



FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13
TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS

TÍTULO

**PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESION EN ADULTOS
JOVENES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:**

MEDICO ESPECIALISATA EN MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA:
DRA. JULIETA CENTENO GAONA**



**DIRECTOR:
DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RINCON**

H. PUEBLA DE ZARAGOZA, FEBRERO 2022



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
 UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13
 TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS



PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS JÓVENES QUE ACUDEN
 A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 13, TUXTLA
 GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
 MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. JULIETA CENTENO GAONA

ASESOR METODOLÓGICO

DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RINCON
 MEDICO NO FAMILIAR

ASESOR DE CONTENIDO

DR. JOSE ANTONIO MERIDA GARCIA
 MEDICO NO FAMILIAR

AUTORIZACIONES



DELEGACION ESTATAL EN CHIAPAS

COORDINACION DELEGACIONAL DE
 FUNDACION

DRA. YUNIS COURDES RAMIREZ

ALCANTARA

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE
 EDUCACION EN SALUD DELEGACION
 ESTATAL CHIAPAS.



DR. HECTOR ARMANDO RINCON LEON
 COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE
 INVESTIGACION EN SALUD,
 DELEGACION ESTATAL, CHIAPAS

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS FEBRERO 2022



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACION MEDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13
TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS



"PATRON DE CONSUMO DE ALCÓHOL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS JOVENES QUE
ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13,
TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS"

TESISTA DE POSTGRADO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
MEDICO ESPECIALISATA EN MEDICINA FAMILIAR

TESISTA:

DRA. JULIETA CENTENO GAONA.

MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRIPCIÓN: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 13
MATRICULA: 98077509 TELEFONO: 4433592660
CORREO ELECTRÓNICO: julietacenteno.jg@gmail.com

ASESOR METODOLOGICO
DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR FANCO

MEDICO NO FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2
MATRICULA: 99332495 TELÉFONO: 961 65 81984
CORREO ELECTRÓNICO: umqbalcazar@gmail.com

ASESOR DE CONTENIDO
DR. JOSÉ ANTONIO MERIDA GARCÍA

MEDICO NO FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2
MATRICULA: 98076561 TELEFONO: 55 4532 4902
CORREO ELECTRÓNICO: merida133@hotmail.com

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS FEBRERO 2022



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dicamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 703,
UMED FAMILIAR NUM 13

Registro COFOPRO 18 CI 07 181 869

Registro CONICÉICA CONBIOÉTICA ST CEI 001 2818162

FECHA Lunes, 05 de octubre de 2020

M.C. Luis Ernesto Balzázar Rincón

PRESENTE

Tengo el agrado de notificar, que el protocolo de investigación con título PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS JÓVENES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS que sometí a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2020-703-037

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

ATENTAMENTE

Mtro. Francisco Ricardo Escobar Díaz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 703

IMSS

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

A Dios...

Por brindarme la oportunidad y ponerme en este camino, donde puedo entender y ayudar al prójimo...por ayudarme en los momentos de soledad, de miedo, y por siempre mantenerme firme ante la adversidad, ayudándome a encontrar la salida en cada momento difícil de mi vida.....muchas gracias.

A mis asesores Dr. Luis Ernesto Balcázar Rincón y el Dr. José Antonio Mérida García, por darme el tiempo y orientarme en este proyecto, compartiendo parte de sus conocimientos para poder lograrlo, sin su apoyo no habría podido lograrlo...muchas gracias.

A mi familia...

Mis padres María Luisa Gaona Piña y Martín Centeno Piña, por darme la vida, por confiar en mí, su apoyo incondicional en cada uno de mis proyectos es invaluable, sin ustedes no sería quien soy...muchas gracias.

A mis hermanos y sobrinos, cada uno me ha dado el apoyo y el cariño, gracias a su apoyo hoy logramos concluir este sueño...muchas gracias.

A mi esposo Juan, gracias por hacerme ver que podía confiar en mí misma y lograr mis sueños a pesar de las adversidades.

A mi hijo Luca, gracias por elegirme como madre, llegaste en el momento menos esperado, pero el más indicado, siempre has sido el mejor hijo que jamás soné, desde tu gestación aguantaste mis horas de desvelo, me acompañaste en cada guardia, me inspiraste y me diste el empujoncito que me faltaba para luchar día a día hasta lograrlo, hoy sé que junto a ti podre lograr cada sueño... lo logramos.

A mis profesores de la UMF No. 13, del HQZ No. 2, Tuxtla Gutiérrez, cada uno con sus conocimientos, sus experiencias, gracias por la confianza otorgada en mí para trabajar a su lado, teniendo la paciencia para apoyarme en cada tropiezo, gracias por contribuir en mi formación.

A mis compañeros y amigos Chiapanecos, gracias por brindarme su amistad, por abrirme las puertas de su hogar, lograron que este proceso de formación se convirtiera en una experiencia de vida, no solo de adquisición de conocimientos.

A la UMF No. 13 Tuxtla Gutiérrez Chiapas y a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, por contribuir en la formación de recursos para la salud, principalmente por ayudar en mi formación como médico especialista.

Gracias a todos...

INDICE

1.- Resumen	1
2.- Marco teórico.....	3
2.1 Alcoholismo.....	3
2.2 Alcohol:	4
2.3 Epidemiología:	5
2.3.1 A nivel mundial según el informe de la OMS 2018	5
2.3.2 Alcoholismo en México según la encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco (ENCODAT) 2016-2017.....	6
2.3.3 Alcoholismo en el estado de Chiapas	8
2.4 Diagnóstico	8
2.4.1 Criterios diagnósticos DSM 5.....	9
2.5 Tratamiento	10
2.5.1 Intervención con familiares	11
2.6 Instrumento de evaluación:	12
2.6.1 El test audit	12
2.7 Depresión	14
2.7.1 Trastorno depresivo	16
2.7.2.1 Clasificación: según DSM 5	16
2.7.3 Trastorno de desregulación del estado de ánimo (TDDEA).....	19
2.7.4 Trastorno de depresión mayor.....	20
2.8 Prevalencia.	20
2.9 Diagnóstico	20
2.9.1 Criterios diagnósticos.....	21
2.9.2 Factores de riesgo:	21
2.10 Trastorno depresivo inducido por una sustancia	21
2.10.1 Prevalencia	22
2.10.2 inventario de depresión de BECK.....	22
2.11 Adulto joven.....	23
3.- Justificación.....	23
4.- Planteamiento del problema	25
5.- Objetivos:	25
6.- Hipótesis.....	26
7.- Material y métodos	26
Diseño de estudio	26
Lugar del estudio.....	27

Universo de estudio	27
Tipo de muestreo	27
Diseño y tamaño de la muestra:	27
Criterios de selección de muestra.....	28
Procesamiento de datos y análisis estadístico	29
8.- Operacionalización de las variables.	29
9.- Instrumentos de evaluación:	32
Test AUDIT	32
Inventario de depresión de BECK (BDI-II).....	34
10.- Procedimiento	34
11.- Aspectos éticos	36
12.- Recursos, financiamiento y factibilidad.....	36
13 Resultados:.....	38
Análisis univariado	38
Características sociodemográficas.....	38
Patrón de consumo de alcohol en adultos jóvenes	39
Depresión en adultos jóvenes.....	40
Análisis bivariado	41
Síntomas depresivos y alcoholismo.	42
14. Discusión	42
15. Conclusión.....	43
16. Propuestas	44
17. Referencias bibliográficas	46
18. Anexos.....	50

1.- RESUMEN

ANTECEDENTES: El alcoholismo al ser una patología crónica, escalativa y funesta, que va a estar señalada por ciertas características como son la tolerancia, dependencia física, así mismo marcada con cambios orgánicos y patológicos que va a ocasionar en el organismo. 3.1 mil millones (57%) de personas son censadas con algún tipo de “consumo de alcohol en la actualidad”. La depresión es una patología insidiosa en la misma sociedad actualmente, de acuerdo resultados estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 350 millones de personas padecen depresión a nivel mundial, ya documentado, y la prevalencia a lo largo de la vida se va a presenta entre 11.1 % y 14.65%, la incidencia acumulada predomina en un 3%, como causa de disfunción más frecuente en el mundo, se calcula que para el año 2030 ocupará el primer lugar a nivel mundial. La relación con patologías como el alcoholismo cada vez se observa con mayor frecuencia, lo que va a presumir una grave amenaza para la adecuada salud y a la vida de la humanidad. En la actualidad no contamos con trabajos similares que nos hagan referencias o alusión a dicho problema en esta localidad, inclusive no se encuentran estudios similares verificados o aprobados dentro del Estado de Chiapas.

OBJETIVO: Caracterizar la posible relación entre el patrón de consumo de alcohol y la presencia de depresión en adultos jóvenes de 18 a 35 años de edad que acuden a la consulta externa de medicina familiar de la UMF número 13.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio no experimental, prospectivo, transversal y observacional, el cual se realizó en adultos jóvenes de 18 a 35 años de edad que son derechohabientes a la consulta externa de medicina familiar de la UMF N. 13 en Tuxtla Gutiérrez Chiapas, de diciembre 2020 a junio 2021, donde se valoró el consumo de alcohol se utilizó el test AUDIT y el Inventario de Depresión de Beck, Se utilizó estadística descriptiva e inferencial con prueba de Chi Cuadrada de Pearson con una confiabilidad del 95% ($p < 0.05$) para el análisis de los datos.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA: Se usó la infraestructura de la unidad de Medicina Familiar No. 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Con la participación de un asesor metodológico y de contenido y un investigador, con recursos financieros aportados por los propios investigadores.

PALABRAS CLAVE: Depresión, alcoholismo, adulto joven.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1 ALCOHOLISMO

El alcoholismo una dependencia aceptada universalmente como una las principales problemáticas que afectan en la actualidad a la humanidad, a la vida del ser humano en sí y a la salud pública de la misma en el territorio nacional y a nivel mundial de la misma manera, con una alta intensidad y nos va a representar como una grave amenaza al bienestar físico, mental y emocional de la vida humana. El alcoholismo enfermedad crónica, progresiva y fatal, que va a estar caracterizada por “tolerancia, dependencia física y por cambios orgánicos y patológicos del organismo” (1). Con predilección para el género hombre, aunque es cada vez se presenta con frecuencia significativa en el género mujer y la juventud en general, observándose una prevalencia mayor al 16% de las personas mayores de 65 años, con una alarmante incidencia a nivel mundial. Se va a encontrar caracterizado por la dificultad para controlar el consumo de bebidas alcohólicas. El deterioro significativo que va a tener como consecuencia una disminución de la capacidad de controlar el consumo de bebidas con contenido de alcohol puede ser intermitente y poco significativo en las fases iniciales de la enfermedad para la persona, pero puede llegar a ser continuado con una periodicidad que nos lleve a un problema intenso, lo que va a conducir a una “robotización” progresiva e intensa en la conducta de auto ingesta desproporcionada de alcohol y a un descontrol grave de la ingesta como la de cualquier otra drogodependencia por vía intravenosa.¹

La OMS en el año de 1976 otorgo el término así mismo de síndrome a la dependencia ocasionada por el consumo de bebidas alcohólicas, que nos va a corresponder a “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado conducta inadecuada del comportamiento y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia”.

Inciendo así mismo en la “ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en [la mujer](#) y mayor a 70 gramos en [el hombre](#) (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de [cerveza](#) 15 gramos”. La ingesta de alcohol va a estar así mismo influenciada por la combinación de diversos factores de tipo “fisiológicos, psicológicos y genéticos”. Va a estar caracteriza por una dependencia emocional, generalmente orgánica del por uso y abuso del alcohol, lo que puede producir [daño](#) cerebral progresivo y de forma crónica e intensa la muerte.

La dependencia al alcohol, a diferencia de una ingesta de tipo excesiva o irresponsable de bebidas alcohólicas fue considerado en el pasado como “síntoma de [estrés](#) social o psicológico, o un [comportamiento](#) aprendido e inadaptado”. Actualmente el alcoholismo actualmente es definido como enfermedad compleja, con todas sus consecuencias.

2.2 ALCOHOL:

De acuerdo con la OMS, el alcohol es “sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos”. Un consumo altamente excesivo y descontrolado de alcohol conllevara a una carga excesiva socialmente y económica difícil de sobrellevar para la sociedad, perjudicando a la familia en su conjunto, economía, amigos, compañeros de trabajo y cohabitantes de la sociedad conocidos o desconocidos. De igual manera, generando una “carga sanitaria, social y económica” considerable para el conjunto de la sociedad económicamente activa. Un consumo que se puede asociar con problemas de salud tal es el caso de los “trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito”, que se van a encontrar asociados de una forma frecuente en la edad reproductiva.

El etil alcohol o etanol “molécula extremadamente sencilla (C₂H₅OH) que se comporta como una droga similar, a los sedantes”, traduciéndose en comportamientos inapropiados para el organismo del individuo. Producto resultado del proceso de fermentación de diferentes alimentos, como el “maíz, el arroz, la cebada, y algunas frutas como las uvas y la piña”.²

2.3 EPIDEMIOLOGÍA:

2.3.1 SEGÚN LA OMS 2018 MUNDIALMENTE EN SU INFORME ENCONTRAMOS

“Alrededor de 3.1 mil millones (57%) de personas son bebedores actuales”. El alcohol en forma de bebidas es consumido por un porcentaje mayor al 50% de la población en solo tres regiones de la OMS: “América, Europa y el Pacífico occidental”.

Se observó un consumo per cápita de bebidas alcohólicas en la población de 15 años de edad en adelante con el consiguiente aumento del año 2010 al 2016 a nivel mundial, manteniéndose presente hasta la actualidad. Con predominio de alta ingesta de alcohol per cápita en los países de la Región “Europea” de la OMS.

Una cuarta parte equivalente a un 25,5% de todas las bebidas con alcohol ingeridas a nivel mundial, se van a catalogar como alcohol no registrado o documentado para la sociedad y en “estadísticas oficiales sobre impuestos o ventas de alcohol”, que de forma general se va a producir, distribuir y vender fuera de vías formales de control gubernamental, lo que va a conllevar a un menor control de la ingesta a edades tempranas.

Mundialmente un 44,8% del alcohol registrado se consume en forma de bebidas espirituosas, lo que nos va a ocasionar una forma “legalmente” aceptada por la sociedad. En segundo lugar, se va a encontrar la cerveza con un 34.3%, seguida por vinos (11.7%).

A nivel mundial una cuarta parte (26.5%) de los jóvenes de 15 a 19 años son bebedores activos, con un estimado de más de 155 millones de personas en la etapa de adolescencia, entre los 12 y 18 años de edad. Documentándose mayor prevalencia de consumo de etanol actualmente a “Europa (43,8%), Región de las Américas (38.2%) y el Pacífico Occidental (37,9%)”.

En 2016, la ingestión nociva y perjudicial de bebidas alcohólicas causó un alza en las cifras de personas que significativamente son bebedoras actuales, lo cual oscilan entre 3 millones de muertes aproximadamente (correspondiendo a 5,3% en la mortalidad) registrado a nivel internacional, correlacionándose a una cifra significativamente importante “132,6 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), es decir, el 5,1% de todos los AVISA (Años de Vida Saludable perdidos) en ese año”. Estadísticamente siendo la muerte causada por abuso del alcohol más importante, que la relacionada a enfermedades infectocontagiosas crónicas como lo es la tuberculosis, la infección por VIH/SIDA y la patología crónica y degenerativa más incapacitante como lo es la diabetes en todo el mundo.

Observándose que las causas de muertes por un consumo desproporcionado de alcohol va a corresponder así mismo a un 28,7% las cuales van a estar debidas a lesiones (en accidentes de tráfico, autoagresiones y violencia intrapersonal), 21,3% secundarias a enfermedades del aparato digestivo, un 19% por enfermedades cardiacas y vasculares, 12,9% a enfermedades infecciosas y 12,6% a enfermedades de estirpe cancerígeno. El 49% de los AVAD por “consumo de alcohol” secundarios a problemas de salud mental y patologías de etiología no infecto contagiosas, y aproximado del 40%, a lesiones de tipo anatomicas.³

2.3.2 ALCOHOLISMO EN MÉXICO SEGÚN LA “ENCUESTA NACIONAL DE CONSUMO DE DROGAS, ALCOHOL Y TABACO” (ENCODAT) 2016-2017.

Para la población total de entre los 12 y los 65 años de edad.

- Un porcentaje significativo según la ENCODAT “71% ha consumido alcohol alguna vez en la vida (80.1% hombres y 62.6% mujeres); 49.1% (41.8 millones) en el último año (59.8% hombres y 39% mujeres) y el 35.9% en el último mes (48.1% hombres y 24.4% mujeres)”.
- Para diciembre del 2017 se reportó una ingesta excesiva de alcohol correspondiendo así mismo a un “19.8% (16.8 millones) de la población; 29.9% hombres y 10.3% mujeres”.
- Reportándose así mismo para este mes dependencia al alcohol en un “2.2% (1.8 millones) (hombres 3.9% y mujeres 0.6%)”.

Personas en etapa de adultos de entre 18-65 años se reportó para el año 2017 las siguientes cifras:

- “77.3% ha consumido alcohol alguna vez en la vida”, de los cuales un 88.3% corresponden al sexo masculino y un 67.3% al sexo femenino; 53.3% (37.8 millones) en el último año (66.4% hombres y 41.3% mujeres).
- En el último mes se presentó un consumo excesivo de alcohol correspondiente a 22.1% (34.4% género masculino y 10.8% género femenino).
- “Dependencia al alcohol un 2.5% (1.7 millones) (4.6% hombres y 0.6% mujeres)”.

Las estadísticas de consumo por estado fueron las siguientes:

- “Aguascalientes (26.3%)”.
- “Baja California Sur (25.8%)”.
- “Chihuahua (23.8%)”.
- “Coahuila (27.5%)”.
- “Jalisco (27.7%)”.
- “Nayarit (23.7%)”.
- “Nuevo León (30.3%)”.
- “Quintana Roo (25.4%)”.

- “Sonora (24.8%)”.

Lo que se traduce en un porcentaje elevado en la mayoría de los estados del país correspondiendo a un 19.8% en la ingesta excesiva de alcohol.⁴

2.3.3 ALCOHOLISMO EN EL ESTADO DE CHIAPAS

Se encontraron registros del consumo de alcohol en un 87.1%, relación de 7.4 hombres por una mujer en el año 2018. Prevalencia nacional de 30.9% para estados del sur, entre ellos el estado de Chiapas, para el año 2011. Con atención en centros especializados por región en 2018:

- Tapachula Chiapas 45,173 pacientes en prevención y 688 en rehabilitación.
- Tuxtla Gutiérrez 92,953 pacientes en prevención y 832 en rehabilitación.

Un total de 139, 646 pacientes que solicitaron apoyo en centros especializados.⁵

2.4 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de adicción al alcohol se realizará con un patrón de consumo de bebidas alcohólicas enfermizo documentado, presentando dos características clave que permiten sospechar que se ha sobrepasado el consumo de riesgo para la adicción:

1. Alteración de las prioridades propias del paciente.
 - La persona dedica su tiempo a beber en momentos en que podría hacer otras cosas que él valora como más importantes.
2. Disminución de la capacidad de control de impulsos y consumo de alcohol.
 - Puede observarse de dos formas:
 - I. cuando empiezan a beber y beben más de lo que habían pensado.
 - II. Iniciando a beber no podrán pasar unos días sin beber nada de alcohol.

2.4.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM 5

1. Ingesta con una periodicidad que conlleva a no realizar obligaciones de importancia para la vida del individuo.
2. Ingesta periódica que puede conllevar a tener riesgos físicos.
3. Ingesta pese a presentar alguna alteración patológica que pueda ser agravada o condicionada por el mismo.
4. Tolerancia de ingesta en exceso de bebidas alcohólicas, sin alteraciones psico-conductuales (“aguanta mucho la bebida”).
5. Síntomas de abstinencia (“temblores matutinos, irritabilidad”), así mismo la creencia de reiniciar la ingesta de los mismos para evitar los mismos.
6. Consumo de alcohol en cantidades superiores o por periodos más prolongados de los previos.
7. Intentos fallidos de supresión de ingesta de alcohol.
8. Empleo de un tiempo excesivo en actividades relacionadas con el alcohol (“comprar, beber, recuperarse de sus efectos, etc.”)
9. Exclusión o interrupción de actividades socio-laborales o familiares por encontrarse consumiendo bebidas alcohólicas.
10. Continuar la ingesta de alcohol pese a contar con diagnósticos clínico médicos que prohíben la ingesta de bebidas de este tipo ya que son la causa desencadenante del problema y que de continuar la ingesta podrían exacerbar la patología.
11. “Craving”, o deseo exagerado por ingesta de alcohol.
 - 2 a 3 criterios: diagnóstico de trastorno por uso de alcohol moderado.
 - 4 o más criterios: diagnóstico de trastorno por uso de alcohol severo.

En el diagnóstico pueden utilizarse diferentes ítems, basados en la severidad y frecuencia de consumo de alcohol.^{6,16}

Efectos del alcohol a diferentes concentraciones

Concentración gr/dl	Estado clínico	Síntomas y signos
0.5 a 1	“Euforia”	Sociable, desinhibido, inatención marcada.
1 a 2	“Excitación”	Inestabilidad emocional, incremento del tiempo de reacción.
2 a 3	“Confusión”	sintomatología de deterioro neurológico.
3 a 4	“Estupor”	Apatía, incapaz de levantarse, vómitos, incontinencia de esfínteres, adormecimiento.
4 a 5	“Coma”	Inconsciencia completa, anestesia, abolición de reflejos, hipotensión, hipoventilación, hipotermia.
>5	“Muerte”	Parada cardio-respiratoria.

2.5 TRATAMIENTO

El tratamiento de carácter multidisciplinario tendrá que ser basado en un conjunto de estrategias, programas y acciones con el objetivo favorecer la abolición y en su defecto disminución de ingesta de alcohol, disminuir efectos adversos y prevenir daños, abatir patologías asociadas a la ingesta excesiva y aumentar el estado de “bienestar” físico, mental y social, así en el paciente como en la familia y el entorno social en el cual se desenvuelve.

México contamos actualmente con diversas redes de apoyo y atención de adicciones conformada por “323 Centros de Atención Primaria a las Adicciones NUEVA VIDA”, “113 Centros de Integración Juvenil” y “diversos centros de tratamiento de orden social y privado”, el territorio nacional, teniendo como objetivo “brindar atención especializada en prevención y tratamiento del alcoholismo”.

2.5.1 INTERVENCIÓN FAMILIAR

La ingesta patológica de alcohol influye íntimamente en el entorno familiar, relacionado a las alteraciones psicológicas indicadas como: “ansiedad y depresión, violencia intrafamiliar, conflictos, dificultades económicas, y en niños, problemas de conducta y emocionales”. Es de importancia el conocer la disfunción familiar ocasionada por este trastorno para poder evaluar, utilizar y aplica los esquemas de tratamiento disponibles en el país, dirigidos de una forma integralmente a toda la familia.

Los cuales ponen a disposición una serie de estrategias:

Fomentan acciones interfamiliares que contemplan 2 directrices:

- I. “Atención de necesidades psicológicas y físicas de los miembros de la familia, empoderarlos con habilidades asertivas de afrontamiento y solución de problemas”.
- II. “Favorecer el apoyo al paciente en su tratamiento y en el proceso de su recuperación”.

Promover la información sobre programas específicos de atención a familiares de personas con problemas de una ingesta excesiva de alcohol, haciendo uso de Centros “NUEVA VIDA”, Centros de “Integración Juvenil” y grupos de ayuda mutua como “Al-Anon y Al-Ateen”.

La información oportuna, orientativa a las familias de paciente con problemas relacionados al abuso de sustancias alcohólicas, en medio hospitalario, estancias de salud y áreas de urgencias, sobre los efectos ocasionados por el abuso del alcohol, así como los daños a largo y mediano plazo a los diferentes órganos del cuerpo, así mismo al sistema nervioso central que influye directamente en el estado psicológico del mismo con la ingesta a niveles alcohólicos. Así mismo estas dependencias de salud deben tener al alcance de familiares los medios de

comunicación y direcciones de los centros de reintegración y apoyo para los pacientes y las familias.⁷

El manejo grupal resulta de utilidad al reducir la interrupción o abandono, permite el “insight” con un desarrollo de afinidad, centrado en el momentos del evento situacional de del aquí y ahora, nos va a presentar una diversidad de experiencias, emociones y respuestas al evento crítico, mostrando la posibilidad de otras conductas, un sitio ideal, agradable para las nuevas vivencias a experimentar, así mismo una nueva conducta, ayudando en abatir las influencias socioculturales, permitiendo optimar la duración del psicoterapeuta, proporcionando universalidad en la pérdida del control de consumo de etanol y la cohabitación con pacientes en diferentes fases del proceso de manejo, ofreciendo modelos y universalización de vivencias, pudiendo así el grupo tener un manejo controlado de lo externo.

El manejo grupal de dificultades por alcoholismo tiene resultados propicios, teniendo en presente el número de pacientes con recuperación terapéutica. Destacado que un “75.3% de los pacientes dados de alta no reinician tratamiento con posterioridad”, a plazo de 2 y 18 años, según los pacientes.⁸

2.6 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓ:

2.6.1 EI TEST AUDIT

Realizado por la “OMS” como sistema de tamizaje sobre la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas y ayuda en el diagnostico simple. “La primera edición fue publicada en 1989 (Documento No. WHO/MNH/89.4) y actualizada en 1992 (WHO/PSA/92.4)”.

Este test diagnostico va dirigido prioritariamente para personal del área sanitaria, de gran utilidad su aplicación por diversos estudiantes que se afronten a personas con cuestiones ligadas al consumo excesivo de alcohol podrán encontrar utilidad en su aplicación.

El AUDIT realizado y analizado por un periodo de mínimo 20 años, argumentando y permitiendo una evaluación adecuada del riesgo de acuerdo al sexo, edad y las diferentes culturas. Integrado por 10 ítems sobre “consumo reciente, síntomas de dependencia y problemas relacionados con el alcohol”. Evaluado con varias escalas de respuesta tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. Ver anexo 2.

Tiempo de aplicación 20-30 min.

Único “test de screening diseñado para uso internacional”; aplicado en seis países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y los Estados Unidos de América).

Cuenta con Alfa de CronBach de 0.800 dependiente de la región, pudiendo aumentar en algunas regiones.

Diagnostica el “consumo de riesgo, perjudicial de bebidas alcohólicas, así como la posible dependencia al alcohol”.

Características: Breve, rápido, y flexible.

Realizado para un área médica. Realizado de acuerdo a definiciones de la “CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol, se centra en el consumo reciente de alcohol”.

DOMINIOS E ITEMS DEL AUDIT

Dominios	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	2“Pérdida del control sobre el consumo”
	5	“Aumento de la relevancia del consumo”
	6	“Consumo matutino”
Consumo perjudicial de alcohol	7	“Sentimientos de culpa tras el consumo”
	8	“Lagunas de memoria”
	9	“Lesiones relacionadas con el alcohol”
	10	“Otros se preocupan por el consumo”

La OMS propone puntaje para clasificarlo en zonas para la estadificación de acuerdo al puntaje:

1. Asociadas a las acciones que se pueden aplicar en los individuos de acuerdo con los factores de riesgo:
 - Zona 1 (más de 8 pts.) correspondiente a un bajo riesgo o abstinencia donde puede utilizarse únicamente una educación referente al alcohol.
 - Zona 2 (desde 8 - 15 pts.) hace alusión a la ingesta por sobre el bajo riesgo indicado por el consejo simple.
 - Zona 3 (16 - 19 pts.) se trata como consumo de riesgo y perjudicial mediante acción simple, terapia breve y monitorización continua.
 - Zona 4 (20 - 40 pts.), riesgo de dependencia al alcohol, existe envío al especialista para estudio diagnóstico y tratamiento.⁹

2.7 DEPRESIÓN

Se ha evidenciado que a mayor información reconozca el paciente sobre la enfermedad se aumenta su resistencia respecto a su condición y se aminoran aspectos como la ansiedad, depresión y otro tipo de patologías psiquiátricas. Se

han obtenido las características como fortaleza y ansiedad utilizadas como coadyuvantes en la auto terapia y desarrollo de la enfermedad. ¹⁰

Los trastornos psiquiátricos son una de las patologías que se van a presentar con un aumento significativamente mayor en los pacientes con alcoholismo y otras patologías crónicas. Un “14% enfermedades a nivel mundial” y “22% en América Latina tendrán un tipo de trastorno” y “más de 350 millones en todas las edades sufren depresión globalmente” (OMS/OPS, 2012). La depresión “trastorno emocional caracterizado por alteraciones de humor, tristeza, inhibición, baja autoestima, fatiga, insomnio, pensamientos negativos, y nos va a dar como consecuencia la disminución de la actividad vital, que impedirá el desarrollo de actividades con normalidad en la vida diaria” (López Ibor, 2007). ¹¹

En México de acuerdo resultados de la “encuesta epidemiológica de salud mental en adultos 2003” (aprobada en 2010), informa que la depresión se presenta con una prevalencia 7.9% diferenciándose entre el sexo masculino y el femenino, grupos de acuerdo a la edad y el lugar en el cual se encuentran residiendo ya se una zona urbana o más frecuentemente en zona suburbana. En el país, un porcentaje de 5.8% (IC 95%=5.2, 6.5) correspondiendo al sexo femenino comentan síntomas de patología depresiva versus los hombres los cuales aceptan hasta en un 2.5% (IC 95%=2.2, 3.0) la presencia de este tipo de síntomas.⁷ de acuerdo a resultados de la Encuesta Nacional de Comorbilidad 2005 reporta 7.2% de Prevalencia global. ¹²

PSICACES mnemotecnia que nos define los síntomas relevantes, para establecer un diagnóstico certero de la siguiente manera. ¹²

- P- Psicomotricidad disminuida o aumentada.
- S- Sueño alterado en aumento o disminución.
- I- Interés reducido como pérdida de la capacidad del disfrute.
- C- Concentración disminuida apetito y disminución o aumento de peso, así como Culpa y autor reproche.
- E- Energía disminuida, fatiga.

- S- Suicidio pensamientos.

La respuesta adaptativa, incluye el duelo como respuesta normal y no requiere tratamiento, a excepción cuando cumple criterios de depresión. El diagnóstico de depresión será válido cuando se cumplen los criterios:

- Humor depresivo o pérdida del interés y 4 de los anteriores síntomas “PSICACES” la mayor parte del tiempo por lo menos durante dos semanas, y estos síntomas afectan negativamente el rendimiento (personal, laboral, académico, familiar, social).¹²

De acuerdo a la “Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10” (CIE 10) clasifica la depresión como categoría F32 incluyendo el episodio depresivo, la cual engloba a su vez depresión leve, moderada, grave con o sin sintomatología psicótica, así como otros o los episodios depresivos no especificados y la F33 el trastorno depresivo recurrente.¹³

Un episodio depresivo debe tener como característica esencial una duración de por lo menos dos semanas de sintomatología y presentar al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión “PSICACES”.¹³

2.7.1 TRANSTORNO DEPRESIVO

Cuadro clínico caracterizado por “desregulación disruptiva del estado de ánimo”¹⁴. Va a estar caracterizar por “ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo”. Incluyendo los diferentes trastornos que como característica van a influir en el estado de ánimo, los cuales se van a diferenciar en cuanto a la duración, la presentación temporal o la supuesta etología.

2.7.2.1 CLASIFICACIÓN: SEGÚN DSM 5

- ★ “Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo”.
- ★ “Trastorno de depresión mayor”.

- ★ “Trastorno depresivo persistente (distimia)”.
- ★ “Trastorno disfórico premenstrual”.
- ★ “Trastorno depresivo inducido por una sustancia”.
- ★ “Trastorno depresivo persistente (distimia)”.
- ★ “Trastorno disfórico premenstrual”.
- ★ “Trastorno depresivo inducido por una sustancia”.
- ★ “Trastorno depresivo debido a otra afección médica”.
- ★ “Otro trastorno depresivo especificado”.
- ★ “Otro trastorno depresivo no especificado”.

Criterios diagnósticos, de gravedad de un episodio depresivo según la Clasificación Internacional de Enfermedades (“CIE-10”): ¹⁴

- Episodio depresivo leve: presentar por lo menos 2 a3 síntomas no atribuidos al uso o abuso de psicotrópicos o a patologías de tipo orgánico. Las actividades cotidianas de esta persona no se verán afectadas, por lo cual podrá realizar una vida “aparentemente normal”.
14
- Episodio depresivo moderado: caracterizado por presentar síntomas no atribuidos a psicotrópicos y o patología orgánica, más un síntoma que presente características del tipo despersonalización, minusvalía y presencia de riesgo de suicidio o muerte. Las actividades cotidianas “normales” de estas personas se verán gravemente afectadas, sin llegar a ser incapacitante. ¹⁴

Episodio depresivo grave: presencia de síntomas combinados, graves. Este tipo de pacientes presentaran sintomatologías que alteraran de forma importante la calidad de vida hasta el grado de presentarse como angustiante presentando la siguiente sintomatología incapacitante como “pérdida de autoestima y sentimientos de culpa e inutilidad”. Frecuentemente presentaran “ideas y acciones suicidas” así misma sintomatología somática notable. Excepcionalmente se observarán datos psicóticos

tales como “alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave”. Este tipo de sintomatología se va a ver relacionada directamente con la gravedad del cuadro clínico “grave”, no encontrándose modificaciones importantes a excepción cuando se está documentando el estado clínico actual del paciente¹⁵.

Continúa como característica principal el período mínimo de dos semanas seguidas donde el paciente manifestara un mínimo de 5 síntomas característicos cuales, mínimo presentaran “un estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades”. Divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada. ¹⁵

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante un tiempo mínimo de dos semanas con cambios del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es: 1) estado de ánimo depresivo o 2) pérdida de interés o de placer. ¹⁵

1) “Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, mediante información subjetiva o mediante la observación por parte de otras personas”. ¹⁵

2) “Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días, con información subjetiva o de observación”. ¹⁵

3) “Pérdida importante de peso no intencionada o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días”. ¹⁵

4) “Insomnio o hipersomnia casi todos los días”. ¹⁵

5) “Agitación o retraso psicomotor casi todos los días”. ¹⁵

6) “Fatiga o pérdida de energía casi todos los días”. ¹⁵

- 7) “Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autor reproche o culpa por estar enfermo)”.¹⁵
 - 8) “Disminución de la capacidad para pensar, para concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días, a partir de la información subjetiva o de observación por parte de otras personas”.¹⁵
 - 9) “Pensamientos de muerte recurrentes, no solo miedo a morir, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo”.¹⁵
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.¹⁵
- C. El episodio no atribuido a efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.¹⁵
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.¹⁵
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.¹⁵

2.7.3 TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (TDDEA).

Termino incluido en el “DSM-5”; proporcionando un diagnóstico que permite integrar “rabietas y episodios de cólera desproporcionados al contexto, no consistentes con el nivel de desarrollo del niño, y que ocurren con un promedio de tres o más veces por semana”. Caracterizado por irritabilidad crónica, grave y persistente.¹⁶ “Una revisión de historias clínicas observó que los pacientes con TDDEA tenían una media de 4 accesos de cólera por semana” (Tufan et al, 2016).

2.7.4 TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR.

La depresión entendida como grupo de alteraciones exteriorizadas por “pérdida de interés, incapacidad de satisfacción de actividades y experiencias de la vida diaria”. Caracterizado por desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto singularizada por la persistencia, gravedad y deterioro funcional del paciente, con diferentes niveles de severidad. ¹⁷

2.8 PREVALENCIA.

De acuerdo a la OMS, más de 350 millones de personas padecen depresión en el mundo, con una prevalencia variable entre 11.1 % y 14.65% a lo largo de la vida, incidencia acumulada de 3%, siendo la causa de discapacidad más frecuente en el mundo, previendo que para el año 2030 ocupará el primer lugar a nivel mundial. ¹⁸ En la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (“ENEP”) en México 9.2 % de la población ha pasado por un trastorno de depresión a lo largo de su existencia. Se estimó la tasa de presentación anual de depresión en México en un 4.8% en la población de entre “18 a 65 años”, mediante la encuesta de salud;¹⁹ acontece una frecuencia prevalente en el sexo “femenino” (10.4%) que para el sexo “masculino” (5.4%). ²⁰

2.9 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico en psiquiatría se realiza desde diversos puntos de vista (positivista, fenomenológico o hermenéutico), involucrando parte del médico, en diferentes niveles de compromiso: cognitivo, afectivo y personal; dependiendo igualmente del contexto sociocultural y estructura de sistemas de salud que determinara el diálogo con las familias, los medios de masas y administraciones locales.

Comprende factores de riesgo, temperamentales, ambientales, genéticos y fisiológicos, modificadores del curso. ²¹

2.9.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

Cinco o más síntomas por más de 2 semanas y que presentan cambios en el funcionamiento previo: “Estado de ánimo deprimido, Pérdida de interés o de placer, Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (5% del peso corporal), Insomnio o hipersomnias casi todos los días, Agitación o retraso psicomotor, Fatiga o pérdida de energía, Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, Pensamientos de muerte recurrentes”.¹⁵

Malestares clínicamente significativos que se van a manifestar con deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Los síntomas deben presentarse casi todo el día o la mayor parte del día, observables por otra persona o ser de forma delirante.^{22, 16}

2.9.2 FACTORES DE RIESGO:

Sexo femenino, y sexo masculino en la tercera, comorbilidades o alguna discapacidad, pobreza, disminución del apoyo psicosocial, antecedentes de haber sufrido discriminación a lo largo de su vida, abuso infantil y/o antecedentes familiares de problemas psicológicos, problemas para mantener/establecer relaciones cercanas, aislamiento social, lugar de nacimiento.²³

2.10 TRASTORNO DEPRESIVO INDUCIDO POR UNA SUSTANCIA

El estado de ánimo deprimido caracterizado por tristeza y sensación de vacío, asociado a pérdida de interés y satisfacción en actividades, desarrolladas durante o después de haber tomado algún medicamento o sustancias (sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, fenciclidina, alcohol, inhalantes, cocaína) o de la intoxicación o abstinencia de los mismos. Todo consumo de sustancias de forma excesiva puede producir síntomas depresivos durante la intoxicación o durante la abstinencia.²⁴

2.10.1 PREVALENCIA

La coexistencia de trastornos por uso de sustancias (TUS) y la depresión mayor (“DM”), denominada patología dual, es una asociación patológica común en el campo de las adicciones, una prevalencia del 12 hasta un 80%.²⁵

Para el diagnóstico y estadificación de gravedad de la depresión utilizamos el siguiente test:

2.10.2 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

El **Inventario de Depresión de Beck** (“Beck Depression Inventory o BDI” por sus siglas en inglés) con amplio conocimiento a nivel internacional, ya utilizado en al menos 2000 estudios desde su aparición en 1961 y es una de las “escalas de depresión más utilizadas en el mundo”, demostró tener amplia consistencia interna y buena capacidad para discriminar entre personas con y sin depresión. Muchas de las características del BDI se han mantenido constantes en sus tres versiones. En la versión española del BDI-II se obtienen adecuados índices psicométricos para evaluar la presencia y severidad de sintomatología en patología depresiva. El BDI-II es una autoevaluación que nos va proporcionar información para una medida de la presencia y de la severidad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Compuesto por 21 ítems alusivos de síntomas de patología psiquiátrica como son tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Cuenta con un total de 21 ítems con respuestas tipo afirmaciones con 4 respuestas diferentes, es auto aplicable, que nos da un valor de 0 a 4 por cada ítem. La categoría de las puntuaciones oscila desde 0 a 63 puntos. Entre más alta sea el número de respuestas positivas, tendrá una mayor severidad de los síntomas depresivos. Estableciendo cuatro grupos de acuerdo a la puntuación.

Agrupados en cuatro grupos en función de la puntuación total:

- 0-13 puntos, mínima depresión.
- 14-19 puntos, depresión leve.
- 20-28 puntos, depresión moderada.
- 29-63 puntos, depresión grave. ^{26,27.}

2.11 ADULTO JOVEN

Según la definición de la OMS un adulto joven “es la edad comprendida entre los 18 y 35 años de edad”, esperando en esta la madurez física y funcionamiento corporal adecuado, funcional, teniendo una filosofía de vida concordante a los cambios fenotípicos y de madurez en el ámbito sexual, transformaciones físicas y el momento social en el cual se desarrollan. ²⁸

Un adulto joven, “persona que ha dejado atrás la adolescencia” y aun no entra en la madurez o adultez intermedia. Considerando a las personas entre 19 y los 40 años como adulto joven.

Etapas que se prolonga en el desarrollo y evolución del hombre, en la cual se observan los cambios significativos del carácter físico y emocional; su estudio es trascendental para entender la problemática y dificultades de los jóvenes en esta etapa de adultez. Sin embargo, a lo largo del tiempo y hasta etapas actuales, la psicología del desarrollo había dejado a un lado a esta etapa de edad de la población.²⁹

Según Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (INEGI) 2019 en su comunicado de prensa No. 337/19 10 de julio de 2019 aproximadamente el 7.1% se encuentran dentro de este promedio de edad, con una proporción de 51.1% mujeres y 48.9 % hombres.³⁰

3.- JUSTIFICACIÓN.

En México de acuerdo a la ENCODAT 2016-2017 el trastorno de uso de alcohol es una enfermedad crónica con una prevalencia de 4.8 millones de personas desde los 12 hasta los 65 años de edad; “el 39.8% de los adolescentes de 12 a 17 años ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 28% en el último año, y el 14.5% en el último mes”.

El alcoholismo desde el punto de la práctica social y legalmente aceptada es frecuente en nuestro medio, por lo cual no se considera su gravedad, su trascendencia y su impacto en la sociedad, altamente sub-diagnosticada en el ámbito médico; sin embargo se asocia a un alto índice de trastornos depresivos los cuales no están adecuadamente relacionados en el contexto diagnóstico, siendo el consumo de alcohol un problema de salud pública que requiere de acciones preventivas inmediatas y de promoción de la salud; mediante este trabajo podremos inferir la posible relación entre el patrón de consumo de alcohol y la presencia de depresión, y su relación con factores sociodemográficos, mediante el uso del test AUDIT test de screenig y el inventario de Depresión de Beck.

Este estudio emerge de la necesidad de establecer una concordancia clínico-diagnostico-terapéutica oportuna y orientativa, para poder implementar medidas preventivas en el primer nivel de atención, así como su referencia a centros de apoyo de forma oportuna. Se podrán implementar medidas preventivas que mejoren la calidad de vida tanto personal como laboral del paciente con dependencia al alcohol y patología psiquiátrica y así poder disminuir costos y tiempos de atención y tratamiento médico, tiempos prolongados de incapacidad laboral, que afectan no solo directamente a la economía familiar del paciente, sino que también ocasionan altos costos para el IMSS, la sociedad, el gobierno y las empresas que emplean a estos, de forma directa e indirecta. Sin duda la prevalencia de alcoholismo en la actualidad es más elevada a la documentada en bibliografía actual, por lo cual la asociación con depresión no se ve muy alejada de la realidad, sin embargo, por el comportamiento actual de la sociedad no se lleva a cabo un screening adecuado y oportuno en pacientes jóvenes, por lo cual este estudio pretende lograr un

diagnóstico oportuno para poder mejorar e incentivar conductas de rehabilitación adecuadas y oportunas.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El alcoholismo ha sido considerado como normal dentro de la practica social y legalmente aceptada es frecuente en nuestro medio, por lo cual no se considera su gravedad, su trascendencia y su impacto en la sociedad, altamente sub diagnosticado en el ámbito médico; sin embargo se asocia a un alto índice de trastornos depresivos los cuales no están adecuadamente relacionados en el contexto diagnóstico, siendo la ingesta excesiva de alcohol un problema de salud colectiva y social que requiere de acciones preventivas inmediatas y de promoción de la salud, por lo cual basaremos el presente trabajo nace de la inquietud, personal que genera el observar adultos jóvenes que presentan datos clínicos de abuso de sustancias como el alcohol y una posible asociación con depresión, ya que es una etapa de cambios tanto cognitivos como psicosociales y un periodo para alcanzar la madurez suficiente, para dejar atrás la adolescencia y entrar en la vida adulta.

Por lo tanto, se realiza la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la posible relación entre el patrón de consumo de alcohol y la presencia de depresión en adultos jóvenes, que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la UMF #13, Tuxtla Gutiérrez Chiapas?

5.- OBJETIVOS:

General:

Caracterizar la posible relación entre el patrón de consumo de alcohol y la presencia de depresión en Adultos jóvenes que acuden a la consulta externa de la UMF # 13 Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos jóvenes que acuden a consulta externa de la UMF No. 13, Tuxtla Gutiérrez Chiapas.
- Determinar el patrón de consumo de alcohol en adultos jóvenes que acuden a consulta externa de medicina familiar UMF No. 13, Tuxtla Gutiérrez Chiapas.
- Determinar la presencia de depresión en adultos jóvenes que acuden a consulta externa de medicina familiar UMF No. 13, Tuxtla Gutiérrez Chiapas.
- Analizar si existe asociación entre el patrón de consumo de alcohol y la presencia de depresión en adultos jóvenes que acuden a consulta externa de la UMF que participan en el estudio.

6.- HIPOTESIS

El patrón de consumo de alcohol y de depresión son mayores en Adultos Jóvenes que acuden a la consulta externa de medicina familiar, que en el resto de la población.

7.- MATERIAL Y MÉTODOS

A. Tipo de estudio:

El presente estudio es descriptivo, prospectivo y transversal.

Se realizará en pacientes que acudan a la consulta externa de medicina familiar que cumplan con los criterios de inclusión y que autoricen su participación, mediante la aplicación de cuestionarios eteroaplicables, de fácil comprensión.

DISEÑO DE ESTUDIO

Es un estudio prospectivo, el cual tendrá como característica ser transversal porque solo se medirá una vez, observacional porque no habrá intervención alguna

y prospectivo porque será realizado a partir de la fecha de inicio de recolección de datos.

LUGAR DEL ESTUDIO

Consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar Número 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Pacientes adscritos a la UMF No. 13 y que acepten la aplicación de cuestionarios autodidactas, constituyendo un universo de 10630, con muestra representativa de 372 pacientes.

TIPO DE MUESTREO

Muestreo no probabilístico aleatorio simple. El cálculo de muestra se realizará a partir de la base de datos de la unidad de Medicina Familiar.

DISEÑO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para la cantidad adecuada de la muestra se efectuó un muestreo aleatorio simple para proporciones con un total de muestra de 10630 pacientes se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{N \cdot \alpha^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde

N= Universo,

α = error de estimación (0.05),

n= tamaño de la muestra,

Z = nivel de confianza para un 95% (intervalo de confianza) vale = 1.96

P= probabilidad de éxito (0.5),

q= probabilidad de fracaso (0.5).

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (10630)}{(10630)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)} = \frac{(3.84) (0.5) (0.5)(10630)}{(10630)(0.0025) + (3.84)(0.5)(0.5)} = \frac{10204.8}{(26.575) + (0.96)} = \frac{10204.8}{27.535} = 371.6$$

Se tiene una muestra de 372 pacientes, con una confianza del 95% y una precisión de 95% para analizar los datos se utilizará una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 18 en español.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MUESTRA

a. Criterios de inclusión

- Adultos jóvenes de entre 18 a 25 años de edad inscritos a la UMF # 13.
- Sexo indistinto.

b. Criterios de exclusión.

- Personas menores de 18 años.
- Personas que no sepan leer y escribir.
- Personas con diagnóstico previo de alcoholismo y/o depresión.
- Personas que no acepte participar en la investigación.

c. Criterios de eliminación.

- Cédulas de registro incompleto.

PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Con la información recolectada de la forma adecuada conforme al instrumento se procederá a realizar la base de datos en el programa estadístico SPSS versión 18 en español, donde se realizó el análisis estadístico estableciendo las frecuencias relativas y absolutas, así como medidas de tendencia central. Así mismo, para la correlación de las variables, utilizamos Chi cuadrada (X^2) para determinar si existe significancia estadística.

Posteriormente se presentó la información analizada en cuadros y gráficas.

8.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	EXPRESIÓN
<u>Dependiente:</u>					
Depresión.	La depresión un conjunto de síntomas psiquiátricos que se van a manifestar por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción de actividades y experiencias de la vida diaria. Incluyendo desmotivación, alteraciones emocionales,	Valoración de la gravedad en base a puntuaciones: 0-13 puntos: depresión leve 14-19 puntos: depresión moderada 20-28 puntos: depresión moderada 29-63 puntos:	Cuantitativa.	Ordinal.	Sin depresión. Depresión leve. Depresión moderada. Depresión severa.

cognitivas, depresión
físicas y grave.
conductuales.

Independiente:

Patrón de consumo alcohol.	En la población del sexo masculino es episódico, pero con consumo de elevadas cantidades, asociado al aumento en los índices de problemas individuales, familiares y sociales.	En su totalidad la escala cuenta con un rango que va desde cero a cuarenta puntos y estos se van a interpretar de acuerdo a la puntuación: -Desde 8 a 15 puntos consumo de riesgo -De 16 a 19 puntos consumo perjudicial - Desde 20 puntos o superior es dependencia.	Cuantitativa. Ordinal.	Consumo sin riesgo. Consumo de riesgo. Dependencia. Consumo perjudicial.
Edad:	Años, meses que presenta desde su nacimiento hasta el	Número de años cumplidos	Cualitativa. Discreta.	Edad en años.

	momento desde el actual. nacimiento.				
Sexo	Fenotipo orgánico que distingue un hombre de la mujer.	Cualitativa.	Nominal.	Masculino. Femenino.	
Estado civil.	Estado jurídico de un individuo que se determina por derecho desde el punto de vista del registro civil	Fenotipo externo. Estado civil que refiere el encuestado.	Cualitativa.	Nominal.	Casado Unión libre Separado Divorciado Soltero Viudo
Escolaridad	Promedio de número de grados escolares aprobados por una población	Qué grado de estudio ha recibido la persona el día en que se solicita su participación	Cualitativa	Nominal.	Analfabeta Primaria incompleta Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado
Ocupación.	Término que proviene del latín occupatio y está vinculado al verbo ocupar,		Cualitativa	Nominal.	Labores del Hogar Estudiante. Empleado Desempleado Jubilado / Pensionado

sinónimo de
trabajo o
quehacer.

Actividad
remunerada
que realiza el
individuo.

9.- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓ:

A.- TEST AUDIT

Realizado por la “OMS” como sistema de tamizaje sobre la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas y ayuda en el diagnóstico simple. “La primera edición fue publicada en 1989 (Documento No. WHO/MNH/89.4) y actualizada en 1992 (WHO/PSA/92.4)”.

Este test diagnóstico va dirigido prioritariamente para personal del área sanitaria, de gran utilidad su aplicación por diversos estudiantes que se enfrenten a personas con cuestiones ligadas al consumo excesivo de alcohol podrán encontrar utilidad en su aplicación.

El AUDIT realizado y analizado por un periodo de mínimo 20 años, argumentando y permitiendo una evaluación adecuada del riesgo de acuerdo al sexo, edad y las diferentes culturas. Integrado por 10 ítems sobre “consumo reciente, síntomas de dependencia y problemas relacionados con el alcohol”. Evaluado con varias escalas de respuesta tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. Ver anexo 2.

Tiempo de aplicación 20-30 min.

Único “test de screening diseñado para uso internacional”; aplicado en seis países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y los Estados Unidos de América).

Cuenta con Alfa de CronBach de 0.800 dependiente de la región, pudiendo aumentar en algunas regiones.

Diagnostica el “consumo de riesgo, perjudicial de bebidas alcohólicas, así como la posible dependencia al alcohol”.

Características: Breve, rápido, y flexible.

Realizado para un área médica. Realizado de acuerdo a definiciones de la “CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol, se centra en el consumo reciente de alcohol”.

DOMINIOS E ITEMS DEL AUDIT

Dominios	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	2Pérdida del control sobre el consumo”
	5	“Aumento de la relevancia del consumo”
	6	“Consumo matutino”
Consumo perjudicial de alcohol	7	“Sentimientos de culpa tras el consumo”
	8	“Lagunas de memoria”

9	“Lesiones relacionadas con el alcohol”
10	“Otros se preocupan por el consumo”

Puede ser llevado a cabo como un cuestionario de auto aplicación, aunque en este estudio se realizara de forma orientada. Estructurado por 10 ítems que puede tardar en su aplicación de dos a cuatro minutos. Cada pregunta cuenta con un total de cuatro respuestas tipo liker a elegir, a excepción de los 2 últimos ítems que contienen solo tres tipos de respuesta. En su totalidad la escala tiene una puntuación que va desde cero a cuarenta puntos y se van a calificar y comprender de la siguiente forma:

- Entre 8 y 15 puntos corresponderá a consumo de riesgo
- Entre 16 y 19 puntos se establecerá como consumo perjudicial
- Más 20 puntos corresponde con dependencia (Paz Donoso, 2015) (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001) ⁹

B.- INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II).

El **Inventario de Depresión de Beck** (“Beck Depression Inventory o BDI” por sus siglas en inglés) con amplio conocimiento a nivel internacional, ya utilizado en al menos 2000 estudios desde su aparición en 1961 y es una de las “escalas de depresión más utilizadas en el mundo”, demostró tener amplia consistencia interna y buena capacidad para discriminar entre personas con y sin depresión. Muchas de las características del BDI se han mantenido constantes en sus tres versiones. En la versión española del BDI-II se obtienen adecuados índices psicométricos para evaluar la presencia y severidad de sintomatología en patología depresiva. El BDI-II es una autoevaluación que nos va proporcionar información para una medida de la presencia y de la severidad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Compuesto por 21 ítems alusivos de síntomas de patología psiquiátrica como son tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Cuenta con un total de 21 ítems

con respuestas tipo afirmaciones con 4 respuestas diferentes, es auto aplicable, que nos da un valor de 0 a 4 por cada ítem. La categoría de las puntuaciones oscila desde 0 a 63 puntos. Entre más alta sea el número de respuestas positivas, tendrá una mayor severidad de los síntomas depresivos. Estableciendo cuatro grupos de acuerdo a la puntuación.

Agrupados en cuatro grupos en función de la puntuación total:

- 0-13 puntos, mínima depresión.
- 14-19 puntos, depresión leve.
- 20-28 puntos, depresión moderada.
- 29-63 puntos, depresión grave. ^{26,27.}

10.- PROCEDIMIENTO

El protocolo se someterá a un análisis por el comité de ética y el de investigación local. Por lo cual fue sometido a revisión y evaluación por EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 7038 Y COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DE LA UMF 13 TUXTLA GUTIERREZ, posterior a su aceptación se registró al Sistema de registro electrónico del comité de investigación para su autorización final y poder proceder a su aplicación.

Una vez que se obtenga el registro por el SIRELCIS se giraran los oficios correspondientes para que el encargado de la unidad de estudio proporcione todas las facilidades para llevar acabo la recopilación de información del estudio a efectuar, a continuación, se proporcionara información y se obtendrá el consentimiento informado autorizado por los participantes, así como la utilización de cuestionarios escritos y entendibles.

Una vez que se obtenidos los cuestionarios de información se representaran de acuerdo a la forma en que se recolectaron los datos, el cual fue diseñad de forma que se identifica en primera instancia la información. Test diagnósticos de alcoholismo y calidad de vida. Posteriormente se procedió al ordenamiento de la

información recabada para la interpretación posterior de los resultados determinando las variables con mayor proximidad al problema planteado.

La anterior información se plasmó en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), donde se utilizará la versión número 18 en español para Windows con la obtención de medidas de tendencia central y la X^2 .

Al finalizar todo el proceso de investigación y el análisis estadístico detallado de la información, los datos se representan de acuerdo al diseño de la cédula de recolección de información en tablas representativas, con la correspondiente descripción de cada una.

11.- ASPECTOS ÉTICOS

Para asegurar la seguridad del paciente y garantizar la veracidad de la investigación, La “declaración de **Helsinki** de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989”.

Se entregó formato de consentimiento informado del cual se hará saber al familiar y/o paciente en estudio para la confirmación de su participación en el protocolo.

12.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Humanos.

- 1.- Tesista.
- 2.- Asesor metodológico.
- 3.-encuentadores.

Materiales.

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN:
Hojas impresas (cuestionarios)	372 test.
Lapiceros	1 caja
Equipo de computo	1 pieza
Tiempo del Asesor	Citas programadas para revisión (varias)
Tiempo del investigador	El necesario hasta el término del proyecto.

Financiamiento:

Este proyecto fue financiado con recursos propios del investigador.

Factibilidad:

Estudio factible, ya que no involucro estudios invasivos.

13 RESULTADOS:

Se realiza el cuestionario de Beck Y el Test Audit a 372 pacientes de 18 a 35 años de edad, que acuden a consulta en la UMF N. 13, del IMSS.

Encontrando los siguientes resultados:

La población de estudio fue de 371 pacientes, adultos jóvenes entre 18 a 35 años de edad derechohabientes de la UMF No. 13, entrevistados en los diferentes servicios.

ANALISIS UNIVARIADO

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.

En las singularidades sociodemográficas de género, encontramos que el 61.8% corresponde al sexo femenino y el 38.2% al sexo masculino.

En la escolaridad encontramos que el 0.3% tienen primaria incompleta, el 0.3% tienen primaria completa, el 12.1% secundaria, el 37.4 % bachillerato, y el 50% licenciatura.

Se observó en cuanto a la ocupación de los adultos jóvenes, el 4.5% se dedican al hogar, el 10.4% son estudiantes de bachillerato o licenciatura, el 83.4% son empleados, el 1.1% son desempleados.

Se encontró el estado civil, el 26.9% son casados, el 27.7% viven en unión libre, el 3.8% son separados, el 2.2% son divorciados y solteros el 39.5%. (Tabla 1).

En cuanto a la edad se encontró que el mínimo es de 18 años de edad, el máximo 35 años de edad, con un promedio de 28.10 con una desviación estándar de +- 4.591.

TABLA 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLE	No.	%
GENERO		
Masculino	142	38.2
Femenino	230	61.8
ESCOLARIDAD		
Primaria incompleta	1	0.3
Primaria	1	0.3
Secundaria	45	12.1
Bachillerato	139	37.4
Licenciatura	186	50
OCUPACIÓN		
Labores del hogar	17	4.5
Estudiantes	39	10.4
Empleados	312	83.4
Desempleados	4	1.1
ESTADO CIVIL		
Casados	100	26.9
Unión libre	103	27.7
Separados	14	3.8
Divorciados	8	2.2
Solteros	147	39.5

Fuente: test aplicados a adultos jóvenes en el estudio "patrón de consumo de alcohol y depresión en adultos jóvenes que acuden a la consulta externa de la UMF No. 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas".

PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ADULTOS JOVENES

Se analizó la presencia de alcoholismo, encontrando que el 14.5% de los adultos jóvenes no han ingerido bebidas alcohólicas a lo largo de su vida, el 27.2% presentan una ingesta de riesgo, el 56.5% presentan un consumo perjudicial y con

dependencia se encontró un 1.9%. (Tabla 2). Al analizar la proporción de alcoholismo por genero se encontró que las mujeres presentaron 10.2% sin consumo de alcohol, 20.6%, ingesta de riesgo20.6%, 30.3% con consumo perjudicial y 0.53% con dependencia, y en el género masculino 4.3% sin consumo, 6.4% con ingesta de riesgo, 38.6% ingesta perjudicial y dependencia un 1.3%. 0 (Tabla 3).

TABLA 2. PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL

ALCOHOL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN CONSUMO	54	14,5 %
CONSUMO DE RIESGO	101	27,2 %
CONSUMO PERJUDICIAL	210	56,5 %
DEPENDENCIA	7	1,9 %

Fuente: test aplicados a adultos jóvenes en el estudio "patrón de consumo de alcohol y depresión en adultos jóvenes que acuden a la consulta externa de la UMF No. 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas".

TABLA 3. DISTRIBUCION POR GÉNERO Y PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL

GÉNERO	PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL				Total
	SIN CONSUMO	CONSUMO DE RIESGO	CONSUMO PERJUDICIAL	DEPENDENCIA	
MASCULINO	16	24	97	5	142
%	4.3	6.4	36.8	1.3	48.8
FEMENINO	38	77	113	2	230
%	10.2	20.6	30.3	0.53	61.3
Total	54	101	210	7	372
%	14.4	27.1	56.45	1.8	100

Fuente: test aplicados a adultos jóvenes en el estudio "patrón de consumo de alcohol y depresión en adultos jóvenes que acuden a la consulta externa de la unidad de medicina familiar # 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

DEPRESIÓN EN ADULTOS JOVENES

Se encontró que el 47.3% de adultos jóvenes presentan depresión mínima, 45.2% depresión leve y depresión moderada7.5%. Tabla 4. A diferencia del género y depresión se encontró que el sexo masculino se obtuvieron datos de depresión

mínima con un 19%, leve del 15.5% y moderada 2.6%, para el sexo femenino depresión mínima 27.4%, depresión leve 29.5% y depresión moderada un 4.8%.
Tabla 5.

TABLA 4. PATRON DE DEPRESIÓN

DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MINIMA	176	47,3
LEVE	168	45,2
MODERADA	28	7,5
Total	372	100,0

Fuente: test aplicados a adultos jóvenes en el estudio "patrón de consumo de alcohol y depresión en adultos jóvenes que acuden a la consulta externa de la unidad de medicina familiar # 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

TABLA 5. PATRON DE DEPRESIÓN Y GÉNERO

GÉNERO	DEPRESIÓN		
	MINIMA	LEVE	MODERADA
MASCULINO	74	58	10
%	19.8	15.5	2.6
FEMENINO	102	110	18
%	27.4	29.5	4.8
Total	176	168	28
%	43.3	45.1	7.5

Fuente: test aplicados a adultos jóvenes en el estudio "patrón de consumo de alcohol y depresión en adultos jóvenes que acuden a la consulta externa de la unidad de medicina familiar # 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

ANÁLISIS BIVARIADO

Al llevar a cabo esta fase del análisis, la variable dependiente de depresión se cruzó con la variable dependiente de alcoholismo, por medio de una Chi cuadrada de Pearson con el programa estadístico SPSS 22 versión en español y de este modo conocer su asociación entre ellos.

SINTOMAS DEPRESIVOS Y ALCOHOLISMO.

Al analizar la posible relación entre el patrón de consumo de alcohol y la presencia de depresión, los resultados nos orientan a que el consumo perjudicial de alcohol se asocia con mayor frecuencia a depresión leve, sin embargo, estadísticamente no fue significativo ($p=0.895$). Tabla 6

TABLA 6. RELACIÓN ENTRE SINTOMAS DEPRESIVOS Y PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL

		PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL				Total
		SIN CONSUMO	CONSUMO DE RIESGO	CONSUMO PERJUDICIAL	DEPENDENCIA	
PATRON DE	MINIMA	27	50	97	2	176
DEPRESIÓN	LEVE	22	45	97	4	168
	MODERAD A	5	6	16	1	28
Total		54	101	210	7	372

Fuente: test aplicados a adultos jóvenes en el estudio "patrón de consumo de alcohol y depresión en adultos jóvenes que acuden a la consulta externa de la unidad de medicina familiar # 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

14. DISCUSIÓN

La depresión es una patología emocional que va a estar caracterizada por alteraciones que van a disminuir el estado de bienestar del paciente ("humor, tristeza, baja autoestima, inhibición, fatiga, insomnio, pensamientos negativos", y que nos va a dar como resultado una alteración funcional caracterizada por disminución de la actividad esencial, lo que va a impedir el desarrollo de actividades cotidianas de la vida diaria en una forma normal, estructurada, coordinada y entendemos que la dependencia física y emocional al alcohol, es una enfermedad crónica, escalonada e inevitable, caracterizada por indulgencia, adicción física y por cambios en el organismo que culminaran en alteraciones patológicas.

Se realizó el siguiente estudio aplicando el inventario de BECK y el test de AUDIT en adultos jóvenes de 18 a 35 años de edad, donde el 61.8% correspondió

a mujeres y el 38.2% a hombres, con una edad media de 28.1 años, estado civil solteros un 39.5%, con ocupación empleados un 83.9%, escolaridad la mayoría con licenciatura.

En la búsqueda de la literatura acerca de un estudio similar al nuestro podemos hacer referencial al trabajo de León Andrade que en noviembre del 2020 realizo un estudio en jóvenes universitarios obteniendo como resultado que el 23% de encuestados dieron como resultado un consumo sin riesgo, un 38.5% consumo de riesgo versus a un 38.5% con dependencia, mientras que en depresión 43.6% un mínimo de depresión, 33.3% depresión leve, 23.5% depresión moderada y 0% depresión severa.

Otro estudio a comentar es el realizado por Hernández y cols., que en el año 2012, realizaron un estudio con estudiantes de preparatoria, donde ubicaron que el 96.6% de la población participante presento algún nivel de depresión, con un mayor porcentaje para el sexo femenino con una tendencia del 97.9%, sobresaliendo que el 3.2% presento indicadores de depresión grave, en nuestro estudio podemos observar que el 27.4% tienen datos de depresión mínima, 29.5% presentaron depresión leve y un 4.8% depresión moderada, a diferencia del sexo masculino, 19.8% de las mujeres presentaron datos de depresión mínima, un 15.5% depresión leve y 2.6% depresión moderada, en ambos estudios se encontró un porcentaje bajo para depresión moderada. La diferencia con nuestro estudio es el rango de edad utilizado. (31)

15. CONCLUSION

En el presente estudio se permitió mostrar la relación entre el patrón de consumo de alcohol y la presencia de depresión en adultos jóvenes. Al relacionar las variables no se encontró significancia estadística, pero se correlaciona clínicamente, donde se encontró que a mayor ingesta de alcohol existe incremento de la sintomatología depresiva, además de que la mayoría de los adultos jóvenes

presentan algún grado de depresión, con estos resultados podemos implementar acciones de advertencia y tratamiento en las unidades de medicina familiar, así como el apoyo en conjunto con equipo multidisciplinario, con el fin de ayudar a los adultos jóvenes a mejorar sus síntomas depresivos y tener mejor control de consumo de alcohol, se tiene que involucrar a la familia y así prevenir y disminuir complicaciones a largo plazo.

Así como queda la interrogante de cuál es el factor de riesgo que detonan la ingesta perjudicial de alcohol en nuestros derechohabientes de esta unidad médica familiar, quedando como indicio para nuevas investigaciones que puedan ayudar a encontrar factores de riesgo y así poder implementar acciones en esa área.

16. PROPUESTAS

De acuerdo a los resultados obtenidos, se sugiere estrategias que promuevan la intervención de médicos familiares, en conjunto con un equipo multidisciplinario de la unidad, como psicología, trabajo social, grupos de apoyo especializados en el tema de abuso de alcohol, además de incorporar a la familia para apoyo.

1. Fomentar en áreas de trabajo, así como en la comunidad programas orientativos sobre uso y abuso perjudicial de alcohol en adultos jóvenes.
2. Orientar sobre centros especializados que ofrecen servicios de orientación y rehabilitación de adicciones como el alcoholismo por medio de instituciones como CENTRA.
3. Inducción de pláticas que informen, sensibilicen y capaciten a la familia y a los adultos jóvenes, sobre el tema de depresión y sus complicaciones a corto y largo plazo.

4. Informar sobre la distribución y accesos de información para la atención de depresión a los adolescentes.

5. Realizar tamizaje en los consultorios de las unidades, a todos los adultos jóvenes con síntomas de depresión y datos de consumo perjudicial de alcohol.

Posteriormente al realizar estudios a cerca de patrón de consumo de alcohol y depresión en adultos jóvenes, involucrando a la familia a cerca de esta patología se podría disminuir su incidencia y complicaciones tanto familiares como en el ámbito laboral.

17. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) García Gutiérrez Eulalia, Lima Mompó Gilda, Aldana Vilas Laura, Casanova Carrillo Pedro, Feliciano Álvarez Vladimir. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2004 Sep [citado 2019 Ago 18] ; 33(3).
- 2) Organización Mundial de la Salud, actualizada 2019 (citado julio 2019), disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- 3) Consejo General de la Psicología Española, actualización 2018, (citado julio 2019), disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7690#inicio
- 4) INPRFM/INSP/CONADIC/SSA. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017: Reporte de Alcohol. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2017. [Citado septiembre 9 2018].
- 5) Centros de Integración Juvenil, A.C. Chiapas, 50 aniversario (1969-2019). (citado julio 2019). Disponible en www.gob.mx/salud/cij, www.cij.org.mx.
- 6) Enriqueta Ochoa Mangado, Agustín Madoz-Gúrpide, Natividad Vicente Muelas. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. Med Segur Trab 2009 (citado julio 2019); 55(214): 26-40.
- 7) Gobierno Federal. México. Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas: actualización 2011-2012 (citado julio 2019). Conadic
- 8) Martínez-González JM, Vilar-López R, Verdejo-García A. Efectividad a Largo Plazo de la Terapia de Grupo Cognitivo-conductual del Alcoholismo: Impacto de la Patología Dual en el Resultado del Tratamiento. Clinica y Salud [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 Aug 2];29(1):1–8. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=128443851&lang=es&site=ehost-live>
- 9) Thomas F. Babor, John C Higgins-Saunders. Cuestionario de Identificación de los trastornos debidos al consume de alcohol. Organización Mundial de la Salud, departamento de salud mental y departamento de sustancias. Generalitat valenciana. WHO/MSD/MSB/01.6A.

https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf


- 10) Eren İ, Erdi Ö, Şahin M. The effect of depression on quality of life of patients with type II diabetes mellitus. *Depression and Anxiety*. 2008;25(2):98-106.
- 11) May K, Hernández M, Orama P, Hernández V, Moreno M. Depresión y Ansiedad en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital Comunitario de Jonuta, Tabasco “Arsenio Filigrana Zubieta”. *European Scientific Journal ESJ*. 2019;15(6).
- 12) Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. México: Secretaría de Salud; 1 de diciembre de 2015
- 13) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2019.
- 14) Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión (CIE-10), volúmenes 1, 2 y 3. *Revista Española de Salud Pública*. 2003;77(5):661-661
- 15) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2019.
- 16) Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5, 5ta Ed.* Arlington, VA Asociación Americana de Psiquiatría, 2014. Editorial medica panamericana Pag. 155-188.
- 17) Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México: secretaria de salud, 2011, (internet) 2019 julio (citado 2019 julio 15) disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf.
- 18) Fernando A, Wagner, Catalina González-Forteza, Sergio Sánchez-García, Carmen García-Peña, Joseph J. Gallo. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*. 2012 Enero-Febrero (citado 2019 julio 15); Vol. 35: pág. 3-11.

- 19) José M. Calvo-Gómez, Luis E. Jaramillo-González. Detection of major depressive disorder in primary care patients. A review. Rev. Fac. Med. 2015 (2019 julio 15); Vol. 63 No.3: Pag. 471-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.46424>.
- 20) Elsy A. Pérez-Padilla, Víctor M. Cervantes-Ramírez, Nayeli A. Hijuelos-García, Juan C. Pineda-Cortés, Humberto Salgado-Burgos. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Rev Biomed 2017 (citado julio 2019); vol 28, (2):89-115. Disponible: en <http://www.revistabiomedica.mx>
- 21) Alberto Botto, Julia Acuña, Juan P Jimenez. La depresión como un diagnóstico complejo. Rev Med Chile. 2014 (citado julio 2019); vol 142: pag. 1297-1305.
- 22) Geoffrey m. Reed, Jose L Ayuso-Mateos. Towards a more clinically useful International World Health Organisation classification of Mental Disorders. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc) 2011 (citado julio 2019); ;4(3): pag. 113-116. doi:10.1016/j.rpsm.2011.04.003.
- 23) Aina Oliver-Quetglas, Elena Torres, Sebastià March, Isabel M. Socías, Magdalena Esteve. Factores de riesgo de síndrome depresivo en adultos jóvenes. Actas Esp Psiquiatr 2013 (citado julio 2019); 41(2): pag. 84-96.
- 24) Sociedad Española de Psiquiatría, última actualización 05/10/2019, (citado 05/10/2019) disponible en: <https://psiquiatria.com/glosario/depresion-por-consumo-de-sustancias>
- 25) Marta Torrens, Adriana Farre, Judit Tirado. Protocolos de investigación patología DUAL. Vol 1. Barcelona. EdikaMed, S.L. publicado 2016 (citado julio 2019).
- 26) Richter P, Werner J, Heerlein A, Kraus A, Sauer H. On the Validity of the Beck Depression Inventory. Psychopathology. 1998;31(3):160-168.
- 27) 16. Sanz, J. 50 años de los inventarios de depresión de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2013;34(3):161-168. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77828443001>

- 28) Organización Mundial de la Salud, actualizada 2019 (citado septiembre 2020), disponible en: expocoaching.net/articulos/articulos-area-bienestar/la-adolescencia-la-tercera-edad
- 29) “Early adulthood development psychology” en: All Psychology Careers. Recuperado en: 05 Julio 2018 de All Psychology Careers: allpsychologycareers.com.
- 30) Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. (Citado septiembre 2020). Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/investigacion/pobjoven/>
- 31) HERNÁNDEZ-CORTAZA, Brenda Alicia, CORTAZA-RAMÍREZ, Leticia y BLANCO-ENRÍQUEZ, Francisca Elvira. Depresión y consumo de alcohol en estudiantes de una zona rural del Sur de Veracruz. Revista de Investigaciones Sociales. 2018, 4-14: 1-8.

ANEXOS

Anexo 1
Carta de consentimiento bajo información.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)	
Nombre del estudio:	PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS JÓVENES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.
Patrocinador externo (si aplica):	Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 2020
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Caracterizar la posible relación entre el patrón de consumo de alcohol y la presencia de depresión en Adultos jóvenes que acuden a la consulta externa de la UMF # 13 Tuxtla Gutiérrez Chiapas.
Procedimientos:	Encuesta directa y llenado de cuestionario
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNA
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Evaluar el grado de alcoholismo, depresión y ofrecer tratamiento en caso necesario, para ayudar a mejorar la calidad de vida.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se proporcionara si la participante lo solicita.
Participación o retiro:	Voluntario
Privacidad y confidencialidad:	Existe
Declaración de consentimiento:	
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Crear programas de apoyo a pacientes, asesoría por CENTRA
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RINCÓN
Colaboradores:	DRA. JULIETA CENTENO GAONA
En presencia de algunas dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participador podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto	<u>DRA JULIETA CENTENO GAONA</u> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	

CUESTIONARIO DE APLICACIÓN

Folio: ____



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Instructivo. ¡Buen día! En el presente cuestionario le solicitamos, de la forma más atenta y respetuosa, la información necesaria para el diagnóstico de la prevalencia y el tipo de depresión en pacientes que presentan consumo de alcohol. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, encierre en un círculo la opción que mejor se aplique a su caso. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Datos Sociodemográficos

Edad: ____ años	Escolaridad: 1. Analfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria 4. Secundaria 5. Bachillerato 6. Licenciatura 7. Posgrado	Estado Civil: a. Casado b. Unión libre c. Separado d. Divorciado e. Soltero f. Viudo	Género: 1. Masculino 2. Femenino
Ocupación: 1. Labores del Hogar 2. Estudiante. 3. Empleado 4. Desempleado 5. Jubilado / Pensionado			

Inventario de Beck

En el siguiente cuestionario encontrará varios grupos de afirmaciones cotidianas. Leer atentamente cada inciso de pregunta que se muestra. A continuación, favor de marcar cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo ha sentido su estado de ánimo durante la última semana de su vida diaria, incluyendo el día de hoy. Si dentro de una pregunta observa que hay más de una afirmación que encuentre parecida a su caso, marcarlas también. Asegúrese de leer, comprender y entender cada una de las afirmaciones dentro de cada grupo antes de seleccionar la que se aplique con más afinidad a usted, (se puntuará 0-II-II).

<p>i).</p> <ul style="list-style-type: none"> No me siento triste Me siento triste. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo 	<p>ii).</p> <ul style="list-style-type: none"> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. Me siento desanimado respecto al futuro. Siento que no tengo que esperar nada. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán
<p>iii</p> <ul style="list-style-type: none"> No me siento fracasado. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. Me siento una persona totalmente fracasada 	<p>iv</p> <ul style="list-style-type: none"> Las cosas me satisfacen tanto como antes. No disfruto de las cosas tanto como antes. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
<p>vi</p> <ul style="list-style-type: none"> No me siento especialmente culpable. Me siento culpable en bastantes ocasiones. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. Me siento culpable constantemente 	<p>vi</p> <ul style="list-style-type: none"> No creo que esté siendo castigado. Me siento como si fuese a ser castigado. Espero ser castigado. Siento que estoy siendo castigado
<p>vii</p> <ul style="list-style-type: none"> No estoy decepcionado de mí mismo. Estoy decepcionado de mí mismo. Me da vergüenza de mí mismo. Me detesto. 	<p>viii</p> <ul style="list-style-type: none"> No me considero peor que cualquier otro. Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores. Continuamente me culpo por mis faltas. Me culpo por todo lo malo que sucede

ix <ul style="list-style-type: none"> No tengo ningún pensamiento de suicidio. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. Desearía suicidarme. Me suicidaría si tuviese la oportunidad. 	x <ul style="list-style-type: none"> No lloro más de lo que solía llorar. Ahora lloro más que antes. Lloro continuamente. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
xi <ul style="list-style-type: none"> No estoy más irritado de lo normal en mí. Me molesto o irrito más fácilmente que antes. Me siento irritado continuamente. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme. 	xii <ul style="list-style-type: none"> No he perdido el interés por los demás. Estoy menos interesado en los demás que antes. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. He perdido todo el interés por los demás.
xiii <ul style="list-style-type: none"> Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. Evito tomar decisiones más que antes. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. Ya me es imposible tomar decisiones. 	xiv <ul style="list-style-type: none"> No creo tener peor aspecto que antes. Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo. Creo que tengo un aspecto horrible.
xv <ul style="list-style-type: none"> Trabajo igual que antes. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. Tengo que obligarme mucho para hacer algo. No puedo hacer nada en absoluto. 	xvi <ul style="list-style-type: none"> Duermo tan bien como siempre. No duermo tan bien como antes. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
xvii <ul style="list-style-type: none"> No me siento más cansado de lo normal. Me canso más fácilmente que antes. Me canso en cuanto hago cualquier cosa. Estoy demasiado cansado para hacer nada. 	xviii <ul style="list-style-type: none"> Mi apetito no ha disminuido. No tengo tan buen apetito como antes. Ahora tengo mucho menos apetito. He perdido completamente el apetito.
xix <ul style="list-style-type: none"> Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. He perdido más de 2 kilos y medio. He perdido más de 4 kilos. He perdido más de 7 kilos. Estoy a dieta para adelgazar SÍNO. 	xx <ul style="list-style-type: none"> No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
<ul style="list-style-type: none">). No he observado ningún cambio reciente en mi interés. Estoy menos interesado por el sexo que antes. Estoy mucho menos interesado por el sexo. He perdido totalmente mi interés por el sexo. 	<p style="text-align: center;">¡Muchísimas gracias!</p>

TEST AUDIT

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones de los cuales usted podrá revisar y entender. Por favor, lea con atención cada una, para que de forma atenta pueda contestar cada una de las preguntas, agradeciendo su participación en este proyecto

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0. Una o 2 1. Tres o 4 2. Cinco o 6 3. De 7 a 9 4. Diez o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	0. No 1. Sí, pero no en el curso del último año 2. Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0. No 1. Sí, pero no en el curso del último año 2. Sí, en el último año



GOBIERNO DE
MÉXICO



OFICIO: 070104252110/460/2020

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS A 11 DE SEPTIEMBRE DE 2020

DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RINCON
ASESOR

DRA. JULIETA CENTENO GAONA
MEDICO RESIDENTE
98077509.

Por medio de la presente notificarle de la NO INCONVENIENCIA de realizar su protocolo de investigación bajo el título : "PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESION EN ADULTOS JOVENES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF N° 13, DELEGACION CHIAPAS" por lo que esperamos vernos favorecidos de la información que emane de esta.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

Atentamente



IMSS
DIRECCIÓN
UMF 13

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas



Dr. Francisco Ricardo Escobar Diaz
N53 Director de la Unidad UMF 13
Blvd. Art. 123 Esquina Presa Chicoasen, Col. Las
Palmas, Tuxtla Gutierrez, Chiapas. CP. 29040
Teléfono: (01961)-6141388
francisco.escobardi@imss.gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal en Chiapas
Unidad Médica Familiar No. 13