



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

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
MUÑIZ**

**“DETERMINACIÓN DEL CONSUMO DE RIESGO DE ETANOL MEDIDA POR
EL CUESTIONARIO AUDIT, EN UNA MUESTRA PSIQUIATRICA GENERAL”**

PROYECTO DE TESIS PARA EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
QUE P R E S E N T A

DRA. LUPITA KATERINE VERDUGO SILVA

TUTOR TEÓRICO
DR. HUGO GONZÁLEZ CANTÚ

TUTOR METODOLÓGICO
DR. RAÚL ESCAMILLA O.

CIUDAD DE MÉXICO A JULIO, 2016



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.

ÍNDICE

Marco Teórico

Introducción.....	4
Definiciones.....	4
Alcoholismo y consumo de alcohol.....	4
Consumo de riesgo o consumo peligroso	4
Consumo perjudicial.....	4
Dependencia.....	4
Intoxicación.....	7
Patología Dual.....	7
Panorama: Etanol y Trastornos Psiquiátricos.....	8
Importancia del tamizaje con AUDIT.....	10
Validez y confiabilidad del AUDIT.....	13
El consumo de Etanol en México.....	15

Justificación	de	la
investigación.....		19

Planteamiento del problema.....	21
--	-----------

Método.....	22
Pregunta de investigación.....	22
Hipótesis.....	22
Objetivos de la Investigación	
Objetivo General.....	22
Objetivos Específicos.....	22

Material y Método

Diseño del estudio.....	23
Participantes.....	23
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	23
Instrumentos de medición.....	24
DSM-5.....	24
AUDIT	26
Encuesta.....	28
Variables.....	29
Procedimiento general de la investigación.....	30

Análisis estadístico.....	31
----------------------------------	-----------

Consideraciones Éticas.....	32
------------------------------------	-----------

Resultados.....	34		
Características	generales	de	la
muestra.....	34		
Resultados de interacción entre variables.....	37		
Resultados AUDIT			
Promedio AUDIT por clínica.....	37		
Proporción pacientes en riesgo.....	39		
Resultados	según	dominio	

Resultados	41
Consumo de riesgo.....	41
Síntomas de dependencia.....	43
Consumo perjudicial.....	45
Variables sociodemográficas	
Género y AUDIT.....	47
Edad y AUDIT.....	49
Escolaridad y AUDIT.....	53
Estatus marital y AUDIT.....	57
Ocupación y AUDIT.....	59
Diagnóstico psiquiátrico.....	63
Muestra total... ..	63
Psiquiatría General.....	64
Adicciones.....	66
Otras clínicas.....	67
Discusión	68
Conclusiones	74
Limitaciones y delimitaciones	75
Fortalezas	76
Anexos	
Consentimiento informado.....	77
Hoja de datos generales de la investigación.....	80
AUDIT.....	81
Referencias	83

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

1. DEFINICIONES

1.1.- Alcoholismo y consumo de alcohol

El consumo de etanol se asocia con importantes problemas de salud, tanto físicos como mentales, así como con problemas personales y para la sociedad ^{1,2}. De la valoración que se realice de este consumo dependerán numerosas decisiones clínicas, tanto en lo referente al tratamiento de la patología asociada como al manejo del propio uso de alcohol. De ahí deriva la importancia de una adecuada valoración del consumo de etanol.

Según los criterios de la CIE- 10, hay varios patrones de consumo de alcohol: el consumo de riesgo, el consumo perjudicial y la dependencia ⁴.

Consumo de riesgo o consumo peligroso: Es un patrón de consumo en el cual no existen consecuencias actuales relacionadas con el consumo de etanol, pero hay riesgo futuro de daño psicológico, social y físico. Para la valoración del consumo de riesgo es importante registrar el consumo por ocasión de consumo, si existen cambios de consumo particularmente durante el fin de semana y si existen consumos elevados por ocasión de consumo aunque sea de forma infrecuente. ⁴ Se ha visto que, un consumo diario habitual bajo puede coexistir con un consumo semanal de riesgo o con una cantidad de riesgo en las ocasiones en que consume, lo cual se ha denominado consumo excesivo episódico o circunstancial, en inglés llamado "*binge drinking*" ^{5, 11} que es la ingesta de grandes cantidades de etanol en un corto periodo de tiempo, ya sea una noche, un fin de semana o unas vacaciones, y reúne todos los riesgos del consumo de riesgo y de la intoxicación aguda.

Consumo perjudicial: Se define como un patrón de consumo que causa daño a la salud. El daño puede ser físico por ejemplo produciendo cirrosis hepática o mental al desencadenar depresión. Las consecuencias sociales por sí solas no son suficientes para el diagnóstico de consumo perjudicial o dañino⁴. Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. Cabe mencionar que si el consumo de una sustancia es reprobada por terceras personas, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial.

Dependencia: Se define como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en las que el consumo de una droga, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otra actividad⁴.

Una manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo de ingerir sustancias como etanol o tabaco. Además la recaída en el consumo después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

En recientes estudios se ha descrito que el uso crónico de etanol da como resultado cambios progresivos a nivel cerebral y del comportamiento que dan como resultados un síndrome de dependencia y el llamado "alcoholismo"³

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los siguientes:⁴

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Una característica esencial de la dependencia es que debe estar presente el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla⁵. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un

estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma⁶.

Abstinencia: se trata de un conjunto de síntomas agrupados según diferentes modos y niveles de gravedad, que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución de la abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia.

Una característica de la abstinencia por etanol es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrollará después de interrumpir o reducir el uso prolongado de grandes cantidades de alcohol. Lo cual incluye dos o más de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica; aumento del temblor distal de las manos; insomnio; náuseas o vómitos; alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones; agitación psicomotora y ansiedad.

Dichos síntomas pueden provocar malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social y de otras áreas importantes de la actividad del individuo.⁷ Los síntomas no deben deberse a enfermedad médica ni ser explicados mejor por otro trastorno mental, y se pueden aliviar tras la administración de alcohol u otras sustancias depresoras del sistema nervioso central. Los síntomas de abstinencia empiezan cuando las concentraciones de alcohol en la sangre disminuyen bruscamente después de haber interrumpido o reducido la bebida. Debido a la vida media corta del etanol, los síntomas de abstinencia alcanzan su mayor intensidad durante el segundo día de abstinencia y mejoran de forma marcada al cuarto o quinto días. Según el DSM-IV-TR,⁷ la dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. La abstinencia de alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado. Además, debido a que la abstinencia de alcohol puede ser desagradable e intensa, los sujetos con dependencia del alcohol pueden continuar consumiendo alcohol, a pesar de las consecuencias adversas, para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Una minoría de sujetos con dependencia del alcohol nunca experimentan síntomas relevantes de abstinencia y sólo cerca del 5 % de los sujetos con dependencia los experimentan siempre. Una vez presente el patrón de uso compulsivo, los sujetos con dependencia pueden dedicar mucho tiempo al consumo de bebidas alcohólicas⁴. Estos sujetos continúan con frecuencia el consumo de alcohol a pesar de la demostración de las consecuencias adversas físicas o psicológicas.

La actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación; las personas pueden beber en situaciones peligrosas, o tener problemas legales.⁷

Intoxicación alcohólica: es la presencia de un cambio psicológico o de comportamiento desadaptativo que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después. Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica y no se explican mejor por otro trastorno mental⁴.

El alcohol hace un efecto neurotóxico en el cerebro ⁸. Estudios post-mortem y de neuroimagen cerebral de pacientes con trastornos por uso de alcohol han mostrado daño en el lóbulo frontal. Estudios con resonancia magnética han mostrado volúmenes más pequeños en la materia gris prefrontal y materia blanca, cerebelo, hipocampo, tallo cerebral y cuerpo calloso. Algunas de las alteraciones en los volúmenes cerebrales parecen ser reversibles en periodos donde los pacientes dejan de consumir alcohol. Sin embargo, en un estudio de seguimiento a 5 años de pacientes con trastorno por uso de alcohol comparados con controles de sujetos sanos de edades similares mostraron reducción de volúmenes de materia gris al aumentar de años en los pacientes, indicando pérdida de tejido cerebral progresivo en respuesta al consumo de alcohol⁸.

1.2 PATOLOGÍA DUAL

La Patología Dual representa la asociación cruzada (coexistencia o comorbilidad) de dos situaciones clínicas: la presencia de un trastorno mental y el uso de sustancias (abuso o dependencia).

Estos pacientes “duales” o con comorbilidad psiquiátrica, son frecuentes y presentan mayor gravedad tanto clínica como en el ámbito social, que aquellos pacientes con un solo tipo de trastorno⁹.

También se ha descrito que estos pacientes “duales” acuden más a los servicios de urgencias y requieren más hospitalizaciones psiquiátricas, y en el ámbito social presentan mayores tasas de desempleo y marginación, así como también más conductas violentas y criminales.

Lo antes mencionado nos hace pensar que la gravedad clínica y social de la patología dual no es una condición aislada sino más bien tiene una presencia epidemiológica importante¹⁰.

Los estudios llevados a cabo en población general como en muestras clínicas refieren que la prevalencia de la concurrencia de trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos es elevada, y se estima entre un 15 – 80%¹¹. Este rango amplio se explica por heterogeneidad de las muestras en las que se ha llevado a cabo los estudios, el lugar en donde han sido atendidos como centros de drogodependencias, y factores asociados con la sustancia de abuso, tanto por sus efectos farmacológicos como por su situación legal, disponibilidad y

accesibilidad; además influyen factores intercurrentes como infecciones por VIH, y las dificultades diagnósticas.

Hay dos hipótesis principales que explican la comorbilidad: 4

- 1) La adicción y los otros trastornos psiquiátricos son expresiones sintomáticas distintas neurobiológicas preexistentes similares, y,
- 2) La administración repetida de drogas, a través de mecanismos de neuroadaptación, origina cambios neurobiológicos que tienen elementos comunes con las anomalías que median ciertos trastornos psiquiátricos.

En los años recientes se ha postulado los efectos neurobiológicos del estrés crónico como el “puente” de unión entre los Trastornos por uso de sustancias y las otras enfermedades mentales¹².

Lo cual nos lleva a pensar que la relación entre los trastornos psiquiátricos y los trastornos por consumo de sustancias (TUS) es compleja y puede variar, así tendríamos al menos cuatro posibilidades de patología dual: primero las distintas combinaciones de trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos pueden representar dos o más condiciones independientes, con sus respectivos cursos clínicos y necesidades de tratamiento, que esta combinación sea de causalidad o como consecuencia de compartir factores predisponentes, segundo que el primer trastorno puede influir en el desarrollo de un segundo trastorno, de forma que éste siga un curso independiente; tercero el consumo de sustancias puede ser usada como un “paliativo” o “tratamiento” en la enfermedad psiquiátrica que no ha sido diagnosticada o tratada adecuadamente; y finalmente que algunos síndromes pueden ser cuadros psiquiátricos temporales como psicosis como consecuencias de intoxicaciones con tipos específicos de sustancias¹³.

1.3 PANORAMA GENERAL DEL USO DE ETANOL EN RELACIÓN CON TRASTORNOS PSQUIIÁTRICOS

Es importante tener referencias previas de como el uso de sustancias, y en específico etanol, que es una de la sustancias más prevalente de uso, puede estar presente en pacientes con trastornos psiquiátricos, lo cual puede modificar el curso y pronóstico de dichos trastornos.

En cuanto a lo revisado, un estudio reciente publicado en Febrero de 2015 en el que un grupo noruego precedido por Nesvag, realizaron una comparación de la prevalencia y patrón de consumo de sustancias entre pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión³⁸. En dicho estudio se estudió los trastornos por uso de etanol (TUE) y otros trastornos por uso de sustancias no Etanol (TUSnE) en paciente que fueron diagnosticados de las enfermedades mentales

antes comentadas utilizando los criterios de la CIE 10, entre los años 2009 a 2013. La prevalencia de TUS (Trastornos por uso de sustancias) fue de 25.1 % en Esquizofrenia (TUE: 4.6 %, TUSnE: 15.6 %, TUE y TUSnE: 4.9 %), 20.1 % en Trastorno Bipolar (TUE: 8.1 %, TUSnE: 7.6 %, TUE y TUSnE: 4.4 %), y 10.9 % en depresión (TUE: 4.4 %, TUSnE: 4.3 %, mujeres TUE y TUSnE: 2.2 %). Los hombres de edad media con Trastorno Bipolar tuvieron la mayor prevalencia de TUE con 19.1%, y los hombre jóvenes con Esquizofrenia tuvieron la mayor prevalencia de TUSnE con 29.6%³⁸. Como conclusiones los autores recomiendan tomar medidas preventivas en cuanto a la prevención del uso de sustancias en los pacientes con graves trastornos psiquiátricos, ya que los resultados fueron a decir de ellos alarmantes.

Por otro lado otro estudio reciente de un grupo italiano en el que se comparó la ocurrencia de comportamientos adictivos (CA) en Trastornos por uso de etanol (TUE) para investigar la impulsividad, dimensiones de la personalidad y el fenómeno del craving, comparando pacientes con un grupo control. Como resultados encontraron que 28.4% (n=27) de los sujetos de la muestra de los pacientes con TUE tuvieron al menos un comportamiento adictivo, comparado con 15% (n=212) de los controles lo que representa una $p=0.014$. Así también en los sujetos con TUE se encontraron correlaciones directas entre la Escala de Barrat de impulsividad y la escala de compras impulsivas, el test de adicción a internet, el inventario de adicción al ejercicio ($p<.01$) y la escala de bebida obsesivo compulsiva y la escala análoga visual para el craving³⁹. Además la ocurrencia de comportamientos adictivos fue asociada con rasgos de impulsividad más altos. Considero que este estudio podría darnos una visión futura, de los comportamientos adictivos de los pacientes de nuestra institución, ya que como se plantea en la parte metodológica, uno de los grupos de la muestra serán, los pacientes de la clínica de Trastornos adictivos.

El grupo liderado por Prinquey en Francia hizo especial alusión a los trastornos afectivos y su relación con los trastornos por uso de etanol, ya que mencionan que el nivel de asociación entre los trastornos afectivos y los de uso de etanol están todavía subestimados y poco entendidos⁴⁰. Es así que mencionan como los trastornos por uso de etanol en los trastornos afectivos y en específico para el Trastorno Bipolar se correlacionan con gravedad, curso inestable, resistencia al tratamiento, y mayor riesgo de suicidio. El etanol agrava la depresión y obstaculiza la terapéutica⁴⁰. Es así también que los autores comentan que los mecanismos de la asociación comórbida no solo se refieren a la estrategia compensatoria del comportamiento sino está basada en vulnerabilidad compartida y cruzada, relacionada con la genética y de los transportadores y genes 5HT. Los datos anteriores nos muestran la elevada asociación entre los trastornos por uso de etanol y los trastornos psiquiátricos.

Por otro lado hay también que considerar que hay retraso en el diagnóstico oportuno e inicio del tratamiento tanto de los trastornos psiquiátricos en general

como también de los trastornos por uso de etanol. Esto no ocurre solo como fenómeno nacional, sino también ocurre en otros países⁴¹. Lo cual influye modelando negativamente en el curso de ambos trastornos. En un estudio australiano con datos recogidos desde 2007 de la Encuesta Nacional Australiana de Salud y bienestar mental que incluyó a 8841 sujetos⁴¹, se observó que el tiempo medio para el primer contacto de tratamiento para los trastornos por uso de etanol fue de 18 años (14 años para dependencia, 23 años para abuso). Los índices de tratamiento proyectados de por vida fueron 78.1% para la dependencia de etanol y 27.5% para el abuso⁴¹.

1.4 IMPORTANCIA DEL SCREENING (TAMIZAJE) CON AUDIT

La importancia de realizar un tamizaje radica en el hecho de aquellas personas que no son dependientes al etanol pueden parar o reducir su consumo con la asistencia y esfuerzo adecuado¹.

Cabe mencionar que no todos los bebedores de riesgo llegan a ser dependientes, sin embargo nadie desarrolla dependencia sin haber mantenido anteriormente algún consumo de riesgo de etanol. Es así que el tamizaje del consumo de etanol en la atención de salud y aún más en el área de salud mental trae consigo beneficios potenciales, debido a que proporciona una oportunidad para educar a los pacientes sobre el consumo dentro de los niveles de bajo riesgo y los riesgos que supone el consumo. Con una adecuada información sobre el consumo de etanol de los pacientes el personal de salud tendrá una visión más global de la situación actual del paciente, así como advertir en casos en los que ciertos pacientes tengan patrones de consumo que podrían ser adversos a su tratamiento farmacológico, apego a la consulta y a otros aspectos de su tratamiento¹⁴.

El Test para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT), fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud¹⁵ como un instrumento de tamizaje para consumo perjudicial y de riesgo, así como para apoyo en la evaluación breve. Este test mide el consumo de alcohol, la conducta en cuanto al consumo, y problemas en relación al alcohol durante el año pasado y enfatiza la detección de trastornos actuales. Se conforma de 10 preguntas que se marcan de una escala del 0 al 4, con un rango de posibles respuestas del 0 al 40. Un puntaje de 8 o más se sugiere como el punto de corte para la evaluación.^{14, 15}

Los ítems del AUDIT fueron seleccionados de un grupo de preguntas en base a correlaciones con la ingesta diaria de alcohol, la frecuencia de consumos de seis o más bebidas por episodio de consumo y su capacidad para discriminar a los bebedores de riesgo de aquellos con consumo perjudicial¹⁵. Éstos también fueron elegidos en base a la validez, relevancia clínica y la cobertura de los dominios

conceptuales relevantes, también se dio especial atención a la adecuación en función del género y capacidad de generalización transnacional. Tanto dominios como ítems son expuestos en la siguiente tabla.

Tabla 1. Dominios e ítems del AUDIT

Dominio	Número de la pregunta	Contenido del ítem
Consumo de riesgo de alcohol	1	Frecuencia de consumo
	2	Cantidad típica
	3	Frecuencia del consumo elevado
Síntomas de dependencia	4	Pérdida del control sobre el consumo
	5	Aumento de la relevancia del consumo
	6	Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7	Sentimiento de culpa tras el consumo
	8	Lagunas de memoria
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol
	10	Otros se preocupan por el consumo

Fuente: Babor T., et-al, AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, OMS, 2001

La sensibilidad y especificidad de cada uno de los ítems seleccionados para el cuestionario fueron calculadas para múltiples criterios así por ejemplo consumo diario medio de alcohol, presencia de al menos un síntoma de dependencia, diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol y auto-percepción del problema con la bebida; entre otros. Se consideraron varios puntos de corte de la puntuación total para identificar la sensibilidad y especificidad óptimas con el objeto de detectar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol¹⁵. Así mismo, la validez también fue calculada frente al diagnóstico de consumo perjudicial y de dependencia. En las muestras de desarrollo del test un valor de corte de 8 puntos condujo a una sensibilidad en el AUDIT para diversos índices de consumo problemático que se situaba generalmente por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0,80¹⁵.

El test AUDIT es utilizado como un método de tamizaje en la atención primaria y otros niveles de atención, con varios grupos diana. La investigación clínica al utilizar el AUDIT se ha llevado a cabo en países en desarrollo y se enfoca en grupos de riesgo en adultos. Se ha sugerido que el tamizaje con el AUDIT se expanda para incluir grupos adicionales de riesgo con problemas relacionados al alcohol, como adolescentes²⁷. Dado que el AUDIT fue diseñado como un instrumento de tamizaje para uso internacional, se ha enfatizado en varios países su adaptación sobre todo dependiendo de las características culturales del país.¹⁴

Además se ha visto que el tamizaje con AUDIT se puede llevar a cabo en diversos grupos, como a continuación se ejemplifica en la siguiente tabla ¹:

TABLA 2. Diversos grupos en los que se puede llevar a cabo el tamizaje con AUDIT (Test para la identificación de Trastornos de Uso de Alcohol).

Ámbito de aplicación	Grupo diana	Personal encargado del tamizaje
Clínica de atención primaria	Pacientes médicos	Personal enfermería, asistentes sociales.
Servicio de urgencias	Víctimas de accidentes. Pacientes intoxicados. Víctimas de sucesos traumáticos.	Médico, personal de enfermería u otro personal.
Consulta médica	Pacientes médicos	Médico general, médico de familia u otro personal.
Hospital general	Pacientes hipertensos, enfermedades cardíacas, enfermedades gastrointestinales.	Médico internista u otro personal.
Hospital psiquiátrico	Pacientes psiquiátricos, en particular con tendencia suicida.	Psiquiatra u otro personal.
Tribunal, comisaría, prisión.	Sujetos con delitos cometidos bajo efectos del etanol.	Funcionarios, terapeutas.
Centro de trabajo. Programas de intervención laboral	Empleados, especialmente aquellos con problemas de productividad, ausentismo, o accidentes.	Personal de medicina de empresa.

FUENTE: Institute of Alcohol studies, Alcohol and Health, IAS Factsheet, Inglaterra (2008) 1-18

Se ha visto que los pacientes con desórdenes relacionados al uso de alcohol son frecuentes en las salas de urgencias, entre estos los que son admitidos por una intoxicación aguda, constituyen una población específica, ellos son frecuentemente personas dependientes del alcohol, durante su estadía en las salas de emergencia ellos pueden beneficiarse de una intervención para su desorden asociado al alcohol. Las personas encargadas de atender a estos pacientes deben saber que hacer perfectamente y se puede utilizar varias escalas, en orden de severidad del trastorno dependiente del alcohol se pueden usar las escalas CAGE, RAPS4-QF o AUDIT¹⁶.

Así también comparado a la población general, las propiedades psicométricas de AUDIT pierden validez y no son tan buenas en la población de ancianos. La confiabilidad de consistencia interna, así como la validez constructiva son débiles

entre la población de ancianos, especialmente en lo que concierne a los parámetros 1 y 4 del AUDIT¹⁷.

El uso del alcohol y otras sustancias no es infrecuente durante el embarazo, y esto se ha asociado con efectos adversos que empeoran el pronóstico del embarazo. Existen mujeres embarazadas, quienes se ven fuertemente motivadas para cambiar sus estilos de vida por hábitos y costumbres más saludables, pero muchas otras pueden usar y abusar de estas sustancias durante el embarazo. Por ello la importancia del tamizaje de pacientes que usan alcohol y otras drogas durante esta etapa. Este tamizaje debería hacerse por parte del equipo de salud antes del parto, durante el transcurso del embarazo y deberá llevar a que se instauren prácticas de intervención escritas sobre este problema. ¹⁸

Validez y confiabilidad del AUDIT

A continuación se concentra algunos datos de estudios realizados en América Latina, esto con la intencionalidad de adecuar los resultados a la población mexicana, ya que de ninguna manera es lo mismo una versión en inglés de un cuestionario que una validada en español.

En el estudio comentado a continuación se aplicó la versión en español del cuestionario AUDIT a una muestra aleatoria estratificada de 459 estudiantes universitarios, se evaluó la factorabilidad mediante las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin y de esfericidad de Bartlett. Posteriormente se determinó la consistencia interna y estructura factorial del cuestionario, mediante la estimación del alfa de Cronbach y análisis factorial por el método de extracción de componentes principales. Los resultados obtenidos mencionan que el alfa de Cronbach fue 0,769²⁸, así también la extracción exploratoria reveló una estructura unidimensional que explicó el 57,95% de la varianza. Como conclusiones en este estudio los autores mencionan que el AUDIT constituye una herramienta confiable y válida²⁸, para la detección de problemas referidos al consumo de alcohol en el ámbito clínico.

Por otro lado, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente se realizó la prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT) en pacientes con esquizofrenia, lo cual representa una validación más específica del uso de AUDIT en la población psiquiátrica²⁹. Para esto se aplicó la Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) versión 1.0 y el AUDIT a 80 sujetos con esquizofrenia, de ambos sexos y mayores de 16 años, de la consulta externa del INPRFM de la Ciudad de México. En cuanto a los resultados obtenidos en este estudio la escala AUDIT mostró alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,812; el punto de corte de la escala completa del AUDIT para esta población fue de 4 puntos o más²⁹. La validación del AUDIT mostró que es un instrumento de tamizaje muy útil y sensible para identificar a pacientes con esquizofrenia en riesgo de abuso o dependencia de alcohol, por lo que se recomienda su uso en estudios clínicos y epidemiológicos en Latinoamérica.

Considero que aunque las conclusiones son un tanto ambiciosas ya que recomiendan el uso de esta escala en "Latinoamérica" siendo más específicos, la escala representó ser un instrumento útil en el medio mexicano y por otro lado aplicado en pacientes psiquiátricos

Otro ejemplo de validación y de utilización del AUDIT en América Latina, se dio en Chile, en donde en una población adulta, se aplicó AUDIT, después de informar a las personas sobre el uso de dicho test, cada persona llenó el cuestionario y respondió a la entrevista CIDI. Posterior a una semana todos los participantes fueron invitados a acudir a responder el cuestionario AUDIT nuevamente. En cuanto a los resultados obtenidos se encontró una alta consistencia interna del test AUDIT (alpha de Cronbach 0,93) y para sus tres subescalas: consumo de riesgo alcohol (alpha de Cronbach 0,86), síntomas de dependencia (alpha de Cronbach 0,85) y consecuencias negativas del consumo (alpha de Cronbach 0,77)³⁰. El re-test fue aplicado a 99% de la muestra entre 1 y 2 semanas después de la primera aplicación, obteniéndose un puntaje promedio levemente inferior ($6,4 \pm 9,2$, respectivamente). El coeficiente de correlación intra clase obtenido entre ambas aplicaciones fue de 0,97 (IC 95% 0,96; 0,98), lo cual fue clasificado como muy bueno. El área bajo la curva ROC fue de 0,93 (IC 95% 0,88; 0,98) para consumo riesgoso, de 0,88 (IC 95% 0,80; 0,96) para consumo perjudicial y de 0,91 (IC 95% 0,84; 0,97) para dependencia³⁰. Se estableció que la mejor relación entre sensibilidad y especificidad para consumo riesgoso fue de 6, mientras que para consumo perjudicial y dependencia fue de 9. Los autores concluyeron que con este estudio se confirma que el AUDIT es un instrumento válido y confiable para el tamizaje de las distintas categorías de consumo de alcohol en población adulta. En relación a confiabilidad, estos hallazgos confirman lo encontrado por otros autores, en relación a la mantención de una buena consistencia interna en muestras y grupos poblacionales diferentes con variaciones en un rango entre 0,84 y 0,88. En cuanto a su validez, los resultados mostraron valores de área bajo la curva ROC cercanos a 1 en las tres categorías estudiadas cuando comparamos los puntajes con la prueba de oro, que, como ya se ha señalado, correspondió a la entrevista semiestructurada CIDI. En cuanto a sensibilidad y especificidad, el mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad para la detección de consumo perjudicial se encontró para el puntajes 9, el cual confiere una sensibilidad de 80% y una especificidad de 89%³⁰. El mismo punto de corte se estableció para dependencia, donde la sensibilidad aumenta a 87% y la especificidad es de 84%. Este valor se encuentra cercano a los valores reportados en varios estudios recientes y al recomendado por la OMS^{14, 15, 22}. La elección de un único punto de corte para consumo perjudicial y dependencia se basó en que en ambos casos es el mismo punto el que mejor relacionó sensibilidad y especificidad. También, el contar con un único punto de corte permite un fácil manejo e interpretación de los resultados del test por los profesionales de atención primaria, ya que en ambos casos la conducta a seguir de acuerdo a las recomendaciones de los autores del instrumento es que la persona debe ser evaluada para confirmación diagnóstica.

Esta conducta se deriva de la naturaleza del test AUDIT como instrumento de tamizaje, por lo que se necesita una evaluación confirmatoria de los casos. En relación al consumo de riesgo, el mejor punto de corte resultó ser de 6 que otorga una alta sensibilidad, manteniendo una buena especificidad, condiciones ideales para una adecuada detección. Los autores de este estudio concluyen que el AUDIT es un instrumento válido y que además tiene respaldo internacional para la detección precoz de los problemas derivados del consumo de alcohol, incluso antes de que se haya instaurado el daño.

En el estudio de Álvarez y colaboradores, en el que se utilizó el test AUDIT, para la detección de consumo excesivo de alcohol en un nivel primario de salud, se describe que el AUDIT presenta una sensibilidad de 57-59%; una especificidad de 91-96%³¹, un cociente de probabilidad positivo de 6,3-14,7 y un cociente de probabilidad negativo de 0,43-0,42. Para una prevalencia estimada de pacientes con consumo excesivo de alcohol en torno al 10%, el valor predictivo positivo (si el test ≥ 8) es de 41-62% y el valor predictivo negativo (si el test < 8) es de 4,4-4,9³¹. En una consulta de Atención Primaria con la misma prevalencia estimada arriba, por cada 200 pacientes el test identificará a 12, perderá 8, y dará un falso positivo en unos 10³¹.

Por otro lado, para mayores datos sobre el AUDIT en población mexicana, en un estudio transversal, realizado en derechohabientes del IMSS (Instituto Mexicano de Seguridad Social) en nuestro medio se entrevistaron 45 117 derechohabientes, en las 36 delegaciones del país. Se aplicó un cuestionario estructurado y autoaplicable a cada sujeto usando el instrumento AUDIT. Se estimó la prevalencia de consumo, con intervalos de confianza al 95% (IC 95%)³². En cuanto a los resultados obtenidos la prevalencia de consumo de alcohol (riesgoso y dañino) fue de 12.8% (IC 95% 12.5-13.2). El consumo fue mayor en hombres (22.2%; IC 95% 21.7-22.8) que en mujeres (3.4%; IC 95% 3.1-3.6)³². En los hombres se observó un efecto de edad, mientras que en las mujeres el consumo por edad fue más homogéneo. En ambos grupos el consumo fue más importante en la edad productiva. Las conclusiones que los autores mencionan en este estudio son que el consumo de alcohol constituye un problema para la salud, la prevalencia de consumo es elevada en la población derechohabiente del IMSS, y además que sería necesario desarrollar políticas y programas de salud específicos, para disminuir este grave problema³².

1.5 EL CONSUMO DE ETANOL EN MÉXICO

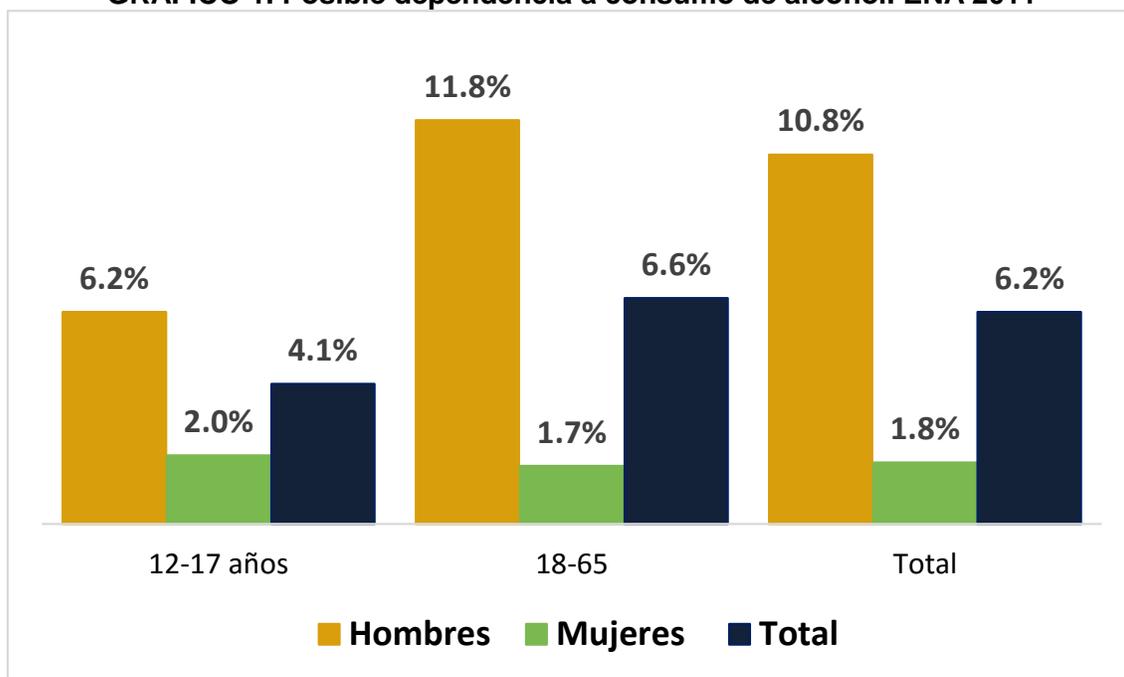
El consumo de etanol constituye el principal problema de adicción en México y según los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011 es un problema cardinal en la población adolescente. ²¹

A pesar de que los hombres consumen más que las mujeres, éstas mostraron un importante índice de consumo, bajo este contexto el consumo de alcohol es un fenómeno de impacto en salud pública y por ende en Salud Mental. De aquí deriva la importancia de conocer datos sobre el consumo de etanol en la población psiquiátrica, para así también posteriormente dar medidas preventivas instrumentadas para la detección oportuna de consumo en poblaciones de riesgo, así como en el caso que un síndrome de consumo peligroso o dependencia esté instaurado tener las medidas adecuadas para su tratamiento¹⁹.

Los datos de la ENA 2011 antes comentados y que a continuación se esquematizan en el gráfico 1 demuestran que en la población adulta, el 77.1% ha consumido alcohol alguna vez en la vida, cifra que corresponde al 88.1% de los hombres y al 67.0% de las mujeres²¹.

En el último año la prevalencia de consumo es de 55.7%, (69.3% hombres y 43.2% mujeres). El 6.6% de los adultos presentan dependencia al alcohol (11.8% hombres y 1.7% mujeres)²⁰, los cuales constituyen datos alarmantes, y que nos hacen pensar que la situación actual del consumo de etanol constituye un problema de salud pública.

GRÁFICO 1. Posible dependencia a consumo de alcohol. ENA 2011

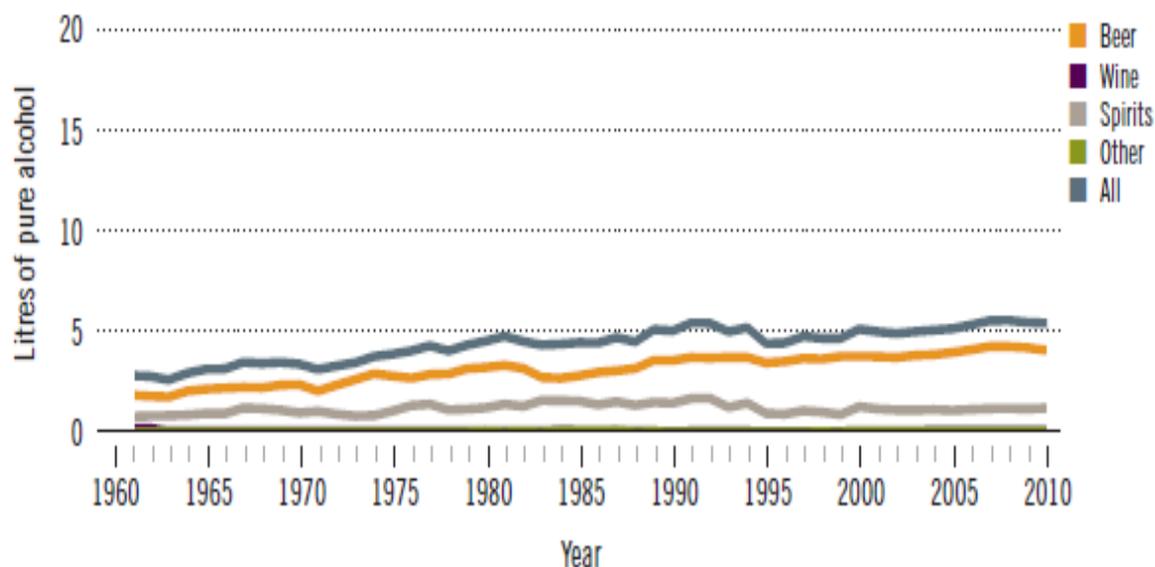


FUENTE: Medina-Mora ME, et-al, ENA 2011: Reporte de Alcohol, México DF, México: INPRFM; 2012.

Según el reporte global de uso de etanol de la Organización Mundial de Salud 2014, en México el consumo per cápita y como sucede en otros países ha aumentado, en el gráfico 2 se muestra como el aumento progresivo de consumo

de etanol ha venido aumentando crecientemente desde el año de 1995 hasta 2010 ²¹.

GRAFICO 2. Consumo per cápita de etanol en México



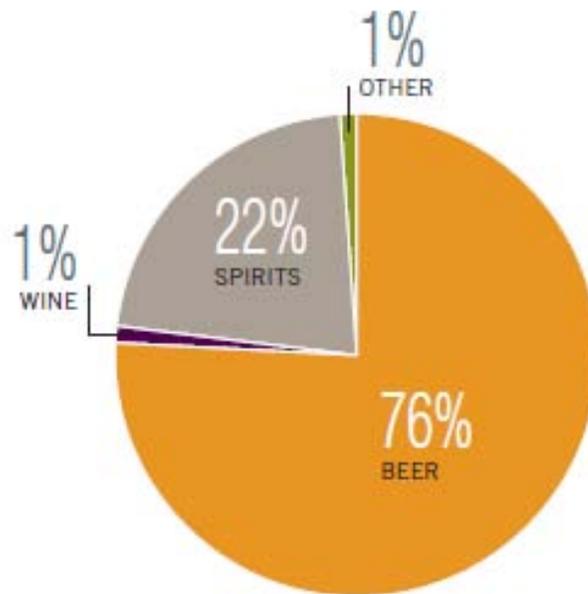
FUENTE: Global Status report on alcohol and Health, World Health Organization, Suiza (2014); 1-85

En el mismo documento antes ya citado, podemos encontrar otra información no menos interesante como es que el tipo de bebida preferente de los mexicanos, en el Gráfico 3 se esquematiza los litros de consumo por tipo de etanol.

El tipo de etanol de preferencia de los mexicanos es la cerveza representando un 76%, seguida de los destilados los cuales constituyen un 22%, y en menor medida vino y otros tipos de alcohol un 1% ².

En este sentido es importante también comentar como influyen los medios de comunicación y los comerciales de las empresas para la difusión y ampliación en el consumo de estas sustancias, no hay además que desconocer que el consumo preferente de cerveza por parte de los mexicanos también puede estar influido por el precio que éstas sustancias exhiben en relación a otras bebidas.

GRÁFICO 3. Litros de consumo de etanol por tipos de etanol



FUENTE: Global Status report on alcohol and Health, World Health Organization, Suiza (2014); 1-85

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El consumo de etanol representa uno de los problemas de salud pública con mayor arraigo social, cuyos costos, consecuencias sociales y sanitarias impide el desarrollo de familias y comunidades.

En este sentido, resulta importante y no menos interesante que nos planteemos y que conozcamos en qué estado se encuentra el consumo de etanol en la población atendida en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Con este estudio tendremos una aproximación general del consumo de etanol en la población que asiste a la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría. Debido a que se realizará en diversas clínicas de la consulta externa también podremos identificar los trastornos psiquiátricos más relacionados con el consumo de etanol.

Así también se conocen datos sobre la población con dependencia a etanol, sin embargo aún no se ha hecho una oportuna diferenciación y relación entre diversos grados de consumo como por ejemplo el consumo de riesgo o el consumo perjudicial de etanol y los trastornos psiquiátricos. Debido a que también se considerarán variables socio demográficas podremos también realizar diferencias entre grupos de edad, de género, ocupación, estatus marital, y escolaridad, lo cual aportará datos novedosos y otros que también vienen a afianzar conocimientos previos sobre el panorama de consumo de etanol.

La utilidad de los resultados obtenidos será que además del conocimiento que generará acerca de la población que asiste al Instituto Nacional de Psiquiatría; en los casos en que se hallen patrones de consumo de riesgo serán derivados a la Clínica de Adicciones para su manejo conjunto e integral.

Al realizar la aproximación diagnóstica de los diversos grados de consumo de etanol, este estudio podrá dar pauta a estudios posteriores de intervención oportuna tanto en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol. Además este estudio dará pauta a que en estudios posteriores se puedan investigar otras variables como el apego al tratamiento, evolución y mejoría en la calidad de vida en relación con el consumo de etanol.

La identificación del consumo problema de alcohol en poblaciones específicas debiera condicionar políticas de salud orientadas a tomar medidas de intervención y terapéutica y resolver el problema, por lo que en específico este estudio podrá dar pautas a estudios más amplios y posteriores consideraciones de políticas de salud.

Por último, también es de considerar que los problemas por uso de etanol, muchas veces son percibidos por las personas afectadas y su entorno social sólo como un problema conductual, lo que conlleva a que la búsqueda de ayuda terapéutica se realice en forma tardía, lo que pudiera empeorar el pronóstico ya que el consumo de etanol, se dio por mayor tiempo, y se retrasa la oportuna terapéutica de estos pacientes, por lo que, como se mencionó anteriormente al hacer el tamizaje de trastornos por uso de etanol en una población específica como son los pacientes de consulta externa de nuestra institución, con la visión a futuro de extrapolar los resultados obtenidos a la población psiquiátrica, tendríamos las herramientas necesarias para evitar este mencionado retraso en la atención, además de conocer las características del patrón de consumo de los pacientes que asisten a la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría, ya que al momento no contamos con un “censo” o datos de estos pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una vez establecido el panorama de consumo de alcohol en la población general es necesario que planteemos la situación del consumo de sustancias y el concepto ya antes referido de la patología dual, lo cual como se mencionó hace referencia a la concurrencia de patología mental con trastorno por uso de sustancias.

En este contexto se ha visto que la identificación de forma fiable y válida de un diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica en sujetos que están consumiendo sustancias (y en este caso específico: el alcohol), plantea problemas fundamentales; por un lado está el hecho de que los efectos agudos y crónicos de las drogas sobre el sistema nervioso central simulan síntomas de muchos de los trastornos mentales dificultando la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos del consumo o de la abstinencia de la sustancias de los innatos de un trastorno psiquiátrico independiente²².

Empero de las dificultades antes mencionadas el ámbito de la patología dual se debe plantear como un reto no solo en el ámbito de detección oportuna sino también de las intervenciones posibles y adecuadas para estos pacientes²³. Es así que, la patología dual plantea algunos retos a futuro ya que por su elevada gravedad clínica y social además de sus altas prevalencias y las dificultades terapéuticas, justifica el interés que en estos momentos constituye el estudio de la co-existencia o co-ocurrencia de trastornos por consumo de sustancias y en este caso específico del etanol y otras enfermedades psiquiátricas; tanto en el área del conocimiento de sus bases neurobiológicas y su caracterización clínica y diagnóstica, así como además al desarrollo de tratamientos adecuados farmacológicos y psicosociales, y la adaptación adecuada de servicios de salud para su óptima atención²⁴.

El propósito de este estudio es determinar la proporción de patología dual en pacientes que acuden al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Comparando la proporción de pacientes en riesgo por uso de etanol con el servicio al que asiste y el diagnóstico primario psiquiátrico.

MÉTODO

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características de consumo de etanol en los pacientes que asisten a la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz?

HIPÓTESIS

Dado que se trata de un estudio observacional, no se establece hipótesis.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación entre trastornos por uso de etanol y los trastornos psiquiátricos en una muestra de pacientes que asisten a la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

COMPARAR:

- El puntaje total de la escala AUDIT con las diferentes clínicas.
- El consumo de riesgo según AUDIT con las diversas clínicas en estudio.
- Los síntomas de dependencia según AUDIT con las diversas clínicas en estudio.
- El consumo perjudicial según AUDIT con las diversas clínicas en estudio.
- Los diferentes lugares de atención en consulta externa según punto de corte de la escala AUDIT.
- Los patrones de consumo de riesgo de etanol entre los pacientes que asisten a consulta psiquiátrica general con los que asisten a consulta psiquiátrica de especialidad.
- Los patrones de consumo de riesgo de etanol con la edad, género, estatus marital, ocupación y años de escolaridad.
- Los patrones de riesgo de etanol con los diagnósticos según DSM-5.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, analítico y transversal, según la Asociación de Facultades de Medicina de Canadá.

PARTICIPANTES

Participaron pacientes de la Consulta Externa del INPRFM que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Pacientes que acudieron a su entrevista de Historia Clínica al servicio de Psiquiatría General o a las Clínicas de Especialidad.
- Género masculino o femenino.
- Que fueran mayores de 18 y menores de 65 años.
- Que tuvieran un diagnóstico psiquiátrico.
- Que supieran leer y escribir
- Que hubieran firmado el consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes que por su condición de gravedad no pudieran contestar los instrumentos.

Criterios de eliminación

Pacientes que durante la aplicación del estudio decidieron suspender su participación.

INSTRUMENTOS DE MEDICION:

DSM 5

En el Instituto Nacional de Psiquiatría desde 2013 aproximadamente se utiliza para la codificación diagnóstica el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM5). Y como se planteó se tomaron los diagnósticos del expediente clínico, por lo cual a continuación se hace una breve reseña de dicho manual diagnóstico.

El DSM 5 se elaboró a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos⁷. Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica, el propósito primario del DSM 5 es asistir a lo clínicos en el diagnóstico de sus pacientes con trastornos mentales como una parte de la evaluación y formulación del caso que determina un plan de tratamiento completo para cada individuo⁷.

Esta nueva edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM5), utilizado por médicos e investigadores para diagnosticar y clasificar enfermedades mentales, constituye la obra más completa y actualizada de la práctica clínica. Integra para cada trastorno los últimos hallazgos en neuroimagen y genética, junto con consideraciones de género y cultura. Cada diagnóstico contiene una serie de síntomas que intentan resumir síndromes característicos que a su vez señalan a un trastorno subyacente con una historia de desarrollo, factores de riesgo biológico y ambientales, correlatos neuropsicológicos y fisiológicos, y un curso clínico típico⁷.

La estructura organizativa revisada reconoce los síntomas que abarcan varias categorías de diagnóstico, proporcionando una nueva perspectiva clínica en el diagnóstico. Los criterios específicos se han simplificado, consolidado o aclarado para ser coherente con la práctica clínica. Proporciona evaluaciones dimensionales para la investigación y validación de los resultados clínicos. Incluye los códigos de la CIE-9-MC y CIE-10-CM para cada trastorno y la estructura organizativa es coherente con el nuevo CIE-11, en desarrollo⁷.

Brevemente, algunas de las modificaciones que presenta el DSM-5 son:

- La incorporación de nuevos trastornos, tales como: el Trastorno por Atracón, el Trastorno de Excoriación, el Trastorno de Atesoramiento, el Trastorno Disfórico Premenstrual y el Trastorno Neurocognitivo leve.
- El duelo no excluye el diagnóstico de depresión. Si bien el DSM-IV excluía dentro de la depresión a las personas que mostraban dichos síntomas tras la

pérdida de ser querido en los dos meses anteriores, el DSM-5 omite esta exclusión.

- La inclusión del Trastorno de Estado de Ánimo Disruptivo y No Regulado.
- El trastorno por consumo de sustancias se incorpora en el DSM-5 para agrupar los trastornos por abuso de sustancias y la dependencia de sustancias. Además, se ha creado una nueva categoría para recoger las "adicciones conductuales", donde se incluye el Juego Patológico.
- El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se ha modificado levemente para recoger la posibilidad de su diagnóstico en la edad adulta.
- Los Trastornos de Ansiedad, los Trastornos Disociativos, el Trastorno Obsesivo Compulsivo y el Trastorno por Estrés Postraumático (antes unificados en el mismo epígrafe) se describen en apartados independientes.
- El Trastorno por Estrés Postraumático incluye ahora cuatro grupos de síntomas para su diagnóstico: re-experimentación, hiperactivación, evitación y "alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo". Los umbrales de edad también se han modificado, así como los criterios que se aplican para su diagnóstico en menores de 6 años.
- El Trastorno Depresivo Mayor incluye dos categorías: comportamiento suicida y autolesión no suicida.

Los diagnósticos se definen en términos de "Trastorno", los cuales son una clasificación de categorías no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios⁷. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción psicológica o biológica. Esta manifestación se considera síntoma cuando aparece asociada a un malestar, a una discapacidad (deterioro en un área de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales⁷. No hay que olvidar que la categoría diagnóstica es sólo el primer paso para el adecuado plan terapéutico, el cual necesita más información que la requerida para el diagnóstico.

Consideraciones de diagnóstico para el estudio

Se codificó los diagnósticos, agrupándolos en 14 categorías diagnósticas: 1. Trastorno depresivo mayor, 2. Ansiedad Generalizada, 3. Angustia, 4. Trastornos psicóticos, 5. Trastornos de la personalidad, 6. Depresivo persistente, 7. Estrés postraumático, 8. Obsesivo Compulsivo (y espectro), 9. Trastorno bipolar, 10. Trastorno de la conducta alimentaria, 11. Uso de alcohol, 12. Uso de otras sustancias, 13. Otros trastornos de ansiedad, 14. Otros diagnósticos.

AUDIT

El AUDIT es un instrumento de tamizaje, que ha demostrado proporcionar una medida correcta del riesgo de consumo de alcohol según género, edad en diversas culturas. El test consta de diez preguntas, las cuales las podemos agrupar en tres dominios conceptuales, que a su vez se refieren a conceptos como: 1) Consumo de riesgo, 2) Síntomas de dependencia, 3) Consumo perjudicial¹⁵. Cada pregunta tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4.

En el documento de la Organización Mundial de la Salud, se recomiendan puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol. (Una puntuación de corte 10 proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad¹⁵).

La selección de los valores de corte debería estar en función de los estándares culturales y nacionales, así como del juicio clínico que también determinará el consumo máximo recomendado. Desde un punto de vista técnico, las puntuaciones más altas simplemente indican una mayor probabilidad de consumo de riesgo y perjudicial¹⁵, sin embargo, tales puntuaciones también pueden reflejar mayor gravedad de los problemas y de la dependencia de alcohol, así como de una mayor necesidad de un tratamiento más intensivo^{9,15}.

Se puede obtener una interpretación más detallada de la puntuación total del paciente analizando las preguntas en las que puntuaron; por ejemplo, una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o la pregunta 3 indica un consumo en un nivel de riesgo. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4-6 (especialmente con síntomas diarios o semanales), implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. Los puntos obtenidos en las preguntas 7-10 indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol¹⁵. Tanto la puntuación total, el nivel de consumo, los signos de dependencia, así como el daño presente deberían tenerse en cuenta en el abordaje de un paciente. En el manual de AUDIT de la OMS, se menciona que no hay suficientes estudios de investigación para poder establecer de forma precisa un punto de corte que distinga entre bebedores con consumo de riesgo y consumo perjudicial (que se beneficiarían de una intervención breve) de los bebedores dependientes de alcohol (que deben ser remitidos para una evaluación diagnóstica y tratamiento más intensivo). Esto es importante, porque los programas de tamizaje, diseñados para identificar los casos de dependencia de alcohol, tienen una alta probabilidad de detectar bebedores con consumo de riesgo y consumo perjudicial si se recurre al punto de corte de 8, y estos pacientes necesitan ser manejados con intervenciones menos intensivas^{14, 15}. En general, cuanto más alta sea la puntuación total en el AUDIT, mayor será la sensibilidad para detectar personas con dependencia de alcohol.

Debido a la experiencia obtenida en un estudio de asignación de tratamiento con

Personas que tenían un amplio rango de gravedad de los problemas con el alcohol, se compararon las puntuaciones del AUDIT con datos diagnósticos que reflejaban un grado bajo, medio y alto de dependencia de alcohol.

Se halló que las puntuaciones del AUDIT en un rango de 8-15 representaban un nivel medio de problemas con el alcohol, mientras que una puntuación igual o mayor a 16 representaba un nivel alto. Según las puntuaciones de AUDIT, se hace la decisión terapéutica, así: Puntuaciones entre 8 y 15 apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo. Puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado¹⁵. Puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol.

Entonces, las intervenciones según puntaje de AUDIT serían: puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo; puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado, puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol¹⁵, lo cual puede ser observado en la siguiente tabla.

Tabla 3. Intervenciones necesarias según puntuación del AUDIT

Nivel de riesgo	Intervención	Puntuación del AUDIT
I	Educación sobre el alcohol	0-7
II	Consejo simple	8-15
III	Consejo simple más terapia breve y monitorización continuada.	16-20
IV	Derivación al especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento.	20-40

Fuente: Babor T., et-al, AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, OMS, 2001

En el presente estudio, y como se verá más adelante se utiliza el AUDIT en su puntuación total, así como también hemos utilizado como corte puntuaciones de AUDIT de 16, es decir, desde nivel III de riesgo, en donde los pacientes requerirían consejo simple más terapia breve y monitorización continuada, lo cual significa una intervención propia de un centro de tercer nivel como el INPRFM, y que representan casos de consumo de alcohol de moderados a graves.

Por otro lado, el test AUDIT permite hacer comparaciones entre los diferentes estudios de tamizaje poblacionales dirigidos a identificar sujetos con un consumo problema de alcohol, y en nuestro caso, específicamente tener un panorama del consumo de etanol en la población psiquiátrica de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Los trastornos por uso de alcohol incluyen: consumo perjudicial (de acuerdo a CIE-10) o trastornos por uso de etanol (de acuerdo a DSM-5); sin embargo una tercera

categoría de importancia desde el punto de vista del tamizaje poblacional en términos de intervención temprana, es el consumo riesgoso, que se define por criterios de cantidad y frecuencia de consumo; es así que para que una estrategia de tamizaje resulte efectiva es imprescindible contar con un instrumento de tamizaje que detecte todas estas categorías o “niveles” de consumo; por otro lado, se necesitan instrumentos de tamizaje que no solo facilite la labor clínica, sino también la investigación y la generación de evidencia que apoye el diseño e implementación de políticas para la prevención y control de los problemas derivados del uso de alcohol, es por eso que se escogió el test AUDIT para este estudio.

Consideración del AUDIT durante el estudio

En la concentración de los datos y durante la codificación de esta variable se registró el puntaje total del test, así como también se obtuvo para cada paciente la suma del puntaje por los tres dominios del AUDIT.

Por otro lado en el caso que el puntaje total de AUDIT fuera igual o mayor de 16 se le calificó como paciente en riesgo (punto de corte). Este punto de corte fue establecido en relación al grado de gravedad e intervención necesaria descrito en el Manual de AUDIT de la OMS¹⁵, así como por el hecho de que el INPRFM es un centro de atención psiquiátrica de tercer nivel por lo que pretender atender a los casos moderados a severos de patología psiquiátrica, y en este caso de patología dual y patología por consumo de alcohol.

El instrumento utilizado se encuentra anexado (Ver Anexo C).

ENCUESTA (Hoja de datos generales)

Se aplicó además una encuesta, que se encuentra anexada (Ver Anexo B).

En este instrumento se recabaron las variables sociodemográficas como género, edad, escolaridad en años, estado civil y ocupación; cada una de estas variables divididas en categorías correspondientes.

Se llevó el registro de los Diagnósticos principales y otros diagnósticos psiquiátricos recolectados de lo estipulado en la Historia Clínica.

Finalmente se hizo una diferenciación en este instrumento si el paciente provenía de Consulta externa de psiquiatría general o correspondía a una clínica de especialidad, especificando en este caso a que clínica pertenecía el participante.

VARIABLES:

Tabla 4. Definición conceptual y operacional de las principales variables del estudio

	Tipo de Variable	Instrumento	Definición Operacional
Variables Diagnóstica			
Diagnóstico	Categórica	Diagnósticos DSM-5 reportados en el expediente clínico.	14 Categorías diagnósticas: *Trastorno Depresivo mayor *Ansiedad generalizada *Angustia *Trastornos psicóticos *Trastorno de personalidad *Depresivo persistente *Estrés postraumático *Obsesivo Compulsivo *Trastorno Bipolar *Trastorno de la Conducta *Alimentaria *Uso de alcohol *Uso de otras sustancias *Otros Trastornos de ansiedad *Otros diagnósticos
Variable Dependiente			
Pacientes en riesgo por consumo alcohol	Dimensional	AUDIT	Puntuación total del AUDIT
	Categórica		Puntuación de riesgo con punto de corte de 16
Consumo y Frecuencia de Riesgo	Dimensional		Preguntas del AUDIT 1, 2, 3
Síntomas de Dependencia			Preguntas del AUDIT 4, 5, 6
Consumo perjudicial para sí u otros.			Preguntas del AUDIT 7, 8, 9, 10
Variables Independientes			
Clínicas(1)	Categórica	Encuesta	Clínicas de atención: Afectivos Adicciones Alimentación Esquizofrenia TOC Sueño Género TLP Psiquiatría General
Clínicas(2)	Categórica	Encuesta	3 grupos codificados: Psiquiatría General Adicciones Otras Clínicas
Variables Sociodemográficas			
Genero	Categórica	Encuesta	Femenino Masculino
Edad	Dimensional	Encuesta	18 a 22 años 23 a 31 años 32 a 43 años 44 a 65 años
Estatus Marital	Categórica	Encuesta	Sin Pareja Con pareja
Ocupación	Categórica	Encuesta	Empleado Hogar Estudiante Desocupado
Escolaridad	Dimensional	Encuesta	Años de estudio terminado Básica Media superior Superior

PROCEDIMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

El proceso que se siguió para realizar la investigación constó de los siguientes pasos:

- 1. Reclutamiento de los pacientes:** Se reclutaron pacientes en consulta externa general (140), así como en las diferentes clínicas de especialidad (Adicciones 24, y otras clínicas 99), con excepción de Psicogeriatría y Adolescentes. Se captaron pacientes que acudían a la realización de Historia clínica, o en la primera o segunda cita subsecuente luego de la historia. En promedio se captaron 3 pacientes por día, tomando alrededor de tres semanas por clínica, y 10 semanas para los participantes que acudieron a Psiquiatría General.
- 2. Invitación a participar en el estudio:** se invitó a cada participante al estudio; se les explicó de manera detallada los objetivos y procedimientos, señalando riesgo y aclarando las dudas que pueda tener.
- 3. Firma de consentimiento informado:** Cuando el paciente estaba de acuerdo en participar en el estudio, se le entrega el consentimiento informado en el que se detalló el proceso del AUDIT, los riesgos y beneficios del estudio. Durante este mismo momento el investigador principal firmó con el paciente y también se recabó la firma de testigos.
- 4. Obtención de Diagnóstico y datos sociodemográficos del participante:** Luego de que el participante dio su consentimiento para la recolección de información, registramos de sus datos sociodemográficos y el diagnóstico otorgado en la Historia Clínica.
- 5. Aplicación de los Instrumentos.**
- 6. Concentración de los datos:** se concentraron los datos sociodemográficos, Clínica de Atención y diagnóstico primario. Para facilitar el análisis estadístico se realizó codificación de los datos, de la siguiente manera:

Clínica de atención: para algunos cálculos se realizó codificación de las clínicas en tres lugares de atención: 1. Psiquiatría General, 2. Clínica de adicciones, 3. Otras clínicas; se separó la clínica de adicciones del grupo de clínicas de especialidad para evitar que sea un factor confusor en los resultados ya que suponíamos el mayor consumo de alcohol de los pacientes canalizados a dicha clínica.

Diagnóstico: se codificó los diagnósticos, agrupándolos en 14 categorías diagnósticas: 1. Trastorno depresivo mayor, 2. Ansiedad Generalizada, 3. Angustia, 4. Trastornos psicóticos, 5. Trastornos de la personalidad, 6. Depresivo persistente, 7. Estrés postraumático, 8. Obsesivo Compulsivo (y espectro), 9. Trastorno bipolar, 10. Trastorno de la conducta alimentaria, 11. Uso de alcohol, 12. Uso de otras sustancias, 13. Otros trastornos de ansiedad, 14. Otros diagnósticos.

Variables sociodemográficas:

Edad codificada: dividimos la muestra por cuartiles quedando distribuidas en grupos así: 1) 18 a 22 años, 2) 23 a 31 años, 3) 32 a 43 años, y 4) 44 a 65 años.

Escolaridad: se realizó una distribución de la muestra por cuartiles, luego de lo cual para mejor manejo se codificaron tres grupos: 1. Básica (entre 1 a 9 años de estudio), 2. Media superior (10-12 años de estudio), 3 Superior (13 o más años de estudio).

Estatus marital: se asignaron dos grupos 1. Sin pareja (Soltero, viudo, separado), y 2. Con pareja (Casado, y unión libre).

Ocupación: Se codificó en cuatro grupos: 1. Empleado (en el que se incluyó a pensionados ya que tienen ingreso económico), 2. Hogar, 3. Estudiantes, 4. Desocupado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables categóricas se describen por medio de porcentajes, las variables dimensionales se describirán utilizando media y desviación estándar.

Las comparaciones de las variables categóricas se efectuaron por medio de Chi cuadrada, cuando se consideraron la relación de tres variables categóricas se utilizó Análisis Log Lineal expresando la significancia como X^2 . Las comparaciones para las variables dimensionales por medio de ANOVA simple con comparaciones múltiples de Tukey ³³.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se realizó para contribuir al conocimiento sobre aspectos del paciente con patología psiquiátrica y consumo de alcohol, con la finalidad de mejorar las intervenciones terapéuticas en relación al diagnóstico dual, así como para detectar algunos tipos de consumo que podrían quedar subdiagnosticados en la entrevista clínica cotidiana.

La aplicación del instrumento (AUDIT) para la medición de las variables descritas no constituyó ningún riesgo para los participantes. La información fue manejada por medio de códigos para proporcionar un carácter estrictamente confidencial a los pacientes. Los pacientes que decidieron no participar en el estudio no tuvieron repercusiones para continuar su atención y tratamiento en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

Dentro del procedimiento se garantizaron en todo momento los principios de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

Cuando un paciente tuvo una calificación alta de AUDIT se le realizó interconsulta a la Clínica de Adicciones de esta institución.

En este sentido resulta interesante hacer una breve reseña de los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial)⁴², los cuales dan pautas generales para los estudios en humanos, así como también cuando la investigación médica se combina con la atención médica. A continuación mencionaremos de forma resumida dichos criterios, bajo los cuales se encuentra planteada nuestra investigación⁴²:

El principio básico es el respeto por el individuo⁴² (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas que incluyen consentimiento informado (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el transcurso de la misma. El deber del investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10), y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

Los principios básicos para las investigaciones bio- médicas son ⁴²:

1. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica; los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

2. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

3. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

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

5. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona.

6. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

7. Los médicos deben considerar normas éticas, legales y jurídicas para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas internacionales vigentes.

8. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

9. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

10. Los grupos que están sub representados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

11. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico.

12. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

De esta manera y tomando en cuenta estos principios básicos, la presente investigación cumplió con los derechos de los pacientes, así también se apegó a los principios básicos de salud, bienestar, confidencialidad, seguridad de los pacientes.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

Se reclutaron 263 pacientes 161 mujeres (61.2%) y 102 hombres (38.8%). La muestra se obtuvo de la consulta externa general, así como de las clínicas de especialidad que atienden a pacientes adultos (excepción de Psicogeriatría y Clínica de Adolescentes), distribuidos así: 140 pacientes se obtuvieron de aquellos que acudieron a su Historia Clínica de Consulta externa General, y 99 pacientes entre cada una de las clínicas de especialidad; además en la Clínica de Adicciones se reclutaron 24 pacientes. Con la muestra anterior se obtuvo una media armónica (muestra equivalente por grupo) de 11.75, lo cual permitió detectar diferencias entre grupos con una magnitud de efecto grande ($f=0.60$) con confiabilidad del 95% y potencia del 90%³³.

Se encontraron diferencias entre clínicas [$F(8,262)=476.9$, $p=0.002$]. No se encontraron diferencias para la edad entre género ni en la interacción. Sin embargo, de forma general, la media más alta de edad estuvo representada por los pacientes captados en la clínica de sueño (50.0 ± 5.6) años, y la media de edad más baja se encontró en los pacientes que fueron captados en la Clínica de alimentación con (21

$.4\pm 3.2$) años. En cuanto al grupo femenino la media más alta de edad estuvo determinada por las pacientes de la clínica de sueño (50.0 ± 5.6) años, y la media más baja en las pacientes captadas en la clínica de alimentación (21.1 ± 3.2) años, por otro lado en el grupo masculino, la media de edad más alta fue la de los pacientes que asistieron a la consulta externa de Trastornos afectivos (36.6 ± 18.9) años, mientras que la media más baja fue para los pacientes que asistieron a la clínica de alimentación (22.3 ± 3.5) años.

La distribución de la edad por género y clínica se presenta en la tabla 5.

Tabla 5. Distribución de edad en años por Clínica y Género

Clínica	Femenino			Masculino			Total		
	Media	DStd	n	Media	DStd	N	Media	DStd	n
Afectivos	35.4	14.4	7	36.6	18.9	8	36.1	16.3	15
Adicciones	28.0	8.9	5	26.3	7.1	19	26.6	7.3	24
Alimentación	21.1	3.2	11	22.3	3.5	4	21.4	3.2	15
Esquizofrenia	39.8	10.2	6	32.9	11.4	9	35.7	11.2	15
TOC	30.4	9.0	8	28.2	9.4	6	29.4	8.9	14
Sueño	50.0	5.6	3				50.0	5.6	3
Género	39.7	12.1	20	33.0	17.0	2	39.1	12.3	22
TLP	35.4	11.3	15				35.4	11.3	15
Psiquiatría General	38.2	14.4	86	32.1	11.6	54	35.9	13.7	140
Total	36.4	13.6	161	30.9	11.5	102	34.3	13.1	263

En cuanto a años de Escolaridad no se encontraron diferencias para la edad entre género ni en la interacción; sin embargo, la media más alta de años de escolaridad en forma general se encontró en los pacientes que acudieron a clínicas de especialidad (12.0±3.1), en el grupo femenino la media más alta en años de escolaridad está representada por las pacientes que asistieron a la clínica de adicciones (13.2±2.9), en el grupo masculino la media más alta de años de escolaridad la encontramos en la consulta de Psiquiatría General (12.0±3.2). La distribución de los años de escolaridad, por género y clínica codificada en tres grupos se presenta en la tabla 6 a continuación.

Tabla 6. Distribución de los años de escolaridad por Clínica y Género

Clínica	Femenino			Masculino			Total		
	Media	DStd	n	Media	DStd	n	Media	DStd	n
Psiquiatría General	11.4	4.0	86	12.0	3.2	54	11.6	3.7	140
Adicciones	13.2	2.9	5	11.2	3.8	19	11.6	3.7	24
Otras Clínicas	12.1	3.0	70	11.8	3.4	29	12.0	3.1	99
Total	11.7	3.6	161	11.8	3.3	102	11.8	3.5	263

La distribución del estatus marital se presenta con un predominio de personas sin pareja. De forma general se observa en la tabla 7 que, en cada clínica codificada el número de participantes sin pareja fue mayor que aquellos con pareja, lo cual también se encuentra representado en proporciones; esta distribución no cambia cuando hacemos diferencia entre grupo femenino y masculino, manteniéndose un mayor número de participantes sin pareja por cada género.

Existen diferencias significativas entre categorías [$\chi^2(7)=33.1$, $p<0.001$]. Las diferencias se encontraron si comparamos los participantes según tuvieran o no pareja y por otro lado también si comparamos por género.

Tabla 7. Distribución de Estatus Marital por Clínica y Género

Clínica	Femenino			Masculino			Total		
	Sin	Con	Total	Sin	Con	Total	Sin	Con	Total
Psiquiatría General	49	37	86	37	17	54	86	54	140
%	57.0%	43.0%	61.4%	68.5%	31.5%	38.6%	61.4%	38.6%	
Adicciones	3	2	5	14	5	19	17	7	24
%	60.0%	40.0%	20.8%	73.7%	26.3%	79.2%	70.8%	29.2%	
Otras Clínicas	44	26	70	26	3	29	70	29	99
%	62.9%	37.1%	70.7%	89.7%	10.3%	29.3%	70.7%	29.3%	
Total	96	65	161	77	25	102	173	90	263

%	59.6%	40.4%	61.2%	75.5%	24.5%	38.8%	65.8%	34.2%
---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

En cuanto a la distribución por ocupación, según clínica codificada y género; existen diferencias significativas entre categorías [$\chi^2(59)=208.1$, $p<0.001$]. En el grupo femenino la ocupación que predomina es hogar con una proporción de 42.9%, seguida de la categoría empleado con 28.6%, lo cual se diferencia del grupo masculino, en el que la ocupación que predomina es empleado con una proporción de 44.1%, seguida de desempleado 29.4%, lo cual se encuentra esquematizado en la tabla 8.

Tabla 8. Distribución de Ocupación por Clínica y Género

Clínica	Femenino					Masculino				
	Empleado	Hogar	Estudiante	Desempleado	Total	Empleado	Hogar	Estudiante	Desempleado	Total
Psiquiatría General	26	38	11	11	86	29		15	10	54
%	30.2%	44.2%	12.8%	12.8%	61.4%	53.7%		27.8%	18.5%	38.6%
Adicciones	1	1	3		5	5	1	3	10	19
%	20.0%	20.0%	60.0%	0.0%	20.8%	26.3%	5.3%	15.8%	52.6%	79.2%
Otras Clínicas	19	30	16	5	70	11	1	7	10	29
%	27.1%	42.9%	22.9%	7.1%	70.7%	37.9%	3.4%	24.1%	34.5%	29.3%
Total	46	69	30	16	161	45	2	25	30	102
%	28.6%	42.9%	18.6%	9.9%	61.2%	44.1%	2.0%	24.5%	29.4%	38.8%

RESULTADOS DE INTERACCIÓN ENTRE VARIABLES

Promedio AUDIT por Clínica

Se encontraron diferencias en la puntuación total de AUDIT entre clínicas. Como se encuentra esquematizado en la tabla 9, con las clínicas codificadas en tres grupos: Psiquiatría General, Adicciones, otras Clínicas; en Psiquiatría general se tuvo una media de 4.1 ± 6.2 difiriendo de la clínica de adicciones (17.4 ± 10.3) pero no de las demás clínicas (3.2 ± 5.3) [$F(2,260)=50.9$, $p<0.001$], este patrón se presenta también cuando se compara para cada una de las clínicas [$F(8,254)=13.1$, $p<0.001$]. Las clínicas con mayor media fueron Alimentación (5.3 ± 6.4), seguida de los pacientes captados en la clínica de TOC (4.1 ± 7.5), y de los pacientes captados en la Clínica de Esquizofrenia (3.9 ± 7.3), lo cual se encuentra representado en la tabla 10 y gráfico 5.

Tabla 9. Promedio AUDIT según clínica codificada

Clínica	N	Media	DStd	Significancia
Psiquiatría General	140	4.1	6.2	p<0.001
Adicciones	24	17.5	10.35	
Otras Clínicas	99	3.202	5.3049	
Total	263	4.985	7.5093	

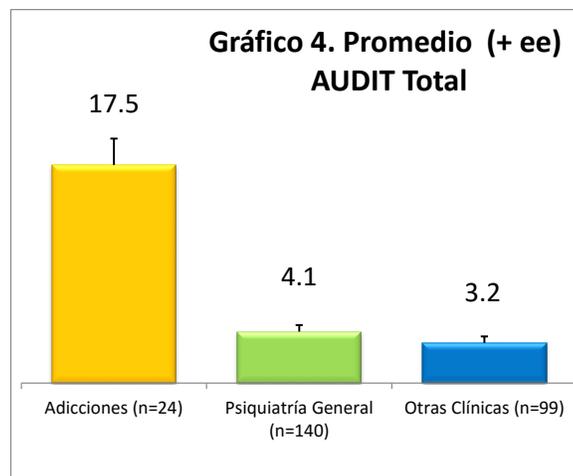
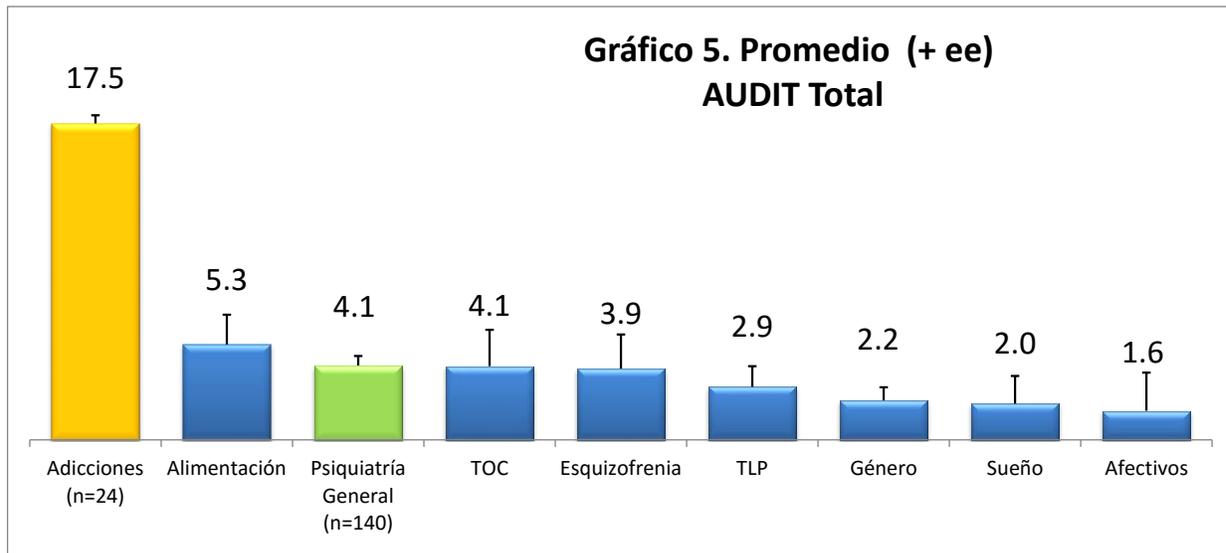


Tabla 10. Promedio AUDIT total según clínica

Clínica	N	Media	DStd	Significancia
Afectivos	15	1.6	1.8	p<0.001
Adicciones	24	17.5	10.3	
Alimentación	15	5.3	6.4	
Esquizofrenia	15	3.9	7.3	
TOC	14	4.1	7.5	
Sueño	3	2.0	2.6	
Género	22	2.2	3.4	
TLP	15	2.9	4.4	
Psiquiatría General	140	4.1	6.2	
Total	263	5.0	7.5	



Proporción de Pacientes en Riesgo AUDIT por Clínica

Se encontraron diferencias en la puntuación corte de AUDIT entre clínicas. Con las clínicas codificadas en Psiquiatría general se tuvo una proporción de 9.3% difiriendo de la clínica de adicciones con 54.2% pero no en mayor medida como de las demás clínicas 4.0%, lo cual podemos observar en la tabla 11 y gráfico 6; [F(2,260)=30.04, $p<0.001$], este patrón se presenta también cuando se compara para cada una de las clínicas [F(8,254)=7.49, $p<0.001$]. Las clínicas con mayor proporción de pacientes en riesgo fueron Adicciones con 54%, seguida de la clínica de Trastorno obsesivo compulsivo 7.1%, y esta seguida de cerca por la clínica de trastornos de la conducta alimentaria 6.7%, y Esquizofrenia 6.7%, esto se encuentra representado en la tabla 12 y gráfico 7, observados más adelante. Existen algunas clínicas cuya proporción es del 0.0%, es decir, no se presentó ningún caso en riesgo, lo cual puede estar determinado entre otros factores por el número pequeño de pacientes, que se captó en cada clínica, tal es el caso de trastornos afectivos, Trastorno límite de personalidad y Clínica de Sueño. La proporción general de pacientes en riesgo en la muestra es del 11.4%.

Tabla 11. Proporción de pacientes en Riesgo AUDIT según clínica codificada

Clínica	n	Media	DStd	Significancia
Psiquiatría General	140	9.3%	29.1%	p<0.001
Adicciones	24	54.2%	50.9%	
Otras Clínicas	99	4.0%	19.8%	
Total	263	11.4%	31.9%	

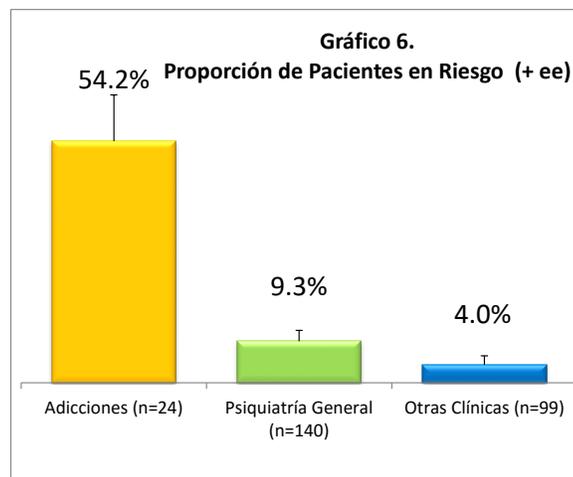
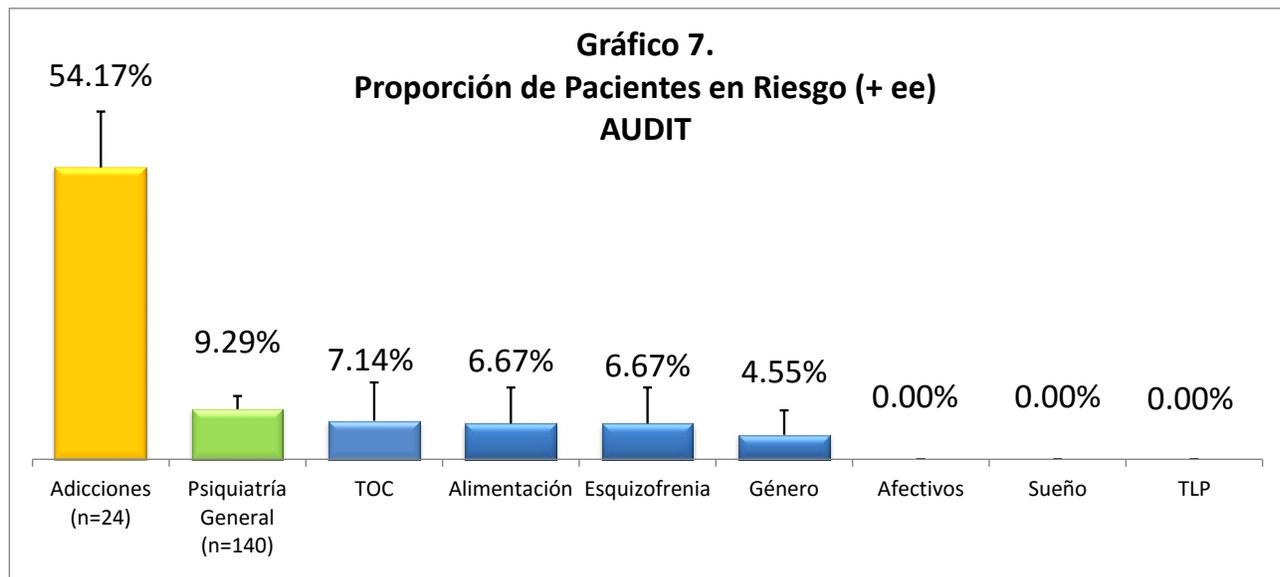


Tabla 12. Proporción de pacientes en Riesgo AUDIT según clínica

Clínica	n	Media	DStd	Significancia
Afectivos	15	0.0%	0.0%	p<0.001
Adicciones	24	54.2%	50.9%	
Alimentación	15	6.7%	25.8%	
Esquizofrenia	15	6.7%	25.8%	
TOC	14	7.1%	26.7%	
Sueño	3	0.0%	0.0%	
Género	22	4.5%	21.3%	
TLP	15	0.0%	0.0%	
Psiquiatría General	140	9.3%	29.1%	
Total	263	11.4%	31.9%	



Resultados según dominio de AUDIT evaluado

Clínica y Consumo de riesgo (primer dominio)

Se encontraron diferencias en la puntuación del primer dominio de AUDIT (Consumo de riesgo) entre clínicas, Con las clínicas codificadas en tres grupos: Psiquiatría General, Adicciones, otras Clínicas, como se encuentra esquematizado en tabla 13 y gráfico 8; en Psiquiatría general se tuvo una media de 2.0 ± 2.4 difiriendo de la clínica de adicciones (6.5 ± 3.4) pero no de las demás clínicas (1.8 ± 2.1), $[F(2,260)=39.54, p<0.001]$, este patrón se presenta también cuando se compara para cada una de las clínicas $[F(8, 254)=10.54, p<0.001]$. Las clínicas con mayor media fueron como ya se mencionó Adicciones (6.5 ± 3.4), seguida de Alimentación (2.9 ± 6.4), seguida de los pacientes captados en la clínica de TOC (2.2 ± 2.7), lo cual podemos observar en la tabla 14 y gráfico 9.

Tabla 13. Proporción AUDIT consumo de riesgo según clínica codificada

Clínica	n	Media	DStd	Significancia
Psiquiatría General	140	2.0	2.4	p<0.001
Adicciones	24	6.5	3.4	
Otras Clínicas	99	1.8	2.1	
Total	263	2.3	2.7	

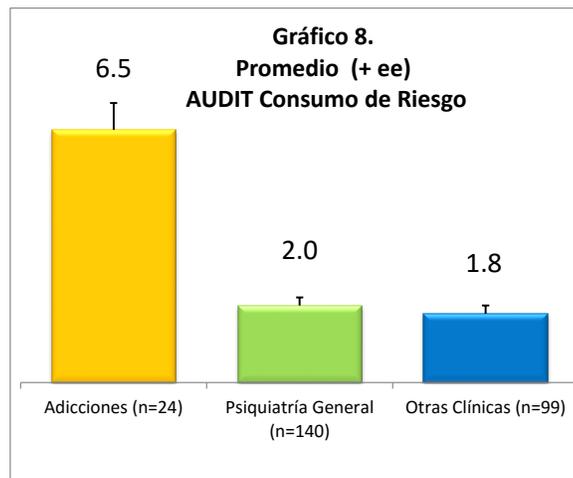
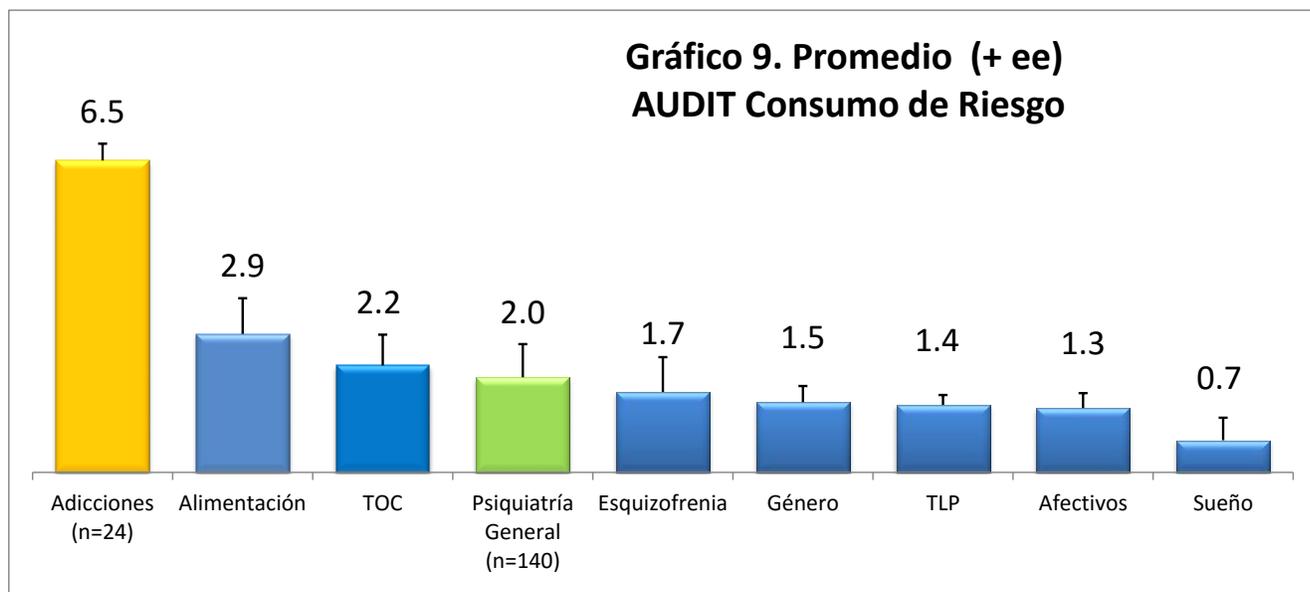


Tabla 14. Promedio AUDIT Consumo de riesgo según clínica

Clínica	n	Media	DStd	Significancia
Afectivos	15	1.3	1.3	p<0.001
Adicciones	24	6.5	3.4	
Alimentación	15	2.9	2.5	
Esquizofrenia	15	1.7	2.9	
TOC	14	2.2	2.7	
Sueño	3	0.7	0.6	
Género	22	1.5	1.4	
TLP	15	1.4	1.8	
Psiquiatría General	140	2.0	2.4	
Total	263	2.3	2.7	

**Gráfico 9. Promedio (+ ee)
AUDIT Consumo de Riesgo**



Clínica y Síntoma de Dependencia (segundo dominio)

Se encontraron diferencias en la puntuación del segundo dominio de AUDIT (Síntomas de dependencia) entre clínicas, Con las clínicas codificadas en tres grupos: Psiquiatría General, Adicciones, otras Clínicas; como se esquematiza en la tabla 15 y gráfico 10, se tuvo en Psiquiatría general una media de 1.0 ± 2.0 difiriendo de la clínica de adicciones (5.5 ± 3.7) pero no de las demás clínicas (0.7 ± 1.7), $[F(2,260)=51.64, p<0.001]$, este patrón se presenta también cuando se compara para cada una de las clínicas $[F(8,254)=13.26, p<0.001]$. Las clínicas con mayor media fueron como ya se mencionó Adicciones (5.5 ± 3.7), seguida de Alimentación (1.4 ± 2.1), seguida de los pacientes captados en la clínica de Esquizofrenia (1.1 ± 2.7), lo que observaremos más adelante en la tabla 16 y gráfico 11.

Tabla 15. Promedio AUDIT Síntomas de dependencia según clínica codificada

Clínica	n	Media	DStd	Significancia
Psiquiatría General	140	1.0	2.0	p<0.001
Adicciones	24	5.5	3.7	
Otras Clínicas	99	0.7	1.7	
Total	263	1.3	2.5	

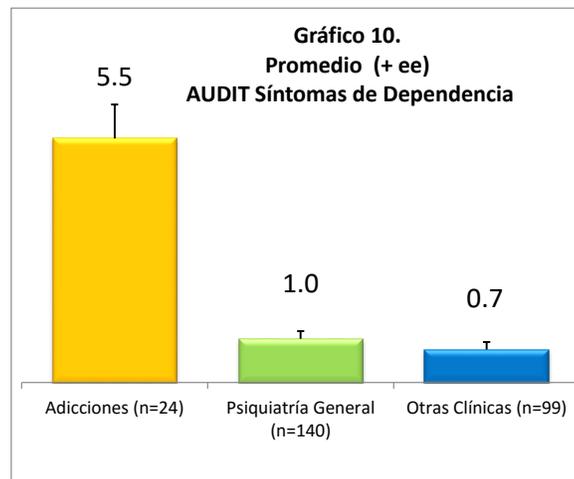
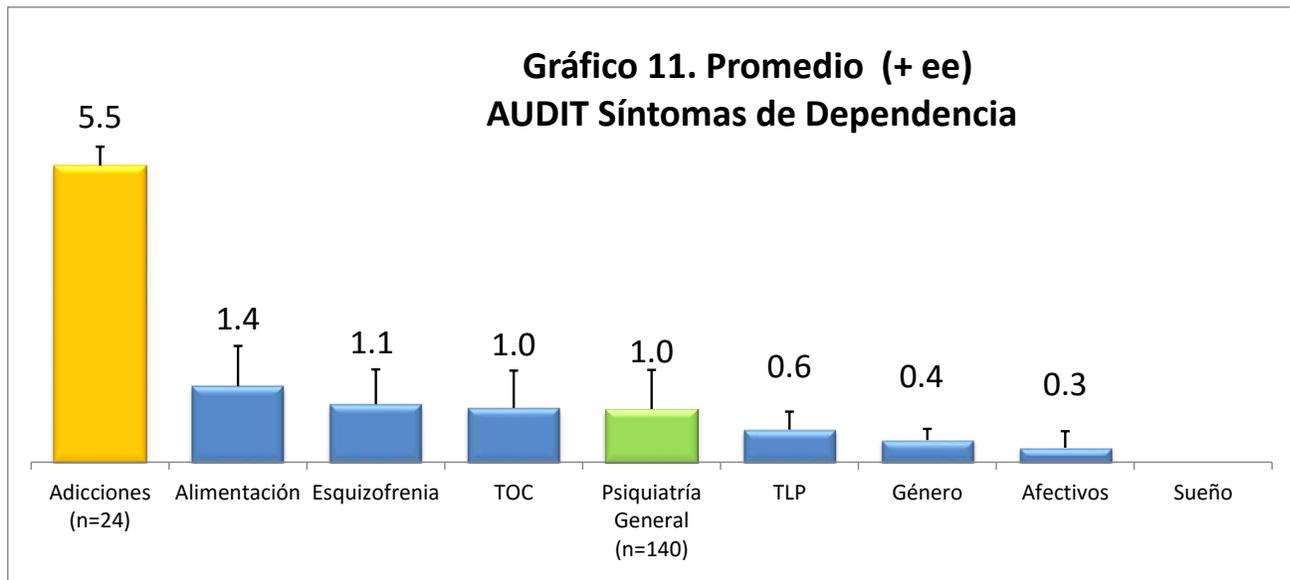


Tabla 16. Promedio AUDIT Síntomas de Dependencia según clínica

Clínica	n	Media	DStd	Significancia
Afectivos	15	0.3	0.6	p<0.001
Adicciones	24	5.5	3.7	
Alimentación	15	1.4	2.1	
Esquizofrenia	15	1.1	2.7	
TOC	14	1.0	2.2	
Sueño	3	0.0	0.0	
Género	22	0.4	0.7	
TLP	15	0.6	1.0	
Psiquiatría General	140	1.0	2.0	
Total	263	1.3	2.5	



Clínica y Consumo perjudicial (tercer dominio)

Se encontraron diferencias en la puntuación del tercer dominio de AUDIT (Consumo perjudicial) entre clínicas, con las clínicas codificadas en tres grupos: Psiquiatría General, Adicciones, otras Clínicas; en Psiquiatría general se tuvo una media de 1.6 ± 2.9 difiriendo de la clínica de adicciones (6.6 ± 4.4) pero no de las demás clínicas (1.1 ± 2.4), $[F(2,260)=35.85, p<0.001]$, este patrón se presenta también cuando se compara para cada una de las clínicas $[F(8,254)=9.25, p<0.001]$, esto se encuentra esquematizado en la tabla 17, y gráfico 12. Las clínicas con mayor media fueron como ya se mencionó Adicciones (6.6 ± 4.4), seguida de Alimentación (1.8 ± 2.9), seguida de los pacientes captados en la clínica de Trastorno Obsesivo compulsivo (1.4 ± 3.6), lo que observaremos más adelante en la tabla 18, y gráfico 13.

Tabla 17. Promedio AUDIT Consumo Perjudicial según clínica codificada

Clínica	n	Media	DStd	Significancia
Psiquiatría General	140	1.6	2.9	p<0.001
Adicciones	24	6.6	4.4	
Otras Clínicas	99	1.1	2.4	
Total	263	1.8	3.3	

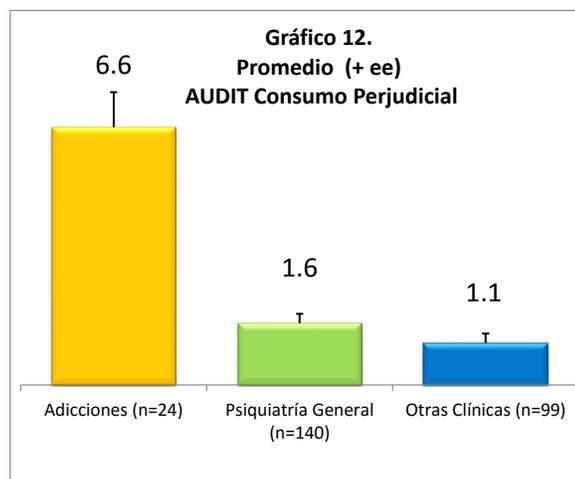
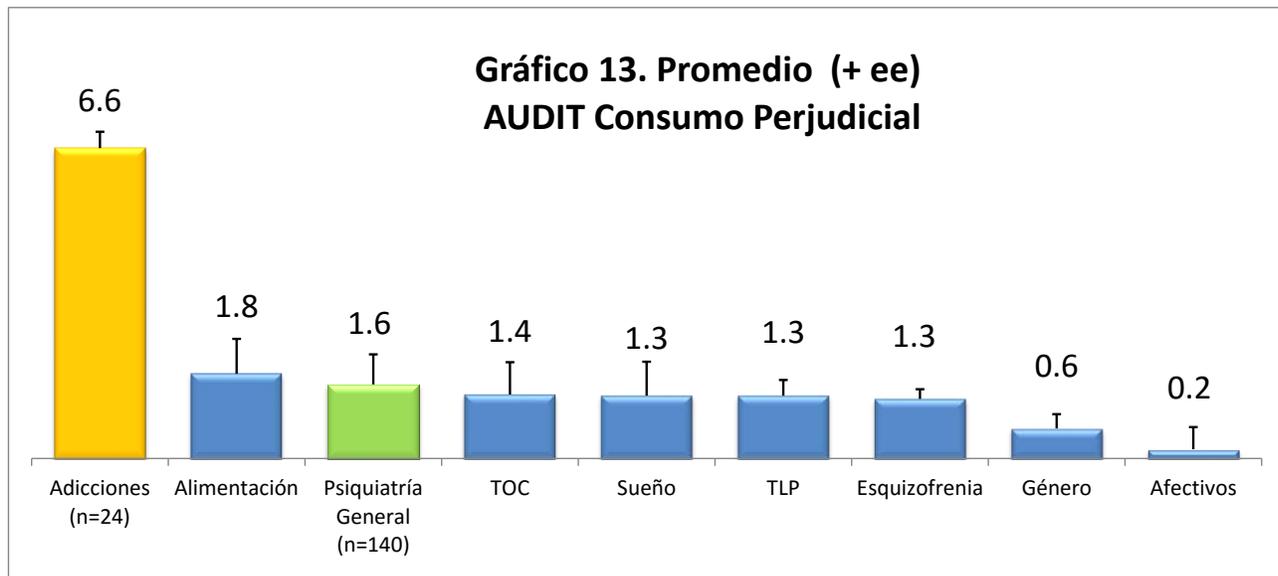


Tabla 18. Promedio AUDIT Consumo perjudicial según clínica

Clínica	n	Media	DStd	Significancia
Afectivos	15	0.2	0.6	p<0.001
Adicciones	24	6.6	4.4	
Alimentación	15	1.8	2.9	
Esquizofrenia	15	1.3	2.4	
TOC	14	1.4	3.6	
Sueño	3	1.3	2.3	
Género	22	0.6	2.2	
TLP	15	1.3	2.3	
Psiquiatría General	140	1.6	2.9	
Total	263	1.8	3.3	



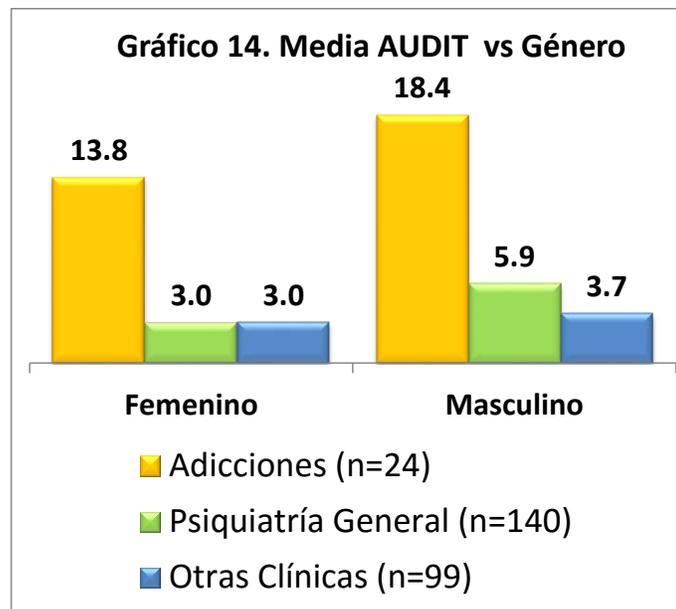
Variables sociodemográficas vs AUDIT

Género.

Se encontraron diferencias entre género. Como se observa en la tabla 19 y gráfico 14, los hombres mostraron mayor media de AUDIT (7.6 ± 9.0) difiriendo del género femenino (3.3 ± 5.8). [$F(1,257)=5.0$, $p=0.026$]. La Interacción no presentó significancia, lo que significa que la media de AUDIT total se comporta en forma similar entre las clínicas codificadas.

Tabla 19. Media AUDIT vs Género

Clínica	Género	Media	DStd	N	Significancia	
Psiquiatría General	Femenino	3.0	5.3	86	Entre Clínicas $p < 0.001$	
	Masculino	5.9	7.1	54		
Clínica de Adicciones	Femenino	13.8	11.8	5		Entre Género $p = 0.026$
	Masculino	18.4	10.1	19		
Otras Clínicas	Femenino	3.0	5.2	70	Interacción $p = 0.334$	
	Masculino	3.7	5.7	29		
Total	Femenino	3.3	5.8	161		
	Masculino	7.6	9.0	102		

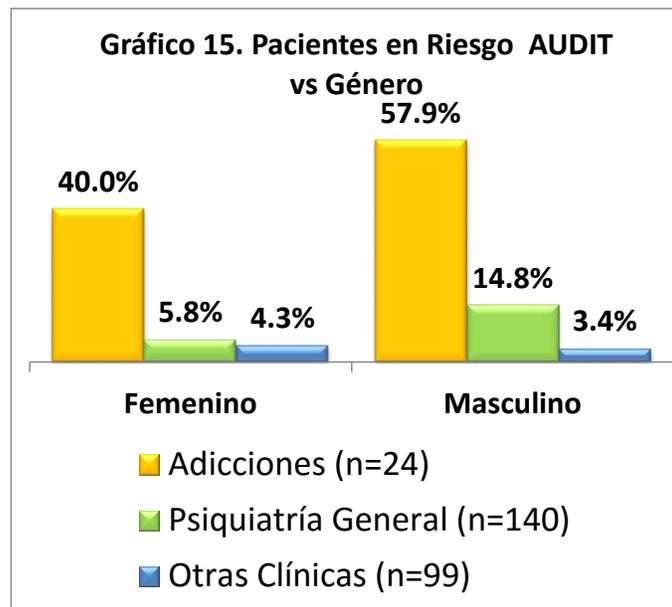


Proporción de Casos en Riesgo por Género.

No se encontraron diferencias entre género, sin embargo el género masculino mostró mayor proporción (19.6%) que el femenino (6.2%), [F(1,257)=2.48, p<0.116], esto está esquematizado a continuación en la tabla 20 y gráfico 15. La Interacción no presentó significancia, lo que significa que las proporciones de pacientes en riesgo se comportan en forma similar entre las clínicas codificadas.

Tabla 20. Pacientes en Riesgo AUDIT vs Género

Clínica	Género	Media	DStd	N	Significancia
Psiquiatría General	Femenino	5.8%	23.5%	86	Entre Clínicas p<0.001
	Masculino	14.8%	35.9%	54	
Clínica de Adicciones	Femenino	40.0%	54.8%	5	Entre Género p=0.116
	Masculino	57.9%	50.7%	19	
Otras Clínicas	Femenino	4.3%	20.4%	70	Interacción p=0.334
	Masculino	3.4%	18.6%	29	
Total	Femenino	6.2%	24.2%	161	
	Masculino	19.6%	39.9%	102	



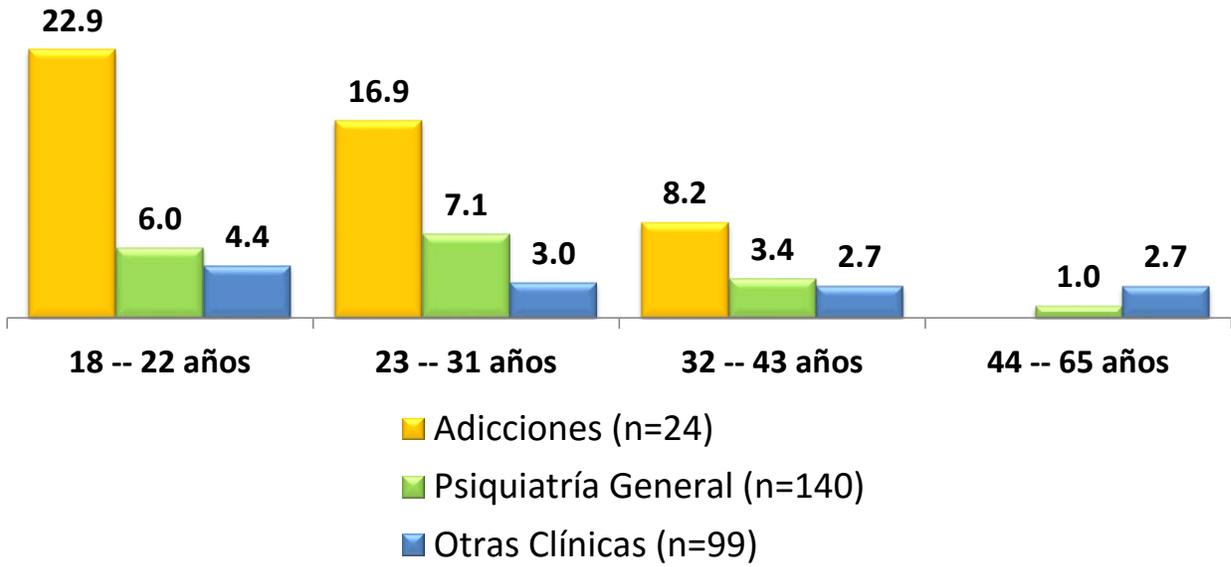
Edad

Se encontraron diferencias entre grupos de edad. El grupo de edad de 18 a 22 años de la Clínica de Adicciones fue el que presentó la media de AUDIT más alta (22.9 ± 9.5), seguido del grupo entre 23 a 31 años de la misma clínica con una media (16.9 ± 7.7), $[F(3,252)=11.34, p<0.001]$. En Psiquiatría General, el grupo de edad con media más alta fue el de 23 a 31 años con una media (7.1 ± 7.7), y en las Otras clínicas el grupo de edad con media más alta fue el de 12 a 22 con años con (4.4 ± 5.9), lo cual podemos observar en la tabla 21, y gráfico 16. La Interacción presentó significancia, esto es; que la media de AUDIT total se comporta en forma diferente entre las clínicas codificadas. Esta interacción está determinada por la media más alta en el grupo entre 18 a 22 años y la ausencia de pacientes en la misma clínica entre los 44 a 65 años.

Tabla 21. Media AUDIT vs Edad

Clínica	Edad [Años]	Media	DStd	N	Significancia
Psiquiatría General	18 -- 22	6.0	7.8	28	Entre Clínicas $p<0.001$ Entre Edad $P<0.001$ Interacción $p=0.001$
	23 -- 31	7.1	7.7	34	
	32 -- 43	3.4	4.8	36	
	44 -- 65	1.0	2.0	42	
Clínica de Adicciones	18 -- 22	22.9	9.5	11	
	23 -- 31	16.9	7.7	7	
	32 -- 43	8.2	8.4	6	
	44 -- 65	0	0	0	
Otras Clínicas	18 -- 22	4.4	5.9	25	
	23 -- 31	3.0	3.6	25	
	32 -- 43	2.7	5.9	23	
	44 -- 65	2.7	5.7	26	
Total	18 -- 22	8.3	10.0	64	
	23 -- 31	6.6	7.6	66	
	32 -- 43	3.6	5.7	65	
	44 -- 65	1.7	3.9	68	

Gráfico 16. Media AUDIT vs Edad



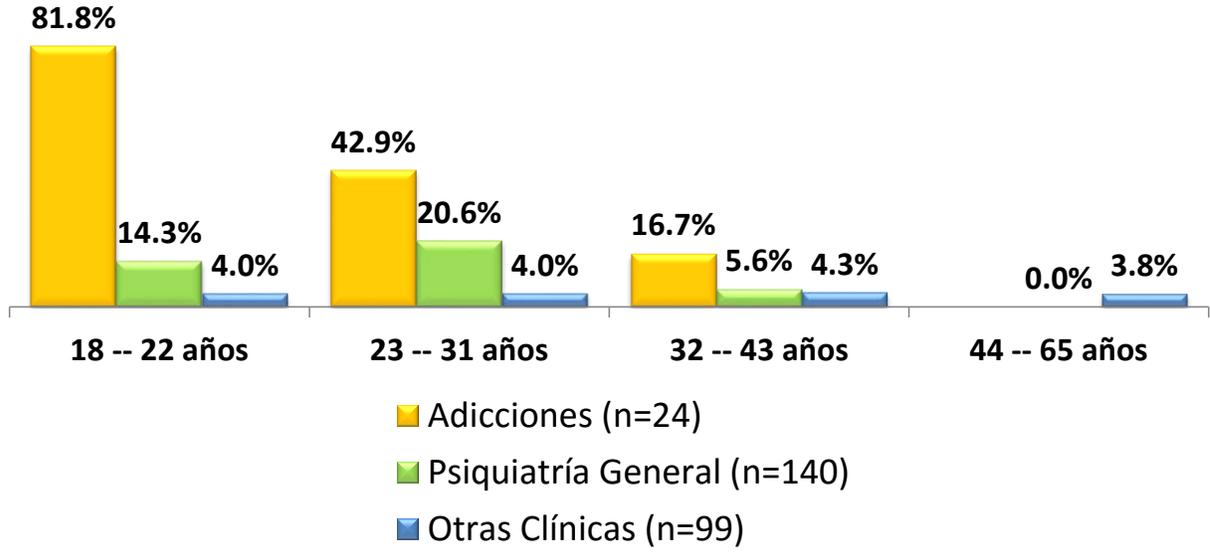
Proporción de Casos en Riesgo por Edad

Se encontraron diferencias entre grupos de edad, el grupo con proporción de riesgo más alta fue de forma general el de 18 a 22 años con una proporción (21.9%). [F(3,252)=6.88, p<0.001] Comparativamente entre clínicas, el grupo de 18 a 22 años de la Clínica de adicciones fue el de la proporción más alta (81.8%), seguido del grupo de 23 a 31 años de la misma clínica (42.9%). En Psiquiatría General, el grupo etario con mayor proporción de casos en riesgo fue el de 23 a 31 años (20.6%), y en el de otras clínicas el grupo etario con mayor proporción de casos en riesgo fue el 32 a 43 años (4.3%), lo que observamos a continuación en la tabla 22 y gráfico 17. La Interacción fue significativa, esto es; que las proporciones de pacientes en riesgo se comportan en forma diferente entre las clínicas codificadas.

Tabla 22. Pacientes en riesgo AUDIT vs Edad

Clínica	Edad [Años]	Media	DStd	N	Significancia
Psiquiatría General	18 -- 22	14.3%	35.6%	28	Entre Clínicas p<0.001 Entre Edad P<0.001 Interacción p=0.001
	23 -- 31	20.6%	41.0%	34	
	32 -- 43	5.6%	23.2%	36	
	44 -- 65	0.0%	0.0%	42	
Clínica de Adicciones	18 -- 22	81.8%	40.5%	11	
	23 -- 31	42.9%	53.5%	7	
	32 -- 43	16.7%	40.8%	6	
	44 -- 65	0.0%	0.0%	0	
Otras Clínicas	18 -- 22	4.0%	20.0%	4.0%	
	23 -- 31	4.0%	20.0%	4.0%	
	32 -- 43	4.3%	20.9%	4.3%	
	44 -- 65	3.8%	19.6%	3.8%	
Total	18 -- 22	21.9%	41.7%	64	
	23 -- 31	16.7%	37.6%	66	
	32 -- 43	6.2%	24.2%	65	
	44 -- 65	1.5%	12.1%	68	

Gráfico 17. Pacientes en Riesgo AUDIT vs Edad



Escolaridad

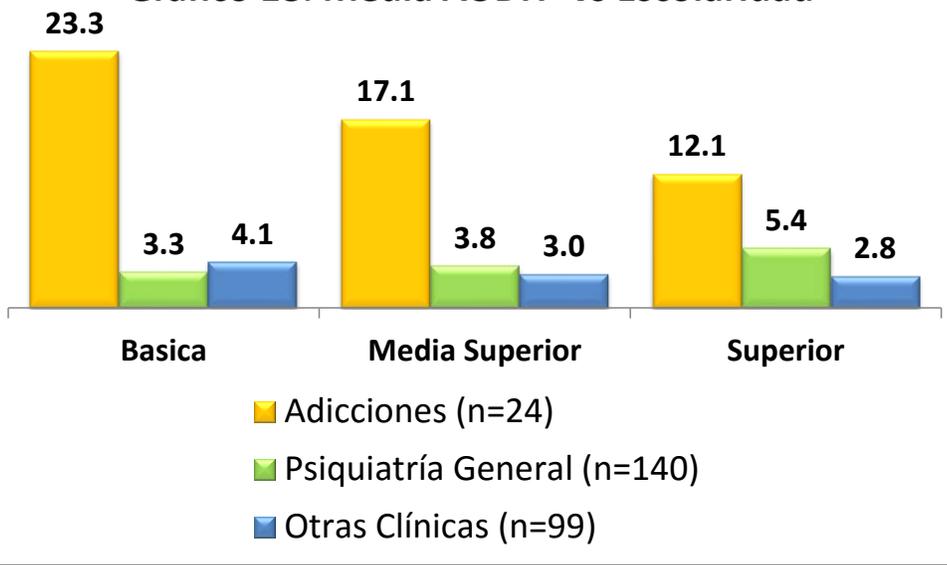
Se encontraron diferencias entre escolaridad. En la muestra total la media de AUDIT más alta estuvo en la escolaridad básica (5.3 ± 8.2), y en cuanto a clínicas se encontró la media más alta (23.3 ± 6.6) en la Clínica de Adicciones en el grupo de escolaridad básica, seguido del grupo media superior de la misma clínica con una media (17.1 ± 11.3), $[F(2,254)=3.4, p<0.034]$.

En Psiquiatría General, el grupo escolar con media más alta fue el de Escolaridad superior con una media (5.4 ± 3.3), y en las Otras clínicas la escolaridad con media más alta fue el de escolaridad básica con (4.1 ± 7.4), lo que podemos observar en tabla 23, y gráfico 18 a continuación. La Interacción presentó significancia; esto es, que la media de AUDIT total se comporta en forma diferente entre las clínicas codificadas. Esta interacción está determinada por la media más alta en el grupo de educación básica en la clínica de adicciones.

Tabla 23. Media AUDIT vs Escolaridad

Clínica	Escolaridad	Media	DStd	N	Significancia
Psiquiatría General	Básica	3.3	5.3	50	Entre Clínicas $p<0.001$ Entre Escolaridad $p=0.034$ Interacción $p=0.008$
	Media Superior	3.8	5.9	45	
	Superior	5.4	7.4	45	
Clínica de Adicciones	Básica	23.3	6.6	7	
	Media Superior	17.1	11.3	10	
	Superior	12.1	10.1	7	
Otras Clínicas	Básica	4.1	7.4	21	
	Media Superior	3.0	5.2	46	
	Superior	2.8	3.7	32	
Total	Básica	5.3	8.2	78	
	Media Superior	4.8	7.5	101	
	Superior	5.0	6.9	84	

Gráfico 18. Media AUDIT vs Escolaridad



Proporción de Casos en Riesgo por Escolaridad

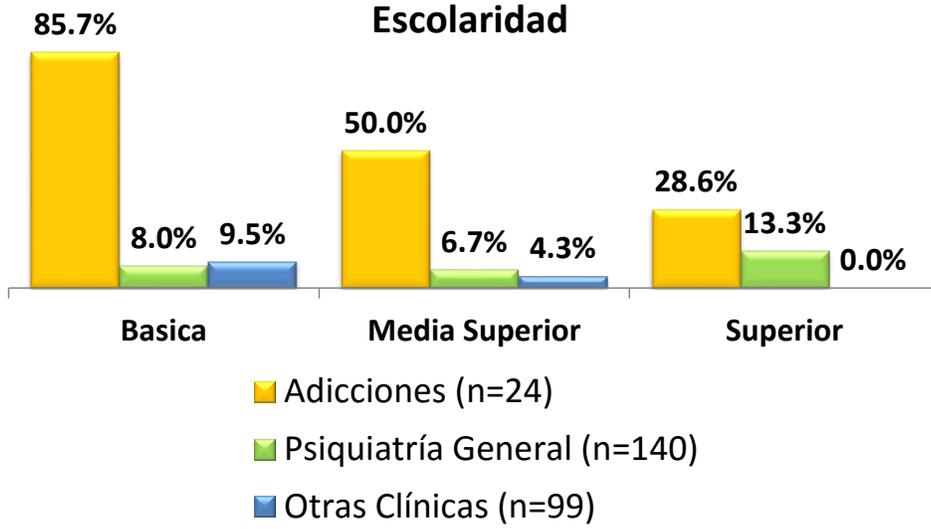
Se encontraron diferencias entre grupos de escolaridad, el grupo con proporción de riesgo más alta fue de forma general el de escolaridad básica con una proporción de (15.4%) y comparativamente entre las clínicas, grupo con media de AUDIT más alta fue el de Clínica de adicciones escolaridad básica con una proporción de 85.7% casos en riesgo, seguido del grupo de escolaridad media superior de la misma clínica (50.0%), [F(2,254)=6.1, p<0.003].

En el grupo de Psiquiatría General en específico, el grupo escolar con mayor proporción de pacientes en riesgo fue el de escolaridad superior (13.3%), lo que difiere de lo ya ejemplificado en la clínica de adicciones y en otras clínicas, en donde la proporción mayor de pacientes en riesgo está en la educación básica (9.5%), esto está representado en la tabla 24 y gráfico 19. La Interacción presentó significancia, esto es; que las proporciones de pacientes en riesgo se comportan en forma diferente entre las clínicas codificadas.

Tabla 24. Pacientes en riesgo AUDIT vs Escolaridad

Clínica	Escolaridad	Media	DStd	N	Significancia
Psiquiatría General	Básica	8.0%	27.4%	50	Entre Clínicas p<0.001
	Media Superior	6.7%	25.2%	45	
	Superior	13.3%	34.4%	45	
Clínica de Adicciones	Básica	85.7%	37.8%	7	Entre Escolaridad p=0.003
	Media Superior	50.0%	52.7%	10	
	Superior	28.6%	48.8%	7	
Otras Clínicas	Básica	9.5%	30.1%	21	Interacción p=0.004
	Media Superior	4.3%	20.6%	46	
	Superior	0.0%	0.0%	32	
Total	Básica	15.4%	36.3%	78	
	Media Superior	9.9%	30.0%	101	
	Superior	9.5%	29.5%	84	

Gráfico 19. Pacientes en Riesgo AUDIT vs Escolaridad



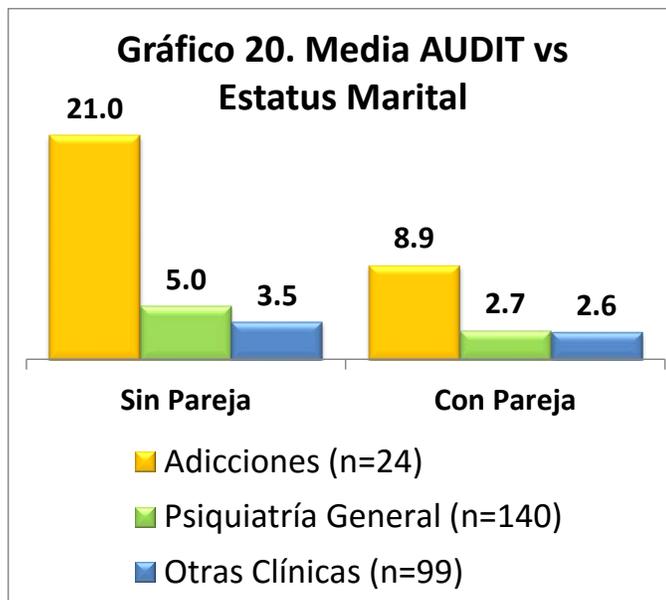
Estatus marital

Se encontraron diferencias entre estatus marital. En la muestra total la media de AUDIT más alta (5.9 ± 8.1), se presentó en participantes sin pareja. Comparativamente entre clínicas la media de AUDIT más alta (21.0 ± 9.1) se encontró en la Clínica de Adicciones en el grupo de participantes sin pareja, y la segunda media en los sujetos con pareja de la clínica de adicciones (8.9 ± 8.2), [$F(1,257)=22.2$, $p<0.001$].

En Psiquiatría General, los participantes sin pareja tuvieron una media más (5.0 ± 6.7), lo cual sucede también en las Otras clínicas en donde los sujetos sin pareja también tuvieron media de AUDIT más alta que aquellos que si tenían (3.5 ± 2.6), lo cual se representa en la tabla 25 y gráfico 20. La Interacción presentó significancia, esto es; que la media de AUDIT total se comporta en forma diferente entre las clínicas codificadas. Esta interacción está dada por la media más alta en los pacientes sin pareja en la Clínica de adicciones.

Tabla 25. Media AUDIT vs Estatus marital

Clínica	Género	Media	DStd	N	Significancia
Psiquiatría General	Sin pareja	5.0	6.7	86	Entre Clínicas $p<0.001$
	Con pareja	2.7	5.2	54	
Clínica de Adicciones	Sin pareja	21.0	9.1	17	Entre Estatus marital $p<0.001$
	Con pareja	8.9	8.2	7	
Otras Clínicas	Sin pareja	3.5	5.2	70	Interacción $p=0.001$
	Con pareja	2.6	5.5	29	
Total	Sin pareja	5.9	8.1	173	
	Con pareja	3.1	5.7	90	



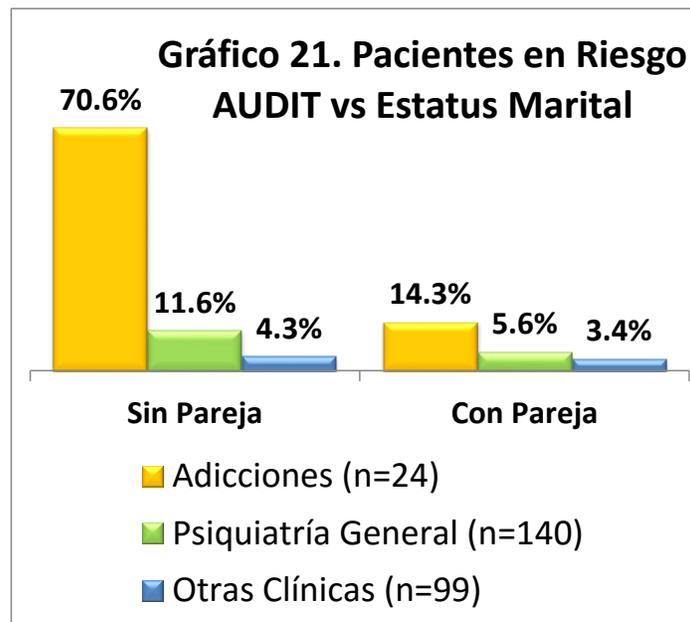
Proporción de Casos en Riesgo por estatus marital

Se encontraron diferencias entre grupos de escolaridad, el grupo con proporción de riesgo más alta de forma general, fue el grupo de participantes sin pareja (14.5%). Comparativamente entre clínicas, la mayor proporción de casos en riesgo se observó en la Clínica de adicciones, en los sujetos sin pareja (70.6%), seguido del grupo con pareja de la misma clínica (14.3%), [F(1,257)=18.39, p<0.001].

Tanto en el grupo de Psiquiatría General como en el grupo de otras clínicas las proporciones más altas se encontraron en los participantes sin pareja con 11.6% y 4.3% respectivamente, lo cual observamos en la tabla 26 y gráfico 21 a continuación. La Interacción presentó significancia, lo cual significa que las proporciones de pacientes en riesgo se comportan en forma diferente entre las clínicas codificadas.

Tabla 26. Pacientes en riesgo AUDIT vs Estatus marital

Clínica	Género	Media	DStd	N	Significancia
Psiquiatría General	Sin pareja	11.6%	32.2%	86	Entre Clínicas p<0.001
	Con pareja	5.6%	23.1%	54	
Clínica de Adicciones	Sin pareja	70.6%	47.0%	17	Entre Estatus marital P<0.001
	Con pareja	14.3%	37.8%	7	
Otras Clínicas	Sin pareja	4.3%	20.4%	70	Interacción p=0.001
	Con pareja	3.4%	18.6%	29	
Total	Sin pareja	14.5%	35.3%	173	
	Con pareja	5.6%	23.0%	90	



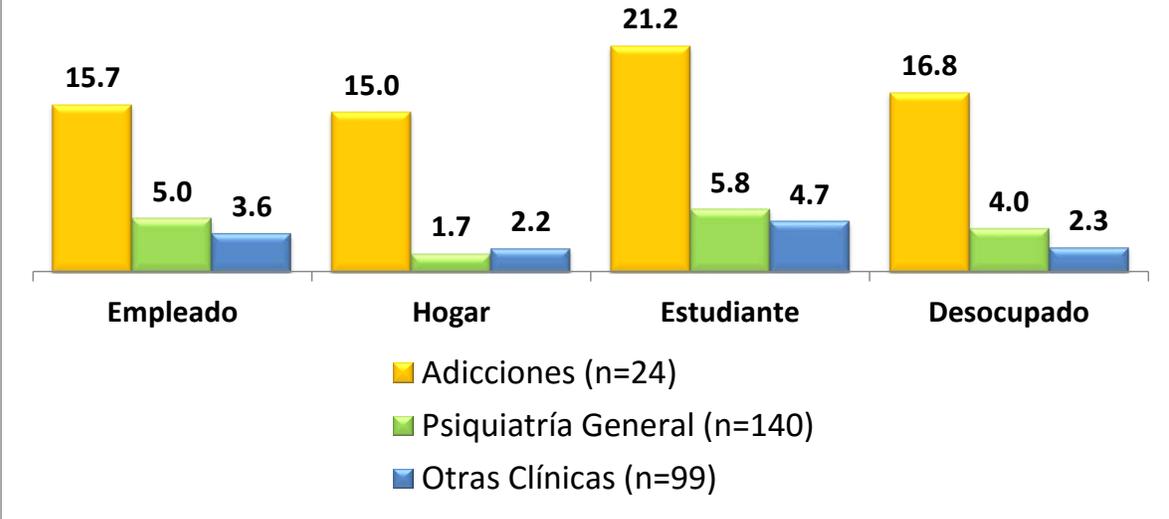
Ocupación

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ocupación, sin embargo la media de AUDIT más alta se observó en el grupo de estudiantes (7.0 ± 8.6) a diferencia de lo observado en el grupo de hogar (2.3 ± 4.8); [$F(3,251)=2.2$, $p=0.089$]. Entre clínicas la media más alta se encontró en los estudiantes en la clínica de adicciones (21.2 ± 7.9), y el grupo con media más baja es el de hogar en psiquiatría general (1.7 ± 4.2), lo observamos en tabla 27 y gráfico 22. La Interacción no presentó significancia, lo que representa que la media de AUDIT total se comporta en forma similar entre las clínicas codificadas.

Tabla 27. Media AUDIT vs Ocupación

Clínica	Ocupación	Media	DStd	N	Significancia
Psiquiatría General	Empleado	5.0	6.1	55	Entre Clínicas $p < 0.001$ Entre Ocupación $P = 0.089$ Interacción $p = 0.859$
	Hogar	1.7	4.2	38	
	Estudiante	5.8	7.9	26	
	Desocupado	4.0	6.4	21	
Clínica de Adicciones	Empleado	15.7	9.3	6	
	Hogar	15.0	21.2	2	
	Estudiante	21.2	7.9	6	
	Desocupado	16.8	11.3	10	
Otras Clínicas	Empleado	3.6	7.2	30	
	Hogar	2.2	2.5	31	
	Estudiante	4.7	6.0	23	
	Desocupado	2.3	3.5	15	
Total	Empleado	5.2	7.2	91	
	Hogar	2.3	4.8	71	
	Estudiante	7.0	8.6	55	
	Desocupado	6.2	8.9	46	

Gráfico 22. Media AUDIT vs Ocupación



Proporción de Casos en Riesgo por Ocupación

No se encontraron diferencias entre ocupación, sin embargo la ocupación estudiante mostró mayor proporción (16.4%) que las otras categorías, siendo la ocupación hogar la de menor proporción de casos en riesgo (4.2%). [F(3,251)=0.78, p=0.505]

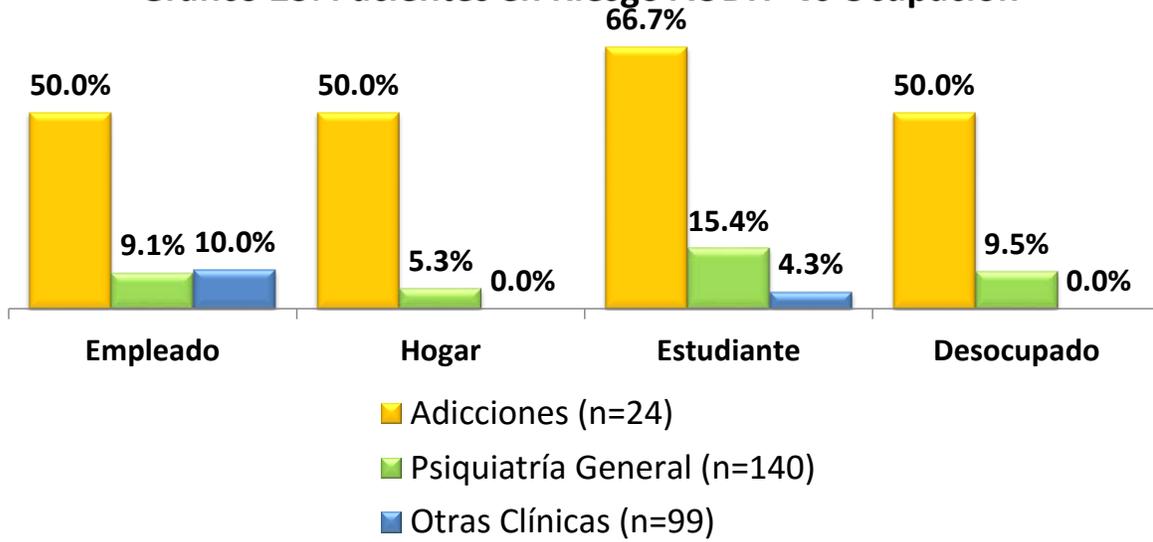
La mayor proporción de casos en riesgo se encontró en la clínica de adicciones en el grupo de estudiantes (66.7%). En psiquiatría general la mayor proporción de casos en riesgo se encontró también en los estudiantes (15.4%), lo cual difiere de lo encontrado en otras clínicas en donde el grupo con mayor proporción fueron los empleados (10.0%), como observamos en la tabla 28 y gráfica 23.

La Interacción no presentó significancia, lo que representa que las proporciones de pacientes en riesgo se comportan en forma similar entre las clínicas codificadas.

Tabla 28. Pacientes en riesgo AUDIT vs Ocupación

Clínica	Ocupación	Media	DStd	N	Significancia
Psiquiatría General	Empleado	9.1%	29.0%	55	Entre Clínicas p<0.001 Entre Ocupación P=0.505 Interacción p=0.880
	Hogar	5.3%	22.6%	38	
	Estudiante	15.4%	36.8%	26	
	Desocupado	9.5%	30.1%	21	
Clínica de Adicciones	Empleado	50.0%	54.8%	6	
	Hogar	50.0%	70.7%	2	
	Estudiante	66.7%	51.6%	6	
	Desocupado	50.0%	52.7%	10	
Otras Clínicas	Empleado	10.0%	30.5%	30	
	Hogar	0.0%	0.0%	31	
	Estudiante	4.3%	20.9%	23	
	Desocupado	0.0%	0.0%	15	
Total	Empleado	12.1%	32.8%	91	
	Hogar	4.2%	20.3%	71	
	Estudiante	16.4%	37.3%	55	
	Desocupado	15.2%	36.3%	46	

Gráfico 23. Pacientes en Riesgo AUDIT vs Ocupación



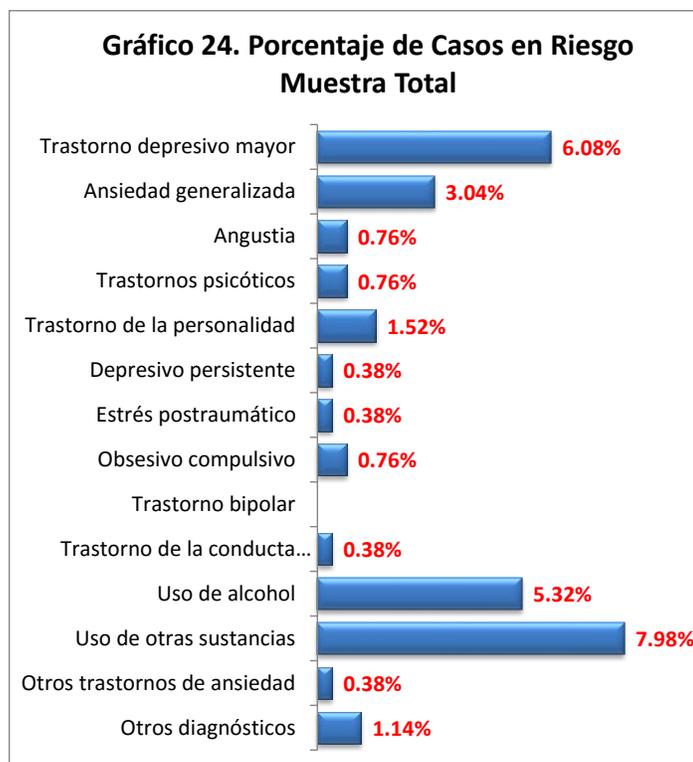
DIAGNÓSTICOS

Se observó que un mismo paciente presentó varios diagnósticos, en total se registraron 574 diagnósticos, lo que representa 2.18 diagnósticos por paciente. A continuación se presentan el porcentaje de pacientes que representan casos de riesgo para la muestra total. Se encontraron diferencias entre diagnósticos [$F(13, 560)=12.4, p<0.001$].

Como se visualiza en la Tabla 29 y gráfico 24 a continuación, el diagnóstico con mayor número total de aparición fue el Trastorno depresivo mayor con 173, lo cual corrobora que los trastornos depresivos suelen ser los más prevalentes en la población clínica; de este número de paciente el 6.1% representan casos en riesgo de consumo de alcohol. A pesar que los trastornos depresivos fueron los que aparecieron con mayor frecuencia se observa que el porcentaje de casos en riesgo de consumo de etanol se observa asociado al diagnóstico de Uso de otras sustancias con un 8.0% de casos en riesgo, a pesar que el número total de veces que dicho diagnóstico apareció fue 49. Por otro lado en la muestra de estudio el diagnóstico con menor porcentaje de casos en riesgo de consumo de alcohol fue el Trastorno bipolar con 0%.

Tabla 29. Porcentaje de casos en riesgo por diagnóstico muestra general

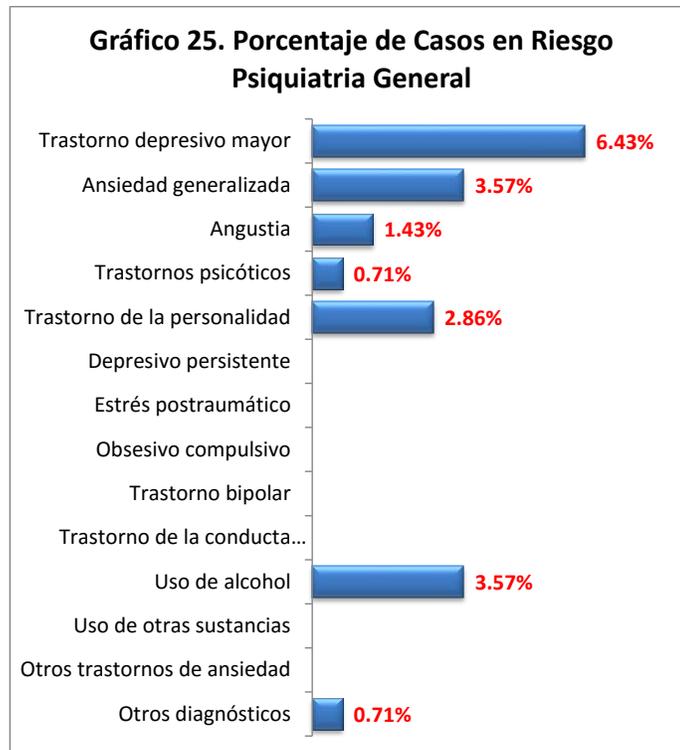
Diagnóstico	N	%
Trastorno depresivo mayor	173	6.1%
Ansiedad generalizada	88	3.0%
Angustia	35	0.8%
Trastornos psicóticos	27	0.8%
Trastorno de la personalidad	59	1.5%
Depresivo persistente	16	0.4%
Estrés postraumático	15	0.4%
Obsesivo compulsivo	25	0.8%
Trastorno bipolar	16	0.0%
Trastorno de la conducta alimentaria	19	0.4%
Uso de alcohol	16	5.3%
Uso de otras sustancias	49	8.0%
Otros trastornos de ansiedad	14	0.4%
Otros diagnósticos	22	1.1%



En cuanto a la población de Psiquiatría General, el diagnóstico que mayor número de veces aparece es trastorno depresivo mayor (109), y de este número 6.4% son casos en riesgo de consumo de alcohol, el diagnóstico que sigue es el trastorno de ansiedad generalizada, con 70 apariciones, y así también es el siguiente asociado a casos en riesgo de consumo de alcohol con 3.6%, ver tabla 30 y gráfico 25.

Tabla 30. Porcentaje de Casos en Riesgo según diagnóstico en Psiquiatría General

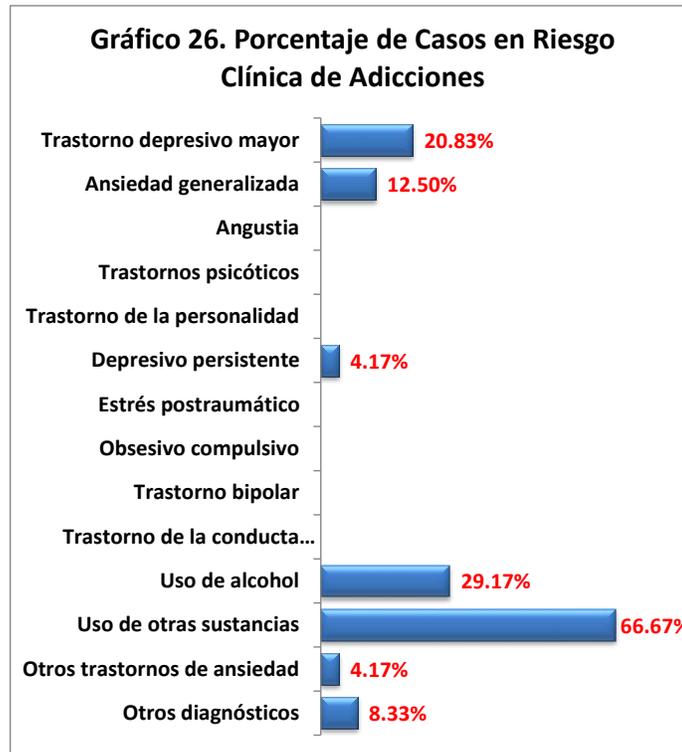
Diagnóstico	N	%
Trastorno depresivo mayor	109	6.4%
Ansiedad generalizada	70	3.6%
Angustia	31	1.4%
Trastornos psicóticos	10	0.7%
Trastorno de la personalidad	35	2.9%
Depresivo persistente	7	
Estrés postraumático	3	
Obsesivo compulsivo	5	
Trastorno bipolar	1	
Trastorno de la conducta alimentaria	3	
Uso de alcohol	6	3.6%
Uso de otras sustancias	14	
Otros trastornos de ansiedad	11	
Otros diagnósticos	11	0.7%



En el grupo de la Clínica de adicciones, el diagnóstico que mayor número de veces aparece es el Uso de sustancias (diferentes al etanol), y es este diagnóstico en el que encontramos el mayor porcentaje de casos en riesgo de consumo de alcohol con un 66.7%, luego de éste; está el diagnóstico de uso de alcohol, los cuales son 8 casos de los captados en Adicciones y de estos 8 casos el 29.2% fueron casos en riesgo por consumo de alcohol, seguido de estos diagnósticos observados a el Trastorno depresivo mayor con un número de casos de 9, y un porcentaje de casos en riesgo de 20.8%, lo cual podemos observar en la tabla 31 y gráfico 26.

Tabla 31. Porcentaje de Casos en Riesgo según diagnóstico en Adicciones

Diagnóstico	N	%
Trastorno depresivo mayor	9	20.8%
Ansiedad generalizada	4	12.5%
Angustia		
Trastornos psicóticos	1	
Trastorno de la personalidad		
Depresivo persistente	2	4.2%
Estrés postraumático		
Obsesivo compulsivo		
Trastorno bipolar		
Trastorno de la conducta alimentaria		
Uso de alcohol	8	29.2%
Uso de otras sustancias	32	66.7%
Otros trastornos de ansiedad	1	4.2%
Otros diagnósticos	3	8.3%



Como observamos en la tabla 32 y gráfico 27, en el grupo de Otras clínicas, el diagnóstico con mayor número de apariciones fue el Trastorno depresivo mayor (55), y de estos el 2.0% representaron casos en riesgo. Existen otros diagnósticos como TOC, uso de alcohol que también tienen un 2.0% de casos en riesgo. Esta distribución de casos en riesgo no se observó en ningún otro grupo del estudio.

Tabla 32. Porcentaje de Casos en Riesgo según diagnóstico en Otras clínicas

Diagnóstico	N	%
Trastorno depresivo mayor	55	2.0%
Ansiedad generalizada	14	
Angustia	4	
Trastornos psicóticos	16	1.0%
Trastorno de la personalidad	24	
Depresivo persistente	7	
Estrés postraumático	12	1.0%
Obsesivo compulsivo	20	2.0%
Trastorno bipolar	15	
Trastorno de la conducta alimentaria	16	1.0%
Uso de alcohol	2	2.0%
Uso de otras sustancias	3	1.0%
Otros trastornos de ansiedad	2	
Otros diagnósticos	8	



DISCUSIÓN

El problema del consumo de sustancias adictivas en la población psiquiátrica va de 25% a 80%, siendo el alcohol una de las sustancias de mayor abuso en estos pacientes²⁵, sin embargo estos datos son muy variables, ya que depende de otros factores presentes en cada paciente. Se estima que más de la tercera parte de personas diagnosticadas con una enfermedad mental, abusa o es dependiente de sustancias psicoactivas en general, y en específico de etanol⁴³. Entre los pacientes que tienen diagnóstico de dependencia de alcohol alrededor de 37% sufren otras enfermedades mentales⁴³. El trastorno por consumo de etanol se encuentra frecuentemente co-morbido con otros trastornos psiquiátricos, y se ha postulado que el trastorno por uso de etanol es tanto un factor etiológico para otros trastornos mentales, como una consecuencia de la enfermedad mental⁴⁷. Algunos investigadores han postulado que los trastornos del consumo de alcohol constituyen una enfermedad mental determinada como es la esquizofrenia se asocian a una morbilidad aumentada, mal apego a tratamiento y agresividad. El estrés juega un rol importante en el desarrollo de trastorno co- mórbido por uso de alcohol. Asimismo, el trastorno por consumo de etanol empeora el pronóstico de pacientes psiquiátricos con respecto a la severidad de la enfermedad, situación social y dificultades socioeconómicas^{12,47}. Así también el riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico en individuos con trastorno por uso de etanol es mayor que en aquellos individuos que tienen un diagnóstico psiquiátrico ya hecho; en específico este riesgo es mayor para trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, y uso de otras sustancias⁴⁷.

En la presente investigación se reclutaron 263 pacientes de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, de los cuales la mayor proporción (61.2%) fueron mujeres y el 38.8% fueron hombres, lo cual está determinado por la mayor proporción general del género femenino en la demanda de atención de salud en nuestra institución, y lo cual sucede en otras poblaciones y está determinado por características culturales, sociales, biológicas de este género ⁴⁵. De los 263 pacientes 53.23% (140 pacientes) fueron de la consulta externa general y el 46.77% restante de la Consulta de especialidades distribuidos así 24 de la clínica de adicciones y 99 entre las otras clínicas de especialidad. Una limitante en cuánto a esta distribución pudiera darse en que en algunas clínicas por la baja afluencia de pacientes se captó menor número, como por ejemplo lo sucedido en la clínica de sueño, en donde se captaron tres pacientes únicamente. En cuanto a la edad de la muestra hubieron diferencias entre clínicas, pero no se encontraron diferencias para edad entre género. Tampoco hubo diferencias en cuanto a años de escolaridad entre género ni en la interacción. En cuanto a estatus marital existieron diferencias en la muestra siendo la mayor parte de los sujetos sin pareja. Algunas de las características de la

muestra del presente estudio pudieran ser comparadas con otras muestras de estudios como la de la Encuesta Nacional de Adicciones en la que por ejemplo la mayoría de los sujetos eran solteros²⁰.

En la presente investigación, la proporción de pacientes con consumo de riesgo de alcohol es del 11.4%, esto tomando en cuenta los 263 pacientes y utilizando como punto de corte de la escala AUDIT 16 puntos, ya que al ser una institución de tercer nivel y tomando en cuenta la recomendación de la OMS en su manual para el AUDIT el punto de corte para hacer una intervención que vaya más allá del consejo breve es de 16 puntos¹⁵. Sin embargo debido a que en este mismo manual, y en otros estudios se hace alusión que el punto de corte para considerar a un paciente en riesgo de consumo de alcohol es 8, calculamos la proporción de los pacientes en riesgo con un punto de corte de 8, con lo cual la proporción de pacientes en riesgo sube a 22.4%, que sería el doble de la cifra inicialmente planteada; esto considerando que 29 pacientes tuvieron puntaje total de AUDIT entre 8 a 15, y 30 pacientes puntaje de 16 o más, lo cual nos da un total de 59 pacientes con puntuaciones de AUDIT sobre 8 y por lo tanto con consumo de riesgo de etanol.

Al representar la proporción de sujetos en riesgo del presente estudio con un puntaje mayor de 16 en la escala de AUDIT, hablamos de un trastorno por consumo de etanol de mayor gravedad, lo cual nos habla de mayor puntaje en los tres dominios del AUDIT (consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial), lo cual puede ser comparado con datos de trastornos por dependencia de etanol, los cuales tenemos disponibles en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en su versión 2011, en la cual se observó que 6% de la población mexicana (población general mexicana) desarrolló dependencia, con menos distancia entre hombres y mujeres (7 hombres por cada mujer), siendo la proporción de mujeres adultas con dependencia (1.7%)²⁰. Otros datos representativos e interesantes de la ENA 2011 en los datos en la población adulta entre 18 a 65 años, que en el presente estudio no fueron estudiados, fueron: la prevalencia de consumo alguna vez en la vida fue de 77.1%, la prevalencia en los últimos doce meses fue de 55.7% y la prevalencia del último mes ya que fue 35.0%²⁰.

Consumo de etanol según clínica de atención

Existieron resultados estadísticamente significativos, en cuanto a clínica de atención, lo cual mantuvo significancia tanto con descripción extensa de clínicas (9 grupos) o con las tres clínicas codificadas, destacando la Clínica de Adicciones con un puntaje total de AUDIT con medias mayores, así como en proporción de pacientes de riesgo. Esta última cifra de proporción de pacientes en riesgo por AUDIT arroja resultados interesantes, ya que si bien el número más alto está determinado por la Clínica de adicciones (proporción de pacientes 54.2%), en los

otros lugares de atención el porcentaje es también representativo: Psiquiatría General 9.3%, y otras Clínicas 4.0%.

Parte de esta información podría estar explicado mediante la información que se dispone por la Encuesta Nacional de adicciones 2011²⁰, ya que entre las principales sustancias que motivaron la demanda de tratamiento especializado estuvieron en primer lugar el alcohol (19.9%), seguido de cocaína (12.5%) y marihuana (15.6%)²⁰, por lo que es posible que al ser una institución de tercer nivel de atención las cifras obtenidas en proporción de pacientes en riesgo son esperables.

Por otro lado el consumo de etanol plantea un espectro amplio de síntomas y dominios en diferentes ámbitos de la vida^{44, 48}, esto se encuentra ejemplificado en el presente estudio al esquematizar la puntuación de AUDIT según tres dominios: 1) Consumo de riesgo, 2) Síntomas de dependencia y 3) Consumo perjudicial. En cuanto a dominios la Clínica de Adicciones predomina, mientras que sucede un fenómeno interesante que es la aparición de otras clínicas de especialidad; en todas aparece luego de Adicciones la clínica de Alimentación, y según dominios, varía entre las clínicas de TOC, Esquizofrenia. Esta aparición de mayor proporción de pacientes en riesgo en las clínicas de Alimentación y TOC, pudieran verse explicados debido a que estos trastornos junto con los trastornos por uso de sustancias han sido considerados dentro de un mismo continuum de síntomas que varían según algunas características fisiopatológicas entre síntomas obsesivos y la compulsividad⁵², la cual representa una característica común entre los trastornos obsesivos compulsivos y los trastornos adictivos. Hollander explica cómo esta característica fisiopatológica determina que estos trastornos sean deshabilitantes, sean condiciones crónicas, con inicio temprano y altos rangos de comorbilidad. En el caso específico de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tanto anorexia como bulimia nervosa, se ha visto que los pacientes afectados por estos trastornos psiquiátricos suelen tener un inicio más temprano de consumo de etanol, medidas más altas de dependencia, mayores problemas relacionados con el consumo e intoxicación; así también se ha estudiado como los trastornos por uso de etanol aumentan cuando hay remisión de los trastornos de la conducta alimentaria⁵¹.

También, se ha estudiado la prevalencia de trastornos por uso de drogas, y con especial énfasis en el uso de etanol en algunos trastornos psiquiátricos, encontrando prevalencias en Esquizofrenia de 4.6%, Trastorno bipolar 8.1%, y trastornos depresivos 4.4%³⁸.

Cabe mencionar que entre las clínicas con menor promedio de AUDIT así como menor proporción de pacientes en riesgo, estuvieron la Clínica de sueño y la clínica de Trastornos afectivos, con proporciones del 0.0% de pacientes en riesgo, sin embargo no se descarta que dichos resultados estén determinados por el número limitado de pacientes que fueron captados en dichas clínicas, pese a que

hay evidencia de la asociación entre el consumo de etanol y los trastornos afectivos de tipo bipolar ^{38,49,50}.

Variables sociodemográficas

Se realizó interacción de las variables que medían el consumo de etanol con algunas variables sociodemográficas.

En cuanto a género se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo las personas del género masculino los que mostraron mayor media en cuanto a la puntuación total de AUDIT, así como mayor proporción de casos en riesgo, comparativamente con las personas del género femenino. Sucedió además que tanto medias como proporciones de consumo de etanol medidas por AUDIT fueron más altas en el grupo de Adicciones, dando una interacción entre clínicas estadísticamente significativa.

Estos resultados pueden ser esperables, ya que en nuestro medio mediante la Encuesta nacional de Adicciones²⁰, así como estadística mundial hay mayor consumo de riesgo de alcohol en hombres que en mujeres. Empero, hay que tomar en cuenta que el consumo de etanol en las mujeres ha tenido un crecimiento marcado en estos últimos años. Así también, como se menciona en la Encuesta nacional de Adicciones²⁰, la mayor demanda de tratamiento fue por parte de los hombres (77.2%), por lo que estos resultados son acordes a lo ya antes planteado en otras investigaciones.

En el mismo documento de la Encuesta Nacional de Adicciones²⁰, en cuanto a grupos etarios, la mayor parte de la población de este estudio, fueron jóvenes de 15 a 19 años de edad (31.9%) seguidos por los de 35 años o más (20.9%). Comparativamente con los resultados de la presente investigación, tanto la media de AUDIT, como la proporción de pacientes en riesgo fue más alta en el grupo de jóvenes entre 18 a 22 años; esto cambia levemente cuando se trata de clínicas, ya que en psiquiatría general la proporción mayor de pacientes en riesgo estuvo en el grupo de 23 a 31 años.

De los mismos datos de la Encuesta Nacional de Adicciones, en el tema de escolaridad, el mayor consumo se encontró en los participantes de nivel secundaria (45%), lo que se contrapone a lo obtenido en la presente investigación en donde hubo mayor consumo de etanol y proporción de pacientes en riesgo en forma general en la educación básica que representa seis años de estudios, hubieron diferencias sutiles por clínica como por ejemplo en cuanto a psiquiatría general la mayor proporción de pacientes en riesgo tuvieron una educación superior.

En la presente investigación en cuanto a la media del AUDIT total así como a la proporción de pacientes en riesgo relacionándolo con el estatus marital, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con mayor número de participantes sin pareja que tuvieron medias de AUDIT más altas, así como

también representaban casos en riesgo. Es importante mencionar que estos resultados no variaron según lugar de atención y en las tres clínicas codificadas se mantuvo dicho patrón; estos resultados son comparables a lo que se menciona en la Encuesta nacional de Adicciones, en donde la mayor parte de los participantes eran solteros (62.2%)²⁰.

La ocupación representa un dato interesante al ser relacionada en los trastornos por consumo de etanol, ya que este ámbito de la vida puede verse afectado por la disfunción y malestar que genera el consumo de etanol. En los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones el 28.7% eran estudiantes y el 25% tenían un trabajo estable, resultados equiparables a los obtenidos en esta investigación, ya que la media de AUDIT total fue mayor en el grupo de estudiantes, sin que se modifique por clínica de estudio. Por otro lado la proporción de los participantes en riesgo, fue mayor en el grupo de estudiantes, seguido del grupo de participantes que estaban empleados.

Diagnóstico

Un resultado esperable era la relación del consumo de alcohol con los trastornos de ansiedad ya que en la Encuesta de epidemiología psiquiátrica³⁷, éstos, son diagnósticos más prevalentes en la población mexicana, con una prevalencia de hasta 14.3% alguna vez en la vida. En la misma encuesta epidemiológica se explica que luego de los trastornos de ansiedad y según frecuencia los trastornos por uso de sustancias representan (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%), son los siguientes trastornos más prevalentes en la población, por lo que los resultados obtenidos por diagnóstico corroboran datos de epidemiología nacional. En relación a los diagnósticos psiquiátricos antes comentados, y mencionando otros autores han realizado una correlación entre los pacientes alcohólicos con trastornos de ansiedad y depresión, los cuales pueden ser trastornos inducidos o agravados por el propio consumo de alcohol y que tienden a mejorar en pocas semanas.³⁶

En específico dentro de los diagnósticos de trastornos por ansiedad, el trastorno por Estrés Postraumático ha sido relacionado también con cifras altas de trastornos por uso de etanol, lo cual origina una mayor gravedad en los pacientes y complica el adecuado proceso de tratamiento³⁴, sin embargo y cómo podemos observar en los resultados, en la presente investigación éste diagnóstico no tuvo una proporción de casos en riesgo alta (0.38%) lo cual es contrastante con la información antes referida.

En estudios recientes realizados en población Latinoamericana, se corroboró como los pacientes con trastornos por uso de etanol tuvieron mayor riesgo de cumplir con criterios de algunos trastornos psiquiátricos, en específico Trastorno depresivo mayor, Trastorno por estrés postraumático, trastorno por uso de nicotina,

y trastorno oposicionista desafiante⁴⁶. Otros autores han presentado datos de hasta un 50.3% de la población clínica con trastorno por uso de etanol tuvo un trastorno psiquiátrico a lo largo de la vida, de los cuales los trastornos de personalidad fueron los más prevalentes con una proporción de hasta 24%, seguido de los trastornos del estado de ánimo con 16.8% y abuso de otras sustancias con 16.6%⁴⁷. Lo cual nos lleva a pensar en los datos encontrados en el presente estudio entre los cuales por ejemplo se encontró un porcentaje de casos en riesgo de consumo de etanol mayor entre los pacientes que tuvieron consumo de otras sustancias (7.98%), así como también un porcentaje considerable de casos en riesgo en los pacientes que tuvieron como diagnóstico trastorno depresivo mayor (6.08%).

Por otro lado diferentes estudios, ya sea en población clínica o en población general, han puesto de relevancia la elevada comorbilidad de los trastornos de personalidad entre los consumidores de drogas^{35, 36}. Así también el estudio epidemiológico ECA (Epidemiologic Catchment Area, Register et al., 1990), utilizando criterios DSM-III establecía que el trastorno de la personalidad antisocial estaba presente en el 15-25% de los sujetos con abuso o dependencia de alcohol, mientras que en individuos con dicho trastorno de personalidad, el 50-70% presentaban un diagnóstico adicional de abuso o dependencia de alcohol (ECA, 1990). Los estudios clínicos llevados a cabo en dependientes del alcohol también han mostrado elevadas tasas de comorbilidad, estimándose que el 18% presentan un diagnóstico adicional de Trastorno Antisocial de la Personalidad y el 21% de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), en cuanto a los trastornos de personalidad que en el presente estudio fueron englobados en una sola categoría, y los resultados pueden estar modificados por el hecho de que la muestra en la clínica de TLP fue tomada en pacientes que llevaban tratamiento psicoterapéutico (Terapia de Aceptación y compromiso), lo cual puede influir para mejorar psicopatología y probablemente el consumo de etanol.

Esta información en ciertos casos es equiparable a los resultados obtenidos en el presente estudio, en donde se relacionó el porcentaje de participantes en riesgo relacionándolas con 14 categorías diagnósticas que a su vez englobaban otros diagnósticos. En términos generales el mayor porcentaje de casos en riesgo de consumo de etanol se encontró relacionada con el diagnóstico de uso de otras sustancias (7.98%), el siguiente porcentaje de caso en riesgo estuvo en la categoría diagnóstica de Trastorno depresivo mayor, con porcentajes menores en los grupos diagnósticos de Ansiedad Generalizada o Trastorno de Angustia. Destaca además el porcentaje de caso en riesgo relacionado con los trastornos de personalidad (1.52%).

CONCLUSIONES

El consumo de etanol constituye un problema prevalente en la población psiquiátrica de Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Con la herramienta AUDIT podemos asegurar que tenemos un instrumento adecuado para tamizaje de los trastornos por consumo de alcohol, así como un escrutinio entre los dominios clínicos predominantes en cada paciente en ámbitos como consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial.

El puntaje total de AUDIT, así como la proporción de pacientes en riesgo varió según el grupo de atención en el que fue aplicada. Dichos puntajes tuvieron predominio en los pacientes que ya estaban canalizados a la Clínica de adicciones, pero con presentación también en Psiquiatría general y otras clínicas de atención.

Este estudio plantea la interrogante sobre si los pacientes con consumo de etanol moderado o grave se encuentran adecuadamente canalizados a un servicio especializado (Clínica de adicciones) en donde recibirán tratamiento caracterizado por consejo simple, terapia breve, y monitoreo continuo del consumo de etanol; así como también si los servicios de psiquiatría general y el personal médico que se encuentra en éstos, están adecuadamente preparados y capacitados para manejo de pacientes con consumo de etanol de menor riesgo. Hay diagnósticos psiquiátricos asociados más frecuentemente a trastornos por consumo de etanol, sin que se puede descartar que en algunos casos los resultados obtenidos fueron por el número pequeño de pacientes en cada clínica de atención o sí la intervención terapéutica a la que algunos grupos fueron sometidos (como es el caso de las pacientes con Trastorno Límite de Personalidad) influyó a que los resultados no fueran los esperados.

Se necesitan estudios posteriores para identificar con certeza como el consumo de etanol interviene y modifica en el curso clínico de los trastornos psiquiátricos, así como también se pudieran hacer estudios posteriores en el que se amplíe la muestra clínica en cada grupo de estudio, y también estudios en los que se excluya factores como el haber recibido intervención psicoterapéutica previa. Por otro lado al grupo de pacientes que resultaron positivos se les podría dar seguimiento en cuanto a su evolución con la intervención en los diferentes servicios (clínicas) en donde fueron captados.

LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

- El diagnóstico se obtuvo de manera indirecta a partir de lo recabado en la Historia Clínica.
- Debido a que el Instituto Nacional de Psiquiatría es un centro de tercer nivel de atención, así como también por la recomendación en el documento de validación del AUDIT propuesto por la Organización Mundial de la Salud de atención con consejo simple y terapia breve a los pacientes que puntúen igual o más que 16 en este test, se utilizó como punto de corte 16, con la expectativa de que sean tomados en cuenta casos de consumo de alcohol de gravedad moderada a severa. Esto plantea un problema ya que aquellos pacientes con puntuaciones entre 8 y 16 (punto de corte de 8) no fueron registrados como casos de riesgo.
- La única variable en cuanto a la ingesta de alcohol está calificada por AUDIT, a pesar de que se toman en cuenta dominios del AUDIT, o punto de corte lo cual nos puede ampliar el panorama al plantear diversos aspectos del consumo de Etanol, no se hace una comparación con otro instrumento de tamizaje o diagnóstico.
- Durante la captación de la muestra en la Clínica de Trastorno Límite, las pacientes se encontraban terminando un grupo terapéutico de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), lo cual podría ser una limitante en los resultados obtenidos en cuanto al consumo de alcohol en este grupo, porque las pacientes ya estaban en un proceso terapéutico que pudo haber influido en el consumo de alcohol. No se captó pacientes TLP en la Historia clínica, debido a que en dicha clínica se nutre de los pacientes derivados a su vez de la consulta externa general o de otras clínicas de subespecialidad.
- Durante la captación de pacientes, en la clínica de sueño fueron obtenidos únicamente tres participantes, debido a la baja afluencia de pacientes nuevos a esta clínica.
- Con este estudio no se puede determinar la causalidad etiológica entre el consumo de etanol y los trastornos psiquiátricos.
- Los resultados son aplicables a la población de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría, sin embargo no son resultados que pueden ser extrapolados a los pacientes hospitalizados en esta institución, ni tampoco a otras poblaciones psiquiátricas.

FORTALEZAS

- Se trata del primer estudio de tamizaje de consumo de etanol ampliado a toda la Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Con el estudio tenemos una panorámica general del perfil sociodemográfico de los pacientes que asisten a consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Mediante este estudio se han realizado comparaciones del consumo de etanol entre los pacientes que asisten a Consulta Externa psiquiátrica General y los pacientes que asisten a la Clínica de especialidades.
- El estudio tomó en cuenta diversos grupos de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría como son la Consulta externa Psiquiátrica General pero también la consulta de especialidades.
- Mediante este estudio se hace una esquematización de algunos de los síntomas que conforman el constructo de trastorno por uso de etanol como son el consumo de riesgo, los síntomas de dependencia y el consumo perjudicial.
- Este estudio da pauta para que más adelante, se realicen estudios sobre consumo de etanol en determinadas poblaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría, así como, establecer como el trastorno por uso de etanol influye en la aparición y evolución de otros trastornos psiquiátricos.

ANEXO A



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
Calz. México-Xochimilco 101 Col. San Lorenzo Huipulco,
Del. Tlapan, C.P. 14370, México D.F.



UNIDAD HOSPITALARIA DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
DIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS

Número de Identificación:
Iniciales del participante:
Fecha:

Carta de Consentimiento Informado- Hoja de información

“DETERMINACIÓN DEL CONSUMO DE RIESGO DE ETANOL MEDIDA POR EL CUESTIONARIO AUDIT, EN UNA MUESTRA PSIQUIÁTRICA GENERAL”

Por este medio le invito a participar en la investigación que le acabo de describir; la decisión que tome debe ser voluntaria y en caso de no estar de acuerdo puede manifestarlo en cualquier momento de la investigación. De la manera más atenta, le pido que antes de decidir si acepta ó no participar en la investigación, lea detenidamente la siguiente información.

El consumo de etanol en México es el principal problema de adicción según estadísticas nacionales. En otros países se ha visto que el consumo de sustancias en la población psiquiátrica está entre un 25% al 80%, y es el etanol la sustancia más importante de consumo. También se ha demostrado que la relación entre los trastornos psiquiátricos y el consumo de etanol tiene un impacto negativo ya que propician mal apego al tratamiento, fallas en su respuesta, empeoramiento del pronóstico, y mayor severidad de síntomas. Por lo que, concluimos, que la coexistencia de consumo de etanol y padecimientos psiquiátricos plantean un reto a futuro en términos de diagnóstico y tratamiento, es así que a pesar que tenemos algunos datos, en nuestro medio no se ha realizado aún una identificación adecuada de esta relación, por lo que hemos decidido llevar a cabo esta investigación.

El propósito de este estudio es conocer como el uso de etanol se relaciona con los trastornos psiquiátricos. Para lo cual estamos invitando a participar a los pacientes que acuden a su primera valoración en Consulta externa general y Consulta de especialidad en las diversas clínicas; luego de aceptada su participación, el investigador le entregará un documento con la Prueba de Detección de consumo de etanol AUDIT, el que consta de 10 preguntas de las cuales usted elegirá una opción en cada pregunta, esto le tomará alrededor de 10 a 15 minutos. Posterior a lo cual, el investigador llenará una hoja de datos generales en la que constan datos como su edad, sexo, años de escolaridad y ocupación. Luego de lo que, el investigador bajo su previa autorización tomará de su expediente clínico el/los diagnóstico/s psiquiátrico/s obtenidos durante la Historia Clínica. Todo el proceso, tomará un tiempo estimado de 20 minutos, y en el caso de que usted no cuente con tiempo suficiente para esta aplicación, lo podrá externar libremente.

Durante la investigación no se le realizará ninguna modificación al tratamiento farmacológico ya que esto corresponde a su médico tratante, sin embargo en caso de encontrar un consumo de riesgo de etanol, se le otorgará una hoja de Interconsulta, con la cual podrá acudir a valoración a la Clínica de Trastornos Adictivos de esta institución.

Entre los beneficios de la investigación están que con los resultados obtenidos podremos conocer datos del consumo de etanol en la población que asiste a la Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría. Y

como se mencionó canalizarlo oportunamente a la Clínica de Adicciones en caso de encontrar algún consumo de riesgo.

Durante la aplicación de la escala se pudieran presentar síntomas de ansiedad, sin embargo nos encontramos adecuadamente capacitados para manejarlos. Luego de la realización del cuestionario y si así usted lo quisiera, se le podrá otorgar una copia del mismo.

Con su participación usted contribuirá a generar conocimientos sobre la situación de consumo de riesgo en relación con los trastornos psiquiátricos.

Por favor conteste lo siguiente:

¿Estaría de acuerdo en que durante el estudio consultemos su expediente para recabar su diagnóstico?

Sí

No

¿Estaría de acuerdo que la información obtenida sea compartida con su médico tratante, con la finalidad de que su médico esté enterado y de ser necesario utilice la información en su tratamiento y seguimiento?

Sí

No

Su participación en esta investigación es voluntaria, en caso de que no desee participar esto no tendrá ninguna repercusión en su posterior atención y tratamiento en esta institución, también si en algún momento usted decide que ya no desea continuar participando, podrá expresarlo libremente. Usted continuará siendo paciente de este instituto como cualquier otro, siguiendo los lineamientos de todos los pacientes. Puede sentirse en confianza debido a que toda la información que nos proporcione no podrá ser consultada por nadie más que los investigadores que trabajamos en esta investigación y en caso de que la información se publique no utilizaremos su nombre ni ningún otro dato que pueda revelar su identidad. Además usted puede preguntar a la investigadora todo lo que considere necesario antes de acordar su participación en este estudio, así como en cualquier momento durante el transcurso del mismo.

UNIDAD HOSPITALARIA DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
DIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS

Carta de Consentimiento Informado

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio **“DETERMINACIÓN DEL CONSUMO DE RIESGO DE ETANOL MEDIDA POR EL CUESTIONARIO AUDIT, EN UNA MUESTRA PSIQUIÁTRICA GENERAL”**

He hablado directamente con la responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender.

Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio. Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

1. **Contacto**

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar a:
Dra. Lupita Verdugo Silva, al número 41 605434
Dr. Hugo González Cantú al número 41 605314

Firma del participante

Fecha DD/MM/AA

Nombre del participante

Firma Investigador Principal

Fecha DD/MM/AA

Nombre Investigador Principal

Firma del Familiar o representante legal (parentesco)

Fecha DD/MM/AA

Nombre del Familiar o representante legal (parentesco)

Firma del Testigo/a

Fecha DD/MM/AA

Nombre del Testigo/a

ANEXO B



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ**
Calz. México-Xochimilco 101 Col. San Lorenzo Huipulco,
Del. Tlapan, C.P. 14370, México D.F.



**UNIDAD HOSPITALARIA DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
DIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS**

HOJA DE DATOS GENERALES

**“DETERMINACIÓN DEL CONSUMO DE RIESGO DE ETANOL MEDIDA POR EL CUESTIONARIO
AUDIT, EN UNA MUESTRA PSIQUIÁTRICA GENERAL”**

Número de Identificación:

Edad:

Sexo: Femenino Masculino

Escolaridad (años de estudio):

Estado civil: casado unión libre soltero
divorciado viudo separado

Ocupación:

- Trabajo remunerado
- Trabajo no remunerado
- Hogar
- Estudiante
- No trabajo remunerado: pensionados
- No trabajo no remunerado

Diagnóstico Psiquiátrico (principal):

.....

Otros diagnósticos psiquiátricos:

.....

Consulta psiquiátrica General
Clínica de Especialidad Psiquiátrica

¿Cuál?:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Clínica de T. Afectivos. | <input type="checkbox"/> |
| Clínica de Adicciones | <input type="checkbox"/> |
| Clínica de T. de la Alimentación. | <input type="checkbox"/> |
| Clínica de Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> |
| Clínica de T. Obsesivo Compulsivo | <input type="checkbox"/> |
| Clínica de Sueño | <input type="checkbox"/> |
| Clínica de Género y Sexualidad | <input type="checkbox"/> |
| Clínica de T. Límite de Personalidad | <input type="checkbox"/> |

ANEXO C



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
Calz. México-Xochimilco 101 Col. San Lorenzo Huipulco,
Del. Tlapan, C.P. 14370, México D.F.



UNIDAD HOSPITALARIA DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
DIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS

ESCALA AUDIT

Número de Identificación:

Iniciales del participante:

Fecha:

Sus respuestas serán confidenciales, por favor sea honesto al responder estas preguntas. Marque una X en la opción que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

1. ¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas?

- Nunca
- Cada mes o menos
- 2 a 4 veces al mes
- 2 o más veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas copas tomas en un día?

- 1 a 2
- 3 a 4
- 5 a 6
- 7 a 9
- 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más copas en una sola ocasión?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Diario o casi diario

4. ¿Cuántas veces en el último año notó que una vez que comenzó a tomar ya no podía parar?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Diario o casi diario

- 5. ¿Cuántas veces en el último año el tomar bebidas alcohólicas interfirió con sus actividades normales?**
- Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Una vez al mes
 - Una vez a la semana
 - Diario o casi diario
- 6. ¿Cuántas veces en el último año tuvo que tomar un primer trago por la mañana para poder funcionar después de haber tomado el día anterior?**
- Nunca.
 - Menos de una vez al mes
 - Una vez al mes
 - Una vez a la semana
 - Diario o casi diario
- 7. ¿Cuántas veces en el último año tuvo remordimiento o sentimientos de culpa después de tomar bebidas alcohólicas?**
- Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Una vez al mes
 - Una vez a la semana
 - Diario o casi diario
- 8. ¿Cuántas veces en el último año no ha podido recordar lo que pasó la noche anterior debido a que tomó bebidas alcohólicas?**
- Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Una vez al mes
 - Una vez a la semana
 - Diario o casi diario
- 9. Debido a que tomó bebidas alcohólicas ¿usted o alguien ha resultado lastimado?**
- No
 - Sí, pero no en el último año
 - Sí, durante el último año
- 10. ¿Existe algún amigo, pariente o médico que conozca su consumo de bebidas alcohólicas o que le haya sugerido suspenderlo?**
- No
 - Sí, pero no en el último año
 - Sí, durante el último año

REFERENCIAS

- ¹ Institute of Alcohol studies (2008), Alcohol and Health, IAS Factsheet, Inglaterra, p. 1-18
- ² Global Status report on alcohol and Health (2014), World Health Organization, Suiza, p. 1-85
- ³ Vetreno RP., Crews FT. (2014), Current hypotheses on the mechanisms of alcoholism. *Handb. Clinical Neurology* 125, p. 477-497
- ⁴ WHO, (1993) The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization
- ⁵ Palmer RH., McGeary JE, Francazio S, Raphael BJ, Lander AD. (2012), The genetics of alcohol dependence: Advancing towards systems-based approaches, *Drug Alcohol Dependence*. 125, p. 179-91.
- ⁶ Salcedo A., (2007) Genetic Aspects related to the Alcoholism, *Boletín Electrónico de Salud*, p. 3 1-8.
- ⁷ American Psychiatric Association., (2014), Diagnostic criteria from DSM 5. Washington: American Psychiatric Association
- ⁸ Silla Stoel M., Hernández BR. (2009), Evaluación del consumo de alcohol y diagnóstico de patrón de consumo, *Trastornos Adictivos* 11, p. 191-199
- ⁹ Torrens M., (2008), Patología dual: situación actual y retos a futuro, *Adicciones Institut d'Atenció Psiquiàtrica, Salud Mental*, p. 1-6
- ¹⁰ Bennett ME, Bellack AS, Gearon JS, (2006), Development of a comprehensive measure to assess clinical issues in dual diagnosis patients: The Substance Use Event Survey for Severe Mental Illness. *Addict Behav.* 31, p. 2249-67.
- ¹¹ Flynn PK, Brown B.S., (2008), Co-occurring disorders in substance abuse treatments: Issues and prospects, *Journal Subst. Abuse Treatment* 34, p. 36-47
- ¹² Brady KT, Sinha R., (2005), Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *Am. J. Psychiatry* 162 , p. 1483- 1493
- ¹³ Nesvåg R., Frigessi A., Jönsson EG. (2007), Effects of alcohol consumption and antipsychotic medication on brainmorphology in schizophrenia., *Schizophrenia Research* 90, p. 52-61
- ¹⁴ Hernández G, (2002) , Prevalencia de trastornos psiquiátricos por uso de alcohol y otras sustancias en hombres y mujeres hospitalizados en medicina interna de un hospital de Santiago de Chile. *Revista médica de Chile*, 130(6), p. 651-660.
- ¹⁵ Babor T., (2001), AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias, p.1-40

¹⁶ Brousse G., (2014), How CAGE, RAPS4-QF, and AUDIT can help practitioners for patients admitted with acute alcohol intoxication in emergency departments?, *Frontiers in Psychiatry*, (ed) Junio 2014

¹⁷ Källmén S (2014), The psychometric properties of the AUDIT: a survey from a random sample of elderly Swedish adults, *BMC Public Health* 14, p. 672

¹⁸ Chang G. (2014), Screening for Alcohol and Drug Use During Pregnancy, *Obstetric Gynecology Clinical*, N Am 41, p. 205–212

¹⁹ Schorling, J.B, Buchsbaum D.G., (1997), Screening for Alcohol and Drug Abuse *Med. Clinical North America*, 4, p. 845-865

²⁰ Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V., (2012), Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol., Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud, México DF, México

²¹ World Health Organization (2014), *Global Status report on alcohol and Health* , Suiza, p. 1-85

²² Kaplan Ms., Huguet N., (2016) Heavy Alcohol Use Among Suicide Decedents Relative to a Nonsuicide Comparison Group: Gender-Specific Effects of Economic Contraction, *Alcohol Clinical Exp. Research*, p. 1-5

²³ Tapia Conyer R., (2001), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*, Editorial Manual Moderno, México, p. 22-23

²⁴ Santis R., Garmendia ML., Acuña G., (2009), The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening instrument for adolescents, *Drug Alcohol Depend.*, Aug 1;103(3), p.155-8

²⁵ Villamil V., (2005), Funcionamiento psicosocial de pacientes Esquizofrénicos de acuerdo con su consumo de alcohol, *Salud Mental* 28, p. 1-5.

²⁶ So K., Sung E., (2013), A Validation Study of the Brief Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): A Brief Screening Tool Derived from the AUDIT, Seoul Korea, *Korean Journal F. Medical*, p.1-7

²⁷ Vengeliene V., ((2008), *Neuropharmacology of alcohol addiction Review*, *British Journal of Pharmacology*) 154, p. 299-315

²⁸ Ospina- Díaz J., (2012), Reliability and dimensionality of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in university students from Tunja (Colombia), *Salud Uninorte Volumen* 28, No.2. *Salud Uninorte*, 28 (2), p. 276-282

²⁹ Villamil V., (2009), Validación de la prueba de identificación de trastornos derivados del consumo de alcohol (AUDIT) en pacientes Mexicanos con esquizofrenia, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), p. 283-289.

-
30. Alvarado, M., (2009), Validez y confiabilidad de la versión chilena del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Revista médica de Chile*, 137(11), p 1463-1468.
31. Álvarez M., (2001) AUDIT test (Alcohol Use Disorders Identification Test) for the detection of alcohol related problems in Primary Health Care, *MEDIFAM* 11, p. 553-557
32. Morales- García J., (2002), Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, *Salud Pública México*, Vol. 44(2), p. 113-121
- 33 Cohen J. (1977), *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, Academic Press, Estados Unidos
34. Thaller, V., (2003), Factores biológicos en pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD) y Alcoholismo., *Eur. Journal. Psychiatry. (Ed. esp.)*, Zaragoza, v. 17, n. 2., p.1-4
35. Rubio G., (2000). ¿Qué es la Patología Dual? Alteraciones de Conducta y abuso de sustancias, Unidad de Conductas adictivas, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, España, volumen 2, (ed), p.1-6
36. Casas M., (2002), *Patología Psiquiátrica Asociada al Alcoholismo*, Adicciones 14 (ed), p.1-10
37. Medina Mora M., (2003), Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México, *Salud Mental*, Vol. 26, No. 4, p.1-12
38. Nesvag M., (2015), Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: a registry-based study. *Soc. Psychiatry Epidemiology*
39. Di Nicola M., (2015), Co-occurrence of alcohol use disorder and behavioral addictions: relevance of impulsivity and craving, *Drug Alcohol Dependence* 148, p. 118-125
40. Pringuey D., (2014), Comorbidity of affective disorders and alcohol use disorder, *L' Encephale*, p.3-7
41. Chapman C., (2015), Delay to first treatment contact for alcohol use disorder, *Drug Alcohol Dependence* 147, p. 116-121
- 42 18ª Asamblea Médica Mundial (2013), Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial), Enmendada 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, p.1-20
43. Klimkiewicz A., (2015), Comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders. Part I. Epidemiology of dual diagnosis, *Psychiatric Polska*, 49(2), p. 265-75
44. John P., (2003), *Assessing alcohol Problems*, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, p. 21-75

-
45. Sotelo G., (2013), Salud mental y género, *Boletín de Salud Mental SAP*, Vol 5 No. 1, p. 10-17
46. Rincon Hoyos HG., (2016), Alcohol use disorders and psychiatric diseases in Colombia, *Colombia Médica* 30., 47(1), p.31-7
47. Flensburg M., (2009), Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study, *Comprehensive Psychiatry* 50(4), p. 307-14
48. Wolfgang H., (2013), Behavioral Neurobiology of Alcohol Addiccion, *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, p. 3-30
49. Olfson M., (2016), Reexamining associations between mania, depression, anxiety and substance use disorders: results from a prospective national cohort, *Molecular Psychiatry*, p.1-12
50. Marangoni C., (2016), The role of environmental exposures as risk factors for bipolar disorder: A systematic review of longitudinal studies, *Journal of Affective Disorder*, 193, p.165-74
51. Mustelin L., (2016), Risky drinking behaviors among women with eating disorders-A longitudinal community-based study *The International Journal of eating disorders*, p.1-4
52. Hollander E., (2016), The cost and impact of compulsivity: A research perspective, *European Neuropsychopharmacology* 26(5), p. 800-9