



**Centros de Integración
Juvenil, A.C.**

**Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones
9ª Generación**

2012 – 2013

Reporte de Investigación

Para obtener el Diploma y Cédula de
Especialista para el Tratamiento de las Adicciones

Tema:

Prevalencia del uso de alcohol en la población asistente al Centro de Salud
“Dr. Manuel Domínguez” de los SSPDF en la Delegación Cuauhtémoc.

Alumno:

Dr. Víctor Manuel Hidalgo Moreno

Asesor:

Dr. Edén Cristian Sánchez Rosas

INDICE

<i>TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.....</i>	<i>1</i>
<i>ANTECEDENTES.....</i>	<i>1</i>
<i>RELEVANCIA DEL ESTUDIO.....</i>	<i>6</i>
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</i>	<i>8</i>
<i>JUSTIFICACIÓN.....</i>	<i>10</i>
<i>METODOLOGÍA.....</i>	<i>12</i>
<i>INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....</i>	<i>16</i>
<i>TEST APLICADO.....</i>	<i>20</i>
<i>ÉTICA Y CONFIDENCIALIDAD.....</i>	<i>21</i>
<i>RESULTADOS.....</i>	<i>22</i>
<i>ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</i>	<i>32</i>
<i>DISCUSIÓN.....</i>	<i>34</i>
<i>CONCLUSIÓN.....</i>	<i>37</i>
<i>RECOMENDACIÓN.....</i>	<i>38</i>
<i>ANEXOS.....</i>	<i>39</i>
<i>BIBLIOGRAFÍAS.....</i>	<i>47</i>

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

Prevalencia del uso de alcohol en la población asistente al Centro de Salud “Dr. Manuel Domínguez” de los SSPDF en la Delegación Cuauhtémoc.

ANTECEDENTES

El abuso y la dependencia al alcohol tienen una elevada prevalencia, tiene un impacto psicológico, social y biológico para los sujetos y sus familias, asimismo, ocupa el segundo lugar como trastorno adictivo más extendido en el país.ⁱ

Este uso nocivo del alcohol causa o está relacionado al año con aproximadamente 2.5 millones de defunciones con una proporción considerable de personas jóvenes. Se considera que este problema ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de morbilidad mundial y es uno de los cuatro factores de riesgo de enfermedades no transmisibles importantes susceptibles de prevención y modificación.ⁱⁱ

Tanto en el plano individual como en el social, se han identificado diversos factores que influyen en los niveles y hábitos de consumo de alcohol, así como en la magnitud de los problemas relacionados con el alcohol en las comunidades, tales como pérdidas sociales y económicas importantes.

Estos factores son múltiples, los hay escolares (e.g. rechazo del círculo inmediato de compañeros), comunitarios (e.g. el entorno social domiciliario), familiares, etcétera

Si bien no existe un único factor de riesgo dominante, cuanto más factores de vulnerabilidad converjan en una persona, más probable será que desarrolle problemas a consecuencia de su consumo. Las repercusiones no sólo son sobre la incidencia de enfermedades, traumatismos y otros trastornos de salud, sino también afecta la evolución de otros padecimientos.

FARMACODINAMIA DEL ALCOHOL

El alcohol afecta específica y selectivamente la función de ciertas proteínas de membrana, entre las que se encuentran los canales de iones dependientes de receptor (GABA- y NMDA son los más sensibles a la acción del etanol). El etanol favorece la entrada de cloro por estímulo del receptor GABA, pero no todos los receptores GABA-A son sensibles al etanol ya que existe gran diversidad de subunidades que componen este receptor. Esta acción explica la tolerancia

cruzada que presenta el alcohol con otros depresores que actúan en el mismo complejo macromolecular del GABA-Canal de Cloro, las benzodiazepinas y los barbitúricos. El etanol actúa como inhibidor del receptor NMDA y reduce, por tanto, la actividad glutamatérgica. Cuando el consumo de alcohol es crónico, el organismo se adapta disminuyendo la actividad GABA-érgica y aumentando la del sistema glutamatérgico. También existen otros neurotransmisores implicados en la dependencia al alcohol. Tras la ingesta de alcohol, la liberación de dopamina está aumentada en algunas zonas del Sistema Nervioso Central y especialmente en el núcleo accumbens, la ingesta crónica produce una reducción en la liberación de este neurotransmisor y una hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos. Igualmente, el consumo de alcohol produce un aumento de la liberación de serotonina e incluso tras el consumo crónico se produce tolerancia a este efecto, de hecho se describe que los sujetos con dependencia presentan una cifras bajas de metabolitos de serotonina en el líquido cefalorraquídeo. La administración de fármacos con actividad dopaminérgica o serotoninérgica disminuye el consumo de alcohol.ⁱⁱⁱ

FARMACOCINÉTICA DEL ALCOHOL

Absorción: Ésta se inicia rápidamente en el estómago, duodeno y yeyuno proximal, es detectable en la circulación sistémica a la media hora, atraviesa el hígado, donde es metabolizado, siendo la capacidad metabólica hepática saturable, su tasa metabólica promedio va de 60 hasta 150 mg/kg/hora, cuando se sobrepasa, rápidamente sube la alcoholemia.

Distribución:

Metabolismo: ADH, ALDH y el sistema microsomal. El acetaldehído creado es una sustancia muy reactiva que junto con lípidos, proteína y ácidos nucleicos forma neoantígenos y radicales libres promoviendo a función autoinmune en la patogenia de la hepatopatía alcohólica. Estimula la síntesis hepática de colágena y la fibrogénesis, consume el glutatión reducido (que neutraliza radicales libres) y afecta el sistema antioxidante como de la vitamina E y el selenio.

Eliminación: Se elimina por el metabolismo hepático poco más del 90% a través de la formación de acetaldehído; el resto por la espiración, la orina y el sudor en 5 al 10%.

Algunos de sus efectos clínicos son:

Sistema Nervioso Central: Inicialmente produce pseudoexcitación por inhibición de inhibiciones con sensación de euforia, optimismo y aumento de la sociabilización, posteriormente aumenta el tiempo de respuesta, incoordinación muscular, alteración de la visión, excitación psicomotriz y en altas dosis depresión y coma. Deprime el centro respiratorio y vasomotor, la liberación de Hormona Antidiurética y la temperatura corporal.

Sistema Cardiovascular: en forma refleja aumenta la frecuencia cardiaca y la presión arterial, vasodilata y por liberación de histamina disminuye la contractilidad cardiaca originando en los consumidores crónicos cardiopatía hipo hemodinámica. Hay depresión vasomotora a nivel central.

Aparato Respiratorio: A dosis moderadas estimula en forma refleja e centro respiratorio, pero a mayores dosis lo deprime.

Aparato Digestivo. Aumenta la secreción de ácido clorhídrico y gastrina, a dosis altas inhibe el peristaltismo intestinal. Estimula la adenilciclasa con aumento 3,5 AMPc, incrementando la secreción de bicarbonato, agua y sodio a la luz intestinal.

Aparato Genital: disminuye la potencia sexual, hay atrofia testicular y a altas dosis hay relajación uterina.

INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA

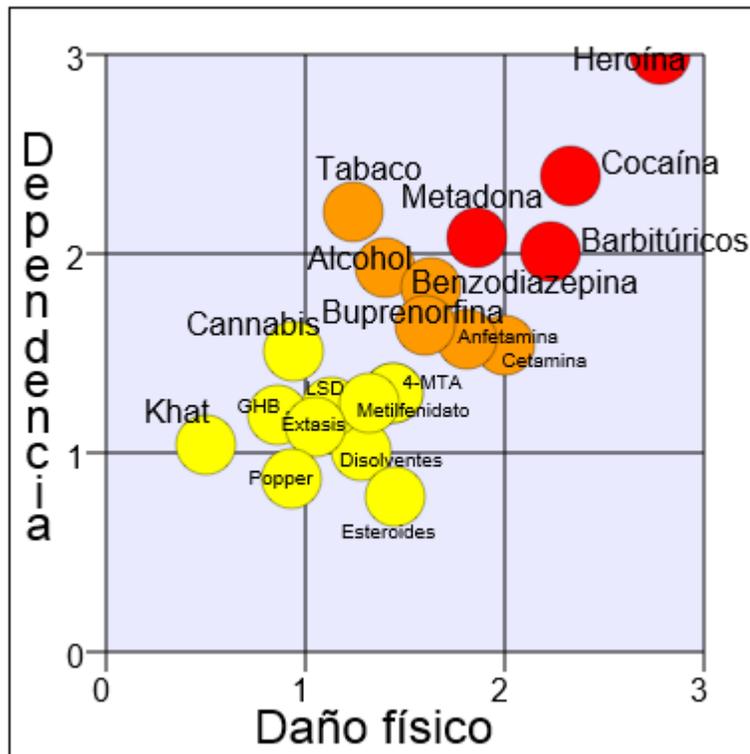
Inicia desde alcoholemias de 50 mg/dl y ante el consumo progresivo, se presentarán tres fases: excitación, embriaguez y coma, mientras el efecto neurotóxico del alcohol se extiende de centros superiores a vegetativos: cortex, sistema límbico, cerebelo, formación reticular y bulbo.

ALCOHOLEMIA

<i>FASE DE EXCITACIÓN O DESINHIBICIÓN</i>	
<i>Alcoholemia</i>	<i>Efecto:</i>
50- 100 mg/dl	No hay alteraciones detectables a veces, ligera incoordinación motora, alteraciones sensoriales incipientes.
75 – 100 mg/dl	Sociabilidad, conducción de automóvil es peligrosa.
100 – 150 mg/dl	Cambio anímico y conductual, ataxia incipiente.
150 – 200 mg/dl	Desinhibición, hipersociabilización, agresividad, inhibición, disartria, ataxia y

	alteraciones del pensamiento.
FASE DE EMBRIAGUEZ	
200 – 300 mg/dl	Disartria, incoherencias, ataxia, incapacidad para caminar, conductas desorientadas, vértigo, náusea y vómito.
FASE COMATOSA	
Mayores de 300 mg/dl	Estupor progresivo, pérdida de la bipedestación, habla ininteligible, evolución hacia el coma con hipotermia, bradicardia e hipotensión, muerte por paro respiratorio.

POTENCIAL ADICTIVO



Se conoce que el alcohol tiene un potencial adictivo, que si bien no es mayor que otras sustancias (i.e. la cocaína, la heroína y la nicotina), si existe una correlación entre el daño físico asociado a su consumo y el riesgo de desarrollar una dependencia.

Para el diagnóstico de la dependencia al alcohol la OMS proporciona la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud en su Décima Revisión con se puede ver en la siguiente tabla:

CRITERIOS CIE-10

1. Evidencias de tolerancia a los efectos del alcohol, de modo que se requiere un marcado aumento progresivo de la dosis de alcohol para lograr la embriaguez o efecto deseado, o un efecto marcadamente disminuido al seguir usando la misma cantidad de alcohol.

2. Estado fisiológico de abstinencia, cuando el consumo de alcohol se reduce o suspende, lo que se evidencia por un característico síndrome de abstinencia de la sustancia, de manera que se recurre al consumo de la misma, o de una similar, con la intención de aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

3. Persistencia en el consumo de alcohol, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, según lo evidencia el uso continuado de alcohol, aun cuando la persona es consciente –o cabría esperar que lo fuera– de la naturaleza y magnitud del daño.

4. Preocupación por el uso de alcohol, manifestado por: abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de alcohol; aumento de la cantidad de tiempo que la persona pasa tratando de obtener alcohol, consumirlo y recuperarse de sus efectos.

5. Disminución de la capacidad para controlar el uso de alcohol, ya sea al iniciar el consumo o para dejar de seguir bebiendo o para regular la cantidad; siendo prueba de ello que el consumo de alcohol aumenta en tiempo y cantidad, fracasando así los esfuerzos y deseos de reducir o controlar su consumo.

6. Deseo intenso y compulsivo de consumir alcohol.

RELEVANCIA DEL ESTUDIO

El consumo de alcohol es un factor causal en gran cantidad de enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y del comportamiento, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como lesiones derivadas de la violencia y los accidentes de tránsito. En el caso de las embarazadas, su consumo puede provocar síndrome alcohólico fetal y complicaciones prenatales. Recientemente se han establecido relaciones causales entre el consumo perjudicial y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/sida. ^{iv}

El consumo de alcohol y otros factores de riesgo contribuyeron al aumento de la carga de enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe y hoy en día, están causando más muertes prematuras y discapacidad en esta área que hace dos décadas.

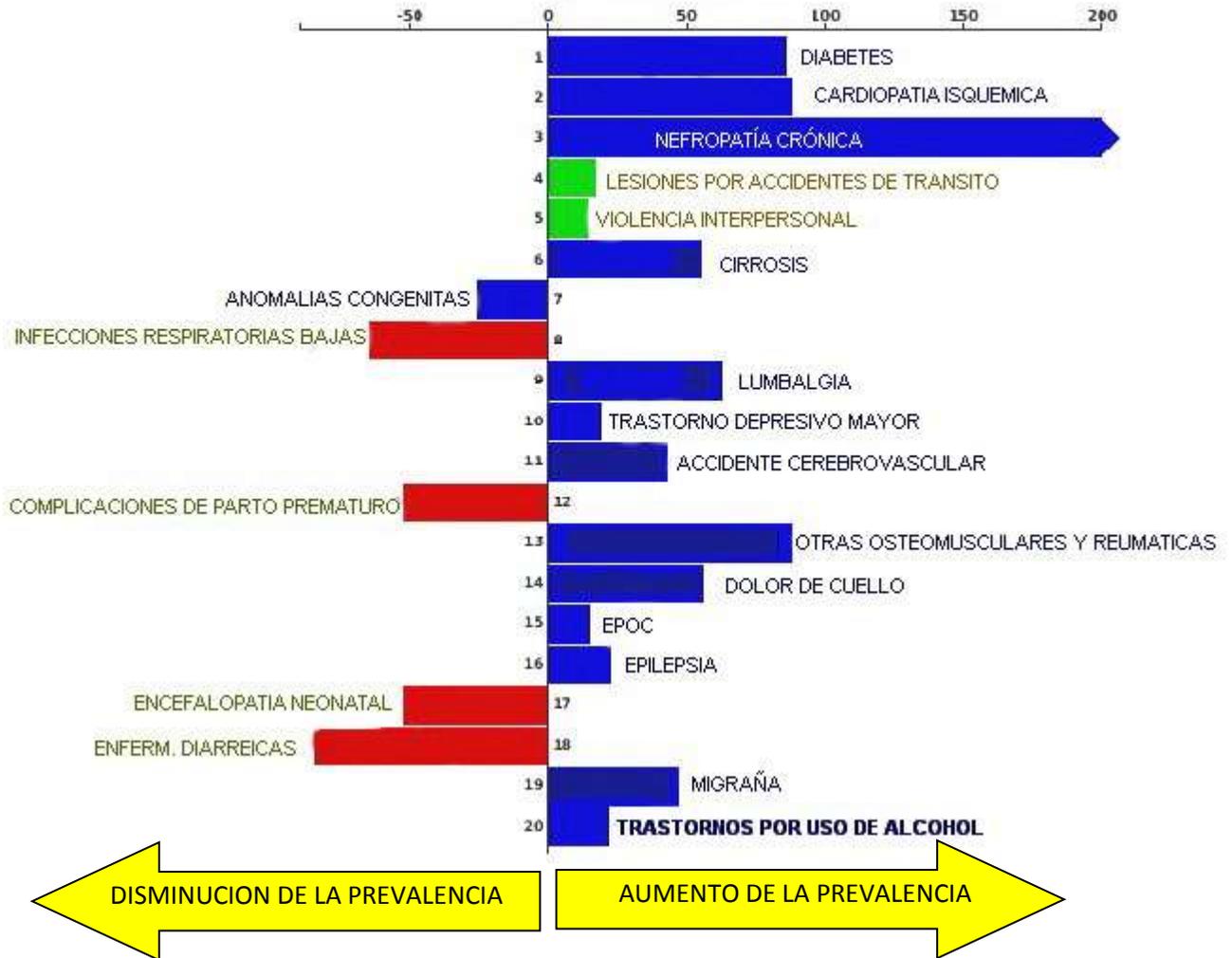
Para garantizar que un sistema de salud esté adecuadamente alineado con los verdaderos problemas de salud de una población, las autoridades formuladoras de políticas deben poder comparar los efectos de diferentes enfermedades que terminan con la vida de las personas prematuramente o el impacto económico/funcional que representan.

Para la medición del impacto del consumo del alcohol en la salud de la población se creó el indicador de “años de vida ajustados en función de la discapacidad” (AVAD) ^v, este cuantifica el número de años de vida perdidos como consecuencia de la muerte prematura y discapacidad. Un AVAD equivale a un año de vida sana perdido, es decir, amplía el concepto de años potenciales de vida perdidos por muerte prematura e incluye los años equivalentes de vida «sana» que se pierden a causa del estado de mala salud o discapacidad.

En este sentido, la siguiente gráfica muestra en que porcentaje se ha modificado la prevalencia de los padecimientos de 1990 a 2010. Las enfermedades que se encuentran a la izquierda ha mostrado una disminución de la prevalencia, en cambio a la derecha se muestran las que se han aumentado, estas incluyen a las enfermedades metabólicas relacionadas al consumo crónico del alcohol.

Cambios en las causas principales de AVAD en México, 1990-2010

% de cambio de AVAD totales 1990 - 2010



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por los problemas de salud que ocasiona, el alcoholismo es un gran problema de salud pública. Su panorama epidemiológico nacional muestra incrementos importantes en el consumo de alcohol de la población en general, de manera más importante entre los jóvenes. Un aspecto que llama la atención, es que la tolerancia social se mantiene alta, es decir, su consumo sigue siendo socialmente aceptado (Villatoro et al, 2011). En forma muy resumida, éstos son los resultados de las fuentes de información con que cuenta el país.

Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011. Alcohol

La tendencia del consumo de alcohol entre 2008 y 2011 reportó haber tenido un episodio de consumo alto por ocasión en el último año. En 2011 hay un aumento de la proporción de personas adultas consumidoras entre 18 y 65 años.

La cerveza sigue siendo la bebida de preferencia, incrementó significativamente. Esta misma la consume más de la mitad de la población masculina (53.6%) y una tercera parte de la población femenina (29.3%).

El segundo lugar lo ocupan los destilados y el tercer lugar lo ocupan los vinos de mesa.

Creció el número de bebedores poco más de la mitad (55%) de la población que ha consumido alcohol y que iniciaron antes de los 17 años, aunque el consumo diario sigue siendo poco frecuente en el país.

Encuesta de Estudiantes (2012)

Se estima que cuatro de cada 10 estudiantes consumió alcohol en el último mes previo a la encuesta y prácticamente dos de cada 10 estudiantes presenta abuso, además las diferencias entre hombres y mujeres tiende a desaparecer.

Centros de Integración Juvenil -CIJ-

De 25,665 personas solicitaron atención en 2009 el motivo de demanda de tratamiento por alcohol fue de 5,107 personas (19.9%).

En 2014 se detecta consumo de 4.6 hombres por cada mujer, 22 años edad promedio, inicio 10 a 14 años, el alcohol es consumido por 86.5%.

Centros Nueva Vida -UNEME CAPA- (2011)

En su información de 2011, se atendieron 5,437 casos; la droga de impacto referida fue alcohol en el 44.8% de los casos, de estos el 68% fueron hombres y 32% mujeres.

En los hombres, el 40.7% tienen como droga de impacto al alcohol, para mujeres la droga de impacto fue alcohol en 53%.

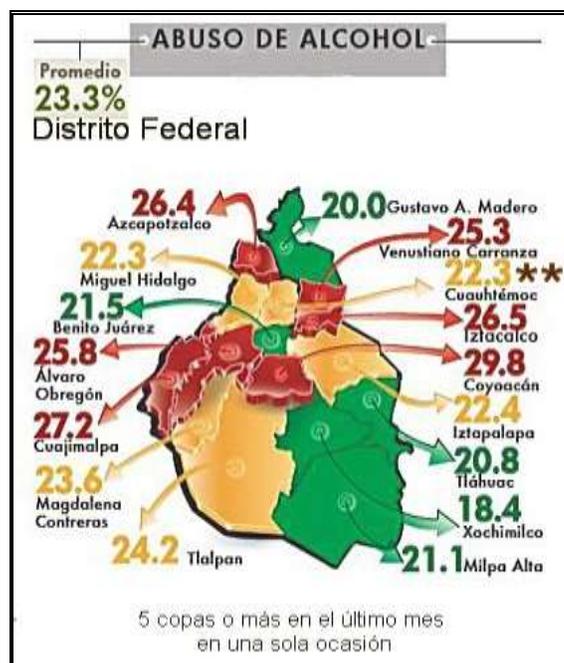
Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México -IAPA- (2012)

En relación a personas adultas mayores se reportó que el 32.3% de la población estudiada había consumido alcohol en los últimos 12 meses. Diferencias importantes prevalecieron entre los hombres (44.2%) y las mujeres (24.9%). El 27.1% de la población encuestada presentó consumo riesgoso de alcohol alguna vez en la vida.

JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud T-III “Dr. Manuel Domínguez” de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal está situado en la colonia Guerrero, de la Delegación Cuauhtémoc del Distrito Federal (anexo 2), una de las zonas con tendencia en el consumo de alcohol semejante a la media promedio en el Distrito Federal según la encuesta del Consumo de Drogas en Estudiantes.

En el mapa a continuación se muestra la distribución de usuarios que han consumido 5 o más copas por ocasión, en el DF y sus delegaciones (2012).



Fuente: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México. Panorama Epidemiológico. Mapa Temático Delegacional. México. 2012

En este, el Centro de Salud “Dr. Manuel Domínguez,” se atiende la consulta médica de primer nivel del sector poblacional adherido al sistema del Seguro Popular, al del Seguro de Gratuidad del D.F. o al sector no asegurado por alguna institución y una de sus actividades básicas de la unidad es la detección de riesgos y enfermedades.

Dentro de este rubro se cuenta con el formato institucional de detecciones “Cuestionario sobre el consumo de alcohol para mujeres y hombres” que utiliza el

cuestionario de **TWEAK** para las mujeres, al **AUDIT BREVE** para hombres y el **CAGE** para ambos sexos.

Este se incluye de forma no sistemática en los expedientes de pacientes entre los 14 y los 65 años de edad, y es resuelto en ocasiones por la enfermera o el médico que atiende la consulta, pocas veces por el paciente, y en otras muchas veces no es resuelto.

La información obtenida no es manejada por algún programa de adicciones estructurado y en los sistemas de información de la unidad hacia la Jurisdicción Sanitaria, no existe un reporte formal que lo entere y controle. Sólo depende del interés del médico o la solicitud específica del paciente para ser referido a algún servicio especializado.

Dentro de estos servicios, en la Clínica de Especialidades Médicas No. 5 de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, de la Jurisdicción Sanitaria Cuauhtémoc ubicada en la colonia Centro y en el Centro de Salud “Dr. José María Rodríguez” en la colonia Asturias, se instalaron recientemente dos Unidades de Especialidad Médica, Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME – CAPA), también conocidos como Centros Nueva Vida dependientes del Gobierno Federal.

Estos recursos especializados prácticamente no han sido utilizados hasta el momento por el Centro de Salud “Dr. Manuel Domínguez” para el manejo de sus casos relacionados con adicciones posiblemente por la razón de que no se investiga y se desconoce la prevalencia del problema adictivo al alcohol en los pacientes que acuden al Centro de Salud “Dr. Manuel Domínguez”, al carecer de una estadística actualizada de la población en relación a este tema.

Derivado de esta situación, no se tiene un programa interno de diagnóstico y manejo de estos casos que ayude a determinar que pacientes son los idóneos para invitar a manejo o para referenciar a las unidades especializadas de la zona.

METODOLOGÍA

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de usuarios de alcohol en la población clínica de un Centro de Salud de primer nivel de la delegación Cuauhtémoc del Distrito Federal?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de usuarios de alcohol y los factores demográficos (e.g. sexo, edad) y clínicos asociados al consumo, en los asistentes a los servicios médicos de primer nivel del Centro de Salud “Dr. Manuel Domínguez”, de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Cuantificar la proporción de sujetos con uso de alcohol en la población clínica de un Centro de Salud de primer nivel de la delegación Cuauhtémoc del Distrito Federal.
- Correlacionar los puntajes obtenidos en los cuestionarios Tweak, Audit y Cage con las variables demográficas (sexo y edad) y clínicas de la población de un Centro de Salud de primer nivel de la delegación Cuauhtémoc del Distrito Federal.

HIPÓTESIS

Se observará una alta prevalencia de usuarios de alcohol en los asistentes a los servicios médicos de primer nivel del Centro de Salud “Dr. Manuel Domínguez”, de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, identificándose los factores sociodemográficos y los motivos de consulta asociados.

METODOLOGÍA

a) TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo transversal a la población de pacientes asistentes a la consulta médica de primer nivel del Centro de Salud “Dr. Manuel Domínguez” de los SSPDF.

b) DURACIÓN DEL ESTUDIO

Se realizó en el transcurso de casi un año, de abril 2015 a marzo 2016.

c) DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

Para este estudio se tomaron los asistentes de 18 a 70 años, hombres y mujeres, sin discriminación de estado civil, escolaridad, ocupación, lugar de nacimiento, domicilio ni motivo de consulta.

d) CÁLCULO DE LA MUESTRA MÍNIMA REQUERIDA

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL:

Tamaño muestral en estudios donde se indagará sobre una prevalencia:

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

Donde:

n= tamaño idóneo de la muestra

N= población total de la que se extraerá la muestra= 2000

Z_{1-α}= nivel de confianza.... 0.99% = 2.58

p= proporción esperada..... 5% = 0.05

d= precisión, error máximo admisible.... 3% = 0.025

N= 2000
Z_{1-α}= 2.58
p= 0.05
d= 0.025

n= 404

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Asistentes al Centro de Salud “Dr. Manuel Domínguez”, por cualquier objetivo médico, dentro del horario de consulta médica.
Entre 18 a 70 años de edad, hombres y mujeres.
Personas que acepten verbalmente dar la información solicitada.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Cuestionarios incompletos o incoherentes.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Incapacidad para leer o entender el cuestionario

PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO

Se expusieron las bases de éste estudio al grupo médico y de enfermería del centro de salud, seleccionando a dos de cada uno de ellos, dispuestos a colaborar con la aplicación de los test a los usuarios asistentes que cumplieran con los criterios; en un segundo tiempo se les adiestró en el dominio del cuestionario.

DEFINICIONES

Cuestionario: instrumento estructurado con preguntas de tipo abierto o cerrado con la finalidad de obtener información sobre uno o varios temas.

Caso en riesgo: en el caso de las personas, es aquella que tienen mayor probabilidad que la persona promedio de resultar por lo general dañada de forma leve a grave o de temporal hasta permanente.

Sexo: Características biológicas que definen al individuo como hombre o mujer. Tipo de variable cualitativa nominal.

Edad: Años cumplidos hasta el día de aplicación del cuestionario. Tipo de variable cuantitativa discreta.

Prevalencia: Se denomina a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

Consumo Perjudicial: Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como hepatitis por inyección de drogas) o mental (como episodios depresivos secundarios a una ingestión masiva de alcohol). El consumo perjudicial comporta a menudo, aunque no siempre, consecuencias sociales adversas; sin embargo, estas consecuencias por sí solas no son suficientes para justificar un diagnóstico de consumo perjudicial. El término se introdujo en la CIE-10 y sustituyó a “consumo no dependiente” como término diagnóstico. El equivalente más aproximado en otros sistemas diagnósticos es “abuso de sustancias”, que normalmente incluye las consecuencias sociales.

Dependencia: En sentido general, estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. La dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas. Equivale, más o menos, al síndrome de dependencia recogido en la CIE-10. Este término se intercambia a menudo con el de adicción, alcoholismo o habituación. La dependencia psicológica o psíquica se aplica al deterioro del control sobre la bebida o sobre el consumo de la sustancia (ansia “craving”, compulsión), mientras que la dependencia fisiológica o física se refiere a la tolerancia y los síntomas de abstinencia.

Dependiente alcohólico sin complicaciones: hay dependencia física manifestada por la aparición de temblores severos, nerviosismo, insomnio, cefalea y sudoración en períodos de abstinencia.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Existe una amplia gama de entrevistas y cuestionarios que han demostrado su utilidad en la detección y diagnóstico de los trastornos relacionados con el uso de alcohol. No obstante, cabe reseñar que ni el más específico de los cuestionarios puede sustituir a la anamnesis y la exploración clínica a la hora de realizar el diagnóstico de alcoholismo, pero pueden complementarlas o bien ser usados con finalidades diversas.^{vi}

Para este estudio se utilizó el formato de entrevista institucional de los Servicio de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF) y Secretaría de Salud (SEDESA), llamado “Cuestionario sobre consumo de alcohol para mujeres y hombres”, que utiliza:

- un cuadro sobre los datos informativos de la unidad y el entrevistado.
- un cuadro de 5 preguntas del cuestionario TWEAK para mujeres.
- un cuadro de 3 preguntas sobre el cuestionario AUDIT BREVE para hombres.
- un cuadro de 4 preguntas del CAGE para ambos sexos.

Este cuestionario posee las siguientes características con buena evaluación de Sáiz,P.A. et al.^{vii}

- Puede ser aplicado a personas de diferentes sexos, edades, sin importar su estado socioeconómico.
- Es relativamente rápido, de bajo costo y fácil de administrar.
- Es fácil de aplicar por personal adiestrado, aunque posiblemente difícil de resolver por sí solo el entrevistado.
- Puede detectar diversas etapas de la enfermedad.
- Tiene una aceptable especificidad y sensibilidad.^{viii}

TWEAK: Acrónimo en inglés de Tolerance (Tolerancia), Worried (Preocupación), Eye-opener (Bebedor matutino), Amnesia y Cut down (Corte). Es un cuestionario desarrollado por Russell et al ^{ix} . Originalmente se trata de un cuestionario específico sensible para detectar casos en mujeres embarazadas. Se compone sólo de 5 ítems, de modo que cada respuesta positiva a los dos primeros equivale a 2 puntos, mientras que cada respuesta positiva a las 3 últimas cuestiones equivale a 1 punto. Se considera que un total de 2 o más puntos en una mujer indican consumo de alto riesgo y a partir de 4 puntos se consideraría alcoholismo. Su seguimiento reveló que éste test es más efectivo que la prueba T-ACE para

detectar consumo peligroso en mujeres y ha sido usado como prueba diagnóstica, en la población general y en todo tipo de pacientes de los servicios médicos.

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test o Test de Identificación de Desórdenes en el Uso del Alcohol, desarrollado de forma multicéntrica por la OMS^x con el fin de detectar de forma fácil y temprana el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en atención primaria. Este instrumento ha sido validado en nuestro país^{xi}. Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 ítems que abarcan el consumo de alcohol, la conducta asociada y los problemas derivados. Cada ítem cuenta con criterios operativos especificados para asignar las puntuaciones correspondientes. Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 ítems. En cada ítem, el valor de las respuestas oscila entre 0 y 4 (en los ítems 9 y 10 los valores posibles son tan sólo 0, 2 y 4). El valor de la puntuación total oscila pues entre 0 y 40. Puntuaciones entre 8-20 puntos (6-20 en el caso de mujeres) serían indicativas de consumo perjudicial. Puntuaciones superiores a 20, en ambos sexos, orientarían hacia la existencia de una dependencia. El consumo de riesgo se obtiene a partir de las preguntas 2 y 3.

Este test ofrece la ventaja de que identifica al bebedor de riesgo que no tiene criterios de dependencia e incluye indicadores de consumo problemático, de dependencia, del patrón de consumo y de la problemática actual y anterior. A partir de las tres preguntas relacionadas con el consumo de alcohol del AUDIT, se ha desarrollado el AUDIT-C^{xii}. Los resultados preliminares con este instrumento sugieren que constituye una adecuada herramienta de cribado para ser utilizada en atención primaria en la detección de grandes bebedores y/o pacientes con abuso y/o dependencia de alcohol.

Se han realizado investigaciones en una amplia variedad de países y culturas (Cherpitel 1995; Conigrave et al. 1995; Volk et al. 1997; Piccinelli et al. 1997; Powell y McInness 1994; Ivis et al. 2000; Lapham et al. 1998; Steinbauer et al. 1998), lo cual sugiere que el AUDIT ha cumplido su promesa como prueba internacional para identificación. Aunque la evidencia en mujeres sea algo limitada (Cherpitel 1995; Conigrave et al. 1995^a; Steinbauer et al. 1998), el AUDIT parece igualmente apropiado para hombres y mujeres.

AUDIT-C: incluye únicamente las tres preguntas del AUDIT sobre consumo de alcohol. Bush et al. (1998) evaluaron el AUDIT-C para uso perjudicial, dependencia o consumo de riesgo en población masculina. Aunque el AUDIT-C funcionó mejor que el AUDIT completo y el CAGE para identificar a bebedores de riesgo, el estudio quedó restringido a hombres, fue realizado en tres clínicas

médicas generales para veteranos y las entrevistas fueron realizadas por teléfono. Las entrevistas telefónicas pueden producir un sesgo significativo en los resultados (Kraus y Augustin, 2001). Gordon et al. (2001) utilizó el AUDIT-C para identificar bebedores de riesgo en una muestra amplia de atención primaria. El AUDIT-C demostró ser tan efectivo como el AUDIT, aun cuando no se establecieron los criterios para beber de riesgo sobre la base de juicios clínicos, sino utilizando medidas de frecuencia y cantidad obtenidas de un cuestionario autoadministrado. En general, el AUDIT-C demostró una sensibilidad de 54 a 98% y una especificidad de 57 a 93% para varias definiciones de consumo elevado (Fiellin et al. 2000^a). En Europa, un estudio a gran escala de cuestionarios para identificación de consumo de alcohol en atención primaria realizado en Bélgica (Aertgeerts et al. 2001), comparó el AUDIT completo con dos formas abreviadas (Bush et al. 1998; Gordon et al. 2001) y el cuestionario de cinco puntos (Seppä et al. 1998). Con un enfoque sobre la dependencia del alcohol, y no sobre el consumo perjudicial o de riesgo, el funcionamiento del AUDIT-C fue significativamente más deficiente que el del AUDIT completo en pacientes mujeres, pero comparó bien con otros cuestionarios.

Gual et al. (2002) compararon AUDIT-C con diagnósticos clínicos de beber de riesgo realizados por médicos del estudio, luego de entrevistar a pacientes que asistían a centros de atención médica primaria.

Las correlaciones entre las puntuaciones AUDIT-C, AUDIT completo y consumo de alcohol (en bebidas estándar) fueron positivas y altamente significativas.

AUDIT-C y AUDIT completo funcionaron de modo similar, con sensibilidades y especificidades equivalentes para detectar el beber de riesgo entre hombres y mujeres que asistían a centros de atención médica primaria. En hombres, la mejor puntuación de corte fue de 5 (sensibilidad 92.4%; especificidad 74.3%), y entre mujeres, la mejor puntuación de corte fue de 4 (sensibilidad 90.9% y especificidad 68.4%).

CAGE: C = cut down (disminuir el consumo), A = annoyed (irritado, molesto), G = guilty (culpable) y E = Eye-opener (bebida matutina para levantar la cruda), este cuestionario es muy útil en unidades de urgencias y poblaciones donde la prevalencia de alcoholismo o la probabilidad de abuso es alta, consiste en 4 preguntas con respuestas negativas o positivas que requieren menos de un minuto para hacerse. Sin embargo la prueba CAGE puede no detectar patrones de consumos bajos pero riesgosos.

Este cuestionario fue originalmente desarrollado en 1968 para detectar bebedores rutinarios, posteriormente fue validado en clínicas, hospitales y poblaciones para abuso de alcohol. Las tres primeras preguntas son consistentes y

complementarios con los criterios de abuso y dependencia del DSM 4. Según se acumulen respuestas afirmativas, en general mayor será la dependencia, así:

- 0-1: Bebedor social.
- 2: Consumo de riesgo. Sensibilidad >85% y especificidad de casi 90% para el diagnóstico de abuso / dependencia.
- 3: Consumo perjudicial.
- 4: Dependencia alcohólica.

TEST APLICADO



SECRETARÍA DE
SALUD

CDMX

CIUDAD DE MÉXICO



CUESTIONARIO SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL PARA MUJERES Y HOMBRES

Núm.Control _____

Fecha _____

a) Jurisdicción:		b) C.S.U.:		c) Núcleo básico:	
d) Nombre:			e) Edad (años cumplidos):		f) Sexo: Masculino (1) Femenino (2)
g) Estado civil: Soltero (1) Casado (2) Unión libre (3) Divorciado (4) Separado (5) Viudo (6)		h) Escolaridad: Sin escolaridad (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4) Licenciatura (5) Posgrado (6)			
i) Ocupación: Ama de casa (1) Estudiante (2) Subempleado/eventual (3) Comerciante (4) Empleado (5) Profesionista (6)			j) Lugar de nacimiento: Distrito Federal (1) Interior de la República (2) Otro (3)		
k) Domicilio y teléfono:					
l) Motivo de consulta:			m) Intervención: Consejo médico/psicológico (1) Referencia 2ª, 3er nivel (2) Referencia/Institución especializada (3) Grupo autoayuda (4)		

Encierre en un círculo el número de la respuesta correcta o que más se aproxime a sus características

MUJERES (TWEAK)	HOMBRES (AUDIT BREVE)
1. ¿Cuántas copas aguanta usted? 4 o más copas (2) 3 o menos copas (0)	1. ¿Qué tan frecuente toma bebidas alcohólicas? Nunca (0) Una vez al mes o menos (1) Dos o cuatro veces al mes (2) Dos o tres veces por semana (3) Cuatro o más veces por semana (4)
2. Durante el último año, ¿ha recibido alguna queja por parte de amigos cercanos o familiares sobre su consumo de bebidas alcohólicas? Sí (2) NO (0)	2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico o común? 1 ó 2 (0) 3 ó 4 (1) 5 ó 6 (2) 7 ó 9 (3) 10 ó más (4)
3. ¿Toma en ocasiones una copa inmediatamente después de levantarse? Sí (1) NO (0)	3. ¿Qué tan frecuente toma 6 ó más copas por ocasión? Nunca (0) Menos de una vez por mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) Diario o casi diario (4)
4. ¿Siente la necesidad de reducir su consumo de bebidas alcohólicas? Sí (1) NO (0)	
5. ¿Alguna vez un amigo o familiar le ha hablado de cosas que usted haya hecho o dicho cuando estaba bebiendo, de las cuales no recuerda? Sí (1) NO (0)	

4 o más puntos: probable dependencia
2 a 3 puntos: consumo peligroso o alcoholismo
De 0 a 1 punto: dudoso, aplicar AUDIT

0 a 3 puntos: bebe en forma responsable
4 a 7 puntos: bebe en forma riesgosa
8 ó más puntos: aplicar CAGE para determinar dependencia

8 o más puntos en AUDIT (ambos sexos) (CAGE)	
1. ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma? Sí (25) NO (0)	
2. ¿Se ha sentido molesto porque lo critican por su manera de beber? Sí (25) NO (0)	
3. ¿Se ha sentido mal o culpable por su manera de beber? Sí (25) NO (0)	
4. ¿Alguna vez ha tomado un trago a primera hora de la mañana? Sí (25) NO (0)	

Rango	Diagnóstico
0 - 25	No alcohólico
50	Abuso
75 - 100	Alcoholismo
Menos de 75: abuso	
75 o más: dependencia	

df.gob.mx
salud.df.gob.mx

ÉTICA Y CONFIDENCIALIDAD

Se considera que este es un estudio sin riesgo ya que emplea un método de investigación documental retrospectiva.

Así, siendo un estudio carente de riesgo, sólo requiere consentimiento verbal para su aplicación.

Se guardó el anonimato de la identidad de los sujetos y la información se manejó de manera confidencial solo para el personal involucrado en el proyecto de investigación.

RESULTADOS

Se aplicaron en total 760 encuestas, de las cuales se seleccionaron las 404 que cumplieron con los criterios de selección útiles para la muestra requerida.

DESCRIPCIÓN DE LAS RESPUESTAS DEL TEST

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		ANEXO 6		
		HOMBRE	MUJER	ESTADÍSTICAS
SEXO	SEXO	166 (41%)	238 (59%)	
EDAD	MEDIA	48	42	
EDO CIVIL	SOLTERO	49 (30%)	83 (35%)	$\chi^2 = 23.346$ $df = 5$ $p = 0.000$
	CASADO	53 (32%)	40 (17%)	
	U. LIBRE	38 (23%)	93 (39%)	
	DIVORCIADO	7 (4%)	6 (3%)	
	SEPARADO	11 (7%)	6 (3%)	
	VIUDO	8 (5%)	10 (4%)	
ESCOLARIDAD	SIN ESCOLARIDAD	9 (5%)	11 (5%)	$\chi^2 = 2.807$ $df = 5$ $p = 0.730$
	PRIMARIA	39 (23%)	58 (24%)	
	SECUNDARIA	61 (37%)	84 (35%)	
	PREPARATORIA	37 (22%)	63 (26%)	
	LICENCIATURA	19 (11%)	22 (9%)	
	POSGRADO	1 (1%)	0 (0%)	
OCUPACIÓN	AMA DE CASA	6 (4%)	123 (52%)	$\chi^2 = 115.98$ $df = 5$ $p = 0.000$
	ESTUDIANTE	14 (8%)	14 (6%)	
	EVENTUAL	45 (27%)	13 (5%)	
	COMERCIANTE	46 (28%)	43 (18%)	
	EMPLEADO	50 (30%)	42 (18%)	
	PROFESIONISTA	5 (3%)	3 (1%)	
MOTIVO DE CONSULTA	SANOS	3 (2%)	30 (13%)	$\chi^2 = 19.941$ $df = 4$ $p = 0.001$
	METABÓLICOS	47 (28%)	68 (29%)	
	INFECCIONES	28 (17%)	46 (19%)	
	TRAUMATOLOGÍA ORTOPEDIA	26 (16%)	20 (8%)	
	OTROS	62 (37%)	74 (31%)	

- El total sujetos encuestados fue de 404 personas, con mayoría del 59% (238) de mujeres sobre el 41% (166) de los hombres. Para los análisis estadísticos posteriores se dividió en sub-grupos por género de los sujetos, es decir, comparaciones entre hombres y mujeres.
- Casi la mitad de los sujetos (55%) se manifestaron en una situación de pareja (e.g. casados o en unión libre). El 5% manifestó no tener escolaridad, el 65% la tiene hasta algún año de secundaria y el 30% la tiene hasta algún año mayor a la secundaria.
- El 47% refiere tener alguna ocupación y el resto (53%) no tienen actividades remuneradas.
- En cuanto al motivo de consulta de ambos sexos: son sanos 8%, metabólicos 29%, infecciones 18%, traumatología - ortopedia 11%, y otras causas 34%. (ver anexo 4).
- Complementos estadísticos y gráficas en el ANEXO 6.

<i>(TWEAK) MUJERES</i>	ANEXO 7
-------------------------------	----------------

	4 o más (2)	3 o menos (0)
1.-¿Cuántas copas aguanta ud?	187 (79%)	51 (21%)
2.-Durante el último año ¿ha recibido queja sobre su consumo de bebidas alcohólicas? Si (2) No (0)	33 (14%)	205 (86%)
3.- ¿Toma en ocasiones una copa inmediatamente después de levantarse? Si (1) No (0)	38 (16%)	200 (84%)
4.-¿Siente necesidad de reducir su consumo de bebidas alcohólicas? Si (1) No (0)	63 (26%)	175 (74%)
5.-¿Alguna vez una amigo o familiar le ha hablado de cosas que usted haya hecho o dicho cuando estaba bebiendo, de las cuales no se recuerda? Si (1) No (0)	75 (32%)	163 (68%)

0-1 puntos: dudoso, aplicar AUDIT	49 (21%)
2-3 puntos: consumo peligroso o alcoholismo	127 (53%)
4 o más puntos: probable dependencia	62 (26%)

CUESTIONARIO TWEAK:

- Se aplica únicamente a mujeres.
- Más de tres cuartas partes (79%) de ellas, admitió consumir más de cuatro copas por ocasión.
- Arriba del 68% refiere no tener quejas, no tomar al levantarse, no necesitar reducir su consumo ni perder la memoria cuando ha consumido.
- Según el método de calificación del instrumento, el 53% de las mujeres tuvo consumo peligroso o alcoholismo (2-3 puntos),
- El 26% alcanza 4 o más puntos, con probable dependencia a determinar por otros medios.

Como se mencionó, este cuestionario fue diseñado para detectar consumos de riesgo principalmente y se encontró que casi el 80% de la población femenina, tuvo percepción de consumo alto (4 o más copas por ocasión), aun así la mayor parte no registró o tiene conciencia de un consumo problemático.

(AUDIT BREVE) HOMBRES Y MUJERES		ANEXO 8		
		HOMBRES (166)	MUJERES (49)	ESTADISTICA
1.- ¿Qué tan frecuente toma bebidas alcohólicas?	Nunca	7 (4%)	29 (59%)	$\chi^2 = 104.268$ df= 4 p= 0.000
	1 vez al mes o menos	45 (27%)	20 (41%)	
	2-4 veces al mes	65 (39%)	0	
	2-3 veces por semana	12 (7%)	0	
	4 o más veces por semana	37 (22%)	0	
2.-¿Cuántas copas se toma en un día típico?	1 ó 2	34 (20%)	48 (98%)	$\chi^2 = 96.342$ df= 4 p= 0.000
	3 ó 4	43 (26%)	1 (2%)	
	5 ó 6	50 (30%)	0	
	7 ó 9	14 (8%)	0	
	10 ó más	25 (15%)	0	
3.-¿Qué tan frecuente toma 6 o más copas por ocasión?	Nunca	40 (24%)	49 (100%)	$\chi^2 = 89.848$ df= 4 p= 0.000
	Menos de una vez por mes	53 (32%)	0	
	Mensualmente	26 (16%)	0	
	Semanalmente	34 (20%)	0	
	Diario o casi a diario	13 (8%)	0	

0-3 puntos: bebe responsablemente	54 (32%)	49 (100%)
4-7 puntos: bebe en forma riesgosa	64 (39%)	0
8 o más puntos: aplicar CAGE para determinar dependencia	48 (29%)	0

CUESTIONARIO AUDIT BREVE:

- Este cuestionario se aplicó a las mujeres que en el cuestionario TWEAK obtuvieron 0 -1 puntos (consumo dudoso) y a todos los hombres.
- Se observó que la mayor parte de las mujeres tuvo un consumo menor o nunca lo hicieron, en el caso de los hombres hubo un consumo frecuente de 1 a 4 veces al mes, mientras que casi una cuarta parte lo hizo 4 o más veces por semana.
- Las mujeres aceptan un consumo mínimo, mientras los hombres lo hacen hasta de seis copas en su mayoría, con 15% de consumo mayor de 10 copas por ocasión.
- Las mujeres manifiestan tener consumo de alcohol menos de una vez al mes, en el caso de los hombres fue de 56%, en un 16% mensualmente y un 28% con mayor frecuencia.
- El análisis de la Chi Cuadrada establece que la frecuencia y cantidad de copas SI está relacionada con un consumo riesgoso o de dependencia.

El análisis se realizó comparando el consumo de las mujeres que obtuvieron el puntaje más bajo en el cuestionario TWEAK, considerado como consumo dudoso contra las respuestas registrados por los hombres de su consumo alcohólico habitual; 100% de las mujeres obtuvieron un puntaje bajo de 0-3 puntos (consumo “responsable”) así como el 32 % de los hombres; el 39% de ellos obtiene el puntaje 4-7 puntos de consumo riesgoso y el 29% alcanza 8 puntos o más, sugestivo de probable dependencia por su consumo alto, a estos últimos se les aplica el cuestionario CAGE

CAGE 8 o MÁS PUNTOS EN AUDIT (AMBOS SEXOS)		ANEXO 9	
	HOMBRES (48)		MUJERES (0)
	SI	NO	
1.-¿Alguna vez ha sentido la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma?	38 (79%)	10 (62%)	
2.-¿Se ha sentido molesto por que lo critican por su forma de beber?	33 (69%)	15 (67%)	
3.-¿Se ha sentido mal o culpable por su manera de beber?	36 (75%)	12 (25%)	
4.- ¿Alguna vez a tomado un trago a primera hora de la mañana?	36 (75%)	12 (25%)	

0-25 puntos: No alcohólico	11 (23%)
50 puntos: Abuso	3 (6%)
75-100 puntos: alcoholismo	34 (71%)
Menos de 75 puntos: abuso	14 (29%)
75 puntos o más: dependencia	34 (71%)

O bien

0-25 puntos: Bebedor social	11 (23%)
50 puntos: Consumo de riesgo	3 (6%)
75 puntos: Consumo perjudicial	9 (19%)
100 puntos: Dependencia	25 (52%)
Total	48 (100%)

CUESTIONARIO CAGE:

- Este cuestionario se aplica con 4 reactivos a los casos de consumo alto con el fin de detectar abuso y dependencia con énfasis en el aspecto conductual más que en la cantidad del consumo.
- Más del 68% de los hombres encuestados con puntaje de 8 o más en el cuestionario de Audit dan respuestas afirmativas a los cuatro reactivos del cuestionario Cage, lo que sugiere abuso y dependencia de estos casos.

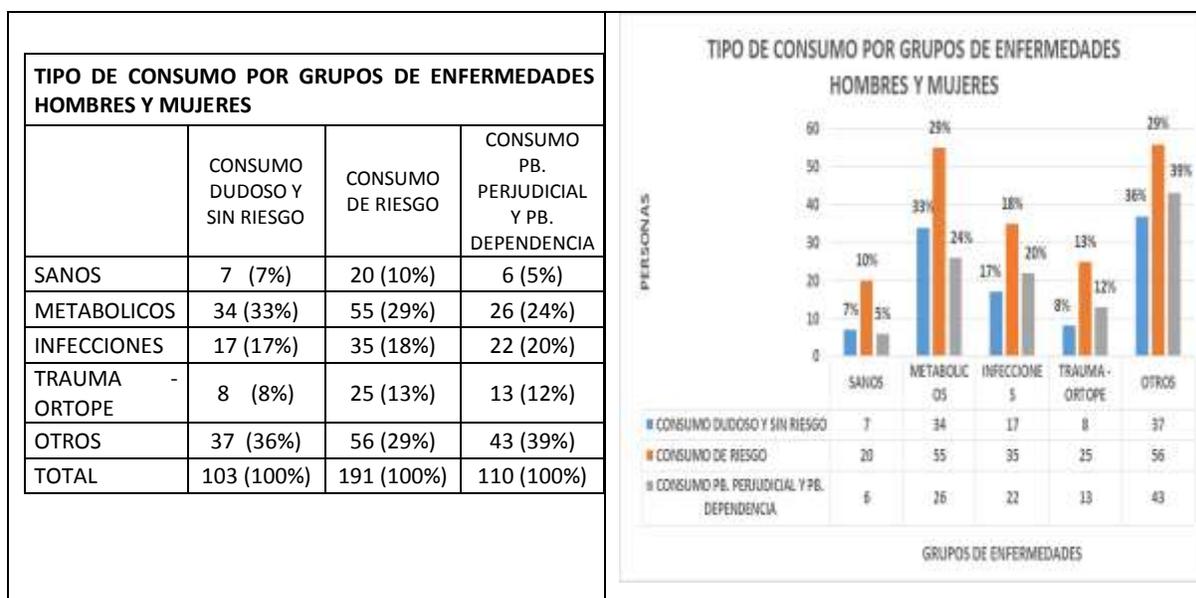
En este cuestionario no hay casos femeninos a encuestar y los casos masculinos califican más dentro de los rubros de abuso / dependencia, o sea problemas con el alcohol (50 puntos y más).

DISCUSIÓN: Dentro de otra clasificación española más específica de Lucía Ferreira González (Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. A Coruña), el 6% de los hombres encuestados se clasifica como consumo riesgoso (50 puntos), el 19% de

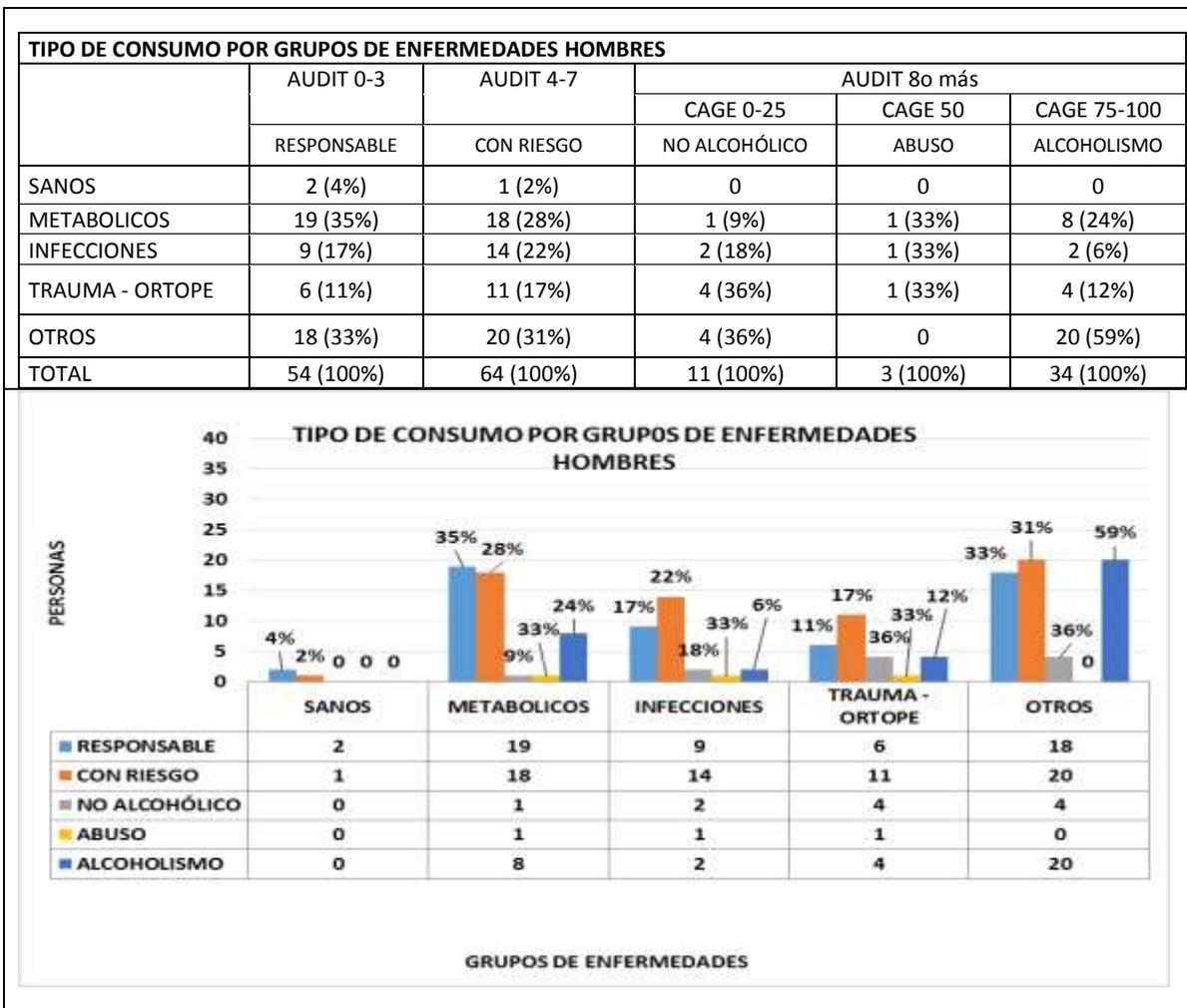
consumo perjudicial (75 puntos) y el 52% como dependencia al alcohol (100 puntos).

CONSUMOS POR GRUPOS DE ENFERMEDADES:

Se evaluaron conjuntamente los datos obtenidos por las encuestas sobre el motivo principal de la consulta expresado por el paciente, con el resultado del cuestionario sobre uso del alcohol. Los motivos fueron subdivididos en 5 grupos formados con un criterio personal y cuyas enfermedades se relacionan en el anexo 4.



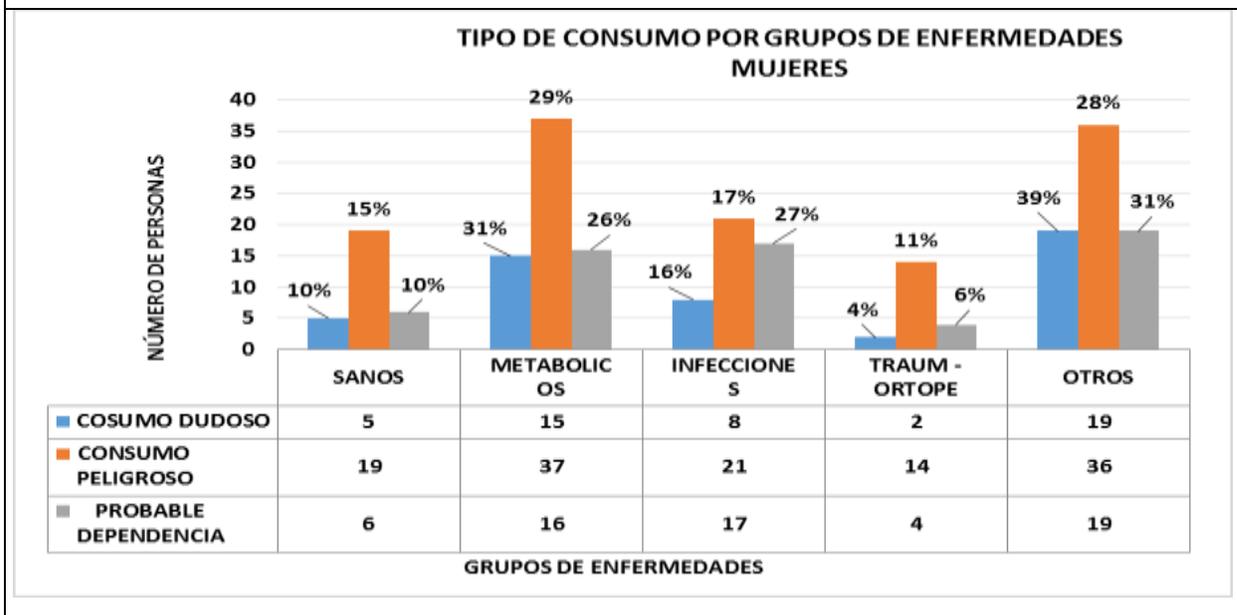
- Tomados en conjunto hombres y mujeres, el 25% (103 personas) tienen consumo clasificado como dudoso por el cuestionario TWEAK y sin riesgo por el AUDIT; el 47% (191 personas) tienen consumo de riesgo por ambos cuestionarios y el 27% (110 personas) tienen un consumo probablemente perjudicial o de dependencia.
- Los mayores porcentajes de cada tipo de consumo se establecen en los grupos de enfermos metabólicos y de otras enfermedades.



HOMBRES:

- Los consumos responsables y de riesgo se observan más en los grupos metabólicos y de otras enfermedades.
- Dentro de los consumos altos, con puntaje de alcoholismo, la mayor cantidad de casos se observan también en los grupos de metabólicos y de otras enfermedades.
- En los grupos de infecciones y trauma – ortopedia predominan los consumos de riesgo.

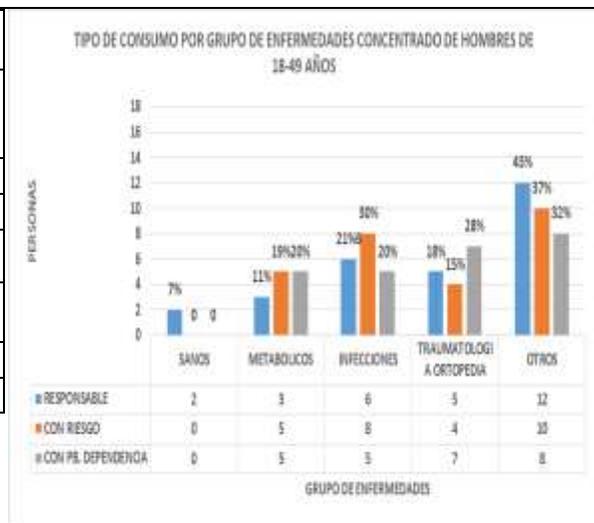
TIPO DE CONSUMO POR GRUPOS DE ENFERMEDADES MUJERES			
	TWEAK 0-1	TWEAK 2-3	TWEAK 4 o más
	COSUMO DUDOSO	CONSUMO PELIGROSO O ALCOHOLISMO	PROBABLE DEPENDENCIA
SANOS	5 (10%)	19 (15%)	6 (10%)
METABOLICOS	15 (31%)	37 (29%)	16 (26%)
INFECCIONES	8 (16%)	21 (17%)	17 (27%)
TRAUM - ORTOPE	2 (4%)	14 (11%)	4 (6%)
OTROS	19 (39%)	36 (28%)	19 (31%)
TOTAL	49 (100%)	127 (100%)	62 (100%)



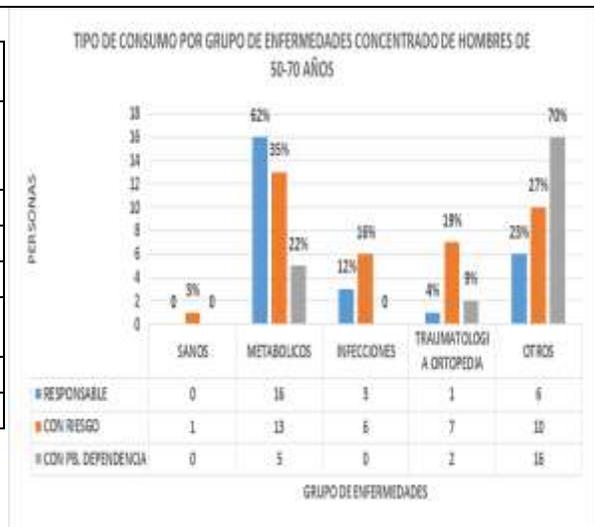
MUJERES:

- Predominan los consumos peligrosos y alcoholismo en casi todos los grupos de enfermedades.
- En menor cantidad los consumos de probable dependencia se encuentran principalmente en los grupos de metabólicos, infecciones y otras enfermedades.
- Los consumos dudosos son mayores en los grupos de metabólicos y de otras enfermedades.

TIPO DE CONSUMO POR GRUPO DE ENFERMEDADES CONCENTRADO DE HOMBRES DE 18-49 AÑOS			
	RESPONSABLE	CON RIESGO	CON PB. DEPENDENCIA
SANOS	2 (7%)	0	0
METABOLICOS	3 (11%)	5 (19%)	5 (20%)
INFECCIONES	6 (21%)	8 (30%)	5 (20%)
TRAUMATOLOGIA ORTOPEdia	5 (18%)	4 (15%)	7 (28%)
OTROS	12 (43%)	10 (37%)	8 (32%)
TOTAL	28 (100%)	27 (100%)	25 (100%)



TIPO DE CONSUMO POR GRUPO DE ENFERMEDADES CONCENTRADO DE HOMBRES DE 50-70 AÑOS			
	RESPONSABLE	CON RIESGO	CON PB. DEPENDENCIA
SANOS	0	1 (3%)	0
METABOLICOS	16 (62%)	13 (35%)	5 (21%)
INFECCIONES	3 (12%)	6 (16%)	0
TRAUMATOLOGIA ORTOPEdia	1 (4%)	7 (19%)	2 (9%)
OTROS	6 (23%)	10 (27%)	16 (70%)
TOTAL	26 (100%)	37 (100%)	23 (100%)



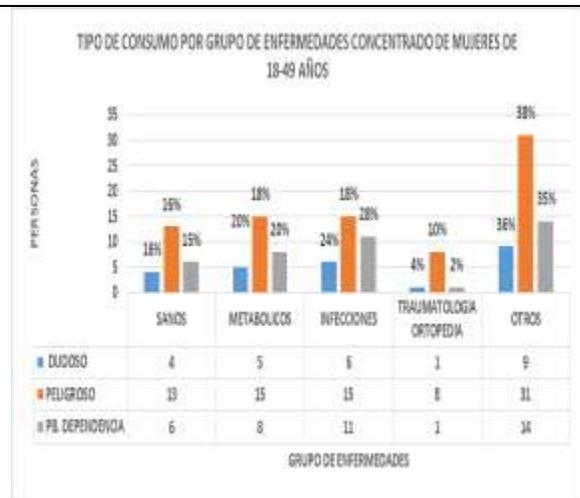
El consumo en grupos de hombres de 18 – 49 años muestra:

- Todos los tipos de consumo son más altos en el grupo de otras enfermedades.

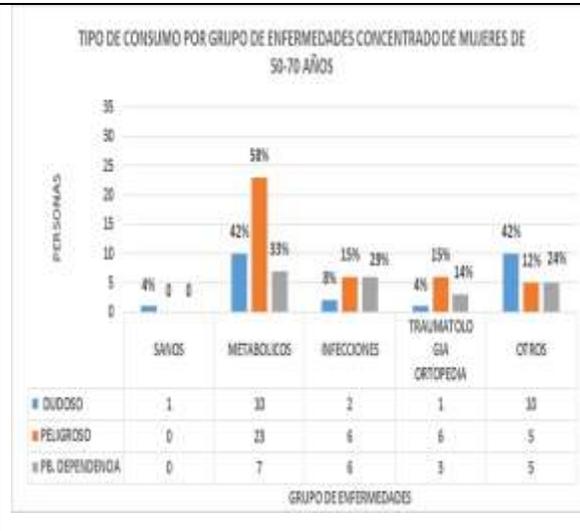
El consumo en grupos de hombres de 50 – 70 años muestra:

- Predominio del consumo de riesgo en casi todos los grupos de enfermedades.
- El consumo responsable es más alto en el grupo metabólico.
- El consumo de probable dependencia es mayor en el grupo y otras enfermedades

TIPO DE CONSUMO POR GRUPO DE ENFERMEDADES CONCENTRADO DE MUJERES DE 18-49 AÑOS			
	DUDOSO	PELIGROSO	PB. DEPENDENCIA
SANOS	4 (16%)	13 (16%)	6 (15%)
METABOLICOS	5 (20%)	15 (18%)	8 (20%)
INFECCIONES	6 (24%)	15 (18%)	11 (28%)
TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA	1 (4%)	8 (10%)	1 (2%)
OTROS	9 (36%)	31 (38%)	14 (35%)
TOTAL	25 (100%)	82 (100%)	40 (100%)



TIPO DE CONSUMO POR GRUPO DE ENFERMEDADES CONCENTRADO DE MUJERES DE 50-70 AÑOS			
	DUDOSO	PELIGROSO	PB. DEPENDENCIA
SANOS	1 (4%)	0	0
METABOLICOS	10 (42%)	23 (58%)	7 (33%)
INFECCIONES	2 (8%)	6 (15%)	6 (29%)
TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA	1 (4%)	6 (15%)	3 (14%)
OTROS	10 (42%)	5 (12%)	5 (24%)
TOTAL	24 (100%)	40 (100%)	21 (100%)



El consumo en grupos de mujeres de 18 – 49 años muestra:

- En casi todos los grupos predominan los consumos de probable dependencia y en mayor cantidad los consumos de riesgo.

El consumo en grupos de mujeres de 50 - 70 años muestra:

- El consumo peligroso es mayor en el grupo de metabólicos.
- Los consumos de bajo puntaje o dudosos son mas altos en los grupos metabólico y otros.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

De la población encuestada para este trabajo, 404 personas entre 18 y 70 años, más de la mitad son residentes periféricos procedentes del Distrito Federal, no productivos o sin ocupación fija (53%) , con escolaridad de secundaria o menor (64%), sin pareja estable (45%) y con mayoría femenina (59%). El motivo de asistencia al Centro de Salud es casi la tercera parte de causa metabólica (29%), causa infecciosa 18% y la otra mitad por causas diversas incluyendo los individuos sanos (8%)

El cuestionario TWEAK fue aplicado a todas las mujeres, observando que hay un consumo alto ya que los resultados muestran que el 79% de las encuestadas admite un consumo mayor de 4 copas en ocasiones, superior a lo recomendado por la OMS, pero no admite percepción de consumo problemático.

Al evaluar los puntajes obtenidos, contrasta el hecho que el puntaje bajo de 0-1 sea calificado como “dudoso” y sea sometido al AUDIT C o BREVE, donde en forma esperada, todos estos casos alcanzaron el puntaje más bajo en este cuestionario, y sin embargo cuando en el cuestionario TWEAK se alcanza el puntaje alto de 4 o más puntos, evaluado como probable dependencia, no se indica aplicar el cuestionario AUDIT ni CAGE, reservado para consumos altos.

El cuestionario AUDIT se aplicó a todos los hombres y a las mujeres con puntaje 0-1 en el cuestionario TWEAK, y fue evaluado mediante análisis estadístico de Chi Cuadrada, validando la hipótesis de que la frecuencia y cantidad de copas Sí se relaciona con un consumo riesgoso o de dependencia.

Las mujeres encuestadas con calificación TWEAK de 0-1 en su totalidad no sobrepasaron los 3 puntos en el cuestionario AUDIT, por lo que no se les aplicó el cuestionario CAGE para determinar dependencia; de los hombres encuestados, el 39% admitió beber en forma riesgosa y el 29% acumuló más de 8 puntos, es decir, bebe con consumo alto a determinar probable dependencia mediante el cuestionario de CAGE.

En los cuestionarios TWEAK y AUDIT C los mayores porcentajes se encuentran en los consumos de riesgo.

El cuestionario de CAGE está indicado aplicar a hombres y mujeres con consumo alto y con conciencia de la problemática para determinar probables abusos y

dependencia, NO en cuanto a la cantidad de copas consumidas, sino más en cuanto a la percepción de problemas en el consumo.

Este cuestionario muestra que el consumo alto y su conciencia NO están en relación al consumo riesgoso y dependencia al alcohol.

De 48 hombres encuestados, 34 de ellos (71%) tienen un consumo alto con probable dependencia.

Es de notar que a los casos en el cuestionario CAGE del cuestionario institucional que alcanzan una puntuación de 0-25 se les etiqueta de No Alcohólicos, cuando que podría ser más claro nombrarlos como individuos de consumo alto no riesgoso o social. Así mismo, con el puntaje de 75 pudiera ser más claro calificar de consumo perjudicial más que de alcoholismo, reservado para puntajes de 100.

En cuanto al tipo de consumo por grupo de enfermedades, analizando conjunta y separadamente hombres y mujeres, los grupos de enfermedades METABÓLICAS y el de OTRAS enfermedades abarcan la mayor parte de los casos de consumo de riesgo y probablemente perjudicial con posible dependencia por sobre los grupos de SANOS, TRAUMATO-ORTOPÉDICOS y con INFECCIONES con menor cantidad de casos encuestados. Es de notar que los consumos de riesgo son mayores en el grupo de 18 a 49 años en ambos sexos.

DISCUSIÓN

El Centro de Salud “Dr. Manuel Domínguez” de los SSPDF, ubicado dentro de la colonia Guerrero de la delegación Cuauhtémoc, con una población de nivel socioeconómico de medio – bajo, con estadísticas ciudadanas de peligrosidad media - alta (Delegación Cuauhtémoc: estadísticas 2010 - 2014) ; como muchas otras colonias de su tipo, adolece del uso del alcohol en sus diferentes modalidades como una problemática permanente que en la unidad médica no se detecta ni atiende formalmente o canaliza a las unidades especializadas a pesar de que se cuenta con un cuestionario específico para su detección.

En este trabajo se encuesta a la población asistente (en mayor parte femenina) por diversas causas clínicas sobre su uso del alcohol, utilizando el cuestionario institucional “Sobre el Consumo de Alcohol para Mujeres y Hombres” con la finalidad de determinar la prevalencia de su uso en esta población.

Los resultados obtenidos a modo grueso muestran que los consumos responsables, en sus mayores porcentajes se ubican en los grupos metabólicos y de otras enfermedades.

En cuanto a los consumos de riesgo, estos se observan a todas edades, principalmente jóvenes (es decir, 49 y menos años de edad) y situaciones clínicas en los rubros de enfermedades metabólicas como diabetes e hipertensión y obesidad; el apartado de otras enfermedades, con la mayor estadística de consumo en nuestro estudio, en realidad es tan diverso que es difícil determinar su estilo de consumo por enfermedad, pero aun así predomina también el uso de riesgo en la mayoría de ellas.

El uso de tipo probable dependencia, determinado por el cuestionario CAGE, sugiere que casi el 70% de los casos con consumo alto (más de 8 copas por ocasión) lo padece en nuestro estudio.

Se encuentran estudios poblacionales de prevalencias tanto nacionales como internacionales, pero con un enfoque más específico como sobre los adolescentes y bien sobre los adultos mayores, mencionando algunos:

- Relevancia del consumo de alcohol en los adolescentes^{xiii} : Realizado en dos tele bachilleratos en Veracruz con muestra de 262 estudiantes, los resultados mostraron el 43.13% de los estudiantes manifiesta haber

consumido alcohol por lo menos una vez en su vida y el número de vasos que consumen de alcohol en un día típico fue de 1 a 3, así lo manifestaron el 86.96% de los estudiantes; la bebida preferida es la cerveza, finalmente, en cuanto al lugar en donde la consumen el 47.83% manifestó que en fiestas y un 20.29% en su casa.

- Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso^{xiv}: Estudio realizado por psiquiatría y salud mental de la UNAM a fin de 1) estimar la prevalencia del CRDA (consumo riesgoso y dañino de alcohol) durante el último año en los estudiantes de primer ingreso a la licenciatura de la UNAM, y 2) evaluar en esta población la influencia de las variables sociodemográficas y familiares en el riesgo para el CRDA. Con 24,921 estudiantes, utilizando el AUDIT puntaje de corte en el AUDIT de ocho y de seis puntos, la prevalencia del CRDA durante el último año fue respectivamente de 11.1% y de 18.4%) Mayor en los hombres que en las mujeres. Además del sexo masculino, aquellos estudiantes que trabajaban y que reportaron un mayor ingreso familiar mensual, tuvieron un mayor riesgo de experimentar el CRDA. En las mujeres, pero no en los hombres, un mayor nivel educativo tanto en el padre como en la madre también se relacionó con un incremento en el CRDA. Contrariamente, una mayor edad y el ser casado se asoció con una reducción en el riesgo del CRDA. Contrariamente, una mayor edad y el ser casado se asoció con una reducción en el riesgo del CRDA.
- Prevalencia de consumo de alcohol en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2^{xv}: en Sao Paulo Brasil, con muestra de 108 personas, utilizando el cuestionario Audit, se determina la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida fue del 62%, el 53.7% en el último año, en el último mes 47.2% y en la última semana de 35.2%. De acuerdo al tipo de consumo de alcohol se destaca que el 19.0% reportó consumo sensato, el 32.8% consumo dependiente y el 48.3% consumo dañino.
- Consumo de alcohol en los adultos mayores: prevalencia y factores asociados^{xvi}. Se analizó la prevalencia de consumo de alcohol en adultos mayores, usando los datos del Estudio Nacional de Dependencia en las

Personas Mayores del 2009. La muestra fue de 4.058 personas, que representan aproximadamente a 1,5 millones de personas mayores a partir de los 60 años. Se indagó respecto a la prevalencia y patrones de consumo riesgoso de alcohol entre los adultos mayores y su relación con características sociodemográficas. La prevalencia de consumo de alcohol (al menos ocasionalmente) fue de 32,5%, de los cuales el 52,0% presenta patrones de consumo riesgoso. Este grupo está compuesto mayoritariamente por hombres menores de 70 años, con altos ingresos, más de 12 años de educación y que están casados/conviviendo o anulados/separados. Creemos que este trabajo es un aporte inicial al conocimiento del consumo de alcohol y sus características en este grupo etario, así como abre la discusión sobre la necesidad de contar con instrumentos que midan el consumo de alcohol en esta población de acuerdo a criterios internacionales.

-

La Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA) en México, es la encuesta poblacional que muestra detalladamente las prevalencias de forma comparativa dentro de lo posible entre el 2002, 2008 y 2011. En la descripción de las tendencias en población adulta de 18–65 años, se muestra un aumento significativo del uso de 2002 a 2011. En ambos sexos la dependencia aumentó y el consumo alto se quedó igual. Lo más notable es el aumento del consumo de las mujeres.

En el estudio realizado en el Centro de Salud no es posible realizar estas comparaciones pues el cuestionario no está diseñado para tal efecto pero se puede concluir que de las 404 (100%) personas encuestadas, 301 (74%) tienen un consumo tanto de riesgo como de probable dependencia y de ellos, 110 (27%) del total lo hace con probable dependencia, con puntajes altos en los cuestionarios de detección TWEAK y AUDIT C.

CONCLUSIÓN

Los médicos suelen recibir poca capacitación en el diagnóstico de los trastornos de alcoholismo y mucho menos en su manejo. La mayoría considera la enfermedad más o menos intratable, por lo tanto, parece que hay poca motivación para detectar y tratar este problema. Muchos médicos tienden a ignorar este diagnóstico hasta que se vuelve tan grave, que es el evento principal del cuadro clínico.

Así generalmente tienen opiniones negativas y pesimistas sobre los usuarios de alcohol y su tratamiento. Habitualmente no se sienten competentes para tratar el abuso de sustancias. No les gusta trabajar con los pacientes que tienen estos trastornos ya que el tema es insuficientemente abordado en los programas de estudio de la mayoría de las universidades y residencias médicas, no se encuentra fácilmente el tratamiento de estos pacientes en la literatura médica. Hay pocos profesores con experiencia en el estudio del abuso de sustancias en comparación con el número de profesores implicados en otros problemas como el cáncer y las enfermedades del corazón, aunque el problema es mucho más amplio y extendido. Quien ha pasado por un servicio de urgencias, sabe de la alta frecuencia de casos clínicos relacionados de alguna manera con las adicciones.

Los cuestionarios empleados para la detección no son una prueba psicológica compleja, aunque si tienen una sólida base en los mecanismos psicológicos implicados en el desarrollo del alcoholismo. Tienden a ser simples y con preguntas fáciles de recordar por lo que podrían y deberían incluirse entre preguntas de la historia clínica estándar.

Hay que ser conscientes que al preguntar a alguien cuánto bebe, habitualmente su respuesta conduce a una estimación más baja de consumo que la verdadera. Por lo tanto, los pacientes que admiten sólo 2 o 3 bebidas por día pueden tener consumos más altos.

Lo que constituye el consumo alto, es a menudo un problema difícil de interpretar para algunas personas, ya que pueden insistir en que 4 bebidas al día para mujeres y 5 para los hombres es un umbral muy bajo para la definición de consumo excesivo de alcohol. Ante esta situación, las preguntas del cuestionarios como el CAGE mueven la discusión hacia los efectos conductuales de la bebida en lugar de hacia un número aislado de bebidas por día.

Un problema fundamental es que la mayoría de las personas con dependencia alcohólica no se ven como "alcohólicos típicos" como se muestra en la imagen

pública, a menos que se encuentren en una etapa avanzada y con gran dificultad para tratar.

El profesionalista debe preguntar acerca de los síntomas y, a veces debe presionar al paciente que parece evadir responder las preguntas sobre el abuso del alcohol.

La negación es un mecanismo mental muy común entre las personas que abusan del alcohol u otras drogas y podría ser la base de las respuestas no verdaderas durante los interrogatorios. El problema con la bebida suele ser obvio para aquellos alrededor del bebedor, pero puede ser prácticamente invisible para él.

La intención es ayudar a los pacientes que tienen problema con el uso del alcohol, para que hagan mayor conciencia de su problema, es decir para que pasen de la negación al conocimiento y aceptación, mediante el uso de cuestionarios de detección probados y aceptados, aunque también hay que ser conscientes de que no son perfectos. Esto será un gran paso dentro de su manejo.

RECOMENDACIONES

Para lograr los mejores resultados con una buena detección de casos relacionados con el uso del alcohol, así como el probable nivel del problema, en los sistemas de atención médica desde el primer nivel de atención, sería recomendable:

- Seleccionar los cuestionarios probados y aceptados con mayor posibilidad de detección de acuerdo a nuestra población.
- Que el personal aplicativo conozca completamente las características, alcances y correcta aplicación para evitar desviaciones, malos diagnósticos o invalidaciones.
- Cuando sea posible, que sea sistemática su aplicación.
- Contar con un sistema de evaluación y reporte periódico.
- Conocer y hacer uso de las alternativas de apoyo y manejo de casos.

ANEXO....2



ANEXO 3															POBLACION DEL CSMD 2015	
EDAD	MARZO				ABRIL				MAYO				suma	%		
	MUJERES		HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES		HOMBRES					
AÑOS	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S				
15-19	80	59	32	8	47	43	15	8	36	42	9	10	389	9		
20-29	147	121	50	28	92	102	22	24	98	114	32	21	851	19		
30-49	210	256	129	91	144	151	48	62	129	192	46	60	1518	35		
50-59	86	146	63	74	61	96	43	67	50	107	36	54	883	20		
60-69	61	106	69	74	40	92	18	45	36	113	23	49	726	17		
SUBTOT	584	688	343	275	384	484	146	206	349	568	146	194				
SUBTOT	1272		618		868		352		917		340					
TOTAL	1890				1220				1257				4367	100		

MUJERES		
MAR	ABR	MAY
1319	899	949
3167		

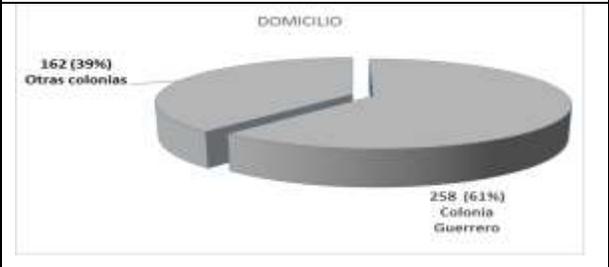
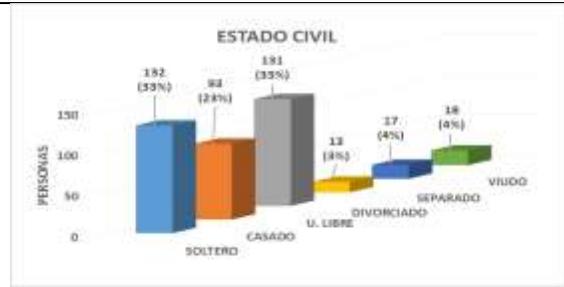
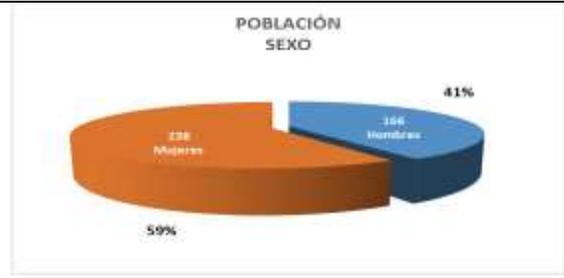
HOMBRES		
MAR	ABR	MAY
655	378	363
1396		

P= Primera vez por padecimiento

S= Subsecuente por padecimiento

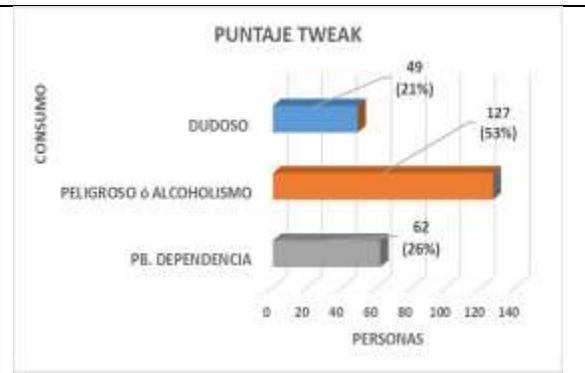
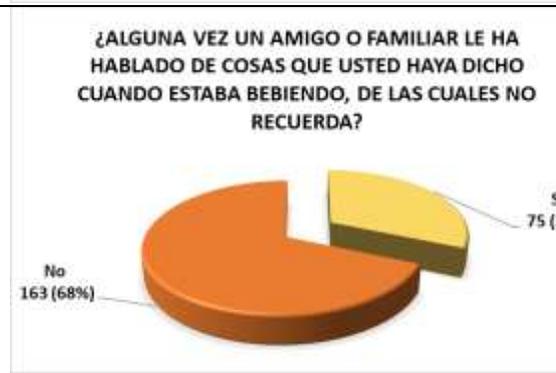
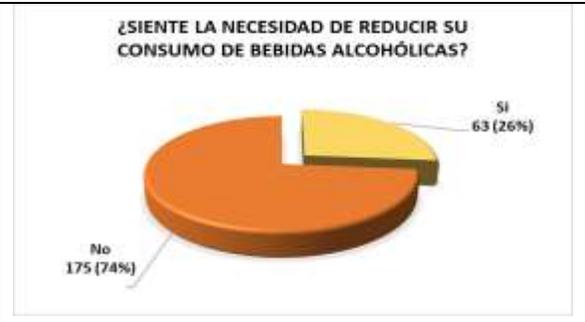
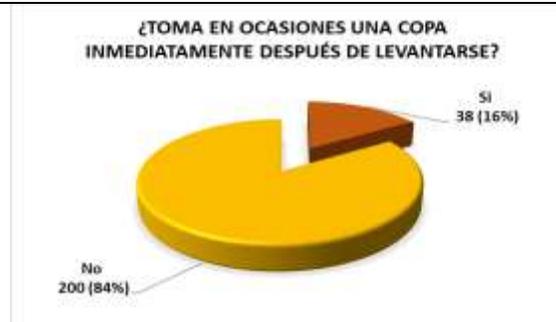
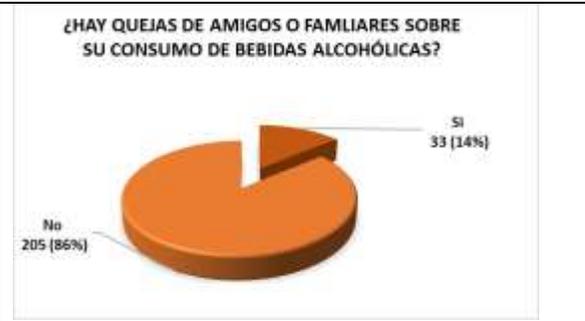
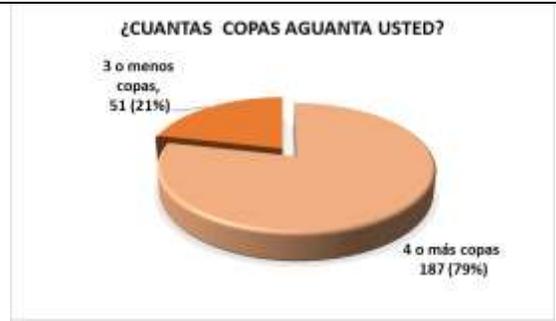
ANEXO 4 GRUPOS DE ENFERMEDADES		
GRUPO 1 SANOS: 33 (8.16%) DOC EMBARAZO PLANIFICACION FAMILIAR PUERPERIO SANO	GRUPO 4 TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA: 46 (11.38%) ARTRALGIA ARTRITIS CONTUSIONES DESVIACIÓN SEPTAL DISCAPACIDAD MECÁNICA DORSALGIA ESPOLÓN CALCÁNEO FRACTURAS HALLUS VALGUS HERIDAS LUMBALGIA OSTEOARTRITIS	ENF. FIBROQUÍSTICA MAMARIA ENTERITIS NO INFECCIOSA EPILEPSIA EPOC ESQUIZOFRENIA ESTRABISMO GASTRITIS GLAUCOMA HEMORROIDES HERNIAS HIPERTROFIA PROSTÁTICA INFERTILIDAD INSOMNIO INSUFICIENCIA CARDIACA CONG. INSUFICIENCIA CIRCULATORIA INSUFICIENCIA RENAL
GRUPO 2 METABÓLICOS: 115 (28.47%) CIRROSIS NO INFECCIOSA DIABETES MELLITUS DISLIPIDEMIA HIPERTENSIÓN ARTERIAL INSUFICIENCIA RENAL OBESIDAD	GRUPO 5 OTRAS: 136 (33.66%) ADICCIONES VARIAS ALERGIA ALOPECIA AMENORREA ANEMIA ANSIEDAD ATAXIA CÁLCULO RENAL CÁNCER DE COLON CÁNCER DE VEJIGA CARDIOPATÍAS CEFALEAS COLITIS DEPRESIÓN DERMATITIS DERMATOSIS DESPRENDIMIENTO DE RETINA DISFUNCIÓN ERÉCTIL DISPEPSIA DISPLASIA	INSUFICIENCIA RENAL INSUFICIENCIA VENOSA LIPOMA LITIASIS MASTITIS METRORRAGIA MIGRAÑA NÓDULO TIROIDEO ORQUITIS PROSTATITIS PRURIGO INSECTOS QUISTE OVÁRICO RINITIS SUPRESIÓN ALCOHÓLICA TAQUICARDIAS TUMORES ÚLCERA DÉRMICA VÉRTIGO VITILIGO
GRUPO 3 INFECCIONES: 74 (18.31%) ABCESOS APENDICITIS BRONQUITIS CARIES CISTITIS CONDILOMATOSIS CONJUNTIVITIS FARINGITIS GASTROENTERITIS INFECCIOSA INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL INFECCION DE VIAS URINARIAS INFECCION DENTAL INFECCIONES VARIAS LARINGITIS VIRAL MICOSIS OTITIS PARASITOSIS INTESTINAL SINDROME GRIPAL VAGINITIS		

ANEXO 5 TIPO DE CONSUMO Y SU PUNTAJE POR SEXO				
EN EL CUESTIONARIO INSTITUCIONAL:				
	TIPO DE DIAGNÓSTICOS	PUNTOS - CUESTIONARIO		
		TWEAK	AUDIT	CAGE
HOMBRES	CONSUMO RESPONSABLE		0-3	
	CONSUMO RIESGOSO		4-7	
	CONSUMO ALTO NO ALCOHÓLICO		8 ó más	0-25
	CONSUMO ALTO CON ABUSO		8 ó más	50
	CONSUMO ALTO CON DEPENDENCIA ALCOHÓLICA		8 ó más	75
	CONSUMO ALTO CON DEPENDENCIA ALCOHÓLICA		8 ó más	100
MUJERES	CONSUMO DUDOSO	0-1		
	CONSUMO PELIGROSO O ALCOHOLISMO	2-3		
	CONSUMO CON PROBABLE DEPENDENCIA	4		
	CONSUMO ALTO NO ALCOHÓLICO	0-1	8 ó más	0-25
	CONSUMO ALTO CON ABUSO	0-1	8 ó más	50
	CONSUMO ALTO CON DEPENDENCIA ALCOHÓLICA	0-1	8 ó más	75
	CONSUMO ALTO CON DEPENDENCIA ALCOHÓLICA	0-1	8 ó más	100



ANEXO 7

TWEAK:



ANEXO 8

AUDIT BREVE:



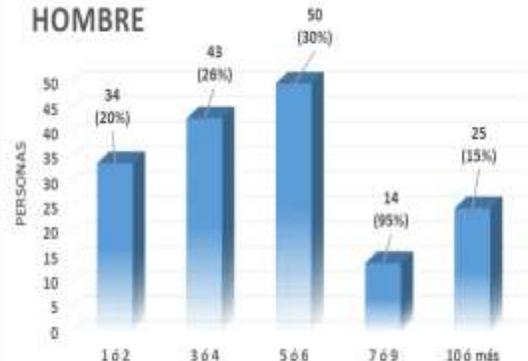
¿Qué tan frecuente toma bebidas alcohólicas?



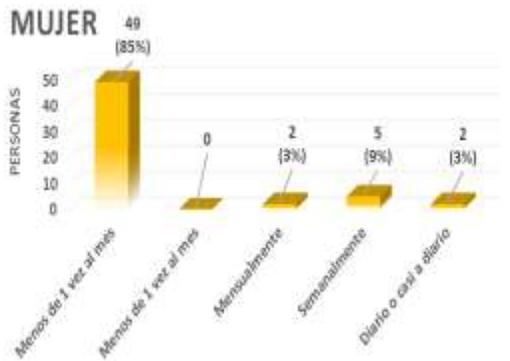
¿Qué tan frecuente toma bebidas alcohólicas?



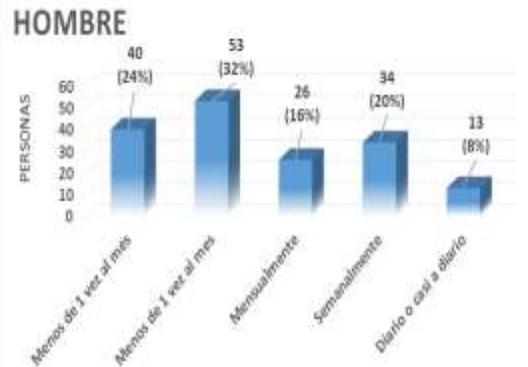
¿Cuántas copas se toma en día típico o común?



¿Cuántas copas se toma en un día típico o común?



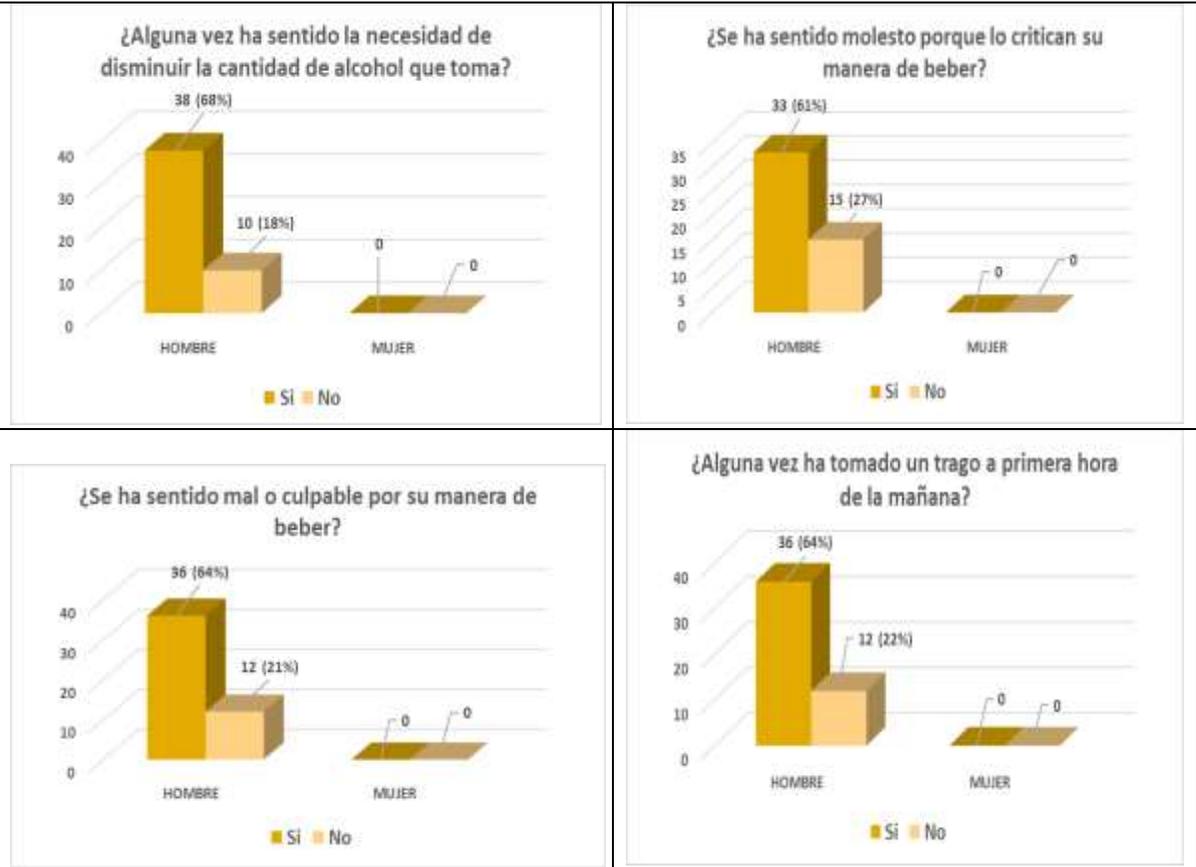
¿Qué tan frecuente toma 6 ó más copas por ocasión?



¿Qué tan frecuente toma 6 ó más copas por ocasión?

ANEXO 9

CAGE:



BIBIOGRAFÍAS

- ⁱ Secretario Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones.(2008). Modelo de Atención UNEME-CAPA, Centros de Atención Primaria en Adicciones “Centros Nueva Vida” (1ª ed.). México.
- ⁱⁱ Organización Mundial de la Salud. (2015). Alcohol. Nota descriptiva N° 349. WHO media centre. Ginebra.
- ⁱⁱⁱ Comisión Nacional contra las Adicciones. (2012). Análisis del consumo de sustancias en México, Generalidades del alcohol. Informe Ejecutivo. México.
- ^{iv} Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2014). Informe Mundial de la OMS destaca los impactos negativos del alcohol en la salud. Ginebra.
- ^v Institute for Health Metrics and Evaluation & Human Development Network, The World Bank. (2013). La carga mundial de morbilidad: generar evidencia, orientar políticas. Edición regional para América Latina y el Caribe. Seattle, USA.
- ^{vi} Aubá J., Gual A., Monràs M.(1998). Diagnóstico de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Curso de Formación sobre Prevención y Tratamiento del Alcoholismo. Unidad didáctica 2. Barcelona: Doyma SA.
- ^{vii} Sáiz, P.A., G-Portilla, M^a P. Paredes, M.^a B. Bascarán, M^a. T.; Bobes, J. (2002) Instrumentos de evaluación en alcoholismo. Adicciones, vol. 14, supl. 1. Oviedo.
- ^{viii} Altman D.G., Bland J.M. (1994). Statistics Notes: Diagnostic tests 1: sensitivity and specificity. British Medicine Journal. BMJ 1994; 308(6943): 1552.
- ^{ix} Russell M., Martier S.S., Sokol R.J. et al. (1991). Screening for pregnancy risk drinking: Tweaking the test [abstract 338]. Alcoholism Clinical & Experimental Research 1991; 15: 368.
- ^x Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., de la Fuente J.R., Grant M.(1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. Addiction. 1993 Jun; 88(6): 791-804.
- ^{xi} Rubio G., Bermejo J., Caballero M.C., Santo Domingo J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. Revista Clínica Española 1998 Jan; 198(1): 11-14. Madrid.

-
- ^{xii} Bush K, Kivlahan D.R., McDonell M.B., Fihn S.D., Bradley K.A. (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med 1998 Sep 14; 158 (16): 1789-1795.
- ^{xiii} Nash C.N., González B.J., Hernández C.L.S. et al. (2012, julio). Prevalencia en el consumo de alcohol en los adolescentes. Revista Psicología Científica.com, 14(13). Disponible en <http://www.psicologiacientifica.com/prevalencia-consumo-alcohol-adolescentes> [2016, enero]
- ^{xiv} Díaz M.A., Díaz M.L.R., Hernández-Avila C.A., et al. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. Salud Mental vol.31 no.4. IMPRF. Mexico jul/ago 2008.
- ^{xv} Solís T.A., Alonso C.M.M., López G.K.S. (2009). Prevalencia de consumo de alcohol en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.. SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas, 5 (2), 1-13. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto São Paulo, Brasil [2016, enero]
- ^{xvi} Marin J.D. (2015). Consumo de alcohol en adultos mayores, prevalencia y factores asociados. Observatorio Chileno de Drogas. Boletín No.23/ Marzo 2015.