



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**PERCEPCIÓN Y MOTIVOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y
CANNABIS DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN PACIENTES
DE 18-59 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA
DR. ALEXIS OLAD PABLO SANTIAGO**

**DIRECTOR DE TESIS
DRA. SANTA VEGA MENDOZA**

CIUDAD DE MÉXICO 2022





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.

**PERCEPCIÓN Y MOTIVOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y
CANNABIS DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN PACIENTES
DE 18-59 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

DIRECTORA DE TESIS



**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

VoBo



**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN
SALUD, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3404**.
U MED FAMILIAR NUM 20

Registro COFEPRIS 18 CI 09 005 002

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CET 013 2018082

FECHA **Martes, 30 de agosto de 2022**

Mtra. Santa Vega Mendoza

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PERCEPCIÓN Y MOTIVOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y CANNABIS DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN PACIENTES DE 18-59 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A PROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2022-3404-049

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. Miguel Alfredo Zurita Muñoz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



DEDICATORIA

A DIOS

Por darme una segunda oportunidad de vida y poder vivir el final de este gran triunfo, y sobre todo de guiarme, protegerme, cuidarme en cada momento de mi vida y otorgarme fuerzas y salud para poder cumplir este gran objetivo.

A MI MADRE

Angelina Pablo por darme el gran amor, confianza, tiempo para escucharme y decirme esas palabras mágicas cuando más lo necesitaba, y darme los mejores consejos para poder continuar en este gran camino de mi vida profesional, este gran logro también es suyo porque sin usted no hubiera sido posible, infinitamente gracias madre mía.

A MIS HERMANOS

Epifanio, Cecilia, Verónica, por creer en mí y extenderme los mejores consejos, amor, y apoyo incondicional y ser un ejemplo de inspiración en luchar y nunca rendirse hasta llegar a la meta.

A MI FAMILIA

A toda mi familia, pero en especial a la familia, Pablo-García, Pablo Hernández, Pablo-Reyes, por ser una gran familia maravillosa y que han estado conmigo en cada momento y han sido un ejemplo de humildad, superación y apoyo para poder concluir el final de esta gran trayectoria.

A LA FAMILIA MENDOZA OVIEDO

Llegaron en el mejor momento de mi vida, y de poder vivir día a día con ustedes y creer en mí y darme esas palabras de aliento para nunca rendirse y no dejarme solo cuando más lo necesitaba.

AGRADECIMIENTOS

A LA DRA. SANTA VEGA MENDOZA

Por llevarme de la mano día a día, con su entusiasmo, dedicación y sus excelentes conocimientos para así concluir satisfactoriamente este proyecto. Infinitamente gracias.

A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VALLEJO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Por recibirme y poder iniciar esta maravillosa especialidad y ser el cimiento fundamental para poder desenvolverme y ser parte del instituto es un gran orgullo que lo llevaré por siempre en alma y corazón.

A TODOS MIS PROFESORES (AS)

Muchas gracias por poder compartir conmigo sus conocimientos y ofrecerme en cada momento su gran compromiso de enseñarme para mi formación profesional.

ÍNDICE

| | Página |
|------------------------------------|---------------|
| Resumen | 1 |
| Abstract | 2 |
| Introducción | 3 |
| Marco teórico | 4 |
| Planteamiento del problema | 18 |
| Objetivos | 19 |
| Hipótesis | 20 |
| Sujetos, material y métodos | 21 |
| Resultados | 31 |
| Discusión | 45 |
| Conclusiones | 51 |
| Recomendaciones | 54 |
| Bibliografía | 56 |
| Anexos | 64 |

RESUMEN

PERCEPCIÓN Y MOTIVOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y CANNABIS DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN PACIENTES DE 18-59 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

PABLO-SANTIAGO, ALEXIS OLAD¹, VEGA-MENDOZA, SANTA ²

1. Médico Residente de Medicina Familiar UMF 20.
2. Médico Familiar y maestra en ciencias de la educación, UMF No. 20 IMSS.

Introducción: El confinamiento genera cambios anímicos, alteraciones psicológicas y modificaciones del estilo de vida, con efecto en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. **Objetivo:** Determinar la percepción y motivos de consumo de alcohol, tabaco y cannabis durante el confinamiento por COVID 19 en pacientes de 18-59 años de la Unidad de Medicina Familiar No 20.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes de 18-59 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 20, en septiembre del 2022; previo consentimiento informado, se aplicó encuesta de datos sociodemográficos, cuestionario AMAI, cuestionario de consumo, test de AUDIT, de CAST y Fagerström. Se utilizó estadística descriptiva. **Resultados:** Se encuestaron 293 pacientes, edad media de 39 ± 10.1 años, entre 31 y 40 años 29.4%; mujeres 58%, empleados 47.8%, con licenciatura 31.7%; nivel medio emergente 29%. Los principales motivos del consumo de alcohol fue la socialización 26.3%, el tabaco fue el trabajo 19.5% y de cannabis fue la muerte de un familiar 4.4%. El 7.8% con dependencia de alcohol. El 0.7% con alta dependencia física de nicotina. El 1.7% con riesgo alto de severidad de dependencia a cannabis.

Conclusiones: El confinamiento no implicó el aumento de las adicciones esto probablemente se debió por la falta de acceso por la pandemia. **Palabras clave:** Alcohol, Tabaco, Cannabis, Covid-19.

ABSTRACT

PERCEPTION AND REASONS FOR THE CONSUMPTION OF ALCOHOL, TOBACCO AND CANNABIS DURING CONFINEMENT BY COVID-19 IN PATIENTS AGED 18-59 YEARS OF THE FAMILY MEDICINE UNIT No. 20

PABLO-SANTIAGO, ALEXIS OLAD¹, VEGA-MENDOZA, SANTA ²

1. Family Medicine Resident Physician UMF 20.
2. Family Physician and teacher in educational sciences, UMF No. 20 IMSS.

Introduction: Confinement generates mood changes, psychological alterations and lifestyle changes, with an effect on the consumption of alcohol, tobacco and cannabis. **Objective:** To determine the perception and reasons for the consumption of alcohol, tobacco and cannabis during confinement due to COVID 19 in patients aged 18-59 years of the Family Medicine Unit No 20. **Methodology:** Retrospective descriptive study in patients aged 18-59 years of the Family Medicine Unit No. 20, in September 2022; prior informed consent, a sociodemographic data survey, AMAI questionnaire, consumption questionnaire, AUDIT, CAST and Fagerström tests were applied. Descriptive statistics were used. **Results:** 293 patients were surveyed, mean age 39 ± 10.1 years, between 31 and 40 years 29.4%; women 58%, employees 47.8%, with a bachelor's degree 31.7%; average emerging level 29%. The main reasons for alcohol consumption was socialization 26.3%, tobacco was work 19.5% and cannabis was the death of a family member 4.4%. 7.8% with alcohol dependence. 0.7% with high physical dependence on nicotine. 1.7% with high risk of severity of cannabis dependence. **Conclusions:** The confinement did not imply an increase in addictions, this was probably due to the lack of access due to the pandemic. **Keywords:** Alcohol, Tobacco, Cannabis, Covid-19.

INTRODUCCIÓN

Como resultado del confinamiento, la dinámica de las actividades diarias puede ser difícil de mantener, lo que contribuye al desarrollo de trastornos psicológicos, del estado de ánimo y del sueño que, a su vez, generan modificaciones importantes en el modus vivendi, entre ellos, vicios socialmente aceptados como lo son; el alcoholismo, el tabaquismo y el consumo recreativo de marihuana.

En México, la última Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016 - 2017), más del 50% de la población encuestada refirió haber consumido de alcohol en los últimos 12 meses y un 35% lo hizo en el último mes. En el caso del uso del tabaco el 11.08% de los participantes fueron consumidores de tabaco de los cuales 7.6 son fumadores diarios, y para marihuana menos del 20% refirió haber fumado cannabis alguna vez en la vida y un 3% en el último año.

La información internacional recabada hasta el momento muestra que el confinamiento debido al COVID-19 ha cambiado los hábitos de consumo de alcohol, tabaco y cannabis, por lo que conocer las modificaciones del consumo de estas sustancias las cuales están relacionadas con el desarrollo de diferentes patologías que pueden incidir de manera positiva en la salud de los pacientes y su familia logrando identificarlas de manera preventiva, otorgando manejo oportuno y así mejorar la calidad de vida.

MARCO TEÓRICO

COVID-19

La enfermedad por SARS-CoV-2, COVID-19, surgió en la provincia de Wuhan, China. El 31 diciembre de 2019 la OMS tuvo una notificación oficial en la cual se mencionan casos de una neumonía viral atípica causada por un agente patógeno desconocido, el 11 de enero del 2022 se da el primer fallecimiento a causa del SARS-CoV-2 y dos días después el 13 de enero del 2022 se reporta el primer caso fuera de china¹. La infección se extendió rápidamente por todo el mundo y antes de finalizar ese mes ya hay reportes de casos en Europa, Medio Oriente y América. Los millones de enfermos causaron una carga sin precedentes en los sistemas de atención médica. Para poder contener la diseminación de la enfermedad se implementaron diferentes estrategias a nivel mundial, regional, nacional y hasta individual^{2,3}.

El COVID 19 se manifiesta principalmente un síndrome respiratorio agudo severo, que se transmitía a través de gotitas respiratorias de personas infectadas o por contacto con fómites. Una vez que el virus ingresa al cuerpo, la aparición de los síntomas varía entre 2 a 14 días. Los pacientes pueden manifestarse clínicamente desde síntomas asintomáticos o leves hasta síntomas moderados o graves. Los síntomas leves a moderados se manifiestan como fiebre, tos seca, congestión nasal, dolor de garganta, secreción nasal, fatiga, mialgias, diarrea, anosmia y ageusia como síntomas principales. La condición grave se caracteriza por una neumonía atípica, que se puede observar como una “opacificación en vidrio deslustrado” con consolidaciones multilobulillares bilaterales de los pulmones mediante estudios de imagen. Entre el 5 y el 30% de los pacientes desarrollan síndrome de distrés respiratorio agudo, caracterizado por un inicio rápido y con inflamación generalizada en los pulmones, que requiere terapia de soporte vital invasivo, como la ventilación mecánica⁴.

SARS-CoV-2

Los coronavirus (CoV), una familia de virus identificados en humanos a fines de la década de 1960, se consideran patógenos relevantes que pueden infectar a una amplia gama de huéspedes, como murciélagos, roedores, ganado y camellos árabes. En los seres humanos, la infección por CoV puede resultar en condiciones de casos leves a graves que afectan los sistemas respiratorios, gastrointestinal (GI) y / o del sistema nervioso central (SNC). SARS-Cov-2 pertenece al Grupo IV con un genoma de sentido positivo monocatenario (+RNAss) de un tamaño de (27-32 kb) es un RNA que es más grande que cualquier otro virus de RNA. Teniendo en cuenta sus características genómicas y filogenéticas, los CoV pertenecen a la familia Coronaviridae, subfamilia Coronavirinae, orden Nidovirales. Esta familia de virus consta de cuatro géneros (α -, β -, γ - y δ -coronavirus), entre los cuales solo los α -coronavirus y los β -coronavirus son capaces de infectar a los mamíferos ⁵.

El genoma del SARS-Cov-2 codifica para 4 proteínas estructurales la nucleocápside (N), la proteína de membrana (M), la proteína de espiga (spike) (S) y proteína de envoltura (E) y dieciséis proteínas no estructurales (nsp1-16). Al igual que otros β -coronavirus, el SARS-CoV-2 se compone principalmente de cuatro compartimentos con funciones distintas en la replicación viral: glucoproteína (S) de pico de membrana, membrana (M), envoltura (E) y nucleocápside (N) ⁶.

SARS-CoV-2 presenta características biológicas que se asemejan a otros miembros de la clase de coronavirus β , especialmente el SARS-CoV y la entrada de estos virus en las células huésped está mediada por la glicoproteína espiga (proteína S). Las glicoproteínas de espiga transmembrana forman homotrímeros que sobresalen de la superficie viral. La glicoproteína espiga es fundamental para la entrada de los coronavirus, por lo que es un objetivo antiviral atractivo. La proteína S se compone de dos subunidades funcionales, incluidas las subunidades S1 y S2. La subunidad S1 consiste en el dominio N-terminal (NTD) y el dominio de unión a receptores (RBD). La función de la subunidad S1 se une al receptor de la célula huésped. La subunidad S2 contiene péptido de fusión (FP), repetición heptad 1 (HR1), hélice central (CH), dominio conector (CD), repetición heptad 2 (HR2), dominio

transmembrana (TM) y cola citoplasmática (TC). La función de la subunidad S2 es fusionar las membranas de los virus y las células huésped. El sitio de escisión en la frontera entre las subunidades S1 y S2 se llama sitio de escisión de la proteasa S1/S2. Para todos los coronavirus, las proteasas del huésped escinden la glicoproteína espiga en el sitio de escisión de S2' para activar las proteínas, lo que es fundamental para fusionar las membranas de los virus y las células huésped a través de cambios conformacionales irreversibles ⁷.

En el caso del SARS-CoV y el SARS-CoV-2, para entrar en las células huésped, reconocen la enzima convertidora de angiotensina del receptor 2 (ECA2) en las células huésped a través del dominio de unión al receptor (RBD). La proteína S tiene dos formas de estructura, incluyendo el estado cerrado y el estado abierto. En estado cerrado, los tres motivos de reconocimiento no sobresalen de la interfaz formada por tres protómeros de proteínas de espiga. En estado abierto, el RBD está en la conformación "arriba". El estado abierto es necesario para la fusión del SARS-CoV-2 y las membranas de las células huésped, facilitando así que el SARS-CoV-2 entre en las células huésped ⁸.

Los mecanismos de infección que involucran principalmente la interacción con la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) y el tejido. El tropismo a nivel estructural, las glicoproteínas de superficie de los coronavirus (CoV), como la proteína de pico, están compuestas por 14 residuos de unión que interactúan directamente con el receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) humana. El SRAS-CoV-2 también utiliza el ACE2 como principal receptor de acoplamiento, que necesita un proceso proteolítico de la proteína espiga por la proteasa transmembrana serina-2 para un ataque celular eficaz. Por lo tanto, ACE2 no es solo una enzima, sino también un receptor de superficie funcional a través del cual el SARS-CoV-2 ingresa a las células huésped y se expresa altamente en el corazón, los riñones, los pulmones y las células sanguíneas. ACE2 también es un regulador clave del sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS). El SARS-

CoV-2 puede causar una alteración del equilibrio ACE / ACE2 y la activación del RAAS, lo que eventualmente conduce a la progresión de la enfermedad, especialmente en pacientes con comorbilidades, como hipertensión, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares ⁹.

Origen Evolutivo del SARS-Cov-2

Es improbable que el SARS-CoV-2 haya surgido a través de la manipulación en laboratorio de un coronavirus similar. Los análisis bioinformáticos mostraron que el SARS-CoV-2 tenía características típicas de la familia del coronavirus. Pertenece al linaje betacoronavirus 2B. Si bien los análisis sugieren que el SARS-CoV-2 puede unirse a la ACE2 humano con gran afinidad, los análisis computacionales predicen que la interacción no es la ideal y que la secuencia dominio de unión al receptor (RBD) difiere de las que se podrían considerar como óptimas para la interacción del virus con su receptor. Por lo tanto, la afinidad de la proteína espiga del SARS-CoV-2 a la ACE2 humana probablemente sea el resultado de la selección natural en una ACE2 humana o similar a la humana que permite que surja otra solución de unión óptima. Esta es una fuerte evidencia de que el SARS-CoV-2 no es el producto de una manipulación intencionada. Así mismo los diferentes ensayos de secuenciación y análisis bioinformática del genoma del SARS-CoV-2 no muestra regiones de integración múltiple u otros elementos genéticos de diseño que sugieran un origen in vitro para este virus. Todos los genomas del SARS-CoV-2 secuenciados hasta ahora tienen las características genómicas descritas anteriormente y, por lo tanto, se derivan de un ancestro común que también las tenía ¹⁰.

Los primeros alineamientos globales in silico de la secuencia del genoma de longitud completa del SARS-CoV-2 y otros genomas disponibles de los betacoronavirus. Los resultados indican la relación más estrecha del SARS-CoV-2 con la cepa de coronavirus similar al SARS de murciélago BatCov RaTG13, con una identidad del 96 %. Estos estudios sugieren que el SARS-CoV-2 podría ser de

origen de murciélago, y el SARS-CoV-2 podría evolucionar naturalmente a partir del coronavirus de murciélagos RaTG13 ^{11,12}.

Otros trabajos en donde se evalúan regiones específicas muestran que los pangolines presentan un RBD muy similar al del SARS-CoV-2 significa que podemos inferir que probablemente el virus también pudo haber pasado del murciélago al humano. Las estimaciones computacionales del ancestro común más reciente del SARS-CoV-2 realizadas con datos de secuencia actuales apuntan a la aparición del virus a finales de noviembre de 2019 hasta principios de diciembre de 2019, compatible con los primeros casos confirmados retrospectivamente. Por lo tanto, este escenario supone un periodo de transmisión no reconocida en humanos y un evento zoonótico inicial ¹³.

Fisiopatología del SARS-COV-2

El SARS-CoV-2 causa una infección respiratoria aguda similar a la causada por el SARS-CoV y MERS-CoV, con fiebre, tos y disnea; la neumonía es una manifestación grave que puede progresar rápidamente a un Síndrome de Dificultad Respiratoria. La vía de transmisión del SARS-CoV-2 es de persona a persona mediante vía aérea a través de las microgotas que se exhalan al toser, estornudar o hablar y son inhaladas o depositadas en boca y conjuntivas oculares. La infección por SARS-CoV-2 inicia en el tracto respiratorio superior, donde la replicación viral en células epiteliales de naso y orofaringe conduce a la activación de la respuesta inmune innata y a la resolución de la infección en los pacientes asintomáticos ¹⁴.

En los pacientes susceptibles, la respuesta inmune innata es ineficiente y la infección alcanza el tracto respiratorio inferior. A nivel alveolar, la infección induce la activación de las células epiteliales, endotelio, macrófagos y células dendríticas, que secretan citocinas (IFN α y β , IL-1, IL-6, TNFa) y quimiocinas (IL-8, CCL-2, 3 y 5), que potencian la respuesta inmune innata inicial e incrementan la permeabilidad

capilar produciendo edema e infiltración de células inflamatorias en el alveolo pulmonar, causando pérdida de función de neumocitos tipo II, disminución de la secreción del factor surfactante, colapso alveolar y formación de una membrana hialina, comprometiendo el intercambio gaseoso y dando lugar al Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA), manifestándose clínicamente con tos, fiebre, disnea y cianosis ¹⁵.

Se ha documentado que la infección por SARS-CoV-2 suprime la respuesta inmune al inhibir la señalización del interferón 1 (IFN α y β), que inicialmente tiene un efecto antiviral. Aproximadamente del 5 al 10 % de los pacientes infectados por SARS-CoV-2 desarrollan consolidación pulmonar acompañada de una respuesta inmunológica exagerada conocida como “tormenta de citocinas”. Se propone que esta respuesta está relacionada con diversos factores como el antígeno de histocompatibilidad de linfocitos, carga viral infectiva, la capacidad del virus de evadir la respuesta inmune, respuesta tardía de los interferones alfa y beta, y respuesta inmune deficiente en pacientes con enfermedades crónicas; en estos pacientes, la “tormenta de citocinas” conlleva complicaciones sistémicas ¹⁶.

La tormenta de citocinas y la infección de células endoteliales por SARS-CoV-2 activan la cascada de la coagulación sanguínea provocando la formación de microtrombos tanto en territorio venoso como arterial, que afectan a la mayoría de los órganos, principalmente cerebro, corazón, pulmones, hígado y riñones, con la consecuente alteración en sus funciones, provocando falla orgánica múltiple y la muerte en más del 50% de los pacientes. Esta activación generalizada de la cascada de la coagulación, con la formación inicial de microtrombos y la subsecuente activación del sistema fibrinolítico son los responsables de la elevación del fibrinógeno y dímero D, que han sido catalogados como indicadores de gravedad ¹⁷.

El uso correcto de mascarillas, uso protección ocular, lavado de manos, mantener las áreas bien ventiladas y el distanciamiento social son algunas de las medidas de mitigación que implementaron los diferentes gobiernos alrededor del planeta en la población en general ¹⁸.

El Confinamiento

Debido a que la vía de transmisión principal del SARS-Cov-2 es aérea el uso de barreras primarias de bioseguridad, como lo son las mascarillas y caretas son el equipo de protección personal más ampliamente usado. Sin embargo, la mecánica social gregaria propia del humano, aunada al diseño aislante y protector de las instalaciones de vivienda, trabajo y comercio favorece la acumulación y concentración de los aerosoles exhalados, lo cual contribuye a facilitar la transmisión del virus. Por lo que una de las estrategias principales para contener la infección fue regular el distanciamiento social. Esto mediante la instauración de restricciones tanto de cumplimiento voluntario como obligatorio para disminuir al máximo las actividades que generaran aglomeraciones ya fuesen de convivencia, trabajo o comercio al exterior del hogar, actividades las cuales hasta antes de la pandemia eran parte de nuestra cotidianeidad. Entre las acciones tomadas tenemos el escalonamiento de las jornadas del trabajo, el trabajo desde casa, de actividad comerciales, o cierres totales de áreas no esenciales o primordiales para la sociedad, restricciones importantes en el sector turístico y de entretenimiento, la educación a todos sus niveles también se impartió mediante medios digitales, los sectores de bienes y servicios también se incorporaron a los modelos digitales y hasta el rubro de comerciantes, logró aislarse empleando los servicios de logística y paquetería. Esto nos llevó a vivir un periodo que pasará a la historia como El Confinamiento, The Lockdown, en lengua inglesa. Que, si bien en muchos casos aisló totalmente a ciertos individuos de sus círculos familiares, de trabajo y sociales, también forzó a tener interacciones durante largos periodos de tiempo entre miembros de familias, compañeros de cuarto que por sus horarios no coincidían en su casa habitación, y hasta una mayor interacción vecinal ¹⁹.

Alteraciones psicológicas y conductuales debidas al aislamiento

Las especies sociales, por definición, forman organizaciones que se extienden más allá del individuo. Estas estructuras evolucionaron de la mano con mecanismos conductuales, neuronales, hormonales, celulares y genéticos para apoyarse entre sí, y estos comportamientos sociales ayudaron a estos organismos a sobrevivir, reproducirse y cuidar a su descendencia el tiempo suficientemente como para que ellos también se reprodujeran. El aislamiento social representa una lente a través de la cual investigar estos mecanismos conductuales, neuronales, hormonales, celulares y genéticos. La evidencia de estudios en humanos y animales no humanos indica que el aislamiento aumenta la sensibilidad a las amenazas sociales y motiva la renovación de las conexiones sociales ²⁰.

Aristóteles, en su *Política*, establece que el hombre es un ser social y el más sociable de todos los seres. La enseñanza de habilidades, el uso de herramientas, tiempos y normas de conducta y política, acusan su carácter social desde un punto de vista filosófico y antropológico desde hace más de 2300 años, sin embargo, hace poco más de un siglo se integran conceptos biológicos como las características genéticas y bioquímicas que se interrelacionan con la conducta que los individuos presentan en el concepto de ser biopsicosocial ²¹.

La medida en que las personas están interconectadas y arraigadas en las comunidades tiene un profundo impacto en la salud. El humano desarrolla hábitos y rutinas, las cuales al interrumpirse generan estrés. Ante este último los individuos responden de manera diferente, ya sea promoviendo cambios positivos como el ejercicio, la lectura o alguna actividad de sana dispersión o acciones deletéreas como el consumo de alcohol, tabaco, como vicios socialmente aceptados los cuales conducen a un estado de relajación y hasta el consumo de drogas ilegales, para poder sobrellevar el estadio de estrés. El aislamiento social, la ausencia de contacto regular con familiares y amigos y la falta de participación en organizaciones sociales; y la soledad, la experiencia subjetiva o la percepción de estar aislado, son

preocupaciones importantes en el bienestar de las personas mayores, además de tener implicaciones para la salud. Los individuos socialmente aislados a menudo experimentan sentimientos de soledad, pero el aislamiento social y la soledad a menudo solo están débilmente correlacionados. Algunas personas pueden contentarse con tener un contacto social limitado, mientras que otras pueden tener un contacto social frecuente, pero sentirse solas. Por lo tanto, el aislamiento social y la soledad se han identificado como construcciones distintas, con vías potencialmente distintas hacia la enfermedad ²².

Los efectos psicológicos del aislamiento ya han sido descritos en la literatura principalmente en situaciones como los son el aprisionamiento, ciertas actividades militares o expediciones polares. En el caso de los prisioneros, el aislamiento afectivo, la vigilancia permanente, la falta de intimidad, la rutina, las frustraciones reiteradas y una nueva escala de valores que, entre otras cosas, condiciona unas relaciones interpersonales basadas en la desconfianza y la agresividad. Todos estos factores someten al recluso a una sobrecarga emocional que facilitará la aparición de desajustes en su conducta en el mejor de los casos, cuando no la manifestación de comportamientos francamente patológicos, sobre todo si previamente había ya una personalidad desequilibrada, en el momento de la entrada en prisión.

Los diferentes trabajos indican diferencias importantes en la incidencia de patologías severas como la psicosis, entre la población penitenciaria y la población general, y un aumento importante en prisión de problemas adaptativos como los trastornos de personalidad, las toxicomanías y los trastornos de ansiedad, en comparación con las personas no encarceladas ²³.

El contexto militar es un entorno complejo debido a diversos factores, en especial los relacionados a su rígida estructura jerárquica, a la presencia de un conjunto de valores y normas éticas que actúan como guías de conducta, a la idiosincrasia de

las tareas y funciones que realizan los militares, a la preponderancia de los fenómenos y procesos sociales como el liderazgo, cohesión; entre otros. Situaciones como el encuartelamiento en instalaciones alejadas y aisladas la supervivencia en condiciones inhóspitas o ser prisionero de guerra, son un desencadenante importante de estrés. El sentimiento de culpa, la ansiedad, el miedo, y la frustración pueden causar alteraciones psiquiátricas como depresión, estrés postraumático, favorecer el consumo de alcohol ^{24, 25}.

La psicología militar es una de las 53 divisiones activas de la Asociación Americana de Psicología (APA), específicamente corresponde a la división número 19. Esta división alienta la investigación y la aplicación de aspectos psicológicos en problemas militares y sus miembros se desempeñan en distintos escenarios como investigación, gestión de recursos humanos, servicios de salud mental, enseñanza y consultoría ²⁶.

Trabajar en entornos extremos requiere una amplia gama de competencias cognitivas, psicológicas y sociales. La Antártida representa uno de los hábitats más difíciles de trabajar debido a su aridez, clima extremadamente frío y condiciones aisladas. La salud mental está fuertemente influenciada por el clima y las condiciones de aislamiento. La dureza ambiental de la Antártida mostró una correlación positiva con el estado de ánimo negativo. Estudios observaron un aumento del estrés hacia el final de una expedición anual Otros encontraron que las estrategias de afrontamiento disminuyeron durante el período de mediados de invierno ²⁷.

La dinámica de grupo implica interacciones interpersonales entre los miembros de la tripulación, que son esenciales para cumplir una misión, lo que representa un factor clave en la adaptación psicológica a entornos aislados y confinados. Varios estudios han encontrado que los largos períodos de aislamiento pueden aumentar la tensión social; y deteriorar el apoyo social, lo que resulta en una reducción del rendimiento profesional. El conflicto y la tensión entre los miembros de la tripulación inducidos por contextos extremos y aislados parecen ser consecuencia de la

reducción de la privacidad, el aburrimiento, la monotonía y tareas altamente exigentes. A este respecto, los líderes de la tripulación desempeñan un papel central en el rendimiento del trabajo en equipo, reduciendo el estrés y la tensión entre las personas ²⁸.

Alteraciones psicológicas y conductuales debidas a El Confinamiento por COVID-19. La escala de aislamiento implementada durante la pandemia de COVID-19 no tiene precedentes. Este confinamiento ha causado una modificación importante en el modus vivendi de las personas, no solo en la restricción de movilidad ante situaciones escolares, de trabajo, comercio, entretenimiento, la forma de relacionarse afectivamente con las personas, sino también en la forma en la cual se emplea el tiempo libre, hábitos de consumo de alimentos, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas debido al aburrimiento, la soledad y el fácil acceso en casa a estos productos. Estas modificaciones han favorecido al aumento de consumo de estas adicciones socialmente aceptadas. lo cual ha impactado a los individuos tanto a nivel físico como mental. ^{29,30}.

Las encuestas de población han mostrado un aumento sustancial de la ansiedad en los Estados Unidos y otros países tras el distanciamiento social y las órdenes por parte de los gobiernos de autoconfinarse. Las encuestas señalan que 13,3% de la muestra refiere haber comenzado o aumentado el uso de sustancias para hacer frente a la pandemia de COVID-19 ³¹.

El etanol es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Es un depresor del sistema nervioso central que se absorbe rápidamente en el estómago y el intestino delgado al torrente sanguíneo ^{32,33}.

Los datos de la Oficina de Estadísticas Nacionales del reino unido muestran que las ventas en las tiendas de alcohol en marzo de 2020 aumentaron en un 31,4%. Los patrones de consumo de alcohol también se alteraron, según una encuesta realizada por la organización benéfica Alcohol Change UK. De una muestra de 1555 personas encuestadas un 20 % respondió que había estado bebiendo con más frecuencia, aunque aproximadamente la mitad de los bebedores dijeron que

estaban consumiendo aproximadamente la misma cantidad en un día típico de bebida, el 15% dijo que habían estado bebiendo más por sesión desde que comenzó el confinamiento. De particular preocupación fue que casi uno de cada cinco de los que bebían alcohol a diario había aumentado aún más la cantidad que bebían desde el cierre. Por lo que, un subgrupo de los bebedores estableció patrones potencialmente peligrosos de consumo de alcohol. Si bien estos datos preliminares deben tratarse con precaución, sugieren la aparición de un subgrupo de bebedores en riesgo de establecer durante el encierro ³⁴.

En Australia, una encuesta a 1045 personas mayores de 18 años encontró que el 20% de los hogares compraba más alcohol de lo habitual y de esos hogares, el 70% informó consumir más alcohol en comparación con lo normal desde el inicio del confinamiento por la COVID-19 ³⁵.

Resultados similares se encontraron en un estudio realizado en Bruselas, Bélgica entre el 9 de abril de 2020 y el 29 de abril de 2020. En una encuesta distribuida por medios electrónicos a residentes belgas adultos, de 3, 630 el 61,8% reportó consumir alcohol antes del cierre. De estos, 341 dejaron de beber durante el encierro (9,4% de la muestra total). De los 1389 encuestados que no consumían alcohol antes del encierro, 211 comenzaron a consumir alcohol durante el encierro (5.8% de la muestra total; $p < 0.001$). De todos los encuestados, el 30,3% declaró que bebió más ³⁶.

En México una de las estrategias para evitar la no adherencia a las pautas de distanciamiento social fue la implementación de ley seca, el control de la disponibilidad; se impusieron restricciones sobre los días y horarios en los que se podía comprar alcohol, se consideraron limitaciones en el número de lugares autorizados para vender alcohol y hasta la suspensión de la producción de bebidas alcohólicas, irónicamente esta medida incrementó los precios, el mercado negro y la venta de bebidas adulteradas ³⁷.

En España se realizó una encuesta completada por 17.017, en esta se encontró una prevalencia de fumadores diarios de tabaco (6,73%) y no se observaron cambios en los productos consumidos. La prevalencia de exposición al humo ambiental en casa durante el confinamiento entre personas no fumadoras disminuyó (61,83%). Los encuestados declararon que el consumo de tabaco y de cigarrillos electrónicos aumentaba el riesgo de contraer la enfermedad del COVID-19 y sufrir complicaciones, 39,09% y 31,80% respectivamente ³⁸.

Carreras G et al. a un total de 6003 adultos italianos de entre 18 y 74 años se les entrevistó para que informaran sobre los cambios en los hábitos de fumar antes del cierre y en el momento de la entrevista: el 5,5% de la muestra general dejó de fumar o redujo el hábito de 9,0% de la muestra comenzó, recayó en el tabaquismo o aumentó su intensidad de tabaquismo. En total, el encierro aumentó el consumo de cigarrillos en un 9,1% ³⁹.

Con respecto al consumo de cannabis, también existen estudios que evidencian un aumento en su uso, por ejemplo; Van Laar y cols. realizaron una encuesta en línea a 1.563 consumidores holandeses de cannabis del 14 al 28 de abril de 2020. En total, el 41,3% de todos los encuestados informó haber consumido cannabis con más frecuencia desde las medidas de bloqueo, Entre los que no consumían cannabis (casi) a diario antes de las medidas de bloqueo, el 53,6% (n = 269) aumentó su frecuencia general de consumo y el 35,7% (n = 174) comenzó a consumir (casi) a diario durante el confinamiento ⁴⁰.

Imatz, et al. realizaron una encuesta transversal repetida en línea en una muestra de 3012 adultos residentes de Canadá de mayo a junio del 2020, encontrando que entre los consumidores de cannabis la mitad aumentó su consumo en relación a antes del comienzo de la pandemia y esta proporción de aumento se mantuvo constante durante todas las oleadas de encuestas ⁴¹.

Al observar los motivos que llevaron a los encuestados a consumir más cigarrillos, alcohol y cannabis durante las medidas de COVID-19 en comparación con antes, las principales razones fueron aburrimiento, falta de contactos sociales, pérdida de la estructura diaria, recompensa después de un duro día de trabajo, soledad y cordialidad^{42,43}. El confinamiento observamos el incremento de todas estas sustancias tóxicas por lo que el motivo de este estudio es conocer el impacto que se tiene por estas en nuestra población derechohabiente para poder tomar medidas de prevención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El confinamiento ha generado cambios anímicos, alteraciones psicológicas, modificaciones en los hábitos alimenticios, en el estilo de vida incluido el trabajo a distancia. Esto ha demostrado tener efectos adversos en muestras de poblaciones jóvenes y adultas en varios países del mundo.

Las alteraciones en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis pueden afectar la salud de sus consumidores de manera directa y predisponerlos al desarrollo de otras patologías, por lo que saber los hábitos de nuestros pacientes e incidir en un consumo responsable o abstinencia que les permita mejorar otros aspectos de su salud, por lo que nos hacemos la siguiente **pregunta de investigación**:

¿Cuál es la percepción y motivos de consumo de alcohol, tabaco y cannabis durante el confinamiento por Covid-19 en pacientes de 18-59 años de la Unidad de Medicina Familiar No 20 del IMSS?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la percepción y motivos de consumo de alcohol, tabaco y cannabis durante el confinamiento por Covid-19 en pacientes de 18-59 años de la Unidad de Medicina Familiar No.20 del IMSS.

Objetivos específicos:

- Identificar características generales de los pacientes de 18 a 59 años (edad, sexo, ocupación, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico)
- Calcular frecuencia de consumo de alcohol, tabaco y cannabis en pacientes de 18 a 58 años.
- Identificar el nivel de percepción general del consumo de sustancias como es el alcohol, tabaco y cannabis
- Identificar la percepción de consumo de alcohol en pacientes de 18 a 59 años.
- Identificar el nivel de abuso de alcohol en pacientes de 18 a 59 años.
- Identificar los motivos de consumo de alcohol en pacientes de 18 a 59 años.
- Identificar la percepción de consumo de tabaco en pacientes de 18 a 59 años.
- Identificar el tipo de dependencia de tabaco en pacientes de 18 a 59 años.
- Identificar los motivos de consumo de tabaco en pacientes de 18 a 59 años.
- Identificar la percepción de consumo de cannabis en pacientes de 18 a 59 años.
- Identificar el tipo de riesgo de consumo por cannabis en pacientes de 18 a 59 años.
- Identificar el tipo de percepción, motivos y consumo de alcohol, tabaco y cannabis de acuerdo con datos generales (edad, sexo, ocupación, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico) de los pacientes de 18 a 59 años.

HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo no requiere hipótesis.

SUJETO, MATERIAL Y MÉTODOS

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Determinar la percepción y motivos de consumo de alcohol, tabaco y cannabis durante el confinamiento por Covid-19 en pacientes de 18-59 años de la Unidad de Medicina Familiar No.20 del IMSS.

LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo del Instituto Mexicano del Seguro Social, unidad categorizada como atención de primer nivel el cual cuenta con múltiples módulos de atención, donde encontramos la consulta externa de medicina familiar, la cual, tiene como horario de atención de 08:00 a 20:00 horas. Dicha unidad se encuentra en Calzada Vallejo No.675, en la colonia Magdalena de las Salinas con Código Postal 07760, en la Alcaldía Gustavo A. Madero, en la Ciudad de México.

DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en pacientes adultos de 18 a 59 años, adscritos en la UMF 20 durante el periodo de septiembre del 2022.

POBLACIÓN: Pacientes en edad de 18-59 años.

GRUPO DE ESTUDIO: Pacientes en edad de 18-59 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 20

TIPO DE DISEÑO:

a) De acuerdo al grado de control que el investigador tendrá sobre las variables y factores tanto internos como externos en estudio: **Observacional**

b) De acuerdo al objetivo que se busca (finalidad): **Descriptivo**

c) De acuerdo con el momento en que se llevará a cabo con la obtención y el análisis de la información: **Retrospectivo**

d) De acuerdo con el número de veces que se miden las variables en el estudio: **Transversal**

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes 18-59 años.
- Hombres y mujeres.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no llenaron por completo el cuestionario y escalas a evaluar.
- Que presentaron alguna discapacidad que impida contestar la encuesta.
- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado.

Criterios de eliminación

- Pacientes que decidieron retirar su consentimiento informado.

TAMAÑO DE MUESTRA

Se incluyó a todos los pacientes adscritos a la unidad de medicina familia No. 20 en ambos turnos de 18-59 años, sexo indistinto que desearon participar en el periodo de estudio (septiembre 2022).

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia por casos consecutivos de acuerdo con pacientes que durante el periodo de estudio (septiembre 2022) decidieron participar.

VARIABLES DE ESTUDIO

Edad, sexo, ocupación, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, consumo tabaquismo, consumo alcoholismo, consumo cannabis, percepción de consumo de sustancias consumo de alcohol, tabaco y cannabis, motivos de consumo

| VARIABLE | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable y escala de medición | Indicador |
|-----------------------------|--|--|---------------------------------------|---|
| Edad | Tiempo que ha transcurrido a partir del nacimiento del humano | Tiempo que ha vivido el paciente al realizar la solicitud del estudio | Cuantitativa discreta | 18, 19,20, 21, 22.... |
| Sexo | Características biológicas, fisiológicas, que definen al hombre y la mujer | Se le preguntará en la encuesta al paciente que tipo de sexo es hombre o mujer | Cualitativa nominal dicotómica | 1.-Masculino 2.-Femenino |
| Ocupación | Actividades laborales que se dedica el ser humano | Preguntar al paciente su ocupación actual | Cualitativa nominal | 1.Ama de casa 2.Pensionado/jubilado 3.Empleado 4.Comerciante 5.Profesionista 6.Otros |
| Escolaridad | Conjunto de curso que un estudiante sigue en un establecimiento docente | Preguntar al paciente su máximo nivel de estudios. | Cualitativa nominal | 1.-Sin estudios 2.-Primaria 4.-Secundaria 5.-Bachillerato 7.-Universidad 6.-Posgrado |
| Nivel socioeconómico | Medida económica y sociológica total combinada de la experiencia de trabajo de una | Mediante el cuestionario AMAI para determinar el nivel | Cualitativa ordinal | 1.-A/B Nivel alto 2.-C+ nivel medio alto 3.- C Nivel medio típico |

| | | | | |
|---------------------------|---|---|---------------------------------------|---|
| | <p>persona y de la posición económica y social de un individuo o familiar en relación con los demás, basada en el ingreso, la educación y la ocupación.</p> | <p>socioeconómico</p> <p>A/B Nivel socioeconómico o nivel alto de 202 y + puntos</p> <p>C+ Nivel medio alto 168-201 puntos</p> <p>C Nivel medio típico 141-167 puntos</p> <p>C- nivel medio emergente 111 6-140 puntos</p> <p>D+ Nivel bajo típico 95-115 puntos</p> <p>D Nivel bajo extremo 48-94 puntos</p> <p>E Nivel bajo muy extremo 0 a 47 puntos</p> | | <p>4.-C- Nivel medio emergente</p> <p>5.-D+ Nivel bajo típico</p> <p>6.- D Nivel bajo extremo</p> <p>7.- E Nivel bajo muy extremo</p> |
| Tabaquismo | <p>Síndrome generado por el abuso y la dependencia de productos derivados del tabaco.</p> | <p>Mediante test Fagerstrm se identifica el grado de dependencia al tabaco</p> <p>-Baja dependencia: Puntuación menor o igual a 4 puntos.</p> <p>-Mediana dependencia: Puntuación con valores entre 5 y 6 puntos.</p> <p>-Alta dependencia: Valores superior a 7 puntos.</p> | <p>Cualitativa nominal politómica</p> | <p>1.-Baja dependencia.</p> <p>2.- Media Dependencia</p> <p>3.-Alta dependencia</p> <p>4.-Sin consumo</p> |
| Consumo de alcohol | <p>Ingestión de una bebida alcohólica. – Bebida alcohólica: Líquido que contiene alcohol (etanol) y que está destinado al consumo.</p> | <p>Mediante test de AUDIT se identifica el riesgo o abuso de alcohol.</p> <p>-Consumo responsable 0 a 3 puntos.</p> | <p>Cualitativa nominal politómica</p> | <p>1.-Consumidor responsable</p> <p>2.- Consumidor en riesgo</p> <p>3.- Abuso o dependencia al alcohol</p> <p>4. Sin consumo</p> |

| | | | | |
|---|---|---|--------------------------------|--|
| | | -Consumo en riesgo 4-7 puntos -Abuso o dependencia al alcohol: 8 o más puntos | | |
| Consumo de Cannabis | Empleo de uso de cannabis | Mediante test de CAST se identifica el riesgo de trastornos por uso de cannabis -Bajo riesgo trastorno de uso de sustancias: 0-2 puntos. - Moderado riesgo trastorno de uso de sustancias: 3-6 puntos - Alto riesgo trastorno de uso de sustancias: 7 puntos o más | Cualitativa nominal politómica | 1.- Bajo Riesgo 2.- Moderado Riesgo. 3.- Alto riesgo 4. Sin consumo |
| Percepción del consumo de sustancias (alcohol, tabaco, cannabis) | Conclusiones con respeto al análisis e interpretación que realiza el comportamiento de la persona del consumo de sustancias como es el alcohol, tabaco o cannabis | Se le preguntará al paciente en la encuesta de como percibió su consumo de alcohol, tabaco y cannabis durante la pandemia de covid-19 con escala de percepción analógica de 0 a 10 considerando su nivel de consumo 0= Sin consumo 1-3=Bajo consumo 4-7= Regular consumo 8-10= Alto consumo | Cualitativa ordinal | 1.- Sin Consumo 2.- Bajo consumo 3.- Regular consumo 4.- Alto consumo |

| | | | | |
|---|---|--|--------------------------------|--|
| | | También se realizará pregunta a los que consumieron alcohol, tabaco o cannabis durante la pandemia como lo considero 1.No fumo marihuana 2.dismuyo 3.igual 4.aumento | Cualitativa ordinal | 1.No consumió 2. Disminuyo 3.Igual 4.Aumento |
| Motivos de consumo de sustancias (alcohol, tabaco, cannabis) | Causa que determina y/o induce el consumo de sustancias que producen adicción o dependencia como es el alcohol, tabaco o cannabis | Se le preguntará al paciente en la encuesta porqué consumió alcohol, tabaco o cannabis durante la pandemia de covid-19. | Cualitativa nominal politómica | 1.-Evitación 2.-Confianza 3.-Relajación 4.-Aburrimiento 5.-Enojo 6.-Bienestar 7.-Hedonismo 8.-Manía 9.-Socializar 10.-Desempleo 11. Muerte de un familiar 12. Trabajo 13.Sin consumo |

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en pacientes adultos que se encontraron en el intervalo de edad 18 a 59 años. Posterior a valoración del protocolo por Comité de ética e Investigación y ser aceptado con número de registro institucional: R-2022-3404-049. Se identificaron a los pacientes en sala de espera de consulta externa y demás servicios de la Unidad de Medicina Familiar No. 20, se les informó el motivo del estudio solicitándoles su participación, en caso de aceptar se les otorgó el consentimiento informado, posterior de ser firmado se les proporcionó la encuesta que consta de datos generales, apartado de percepción de consumo de alcohol, tabaco y cannabis, test AUDIT para abuso de alcohol, test Fagerström dependencia al tabaco y CAST prueba de consumo a Cannabis. Así como motivos para dichos consumos de estas sustancias. En caso de dudas se les

aclaró al momento para que los pacientes contestaran. Al término se revisó las encuestas para que se entreguen completas. Finalmente, se les dio las gracias por su participación.

Se completó la muestra, y se inició el análisis de datos, con tablas de salidas.

Instrumentos.

Para Nivel socioeconómico se utilizó la NUEVA REGLA AMAI 2022. Los resultados obtenidos de las validaciones anteriormente descritas, en conjunto con el componente cualitativo que permite asociar un entorno de pandemia y crisis económica mundial con un aumento de pobreza y un cambio drástico en las condiciones de vida de la sociedad fueron los factores que llevaron al comité de Niveles Socioeconómicos AMAI a presentar una modificación a la regla de Nivel Socioeconómico vigente. Esta decisión del Comité se realizó después de un extenso debate y un cuidadoso análisis de diversos factores, entre ellos: El impacto que podría ocasionar un cambio de la regla en la labor diaria de los usuarios. La posible pérdida de una tendencia sólida que explicara algún otro factor de la realidad económica actual. La pertinencia de un cambio de la medición del bienestar en el contexto económico actual. La evidencia técnica-estadística de los cambios en la estructura de asociaciones entre el ingreso corriente y las preguntas utilizadas en la medición del nivel socioeconómico. De esta forma, la decisión del comité se resume en cuatro principales puntos: 1. No modificar las preguntas que son el fundamento del cálculo de la regla de nivel socioeconómico AMAI. 2. No modificar las opciones de respuesta de las preguntas que se utilizan en la regla AMAI. 3. Modificar los puntos que se otorgan a las categorías de respuesta de algunas preguntas usadas en la regla. 4. Modificar los puntos de corte utilizados para asignar un nivel socioeconómico de acuerdo con el total de puntos obtenido en el hogar. Con el objetivo de no perder el sustento técnico y metodológico que son la base de la regla AMAI, las calibraciones descritas en el punto 3 y 4, se realizaron siguiendo exactamente el mismo, Regla NSE AMAI 2022 Comité de Niveles Socioeconómicos

AMAI 10 procedimiento utilizado para la generación de los puntajes y puntos de corte originales. Dicho procedimiento se reproduce a continuación a partir del documento técnico original, actualizando la redacción para hacer hincapié en que los cálculos se basaron en esta ocasión en los resultados del modelo ajustado con datos de ENIGH 2020. Esto permitió acercar el algoritmo de la regla AMAI a la realidad del contexto mexicano vigente.

Habiendo asignado proporcionalmente el puntaje máximo a cada variable, los puntos se reparten también proporcionalmente, entre las categorías inferiores de dicha variable. Se definieron los puntos que serían la base del cálculo para la nueva regla AMAI. Al igual que en la última versión, de acuerdo con las respuestas del entrevistado se asignará una serie de puntos a las respuestas de las 6 preguntas, mismos que al final se sumarán. Dicha suma será contrastada con los puntos de corte definidos para asignar el respectivo hogar a su nivel socioeconómico correspondiente.

| NSE (Nivel socioeconómico) 2022 | | |
|---------------------------------|-----------|------------------------|
| A/B | 202 y más | Nivel alto |
| C+ | 168 a 201 | Nivel medio alto |
| C | 141 a 167 | Nivel medio típico |
| C- | 116 a 140 | Nivel medio emergente |
| D+ | 95 a 115 | Nivel bajo típico |
| D | 48 a 94 | Nivel bajo extremo |
| E | 0 a 47 | Nivel bajo muy extremo |

TEST DE AUDIT

Fue elaborado por la Organización Mundial de la Salud, y evalúa la identificación del consumo excesivo de alcohol, y nos permitirá identificar a las personas del consumo nocivo o de riesgo de alcohol, dicho Test está compuesto por 10 ítems con una alternativa de respuesta de dos a cuatro, al final del cuestionario se sumará los resultados de cada ítem que se clasificará en 3 divisiones: 0-3 que bebe de forma responsable, 4-7 puntos bebe de forma riesgosa, 8 puntos o más abusa del alcohol.

TEST DE FAGERSTRÖM

Fue diseñado por el Doctor Karl Olov Fagerström, y evalúa el grado de dependencia física de los fumadores a la nicotina y está conformado por 6 ítems teniendo de dos a cuatro alternativas como respuesta al final del cuestionario se sumarán los puntos y se clasificará en 3 divisiones los resultados a la dependencia a la nicotina: Menor o igual a 4 puntos= Baja dependencia, 5-6 puntos= Media dependencia, igual o superior a 7 puntos: Alta dependencia.

TEST DE CAST

Fue diseñado por François Beck, Stephane Legleye Observatorio Francés de las Drogas y las Toxicomanías (OFDT) y evalúa los problemas asociados al uso de cannabis, identificando el uso nocivo del cannabis en 5 áreas el uso recreativo, problemas memorísticos, influencia del grupo social, intentos de abandono de consumo y problemas relacionados con el consumo, conformado por 6 ítems, teniendo 5 opciones como respuesta que van de nunca a muy a menudo, al final del cuestionario se sumarán los puntos, teniendo una clasificación en 3 divisiones de resultados de riesgo de trastorno por uso de sustancias. 0-2 puntos= Bajo riesgo, 3-6 puntos= Riesgo Moderado, 7 puntos o más: Alto Riesgo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central para variables cuantitativas (media, mediana, moda y DE); frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. Se analizó mediante el software SPSS Versión 25 para dar tablas y gráficos de salida.

RESULTADOS

Se encuestaron 293 pacientes, con edad mínima de 18 y máxima de 59 años, edad media 39 ± 10.1 años; el grupo de edad más frecuente fue de 31 a 40 años con 29.4%; de sexo femenino 58% y masculino 42%, empleados el 47.8%, con licenciatura 31.7%; pertenecían al nivel socioeconómico medio emergente el 29%

(Tabla 1)

| Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes | | |
|--|----------|----------|
| Variable | N | % |
| Edad | | |
| Menores de 20 años | 7 | 2.4 |
| 21 – 30 años | 71 | 24.2 |
| 31 – 40 años | 86 | 29.4 |
| 41 – 50 años | 81 | 27.6 |
| Mayores de 51 años | 48 | 16.4 |
| Sexo | | |
| Masculino | 123 | 42.0 |
| Femenino | 170 | 58.0 |
| Ocupación | | |
| Ama de casa | 60 | 20.5 |
| Pensionado | 6 | 2.0 |
| Empleado | 140 | 47.8 |
| Comerciante | 18 | 6.1 |
| Profesionista | 49 | 16.7 |
| Otros | 20 | 6.8 |
| Escolaridad | | |
| Sin estudios | 2 | 0.7 |
| Primaria | 35 | 11.9 |
| Secundaria | 73 | 24.9 |
| Bachillerato | 89 | 30.4 |
| Licenciatura | 93 | 31.7 |
| Posgrado | 1 | 0.3 |
| Nivel socioeconómico | | |
| Nivel Alto | 31 | 10.6 |
| Nivel Medio alto | 66 | 22.5 |
| Nivel Medio típico | 83 | 28.3 |
| Nivel Medio emergente | 85 | 29.0 |
| Nivel Bajo típico | 26 | 8.9 |
| Nivel Bajo extremo | 2 | 0.7 |

Fuente: Encuesta a pacientes

El 49.1% de los pacientes manifestó que durante el confinamiento por COVID 19 tuvo un bajo consumo de alcohol, con percepción de no tener cambios en el consumo de este en el 34.5%, siendo la socialización el principal motivo para su consumo en 26.6%. (Tabla 2)

| Tabla 2. Consumo de alcohol durante el confinamiento por los pacientes | | |
|---|----------|----------|
| Variable | N | % |
| Nivel de consumo de alcohol | | |
| Sin consumo | 72 | 24.6 |
| Bajo consumo | 144 | 49.1 |
| Regular consumo | 60 | 20.5 |
| Alto consumo | 17 | 5.8 |
| Percepción de consumo de alcohol | | |
| Sin consumo | 72 | 24.6 |
| Igual | 101 | 34.5 |
| Disminuyo | 51 | 17.4 |
| Aumento | 69 | 23.5 |
| Motivos de consumo de alcohol | | |
| Sin consumo | 72 | 24.6 |
| Desempleo | 26 | 8.9 |
| Muerte de un familiar | 36 | 12.3 |
| Trabajo | 52 | 17.7 |
| Confianza | 5 | 1.7 |
| Relajación | 25 | 8.5 |
| Socialización | 77 | 26.3 |

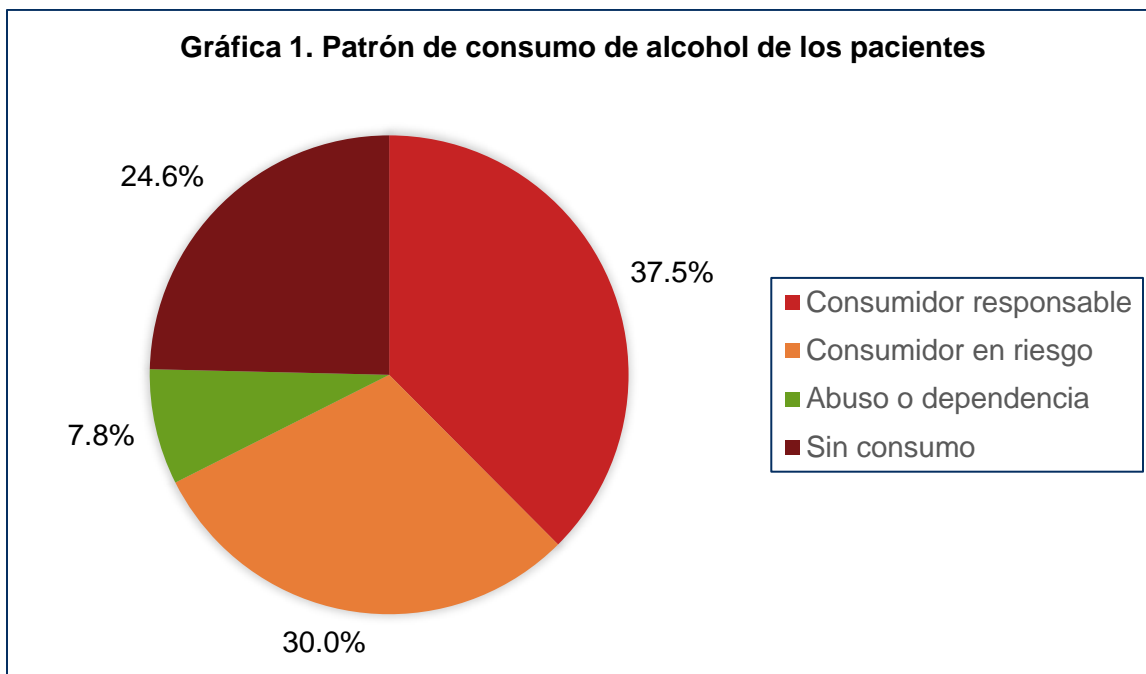
Fuente: Encuesta a pacientes

Al evaluar los trastornos debidos al consumo de alcohol, se encontró que solo 7.8% tenía abuso o dependencia, siendo consumidores responsables el 37.5%. (Tabla 3,

Grafica 1)

| Tabla 3. Patrón de consumo de alcohol de los pacientes | | |
|---|----------|----------|
| Variable | N | % |
| Consumidor responsable | 110 | 37.5 |
| Consumidor en riesgo | 88 | 30.0 |
| Abuso o dependencia | 23 | 7.8 |
| Sin ingesta de alcohol | 72 | 24.6 |

Fuente: Encuesta a pacientes



Fuente: Encuesta a pacientes

En cuanto al consumo de tabaco durante el confinamiento por COVID 19, el 28.3% manifestó un bajo consumo; con percepción de un aumento en el consumo de tabaco en 27.6%; siendo el trabajo el principal motivo para fumar en el 19.5%. (Tabla 4)

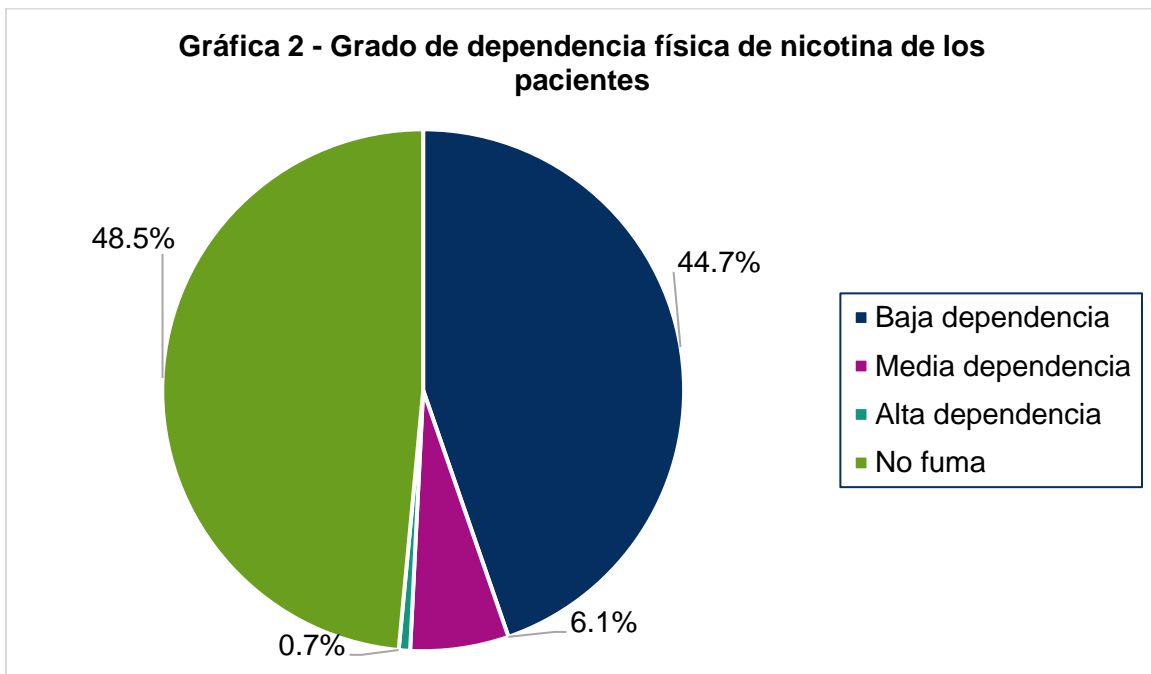
| Tabla 4. Consumo de tabaco por los pacientes durante el confinamiento | | |
|--|----------|----------|
| Variable | N | % |
| Nivel de consumo de tabaco | | |
| Sin consumo | 142 | 48.5 |
| Bajo consumo | 83 | 28.3 |
| Regular consumo | 51 | 17.4 |
| Alto consumo | 17 | 5.8 |
| Percepción de consumo de tabaco | | |
| Sin consumo | 142 | 48.5 |
| Igual | 59 | 20.1 |
| Disminuyo | 11 | 3.8 |
| Aumento | 81 | 27.6 |
| Motivos de consumo de tabaco | | |
| Sin consumo | 142 | 48.5 |
| Desempleo | 18 | 6.1 |
| Muerte de un familiar | 29 | 9.9 |
| Trabajo | 57 | 19.5 |
| Relajación | 24 | 8.2 |
| Socialización | 23 | 7.8 |

Fuente: Encuesta a pacientes

El grado de dependencia física de la nicotina, evidencio que 44.7% de los pacientes tenían baja dependencia, mientras que solo 0.7% tenía alta dependencia. (Tabla 5, Grafica 2)

| Tabla 5. Grado de dependencia física de nicotina de los pacientes | | |
|---|-----|------|
| Variable | N | % |
| Baja dependencia. | 131 | 44.7 |
| Media dependencia | 18 | 6.1 |
| Alta dependencia. | 2 | 0.7 |
| Sin consumo de tabaco | 142 | 48.5 |

Fuente: Encuesta a pacientes



Fuente: Encuesta a pacientes

En el confinamiento por COVID 19, el 9.6% de los pacientes reporto un bajo consumo de cannabis; con percepción de aumento en el consumo el 7.2%, y la muerte de algún familiar fue el principal motivo para su consumo en 4.4%. (Tabla 6)

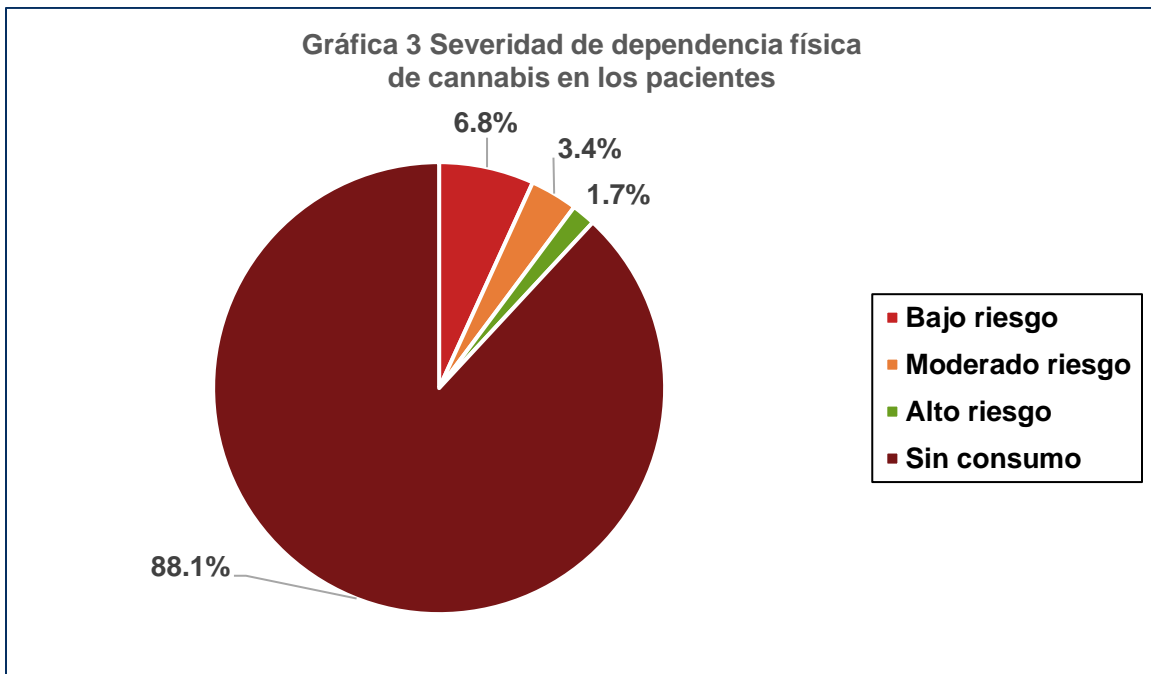
| Tabla 6. Consumo de cannabis por los pacientes durante el confinamiento | | |
|--|----------|----------|
| Variable | N | % |
| Nivel de consumo de cannabis | | |
| Sin consumo | 258 | 88.1 |
| Bajo consumo | 29 | 9.6 |
| Regular consumo | 2 | 0.3 |
| Alto consumo | 5 | 1.7 |
| Percepción de consumo de cannabis | | |
| Sin consumo | 258 | 88.1 |
| Igual | 12 | 4.1 |
| Disminuyo | 2 | 0.7 |
| Aumento | 21 | 7.2 |
| Motivos de consumo de cannabis | | |
| Sin consumo | 258 | 88.1 |
| Desempleo | 3 | 1.0 |
| Muerte de un familiar | 13 | 4.4 |
| Trabajo | 9 | 3.1 |
| Relajación | 7 | 2.4 |
| Socialización | 3 | 1.0 |

Fuente: Encuesta a pacientes

Al evaluar la severidad de dependencia de cannabis, solo el 1.7% de los pacientes tiene riesgo alto, mientras que el 6.8% bajo riesgo. (Tabla 7, Grafica 3)

| Tabla 7. Severidad de dependencia física de cannabis de los pacientes | | |
|--|----------|----------|
| Variable | N | % |
| Bajo riesgo. | 20 | 6.8 |
| Riesgo moderado | 10 | 3.4 |
| Alto riesgo | 5 | 1.7 |
| Sin consumo de cannabis | 258 | 88.1 |

Fuente: Encuesta a pacientes



Fuente: Encuesta a pacientes

Las características sociodemográficas y el patrón de consumo de alcohol en los pacientes, mostro que los consumidores responsables se encontraban entre los 41 y 50 años en 44%, los consumidores de riesgo entre los 21 y 30 años en 33.8%, los que tenían abuso o dependencia en 14.3% de los menores de 20 años y el 14.1% entre los 21 y 30 años. En el sexo masculino se encontró abuso o dependencia en 9.8%, en riesgo 34.1% y consumidores responsables el 41.5%. Por ocupación, un pensionado tenía abuso o dependencia (16.7%), seguido de los comerciantes con 11.1%, los consumidores responsables fueron el 44.9% profesionistas y en riesgo el 35% de los empleados. Respecto a la escolaridad 1 de los pacientes sin estudios (50%) se encontraba como consumidor responsable, seguido del 43.8% con preparatoria, consumidores de riesgo un paciente sin estudios (50%) y 34.2% con secundaria, con abuso el 14.3% con escolaridad primaria. En nivel socioeconómico los consumidores responsables pertenecían al nivel bajo extremo y bajo típico con 50% y 42.3% respectivamente, en riesgo el 34.8% con nivel medio alto y con abuso o dependencia el 50% de nivel bajo extremo seguido del 10.6% de los que tenían nivel medio alto. (Tabla 8)

Tabla 8. Relación entre variables sociodemográficas y patrón de consumo de alcohol en los pacientes

| Variable Sociodemográfica | Patrón de consumo | | | | | | | |
|-----------------------------|------------------------|-------|----------------------|------|---------------------|------|-------------|------|
| | Consumidor responsable | | Consumidor en riesgo | | Abuso o dependencia | | Sin consumo | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Edad | | | | | | | | |
| Menos de 20 años | 4 | 57.1 | 2 | 28.6 | 1 | 14.3 | 0 | 0.0 |
| 21 – 30 años | 19 | 26.7 | 24 | 33.8 | 10 | 14.1 | 18 | 25.3 |
| 31 – 40 años | 30 | 34.8 | 29 | 33.7 | 8 | 9.3 | 19 | 22.1 |
| 41 – 50 años | 36 | 44.4 | 24 | 29.6 | 3 | 3.7 | 18 | 22.3 |
| Más de 51 años | 21 | 43.7 | 9 | 18.7 | 1 | 2.1 | 17 | 35.5 |
| Sexo | | | | | | | | |
| Masculino | 51 | 41.5 | 42 | 34.1 | 12 | 9.8 | 18 | 14.6 |
| Femenino | 59 | 34.7 | 46 | 27.0 | 11 | 6.5 | 54 | 31.8 |
| Ocupación | | | | | | | | |
| Ama de casa | 25 | 41.7 | 12 | 20.0 | 2 | 3.3 | 21 | 35.0 |
| Pensionado | 2 | 33.3 | 1 | 16.7 | 1 | 16.7 | 2 | 33.3 |
| Empleado | 47 | 33.5 | 49 | 35.0 | 12 | 8.6 | 32 | 22.9 |
| Comerciante | 7 | 38.9 | 6 | 33.3 | 2 | 11.1 | 3 | 16.7 |
| Profesionista | 22 | 44.9 | 15 | 30.6 | 2 | 4.1 | 10 | 20.4 |
| Otros | 7 | 35.0 | 5 | 25.0 | 4 | 20.0 | 4 | 20.0 |
| Escolaridad | | | | | | | | |
| Sin estudios | 1 | 50.0 | 1 | 50.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Primaria | 12 | 34.3 | 10 | 28.6 | 5 | 14.3 | 8 | 22.8 |
| Secundaria | 24 | 32.9 | 25 | 34.2 | 6 | 8.2 | 18 | 24.7 |
| Preparatoria | 39 | 43.8 | 27 | 30.3 | 4 | 4.5 | 19 | 21.2 |
| Licenciatura | 33 | 37.5 | 25 | 26.8 | 8 | 8.6 | 27 | 29.1 |
| Posgrado | 1 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Nivel socioeconómico | | | | | | | | |
| Alto | 10 | 32.2 | 7 | 22.6 | 2 | 6.4 | 12 | 38.8 |
| Medio alto | 25 | 37.8 | 23 | 34.8 | 7 | 10.6 | 11 | 16.8 |
| Medio típico | 31 | 37.3 | 27 | 32.5 | 4 | 4.8 | 21 | 25.3 |
| Medio emergente | 32 | 37.6 | 25 | 29.4 | 7 | 8.2 | 21 | 24.8 |
| Bajo típico | 11 | 42.3 | 6 | 23.1 | 2 | 7.7 | 7 | 26.9 |
| Bajo extremo | 1 | 50.0 | 0 | 0.0 | 1 | 50.0 | 0 | 0.0 |

Fuente: Encuesta a pacientes

En los pacientes que presentaron abuso o dependencia al alcohol durante el confinamiento, el 58.8% refirió haber tenido un alto consumo, contrastando con el hecho de que solo el 8.6% refirió haber incrementado el consumo de este, respecto al motivo de la ingesta de alcohol el 25% refirió fue por muerte de un familiar, seguido de la relajación con el 16%. (Tabla 9)

| Tabla 9. Relación entre el patrón de consumo de alcohol y el consumo de alcohol durante el confinamiento en los pacientes | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|----------|-----------------------------|----------|----------------------------|----------|--------------------|----------|
| Variable | Patrón de consumo | | | | | | | |
| | Consumidor responsable | | Consumidor en riesgo | | Abuso o dependencia | | Sin consumo | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Nivel de consumo de alcohol | | | | | | | | |
| Sin consumo | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 72 | 100.0 |
| Bajo consumo | 94 | 65.3 | 46 | 31.9 | 4 | 2.8 | 0 | 0.0 |
| Regular consumo | 16 | 26.7 | 35 | 58.3 | 9 | 15.0 | 0 | 0.0 |
| Alto consumo | 0 | 0.0 | 7 | 41.2 | 10 | 58.8 | 0 | 0.0 |
| Percepción de consumo de alcohol | | | | | | | | |
| Sin consumo | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 72 | 100 |
| Igual | 66 | 60.0 | 26 | 23.6 | 18 | 16.4 | 0 | 0.0 |
| Disminución | 33 | 37.5 | 23 | 26.1 | 32 | 36.4 | 0 | 0.0 |
| Aumento | 2 | 8.7 | 2 | 8.7 | 19 | 8.6 | 0 | 0.0 |
| Motivos de consumo de alcohol | | | | | | | | |
| Sin consumo | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 72 | 100.0 |
| Desempleo | 7 | 26.9 | 16 | 61.6 | 3 | 11.5 | 0 | 0.0 |
| Muerte de familiar | 10 | 27.8 | 17 | 47.2 | 9 | 25.0 | 0 | 0.0 |
| Trabajo | 24 | 46.2 | 23 | 44.2 | 5 | 9.6 | 0 | 0.0 |
| Confianza | 4 | 80.0 | 1 | 20.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Relajación | 13 | 52.0 | 8 | 32.0 | 4 | 16.0 | 0 | 0.0 |
| Socialización | 52 | 67.5 | 23 | 29.9 | 2 | 2.6 | 0 | 0.0 |

Fuente: Encuesta a pacientes

Las características sociodemográficas de los pacientes y el grado de dependencia a la nicotina, se observó que la baja dependencia fue más frecuente en los menores de 20 años con el 57.1% y entre los 41 y 50 años con 50-6%, la dependencia media entre 31 y 40 años con 8.1% y alta dependencia de 21 a 30 años con 1.4% y de 31 a 40 años 1.2%. El sexo masculino reporto baja dependencia en 49.5%, media dependencia en 8.9% y alta dependencia en 0.8%. Referente a la ocupación, con dependencia baja los comerciantes con 66.6%, con dependencia media comerciantes y pensionados con el 16.7% cada uno, mientras que los profesionistas tuvieron dependencia alta en 2%. Por escolaridad, con baja dependencia el 57.5% con secundaria y 50.6% con preparatoria, con dependencia media el 50% sin estudios y 11.5% con primaria, alta dependencia los que tenían licenciatura el 2.1%. El nivel socioeconómico medio emergente con 56.4% con baja dependencia, dependencia media en 50% de pacientes con nivel bajo extremo y 9.7% con nivel alto, mientras que la alta dependencia en 1.5% de nivel medio alto y 1.2% medio emergente. (Tabla 10)

| Tabla 10. Relación entre variables sociodemográficas y grado de dependencia de nicotina en los pacientes | | | | | | | | |
|--|----------------------|-------|-------------------|------|------------------|-----|-------------|------|
| Variable Sociodemográfica | Grado de dependencia | | | | | | | |
| | Baja dependencia | | Media dependencia | | Alta dependencia | | Sin consumo | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Edad | | | | | | | | |
| Menos de 20 años | 4 | 57.1 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 42.9 |
| 21 – 30 años | 29 | 40.8 | 5 | 7.0 | 1 | 1.4 | 36 | 50.8 |
| 31 – 40 años | 38 | 44.2 | 7 | 8.1 | 1 | 1.2 | 40 | 46.6 |
| 41 – 50 años | 41 | 50.6 | 3 | 3.7 | 0 | 0.0 | 37 | 45.7 |
| Más de 51 años | 19 | 39.6 | 3 | 6.2 | 0 | 0.0 | 26 | 54.2 |
| Sexo | | | | | | | | |
| Masculino | 61 | 49.5 | 11 | 8.9 | 1 | 0.8 | 50 | 40.8 |
| Femenino | 70 | 41.2 | 7 | 4.1 | 1 | 0.6 | 92 | 54.1 |
| Ocupación | | | | | | | | |
| Ama de casa | 28 | 46.7 | 1 | 1.7 | 0 | 0.0 | 31 | 51.6 |
| Pensionado | 2 | 33.3 | 1 | 16.7 | 0 | 0.0 | 3 | 50.0 |
| Empleado | 68 | 48.5 | 7 | 5.0 | 1 | 0.7 | 64 | 45.8 |
| Comerciante | 12 | 66.6 | 3 | 16.7 | 0 | 0.0 | 3 | 16.7 |
| Profesionista | 14 | 28.6 | 2 | 4.1 | 1 | 2.0 | 32 | 65.3 |
| Otros | 7 | 35.0 | 4 | 20.0 | 0 | 0.0 | 9 | 45.0 |
| Escolaridad | | | | | | | | |
| Sin estudios | 1 | 50.0 | 1 | 50.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Primaria | 16 | 45.7 | 4 | 11.5 | 0 | 0.0 | 15 | 42.8 |
| Secundaria | 42 | 57.5 | 4 | 5.5 | 0 | 0.0 | 27 | 37.0 |
| Preparatoria | 45 | 50.6 | 6 | 6.7 | 0 | 0.0 | 38 | 42.7 |
| Licenciatura | 26 | 27.9 | 3 | 3.2 | 2 | 2.1 | 62 | 66.8 |
| Posgrado | 1 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Nivel socioeconómico | | | | | | | | |
| Alto | 8 | 25.8 | 3 | 9.7 | 0 | 0.0 | 20 | 64.5 |
| Medio alto | 23 | 34.8 | 6 | 9.1 | 1 | 1.5 | 36 | 54.5 |
| Medio típico | 37 | 44.6 | 5 | 6.0 | 0 | 0.0 | 41 | 49.4 |
| Medio emergente | 48 | 56.4 | 3 | 3.5 | 1 | 1.2 | 33 | 38.9 |
| Bajo típico | 13 | 50.0 | 1 | 3.8 | 0 | 0.0 | 12 | 46.2 |
| Bajo extremo | 1 | 50.0 | 1 | 50.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |

Fuente: Encuesta a pacientes

En los pacientes con dependencia alta a la nicotina, su patrón de consumo de cigarro durante el confinamiento por COVID 19 fue alto en 11.8%, pero solo 2.5% refirió haber incrementado el consumo respecto a lo habitual, el desempleo fue la principal causa o motivo de consumo en el 5.6%, seguido del trabajo 1.8% (Tabla 11)

| Tabla 11. Relación entre el grado de dependencia de nicotina y el consumo de tabaco durante el confinamiento en los pacientes | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------|--------------------------|----------|-------------------------|----------|--------------------|----------|
| Variable | Grado de dependencia | | | | | | | |
| | Baja dependencia | | Media dependencia | | Alta dependencia | | Sin consumo | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Nivel de consumo de tabaco | | | | | | | | |
| Sin consumo | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 142 | 100.0 |
| Bajo consumo | 80 | 93.4 | 3 | 3.6 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Regular consumo | 44 | 86.3 | 7 | 13.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Alto consumo | 7 | 41.2 | 8 | 47.0 | 2 | 11.8 | 0 | 0.0 |
| Percepción de consumo de tabaco | | | | | | | | |
| Sin consumo | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 142 | 100.0 |
| Igual | 57 | 96.6 | 2 | 3.4 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Disminución | 9 | 81.8 | 2 | 18.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Aumento | 65 | 89.2 | 14 | 17.3 | 2 | 2.5 | 0 | 0.0 |
| Motivos de consumo de tabaco | | | | | | | | |
| Sin consumo | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 142 | 100.0 |
| Desempleo | 15 | 83.3 | 2 | 11.1 | 1 | 5.6 | 0 | 0.0 |
| Muerte de familiar | 25 | 86.2 | 4 | 13.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Trabajo | 48 | 84.2 | 8 | 14.0 | 1 | 1.8 | 0 | 0.0 |
| Relajación | 21 | 87.5 | 3 | 12.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Socialización | 22 | 95.6 | 1 | 4.4 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |

Fuente: Encuesta a pacientes

Las características sociodemográficas y la severidad de dependencia física de cannabis en los pacientes, evidencio que el riesgo medio y alto fue más frecuente en menores de 20 años con el 14.3%, mientras que el riesgo bajo en 14.1% con edad entre 21 y 30 años. En hombres el riesgo bajo fue 13.8%, riesgo medio 5.7% y el riesgo alto 2.4%. Por ocupación, el riesgo alto se encontró en 2% de los profesionistas y 1.4% de empleados, riesgo medio en 4.3% de los empleados y bajo en 22.2% de comerciantes. Con alto riesgo con escolaridad primaria 2.9%, riesgo medio en 50% sin estudios y 6.8% con secundaria, riesgo bajo en 10.9% con secundaria. Por nivel socioeconómico, con riesgo bajo el 8.4% de nivel medio típico, medio riesgo 50% con bajo extremo, seguido de 6% medio típico, mientras que los que tenían nivel bajo típico el 3.8% con riesgo alto. (Tabla 12)

| Tabla 12. Relación entre variables sociodemográficas y severidad de dependencia física de cannabis en los pacientes | | | | | | | | |
|---|----------------------|------|--------------|------|-------------|------|-------------|-------|
| Variable Sociodemográfica | Grado de dependencia | | | | | | | |
| | Bajo riesgo | | Medio riesgo | | Alto riesgo | | Sin consumo | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Edad | | | | | | | | |
| Menos de 20 años | 0 | 0.0 | 1 | 14.3 | 1 | 14.3 | 5 | 71.4 |
| 21 – 30 años | 10 | 14.1 | 5 | 7.0 | 2 | 2.8 | 54 | 76.1 |
| 31 – 40 años | 3 | 3.5 | 4 | 4.6 | 1 | 1.2 | 78 | 90.7 |
| 41 – 50 años | 5 | 6.2 | 0 | 0.0 | 1 | 1.2 | 75 | 92.6 |
| Más de 51 años | 2 | 4.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 46 | 95.8 |
| Sexo | | | | | | | | |
| Masculino | 17 | 13.8 | 7 | 5.7 | 3 | 2.4 | 96 | 78.1 |
| Femenino | 3 | 1.8 | 3 | 1.8 | 2 | 1.2 | 162 | 95.2 |
| Ocupación | | | | | | | | |
| Ama de casa | 2 | 3.3 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 58 | 96.7 |
| Pensionado | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 6 | 100.0 |
| Empleado | 13 | 9.3 | 6 | 4.3 | 2 | 1.4 | 119 | 85.0 |
| Comerciante | 4 | 22.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 14 | 77.8 |
| Profesionista | 0 | 0.0 | 1 | 2.0 | 1 | 2.0 | 47 | 96.0 |
| Otros | 1 | 5.0 | 3 | 15.0 | 2 | 10.0 | 14 | 70.0 |
| Escolaridad | | | | | | | | |
| Sin estudios | 0 | 0.0 | 1 | 50.0 | 0 | 0.0 | 1 | 50.0 |
| Primaria | 3 | 8.6 | 2 | 5.7 | 1 | 2.9 | 29 | 82.8 |
| Secundaria | 8 | 10.9 | 5 | 6.8 | 1 | 1.4 | 59 | 80.9 |
| Preparatoria | 7 | 7.9 | 0 | 0.0 | 1 | 1.1 | 81 | 91.0 |
| Licenciatura | 2 | 2.1 | 2 | 2.1 | 2 | 2.1 | 87 | 93.7 |
| Posgrado | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 100.0 |
| Nivel socioeconómico | | | | | | | | |
| Alto | 1 | 3.2 | 1 | 3.2 | 0 | 0.0 | 29 | 93.6 |
| Medio alto | 5 | 7.6 | 0 | 0.0 | 2 | 3.0 | 59 | 83.4 |
| Medio típico | 7 | 8.4 | 5 | 6.0 | 1 | 1.2 | 70 | 84.4 |
| Medio emergente | 6 | 7.0 | 3 | 3.5 | 1 | 1.2 | 75 | 88.3 |
| Bajo típico | 1 | 3.8 | 0 | 0.0 | 1 | 3.8 | 24 | 92.4 |
| Bajo extremo | 0 | 0.0 | 1 | 50.0 | 0 | 0.0 | 1 | 50.0 |

Fuente: Encuesta a pacientes

En los pacientes con grado alto de dependencia física a cannabis, el 40% manifestó un patrón de consumo alto durante el confinamiento, 52.3% incremento su consumo, buscar relajación fue el motivo para su consumo en 28.6%, seguido de la muerte de un familiar en 7.7%. (Tabla 13)

Tabla 13. Relación entre la severidad de dependencia física de cannabis y el consumo de cannabis durante el confinamiento en los pacientes

| Variable | Grado de dependencia | | | | | | | |
|--|----------------------|-------|-----------------|-------|-------------|------|-------------|-------|
| | Bajo riesgo | | Riesgo moderado | | Alto riesgo | | Sin consumo | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Nivel de consumo de cannabis | | | | | | | | |
| Sin consumo | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 258 | 100.0 |
| Bajo consumo | 21 | 72.4 | 6 | 20.7 | 2 | 6.9 | 0 | 0.0 |
| Regular consumo | 0 | 0.0 | 1 | 100.0 | 1 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Alto consumo | 0 | 0.0 | 3 | 60.0 | 2 | 40.0 | 0 | 0.0 |
| Percepción de consumo de cannabis | | | | | | | | |
| Sin consumo | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 258 | 100.0 |
| Igual | 10 | 83.4 | 1 | 8.3 | 1 | 8.3 | 0 | 0.0 |
| Disminución | 1 | 50.0 | 1 | 50.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Aumento | 11 | 47.6 | 8 | 38.1 | 4 | 52.3 | 0 | 0 |
| Motivos de consumo de cannabis | | | | | | | | |
| Sin consumo | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 258 | 100.0 |
| Desempleo | 1 | 33.3 | 2 | 66.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Muerte de familiar | 7 | 53.8 | 5 | 38.5 | 1 | 7.7 | 0 | 0.0 |
| Trabajo | 8 | 88.8 | 1 | 11.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Relajación | 3 | 42.8 | 2 | 28.6 | 2 | 28.6 | 0 | 0.0 |
| Socialización | 3 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |

Fuente: Encuesta a pacientes

DISCUSIÓN

La pandemia por COVID 19 y las medidas adoptadas para su control han supuesto un importante impacto tanto sanitario, como social y personal, a todos los niveles. La situación de emergencia sanitaria ocasionada por dicha pandemia incluyó varias medidas para contener la pandemia que han supuesto una serie de cambios sustanciales en el funcionamiento cotidiano; uno de los más trascendentes la limitación a la libre circulación de las personas. Esto implica el confinamiento en el domicilio y la posibilidad de salir a la vía pública solo para ciertas actividades imprescindibles. El impacto negativo del confinamiento sobre el bienestar psicológico de la población podría conducir al abuso de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas, así como a una mayor tendencia a participar en conductas patológicas.

Un estudio tras el brote del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) en China en 2003, señala que los síntomas de abuso o dependencia de alcohol estaban relacionados con haber estado en cuarentena o haber trabajado en zonas de alto riesgo. Los síntomas de estrés postraumático y de depresión, y el haber usado alcohol como método de afrontamiento en el pasado también se asociaron significativamente con este aumento. Como era de esperar, el impacto de la pandemia por el SARS-COV-2 y el confinamiento domiciliario que esta trajo durante meses condicionó cambios en las pautas de consumo de sustancias psicoactivas adictivas, y en otras conductas adictivas sin sustancia, así como en la salud mental de la población. ⁴⁴

En nuestro estudio evaluamos la percepción y motivos del consumo de alcohol, tabaco y cannabis durante el confinamiento por COVID 19 en pacientes de 18 a 59 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 20. Encontramos un patrón de consumo de alcohol con abuso y dependencia en el 7.8%; más frecuente en los menores de 20 años y con edad entre 21 y 30 años con 14.3% y 14.1%, en estas edades se inicia el consumo de alcohol por diversas causas, como curiosidad, la invitación de amigos, experimentación, entre otros. Los hombres con abuso o dependencia en

9.8% y mujeres 6.5%, influenciado por patrones culturales de nuestra sociedad, aunque en años recientes se observa incremento en las mujeres consumidoras; Por ocupación se observa que los pensionados en 16.7%, seguidos de los comerciantes en 11.1%, se sabe que las profesiones clasificadas como comerciales tienen más probabilidades de estar asociadas al consumo excesivo de alcohol. Por grado de escolaridad se observa que aquellos con estudios básicos de primaria tenían abuso o dependencia en el 14.3% y con secundaria el 8.2%, las personas con mayor escolaridad tienden a beber más tarde, aunque los estudios señalan a mayor edad tienden a tomar de igual manera que los jóvenes. Por nivel socioeconómico se encontró un paciente de nivel bajo extremo con abuso, seguido del nivel medio alto con 10.6%, las personas con nivel socioeconómico más alto tienen más probabilidades de caer en conductas riesgosas por la bebida. El motivo más frecuente de consumo de alcohol referido fue la muerte de un familiar en el 25%, seguido de la relajación en 16% y el desempleo en 11.5%, se ha encontrado que los problemas familiares o depresión son causantes de consumo de alcohol.

Encontramos un alto grado de dependencia física de nicotina en 0.7% de los pacientes. El grupo de edad más frecuente fue entre 21 y 30 años con 1.4% y de 31 a 40 años 1.2%; si bien la edad de inicio de tabaquismo es frecuente en adolescentes, se incrementa con la edad, con la siguiente progresión. El sexo masculino lo presenta en 0.8%, seguido muy de cerca en las mujeres con el 0.6%, se sabe que en todos los grupos de edad los hombres fuman más, sin embargo, las mujeres jóvenes fuman más. Los comerciantes presentaban alta dependencia en 2.0%, seguido de los empleados con 0.7%, de acuerdo con estudios coincide que empleados y comerciantes minoristas fuman más que la media de otros trabajadores. Tenía alta dependencia los pacientes con licenciatura en 2.1%, se sabe que aquellos que fuman en la preparatoria, se convertirá la mayoría en fumadores adultos. Se sabe que el tabaquismo y su intensidad aumenta a menor nivel socioeconómico, encontramos alta dependencia en nivel medio alto 1.5% y medio emergente 1.2%.

Dentro de los motivos para fumar se refirió el desempleo 5.6% seguido de la relajación 1.8%, la nicotina causa una sensación placentera y distrae al consumidor de sensaciones desagradables.

La severidad de dependencia física de cannabis de los pacientes nos reportó alto riesgo en el 1.7%. Los menores de 20 años con 14.3%, coincide con el hecho de que los jóvenes empiezan a fumar cannabis en sus primeros años de la adolescencia con el riesgo de ser drogadictos en edades más tempranas, esto debido a que tiene amigos o familiares que la usan y los presionan a probarla. Por sexo los hombres con 2.4% y mujeres con 1.2%, el cannabis está bastante más extendido en dicho género, tanto en consumo mensual como diario. Los profesionistas 2% y empleados 1.4%, presentaron alto riesgo. Por escolaridad fue la primaria con 2.9%, aquellas personas con estudios inconclusos de nivel básico fuman con mayor frecuencia. Por nivel socioeconómico se encontró polaridad ya que el 3.8% con nivel bajo típico y el 3% con nivel medio alto eran de alto riesgo, estudios reportan que el consumo de cannabis se encuentra en 75% con nivel medio, 23.9% con nivel bajo y solo 0.1% con nivel alto. El principal motivo para fumar cannabis fue la relajación en 28.6% y la muerte de un familiar en 7.7%, esto por el efecto euforizante e incremento de la socialización.

Villanueva y cols ⁴⁵ evaluaron el consumo de riesgo del alcohol y su prevalencia en la población general antes de la pandemia y durante el confinamiento por COVID 19, en 3779 personas de ambos sexos entre 18 y 64 años; con un porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo de 15.1%, mayor en mujeres que en hombres (13.2% y 11.8%); los rangos de edad en los que se observó descenso en consumo de riesgo fue de 18 a 24 años y 25 a 29 años, con incremento para las edades entre 30 y 54 años. En función de la situación laboral se encontró efecto moderado para los trabajadores autónomos, el uso de alcohol fue realizado para reducir la ansiedad y estrés.

En nuestro estudio encontramos como patrón de consumo el abuso o dependencia en el 7.8% de la población encuestada y consumidores en riesgo 30%; por genero encontramos que los consumidores con abuso fueron en hombres en el 9.8%, a diferencia de España, donde las mujeres no consumían alcohol en el 31.8% de los casos. Este hallazgo apunta a un patrón cultural asociado en nuestro país. Por rango de edad encontramos que a diferencia de España el rango de edad con abuso fue en menores de 20 años con el 14.3% y entre los 21 y 30 años con el 14.1%. mientras que por ocupación al igual que España los consumidores con abuso fue mayor en trabajadores autónomos o comerciantes en el 11.1% y en los pensionados con el 16.7%. Sin embargo, se debe de tomar en cuenta que la población española fue mayor en número y más diversa en su sitio de aplicación.

Rebollar y cols ⁴⁶ realizaron una encuesta en 17017 personas de la región de La Rioja y Murcia, para evaluar el consumo de tabaco durante el estado de alarma por COVID 19, a través de redes sociales, encontrándose que de los fumadores el 85.7% de los encuestados siguieron fumando igual, el 5.9% disminuyo su consumo y el 6.7% había dejado de fumar. En cuanto a la intención de dejar de fumar el 13.5% lo habían conseguido y el 17.8% había fracasado, mientras que el 49.9% no había pensado en dejar el cigarro. En nuestra población el 20.1% de la población siguió fumando igual, disminuyo su consumo el 3.8% y lo aumento el 27.6%; encontrándose un nivel de consumo alto el 5.8% de los pacientes. Nuestros números son menores respecto al estudio de España, sin embargo, se debe de tener en cuenta el tamaño de la población estudiada. Pese a que el impacto del consumo de tabaco en la enfermedad por COVID-19 pone de manifiesto que le pronóstico era peor en los consumidores de tabaco, no vimos en la población en estudio cambios significativos en el consumo de tabaco.

Llorens y cols ⁴⁷ realizaron un estudio transversal en 7886 personas entre 15 y 64 años. Respecto al patrón de consumo de alcohol durante la pandemia se encontró disminución de este con 57.3% en el total de la población, 66.2% en hombres y 48.3% en mujeres, siendo la población más joven la que presento mayor tasa de

abandono y de reducción de consumo, mientras que en los grupos de mayor edad el patrón de consumo presento menos cambios. El 16% de la población habría realizado un consumo de riesgo, siendo más habitual entre ellos hombres 17.3% que entre las mujeres 14.8%, el mayor consumo de riesgo se realizó en los jóvenes de 20 a 34 años. En nuestro estudio el patrón de consumo de alcohol fue del 75.4% más alto que dicha población sin embargo esto puede estar influenciado porque nuestra edad mínima de encuestados fue de 18 años. En cuanto consumo de abuso o dependencia tuvimos un 7.8%, porcentaje menor que dicho estudio, al igual que en España fueron los hombres los que tenían abuso en el 9.8% y por rango de edad también coincide en menores de 30 años con el 28.4%. La prevalencia de consumo de tabaco se encontró en un 27.7%, hombres 28% y mujeres 27.5%, encontrándose una reducción en todos los tramos de edad, con mayor reducción en los jóvenes hasta 24 años y en los hombres. Respecto a los cambios en el patrón de consumo de tabaco el 2.6% había dejado de fumar y 1.2% habían empezado a fumar. El porcentaje de personas que aumentado el consumo fue de 5.7% y el que disminuyo o suspendió de 6.1%, no encontrándose diferencias importantes por sexo, por tramos de edad a medida que aumenta la edad, aumenta el número de no consumidores de tabaco, entre las personas más mayores no hubo cambios. Nosotros encontramos que fumaban el 51.5% de la población encuestada. Encontramos porcentajes más elevados en cuanto al patrón de consumo de tabaco con aumento en el 27.6% y menor en la disminución con el 3.8%. por edad encontramos alta dependencia en la población entre 21 y 40 años con el 2.6%. La prevalencia de consumo de cannabis disminuyo durante la pandemia, encontrándose poca diferencia respecto al sexo, con 8.5% en hombres y 4.4% en mujeres. Respecto al consumo problemático el 1.2% de las personas encuestadas presenta un consumo de riesgo; respecto al cambio de patrón de consumo el 3.5% ha dejado o disminuido el consumo porcentaje mayor en hombres que en mujeres. En nuestro estudio el total de consumidores de cannabis fue de 11.1% más alto que en España, el consumo de alto riesgo se encontró en el 1.7% de la población ligeramente más elevado que en el estudio referido y solo el 0.7% disminuyeron la ingesta de cannabis durante el confinamiento.

Pérez y cols ⁴⁸ realizaron un estudio en 540 estudiantes de la Universidad de La Rioja para evaluar el impacto del confinamiento en la conducta adictiva, encontrando que respecto consumo de tabaco un 2.4% iniciaron o recayeron en el consumo, un 8% afirmaron haber consumido más y un 14.8% afirmaron haber consumido menos. Respecto al consumo de alcohol el 58.9% afirmaban haber consumido menos, el 36.35% lo hacían de manera similar y el 4.8% había aumentado el número de bebidas alcohólicas cuando consumían. En nuestro estudio respecto al consumo de tabaco se encontró incremento en el 27.6% de los encuestados y disminución en el 3.8%, respecto al consumo de alcohol el 34.5% lo hacían igual y el 23.5% aumento. Nuestras cifras fueron más elevadas, sin embargo, debemos de tener en cuenta que nuestra población fue más grande en el rango de edades incluidas y no se enfocó a un grupo universitario.

Pinelo y cols ⁴⁹ realizaron un estudio en 380 adultos mayores con edad promedio de 66.7 años, de los cuales 57.8% eran solteros, reportando consumo de tabaco de 22.63%, de alcohol 40.7%, dentro de las drogas ilegales destaco la marihuana con 7.89%, con poli consumo en 21.2%. el porcentaje en consumidores solteros fue mayor y se observó que todas las drogas con excepción del tabaco se asociaron con síntomas de depresión. Si bien nuestro estudio marco el límite de 59 años como edad máxima, excluyendo a los adultos mayores, si vemos los resultados en la población mayor de 51 años que represento el 16.4%, se encontró con abuso o dependencia de alcohol en 2.1%, sin encontrar dependencia alta tanto en nicotina como en consumo de cannabis, marcando también como limitante no tomamos en cuenta como variable sociodemográfica el estado civil y no se consideró evaluar el estado de ánimo de los pacientes.

CONCLUSIONES

De los 293 pacientes incluidos en el estudio, la edad mínima fue de 18 años y máxima 59 años, media de 39 ± 10.1 años; el rango de edad de 31 a 40 años fue más frecuente, siendo más mujeres, los empleados fueron la ocupación más frecuente seguido de amas de casa, la escolaridad más frecuente licenciatura seguida de bachillerato; pertenecían al nivel socioeconómico medio emergente y medio típico en la mayoría.

El consumo de las sustancias que se reportó con mayor frecuencia fue alcohol, seguido de tabaco y en último lugar consumo de cannabis.

Durante el confinamiento por COVID 19, se reportó un bajo consumo de alcohol, tabaco y cannabis.

En cuanto a la percepción del consumo, se incrementó en tabaco y cannabis, manteniéndose igual en alcohol.

Los motivos expresados para el consumo de alcohol fue la socialización seguido de motivos laborales, para fumar el trabajo y la muerte de un familiar, y en el consumo de cannabis la muerte de un familiar y el trabajo.

El patrón de consumo de alcohol con mayor reporte fue consumo responsable, posterior consumidor en riesgo y con bajo porcentaje abuso o dependencia.

El grado de dependencia física de la nicotina fue mayor con baja dependencia, seguida de media dependencia y posterior alta dependencia.

La severidad de dependencia física de cannabis en los pacientes mostro con mayor frecuencia el bajo riesgo, seguido de riesgo moderado y en tercer lugar el alto riesgo.

Los pacientes con consumo responsable de alcohol se encontraron en menores de 20 años, en sexo masculino, en profesionistas, en pacientes sin estudios y preparatoria y con un nivel socioeconómico bajo extremo y bajo típico.

Los consumidores de alcohol en riesgo estuvieron entre 21 y 30 años, sexo masculino, empleados, paciente sin estudios y con secundaria, con un nivel socioeconómico medio alto y medio típico.

Se encontró con abuso o dependencia de alcohol, en los menores de 20 años seguido entre 21 y 30 años, en sexo masculino, pensionados, escolaridad primaria y nivel socioeconómico bajo extremo seguido de nivel medio alto.

El grado de dependencia a nicotina bajo se encontró en la mayoría en menores de 20 años, sexo masculino, comerciantes, escolaridad secundaria y un nivel socioeconómico medio emergente.

La media dependencia a nicotina se observó en pacientes entre 31 y 40 años, sexo masculino, pensionados y comerciantes, sin estudios y escolaridad primaria, con nivel socioeconómico bajo extremo y alto.

El grado de dependencia alta a nicotina se encontró entre los 21 y 30 años, sexo masculino, en profesionistas, con licenciatura, con nivel socioeconómico medio alto y medio emergente.

La severidad de dependencia física a cannabis fue baja entre los 21 y 30 años, en sexo masculino, comerciantes, escolaridad secundaria y pertenecientes al nivel socioeconómico medio típico.

El riesgo medio de dependencia física a cannabis fue más frecuente en menores de 20 años, sexo masculino, empleados, pacientes sin estudios y escolaridad secundaria, con niveles socioeconómicos bajo extremo y medio típico.

La severidad de dependencia física a cannabis con riesgo alto se observó en menores de 20 años, sexo masculino, empleados, escolaridad primaria y nivel socioeconómico bajo típico y medio alto.

Podemos hablar por un lado de los efectos directos de la enfermedad sobre la salud física y, por otro, de las consecuencias indirectas que el coronavirus arrastra consigo, especialmente aquellas derivadas del confinamiento, como son el aislamiento y cambios en el modo de relacionarnos; es importante reflexionar sobre la influencia a nivel psicológico que podría tener este contexto en las personas con adicciones.

RECOMENDACIONES

Es importante identificar los factores desencadenantes que conllevan al consumo de sustancias nocivas para así poder realizar una detección oportuna y poder implementar estrategias de prevención para reducir el incremento del consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias nocivas en la población.

Entre estos programas de fuerza laboral activa, acceso a la protección social y prestaciones económicas a personas desempleadas, así como la introducción de medidas de mejora de las condiciones psicosociales en los lugares de trabajo y la conciliación familiar durante el confinamiento.

Además, se sabe que los cambios observados pueden sufrir un rebote en los consumos, al revertirse progresivamente las medidas de control de la pandemia, por ello cobra especial relevancia continuar vigilando las tendencias en los consumos y adicciones mediante diferentes encuestas y sistemas de información.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La limitación más importante podría ser la fidelidad y veracidad de los datos, por tratarse de un trabajo con un componente subjetivo muy importante.

Podemos tener un sesgo en la información, por el momento en que se recabaron los datos, ya que del inicio de la pandemia han transcurrido más de 2 años, y la población se ha incorporado de nuevo a sus actividades laborales y escolares, por lo tanto, puede existir una variabilidad en el consumo de estas sustancias, se requieren futuras investigaciones y seguimiento del estudio.

Otra limitante fue la población incluida en el estudio, se excluyó a adultos mayores, el cual es un grupo poblacional sumamente vulnerable debido a que enfrenta un mayor número de enfermedades, mayor fragilidad física, dependencia económica, depresión, abandono o violencia, y otras complicaciones que ponen en alto riesgo su salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization I. Timeline - COVID-19 [Internet]. Who.int. [Citado el 29 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item27-04-2020-who-timeline---covid-19>.
2. Jimenez A, de Hollanda A, Palou E, Ortega E, Andreu A, Molero J, et al. Psychosocial, lifestyle, and body weight impact of COVID-19-related lockdown in a sample of participants with current or past history of obesity in Spain. *Obes Surg*. 2021;31(5):2115–24.
3. Pascarella G, Strumia A, Piliago C, Bruno F, Del Buono R, Costa F, et al. COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. *J Intern Med*. 2020; 288(2):192–206.
4. Ksiazek T.G., Erdman D., Goldsmith C.S., Zaki S.R., Peret T., Emery S. et al. A novel coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome. *N. Engl. J. Med.* (2003) 348, 1953–1966).
5. Cui J, Li F, Shi ZL. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. *Nat Rev Microbiol*. 2019;17(3):181-192. doi:10.1038/s41579-018-0118-9
6. Yu P, Zhu J, Zhang Z, Han Y. A familial cluster of infection associated with the 2019 novel Coronavirus indicating possible person-to-person transmission during the incubation period. *J Infect Dis* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 8];221(11):1757–61. Available from: <https://academic.oup.com/jid/article/221/11/1757/5739751?login=false>

- 7 Brian DA, Baric RS. Coronavirus genome structure and replication. *Curr Top Microbiol Immunol* [Internet]. 2005;287:1–30. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/3-540-26765-4_1
8. Walls AC, Park Y-J, Tortorici MA, Wall A, McGuire AT, Velesler D. Structure, function, and antigenicity of the SARS-CoV-2 spike glycoprotein. *Cell* [Internet]. 2020;181(2):281-292.e6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cell.2020.02.058>
9. Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S, Krüger N, Herrler T, Erichsen S, et al. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. *Cell* [Internet]. 2020;181(2):271-280.e8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cell.2020.02.052>
- 1 Lai C-C, Shih T-P, Ko W-C, Tang H-J, Hsueh P-R. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *Int J Antimicrob Agents* [Internet]. 2020;55(3):105924. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105924>
- 11 Zhang C, Zheng W, Huang X, Bell EW, Zhou X, Zhang Y. Protein structure and sequence reanalysis of 2019-nCoV genome refutes snakes as its intermediate host and the unique similarity between its spike protein insertions and HIV-1. *J Proteome Res* [Internet]. 2020;19(4):1351–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1021/acs.jproteome.0c00129>
- 12 Zhu F-C, Li Y-H, Guan X-H, Hou L-H, Wang W-J, Li J-X, et al. Safety, tolerability, and immunogenicity of a recombinant adenovirus type-5 vectored COVID-19 vaccine: a dose-escalation, open-label, non-randomised, first-in-human trial. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10240):1845–54. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31208-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31208-3)

- 13 Andersen KG, Rambaut A, Lipkin WI, Holmes EC, Garry RF. The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nat Med* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 8];26(4):450–2. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0820-9>.
- 14 Gilberto Guzmán Valdivia Gómez¹ Alejandro Daniel Domínguez González² Santiago Álvarez Rodríguez³ Dulce María Meneses Ruiz⁴ COVID-19: fisiopatología y propuestas terapéuticas en investigación clínica *Revista del Centro de Investigación de la Universidad La Salle* Vol. 14, No. 53, Enero-Junio 2020, pp. 133-158 DOI: <http://doi.org/10.26457/recein.v14i53.2688>
- 15 Fu L, Wang B, Yuan T, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: A systematic review and meta-analysis. *J Infect.* 2020;80(6):656-665. doi:10.1016/j.jinf.2020.03.041
- 16 Ye G, Pan Z, Pan Y, et al. Clinical characteristics of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 reactivation. *J Infect.* 2020;80(5): e14-e17. doi:10.1016/j.jinf.2020.03.001
- 17 Prete M, Favoino E, Catacchio G, Racanelli V, Perosa F. SARS-CoV-2 Inflammatory Syndrome. Clinical Features and Rationale for Immunological Treatment. *Int J Mol Sci.* 2020;21(9):3377. Published 2020 May 10. doi:10.3390/ijms21093377

- 18 World Health Organization II. Advice for the public on COVID-19 –[Internet]. Who.int. [citado el 29 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public?gclid=CjwKCAjwyIKJBhBPEiwAu7zll6whL4JP-CTVoZpje3YbUfMnR05GZqDxuxk3hj5SeGUXtDIX29QMsBoC088QAvD_BwE
- 19 Prati G, Mancini AD. The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: a review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. *Psychol Med.* 2021 Jan;51(2):201-211. doi: 10.1017/S0033291721000015. Epub 2021 Jan 13. PMID: 33436130; PMCID: PMC7844215.
- 20 Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., Norman, G. J., & Berntson, G. G.. Social isolation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2011. 1231(1), 17–22. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06028.x>
- 21 Aristóteles. *Política* (trad. T. Calvo Martínez). Barcelona: Gredos. (2007)
- 22 Rodríguez Rossi, Rossi Rubén Oscar, y “El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva.” *Investigación en Salud*, vol. VII, no. 2, 2005, pp.105-111. Redalyc, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14270205>
- 23 Arroyo J.M., Ortega E. Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Rev. esp. sanid. penit.* [Internet]. 2009 [citado 2022 Jun 09] ; 11(1): 3-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S157506202009000100002&lng=es.

- 24 Loaiza, Oscar, and Jose L. Posada. "Psicología Militar: Conceptualización E Investigaciones Contemporáneas." *PSIENCIA. Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica* 8.2 (2016).
- 25 Daniel Donoso Rodríguez. *Psicología en las fuerzas armadas*. Ministerio de Defensa. Subdirección General de Publicaciones y Patrimonio Cultural. 2013. 1ª ed. ISSN: 9788497817431
- 26 Peña, G. *De una psicología caleidoscópica a un cuerpo disciplinar integrado funcionalmente. Una Introducción a la Psicología*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello. (2006).
- 27 Nicolas, M., & Gushin, V. Stress and Recovery Responses during a 105-day Ground-based Space Simulation. *Stress and Health*, (2015)31(5), 403-410. doi:10.1002/smi.2565
- 28 Tortello, C., Folgueira, A., Nicolás, M., Cuiuli, J. M., Cairoli, G., Crippa, V., Barbarito, M., Abulafia, C., Golombek, D. A., Vigo, D. E., & Plano, S. A. (2021). Coping with Antarctic demands: Psychological implications of isolation and confinement. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 37(3), 431–441. <https://doi.org/10.1002/smi.3006>
- 29 Gjaka M, Feka K, Bianco A, Tishukaj F, Giustino V, Parroco AM, et al. The effect of COVID-19 lockdown measures on physical activity levels and sedentary behaviour in a relatively young population living in Kosovo. *J Clin Med*. 2021;10(4):763.
- 30 Mengin, A et al. "Conséquences psychopathologiques du confinement" [Psychopathological consequences of confinement]. *L'Encephale* vol. 46,3S (2020): S43-S52. doi:10.1016/j.encep.2020.04.007

- 31 Almandoz JP, Xie L, Schellinger JN, Mathew MS, Bismar N, Ofori A, et al. Substance use, mental health and weight-related behaviours during the COVID-19 pandemic in people with obesity. *Clin Obes.* 2021;11(2):e12440.
- 32 World Health Organization Global strategy to reduce the harmful use of alcohol.2010.http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44486/9789243599939_spa.pdf;jsessionid=3DB2554458E103F556F76F75AD057C9C?sequence=1 ISBN: 9789241599931
- 33 National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2013). Alcohol. Recuperado de: http://www.nida.nih.gov/PDF/Infofacts/Alcohol10_Sp.pdf (accessed 22 September 2020).
- 34 The Lancet Gastroenterology Hepatology Drinking alone: COVID-19, lockdown, and alcohol-related harm. *The lancet. Gastroenterology & hepatology*, (2020). 5(7), 625. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30159-X](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30159-X)
- 35 Foundation for Alcohol Research and Education (FARE), Alcohol Sales & Use During COVID-19 - Polling Snapshot, 2020. Available at: <http://fare.org.au/wp-content/uploads/COVID-19-POLL.pdf> (accessed 22 September 2020).
- 36 Vanderbruggen N., Matthys F., Van Laere S., Zeeuws D., Santermans L., Van den Ameele S., Crunelle C.L. Self-Reported Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use during COVID-19 Lockdown Measures: Results from a Web-Based Survey. *Eur. Addict. Res.* 2020:1–7. doi: 10.1159/000510822.- DOI - PMC - PubMed

- 37 Medina-Mora ME, Cordero-Oropeza M, Rafful C, Real T, Villatoro-Velázquez JA. COVID-19 and alcohol in Mexico: A serious health crisis, strong actions on alcohol in response-Commentary on Stockwell et al. *Drug Alcohol Rev.* 2021;40(1):13–6.
- 38 CNV, Polo AL, Ríos MP, Ferrández EP, Martínez AMF, Piqueras OM, et al. CONSUMO DE TABACO EN ESPAÑA DURANTE EL ESTADO DE ALARMA POR COVID-19: RESULTADOS DE UNA EVALUACIÓN A TRAVÉS DE REDES SOCIALES [Internet]. Gob.es. [citado el 21 de octubre de 2021]. https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202103049.pdf
- 39 Carreras G, Lugo A, Stival C, Amerio A, Odone A, Pacifici R, Gallus S, Gorini G. Impact of COVID-19 lockdown on smoking consumption in a large representative sample of Italian adults. *Tob Control.* 2021 Mar 29: tobaccocontrol-2020-056440. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2020-056440.Epub ahead of print. PMID: 33782199; PMCID: PMC8008911.
- 40 Van Laar MW, Oomen PE, van Miltenburg CJA, Vercoulen E, Freeman TP and Hall WD (2020) Cannabis and COVID-19: Reasons for Concern. *Front. Psychiatry* 11:601653. doi: 10.3389/fpsy.2020.601653
- 41 Imtiaz S, Wells S, Rehm J, Hamilton HA, Nigatu YT, Wickens CM, Jankowicz D, Elton-Marshall T. Cannabis Use During the COVID-19 Pandemic in Canada: A Repeated Cross-sectional Study. *J Addict Med.* 2020 Dec 14. doi: 10.1097/ADM.0000000000000798. Epub ahead of print. PMID: 33323693
42. Hawkey LC, Thisted RA, Cacioppo JT. Loneliness predicts reduced physical activity: cross-sectional & longitudinal analyses. *Health Psychol.* 2009;28(3):354–63.

43. Matsungo TM, Chopera P. Effect of the COVID-19-induced lockdown on nutrition, health and lifestyle patterns among adults in Zimbabwe. *BMJ Nutr Prev Health*. 2020;3(2):205–12.
44. Villaverde A et al. Adicciones durante el confinamiento por EL COVID-19 en Asturias. *Psicosom. Psiquiatr*. 2020; 15:21-28.
45. Villanueva V et. Al. Impacto de las medidas de confinamiento durante la pandemia de COVID 19 en el consumo de alcohol. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95. 1-13.
46. Rebollar A et al. Consumo de tabaco en España durante el estado de alarma por COVID 19, resultados de una evaluación a través de redes sociales. *Rev Esp Salud Publica*. 2021. 95:1-11
47. Llorens N, et al. Impacto COVID 19 en el consumo de sustancias y comportamientos con potencia adictivo, encuesta del Observatorio Español de las Drogas. *Rev Esp Salud Publica*. 2021. 95:1-14
48. Pérez A et al. Impacto del confinamiento en la conducta adictiva de los universitarios riojanos. *Adicciones*. 2022; XX(X): XX-XXX.
49. Pinelo y colaboradores. Consumo de drogas legales e ilegales y síntomas de depresión en adultos mayores usuarios de Facebook durante la pandemia por SARS-CoV-2 en México. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2002. 57(5): 273-277.

ANEXOS

(ANEXO 1)

| | |
|---|---|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>(Anexo 1)</p> <p>Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</p> |
| Nombre del estudio: | PERCEPCION Y MOTIVOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y CANNABIS DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN PACIENTES DE 18-59 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 |
| Patrocinador externo (si aplica): | No aplica |
| Lugar y fecha: | Unidad de Medicina familiar No. 20, Ciudad de México a _____ de _____ del 2022 |
| Número de registro institucional: | R-2022-3404-049 |
| Justificación y objetivo del estudio: | Como resultado del confinamiento, la dinámica de las actividades diarias puede ser difícil de mantener, lo que contribuye al desarrollo de trastornos psicológicos, del estado de ánimo y del sueño, generando modificaciones importantes en el modus vivendi, entre ellos vicios socialmente aceptados como son: alcoholismo, tabaquismo y el consumo recreativo de cannabis. El objetivo del presente estudio es determinar la percepción y motivos de consumo de alcohol, tabaco y cannabis durante el confinamiento por covid-19 en pacientes de 18-59 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 IMSS |
| Procedimientos: | Si desean participar se te aplicará una encuesta donde obtendremos datos generales, y motivos y percepciones así como preguntas relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco y marihuana (cannabis) durante la pandemia que azoto a nuestro país. |
| Posibles riesgos y molestias: | El contestar la encuesta no te causara ningún daño a tu persona, como es daño físico, psicológico o social. Pero hay algunas preguntas durante el estudio que quizás causen incomodidad ya que están relacionadas al consumo de alcohol, tabaco y marihuana (cannabis) y expresar algunos motivos que te orillaron a hacerlo. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Al participar en el estudio no recibirás ningún beneficio económico, ni en medicamentos o prioridad en consultas dentro de la unidad o fuera. El mayor beneficio es a toda la población de tu edad, de manera que al otorgar los resultados generales a la comunidad médica se logre realizar estrategias de atención oportuna y seguimiento, así como brindar apoyo dentro y fuera del IMSS para que disminuya la adicción a estas sustancias y no perjudique la salud de nuestra población. |

| | |
|---|---|
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Sí al término del estudio deseas conocer tus resultados, podrás solicitarlo, se te otorgara un folio y una cita para que al presentarte se te de la información. En caso de que requieras apoyo médico se te orientara la solicitud de cita con tu médico familiar. |
| Participación o retiro: | Tu participación es de manera voluntaria y en caso que ya hayas firmado este consentimiento que autorizas tu participación y deseas retirarte del estudio podrás hacerlo en el momento que tu decidas sin ninguna repercusión y sin ninguna afectación a tu derecho de la atención dentro del IMSS. |
| Privacidad y confidencialidad: | Todos tus datos que nos proporcionas serán tratados de manera confidencial y con la mayor privacidad por parte del investigador responsable y sus colaboradores, asegurando su resguardo y no divulgación en caso de publicación o presentación de los resultados. |
| Declaración de consentimiento: | |
| Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio: | |
| <input type="checkbox"/> | Si acepto participar en el estudio. |
| <input type="checkbox"/> | No acepto participar en el estudio |
| <input type="checkbox"/> | Si acepto participar y que mis datos proporcionados sean utilizados en estudios posteriores |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: | |
| Investigadora o Investigador Responsable: | Dra. Santa Vega Mendoza. Médico Familiar. Maestra en ciencias de la educación. Matricula 1166051. Teléfono: 5555331100. Correo electrónico: santa.vega@imss.gob.mx |
| Colaboradores: | Dr. Alexis Olad Pablo Santiago. Matricula 97351637. Médico Residente de Medicina Familiar. Teléfono: 5619878762. Correo electrónico: medicoalexisops@gmail.com |
| En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx | |
| _____ | _____ |
| Nombre y firma del participante | Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento |
| Testigo 1 | Testigo 2 |
| _____ | _____ |
| Nombre, dirección, relación y firma | Nombre, dirección, relación y firma |

(ANEXO 2)



GOBIERNO DE
MÉXICO



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
DISTRITO FEDERAL NORTE
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
EDUCACIÓN

Ciudad de México, a 19 de Abril de 2022

Oficio No.2018/35-01-26-2110/2022

DR. MIGUEL ALFREDO ZURITA MUÑOZ
DIRECTOR DE LA U.M.F. No. 20

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENCIA

Por medio de la presente se solicita y de no haber inconveniente se permita a el médico residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar de esta unidad sede, **DR. ALEXIS OLAD PABLO SANTIAGO**; se le pueda permitir realizar el protocolo de investigación titulado: **PERCEPCIÓN Y MOTIVOS DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y CANNABIS DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VALLEJO**; dicho proceso consiste en la toma de datos generales del paciente, así como el test de consumo de tabaco, alcohol cannabis a pacientes adscritos a esta unidad sede. Siendo el investigador responsable la **DRA. SANTA VEGA MENDOZA**, Médico Familiar adscrito a esta unidad, con matrícula **11660511**.

En espera de respuesta a esta solicitud y sin más por el momento agradezco la atención y apoyo a nuestros alumnos.

ATENTAMENTE,


DRA. SANTA VEGA MENDOZA
Médica Familiar UMF 20
Investigador responsable

Vo.Bo.


DR. MIGUEL ALFREDO ZURITA MUÑOZ
DIRECTOR DE LA U.M.F. No. 20



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.20
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

(ANEXO 3)

LA SIGUIENTE ENCUESTA ES PARA CONOCER LOS PERCEPCION Y MOTIVOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y CANNABIS DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN PACIENTES DE 18-59 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

No. de folio del estudio: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____

A continuación, se le hacen unas preguntas relacionadas con su hogar, favor de contestar lo más veraz posible

1. Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?

| RESPUESTA | PUNTOS |
|-------------------------|--------|
| Sin Instrucción | 0 |
| Preescolar | 0 |
| Primaria Incompleta | 6 |
| Primaria Completa | 11 |
| Secundaria Incompleta | 12 |
| Secundaria Completa | 18 |
| Preparatoria Incompleta | 23 |
| Preparatoria Completa | 27 |
| Licenciatura Incompleta | 36 |
| Licenciatura Completa | 59 |
| Posgrado | 85 |

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay o había en tu vivienda durante la pandemia?

| RESPUESTA | PUNTOS |
|-----------|--------|
| 0 | 0 |
| 1 | 24 |
| 2 o más | 47 |

3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?

| RESPUESTA | PUNTOS |
|-----------|--------|
| 0 | 0 |
| 1 | 22 |
| 2 ó más | 43 |

4. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudieras tener desde algún celular ¿tu hogar contaba con internet durante la pandemia?

| RESPUESTA | PUNTOS |
|-----------|--------|
| No tenía | 0 |
| Sí tenía | 32 |

5. De todas las personas de más de 14 años que vivían en tu hogar, ¿cuántas trabajaron durante la pandemia?

| RESPUESTA | PUNTOS |
|-----------|--------|
| 0 | 0 |
| 1 | 15 |
| 2 | 31 |
| 3 | 46 |
| 4 ó más | 61 |

6. En esta vivienda, ¿cuántos cuartos se usaban para dormir durante la pandemia, sin contar pasillos ni baños?

| RESPUESTA | PUNTOS |
|-----------|--------|
| 0 | 0 |
| 1 | 8 |
| 2 | 16 |
| 3 | 24 |
| 4 | 32 |

Los siguientes enunciados están relacionados a obtener información en el consumo de sustancias nocivas para la salud, le solicitamos nuevamente responder lo más veraz posible.

1. En el siguiente cuadro del 0 al 10. Marque con una X en el número según usted considere su nivel de **CONSUMO DE ALCOHOL** durante el confinamiento por la pandemia COVID-19.

| Sin consumo | | | | | | Alto consumo | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|--------------|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

2. A su percepción su **CONSUMO DE ALCOHOL** durante el confinamiento de la pandemia Covid-19 se mantuvo:

- a) No bebo b) igual c) disminuyo d) aumento

3. Anote que motivos lo llevo a **CONSUMIR ALCOHOL** (puede anotar todos las que creas importantes, por ejemplo: el trabajo, perdida del trabajo, separación, muerte de un familiar, etc

4. En el siguiente cuadro del 0 al 10. Marque con una X en el número según usted considere su nivel de **FUMAR TABACO** durante el confinamiento por la pandemia COVID-19.

No **fumo**
fumo **demasiado**

| | | | | | | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|

5. A su percepción, el FUMAR **TABACO** durante el confinamiento de la pandemia Covid-19 se mantuvo:

- a) No fumo b) igual c) disminuyo d) aumento

b) Anote que motivos lo llevo a **FUMAR TABACO** (puede anotar todos los que usted crea conveniente, por ejemplo: el trabajo, perdida del trabajo, separación, muerte de un familiar, etc.)

c) En el siguiente cuadro del 0 al 10. Marque con una X en el número según usted considere su nivel de **CONSUMO DE MARIHUANA (CANNABIS)** durante el confinamiento por la pandemia COVID-19.

| Sin consumo | | | | | Alto consumo | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|--------------|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

d) A su percepción, el **CONSUMO DE MARIHUANA (CANNABIS)** durante el confinamiento de la pandemia Covid-19 se mantuvo:

a) No fumo marihuana b) igual c) disminuyo d) aumento

b) Anote que motivos lo llevo a **CONSUMO DE MARIHUANA (CANNABIS)**, puede anotar todos los que creas importantes, por ejemplo: el trabajo, perdida del trabajo, separación, muerte de un familiar, etc.

TEST AUDIT

En el siguiente cuadro se te presentaran preguntas relacionadas con el hábito de beber alcohol. Favor de marcar con una X la respuesta que más se acerque a tu consumo

| | |
|---|--|
| <p>1. ¿Qué tan frecuentemente consumiste bebidas alcohólicas durante el confinamiento?</p> <p>0=nunca 1 =una vez al mes o menos 2=de 2 a 4 veces por mes 3=2 ó 3 veces por semana</p> | <p>6. Durante el último año de la pandemia ¿qué tan frecuentemente bebiste a la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?</p> <p>0=nunca 1 =menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p> |
| <p>2. ¿Cuántas copas se tomaste en un día típico durante el confinamiento o comúnmente bebías? Cuantifica el número de tragos estándar (*)</p> <p>0=una o dos 1 =tres o cuatro 2=cinco o seis 3=de siete a nueve 4=diez o más</p> | <p>7. Durante el último año de la pandemia ¿qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?</p> <p>0=nunca 1 =menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p> |
| <p>3. ¿Qué tan frecuentemente tomaste seis o más copas en una misma ocasión?</p> <p>0=nunca 1 =menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p> | <p>8. Durante el último año de la pandemia ¿qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?</p> <p>0=nunca 1 =menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p> |
| <p>4. Durante el último año de la pandemia ¿te ocurrió que no lograste parar de beber una vez que había empezado?</p> <p>0=nunca 1 =menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p> | <p>9. ¿Te lastimaste o alguien resulto lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?</p> <p>0=no 1 =sí, pero no en el último año 2=sí, en el último año</p> |
| <p>5. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que debería haber hecho por beber?</p> <p>0=nunca 1 =menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p> | <p>10. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebes o te ha sugerido que le bajas?</p> <p>0=no 1 =sí, pero no en el último año 2=sí, en el último año</p> |

Calificación: 0-3 puntos bebe de forma responsable; 4-7 puntos bebe de forma riesgosa, 8 o más puntos abusa del alcohol, puede ser dependiente

Puntuación en total:

TEST DE FAGERSTRÖM

Las siguientes preguntas están relacionadas al hábito de fumar durante el confinamiento por la pandemia Covid 19 subraya la respuesta que más se acerque a tu consumo.

1. ¿Cuánto tiempo pasó entre que te levantas y te fumas el primer cigarrillo durante el confinamiento de la pandemia por Covid-19?

| | |
|----------------|----------|
| Hasta 5 min | 3 puntos |
| De 6 a 30 min | 2 puntos |
| De 31 a 60 min | 1 punto |
| Más de 60 min | 0 puntos |

2. ¿Se te dificultó no fumar en lugares donde está prohibido durante el confinamiento?

| | |
|----|----------|
| Si | 1 punto |
| No | 0 puntos |

3. ¿Qué cigarrillo te costó dejar más durante el confinamiento?

| | |
|-------------------------|----------|
| El primero de la mañana | 1 punto |
| Cualquier otro | 0 puntos |

4. ¿Cuántos cigarrillos fumaste al día durante el confinamiento?

| | |
|---------------|----------|
| Menos de 10 | 0 puntos |
| Entre 11 y 20 | 1 punto |
| Entre 21 y 33 | 2 puntos |
| Más de 30 | 3 puntos |

5. ¿Fumaste más durante las primeras horas después de levantarte durante el confinamiento?

| | |
|----|----------|
| Si | 1 punto |
| No | 0 puntos |

6. ¿Fumaste, aunque estabas tan enfermo que estuviste que estar en la cama durante el confinamiento?

| | |
|----|---------|
| Si | 1 punto |
| No | |

Puntuación en total:

CAST - PRUEBA DE DETECCIÓN DE ABUSO DE CANNABIS

Las preguntas que a continuación se te presentan están relacionadas al hábito de uso de Marihuana o también llamada cannabis, coloca una X en el cuadro que se acerque a tu respuesta. Sobre el consumo durante la pandemia por Covid 19.

En LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿has fumado Marihuana (cannabis)? Si () No ()

Si contestaste que si contesta las siguientes preguntas → EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ...

| | Nunca | Rara vez | De vez en cuando | A menudo | Muy a menudo |
|---|-------|----------|------------------|----------|--------------|
| 1. ¿Durante la pandemia fumaste Marihuana antes del mediodía? | 0 ● | 1 ● | 2 ● | 3 ● | 4 ● |
| 2. ¿fumaste Marihuana en la pandemia cuando estabas solo? | 0 ● | 1 ● | 2 ● | 3 ● | 4 ● |
| 3.- ¿Tuviste problemas de memoria cuando fumaste Marihuana en la pandemia? | 0 ● | 1 ● | 2 ● | 3 ● | 4 ● |
| 4.- ¿Les comentaste a tus amigos o miembros de su familia durante la pandemia que deberías reducir su consumo de Marihuana? | 0 ● | 1 ● | 2 ● | 3 ● | 4 ● |
| 5.- ¿Intestaste reducir o dejar de consumir Marihuana durante la pandemia? | 0 ● | 1 ● | 2 ● | 3 ● | 4 ● |
| 6. ¿Presentaste problemas por tu consumo de Marihuana (discusión, pelea, accidente, mal resultado en la escuela, etc.) durante la pandemia? | 0 ● | 1 ● | 2 ● | 3 ● | 4 ● |

Calcule la puntuación general sumando las puntuaciones de cada línea. La puntuación general indica si la persona está en riesgo de sufrir un trastorno por uso de sustancias.

Puntuación en total: