



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Consumo de alcohol, una aproximación basada en GI mhGAP 2.0 en
pacientes de triage en urgencias médicas**

T E S I S

Que para obtener el título de

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Viridiana Guadalupe Eslava Torres

MIEMBROS DEL COMITÉ

Director: Dr. Edgar Landa Ramírez

Revisora: Dra. Aime Edith Martínez Basurto

Sinodales: Dr. José Alfredo Contreras Valdez

Dra. Claudia Margarita Rafful Loera

Dra. María Santos Becerril Pérez



Ciudad Universitaria, CDMX, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatorias

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres que con amor y dedicación siempre han estado para apoyarme y guiarme en los momentos más difíciles, pero también para reconocer y celebrar cada uno de mis logros. Ellos me impulsan a ser una mejor persona cada día.

A mis hermanos, quienes en cada etapa de mi vida me han brindado su apoyo y consejos en las decisiones que he tomado. A mi hermana, mi compañera de aventuras, gracias por estar ahí para siempre sacarme una sonrisa. Su apoyo ha sido fundamental para hacer esto posible. Los amo.

A mis amigas y amigos, que a lo largo de los años me han brindado su apoyo y comprensión en los días de mucho trabajo, estudio y estrés, pero también en momentos divertidos, gracias por las largas pláticas en cafetería, las salidas fugaces, las carnitas asadas, por los consejos, palabras de aliento y risas que compartimos, sin duda, con ustedes la vida es mejor.

Al Dr. Edgar Landa por brindarme la oportunidad de pertenecer al equipo de psicología de urgencias, por todo el apoyo, confianza, enseñanzas, consejos y ánimos proporcionados a lo largo de estos dos años. Mi admiración y respeto por el gran profesional que es.

De igual forma expreso mi agradecimiento al Dr. Alejandro Serrano y al Dr. Antonio López, miembros del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, quienes han brindado su apoyo al trabajo que realiza el departamento de psicología de urgencia, el cual has sido fundamental para la elaboración de este trabajo.

Al equipo de Psicología de Urgencias, por sus enseñanzas, apoyo y motivación brindados a lo largo de este proceso. Me siento muy agradecida de tenerlas en mi vida y principalmente por contar con su amistad. Son unas grandes profesionales y sé que todas llegaremos muy lejos, gracias por hacer esta una de las mejores etapas de mi vida.

A los miembros de mi comité, quienes invirtieron su tiempo y aportaron su conocimiento en observaciones a mi trabajo.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, que me permitió disfrutar de experiencias académicas, deportivas, culturales y sociales las cuales me permitieron crecer profesionalmente.

A todas las grandes personas que conocí a lo largo de esta trayectoria, a cada uno de los profesores que con gran conocimiento, respeto y docencia realizaron aportes a mi formación y que han dejado más de una enseñanza en mi vida. Me llena de orgullo pertenecer a la máxima casa de estudios.

¡Por mi raza hablará el espíritu!

Índice

Agradecimientos.....	2
Resumen	4
Capítulo 1. Psicología de la salud.....	5
Capítulo 2. Adaptación e implementación de la GI mhGAP 2.0 en pacientes con consumo de alcohol	14
Método	32
Diseño	32
Participantes.....	32
Variables	35
Instrumentos	35
Procedimiento	37
Consideraciones éticas.....	39
Análisis de datos	40
Resultados	41
Discusión	49
Referencias	60
Anexos	76

Resumen

El consumo de alcohol es un problema de salud mundial, el uso nocivo de esta sustancia genera 1.7% de los ingresos al servicio de urgencias médicas, sin embargo, en ocasiones el motivo de consulta no es por un excesivo consumo de alcohol, y la identificación de estos pacientes en el área de triage no ha sido detectada adecuadamente por el personal de salud, por lo tanto no se brinda la atención necesaria. Es por esto que el objetivo de este estudio fue explorar la implementación de una adaptación de la GI-mhGAP 2.0 para detectar el consumo de alcohol en pacientes usuarios de triage de urgencias médicas del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Se realizó un estudio exploratorio, no experimental, con 175 pacientes que acudieron al servicio de triage; se realizó una adaptación de la GI-mhGAP para consumo de alcohol y para confirmar y evaluar el nivel de consumo de alcohol se utilizaron: la Prueba de Detección, las pruebas de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST por sus siglas en inglés) y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT por sus siglas en inglés). Se encontró que 29 pacientes presentaron un consumo moderado, seis presentaron un consumo elevado y 138 presentaban un consumo de bajo riesgo, además de una nula concordancia entre el médico y el psicólogo para identificar el consumo de alcohol.

Palabras claves: GI-mhGAP 2.0, consumo de alcohol, triage, departamento de emergencias

Abstract

Alcohol consumption is a global health problem, its consumption generates 1.7% of admissions to the medical emergency service, however, sometimes the reason for consultation is not due to excessive alcohol consumption and the identification of these patients in triage it has not been adequately detected by health personnel, therefore the needed care is not provided. For this reason, the aim of this study was to explore the implementation of an adaptation of the GI-mhGAP 2.0 for alcohol consumption in patients using triage of medical emergencies at the Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. An exploratory, non-experimental study was carried out with 175 patients who attended the triage service; The instruments used were an adaptation of the GI-mhGAP 2.0 for alcohol consumption and to confirm and asses the level of alcohol consumption, the following were used: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). It was found that 29 patients had a moderate consumption, six had a high consumption and 138 had a low-risk consumption, in addition to a null agreement between the doctor and the psychologist to identify alcohol consumption.

Keywords: mhGAP-GI 2.0, alcohol consumption, triage, Emergency Department

Capítulo 1

Psicología de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), define a la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, definición que se encuentra vigente y sobre la cual se rigen los sistemas de salud en el mundo. Esta definición ha sido un antecedente para abordar el tema de salud a nivel global, ya que las políticas, programas y personal implicado tratan de garantizar un estado de salud integral. Por ejemplo, en 1978 se llevó a cabo en Alma-Ata, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en donde se declaró que debe ser una de las principales prioridades políticas y económicas para todas las organizaciones gubernamentales que la población goce de un estado de salud completo, justo e igualitario al que tienen derecho sin importar si pertenecen a un país desarrollado o en vías de desarrollo (OMS, 1978). Años más tarde, en 2018, la OMS reafirmó en su declaración de Astaná los principios expresados en Alma-Ata y agregó el compromiso de tomar decisiones políticas en pro de la salud con ayuda de las partes interesadas; así como empoderar a las comunidades locales para fortalecer la atención primaria en salud y reducir los factores de riesgo, dando preferencia a la prevención y promoción de la salud a lo largo de la vida, utilizando conocimientos científicos y tradicionales para promover la educación sobre ésta, teniendo en cuenta que el mantener una buena salud es más complicado para las personas que se encuentran en situaciones vulnerables (OMS, 2018e).

A lo largo de la historia de la humanidad, han ocurrido diversos eventos que han influido en la concepción actual de la definición de la salud, al respecto, Omran (1971) planteó una teoría explicativa y predictiva denominada transición epidemiológica, la cual se centra principalmente en el cambio complejo de los patrones de natalidad y mortalidad, así como, en los cambios debidos a factores ecológicos, socioeconómicos, políticos, culturales y de salud pública que han promovido la definición actual de salud.

En esta teoría plantea cinco premisas, a saber (Omran, 1971):

Primera premisa: la mortalidad es un predictor importante para determinar la dinámica de una población, las variaciones y estabilidad de la mortalidad implican cambios en las principales causas de muerte en una población y época determinada.

Segunda premisa: a lo largo de los años se presentaron cambios en los patrones de mortalidad y morbilidad, sustituyendo las enfermedades infecciosas por las crónicas degenerativas. En esta premisa se describen tres etapas de la transición epidemiológica:

- La era de la peste y la hambruna: en donde la esperanza de vida iba de los 20 a los 40 años, la mortalidad era alta y las principales causas de mortalidad estaban asociadas con las enfermedades infecciosas, malnutrición y complicaciones en el caso de las mujeres en edad reproductiva.
- La era de las pandemias en retroceso: la mortalidad descendió progresivamente y la esperanza de vida creció de 30 a 50 años. De igual forma, la población total fue en aumento.
- La era de las enfermedades degenerativas y creadas por el hombre: la mortalidad se estabilizó en niveles relativamente bajos; la esperanza de vida superó los 50 años y las principales causas de muerte son enfermedades crónicas, tales como las cardiovasculares o el cáncer.

Esta premisa describe los determinantes ecobiológicos, socioeconómicos, médicos y de salud pública.

Tercera premisa: los cambios más profundos en los patrones de salud y enfermedad se dan en poblaciones de niños/as y mujeres jóvenes, lo que permitió que la tasa de mortalidad bajara en estas poblaciones, aumentando así su esperanza de vida y consiguiendo que pasaran de ser la población más vulnerable a ser los más beneficiados.

Cuarta premisa: los cambios en los patrones de salud y enfermedad que caracterizan la transición epidemiológica están estrechamente asociados con las transiciones demográficas y socioeconómicas que constituyen el complejo proceso de modernización. La disminución en las tasas de mortalidad se ve reflejada en un impacto demográfico y económico, ya que al aumentar la

esperanza de vida, incrementa la eficacia y la productividad a través de un mejor funcionamiento laboral de personas adultas, así como un aumento en la proporción de niños/as que sobreviven para convertirse en adultos productivos. Pero a su vez han contribuido al incremento de las enfermedades crónicas.

Quinta premisa: variaciones en el patrón, el ritmo, los determinantes y las consecuencias del cambio demográfico se diferencian en tres modelos básicos de la transición epidemiológica:

- Modelo clásico: en donde un crecimiento poblacional exponencial será proporcional al desarrollo económico sostenido. En estas sociedades el descenso de la mortalidad fue gradual y ocurrió en respuesta a mejoras sociales, económicas y ambientales que constituyeron un complejo proceso de modernización, esto principalmente en las ciudades del oeste de Europa.
- Modelo acelerado: como su nombre lo indica describe una transición acelerada, en donde los cambios en la disminución en el nivel de mortalidad de niños/as y mujeres y el cambio en la transición de enfermedades degenerativas, sustituyendo a las infecciosas, se llevaron en un periodo corto, esto fue más notorio en Japón.
- Modelo contemporáneo o retardado: describe la transición relativamente reciente en los países en vías de desarrollo, en los que de manera lenta ha disminuido la muerte materna e infantil, al mismo tiempo en el que se juntan las enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas, siendo estas últimas las que muestran una mayor prevalencia.

Aunado a lo anterior, Armelagos et al. (2005) desarrollaron una teoría para explicar la relación que existe entre la transición epidemiológica y los procesos económicos desde una visión evolutiva. En esta teoría mencionan que, el desarrollo económico ha traído como consecuencia una creciente desigualdad entre las jerarquías sociales generando una diferencia en la disponibilidad de los servicios de salud de calidad. En general, las personas que tienen ingresos altos son más saludables que las personas con ingresos bajos, es posible que esto se deba a las condiciones sociales, sanitarias y estilos

de vida que los puede hacer más propensos a ciertas enfermedades. Su teoría comienza cuando el ser humano era nómada y se dedicaba a cazar su alimento, las lesiones provocadas por esta actividad o la hambruna por la escasez de alimentos eran las principales causas de muerte, su esperanza de vida no solía rebasar los 20 años, conforme fueron pasando los años empezó a establecerse en pequeñas comunidades teniendo como principal fuente de alimentación la agricultura, ganadería y pesca acciones, que fomentaron el cambio de una vida nómada a una sedentaria, provocando un aumento en la población, domesticación de animales y cultivos. Es aquí cuando se empiezan a notar las alteraciones en la salud debido a las consecuencias que trajo este cambio en el estilo de vida, por ejemplo, el desarrollo de enfermedades infecciosas transmitidas accidentalmente por animales, contacto con desechos humanos y contaminación del agua, además de un aumento en enfermedades virales como sarampión, paperas, varicela y viruela.

Posterior a esto, la esperanza de vida fue aumentando y con esto llegó la época de las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles, las cuales si bien la muerte no se da en un periodo corto, la calidad de vida de la persona se ve deteriorada. A medida que la esperanza de vida fue aumentando diferentes enfermedades se fueron sumando, por un lado, las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles y, por otro, las enfermedades infecciosas que incluso pueden ser resistentes a tratamientos con antibióticos (Armelaos et al., 2005).

A esta teoría se suman Zuckerman et al. (2014), quienes notaron que hubo un aumento de las enfermedades inflamatorias y autoinmunes en países desarrollados, esto pudo deberse a que las epidemias de infecciones comenzaron a bajar como consecuencia de la disminución en la exposición a los microorganismos ambientales y a los cambios en el estilo de vida. Por ejemplo: la mejora sanitaria, la pasteurización, el uso de antibióticos y una mejor higiene. Estos cambios dieron paso a una compensación en la salud y la calidad de vida permitiendo así que las enfermedades por infección disminuyeran al mismo tiempo que las enfermedades inflamatorias y autoinmunes aumentaban. Además, se planteó una etapa alternativa, la “Edad de la obesidad y la inactividad”, en donde

mencionan que el aumento de peso y obesidad alteran el patrón de enfermedades crónicas no transmisibles entre los ancianos. Este cambio podría deberse a nuevas formas de interacción social, cambios ambientales y demográficos en la ecología global y en la adaptación de los microorganismos (Gaziano, 2010). Es así como se puede observar que la transición epidemiológica se debe principalmente a los factores socioeconómicos, ya que la desigualdad que existe no permite que todos tengan los mismos beneficios en la salud debido a que la mayoría de los bienes se han centrado en una cantidad reducida de personas, lo que indica que las que tienen mejores ingresos cuentan con recursos para acceder a servicios de salud de alta calidad. Además, muestra cómo las enfermedades infecciosas tuvieron un peso importante, siendo estas las principales causas de morbilidad y mortalidad hasta el siglo XX (Marinho et al., 2013). Los postulados descritos en la teoría epidemiológica nos permiten entender cómo se estableció el modelo biomédico, que concibe a la salud como ausencia de enfermedad, ajustándose al predominio de las enfermedades infecciosas, restringiendo a la enfermedad como anormalidad bioquímica.

El modelo biomédico tenía la virtud de dar un mejor entendimiento de la fisiopatología de la enfermedad y dar mejores opciones de tratamientos curativos a las enfermedades infecciosas, sin embargo, contaba con ciertas limitaciones. La primera limitación consistió en que dejó de ser únicamente un modelo para pasar a convertirse en un dogma, esto quiere decir que todas las enfermedades se tenían que adecuar al modelo, también tenía un punto de vista reduccionista ya que se asumía que la enfermedad se caracterizaba únicamente por variables fisiológicas y biológicas medibles, dejando fuera todas las variables sociales, conductuales y psicológicas. Otra limitación con la que contaba era que excluía a todas las enfermedades que no se adecuaban al modelo biomédico, dejándolas fuera del campo de estudio de la medicina. Este conjunto de limitantes y las investigaciones de múltiples disciplinas volvieron al modelo biomédico insuficiente, ya que dentro de su marco de referencia no incluía los factores sociales, psicológicos y conductuales de la enfermedad que se

empezaron a considerar como factores esenciales para que una persona conservara un estado de salud, es por eso que se propone un nuevo modelo, el modelo biopsicosocial (Engel, 1977).

Bajo este contexto, se empezaron a crear nuevas disciplinas o especialidades con el objetivo de cubrir las necesidades sociales y psicológicas; una de estas es la psicología de la salud (Roales, 2004), la cual tomó fuerza con la creación de la División 38 en la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés). Es definida como el conjunto de las contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología para la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, identificando sus causas, sus disfuncionalidades y la relación que estas tienen con la salud (Matarazzo, 1980). Su principal objetivo de estudio es identificar los procesos psicológicos que inciden en la historia natural de la enfermedad, estudiando la relación que existe entre las cogniciones, emociones y conductas del ser humano y al mismo tiempo crear herramientas, como la modificación de hábitos que ayuden a personas que tengan enfermedades crónico-degenerativas con el fin de mejorar su calidad de vida (Oblitas, 2008; Sánchez-Sosa, 1998; Sanchez-Sosa, 2002).

Es definida como el conjunto de las contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología para la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, identificando sus causas, sus disfuncionalidades y la relación que estas tienen con la salud (Matarazzo, 1980). Su principal objetivo de estudio es identificar los procesos psicológicos que inciden en la historia natural de la enfermedad, estudiando la relación que existe entre las cogniciones, emociones y conductas del ser humano y al mismo tiempo crear herramientas, como la modificación de hábitos que ayuden a personas que tengan enfermedades crónico-degenerativas con el fin de mejorar su calidad de vida (Oblitas, 2008; Sánchez-Sosa, 1998; Sanchez-Sosa, 2002).

Otra disciplina para la atención de estas necesidades es la medicina conductual, considerada como un campo interdisciplinario conformado por conocimientos de las ciencias de la salud y sociales, ayudando así a la aplicación de los hallazgos científicos y técnicas para la prevención, diagnóstico,

tratamiento y rehabilitación de enfermedades por medio de la intervención en la modificación de comportamientos y respuestas que representen un problema a la salud, incluyendo adherencia a tratamientos (Pomerleau, 1979; Schwartz y Weiss, 1978), desde entonces el campo de la medicina conductual ha evolucionado y avanzado significativamente a lo largo de los años y es por eso que Dekker et al. (2017), expuso una definición actualizada en donde incluyen los alcances que tiene, que van desde los mecanismos bioconductuales (es decir, la interacción de los procesos biomédicos con los procesos psicológicos, sociales, culturales y ambientales), hasta el diagnóstico clínico y la intervención, así como la salud pública, marcando de esta manera una diferencia entre las disciplinas relacionadas como la psicología de la salud.

De forma paralela a las disciplinas anteriores, surge la psicooncología, una de las primeras áreas donde la psicología brinda atención en el ámbito hospitalario como una subespecialidad en el abordaje de los problemas oncológicos, contribuyendo a los cuidados del paciente con cáncer, mediante investigaciones para cambiar el estilo de vida y los hábitos, para reducir el riesgo de contraer cáncer, promoción para la detección temprana problemas psicológicos relacionados con el riesgo genético, control de síntomas como ansiedad, depresión, delirio, dolor y fatiga, manejo de secuelas psicológicas en sobrevivientes de cáncer, así como la atención multidisciplinaria de las ciencias conductuales y sociales en el ámbito médico (Holland, 2002).

Fue así como la psicología comenzó a tener una importante participación dentro de los sistemas de salud. En la actualidad se encuentra brindando atención en diferentes servicios médicos y padecimientos, entre estos se encuentran: pediatría (Assil et al., 2019; Benzies et al., 2020), oncología (El-Jawahri et al., 2017; Wu et al., 2018; Zhang et al., 2015), cardiología (Biber et al., 2019; Korteland et al., 2017), cuidados intensivos (Iosifyan et al., 2019; Quenot et al., 2017), cuidados paliativos (El-Jawahri et al., 2017; Hancock et al., 2018), nutrición (Mayerhofer et al., 2020; Stepleton et al., 2017) y en padecimientos como: manejo y tratamiento de dolor crónico (Jensen & Turk, 2014; Tang et al., 2018), accidentes cerebrovasculares (Kirkevold et al., 2018), control de diabetes (Bădescu et al., 2016;

Hiliard et al., 2016), hipertensión (Solano López, 2018), abuso de alcohol y otras sustancias (Barata et al., 2017; Bowen et al., 2014; Bradbury-Golas, 2013; Klimas et al., 2018; Witkiewitz & Brown, 2010) y manejo del estrés (Cusack et al., 2015).

De esta forma es como la psicología ha contribuido a distintas áreas de la salud; sin embargo, una de las áreas en donde ha tenido una presencia limitada es urgencias médicas, la cual, se dedica a la evaluación inicial, diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones imprevistas (Annals of Emergency Medicine, 2016), dejando fuera a las variables relacionadas con el comportamiento, una explicación de lo anterior, reside en que en esta especialidad perdura la práctica del modelo biomédico, debido a que los médicos realizan un trabajo en conjunto para la toma de decisiones y acciones de manera inmediata, debido a que su principal objetivo es mantener la vida del paciente (Luna, 2011). Sin embargo en las características que posee este servicio se pueden encontrar diferentes necesidades, por ejemplo, en ocasiones la información proporcionada a los familiares de pacientes hospitalizados está asociada a las siguientes situaciones: diagnóstico de enfermedades graves, mal pronóstico o fallecimiento, noticias que pueden desencadenar angustia o incluso crisis y es aquí donde la psicología clínica puede brindar asistencia para facilitar mayores niveles de adaptación al suceso o cuadro clínico, además de identificar estrés postraumático, depresión o sobrecarga (Ophuis et al., 2018; Sewitch et al., 2006). En cuanto a los pacientes que llegan al área de urgencias pueden percibir el estar en esa situación como algo estresante, las razones psicológicas más comunes por las que llegan a urgencias son malestares asociados a su estado de ánimo, como puede ser la tristeza, la desesperanza, trastornos como la ansiedad y la depresión, autolesiones intencionadas y problemas relacionados al consumo de drogas y/o alcohol. (Faessler et al., 2016; Owens et al., 2010)

De acuerdo con esta evidencia empírica sobre los aspectos psicosociales en el servicio de urgencias médicas y la definición de salud de la OMS (1946) antes descrita, se vuelve relevante el seguir generando evidencia enfocada en el rol de las variables psicosociales presentes en el área de urgencias ya que de no hacerlo se estaría omitiendo una parte fundamental de la salud del paciente.

Sin embargo, para lograr que este servicio adquiriera una perspectiva interdisciplinaria debe mostrarse evidencia y recomendaciones para solucionar las necesidades que se presenten, buscando siempre el llegar a acuerdos mutuos y a las personas clave para poder realizar este cambio (Landa-Ramírez & Murillo-Cruz, 2019).

Un área de oportunidad que se ha encontrado en el servicio de urgencias médicas, son los pacientes que ingresan por consecuencias derivadas del consumo de sustancias, principalmente del alcohol, ya que se ha descrito un aumento en el ingreso de pacientes bajo los efectos de esta sustancia (Gogeochea-Trejo et al., 2016). Debido a esto y todos los problemas que trae el consumo de alcohol es importante instrumentar medidas no sólo de evaluación sino de protección y promoción de la salud, encaminadas en la prevención y tratamiento (Amezcueta et al., 2020), así como identificar el consumo riesgoso de alcohol en los pacientes que llegan al área de triage de urgencias debido a que los pacientes ingresados con sospecha de consumo de alcohol están en riesgo de mala evaluación y de no recibir una atención óptima (Dugas, 2019). Una opción para poder realizar esta tarea es por medio del programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés mental health gap action program), se trata de un conjunto de intervenciones eficaces basadas en evidencia para la prevención y tratamiento de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS), especialmente para países de ingresos medios y bajos (OMS, 2008). Por tal motivo el siguiente capítulo abordará una recopilación de estudios relacionados con el consumo de alcohol y su relación con el área de urgencias, así como la evaluación y adaptación de la guía mhGAP para el consumo de sustancias.

Capítulo dos

Adaptación e implementación de la GI mhGAP 2.0 en pacientes con consumo de alcohol

La medicina de emergencia (ME), es considerada como una disciplina mundial que brinda servicio a la comunidad, ofreciendo diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones imprevistas y atención en situaciones de emergencia. Entre sus herramientas para contribuir a la salud pública están: intervenciones en el abuso de sustancias, educación en prácticas de seguridad, vigilancia epidemiológica y la atención brindada en el área de urgencias de un hospital (Annals of Emergency Medicine, 2016; OMS, 2018a).

En la ME existe un sistema clasificatorio llamado triage, que tiene como objetivo jerarquizar la gravedad con la que llega el paciente a urgencias médicas, dependiendo de la escala, puede estar conformada por cuatro o cinco niveles, que van desde un nivel no urgente hasta un nivel uno, considerado como crítico para la vida o función del paciente (Farrohknia et al., 2011). Esta clasificación se ha adaptado en diferentes países permitiendo agilizar la evaluación médica y la canalización al área apropiada, garantizando que los casos más urgentes sean atendidos con prioridad (McCallum, 2007; Organización Panamericana de la Salud, [OPS] 2011).

Esta clasificación es de suma importancia debido a la demanda que tiene el área de urgencias, ya que el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades en Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés), reporta que durante el 2017 se recibieron en el departamento de urgencias médicas 139 millones de personas, de estas visitas, 4,289 pacientes fueron debido a trastornos por consumo de alcohol (Centers for Disease Control and Prevention, 2017). En México, la Secretaría de Salud señaló que en el 2017 se atendieron 657,127 pacientes dentro del servicio de urgencias, de los cuales 148,117 personas acudieron por traumatismos y envenenamientos; 67,089 pacientes por infecciones respiratorias agudas; 16,278 casos por diabetes mellitus; y 3,706 fueron atendidos por trastornos mentales y del comportamiento asociados al uso de sustancias psicoactivas (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2017). El Sistema de Vigilancia Epidemiológica en

Adicciones (SISVEA, 2016), reportó que durante el 2016 el 3.9% de los pacientes que llegaron al servicio de urgencias se encontraban bajo el efecto de alguna droga, de los cuales en el 67.8% de los casos la sustancia ingerida fue alcohol.

El alcohol, es una sustancia psicoactiva, depresora del sistema nervioso central, con propiedades que pueden causar cambios en el comportamiento, el estado de ánimo y el autocontrol. A pesar de que se ha reportado que el consumo de esta sustancia en pequeñas cantidades trae beneficios como una reducción en el deterioro cognitivo y menor posibilidad de tener una isquemia (Collins et al., 2009; Hurley et al., 2012), el consumo nocivo trae una serie de consecuencias en la salud de la persona bebedora, a través de diversas afecciones médicas, psicológicas y sociales (OMS, 2014).

Se han identificado diferentes factores que influyen en los hábitos y niveles de una ingesta elevada de alcohol, algunos de ellos son: ser hombre, dado que la prevalencia de consumo en ellos es mayor, ser estudiante y ser adolescente debido a que el consumo de alcohol en el Área Metropolitana de la Ciudad de México, el consumo de alcohol en adolescentes es algo normalmente aceptado (Anderson & Baumberg, 2008; Benjet et al., 2013). De acuerdo con la OMS (2018), en todo el mundo, más de una cuarta parte de los jóvenes de entre 15 a 19 años actualmente son bebedores, mostrando una tasa de prevalencia de consumo más alta entre los jóvenes de la región europea, seguidos por las regiones de América y la región del Pacífico Occidental. En nuestro país se ha demostrado variables psicosociales que propician a un aumento significativo en el consumo de alcohol tales como, conducta criminal en los padres, violencia familiar, abuso sexual entre otras (Benjet et al., 2013). Si bien, no existe un único factor de riesgo dominante, cuanto más factores vulnerables converjan en una persona, será más probable que desarrolle problemas relacionados al consumo de alcohol (Jones et al., 2015; OMS, 2018d; Sartor et al., 2016; Stanesby et al., 2019).

El consumo de alcohol, está relacionado con más de 64 enfermedades no transmisibles (Griswold et al., 2018) algunas de ellas son: la cirrosis hepática (Nivukoski et al., 2019; Roerecke

et al., 2019), algunos tipos de cánceres, por ejemplo, el cáncer de colon y recto (Rehm et al., 2017), enfermedades cardiovasculares, como son la hipertensión y la miocardiopatía dilatada (Mostofsky et al., 2016; O’Keefe et al., 2014; OMS, 2018d), así como riesgo de neumonía (Simou et al., 2018). Estos padecimientos conllevan a un deterioro en la calidad de vida del individuo o a una comorbilidad con alguna alteración psiquiátrica como la depresión (Boden & Fergusson, 2011; Foulds et al., 2015). Otros trastornos mentales relacionados al consumo de alcohol son: la ansiedad social (Goodman et al., 2018), los ataques de pánico (Howell et al., 2010; Schuckit & Hesselbrock, 1994; Stevens et al., 2017; Wells et al., 2017); conducta suicida (Borges et al., 2017; Norström & Rossow, 2016) y el propio trastorno por consumo de alcohol. En México, entre los años 2002 y 2011 aumentó significativamente del 4.1% al 6.2%, (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco [ENCODAT], 2017).

En cuanto a las afectaciones sociales que conlleva el consumo excesivo de alcohol se encuentran: mayor asociación con delitos de violencia y homicidio (Crane et al., 2016), desempleo o ausencia por enfermedad en el trabajo (Henkel, 2011; López-Jiménez, 1998; Jørgensen et al., 2017) y accidentes de tránsito (Nunn et al., 2016; Salcedo et al., 2011). Estas situaciones no solo afectan la vida de la persona que consume alcohol, sino también la vida de las personas que lo rodean, ya sean: familiares, amigos o compañeros del trabajo (OMS, 2018c).

Como se mencionó, el consumo de alcohol está relacionado con diferentes lesiones provocadas por accidentes, ya sea de tránsito o por violencia, esto ha hecho que el uso de urgencias médicas aumente (Borges et al., 2003; Borges et al., 2013). Gogeochea-Trejo et al. (2016) realizaron un trabajo en la ciudad de Xalapa, Veracruz, México para identificar la asociación entre el consumo de alcohol, las lesiones y las características sociodemográficas de las personas atendidas en el sector salud. Reportaron que la mayoría fueron hombres (63.8%), con una edad promedio de 34 años, se encontró que del total de lesionados, 146 (28.9%) fueron ocasionados por consumo de alcohol en las seis horas previas a la ocurrencia de la lesión, así como que la probabilidad de sufrir

una lesión relacionada con la violencia fue mayor en el horario nocturno y entre los jóvenes de 15 a 29 años de edad.

Por otro lado, Jiménez et al. (2016) reportaron que en un hospital de la Ciudad de México un total de 170 pacientes que acudieron a urgencias pediátricas, 25.9%, ingerían bebidas alcohólicas y su promedio de edad fue de 14 años. Este dato es muy similar al que años antes presentó López-Jiménez (1998) quien describió los patrones de consumo de alcohol en personas de 15 años y más, captadas en los servicios de urgencias de ocho hospitales de la Ciudad de México, la información se obtuvo mediante autorreportes, los cuales indicaron que de 2,523 individuos entrevistados, 63% informó haber consumido bebidas alcohólicas, entre las que destacan los destilados y la cerveza; 56.8% informó que al menos una vez durante el último año, se había embriagado. En el patrón de consumo predomina la ingestión de baja frecuencia y alta cantidad (46.9%). En otros estudios (Andreuccetti et al., 2014; da Silva et al., 2015) realizados en urgencias médicas se ha encontrado que 2% de los pacientes atendidos reportan tomar alcohol todos los días, de igual manera han descrito que 16.4% de todas las lesiones de personas que llegan a urgencias se atribuyeron al alcohol, teniendo en mayor frecuencia casos de hombres los cuales se asociaron con lesiones relacionadas al asalto, caídas y colisiones de vehículos motorizados. Este resultado fue más alto en aquellos países con un patrón de consumo perjudicial como México, en donde el consumo de alcohol incrementa hasta 2.7 veces la probabilidad de usar el servicio de urgencias (Borges et al., 2003; Borges et al., 2013).

A pesar del conocimiento hasta ahora obtenido, existen algunas limitaciones en los estudios previos, que vale la pena señalar; la mayoría se enfoca en identificar los porcentajes del problema y el impacto del mismo sobre el uso de urgencias, pero no se enfocan en realizar acciones concretas que generen medidas de prevención o ayuden a modificar los patrones de consumo.

Debido a todos los problemas que trae el consumo de alcohol es importante instrumentar medidas de protección y promoción de la salud y no solo de evaluación, así como identificar el

consumo riesgoso de alcohol en los pacientes que llegan al área de triage de urgencias. Una opción para poder atender esta necesidad es por medio de la GI-mhGAP 2.0.

Es por lo anterior, que realice una búsqueda en inglés y español, a partir de noviembre 2019 y hasta enero del 2020 en algunas de las bases de datos más importantes del campo de la salud: Cochrane review, Pubmed, Psycinfo, CINAHL y Redalyc de los artículos publicados relacionados con la adaptación de la guía mhGAP y el consumo de alcohol contextualizados en el área de urgencias médicas o centros de atención primaria, excluyendo todos aquellos en los cuales no se evaluó el consumo de alcohol o no se empleó la guía mhGAP. Usando encabezados de términos médicos (MeSH, por su abreviatura en inglés) y palabras clave (key words, en inglés) como: “mhGAP”, “mhGAP implementation”, “mhGAP-IG”, “mhGAP-IG 2.0”, “alcohol” “emergency department”, “triage”, “mental health”, “evidence”, “mhGAP adaptation”, “World Health Organization”.

Se encontraron ocho artículos, a continuación se hace una breve descripción de ellos.

Ayano et al. (2017) realizaron una investigación en Etiopía con el objetivo de evaluar el efecto de la formación en salud mental por medio del conocimiento, actitud y práctica (CAP) de los trabajadores de salud primaria. Se realizó un estudio de tipo cuasi experimental de test - post test de un solo grupo formado por 94 profesionales de la salud, los cuales recibieron una capacitación de 5 días en los cuatro principales trastornos (trastorno por consumo de alcohol, depresión, psicosis y epilepsia) del mhGAP. Fueron evaluados con un autoinforme de experiencia y tres cuestionarios, el primero contenía 19 reactivos enfocados en el conocimiento de los trastornos, el segundo evaluaba la actitud con cinco reactivos y el tercero era identificación de casos a través de viñetas. Las evaluaciones se realizaron antes de la capacitación y tres meses después. Como resultado obtuvieron una mejora en CAP para los cuatro trastornos MNS después de la capacitación. El conocimiento en el trastorno por consumo de alcohol aumentó de 40.42% a 94.68%, la actitud de 46.81% a 90.42% y en la identificación de viñetas hubo un aumento de 53.19% a 94.68%, lo que indica que la capacitación en estos tipo de trastornos permiten una mejor detección de casos y es de suma importancia para llevar con éxito el

tratamiento integrado de los trastornos MNS en los servicios de salud que existen. Sin embargo no se realizó una evaluación para saber si tiempo después el conocimiento se seguía sosteniendo (*ver Tabla 1*).

Gureje et al. (2015), realizaron un estudio piloto el estado de Osún en Nigeria con el objetivo de evaluar la viabilidad y aceptabilidad del uso de la GI-mhGAP adaptada para ampliar los servicios en trastornos MNS mediante un programa de capacitación en trabajadores de atención primaria. Con un diseño, pre experimental, se reclutaron 198 trabajadores de atención primaria los cuales fueron capacitados en la detección y manejo de cuatro condiciones de MNS: depresión mayor, psicosis, epilepsia y trastornos por consumo de alcohol, utilizando la GI-mhGAP. Se hizo una evaluación, al inicio y a los nueve meses, con una prueba estandarizada y modificada diseñada por la OMS para las capacitaciones sobre GI-mhGAP. Como resultado obtuvieron que, de cero casos detectados en un principio, el personal capacitado identificó y trató exitosamente 96 pacientes teniendo como principal diagnóstico la depresión con 45 pacientes; para consumo de alcohol se identificaron cinco casos. También incrementó el número de derivación a otros niveles de atención de cero a 45 derivaciones, dos de ellas fueron por consumo de alcohol (*ver Tabla 1*).

Jordans, et al. (2019) realizaron un estudio en Nepal, con el objetivo de evaluar el efecto de agregar tratamientos psicológicos brindados por consejeros comunitarios en servicios de salud mental de atención primaria para la depresión y el trastorno por consumo de alcohol, según lo recomendado por mhGAP. Se realizaron dos ensayos controlados aleatorizados, en los que se evaluaron los efectos clínicos, sociales y la discapacidad del tratamiento. La muestra fue de 2044 personas, de las cuales solo 312 cumplieron con los criterios de inclusión (salir positivo para el trastorno de acuerdo con la mhGAP) y solo 282 aceptaron participar en el estudio, 120 participantes dieron positivo para depresión y 162 para trastorno por consumo de alcohol. Los participantes se asignaron aleatoriamente a la atención de salud mental brindada por trabajadores de atención primaria, el tratamiento del grupo control fue psicoeducación y medicamentos psicotrópicos (cuando eran indicados) por personal

capacitado en mhGAP, o el grupo experimental al cual se le brindaban lo mismos del grupo control más tratamientos psicológicos individuales (programa de actividades saludables para la depresión y asesoramiento para problemas de alcohol). Posteriormente se realizaron entrevistas de reclutamiento y seguimiento con 12 meses de diferencia, en ambas para detectar la gravedad de los síntomas, se aplicó el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) y la prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT). Los resultados indican que la reducción en las puntuaciones del AUDIT desde el inicio hasta el seguimiento de 12 meses entre el grupo control y los participantes del grupo experimental no difirió significativamente. Una explicación metodológica es que el tamaño de la muestra no tenía el poder estadístico suficiente para detectar diferencias estadísticamente significativas (*ver Tabla 1*).

Madhombiro et al. (2019), evaluaron el consumo de alcohol en pacientes con VIH, comparando la viabilidad de una intervención breve de entrevista motivacional (MI) / Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) con una intervención utilizando la Guía mhGAP en Zimbabue. Se realizó un estudio controlado no aleatorizado, con una muestra de 40 participantes que se distribuyeron azarosamente en el grupo control (intervención mhGAP) y experimental (MI/TCC). En línea base y a los tres meses de seguimiento se evaluaron: la carga viral con CD4, el consumo de alcohol con AUDIT, la discapacidad con el Programa de evaluación de discapacidad 2.0 de la OMS (WHODAS 2.0) y la calidad de vida con la prueba de Calidad de vida de la OMS VIH (WHOQL VIH). Los resultados indicaron que las pruebas WHODAS 2.0 y WHOQOL HIV no mostraron cambios con el tiempo, lo contrario con la prueba de AUDIT y el recuento de CD4 en las cuales hubo una disminución significativa en la media de puntuación en ambos grupos, reportando para mhGAP en línea base una media de 16.05 que bajó en tres meses a un 8.00 y en el grupo control fue de 14.85 a 7.20. Una limitante en esta investigación fue el tamaño de la muestra ya que no tiene el poder estadístico para demostrar una diferencia en el tratamiento, lo que podría llevar a un error de tipo I, otra limitante fue que se realizó en atención terciaria y no en atención primaria (*ver Tabla 1*).

Mutiso et al. (2018), realizaron una investigación en Kenia, con la finalidad de establecer el grado de concordancia entre las pruebas de detección positivas para trastornos mentales utilizando la GI-mhGAP y el Mini-International Neuropsychiatric Interview para adultos (MINI-Plus) administrado por personal capacitado. Se realizó un estudio transversal en el cual psicólogos clínicos capacitaron a curanderos comunitarios y tradicionales, trabajadores comunitarios de la salud, voluntarios de salud comunitaria, oficiales clínicos capacitados y enfermeras en los síntomas de los ocho trastornos incluidos en GI-mhGAP, estas personas realizaron campañas de sensibilización. 15,078 personas se ofrecieron como voluntarias para que se les realizara la prueba, de estas, 12,170 dieron positivo para uno de los cinco trastornos mentales (depresión, conducta suicida, trastorno por consumo de alcohol, trastorno por consumo de sustancias y psicosis) todos fueron derivados a algún centro de salud pero solo acudieron 8,333 (68.5%), la mayoría de las referencias se realizaron por trabajadores comunitarios de la salud. Para corroborar los diagnósticos utilizaron la prueba MINI Plus como estándar de oro. Los resultados que obtuvieron fueron que, en más de 80% había una relación entre la evaluación inicial (GI-mhGAP) y los diagnósticos MINI Plus. Para fines de esta investigación, de 921 pacientes (11%) que dieron positivo para trastorno por consumo de alcohol en GI-mhGAP, 846 fueron confirmado con MINI plus (91.9%), esto indica que el capacitar a personal en la GI-mhGAP ayuda a mejorar la identificación de los trastornos MNS.

Mutiso, Pike, Musyimi, Rabello, et al. (2019) realizaron un trabajo cuyo objetivo fue determinar la viabilidad de utilizar GI-mhGAP como herramienta de intervención en pacientes con trastornos mentales específicos con el fin de aumentar el conocimiento en las instalaciones clínicas ubicadas en un entorno rural de Kenia. Se hizo un estudio de diseño de reclutamiento continuo longitudinal con una evaluación al inicio de la intervención y a los tres meses por medio del cuestionario Mental Health Knowledge Schedule (MAKS). Enfermeras capacitadas y oficiales clínicos realizaron intervenciones (psicoeducación y farmacoterapia) basadas en GI-mhGAP. Colaboraron 4,578 participantes de los cuales solo a 3,267 se les dio seguimiento de acuerdo al

trastorno que se le fue diagnosticado. Como resultado general obtuvieron un aumento significativo en el conocimiento relacionado con la salud mental la cual fue de una media de 22.4 en la evaluación inicial a 23.5 en la evaluación a los tres meses con una $p < 0.001$. Los participantes que tuvieron un aumento significativamente mayor en el conocimiento de la salud mental fueron diagnosticados con conducta suicida, trastorno por consumo de alcohol y psicosis (*ver Tabla 1*).

Mutiso, Pike, Musyimi, Gitonga, et al. (2019) realizaron una investigación en Kenia, con el objetivo de determinar la viabilidad y efectividad de enfermeras y oficiales clínicos en el uso de la GI-mhGAP como una herramienta de intervención en pacientes con los trastornos mentales prioritarios de la guía en un entorno rural de Kenia. Se realizó un estudio prospectivo, no controlado, en donde se les dio seguimiento a 1371 pacientes de 20 centros de salud del condado de Makueni, todos los participantes recibieron psicoeducación y si era el caso, medicación. La evaluación del consumo de sustancias y alcohol se realizó con la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST por sus siglas en inglés the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) la cual se aplicó en línea base, a los tres meses y seis meses de seguimiento. Como resultado de lo anterior se obtuvo una mejora en la calidad de vida y su consumo de alcohol se redujo de 24.9 en línea base a 18.4 a los tres meses y 17.9 a los seis meses, mostrando una reducción significativa en el porcentaje del consumo (*ver Tabla 1*).

Por último, en el estudio realizado por Sheikh et al. (2017), evaluaron la eficacia de una intervención breve familiar para la prevención de recaídas en pacientes con trastorno por consumo de alcohol en Zambia. Se realizó un ensayo controlado aleatorizado en el cual se reclutaron 114 pacientes con trastorno por consumo de alcohol que ingresaban frecuentemente al Hospital Chainama Hills, 56 en el grupo control y 58 en el experimental, estos últimos recibieron una breve intervención familiar obtenida de la guía mhGAP. La dependencia al alcohol se evaluó a través de los criterios de DSM-IV-TR, el nivel del consumo por medio de las tres primeras preguntas de la prueba AUDIT, se tomó como principal medida el resultado el número de días en abstinencia una vez otorgada el alta del hospital.

Como resultado se obtuvo que el grupo experimental tuvo un tiempo promedio hasta el primer trago de 51 días, mientras que el grupo control tuvo un tiempo promedio hasta el primer trago de 10 días, lo que indica que tras la intervención se obtuvo un periodo de abstinencia prolongado (*ver Tabla 1*).

Tabla 1. Artículos presentados en la revisión empírica sobre la GI-mhGAP y el consumo de alcohol

Autor	Objetivo	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Ayano et al. (2017)	Evaluar el efecto de la formación en salud mental por medio del conocimiento, actitud y práctica (CAP) de los trabajadores de salud primaria.	Estudio de tipo cuasiexperimental de test / pos test de un solo grupo.	n= 94 profesionales de la atención primaria de salud (44 funcionarios de salud, 22 enfermeras diplomáticas y 28 enfermeras) seleccionados de diferentes niveles de atención primaria de salud.	Se aplicaron dos cuestionarios diseñado por los investigadores uno para evaluar los conocimientos y otro para evaluar las actitudes de los trabajadores hacia las enfermedades mentales.	La mayor mejora se observó después de la capacitación en el conocimiento de los participantes sobre la depresión, la epilepsia y los trastornos por consumo de alcohol	La evaluación no estaba enfocada en evaluar el consumo de sustancias, si no en comprobar la efectividad del uso de la guía mhGAP
Gureje et al. (2015)	Demostrar la viabilidad y aceptabilidad del uso del GI-mhGAP adaptado para ampliar los servicios para los trastornos MNS a través de un programa de capacitación de	Pre experimental	n= 198 trabajadores de atención primaria	Prueba estandarizada y modificada diseñada por la OMS para las capacitaciones sobre GI-mhGAP	Después de la capacitación se llegaron a identificar 96 personas con algún trastorno MNS Se identificaron 5 pacientes con consumo de alcohol	

Autor	Objetivo	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
	trabajadores de atención primaria.					
Jordans et al. (2019)	Evaluar la efectividad de agregar tratamientos psicológicos, brindados por consejeros comunitarios, a los servicios de salud mental de atención primaria para la depresión y el trastorno por consumo de alcohol, según lo recomendado por la guía mhGAP.	Cuantitativo explicativo, pre experimental.	n= 282 pacientes 120 con diagnóstico de depresión y 162 con trastorno por consumo de alcohol de estos últimos 136 fueron hombres en un rango de edad entre 30 – 50 años	Cuestionario sociodemográfico. PHQ-9; $\alpha= 0.84$ AUDIT; $\alpha= 0.93$	Los resultados indican que la reducción en las puntuaciones del AUDIT desde el inicio hasta el seguimiento de 12 meses entre el control y los participantes del grupo experimental no difirió significativamente ($p=0.285$)	La muestra no tenía el poder estadístico suficiente para detectar diferencias significativas.
Madhombiro et al. (2019)	Evaluar la viabilidad de una intervención breve de entrevistas	Ensayo controlado aleatorizado Test – post test	Muestra de 40 pacientes con VIH Grupo experimental MI/TCC n=20	Al inicio y a los tres meses, se aplicó: AUDIT; $\alpha= 0.93$)	En ambos grupos, la conducta de beber según lo evaluado por la puntuación	El tamaño de la muestra es muy pequeña, lo cual puede traer problemas en la

Autor	Objetivo	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
	motivacionales (MI) combinadas con Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en comparación con una intervención mhGAP en personas que viven con VIH en Zimbabwe		Grupo control mhGAP n=20	WHODAS 2.0; $\alpha=0.91$ WHOQOL VIH; $\alpha=0.93$	AUDIT disminuyo después del tratamiento. En el grupo mhGAP fue de una media basal de 16.05 a 8.00 con una $p<0.001$ y el grupo MI/TCC comenzó con una media basal de 14.85 y a los tres meses 7.20 con una $p<0.001$	generalización de los datos. Se realizó en atención terciaria.
Mutiso et al. (2018)	Determinar el grado de concordancia entre las pruebas de detección positivas para trastornos mentales utilizando GI-mhGAP por parte de varios trabajadores de la salud	Estudio observacional transversal	n= 15,078 12,170 dieron positivo para algún trastorno mental. 8,333 (68.5%) de los que fueron derivados acudieron al centro de salud de estos 7.5% fue trastorno por consumo de alcohol.	Evaluación basada en GI-mhGAP para ocho condiciones mentales, neurológicas y de sustancias MINI-Plus	Más de 80% de los casos positivos en GI-mhGAP fueron confirmados con MINI Plus. De 921 pacientes que dieron positivo para trastorno por consumo de alcohol en GI-mhGAP, el 91.9%	La evaluación estaba enfocada en evaluar la efectividad del uso de GI-mhGAP

Autor	Objetivo	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
	comunitarios capacitados.				fueron confirmados con MINI plus.	
Mutiso, Pike, Musyimi, Rabello, et al. (2019)	Determinar la viabilidad de utilizar la guía mhGAP como herramienta de intervención en personal con trastornos mentales específicos con el fin de aumentar el conocimiento de los trastornos mentales en las instalaciones clínicas ubicadas en un entorno rural de Kenia.	El estudio fue un diseño de reclutamiento continuo longitudinal. Test –posttest de un grupo.	n= 4,578 seguimiento a los tres meses n=3,267 La mayoría de los evaluados fueron mujeres (60%) casadas	Cuestionario sociodemográfico Se evaluó el conocimiento de la salud mental por medio de MAKS; $\alpha =0.65$	Incrementó de manera significativa el conocimiento relacionado con la salud mental de una media de 22.4 en la evaluación inicial a 23.5 en la evaluación a los tres meses con una $p<0.001$, principalmente en los que fueron diagnosticados con conducta suicida, trastorno por consumo de alcohol y psicosis.	No se contó con un grupo control para comparar los datos del cuestionario MAKS. A pesar de que demuestra tener un poder estadístico no refleja ser un cambio significativo ya que solo subió un punto.
Mutiso, Pike,	Determinar la	Estudio de tipo	n= 2,306 pacientes	Cuestionario	Los resultados	La evaluación

Autor	Objetivo	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Musyimi, Gitonga, et al. (2019)	viabilidad y efectividad del uso de la GI-mhGAP como una herramienta de intervención en pacientes con trastornos mentales prioritarios de GI-mhGAP en un entorno rural de Kenia.	prospectivo, sin control y de continuo reclutamiento	de 20 centros de salud del condado de Makueni La mayoría de los participantes fueron mujeres, casas, con estudios de primaria. Todos los participantes recibieron psicoeducación y dependiendo de su condición, también recibieron medicación.	sociodemográfico Batería de evaluaciones realizada por los investigadores donde se incluyó la prueba de consumo de sustancias utilizando la prueba ASSIST.	para el consumo de alcohol evaluado con ASSIST fue de -26.0% a -28.1% con una $p < 0.001$ GI-mhGAP mostro ser una herramienta factible para aumentar los conocimientos de salud mental en entornos de bajos recursos donde no hay especialistas en salud mental.	no estaba enfocada en el consumo de sustancias que tenían los pacientes, si no en comprobar la efectividad del uso de la guía
Sheikh et al. (2017)	Evaluar la eficacia de una intervención breve familiar para la prevención de recaídas en	Ensayo controlado aleatorizado prospectivo	n= 114 pacientes con trastorno por consumo de alcohol, 56 en el grupo control y 58 en el experimental (intervención familiar con la guía	Se evaluó: el trastorno por consumo de alcohol a través de los criterios de DSM-IV-TR. El nivel del consumo con las tres primeras	El grupo experimental tuvo un tiempo medio para la primera bebida de 51 días (D.E= 14), mientras que el grupo control tuvo un tiempo	La intervención fue realizada con el apoyo de un familiar, por lo tanto, es probable que la respuesta de la abstinencia se

Autor	Objetivo	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
	pacientes con trastorno por consumo de alcohol en Zambia		mhGAP) La mayoría de los participantes eran hombres solteros con una edad promedio de 32 años	preguntas de la prueba AUDIT. Se tomó como principal medida de resultado el número de días en abstinencia una vez otorgada el alta del hospital.	promedio hasta la primera bebida de 10 días. La frecuencia evaluada con AUDIT. Antes del tratamiento, las puntuaciones medias en el grupo de experimental fueron 10.2 y para el grupo control 10.3 a 8 semanas de seguimiento, la puntuación media para el grupo experimental fue de 1.3 y 8.9 para el grupo control.	deba a esto.

Nota: MNS: Trastorno Mentales, Neurológicos y por consumo de Sustancias; PQH-9: cuestionario de salud del paciente; AUDIT: Prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol; MI: Entrevista Motivacional; TCC: Terapia Cognitiva Conductual; WHODAS 2.0: Programa de evaluación de discapacidad 2.0 de la OMS; WHOQOL VIH: Calidad de vida de la OMS VIH; MINI-Plus: Mini-International Neuropsychiatric Interview para adultos; MAKS: Mental Health Knowledge Schedule; ASSIST: prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias; DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales; DE: desviación estándar; α : coeficiente de consistencia interna o Alfa; p : significancia estadística.

Los estudios hasta ahora reportados han demostrado efectividad y eficacia de utilizar la GI-mhGAP para el consumo de alcohol.

Aunque la evidencia empírica es poca, los hallazgos de la investigación internacional presentados en la tabla anterior indican que la adaptación de la GI-mhGAP es viable en varios escenarios de atención a la salud y que puede ser aplicada por el personal de salud previamente capacitado en población de países en vías de desarrollo, por lo cual parece indispensable seguir aplicando estos principios en contextos como el de México, ya que el hacerlo generaría un paso importante para las estrategias de abordaje a la salud mental además de generar más evidencia de su uso y la pertinencia de la aplicación de la guía.

Es importante destacar que de los estudios reportados hasta el momento, se han realizado en diferentes niveles de atención a la salud pero aún no se ha realizado dentro del departamento de urgencias médicas. Esto último es relevante debido a que en esta área se presentan condiciones de atención a la salud diferentes a las que se presentan en otros servicios, una de estas características es la atención inmediata, por medio del triage, a casos urgentes para salvaguardar la supervivencia de los pacientes dejando a un lado la evaluación y atención adecuada a los trastornos neurológicos, mentales y por consumo de sustancias en urgencias, los cuales generan altos gastos en atención médica y sobrepoblación, de acuerdo con la agenda estadística 2017 (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2017) se reportó que ingresaron 7,287 pacientes al área de urgencias debido a trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol (excluyendo síndrome de dependencia) y 3,706 por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas. La identificación de estos trastornos MNS a tiempo podría beneficiar en: bajar la sobrepoblación del área de urgencias, así como brindar una atención más integral al paciente. Es por esto que la capacitación al personal del área de triage permitiría la identificación de estos casos más rápidos derivándolos a la especialidad que se necesite.

Por lo anterior, es importante realizar investigaciones para optimizar estos servicios. A pesar de que no hay evidencia empírica de la aplicación de GI-mhGAP en el área de urgencias médicas, la adaptación y evaluación con esta guía a los pacientes que asisten a triage de urgencias parece ser viable, ya que el Instituto Australiano de Salud y Bienestar (Australian Institute of Health and Welfare, 2017) reportó que hasta el 3.6% de los pacientes de triage acuden debido a problemas de salud mental, por tal motivo es importante preguntarse ¿qué hallazgo se obtendrá al explorar la implementación de una adaptación de la GI-MhGAP 2.0 para identificar el consumo de alcohol en pacientes usuarios de triage de urgencia médicas? Es por esto que el objetivo de este estudio fue explorar la adaptación de la GI-mhGAP 2.0 para el consumo de alcohol en pacientes usuarios de triage de urgencias médicas del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Teniendo como objetivos específicos:

1. Evaluar el tiempo en el que se logra responder la batería de pruebas en el área de triage, así como su porcentaje de llenado.
2. Evaluar los porcentajes de casos de acuerdo con semáforo de consumo de alcohol
3. Evaluar los porcentajes de casos de acuerdo con las puntuaciones de AUDIT
4. Evaluar los porcentajes de casos de acuerdo con las puntuaciones de ASSIST.
5. Evaluar la frecuencia de asistencia a las referencias proporcionadas al paciente por medio de un seguimiento vía llamada telefónica.
6. Evaluar el nivel de concordancia entre la percepción del personal de medicina y el personal de psicología respecto a la identificación del consumo de alcohol.

Método

Diseño

El diseño del estudio fue no experimental, analítico-observacional, debido a que no se manipularon variables, transversal porque la evaluación se realizó en un solo momento y exploratorio dado que no se encontró literatura que reportara el uso de GI-mhGAP en el área de triage de urgencias, además de que este tipo de estudios permiten familiarizarse con el tema para obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto del contexto en particular (triage) al identificar desafíos, bondades y limitantes y así poder sentar las bases de futuras líneas de investigación para optimizar y direccionar una mejor manera los recursos de investigación (Hernández Sampieri et al., 2014; Rendle et al., 2019).

Participantes

De manera no probabilística y por conveniencia, se evaluaron a 175 pacientes que llegaron al área de triage de urgencias médicas del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en el periodo del 12 de diciembre del 2019 al seis de enero del 2020, culturalmente conocido como “el Maratón Guadalupe-Reyes” en un horario de lunes - viernes de 10:00 a 14:00 h y de sábado a lunes de 22:00 – 07:00 h. Todos los participantes aceptaron colaborar en el estudio y cumplían con los criterios de inclusión, los cuales eran:

- Llegar al servicio de triage en urgencias médicas del hospital y se encontrarán en la sala de espera
- Acceder a participar en el estudio
- Tener la mayoría de edad (≥ 18)
- Hablar español y que se encontrara orientado en las cuatro esferas de conciencia.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes que pasen directamente a la sala de observación o choque
- Que presenten dolor intenso o algún impedimento físico que le impida responder
- Que hayan pasado a consulta
- Que participen en otro estudio o protocolo que pueda sesgar los resultados

En cuanto a los criterios de eliminación, se excluyó a todas las aplicaciones en las cuales no se concluyó la evaluación de los algoritmos.

Como se muestra en la tabla 2, las características principales de los participantes fueron que 57% de la muestra estuvo conformada por hombres, con un promedio de edad de 38 años (Desviación Estándar [D.E.]=15.36), una cuarta parte de la muestra contaba con estudios de nivel preparatoria, 36% indicó estar casado y un 34% ser soltero, 56% mencionó profesar la religión católica, 53% reportó dedicarse a algún oficio y el 95% al momento de la encuesta comentó residir en la CDMX y área metropolitana.

Tabla 2.
Principales Características Sociodemográficas de la Muestra del Estudio.

Variables	n= 175
Edad	M=38 (D.E.=15.365)
	n (%)
Sexo	
Hombres	100 (57.1)
Mujeres	75 (42.8)
Estado civil	
Casado	63 (36.0)
Soltero	60 (34.2)
Unión libre	41 (23.4)
Viudo	2 (1.1)
Divorciado	6 (3.4)
NR	3 (1.7)

Variables	n= 175
Escolaridad	
Sin escolaridad	5 (2.8)
Primaria	29 (16.5)
Secundaria	43 (24.5)
Preparatoria	45 (25.5)
Carrera Técnica	8 (4.5)
Licenciatura	40 (22.8)
Posgrado	1 (.5)
NR	4 (2.2)
Ocupación	
Oficio	94 (53.7)
Profesión	16 (9.1)
Desempleado	12 (6.8)
Estudiante	12 (6.8)
Al hogar	35 (20.0)
Jubilado/pensionado	3 (1.7)
NR	3 (1.7)
Religión	
Ninguna	48 (27.4)
Católica	99 (56.5)
Cristiana	11 (6.2)
Creyente	9 (5.1)
Otras	7 (4.0)
NR	1 (0.5)
Residencia	
CDMX y área metropolitana	166 (94.8)
Fuera del área metropolitana	9 (5.1)

Nota. n=Tamaño de la muestra; M=Media; DE=Desviación Estándar; NR = No se respondió

Variables

Consumo de alcohol

Definición conceptual

El consumo de alcohol se puede definir a partir de los gramos de alcohol consumidos, los cuales se cuentan por medio de unidades de bebida estándar. En México de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-142-SSA1/SCFI-2014, Bebidas alcohólicas. Especificaciones sanitarias. Etiquetado sanitario y comercial., numeral 9.4.1.2.1, un trago estándar es igual a 13 gramos (Diario Oficial de la Federación [DOF], s. f.). Se considera como consumo regular diario de 20 a 40g de alcohol en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres, el consumo medio regular de 40g diarios de alcohol en mujeres, y más de 60g diarios en hombres si este consumo persiste y causa daños en la salud se considera de riesgo y se estima que un consumo perjudicial se considera a partir de un patrón en el beber que causa daños a la salud física o mental. El consumo excesivo ocasional, es el consumo por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola sesión (Monteiro & OPS, 2008; OMS, 1992; Rehm et al. 2017).

Definición operacional

Para medir el consumo de alcohol, se utilizaron los instrumentos ASSIST y AUDIT. Ambos instrumentos elaborados por la OMS.

Instrumentos

Hoja de datos sociodemográficos

Se creó de manera intencional para recolectar información del participante como: edad, sexo, estado civil, ocupación, entre otros datos sociodemográficos, la condición médica (si padece alguna enfermedad, el tiempo de evolución de la enfermedad, los medicamentos que toma y complicaciones que ha tenido con la enfermedad), signos fisiológicos (frecuencia cardiaca y respiratoria, tensión arterial, glucemia capilar, temperatura y escala del dolor), el motivo por el cual

llegó al área de urgencias, fecha de aplicación, hora de inicio y finalización de la evaluación, folio y el nombre del aplicador.

Adaptación de la GI-mhGAP versión 2.0 para pacientes de triage de urgencias médicas

Evaluación adaptada a partir de la GI-mhGAP 2.0 pertenece a un estudio piloto más grande (Referencia) que se realizó con un grupo de estudiantes de psicología de octavo semestre, donde se identificó sintomatología ansiosa y depresiva, duelo por fallecimiento de un allegado o ser querido, riesgo de suicidio y consumo de sustancias en pacientes de triage de urgencias médicas (para fines de este trabajo solo se reportará la información relacionada con el consumo de alcohol). Consta de siete hojas: cinco con algoritmos para identificar la presencia de cada una de las variables mencionadas, una con un semáforo basado en el manual de intervención breve vinculada a la prueba ASSIST y en las recomendaciones de la GI-mhGAP 2.0 el cual indica los tres posibles abordajes posteriores a la aplicación de los algoritmos; y otra con cinco recuadros divididos en el número de preguntas correspondientes a su algoritmo con la finalidad de vaciar las respuestas del participante, así como un recuadro en el cual se indicaba el tipo de intervención realizada (el semáforo: verde, amarillo y rojo) y uno más para comentarios u observaciones (*ver Anexo 1*).

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST):

Fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) por un grupo internacional de investigadores y médicos como una herramienta técnica para ayudar a la identificación temprana de riesgos para la salud y trastornos debido al uso de sustancias en la atención primaria de salud, la atención médica general y otros entornos. En México para determinar la validez concurrente de la prueba se realizó una correlación por subescalas ASSIST alcohol y AUDIT, ASSIST tabaco y Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) y ASSIST cannabis y CAD-20 (Cuestionario de Abuso de Drogas); se realizaron análisis factoriales exploratorio y confirmatorio para evaluar la validez de constructo. Se obtuvieron coeficientes de fiabilidad aceptables para las subescalas de tabaco ($\alpha = 0.83$), alcohol ($\alpha = 0.76$) y marihuana ($\alpha = 0.73$). La

versión auto aplicable del ASSIST es un instrumento de aceptable, válido y sensible para la identificación de casos de riesgo asociados al consumo de sustancias (Humeniuk et al., 2011; Sainz et al., 2016).

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).

Es un cuestionario que se realiza a través de una entrevista de 10 preguntas relacionadas al reciente consumo, síntomas de dependencia y problemas con el alcohol, este primer test de screening se diseñó para su uso en atención primaria específicamente, por lo que algunas de sus ventajas se mencionan a continuación: su estandarización se realizó a nivel internacional siendo validado en pacientes de atención primaria en 6 países (entre ellos México), también consistente con las definiciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE-10) de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol; en consideración a los diferentes patrones de consumo parece igualmente apropiado para hombres y mujeres, muestra una alta consistencia interna, lo cual sugiere que está midiendo un constructo único de modo fiable. Un estudio de fiabilidad test-retest indicó una alta fiabilidad ($r = .86$) en una muestra compuesta por bebedores sin consumo de riesgo, sujetos con abuso de cocaína y alcohólicos (Babor et al., 2001). Para la población mexicana se evaluó la validez de constructo y la confiabilidad del instrumento el cual reportó un $\alpha = .804$ en una población de 1932 jóvenes (Morales Quintero et al., 2019).

Procedimiento

Junto con un grupo de estudiantes de octavo semestre de la Facultad de Psicología, se elaboró un tamizaje basado en GI-mhGAP 2.0 para identificar sintomatología ansiosa y depresiva, duelo por fallecimiento de una persona cercana o ser querido, riesgo de suicidio y problemas en el consumo de alcohol y/o sustancias. Para fines de este estudio únicamente se reportaron los datos recabados del consumo de alcohol. La batería que se creó para esta investigación (*ver Anexo 1*) se conformó por una hoja de datos sociodemográficos, una hoja con un algoritmo de tres preguntas

dicotómicas filtro (tomadas de la evaluación de consumo de sustancias de la GI-mhGAP 2.0) para saber si la persona consume alguna sustancia (para fines de este estudio, alcohol), si la frecuencia en que la consume es elevada (con la finalidad de saber si su consumo genera algún riesgo en la vida del participante) y si este consumo está afectando su funcionamiento diario (lo cual nos podría hablar de un trastorno por consumo de alcohol). Si el algoritmo lo indicaba, se aplicaban las pruebas AUDIT y ASISST o se terminaba la evaluación. En la última hoja se encontraba un semáforo de intervenciones basadas en GI-mhGAP 2.0 las cuales se brindaban al participante de acuerdo con lo que el algoritmo indicaba, verde: consejos de salud mental generales, amarillo: recomendaciones breves y se fomentaban redes de apoyo y rojo: se daba una intervención breve, se brindaban recomendaciones y se les ofrecían los números de contacto de instituciones públicas en donde se les pudiera otorgar atención especializadas en el consumo de alcohol, todo esto se realizaba con el paciente que se encontraba en espera de su consulta a triage.

Posterior a esta adaptación de la GI-mhGAP 2.0, capacite a 11 estudiantes de pregrado de psicología y a siete integrantes del equipo de psicología de urgencias para evaluar a los pacientes que se encontraban en el triage del servicio de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Esta capacitación estaba constituida por dos fases, la primera consistió en explicar las variables a evaluar, los pasos a seguir durante la evaluación con la guía y la intervención a dar, la segunda fase consistió en un juego de roles para practicar las habilidades adquiridas. Las evaluaciones se llevaron a cabo en un horario matutino (entre semana de 8:00-14:00 h) o de veladas (fines de semana 21:00-7:00 h), para este último únicamente acudieron personas que deseaban apoyar, de dos a tres personas por velada. Estas evaluaciones se realizaron en un periodo que culturalmente se identifica como de consumo crítico (12 de diciembre-6 de enero) socialmente conocido como Maratón Guadalupe-Reyes, con la finalidad de proporcionar información al participante acerca de su ingesta de alcohol así como medidas preventivas para un consumo adecuado del mismo durante estas fechas. Para poder llevar a cabo esta investigación, se solicitó a

dirección médica de urgencias un permiso con la finalidad de llevar a cabo evaluaciones clínicas exploratorias para posteriormente realizar un estudio de investigación aprobado por el comité de ética del hospital.

La aplicación de la adaptación, se llevó a cabo de la siguiente manera: primero se realizó un acercamiento con el participante que se encontraba en el área de triage, se le daba a conocer el objetivo de la evaluación y el consentimiento informado de forma oral, si aceptaban participar se continuaba con la evaluación, empezando por los datos sociodemográficos, seguido del registro de los datos fisiológicos tomados por enfermería y la condición médica reportada por el participante. Posterior a esto se aplicaba el algoritmo de: consumo de sustancias, sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, duelo por alguna persona cercana o ser querido y riesgo de suicidio. Finalmente se daba la intervención de acuerdo con el semáforo. Al salir el paciente de su consulta se le preguntaba al médico si había podido identificar a partir de la consulta si la persona consumía alcohol, esto último con la finalidad de saber el alcance de información que puede obtener el médico al hacer una valoración rápida como es en triage.

Cabe mencionar que se realizaron llamadas telefónicas a aquellos participantes que salieron con semáforo amarillo o rojo en consumo de alcohol, para saber si habían marcado a los números proporcionados durante la evaluación. Las llamadas se realizaron a lo largo de una semana tres veces en tres distintos horarios (mañana, tarde y noche).

Consideraciones éticas

Antes de realizar las evaluaciones, se les informaba a los participantes de forma verbal la finalidad de las preguntas que se le iban a realizar y que eran libres de aceptar o rechazar participar sin que esto afectara en la atención médica que recibiría, además se les explicó que sus datos podían ser utilizados posteriormente en esta investigación siempre manteniendo sus datos personales confidenciales. No se asignó registro ante el comité de Investigación del hospital debido a que se

vio como un estudio piloto, sin embargo, se contó con la aprobación del director de urgencias médicas.

Análisis de datos

Se evaluó la distribución de las variables del estudio calculando los coeficientes de asimetría (-0.5 a 0.5), curtosis (-0.2 a 0.2) y la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov ($p \leq 0.05$), la cual se representó en forma de gráfico. Asimismo se realizó un análisis de medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar) para las variables de tipo numéricas. Las variables de tipo categórico se describieron en términos de frecuencia y porcentajes, algunas de ellas (la variable de consumo de alcohol y su frecuencia en las personas evaluadas de acuerdo al semáforo y los puntajes obtenidos en la prueba AUDIT y en la prueba ASSIST) se representaron por medio de gráficas de barras.

En vista de lo anterior se cumplen los criterios para realizar análisis de estadística no paramétrica; por lo tanto, para calcular el nivel de concordancia entre el médico y el psicólogo respecto a la identificación de la variable consumo de alcohol se utilizó el coeficiente de Kappa de Cohen en donde más próximo se encuentre a 0 indica un bajo acuerdo y más próximos a 1 indica un acuerdo casi perfecto (Blair & Taylor, 2008; Hernández Sampieri et al., 2014; Rivera & García, 2012).

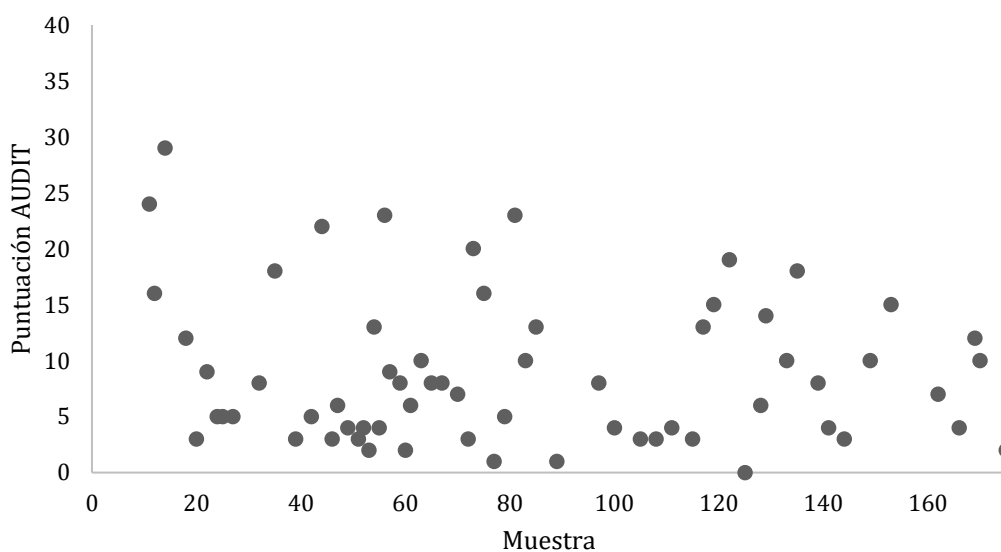
Para el análisis de estos datos se utilizó el programa R Studio 3.6.1., el cual cuenta con diferentes librerías que permiten realizar diferentes análisis estadísticos como son: e1071, versión 1.7-3 (Meyer et al., 2019), summarytools, versión 0.9.6 (Comtois , 2020) y psych, versión 2.0.9 (Revelle, 2020).

Resultados

La distribución de las variables de estudio, en AUDIT mostraron que no cuentan con una distribución normal ($D=0.62$, $p=2.2-16$) además de que los datos mantienen un sesgo a la izquierda con una forma platicúrtica (asimetría = -0.545 , curtosis = -1.697) (ver Figura 1), al igual que ASSIST, en donde los datos mantienen un sesgo a la izquierda con una forma platicúrtica (asimetría = -0.634 , curtosis = -1.516) y tampoco tiene una distribución normal ($D=0.653$, $p=2.2-16$) (ver Figura 2)

Figura 1.

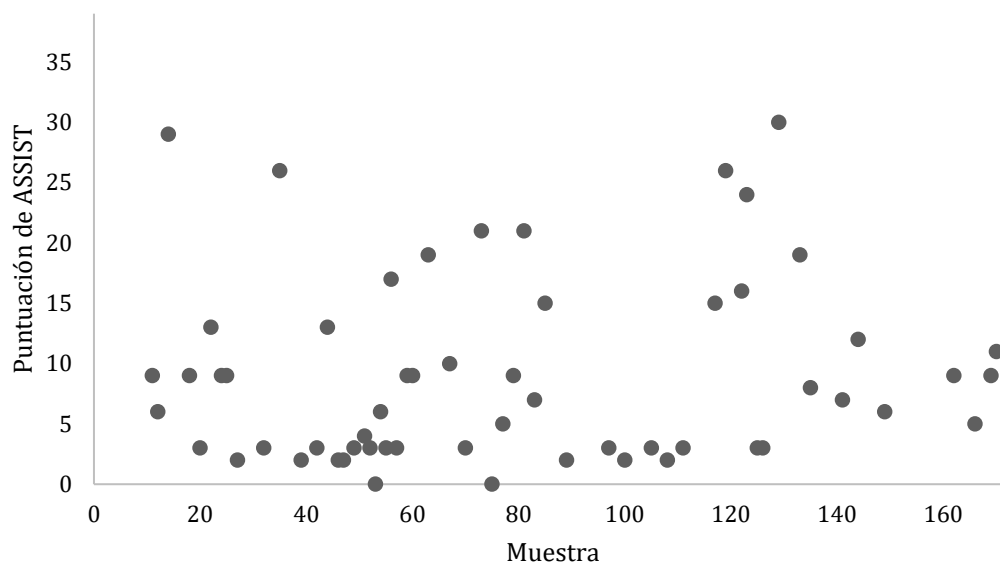
Dispersión del Consumo de Alcohol en los Participantes Según AUDIT.



Nota. La dispersión se obtuvo a través de la puntuación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).

Figura 2.

Dispersión del Consumo de Alcohol en los Participantes Según ASSIST.



Nota. La dispersión se obtuvo a través de la puntuación de la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST).

El número total de pacientes usuarios de triage evaluados en el periodo Guadalupe-Reyes fue de 175. La mayoría de la información recabada de estos pacientes en la adaptación se encontraba en la hoja de datos sociodemográficos la cual estaba compuesta por: tiempo de la evaluación, datos del paciente, condición médica, evaluación fisiológica y la percepción que tenía el médico acerca del consumo de sustancias en el paciente.

78.2% de las baterías tenía el dato del tiempo de la evaluación completo (hora de inicio y finalización), lo cual representa un total de 137 evaluaciones la media fue de 15.8 minutos (D.E.=16.03), con un valor mínimo de 1 minuto y un máximo de 180 minutos, esto debido a que el paciente había pasado por una pérdida reciente y en la evaluación necesitó de manejo clínico por el estrés emocional, al quitar este dato queda la misma media con una desviación estándar de 7.61 minutos y un valor máximo de 45 minutos.

En la parte de los datos sociodemográficos del participante la edad, el sexo, la fecha de nacimiento, el lugar de nacimiento y el lugar de residencia presentaron 100% de llenado en cada una y el dato que tuvo un menor porcentaje de fue el número telefónico con 84.5%. En el apartado de la condición médica del paciente, las preguntas que menos se respondieron fueron: el tiempo de evolución de la enfermedad que padecía el paciente (92%) y el número de ficha (95.4%), las demás preguntas tuvieron un llenado del 99.5% y 100%. Los datos que más se recabaron en la evaluación fisiológica fueron la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y la tensión arterial sistólica y diastólica con un 99.3% de llenado cada una, el dato del que menos se tuvo registro fue glucemia capilar con un 9.8%. Y solo 46.9% de las baterías contaban con el registro de la percepción que tenía el médico acerca de si el paciente tenía algún problema con su consumo de alcohol y el nivel de urgencia del paciente (*ver Tabla 3*).

Tabla 3

Porcentajes de Llenado de la Hoja de Datos Sociodemográficos

Dato de la hoja de datos sociodemográficos	% de llenado (n= 175)
Tiempo de evaluación	78.2%
Datos del paciente	
Edad	100%
Sexo	100%
Estado civil	98.3%
Ocupación	98.3%
Escolaridad	97.8%
Religión	99.5%
Teléfono	84.5%
Fecha de nacimiento	100%
Lugar de nacimiento	100%
Lugar de residencia	100%
¿Con quién vive?	97.8%
Total, de miembros de su familia	96.6%

Dato de la hoja de datos sociodemográficos	% de llenado (n= 175)
Condición médica	
Motivo de consulta	99.5%
Reingresos	100%
Número de ficha	95.4%
¿Padece alguna enfermedad?	100%
¿Cuál es?	100%
Tiempo de evolución	92%
Medicamentos que toma	100%
¿Ha tenido alguna complicación alguna vez?	100%
Consumo de sustancias	100%
Evaluación fisiológica	
Temperatura	73.2%
Frecuencia respiratoria	86.9%
Frecuencia cardíaca	90.3%
Tensión arterial sistólica	90.3%
Tensión arterial diastólica	90.3%
Glucemia capilar	9.8%
Escala análoga del dolor	44.6%
Saturación de oxígeno	90.3%
Presenta (Percepción del médico)	
Sustancias	46.9%
Nivel de urgencia	46.9%

De las 175 personas evaluadas, 173 algoritmos de consumo de sustancias se llenaron por completo, las dos restantes no se completaron debido a que faltó la respuesta de una pregunta y una evaluación de AUDIT, un dato importante de mencionar es que, la prueba de comparación ASSIST solo se completaron 167 evaluaciones (96%) (*ver Tabla 4*).

Tabla 4.

Porcentajes de Llenado de la Hoja de Respuestas a las Preguntas de los Algoritmos.

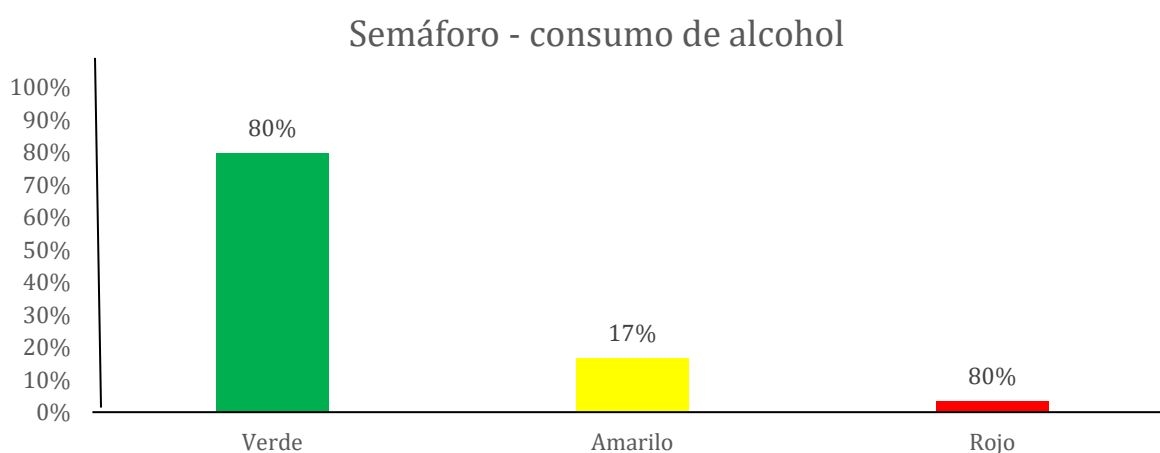
Variable	Pregunta del algoritmo	% de llenado (n=175)
Sustancias	SUS 1	100%
	SUS 2	100%
	SUS 3	99.5%
	AUDIT	99.5%
	ASSIST	96%

Nota. SUS= Pregunta de consumo de sustancias AUDIT= Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol ASSIST= Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias

Los porcentajes del semáforo se manejaron con la n=173 y se dividió de acuerdo con los niveles de intervención: rojo en pacientes que presentaban un consumo elevado o riesgoso de alcohol (puntuación mayor a 20 en AUDIT), amarillo si se detectaba un consumo moderado (puntuación de 8 a 19) y verde en quienes presentaban un consumo bajo (puntuación menor a 7), representando este último el mayor porcentaje (*ver Figura 3*).

Figura 3.

Porcentajes del Consumo de Alcohol de Acuerdo al Semáforo; n=173

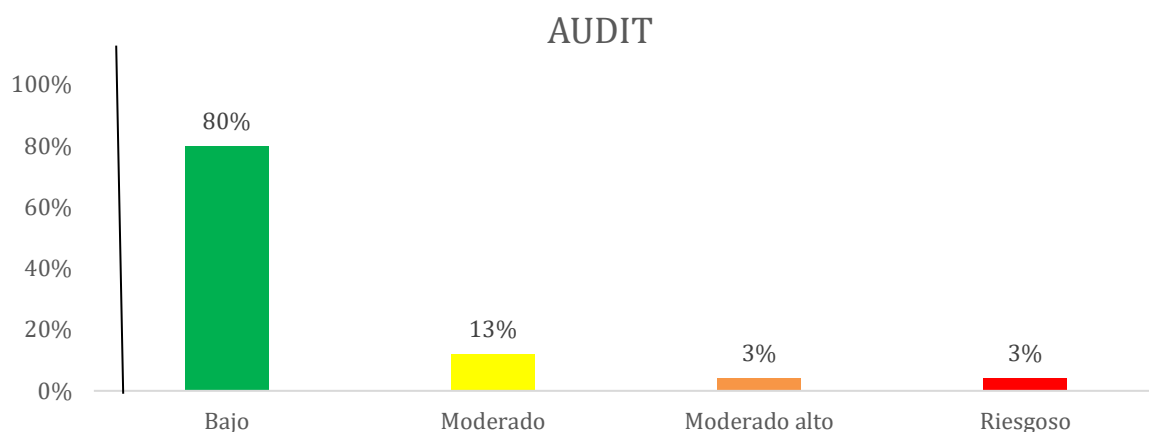


Las puntuaciones de AUDIT, se clasificaron de acuerdo con los puntos de corte de la prueba, los cuales son: nivel bajo (0 – 7), moderado bajo (8 – 15), moderado alto (16 – 19) y alto o de riesgo (≥ 20). La mayor parte de la muestra se encontraba en un nivel bajo de consumo, 22 de las personas

evaluadas se encontraban en un nivel de consumo moderado y en consumo moderado alto y riesgoso se encontraron seis personas para cada uno. Los análisis de tendencia central indican una media de 8.9 (D.E=6.6), puntuación que de acuerdo con los puntos de corte del AUDIT indica un consumo moderado (ver Figura 4).

Figura 4.

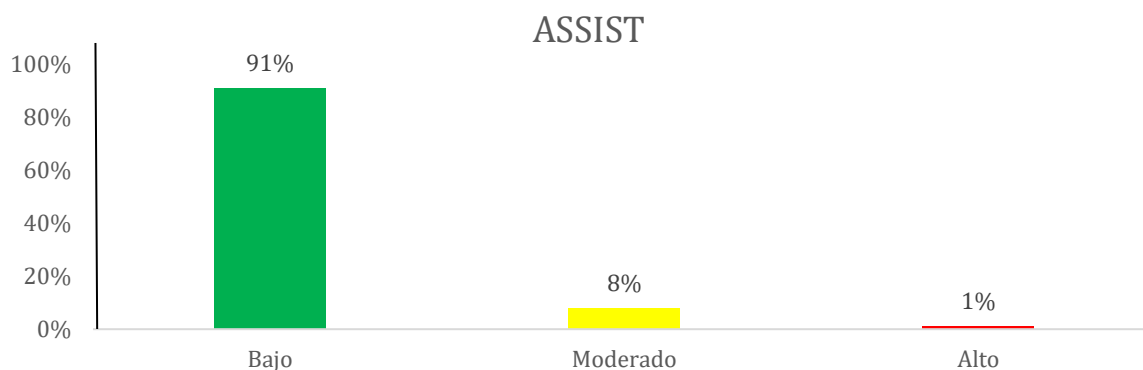
Porcentajes de Casos de Acuerdo con las Puntuaciones de AUDIT; n=173



Para la prueba de ASSIST la muestra fue de 169 debido a los datos perdidos, se obtuvo una media de siete (D.E=7.74), lo cual también se ve reflejado en el porcentaje de acuerdo con los puntos de corte de la prueba teniendo a la mayoría de la población (91.12%) en un nivel bajo de consumo de alcohol (puntuación de 0 a 10), 14 personas se encontraban en un consumo moderado (puntuación de 11 – 26) y solo una persona en nivel riesgoso (puntuación mayor a 22) (ver Figura 5).

Figura 5.

Porcentajes de casos de acuerdo con las puntuaciones ASSIST; n=169



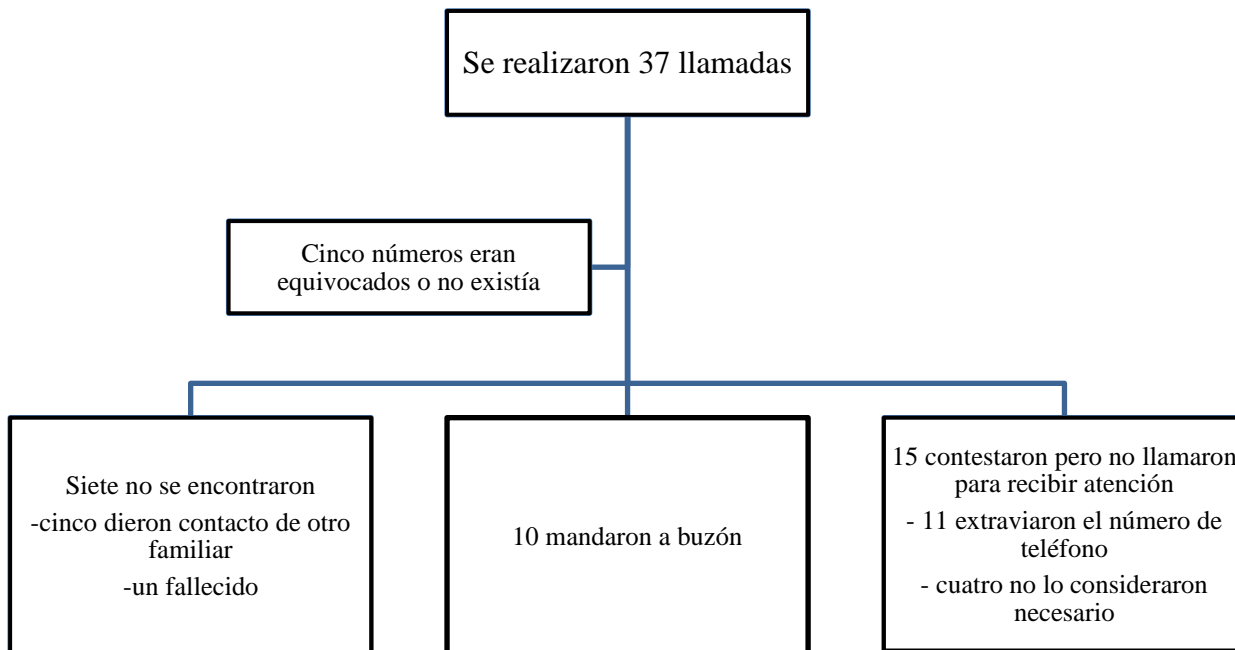
Debido a que no se recabaron los datos de las intervenciones, únicamente se reportan las puntuaciones de los instrumentos, sin embargo, a pesar de que la evaluación con estos era corta (uno-dos minutos), los datos que arrojaban eran de suma importancia para realizar la intervención adecuada, ya que se calificaba junto con el paciente ambos instrumentos y con base en estos se le daba una retroalimentación (basada en ASSIST) mostrándole en qué parte del semáforo se encontraba, si era verde (bajo) se le animaba a que continuara de esta forma además de dar recomendaciones de un adecuado consumo de alcohol (si es que consumía), si se encontraba en amarillo (moderado) se le invitaba a disminuir su consumo y de igual forma se le proporcionaban estrategias de un consumo adecuado además de un número de contacto si consideraba que necesitaba ayuda con su consumo, pero si presentaba un consumo elevado (rojo) se le brindaba una intervención breve basada en entrevista motivacional y al finalizar se le daba el número de referencia del centro más cercano a su domicilio en el cual le podían ayudar con su consumo y el número telefónico de la línea de vida.

En agosto del 2020, se marcó por teléfono a 37 (21.1%) personas que obtuvieron una puntuación de moderada a riesgosa en AUDIT, de estas llamadas: cinco números eran equivocados o no existían, siete más no se encontraban en el momento de la llamada debido a que era el contacto un familiar o la persona había fallecido, 10 mandaron a buzón y de las 15 personas que contestaron,

11 informaron haber extraviado el número y cuatro indicaron no sentir necesario llamar (ver Figura 6).

Figura 6.

Seguimiento de llamadas telefónicas.



En cuanto al nivel de concordancia entre la percepción del médico y del psicólogo respecto a la identificación de consumo de alcohol, de las 175 evaluaciones solo se emplearon 82 casos debido a que los 93 restantes tenían al menos un valor perdido y el cálculo del valor Kappa no era posible. Los resultados arrojaron que el grado de acuerdo es estadísticamente significativo pero bajo ($K=.326$; $p=.003$) (ver Tabla 5)

Tabla 5.

Kappa de Cohen para Identificación de Consumo de Alcohol entre Médico y Psicólogo

Variable	Identificación del médico/identificación del psicólogo				Kappa	P
	Sí/Sí	No/No	Sí/No	No/Sí		
Consumo de alcohol	3	69	1	9	.326	.003

Finalmente, hubo ocho pacientes que llegaron al área de urgencias por consumo de alcohol pero no se pudieron evaluar debido a que no se encontraban conscientes o ubicados en tiempo, espacio y persona, cuatro ingresaron por accidente de tránsito, dos por accidente de arma blanca, uno por congestión alcohólica y uno más por estado de abstinencia.

Discusión

El objetivo de este trabajo fue explorar la implementación de una adaptación de la GI-mhGAP 2.0 para consumo de alcohol en pacientes usuarios de triage del servicio de urgencias Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Con base en los resultados obtenidos, se encontró que la media en el tiempo del tamizaje con la adaptación de la GI-mhGAP es relativamente corto (15.8 min, D.E= 16.03) lo cual coincide con la literatura en cuanto a los tiempos que se emplean en el área de triage de urgencias médicas (Tam et al., 2018), este dato también es menor a investigaciones antecedentes en el servicio de triage en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, en donde se reportó que el tiempo de evaluación promedio fue de 45 minutos con un rango de 25 y 120 minutos (Avila, 2019). Sin embargo, a pesar de que el tiempo de evaluación que se encontró es corto, de las 175 aplicaciones que se realizaron no todas se pudieron completar, una posible explicación es que la forma de trabajar en triage es rápida y esto podría provocar que se pase por alto preguntar algunos datos (Tam et al., 2018). No obstante, existen periodos de hacinamiento en el servicio de triage y esto podría ser la razón por la cual se lograron completar la mayoría de las evaluaciones (Salway et al., 2017).

Siguiendo esta línea, los datos que presentaron un menor porcentaje de llenado fueron glucemia capilar, escala análoga del dolor y si el médico lograba identificar la presencia del consumo de alcohol; los dos primeros datos pertenecen a los signos vitales, los cuales son tomados por el personal de enfermería del servicio de triage (OPS, 2011), lo cual podría ser una explicación de por qué el psicólogo ya no preguntaba el dato, ya que daba por hecho que el enfermero lo había

reportado y al momento del llenado de la hoja no lo anotaba. En cuanto al dato de si el médico lograba identificar la presencia del consumo de alcohol, una posible explicación de por qué tuvo un bajo porcentaje de llenado es que durante las veladas, el número de personas que llega al área de urgencias es menor, por lo que para poder completar la evaluación era necesario esperar a que el paciente saliera de su consulta de triage, momento en que también se le preguntaba al médico (antes de que pasara al siguiente paciente), si notaba la existencia de alguno de los trastornos que se estaban evaluando, este momento era tan corto que los psicólogos preferían continuar con la evaluación que recabar esa información.

Con el número de datos que se lograron recolectar (82 evaluaciones), se revisó la concordancia que tenía la percepción del médico con la del psicólogo, indicando que el grado de acuerdo era bajo. Este dato coincide con lo reportado por San Juan et al. (2014) ya que mencionan que en general los niveles de detección en urgencias médicas es bajo, y en los lugares que se llega a identificar es por medio de pruebas toxicológicas, situación que si bien nos brinda un dato certero de que la persona ingirió alcohol y su grado de intoxicación por éste, pueden ser costosas y no generan intervenciones de abordaje sobre el consumo de la sustancia. Por el contrario los instrumentos de autoreporte, como ASSIST y AUDIT, auxilian al personal de salud, para saber el nivel de riesgo del paciente y a este último le permite reflexionar sobre su consumo, situación que ayuda a vincular a la persona con la intervención breve y el tratamiento si es que se requiere (Humenuk et al., 2008; OMS, 2011). También, una posible razón por la cual la identificación de los casos entre el médico y el psicólogo difieren es que durante esta investigación el psicólogo empleó la adaptación de la GI-mhGAP 2.0, AUDIT y ASSIST para identificar el consumo de alcohol, a diferencia del médico quien no recibió una capacitación previa para identificar consumo de alcohol y únicamente realizó la valoración que normalmente se ocupa en el servicio de triage la cual está enfocada en saber el padecimiento actual del paciente y si la patología lo requiere se pregunta acerca del consumo de alcohol o sustancias. Para futuras investigaciones se recomienda

mejorar la comunicación con el personal de salud y capacitarlos en la adaptación de la GI-mhGAP 2.0 y si es el caso en la aplicación de instrumentos, con la finalidad de agilizar la recolección de este dato y principalmente aumentar la identificación de casos, ya que como se ha reportado en anteriores estudios (Ayano et al., 2017; Gureje et al., 2015; Ogunsemi et al., 2010; Tejada et al., 2014) el brindar capacitación al personal sanitario en temas de salud mentales mejora: el conocimiento (40.42% a 90.42%), la identificación (0 a 96 pacientes) y la actitud ante los casos que se presenten (46.81% a 90.42%), en este caso por consumo de alcohol, lo cual es de suma importancia para llevar con éxito una adecuada evaluación y proporcionarle así un tratamiento óptimo al paciente.

Por otro lado, el consumo de alcohol reportado en este estudio, el maratón Guadalupe-Reyes, en contraste con los datos reportados en una temporada regular (los meses de julio hasta antes del 15 de septiembre; (Landa-Ramírez. E., comunicación personal, 14 de octubre de 2020)), se encontró que el número de personas que consumen alcohol y que acuden al área de triage de urgencias aumentó en las fechas decembrinas de un 20.93% a 69.54%, es importante considerar que el estudio previo a este solo se llevó en un horario matutino y no se capacitó al personal para evaluar el consumo de alcohol, a diferencia del presente estudio, esto último podría ser un factor importante ya que de acuerdo con lo reportado por Gureje et al. (2015), después de una capacitación en la aplicación de la GI-mhGAP aumenta la identificación de los casos. Estos datos también concuerda con estudios previos (Griffin et al., 2017; Sandvik, 2019) en los cuales se reportó que en las fechas de celebración el consumo de alcohol puede llevar a diferentes lesiones que causan una importante carga económica para el estado, ya que a pesar de no tratarse de una urgencia médica incrementa hasta 2.7 veces la probabilidad de acudir a los servicios de urgencias (Borges et al., 2013). Es por esto que los servicios de urgencias son una oportunidad para detectar, intervenir y derivar a un tratamiento especializado, por lo cual se recomienda en futuras investigaciones capacitar al personal de salud de triage en identificación e intervención de consumo de alcohol.

Aunado a esto, la identificación de los casos que mostraron un mayor porcentaje en el semáforo fue verde los cuales presentaban un consumo bajo, puntuación menor a siete de acuerdo con el AUDIT, en el cual se encontró una media de 8.9 (D.E= 6.6), que de acuerdo con los puntos de corte de la prueba indican un consumo moderado, dicha puntuación es menor a la reportada por Madhombiro et al. (2019) la cual fue de 16.05 (D.E=7.21), indicando un consumo moderado alto, esta diferencia se podría deber a las puntuaciones que se incluyeron dentro de los estudios, ya que en este último se incluyeron puntuaciones mayores a siete (consumo moderado) y en el presente estudio se incluyeron las puntuaciones desde cero (consumo bajo), debido a que se evaluó a todos los pacientes que llegaban al área de triage, dentro de los cuales había personas que no bebían alcohol o este consumo era bajo, además, en estos análisis no se incluyeron las personas que ingresaban directamente al área de observación o al área de choque debido a accidentes de tránsito, congestión etílica, sangrado de tubo digestivo o síndrome de abstinencia. También se encontró que de los pacientes que llegaban al área de triage de urgencias y que se evaluaron un 3% presentó un consumo de alcohol elevado, este resultado es un poco más alto que el reportado por da Silva et al. (2015), donde se menciona que 2% de las visitas que acuden a urgencias informaron haber consumido alcohol todos los días, no obstante, se debe considerar que se realizó con mujeres en el área de urgencias a diferencia del presente estudio que se llevó a cabo con población mixta, en un periodo crítico y en el área de triage. También, a pesar de que es un porcentaje bajo, de acuerdo con la distribución de la población según el nivel de riesgo por consumo de alcohol es esperado encontrar un bajo porcentaje en usuarios con un alto consumo de alcohol. Así mismo, en el instrumento ASSIST, se encontró una media de siete (D.E=7.74), lo cual de acuerdo con los puntos de corte corresponde a un consumo bajo, esta puntuación es menor en comparación a la media inicial que reportan Mutiso, Pike, Musyimi, Gitonga, et al. (2019), de 24.9 la cual indica un consumo moderado, una posible explicación a esta diferencia es que en el estudio de Mutiso, et al (2019) fue metacéntrico permitiendo así obtener una muestra más grande y variada, así como que

los participantes acudían por la posible existencia del TNMS permitiendo que la puntuación de la persona fuera mayor, a diferencia del presente estudio el cual solo se realizó en una cede y las personas evaluadas no acudían debido a trastornos NMS.

Por otro lado, de los 37 pacientes a los que se les dio un número telefónico de referencia para recibir apoyo con su consumo de alcohol, ninguno marcó, debido a que perdieron el número que se les entregó o no consideraron necesario llamar. Estos datos son diferentes con comparación de Mutiso et al. (2018), quienes reportaron que 68.5% de los pacientes acudieron a sus referencias (7.5% de pacientes referidos fue por trastorno por consumo de alcohol) esto podría deberse a que las referencias fueron coordinadas por asistentes de la investigación, los cuales vía telefónica se encargaban de obtener el consentimiento informado y de hacer la evaluación inicial del paciente para poder agendar la primera cita de intervención. Una estrategia que valdría la pena aplicar en futuras investigaciones, es añadir al protocolo de intervención los siguientes puntos: el primero es que, durante la evaluación, el psicólogo se asegure de que el número proporcionado es real y posteriormente se podrá contactar al paciente, el segundo es, dividir al equipo de tal forma que una o dos personas se encarguen de dar seguimientos a los pacientes (con la autorización del mismo), marcando por teléfono días después de la intervención para saber si tuvieron oportunidad de contactarse con centro de atención juvenil o a la línea de la vida para recibir atención, si la respuesta es sí, preguntarles acerca de su proceso y agendar una próxima llamada; si la respuesta es no, preguntarle el motivo.

Un punto importante a considerar en el tema de las referencias es el estigma que puede tener la persona que presenta un consumo de alcohol elevado, situación que les puede impedir el buscar apoyo o decir que ellos pueden manejar la situación por su cuenta (Hammarlund, et al., 2018), esta última fue reportada por los pacientes del presente estudio. Se ha reportado que una opción para disminuir este estigma en el paciente es el apoyo social (Birtel et al. 2017) situación que de acuerdo con lo reportado por Sheikh et al. (2017), quienes realizaron una intervención basada en GI-mhGAP

en conjunto al apoyo familiar, reportaron una disminución en la media de la puntuación del AUDIT (media de 10.2 a 1.3), lo que nos indica que podría ser una variable importante a considerar en estudios posteriores.

A pesar de que en el presente estudio se tuvieron cuidados en cada aspecto de su planeación y ejecución, se presentaron diversas limitaciones las cuales se mencionan a continuación:

La primera es que, el número de participantes en comparación con otros estudios (n=15,078 en Mutiso et al. (2018) y n=2,310 en Mutiso, Pike, Musyimi, Gitonga, et al. (2019) es relativamente menor, a pesar de que las evaluaciones se realizaron en dos horarios (matutino y nocturno), la distribución y el tamaño en comparación con la población total que llega al área de urgencias no se podría considerar representativa, y los resultados no se pueden generalizar a toda la población (Hernández Sampieri et al., 2014). Se propone para estudios posteriores evaluaciones de forma aleatoria en los tres turnos a lo largo de la semana y calcular el tamaño de la muestra estimada para poder considerarla representativa, además de poder generalizar los resultados y mejorar la validez externa.

La segunda limitante que se encontró fue que, a pesar de que al iniciar la evaluación se les proporcionaba el consentimiento informado verbal y se les comentó que la información que se recabara sería totalmente confidencial y que no interferiría con su consulta médica, es posible que se encontraran presentes la deseabilidad social (es un sesgo en la tendencia de respuesta con el objetivo de dar una imagen favorable de la persona), ante la respuesta de los instrumentos (Domínguez et al., 2012) y el estigma que se tiene ante el consumo de alcohol (Hammarlund et al., 2018). Estos dos factores pueden ayudar a comprender porque el porcentaje del semáforo el verde fue mucho más grandes que el amarillo y rojo. Otra explicación tentativa ante esta situación es el consumo excesivo ocasional, el cual es un consumo ocasional de bebidas alcohólicas pero en grandes cantidades (más de cinco copas en hombres y cuatro en mujeres) en un máximo de dos

horas (CDC, 2019), situación que no se puede ver reflejada en los instrumentos, ya que estos miden con base en frecuencias temporales, por lo cual entre más distanciada esté la situación del consumo del alcohol en tiempo, menor va a ser la puntuación, dejando así a la persona en un nivel bajo de consumo, sin embargo esta situación pone a la persona en riesgo debido a que está más propensa a que le ocurra algún tipo de accidente (Krieger et al., 2018). Se propone que en futuras investigaciones se realice un plan de intervención para las personas que presentan un puntaje bajo en las escalas, pero que indican un consumo excesivo ocasional.

Como tercera limitante se encontró que debido a que la GI-mhGAP 2.0 está diseñada para atención primaria, las preguntas y el tiempo de aplicación se tuvieron que adaptar a las necesidades del área de triage, situación que podría disminuir la validez de la adaptación (Hernández Sampieri et al., 2014). Se recomienda que en futuras investigaciones se realice una validación de la adaptación, con la finalidad de prescindir de los instrumentos psicométricos y evitar reducir la validez del constructo (Hernández Sampieri et al., 2014).

Una cuarta limitante fue, el poco recurso humano con el que se contó, ya que al ser una temporada vacacional, la mayoría del equipo de psicología de urgencias se encontraba tomando su descanso y únicamente acudían en los días que les correspondían las guardias, debido a esta situación no se pudo dar seguimiento a las personas que ingresaban por algún accidente de tránsito o su grado de intoxicación era tan grave que no era posible evaluarlos en esos momentos, sin embargo, se lograron contabilizar ocho casos de personas que llegaron en dicho estado durante el horario de velada, no obstante, se hizo el acercamiento con el familiar y se le proporcionó la información de la referencia. Se recomienda en futuras investigaciones realizar un plan en la distribución de los horarios del personal de psicología de urgencias para poder abarcar la evaluación de estos pacientes.

La quinta limitante que se encontró fue que el psicólogo recibió capacitación y contaba con instrumentos como AUDIT, ASSIST y la adaptación de la guía para facilitar la identificación del riesgo del consumo de alcohol, en comparación con el médico que no contaba con ninguna capacitación previa ni instrumento para evaluar dicho consumo (Gureje et al., 2015; Tejada et al., 2014), por lo cual se sugiere que en futuras investigaciones también se brinde capacitación a médicos, enfermeras y personal de trabajo social de triage, acerca de la GI-mhGAP 2.0 y la aplicación de los instrumentos previamente mencionados, con la finalidad de brindar una atención más óptima al paciente (Jiménez et al., 2011).

Como sexta y última limitante se encontró que, en algunas ocasiones, la evaluación se veía interrumpida porque el paciente ingresaba a su consulta médica y al salir de ella ya no deseaban continuar debido a que los mandaban a consulta externa, realizar algún pago o no llevaban ninguna urgencia y eran referidos a su clínica local, situación que disminuye la probabilidad de hacer un seguimiento psicológico. Por lo cual se propone que si el paciente presenta un consumo moderado alto o elevado de alcohol en la adaptación de la GI-mhGAP (puntuación de AUDIT) y una vez evaluado por la parte médica, acuda al servicio de psicología de urgencias para agendar una cita para una evaluación más completa, y de esta manera, poder derivarlo a alguna institución donde le puedan brindar el tratamiento adecuado. Todo esto con el consentimiento del paciente.

A pesar de las limitaciones mencionadas, también se pudieron observar diferentes fortalezas en el presente estudio, las cuales se mencionan a continuación:

La primera fortaleza que se puede encontrar es que a pesar de que la GI-mhGAP 2.0 está planeada para atención primaria (OMS, 2008; OMS, 2016), se realizó un estudio exploratorio con la finalidad de crear una adaptación para triage de urgencias médicas debido a que es un área en la que no se había explorado antes, por lo tanto el presente estudio se puede usar como antecedente para futuras investigaciones, ya que deja la base para facilitar la identificación de un consumo de

alcohol riesgoso y de igual forma haciendo una intervención preventiva en quienes tienen un consumo bajo en el servicio de urgencias médicas (Fernandez et al. 2019; Hernández Sampieri et al., 2014; Patton & Green, 2018), atendiendo así la dicha necesidad, ya que el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones reportó que en México durante el 2016, el 3.9% de los pacientes que llegaron al servicio de urgencias se encontraban bajo el efecto de alguna droga, de los cuales en el 67.8% de los casos la sustancia ingerida fue alcohol (SISVEA, 2016), en este mismo año en Estados Unidos se reportaron 4,289 pacientes que fueron atendidos en el departamento de urgencias médicas debido a un uso indebido o trastorno por consumo de alcohol (CDC, 2017) y cifras más recientes en México indican que se atendieron a 3,706 pacientes en el área de urgencias por trastornos mentales y del comportamiento asociados al uso de sustancias psicoactivas (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2017).

La segunda fortaleza está ligada a la anterior ya que la adaptación de GI-mhGAP 2.0, permitió brindar un manejo basado en evidencia reduciendo los tiempos de evaluación y detección de personas que presentan un consumo de alcohol riesgoso en el servicio de triage, adecuándose así, al ritmo de trabajo que se maneja en dicha área (Australasian Collage for Emergency Medicine, 2016; OMS, 2008; OMS, 2016; Triage Sale Standardization, 2010). Permitiendo de esta forma brindar una atención integral, ya que se sabe que el consumo de alcohol tiene comorbilidad con más de 64 condiciones médicas como la cirrosis hepática (Nivukoski et al., 2019; Roerecke et al., 2019), enfermedades cardiovasculares, como son la hipertensión y la miocardiopatía dilatada (Mostofsky et al., 2016; O’Keefe et al., 2014; OMS, 2018b), entre otras.

La tercera fortaleza a destacar es que las evaluaciones fueron realizadas en un periodo considerado crítico, ya que los datos indican que durante el verano y fiestas navideñas son las temporadas en las que se presenta un consumo más elevado de alcohol y en estas últimas es cuando llegan más personas al servicio de urgencias (Foster et al., 2015; Poikolainen et al., 2002; Sandvik, 2019), y a pesar de que el periodo de evaluación fue relativamente corto, se logró recolectar una

muestra amplia. También es importante resaltar que a los pacientes atendidos se les brindó información y recomendaciones acerca del autocuidado y redes de apoyo para tener un manejo adecuado o disminuir el consumo de alcohol (Marlatt & Witkiewit, 2002), toda esta información fue recabada para que en posteriores investigaciones se puedan realizar estrategias de intervención para atender a esta población.

La última fortaleza encontrada es que debido a que el presente estudio tiene un diseño exploratorio, el permiso solicitado a la dirección de urgencias médicas fue con fines clínicos en el horario matutino y nocturno o de velada, lo cual permitió identificar los principales desafíos tanto en la implementación como en el trabajo interdisciplinario respecto a la salud mental como: atención de referencias, asesoramiento, derivación de casos por parte del personal médico al psicológico, ya que, a pesar de que el equipo de Psicología de Urgencias era conocido por el personal del turno matutino ahora se tenían que formar alianzas con personal del turno de velada, lo cual era de suma importancia debido a que el trabajo interdisciplinario para atender problemas de salud mental es de vital importancia.

Finalmente, los resultados de este estudio indican que el consumo de bebidas alcohólicas está presente en triage de urgencias médicas y existe una necesidad para detectar y brindar un adecuado manejo, así como que pareciera ser viable adaptar esta guía clínica en salud mental con sus respectivas reservas. También podría ayudar a reducir la brecha en salud mental presente en países de medios y bajos ingresos en contextos dinámicos, urgentes y variables como lo es el triage, permitiendo la prevención, la detección y el tratamiento oportuno de problemas de salud mental tales como el consumo de alcohol. Es importante señalar que, por ser una investigación innovadora, el contrastar los resultados fue complicado debido a que es uno de los primeros en la literatura que logra aportar datos que permiten inferencias iniciales, así como desarrollar líneas de investigación y tratamiento en la población de triage como: validar las preguntas adaptadas de la GI-mhGAP 2.0 para población de triage y comparar su nivel de detección con el AUDIT y ASSIST, medir el efecto

de una capacitación en el personal médico sobre la utilización de la GI-mhGAP 2.0 y del programa mhGAP y determinar formas de mejorar el tratamiento y seguimiento a los pacientes con posible presencia de un consumo de alcohol elevado.

Referencias

- Abda, A., Bolduc, M., Tsimicalis, A., Rennick, J., Vatcher, D., & Brossard-Racine, M. (2019). Psychosocial Outcomes of Children and Adolescents With Severe Congenital Heart Defect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 44, 463-477. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy085>
- Amezcuca, M., García Pedregal, E., Jordana, J., Llisterri, J. L., Rodríguez Sampedro, A., & Villarino Marín, A. (2020). La educación ante el consumo de riesgo de bebidas alcohólicas: propuesta de actuación multidisciplinar desde el profesional de la salud [Education facing risk consumption of alcoholic beverages - A proposal for interdisciplinary action from the health care professional]. *Nutricion hospitalaria*, 34(3), 609–615. <https://doi.org/10.20960/nh.02930>
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2008). Alcohol in europe: A public health perspective, a report for the European commission. *Institute of alcohol studies*. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf
- Andreuccetti, G., Carvalho, H. B., Ye, Y., Bond, J., Monteiro, M., Borges, G., & Cherpitel, C. J. (2014). Does beverage type and drinking context matter in an alcohol-related injury? Evidence from emergency department patients in Latin America. *Drug and Alcohol Dependence*, 137, 90-97. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.01.010>
- Annals of Emergency Medicine. (2016). Definition of Emergency Medicine, 68(1), 142-143. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.04.040>
- Armelagos, G. J., Bronw, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and Political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, 61(4), 755-765. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Australasian College for Emergency Medicine. (2016). Guidelines on the implementation of the Australasian triage scale in emergency departments. Recuperado de https://acem.org.au/getmedia/51dc74f7-9ff0-42ce-872a-0437f3db640a/G24_04_Guidelines_on_Implementation_of_ATS_Jul-16.aspx
- Australian Institute of Health and Welfare. (2017). Emergency department care 2016–17: Australian hospital statistics. Recuperado de <https://www.aihw.gov.au/reports/hospitals/ahs-2016-17-emergency-department-care/data>
- Avila, A. (2019). Asociación entre ansiedad depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas que acuden a Triage en Urgencias Médicas. (Licenciada). Universidad Nacional Autónoma de México.

- Ayano, G., Assefa, D., Haile, K., Chaka, A., Haile, K., Salomón, M., Yohannis, K., Adane, A. A., & Jemal, K. (2017). Mental health training for primary health care workers and implication for success of integration of mental health into primary care: evaluation of effect on knowledge, attitude and practices (KAP). *Int J Ment Health Syst* 11, 63. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1186/s13033-017-0169-8>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care. (2a.ed.). *World Health Organization*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=3A31CD447B88F7A0B6295741CD9EBF95?sequence=1
- Bădescu, S. V., Tătaru, C., Kobylinska, L., Georgescu, E. L., Zăhău, D. M., Zăgrean, A. M., & Zăgrean, L. (2016). The association between Diabetes mellitus and Depression. *Journal of medicine and life*, 9(2), 120–125.
- Barata, I. A., Shandro, J. R., Montgomery, M., Polansky, R., Sachs, C. J., Duber, H. C., Weaver, L. M., Heins, A., Owen, H. S., Josephson, E. B., & Macias-Konstantopoulos, W. (2017). Effectiveness of SBIRT for Alcohol Use Disorders in the Emergency Department: A Systematic Review. *The western journal of emergency medicine*, 18(6), 1143–1152. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.7.34373>
- Benjet, Borges, Medina-Mora, & Méndez. (2013). Chronic childhood adversity and stages of substance use involvement in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1-2), 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.12.002>
- Benzies, K. M., Shah, V., Aziz, K., Isaranuwatjai, W., Palacio-Derflinger, L., Scotland, J., Larocque, J., Mrklas, K., Suter, E., Naugler, C., Stelfox, H. T., Chari, R., Lodha, A., & Alberta FICare Level II NICU Study Team. (2020). Correction to: Family Integrated Care (FICare) in Level II Neonatal Intensive Care Units: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 282. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04246-w>
- Biber, S., Andonian, C., Beckmann, J., Ewert, P., Freilinger, S., Nagdyman, N., Kaemmerer, H., Oberhoffer, R., Pieper, L., & Neidenbach, R. C. (2019). Current research status on the psychological situation of parents of children with congenital heart disease. *Cardiovascular diagnosis and therapy*, 9(2), S369–S376. <https://doi.org/10.21037/cdt.2019.07.07>
- Birtel, M. D., Wood, L., & Kempa, N. J. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry research*, 252, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.097>
- Blair, C. R., & Taylor, R. A. (2008). Bioestadística. México: Pearson Educación. Recuperado de <https://elibronet.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/es/ereader/sibdi/107439?page=2>

- Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, *106*(5), 906-914. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x>
- Borges, G., Bagge, C. L., Cherpitel, C. J., Conner, K. R., Orozco, R., & Rossow, I. (2017). A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychological Medicine*, *47*(5), 949-957. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002841>
- Borges, G., Cherpitel, C. J., Orozco, R., Macdonald, S., Giesbrecht, N., Cremonte, M., Moskalewicz, J., & Swiatkiewicz, G. (2013). Alcohol as a trigger for medical emergencies. *Substance use & misuse*, *48*(7), 484-489. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.778277>
- Borges G., Mondragón L., Cherpitel C., Ye Y., Rosovsky H. (2003). El consumo de bebidas alcohólicas y los servicios de urgencias: Estudios realizados por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente 1986 – 2003. *Salud Mental*. *26*(5):19-27.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014). Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *71*(5), 547. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>
- Canadian Institute for Health Information. (2018). NACRS Emergency Department Visits and Length of Stay, 2017–2018. Recuperado de <https://www.cihi.ca/en/nacrs-emergency-department-ed-visits-volumes-and-median-length-of-stay-by-triage-level-visit>
- Caña, M. L., Michelini, Y., Acuña, I., & Godoy, J. C. (2015). Efectos de la impulsividad y el consumo de alcohol sobre la toma de decisiones en los adolescentes. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, *15*(1), 55-66. <https://doi.org/10.21134/haaj.v15i1.231>
- Cassin, S.E., Sockalingam, S., Wnuk, S., Strimas, R., Royal, S., Hawa, R., & Parikh, S. V. (2013). Cognitive Behavioral Therapy for Bariatric Surgery Patients: Preliminary Evidence for Feasibility, Acceptability, and Effectiveness. *Cognitive and Behavioral Practice*, *20*(4), 529-543. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.10.002>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2017). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2017 Emergency Department Summary Tables. *Emergency Department Visits*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/emergency-department.htm>
- Center for Disease Control and Prevention. (2019). Binge Drinking. *Alcohol and Public Health*. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/binge-drinking.htm>
- Collins, S. E. (2016). Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. *Alcohol Research : Current Reviews*, *38*(1), 83-94.

- Collins, M. A., Neafsey, E. J., Mukamal, K. J., Gray, M. O., Parks, D. A., Das, D. K., & Korthuis, R. J. (2009). Alcohol in Moderation, Cardioprotection and Neuroprotection: Epidemiological Considerations and Mechanistic Studies. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 33(2), 206-219. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2008.00828.x>
- Crane, C. A., Godleski, S. A., Przybyla, S. M., Schlauch, R. C., & Testa, M. (2016). The Proximal Effects of Acute Alcohol Consumption on Male-to-Female Aggression: A Meta-Analytic Review of the Experimental Literature. *Trauma, violence & abuse*, 17(5), 520-531. <https://doi.org/10.1177/1524838015584374>
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., Feltner, C., Brownley, K. A., Olmsted, K. R., Greenblatt, A., Weil, A., & Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
- da Silva, R. L., Diehl, A., Cherpitel, C. J., & Figlie, N. B. (2015). Violence and non-violence-related injuries and alcohol in women from developed and developing countries: A multi-site emergency room study. *Addictive Behaviors*, 41, 252-255. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.10.014>
- Dekker, J., Stauder, A., & Penedo, F. J. (2017). Proposal for an Update of the Definition and Scope of Behavioral Medicine. *International journal of behavioral medicine*, 24(1), 1–4. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9610-7>
- Diario Oficial de la Federación. (s. f.). Recuperado 31 de enero de 2021, de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5386313&fecha=23/03/2015
- Domínguez Espinosa, A. D. C., Aguilera Mijares, S., Acosta Canales, T. T., Navarro Contreras, G., & Ruiz Paniagua, Z. (2012). La Deseabilidad Social Revalorada: Más que una Distorsión, una Necesidad de Aprobación Social. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(3), 808–824. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2012.3.236>
- Dugas, S., Favrod-Coune, T., Poletti, P.-A., Huwyler, T., Richard-Lepouriel, H., Simon, J., Rutschmann, O. T. (2019). Pitfalls in the triage and evaluation of patients with suspected acute ethanol intoxication in an emergency department. *Internal and Emergency Medicine*, 14(3), 467–473. <https://doi.org/10.1007/s11739-018-2007-7>
- El-Jawahri, A., Traeger, L., Greer, J. A., VanDusen, H., Fishman, S. R., LeBlanc, T. W., Pirl, W. F., Jackson, V. A., Telles, J., Rhodes, A., Li, Z., Spitzer, T. R., McAfee, S., Chen, Y.-B. A., & Temel, J. S. (2017). Effect of Inpatient Palliative Care During Hematopoietic Stem-Cell Transplant on Psychological Distress 6 Months After Transplant: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35(32), 3714-3721. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.73.2800>

- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco (2017). Panorama Epidemiológico del Consumo de Alcohol, 21-27
- Engel, G. L., (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136
- Faessler, L., Kutz, A., Haubitz, S., Mueller, B., Perrig-Chiello, P., & Schuetz, P. (2016). Psychological distress in medical patients 30 days following an emergency department admission: Results from a prospective, observational study. *BMC Emergency Medicine*, 16(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12873-016-0097-y>
- Farrohknia, N., Castrén, M., Ehrenberg, A., Lind, L., Oredsson, S., Jonsson, H., Asplund, K., & Göransson, K. E. (2011). Emergency Department Triage Scales and Their Components: A Systematic Review of the Scientific Evidence. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19, 42. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-42>
- Fernandez, A. C., Waller, R., Walton, M. A., Bonar, E. E., Ignacio, R. V., Chermack, S. T., Cunningham, R. M., Booth, B. M., Ilgen, M. A., Barry, K. L., & Blow, F. C. (2019). Alcohol use severity and age moderate the effects of brief interventions in an emergency department randomized controlled trial. *Drug and alcohol dependence*, 194, 386–394. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.10.021>
- Foster, S., Gmel, G., Estévez, N., Bähler, C., & Mohler-Kuo, M. (2015). Temporal Patterns of Alcohol Consumption and Alcohol-Related Road Accidents in Young Swiss Men: Seasonal, Weekday and Public Holiday Effects. *Alcohol and alcoholism*, 50(5), 565–572. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt037>
- Foulds, J. A., Adamson, S. J., Boden, J. M., Williman, J. A., & Mulder, R. T. (2015). Depression in patients with alcohol use disorders: Systematic review and meta-analysis of outcomes for independent and substance-induced disorders. *Journal of Affective Disorders*, 185, 47-59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.024>
- Gaziano, J. M. (2010). Fifth Phase of the Epidemiologic Transition: The Age of Obesity and Inactivity. *JAMA*, 303(3), 275-276. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.2025>
- Gogiascoechea-Trejo, M. del C., Méndez-Maín, S. M., Natera-Rey, G., Blázquez-Morales, M. S. L., de San Jorge-Cárdenas, X., Treviño-Siller, S., (2016). Consumo de alcohol y lesiones: Estudio en población atendida en servicios de urgencias de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México. *Salud mental*, 39(2), 61-68. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.002>
- Goodman, F. R., Stikma, M. C., & Kashdan, T. B. (2018). Social Anxiety and the Quality of Everyday Social Interactions: The Moderating Influence of Alcohol Consumption. *Behavior Therapy*, 49(3), 373-387. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.10.002>

- Griffin, E., Dillon, C. B., O'Regan, G., Corcoran, P., Perry, I. J., & Arensman, E. (2017). The paradox of public holidays: Hospital-treated self-harm and associated factors. *Journal of affective disorders*, 218, 30–34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.058>
- Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R. M., Tymeson, H. D., Venkateswaran, V., Tapp, A. D., Forouzanfar, M. H., Salama, J. S., Abate, K. H., Abate, D., Abay, S. M., Abbafati, C., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Aboyans, V., Abrar, M. M., Acharya, P., ... Gakidou, E. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 392(10152), 1015-1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
- Gureje, O., Abdulmalik, J., Kola, L., Musa, E., Yasamy, M. T., & Adebayo, K. (2015). Integración de la salud mental en la atención primaria en Nigeria: informe de un proyecto de demostración que utiliza la guía de intervención del programa de acción de brechas de salud mental. *BMC Health Serv Res.* 15, 242. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1186/s12913-015-0911-3>
- Hammarlund, R., Crapanzano, K. A., Luce, L., Mulligan, L., & Ward, K. M. (2018). Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug- and alcohol-use disorders. *Substance abuse and rehabilitation*, 9, 115–136. <https://doi.org/10.2147/SAR.S183256>
- Hancock, H. S., Pituch, K., Uzark, K., Bhat, P., Fifer, C., Silveira, M., Yu, S., Welch, S., Donohue, J., Lowery, R., & Aiyagari, R. (2018). A randomised trial of early palliative care for maternal stress in infants prenatally diagnosed with single-ventricle heart disease. *Cardiology in the Young*, 28(4), 561-570. <https://doi.org/10.1017/S1047951117002761>
- Henkel, D. (2011). Unemployment and substance use: A review of the literature (1990-2010). *Current Drug Abuse Reviews*, 4(1), 4-27. <https://doi.org/10.2174/1874473711104010004>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. (6ta. ed.) *McGraw-Hill Education*. Recuperado de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hilliard, M. E., Powell, P. W y Anderson, B. J. (2016). Evidence-based behavioral interventions to promote diabetes management in children, adolescents, and families. *The American psychologist*, 71(7), 590-601 <https://doi.org/10.1037/a0040359>
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206-221.
- Howell, A. N., Leyro, T. M., Hogan, J., Buckner, J. D., & Zvolensky, M. J. (2010). Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity

motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addictive Behaviors*, 35(12), 1144-1147. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.07.003>

Humeniuk, R., Dennington, V., & Ali, R. (2008) The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the ASSIST Screening Test in Primary Health Care Settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomised Controlled Trial. *World Health Organization*. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_technicalreport_phase3_final.pdf

Humeniuk, R., Henry-Edwards, S., Ali, R., Poznyak, V., & Monteiro, M. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85403>

Hurley, L. L., Taylor, R. E., & Tizabi, Y. (2012). Positive and Negative Effects of Alcohol and Nicotine and Their Interactions: A Mechanistic Review. *Neurotoxicity Research*, 21(1), 57-69. <https://doi.org/10.1007/s12640-011-9275-6>

International Conference on Primary Health Care. (1978). Declaration of Alma-Ata. *WHO Chronicle*, 32(11), 428-430.

Iosifyan, M., Schmidt, M., Hurbault, A., Mayaux, J., Delafosse, C., Mishenko, M., Nion, N., Demoule, A., & Similowski, T. (2019). "I had the feeling that I was trapped": a bedside qualitative study of cognitive and affective attitudes toward noninvasive ventilation in patients with acute respiratory failure. *Annals of intensive care*, 9(1), 134. <https://doi.org/10.1186/s13613-019-0608-6>

Jensen, M. P., & Turk, D. C. (2014). Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: Why it matters to ALL psychologists. *American Psychologist*, 69(2), 105-118. <https://doi.org/10.1037/a0035641>

Jiménez-Escobar, I., Weingerz-Mehl, S., Castillo-Macedo, E., & Jiménez-Gutiérrez, C. (2016). Caracterización de los adolescentes y motivo de consulta por el que acuden al Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General Dr. Manuel Gea González. *Gaceta Médica de México*, 6.

Jiménez, J. G., Ramón-Pardo, P., & Moncada, C. R. (2011). Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias, 66. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf

Jones, L., Bates, G., McCoy, E., & Bellis, M. A. (2015). Relationship between alcohol-attributable disease and socioeconomic status, and the role of alcohol consumption in this relationship: A

systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1720-7>

- Jordans, M., Luitel, N. P., Garman, E., Kohrt, B. A., Rathod, S. D., Shrestha, P., Komproe, I. H., Lund, C., & Patel, V. (2019). Effectiveness of psychological treatments for depression and alcohol use disorder delivered by community-based counsellors: two pragmatic randomised controlled trials within primary healthcare in Nepal. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 215(2), 485–493. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.300>
- Kirkevold, M., Kildal Bragstad, L., Bronken, B. A., Kvigne, K., Martinsen, R., Gabrielsen Hjelle, E., Kitzmüller, G., Mangset, M., Angel, S., Aadal, L., Eriksen, S., Wyller, T. B., & Sveen, U. (2018). Promoting psychosocial well-being following stroke: Study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Psychology*, 6(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0223-6>
- Klimas, J., Fairgrieve, C., Tobin, H., Field, C.-A., O’Gorman, C. S., Glynn, L. G., Keenan, E., Saunders, J., Bury, G., Dunne, C., & Cullen, W. (2018). Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12 (CD009269), 77. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009269.pub4>
- Korteland, N. M., Ahmed, Y., Koolbergen, D. R., Brouwer, M., de Heer, F., Kluin, J., Bruggemans, E. F., Klautz, R. J. M., Stiggelbout, A. M., Bucx, J. J. J., Roos-Hesselink, J. W., Polak, P., Markou, T., van den Broek, I., Ligthart, R., Bogers, A. J. J. C., & Takkenberg, J. J. M. (2017). Does the Use of a Decision Aid Improve Decision Making in Prosthetic Heart Valve Selection? : A Multicenter Randomized Trial. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 10(2). <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.116.003178>
- Krieger, H., Young, C. M., Anthenien, A. M., & Neighbors, C. (2018). The Epidemiology of Binge Drinking Among College-Age Individuals in the United States. *Alcohol research: current reviews*, 39(1), 23–30.
- Landa-Ramírez, E., & Murillo-Cruz, J. L. (2019). The need to introduce a Psychological Program into Emergency Medicine: Early experiences in the field. *Revista de Educación e Investigación En Emergencias*, 1(3), 3262. <https://doi.org/10.24875/REIE.19000025>
- López-Jiménez, J. L. (1998). Patrón de consumo de alcohol en pacientes captados en salas de urgencias. *Salud Pública de México*, 40(6). <https://doi.org/10.1590/S0036-36341998000600005>
- Luna, J. M R. (2011). Historia de la medicina de urgencias en México. 25 años de la medicina de urgencias los retos... ¿siguen siendo los mismos? *Archivos de medicina de urgencias México*, 3(1): 3-5.
- Madhombiro, M., Dube, B., Dube, M., Zunza, M., Chibanda, D., Rusakaniko, S., & Seedat, S. (2019). Intervention for alcohol use disorders at an HIV care clinic in Harare: a pilot and

feasibility study. *Addiction science & clinical practice*, 14(1), 16.
<https://doi.org/10.1186/s13722-019-0143-7>

- Marinho, F. M., Soliz, P., Gawryszewski, V., & Gerger, A. (2013). Epidemiological transition in the Americas: Changes and inequalities. *The Lancet*, 381, S89. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61343-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61343-4)
- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. *Addictive behaviors*, 27(6), 867–886.
[https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(02\)00294-0](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(02)00294-0)
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *The American Psychologist*, 35(9), 807-817
- Mayer, D., Dimitriadou, E., Hornik, K., Weingessel, A., Leisch, F. (2019). *Misc Function of the Department of Statics, Probability Theory Group* (1.7.3)
- Mayerhofer, E., Ratzinger, F., Kienreich, N. E., Stiel, A., Witzeneder, N., Schrefl, E., Greiner, G., Wegscheider, C., Graf, I., Schmetterer, K., Marculescu, R., Szekeres, T., Perkmann, T., Fondi, M., Wagner, O., Esterbauer, H., Mayerhofer, M., Holocher-Ertl, S., Wojnarowski, C., & Hoermann, G. (2020). A Multidisciplinary Intervention in Childhood Obesity Acutely Improves Insulin Resistance and Inflammatory Markers Independent From Body Composition. *Frontiers in pediatrics*, 8, 52. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00052>
- McCallum Pardey, T. G. (2007). Emergency Triage. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 10(2), 43-45. [https://doi.org/10.1016/S1574-6267\(07\)00054-7](https://doi.org/10.1016/S1574-6267(07)00054-7)
- Morales Quintero, L. A., Moral Jiménez, M. de la V., Rojas Solís, J. L., Bringas Molleda, C., Soto Chilaca, A., & Rodríguez Díaz, F. J. (2019). Psychometric properties of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in adolescents and young adults from Southern Mexico. *Alcohol*, 81, 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2019.05.002>
- Mostofsky, E., Chahal, H. S., Mukamal, K. J., Rimm, E. B., & Mittleman, M. A. (2016). Alcohol and Immediate Risk of Cardiovascular Events: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. *Circulation*, 133(10), 979-987.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.019743>
- Monteiro, M. G., & Organización Panamericana de la Salud. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud: Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
- Mutiso, V.N., Musyimi, C.W., Rebello, T.J., Gitonga, I., Tele, A., Pike, K. M., & Ndetei, D. M. (2018). Patterns of concordances in mhGAP-IG screening and DSM-IV/ICD10 diagnoses by

trained community service providers in Kenya: a pilot cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 53, 1277–1287. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00127-018-1567-1>

- Mutiso, V. N., Pike, K. M., Musyimi, C. N., Rebello, T. J., Tele, A., Gitonga, I., Thornicroft, G., & Ndeti, D. M. (2019). Changing patterns of mental health knowledge in rural Kenya after intervention using the WHO mhGAP-Intervention Guide. *Psychological Medicine*, 49(13), 2227-2236. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003112>
- Mutiso, V. N., Pike, K. M., Musyimi, C. W., Gitonga, I., Tele, A., Rebello, T. J., Thornicroft, G., & Ndeti, D. M. (2019). Feasibility and effectiveness of nurses and clinical officers in implementing the WHO mhGAP intervention guide: Pilot study in Makueni County, Kenya. *General hospital psychiatry*, 59, 20–29. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.04.005>
- Nivukoski, U., Bloigu, A., Bloigu, R., Aalto, M., Laatikainen, T. y Niemelä, O. (2019). Enzimas hepáticas en consumidores de alcohol con o sin consumo excesivo de alcohol. *Alcohol*, 78, 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2019.03.001>
- Norström, T., & Rossow, I. (2016). Alcohol Consumption as a Risk Factor for Suicidal Behavior: A Systematic Review of Associations at the Individual and at the Population Level. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 20(4), 489-506. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1158678>
- Nunn, J., Erdogan, M., & Green, R. S. (2016). The prevalence of alcohol-related trauma recidivism: A systematic review. *Injury*, 47(3), 551-558. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.01.008>
- Oblitas, L. A. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida* (2a. ed.) México: Thomson.
- Oblitas, L. A. (2008). El estado del arte de la psicología de la salud, 36. *Revista de psicología*, 26(2).
- Oblitas, L. A. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y felicidad. *Psicología de la Salud: una ciencia del bienestar y la felicidad*, 16(1)
- Ogunsemi, O. O., Oluwole, F. A., Abasiubong, F., Erinfolami, A. R., Amoran, O. E., Ariba, A. J., Alebiosu, C. O., & Olatawura, M. O. (2010). Detection of mental disorders with the Patient Health Questionnaire in primary care settings in Nigeria. *Mental Illness*, 2(1). <https://doi.org/10.4081/mi.2010.e10>
- O’Keefe, J. H., Bhatti, S. K., Bajwa, A., DiNicolantonio, J. J., & Lavie, C. J. (2014). Alcohol and Cardiovascular Health: The Dose Makes the Poison...or the Remedy. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(3), 382-393. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.11.005>

- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509-538
- Ophuis, R. H., Olij, B. F., Polinder, S., & Haagsma, J. A. (2018). Prevalence of post-traumatic stress disorder, acute stress disorder and depression following violence related injury treated at the emergency department: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 311.
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1890-9>
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitution of WHO: principles*. Recuperado de:
<http://www.who.int/about/mission/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Alma Ata. International Conference on Primary Health Care. *Alma-Ata, USSR*, 6-12
- Organización Mundial de la Salud. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Recuperado de:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44000>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Recuperado de:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43809/9789241596206_eng.pdf?sequence=1&jsAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), Manual para uso de atención primaria. Recuperado de
https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014) *Informe sobre el estado mundial del alcohol y la salud*. Recuperado de:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0*. Recuperado de:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (2018a). La mundialización de la medicina de emergencia y su importancia para la salud pública. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/bulletin/volumes/84/10/05-028548ab/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018b). *Alcohol*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

- Organización Mundial de la Salud. (2018c). Harmful use of alcohol kills more than 3 million people each year, most of them men. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/detail/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year-most-of-them>
- Organización Mundial de la salud. (2018d). Global status report on alcohol and health. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2018e) Declaración de Astaná. *Global Conference on Primary Health Care*. Recuperado de: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2011). Organización panamericana de la salud manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Recuperado de: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf
- Owens, P. L., Mutter, R., & Stocks, C. (2010). Mental Health and Substance Abuse-Related Emergency Department Visits among Adults, 2007. In *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs*. 92.
- Patton, R., & Green, G. (2018). Alcohol identification and intervention in English emergency departments. *Emergency medicine journal : EMJ*, 35(2), 75–78. <https://doi.org/10.1136/emered-2016-206467>
- Poikolainen, K., Leppänen, K., & Vuori, E. (2002). Alcohol sales and fatal alcohol poisonings: a time-series analysis. *Addiction*, 97(8), 1037–1040. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00177.x>
- Pomerleau, O. F. (1979). Behavioral medicine: the contribution of the experimental analysis of behavior to medical care. *The American Psychologist*, 34(8), 654-663.
- Quenot, J.-P., Ecarnot, F., Meunier-Beillard, N., Dargent, A., Large, A., Andreu, P., & Rigaud, J.-P. (2017). What are the ethical issues in relation to the role of the family in intensive care? *Annals of Translational Medicine*, 5(S4), S40-S40. <https://doi.org/10.21037/atm.2017.04.44>
- Rehm, J., Gmel, G. E., Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S., Probst, C., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V., Shield, K. D., & Shuper, P. A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—An update. *Addiction (Abingdon, England)*, 112(6), 968-1001. <https://doi.org/10.1111/add.13757>
- Rendle, K. A., Abramson, C. M., Garrett, S. B., Halley, M. C., & Dohan, D. (2019). Beyond exploratory: A tailored framework for designing and assessing qualitative health research. *BMJ Open*, 9(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030123>

- Revelle, W. (2020). *Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research*. (2.0.9)
- Rivera Aragón, S., & García Méndez, M. (2012). *Aplicación de la estadística a la psicología*. México: Porrúa
- Roales, N. J. (2004). *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. Psicología pirámide*.
- Roerecke, M., Vafaei, A., Hasan, O. S. M., Chrystoja, B. R., Cruz, M., Lee, R., Neuman, M. G., & Rehm, J. (2019). Alcohol Consumption and Risk of Liver Cirrhosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Gastroenterology*, *114*(10), 1574-1586. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000340>
- Sainz, M. T., Rosete-Mohedano, M. G., Rey, G. N., Vélez, N. A. M., García, S. C., & Cisneros, D. P. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*, *28*(1), 19-27. <https://doi.org/10.20882/adicciones.786>
- Salcedo Monsalve, A., Palacios Espinosa, X., & Espinosa, Á. (2011). Consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, *29* (1), 77-97.
- Salway, R., Valenzuela, R., Shoenberger, J., Mallon, W., & Viccellio, A. (2017). Congestión en el servicio de urgencia: respuestas basadas en evidencias a preguntas frecuentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *28*(2), 220-227. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.04.009>
- Sánchez-Sosa, J. J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir. La interfaz, intervención-investigación en Psicología de la salud. *Universidad Nacional Autónoma de México*, 33-44.
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Health Psychology: prevention of disease and illness; maintenance of health. Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS). *School of Psychology, National University of Mexico, Mexico*, 1-12.
- Sandvik H. (2019). Emergency primary health care consultations on Christmas Eve, New Year's Eve and a normal Saturday. Legevaktkonsultasjoner julaften, nyttårsaften og en vanlig lørdag. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, *139*(18), 10.4045/tidsskr.19.0245. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0245>
- Sanjuan, P. M., Rice, S. L., Witkiewitz, K., Mandler, R. N., Crandall, C., & Bogenschutz, M. P. (2014). Alcohol, tobacco, and drug use among emergency department patients. *Drug and alcohol dependence*, *138*, 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.01.025>
- Sartor, C. E., Jackson, K. M., McCutcheon, V. V., Duncan, A. E., Grant, J. D., Werner, K. B., & Bucholz, K. K. (2016). Progression from First Drink, First Intoxication, and Regular Drinking

to Alcohol Use Disorder: A Comparison of African American and European American Youth. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 40(7), 1515-1523.
<https://doi.org/10.1111/acer.13113>

Schuckit, M. A., & Hesselbrock, V. (1994). Alcohol dependence and anxiety disorders: What is the relationship? *The American Journal of Psychiatry*, 151(12), 1723-1734.
<https://doi.org/10.1176/ajp.151.12.1723>

Scwartz, G y Weiss, S. (1978). Yale Conference on Behavioral Medicine: Proposed definition and statement of goals. *Journal of behavioral Medicine*, 1(1), 3-12.

Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (2017). Agenda Estadística 2017. Recuperado de
http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda_2017/urgencias.html

Sewitch, M. J., Yaffe, M. J., McCusker, J., & Ciampi, A. (2006). Helping family doctors detect vulnerable caregivers after an emergency department visit for an elderly relative: Results of a longitudinal study. *BMC Family Practice*, 7(1), 46. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-7-46>

Sheikh, W. A., Paul, R., Banda, H., Agath, K., & Luty, J. (2017). Impact of brief relapse prevention intervention in patients with alcohol dependence in Zambia. *Journal of Substance Use*, 22(1), 113-117. <https://doi.org/10.3109/14659891.2015.1090494>

Simou, E., Britton, J., & Leonardi-Bee, J. (2018). Alcohol and the risk of pneumonia: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 8(8), e022344. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022344>

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en adicciones (2016).Informe SISVEA 2016. Recuperado de:
https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/info_sisvea/informes_sisvea_2016.pdf

Stanesby, O., Labhart, F., Dietze, P., Wright, C. J. C., & Kuntsche, E. (2019). The contexts of heavy drinking: A systematic review of the combinations of context-related factors associated with heavy drinking occasions. *PLOS ONE*, 14(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218465>

Stapleton, P., Bannatyne, A., Chatwin, H., Urzi, K-C., Porter, B. y Sheldon, T. (2017). Secondary psychological outcomes in a controlled trial of emotional freedom techniques and cognitive behavior therapy in the treatment of food cravings. *Complementary therapies in clinical practice*, 28, 136-145. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.06.004>

Stefanaki, C., Bacopoulou, F., Livadas, S., Kandaraki, A., Karachalios, A., Chrousos, G. P., & Diamanti-Kandarakis, E. (2015). Impact of a mindfulness stress management program on stress, anxiety, depression and quality of life in women with polycystic ovary randomized controlled trial. *Stress*, 18(1), 57-66 <https://doi.org/10.3109/10253890.2014.974030>

- Stevens, S., Cooper, R., Bantin, T., Hermann, C., & Gerlach, A. L. (2017). Feeling safe but appearing anxious: Differential effects of alcohol on anxiety and social performance in individuals with social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 94, 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.04.008>
- Tam, H. L., Chung, S. F., & Lou, C. K. (2018). A review of triage accuracy and future direction. *BMC Emergency Medicine*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0215-0>
- Tang, W.-X., Zhang, L.-F., Ai, Y.-Q., & Li, Z.-S. (2018). Efficacy of Internet-delivered cognitive-behavioral therapy for the management of chronic pain in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97(36). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012061>
- Tejada, P. A., Jaramillo, L. E., & Sánchez-Pedraza, R. (2014). Revisión crítica sobre los instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria. 62(1), 10.
- Tovote , K. A., Fleeer, J., Snippe, E., Peeters, A. C. T. M., Emmelkamp, P. M. G., Sanderman, R., & Schroevers, M. J (2014). Individual Mindfulness-Based Cognitive Therapy and cognitive Behavior Therapy for Treating Depressive Symptoms in Patients with Diabetes: Results of a Randomized Controlled Trial. *Diabetes Care*, (9), 2427-2434 <https://doi.prg/10.2337/dc13-2918>
- Triage Scale Standardization. (2010). Recuperado 13 de enero de 2020, de <http://www.acep.org/patient-care/policy-statements/triage-scale-standardization/>
- Tucker, J., Bacon, J., Chandler, S., Lindstrom, K., & Cheong, J. (2020). Utility of Digital Respondent Driven Sampling to Recruit Community-Dwelling Emerging Adults for Assessment of Drinking and Related Risks. *Addictive Behaviors*. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106536>
- Wells, K., Craven, P., Steenblik, J., Carlson, M., Cooper, C., & Madsen, T. (2017). Prevalence and treatment of anxiety among emergency department patients with pain. *The American Journal of Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.11.042>
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 362-374. <https://doi.org/10.1037/a0019172>
- Wu, P., Chen, S., Huang, W., Chang, S., & Hsu, M. (2018). Effects of a Psychoeducational Intervention in Patients With Breast Cancer Undergoing Chemotherapy: *Journal of Nursing Research*, 26(4), 266-279. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000252>
- Zhang, X., Yuan, X., Shi, H., Wu, L., Quian, H. & Xu, W Exosomes in cancer: small particle, big player. *J Hematol Oncol* 8, 83 (2015). <https://doi.org/10.1186/s13045-015-0181-x>

Zuckerman, M., Harper, K., Barrett, R., & Armelagos, G. (2014). The evolution of disease: anthropological perspectives on epidemiologic transitions. *Global Health Action*, 7(1). <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23303>

Anexos

Anexo I. Evaluación de psicológica aplicada a pacientes de triage.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
División de Urgencias y observación
Programa de Psicología de Urgencias



Evaluación Triage

Fecha:	Hora de inicio:	Hora de finalización:	Folio:
Psicólogo(a) que evalúa:			
Psicólogo(a) responsable:			

Datos del paciente

Nombre:				
Edad:	Sexo	F	M	Estado civil:
Ocupación:			Escolaridad:	
Religión:			Teléfono:	
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Lugar de residencia
¿Con quién vive?				Total de miembros de su familia

Condición médica

Motivo de consulta:				No. de ficha
Reingresos:				
¿Padece alguna enfermedad?		¿Cuál(es)?		Tiempo de evolución(años)
SÍ	NO			
Medicamentos que toma		¿Ha tenido alguna complicación alguna vez?		
Consumo de sustancia		Sustancia	Frecuencia	Otros (especifique)
SÍ	NO	Alcohol		
		Tabaco		

Evaluación fisiológica

Constante	Rango Normal	Valor encontrado
Temperatura	36-37 C°	
Frecuencia Respiratoria	12-20 x min	
Frecuencia Cardíaca	60-100 x min	
Tensión Arterial Sistólica	<90 >140 mm/Hg	
Tensión Arterial Diastólica	60 - 90 mm/Hg	
Glucemia Capilar	60 - 120	
Escala Análoga del dolor	Escala 1-10	
Saturación Oxígeno	90 - 95%	

Presenta

	Médico	Psicólogo
DEP		
ANS		
DUE		
SUI		
Nivel de urgencia		
I	II	III
IV		
Tiempo en consulta*:	minutos	

*En caso de que se interrumpa el triaje



Folio:

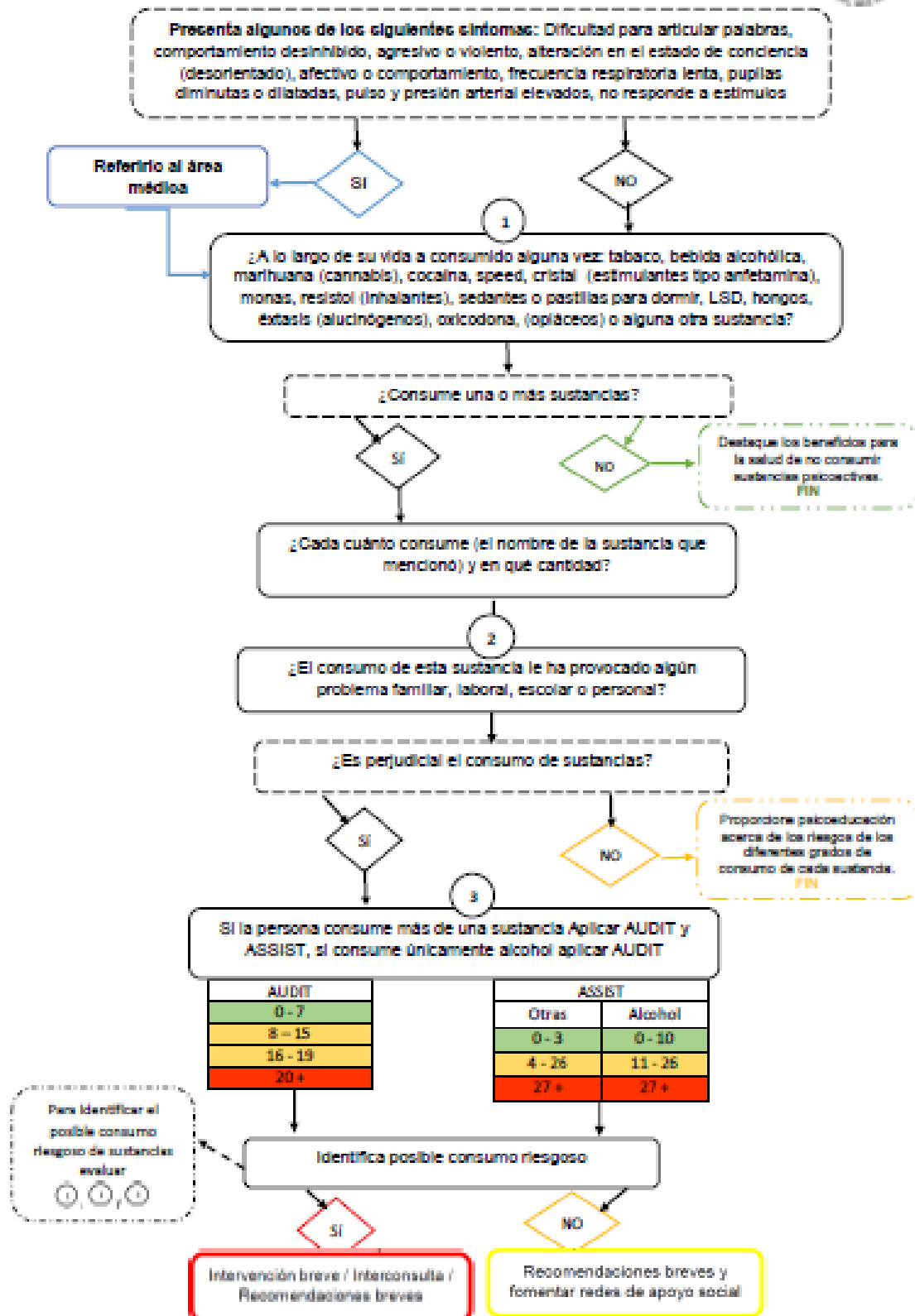
TAMIZAJE TIAGE

SUSTANCIAS (SUS)			
1	Consumo sustancias	Sí	No
	Frecuencia y cantidad elevada	Sí	No
2	Le ha provocado algún problema	Sí	No
3	Evaluación	Sí	No
	Presencia	Sí	No
DEPRESION (DEP)			
1	Estado de ánimo deprimido	Sí	No
	Disminución de Interés	Sí	No
2	Dificultad en el funcionamiento diario	Sí	No
3	Evaluación	Sí	No
	Presencia	Sí	No
ANSIEDAD (ANS)			
1	Síntomas comunes 1	Sí	No
	Síntomas comunes 2	Sí	No
2	Dificultad en el funcionamiento diario	Sí	No
3	Evaluación	Sí	No
	Presencia	Sí	No
DUELO (DUE)			
1	Existencia de fallecimiento	Sí	No
2	Sintomatología	Sí	No
3	Dificultad en el funcionamiento diario	Sí	No
4	Evaluación	Sí	No
	Presencia	Sí	No
RIESGO SUICIDA (SUI)			
1	Pensamiento/Plan	Sí	No
	Actos	Sí	No
2	Evaluación	Sí	No
	Presencia	Sí	No

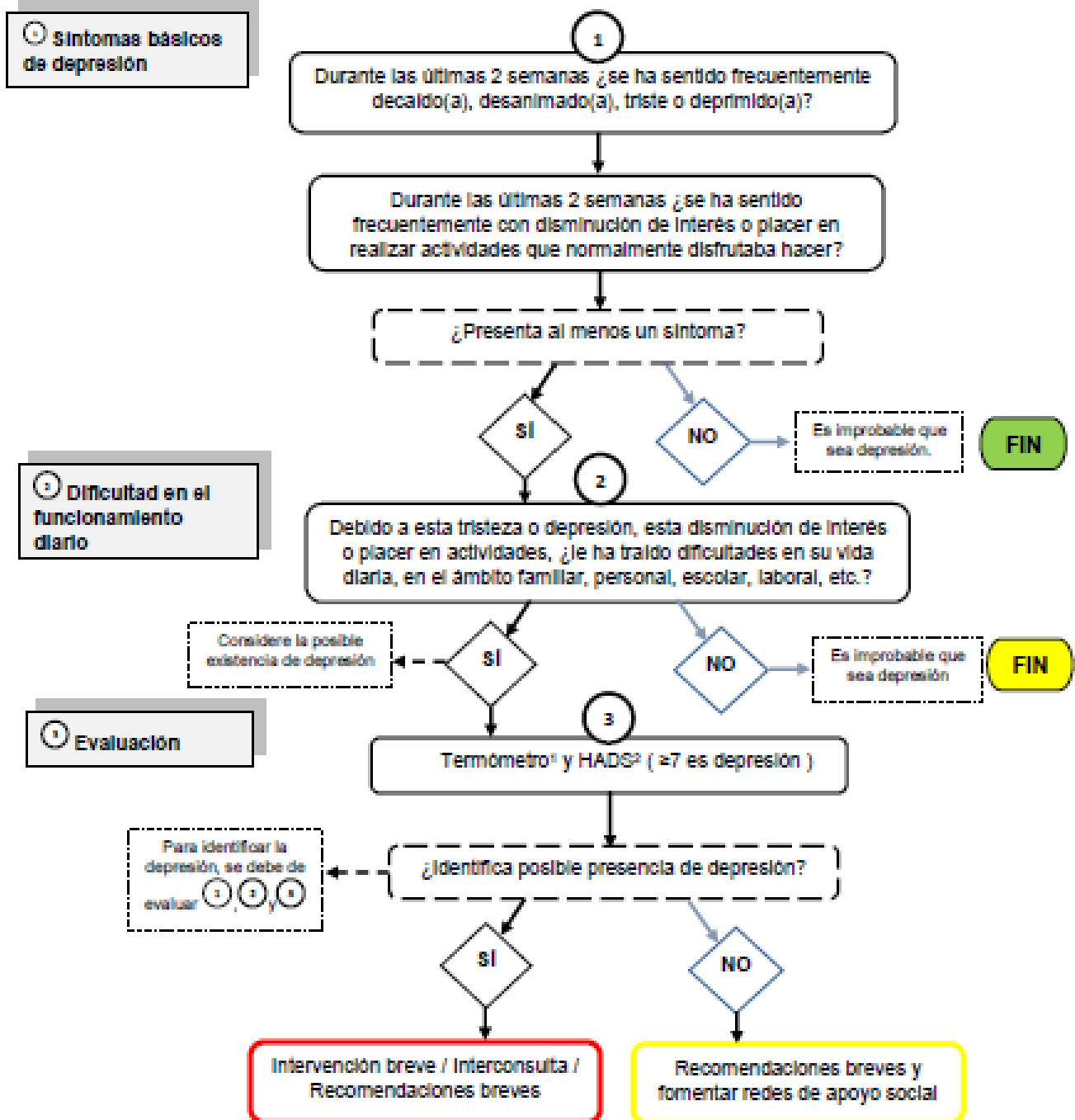
SEMÁFORO				
SUS	DEP	ANS	DUE	SUI
V A R	V A R	V A R	V A R	V A R

INSTRUMENTO	PUNTUACIÓN	TERMÓMETRO
AUDIT		
ASSIST		
HADS-D		
HADS-A		
IDC		
MINI		

Observaciones

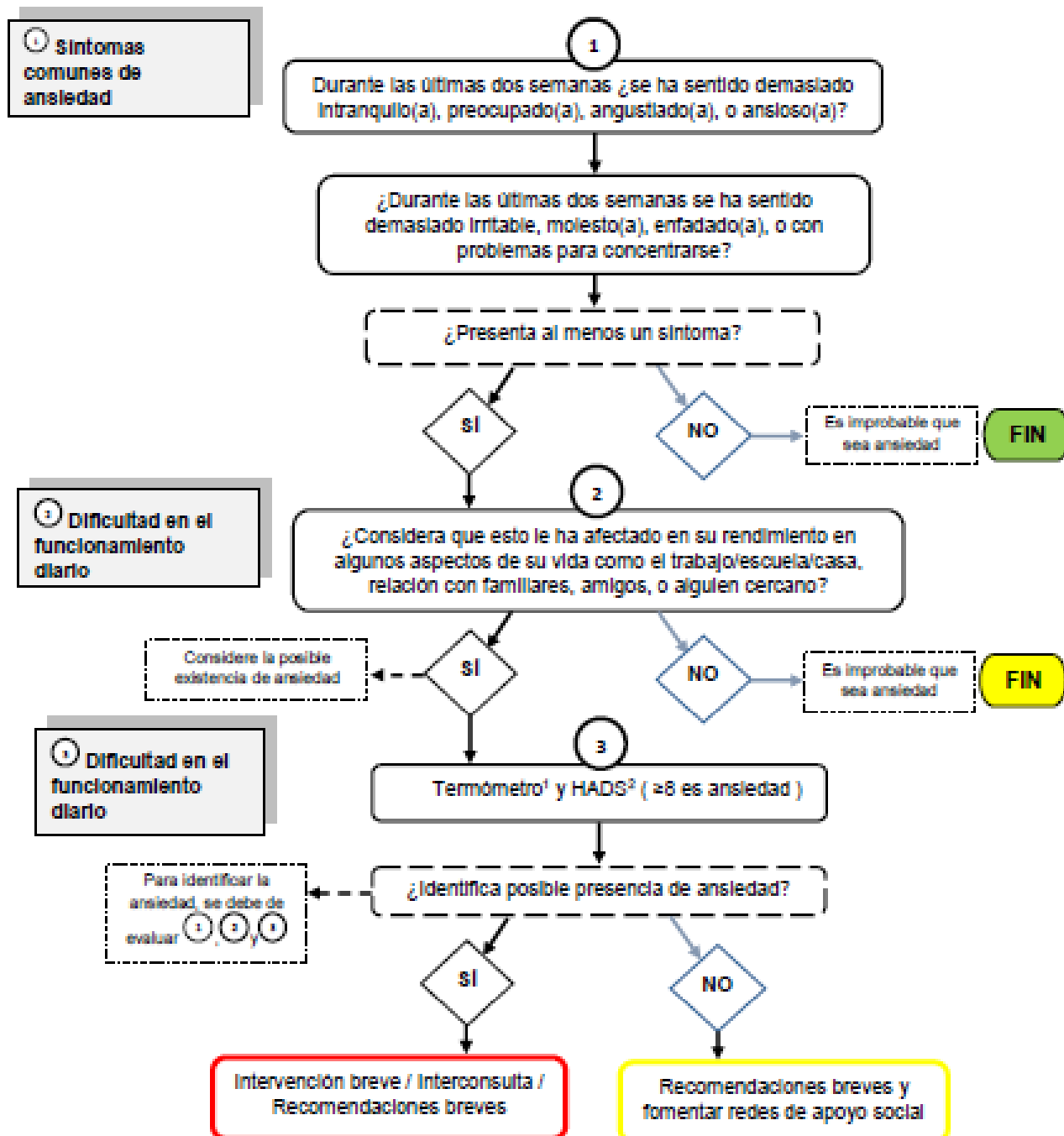


TAMIZAJE DE DEPRESIÓN



1 Termómetro: Se señala la intensidad percibida de los síntomas de depresión en las últimas 2 semanas, en el que 0 es nada y 10 es la mayor intensidad.
2 HADS: Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), es un cuestionario de auto aplicación de 14 reactivos, integrado por dos subescalas de siete reactivos cada una, una de ansiedad (reactivos impares) y una de depresión (reactivos pares).

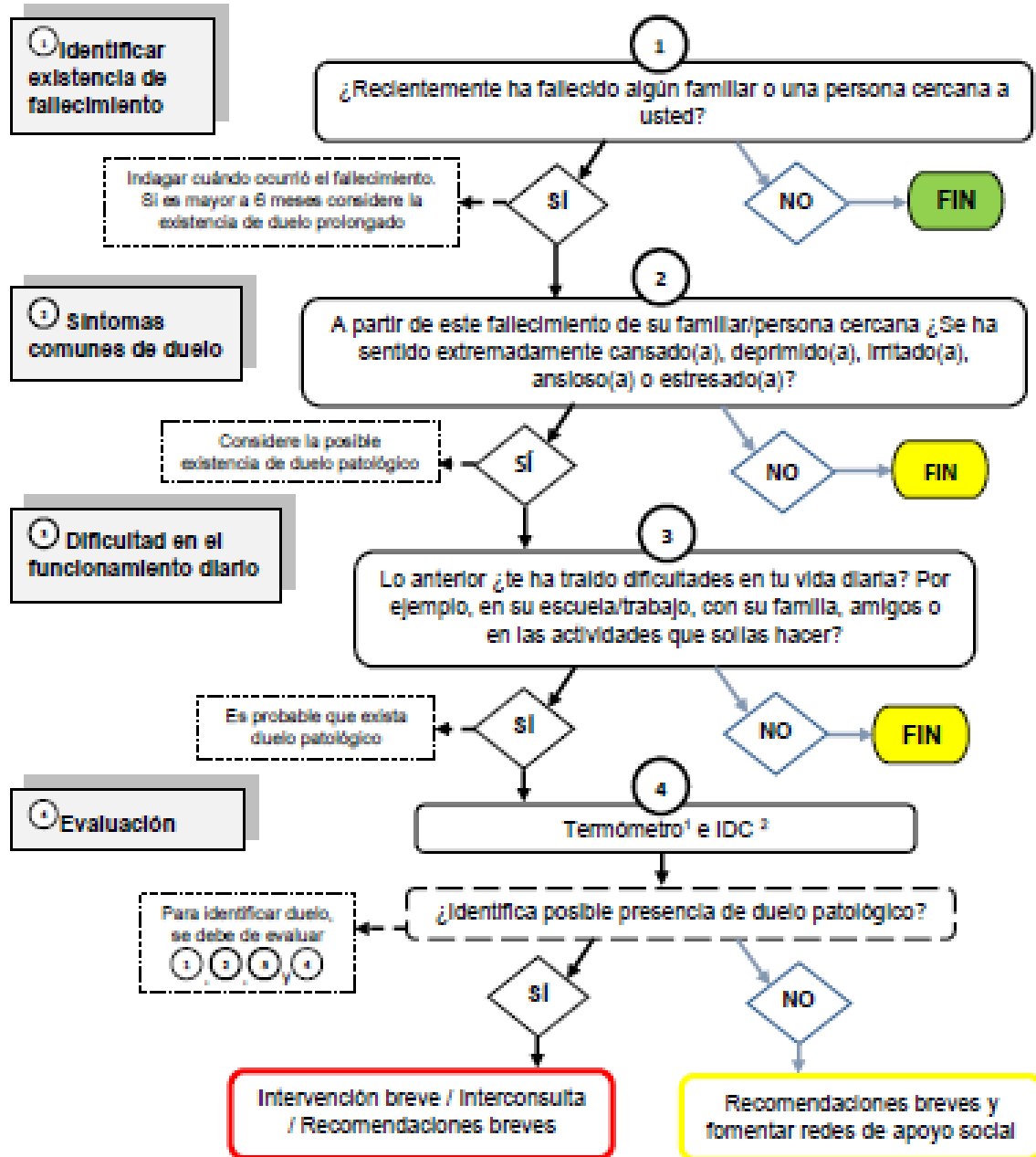
TAMIZAJE DE ANSIEDAD



1 Termómetro: Se señala la intensidad percibida de los síntomas de ansiedad en las últimas 2 semanas, en el que 0 es nada y 10 es la mayor intensidad.
2 HADS: Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), es un cuestionario de auto aplicación de 14 reactivos, integrado por dos subescalas de siete reactivos cada una, una de ansiedad (reactivos impares) y una de depresión (reactivos pares).



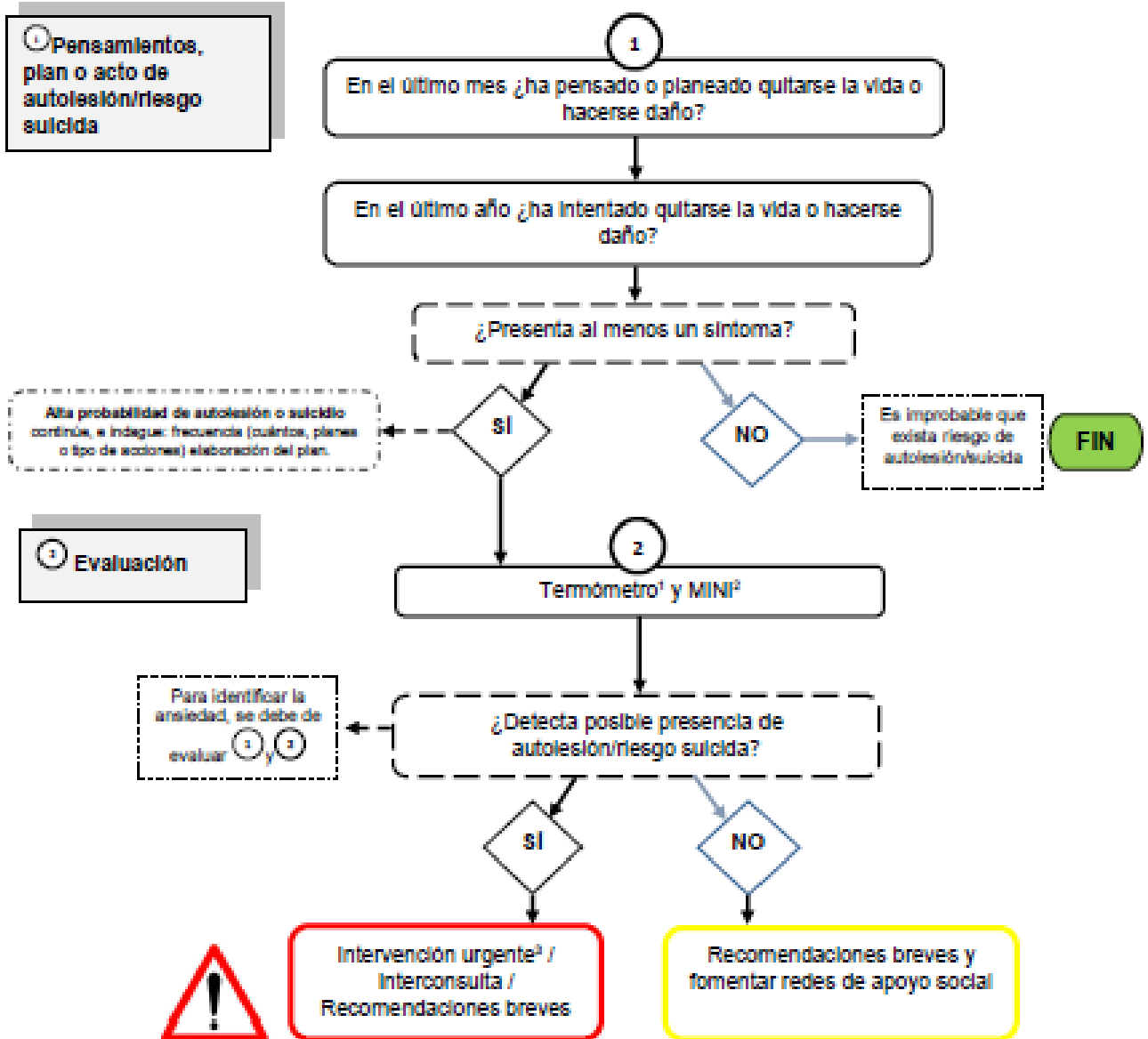
TAMIZAJE DE DUELO



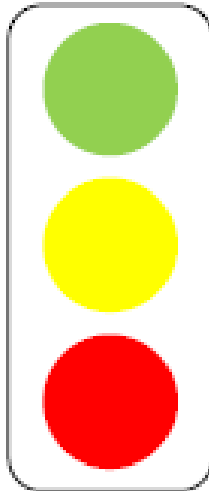
1 Termómetro: Se señala la intensidad percibida de los síntomas de duelo en las últimas 2 semanas, en el que 0 es nada y 10 es la mayor intensidad.
2 IDC: Inventario de duelo prolongado, es una escala de autoaplicación con 19 ítems, que valora síntomas emocionales, cognitivos o conductuales.



TAMIZAJE DE AUTOLESIÓN / RIESGO SUICIDA



1 Termómetro: Se refiere que tanto se ha presentado en el último mes esta idea suicida, en el que 0 es nada y 10 se ha presentado muy frecuente esta idea.
 2 MINI: Subescala suicidio (Riesgo de Suicidio Actual), es un cuestionario de auto aplicación de 6 reactivos.
 3 Para intervención urgente revisar página 6.



INFORMATIVO

Consejos de salud mental generales.

RECOMENDACIONES BREVES Y FOMENTAR REDES DE APOYO:

Se brinda Información y recomendaciones sobre la problemática observada en función de las necesidades del paciente y la sintomatología que presenta para reducir los riesgos asociados al padecimiento.

Se fomentan las redes de apoyo y se promueve el funcionamiento adecuado en las actividades diarias del paciente.

**INTERVENCIÓN BREVE / INTERCONSULTA /
RECOMENDACIONES BREVES**

Aborde los factores psicosociales estresantes actuales y atienda el estado mental y la alteración emocional. Si es necesario enseñe a manejar el nivel de activación mediante técnicas de relajación.

Brinde Información personalizada al paciente y retroalimente las cosas funcionales y no funcionales observadas en la evaluación de tamizaje.

Fomente las redes de apoyo y promueva el funcionamiento adecuado en las actividades diarias.

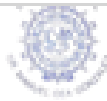
Dé énfasis en las opciones de tratamiento y en los diferentes centros de servicios psicológicos para derivar a Interconsulta en donde se realizará la evaluación y el tratamiento especializado.

Finalmente brinde el folleto de Información para llevar a casa con el fin de reforzar la Intervención breve.

Para el caso de la Intervención urgente ante riesgo suicida o autolesión avise a un supervisor, hable con médico para posible referencia a un centro de atención psiquiátrico y NO deje sola a la persona. De ser posible, asigne a un miembro del personal o a un familiar para garantizar la seguridad de la persona en todo momento.

Atienda el estado mental y sea sensible al sufrimiento emocional asociado con la autolesión o riesgo suicida.

Anexo 2. Evaluación consumo de alcohol aplicada a pacientes de triage.



ASSIST: Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Es importante mencionarle que toda la información que usted me proporcione es estrictamente confidencial y tiene fines profesionales.



1. A lo largo de la vida, ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

A. Tabaco	Si	No
B. Bebidas alcohólicas	Si	No
C. Cannabis	Si	No
D. Cocaína (poca, crack, etc.)	Si	No
E. Estimulantes de tipo anfetamínico	Si	No
F. Inhalantes	Si	No
G. Sedantes o pastillas para dormir	Si	No
H. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, ketamina, etc.)	Si	No
I. Opiáceos	Si	No
J. Otras, especifique:	Si	No

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Frecuentemente usa esteroide?"
Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, atenga la entrevista.
Si alguna respuesta es positiva, continúe con la pregunta 2 para cada sustancia consumida.

2. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia ha consumido (haga la pregunta para cada sustancia consumida)

	Nunca	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
A. Tabaco	0	2	3	4	5	6
B. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	5	6
C. Cannabis	0	2	3	4	5	6
D. Cocaína (poca, crack, etc.)	0	2	3	4	5	6
E. Estimulantes de tipo anfetamínico	0	2	3	4	5	6
F. Inhalantes	0	2	3	4	5	6
G. Sedantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	5	6
H. Alucinógenos	0	2	3	4	5	6
I. Opiáceos	0	2	3	4	5	6
J. Otras, especifique:	0	2	3	4	5	6

Si todas las respuestas son ceros para la pregunta 2
Si ha consumido alguna sustancia en los últimos tres meses responda las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia.

3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido dolores fuertes o ansias de consumir (hacer la pregunta para cada droga en pregunta 2)

	Nunca	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
A. Tabaco	0	2	4	5	6	6
B. Bebidas alcohólicas	0	2	4	5	6	6
C. Cannabis	0	2	4	5	6	6
D. Cocaína (poca, crack, etc.)	0	2	4	5	6	6
E. Estimulantes de tipo anfetamínico	0	2	4	5	6	6
F. Inhalantes	0	2	4	5	6	6
G. Sedantes o pastillas para dormir	0	2	4	5	6	6
H. Alucinógenos	0	2	4	5	6	6
I. Opiáceos	0	2	4	5	6	6
J. Otras, especifique:	0	2	4	5	6	6

4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia su consumo de (haga para cada sustancia mencionada en p2) le ha ocasionado problemas de salud, sociales, legales o académicos?

	Nunca	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
A. Tabaco	0	4	5	6	7	7
B. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7	7
C. Cannabis	0	4	5	6	7	7
D. Cocaína (poca, crack, etc.)	0	4	5	6	7	7
E. Estimulantes de tipo anfetamínico	0	4	5	6	7	7
F. Inhalantes	0	4	5	6	7	7
G. Sedantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7	7
H. Alucinógenos	0	4	5	6	7	7
I. Opiáceos	0	4	5	6	7	7
J. Otras, especifique:	0	4	5	6	7	7

5. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia dejó de hacer algo que debería haber hecho debido a su consumo de (haga la pregunta para cada sustancia en p1)

	Nunca	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
A. Tabaco	0	5	6	7	8	8
B. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8	8
C. Cannabis	0	5	6	7	8	8
D. Cocaína (poca, crack, etc.)	0	5	6	7	8	8
E. Estimulantes de tipo anfetamínico	0	5	6	7	8	8
F. Inhalantes	0	5	6	7	8	8
G. Sedantes o pastillas para dormir	0	5	6	7	8	8
H. Alucinógenos	0	5	6	7	8	8
I. Opiáceos	0	5	6	7	8	8
J. Otras, especifique:	0	5	6	7	8	8

6. ¿Alguna vez un amigo, un familiar o alguien más ha mostrado preocupación por su consumo de (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p1)?

	Nunca	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
A. Tabaco	0	4	5	6	7	7
B. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7	7
C. Cannabis	0	4	5	6	7	7
D. Cocaína (poca, crack, etc.)	0	4	5	6	7	7
E. Estimulantes de tipo anfetamínico	0	4	5	6	7	7
F. Inhalantes	0	4	5	6	7	7
G. Sedantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7	7
H. Alucinógenos	0	4	5	6	7	7
I. Opiáceos	0	4	5	6	7	7
J. Otras, especifique:	0	4	5	6	7	7

Haga las preguntas 6 y 7 para cada sustancia que ha consumido (pregunta 1)

7. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p1) y no lo ha logrado?

	Nunca	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
A. Tabaco	0	4	5	6	7	7
B. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7	7
C. Cannabis	0	4	5	6	7	7
D. Cocaína (poca, crack, etc.)	0	4	5	6	7	7
E. Estimulantes de tipo anfetamínico	0	4	5	6	7	7
F. Inhalantes	0	4	5	6	7	7
G. Sedantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7	7
H. Alucinógenos	0	4	5	6	7	7
I. Opiáceos	0	4	5	6	7	7
J. Otras, especifique:	0	4	5	6	7	7

8. ¿Alguna vez en su vida se ha inyectado, alguna droga? (ÚNICAMENTE PARA USO NO MÉDICO)

No, nunca	Si, en los últimos tres meses	Si, pero no en los últimos tres meses
-----------	-------------------------------	---------------------------------------

Nota: Si se ha inyectado drogas en los últimos tres meses se debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

AUDIT: Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas, cerveza, vino, vodka, etc. durante el último año

<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (<i>Pase a las preguntas 9-10</i>)</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>2. En un día de consumo normal, ¿Cuál es la cantidad de bebidas alcohólicas que suele tomar?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7, 8, o 9</p> <p>(4) 10 o más</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> <p><i>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</i></p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que ya había empezado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, el último año</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, el último año.</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>

Registre la puntuación total aquí