

11241  
17  
2ej.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA  
Y SALUD MENTAL**

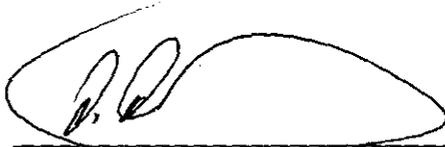
Título:

***DEPENDENCIA AL ALCOHOL, PATRONES DE CONSUMO DE  
ALCOHOL, USO DE SUSTANCIAS, Y SU RELACION CON TRASTORNOS  
MENTALES Y PROBLEMAS RELACIONADOS EN UNA MUESTRA DE LA  
POBLACION GENERAL***

Alumno:

Dra. Benilde Orozco García

TUTOR TEORICO

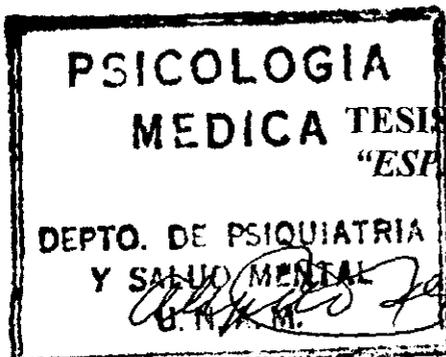


Dr. Carlos Campillo Serrano

TUTOR METODOLOGICO



Dr. Xavier Sandoval García



AÑO: 1998

269370

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**DEPENDENCIA AL ALCOHOL, PATRONES DE CONSUMO DE  
ALCOHOL, USO DE SUSTANCIAS, Y SU RELACION CON  
TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS RELACIONADOS EN  
UNA MUESTRA DE LA POBLACION GENERAL**

**INDICE GENERAL**

**I. INTRODUCCION**

|                         |   |
|-------------------------|---|
| 1.10 Antecedentes.....  | 1 |
| 1.20 Marco Teórico..... | 2 |

**II. METODO**

**2.10 Objetivos**

|   |   |
|---|---|
| 2.11 <i>Objetivos Generales</i> .....   | 6 |
| 2.12 <i>Objetivos Especificos</i> ..... | 6 |

|   |   |
|---|---|
| <b>2.20 Justificación del Estudio</b> ..... | 7 |
|---|---|

**2.30 Definición de Variables**

|   |    |
|---|----|
| 2.31 <i>Trastornos mentales</i> .....   | 8  |
| 2.32 <i>Patrones de Consumo de Alcohol y su recodificación</i> .....          | 8  |
| 2.33 <i>Tipo y Uso de Sustancias</i> .....                                    | 9  |
| 2.34 <i>Problemas relacionados al consumo de alcohol y/o sustancias</i> ..... | 10 |
| 2.35 <i>Comorbilidad</i> .....  | 10 |

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| <b>2.40 Hipótesis</b> ..... | 10 |
|-----------------------------|----|

|                          |    |
|--------------------------|----|
| <b>2.50 Diseño</b> ..... | 10 |
|--------------------------|----|

**2.60 Población**

|   |    |
|---|----|
| 2.61 <i>Selección de la muestra</i> ..... | 11 |
| 2.62 <i>Tamaño de la muestra</i> .....    | 11 |

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| <b>2.70 Instrumentos</b> ..... | 11 |
|--------------------------------|----|

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| <b>2.80 Análisis de datos</b> ..... | 13 |
|-------------------------------------|----|

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| <b>III.RESULTADOS</b> ..... | 14 |
|-----------------------------|----|

|  |    |
|--|----|
| <b>IV. DISCUSION DE RESULTADOS</b> ..... | 20 |
|--|----|

|                              |    |
|------------------------------|----|
| <b>V. CONCLUSIONES</b> ..... | 24 |
|------------------------------|----|

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| <b>VI. BIBLIOGRAFIA</b> ..... | 26 |
|-------------------------------|----|

# I. INTRODUCCION

## 1.10 ANTECEDENTES

En México existen estudios que evalúan la epidemiología de los trastornos mentales, el uso de alcohol y los patrones de consumo de bebidas alcohólicas y de otras sustancias, su comorbilidad y la relación que éstos tienen con la salud mental en general, pero ninguno que reúne a todas estas variables. El presente estudio se desprende de un macroproyecto interno realizado en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (I.M.P.) por la Dra. Medina-Mora y cols., en 1996, llamado **“Programa de epidemiología comunitaria, prevalencia y curso de trastornos psiquiátricos, sus determinantes y la utilización de servicios”**, en el cual se presentaron los datos más relevantes encontrados sobre la prevalencia de trastornos mentales en cuatro comunidades de nivel socioeconómico medio bajo y bajo, los subgrupos más afectados, la percepción de las necesidades de atención y la utilización de los servicios de salud mental, así como los resultados de la adaptación de las familias ante situaciones de crisis y de eventos que pueden estar relacionados con algunos trastornos mentales, como problemas económicos, violencia delictiva y violencia intrafamiliar. En el proyecto se tomó el marco conceptual propuesto por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S., 1983), que postula que el cambio social que resulta del desarrollo económico, de la industrialización y la urbanización, tiene efectos profundos en la estructura de las comunidades, en el funcionamiento de la familia y en el bienestar de los individuos. Algunos de estos efectos son el aumento de las tensiones psicológicas, el abuso de alcohol y sustancias y problemas consiguientes, los accidentes, el fracaso escolar y la violencia.

Ahora bien, el reporte del proyecto contiene los principales resultados obtenidos de la investigación, pero no pretende ser un trabajo terminado. Queda pendiente el análisis a profundidad de los datos. Sin embargo proporciona una visión de los principales trastornos que enfrenta la población y las necesidades de atención, entre otros datos de suma importancia.

En este trabajo, y en base a los datos del proyecto, se determinará la posible relación que existe entre la dependencia al alcohol y los patrones de consumo de alcohol y/o consumo de sustancias, con la frecuencia total y particular de algunos de los trastornos mentales, y se observará el comportamiento de dichas variables, para determinar su patrón epidemiológico en la población estudiada. Por otro lado

se estudiará la presencia de comorbilidad psiquiátrica con o sin uso de alcohol y/o sustancias en la muestra, y los problemas relacionados al consumo de alcohol y/o sustancias.

## 1.20 MARCO TEORICO

Como sabemos, culturalmente existen diferencias en la prevalencia y frecuencia de los trastornos mentales, por lo que resulta importante conocer como se encuentra nuestro país en esta situación. La incidencia de por vida de los trastornos mentales puede estimarse en la mayor parte de las poblaciones en 15%. Los siguientes datos nos dan una idea de la magnitud de los trastornos mentales en México: varios estudios reportan que entre el 30 y el 51% de las consultas en el primer nivel de atención son atribuibles a problemas psicosociales y psiquiátricos, principalmente a síntomas depresivos y de ansiedad, ya sea como el padecimiento principal o como síntomas concomitantes a otros padecimientos (Medina-Mora y cols., 1985; Padilla y Pelaéz, 1985). Es posible que el 1% del total de la población se encuentre afectada de algún padecimiento severo y que el 10% de los individuos lo llegue a presentar en algún momento de su vida (De la Fuente, 1988). En el **cuadro 1** se presentan las prevalencias de los diferentes trastornos producto de la Encuesta Nacional de Salud Mental (S.S., 1990).

Cuadro 1

*Prevalencia de desordenes mentales en población urbana mexicana*

| <b>TRASTORNO</b>                     | <b>PREVALENCIA (%)</b> |
|--------------------------------------|------------------------|
| <b>Trastornos psicóticos</b>         |                        |
| Trastorno bipolar                    | 1                      |
| Esquizofrenia                        | 1                      |
| Otros trastornos                     | 4                      |
| Depresión                            | 4                      |
| <b>Trastornos no psicóticos</b>      |                        |
| Depresión                            | 13                     |
| Trastornos de la personalidad        | 33                     |
| Trastornos por ansiedad              | 1                      |
| Abuso/dependencia de OH y sustancias | 15                     |

Fuente: *Encuesta Nacional de Adicciones. Secretaría de Salud (1990).*

Por otro lado, los estudios epidemiológicos han tratado de dar respuesta a dos cuestiones relevantes en relación con el consumo de alcohol: si la asociación de la dependencia al alcohol a otros trastornos psiquiátricos es más frecuente de lo que cabría esperar en la población general, y si esta asociación más frecuente es general para todos los trastornos psiquiátricos. Las dificultades metodológicas que condicionan la obtención de los datos, hacen que no sea sencillo contestar a estas preguntas (Cuadrado, P., 1996).

Se estima que un 12.6% de la población masculina mayor de 18 años presenta consumo excesivo de alcohol, y el uso de drogas alguna vez en la vida de 4.7% (0.94% en el último mes) (S.S., 1991).

En el Informe Anual de 1991 del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones (S.S., 1991), el total de casos estudiados que reportaron consumo de alcohol fueron 407 (17.4%). Las características sociodemográficas en general, mostraron que el 88% de la población que inicia con alcohol como sustancia de primera elección, pertenece al sexo masculino, con una razón hombre-mujer de 7:1. Por otro lado, las dependencias a sustancias no tiene en México la magnitud epidemiológica observada en otros países. Según la Encuesta Nacional de Adicciones, los usuarios activos (uso en los 30 días previos a la encuesta) de sustancias ilegales representaron el 0.4% de la población urbana del país. El 2.1% de las mujeres reportaron haber usado sustancias alguna vez en su vida, mientras que esto ocurre en el 7.6% de los hombres. Las sustancias de mayor consumo fueron la marihuana, los solventes orgánicos inhalables, los tranquilizantes, las anfetaminas y la cocaína (S.S., 1989). Los hombres consumen tanto sustancias legales (hipnóticos y sedantes) como ilegales (solventes, marihuana, cocaína, alucinógenos); mientras que entre las mujeres existe una preferencia de sustancias legales (analgésicos, narcóticos y estimulantes). En este trabajo solo se evaluará la prevalencia de uso de sustancias ilegales debido a la poca información de otras sustancias.

Los bebedores de alcohol mantienen un sin número de patrones de consumo de alcohol, que en México son diferentes a los encontrados en otros países. Se trata de una práctica común entre la población y se caracteriza por una ingesta episódica con embriaguez frecuente y un elevado número de problemas asociados. Una de las muchas maneras de calificarlos es por medio de la cantidad y frecuencia del consumo, dividiéndose en "bebedores leves" que beben menos de 5 copas por

ocasión o en “bebedores fuertes”, que beben más de cinco copas por ocasión de consumo (Alcohol and Health, 1990).

Los estudios realizados en México en población general, mostraron diferencias por género y región en la proporción de abstemios. Las mujeres presentan mayores porcentajes que los hombres, quienes van desde un 3.4% en la región Centro del país, hasta un 16.7% en la zona Noroccidental; diferencia que fluctúa desde el 76.6% en la región Centro de México, hasta el 39.8 en el Distrito Federal (Medina-Mora y cols., 1991)

En México, existe un estudio publicado por la Dra. Díaz Martínez y cols., en 1992 en donde se evalúan los patrones de consumo de alcohol en población psiquiátrica, mediante la Entrevista Compuesta de la OMS (De La Fuente, JR y cols., 1986), utilizando como variables los niveles de consumo alto, medio y bajo, producto del cruce de la cantidad por la frecuencia y por la concentración de alcohol absoluto por cada tipo de bebida, multiplicados por el número de días, obteniéndose el consumo del último mes y de un mes típico, a través de una variable continua. El 42% de los varones y el 11% de las mujeres de la muestra mostraron dependencia al alcohol. En otra publicación de la Dra. Díaz (1990) se estudió a los diagnósticos de por vida de abuso y dependencia al alcohol, relacionándolos con el patrón de consumo de alcohol y con los diferentes diagnósticos psiquiátricos. Los trastornos por ansiedad y las disfunciones sexuales en los varones fueron los diagnósticos más frecuentes, mientras que entre las mujeres con abuso o dependencia se detectaron trastornos afectivos y trastornos por ansiedad.

Por otro lado, en relación a los problemas relacionados al consumo de alcohol, se encuentra entre los escasos reportes de investigación epidemiológica de violencia doméstica un estudio de hogares en la ciudad de Guadalajara (Ramírez, 1993). La proporción de mujeres maltratadas por un agresor alcoholizado fue en área rural de 8.8:1 y en áreas urbanas de 4.2%. En la ENA, de 1990, se reporta que los problemas asociados son realmente importantes (Villatoro, J., y cols, 1996).

Dos grandes estudios epidemiológicos han proporcionado datos sobre la prevalencia de la comorbilidad en la población general. Uno de ellos, *The Epidemiologic Catchment Area* (ECA) (Regier y cols, 1990), evaluando a 20, 000 personas en cinco ciudades de los Estados Unidos, encontró que el 13.5% de los respondedores habían ingerido alcohol en alguna oportunidad de su vida y el 6.1%

habían experimentado con otras sustancias. La prevalencia a lo largo de la vida para cualquier desorden psiquiátrico o DSP fue del 34% (Helzer y Pryzbeck, 1988). Por otro lado, la prevalencia de por vida para cualquier desorden psiquiátrico fue de 44% en sujetos con trastornos por alcohol, y de 64.4% entre sujetos abusadores de otras sustancias (Regier y cols, 1990). Más recientemente, *The National Comorbidity Study* (NCS), que aplicó a más de 8, 000 sujetos entrevistas psiquiátricas estructuradas, en sujetos entre 15 y 54 años de edad en la población general de los Estados Unidos, encontró tasas de prevalencia para cualquier desorden psiquiátrico mayores que en el estudio de la ECA, del 48%. Igualmente, en el NCS se encontró una prevalencia de por vida mayor para la mayoría de los enfermos mentales en sujetos con problemas relacionados con sustancias (Kessler y cols., 1996). El NCS también encontró que la mayoría de los desordenes psiquiátricos tenían su inicio antes de presentar problemas relacionados con alcohol o sustancias, exceptuando a los desordenes afectivos (depresión), siendo éstos entre varones alcohólicos, presentando su inicio posterior a los problemas con el alcohol (Kessler y cols., 1996).

La presencia de síntomas psiquiátricos aislados, aún severos, no siempre justifican el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico independiente. Los datos del estudio de la ECA reportan que los alcohólicos tienen 21.0 más posibilidades de tener un diagnóstico de trastorno de la personalidad antisocial comparados con los no-alcohólicos, lo mismo que para otros trastornos; por ejemplo, 3.9 para abuso de sustancias; 6.2 para manía; y 4.0 para esquizofrenia.

La extensa asociación entre el alcoholismo y desordenes psiquiátricos no soporta ninguna conclusión por casualidad. Cualquiera de varios factores puede contribuir a la coexistencia de dos diagnósticos, incluyendo los siguientes: 1) el alcoholismo y los trastornos psiquiátricos pueden concurrir, de manera secuencial o simultáneamente, por coincidencia; 2) el consumo de alcohol puede ser causa de ciertas condiciones psiquiátricas, o bien, incrementar su severidad; 3) los desordenes psiquiátricos pueden provocar el consumo de alcohol o incrementar su severidad; 4) tanto el alcoholismo como cualquier desorden psiquiátrico pueden ser causados separadamente mediante una tercera condición; y 5) el uso o la abstinencia de alcohol pueden producir síntomas que simulan el desorden psiquiátrico o alguno otro independiente (Schuckit, 1986; Meyer, 1989).

En México, existen muy pocos datos relacionados con la comorbilidad, entre el alcoholismo y otros desordenes psiquiátricos, como se mencionó con anterioridad.

## **II. METODO**

### **2.10 OBJETIVOS**

#### *2.11 Objetivo general*

A partir de los datos de un estudio preexistente de población general, macroproyecto interno realizado en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) por la Dra. Medina-Mora y cols., en 1996, “Programa de epidemiología comunitaria, prevalencia y curso de trastornos psiquiátricos, sus determinantes y la utilización de servicios”, se explorará el comportamiento de diversas variables por sexo y la posible relación entre las mismas: el diagnóstico de dependencia al alcohol, los diferentes patrones de consumo de alcohol, el uso de sustancias y su posible asociación con otros diagnósticos psiquiátricos, así como problemas relacionados.

#### *2.12 Objetivos específicos*

- a) Conocer la frecuencia del diagnóstico de dependencia al alcohol y de los patrones de consumo de alcohol por sexo.
- b) Conocer la frecuencia de trastornos mentales por sexo, y su posible asociación con otros diagnósticos psiquiátricos, incluyendo a la dependencia al alcohol y sus distintos patrones de consumo.
- c) Conocer la frecuencia de uso de sustancias en la población estudiada y su asociación con consumo de alcohol, dependencia y patrones de consumo.
- d) Conocer la frecuencia de trastornos mentales en sujetos sin problemas de alcohol y/o drogas (abstemios) y la de los consumidores de alcohol y/o sustancias.
- e) Conocer la frecuencia de trastornos mentales según los distintos patrones de consumo de alcohol y/o drogas.

f) Conocer la relación entre el consumo de alcohol y/o sustancias y problemas relacionados.

g) Conocer de qué manera se asocian los problemas relacionados al consumo de alcohol y/o sustancias, dependencia y patrones de consumo con el Diagnóstico Psiquiátrico.

h) Conocer si existe además uno o más diagnósticos psiquiátricos entre los sujetos (comorbilidad), y si existe en ellos consumo de alcohol y/o sustancias y problemas relacionados.

## 2.20 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Como hemos visto, en los grandes estudios internacionales se ha encontrado una mayor prevalencia de diagnósticos psiquiátricos y de problemas, relacionados con el consumo de alcohol en personas que beben o ingieren alguna sustancia comparados con aquellos considerados sanos y abstemios, por lo que el objetivo de la tesis será observar el comportamiento de éstas y otras variables en una muestra mexicana de la población general, debido a que existen muy pocos datos al respecto.

El mecanismo por el cual la presencia de determinados patrones de consumo de alcohol o bien una dependencia al alcohol favorecería el desarrollo o la presencia de otros trastornos psiquiátricos, sería a través de los efectos del consumo de alcohol sobre el sistema nervioso central. Los datos que apoyan esta hipótesis proceden de hallazgos clínicos, estudios experimentales y neurobiológicos de los efectos del alcohol (Cuadrado, P., 1996)

Por otro lado, sabemos que la presencia de un trastorno psiquiátrico favorece el consumo de alcohol, mediante dos tipos de factores etiopatogénicos: la existencia de una vulnerabilidad o susceptibilidad individual en la que participan factores genéticos, educacionales y culturales y un segundo elemento, la disponibilidad al alcohol o exposición al mismo (Donovan, JM., 1986; Díaz-Martínez RL, 1996).

## 2.30 DEFINICION DE VARIABLES

### 2.31 *Trastornos mentales (Diagnóstico Psiquiátrico)*

En el grupo “Diagnóstico Psiquiátrico” se incluyen los siguientes trastornos mentales, de acuerdo a las definiciones y criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM III-R, 1987) y a la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10, WHO, 1990), obtenidos mediante el CIDI (Compositive International Diagnostic Interview): depresión mayor, distimia, trastorno bipolar, trastornos por ansiedad, fobias (simple y social), y esquizofrenia. Cada diagnóstico también se evaluará por separado, como variables independientes.

En este grupo también se incluye el diagnóstico de dependencia al alcohol y usos de sustancias, que propone la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1989), y que se basa en los criterios diagnósticos del ICD-10:

- Abandono progresivo de satisfactores alternativos por el uso de alcohol
- Persistencia del abuso a pesar de consecuencias dañinas
- Tolerancia
- Abstinencia
- Consumo para aliviar abstinencia
- Reducción del repertorio conductual
- Incapacidad de control
- Compulsión de uso
- Reinstalación rápida del síndrome después de un periodo de abstinencia

### 2.32 *Patrones de consumo de alcohol y su recodificación en “Bebedores Leves” y “Bebedores Fuertes”*

Los patrones de consumo se construyeron a partir de los indicadores de frecuencia y cantidad que propone la ENA, 1989:

- **Bebedores consuetudinarios:** personas que reportan consumir una vez por semana o con mayor frecuencia y que consumen 5 copas o más por ocasión de consumo, por lo menos una vez por semana.

- **Bebedores frecuentes de alto nivel:** personas que reportan consumir una vez por semana o con mayor frecuencia y que reportan consumir 5 copas o más por ocasión de consumo, por lo menos una vez al año.
- **Bebedores frecuentes de bajo nivel:** personas que reportan consumir una vez por semana o con mayor frecuencia y que nunca consumen 5 copas o más por ocasión de consumo.
- **Bebedores moderados de alto nivel:** personas que reportan consumir una vez al mes o con mayor frecuencia, pero menos de una vez por semana y que consumen 5 copas o más por ocasión de consumo, por lo menos una vez al año.
- **Bebedores moderados de bajo nivel:** personas que reportan consumir una vez al mes o con mayor frecuencia, pero menos de una vez por semana y que nunca consumen más de 5 copas por ocasión de consumo.
- **Bebedores poco frecuentes:** personas que reportan consumir una vez al año o con mayor frecuencia, pero menos de una vez al mes.
- **Abstemios:** personas que reportan no consumir bebidas alcohólicas o hacerlo con una frecuencia menor de una vez al año.

Para la recodificación en “Bebedores Leves” y “Bebedores Fuertes”, se reunieron en dos grupos los patrones de consumo de acuerdo a los indicadores de frecuencia y cantidad:

- **Bebedores Leves:** bebedores poco frecuentes, moderados de bajo nivel y frecuentes de bajo nivel.
- **Bebedores Fuertes:** bebedores consuetudinarios, moderados de alto nivel y frecuentes de alto nivel.

### 2.33 *Tipo y uso de sustancias*

Se obtuvo a través de la Sección de Drogas del Instrumento aplicado en la muestra para conocer la proporción de personas que nunca han utilizado medicamentos u otras sustancias, las que lo han hecho alguna vez en la vida, aquellos que las consumieron en los últimos doce meses o en el mes anterior a la encuesta. Solo se tomaron los datos del último mes y sustancias ilícitas:

- Inhalantes
- Marihuana

- Alucinógenos
- Cocaína
- Heroína u opio

Debido a la baja prevalencia de uso de sustancias en la muestra se creará un solo grupo que incluya a todas las sustancias.

### *2.34 Problemas relacionados al consumo de alcohol y/o sustancias*

Los problemas se analizaron a partir de 7 grupos, reuniéndolos a todos como “problemas relacionados”, que también aparecen en la ENA. Se pueden dividir en dos grupos: los problemas personales, que indican que las sustancias están ocasionando efectos físicos adversos, y los problemas sociales, que evidencian que hay fricciones entre el consumidor y su ambiente; entre estos se encuentran los problemas con la policía, de trabajo, de salud, con la familia, violencia y accidentes automovilísticos.

### *2.35 Comorbilidad*

Se define como la presencia de dos o más diagnósticos psiquiátricos en una misma persona, en el mismo tiempo de evaluación, incluyendo a la dependencia al alcohol y al uso de sustancias, así como su asociación con los diferentes patrones de consumo de alcohol.

## **2.40 HIPOTESIS**

El consumo de alcohol es mayor en la población masculina y se asocia a una mayor frecuencia de trastornos mentales en la población general, lo mismo que a problemas asociados y comorbilidad psiquiátrica.

## **2.50 DISEÑO**

Se trata de un estudio de campo observacional, descriptivo de corte transversal, a través de un esquema aleatorio.

## 2.60 POBLACION

### 2.61 Selección de la muestra

El diseño y selección de la muestra se hizo a través de un esquema aleatorio, y se llevó a cabo en la zona de influencia del I.M.P., en la delegación de Tlalpan (3 localidades) y en la de Xochimilco (1 localidad), de nivel socioeconómico bajo, en 350 casas por localidad y 1, 486 viviendas en total por las cuatro comunidades. La selección de la persona entrevistada, se realizó a través de un sistema aleatorio a partir de una lista del total de personas mayores de 15 años, de acuerdo a un Cuestionario de Hogar.

### 2.62 Tamaño de la muestra

La muestra estuvo constituida por 1156 sujetos, 48.1% perteneciente al sexo masculino (n=556) y el 51.9% al femenino (n=600). Con relación a la edad, predominó la población mayor de 18 años, entre 18 y 39 años, siendo la media de edad de 35.53. El 5.2% del total presenta una edad superior a los 65 años.

## 2.70 INSTRUMENTOS

Para cubrir los requisitos del estudio, como instrumentos se utilizaron dos cuestionarios; el primero un Cuestionario o **Encuesta de Hogares**, y el segundo, un *cuestionario de Salud Mental y Utilización de Servicios*, que consta de dos partes: la primera de algunas secciones de la entrevista diagnóstica **CIDI**, y la siguiente conformada por la **Sección de Bebidas Alcohólicas** y la **Sección de Drogas**.

El **Cuestionario de Hogares**, como su nombre lo indica, se aplica en todos los hogares encontrados en las viviendas que han sido previamente seleccionadas y sirve para registrar información de todos los miembros del hogar seleccionado de las viviendas en muestra.

La portada del cuestionario sirve para identificar de manera precisa la vivienda seleccionada, y dentro de esta él o los hogares que se encuentren.

En la primera sección, de la pregunta 1 a la 6, se obtiene información acerca

de las características generales de las personas listadas en el cuestionario, tales como parentesco, edad, sexo, escolaridad y percepción de ingresos por alguna actividad.

En la segunda sección, las dos primeras preguntas se refieren a la ocupación del jefe del hogar, y de la 3 en adelante a los servicios disponibles en la vivienda y algunas de sus características.

Una vez aplicado el cuestionario se puede seleccionar (del grupo de personas que fueron registradas), a la población de estudio: mayores de 15 años. En este sentido el Cuestionario de Hogar es un "instrumento base" para la aplicación del cuestionario individual.

El CIDI, es una entrevista diagnóstica estructurada basada en el Diagnostic Interview Schedule (DIS) (Robins, 1988), realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Administración Norteamericana para la Salud Mental y el abuso de Drogas y Alcohol (WHO/ADAMHA), que permite hacer una evaluación de los trastornos mentales de acuerdo a las definiciones y criterios del DSM III-R y del ICD-10. La traducción a diferentes idiomas (griego, portugués, indú, español, chino, noruego, sueco, italiano, francés y alemán) fue realizada en 1987, y posteriormente se analizó entre las diferentes culturas. Wittchen y cols., en 1991, observaron que la confiabilidad entre los centros era muy alta:

Los valores Kappa entre los centros fueron altamente significativos:  
 $k > 0.9$

El coeficiente de correlación interclase reveló también una concordancia excelente, con un rango de 0.70 a 0.90.

Consta de 15 secciones, pero en el trabajo solo se usaran las siguientes:

- Sección A: Datos Sociodemográficos,
- Sección D: Trastornos fóbicos y otros trastornos de ansiedad,
- Sección E: Trastornos depresivos y trastorno distímico,
- Sección F: Trastorno bipolar, y
- Sección G: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

En relación con la **Sección de Bebidas Alcohólicas**, cuestionario aplicado para la detección del consumo de alcohol y sustancias, se elaboró utilizando los indicadores que propone la OMS (1990), validada para escenarios mexicanos. Se busca conocer los patrones de consumo de bebidas alcohólicas de la población; la proporción de personas que nunca han bebido alcohol o no lo hicieron durante los doce meses previos al estudio, la proporción de bebedores, la frecuencia y cantidad de consumo por tipo de bebida, la frecuencia de embriaguez y los problemas asociados al consumo, así como conocer a los sujetos dependientes al alcohol.

La **Sección de Drogas** se obtuvo a través de la Sección de Alcohol, y se intenta conocer la proporción de personas que nunca han utilizado medicamentos u otras sustancias, las que lo han hecho alguna vez en la vida, aquellos que los consumieron en los últimos doce meses o en el mes anterior a la encuesta. Ya se mencionaron previamente. Medina Mora y cols, en 1993, demostraron un **nivel de confianza del 95%**.

Para la elaboración del cuestionario se utilizaron los indicadores de la OMS, 1980, que fueron validados para escenarios mexicanos en estudios con diferentes poblaciones, y que han sido utilizadas en la mayor parte de las investigaciones desde 1973. Los estudios en los que se ha probado la validez y confiabilidad de los indicadores de prevalencia aparecen en la ENA, 1989.

## **2.80 ANALISIS DE DATOS**

- a) Se utilizará el Paquete estadístico aplicado para las Ciencias Sociales (SPSSPC/versión windows 5.0).
- b) El análisis descriptivo se llevará a cabo mediante frecuencias simples y porcentajes, así como mediante los cruces de las diferentes variables para observar su comportamiento, analizandose por separado a los sexos.
- d) La variable para cada patrón de consumo se categorizó a partir de 7 puntos, que muestran los patrones de consumo previamente descritos y posteriormente se crearon otras variables, que no incluyeron a los abstemios denominadas “bebedores leves” y “bebedores fuertes”. La variable “bebedores leves” incluye a aquellos

individuos con patrones de consumo poco frecuente, moderado de bajo nivel y frecuente de bajo nivel, mientras que la variable de “bebedores fuertes” incluye a los patrones moderado de alto nivel, frecuente de alto nivel y consuetudinario.

e) Estas variables fueron comparadas en primera instancia con el diagnóstico de dependencia al alcohol, posteriormente con la variable creada de consumo de alcohol y sustancias y después con el grupo de diagnósticos psiquiátricos, en general y por separado. Se hizo lo mismo con las variables sustancias, conjuntamente y por separado.

f) Las variables “problemas relacionados al consumo de alcohol”, “problemas relacionados al consumo de alcohol y sustancias” se estudiaron a través de cruces, en relación a los patrones de consumo de alcohol y su asociación con diagnósticos psiquiátricos, en general y por separado para cada sexo.

g) Por otro lado, se estudió la frecuencia del total de diagnósticos psiquiátricos en cada paciente, así como la frecuencia en que se presenta asociado el diagnóstico de dependencia al alcohol, el patrón de consumo general y recodificado y su asociación con consumo de sustancias, así como la relación de los problemas relacionados.

### III. RESULTADOS

La muestra estuvo constituida genéricamente de una manera muy similar, tal y como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1  
Muestra total por sexo

| <i>Género</i> | <i>n (%)</i>      |
|---------------|-------------------|
| Hombres       | 556 (48.1)        |
| Mujeres       | 600 (51.9)        |
| <b>Total</b>  | <b>1156 (100)</b> |

\*porcentajes obtenidos del total de sujetos por sexo

Los patrones de consumo de alcohol indican que cerca de un tercio de los

varones en muestra se reportaron como abtemios, mientras que el 74% de las mujeres así lo indicaron. Los patrones de consumo más frecuentes en hombres fueron aquellos con patrón de consumo moderado alto, mientras que entre las mujeres fue el de poco frecuente, siendo su frecuencia muy similar al de moderado alto, pero en una proporción menor a la de los hombres. Estos datos se pueden observar en la tabla 2.

Tabla 2  
Patrones de consumo de alcohol por sexo

| <i>Patrones de consumo</i> | <b>Hombres<br/>N=556</b> | <b>Mujeres<br/>N=600</b> | <b>Total<br/>N=1156</b> |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <b>Abstemios</b>           | 194 (34.9)               | 445 (74.2)               | 639 (55.2)              |
| <b>Poco frecuente</b>      | 39 (7.1)                 | 62 (10.3)                | 101 (8.7)               |
| <b>Moderado bajo</b>       | 44 (7.9)                 | 27 (4.4)                 | 71 (6.1)                |
| <b>Moderado alto</b>       | 215 (38.7)               | 55 (9.1)                 | 270 (23.4)              |
| <b>Frec. bajo nivel</b>    | 10 (1.8)                 | 4 (0.6)                  | 14 (1.2)                |
| <b>Frec. alto nivel</b>    | 18 (3.3)                 | 4 (0.7)                  | 22 (1.9)                |
| <b>Consuetudinario</b>     | 35 (6.3)                 | 4 (0.6)                  | 39 (3.3)                |

\*porcentajes obtenidos del total de sujetos por sexo

Recodificando los patrones de consumo, es interesante observar que existen más varones codificados como bebedores fuertes, hasta un 74.2% del total de los consumidores, sucediendo lo inverso entre las mujeres (Tabla 3)

Tabla 3  
Recodificación de patrones de consumo, excluyendo a los abstemios

|                          | <b>Hombres<br/>n=362</b> | <b>Mujeres<br/>n=155</b> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Bebedores Leves</b>   | 93 (25.8)                | 92 (59.5)                |
| <b>Bebedores Fuertes</b> | 269 (74.2)               | 63 (40.5)                |

\*porcentajes obtenidos del total de bebedores por sexo

Los porcentajes obtenidos en relación al diagnóstico de dependencia al alcohol fueron los siguientes: en hombres n=36 (6.6%), y en mujeres n=2 (0.3). El patrón de consumo de los dependientes es el que se muestra en la tabla 4, siendo los más frecuentes para ambos sexos, el consuetudinario, y para hombres el patrón de

moderado de alto nivel; en su recodificación los hombres “bebedores fuertes” fueron quienes presentaron el mayor porcentaje de dependencia (Bebedores leves n=2 (5.4%), vs Bebedores fuertes n=35 (94.6%)). Las 2 mujeres con diagnóstico de dependencia al alcohol pertenecen al grupo de Bebedores fuertes.

Tabla 4

Dependencia al alcohol y su relación con los distintos patrones de consumo

| <b>Diagnóstico de Dependencia al Alcohol</b> |                         |                        |
|--|-------------------------|------------------------|
| <b>Patrones de consumo de alcohol</b>        | <b>Hombres<br/>n=37</b> | <b>Mujeres<br/>n=2</b> |
| <b>Poco frecuente</b>                        | -                       | -                      |
| <b>Moderado bajo nivel</b>                   | 1 (2.7)                 | -                      |
| <b>Moderado alto nivel</b>                   | 19 (51.4)               | -                      |
| <b>Frecuente bajo nivel</b>                  | 1 (2.7)                 | -                      |
| <b>Frecuente alto nivel</b>                  | 3 (8.1)                 | -                      |
| <b>Consuetudinario</b>                       | 13 (35.1)               | 2 (100)                |

\*porcentajes obtenidos de los sujetos dependientes al alcohol por sexo

En relación a la presencia de diagnóstico psiquiátrico en la muestra total, se identificó en 61 hombres (10.9%) y en 119 mujeres (19.8%). En la tabla 5 se muestran los diagnósticos de manera individual por sexo. Es importante comentar que hubieron personas que presentaron más de un diagnóstico, por lo que la suma de ellos no es la descrita previamente. Las fobias fueron los diagnósticos más frecuentes, siguiendo los trastornos depresivos y la distimia, en ambos sexos.

Tabla 5

Diagnósticos psiquiátricos por sexo

| <b>Diagnósticos</b>           | <b>Hombres<br/>n(%)</b> | <b>Mujeres<br/>n (%)</b> |
|-------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Trastornos depresivos         | 18 (1.6)                | 47 (4.1)                 |
| Distimia                      | 15 (1.3)                | 27 (2.4)                 |
| Trastornos por ansiedad       | 3 (0.3)                 | 17 (1.5)                 |
| Fobias                        | 34 (3.0)                | 98 (7.4)                 |
| Trastornos bipolares y manía  | 11 (1.0)                | 6 (0.5)                  |
| Esquizofrenia y t. psicóticos | 2 (0.2)                 | 3 (0.3)                  |

\*porcentajes obtenidos del total de diagnósticos por sexo

La frecuencia de diagnóstico psiquiátrico fue considerablemente mayor entre los consumidores de alcohol que entre los abstemios, como se ilustra en la tabla 6.

Tabla 6

Diagnóstico Psiquiátrico entre abstemios y consumidores de alcohol en la muestra total por sexo

| <i>Diagnóstico Psiquiátrico</i> | <b>Hombres</b><br>n=61 | <b>Mujeres</b><br>n=119 |
|---------------------------------|------------------------|-------------------------|
| Abstemios                       | 15 (24.6)              | 85 (71.4)               |
| Consumidores de alcohol         | 45 (73.7)              | 33 (28.6)               |

\*porcentajes obtenidos del total de sujetos con diagnóstico psiquiátrico por sexo

Los diagnósticos psiquiátricos estuvieron distribuidos en la muestra de la siguiente manera (tabla 7), después de haber hecho el análisis de cada patrón de consumo. Los hombres bebedores fuertes mostraron una mayor frecuencia de diagnósticos, mientras que entre las mujeres fueron las abstemias:

Tabla 7

Diagnóstico Psiquiátrico en abstemios y en bebedores cuando se recodifican en "Bebedores Leves" y "Bebedores Fuertes" en la muestra total, por sexo

| <i>Diagnóstico Psiquiátrico</i> | <b>Hombres</b><br>n=61 | <b>Mujeres</b><br>n=119 |
|---------------------------------|------------------------|-------------------------|
| Abstemios                       | 15 (24.6)              | 85 (71.4)               |
| Bebedores Leves                 | 11 (18.0)              | 18 (15.1)               |
| Bebedores Fuertes               | 35 (57.3)              | 16 (13.4)               |

\*porcentajes obtenidos del total de sujetos con diagnóstico psiquiátrico por sexo

Con respecto al consumo de sustancias, la frecuencia fue muy baja. Solo 29 varones (5.2%) y 16 mujeres (2.6%) reportaron consumo de alguna sustancia ilícita. Ahora bien, del total de los sujetos con diagnóstico psiquiátrico, 8 de los varones (13.1%) y 6 de las mujeres (5.0%) consumían sustancias.

De los 556 hombres 23 (4.1%), y de las 600 mujeres, 7 (1.2%), se encontraron consumidores de alcohol y sustancias. De los varones con diagnóstico psiquiátrico, 8(13.1%) fueron consumidores de alcohol y sustancias, mientras que esto ocurrió solo en 3 de las mujeres (2.5%). La frecuencia de diagnóstico psiquiátrico aumenta cuando se considera en primer lugar el alcohol y posteriormente las sustancias.

Cuando se cruzan las variables patron de consumo y los diferentes diagnósticos psiquiátricos se observa el siguiente comportamiento: los hombres con un patrón de consumo moderado alto muestran mayor frecuencia de trastorno mental, concentrándose más entre los patrones que se encuentran en el grupo de bebedores fuertes; no así entre las mujeres en donde predomina la frecuencia de diagnósticos entre las abstemias. Ya en su recodificación en bebedores fuertes y leves, las frecuencias se muestran en las tablas 8 y 9.

Tabla 8

Diagnósticos Psiquiátricos y su asociación con los patrones de consumo de alcohol, recodificados

| <b>Hombres</b> |                        |                          |                        |                       |                         |                        |
|----------------|------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|
|                | <b>Bipolar</b><br>N=12 | <b>Depresión</b><br>N=19 | <b>Ansiedad</b><br>N=4 | <b>Fobias</b><br>N=35 | <b>Distimia</b><br>N=15 | <b>Esquizof</b><br>N=2 |
| Abstemios      | 1 (8.3)                | 4 (21.0)                 | 1 (25.0)               | 6 (17.1)              | 4 (26.7)                | 1 (50.0)               |
| B. Leves       | 3 (25.0)               | 2 (10.5)                 | 1 (25.0)               | 6 (17.1)              | 3 (20.0)                | -                      |
| B. Fuertes     | 8 (66.7)               | 13 (68.4)                | 2 (50.0)               | 23 (65.7)             | 8 (53.3)                | 1 (50.0)               |

\*porcentajes obtenidos del total de sujetos varones con diagnóstico psiquiátrico

Tabla 9

Diagnósticos Psiquiátricos y su asociación con los patrones de consumo de alcohol, recodificados

| <b>Mujeres</b> |                       |                          |                         |                       |                         |                               |
|----------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------------|
|                | <b>Bipolar</b><br>N=5 | <b>Depresión</b><br>N=47 | <b>Ansiedad</b><br>N=17 | <b>Fobias</b><br>N=86 | <b>Distimia</b><br>N=28 | <b>Esquizofr</b><br>en<br>N=3 |
| Abstemios      | 2 (40.0)              | 31 (66.0)                | 8 (47.0)                | 65 (75.6)             | 19 (67.8)               | 2 (75.0)                      |
| B. Leves       | 1 (20.0)              | 10 (21.3)                | 7 (41.2)                | 11 (12.8)             | 6 (21.4)                | -                             |
| B. Fuertes     | 2 (40.0)              | 6 (12.8)                 | 2 (11.8)                | 10 (11.6)             | 3 (10.7)                | 1 (25.0)                      |

\*porcentajes obtenidos del total de sujetos femeninos con diagnóstico psiquiátrico

Con respecto al consumo de sustancias y su asociación con los diferentes diagnósticos psiquiátricos, éste fue muy bajo. Los varones con diagnóstico psiquiátrico presentaron un consumo bajo de sustancias. 7 de los 35 varones con diagnóstico de fobia (20%) presentó consumo: 4 de marihuana, 1 de inhalantes, 1 de alucinógenos y 1 de cocaína; 7 de los 15 con diagnóstico de distimia (46.7%) presentó consumo de la misma manera; solo 4 sujetos con diagnóstico de depresión (21.0%) presentaron consumo: 2 de ellos de marihuana y 2 de cocaína. 2 sujetos

con diagnóstico de trastorno bipolar (16.7%) presentaron consumo de marihuana. Ningún sujeto con diagnóstico de ansiedad o de esquizofrenia presentó consumo de sustancias. En relación a las mujeres, la frecuencia fue muy baja. Solo 1 con diagnóstico de fobia presentó consumo de inhalantes. Cuando se realizaron los cruces de diagnósticos psiquiátricos con la presencia o no de consumo de alcohol y sustancias, las frecuencias no variaron mucho.

Por otro lado, con respecto al número de diagnósticos psiquiátricos por sujeto en la muestra total, se observa que la mayoría presentan 1 solo diagnóstico psiquiátrico; sin embargo entre las mujeres es un poco más importante, como se puede ver en la tabla 10.

Tabla 10

Número de diagnósticos psiquiátricos por sujeto, por sexo en la muestra total

| <i>Comorbilidad</i>          | <b>Hombres</b><br>n=556 | <b>Mujeres</b><br>n=600 |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Sin diagnóstico psiquiátrico | 495 (89.1)              | 481 (80.2)              |
| 1 diagnóstico                | 43 (7.8)                | 81 (13.5)               |
| 2 diagnósticos               | 10 (1.9)                | 19 (3.2)                |
| 3 diagnósticos               | 6 (1.0)                 | 10 (1.7)                |
| 4 diagnósticos               | -                       | 7 (1.2)                 |
| 5 diagnósticos               | 1 (0.2)                 | -                       |
| 6 diagnósticos               | -                       | 1 (0.1)                 |

\*porcentajes obtenidos del total de la muestra por sexo

Si se relaciona el número de diagnósticos psiquiátricos con los patrones de consumo de alcohol, casi no existen diferencias en ambos sexos, es decir, el número de diagnósticos no se relaciona con el consumo de alcohol en esta muestra, exceptuando a aquellos varones que presentan un solo diagnóstico y son dependientes al alcohol, aumentando la frecuencia de 7.3% a 16.2% en los dependientes.

En relación a los problemas asociados al consumo de alcohol es importante observar que aquellos con patrón de consumo de bebedores fuertes tienen mayor frecuencia de problemas, no así cuando además del consumo de alcohol se asocia el consumo de sustancias (tabla 11).

Tabla 11

Problemas relacionados al consumo de alcohol y su asociación con la recodificación del patrón de consumo por sexo

|                          | <b>Hombres con problemas</b><br>n=91 | <b>Mujeres con problemas</b><br>n=4 |
|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Bebedores Leves</b>   | 4 (4.4)                              | -                                   |
| <b>Bebedores Fuertes</b> | 87 (95.6)                            | 4 (100)                             |

\*porcentajes obtenidos del total de sujetos con problemas asociados al consumo de alcohol, por sexo

#### IV. DISCUSION DE RESULTADOS

De acuerdo a los objetivos de la tesis se ha dividido el capítulo en segmentos relacionados con consideraciones metodológicas, lo relacionado al consumo de alcohol y sus diferentes patrones de consumo, la utilización de sustancias, y su asociación con los distintos diagnósticos psiquiátricos encontrados en la muestra, así como los problemas relacionados.

En relación con el método puede concluirse que la utilización de instrumentos estructurados puede conducirnos a hacer diagnósticos psiquiátricos más o menos confiables, ya que como sabemos, el C.I.D.I. puede aplicarse por legos en la materia de psiquiatría, lo que puede aumentar la confiabilidad de los datos (Wittchen y cols., 1991). Sin embargo, si bien se considera que el instrumento puede dejar de diagnosticar a personas con trastornos, por lo menos proporciona mayor seguridad en la confiabilidad de los casos diagnosticados, ya que además funciona con los diagnósticos estandarizados del DSM III-R y del ICD-10.

Las diferencias por sexo encontradas, son importantes, al analizar los patrones de consumo de alcohol entre la población general y entre la población con diagnóstico psiquiátrico, ya que se ha reportado que éstos varían de acuerdo al sexo, lo que coincide con los datos encontrados en este estudio.

La composición de la muestra influye en el tipo de patrones de consumo de alcohol, sustancias y trastornos asociados. Las muestras con un predominio de

mujeres presentan más trastornos en el eje I. Diferencias entre los tipos de padecimientos entre uno y otro género son reportadas con mucha consistencia en países con diferentes culturas y niveles de desarrollo. En las mujeres se ha encontrado mayor frecuencia de trastornos depresivos y de ansiedad y en los hombres desordenes de la personalidad (que desafortunadamente no fueron evaluados en este estudio) y abuso en el consumo de alcohol y sustancias (Hankin, 1990).

El momento de la evaluación es uno de los factores más importantes en el momento de condicionar las tasas de prevalencia y en la mayoría de los estudios no se controla adecuadamente. Con respecto al consumo de alcohol, si la evaluación se realiza en situación de consumo o en abstinencia reciente, las tasas de trastornos asociados serán mucho mayores y la estabilidad de los trastornos diagnosticados en estos momentos evolutivos mucho menor, y así para algunos trastornos psiquiátricos como los trastornos depresivos y de ansiedad, las tasas se multiplican por dos o tres veces en situación de consumo o de abstinencia reciente (Overall, JE y cols; 1985; Schuckit, MA. y Monteiro MG; 1988). En base a los resultados de este estudio se intentarán realizar análisis más profundos.

Por otro lado, otro aspecto importante es el período de evaluación: hay que diferenciar los trastornos acompañantes que están presentes en el momento de la evaluación, prevalencia concurrente, de aquellos que, o están en el momento de la evaluación, o lo han estado a lo largo de la vida, prevalencia a lo largo de la vida, que constituiría la auténtica comorbilidad. En el trabajo solo se valoró la presencia o no de 2 o más diagnósticos por sujeto.

Los estudios comunitarios son lo que mejor controlan los factores antes señalados, como pueden ser el trabajo de Regier y cols., en el estudio de la ECA.

Con respecto a la frecuencia total de "Diagnóstico Psiquiátrico", por sexo, en nuestra muestra, del 10.9% para los hombres y de 19.8% entre las mujeres y en relación a las frecuencias totales de los trastornos mentales diagnosticados en el estudio, donde el 10.5% de la muestra informó padecer trastornos fóbicos; el 5.7% trastornos depresivos, el 3.7% depresiones graves o distimia; y menos del 2% reportó padecer trastornos de angustia o bipolares. Estas prevalencias totales son similares a las del estudio de la E.C.A. Cuando son evaluados los trastornos de manera independiente, las frecuencias son más bajas que las esperadas.

Con respecto al consumo de alcohol es importante notar que el porcentaje de hombres abstemios es muy inferior ante aquellos que reportan consumir alcohol, siendo solo del 34.9%. Como se mencionó anteriormente el patrón de consumo más frecuente en los hombres fue el de moderado de alto nivel (hasta de un 38.7%), lo que significa que un porcentaje muy alto ingiere bebidas alcohólicas una vez al mes o con mayor frecuencia, pero menos de una vez por semana y que consumen cinco copas o más por ocasión de consumo, que es también el patrón reportado con mayor frecuencia en nuestra población. Con respecto al consumo en las mujeres también hay datos importantes. El 74.2% de las entrevistadas se reportan como abstemias, valor que es también similar al reportado anteriormente, siendo el patrón de consumo más frecuente el de poco frecuente, es decir, aquellos que consumen alcohol menos de una vez al mes y menos de 5 copas por ocasión de consumo.

Por otro lado, también en relación al consumo de alcohol, los hombres beben con más frecuencia que las mujeres y cuando lo hacen, tienden a consumir mayores cantidades. Los datos de este estudio confirman lo observado en la amplia literatura que documenta el problema y sus manifestaciones particulares en nuestro país, en el que el consumo y la embriaguez están estrechamente ligadas, lo que se asocia con una gran cantidad de problemas, como lo vimos en los resultados. Sin embargo existe un grave problema en la definición de patrones de consumo, ya que desde el inicio del estudio no se separaron los grupos por género. Sabemos que las mujeres necesitan de menor cantidad de copas por ocasión para llegar a la embriaguez, hasta 2, y que esto genere problemas relacionados o bien, dependencia. Por lo que es importantísimo definir los subgrupos, ya que son bien conocidas las diferencias por género en cuanto al consumo de alcohol, en todas las poblaciones.

Las frecuencias encontradas de dependencia al alcohol en la muestra fueron muy bajas comparadas con estudios previos comunitarios.

En relación a la asociación de trastornos mentales (Diagnóstico Psiquiátrico) y consumo de alcohol se observa que el porcentaje de enfermedad mental supera al de los consumidores varones que a los abstemios, del 24.6 al 73.7%, siendo ésto muy contrario entre las mujeres, de 71.4 al 28.6% respectivamente. Sin embargo cuando además se agrega la variable de sustancias, la frecuencia de trastornos mentales no muestra grandes variaciones, ni entre los sexos.

A la hora de abordar la asociación del alcohol a los trastornos psiquiátricos es importante diferenciar entre el consumo de alcohol no ligado a una dependencia, y la dependencia, que lleva implícita el consumo de éste. Esta distinción permite diferenciar los trastornos psiquiátricos asociados al consumo de alcohol no ligado a una dependencia, de los trastornos psiquiátricos asociados a la dependencia al alcohol, que corresponde a la auténtica comorbilidad. Aunque a lo largo de este siglo existen varias referencias de la asociación del alcoholismo a distintos trastornos psiquiátricos, es a partir de los 80 cuando debido a la introducción de criterios diagnósticos estandarizados y al afianzamiento de los trastornos por uso de sustancias como entidades psiquiátricas independientes y susceptibles a tratamiento, ésta asociación adquiere relevancia por las implicaciones en la etiología, clínica, evolución y tratamiento, tanto del trastorno por uso de sustancias como del trastorno asociado (Penick, EC y cols., 1990).

Al estudiar el diagnóstico psiquiátrico de acuerdo a los patrones de consumo de alcohol, no se encontraron diferencias significativas entre un diagnóstico y otro.

Una posible explicación a esto puede ser el número de sujetos por cada diagnóstico, que no permitió observar las diferencias esperadas.

El uso de sustancias en la muestra es muy bajo por lo que los análisis de frecuencias y cruces de variables fueron poco relevantes.

Al observar el promedio de problemas relacionados al consumo de alcohol de acuerdo con los patrones de consumo, se observa que en todos ellos, al aumentar los niveles de consumo en los patrones moderado de alto nivel y consuetudinario, aumentan los problemas asociados en ambos sexos, (relación con diagnóstico psiquiátrico).

El término "comorbilidad" se refiere a la presencia de dos o más enfermedades, condiciones médicas o psiquiátricas, incluyendo al consumo patológico de alcohol y a los desórdenes por sustancias, que se presentan simultáneamente en una misma persona, en un periodo de tiempo definido (Hans-Ulrich, Wittchen, 1996). En la última década la comorbilidad entre desórdenes psiquiátricos y desórdenes por consumo de alcohol y sustancias ha generado un gran interés, principalmente en términos etiológicos, de prevención y tratamiento, ya sea como entidades independientes o bien, como componentes de

una misma enfermedad. En nuestra muestra no se logró demostrar mayor frecuencia de número de diagnósticos psiquiátricos, a pesar de que sí fue evidente el hecho de que los consumidores fuertes de alcohol en los varones presentaron la mayor frecuencia de diagnóstico psiquiátrico.

Investigaciones recientes han intentado entender y tratar a pacientes con problemas relacionados con el uso de alcohol que presentan además otro desorden psiquiátrico concurrente. La visión tradicional de que los desordenes psiquiátricos se encuentran asociados con problemas de uso/abuso/dependencia de alcohol y de sustancias ha producido mejores tratamientos en pacientes que presentan ambos tipos de trastornos. Los desordenes psiquiátricos y por sustancias se presentan clínicamente con síntomas muy similares y con frecuencia coexisten en el mismo paciente. Muchas veces un trastorno puede influir en el curso y tratamiento del otro.

## V. CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo son muy similares a los reportados previamente, exceptuando las frecuencias de los trastornos mentales cuando se evalúan independientemente y la frecuencia del diagnóstico de dependencia al alcohol.

Los resultados sugieren que en México, en la población urbana de nivel socioeconómica media baja y baja el consumo de alcohol de acuerdo al patrón de consumo de moderado de alto nivel y consuetudinario es más frecuente y que así mismo se va incrementando entre las mujeres.

Los problemas relacionados se incrementan donde se ha consumido alcohol, situación ya reportada previamente; así mismo la frecuencia de diagnóstico psiquiátrico entre los bebedores de alto nivel incrementa la posibilidad, en este caso, frecuencia de diagnóstico.

La comorbilidad no fue bien estudiada, sin embargo no se reportaron diferencias importantes entre quienes presentaban más de dos diagnósticos y eran además consumidores de alcohol y/o sustancias, por lo que resultaría interesante

averiguar cuáles son las variables que intervinieron en éste fenómeno.

Las investigaciones indican que cuando se presentan dos desordenes en una misma persona, éstos requieren de más atención y servicios que aquellos que únicamente presentan uno solo.

La extensa asociación entre el alcoholismo y desordenes psiquiátricos no soporta ninguna conclusión por casualidad. Cualquiera de varios factores puede contribuir a la coexistencia de dos diagnósticos, incluyendo los siguientes: 1) el alcoholismo y los trastornos psiquiátricos pueden concurrir, de manera secuencial o simultáneamente, por coincidencia; 2) el consumo de alcohol puede ser causa de ciertas condiciones psiquiátricas, o bien, incrementar su severidad; 3) los desordenes psiquiátricos pueden provocar el consumo de alcohol o incrementar su severidad; 4) tanto el alcoholismo como cualquier desorden psiquiátrico pueden ser causados separadamente mediante una tercera condición; y 5) el uso o la abstinencia de alcohol pueden producir síntomas que simulan el desorden psiquiátrico o alguno otro independiente (Schuckit, 1986; Meyer, 1989).

El desarrollo de estos conceptos nos ha ayudado a comprender la comorbilidad.

Muchos investigadores y clínicos en la línea del alcohol han expresado que la mayoría de los problemas de comorbilidad psiquiátrica son producidos por el uso de alcohol y por lo tanto secundarios al alcoholismo. De acuerdo a esta visión, el tratamiento adecuado del alcoholismo sería suficiente para resolver los problemas psiquiátricos concurrentes, y los tratamientos adicionales serían innecesarios (Woody y cols, 1995).

Para finalizar cabría comentar que los datos obtenidos de éste trabajo son puramente descriptivos y no reflejan la representatividad de la población total de México. Es importante profundizar en el estudio de los fenómenos con el fin de conocer la magnitud de los problemas en nuestro país, entender su origen e implicaciones a todos los niveles.

*Agradecimiento:* a la Lic. Shoshana Berenzon por su paciencia y colaboración en la realización de la tesis.

## VI. BIBLIOGRAFIA

Alcohol and Health, 1990. Seventh Special Report to the U.S. Congress. U.S. Department of Health and Human Services. Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.: 1-12.

American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised*. Washington, DC: the Association, 1987.

De la Fuente JR., Kershenobick D. Detección oportuna de bebedores excesivos de alcohol. *Memorias de la Tercera Reunión de Investigación y Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1986; 36-39.

De la Fuente R. Semblanza de la Salud Mental en México. *Salud Pública de México* 1988; 30 (6): 861-871.

Díaz Martínez L. Comorbilidad Psiquiátrica: Consumo excesivo de alcohol y trastornos psiquiátricos. *Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 1990; 100-105

Díaz Martínez R., Campillo C., Cerrud J., y cols. El consumo de alcohol en la población psiquiátrica. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1992; 108-116.

Donovan, JM. An eaetiological model of alcoholism. *Am J Psychiatry* 1986; 143:1-11.

Encuesta Nacional de Adicciones (ENA). Secretaría de Salud 1990. Realizada por la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Goodwin, F.K., Jamison, K.R. *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press, 1990.

Hankin, J. Gender and Mental Illnes. En: Greenley, J. (Ed) 1990; 6:183-201, JAI Press Inc.

Hhelzer, J.E., y Pryzbeck, T.R. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 1988; 43 (3): 219-224.

Kadden, R.M.; Kranzler, H.R.; and Rounsaville, B.J. Validity of the distinction between "substance induced" and "independent" depression and anxiety disorders. *American Journal of Addictions* 1995; 4 (2): 107-116.

Kessler, R.C.; Nelson, C.B.; McGonagle, K.A., et al. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry* 1996; 66 (1): 17-31.

Medina-Mora, M.E.; Berenston, Sh; y cols. "Programa de epidemiología comunitaria, prevalencia y curso de trastornos psiquiátricos, sus determinantes y la utilización de servicios". Proyecto interno del Instituto Mexicano de Psiquiatría; 1996.

Medina-Mora, M.E.; Padilla, G.; Mas, C., y cols.. Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de la práctica médica general. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1985; 31: 53-61.

Medina-Mora, ME.; Rascón, ML; Tapia R., y cols. Trastornos emocionales en una población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales 3 1992 Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 48-55.

Medina-Mora, ME.; Tapia, R.; Sepúlveda, J., y cols. Los patrones de consumo de alcohol y los síntomas de dependencia en la población urbana de la República Mexicana. *Anales II, Reseña de la VI Reunión de Investigación, IMP* 1991: 133-137.

Meyer,R.E. Prospects for a rational pharmacotherapy of alcoholism. *Journal of Clinical Psychiatry* 1989; 50 (11): 403-412.

Miller, N.S. Psychiatric comorbidity: Occurrence and treatment. *Alcohol Health and Research World* 1994; 18 (4):261-264.

Overall, JE; Reilly, EL; Kelley, JT.; Hollister, LE. Persistence of depression in detoxified alcoholics. *Alc Clin Exp Res* 1985; 9: 331-333.

Padilla, P.; Peláez, O. Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. *Salud Mental* 1985; 8(3): 66-72.

Penick, EC; Nickel, EJ; Cantrell, PF., et al. The emerging concept of dual diagnosis: An overview and implications. *J Chem Depend Treat* 1990; 3 (2): 1-54.

Ramírez, J.; Vázquez, G. Mujer y Violencia: Un hecho cotidiano. *Salud Pública de México* 1993; 35: 148-160.

Regier, D.A.; Farmer, M.E.; Rae, D.S., et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association* 1990; 264 (19): 2511-2518.

Robins, L.; Wing, J.; Wittchen, H. The Compositive International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psy* 1988; 45: 1069-1077.

Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones*. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría; México, 1989.

Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones*. Dirección General de Epidemiología; México, 1991.

Schuckit, M.A. Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 1986; 143 (2): 140-147.

Schckit, M.A.; and Monteiro, M.G. Alcoholism, anxiety and depression. *Brithish journal of Addictions* 1988; 83: 1373-1380.

Villatoro, J.; Medina-Mora ME.; López-Lugo, E., y cols. La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. *Salud Mental* 1996; 19 (3): 1-6.

Wittchen, H.; Robins, L.; Cottler, L., et al. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance in the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *British J Psy* 1991; 159: 645-653.

Woody, G.E.; McLellan, A.T.; and Bedrick, J. Dual Diagnosis. En: Oldham, J.M. and Riba, M.B., eds *Review of Psychiatry*. Vol. 14. American Psychiatric Press, Inc.; Washington, DC, 1995. pp 83-104.

Woody, G. The challenge of dual diagnosis. *Alcohol Health and Research World* 1996; 20 (2): 76-80.

World Health Organization. International Classification of Diseases-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization: Geneva. 1990.

World Health Organization. Basic Documents, 33rd Edition, including amendments adopted up to February 1983. WHO, Geneva.