uso compulsivo del usuario en un intento desesperado para estabilizar el estado de ánimo. Estos hallazgos son críticos para el entendimiento de la significancia que tiene el abuso de sustancia en adolescentes y adultos jóvenes, cuyos cerebros aún se encuentran en desarrollo y deben abstenerse del uso de sustancias.¹⁹

El tratamiento efectivo para condiciones comórbidos debe combinar diferentes “tecnologías” terapéuticas, eso es, psicoterapia (entrevista motivacional, terapia cognitiva conductual), farmacoterapia (antidepresivos), y tratamiento de comportamiento (manejo de contingencia). La combinación de diferentes manejos aumenta la eficacia terapéutica produciendo un impacto sinérgico sobre los síntomas.²⁰

JUSTIFICACIÓN

Servicios de salud alrededor del mundo tienen grandes dificultades en proporcionar tratamiento a pacientes con diagnóstico dual (depresión y trastorno por consumo de alcohol). La importancia de diagnósticos acertados e iniciación de tratamiento apropiado es crucial en estos pacientes, ya que se estima que más del 30% de pacientes con trastorno psiquiátrico cumplen con criterio de trastorno por consumo de alcohol. Sin embargo, las principales razones por lo que pacientes con diagnóstico dual, acuden a consulta es por síntomas psicopatológicos y no por el hecho de consumo de alcohol excesivo. El tratamiento simultáneo de trastorno por consumo de alcohol y comorbilidad psiquiátrica aumenta la probabilidad de mejorar la funcionalidad del paciente. Tratamiento inapropiado sin manejo completo de todos los problemas existentes puede hacer una recuperación completa imposible.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Reconocimiento y manejo de síntomas del estado de ánimo en individuos con trastorno por consumo de alcohol y/o sustancias ilícitas representan un reto para médicos en el marco de tratamiento ambulatorio u hospitalario. El diagnóstico de trastornos del estado de ánimo subyacente en el contexto de abuso de sustancias requiere recolección cuidadosa de interrogatorio psiquiátrico, y usualmente es crítico para el planteamiento tratamiento óptimo y su desenlace. En la última década, investigación epidemiológica ha esclarecido la prevalencia de trastorno por consumo de alcohol y trastorno del estado de ánimo comórbido, anulando la suposición previa que la depresión en estos pacientes es simplemente un artefacto de la intoxicación y/o retiro de la sustancia, por ende no necesitando tratamiento. La falla para identificar depresión mayor y trastorno bipolar en estos pacientes pueden resultar en incremento de frecuencia de recaídas, recurrencia de trastorno del ánimo, y elevación del riesgo de suicidio completado.^{20,21}

El presente estudio busca responder la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de consumo de alcohol en adultos con síntomas depresivos que acuden a la unidad de Medicina Familiar No 27?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de consumo de alcohol en adultos con síntomas depresivos que acuden a la unidad de medicina familiar No 27.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de pacientes con consumo de alcohol y síntomas depresivos que acuden a la unidad de Medicina Familiar No 27.
- Calcular el porcentaje de pacientes que consumen alcohol y acuden a la unidad de Medicina Familiar No 27.
- Calcular el porcentaje de pacientes que sufren algún grado de depresión que acuden la unidad de Medicina Familiar No 27.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO: Descriptivo Transversal.

LUGAR DE ESTUDIO: Sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 27.
Tijuana, Baja California, México.

POBLACIÓN EN ESTUDIO: Adultos de 18 a 40 años de edad que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 27

PERÍODO DE REALIZACIÓN: Mayo 2016 – Enero 2017

SELECCIÓN DE LA MUESTRA: No probabilístico por conveniencia

TAMAÑO DE LA MUESTRA: El tamaño de muestra se determinó de acuerdo a la siguiente fórmula en base a prevalencia en México de consumo alto de alcohol que es del 32%.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * (1 - p)}{\delta^2}$$

Donde

$n \equiv$ Tamaño de la muestra

$Z_{\alpha}^2 \equiv$ Valor crítico al nivel de significancia del 5% (en este caso, 1.96)

$p \equiv$ Prevalencia de consumo alto de alcohol teórica

$\delta \equiv$ Precisión o margen de error

$$n = \frac{1.96^2 * 0.32 * (1 - 0.32)}{(0.05)^2} = 334$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adultos de 18 a 40 años de edad que acudan a la Unidad de Medicina Familiar No 27 a consulta o como acompañantes de pacientes.
- Adultos que firmen la carta de consentimiento de participación en el estudio.

CRITERIOS NO INCLUSIÓN

- Adultos de 18 a 40 años de edad que acudan a la Unidad de Medicina Familiar No 27 como acompañantes de pacientes, no adscritos a la unidad.
- Adultos que no firmen carta de consentimiento de participación en el estudio.
- Adultos que no sepan leer y escribir

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Adultos que no concluyan los cuestionarios AUDIT e Inventario de Beck II.

MÉTODOS

Posterior a la aprobación del proyecto por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en salud (CLIEIS) 201, se solicitó permiso al Director de la UMF No. 27 para la aplicación de los instrumentos de medición a pacientes de dicha unidad, que cumplieron con los criterios de inclusión.

En la sala de espera de la consulta de la UMF No. 27 se abordaron a 334 adultos que acudan a consulta con su médico familiar en los diferentes consultorios asignados a esta unidad así como aquellos que iban de acompañantes de un paciente. De manera aleatoria se invitó a participar a los adultos que cumplieron con los criterios de inclusión, otorgando firma de consentimiento informado para la participación en el estudio y explicación verbal sobre su participación.

Se aplicó encuesta con variables sociodemográficas: Edad, estado civil, escolaridad, ocupación. Se interrogó sobre datos de consumo de alcohol y síntomas depresivos mediante dos instrumentos auto-aplicables.

PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

Tipo de instrumento: Auto-informe de 10 ítems, desarrollada en 1989 por la Organización Mundial de la Salud.

Contenido: Las preguntas 1 a 3 están relacionadas con el consumo de alcohol, las preguntas 4 a 6 están relacionadas con la dependencia del alcohol, y las preguntas 7 a 10 consideran problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Aplicación: Sirve para determinar si el consumo de alcohol de una persona puede considerarse peligroso. La prueba se diseñó para ser utilizada internacionalmente, y se validó en un estudio en el que se utilizaron pacientes provenientes de seis países.

Forma de administración: Existe versión en entrevista y autoaplicada, el presente estudio utilizará la versión autoevaluación ya que muestra arrojar respuestas más confiables, tiene una duración de 5-10 minutos. Preguntas 1-8 tienen cinco alternativas de respuesta ordenadas según gravedad del 0-4, preguntas 9 y 10 en una escala de tres alternativas ordenadas según gravedad 0,2 y 4.

Criterios de corrección e interpretación: El punto de corte para la población es de 8 para consumo riesgoso, 16-19 consumo perjudicial, y con un puntaje de 20 se considera dependencia.

Fiabilidad: Tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 80%.⁴

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI II): creada en 1978, actualizada en 1996

Tipo de instrumento Auto-informe de 21 ítems, con cuatro alternativas de respuesta, ordenadas según la gravedad de los síntomas a que se refiere (rango de respuesta del 0-3 puntos)

Contenido: Más del 50% de su puntuación teórica total viene aportada por los ítems que se refieren al componente cognitivo de la depresión (desesperanza, pérdida de autoestima, falta de concentración, etc.). También evalúa síntomas depresivos conductuales, afectivos y fisiológicos.

Aplicación: Evalúa la presencia y gravedad de síntomas depresivos desde una aproximación cuantitativa. Aunque permite la detección del síndrome depresivo en el adulto, no es adecuado para establecer diagnóstico. Con frecuencia se ha utilizado en investigación para la selección de sujetos.

Forma de administración: Tiene una duración de 10-15 minutos. Puede ser individual o colectivo, se le pide al sujeto que en cada uno de los ítems señale la frase que mejor se aplica a su caso durante la última semana incluyendo el día de la evaluación.

Criterios de corrección e interpretación: La puntuación directa total se obtienen sumando los valores que corresponden a cada una de las frases seleccionadas por el sujeto. Los puntos de corte sugeridos por Beck y cols. (1988) para graduar el síndrome depresivo son los siguientes: 0-10: altibajos normales de la vida diaria, 11-16: leve

perturbación del estado de ánimo, 17-20: depresión intermitente, 21-30: depresión moderada, 31-40: depresión grave, mayor a 40: depresión extrema.

Fiabilidad: Correlaciona de forma positiva con la Escala de Depresión de Hamilton con un Pearson r de 0.71. La prueba también ha mostrado tener una alta confiabilidad con la reevaluación a la semana (correlación de *Pearson* $r=0.93$), sugiriendo baja sensibilidad con las variaciones del estado de ánimo diario. La prueba además tiene una alta consistencia interna, según el coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha=0.91$).²²

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas. Prueba χ^2 de *Pearson* para análisis de asociación entre variables cualitativas. Las diferencias estadísticas significativas se consideraron con valores de $p < 0.05$. Para procesamiento de datos se utilizó el software estadístico SPSS versión 21.

Definición conceptual de variables

Variable dependiente

Consumo de alcohol: Se identificó mediante la prueba llamada AUDIT (ver Anexo 2) por sus siglas en inglés, que clasifica el trastorno de acuerdo a la cantidad y frecuencia del consumo en:

El consumo de riesgo: Es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno.

El consumo perjudicial: Se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol.

Dependencia: Es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

Variables independientes

Síntomas depresivos: Se identificaron mediante el inventario de Beck (ver Anexo 3): El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert.

Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-10, altibajos normales; 11-16, leve perturbación del estado de ánimo; 17-20, estados depresivos intermitentes; 21-30: depresión moderada; 31-40, depresión grave; mayor a 40 depresión extrema.

En el presente estudio se toma como punto de corte para síntomas depresivos un puntaje de 17 ya que a en la Guía de Práctica Clínica de Depresión se establece este como indicativo de tratamiento médico.²³

Características sociodemográficas (ver Anexo 1)

Sexo: Es una distribución de características biológicas o fisiológicas típicamente asociadas tanto con hembras o machos toque las diferencias una de otra

Edad: Considerada como edad biológica, la cual es tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo

Ocupación: Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Escolaridad: Conjunto de las enseñanzas y cursos que se impiden a los estudiantes en los establecimientos docentes, a través de un tiempo determinado.

Estado Civil: Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición	Escala de Medición
Edad	Cuantitativa discreta	Considerada como edad biológica, la cual es tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo	Edad en años Variable numérica discreta
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Es una distribución de características biológicas o fisiológicas típicamente asociadas tanto con hembras o machos toque las diferencias una de otra.	1 Masculino 2 Femenino
Escolaridad	Cualitativa ordinal	Conjunto de las enseñanzas y cursos que se impiden a los estudiantes en los establecimientos docentes, a través de un tiempo determinado	1 Primaria 2 Secundaria 3 Preparatoria 4 Licenciatura 5 Posgrado

Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	1 Hogar 2 Estudio 3 Trabajo de Oficina 4 Operador de maquinaria fija de movimiento continuo y equipos en proceso de fabricación industrial 5 Conductor de maquinaria móvil y medios de transporte 6 Trabajador en servicios de protección y vigilancia 7 Otro
Estado Civil	Cualitativa nominal politómica	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	1 Soltero 2 Casado 3 Unión libre 4 Viudo
Consumo de alcohol	Cualitativa ordinal	Organización Mundial de la Salud (OMS) creó una prueba para la identificación de trastorno debido al consumo de alcohol llamado AUDIT por sus siglas en inglés que clasifica el mismo (Anexo 1) de acuerdo la cantidad, frecuencia y daño potencial debido al consumo	1 Consumo de riesgo 2 Consumo perjudicial 3 Dependencia
Síntomas depresivos	Cualitativa ordinal	El aspecto fundamental es estado de ánimo depresivo y/o falta de placer en la mayoría de actividades. La severidad del trastorno es determinado tanto por el número y severidad de los síntomas, así como el grado de disfunción en vida diaria, se identificarán mediante el inventario de Beck (Anexo 2) que mediante puntuación lo clasifica por grados de severidad.	1 depresión mínima 2 depresión leve 3 depresión moderada 4 depresión severa

ASPECTOS ÉTICOS

La ética de esta Investigación respeta de forma primordial la Declaración de Helsinki de 1964. Tomando como principio básico el Artículo 8 que basa en el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a toma de decisiones informadas (consentimiento informado ANEXO 5) tal como se menciona en los artículos 20, 21 y 22, incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. Mi deber es solamente hacia el paciente tal como se norma en el artículo 2, 3 y 10; el cual participó en mi investigación, voluntario y sin presión o chantaje de ningún tipo como lo estipula el artículo 16 y 18, siempre y cuando exista la necesidad de llevar a cabo una investigación, como se garantiza en el artículo 6, el bienestar del paciente debe estar siempre por encima de los intereses científicos o sociales según lo dictado en el artículo 5 y por último se respetará el artículo 9 donde se comenta que las consideraciones éticas deben tomarse de acuerdo a las leyes y regulaciones.

La presente investigación se apega a la Ley General de Salud en materia de Investigación y a la Normatividad Institucional del IMSS.

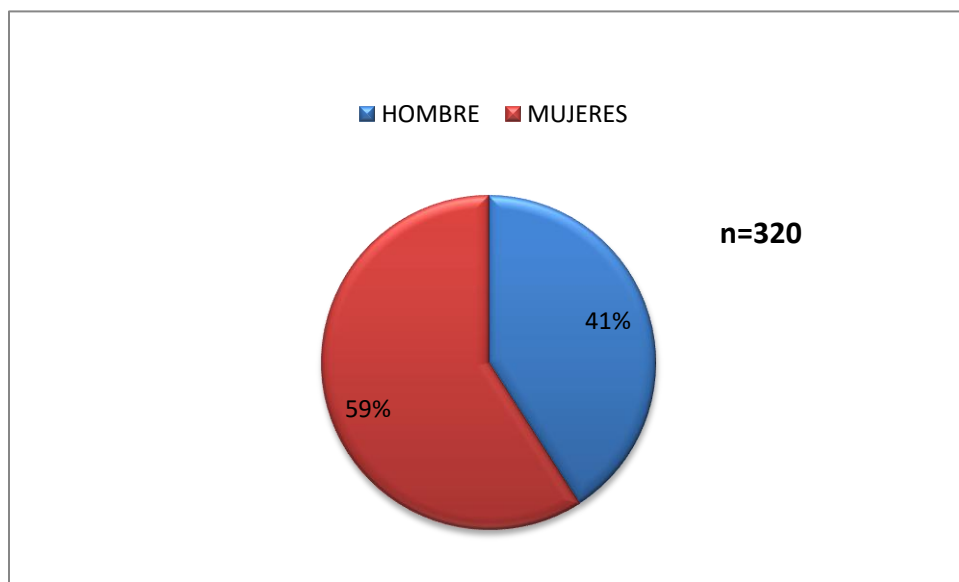
Con esto en mente, a los pacientes que se identificaron con síntomas depresivos y/o comorbilidad de Trastorno por Consumo de alcohol, se derivaron al servicio de apoyo correspondiente.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de los participantes.

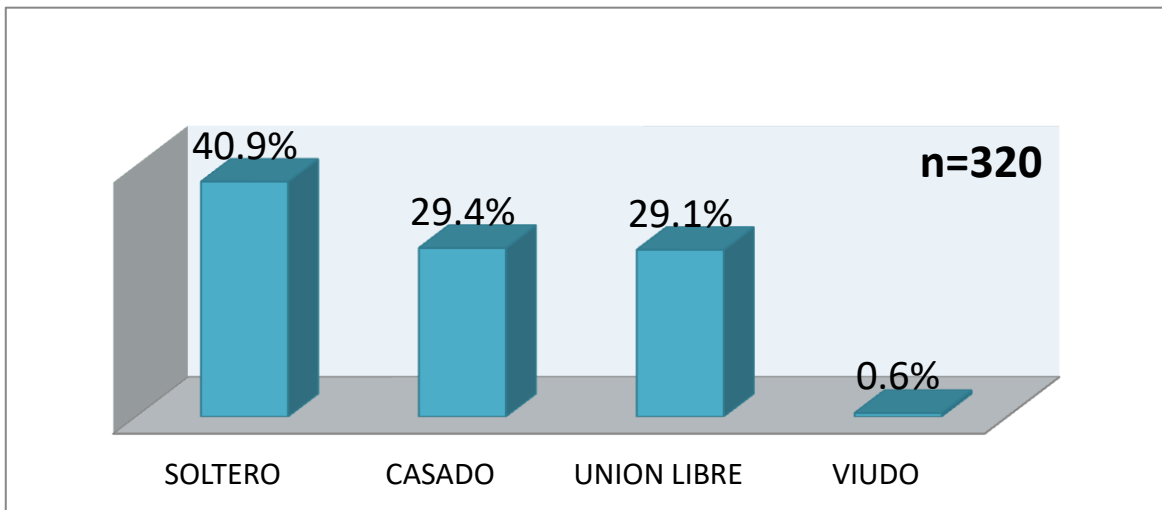
De la muestra inicial de 334 pacientes, 14 no completaron encuestas por lo que tras criterios de eliminación la muestra quedó constituida por 320 pacientes. La edad promedio fue de 27.5 años (IC95%: 26.9-28.1). El 59% (n= 189) de los pacientes correspondió al género femenino y 41% (n=131) masculino (Figura 1).

Figura 1. Distribución porcentual de los pacientes por género



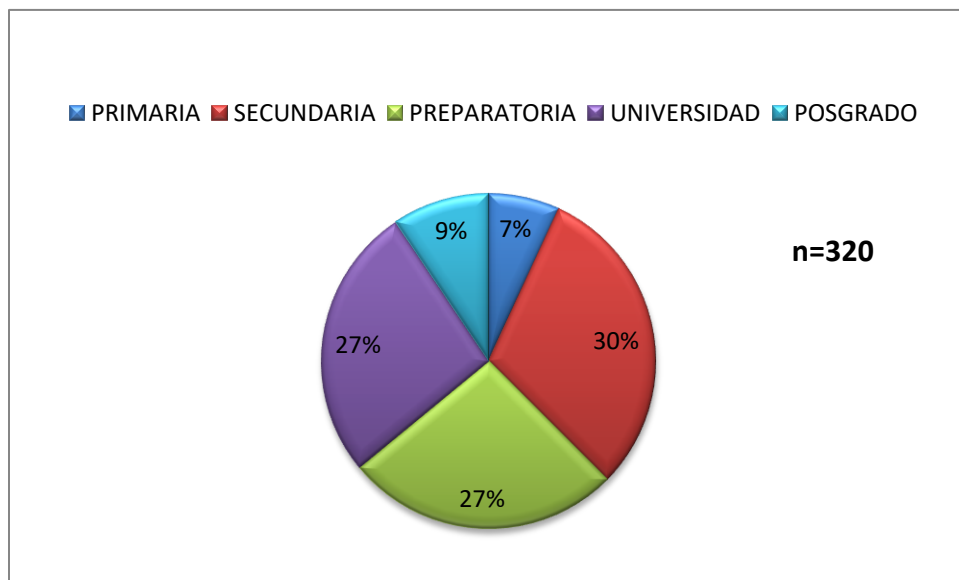
En relación al estado civil, el mayor porcentaje (40.9%) dijo ser soltero, 29.1% (n=93) viven en unión libre, 29.4% (n=94) son casados y 0.6% (n=2) viudos (ver Figura 2).

Figura 2. Distribución porcentual de los pacientes por estado civil



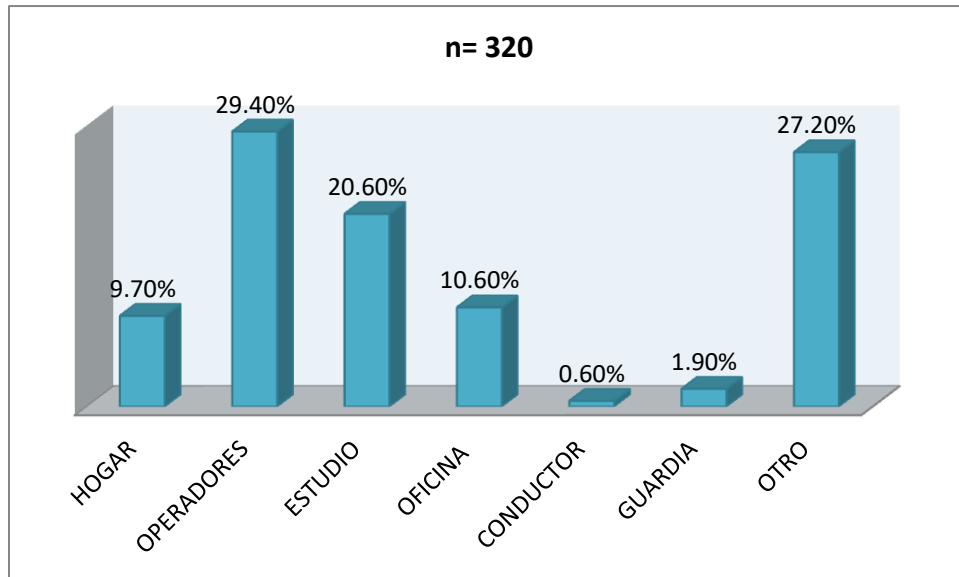
Según grado de escolaridad sólo el 6.9% (n=22) primaria, 30.6% (n=98) secundaria, 26.6% (n=85) preparatoria, 26.6% (n=85) universidad y 9.4% (n=30) nivel posgrado (ver Figura 3).

Figura 3. Distribución porcentual de los pacientes por escolaridad



La distribución de los pacientes por ocupación la mayoría fueron operadores 29.4% (n=94), del resto, 9.7% (n=31) se dedicaba al hogar, 20.6% (n=66) al estudio, 10.6% (n=34) a trabajo de oficina, 0.6% (n=2) conductor, 1.9% (n= 6) guardia de seguridad y 27.2% (n=87) otro no especificado (ver Figura 4).

Figura 4. Distribución porcentual de los pacientes por ocupación



Enfermedad psiquiátrica

El 2.8% (n=9) de los participantes tienen padecimientos psiquiátricos de los cuales 33% (n=3) correspondieron a depresión y el resto a trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad y trastorno bipolar, sin diferencias estadísticas entre hombres (3.1%) y mujeres (2.7%), $p=0.828$.

Consumo de alcohol

El 24.4% (n=78) refirió consumir alcohol, el 32.8% (n=43) del género masculino dijo consumir alcohol en contraste con un 18.5% (n=35) de las mujeres, $p=0.003$. El consumo de alcohol y la edad no resultaron significativos, $p=0.598$; sin embargo, los menores de 20 años fueron los que menos refirieron tener el hábito de consumo de alcohol (18.75%), mientras que los pacientes entre 20-29 años, el consumo de alcohol fue 22.99% y el último grupo etario (30-40 años) tuvo un consumo de alcohol del 27.35% de sus integrantes. En relación al estado civil no se observó relación significativa ($p=0.302$), sin embargo, los solteros fueron los que más refieren el consumo de alcohol (30.5%), seguido por aquellos en unión libre (26.9%), mientras que los casados son los que menos consumen alcohol, (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución porcentual de los pacientes por consumo de alcohol y estado civil

Estado Civil	Consumo de alcohol				Total
	Si		No		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Soltero	40	30.53	91	69.47	131
Casado	13	13.83	81	86.17	94
Unión libre	25	26.88	68	73.12	93
viudo	0	0	2	100	2
n=					320

El porcentaje de pacientes con algún riesgo de consumo de alcohol, según la clasificación AUDIT, se proporciona a continuación.

Consumo de Alcohol	Frecuencia	%
sin riesgo	263	82.19
riesgoso	40	12.5
perjudicial	12	3.75
dependencia	5	1.56
n=	320	

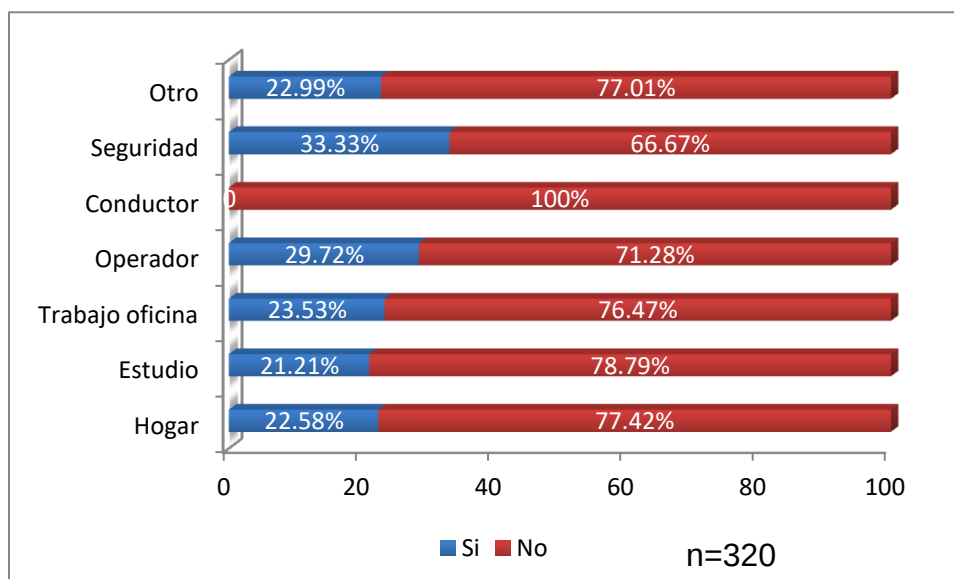
El consumo de alcohol según nivel académico no resultó estadísticamente significativo, $p=0.398$, como se observa en tabla 2.

Tabla 2. Distribución porcentual de los pacientes por consumo de alcohol y escolaridad

Escolaridad	Consumo de alcohol				Total
	Si		No		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Primaria	7	31.82	15	68.18	22
Secundaria	28	28.57	70	71.43	98
Preparatoria	18	21.18	67	78.82	85
Universidad	21	24.71	64	75.29	85
Posgrado	4	13.33	26	86.67	30
n=					320

No hubo evidencia estadísticamente significativa para establecer una asociación entre consumo de alcohol y ocupación, $p=0.881$ (Figura 5).

Figura 5. Distribución porcentual de los pacientes por consumo de alcohol y ocupación



Consumo de alcohol y depresión

La presencia de depresión estuvo asociado con el consumo de alcohol, resultando significativo estadísticamente, $p=0.000$. El 37.2% de los que consumen alcohol tienen depresión en contraste con el 14.9% de depresión en el grupo que refirieron no consumir alcohol (ver tabla 3). El riesgo de consumo de alcohol es $OR=3.4$ (IC95%: 1.9-6.1) veces más en aquellos pacientes con algún grado de depresión en comparación con aquellos que no tienen este problema de salud pública.

Tabla 3. Distribución porcentual de los pacientes por consumo de alcohol y depresión

Depresión si/no	Consumo de alcohol				
	Si		No		Total
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Si tiene depresión	29	37.2	36	14.9	65
No tiene depresión	49	62.8	206	85.1	255
n=					320

Depresión

El porcentaje de pacientes con síntomas depresivos de acuerdo al puntaje obtenido en el inventario de depresión y según la clasificación BECK, se proporciona a continuación.

Grado de Depresión	Frecuencia	%
Altibajos normales	219	68.44
Leve perturbación del estado de ánimo	36	11.25
Estados depresivos intermitentes	19	5.94
Depresión moderada	26	8.13
Depresión grave	15	4.69
depresión extrema	5	1.56
n=	320	

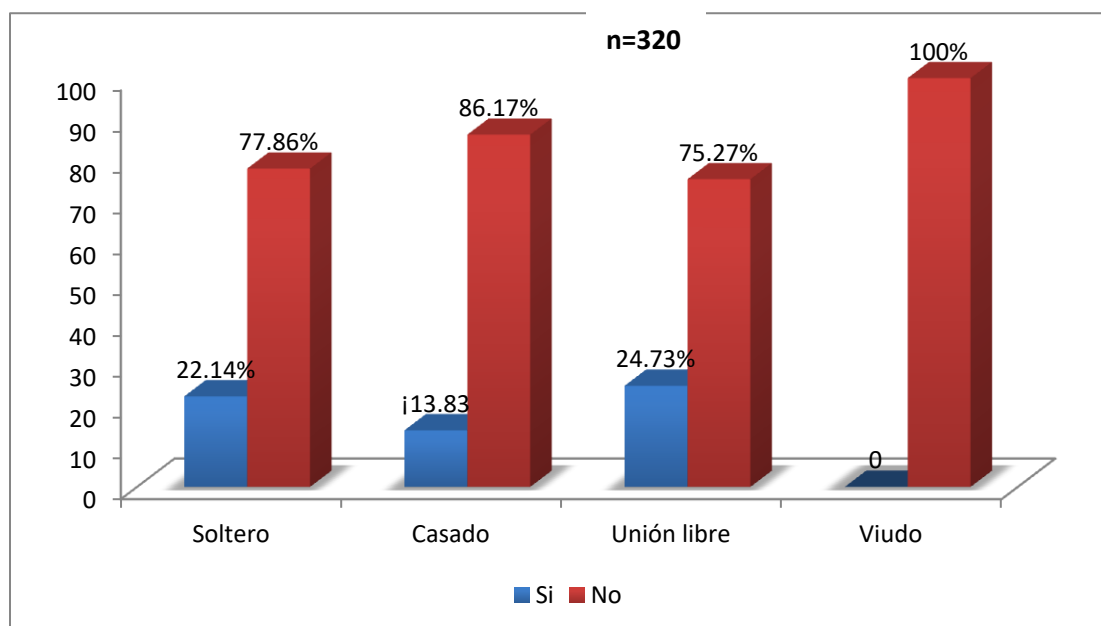
Tomando en cuenta que en el presente estudio, síntomas depresivos se consideran a partir de estados depresivos intermitentes, del total de la muestra el 20.3% (n=65) presentó depresión. De acuerdo a género, el 24.9% (n=47) de mujeres presentó algún grado de depresión superior al porcentaje de hombres con este problema de salud, 13.7% (n=18), $p=0.015$ (tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual de los pacientes por depresión y género.

Género	Depresión				Total
	Si		No		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Hombre	18	13.7	113	86.3	131
Mujer	47	24.9	142	75.1	189
n=					320

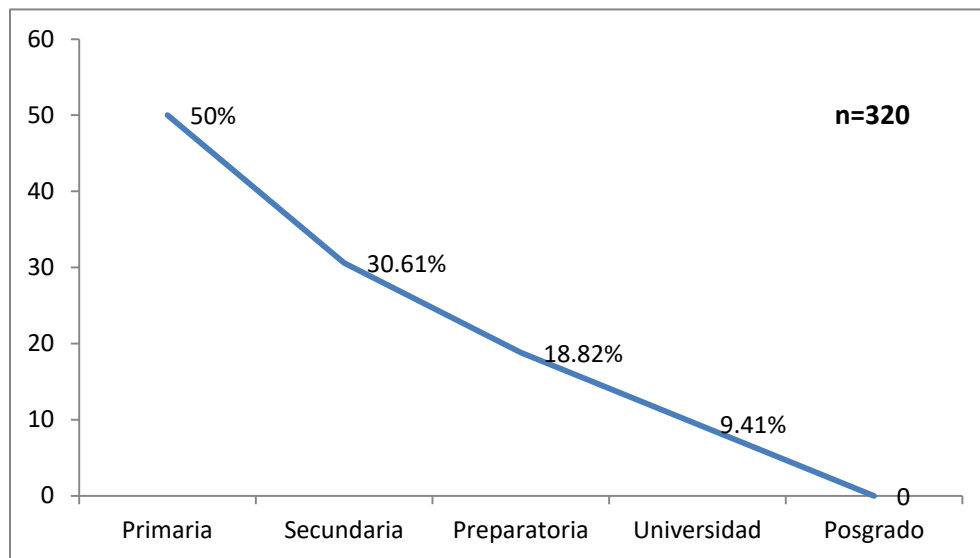
En relación al estado civil, aquellas personas que refirieron estar en unión libre presentó el grado de depresión más elevado, 24.7%, seguido por los solteros (22.1%), mientras que los casados son los que menos depresión presentaron, 13.8%, sin evidencias estadísticas significativas, $p = 0.227$ (Figura 6).

Figura 6. Distribución porcentual de los pacientes por depresión y estado civil



El grado de depresión resultó asociado al nivel académico, $p= 0.000$, como se observa en la figura 7, en la que se observa que a mayor grado escolar menor es la proporción de pacientes con problemas depresivos.

Figura 7. Distribución porcentual de los pacientes por depresión y escolaridad



De la misma manera la ocupación se relacionó con la depresión, siendo los operadores y los de seguridad los que presentaron mayor índice de depresión, $p= 0.025$ (tabla 5).

Tabla 5. Distribución porcentual de los pacientes por depresión y ocupación

Ocupación	Depresión				
	Si		No		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Total
Hogar	6	19.35	25	80.65	31
Estudio	5	7.58	61	92.42	66
Trabajo oficina	5	14.71	29	85.29	34
Operador	35	37.23	59	62.77	94
Conductor	0	0.00	2	100.00	2
Seguridad	2	33.33	4	66.67	6
Otro	12	13.79	75	86.21	87
n=					320

DISCUSIÓN

El principal objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia de consumo de alcohol en adultos con síntomas depresivos que acuden a la unidad de Medicina Familiar No 27. En el análisis se observa que el 37.2% de los que consumen alcohol tienen depresión. Esto refleja lo que señalan los estudios epidemiológicos realizados en México, que alrededor de 32% de la población diagnosticada con un trastorno de consumo de sustancias adictivas (alcohol o drogas) presenta también un trastorno afectivo.^{9,10} En relación con consumo de alcohol y presencia de síntomas depresivos que ameritan tratamiento médico, se observa asociación con el género mas no con el resto de características sociodemográficas, que se apoya en lo encontrado en la encuesta nacional de adicciones.⁹ Existen pocos estudios internacionales que estudian la relación entre otras características sociodemográficas y consumo de alcohol siendo principalmente realizados en Sudamérica y España, donde se demostró asociación no sólo con el género masculino, sino además con un nivel socioeconómico y de escolaridad bajos.^{24,25}

LIMITANTES DEL ESTUDIO

El presente estudio tiene como principal limitante el tipo de muestreo que se empleó, mientras presenta facilidad operativa, tiene como consecuencia la dificultad de hacer afirmaciones estadísticas generales sobre la población, el cual suele ser la limitante de estudios cualitativos como el actual. A su vez, el área donde se desarrolló el estudio presta poca privacidad y seguridad para la aplicación de cuestionarios de la índole de adicciones, para suponer una cooperación fidedigna de la población en estudio, lo que disminuye la aceptación de participación de la población abordada. Es por esto que la frecuencia de consumo de alcohol en la muestra, no refleja la de consumo alto de alcohol estipulado en los estudios nacionales.¹⁰

Una segunda limitante es la falta de un instrumento validado que investigue a fondo los factores de riesgo presentados en otros estudios, los mismos mencionados en la guía de práctica clínica de prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención, para la presencia de consumo de alcohol y depresión comórbido.^{14,17,18,26} Cabe mencionar que tal instrumento, cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE por sus siglas en inglés) se encuentra actualmente en vías de validación e investiga sobre antecedentes de abuso; negligencia; violencia entre padres o tutores; otras causas de disfunción familiar como abuso de alcohol y sustancias; violencia comunitaria, colectiva y con sus semejantes.²⁷

FORTALEZAS

Dentro de las fortalezas de este estudio se encuentra haber incluido adultos acompañantes que se encontraban en la sala de espera, que, en el caso de sólo haberse incluido a aquellos que acudían a consulta, se habrían perdido pacientes con criterios para tratamiento especializado.

Se identificó población en riesgo de depresión y alcoholismo para tratamiento primario, así como población con depresión extrema y consumo de dependencia para tratamiento secundario. Ambos mediante aplicación de una atención integral, en colaboración con la jefatura de consulta externa y el servicio de trabajo social para atención médica y psicoterapéutica, como se ha indicado en estudios recientes sobre un tratamiento holístico y no puramente biomédico.^{13,20,21} Esto asegurará una atención oportuna y efectiva que rendirá menores casos de recaídas y mayores tasas de recuperación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

A fin de cumplir con los lineamientos éticos, a todos los pacientes que se les identificaron estado depresivo intermitente, depresión moderada, grave o extrema se notificó a trabajo social y jefatura de consulta externa para canalización a un grupo de apoyo y para realización de cita a la consulta externa con su médico familiar para seguimiento, control y manejo del paciente.

De igual modo a aquellos pacientes con consumo riesgoso se dio consejo simple y aquellos con consumo de alcohol perjudicial y de dependencia, se notificó al equipo multidisciplinario mencionado para un tratamiento integral.

CONCLUSIONES

- La realización de este estudio ha contestado la pregunta de investigación, siendo el de identificar la frecuencia de consumo de alcohol en pacientes con síntomas depresivos.
- El riesgo de consumo de alcohol fue 3.4 veces más en aquellos pacientes con algún grado de depresión en comparación con aquellos que no lo presentaron.
- No se observó diferencia de género en quienes padecían trastorno comórbido.
- Dentro de factores sociodemográficos para riesgo de consumo de alcohol, sólo se relacionó ser del sexo masculino.
- La presencia de síntomas depresivos se asoció con ser mujer, de nivel socioeconómico bajo, siendo quienes los presentaban operadores, trabajadores de seguridad y con un nivel educativo bajo.
- Se cumplió el cometido en aspectos éticos donde se estipula derivación a servicios pertinentes de atención integral a pacientes identificados.

RECOMENDACIONES

DE INVESTIGACIÓN

- Se aconseja participar en el proceso de validación del cuestionario de experiencias adversas en la infancia en nuestro país, que se encuentra en proceso en otros países en el mundo.

EN LA CLÍNICA

- Se aconseja realizar pruebas de tamizaje para padecimientos psiquiátricos en pacientes en quienes se identifique consumo de alcohol riesgoso o adicción a sustancias psicoactivas y así conocer candidatos para inicio de manejo integral con psiquiatría.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Institute on Alcohol abuse and Alcoholism [sede Web]. Bethesda (MD): National Institutes of Health; Julio 2015 [citado el 5 de diciembre del 2015]. Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM–IV and DSM–5. [Dos pantallas]. Disponible en: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/dsmfactsheet/dsmfact.pdf>
2. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* 1993; 88(6): 791-804
3. Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo-Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Rev Clin Esp.* 1998;198:11-4.
4. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, Pautas para su utilización en Atención Primaria. 2ª edición. Ginebra: World Health Organization; 2001.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5ta edición. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing, 2013.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence [sede Web]. Londres: National Collaborating Center for Mental Health; 2010 [citado el 5 de diciembre del 2015]. THE NICE GUIDELINE ON THE TREATMENT AND MANAGEMENT OF DEPRESSION IN ADULTS UPDATED EDITION.[707 paginas]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-243833293>
7. Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Rev Bras Psiquiatr* 2013;35:416–431
8. OMS Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: OMS; 2015. Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud; [citado el 27 de febrero del 2016]; [aproximadamente cinco pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

9. Medina M, Villatoro J, Fleiz C, Téllez M, Mendoza L, Romero M, et al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. México. Primera edición. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2012.
10. Berenzon S, Lara M, Robles R, Medina M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública Méx* 2013;55(1):74-80
11. Sheidow AJ, McCart M, Zajac K, Davis M. Prevalence and impact of substance use among emerging adults with serious mental health conditions. *Psychiatr Rehabil J* 2012;35(3):235–243.
12. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H et al. *JAMA Psychiatry* 2015;72(8):757-766
13. Kelly TM, Daley DC. Integrated Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders. *Soc Work Publ Health* 2013;28(0):388-406.
14. Patock-Peckham JA, Morgan-Lopez AA. Direct and Meditational Links between Parental Bonds and Neglect, Antisocial Personality, Reasons for Drinking, Alcohol Use, and Alcohol Problems. *J Stud Alcohol Drugs* 2010;71(1):95–104.
15. Urban NBL, Girgis RR, Talbot PS, Kegeles LS, Xu X, Frankle WG, Laruelle M. Sustained recreational use of ecstasy is associated with altered pre and postsynaptic markers of serotonin transmission in neocortical areas: A PET Study with [¹¹C]DASB and [¹¹C]MDL 100907. *Neuropsychopharmacology* 2012;37:1465–1473.
16. Pava MJ, Woodward JJ. A review of the interactions between alcohol and the endocannabinoid system: Implications for alcohol dependence and future directions for research. *Alcohol* 2012;46:185–204.
17. Taber KH, Black DN, Porrino LJ, Hurley RA. Neuroanatomy of dopamine: Reward and addiction. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2012;24(1):1–4
18. Dennhardt AA, Murphy JG. Associations between depression, distress tolerance, delay discounting, and alcohol-related problems in European American and African American college students. *Psychol Addict Behav* 2011;25(4):595–604

19. Mandyam CD, Koob GF. The Addicted brain craves new neurons: Putative role for adult-born progenitors in promoting recovery. *Trends Neurosci* 2012;35(4):250–260.
20. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav* 2012; 37:11–24.
21. Tolliver BK, Anton RF. Assessment and treatment of mood disorders in the context of substance abuse. *Dialogues Clin Neurosci* 2015;17:181-190.
22. Jurado S, Villegas M, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Ment* 1998; 21 (3): 26-31.
23. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Secretaría de Salud; 1 de diciembre de 2015
24. Villacé MB, Fernández AR, da Costa ML. Consumo de alcohol según características sociodemográficas en jóvenes de 18 a 24 años. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013; [citado el 07 de noviembre del 2016]; [aproximadamente siete pantallas]. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/76033/79687>
25. Vicente-Herrero A, López-González A. Consumo de Alcohol en Trabajadores Españoles del Sector Servicios. Variables Sociodemográficas y Laborales Implicadas. *Cienc Trab* 2014; 16 (51): 158-163.
26. Prevención, detección y consejería en adicciones para adolescents y adultos en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 26/Marzo/2015
27. Cronholm PF, Forke CM, Wade R, Bair-Merritt MH, Davis M, Harkins-Schwarz M, et al. Adverse Childhood Experiences Expanding the Concept of Adversity. *Am J Prev Med* 2015;49(3):354–361

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PROTOCOLO: FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ADULTOS CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____
Consultorio: _____ Turno: _____ Numero de afiliación: _____
Telefono: _____ Folio: _____

Sexo (rodee con un círculo opción que refleja su respuesta)

1. Masculino 2. Femenino

Estado Civil (rodee con un círculo la opción que refleja su respuesta)

1. Soltero(a) 2. Casado(a) 3. Unión Libre 4. Viudo(a)

Estudios de más alto nivel que usted haya cursado (con independencia de que los haya terminado) (rodee con un círculo la opción que refleja su respuesta)

1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura 5. Posgrado

Ocupación (rodee con un círculo la opción que refleja su respuesta)

1. Hogar
2. Estudio
3. Trabajo de Oficina
4. Operador de maquinaria fija de movimiento continuo y equipos en proceso de fabricación industrial
5. Conductor de maquinaria móvil y medios de transporte
6. Trabajador en servicios de protección y vigilancia
7. Otro

ANEXO 2

AUDIT

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

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

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



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

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

ANEXO 3

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4)

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6) .

No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7) .

No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8) .

No me considero peor que cualquier otro.
Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
Continuamente me culpo por mis faltas.
Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

No tengo ningún pensamiento de suicidio.
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
Desearía suicidarme.
Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

No lloro más de lo que solía llorar.
Ahora lloro más que antes.
Lloro continuamente.
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

No estoy más irritado de lo normal en mí.
Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
Me siento irritado continuamente.
No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

No he perdido el interés por los demás.
Estoy menos interesado en los demás que antes.
He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
He perdido todo el interés por los demás.

13) .

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
Evito tomar decisiones más que antes.
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
Ya me es imposible tomar decisiones.

14) .

No creo tener peor aspecto que antes.
Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

Trabajo igual que antes.
Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19) .

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo

ANEXO 4

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición	Escala de Medición
Edad	Cuantitativa discreta	considerada como edad biológica, la cual es tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo	Edad en años
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Es una distribución de características biológicas o fisiológicas típicamente asociadas tanto con hembras o machos que las diferencias una de otra.	1 Masculino 2 Femenino
Escolaridad	Cualitativa ordinal	Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes, a través de un tiempo determinado	1 Primaria 2 Secundaria 3 Preparatoria 4 Licenciatura 5 Posgrado
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	1 Hogar 2 Estudio 3 Trabajo de Oficina 4 Operador de maquinaria fija de movimiento continuo y equipos en proceso de fabricación industrial 5 Conductor de maquinaria móvil y medios de transporte 6 Trabajador en servicios de protección y vigilancia 7 Otro
Estado Civil	Cualitativa nominal politómica	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	1 Soltero 2 Casado 3 Unión libre 4 Viudo
Consumo de alcohol	Cualitativa ordinal	Organización Mundial de la Salud (OMS) creó una prueba para la identificación de trastorno debido al consumo de alcohol llamado AUDIT por sus siglas en inglés que clasifica el mismo (Anexo 1) de acuerdo a la cantidad, frecuencia y daño potencial debido al consumo	1 Consumo de riesgo 2 Consumo perjudicial 3 Dependencia
Síntomas depresivos	Cualitativa ordinal	El aspecto fundamental es estado de ánimo depresivo y/o falta de placer en la mayoría de actividades. La severidad del trastorno es determinado tanto por el	1 depresión mínima 2 depresión leve 3 depresión Moderada

		número y severidad de los síntomas, así como el grado de disfunción en vida diariase identificarán mediante el inventario de Beck (Anexo 2) que mediante puntuación lo clasifica por grados de severidad.	4 depresión severa
--	--	---	--------------------

ANEXO 5



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FOLIO _____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha: Tijuana, Baja California a _____ de 2016

Registro Institucional el Comité Local de Información y Ética en Investigación en Salud:

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:
“Frecuencia de consumo de alcohol en adultos con síntomas depresivos que acuden a
la UMF No 27 Tijuana”

Justificación y Objetivo del estudio: Determinar la frecuencia de consumo de alcohol
en adultos con síntomas depresivos UMF No 27 Tijuana

Procedimientos: Se le realizarán preguntas para conocer si usted presenta algún
grado de consumo de alcohol que sea riesgoso, perjudicial o dañino para su salud
además se preguntará para conocer si usted presenta síntomas depresivos que
requieran evaluación para ser atendido en nuestra institución.

Posibles riesgos y molestias: Ninguno

Posibles beneficios al participar en este estudio: conocer si usted presenta consumo de alcohol y/o síntomas depresivos que requieran evaluación y tratamiento el cual se dará por medio de nuestra institución

Privacidad y confidencialidad: Se respetará su privacidad, por lo que no se le solicita su nombre, sus respuestas no serán divulgadas de manera que la puedan identificar.

En caso de aclaraciones o dudas relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

El Investigador Responsable Dra Alexandra Mariel Agundez Canaris; adscrita a la UMF 27; matrícula 98023180; con teléfono (664)2042333; correo electrónico: alexmayemed@gmail.com

Asesora: Dra. Maria Cecilia Anzaldo Campos, coordinadora de Educación e investigación UMF No. 27 adscrita a la UMF 27; matrícula 990224366; teléfono: (664)6296385; Correo electrónico: maria.anzaldo@imss.gob.mx

Asesor: Dr. José de Jesús Rivas Nuño, Médico de Base de Diabetes IMSS Vespertino, adscrito a la UMF No. 27; matrícula: 99025618; teléfono: (664)8013699, correo electrónico: dr.rivas.diabetes@gmail.com

Se hace de mi conocimiento que puedo retirar mi consentimiento y abandonar el estudio en cualquier momento que yo lo decida, sin que este acto afecte mi atención médica o los servicios que esta institución me puede ofrecer

En caso de dudas o aclaraciones sobre mis derechos como participante podré dirigirme a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS, Avenida Cuauhtémoc 330

4to piso, Bloque “B” d la Unidad de Congresos, Col Doctores, México D.F., CP 06720.

Teléfono (55)56276900, Ext. 21230. Correo electrónico: comisión.ética@imss.gob.mx

NOMBRE O FIRMA DEL
PARTICIPANTE

NOMBRE O FIRMA DE QUIEN
OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

NOMBRE O FIRMA DEL
TESTIGO

NOMBRE O FIRMA DEL
TESTIGO
