



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

## **TESIS**

**EVALUACIÓN DE FRECUENCIA DEL CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL  
EN ADULTOS DE 18 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN  
DEL HGZ/MF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO MEDIANTE LA APLICACIÓN  
DEL CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDO AL  
CONSUMO DE ALCOHOL**

**PARA OBTENCION DE TITULO DE ESPECIALIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. OLIVOS CRUZ DANIELA**

**RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

HGZ/MF No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"  
MATRICULA: 97376272. Cel. 5527143302  
Email:olivos.daniela@outlook.es. Fax: No fax.

**DIRECTOR DE TESIS DE INVESTIGACIÓN**

**DRA. MENDIOLA PASTRANA INDIRA ROCIO**

Médico Familiar, Maestro en Ciencias en Epidemiología Clínica  
Coordinador de Medicina Familiar Turno Matutino  
Adscripción: HGZ/MF No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS  
Matricula: 99126743. Cel. 2222395398.  
Email: indira.mendiola@imss.gob.mx Fax: No fax.

**ASESOR METODOLÓGICO**

**DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO**

Médico Familiar Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias de la Familia  
Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud  
Profesor Médico del CIEFD Siglo XXI Centro Médico Nacional Siglo XXI  
Matricula: 97377278. Cel. 5520671563.  
Email: lalovilchis@gmail.com. Fax: No Fax.

**ASESORA CLÍNICA**

**DRA. MARAVILLAS ESTRADA ANGÉLICA**

Médico Familiar. Profesor Titular de Medicina Familiar  
Adscripción: HGZ/MF No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS  
Matricula: 98113861 Cel. 5545000340.  
Email: angelica.maravillas@imss.gob.mx Fax: No fax.

**DRA. POLACO DE LA VEGA THALYNA**

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
HGZ/UMF No.8**

**CIUDAD DE MEXICO, ENERO 2022  
No. DE REGISTRO: R-2022-3605-041**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

# **“EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DEL CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL EN ADULTOS DE 18 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL HGZ/MF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL”**

**Autores:** Olivos Cruz Daniela <sup>1</sup>, Mendiola Pastrana Indira Rocio<sup>2</sup>, Vilchis Chaparro Eduardo<sup>3</sup>, Maravillas Estrada Angelica<sup>4</sup>

1 Médico Residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar. HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS

2 Médico Especialista en Medicina Familiar. Maestro en Ciencias en Epidemiología Clínica, Coordinador de Medicina Familiar Turno Matutino . HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS.

3 Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Medico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, CMNSXXI" IMSS.

4 Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular de Medicina Familiar. Adscrita al HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS.

## **OBJETIVO**

Evaluar la frecuencia del consumo perjudicial de alcohol en adultos de 18 a 60 años atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

## **MATERIA**

### **LES Y METODOS:**

Estudio descriptivo, transversal. Tamaño de la muestra: 114 pacientes con un intervalo de confianza 95%. Criterios de inclusión: pacientes que se encuentre en el rango de edad de 18 a 60 años, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social pertenecientes al área de consulta externa del HGZ/MF No. 8, sin distinción de sexo, sin distinción de ocupación, sin distinción de religión. Instrumento de medición: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT por sus siglas en ingles)

### **RESULTADOS:**

Predominio del sexo masculino (58.6%) con una media de edad de  $42 \pm 11$  años, la escolaridad más reportada fue de nivel licenciatura (39.7%), la ocupación empleada (84.5%), la religión que más predomino fue católico (76.7%), el estado civil más frecuente fue el de soltero (39.7%); de acuerdo con los niveles de AUDIT se encontró una media de  $6.28 \pm 7.40$ ; la estimación de riesgo en la escala de AUDIT, la mayoría se encontraban en categoría de riesgo bajo (70.7%).

### **CONCLUSIONES:**

Los pacientes presentaron en su mayoría un riesgo bajo según AUDIT (70.7%)

**Palabras clave:** Consumo perjudicial de alcohol, AUDIT

**“EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DEL  
CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL  
EN ADULTOS DE 18 A 60 AÑOS  
ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE  
ATENCIÓN DEL HGZ/MF No. 8 DR  
GILBERTO FLORES IZQUIERDO  
MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL  
CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE  
TRASTORNOS DEBIDO AL CONSUMO DE  
ALCOHOL”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**AUTORIZACIONES**

---

**DR. GUILLERMO BRAVO MATEOS  
DIRECTOR DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. THALYNA POLACO DE LA VEGA  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DRA. ANGELICA MARAVILLAS ESTRADA  
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DRA. INDIRA ROCIO MENDIOLA PASTRANA  
MEDICA FAMILIAR DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8  
“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”  
DIRECTORA DE TESIS**

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO  
PROFESOR MÉDICO DEL CIEFD SIGLO XXI  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

---

**DRA. ANGELICA MARAVILLAS ESTRADA  
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”  
ASESORA CLÍNICA DE TESIS**

## **AGRADECIMIENTOS.**

A mis padres, mis pilares de vida, gracias por no cortar mis alas, ayudarme a levantar de mis caídas y soñar conmigo.

A mi hermano, por inspirarme siempre a ser mejor y por creer en mi.

A mis dos ángeles que desde el cielo me acompañan.

## ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
1. Marco teórico.	8
2. Justificación.	18
3. Planteamiento del problema.	19
4. Objetivos.	20
5. Hipótesis.	20
6. Material y métodos.	21
7. Diseño de investigación.	22
8. Muestra	23
9. Ubicación temporal y espacial de la población.	24
10. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	25
11. Variables.	26
12. Diseño estadístico.	31
13. Método de recolección.	33
14. Maniobras para evitar y controlar sesgos.	34
15. Cronograma de actividades.	35
16. Consideraciones éticas.	37
17. Resultados.	39
18. Tablas y gráficas.	41
19. Discusión.	54
20. Conclusiones.	58
21. Bibliografía.	60
22. Anexos.	64

## 1. MARCO TEÓRICO.

### Introducción.

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. Sin embargo, existen diferencias de un país a otro entre el contenido de alcohol de una bebida estándar por ello, la Organización Mundial de la Salud propuso los valores de bebida estándar de aproximadamente 10 gramos de alcohol semejante a lo contenido en una lata de cerveza de 330 ml al 5%, una copa de vino de 140ml al 12% o 70 ml de licor o aperitivo al 25% permitiendo simplificar la evaluación del consumo de alcohol en distintos ámbitos, como por ejemplo, salas de urgencias, accidentes, unidades de atención primaria y en pacientes hospitalizados. (1)

Existen diferentes tipos de consumo los cuales se clasifican según el patrón de consumo y los gramos de alcohol consumido; el consumo de riesgo es aquel en donde el patrón de consumo acarrea riesgos de consecuencias perjudiciales para la salud, si el hábito persiste y la OMS menciona que es un consumo regular diario de 20 a 40gramos de alcohol en mujeres, y de 40 a 60 gramos diarios en hombres. El consumo perjudicial es un patrón de consumo en donde afecta a las personas en su salud física y en su salud mental, en donde su consumo regular promedio es de más de 40gramos de alcohol diario en mujeres y de más de 60 gramos diarios en hombres; dentro de este concepto la CIE -10 incluye también como criterio que la forma de consumo suele ser criticada por terceras personas y que este consumo da lugar a consecuencias sociales adversas. El consumo excesivo ocasional es aquel en el cual se consumen al menos 60 gramos de alcohol en una sesión de beber y finalmente la dependencia del alcohol. (2)

La dependencia del alcohol según la CIE – 10 se define como el conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para la persona en donde los criterios diagnósticos son los siguientes; a. evidencias de tolerancia a los efectos del alcohol, de modo que se requiere un marcado aumento progresivo de la dosis de alcohol para lograr la embriaguez o efecto deseado, o un efecto marcadamente disminuido al seguir usando la misma cantidad de alcohol; b. estado fisiológico de abstinencia, cuando el consumo de alcohol se

redice o suspende, lo que se evidencia por un característico síndrome de abstinencia de la sustancia, de manera que se recurre al consumo de la misma, o de una similar, con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia; c. persistencia en el consumo de alcohol, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, según lo evidencia el uso continuado de alcohol, aun cuando la persona es consciente -o cabría esperar que lo fuera- de la naturaleza o magnitud del daño; d. preocupación por el uso de alcohol, manifestado por: abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión a causa del consumo de alcohol; aumento de la cantidad de tiempo que la persona pasa tratando de obtener alcohol, consumirlo y recuperarse de sus efectos; e. disminución de la capacidad para controlar el uso de alcohol, ya sea al iniciar el consumo o para dejar de seguir bebiendo o para regular la cantidad; siendo prueba de ello que el consumo de alcohol aumenta en tiempo y cantidad, fracasando así los esfuerzos y deseos de reducir o controlar su consumo; e. deseo intenso y compulsivo de consumir alcohol. (3)

### **Epidemiología.**

El consumo nocivo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la salud de la población en todo el mundo; la OMS menciona que anualmente se producen 3 millones de muertes a nivel mundial debido al consumo perjudicial de alcohol representando el 5.3% de todas las defunciones; dentro del grupo etario de 20 a 39 años se detectó que un 13.5% de las defunciones a nivel mundial son atribuibles a consumo de alcohol lo que sitúa el consumo de alcohol como el séptimo factor de riesgo principal de muerte prematura y discapacidad generando además pérdidas económicas importantes. De acuerdo al último informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud realizado en el año 2018 se estima que el consumo total de alcohol por habitante en la población mundial de mas de 15 años es de 6.4 litros encontrándose que Europa tiene los niveles mas altos de consumo de alcohol sin embargo, su consumo se ha mantenido estable desde el año 2000 en comparación con el resto del mundo el cual ha aumentado. Actualmente, el 25.5% de todo el alcohol que se consume se presenta en forma de alcohol no registrado y del alcohol registrado a nivel mundial el 44.8% se consume en forma de licores y aguardientes, 34.3% de cerveza y el vino en un 11.7%. En el grupo de edad de 15 a 19 años el 26.5% son bebedores siendo mas alta esta prevalencia en Europa (43.8%) seguido de América Latina (38.2%), la edad de inicio es antes de los 15 años en un 50% a 70% de este grupo. La

prevalencia de consumo excesivo en este grupo es baja alcanzando el punto máximo entre los 20 a 24 años. (4)

En México, el consumo de sustancias psicoactivas incluidas el alcohol se ha monitoreado desde diversas fuentes y programas y se ha determinado que el alcohol es la principal droga de inicio la cual conlleva al uso de otras sustancias, es responsable de una proporción importante de la carga de la enfermedad representando el 6.5% de muertes prematuras por ello, la Secretaría de Salud a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) encomienda al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” la realización de la “Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017” (ENCODAT 2016-2017) con el objetivo de determinar la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas y no médicas, así como evaluar las tendencias de su consumo en la población adolescente con edad entre 12 y 17 años y en la población adulta con edad entre 18 y 65 años además de identificar los factores asociados al consumo de estas sustancias, las necesidades de atención y el uso de servicios relacionados con el consumo de las mismas. (5)

Esta encuesta compara los resultados obtenidos en las mediciones realizadas en el año 2011 a cargo de estas mismas instituciones; en esta encuesta se observa que en nuestro país el consumo per cápita es de 4.9 litros por año; al separar estos datos por sexo, los hombres consumen 7.9 litros, mientras que las mujeres su consumo es de 2.1 litros mientras que, en el rango de edad, el grupo de 18 a 29 años es el que presenta el consumo per capita más elevado (7.6 litros), seguido de la población de 15 a 17 años con 5.9 litros mientras que en las personas de 40 a 49 años y más de 50 el consumo se redujo a 3.3 litros y 2.4 litros respectivamente. Dentro del grupo de edad de 18 a 29 años el patrón de consumo se caracteriza por ser excesivo ya que el consumo es en grandes cantidades, pero en periodos cortos de tiempo. El 71% de la población ha consumido alcohol alguna vez en su vida y el 33.6% reporta un consumo excesivo. De quienes consumen alcohol, el 53.1% indicó haberlo hecho por primera vez a los 17 años o menos, el 41.3% lo hizo entre los 18 y 25 años, mientras que el 5.6% entre los 26 y 65 años. Sobre los patrones de consumo se detectó que tanto el consumo diario como consuetudinario, han incrementado de 0.8% a 2.9% y de 5-4 a 8.5% respectivamente en la población total y en promedio, quienes han bebido en el último año indicaron necesitar 8.7 copas para sentirse borracho y por sexo los hombres indican necesitar 10 copas en comparación con 6 en el caso de las mujeres. Los

estados de Aguascalientes (8 litros), Jalisco (7.9 litros) y Nuevo León (7.4 litros) reportan mayor consumo per cápita en comparación con el consumo nacional de 4.9 litros. De todas las personas evaluadas el 2.2% reportó dependencia al consumo de alcohol; y ellos reportaron que la dependencia dificultó principalmente su capacidad para trabajar o estudiar en el caso de los hombres y las mujeres reportaron que dificultó su vida social. Dentro de este grupo, 9.1% de los hombres ha presentado problemas alguna vez en su vida en la escuela o trabajo debido a su consumo; porcentaje 3 veces menor en las mujeres. En cuanto a los accidentes provocados en el último año por el consumo de alcohol, los hombres reportan una mayor incidencia (2.3%) en comparación con las mujeres (0.5%). (6)

En nuestro país el consumo de alcohol posee una aceptación amplia, incluso muchas veces el inicio del consumo se da y se promueve dentro del núcleo familiar generando un aumento en el consumo, una disminución de la percepción de riesgo y aumentando los riesgos que es consumo conlleva. (7)

### **Factores de riesgo.**

Existen muchos elementos que pueden generar cierto riesgo en relación con el consumo de alcohol en todos los grupos de edad a esto se le conoce como factores de riesgo que hará referencia a cualquier evento ya sea de naturaleza biológica (herencia), psicológico y/o social que favorezca la aparición de un problema en este caso, el inicio en el consumo. (8)

Algunos de los factores de riesgo para alcoholismo son sexo, edad, nivel socioeconómico, factores genéticos, vulnerabilidad psicológica, círculo social fumador o bebedor, círculo familiar fumador y/o bebedor, contexto social rendimiento escolar, disponibilidad de la sustancia; todos estos factores de riesgo se pueden clasificar en 3 grandes grupos los cuales son: factores de riesgo vinculados a la sustancia, factores de riesgo vinculados a las características del individuo y finalmente, factores de riesgo vinculados al contexto social. (9)

Respecto a los factores de riesgo vinculados a la sustancia, debemos conocer que la sustancia, en este caso el alcohol, no es un elemento fundamental en sí mismo pero que adquiere cierta importancia en medida que cumple determinada función para el usuario aunque es importante recalcar que la composición química y su capacidad adictiva de la misma hace que su consumo entrañe un riesgo. (10)

Dentro de los factores de riesgo vinculados a las características del individuo encontraremos la edad, sexo, características genéticas así como ciertas características de de su personalidad que lo harán más susceptible para desarrollar un trastorno en el consumo de alcohol. (11)

Respecto al sexo, el abuso en el consumo de alcohol es cinco veces más frecuente en hombres que en mujeres y generalmente los hombres son más propensos a beber de manera perjudicial y presentan mayor predisposición a general una dependencia o adicción al alcohol, pero, esta tendencia ha ido cambiando en los últimos años y la dependencia en las mujeres, aunque no es tan alta como en el caso de los hombres esta ha ido en aumento. La edad y el círculo social son dos factores de riesgo importantes para que el inicio del consumo de alcohol en edades tempranas lo cual aumentaría el riesgo o se consideraría un factor de mal pronóstico para aquellas personas que desarrollen dependencia a esta sustancia; la edad más susceptible para iniciar con el consumo de alcohol es la adolescencia; en donde nos encontramos en una etapa de constantes cambios tanto físicos, psicológicos, emocionales y la forma en la que nos relacionemos con el mundo. Esta etapa se caracteriza por una dificultad en el manejo de las emociones, crisis de valores, problemas de identidad, falta de límites, problemas en el autoestima, es común que se presente dificultad para la toma de decisiones frente a la presión de grupo por el deseo de ser aceptados, curiosidad, baja tolerancia a la frustración o baja tolerancia a situaciones de conflicto, puede existir o no un bajo rendimiento escolar, es por ello que la adolescencia se considera un factor de riesgo para el consumo y dependencia al alcohol. (12)

El riesgo de sufrir un trastorno por el consumo de cualquier sustancia tanto lícita como ilícita tiene un fuerte componente genético, esta relación puede llegar a ser hasta de un 50% a 60% del riesgo, aunque, las investigaciones también han demostrado que la salud de un individuo depende o es el resultado entre la interacción de sus genes y el medio en el que vive. Actualmente, aun no se logra identificar los polimorfismos genéticos específicos que podrían aumentar el riesgo o disminuirlo de desarrollar una dependencia. Sin embargo, se ha logrado identificar un polimorfismo en una de las enzimas encargadas de metabolizar el alcohol la alcohol deshidrogenasa 2 (ALDH 2) la cual al sufrir alteraciones predispone a que el alcohol no se metabolice de forma correcta lo cual incrementa los efectos adversos de la ingesta aguda de alcohol. Otro factor de transcripción es el CREB el cual se ha estudiado

en ratones y que sugiere que una sobreexpresión promueve ciertos aspectos de la adicción como la dependencia física y que puede afectar el sistema de recompensas. El conocer o identificar las bases biológicas de la acción nos permitirá ampliar los enfoques para el tratamiento. (13)

Otra de las características que forman parte de los factores de riesgo es la baja autoestima que es considerado un aspecto de la personalidad que más se deteriora a medida que avanza el proceso de adicción; la baja asertividad que se refiere a la incapacidad del individuo de expresar sus sentimientos y opiniones de forma sincera y clara así como la incapacidad de comportarse de acuerdo a sus propias ideas y hacer respetar sus derechos sin herir a los demás y la falta de conformidad con las normas sociales que se refiere a que los individuos tienden a transgredir las normas que regulan a nuestra sociedad. (14)

Algunos otros factores de riesgo del individuo puede ser su baja tolerancia a la frustración, la necesidad de aprobación social, dificultad para el manejo del estrés, bajo aprovechamiento escolar, el uso del tiempo libre en actividades facilitadoras de consumo, falta de habilidades sociales, falta de habilidades para tomar decisiones o resolver problemas, confusión en el sistema de valores que se refiere a la creencia acerca de una conducta y objeto. (15)

Sobre los factores de riesgo vinculados al contexto social, sabemos que nosotros como individuos nos encontramos en una búsqueda constante de nuestra propia identidad sin embargo, a través del contacto con los demás (familia y sociedad) aprendemos a realizar múltiples conductas en donde el consumo de alcohol es una de ellas y esta influido por múltiples procesos que no solo incluye aquellas conductas relacionadas con los individuos próximos a ellos y su grupo social sino también de las características de la sociedad en la que se vive por ello dentro de estos factores de riesgo encontramos la baja cohesión familiar, estilo educativo familiar, falta de comunicación familiar, consumo en el ámbito familiar, disfuncionalidad familiar, falta de integración escolar, consumo en el medio escolar así como lo relacionado en el ámbito laboral que incluye el ambiente laboral, el puesto de trabajo, el horario laboral así como los ritmos de trabajo demasiado intensos que incrementan el estrés laboral, sobrecarga de trabajo, etc y finalmente, algo muy importante es la disponibilidad de la sustancia, las actitudes sociales tolerantes hacia el consumo, la

falta de recursos o facilidades para el empleo saludable del tiempo libre, la publicidad de la sustancia entre otras. (16)

### **Factores de protección.**

Actualmente sabemos que aunque ciertos individuos están sometidos a ciertos factores de riesgo no desarrollan una dependencia al alcohol por lo cual sabemos que existe un mecanismo de riesgo – protección en el cual, los factores de protección que se definen como aquellas variables que contribuyen a prevenir, reducir o modular el consumo de alcohol, interactúan sobre los factores de riesgo ejerciendo una función protectora. (17)

Dentro de estos factores protectores podemos dividirlos en factores de protección familiar que incluye una comunicación asertiva, prescindir del consumo en el hogar, padres afectivamente cercanos, adecuada funcionalidad familiar, presencia de límites claros y aceptados. En los factores de protección escolares y laborales encontramos ausencia de la sustancia, buen ambiente escolar/laborar, integración o involucramiento de padres de familia en proyectos escolares, buena organización del trabajo y tareas con el fin de reducir el estrés y sobrecarga, promoción de valores hacia la salud, redes de apoyo, tiempos suficientes de descanso, adecuada interacción con compañeros y dentro de los factores de protección grupales y macrosociales encontramos la búsqueda de independencia de cada miembro, búsqueda de actividades enriquecedoras, generación de acciones comunitarias, búsqueda de estrategias que disminuyan la accesibilidad a la sustancia, normas políticas públicas adecuadas y promoción de la salud. (18).

### **Consecuencias del consumo de alcohol.**

El consumo de alcohol se ha relacionado con numerosos problemas de salud y es considerado un factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos que incluyen enfermedades infecciosas, cáncer, enfermedades endócrinas y metabólicas, mentales, neurológicas, cardiovasculares, digestivas, perinatales, etc sin embargo, hasta este momento se desconoce el mecanismo o los mecanismos fisiopatológicos que explican estos efectos adversos del consumo de alcohol pero se han propuesto varios mecanismos entre los que encontramos toxicidad directa del alcohol o de los productos resultantes de su metabolismo oxidativo y no oxidativo. (19)

Los efectos derivados del consumo de alcohol se pueden clasificar de acuerdo al tipo de trastorno que producen y estos dependerán del volumen y del patrón de consumo, por ejemplo: (20) .

Neoplasias: Incrementa riesgo de cáncer de labio, cavidad bucal, faringe, esófago, estómago, colon, recto, próstata, hígado, mama que se caracterizan por relacionarse con un consumo lineal excepto el cáncer hepático que incrementa el riesgo de forma exponencial. (21)

Enfermedades gastrointestinales, metabólicas y endócrinas: Incrementa el riesgo de cirrosis hepática, pancreatitis aguda, malnutrición, sobrepeso y obesidad, hiperuricemia y gota, relacionado con atrofia testicular e infertilidad, feminización por aumento de estrógenos a nivel plasmático, amenorrea, esterilidad, incrementa riesgo de aborto. (22)

Trastornos cardiovasculares: incrementa el riesgo de hipertensión, aumenta el riesgo de accidentes cerebrovasculares de tipo hemorrágico, incremento el riesgo de enfermedad coronaria (un consumo bajo posee efecto protector), incrementa el riesgo de daño en el músculo cardíaco lo que puede ocasionar miocardiopatías. (23)

Trastornos neuropsiquiátricos: 10 -15% de la persona con trastornos de ansiedad tienen trastornos por consumo de alcohol, incrementa el riesgo de epilepsia, es considerado un factor de riesgo para la depresión, se ha asociado a un incremento de riesgo de degeneración cerebral con disminución de la función cognitiva e incremento del riesgo de demencia, síndrome de Wernicke Korsakoff. Mielinolisis pontina central. (24)

Sistema inmune: el consumo de alcohol interfiere en las funciones normales del sistema inmune lo cual incrementa la susceptibilidad hacia ciertas enfermedades como neumonía, tuberculosis. (25)

Trastornos osteomusculares: incrementa el riesgo de padecer osteoporosis, alteraciones articulares, incrementa el riesgo de fracturas, alteraciones musculares. (26)

También, es bien conocido que el consumo de alcohol incrementa el riesgo de sufrir accidentes, en México según la Secretaria Técnica del Consejo Nacional Para la Prevención de Accidentes (CONAPRA) 30 por ciento del total de las muertes por accidentes de tránsito y en la vía pública se debe al consumo excesivo de alcohol; también indico que 70 por ciento de los peatones que fueron atropellados caminaban bajo los efectos del

alcohol, aunado a esto también existe una relación directa entre el consumo de alcohol y el riesgo de suicidio.(27)

### **Estrategias para disminuir el consumo de alcohol.**

A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud propuso la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol; en este documento invito a formar parte activa a los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud, así como la sociedad civil, sector privado y las instituciones sanitarias y de investigación con el fin de lograr los diferentes objetivos de esta estrategia permitiendo reducir las consecuencias tanto sanitarias como sociales causadas por el uso nocivo de alcohol. En esta estrategia la OMS propone 10 esferas de acción recomendadas las cuales se complementan entre si; La esfera 1 propone la formulación de diferentes estrategias, planes de acción para reducir el consumo nocivo así como la designación de un organismo que se encargue del seguimiento de las diferentes políticas, estrategias y planes nacionales con el fin de aumentar el conocimiento sobre los daños que el consumo de alcohol causa evitando la estigmatización y desalentando la discriminación a las personas y grupos afectados. La esfera 2 abarca a los servicios de salud en donde propone la ampliación de la capacidad de los sistemas e salud para ofrecer servicios de prevención, tratamiento y atención a los trastornos por consumo de alcohol o inducidos por el alcohol, propone apoyo a las iniciativas de detección y las intervenciones breves relacionadas con el consumo peligroso o nocivo de alcohol en la atención primaria, propone reforzar la capacidad para a prevención y detección de casos de personas o familias que viven con este problema y creación de estrategias para la prevención, tratamiento y atención de este trastorno y sus comorbilidades. Las esferas 3 y 4 hablan sobre las acciones comunitarias y las políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol en las cuales señalan la necesidad de fomenta un mayor reconocimiento de los daños relacionados con el alcohol así como la necesidad de fomentar y coordinar acciones comunitarias para la reducción del uso nocivo y la prevención de la venta de alcohol a los menores de edad y la formación de programas de apoyo en las comunidades a las personas afectadas y su familia; en el medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol propone una política de cero tolerancia para el alcohol al volante que implica un incremento en los puntos de control y pruebas de alcoholemia aleatorias, suspensión administrativa del permiso de conducir, programas obligatorios de asesoramiento y tratamiento para los conductores, organización de campañas de concienciación y promoción de formas de transporte alternativas. Las políticas de disponibilidad de alcohol, marketing de las bebidas de alcohol y sus políticas de precio se encuentran en las esferas

6,7 y 8 respectivamente en ellas se habla sobre la regulación en los días, horarios de apertura, regulación de número y ubicación de puntos de venta; propone establecer una edad mínima apropiada para la compra y consumo de bebidas alcohólicas y la adopción de políticas que impidan la venta a personas en estado de ebriedad y considera la posibilidad de implementar mecanismo para exigir responsabilidad a vendedores ; a nivel de marketing propone la creación de un reglamento del marketing en donde se prohíba la promoción en relación con actividades dirigidas a jóvenes, una regulación del contenido y magnitud del mismo; finalmente sobre las políticas de precios proponen establecer régimen de impuestos nacionales específicos, prohibición de precios promocionales o rebajar, la creación de un precio mínimo y la facilitación de incentivos de precios en relación con las bebidas no alcohólicas. Otro de los puntos que aborda esta estrategia es sobre la mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica proponiendo medidas que disminuyan los daños relacionados con el consumo perjudicial de alcohol en donde entre otras cosas proponen la reducción del contenido alcohólico de diferentes bebidas, leyes que impidan servir alcohol hasta la intoxicación del bebedor y de responsabilidad legal por las consecuencias de los daños resultantes de la intoxicación causada por servir alcohol, etiquetado de las bebidas alcohólicas que indiquen los daños así como provisión de atención y abrigo necesarios a las personas con intoxicación. Finalmente, las últimas dos estrategias nos hablan sobre la reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito en donde proponen una regulación de la venta de alcohol de producción informal y mayor vigilancia sobre la producción de este y también sobre el seguimiento y vigilancias a todos estos programas y actividades con la creación de entidades o instituciones. (29)

En México son varias las estrategias y organizaciones que buscan fomentar la prevención sobre el consumo de alcohol, sin embargo, al ser comparado este problema con otros problemas de salud es visto como un tema no prioritario lo cual influye de forma importante en la calidad de atención y la estigmatización para aquellas personas y familias que buscan atención por este problema. (30)

Actualmente en nuestro país contamos con 400 unidades especializadas para atender a personas consumidoras de sustancias y a sus familiares, 45 Centros Integrales de Salud Mental y tres hospitales psiquiátricos federales. También existen 120 Centros de Integración Juvenil (CIJ), de los cuales 106 son de prevención y tratamiento, 11 de hospitalización, dos atienden a usuarios de heroína y uno más está dedicado a población

infantil, en los 32 estados de la República existen las Comisiones Estatales contra las Adicciones (CECA) y los Centros de Atención Primaria contra las Adicciones (CAPA) que también se encargan de realizar diversas actividades con la población con la finalidad de brindar información, asesoría, evaluación y referencia de aquellas personas que tengan problemas relacionados con el consumo de alcohol. (31)

El Instituto Mexicano de la Juventud (INJUVE) a través del Programa Nacional de Juventud (PROJUVENTED) busco impulsar una política de salud preventiva principalmente en la población juvenil presentando ciertas acciones como la coordinación de programas que brinden información sobre las adicciones de tabaco, alcohol y drogas ilegales y busca impulsar la creación de entornos comunitarios y saludables con el apoyo de jóvenes; también a través de la Dirección de Salud, Equidad y Servicios de Jóvenes imparte pláticas en escuelas sobre este problema y orientan a quienes padecen problemas de alcoholismo.(32)

En el año 2018 el Gobierno publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto que establece el 15 de noviembre como “Día Nacional contra el Uso Nocivo de Bebidas Alcohólicas” esto se creó con el propósito de concientizar a la población sobre los efectos negativos que ocasiona el consumo de alcohol, principalmente en niños y adolescentes y al igual que INJUVE busca fomentar actividades cívicas, deportivas y culturales que contribuyan a luchar contra el alcoholismo. (33)

Actualmente, las autoridades Federales en México trabajan para homologar el marco jurídico nacional en materia de comercialización, publicidad, expedición de licencias para la venta de alcohol siguiendo las recomendaciones que la OMS propuso en la “Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud para reducir el uso nocivo de alcohol” (34)

En el marco de la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones Juntos por la Paz la cual se realizó el año en curso, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado buscan cambiar el enfoque a las salud mental en donde se favorezcan los factores de protección que reduzcan o eviten el riesgo de inicio en el consumo de sustancias lícitas o ilícitas asimismo, buscan capacitar al personal de las unidades de atención primaria para el reconocimiento de los factores de riesgo, determinantes sociales, emocionales y culturales que hacen vulnerables a las personas a iniciar el consumo de sustancias. En el caso particular del IMSS desarrollo una Programa de Prevención de Adicciones y Violencia del

cual se desprende la estrategia “Decisión sin Adicción” en la cual participan 12 delegaciones del Instituto en donde se presenta una intervención multisensorial, interactiva y digital de cine educativo Adicto a la vida, a través de la cual se han atendido 43 mil 523 personas y en las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales se desarrollan actividades tanto educativas, recreativas y culturales dirigidas tanto a adolescentes, madres y padres como maestros y maestras con el fin de que identifiquen los cambios de humor, conducta o hábitos y que puedan canalizarlos a las instituciones especializadas. (35)

### **Instrumento.**

La aplicación de diferentes cuestionarios para la identificación de trastornos asociados al consumo de alcohol resulta de utilidad para identificar casos potenciales de consumo de riesgo o perjudicial o probable dependencia al alcohol permitiendo que el primer nivel de atención pueda identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo. (36)

La prueba de identificación de trastornos relacionados con el consumo de alcohol (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test) fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud en el año de 1982 el cual tiene como objetivo la detección temprana de personas con problemas de alcohol identificando el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol así como una posible dependencia. Este test ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países incluido México y fue diseñado específicamente para el personal de atención primaria, es breve y rápido y esta centrado en el consumo reciente de alcohol. (37)

El test de Audit consta de 10 preguntas que evalúan 3 dominios los cuales son consumo de riesgo de alcohol, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol. En el primer dominio, consumo de riesgo de alcohol (pregunta 1, 2 y 3), el cual se evalúa en las primeras 3 preguntas estudia la frecuencia de consumo, cantidad típica y frecuencia de consumo elevado; en el segundo dominio, síntomas de dependencia, evaluados en las preguntas 4, 5 y 6 en donde se evalúan los síntomas de dependencia mediante las preguntas de pérdidas del control sobre el consumo, aumento de la relevancia del consumo y sobre consumo matutino; finalmente el último dominio abarca información sobre el consumo perjudicial en donde evalúa la presencia de sentimientos de culpa tras el consumo, laguna de memoria,, lesión relacionadas con el alcohol y que otros se preocupen sobre el consumo. (38)

## 2. JUSTIFICACION

Actualmente, el Programa Nacional de Salud y los programas prioritarios de atención, contemplan el tema de desórdenes en el consumo de alcohol como áreas de prioridad de atención por nuestro sistema de salud.

Según la OMS anualmente se producen 3 millones de muertes a nivel mundial debido al consumo perjudicial de alcohol y el consumo de alcohol se encuentra dentro de los diez factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad generando grandes pérdidas económicas.

En México, en el año 2015, el consumo de alcohol provocó 44, 700 muertes (6.5% del total) y 5.2% (1.5 millones) de los años de vida saludables perdidos (AVISA) en México.

Actualmente, el consumo perjudicial se define como un patrón de consumo de alcohol que conlleva consecuencias para la salud física, mental así como consecuencias sociales del que consume la sustancia y que su forma de consumo suele ser criticada por terceras personas

El Test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) esta es una herramienta de evaluación que nos permite identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol proporcionando un área de trabajo para realizar intervenciones dirigidas a los bebedores de riesgo para que estos puedan reducir o abandonar el consumo de alcohol con la finalidad de evitar las consecuencias perjudiciales.

El consumo de bebidas alcohólicas es una práctica normalizada en la cultura mexicana, actualmente los indicadores epidemiológicos muestran que el consumo de alcohol ha aumentado en los último 10 años, al igual que los problemas asociados a esta práctica. Por ello, es importante detectar los patrones de consumo que existen en nuestra unidad para realizar estrategias de prevención y al detectar caso de consumo perjudicial realizar prevención secundaria para evitar mayores complicaciones físicas, sociales y familiares en el individuo.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo perjudicial y la dependencia al alcohol ha ido en aumento en muchos países tanto desarrollados como en vías de desarrollo y es un problema de salud pública cuya etiología incluye factores genéticos, psicosociales, ambientales. Actualmente existen muchos problemas asociados al consumo perjudicial y dependencia al alcohol como intoxicaciones, accidentes, conductas violentas, cirrosis, hepatitis, alteraciones neurológicas entre otros, sin embargo, existen barreras para la identificación de estos pacientes en el primer nivel de atención. Por estos hechos es que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia del consumo perjudicial de alcohol en adultos de 18 a 60 años, atendidos en el primer nivel de atención del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

## **4. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Evaluar la frecuencia del consumo perjudicial de alcohol en adultos de 18 a 60 años atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

### **OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Analizar la distribución de consumo perjudicial de alcohol por grupo de edad y sexo.
- Evaluar las diferencias del consumo perjudicial de alcohol por grupo de edad
- Asociar el consumo perjudicial de alcohol con el tipo de ocupación.
- Analizar la distribución de consumo perjudicial de alcohol por nivel de escolaridad.

## 5. HIPOTESIS

Las hipótesis en este estudio se realizan por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no requieren el desarrollo de estas. Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

### **Hipótesis nula ( $H_0$ )**

- En los adultos de 18 a 60 años atendidos en el primer nivel de atención del HGZMF No.8 no existe consumo perjudicial de alcohol.

### **Hipótesis alterna ( $H_1$ )**

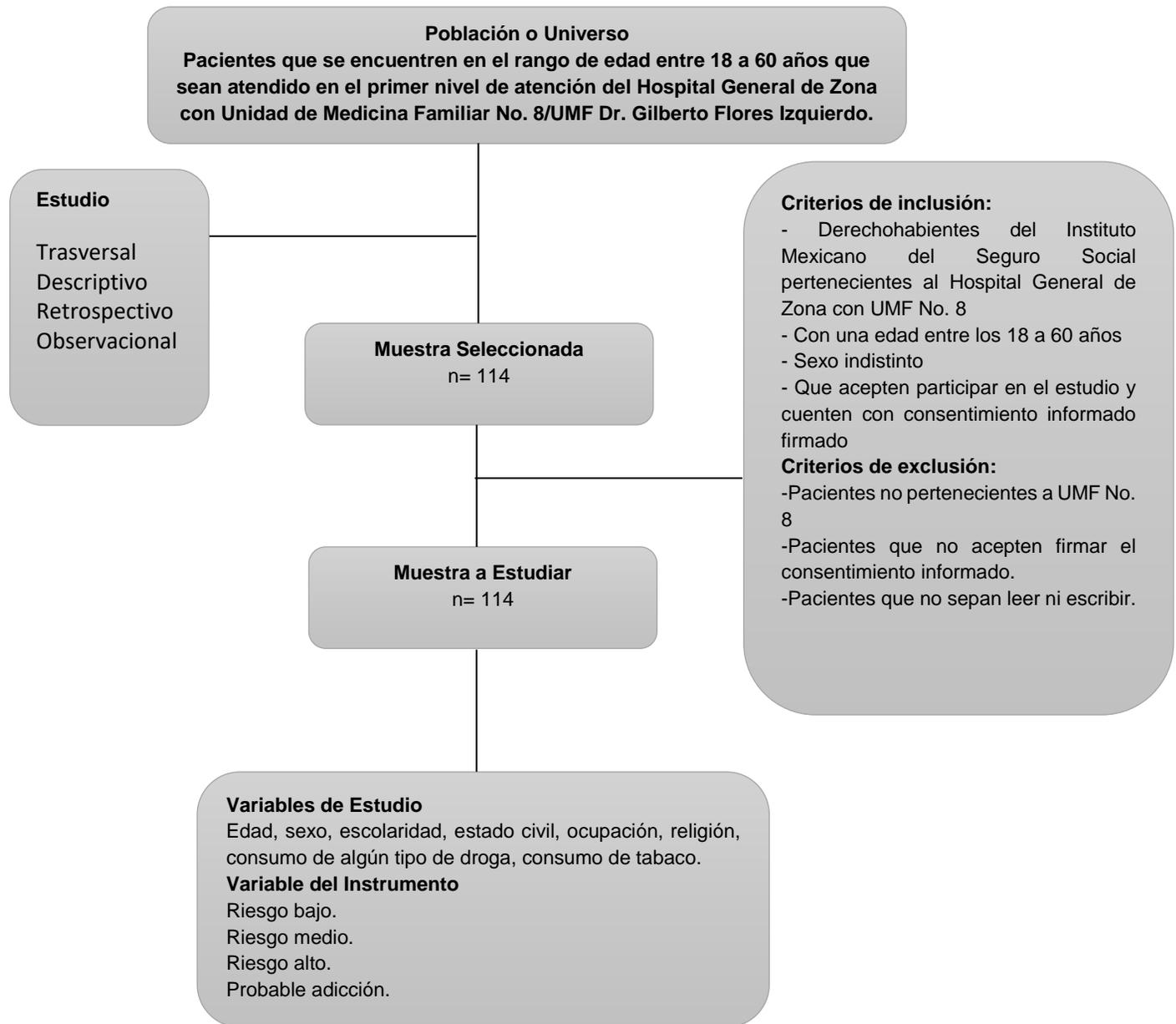
- En los adultos de 18 a 60 años atendidos en el primer nivel de atención del HGZMF No.8 existe consumo perjudicial de alcohol.

## 6. Tipo de investigación:

Este es un estudio descriptivo, trasversal, retrospectivo, observacional

- a) Desde el control de las variables o el análisis y el alcance de los resultados:  
**Descriptivo.**
- b) Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio:  
**Transversal.**
- c) De acuerdo con el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **Retrospectivo.**
- d) Conforme con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analizara:  
**Observacional.**

## 7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Dra. Daniela Olivos Cruz

## 8. MUESTRA

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para un estudio descriptivo de una variable dicotómica la muestra necesaria será de 114 pacientes con un intervalo de confianza de 95%. Con una proporción del 0.05, con una amplitud total de confianza de 0.10

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

### DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA TIPO CUALITATIVO.

n= Tamaño muestral

Z alfa= valor correspondiente a la distribución de Gauss: 1.96 para alfa-0.05 y 2.58 para alfa-0.01

d= Precisión absoluta con la que se generalizan los datos. Es la distancia máxima de error que el investigador está dispuesto a aceptar, con respecto a la media verdadera de la población. Error que se prevé cometer (4%)

p= prevalencia esperada a evaluar (en este caso 5% = 0.05).

q= Proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 – p (en este caso 1 – 0.05 = 0.95).

## 9. UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

### **POBLACIÓN O UNIVERSO:**

Población urbana, derechohabiente de HGZ/UMF8, adultos que se encuentren en el rango de edad de 18 a 60 años

### **LUGAR:**

La investigación se realizó en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 8 “Gilberto Flores Izquierdo”, en la Colonia Tizapán San Ángel, Delegación Álvaro Obregón. Del 1 de marzo del 2019 a febrero 2022.

### **TIEMPO:**

Marzo de 2020 – febrero de 2022.

## **10. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

1. Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social pertenecientes al HGZ/UMF No. 8
2. Con una edad entre los 18 a 60 años.
3. Femenino o masculino
4. Que acepten participar en el estudio y cuenten con consentimiento informado firmado

## **CRITERIOS DE EXCLUSION**

1. Pacientes no pertenecientes de la UMF. No. 8
2. Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado.
3. Pacientes que no sepan leer y escribir.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

1. Pacientes que contesten de forma inadecuada o incompleta el instrumento de evaluación.
2. Pacientes que no se encuentren en el rango de edad de 18 a 60 años.

## 11. VARIABLES

### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Edad
2. Edad en rangos
3. Sexo
4. Ocupación
5. Escolaridad
6. Estado civil

### VARIABLES DE LA PATOLOGÍA:

1. Riesgo bajo
2. Riesgo medio
3. Riesgo alto
4. Probable adicción.

### VARIABLES DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:

1. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol

## ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES

### VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Escolaridad
- Estado civil
- Religión

### VARIABLE DEPENDIENTE:

- Consumo de alcohol
- Consumo de drogas
- Tabaquismo
- Consumo de alcohol representa alguna interferencia en su vida

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.

### VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.
Genero	En su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo.
Religión	Actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.
Escolaridad	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

## VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Sexo	Cualitativa	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Carrera técnica 5. Licenciatura 6. Posgrado 7. Ninguna
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. Empleado 2. Pensionado 3. Estudiante
Religión	Cualitativa	Nominal	1. Católico 2. Cristiano 3. Testigo 4. Ninguna
Estado Civil	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión Libre 4. Viudo 5. Divorciado
Fumador	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Consumo Drogas	Cualitativa	Nominal	1. SI 2. No
Interfiere su consumo con su vida	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No

## VARIABLE DEL INSTRUMENTO

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
Escala AUDIT	Cuantitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Riesgo Bajo (0-7 puntos)</li><li>2. Riesgo Medio (8 -15 Puntos)</li><li>3. Riesgo Alto (16 – 19 puntos)</li><li>4. Probable Adicción (20 – 40 puntos)</li></ol>

## **12. DISEÑO ESTADÍSTICO**

Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM® SPSS® Statistics versión 20. Para el análisis demográfico se usaron medidas de tendencia central y para el contraste de variables se utilizaron pruebas de  $\chi^2$  o T de student acorde al tipo de variables a contrastar, así como ANOVA de un factor con post-hoc de Tukey.

### **13 METODO DE RECOLECCIÓN**

La recolección de muestras y su procesamiento se llevó a cabo por la investigadora de la tesis, Dra. Daniela Olivos Cruz en el HGZ/UMF8. Previo acuerdo con las autoridades del HGZ/UMF 8 del IMSS y con la aprobación del proyecto de investigación.

Se procedió a la selección de los pacientes (de acuerdo con los criterios de inclusión) que acudían a consulta externa de primer nivel del HGZ/UMF No. 8.

Se aplicó el cuestionario para obtener el riesgo sobre consumo de alcohol en el Cuestionario AUDIT a los pacientes seleccionados previa información del tipo de estudio y la importancia de este solicitando inicialmente la firma de consentimiento informado.

El tiempo para resolver el test fue de 20 minutos. De igual manera se creó una hoja de recolección de datos donde se registraron las variables sociodemográficas y de la enfermedad, la recolección se realizó en un tiempo aproximado de 5 minutos.

Posteriormente se llevó a cabo la recolección de las encuestas, y el concentrado de la información en una hoja de trabajo de Excel, para realizar su análisis y aplicación de pruebas estadísticas en el programa SPSS 21.

## 14. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

### Control de sesgos de información:

- Se realizó una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.
- Se utilizaron artículos recientes en fuentes bibliográficas reconocidas.

### Control de sesgos de medición:

- Se utilizó el cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0.98 intra-observador y mayores de 0.88 Inter-observador.

### Control de sesgos de selección:

- Se evaluó cuidadosamente las implicaciones en la selección de los participantes, para el estudio.
- Se calculó el tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una población de 114 pacientes, con un intervalo de confianza del 95%.
- Se eligieron grupos representativos en base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

### Control de sesgos de análisis:

- Se corroboró que el instrumento no tenga errores de redacción.
- Se verificó que el paciente sepa leer, escribir y no tenga problemas visuales.
- Se aseguró que el paciente no sea ayudado por terceras personas.
- Se utilizó un diccionario para disipar las dudas.
- El examinador explicó a el sujeto, sus dudas siendo este quien señale sus percepciones u opiniones.
- Se registraron y analizaron los datos obtenidos de los cuestionarios correctamente, excluyendo los cuestionarios que se encuentren sin concluir.
- Se tuvo suma cautela en la interpretación de los datos que se recabaron.



## **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO**

**RECURSOS FÍSICOS:** Instalaciones de la sala de espera de la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/UMF No.8, IMSS.

**RECURSOS MATERIALES:** Equipo de cómputo, impresora, lápices, plumas de tinta negra, hojas de papel blanco, fotocopidora, USB para almacenar datos, copias del instrumento que se aplicó.

**RECURSOS HUMANOS:** Entrevistador: Residente de Medicina Familiar Dra. Daniela Olivos Cruz , así como asesores metodológicos y clínicos de la presente tesis.

**FINANCIAMIENTO:** Todos los gastos para la realización del este estudio serán financiados por la Residente de Medicina Familiar Dra. Daniela Olivos Cruz.

## 16. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

La presente tesis de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud en México. Se apega a la NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Se integra la carta de consentimiento informado de la tesis denominado **“EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DEL CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL EN ADULTOS DE 18 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL HGR/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO MEDIANTE EL CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL”**

### Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

## **Ley General de Salud**

Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 13 Inciso A, Fracción I, 14 y 96 de la Ley General de Salud, 5o. Inciso A y 113 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y Artículo 22 Fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Se integra la carta de consentimiento informado del proyecto de investigación

El estudio estuvo bajo la consideración del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Se dio a los participantes la información referente a los propósitos generales del estudio garantizando la confidencialidad de la información. Se integra la carta de consentimiento informado de la tesis con el título **“EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DEL CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL EN ADULTOS DE 18 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL HGR/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO MEDIANTE EL CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL”**

## 17. RESULTADOS.

En el estudio realizado se analizaron a 116 pacientes entre 18 a 60 años de edad en el HGZ/MF No 8 encontrándose una media de 42, mediana de 42.50, moda de 49 años, rango de 40 años, mínimo de 20 años y máximo de 60 años.

En el apartado de género se observó que 68 (58.6%) fueron masculino y 48 fueron femenino (41.4%). (Ver tabla y gráfica 1)

Sobre la escolaridad reportada en nuestra población encontramos que 7 (6.0%) tienen escolaridad primaria, 12(10.3%) secundaria, 23 (19.8%) con carrera técnica, 46 (39.7%) licenciatura y finalmente 13 (11.2%) posgrado. (ver tabla y gráfica 2)

En el grupo de ocupación se reportó que 98 (84.5%) son empleados, 10 (8.6%) son pensionados y 8 (6.9%) son estudiantes. (ver tabla y gráfica 3)

En el rubro de religión se analizó que 89 (76.7%) pacientes con religión católica, 11 (9.5%) con religión cristiana, 3 (2.6%) son testigos de Jehová y 13(11.2%) no profesan ninguna religión. (ver tabla y gráfica 4).

De acuerdo con el estado civil encontramos que 46 (39.7%) se encuentran solteros, 36 (31.0%) se encuentran casados, 28 (24.1%) en unión libre, 2 (1.7%) son viudos y finalmente 4 (3.4%) son divorciados. (ver tabla y gráfica 5)

Al analizar los datos sobre consumo de tabaco, encontramos que 48 (41.4%) son fumadores activos mientras que 68 (58.6%) no consumen tabaco. (ver tabla y gráfica 6)

Sobre el apartado de consumo de drogas se reportó que 26 (22.4%) pacientes han consumido algún tipo de droga a lo largo de su vida y 90 (77.6%) no han consumido ningún tipo de droga a lo largo de su vida. (ver tabla y gráfica 7)

Respecto a lo encontrado sobre la percepción de cada paciente sobre la interferencia en su vida por su consumo de alcohol analizamos que 16 (13.8) reportaron que su consumo de alcohol ha interferido en su vida y 100 (86.2%) reportó que no ha interferido en su vida. (ver tabla y gráfica 8)

En lo encontrado sobre la frecuencia en el patrón de consumo según la escala de AUDIT encontrado en nuestra unidad se reportó que 7(6.0%) presentan una probable adicción, 6 (5.2%) un riesgo alto, 21 (18.1%) un riesgo medio y 82 (70.7%) un riesgo bajo. (ver tabla y gráfica 9)

Al analizar el rubro de grupos de riesgo según AUDIT y grupo de edad encontramos que en nuestra población analizada en el rango de 20 a 29 años (24 pacientes) 17 presentan un riesgo bajo, 6 riesgo medio, 1 riesgo alto y ningún paciente presentó una probable adicción; en el grupo de edad de 30 a 39 años (22 pacientes) se reportó que 14 presentan un riesgo bajo, 5 un riesgo medio, 1 un riesgo alto y 2 una probable adicción; en el grupo de 40 a 49 años (39 pacientes) encontramos que 3 presentan una probable adicción, 4 un

riesgo medios y 32 un riesgo bajo; en el rango de 51 a 59 años (29 pacientes) se reportó que 17 presentaban un riesgo bajo, 6 un riesgo medio, 4 un riesgo alto y 2 una probable adicción y finalmente, en aquellas personas con 60 años cumplidos (2 pacientes) al momento de la encuesta 2 presentaban un riesgo bajo según la clasificación de la escala de AUDIT. (ver tabla y gráfica 10)

En el rubro de grupos de riesgo según AUDIT y género encontramos que 68 pacientes pertenecían al género masculino de los cuales 7 presentaban una probable adicción, 5 un riesgo alto, 19 un riesgo medio y 36 un riesgo bajo; en el género femenino se analiza a 48 pacientes quienes 2 presentaron un riesgo medio y 46 un riesgo bajo. (Ver tabla y gráfica 11)

En el apartado de grupo de riesgo y escolaridad se encontró 7 pacientes tenían escolaridad primaria de los cuales 5 (4.3%) presentaban un riesgo bajo, 1(0.9%) un riesgo medio y 1(0.9%) probable adicción; en secundaria se analizaron a 12 (10.3%) pacientes, 9 (7.8%) presentaban un riesgo bajo, 2(1.7%) riesgo medio y 1 (0.9%) probable adicción; en preparatorio se analizaron a 23(19.8%) pacientes de los cuales 13(11.2%) presentaban un riesgo bajo, 6(5.2%) riesgo medio, 3(2.6%) riesgo alto, 1(0.9%) probable adicción. En el rubro de carrera técnica se analizaron a 15(12.9%) pacientes de los cuales 11(9.5%) presentaban un riesgo bajo, 3 (2.6%) riesgo medio, 1 (0.9%) probable adicción; en el rubro de licenciatura se analizaron 46 (39.7%) pacientes de los cuales 33 (28.4%) presentaban un riesgo bajo, 8 (6.9%) riesgo medio, 3 (2.6%) riesgo alto y 2 (1.7%) probable adicción y finalmente en el grupo de posgrado se analizaron a 13 (11.2%) pacientes quienes 11 (9.5%) presentaron un riesgo bajo, 1 (0.9%) riesgo medio y 1(0.9%) probable adicción. (ver tabla y gráfica 12)

En la variable de grupo de riesgo y ocupación encontramos que en el grupo de empleados 70 (85.4%) presentaron un riesgo bajo, 17 (81%) riesgo medio, 4(66,7%) riesgo alto y 7 (100%) una probable adicción. En el grupo de pensionados se analizaron a 10 pacientes (8.6%) de los cuales 6 (7.3%) presentaron riesgo bajo, 3(14.3%) riesgo medio y 1(16.7%) riesgo alto, finalmente en el grupo de estudiantes en donde se analizaron a 8 pacientes (6.9%) 6 (7.3%) presentaron un riesgo bajo, 1 (4.8%) riesgo medio y 1 (16.7%) riesgo alto. (ver tabla y gráfica 13).

En la categoría de religión y grupo de riesgo encontramos que 4(57.1%) con probable adicción, 6(100%) con riesgo alto, 17(81%) con riesgo medio, 62(75.6%) riesgo bajo con religión católica; 9(11%) con riesgo bajo, 2(9,5%) con riesgo medio con religión cristiana; en pacientes testigos de Jehová se encontró 1(14.3%) con probable adicción, 1(1.2%) riesgo bajo, 1 (4.8%) con riesgo medio y finalmente en aquellos que no profesan ninguna religión 10(12.2%) riesgo bajo, 1 (4.8%) riesgo medio, 2(28.6%) probable adicción. (ver tabla y gráfica 14)

En la sección de estado civil y grupo de riesgo se analizó que 46 (39.7%) de los encuestados son solteros de los cuales 3(42.9%) presentan una probable adicción, 3(50%) un riesgo alto, 7 (33.3%) riesgo medio y 33 (40.2%) riesgo bajo; en el grupo de casados se analizaron a 36 (31%) pacientes en donde se encontró que 27(32.9%) presentaba un riesgo

bajo, 6(28.6%) riesgo medio, 1(16.7%) riesgo alto, 2 (28.6%) probable adicción. Respecto a los que se encuentran en unión libre (28, 24.1%) se encontró que 17 (20.7%) presentan un riesgo bajo, 7(33.3%) riesgo medio, 2(33.3%) riesgo alto y 2(28.6%) probable adicción. En el grupo de viudos se encontró que 1(1.2%) presenta riesgo bajo y 1(4.8%) riesgo medio y finalmente en el grupo de divorciados donde se analizaron a 4 (3.4%) estos se encontraban en riesgo bajo (4.9%). (ver tabla y gráfica 15)

Respecto al tabaquismo y grupo de riesgo encontramos que 48(41.4%) pacientes son fumadores activos de los cuales 27 (32.9%) presentan un riesgo bajo, 10 (47.6%) riesgo medio, 4(66.7%) riesgo alto y 7 (100%) una probable adicción; mientras que en el grupo de no fumadores analizamos a 68 (58.6%) pacientes 55(67.1%) con riesgo bajo, 11(52.4%) riesgo medio, 2 (33.3%) riesgo alto. (ver table y gráfica 16)

Al analizar la relación entre el consumo de drogas alguna vez en su vida y el grupo de riesgo encontramos que 26 (22.4%) de los pacientes habían consumido algún tipo de droga a lo largo de su vida de los cuales 11(13.4%) con riesgo bajo, 9 (42.9%) con riesgo medio, 2 (33.3%) riesgo alto y 4(57.1%) con probable adicción; de aquellos que nunca habían consumido algún tipo de droga se analizaron a 90 (77.6%) reportando que 71 (86.6%) presentaban un riesgo bajo, 12(57.1%) riesgo medio, 4(66.7%) riesgo alto y 3 (42.9%) probable adicción. (ver table y gráfica 17)

Dentro de nuestro estudio se analizo si los pacientes percibían alguna interferencia en algún aspecto de su vida relacionado con su consumo de alcohol, se encontró que 16 (13.8%) pacientes percibieron que su consumo de alcohol interfería con su vida de los cuales 4(4.9%) presentaban un riesgo bajo, 4 (19%) riesgo medio, 2(33.3%) riesgo alto y 6 (85.7%) probable adicción; y en el grupo que no percibía ningún tipo de interferencia se analizaron a 100 (86.2%) pacientes quienes 78 (95.1%) se encontraban en un riesgo bajo, 17 (14.7%) en un riesgo medio, 4 (66.7%) en un riesgo alto y 1 (14.3%) con probable adicción. (ver tabla y grafica 18)

Se agruparon las variables en grupos de edad, para así poder establecer niveles de consumo de acuerdo con el AUDIT (Tabla 6 y Gráfica 3), encontrándose que el grupo con probable adicción con mayor cantidad de sujetos se encontraba de 40-49 años (n=3, 2.5%), seguido de las edades de 30-39 años y de 51-59 años (n=2, 1.7%).

Se analizo la frecuencia de consumo con base en la escala de AUDIT (Tabla 7, Grafico 3) en relación con el género encontrando que el consumo mediante AUDIT promedio en el género masculino (n=68) fue de  $9.21 \pm 8.29$ , y en el femenino (n=48) fue de  $2.15 \pm 2.53$  en la estatificación en la escala de AUDIT por grupos de riesgo, se encontró que aquellos con mayor probabilidad de adicción (n= 7, 0.6%) y de riesgo alto se encontraban en el género masculino (n= 6, 0.5%), mediante una prueba de chi cuadrada se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el consumo por AUDIT entre el género masculino y el género femenino ( $p < 0.001$ ).

Se realizó un ANOVA de un factor para determinar alguna diferencia en relación al consumo por grupos de edad, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.404$ ).

Para establecer una asociación entre el consumo de alcohol mediante los resultados de AUDIT y la ocupación se utilizó una correlación de Pearson sin encontrarse resultados estadísticamente significativos ( $p=0.144$ ). Se analizó la distribución de consumo de alcohol de acuerdo con los niveles de riesgo de AUDIT por nivel de escolaridad (Grafico 5), en la cual el mayor consumo se daba a nivel licenciatura y preparatoria (Tabla 8), al realizarse el análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrada no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.856$ ).

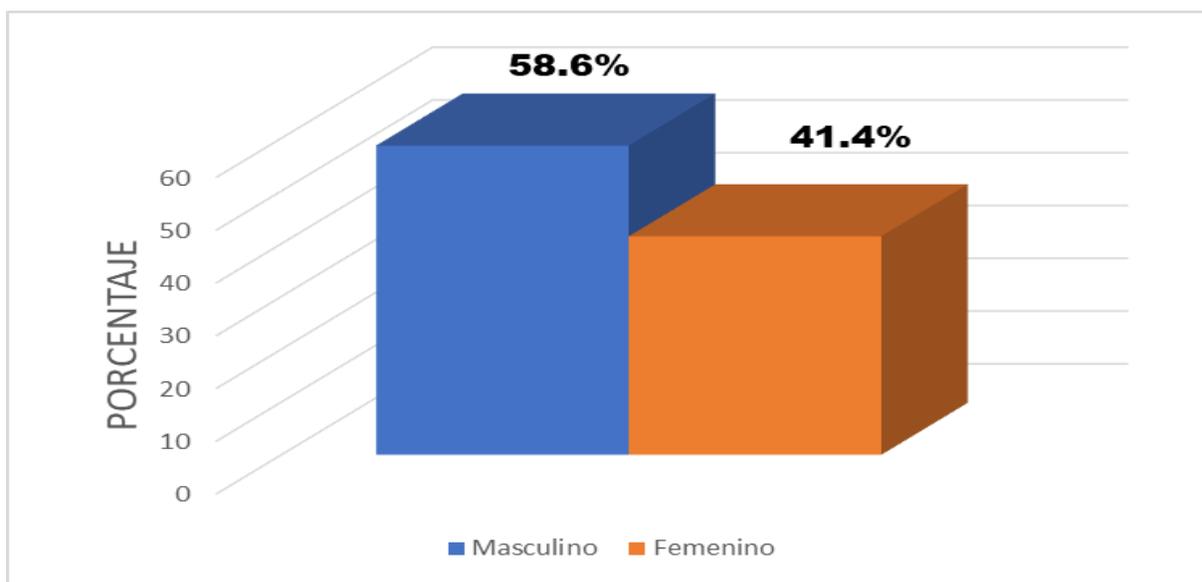
## 18. TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1. Género reportado en pacientes entre 15 a 60 años en el HGZ/MF No 8.

<u>Género</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
<b>Masculino</b>	68	58.6
<b>Femenino</b>	48	41.4

Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol" 2021.

Gráfica 1. Género reportado en pacientes entre 15 a 60 años en el HGZ/MF No. 8.



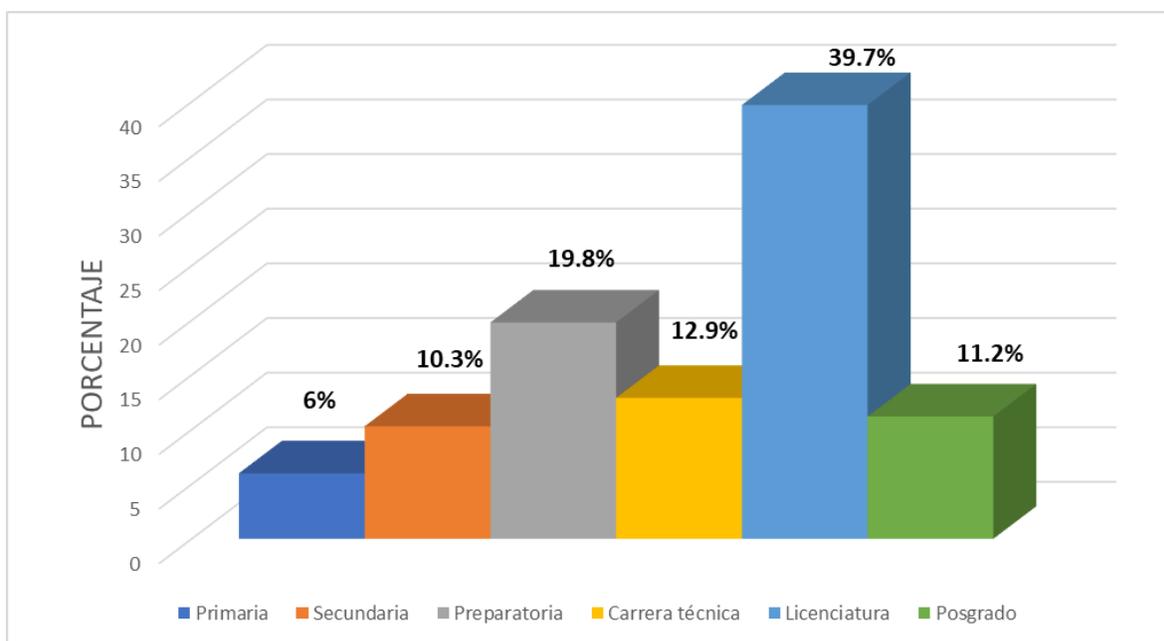
Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol" 2021.

Tabla 2. Escolaridad reportada en pacientes entre 15 a 60 años en el HGZ/MF No. 8.

<u>Escolaridad</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
<b>Primaria</b>	7	6,0
<b>Secundaria</b>	12	10,3
<b>Preparatoria</b>	23	19,8
<b>Carrera técnica</b>	15	12,9
<b>Licenciatura</b>	46	39,7
<b>Posgrado</b>	13	11,2

Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol" 2021.

Gráfica 2. Escolaridad reportada en pacientes entre 15 a 60 años en el HGZ/MF No. 8.



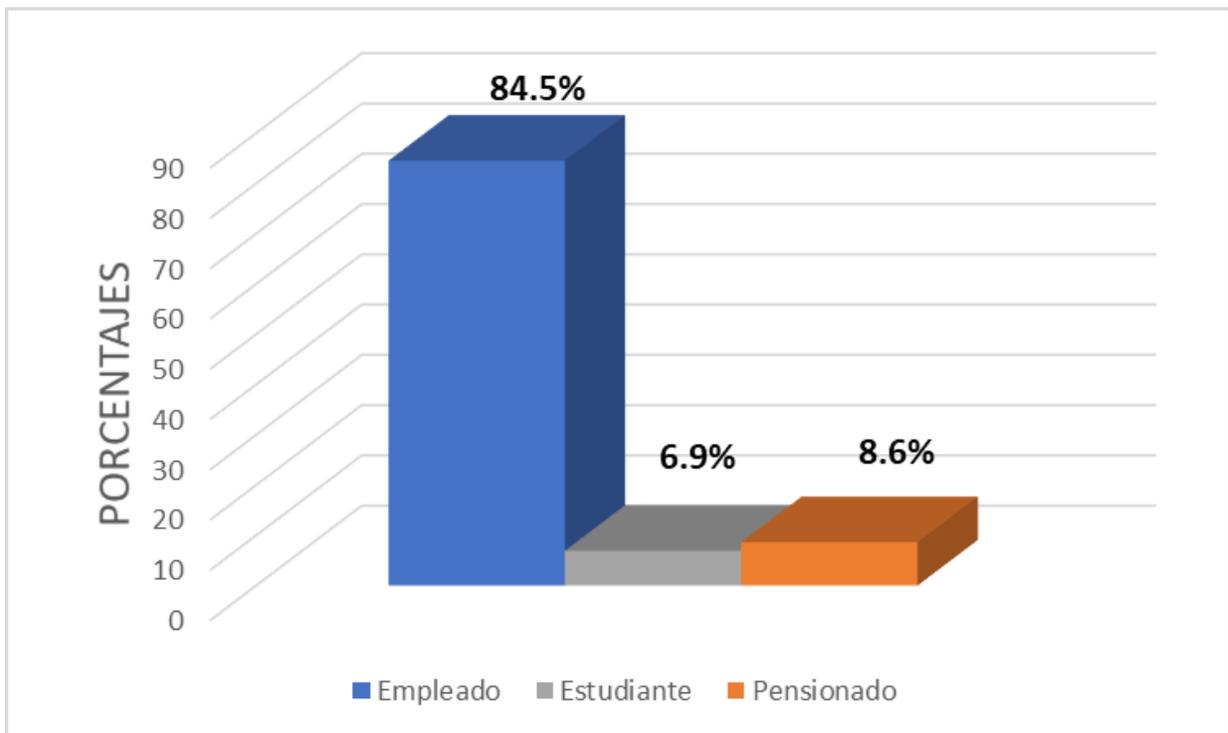
Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol" 2021.

Tabla 3. Ocupación reportada en pacientes entre 15 a 60 años en el HGZ/UMF No. 8.

<u>Ocupación</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
<b>Empleado</b>	98	84,5
<b>Pensionado</b>	10	8,6
<b>Estudiante</b>	8	6,9

Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 a 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol" 2021.

Gráfica 3. Ocupación reportada en pacientes entre 15 a 60 años en el HGZ/UMF No. 8.



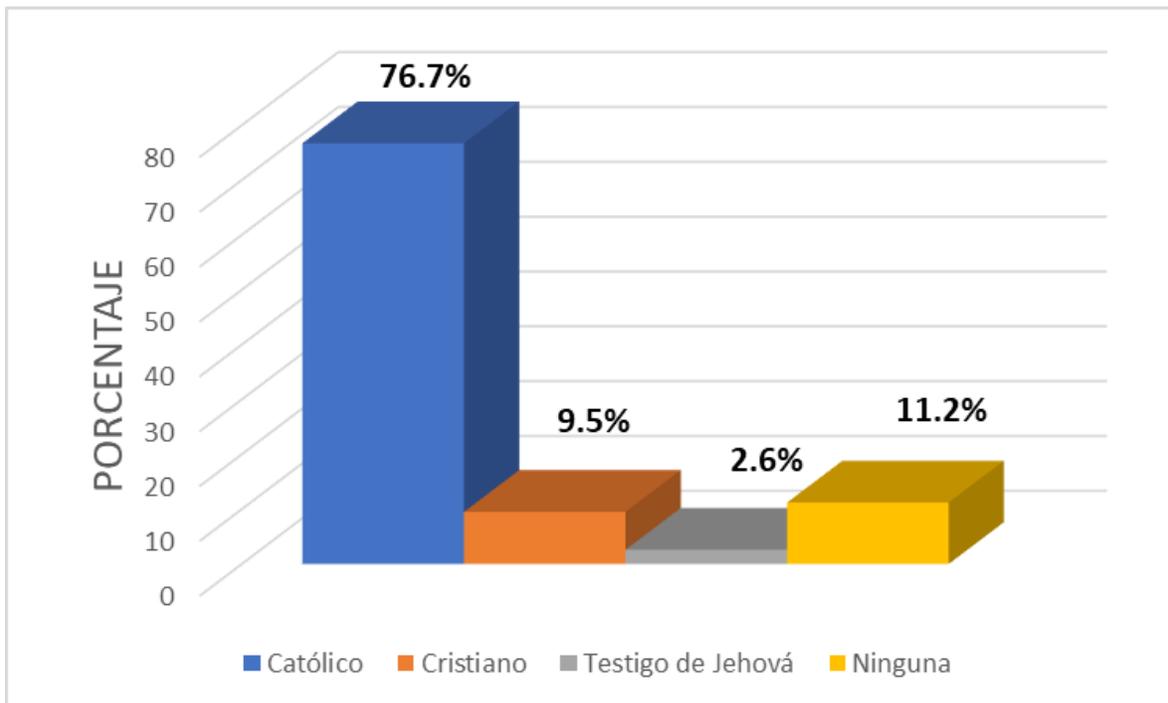
Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 a 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol" 2021.

Tabla 4. Religión reportada en pacientes entre 15 a 60 años en el HGZ/UMF No. 8

<u>Religión</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
<b>Católico</b>	89	76,7
<b>Cristiano</b>	11	9,5
<b>Testigo de Jehová</b>	3	2,6
<b>Ninguna</b>	13	11,2

Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol" 2021.

Gráfica 4. Religión reportada en pacientes entre 15 a 60 años en el HGZ/UMF No. 8



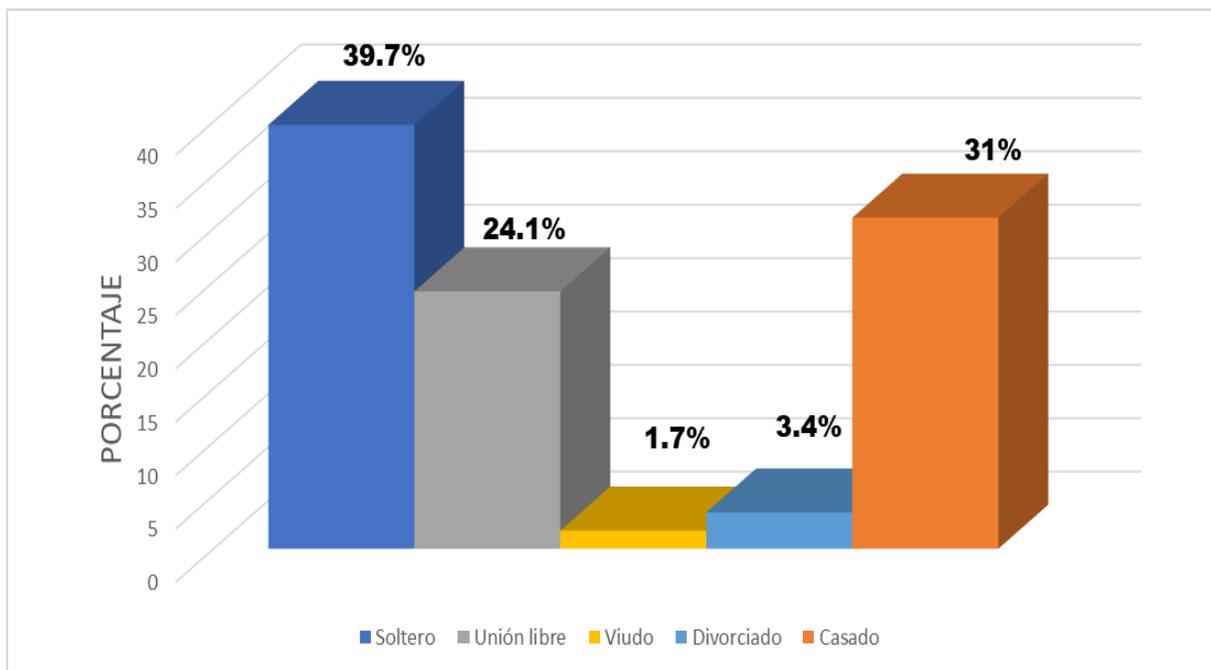
Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol" 2021.

Tabla 5. Estado Civil reportado en pacientes entre 15 a 60 años en el HGZ/MF No. 8.

<u>Estado civil</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
<b>Soltero</b>	46	39,7
<b>Casado</b>	36	31,0
<b>Unión libre</b>	28	24,1
<b>Viudo</b>	2	1,7
<b>Divorciado</b>	4	3,4

Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol" 2021.

Gráfica 5. Estado Civil reportado en pacientes entre 15 a 60 años en el HGZ/UMF No. 8.



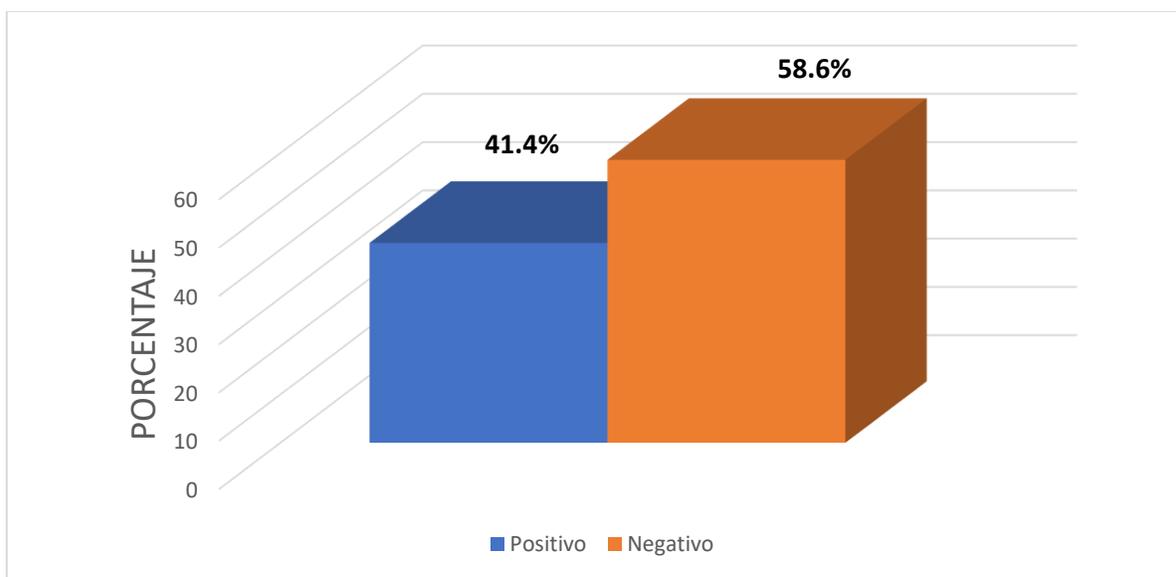
Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol" 2021.

Tabla 6. Consumo de tabaco reportado en pacientes entre 15 a 60 años en el HGZ/MF No. 8.

<u>Tabaquismo</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
<b>Positivo</b>	48	41,4
<b>Negativo</b>	68	58,6

Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 a 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol" 2021.

Gráfica 6. Consumo de tabaco reportado en pacientes entre 15 a 60 años en el HGZ/UMF No. 8.



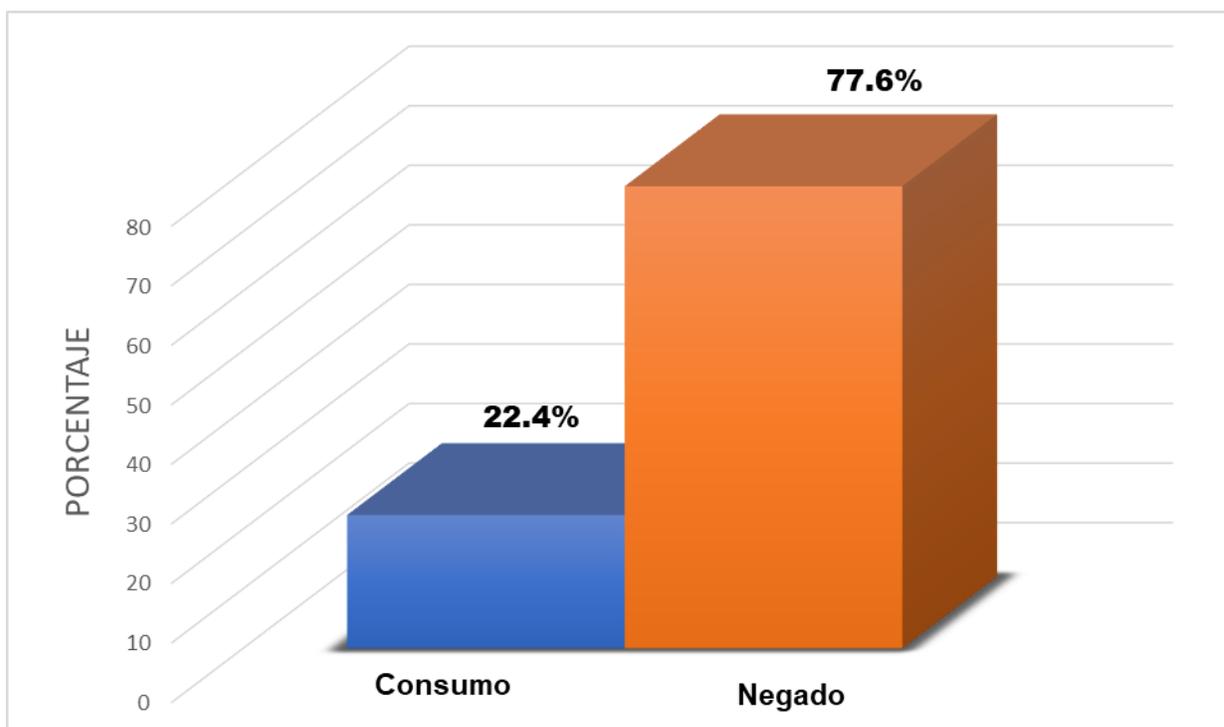
Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 a 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol" 2021.

Tabla 7. Consumo de drogas reportado en pacientes entre 15 a 60 años en el HGZ/UMF No. 8.

<u>Drogas</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
<b>Si</b>	26	22,4
<b>No</b>	90	77,6

Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 a 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

Gráfica 7. Consumo de drogas reportado en pacientes entre 15 a 60 años en el HGZ/UMF No. 8.



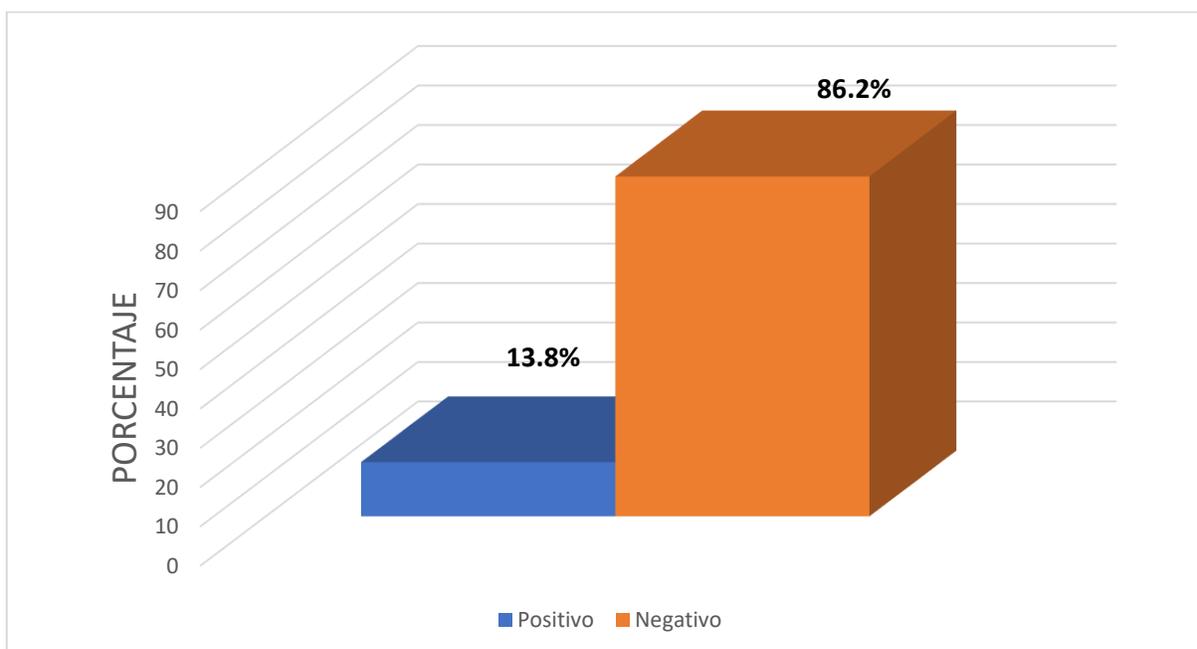
Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 a 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol" 2021.

Tabla 8. Percepción de interferencia en su vida por su consumo de alcohol reportado en pacientes entre 15 a 60 años en el HGZ/MF No. 8.

<u>Interferencia</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
<b>Si</b>	16	13.8
<b>No</b>	100	86.2

Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 a 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

Gráfica 8. Percepción de interferencia en su vida por su consumo de alcohol reportado en pacientes entre 15 a 60 años en el HGZ/MF No. 8.



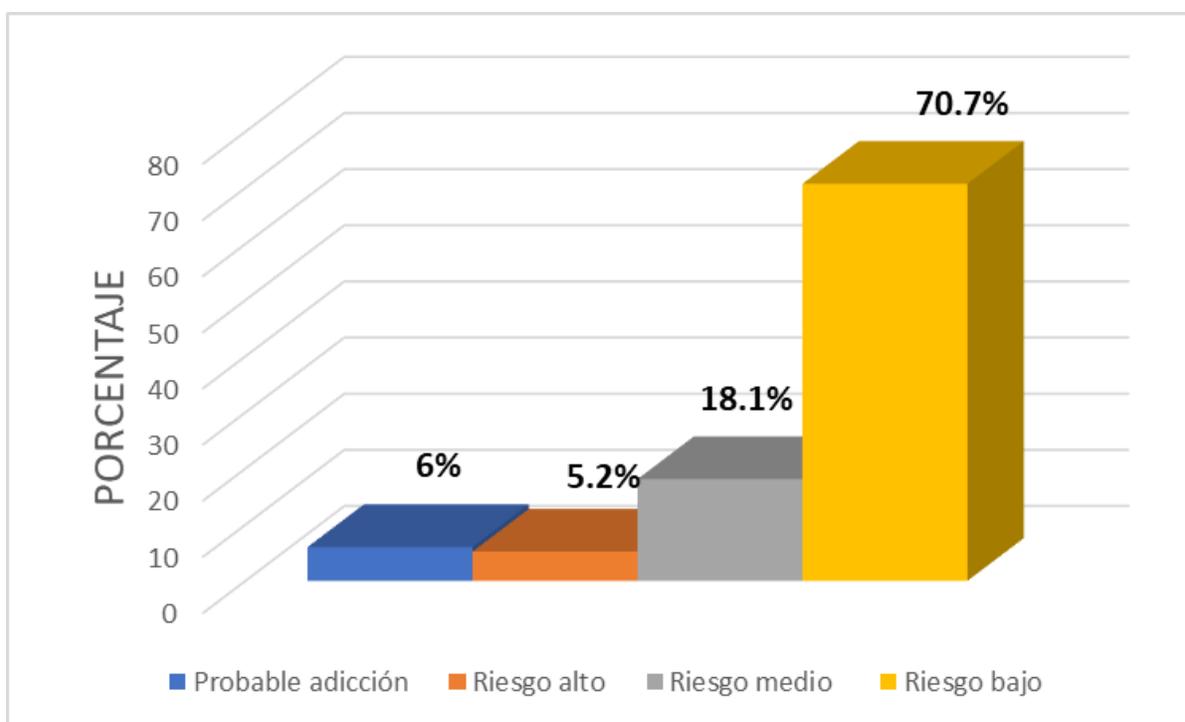
Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 a 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

Tabla 9. Frecuencia en el patrón de consumo según la escala de AUDIT en pacientes entre 15 a 60 años en el HGZ/UMF No. 8.

<u>AUDIT</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Probable adicción	7	6,0
Riesgo alto	6	5,2
Riesgo bajo	82	70,7
Riesgo medio	21	18,1

Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 a 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

**Gráfica 9. Frecuencia en el patrón de consumo según la escala de AUDIT en pacientes entre 15 a 60 años en el HGZ/UMF No. 8.**



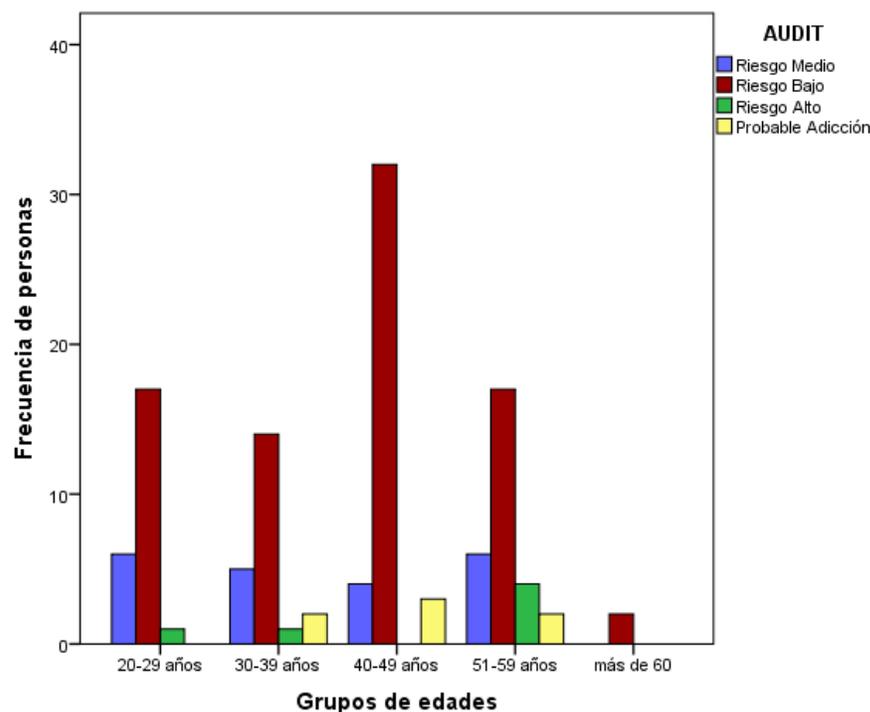
Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 a 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

Tabla 10. Clasificación de acuerdo con los grupos de riesgo según AUDIT acorde a grupo de edad de pacientes atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF 8.

Grupo de edades	Grupos de riesgo según AUDIT				Total
	Probable Adicción	Riesgo Alto	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	
20-29 años	0	1	17	6	24
30-39 años	2	1	14	5	22
40-49 años	3	0	32	4	39
51-59 años	2	4	17	6	29
60 años	0	0	2	0	2
Total	7	6	82	21	116

Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

**Gráfica 10. Clasificación de acuerdo con los grupos de riesgo según AUDIT acorde a grupo de edad de pacientes atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF 8.**



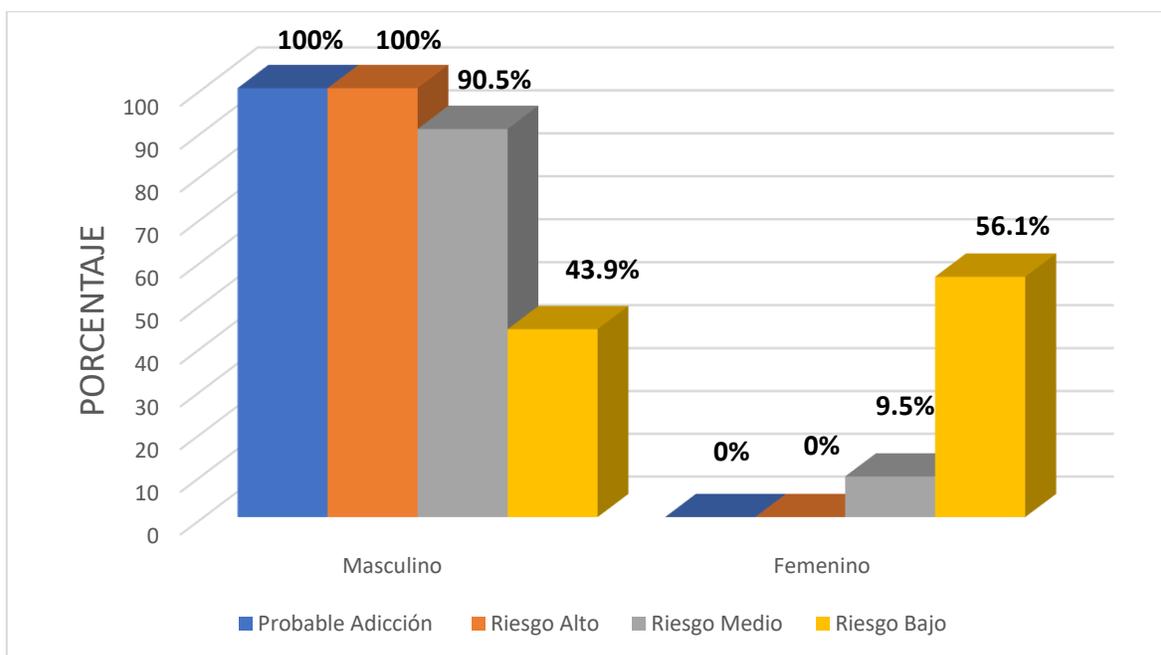
Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

Tabla 11. Género y grupos de riesgo según AUDIT en pacientes atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF 8.

<u>Género</u>	<u>Grupos de riesgo según AUDIT</u>								<u>Total</u>
	<b>Probable Adicción</b>		<b>Riesgo Alto</b>		<b>Riesgo Medio</b>		<b>Riesgo Bajo</b>		
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	
<b>Masculino</b>	7	100%	6	100%	19	90.5%	36	43.9%	68
<b>Femenino</b>	0	0%	0	0%	2	9.5%	46	56.1%	48
<b>Total</b>	7	100%	6	100%	21	100%	82	100%	116

Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 a 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

Gráfica 11. Género y grupos de riesgo según AUDIT en pacientes atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF 8.



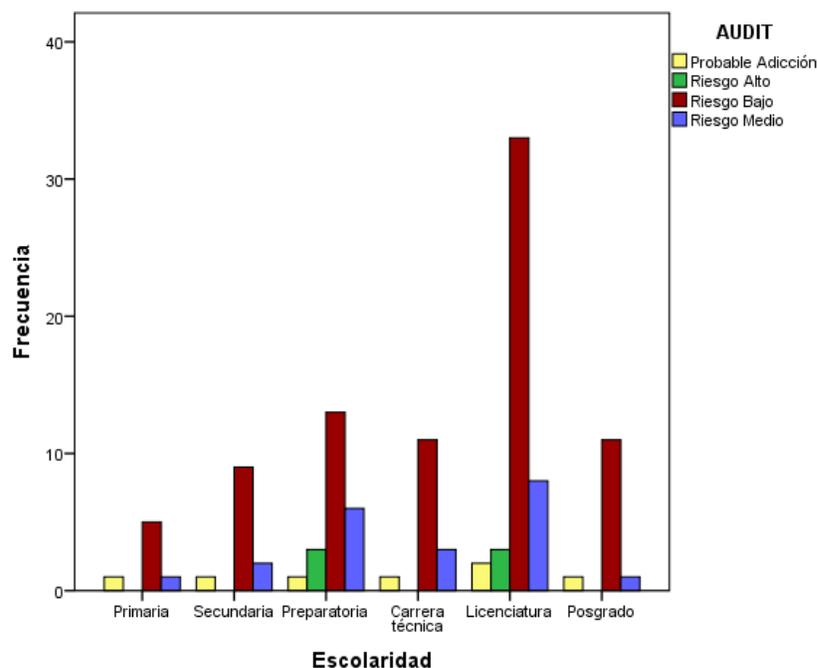
Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 a 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

Tabla 12. Clasificación de acuerdo con los grupos de riesgo según AUDIT acorde grado de estudios de pacientes atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF 8.

Escolaridad	Grupos de riesgo según AUDIT				Total
	Probable Adicción	Riesgo Alto	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	
Primaria	1	0	5	1	7
Secundaria	1	0	9	2	12
Preparatoria	1	3	13	6	23
Carrera técnica	1	0	11	3	15
Licenciatura	2	3	33	8	46
Posgrado	1	0	11	1	13
Total	7	6	82	21	116

Fuente: *n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 a 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.*

**Tabla 12. Clasificación de acuerdo con los grupos de riesgo según AUDIT acorde grado de estudios de pacientes atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF 8.**



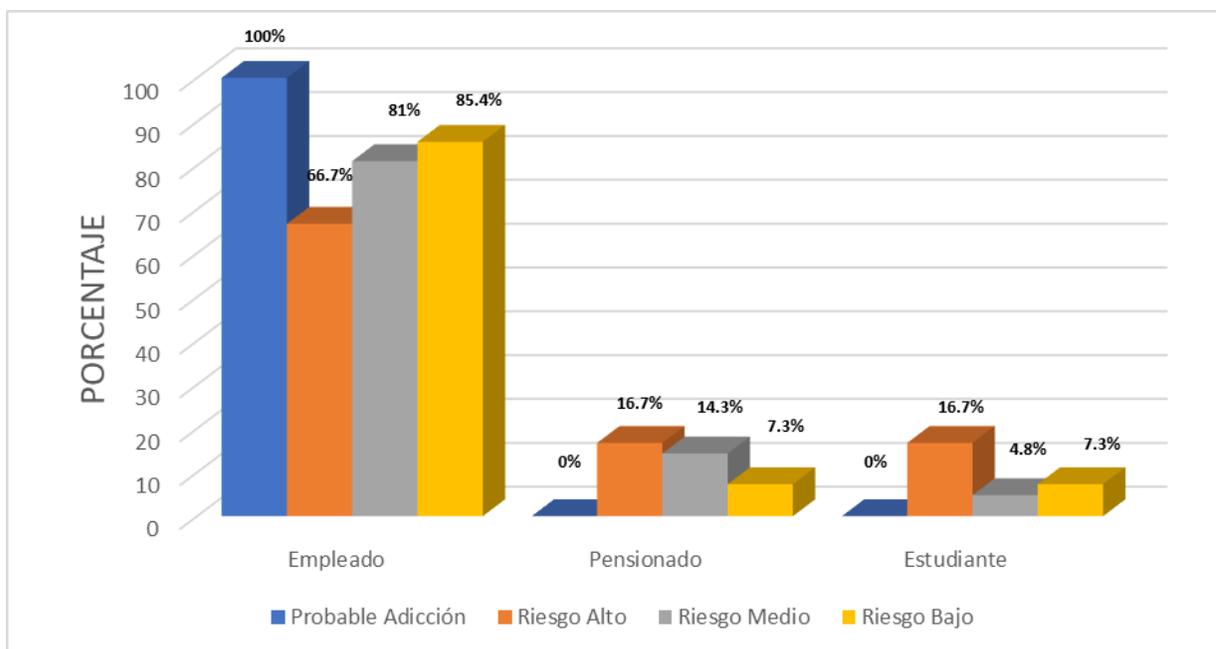
Fuente: *n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 a 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.*

Tabla 13. Ocupación y grupos de riesgo según AUDIT en pacientes atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF 8.

Ocupación	Grupos de riesgo según AUDIT								Total
	Probable Adicción		Riesgo Alto		Riesgo Bajo		Riesgo Medio		
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	
<b>Empleado</b>	7	100%	4	66.7%	70	85.4%	17	81%	98
<b>Pensionado</b>	0	0%	1	16.7%	6	7.3%	3	14,3%	10
<b>Estudiante</b>	0	0%	1	16.7%	6	7.3%	1	4.8%	8
<b>Total</b>	7	100%	6	100%	82	100%	21	100%	116

Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

Gráfica 13. Ocupación y grupos de riesgo según AUDIT en pacientes atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF 8.



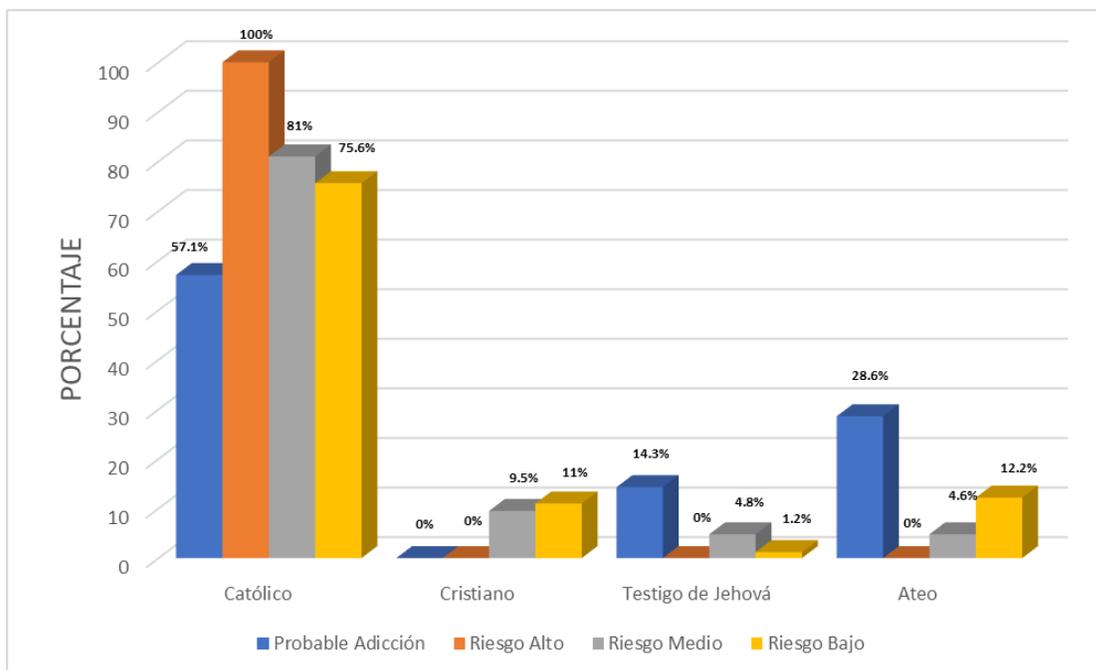
Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

Tabla 14. Religión y grupos de riesgo según AUDIT en pacientes atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF 8.

Religión	Grupos de riesgo según AUDIT								Total
	Probable Adicción		Riesgo Alto		Riesgo Bajo		Riesgo Medio		
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	
Católico	4	57.1%	6	100%	62	75.6%	17	81%	89
Cristiano	0	0%	0	0%	9	11%	2	9.5%	11
Testigo de Jehová	1	14.3%	0	0%	1	1.2%	1	4.8%	3
Ateo	2	28.6%	0	0%	10	12.2%	1	4.8%	13
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>82</b>	<b>100%</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>	<b>116</b>

Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 a 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

Gráfica 14. Religión y grupos de riesgo según AUDIT en pacientes atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF 8.



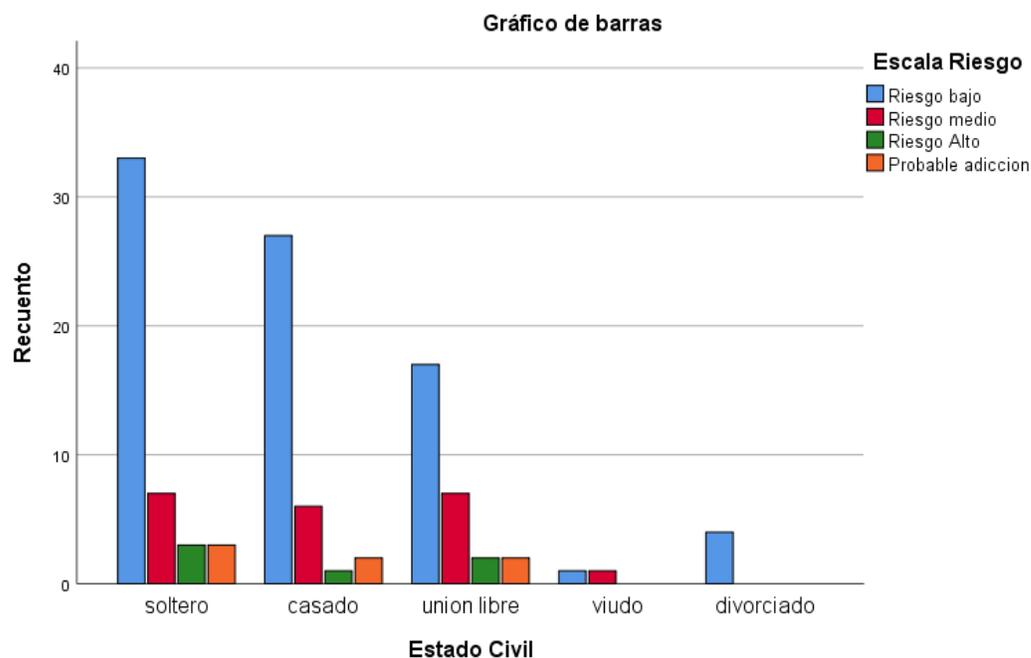
Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 a 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

Tabla 15. Estado civil y grupos de riesgo según AUDIT en pacientes atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF 8.

Estado Civil	Grupos de riesgo según AUDIT								Total
	Probable Adicción		Riesgo Alto		Riesgo Medio		Riesgo Bajo		
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	
<b>Soltero</b>	3	42.9%	3	50%	7	33.3%	33	40.2%	46
<b>Casado</b>	2	28.6%	1	16.7%	6	28.6%	27	32.9%	36
<b>Unión Libre</b>	2	28.6%	2	33.3%	7	33.3%	17	20.7%	28
<b>Viudo</b>	0	0%	0	0%	1	4.8%	1	1.2%	2
<b>Divorciado</b>	0	0%	0	0%	0	0%	4	4.9%	4
<b>Total</b>	7	100%	6	100%	82	100%	21	100%	116

Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

Gráfica 15. Estado civil y grupos de riesgo según AUDIT en pacientes atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF 8.



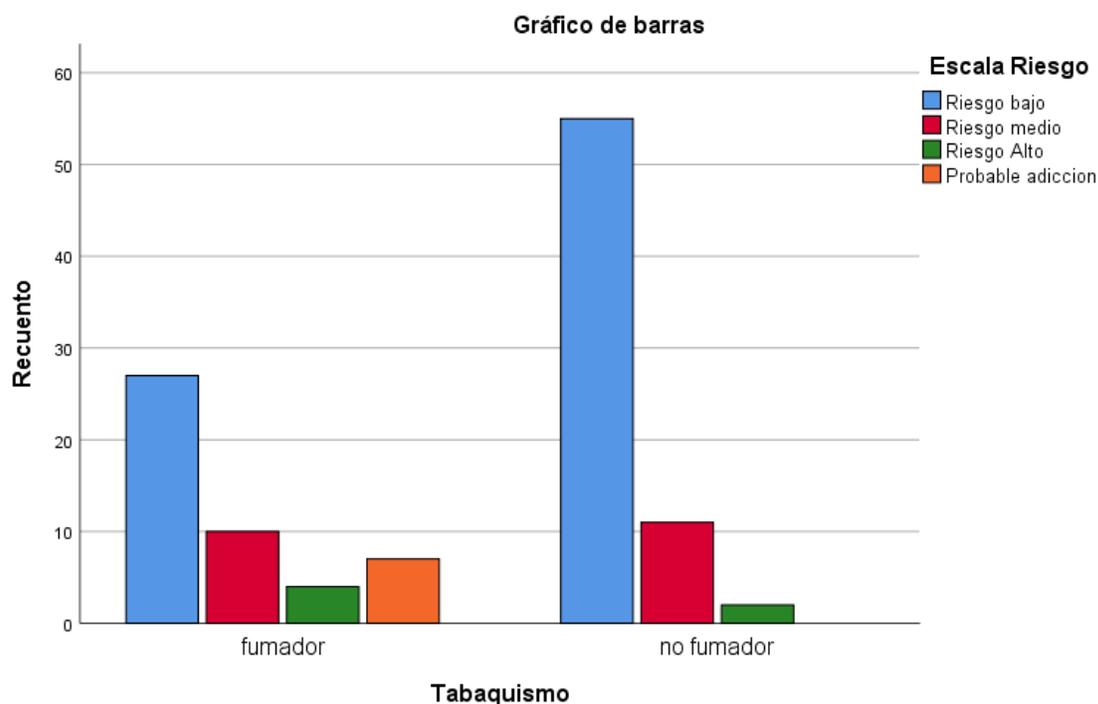
Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

Tabla 16. Consumo de tabaco y grupos de riesgo según AUDIT en pacientes atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF 8.

Tabaquismo	Grupos de riesgo según AUDIT								Total
	Probable Adicción		Riesgo Alto		Riesgo Medio		Riesgo Bajo		
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	
Positivo	7	100%	4	66.7%	10	47.6%	27	32.9%	48
Negado	0	0%	2	33.3%	11	52.4%	55	67.1%	68
Total	7	100%	6	100%	82	100%	21	100%	116

Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

Gráfica 16. Consumo de tabaco y grupos de riesgo según AUDIT en pacientes atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF 8.



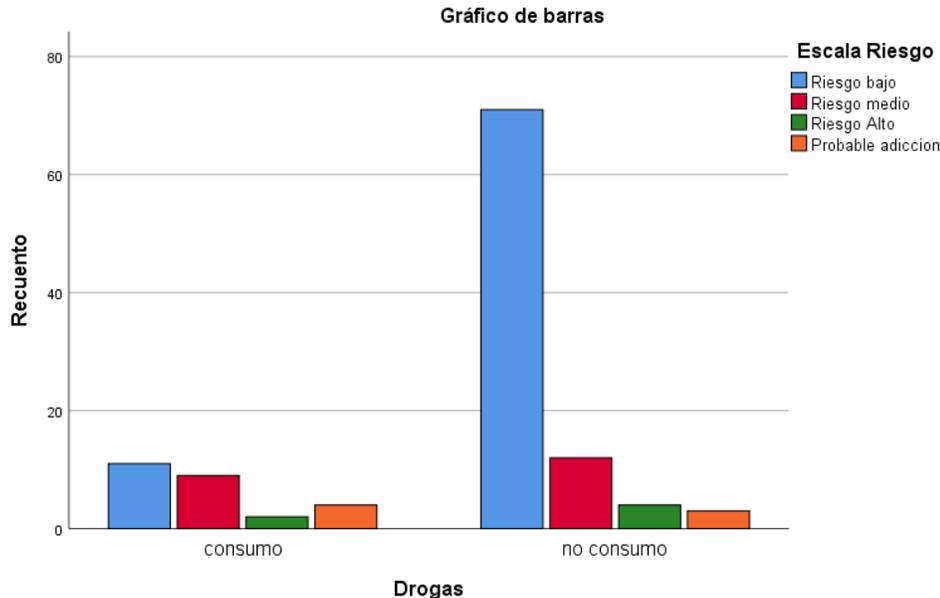
Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

Tabla 17. Consumo de drogas y grupos de riesgo según AUDIT en pacientes atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF 8.

Drogas	Grupos de riesgo según AUDIT								Total
	Probable Adicción		Riesgo Alto		Riesgo Medio		Riesgo Bajo		
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	
<b>Positivo</b>	4	57.1%	2	33.3%	9	42.9%	11	13.4%	26
<b>Negado</b>	3	42.9%	4	66.7%	12	57.1%	71	86.6%	90
<b>Total</b>	7	100%	6	100%	21	100%	82	100%	116

Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

Tabla 17. Consumo de drogas y grupos de riesgo según AUDIT en pacientes atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF 8.



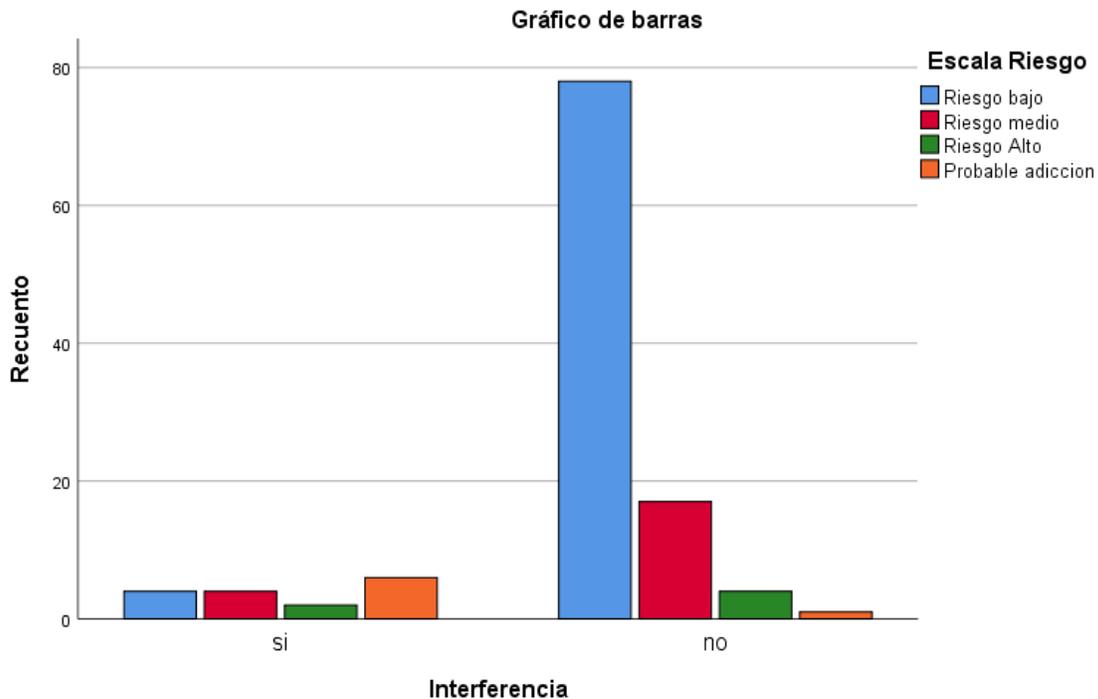
Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

Tabla 18. Percepción de interferencia y grupos de riesgo según AUDIT en pacientes atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF 8.

Interferencia	Grupos de riesgo según AUDIT								Total
	Probable Adicción		Riesgo Alto		Riesgo Medio		Riesgo Bajo		
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	
<b>Positivo</b>	6	85.7%	2	33.3%	4	19%	4	4.9%	16
<b>Negado</b>	1	14.3%	4	66.7%	17	14.7%	78	95.1%	100
<b>Total</b>	7	100%	6	100%	21	100%	82	100%	116

Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

Tabla 18. Percepción de interferencia y grupos de riesgo según AUDIT en pacientes atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/MF 8



Fuente: n=116 Olivos-C D, G, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A Evaluación de Frecuencia del Consumo Perjudicial de Alcohol en Adultos de 18 1 60 años Atendidos en el Primer Nivel de Atención del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo Mediante la Aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol" 2021.

## 19. DISCUSIÓN.

En el presente estudio se evaluó la frecuencia de consumo perjudicial de alcohol en los adultos de 18 a 60 años atendidos en el primer nivel de atención del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo empleando el cuestionario de identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés) así mismo, se analizaron las variables sociodemográficas correspondientes.

De acuerdo con los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y secretaria de Salud) quienes evaluaron la prevalencia y tendencias del consumo de alcohol encontraron que la prevalencia del consumo del alcohol con respecto al género es mayor en hombres (48.1%) que en mujeres (24.4%). En este estudio encontramos resultados semejantes en la muestra analizada, con predominio del sexo masculino (58.6%) en comparación del femenino (41.37%) y en la estadificación en la escala de AUDIT por grupos de riesgo encontramos que aquellos con mayor probabilidad de adicción y riesgo alto se encuentra en el sexo masculino obteniendo diferencias estadísticamente significativas entre género masculino y femenino con una chi cuadrada de  $p < 0.001$ .

En el artículo Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (2002) escrito por Morales Garcia JIC, et al quienes realizaron un estudio transversal en la población derechohabiente del IMSS para evaluar la prevalencia del consumo de problemas de alcohol usando el instrumento AUDIT encontraron el consumo de alcohol es mayor en hombres (22.2%) que en las mujeres (3.4%) lo cual coincide con esta investigación; además, en este estudio también encontraron que los hombres presentan un consumo de riesgo mayor que las mujeres y que la edad entre 40 a 49 años consumen mas frecuentemente alcohol y de ellos 1 de cada 15 presenta un consumo perjudicial. Estos resultados coinciden con los encontrados en este estudio ya que encontramos que el rango de edad en donde existe una mayor prevalencia de consumo de alcohol es entre los 40 a 49 años con una frecuencia de 33.6% seguida por el rango de edad de 51 a 59 años con una frecuencia de 25% aunado a esto quienes presentaron una mayor frecuencia de consumo perjudicial o alto riesgo así como una probable adicción fue en el mismo rango de edad entre los 40 a 49 años.

Ruiz Juan Francisco et al en su estudio Consumo de alcohol en adultos de Monterrey: relación con actividad físico – deportiva y familia (2016) observaron que el sexo masculino es un factor de riesgo en el consumo de alcohol de forma habitual y que el rango de edad que aumenta la probabilidad de consumir alcohol es la de 31 a 45 años y determinaron que a partir de esa edad existe una disminución de su consumo; respecto a la relación con el consumo de tabaco el 76.5% de su población no consume tabaco. En nuestro estudio encontramos resultados similares a los mencionados en este análisis ya que el rango de edad entre 30-49 años ocupa un porcentaje del 51% del total de nuestra población, en relación con el tabaco la mayoría de nuestra población (58.6%) no consume tabaco lo cual coincide con lo analizado por Ruiz Juan Francisco et al sin embargo, resulta importante

señalar que el consumo combinado de sustancias podría agravar los efectos negativos sobre la salud que acarrea el consumo individual de cada uno de ellos.

Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017 reportaron que 2.2% de su población de estudio presenta una dependencia al consumo de alcohol; en los hombres fue de 3.9% mientras que en las mujeres fue de 0.6%. En nuestra investigación encontramos que 7 personas de las 116 estudiadas (6.03%) según la escala de AUDIT presentaba una probable adicción ya que obtuvieron una puntuación de más de 20 puntos lo que se traduce que su consumo ya es perjudicial y probablemente la causa daño; además reportamos que un 5.17% de nuestra población presenta un riesgo alto en donde se sugiere una intervención para prevenir la dependencia al alcohol. En este caso podemos observar que la frecuencia en el consumo perjudicial así como dependencia es más alto en nuestra población que lo encontrado en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco.

Según Wong Vázquez Lester et al en su artículo Comportamiento del consumo de alcohol en estudiantes de una universidad ecuatoriana en donde realizaron un estudio transversal, descriptivo usando el Test AUDIT en una muestra de 412 estudiantes de ambos sexos con el fin de determinar el patrón de consumo encontraron que 3.2% de los estudiantes presentaban una probable dependencia al alcohol lo cual es similar a lo recabado en nuestro estudio ya que al agrupar según el grado de estudios encontramos que la población con escolaridad de licenciatura o posgrado 5.08% presentaban una puntuación que según el test de AUDIT los agrupa en una probable dependencia.

La presente investigación pretende identificar la frecuencia con que se presenta el consumo perjudicial de alcohol que a su vez pudiera representar una probable dependencia al alcohol en el primer nivel de atención con la finalidad de incidir de manera positiva implementando estrategias en la prevención e identificación de consumos perjudiciales como médicos de primer contacto sin dejar de lado la posibilidad de disminución de los impactos negativos del consumo de alcohol como son los ocasionados a la salud, social, económico y sobre todo familiar. Esta investigación también pretende buscar la creación de estrategias para evitar el consumo de alcohol ya que como menciona el Investigador Iñaki Galvan del Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del instituto de Salud Carlos III en España no existe ningún umbral seguro de consumo de alcohol por lo que nosotros como primer nivel de atención debemos implementar medidas que hagan conciencia sobre esta práctica tan normalizada en nuestra cultura y que genera tantos problemas de salud.

Uno de los alcances que se obtuvieron tras la realización de esta investigación fue el encontrar que el consumo de riesgo en el género masculino es mayor, este resultado concuerda con lo reportado en la literatura internacional y en la encuesta ENCONAD para nuestra población, observándose un porcentaje más elevado en nuestro estudio (5.7%) en relación a la ENCONAD (2.2%). En estudios posteriores valdría la pena identificar si este incremento se debe al entorno social o a tratarse de una población cautiva o ambas.

Otro de los alcances logrados fue la relación inversamente proporcional encontrada entre la escolaridad y el grado de riesgo de consumo de alcohol donde a mayor escolaridad

menor consumo de riesgo de alcohol. Esto dista de la relación directamente proporcional encontrada entre la escolaridad y frecuencia en el consumo de alcohol donde a mayor escolaridad encontramos mayor frecuencia de consumo de alcohol. Los hallazgos anteriores pueden deberse según lo reportado a factores como: presión social, estrés, ansiedad, depresión, falta de redes de apoyo, entre otras. En una nueva línea de investigación valdría la pena dilucidar si el poder adquisitivo y la percepción de riesgo pueden enlistarse dentro de estos factores.

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio encontramos las propias de un estudio transversal en donde no logramos identificar la causalidad de los factores de riesgo, factores protectores, factores atenuantes y factores desencadenantes descritos en la literatura.

En los sesgos de nuestro estudio podemos citar que no se analizó la edad de inicio de consumo de alcohol que es un factor de riesgo importante para desarrollar un consumo de riesgo y perjudicial, así como una probable dependencia pero esto nos permitirá abrir una nueva línea de investigación donde se analice la edad de inicio de consumo y su relación con un consumo de riesgo o el desarrollo de una adicción.

La investigación presentada tiene una relevancia importante sobre todo en el primer nivel de atención ya que la identificación temprano de un patrón de consumo de riesgo o perjudicial nos permite canalizar a un programa de rehabilitación a la persona afectada así mismo implementar programas de apoyo a las familias afectadas por este problema y también nos permite hacer énfasis en la creación de estrategias y programas que ya ha mencionado la OMS que no solo permitan la identificación sino también fomentar el no consumo de alcohol y la disminución de consumo principalmente en los jóvenes.

Nuestros hallazgos muestran que en nuestra población presentamos un mayor porcentaje de probable adicción que en las encuestas nacionales por lo que nosotros como primer nivel de atención debemos normalizar el tratar de detectar estos patrones de consumo de riesgo o perjudicial con la finalidad de evitar la presencia de más complicaciones en nuestros pacientes debido al consumo de alcohol y en su entorno familiar; también, como primer nivel de atención debemos enfocarnos en buscar estrategias que nos permitan evitar que aquellas personas que encontramos un riesgo bajo según la escala de AUDIT modifiquen sus patrones de consumo.

Desde el punto de vista educativo sería adecuado implementar la creación de talleres para la educación de los pacientes y de las familias sobre los riesgos que conlleva el consumo de alcohol así como la detección de ciertas características que permita a la familia sospechar sobre una probable adicción o un consumo perjudicial para una intervención temprana así como la capacitación del personal médico, de enfermería, trabajo social y asistentes médicos para el manejo del Test de Audit, de forma que se tenga un manejo interdisciplinario efectivo .

En el área de investigación se espera que este estudio sea un punto de partida para continuar con otros estudios no solo en la unidad sino a nivel nacional para identificar no solo los patrones de consumo sino también los factores sociales o familiares modificables

con el fin de buscar estrategias y tratar de disminuir los efectos negativos de esta enfermedad.

En la parte administrativa este estudio es de utilidad para impulsar diferentes estrategias con el fin de reducir la alta incidencia de consumo de alcohol que sabemos que a nivel económico tiene un gran impacto ya que afecta a la población económicamente activa aumentando su morbilidad y mortalidad y el manejo de las complicaciones derivadas del consumo genera altos costos a nivel institucional por lo que atender esta problemática generaría una disminución en el gasto público y una disminución en el uso de servicios de salud.

## 20. CONCLUSIONES

En el presente estudio se cumplió el objetivo de evaluar la frecuencia de consumo perjudicial de alcohol mediante la prueba de AUDIT de la población de 18 a 60 años del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 encontrando una relación importante entre el género masculino y el consumo perjudicial de alcohol

Los resultados que se obtuvieron fueron de acuerdo con las hipótesis planteadas con fines educativos, en la que se aceptó la hipótesis alterna y se rechaza la nula, por lo que se concluye que el sexo masculino presenta una mayor frecuencia de consumo perjudicial de alcohol en comparación con el sexo femenino lo anterior presenta congruencia con un estudio realizado en el 2002 por Morales García JIC et Al “ Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social”(IMSS. México 2002) el cual es el estudio mas reciente que existe hasta este momento en el IMSS.

Los resultados encontrados en este estudio muestran una alta frecuencia de consumo perjudicial y probable adicción en nuestra población los cuales llegan a ser mas altos que los reportados en ENCODAT 2016 – 2017 y aunque estos resultados no son favorables nos permite conocer el panorama actual sobre esta problemática que no solo afecta al Instituto, sino que es un gran problema de salud a nivel mundial. Es importante destacar la relación entre el consumo perjudicial y el género lo cual nos permite buscar estrategias mas enfocadas para disminuir esta frecuencia.

Entre las sugerencias para aquellos que deseen continuar con este proyecto de investigación, convendría incluir la edad de inicio de consumo y buscar la relación de esta con un consumo de riesgo o el desarrollo de una probable adicción; estudiar los factores de riesgo en nuestra población que podrían condicionar un problema con el consumo de alcohol, otro parámetro a estudiar sería la percepción de riesgo que se tiene sobre el consumo de alcohol y evaluarlos según las diferentes variables sociodemográficos y finalmente podría evaluarse la necesidad de implementar en nuestra unidad y en todas las unidad de primer nivel programas para la prevención y detección de esta enfermedad.

Nosotros como Médicos Familiares tenemos la oportunidad y obligación de realizar acciones preventivas con la finalidad de detener o retrasar la aparición de enfermedades o complicaciones de las mismas sin embargo, cuando hablamos del consumo de alcohol sabemos que esta es una práctica tan normalizada en nuestra cultura que es difícil prevenir o actuar oportunamente sobre los problemas asociados a esta sustancia sin embargo, tenemos la oportunidad y obligación de generar estrategias que nos permitan disminuir esta alta frecuencia de consumo de alcohol, identificar a los pacientes que presenten problemas con sus patrones de consumo y también generar diferentes estrategias que nos permitan informar a nuestra población sobre todas las problemáticas que genera esta consumo y no solo en aquellos que se ven afectados por una adicción sino la población en general y finalmente debemos buscar mejores estrategias para apoyar a las familias y personas afectadas por esta enfermedad.

## 21. BIBLIOGRAFÍA.

1. Comisión Nacional contra las Adicciones. 15 de noviembre, Día Nacional contra el Uso Nocivo del Alcohol [Internet]. gob.mx. [citado 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/15-de-noviembre-dia-nacional-contra-el-uso-nocivo-del-alcohol>
2. de Salud S. Fortalecen acciones para disminuir consumo de bebidas alcohólicas [Internet]. gob.mx. [citado 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/207-fortalecen-acciones-para-disminuir-consumo-de-bebidas-alcoholicas?idiom=es>)
3. OMS. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol [Internet]. Who.int. [citado 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf)
4. Carrasco Gómez M, Rey GN, Monreal LA, Reyes-Morales H, Pacheco Magaña LE. Las necesidades de salud y la respuesta social en una localidad rural: Metáforas y dilemas frente al consumo de alcohol [Internet]. Gob.mx. [citado 2021]. Disponible en: <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3802/sm3802129.pdf>
5. Alcoholismo: una relación tóxica [Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública. [citado 2021]. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/5128-dia-uso-nocivo-alcohol.html>)
6. (de la Juventud IM. Promueve Imjuve medidas preventivas contra el alcoholismo juvenil [Internet]. gob.mx. Diciembre 2018 [citado 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/imjuve/prensa/promueve-imjuve-medidas-preventivas-contra-el-alcoholismo-juvenil-21913>)
7. . (DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado 2021]. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5521802&fecha=08/05/2018](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521802&fecha=08/05/2018))
8. Consumo de alcohol y percepción del riesgo [Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública. [citado 2021]. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/3825-consumo-alcohol-percepcion-riesgo.html>)
9. Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones Juntos por la Paz [Internet]. Gob.mx. [citado 2021]. Disponible en: [http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201911/Comunicado\\_Conjunto2](http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201911/Comunicado_Conjunto2)
10. Definición y evaluación de los riesgos para la salud [Internet]. Who.int. [citado 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2002/en/Chapter2S.pdf>

11. (Gutiérrez M, Lopera XM, Cruz LNS. Factores de Riesgo y de Protección Asociados al Consumo de Alcohol en Adolescentes [Internet]. [citado 2021]. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/download/326989/20784213/>.
12. Arrijoja Morales G, Galera SAF, Torres Reyes A, Aguila SG del R, Avila Arroyo MLD, Morales Castillo FA. Factores de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes estudiantes. SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool Drog (Ed em Port) [Internet]. 2017;13(1):22. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v13n1/es\\_04.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v13n1/es_04.pdf)
13. Salud del adolescente y el joven adulto [Internet]. Who.int. [citado 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>)
14. (National Institute on Drug Abuse. Genética y epigenética de la adicción – DrugFacts [Internet]. National Institute on Drug Abuse. 2019 [citado 2021]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/genetica-y-epigenetica-de-la-adiccion>)
15. Genes y Adicción [Internet]. Cat-barcelona.com. [citado 2021]. Disponible en: [https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET34\\_1.pdf](https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET34_1.pdf)
16. Betancourth-Zambrano, S., Tacán-Bastidas, L., & Cordoba-Paz, E. G. (2017). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. Rev Univ. Salud, 19(1), 37-50. doi: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.67>
17. Nuevo estudio de la OPS/OMS indica que 85 mil personas al año en las Américas pierden la vida exclusivamente por consumo de alcohol [Internet]. Paho.org. [citado 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/12-4-2021-nuevo-estudio-opsoms-indica-que-85-mil-personas-al-ano-americas-pierden-vida>
18. Griffin, K., Lowe, S., Botvin, C., & Acevedo, B. (2019). Patterns of adolescent tobacco and alcohol use as predictors of illicit and prescription drug abuse in minority young adults. J Prev Interv Community, 47(3), 228–242. doi: 10.1080/10852352.2019.1603672
19. Organización Panamericana de la Salud. (2019a). Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen. Washington, D.C.: OPS.

20. Mantilla-Toloza, S. C., Villamizar, C. E., & Peltzer, K. (2016). Consumo de alcohol, tabaquismo y características sociodemográficas en estudiantes universitarios. *Rev Univ. Salud*, 18(1), 7- 15. Méndez, G. J. M., & Azaustre, L. M. C. (2017).
21. Gómez Arnáiz A, Ascensión Manuel Santana Montesdeoca Jorrín Morenoy. Utilidad diagnóstica del cuestionario Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para detectar el consumo de alcohol de riesgo en atención primaria. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2018 [citado 2021];116(4):121–4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-utilidad-diagnostica-del-cuestionario-alcohol-S0025775301717459>
22. Chen Y. The roles of prevention messages, risk perception, and benefit perception in predicting binge drinking among college students. *Health Commun* [Internet]. 2018 jun. 06;33(7): 877-86. DOI: 10.1080/10410236.2017.1321161.
23. El consumo de alcohol en universitarios. Estudio de las relaciones entre las causas y los efectos negativos. *Rev. complut. educ.* 28(3), 689-704. doi: [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_RCED.2017.v28.n3.4972](http://dx.doi.org/10.5209/rev_RCED.2017.v28.n3.4972)
24. Méndez-Ruíz MD, Ortiz-Moreno GA, Eligio-Tejada IA, Yáñez-Castillo BG, Villegas-Pantoja MÁ. Percepción del riesgo y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria. *Aquichan* [Internet]. 2018;18(4):438–48. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n4/1657-5997-aqui-18-04-00438.pdf>
25. Alcohol [Internet]. Who.int. [citado 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
26. de Salud S. 30 por ciento de muertes por accidentes en la vía pública se debe al consumo de alcohol [Internet]. gob.mx. [citado 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/30-por-ciento-de-muertes-por-accidentes-en-la-via-publica-se-debe-al-consumo-de-alcohol>
27. Alix R, Medina L, Arévalo N, Dolores Beltrán S, Chavarro Y, Herazo E, et al. Consistencia interna y estructura interna del cuestionario AUDIT en amerindios. No [Internet]. [cited 2021];28:p. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v16n28/v16n28a02.pdf>
28. (Ahumada Cortez Jesica Guadalupe GMME. El consumo de alcohol como problema de salud pública [Internet]. Redalyc.org. [citado 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
29. M<sup>a</sup>v JJ, De L, Cruz V. Recomendaciones preventivas contra el consumo de alcohol y tabaco [Internet]. Samfyc.es. [citado 2021]. Disponible en:

[https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v18n1\\_artEspecial\\_recomendaciones.pdf](https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v18n1_artEspecial_recomendaciones.pdf)

30. Jiménez M, Monasor R, Rubio G. Instrumentos de evaluación en el alcoholismo. *Trastor Adict* [Internet]. [citado 2021];5(1):13–22. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-instrumentos-evaluacion-el-alcoholismo-13045022>
31. Suárez-Relinque C, Del Moral G, Martínez B, Musitu G. Baja percepción de riesgo en el consumo de alcohol en adolescentes españoles. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 ag. 07;33(7):1-14. DOI: 10.1590/0102-311X00129716
32. Instrumentos de evaluación del modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema [Internet]. Gob.mx. [citado 2021]. Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/beb\\_III.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/beb_III.pdf)



**EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DEL CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL EN ADULTOS DE 18 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

Este cuestionario forma parte de un protocolo de investigación para obtener el título de especialista en medicina familiar y se aplica a todos los pacientes que acudan a consulta de medicina familiar en el Hospital General de Zona Con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo con la finalidad de evaluar la frecuencia de consumo perjudicial de alcohol en adultos de 18 a 60 años.

Es importante señalar que: **Todos los datos obtenidos en este cuestionario serán confidenciales.**

Si tiene alguna duda comunicarse con alguno de los Investigadores a cargo:

Investigador principal:

- Olivos Cruz Daniela Médico Residente Matrícula 97376272 Adscripción HGZ/UMF No. 8. Tel: 5527143302

Investigadores asociados:

- Mendiola Pastrana Indira Rocío Médico Familiar Matrícula 99126743 Adscripción HGZ/UMF No. 8.
- Vilchis Chaparro Eduardo Médico Familiar Matrícula 99377278 Adscripción CIEFD Siglo XXI.
- Maravillas Estrada Angélica Médico Familiar Matrícula 98113861 Adscripción HGZ/UMF No. 8.

**Ficha de identificación.**

Nombre (s) completo:

---

NSS:

---

Edad (número):

---

Género: Masculino ( ) Femenino ( )

Escolaridad: Primaria ( ) Secundaria ( ) Preparatoria ( ) Carrera técnica ( )  
Licenciatura ( ) Posgrado ( ) Ninguna ( )

Ocupación actual:

---

Religión:

---

Estado civil: Soltero(a) ( ) Casado(a) ( ) Unión Libre ( ) Viudo(a) ( ) Divorciado(a) ( )

¿Usted fuma? Si ( ) No ( )

Consume o ha consumido algún tipo de droga si ( ) Especifique

\_\_\_\_\_ No ( )

Usted considera que su forma de beber alcohol interfiere y/o afecta algún aspecto de su vida (si su respuesta es "sí" detalle en que aspecto afecto (físico, emocional, familiar, laboral, económico, social) ; si su respuesta es "no", únicamente coloque la palabra "no":

---

## CUESTIONARIO AUDIT.

Lea cuidadosamente las preguntas y respuestas que se presentan a continuación, elija con una "X" de la lista de respuestas debajo de cada pregunta la respuesta que más se relacione con usted, recuerde seleccionar únicamente una respuesta a cada pregunta.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?  
(0) Nunca (Pase a la pregunta 9-10)  
(1) Una o menos veces al mes.  
(2) De 2 a 4 veces al mes.  
(3) De 2 a 3 veces a la semana.  
(4) 4 o más veces a la semana.
  
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?  
(0) 1 o 2.  
(1) 3 o 4.  
(2) 5 o 6.  
(3) 7, 8 o 9.  
(4) 10 o más.
  
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?  
(0) Nunca.  
(1) Menos de una vez al mes.  
(2) Mensualmente.  
(3) Semanalmente.  
(4) A diario o casi a diario.
  
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar para beber una vez había empezado?  
(0) Nunca.  
(1) Menos de una vez al mes.  
(2) Mensualmente.  
(3) Semanalmente.  
(4) A diario o casi a diario.
  
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?  
(0) Nunca.  
(1) Menos de una vez al mes.  
(2) Mensualmente.  
(3) Semanalmente.  
(4) A diario o casi diario.
  
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- (0) Nunca.
  - (1) Menos de una vez al mes.
  - (2) Mensualmente.
  - (3) Semanalmente.
  - (4) A diario o casi a diario.
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
- (0) Nunca.
  - (1) Menos de 1 vez al mes.
  - (2) Mensualmente.
  - (3) Semanalmente.
  - (4) A diario o casi a diario.
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
- (0) Nunca.
  - (1) Menos de una vez al mes.
  - (2) Mensualmente.
  - (3) Semanalmente.
  - (4) A diario o casi a diario.
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted ha bebido?
- (0) No.
  - (2) Si, pero no en el curso del último año.
  - (4) Si, el último año.
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?
- (0) No.
  - (2) Si, pero no en el curso del último año.
  - (4) Si, el último año.

Muchas gracias por participar.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Evaluación de frecuencia del consumo perjudicial de alcohol en adultos de 18 a 60 años atendidos en el Hospital general de zona con unidad de medicina familiar no 8 "Dr. Gilberto flores izquierdo"						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	México D.F. de junio 2021 a Agosto 2021						
Número de registro:	En trámite						
Justificación y objetivo del estudio:	El consumo perjudicial y la dependencia al alcohol ha ido en aumento en muchos países tanto desarrollados como en vías de desarrollo y es un problema de salud pública; actualmente existen muchos problemas asociados al consumo perjudicial y dependencia al alcohol como intoxicaciones, accidentes, conductas violentas, cirrosis, hepatitis, alteraciones neurológicas entre otros, sin embargo, existen barreras para la identificación de estos pacientes en el primer nivel de atención.						
Procedimientos:	Se aplicará el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al consumo de Alcohol						
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la frecuencia de consumo perjudicial así como dependencia al alcohol en nuestra población.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto, solo se informará en caso de datos relevantes						
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto						
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	Dar a conocer la frecuencia de consumo perjudicial de alcohol en adultos de 18 a 60 años en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Indira Rocío Mendiola Pastrana Médico Familiar adscrita al H.G.Z./U.M.F No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matricula: 99126743. Cel. 2222395398 Email: dramendiolapastrana@gmail.com. Fax: No Fax.						
Colaboradores:	Eduardo Vilchis Chaparro, Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias de la Familia. Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud. Profesor Medico CIEFD Siglo XXI, Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS, Matricula 99377278 Teléfono: 56276900 ext. 27135 Fax: No Fax Email: jalovilchis@gmail.com Angélica Maravillas Estrada, Médico Familiar. Profesor Titular de Medicina Familiar.HGZ/UMF No, 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS. Matricula: 98113861Teléfono: 5545000340 Fax: No Fax. E-mail: angelica.maravillas@imss.gob.com Daniela Olivos Cruz., Residente de MF HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matricula: 97376272 Teléfono: 5527143302 Fax: No Fax Email: olivos.daniela@outlook.es						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>						

Nombre y firma del sujeto  
Testigo 1

Daniela Olivos Cruz

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento  
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

