



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR NO. 1  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**TEMA**

**“PREVALENCIA DEL CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES JOVENES DERECHOHABIENTES DEL HGZMF #1”**

**QUE PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO  
DEYDI GUADALUPE GARCÍA LÓPEZ**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**DR. JOSÉ FRANCISCO DUARTE ANDRADE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
CATEDRÁTICO TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. GABRIELA GARCÍA LAGUNA  
MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA  
ASESOR CLÍNICO**

**DR. MARIO JOAQUIN LÓPEZ CARBAJAL  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
ASESOR METODOLÓGICO**

**PERIODO DE LA ESPECIALIDAD  
2010 – 2013**

**POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

**M.C. ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL**  
**DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS**  
**DE LA SALUD DE LA U.A.E.H.**

---

**DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA**  
**JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA DEL IC Sa**

---

**DR. ERNESTO FRANCISCO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ**  
**COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

---

**DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN**  
**CATEDRÁTICA TITULAR Y ASESOR**  
**EN METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

---

**POR EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA**  
**COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE**  
**INSTITUCIONAL DELEGACIÓN DEL IMSS HIDALGO**

---

**DRA. ELBA TORRES FLORES**  
**COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD**  
**DELEGACIONAL IMSS HIDALGO**

---

**DRA. SILVIA CRISTINA RIVERA NAVA**  
**DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA**  
**Y MEDICINA FAMILIAR NO. 1, PACHUCA, HIDALGO, IMSS**

---

**DR. MARIO JOAQUIN LÓPEZ CARBAJAL**  
**JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**  
**DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y**  
**MEDICINA FAMILIAR NO. 1, PACHUCA, HIDALGO IMSS**

---

**DR. JOSÉ FRANCISCO DUARTE ANDRADE**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR CATEDRÁTICO**  
**TITULAR DEL PROGRAMA EN MEDICINA FAMILIAR**

---

**DRA. GABRIELA GARCÍA LAGUNA**  
**ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**  
**ASESOR CLÍNICO**

---

**DR. MARIO JOAQUIN LÓPEZ CARBAJAL**  
**MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**ASESOR METODOLÓGICO**

---

**Dedicatoria:**

**Dedico la presente tesis con todo mi amor y cariño:**

**A mi esposo Adrián y a mi hermosa hijita Audrey, todo el esfuerzo, los desvelos y los ratos que he tenido que estar sin ustedes ahora valdrán la pena, los amo con todo mi corazón.**

**A mi madre porque creyó en mí y porque me sacó adelante, dándome un ejemplo digno de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ti, hoy puedo ver alcanzada una de mis metas, ya que siempre estuviste impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sientes por mi, fue lo que me hizo ir hasta el final, porque admiro tu fortaleza y por lo que has hecho de mi.**

**A mi hermana Gina por estar conmigo y apoyarme en todo momento. Te amo, sin ti no lo hubiera logrado.**

**A mi profesor Dr. Duarte por todas sus enseñanzas no solo científicas sino de vida, por todo su apoyo siempre que lo necesité, lo quiero mucho.**

## **Agradecimientos:**

**A mi familia, que siempre me ha dado su apoyo incondicional y a quien debo la realización de esta meta profesional, por todo su trabajo y dedicación para darme una formación académica y sobre todo humanista y espiritual. De ellos es este triunfo y para ellos es todo mi agradecimiento.**

**A la UAEH y al IMSS que con el apoyo de una beca me permitieron desarrollar este trabajo de tesis y adquirir experiencia profesional.**

**A todas aquellas personas que han sido importantes para mí durante todo este tiempo; a mi amiga de guardia y a mi compañera y ahora amiga del servicio social, fue difícil pero lo logramos. A todos mis maestros quienes me enseñaron más que el conocimiento científico, el lado humano de nuestra gran profesión.**

## ÍNDICE

1. RESUMEN .....	6
2. MARCO TEÓRICO .....	7
3. JUSTIFICACIÓN .....	16
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	18
5. OBJETIVOS .....	18
6. HIPOTESIS .....	19
7. MATERIAL Y MÉTODOS .....	19
8. ASPECTOS ÉTICOS .....	23
9. RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD .....	24
10. RESULTADOS .....	25
11. DISCUSIÓN .....	35
12. CONCLUSIONES .....	37
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	38
14. ANEXOS .....	40

## 1. RESUMEN

**TITULO:** “PREVALENCIA DEL CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES JOVENES DERECHOHABIENTES DEL HGZMF #1”

**ANTECEDENTES:** A nivel mundial el consumo de alcohol. Ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad; es el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa. Constituye un importante problema de salud pública a nivel internacional y en América Latina, incluyendo a México. Los efectos sobre la economía, estabilidad social y el orden público son notorios en los grupos de población con mayor vulnerabilidad como lo es el de mujeres jóvenes, en quienes cada vez es mayor la prevalencia de consumo de alcohol así como sus repercusiones tanto en el aspecto de salud física y mental como en su entorno laboral y familiar. La cobertura de las necesidades crecientes de los países en cuanto a tratamiento y rehabilitación ha sido responsabilidad del sector salud y se han implementado estrategias de intervención oportuna para el tratamiento y rehabilitación a través de la vinculación de organizaciones tanto gubernamentales como no gubernamentales con las instituciones de salud.

**OBJETIVO:** El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia del consumo riesgoso de alcohol y los factores asociados en mujeres jóvenes derechohabientes del HGZMF#1

**MATERIAL Y METODOS:** Se realizó un estudio de prevalencia. En el que se incluyeron pacientes de género femenino con edades de entre 20 y 39 años derechohabientes del HGZMF #1. Del total de la población en estudio se tomó una muestra probabilística de 220 pacientes de los turnos matutino y vespertino de la consulta externa de medicina familiar. Se llevó a cabo en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar #1. Se aplicó el Test AUDIT para determinación del consumo riesgoso de alcohol, también se recolectó información socioeconómica mediante una hoja de datos.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Se calcularon las prevalencias de consumo riesgoso con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Para el reporte de datos demográficos y puntajes del AUDIT, se utilizaron medidas de tendencia central (porcentajes, promedios) y medidas de dispersión (desviación estándar), se tomaron como significativos cuando el valor de p sea menor de 0.05.

### **RECURSOS E INFRAESTRUCTURA**

El estudio se llevó a cabo utilizando el Test AUDIT de dependencia al alcohol y una hoja de datos estadísticos de los participantes, los cuales fueron aplicados por el investigador principal en el HGZMF #1.

### **EXPERIENCIA DEL GRUPO**

El presente es el primer estudio transversal para determinar prevalencia de consumo riesgoso de alcohol a realizarse por el grupo de estudio.

### **RESULTADOS**

Los resultados indicaron que 14.45% mostró consumo riesgoso, 84.1% se clasificó como consumo sin riesgo. Los factores que más contribuyeron al consumo riesgoso fueron: la edad mayor de 30 años, el menor grado de escolaridad, el estado civil casada y la falta de ocupación en trabajo remunerado. Estos resultados posibilitarán la reflexión de la necesidad de diseñar programas adecuados dirigidos a la prevención en este grupo de población vulnerable.

## 2. MARCO TEÓRICO

Durante mucho tiempo el alcoholismo fue considerado como un “vicio”, pero ahora existen varias definiciones, las más aceptadas son las de la Organización Mundial de la Salud, Keller, Jellinek y la del Consejo Nacional de Alcoholismo, todas están de acuerdo en que se trata de un trastorno crónico caracterizado por la ingestión de bebidas alcohólicas que interfiere con la salud y con el funcionamiento social y económico del individuo.(1,2)

El alcohol es una sustancia con propiedades analgésicas, anestésicas y depresoras del sistema nervioso central, con capacidad para producir tolerancia, dependencia psicológica y física al igual que los opiáceos. Es metabolizado principalmente por el hígado en donde se convierte en acetaldehído por medio de la enzima alcohol deshidrogenasa, luego el aldehído es oxidado y eliminado en esta forma. Los efectos dependen del ritmo de ingestión la cantidad de alcohol que se ingiera, su dilución y el estado de ayuno. La menstruación, el embarazo, la epilepsia, los traumas y el insomnio disminuyen la tolerancia al alcohol. (3,4)

Las tasas de alcoholismo entre familiares de alcohólicos son más altas que entre la población en general. Se ha encontrado incidencia de este trastorno en el 50% de los padres, 30% de los hermanos, 6% de las madres y 3% de las hermanas de los alcohólicos. Dentro de los esfuerzos por identificar las personas en riesgo de sufrir alcoholismo se ha encontrado asociación con la presencia de antígenos HLA, HLA-7, W10 y W16 genéticamente determinados y ausencia de anticuerpos autoinmunes HLA-13.4 (5)

El alcoholismo no tiene una etiología única, intervienen en su aparición múltiples factores; en la causalidad del alcoholismo no solo son importantes los factores sino la interrelación entre ellos, la cual juega un papel definitivo. El consumo de alcohol es una práctica que acompaña al hombre desde que se tiene memoria histórica. Los problemas que suscita el abuso son conocidos también desde hace mucho tiempo, al igual que las medidas que se han intentado para evitarlos. En México estos esfuerzos se realizan desde antes de la época colonial, y sus características han variado conforme los conceptos sobre el alcoholismo se ven modificados ante las nuevas evidencias científicas. Leyes, normas y reglamentos demuestran una preocupación permanente por los problemas de salud, económicos y sociales, originados en el abuso del alcohol o en su consumo irresponsable.(6)

El consumo de bebidas alcohólicas es una práctica arraigada en la cultura mexicana y su origen se remonta al periodo prehispánico. El alcohol ha estado vinculado a la vida religiosa, económica, social y política de los pueblos que habitaron nuestro país. Pero también el abuso y los problemas asociados son ya referidos en las primeras crónicas coloniales una vez que las restricciones con relación a las situaciones del consumo fueron modificadas y que la tensión social se incrementó entre los diversos grupos poblacionales. Durante el período colonial las medidas adoptadas por las autoridades incluyeron: la prohibición de la venta de bebidas embriagantes a los indios y la sustitución de bebidas destiladas por fermentados de menor graduación.(7)

Según la Organización Mundial de la Salud el consumo nocivo de bebidas alcohólicas causa 2,5 millones de muertes cada año. Unos 320 000 jóvenes mueren por causas relacionadas con el consumo de alcohol, lo que representa un 9% de las defunciones en ese grupo etario. El consumo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad; es el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa. El consumo de alcohol está relacionado con muchos problemas graves de índole social y del desarrollo, en particular la violencia, el descuido y maltrato de menores y el absentismo laboral.

Además de ser el factor de riesgo más importante para la salud en las Américas, especialmente entre los países de ingresos medios y bajos (Brasil, México, y la mayoría de los países latinoamericanos), el consumo de alcohol es aproximadamente 40 por ciento mayor que el promedio mundial. A pesar de las amplias variaciones subregionales, el valor promedio de consumo per cápita de alcohol, ponderado por población, en las Américas es de 8.7 litros, lo cual está muy por encima de la media global de 6.2 litros de consumo per cápita.

El consumo diario de alcohol es poco frecuente entre la población mexicana, sólo 8 de cada mil personas consumen todos los días, este tipo de consumo es más frecuente entre los hombres en una proporción de 7.5 hombres por cada 3 mujer y se incrementa con la edad. La forma de consumo de alcohol típica en la población mexicana es de grandes cantidades (5 copas o más para hombres y 4 copas o más para mujeres) por ocasión de consumo. Casi 27 millones (26 millones 828 mil 893) de personas de entre 12 y 65 años beben con este patrón, entre menos de una vez al mes y diario; indicando que aunque no beben con regularidad, cuando lo hacen, ingieren grandes cantidades, lo que evidentemente genera inmediatos riesgos para su salud, su seguridad y la de otros. Por otro lado, casi 4 millones (3 millones 986 mil 461) de personas beben grandes cantidades de alcohol una vez a la semana o con mayor regularidad (usuarios consuetudinarios). (8)

Por su parte, más de cuatro millones de mexicanos (4 millones 168 mil 63), presentan abuso o dependencia al alcohol; de éstos, tres y medio millones (3 millones 497 mil, 946), son hombres y más de medio millón (670 mil 117) 8 son mujeres. Actualmente hay más mujeres jóvenes que cumplen con el criterio de éstos trastornos que adultas, dato que sugiere que es un trastorno más reciente entre ellas. En México la mayor parte de los problemas reportados se asocian a la condición de abuso más que con la dependencia. Centros de Integración Juvenil, informó que de 25 mil 143 pacientes que solicitaron ayuda en 2008, el alcohol fue la principal sustancia que motivó la demanda de tratamiento (22.1 por ciento). (9)

En nuestro país, el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas es un grave problema de salud pública, relacionado con cinco de las 10 principales causas de defunción: las enfermedades del corazón, los accidentes, la patología cerebrovascular, la cirrosis hepática y los homicidios y lesiones en riña. Por otra parte, indicadores epidemiológicos muestran que el consumo de alcohol entre la población ha aumentado en los últimos 10 años, al igual que los problemas asociados a esta práctica. Los efectos dañinos del abuso en el consumo de bebidas alcohólicas en los planos individual, familiar y social son evidentes. Los problemas en la economía familiar se suman a los ocasionados por la violencia, por la disminución de la productividad y de la prosperidad individual y social, así como por el sufrimiento moral del propio bebedor y de terceras personas. (10)

Las mujeres se inician en el consumo de alcohol en edades más tardías que los varones, aunque ingieren su primera copa completa antes de cumplir los 18 años; la edad más frecuente para iniciar el consumo es entre los 18 y los 29 años, mientras

que en los varones se observan dos etapas importantes: entre los 12 y los 15 años y al llegar a la mayoría de edad. De este modo el consumo en el sector femenino de la población se ha incrementado en los últimos años con una disminución importante de la tasa de abstención, la cual se redujo de 63.5% en 1988 a 55.3% en 1998; entre los varones los índices disminuyeron de 27% a 23% en el mismo período. (11,12)

En México, las diferencias de género en lo que al consumo se refiere, aún son marcadas. La proporción de consumidores fuertes (5 copas o más por ocasión) se mantuvo estable, alcanzando 41% entre los varones y 8.3% entre las mujeres. En 1988, las tasas eran de 43 y 7%, respectivamente. No se presentaron cambios entre la población que reportó beber diariamente o casi diariamente, ya que esta pauta de consumo continúa siendo poco común: 4.8% en los varones y 0.3% entre las mujeres. De acuerdo a datos obtenidos de la más reciente encuesta nacional de adicciones del año 2008 la prevalencia de consumo alto de alcohol a nivel nacional en mujeres de 12 a 65 años es de 15.1% y a nivel estatal es de 14.9% con un Intervalo de confianza de 95%. (12)

Lo anterior evidencia la clara tendencia al incremento en el consumo de bebidas alcohólicas entre las mujeres, especialmente los grupos de mayor edad. A pesar de que las mujeres beben menos que los hombres, aquellas que lo hacen tienden a consumir cantidades mayores que éstos. Por otra parte, la mujer enfrenta una doble vulnerabilidad: una de carácter biológico, ya que desarrolla problemas de salud con menores dosis y en un menor tiempo de consumo que el varón, y otra de naturaleza social, al ser objeto de un mayor rechazo de la sociedad cuando presenta problemas con su manera de beber. A pesar de ello, la mayor parte de los programas de atención tanto en materia de prevención como de tratamiento, están diseñados para atender las necesidades de los hombres y muy pocos consideran la perspectiva de género a fin disminuir el consumo riesgoso o detectar tempranamente a las bebedoras excesivas. (13,14)

Las estrategias de los establecimientos que expenden bebidas alcohólicas, en particular los bares y discotecas, ofrecen a menudo el ingreso gratuito a las mujeres o promociones especiales dirigidas a ese sector de la población. Por ello, los programas preventivos deben poner énfasis en las diferencias de género, y en las estrategias tendentes a alertar a las mujeres sobre los riesgos del consumo excesivo. (15)

El alcoholismo y sus consecuencias, toman una forma distinta para hombres y mujeres. Esto está determinado, en parte por cuestiones biológicas, pero, de manera muy especial está dada por cuestiones de tipo social y cultural.

El consumo de alcohol es vivido de manera distinta por hombres y mujeres. Desde el punto de vista biológico se ha señalado que la mujer tiene mayor susceptibilidad a la intoxicación aguda de alcohol, así como de desarrollar enfermedad hepática seria o cáncer de mama. Desde el punto de vista social y cultural, la experiencia del consumo de alcohol es también distinta para hombres y mujeres, la estigmatización social por beber es más intensa en las mujeres que en los hombres y las pérdidas familiares también son más frecuentes. (16)

En la mujer el abuso del alcohol se manifiesta de manera diferente según la edad, el estado civil, la satisfacción con su rol, las discrepancias con su pareja en lo relacionado con la forma de beber, la depresión, el empleo y la pertenencia a determinados grupos humanos. En general, las mujeres adultas beben con menor frecuencia, en menor cantidad y presentan menos problemas asociados que los hombres de su edad. Sin embargo, el uso y el abuso del alcohol presentan en la mujer mayor asociación con la depresión, a diferencia del hombre, cuyo abuso de bebidas

alcohólicas se halla asociado más con el desorden de personalidad antisocial. Se considera que la depresión es el predictor más consistente de cronicidad de abuso del alcohol en la mujer. (17)

Se ha considerado que uno de los predictores más potentes del abuso del alcohol en la mujer es el abuso de las bebidas alcohólicas por su pareja. De hecho, se ha encontrado que las mujeres cuyas parejas abusan del alcohol reportan mayor frecuencia de intoxicación, mayor número de problemas asociados y mayor número de signos de dependencia alcohólica. Sin embargo, ni los hombres perciben de igual manera sus problemas de bebida como los perciben sus parejas, ni esta percepción es igual entre los grupos humanos. Por tanto, se considera que la asociación encontrada entre el abuso del alcohol en la mujer y el abuso del mismo en sus parejas está asociado más con las discrepancias entre los dos miembros de la pareja en relación con los patrones de bebida que con el mismo hecho de beber. (18,19)

Por rutina, solo cerca de 10% de los pacientes con serios problemas de alcoholismo son atendidos por el médico general. Además, es probable que la persona que hace el diagnóstico solamente pretenda detectar la dependencia al alcohol o manifestaciones avanzadas de la enfermedad, sin tener un conocimiento real de los diferentes problemas relacionados con el alcohol que pueden encontrarse en su práctica cotidiana. (20)

Un error común de los médicos es pensar que sólo se debe prestar atención a los pacientes que presentan el síndrome de dependencia al alcohol, cuando en realidad éste constituye la fase más avanzada del problema. Es por ello que el clínico debe familiarizarse con los datos clave del diagnóstico y tomar en cuenta que la dependencia al alcohol y los problemas relacionados con éste, no necesariamente se presenta en forma directa, sino a través de manifestaciones (signos y síntomas físicos, psicológicos y sociales), que pueden ser indicios del problema del alcoholismo.(21)

Es necesario estar alerta y tratar de elaborar un diagnóstico completo al principio del problema. La detección temprana puede servir para evitar el avance hacia la dependencia al alcohol o hacia un daño irreversible. Por otra parte, debe considerarse que el diagnóstico de alcoholismo constituye todavía un estigma social, a pesar del enorme progreso alcanzado en la comprensión del problema. Frecuentemente los profesionales de la salud deben proceder al establecimiento del diagnóstico sin la cooperación del paciente quien por lo general es incapaz de percibir la magnitud del problema. (22,23)

La OMS ha propuesto en su International Classification of Diseases, décima revisión (ICD-10), una serie de características para cada una de esas dos condiciones. Junto con la clasificación de la American Psychiatric Association (APA), conocida como DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), constituyen las dos más usadas, por lo demás muy parecidas en sus postulados, ya que se basan en el concepto de «síndrome de dependencia del alcohol». (24)

«Abuso del alcohol» y «consumo riesgoso» son categorías muy usadas, la primera por la DSM-IV y la segunda por la ICD-10, que se refieren a la ingestión excesiva sin dependencia verdadera. Se trata de un concepto que con las revisiones sucesivas ha venido ampliándose, de tal modo que se da cada vez más importancia a ciertos comportamientos. La característica principal es que el bebedor excesivo va «haciendo su vida alrededor del alcohol», perdiendo progresivamente interés en sus otras actividades. Si esto último ocurre con claridad, junto con la pérdida de control de la ingestión de alcohol, actualmente se tiende a considerar al individuo como un

verdadero dependiente, aunque no sea muy evidente la sintomatología de la abstinencia. Cuando están presentes el consumo compulsivo (pérdida del control), la tolerancia progresiva y los síntomas de abstinencia, no cabe duda de que se está ante un síndrome de dependencia del alcohol. (25)

Sin embargo, la OMS acepta el término «alcoholismo», de uso generalizado, para utilizarlo ante el público en general. En los términos más simples, el alcoholismo puede definirse de la siguiente manera: «Es un estado patológico físico y a la vez psicológico, un trastorno de la conducta que se caracteriza porque el individuo bebe alcohol en exceso, más de lo aceptado socialmente, a pesar de que sabe que esa conducta es la causa de los problemas de salud, familiares y sociales que ya padece».

### **Criterios Diagnóstico para el Abuso del Alcohol (DSM-IV)**

1. Un patrón desadaptativo de abuso de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por uno (o más) de los siguientes, durante un período de 12 meses:

- a) Consumo recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o pobre rendimiento laboral relacionados con el consumo de la sustancia; ausencias relacionada con la sustancia, suspensiones o expulsiones de la escuela; descuido de los niños o de las obligaciones del hogar)
- b) Consumo recurrente del alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
- c) Problemas legales repetidos relacionados con el alcohol (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido al alcohol)
- d) Consumo continuado del alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

2. Estos síntomas no cumplen nunca los criterios de dependencia del alcohol.

### **Criterios Diagnóstico para la Dependencia del Alcohol (DSM-IV)(26)**

Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por tres (o más) de los siguientes 7 criterios, que ocurran en cualquier momento, de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:
  - a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
  - b) Efecto marcadamente disminuido con el consumo continuado de las mismas cantidades de alcohol
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes:

- a) El síndrome de abstinencia característico para el alcohol
  - b) El alcohol es ingerido para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. El alcohol es frecuentemente ingerido en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que inicialmente se pretendía
  4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol
  5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo del alcohol o en la recuperación de los efectos del mismo
  6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol
  7. Se continúa ingiriendo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que son causados o exacerbados por el consumo del alcohol (p. ej., ingesta continuada de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

**Criterios Diagnósticos según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su apartado desórdenes mentales y de conducta derivados del uso de sustancias psicoactivas, subapartado Desordenes Mentales y de comportamientos derivados del uso de alcohol**

**F10.0 Intoxicación Aguda:**

- .00 Sin complicaciones
- .01 Con trauma o alguna lesión corporal
- .02 Con otras complicaciones médicas
- .03 Con delirios
- .04 Con desordenes perceptuales
- .05 Con coma
- .06 Con convulsiones
- .07 Intoxicación patológica.

**F10.1 Consumo Riesgoso**

**F10.2 Síndrome de Dependencia**

- .20 Actualmente en abstinencia
- .200 Remisión temprana

.201 Remisión parcial

.202 Remisión total

.21 Actualmente en abstinencia, pero en ambiente protegido

.22 En régimen de reemplazo (dependencia controlada)

.23 En abstinencia pero recibiendo tratamiento con fármacos bloqueadores

.24 Dependencia activa (uso actual de la sustancia)

.25 Uso continuo

.26 Uso episódico

### **F10.3 Estado de remisión**

.30 Sin complicaciones

.31 Con convulsiones

### **F10.4 Estado de remisión con delirio**

.40 Con convulsiones

.41 Sin convulsiones

### **F10.5 Desorden psicótico**

.50 similar a esquizofrenia

.51 Predominantemente alucinatorio

.52 predominantemente polimorfo

.53 Predominantemente con síntomas de psicosis depresiva

.54 Predominantemente con síntomas de psicosis maniaca.

.55 Mixto

El consumo riesgoso de alcohol se sitúa en un continuum de severidad y se define como un patrón de consumo de bebidas embriagantes que colocan al sujeto en riesgo de desarrollar problemas de salud y/o desemboca en francas complicaciones físicas y/o psicológicas (accidentes, victimización, violencia, dependencia al alcohol, cirrosis hepática, etc.) La prueba Alcohol Use disorders Identification Test (AUDIT), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, es actualmente el único instrumento diseñado específicamente para identificar el consumo riesgoso de alcohol. Se han diseñado diferentes cuestionarios de detección que tienen por objeto ayudar en la detección del bebedor excesivo.

De estos instrumentos de detección los que más se han investigado por su confiabilidad y validez son el test MAST (Michigan Alcoholism Screening Test); y el diseñado por de la Fuente y Kershenovich, un instrumento de tamizaje llamado AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), diseñado para la identificación temprana de bebedores con consumo excesivo de alcohol. Ambos fueron probados para su validez en la población mexicana. Los niveles de sensibilidad y especificidad fueron considerados como satisfactorios. Este último ha probado su utilidad en diferentes investigaciones, por lo que su uso es ampliamente recomendable (Babor, De la Fuente 1989). (27)

La Organización Mundial de la Salud ha evidenciado la necesidad de establecer estrategias integrales de salud, donde además de la prestación de servicios, también se aborde la atención de las causas sociales, económicas y políticas que subyacen a los diversos problemas de salud.

El manejo integral del paciente con problemas relacionados al consumo de alcohol debe proporcionarse por personal de gran variedad de disciplinas, incluyendo médicos, trabajadores sociales, enfermeras, asesores y psicólogos con roles específicos para cada disciplina en los sitios de atención a la salud. (28)

Tomando en cuenta que los problemas que presenta la persona que consume alcohol en exceso, así como el consumidor de riesgo, son de muy diversa naturaleza, abarcan diferentes áreas y son cambiantes aún en un mismo individuo, un programa para su tratamiento y rehabilitación debe dividirse en varias fases todas ellas enfocadas a mejorar la calidad de vida del paciente sometido a tratamiento integral. Cada fase debe contemplar objetivos, estrategias, personal y métodos propios, por lo que debe constituir una verdadera unidad de acción, aunque estas fases deben interrelacionarse. De esta manera, los componentes del tratamiento incluyen el manejo de la abstinencia de alcohol y sus complicaciones, el manejo a largo plazo de la dependencia, incidiendo sobre los factores precipitantes o desencadenantes en la medida de lo posible y en la prevención de recaídas, se ha corroborado en estudios multinacionales el beneficio del tratamiento integral multidisciplinario en la mejora de la calidad de vida de pacientes con consumo riesgoso de alcohol y alcoholismo. (29,30)

En forma esquemática, las fases del tratamiento pueden dividirse en: a) Fase de intervención aguda; b) Fase de evaluación completa; c) Fase de rehabilitación, mantenimiento y prevención de recaídas.

Los objetivos de la fase de mantenimiento, rehabilitación y prevención de recaídas son: a) Promover y mantener la sobriedad; b) Promover la ingestión moderada (exclusivamente en aquellos casos en donde no se logra integrar el síndrome de dependencia y no existen problemas médicos, psiquiátricos y otras complicaciones psicosociales severas); c) promover alternativas para resolver situaciones críticas; d) corregir los factores precipitantes y asociados; e) tratar las complicaciones; f) aplicar estrategias preventivas de recaídas.(31)

Con la finalidad de cumplir los objetivos de tratamiento integral se emplean estrategias de manera simultánea como: Contrato terapéutico y seguimiento del paciente con visitas periódicas de revisión. Estrategias psicoterapéuticas. Asistencia a Grupos de Autoayuda. Agentes farmacológicos que promueven la sobriedad. (32)

Mediante el Acuerdo Presidencial correspondiente, se reglamentó la existencia del Consejo Nacional Antialcohólico, al que se encomendó como primera tarea la integración del programa de actividades, con base en el proyecto elaborado y coordinado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría de la Secretaría de Salud. El Consejo Nacional Antialcohólico fue posteriormente fusionado con los Consejos contra la Farmacodependencia y el Tabaquismo en uno solo, llamado ahora Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), creado el 8 de julio de 1986, con el objetivo de promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendentes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como promover y evaluar los Programas contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, el Tabaquismo y la Farmacodependencia.(33)

Se busca entonces, que todos los sectores de gobierno, en conjunto con la sociedad civil, las organizaciones públicas, sociales y privadas, participen tanto en la planeación, como en la puesta en marcha y seguimiento, de acciones integrales de prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción social, investigación, formación de profesionales y política pública, que garanticen: acceso universal a los servicios de salud, calidad en el servicio, equidad de género y aspectos de interculturalidad.(34)

La intervención en el área de atención primaria debe estar enmarcada en un modelo continuo, donde se tome en cuenta el patrón de consumo y la presencia o no de problemas asociados, orientada a conseguir la reducción o cese de este hábito en bebedores de riesgo y dependientes, respectivamente. (35)

### 3. JUSTIFICACIÓN

- JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

En México, el alcohol es la sustancia potencialmente adictiva que se utiliza con mayor frecuencia por adultos jóvenes y de estos uno de los sectores más vulnerables de la población representado por mujeres jóvenes consumidoras de alcohol se ha incrementado en los últimos años; la cobertura de las necesidades crecientes de los países en cuanto a tratamiento y rehabilitación ha sido responsabilidad del sector salud. Como respuesta han surgido, con frecuencia, numerosas instituciones y servicios terapéuticos que se suman a los servicios oficiales, los cuales plantean diferentes estrategias de rehabilitación. Frecuentemente las instituciones de salud dan la pauta para el funcionamiento de las instituciones no oficiales manteniendo vínculos con dichos servicios para canalizar oportunamente a pacientes con este problema para evitar posteriores daños a la salud, aunque estas acciones no son enteramente de competencia médica es tarea del equipo de salud de manera integral identificar a pacientes en riesgo, brindar orientación y canalizar oportunamente a dichos servicios.

- JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Se utilizarán dos instrumentos de recolección de datos, el Test AUDIT para determinación de consumo riesgoso de alcohol el cual consta de 10 ítems con validación vigente para población mexicana y una Hoja de Datos Estadísticos de 5 preguntas elaborada por el investigador para búsqueda de factores asociados.

- JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

El presente estudio contribuirá en la determinación de la prevalencia de consumo riesgoso de alcohol en un sector vulnerable de la población, para contribuir a la identificación y diagnóstico oportuno del problema y establecer una pauta para dar tratamiento integral y seguimiento por parte del equipo de salud en conjunto con instituciones no gubernamentales y gubernamentales expertas en la materia.

Existe, de hecho, en particular en esta unidad de salud (HGZ MF#1) un censo de adicciones, sin embargo no se ven reflejados en el mismo datos epidemiológicos acordes a lo esperado según la encuesta nacional de adicciones a nivel nacional y estatal, motivo por el cual se considera que la realización del presente estudio de investigación es de importancia para la institución, debido a que el diagnóstico y tratamiento de las adicciones en la población derechohabiente constituye un aspecto prioritario en la atención integral a la salud; con esto se contribuirá a la detección, diagnóstico y derivación oportuna de la población que se identifique con riesgo, para una intervención eficaz para prevención de futuros daños a la salud.

## **Aspectos Metodológicos:**

**Pertinencia:** El estudio es pertinente porque no existe un registro de la existencia de consumo riesgoso de alcohol entre la población de mujeres jóvenes derechohabientes del HGZ MF#1, este estudio determinara la prevalencia del consumo que permita dar a conocer la magnitud de presentación de este problema y tomar acciones multidisciplinarias para su prevención y tratamiento.

**Magnitud:** Actualmente se ha reportado una prevalencia estatal de consumo de alcohol que se encuentra dentro de la media nacional, y dentro de las causas de atención medica en mujeres jóvenes se encuentran problemas directa o indirectamente relacionados al consumo de alcohol los cuales tienen repercusiones en la salud tanto física como mental de este grupo de edad y género que podrían ser prevenibles de ser detectado y tratado el problema de consumo riesgoso de alcohol oportunamente.

**Trascendencia:** El presente estudio es de impacto para el médico familiar y el equipo multidisciplinario de salud debido al incremento de problemas de salud física y mental relacionados al consumo riesgoso de alcohol sobre todo en grupos vulnerables como lo es el de mujeres jóvenes.

**Relevancia:** Es relevante pues estudia la prevalencia asociada a factores de riesgo y permite determinar la existencia de una patología que de detectarse oportunamente se pueden establecer medidas para la prevención de sus complicaciones.

**Factibilidad:** Es factible ya que existe una población de 31,900 mujeres en el grupo de edad a estudiar y para la el desarrollo de la investigación se cuenta con los recursos materiales necesarios.

**Político:** La prevención de las enfermedades juega un papel muy importante dentro de los temas emergentes del sistema de salud a nivel nacional motivo por el cual la realización de esta investigación será de ayuda para determinar la existencia del problema para tomar las acciones preventivas necesarias.

**Administrativo:** De acuerdo a los lineamientos institucionales este estudio cumple con los criterios de organización institucional y se apega a la normatividad administrativa de la institución en coordinación con las autoridades correspondientes al área de medicina familiar de dicha unidad médica.

**Viabilidad:** Es viable puesto que un gran porcentaje de la consulta de medicina familiar esta representado por mujeres en este grupo de edad.

**Interesante:** Es interesante ya que muchas de las causas de demanda de consulta dentro de este grupo de edad pueden estar relacionadas al consumo riesgoso de alcohol

**Novedoso:** Es novedoso ya que a nivel estatal no se ha realizado la determinación de consumo riesgoso de alcohol en este grupo vulnerable y se cuenta con un subregistro de pacientes diagnosticados con problemas con el consumo de alcohol.

**Ético:** Por razones éticas debemos detectar los factores asociados al consumo riesgoso de alcohol en las mujeres jóvenes de manera oportuna, con la finalidad de prevenirlo, además de identificar a las mujeres que ya presentan este tipo de consumo, para poder referirlos y sean manejados para evitar complicaciones.

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En nuestro país, el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas es un grave problema de salud pública, relacionado con cinco de las 10 principales causas de defunción.

Las mujeres se inician en el consumo de alcohol en edades más tardías que los varones, la edad más frecuente para iniciar el consumo es entre los 18 y los 29 años. De este modo el consumo en el sector femenino de la población se ha incrementado en los últimos años con una disminución importante de la tasa de abstención.

Datos estadísticos con respecto a la prevalencia a nivel internacional, nacional y estatal reflejan que hay un porcentaje considerable de mujeres con alcoholismo, sin embargo estos datos no son acordes al compararlos con los registros que se tienen de este padecimiento a nivel institucional.

¿CUAL ES LA PREVALENCIA DE CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL EN MUJERES DE 20 A 39 AÑOS DERECHOHABIENTES AL HGZ MF #1 Y CUALES SON LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS?

#### **5. OBJETIVOS**

- **OBJETIVO GENERAL**

DETERMINAR LA PREVALENCIA DE CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL EN MUJERES JOVENES DERECHOHABIENTES DEL HGZ MF #1

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Conocer cuáles son los principales factores asociados al consumo riesgoso de alcohol en mujeres jóvenes derechohabientes del HGZ MF#1
2. Conocer la asociación entre edad y mayor consumo riesgoso de alcohol en mujeres jóvenes derechohabientes del HGZ MF#1.
3. Conocer la asociación entre grado de escolaridad y consumo riesgoso de alcohol en mujeres jóvenes derechohabientes del HGZ MF#1
4. Conocer la asociación entre el estado civil y consumo riesgoso de alcohol en mujeres jóvenes derechohabientes del HGZMF#1
5. Conocer la asociación entre la ocupación de las mujeres y consumo riesgoso de alcohol en mujeres jóvenes derechohabientes del HGZ MF#1

## 6. HIPÓTESIS

- Hipótesis General:

LA PREVALENCIA DE CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL EN MUJERES JÓVENES EN EL HGZ MF#1 ES MAYOR A LA PREVALENCIA ESTATAL DEL 15%.

- Hipótesis Nula:

LA PREVALENCIA DE CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL EN MUJERES JÓVENES EN EL HGZ MF#1 ES MENOR A LA PREVALENCIA ESTATAL DEL 15%.

## 7. MATERIAL Y MÉTODOS:

### **Descripción General del Estudio:**

Se realizó un estudio de tipo transversal, observacional, descriptivo y prospectivo en mujeres del grupo de edad de 20 a 39 años derechohabientes del HGZ MF# 1 con la finalidad de determinar la prevalencia de consumo riesgoso de alcohol así como los factores de riesgo asociados.

Se tomó una muestra de 220 mujeres calculada con la fórmula para poblaciones finitas, con edades comprendidas entre los 20 y 39 años de edad a quienes se les aplicara el Test AUDIT, que consta de 10 ítems para determinar la presencia de consumo riesgoso de alcohol, así como se recolectó información con una hoja de datos estadísticos que incluyó los principales factores de riesgo asociados al consumo de alcohol en una sola intervención y previa firma del consentimiento informado.

Para el reporte de datos demográficos y puntajes del AUDIT, se utilizaron porcentajes, promedios y desviaciones estándar. Se utilizaron las pruebas de contraste de medias (análisis de varianza) y de proporciones, dependiendo de la naturaleza de cada variable. Se calcularon las prevalencias de consumo riesgoso con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

### **Tipo de estudio:**

- **Observacional**
- **Descriptivo**

### **Tipo de diseño:**

- **Transversal**

## Universo de trabajo

Mujeres en el grupo de edad de 20 a 39 años de edad derechohabientes del HGZ MF # 1.

## Tipo de muestreo

**Probabilístico.** Tiene como principal característica que la unidad de estudio es elegida o seleccionada al azar, es decir en forma aleatoria en una o más de sus etapas. Cualquier unidad, elemento o individuo que forme parte de la población objeto de estudio tiene una probabilidad conocida o igual a la misma de cualquier otro individuo de la población seleccionada.

## Tamaño de muestra

Se calculó con la fórmula para prevalencia en poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z^2 \alpha p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2 \alpha p * q}$$

**N= Total de la población**

**Z $\alpha$ = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)**

**p= proporción esperada (en este caso 15%= 0.15)**

**q= 1-p (en este caso 1-0.15 = 0.85)**

**d= precisión (5%)**

$$n = \frac{[(31,900) (1.96^2)] * [(0.15 \times 0.85)]}{(0.05^2) (31,900-1) + 1.96^2 (0.15 \times 0.85)}$$

$$n = \frac{(31,900 * 3.8416) * (0.1275)}{0.0025 (31,899) + 3.8416 (0.1275)}$$

$$n = \frac{122,547.04 (0.1275)}{79.7475 + 0.489804}$$

$$n = \frac{15,624.7476}{80.237304}$$

$$n = 194.731712$$

El tamaño de muestra se calculó más el 15% de posibles pérdidas y fue un total de 220 mujeres derechohabientes entre 20 y 39 años de edad.

## **Lugar donde se desarrolló el estudio**

Hospital General de Zona y Medicina Familiar #1 Pachuca, Hgo.

## **Procedimientos**

Establecimiento del Grupo de Estudio:

Se realizó de acuerdo al cálculo del tamaño de muestra según el total de la población a estudiar y la prevalencia actual registrada para este grupo de edad.

Se realizó explicación del estudio a cada una de las participantes y previa autorización otorgada con firma de consentimiento informado.

Se aplicaron los instrumentos de recolección de datos (Test AUDIT y hoja de datos estadísticos por parte del investigador).

## **Análisis Estadístico**

### **Procesamiento de datos**

Se llevó a cabo un análisis descriptivo para obtener frecuencias simples y distribuciones porcentuales de las características de los sujetos de estudio, media y desviación estándar de variables continuas con distribución normal, o mediana y rangos intercuartiles, así como prevalencias con intervalo de confianza al 95%.

Para comparar variables nominales, se utilizó la prueba de chi cuadrada considerando valores significativos de  $p < 0.05$ .

Para el análisis multivariado se realizó un modelo de regresión logística con las variables siguientes del análisis bivariado, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19 para Windows.

## Criterios de selección

### - Criterios de inclusión

- Mujeres entre 20 y 39 años derechohabientes al HGZ MF #1
- Mujeres de 20 a 39 años que aceptaron participar en el estudio previa firma del consentimiento informado.

### - CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Mujeres que presentan algún grado de retraso mental.
- Mujeres que estuvieran embarazadas.

### - CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Aquellas participantes que no hayan completado el test.

## Operacionalización de las variables

### • VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
<b>Consumo Riesgoso de Alcohol</b>	Patrón de consumo de bebidas embriagantes que colocan al sujeto en riesgo de desarrollar problemas de salud y/o que desemboca en francas complicación.	Se tomará de acuerdo a los parámetros del Test AUDIT para consumo de alcohol	Cualitativa	Dicotómica*	- Con Consumo de riesgo - Sin Consumo de riesgo.

• **VARIABLES INDEPENDIENTES**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>
<b>Edad</b>	Es el espacio de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	Se preguntara en la hoja de datos cual es la edad del participante.	Cuantitativa	De razón	-Años
<b>Escolaridad</b>	Tiempo durante el cual un alumno asiste a cualquier centro de enseñanza. / Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes.	Se preguntara el nivel de escolaridad mediante una pregunta de opción múltiple en la que se utilizarán los niveles de escolaridad oficiales vigentes en nuestro país.	Cualitativa	Ordinal	-Preescolar -Primaria -Secundaria -Preparatoria o equivalente -Carrera Técnica -Licenciatura -Posgrado
<b>Estado Civil</b>	Situación o manera de estar de un individuo respecto a sus relaciones con la sociedad, desde el punto de vista legal	Se preguntará mediante una pregunta de opción múltiple en el instrumento de recolección de información	Cualitativa	Nominal	-Soltera -Casada -Unión Libre -Separada -Divorciada
<b>Ocupación</b>	Relativo al oficio o empleo que impide ocupar el tiempo en otra cosa	Se obtendrá la ocupación al preguntarle si realiza algún trabajo remunerado	Cualitativa	Nominal Dicotómica	-Trabaja - No trabaja

**8. ASPECTOS ÉTICOS**

Con base en la declaración de Helsinki, Filadelfia en 1964, la asociación médica mundial, Leyes y códigos de México, Ley General de Salud, Título segundo de los aspectos éticos en investigación en los seres humanos, capítulo 1, se considera: investigación sin riesgo, ya que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental, sin manipulación de variables; no será realizado en menores de edad, embarazadas ni otra población vulnerable.

El presente estudio contribuyó en la determinación de la prevalencia de consumo riesgoso de alcohol y factores asociados en mujeres jóvenes derechohabientes del instituto mexicano del seguro social, de tal forma que se persigue dar a conocer al clínico la prevalencia de este problema de salud en el grupo de población estudiado y con ello poder realizar la detección oportuna en el primer nivel de atención y con ello la derivación de la población que se identifique con riesgo, para una intervención eficaz para prevención de futuros daños a la salud.

Los instrumentos que se utilizaron se aplicaron de manera que los datos personales de las participantes permanecieron anónimos, respetando con ello la confidencialidad de la información.

La obtención del consentimiento informado se realizó por parte del mismo investigador con el formato correspondiente que se presenta en la sección de anexos de la presente investigación.

## **9. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.**

### **Recursos humanos**

- Investigador: Dra. García López Deydi Guadalupe
- Asesor Metodológico: Dr. Mario Joaquín López Carbajal
- Asesor Clínico: Dra. Gabriela García Laguna

### **Recursos físicos y materiales**

El lugar para la realización de este estudio: Hospital General de Zona y Medicina Familiar # 1 Pachuca, Hgo.

Materiales: Carta de consentimiento informado, Test AUDIT, Hoja de datos estadísticos.

### **Recursos financieros**

No requirió de financiamiento. El estudio fue factible, ya que se trabajó con un grupo de mujeres derechohabientes del HGZ MF #1 que expresaron su consentimiento para la realización del presente estudio.

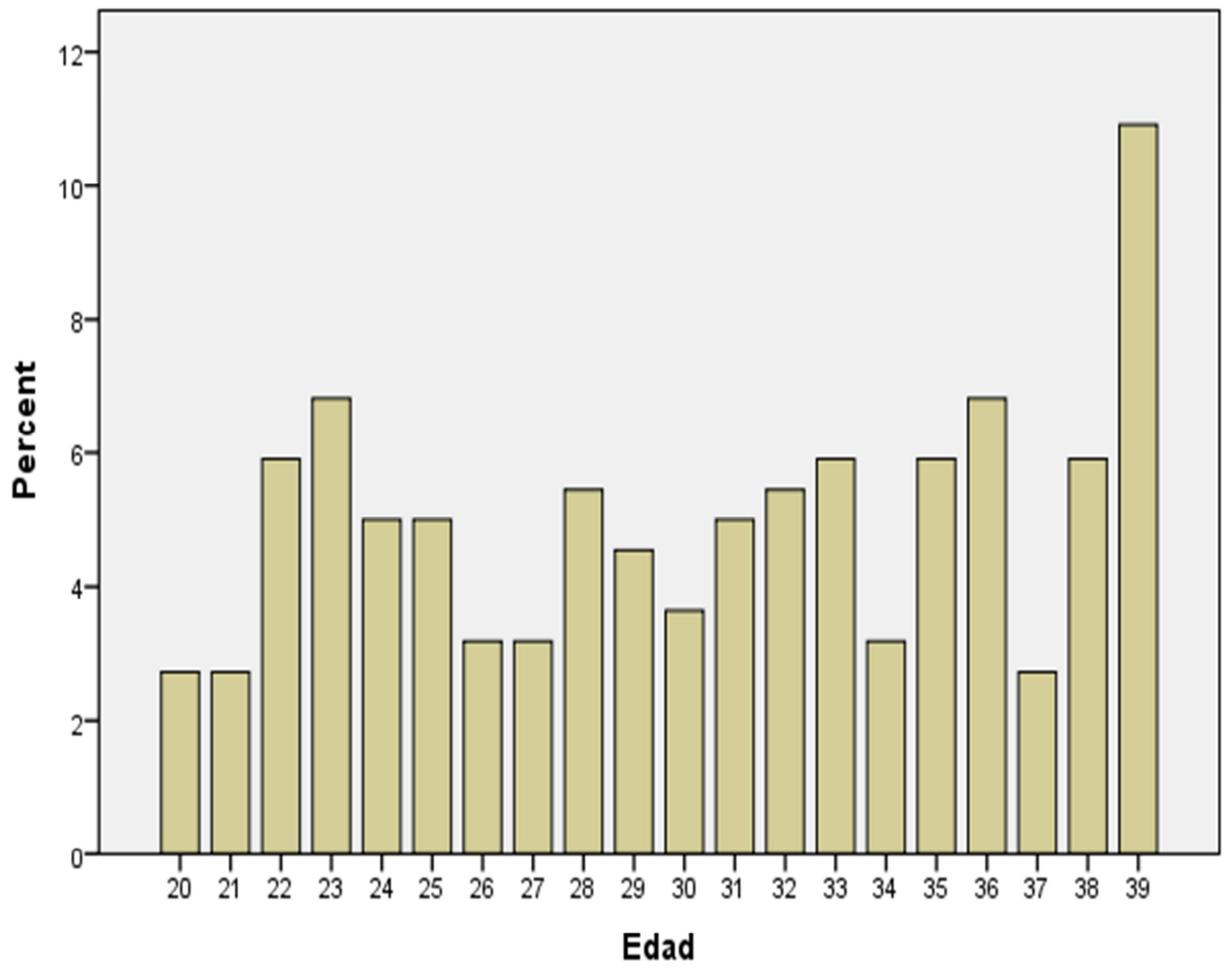
## 10. RESULTADOS

De acuerdo a los factores personales de los participantes del estudio, se observa que la edad promedio fue de 30.42 años, con un rango de 20 a 39 años (DE=5.94). En cuanto al estado civil el 29.5% menciono ser soltera, el 45% casada, el 5.5% separada el 16.4% vive en unión libre y el 3.6% es divorciada, observándose que el estado civil con mayor frecuencia es casada. La escolaridad con mayor frecuencia fue licenciatura con 30.9%, seguida de preparatoria 22.3%, secundaria 18.6%, técnica 17.3%, primaria 6.8%, posgrado 3.2% y ninguna 0.6%, con una DE=1.39. De acuerdo a la ocupación refieren tener un trabajo remunerado el 51.8% y sin trabajo remunerado el 48.2% DE= 0.501. A continuación se muestran las tablas y gráficas de frecuencia de cada uno de los factores personales.

### EDAD

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Valor	20	6	2.7	2.7
	21	6	2.7	5.5
	22	13	5.9	11.4
	23	15	6.8	18.2
	24	11	5.0	23.2
	25	11	5.0	28.2
	26	7	3.2	31.4
	27	7	3.2	34.5
	28	12	5.5	40.0
	29	10	4.5	44.5
	30	8	3.6	48.2
	31	11	5.0	53.2
	32	12	5.5	58.6
	33	13	5.9	64.5
	34	7	3.2	67.7
	35	13	5.9	73.6
	36	15	6.8	80.5
	37	6	2.7	83.2
	38	13	5.9	89.1
	39	24	10.9	100.0
	Total	220	100.0	

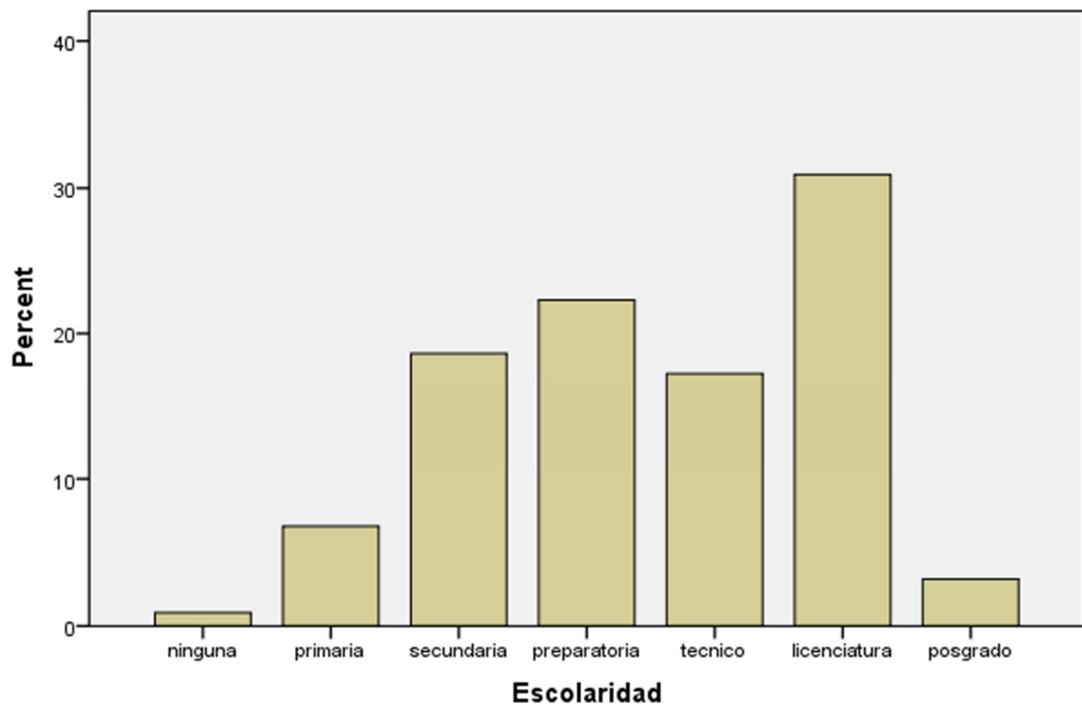
## Edad



### ESCOLARIDAD

		Frecuencia	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valor	ninguna	2	.9	.9
	primaria	15	6.8	7.7
	secundaria	41	18.6	26.4
	preparatoria	49	22.3	48.6
	tecnico	38	17.3	65.9
	licenciatura	68	30.9	96.8
	posgrado	7	3.2	100.0
	Total	220	100.0	
Total		220		

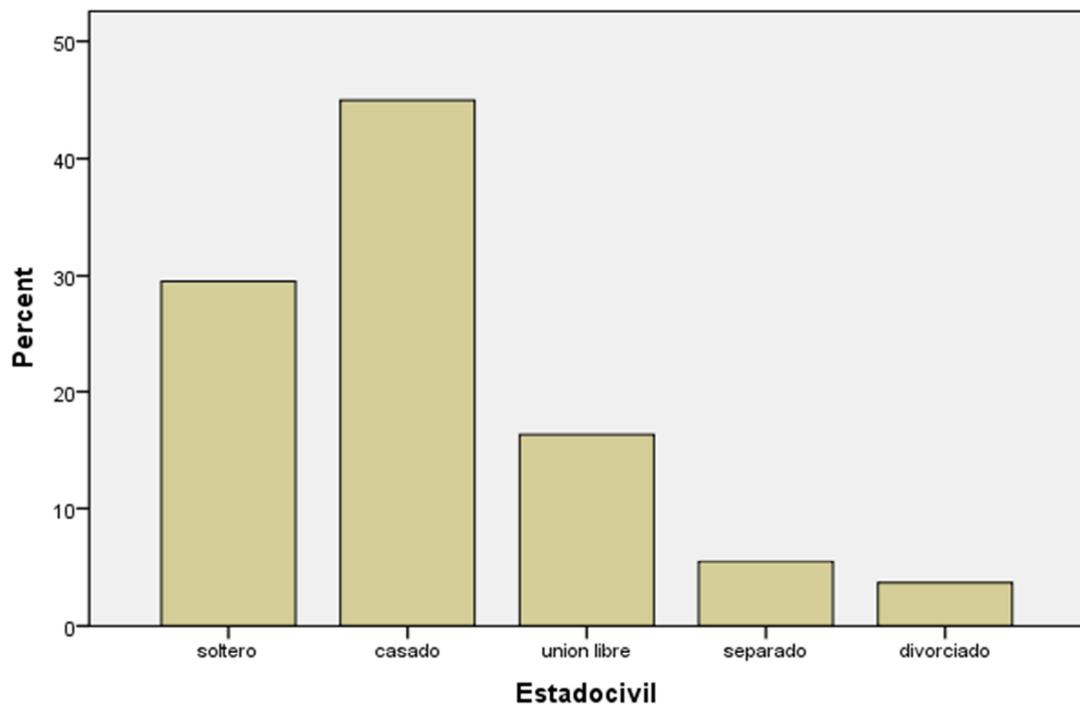
### Escolaridad



### ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Valor	soltero	65	29.5	29.5
	casado	99	45.0	74.5
	Unión libre	36	16.4	90.9
	separado	12	5.5	96.4
	divorciado	8	3.6	100.0
	Total	220	100.0	
Total		220		

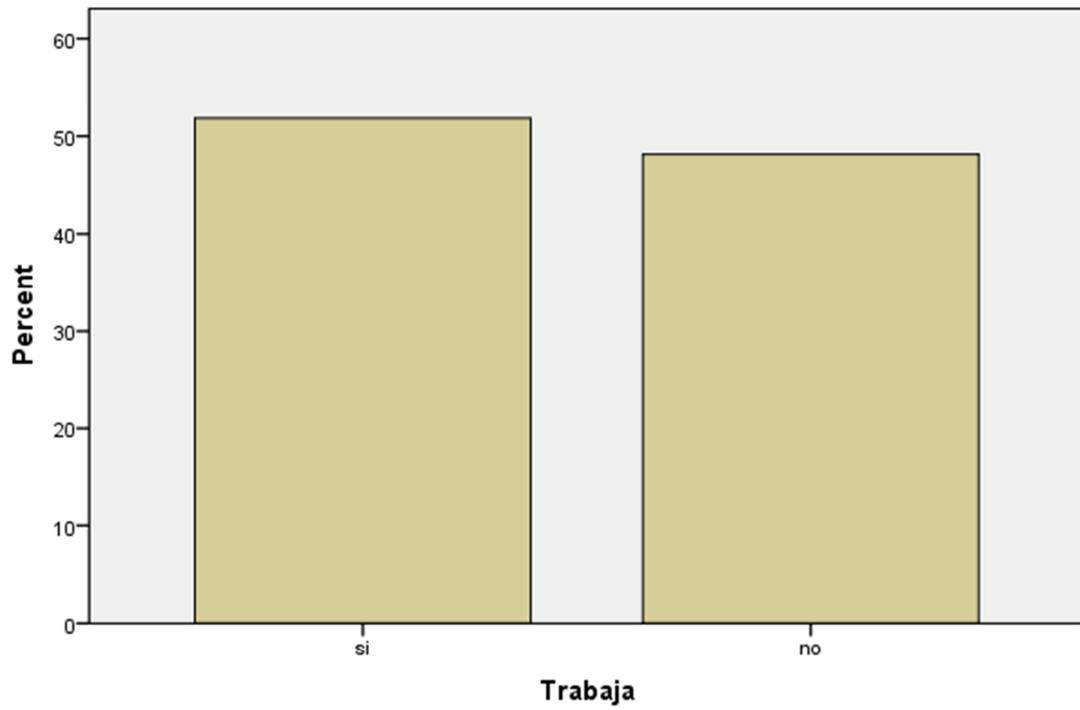
### Estadocivil



### TRABAJO

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Valor	si	114	51.8	51.8
	no	106	48.2	100.0
	Total	220	100.0	
Total		220		

### Trabaja



## Trastornos por consumo de alcohol

El promedio de puntuación en el AUDIT (rango de 0 a 40) fue de 3.56 (DE=3.58).

En la tabla 1 se identifica que más de las dos terceras partes son consumidores sin riesgo un 84.1% (IC 95% 79%-90%) y se identifican los consumidores de riesgo en un 14.45% con puntuación mayor de 8 (con una mediana de 2 y varianza de 12.859), se clasificó como consumo riesgoso, es decir, que en último año ha experimentado alguna de las siguientes consecuencias: remordimientos o sentimientos de culpa después de beber , no ha recordado lo que ha pasado la noche anterior debido al consumo, alguien ha resultado lastimado y que tenga amigos, familiares o personal de salud que le haya sugerido suspenderlo.

**AUDIT**

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Valor			
Sin riesgo	185	84.1	467.3
Consumo riesgoso	35	14.45	876.4
Total	220	100.0	
Total	220		

En la tabla 2 se muestran el consumo riesgoso de alcohol con relación a la edad, para tal efecto se aplicó la prueba chi cuadrada, del consumo riesgoso de alcohol por edad mostrando que aparentemente a mayor edad se revelan patrones de consumo con mayor riesgo, dado que el valor de p fue de 0.08.

AUDIT	Edad																				Total	
	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39		
SIN RIESGO	21	6	11	12	9	11	7	7	10	7	8	11	11	11	6	12	15	3	11	24	185	
	1	2.9	5	5.5	4.2	5	3.3	3.3	4.7	3.3	3.7	5	5	5	2.9	5.5	7	1.5	5	11	84.1	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
C. RIESGOSO	4	0	2	3	2	0	0	0	2	3	0	0	1	2	1	3	5	4	2	1	35	
	1.9	0	1	1.5	1	0	0	0	1	1.5	0	0	.5	1	.5	1.5	2.5	1.9	1	.5	14.4	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	5%	
Total	Count	6	6	13	15	11	11	7	7	12	10	8	11	12	13	7	13	15	6	13	24	220
	% of Total	2.7	2.7	5.9	6.8	5.0	5.0	3.2	3.2	5.5	4.5	3.6	5.0	5.5	5.9	3.2	5.9	6.8	2.7	5.9	10.9	100.0%

#### Prueba de Chi-Cuadrada

	Valor	Frec. Dist.	Asymp. Sig. (2-lados)
Pearson Chi-Cuadrada	337.894 <sup>a</sup>	304	.088
Razon de probabilidad	260.872	304	.965
Linea-por-Linea Asociacion	2.540	1	.111
N de casos validos	220		

En la tabla 3 se muestran el consumo riesgoso de alcohol con relación a la escolaridad, para tal efecto se aplicó la prueba chi cuadrada, del consumo riesgoso de alcohol por grado de escolaridad mostrando que a mayor grado de escolaridad se revelan patrones de consumo con mayor riesgo. Aunque el resultado no fue significativo como se observa en la tabla de chi cuadrada.

Audit	Escolaridad							Total
	Ninguna	primaria	secundaria	preparatoria	tecnico	Licenciatura	posgrado	
SIN RIESGO	2 .9%	14 6.5%	32 14%	40 16.9%	33 15.1%	57 26%	7 3.4%	185 84.1%
C. RIESGOSO	0 0	1 .5%	9 4.2%	9 4.2%	5 2.4%	11 5.2%	0 0	35 14.45%
Count	2	15	41	49	38	68	7	220
% of Total	.9%	6.8%	18.6%	22.3%	17.3%	30.9%	3.2%	100.0%

**Prueba Chi-Cuadrada**

	Valor	Frec. Dist.	Asymp. Sig. (2-lados)
Pearson Chi-Cuadrada	96.625 <sup>a</sup>	96	.463
Razon de probabilidad	94.929	96	.512
Linea-por-Linea	.084	1	.772
Asociacion			
N de casos validos	220		

En la tabla 4 se muestran el consumo riesgoso de alcohol con relación al estado civil, para tal efecto se aplicó la prueba chi cuadrada, del consumo riesgoso de alcohol por estado civil mostrando que en las mujeres casadas se revelan patrones de consumo con mayor riesgo.

		Estadocivil					Total
		soltero	casado	union libre	separado	divorciado	
Audit	SIN RIESGO	55 25%	83 37.8%	32 14.5%	7 3.3%	8 3.8%	185 84.1%
	C. RIESGOSO	10 4.6%	16 7.4%	4 1.9%	5 2.3%	0 0	35 14.45%
Total	Count	65	99	36	12	8	220
	% of Total	29.5%	45.0%	16.4%	5.5%	3.6%	100%

#### Prueba Chi-Cuadrada

	Valor	Frec. Dist.	Asymp. Sig. (2-lados)
Pearson Chi-Cuadrada	76.671 <sup>a</sup>	64	.133
Razon de probabilidad	67.086	64	.372
Linea-por-Linea Asociacion	.077	1	.782
N de casos validos	220		

En la tabla 5 se muestran el consumo riesgoso de alcohol con relación a la ocupación, para tal efecto se aplicó la prueba chi cuadrada, del consumo riesgoso de alcohol por ocupación mostrando un comportamiento similar, corroborado con el valor de p, el cual fue de 0.65, que nos dice que no hubo diferencias significativas.

Audit		Trabaja		Total
		si	no	
SIN RIESGO		97 44%	88 40.1%	185 84.1%
C. RIESGOSO		17 7.9%	18 8.4%	35 14.45 %
Total	Count	114	106	220
	% of Total	51.8%	48.2%	100%

**Prueba de Chi-Cuadrada**

	Valor	Frec. Dist.	Asymp. Sig. (2-lados)
Pearson Chi-Cuadrada	13.253 a	16	.654
Razon de probabilidad	15.446	16	.492
Linea-por-Linea Asociacion	.000	1	.992
N de casos validos	220		

## 12. DISCUSIÓN

El presente estudio identificó consumo riesgoso de alcohol y permitió analizar el efecto de algunos factores personales con los trastornos por consumo de alcohol en mujeres jóvenes.

Se identificó una prevalencia que de acuerdo al instrumento de tamizaje para determinación de consumo de alcohol, fue de 14.45% de la población estudiada mostró consumo riesgoso de alcohol. Las cifras de consumo riesgoso de alcohol, son inferiores a lo reportado en población general y en población de mujeres jóvenes, lo que indiscutiblemente refleja, que las mujeres jóvenes no presentan mayor riesgo para el consumo excesivo, perjudicial y dependiente de alcohol, que la población general. (11,12)

Se observan las diferencias del consumo riesgoso de alcohol por edad. Se mostró que las mujeres mayores de 30 años, aparentemente, tuvieron mayores proporciones del consumo riesgoso de alcohol, que las adolescentes menores de 30 años. Estos resultados concuerdan con estudios nacionales e internacionales, donde muestran que a medida que incrementa la edad, mayor es el consumo de bebidas alcohólicas. En este sentido es probable que mientras adquieren mayor Edad incrementen sus interacciones con otras redes sociales, enfrenta mayores presiones y situaciones de estrés y se expongan a mayores ofrecimientos de alcohol.

Así mismo se refleja que la relación de la edad con el consumo riesgoso de alcohol no es estático, cambia con el tiempo, ir creciendo puede significar pasar por etapas de tolerancia, en que se va variando la cantidad de alcohol consumido, ya que la capacidad metabólica de los bebedores habituales es mayor que la de las personas con un menor contacto. (17)

Los resultados encontrados en el presente estudio, permitieron sustentar que algunos factores personales mostraron efecto predictivo en el consumo riesgoso de alcohol.

El factor personal alto nivel educativo es un factor presente en las mujeres jóvenes, los resultados mostraron ser un factor predictivo para el consumo riesgoso de alcohol. Estos resultados no son consistentes con la literatura, donde se muestra que existe una asociación entre el tener problemas o dificultades escolares y la probabilidad del consumo de alcohol. Sin embargo este resultado podría no ser del todo válido por haber falta de tamaño de muestra. Esta asociación puede explicarse, ya que presentar problemas académicos, incrementa las respuestas negativas de los padres y maestros ante el fracaso escolar. Como respuesta a ello, se pueden inclinar más hacia el consumo de alcohol para disminuir la angustia que esto les causa. Y por otra parte los jóvenes muy involucrados en el consumo, deja de interesarles su desempeño académico. (17,18)

Otro factor personal que aparentemente mostró ser predictivo para el consumo riesgoso de alcohol es la ocupación a menor índice de ocupación incrementa el consumo riesgoso de alcohol, esto debido a la mayor cantidad de tiempo libre para ingerir bebidas alcohólicas.

Y por último la relación del consumo riesgoso con el estado civil la que mostró que las mujeres casadas presentan mayor tendencia al consumo riesgoso de alcohol que puede ser explicado por mayor frecuencia de afrontamiento de crisis familiares y problemas conyugales que orillan al mayor consumo de alcohol, así como al factor de violencia intrafamiliar mayormente observado en mujeres casadas. (18)

Consideramos que el presente estudio de investigación puede ser generador de hipótesis, ya que los factores asociados que se estudiaron, no fueron concluyentes, ya que el tamaño de muestra fue inadecuado.

Dentro de las propuestas, tendríamos algunas hipótesis de asociación como sería el caso de conocer la asociación entre consumo riesgoso de alcohol y el grado de escolaridad.

Aunque la intención era el cálculo de las variables para un análisis multivariado, no fue posible la realización del mismo dado que, la mayoría de las variables no mostraron significancia estadística y el modelo de regresión logística múltiple en automático no es significativo

### **13. CONCLUSIONES**

El presente trabajo concluyó con los siguientes resultados:

- La prevalencia de consumo riesgoso de alcohol en mujeres jóvenes derechohabientes del HGZ MF ·1 fue de 14.45%.
- Los factores asociados al consumo riesgoso de alcohol fueron: edad, escolaridad, estado civil y ocupación.

Se identificó que las cifras de consumo riesgoso de alcohol, son inferiores a lo reportado en población general y en población de mujeres jóvenes, lo que indiscutiblemente refleja, que las mujeres jóvenes no presentan mayor riesgo para el consumo excesivo, perjudicial y dependiente de alcohol, que la población general y con lo que se corrobora la hipótesis nula.

Se identificó un efecto no significativo de los factores personales como la edad, escolaridad y estado civil en los trastornos por consumo riesgoso de alcohol. Y un efecto significativo del factor ocupación.

Los resultados de este estudio contribuyen al conocimiento del médico familiar, así como, a disciplinas a fines, en una mejor comprensión del consumo de alcohol en población de mujeres jóvenes, así como a sumarse a la escasa literatura que existe en esta población.

Por lo tanto, la generación y confirmación de conocimiento sobre los factores personales asociados al consumo de alcohol para esta población posibilitarán la reflexión y en un futuro diseñar programas adecuados dirigidos a la prevención.

Para situar los alcances y las limitaciones del presente estudio, hay que señalar que, al tratarse de un estudio descriptivo, sus resultados sólo permiten identificar factores personales relacionados con los trastornos por consumo de alcohol, y establecer una pauta para el abordaje clínico de este grupo de población vulnerable.

## 14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diaz MR, Solis RL, Rodriguez VM, et. al. Programa de actualización continua en psiquiatría, Parte B Libro 2, marzo 2011; (1): 58-63
2. Salvador AA, Pérez CN. The role of genetics in alcoholism. An approach from diffuse logic. Facultad de Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana Nov. 2007: 40-47
3. Withlock EP, Polen MR, Green CA, et. al. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the u.s. preventive services task force. American College of Physicians 2009: 557-581
4. Davila E, Davila E, Jurczuk I, et. al. Protocolo de tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año XVII, marzo de 2008, 14,(3): 20-29
5. Wilsnack RW, Sharon CW, Kristjanson AF, et. al. Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational genacis. Society for the Study of Addiction. US government works archives of general psychiatry Addiction 2009, 104 (9):1487–1500
6. Seedat S, Scott MS, Matthias CA, et. al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the world health organization world mental health surveys, 2009;66(7):785-795
7. Nolen HS, Hilt L. Possible contributors to the gender differences in alcohol use and problems. J Gen Psychol. 2007;133(4):357-374
8. Organización Panamericana de la Salud. Un caso para la acción. Alcohol y Salud Pública en las Américas. Washington: PAHO, 2007: 1-15
9. SS, CONADIC, INPRFM E INSP. Quinta encuesta nacional de adicciones México. 2008: 61-64
10. D.F. Programa de acción: adicciones. Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas Secretaría de Salud Lieja 7, Col. Juárez 06696 México, (1), 2010: 25-40
11. Ethel A, Pablo B. Consumo de alcohol en la consulta de una sala de emergencia Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas Hospital Pablo Soria, San Salvador de Jujuy Medicina Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2008, 68 (1) : 31-35
12. Goudriaan AE, Grekin ER, Kenneth J. Decision making and response inhibition as predictors of heavy alcohol use Prospective study Alcoholism: Clinical and Experimental Research. The Research Society on Alcoholism Copyright 2011, 35 (6): 1050–1057
13. Kevin DS, Kehoe T, Taylor B, et. al. Alcohol-attributable burden of disease and injury in Canada, International Journal of Public Health 2012 , 57 (2): 391-401
14. Theodore DF. Moderate alcohol consumption and the risk of mortality Demography 2011, 48 (3): 1105-1125
15. Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony JC. Case ascertainment of alcohol dependence in general population surveys: “gated” versus “ungated” approaches. Int J Methods Psychiatr Res. 2007;16(3):111-123
16. Pollyanna RC, Nelson DE, Naimi TS, et.al. Impact of a New Gender-Specific Definition for Binge Drinking on Prevalence Estimates for Women Am J Prev Med. 2011 April; 40(4): 468–471
17. Dawson D A, Defining Risk Drinking Alcohol Research & Health 2011, 34 (2):15-19
18. Masten AS, Faden VB, Zucker RA, et.al. A Developmental Perspective on Underage Alcohol Use Alcohol Research & Health 2009, 32(1):35-37

19. Mann K, Ackermann K, Croissant B, et al. Neuroimaging of gender differences in alcohol dependence: Are women more vulnerable? *Alcoholism: Clinical and Epidemiological Research* 2007, 29(5): 896-901
20. Keyes KM, Grant BF, Hasin DS. Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the united states population. *Drug Alcohol Depend.* 2008, 93(1-2):21-29
21. Rahav G, Wilsnack R, Bloomfield K, et.al. The influence of societal level factors on men's and women's alcohol consumption and alcohol problems. *Alcohol Alcohol Suppl.* 2007;41(1):47-55
22. Andrew TA, Cheng MD, Shur-Fen G, et.al. Arch a 4-year longitudinal study on risk factors for alcoholism gen psychiatry FEB 2009, 61: 90-102
23. Hasin DS, Frederick SS, Ogburn E, et.al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of dsm-iv alcohol abuse and dependence in the united states results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions arch gen psychiatry/ JULY 2007, 64 (7):11-17
24. Eirini I, Vasilaki SG, Hosier MC. UK the efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review University of Wales, Bangor *Alcohol & Alcoholism* 2007, 41(3): 328–335
25. Diaz MA, Diaz MR, Hernandez AD, et.al. Prevalencia del consumo riesgoso de alcohol y factores de riesgo en en estudiantes universitarios.. *Salud Mental Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente D.F. México* Julio. Agosto 2008, 31 (004): 271-282
26. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Primera publicación en Estados Unidos por la American Psychiatric Association, Washington, D.C. Copyright 1994. Edición original Depósito Legal: B. 24.729 – 1995 (20), en nueva revisión que se publicara en mayo de 2013.
27. Declaración de adelaida sobre la salud en todas las políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en todas las Políticas, OMS Adelaida 2010.
28. Robert LK, Wall M, Potthoff S, et.al. The effect of alcoholism treatment on medical care use *Medical Care* 2007, 42, (4):26-29
29. Ken CW, Leitten W. Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school Setting University of Minnesota, Twin Cities Campus *Psychology of Addictive Behaviors American Psychological Association* 2007, 21(2): 249–254
30. Jalie AT, Simpson CA. The recovery spectrum from selfchange to seeking treatment *Alcohol Research & Health National Institute On Alcohol Abuse and Alcoholism of the National Institutes of Health.* 2011, 33 (4):131-136
31. Peter MM, O'Leary TT, Borsari B. Drinking among young adults screening, brief intervention, and outcome *Alcohol Research & Health National Institute On Alcohol Abuse and Alcoholism of the National Institutes of Health* 2007, 28 (6):39-42
32. Salme KA, Österberg EL. International perspectives on adolescent and young adult drinking. *Alcohol Research & Health National Institute On Alcohol Abuse and Alcoholism of the National Institutes of Health* 2007/2008, 28 (5):16-19
33. Collins L, McNair LD. Minority women and alcohol use, *Alcohol Research & Health National Institute On Alcohol Abuse and Alcoholism of the National Institutes of Health.* 2009, 26 (4):57-60
34. Mauricio Hernández Ávila NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-028-SSA2-2009, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES. 2009,(2): 36-37, 69-70
35. Hernandez Jurado JR, Ledesma FM, Lugo G, Mavárez AR, et.al. Estrategias de intervención en casos de consumo riesgoso de alcohol en la consulta de medicina familiar *Archivos en Medicina Familiar* abril-junio 2011, 13(1): 44-53

## 15. ANEXOS

FOLIO: \_\_\_\_\_

Nombre:

Num. Afiliación:

A continuación se te presenta una encuesta con 4 preguntas enfocadas a tus datos personales. Y un test de 10 preguntas, elige la que describa mejor tu situación.

1. ¿Cuál es tu edad?

\_\_\_\_\_ años

2. Grado de Escolaridad

- Ninguna
- Primaria
- Secundaria
- Preparatoria o equivalente
- Carrera Técnica
- Licenciatura
- Posgrado

3. Estado Civil

- Soltera
- Casada
- Unión Libre
- Divorciada
- Separada

4. ¿Realizas algún trabajo remunerado?

- Sí
- No

A continuación se muestra un test con 10 preguntas. Elija la que describa su situación.

1. ¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?

- Nunca  Una o menos veces al mes  2 a 4 veces al mes  2 ó 3 veces a la semana  4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?

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

3. ¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- Nunca  Menos de una vez/mes  Mensualmente  Semanalmente  
 A diario o casi a diario

4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?

- Nunca  Menos de una vez/mes  Mensualmente  Semanalmente  
 A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?

- Nunca  Menos de una vez/mes  Mensualmente  Semanalmente  
 A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?

- Nunca  Menos de una vez/mes  Mensualmente  Semanalmente  
 A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- Nunca  Menos de una vez/mes  Mensualmente  Semanalmente  
 A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?

- Nunca  Menos de una vez/mes  Mensualmente  Semanalmente  
 A diario o casi a diario

9. Tú o alguna otra persona ¿Han resultado heridos porque habías bebido?

- No  Sí, pero no en el curso del último año  Sí, en el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?

- No  Sí, pero no en el curso del último año  Sí, en el último año



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

**Nombre del Estudio:** “Prevalencia del consumo riesgoso de alcohol y factores asociados en mujeres jóvenes derechohabientes del hgzmf #1”

**Lugar y Fecha:** HGZ MF #1 Pachuca, Hgo. a \_\_ de \_\_\_\_\_ del 2012.

**Número de Registro:**

**Justificación y Objetivo del Estudio:** Este proyecto de investigación pretende determinar y dar a conocer la prevalencia de consumo riesgoso de alcohol en un sector vulnerable de la población, para contribuir a la identificación y diagnóstico oportuno del problema y establecer una pauta para dar tratamiento integral y seguimiento por parte del equipo de salud en conjunto con instituciones no gubernamentales y gubernamentales expertas en la materia.

**Procedimientos:** Se utilizarán dos instrumentos de recolección de datos, el Test AUDIT de determinación de dependencia al alcohol el cual consta de 10 ítems con validación vigente para población mexicana y una Hoja de Datos Estadísticos de 5 preguntas elaborada por el investigador para búsqueda de factores asociados. Se analizará la información obtenida de los test aplicados a los participantes y que cumplan con los criterios de inclusión para hacer el análisis estadístico de los datos.

**Posibles riesgos y molestias:** La realización de este trabajo de investigación no implica algún riesgo para los participantes, las posibles molestias únicamente incomodidad al contestar el Test usado para la recolección de información.

**Posibles beneficios que recibirá el usuario al participar en el estudio:** Contribuir a la identificación y diagnóstico oportuno del problema y establecer una pauta para dar tratamiento integral y seguimiento por parte del equipo de salud.

**Resultados y alternativas de tratamiento:** Realizar la detección oportuna de las pacientes con el problema de estudio e iniciar su tratamiento integral y derivación, en caso que lo requiera, a otro nivel de atención.

**Participación o retiro:** El estudio se realizará únicamente con quienes autoricen por medio de la firma del consentimiento su participación en el mismo, bajo conocimiento de los procedimientos del mismo, las participantes podrán retirarse del estudio en el momento en que lo decidan.

**Privacidad y confidencialidad:** La información obtenida de los tests aplicados será de uso confidencial del investigador y se realizará en forma anónima, no se darán a conocer datos de identificación personal de las participantes.

**En caso de recolección de material biológico (si aplica):**

- No autorizo 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 estudio futuros

**Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica.**

**En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:**

**Investigador responsable:** Deydi Guadalupe García López. Residente de Medicina Familiar HGZ MF#1 Tel. 7712387010.

**Colaboradores:** Dra. Gabriela García Laguna / Dr. M. Joaquin López Carbajal. Médicos Adscritos al HGZMF#1

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtemoc 330 4º piso Bloque “B” de la unidad de Congresos, Colonia Doctores. Mexico, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56276900 extensión 21230, correo electrónico:

[comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del sujeto

Dra. Deydi Guadalupe García López

Testigos:

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Etapa / Actividad	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE
Planeación del proyecto							
Realizado							
Marco Teórico							
Realizado							
Realización protocolo							
Realizado							
Protocolo enviado al Comité de Investigación							
Registro y autorización del proyecto							
Etapa de ejecución							
Recolección y almacenamiento de datos							
Análisis de datos							
Reporte final							
Impresión del trabajo final							