

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**"PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL EN
ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
Y SU ASOCIACION CON SINTOMAS DEPRESIVOS"**

Por

DRA. CYNTHIA JIMENEZ ZARAZUA

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER
EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA GENERAL**

MONTERREY, N. L. MEXICO, FEBRERO, 2015

“Patrón de consumo de alcohol en estudiantes de medicina de la universidad autónoma de Nuevo León y su asociación con síntomas depresivos”

Aprobación de la tesis:



Dr. Javier Lugoleos Cano
Director de la tesis



Dr. Alfredo B. Cuéllar Barboza
Codirector de la tesis



Dr. Felipe Homero Sandoval Aviles
Coordinador de Investigación



Dr. Alfredo B. Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza



Dr. Ricardo Salinas Ruíz
Jefe de Servicio o Departamento

Dr. med. Gerardo Enrique Muñoz Maldonado
Subdirector de Estudios de Posgrado

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**“PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEON Y SU ASOCIACIÓN
CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS”**

Por

DRA. CYNTHIA JIMÉNEZ ZARAZÚA

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA GENERAL

MONTERREY, N.L., MEXICO, FEBRERO, 2015

“Patrón de consumo de alcohol en estudiantes de medicina de la universidad autónoma de Nuevo León y su asociación con síntomas depresivos”

Aprobación de la tesis:

**Dr. Javier Lugoleos Cano
Director de la tesis**

**Dr. Alfredo B. Cuéllar Barboza
Codirector de la tesis**

**Dr. Felipe Homero Sandoval Aviles
Coordinador de Investigación**

**Dr. Alfredo B. Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza**

**Dr. Ricardo Salinas Ruíz
Jefe de Servicio o Departamento**

**Dr. med. Gerardo Enrique Muñoz Maldonado
Subdirector de Estudios de Posgrado**

DEDICATORIA

*Este trabajo de graduación significa la finalización de una etapa muy importante en mi vida como profesional, pero principalmente como ser humano; por lo que dedico este trabajo a todas las personas que directa o indirectamente formaron parte de este camino. Sin embargo no puedo dejar de brindar una especial mención a las personas más importantes en mi vida, **MIS PADRES**, que me han permitido simplemente **ser**, me han dado toda la confianza para seguir mis propios pasos y me han guiado en mis errores; y a ti **ÁNGEL**, porque me has enseñado y ayudado a entender el verdadero valor de las cosas, gracias por tu apoyo en todo momento.*

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a los estudiantes que accedieron a participar en mi proyecto de tesis; a la Subdirección de Estudios de Pregrado de la Facultad de Medicina por darme su apoyo, así como a los maestros que me permitieron aplicar los instrumentos de mi trabajo a sus alumnos.

Al Dr. Javier Lugoleos Cano (Director de la tesis) y al Dr. Alfredo Cuéllar Barboza (Codirector de la tesis), a quienes admiro y respeto, gracias por su enseñanza y su apoyo en todo este proceso.

También agradezco a todos mis maestros, tutores y supervisores, que fueron pieza fundamental en mi desarrollo y crecimiento como profesional en estos cuatro años de preparación; gracias por compartir sus conocimientos, experiencia y tiempo.

Al Dr. Ricardo Salinas Ruíz, jefe del departamento de Psiquiatría, por el apoyo que me ha brindado para cursar mi especialidad.

A mis compañeros de residencia, porque sin ustedes no hubiera sido lo mismo; especialmente a Karla, David, Magda y Esteban, con quienes pude cultivar una amistad, gracias por su apoyo y contención.

A mis amigos y amigas (mi segunda familia), que siempre tuvieron palabras de apoyo para mí en mis estudios.

RESUMEN

El uso y los trastornos asociados al consumo de alcohol; son uno de los problemas más importantes de salud pública. En México, la última Encuesta Nacional de Adicciones, que se llevó a cabo en el 2011, presentó una prevalencia de alguna vez en la vida de hasta 71.3%. Existen estudios donde se reporta un alto índice de consumo de alcohol en estudiantes de medicina, donde se observó el uso de alguna vez en la vida de 71,9%, con un patrón predominante de una frecuencia del consumo baja pero en alta cantidad; también se encontró hasta el 46% de consumo en niveles problemáticos. La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%; es una de las principales causas de discapacidad, con alteraciones de las actividades laborales, escolares y familiares; lo que la coloca como un problema de salud pública prioritario. Se han observado altos índices de síntomas depresivos en estudiantes de medicina; se ha reportado una prevalencia de 2 a 34% en esta población. Ambos fenómenos descritos arriba comparten factores de riesgo y varios de ellos se han relacionado con las situaciones estresantes mismas de la carrera de medicina. Este estudio busca el patrón de consumo y su asociación con los síntomas depresivos ya que los estudiantes de medicina son los futuros médicos y personal de salud; pieza importante en la educación y salud de la comunidad.

Palabras clave: consumo de alcohol, síntomas depresivos, estudiantes de medicina, salud pública.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	10
Antecedentes.....	10
Planteamiento del problema	12
Hipótesis y Preguntas de Investigación	13
Definición de términos	13
Significancia del estudio	15
REVISIÓN DE LITERATURA.....	16
El alcohol y la salud pública.....	16
Consecuencias al consumo nocivo de alcohol.....	16
Panorama epidemiológico.....	17
Patrón de consumo de alcohol.....	18
Factores de riesgo.....	19
Consumo de alcohol en estudiantes universitarios.....	20
Consumo de alcohol en estudiantes de medicina.....	21
Depresión	21
Síntomas	22
Depresión en México.....	23
Causas y Factores de riesgo.....	24

Comorbilidad de la depresión.....	24
Depresión en estudiantes universitarios.....	24
Depresión en estudiantes de medicina	25
Asociación de consumo de alcohol y depresión	25
METODOLOGÍA.....	28
Diseño del estudio	28
Población de estudio	28
Diseño y cálculo de la muestra	28
Aprobación por Comité de Ética	30
Instrumentos	30
Cuestionario de Estudiantes 2006.	30
Inventario de Depresión de Beck, versión abreviada (IDB).....	31
Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA).	32
Procedimiento.....	33
Análisis estadístico	35
RESULTADOS	37
Características de la muestra	37
Características del consumo de alcohol	38
Situaciones de riesgo para consumo de alcohol.....	43
Características de la sintomatología depresiva	44

Asociación de patrones de consumo de alcohol y síntomas depresivos	45
Asociación del consumo de alcohol y síntomas depresivos con características del estudiante	47
DISCUSION	52
Preguntas de investigación e hipótesis.....	52
Fortalezas del estudio.....	56
Limitaciones del estudio.....	57
CONCLUSIONES.....	58
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXO 1. CARTA COMITÉ DE ÉTICA	70
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	71
ANEXO 3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	78
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	79

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características de la muestra (n= 373).....	37
Tabla 2. Características generales del consumo de alcohol	39
Tabla 3. Prevalencia de Consumo de Alcohol. Categorización por género de estudiantes	40
Tabla 4. Problemas asociados al consumo de alcohol (n''=332).....	42
Tabla 5. Sub escalas del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol	44

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico 1. Prevalencias de consumo de alcohol	40
Grafico 2. Patrones de Consumo de alcohol	41
Grafico 3. Interpretación Inventario de Beck.....	44
Grafico 4. Relación de patrón de consumo bebedor alto y síntomas depresivos.	46
Grafico 5. Relación de patrón de consumo consuetudinario y síntomas depresivos.....	47
Grafico 6. Patrones de consumo de alcohol y género.	48
Grafico 7. Relación foráneos y locales.....	49
Grafico 8. Relación con materias irregulares.	50
Grafico 9. Relación los que viven con su padre.....	51

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

El uso y los trastornos asociados al consumo de alcohol son un problema de Salud Pública a nivel mundial, por la repercusión que presentan los problemas de salud física y social secundarios al consumo nocivo de esta sustancia (1).

En México, la última Encuesta Nacional de Adicciones, documentó un aumento en todas las prevalencias de consumo de alcohol (Alguna vez en la vida de 71.3%, Último año 51.4% y Último mes 31.6%) tanto en población adulta como en la población adolescente; siendo el patrón de consumo más frecuente el de bebedor alto (2).

No sólo el volumen de alcohol es importante, también el patrón de consumo, ya que existen ciertos patrones que se asocian a un incremento de los efectos dañinos de esta sustancia (3). El consumo episódico alto, que se caracteriza por una baja frecuencia pero en volúmenes altos, se asocia con un peor desempeño de funciones ejecutivas superiores por la corteza prefrontal dorsolateral (4); dificultades en la memoria verbal (5); deterioro de la función ventricular, hipertensión y daño endotelial (6); por mencionar algunos.

Como factores de riesgo para un consumo nocivo de alcohol se encuentran los ambientales (7), género, edad (8,9), el inicio temprano del consumo de alcohol (10, 11) y antecedentes familiares (12, 13). También se ha asociado a la ocupación de las personas como un factor de riesgo y se ha relacionado a los profesionales de la salud con un mayor riesgo de presentar patrones nocivos de consumo de alcohol.

En varios estudios se ha reportado una alta prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes de medicina, con prevalencias de alguna vez en la vida de 50% a 89% y hasta un 46% en niveles problemáticos. Observándose como el patrón predominante de una frecuencia baja pero de alto volumen por ocasión.

Es frecuente una alta comorbilidad entre la depresión y otras patologías, como el consumo de sustancias adictivas (14). Estudios epidemiológicos realizados en México señalan que alrededor de 32% de la población diagnosticada con un trastorno de consumo de sustancias adictivas, ya sea alcohol u otras drogas presenta también un trastorno depresivo (15).

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, afecta a unos 350 millones de personas, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4% (16,17). En México la depresión afecta al 8% de la población, y es una de las principales causas de discapacidad, con alteraciones de las actividades laborales, escolares y familiares; lo que la coloca como un problema de salud pública prioritario (18,19).

Se han observado altos índices de síntomas depresivos en estudiantes de medicina; existen estudios que han reportado prevalencias de un 2% hasta un 34% en esta población. Los síntomas depresivos afectan el aprovechamiento escolar y pudieran estar relacionados con el abandono de los estudios (20-22). Se piensa que la exposición a situaciones estresantes que acompañan a la carrera como falta de tiempo para dormir, pacientes difíciles o cargas importantes de trabajo, son un factor de riesgo para depresión (23).

Como se mencionó anteriormente, el consumo de alcohol y los síntomas depresivos son comunes en los estudiantes de medicina, fenómenos que pueden agravarse y afectar su vida personal, académica, familiar y social. El consumo nocivo de alcohol y la depresión comparten factores de riesgo y se piensa que uno puede ser factor de riesgo de otro; una de las principales motivaciones que nos llevó a realizar este estudio fue buscar si existe o no esta asociación.

Planteamiento del problema

Se han realizado varios estudios de investigación donde se ha observado a la población de estudiantes de medicina como una población de riesgo para distintos problemas de salud. Los estudiantes de medicina se exponen a situaciones de vida distintas a otras poblaciones universitarias; como jornadas más largas de trabajo, situaciones estresantes, alteraciones de patrones de sueño y de relación con familia y amigos. Lo que hace a esta población más proclive a síntomas depresivos. Es una población que está en mayor contacto con drogas legales e ilegales y se han realizado estudios que observan una población de riesgo para consumo dañino de alcohol y otras sustancias. Existe además evidencia de una relación entre los patrones dañinos de alcohol y síntomas depresivos; lo que puede afectar la vida del estudiante. Los alumnos de medicina son los futuros médicos y personal de las instituciones de salud tanto pública como privada; pieza clave e importante en la educación y salud de la comunidad. Por lo que en este estudio se buscará determinar el patrón de consumo de alcohol de los estudiantes de medicina y su asociación con síntomas depresivos

Hipótesis y Preguntas de Investigación

Este estudio pretende contestar las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuál es el patrón de consumo de alcohol en los estudiantes de medicina?
2. ¿Cuál es la prevalencia de síntomas depresivos en los estudiantes de medicina?
3. ¿Existe alguna asociación entre los patrones de consumo de alcohol y la presencia de síntomas depresivos de los estudiantes de medicina?
4. ¿Consumo de alcohol y síntomas depresivos en función de las características del estudiante?
5. ¿Cuáles son las situaciones de riesgo para el consumo de alcohol de los estudiantes de medicina?

Se planteó como hipótesis que entre más disfuncional sea el patrón de consumo de alcohol de los estudiantes, mayor será la presencia de síntomas depresivos.

Definición de términos

Las definiciones fueron obtenidas del reporte de la Encuesta Nacional de Adicciones.

Prevalencia alguna vez en la vida- índice que considera a la población que reportó haber tomado por lo menos una copa completa de alcohol alguna vez en la vida.

Prevalencia último año- índice que considera a la población que reportó haber tomado por lo menos una copa completa de alcohol el año previo a la entrevista.

Prevalencia último mes- índice que considera a la población que reportó haber tomado por lo menos una copa completa de alcohol los treinta días previos a la entrevista.

Bebedor Alto- aquellas personas que en los últimos 12 meses han consumido cinco copas o más en una sola ocasión, en el caso de los hombres, o cuatro copas o más en una sola ocasión para las mujeres.

Bebedor Consuetudinario- aquellas personas que toman por lo menos una vez a la semana cinco o más copas (en los hombres) o cuatro o más copas (en las mujeres) en una sola ocasión.

Consumo diario- consumir diariamente al menos una copa de bebidas que contenga alcohol.

Posible dependencia al alcohol- es el conjunto de manifestaciones físicas, cognitivas y del comportamiento, que incluyen la presencia de distintos síntomas tales como: tolerancia, abstinencia, uso por más tiempo o mayor cantidad, deseo persistente o incapacidad de control, empleo de mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos, reducción de actividades sociales, laborales o recreativas, así como el uso continuado a pesar de tener conciencia de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Síntomas depresivos- en este estudio se considerará como positivo en los sujetos de investigación que tengan una puntuación $<$ a 5 en el Inventario de Beck de Depresión.

Significancia del estudio

Este estudio provee información sobre los patrones de consumo de alcohol y los principales factores de riesgo para el uso de esta sustancia de los estudiantes de medicina; además de ofrecer información sobre la prevalencia de síntomas depresivos en estos jóvenes; lo que brinda un panorama general de las necesidades de esta población, que podría ayudar en la creación de programas psicoeducativos orientados en la prevención de estos fenómenos. Los datos obtenidos en este estudio se suman a la literatura ya existente de este campo de investigación, aportando información importante sobre los patrones de consumo de alcohol, las situaciones que promueven el consumo en esta población y su asociación con síntomas depresivos.

REVISIÓN DE LITERATURA

El alcohol y la salud pública.

El uso de alcohol y los trastornos asociados a este, es uno de los problemas más importantes de Salud Pública, tanto a nivel nacional como mundial. Dicha problemática es una prioridad de Salud Pública y uno de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es reducir los problemas de salud y sociales secundarios, que tiene como estrategia global el reducir el consumo nocivo de alcohol. Se define consumo nocivo, como la ingesta que tiene efectos perjudiciales en la salud y consecuencias sociales para el bebedor, la gente alrededor de la persona que bebe y la sociedad en general, así como los patrones de consumo de alcohol que se asocian con un mayor riesgo de resultados adversos para la salud.(1)

Este fenómeno de salud afecta, sin distinción de género o estrato social; iniciando cada vez a una menor edad; afectando a la población de todas las regiones de nuestro país. Asociándose con más de 200 enfermedades, sobre todo dependencia del alcohol, cirrosis hepática, cáncer y lesiones secundarias a accidentes automovilísticos y violencia social. (1-5). Incluyendo los nuevos datos sobre las relaciones causales entre el uso nocivo del alcohol y la incidencia de enfermedades infecciosas como tuberculosis y VIH / SIDA (24,25).

Consecuencias al consumo nocivo de alcohol.

El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades de dependencia, que ha sido ampliamente utilizado en muchas culturas durante siglos (26). Su uso está influenciado por factores ambientales, como son el desarrollo económico, la

cultura, la disponibilidad de alcohol y el nivel y la eficacia de las políticas sobre el alcohol. Los daños relacionados con esta sustancia se determinan por el volumen de alcohol consumido, el patrón de consumo de alcohol y la calidad del alcohol que se consume.

A nivel mundial, el consumo nocivo de alcohol causa aproximadamente 3,3 millones de muertes cada año (o el 5,9% de todas las muertes), y el 5,1% de la carga mundial de enfermedades es atribuible al consumo de alcohol (1). Más allá de consecuencias para la salud, el uso nocivo del alcohol inflige pérdidas sociales y económicas significativas en los individuos y la sociedad en general, siendo un factor que se debe abordar para garantizar el desarrollo social y económico en todo el mundo. Por ejemplo en México el abuso de alcohol y los trastornos relacionados a éste, se encuentran entre los factores de riesgo de mayor impacto en los Años de Vida Saludables perdidos (AVISA), tanto en hombres como mujeres (27).

Panorama epidemiológico.

El consumo mundial en 2010 fue igual a 6,2 litros de alcohol puro consumido por persona mayor de 15 años o más, lo que se traduce en 13.5 gramos de alcohol puro por día. En el mundo aproximadamente 16,0% de los consumidores mayores de 15 años o más tienen un patrón de consumo intenso.

En México, la última Encuesta Nacional de Adicciones, que se llevó a cabo en el 2011, se observó un crecimiento significativo en cada una de ellas de 2002 a 2011. De modo que la prevalencia alguna vez en la vida pasó de 64.9% a 71.3%, la prevalencia en los últimos doce meses de 46.3% a 51.4% y el

crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del último mes ya que pasó de 19.2% a 31.6% (28). Por patrón de consumo, se observaron variaciones importantes de 2002 a 2011 ya que el consumo diario disminuyó (1.4% a .8%), el índice de bebedores habituales fue similar (5.6% a 5.4%) y el porcentaje de dependencia se incrementó significativamente (4.1% a 6.2%). Es importante señalar que el índice de consumidores altos se mantuvo estable, en México el consumo alto es de 4 copas o más para mujeres; y 5 o más para hombres. La *cerveza* sigue siendo la bebida de preferencia de la población total. 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 son proporcionalmente más consumidos por las mujeres. El tercer lugar de preferencia lo ocupan los *vinos de mesa* con un mercado relativamente pequeño. Las *bebidas preparadas* y *fermentados* mantienen un bajo nivel de consumo (28).

Patrón de consumo de alcohol.

No sólo el volumen de alcohol es importante, sino también el patrón de consumo de esta sustancia incrementa los efectos dañinos (29); por ejemplo, un patrón de beber mientras se come parece estar asociado con un menor daño por enfermedades crónicas (30,31), aunque el mismo consumo de alcohol se ha relacionado con lesiones (tanto intencionales y no intencionales, 32) y el riesgo de enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica y principalmente apoplejía isquémica) (33). Esto último está relacionado con el hecho de que el efecto cardioprotector de los patrones de bajo riesgo desaparece por completo

en presencia de consumo alto episódico de alcohol (33). Siendo este último patrón de consumo el que se asocia a mayor comorbilidades. Hay estudios donde se menciona que el consumo alto se asocia con un peor desempeño de funciones ejecutivas superiores favorecidos por la corteza prefrontal dorsolateral (34); además se asocia con dificultades en la memoria verbal (35); incluyendo deterioro de la función ventricular, así mismo aumento de arritmias cardíacas, como la fibrilación auricular, causa hipertensión, igualmente un daño endotelial (36).

Factores de riesgo

Como ya se mencionó antes los factores ambientales, tales como el desarrollo económico, la cultura, el acceso fácil al alcohol, el nivel y la eficacia de las políticas sobre él, son factores relevantes para explicar las diferencias en la vulnerabilidad entre las sociedades, que afectan los patrones de consumo, por consiguiente pueden aumentar el riesgo de trastornos del mismo y otros problemas relacionados con él (7).

Aunque no hay un factor de riesgo dominante, la literatura sugiere que entre más fragilidades tenga una persona, más probable que desarrolle problemas con el alcohol (37). Entre algunas de ellas, se pueden mencionar la edad, siendo los niños, adolescentes y personas de la tercera edad más vulnerables a los daños relacionados con el alcohol (8,9). Es importante hacer referencia que el inicio temprano del consumo de alcohol (antes de los 14 años de edad) se asocia con un mayor riesgo de abuso y dependencia del mismo en edades posteriores (10,11). Existe evidencia de que las mujeres son más

susceptibles a los daños relacionados con el alcohol (38). La historia familiar de trastornos por consumo de alcohol se considera un factor de vulnerabilidad importante tanto por razones genéticas como ambientales (12, 13).

Los servicios de salud desempeñan un papel fundamental en la lucha contra el daño atribuible al alcohol mediante el desarrollo y la prestación de servicios de prevención y tratamiento. Sin embargo esto nos lleva a otro grupo vulnerable, los profesionales de la salud; ya que dentro de los factores que afectan el consumo de alcohol y de drogas está la ocupación de los individuos. Hay mayor riesgo en aquellos que producen o comercian con alcohol o con drogas ya que tienen acceso al producto, así como en los empleos que provocan altos niveles de tensión o estrés. Tanto los médicos, como el personal de las instituciones hospitalarias están dentro del grupo de profesionistas cuyo campo de acción laboral propicia factores de mayor riesgo en cuanto al consumo de drogas y alcohol (39).

Consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

El consumo de alcohol en estudiantes universitarios ha generado interés desde una óptica de Salud Pública, por los problemas relacionados con su consumo; puesto que en los últimos años ha ido en aumento, llamando la atención de educadores y profesionales de la salud, por todas las repercusiones que este problema puede traer consigo.

Consumo de alcohol en estudiantes de medicina.

En algunos estudios que se han realizado en residentes de distintas especialidades médicas se ha demostrado que presentan mayor consumo de diferentes tipos de drogas que los jóvenes de su edad (40,41).

En este sentido, estudios anteriores evidenciaron que los estudiantes del área de la salud constituyen un grupo de población que merece una atención especial en relación al uso del alcohol, pues representan a los profesionales que, en el futuro, trabajarán en cuestiones de salud en la comunidad (42).

En países de América Latina las evidencias muestran índices de prevalencia preocupantes sobre el uso en la vida en estudiantes de diferentes facultades de medicina que van de 50% a 98,1% (43-48)

En México la literatura respecto al uso de alcohol en estudiantes de medicina es escasa, pero en los pocos estudios se han reportado que el uso de alcohol es hasta 71.9 %; siendo el patrón de consumo predominante de baja frecuencia pero en grandes cantidades y con marcada tendencia a la embriaguez, caracterizando un grave problema de Salud Pública, datos que justifican el desarrollo del presente estudio.

Depresión

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas, con prevalencias que oscilan entre 3.3% y 21.4%. Dentro de los motivos de consulta psiquiátrica, ocupa uno de los primeros lugares. Comienza a edades tempranas y es una de las principales

causas de discapacidad, con alteraciones de las actividades laborales, escolares y familiares; lo que la coloca como un problema de Salud Pública prioritario de atención en todo el mundo; ya que tiene importantes costos económicos y sociales (16,17).

La depresión es un estado interno de tristeza y desánimo en diferentes niveles, tanto cognitivos como conductuales, que influyen significativamente en la funcionalidad del paciente afectando todas las áreas de su vida (49).

Síntomas

Los episodios depresivos típicos se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, tristeza, fatiga, apatía y anhedonia, así como reducción de la energía lo que produce una disminución de la actividad. Estos síntomas tienen que estar presentes por un periodo mayor a dos semanas. También pueden presentar síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño como insomnio; alteraciones del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración y manifestaciones psicósomáticas como cefaleas tensionales, molestias digestivas inespecíficas, molestias musculares, entre otras (50,51).

Los episodios depresivos pueden clasificarse dependiendo de la intensidad de los síntomas como leves, moderados o graves; y de acuerdo al número de episodios que ha presentado el paciente en su vida como episodio único, recidivante o crónico. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. Se observa una mayor disfunción de las actividades de la vida diaria y presencia de

síntomas neurovegetativas (insomnio, hiporexia, etc.) en un episodio depresivo moderado. Durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones y puede complicarse de tal forma que el paciente presente riesgo de auto agresión (50,51).

Depresión en México

En México la depresión afecta al 8% de la población. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003, en México uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en algún momento de su vida, la depresión ocupa el tercer lugar. Ésta ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que en los hombres (5.4%). Un estudio que se realizó en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de la depresión en la población mexicana reveló, que el 2.0% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (comparado con tres para los de inicio en la adultez). Análisis recientes realizados en México muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis (18). Es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres (19).

Causas y Factores de riesgo

El origen de la depresión es complejo, es el resultado de la interacción entre factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto que interactúan con las características individuales (52-55).

Existen estudios que encontraron un riesgo mayor de depresión, en personas con antecedentes familiares de trastornos afectivos; con experiencias infantiles negativas; pobre apoyo social y ambiente disruptivo. Se ha observado que en los pacientes deprimidos hay un mayor número de acontecimientos estresantes previos al episodio. Además la edad y género se consideran factores de riesgo, se presentan mayores índices de depresión en adolescentes y mujeres (56,57).

Comorbilidad de la depresión

Las personas que padecen síntomas depresivos tienen mayores probabilidades de presentar enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias. Asimismo es frecuente una alta comorbilidad entre la depresión y otras patologías, como el consumo de sustancias adictivas (14). Estudios epidemiológicos realizados en México señalan que alrededor de 32% de la población diagnosticada con un trastorno de consumo de sustancias adictivas, ya sea alcohol o drogas presenta también un trastorno afectivo (15).

Depresión en estudiantes universitarios

Se han realizado múltiples investigaciones en estudiantes universitarios en las que se observa la alta prevalencia de depresión y cómo los síntomas

depresivos afectan a esta población en el aprovechamiento escolar, la deserción y el abandono, así como el bienestar emocional (20-22).

Depresión en estudiantes de medicina

Se han realizado estudios en el mundo donde se ha observado la alta prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en los estudiantes de medicina; se sabe que esta población presenta la misma incidencia que el resto de la población en el inicio de la carrera (58); sin embargo posteriormente ésta aumenta. Se piensa que la exposición a situaciones estresantes que acompañan a la carrera como falta de sueño, pacientes difíciles o cargas importantes de trabajo, son un factor de riesgo para depresión (59,60).

Los factores de riesgo que se relacionan con la depresión en los estudiantes de medicina son el ser mujer, corta edad al inicio de la carrera, baja autoestima, la percepción de un pobre apoyo social de sus compañeros y familia, así mismo que estrategias ineficientes para la solución de problemas (61-63).

Como en el resto de la población estos síntomas depresivos pueden agravarse y presentar ideación suicida o presentar cuadros depresivos crónicos. Además se ha observado un aumento en el consumo de alcohol y otras drogas (64).

Asociación de consumo de alcohol y depresión

Los estudiantes universitarios son una población especial, ya que pasan por un proceso de ajustes en su vida personal e interpersonal, lo que puede repercutir en su desempeño académico y pudieran recurrir a conductas de riesgo.

El consumo de alcohol y los síntomas depresivos son comunes en los estudiantes, fenómenos que pueden agravarse y afectar su vida personal, académica, familiar y social (65-68).

Los síntomas depresivos afectan el desarrollo académico (69-71) y existen estudios que han asociado a estos síntomas con el uso de alcohol y otras sustancias (72). En un análisis de revisión de treinta y cinco investigaciones, se observó que los pacientes deprimidos presentaron una prevalencia media de problemas con alcohol actuales o de alguna vez en la vida del 16% (rango 5-67%) y 30% (rango 10-60%) respectivamente; comparado con el 7% para problemas actuales y 16-24% para los de alguna vez en la vida de la población sin depresión (73). Lo que soporta una posible relación entre el consumo de alcohol y la depresión.

Como se mencionó antes estudios epidemiológicos muestran que el uso ocasional o continuo de alcohol es común entre la población estudiantil (74), esta situación se ha relacionado con la sintomatología depresiva, aunque se ha encontrado una asociación positiva (75,76) con ciertos patrones de consumo (altos volúmenes y consumo excesivo episódico) (77-80), la relación sigue siendo poco clara. Otros estudios sugieren que las asociaciones entre el abuso de alcohol y depresión se explican mejor por un modelo causal en la que los problemas con el alcohol llevaron a un mayor riesgo de depresión en comparación con un modelo de la automedicación en la que la depresión llevó a un mayor riesgo de abuso de alcohol (81)

También el consumo nocivo de alcohol y la depresión comparten factores de riesgo y se piensa que uno puede ser factor de riesgo de otro; una de las

motivaciones de este estudio es buscar si existe o no esta asociación. Se han realizado estudios en médicos residentes donde se ha evidenciado el alto índice de ambos fenómenos, lo que vuelve de suma importancia voltear a ver a las poblaciones del área de la salud.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Este estudio fue un estudio no experimental tipo encuesta, transversal y descriptivo, que se centró en los patrones de consumo de alcohol, la prevalencia de síntomas depresivos y las situaciones de riesgo para el consumo de alcohol de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UANL. Posterior a obtener los datos de los instrumentos de evaluación utilizados, se asociaron los patrones de consumo de alcohol con la presencia de síntomas depresivos, además de identificar las situaciones de riesgo para el consumo de alcohol.

Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por estudiantes mayores de 18 años de edad de los seis años de la Facultad de Medicina de la UANL, que accedieron a participar de manera voluntaria, firmaron el consentimiento informado y completaron de forma satisfactoria todos los instrumentos de evaluación.

Diseño y cálculo de la muestra

El diseño de muestra fue de tipo probabilístico, estratificado bietápico, aleatorio simple por conglomerados. La variable de estratificación fueron los de la carrera. En la primera etapa se realizó el cálculo de una proporción en población finita por estrato y en la segunda la aleatorización por conglomerados. Se realizó por conglomerados (grupos) para la optimización de tiempos y disminuir los costos del trabajo de campo; además para respetar la información personal de los estudiantes, lo que no se podría hacer en un estudio aleatorio

simple. La muestra obtenida de grupos y alumnos fue ponderada a nivel de cada estrato.

Número de sujetos por incluir y fundamento del cálculo: 307 sujetos.

Cálculo del tamaño de muestra:

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

valor N	5400
valor Z	1,96
valor P	0,7
valor Q	0,3
valor d	0,05

307 sujetos de estudio

Estudiantes de la Facultad de Medicina:

	No. Alumnos
1 año	1407
2 año	1143
3 año	962
4 año	668
5 año	630
6 año	569
Total	5379

De los cuales se requieren por año:

	No. Alumnos
1 año	80
2 año	65
3 año	55
4 año	38
5 año	36
6 año	33
Total	307

Aprobación por Comité de Ética

Se obtuvo la aprobación previa por el Comité de Ética para la realización de este estudio con el número PS14-009 (se anexa carta Apéndice A); sin embargo al recibir la aprobación, pero antes de la aplicación se decidió agregar otro instrumento de evaluación para complementar la información de este protocolo de investigación, lo cual fue informado al Comité y se recibió la autorización.

Este trabajo de investigación se rigió dentro de los tres principios esenciales para la conducta ética, durante todo su desarrollo. Principios esenciales de las investigaciones con sujetos humanos, que son reconocidos mundialmente en códigos y declaraciones: 1) La Autonomía 2) La Justicia y 3) La Beneficencia. Todas las participaciones fueron de manera voluntaria, se contó con la firma del consentimiento informado, se des identificó toda la información de los participantes, los datos obtenidos fueron utilizados sólo para fines de esta investigación y fueron obtenidos sólo por una persona.

Instrumentos

Cuestionario de Estudiantes 2006. Es un cuestionario estandarizado, que está basado en la Encuesta Nacional de Adicciones, ha sido utilizado en diferentes encuestas en población estudiantil, en las cuales ha probado su validez y confiabilidad. Es auto aplicable, está pre codificado y contiene 158 preguntas cerradas, así como indicadores que han sido elaborados por varios países en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (1, 2, 3, 4). El cuestionario está conformado por varias secciones: a) Datos sociodemográficos;

b) Condiciones de vivienda; c) Consumo de drogas, alcohol y tabaco (En el caso del alcohol, se pregunta sobre las ocasiones de consumo, las prevalencias de alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes. Frecuencia con que ha consumido 5 copas o más y frecuencia de embriaguez). d) Problemas relacionados con el consumo de drogas. e) Conducta Antisocial; f) **Ámbito Social:** corresponde a preguntas sobre la tolerancia social, la disponibilidad y la percepción del riesgo del consumo de drogas, de alcohol y de tabaco; así como qué tanta desorganización social (delincuencia y violencia), percibe el sujeto en la zona donde vive; g) **Ámbito Interpersonal** y h) **Ámbito Personal**. Además incluye cuatro formas específicas (A, B, C Y D) para distintas poblaciones. Para fines de este estudio sólo se aplicarán y tomarán en cuenta la sección de datos sociodemográficos que consta de 10 preguntas, 14 preguntas relacionadas con alcohol, así como 6 preguntas de la forma A, que están relacionadas con el consumo de alcohol y síntomas depresivos.

Inventario de Depresión de Beck, versión abreviada (IDB). Es un instrumento auto aplicable creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck. La versión original data de 1961 (5), publicándose posteriormente dos revisiones, la BDI-IA en 1978 (6) y la BDI-II en 1996 (7). Esta escala fue adaptada y validada en castellano por primera vez en 1975 por Conde y Useros (8). Se realizó en 1991 un estudio de validez y reproducibilidad en México (9) por Torres-Castillo y en 1998 otro estudio donde se tradujo y validó en residentes de la ciudad de México, siendo aceptables los índices de confiabilidad y validez encontrados (10). El Inventario para la Depresión de Beck ha sido ampliamente utilizado como medida de

sintomatología depresiva en pacientes con trastornos psiquiátricos y en población normal, hasta constituirse en el instrumento auto aplicado para evaluar la depresión más utilizado en la práctica clínica y en investigación. Consta de 21 ítems de respuesta múltiple y valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La versión abreviada de 13 ítems también es muy utilizada. Los valores de las cuatro opciones de respuesta son iguales en todos los ítems: la primera respuesta vale 0 puntos; la segunda vale 1 punto; la tercera vale 2 puntos, y la cuarta vale 3 puntos, dando un puntaje total posible de 39 puntos. Los puntos de corte recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son: 0-4 Depresión ausente, 5-7 Depresión leve, 8-15 Depresión moderada y > 15 Depresión grave. Existe un estudio que se realizó en 1986 para determinar la validez concurrente del inventario en esta versión comparándola con la escala de Hamilton para depresión (11). En nuestro estudio se aplicará la versión abreviada, donde puntajes mayores de 5 ya se consideraron significativos para la presencia de manifestaciones depresivas.

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA). El ISCA es un instrumento de evaluación que fue desarrollado por Annis en 1982, para conocer situaciones específicas que son un factor de riesgo para un consumo excesivo de alcohol; consta de 100 reactivos que evalúan ocho categorías, divididas en dos grandes grupos: 1.- Situaciones personales y 2.- Situaciones que involucran a terceras personas; se trata de un cuestionario auto aplicable,

son necesarios aproximadamente 20 minutos para su realización y puede ser aplicado en grupo; cada reactivo se contesta en una escala de 4 puntos (NUNCA, OCASIONALMENTE, FRECUENTEMENTE o CASI SIEMPRE). Este instrumento nos brinda una información más completa de un patrón de consumo de alcohol, con un subsecuente conocimiento de mayores áreas de oportunidad de este problema de salud.

Procedimiento

- a) El estudio tuvo lugar en la ciudad de Monterrey, NL. México de Agosto a Diciembre del 2014 en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
- b) En primera instancia se hizo contacto con La Subdirección de Estudios de Pregrado de la carrera de Médico Cirujano y Partero de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, para solicitar la autorización de este proyecto. Posteriormente se estableció una relación de trabajo y se nos proveyó los planes de estudios de los años escolares, con la finalidad de conocer todos los grupos de estudiantes por materia (conglomerados) que existen en cada año de la carrera de medicina. Además de los permisos necesarios para acudir a los grupos que resultaron sorteados, con previa información y autorización del maestro a cargo.
- c) Posterior a la aprobación del protocolo por el Comité de Ética, se procedió a la elección al azar de los conglomerados que se evaluaron.

- d) Se acudió a los grupos que resultaron electos al azar y se invitó a los estudiantes a participar de manera voluntaria en el estudio. Los que accedieron a participar firmaron el consentimiento informado; antes de la firma del consentimiento se hizo énfasis en la confidencialidad en el manejo de la información y se aclaró que en caso de que los cuestionarios arrojen resultados positivos para depresión y/o riesgo de autoagresión, los responsables del estudio contactarían a los sujetos de investigación, para recomendar atención en el Departamento de Psiquiatría/ Psicología de la Facultad de Medicina. La atención a estas recomendaciones dadas por el investigador fue responsabilidad del sujeto evaluado; a excepción de los sujetos que presentaron sintomatología depresiva grave, ideas de muerte, ideación o planeación suicida o un consumo de alcohol que ponga en riesgo la seguridad del participante; en este caso el investigador ofreció una evaluación clínica completa y/o la derivación a un servicio de emergencias para la atención oportuna, el resto del manejo correspondió al recomendado de acuerdo al procedimiento de pacientes con riesgo de auto agresión descrito en nuestro manual de procedimientos que se basa y apoya en el sugerido por las guías del manejo clínico de riesgo de auto agresión de la Asociación Psiquiátrica Americana (1).
- e) La aplicación de las escalas se realizó en las aulas de la Facultad de Medicina y todas fueron aplicadas por la Dra. Cynthia Jiménez Zarazúa, tesista de este protocolo. La participación requirió de una sola frecuencia y con una duración aproximada de 40 minutos por conglomerado.

- f) Para la evaluación del patrón de consumo de alcohol se utilizó el Cuestionario de estudiantes 2006 y el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA), descritos en el apartado de instrumentos. Además se aplicó el Inventario de Depresión de Beck versión abreviada para la evaluación de sintomatología depresiva; instrumento que también se describió antes. En los casos en que el Inventario de Depresión de Beck arrojó una puntuación positiva para depresión o riesgo de autoagresión, se procedió a realizar el procedimiento ya descrito en el inciso d).
- g) La revisión de los instrumentos se realizó inmediatamente después de cada aplicación, esto con el objetivo de evaluar rápidamente los valores de los cuestionarios y lograr la detección temprana de las personas que necesitaran atención. Posterior a esta fase, se des identificaron a los participantes con el fin de proteger su información y sus datos. La información se vació en una base de datos electrónica que cuenta con todas las medidas de seguridad y sin algún dato que identifique a algún sujeto de investigación. Al completar la captura se procedió al análisis estadístico, resultados, discusión y conclusiones.
- h) Al finalizar el estudio, todos los instrumentos de los sujetos de investigación, fueron resguardadas dentro de un contenedor adecuado en el archivo del departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario.

Análisis estadístico

Se utilizó el software estadístico de SPSS para analizar todos los datos que fueron recolectados en este estudio. Para analizar las características

demográficas, los patrones de consumo, síntomas depresivos y situaciones de riesgo de consumo de alcohol se utilizaron frecuencias estadísticas descriptivas. Para la asociación de los patrones de consumo de alcohol y los síntomas depresivos, así como las características de la muestras con cada uno de ellos se utilizó el análisis de Chi-cuadrada, con un valor de $p < 0,05$ para ser considerado como significativo.

RESULTADOS

Características de la muestra

La muestra estuvo conformada por 373 estudiantes (190 mujeres y 183 hombres), se obtuvo una muestra representativa de todos los años de la carrera de Medicina, aunque el quinto año de la carrera está su representado. El rango de edad fue entre 18 a 32 años, con una media de 20 años; en su mayoría solteros. El 27.3% deben una o más materias, las materias con más frecuencias fueron anatomía y fisiología. En cuanto a la ocupación la mayoría son estudiantes de tiempo completo, sin embargo el 12.1% tiene un trabajo de medio tiempo o de tiempo completo. El 27.3% son foráneos, los estados de la República que presentaron más frecuencias fueron Coahuila, Tamaulipas y San Luis Potosí. El 77.2% viven con uno o ambos padres, el 11.5% viven con amigos y el 11.3% con compañeros de cuarto/otro familiar/solos. El 69.7% tiene religión católica, el 14.7% ninguna y el 11.5% cristiana. En la siguiente tabla se observan las características de la muestra (**Tabla 1**)

Tabla 1. Características de la muestra (n= 373)

Sexo (%)		
Mujer	190 (50.9%)	
Hombre	183 (49.1%)	
Edad (media± DE)		20± 2.049
Estado Civil n (%)		
Soltero	368 (98.7%)	
Casado	3 (0.8%)	
Unión libre	2 (0.5%)	
Año de la carrera n (%),		
[n']		
1	87 (23.3%)	[80]
2	144 (38.6%)	[65]
3	57 (15.3%)	[55]
4	38 (9.7%)	[38]
5	16 (4.3%)	[36]
6	33 (8.8%)	[33]

Debes alguna materia <i>n</i>		
(%)		102 (27.3%)
	Si	271 (72.7%)
	No	
Trabajo <i>n</i> (%)		
	Si	45 (12.2%)
	No	328 (87.9%)
Origen <i>n</i> (%)		
	Nuevo León	271 (72.7%)
	Foráneo	102 (27.3%)
Vives con: <i>n</i> (%)		
	Padres/Familiares	288 (77.2%)
	Amigos	43 (11.5%)
	Otro	42 (11.3%)
Religión <i>n</i> (%)		
	Católica	260 (69.7%)
	Cristiana	43 (11.5%)
	Testigo de	1 (0.3%)
Jehová		55 (14.7%)
	Ninguna	14 (3.8%)
	Otra	

1

Características del consumo de alcohol

En cuanto a las características del consumo de alcohol de los sujetos de investigación se obtuvieron los siguientes datos por el Cuestionario de Estudiantes 2006.

El 89 % de los estudiantes entrevistados han tomado alguna vez en su vida al menos una copa completa de alguna bebida alcohólica. Las bebidas de mayor consumo fueron los destilados (72.7%) y la cerveza (70%); las de menor consumo el mezcal (12.2%) y el pulque (8.6%). En cuanto a la edad que tenían la primera vez que tomaron una copa completa de cualquier bebida, se encontró un rango de los 9 a los 24 años, con una media de 16. En un día típico o común de los que acostumbran beber el 30% reportó consumir de una a dos bebidas; el 20.4% de tres a cuatro; 19.8% de cinco a seis; 11% de siete a nueve y el 7.5% 10 o más (**Tabla 2**).

Tabla 2. Características generales del consumo de alcohol (n = 373; n''= 332)

Alguna vez en la vida ha tomado alcohol n'' (%)	
<i>Si</i>	332 (89%)
a) Vino (blanco, rosado, tinto)	193 (51.7%)
b) Bebidas preparadas	174 (46.6%)
c) Cerveza	261 (70%)
d) Destilados (ron, brandy, vodka, whisky,tequila)	271 (72.7%)
e) Pulque	32 (8.6%)
f) Alcohol puro, mezcal	45 (12.1%)
<i>No</i>	41 (11%)
Edad de inicio± DE	16± 1.736
En un día típico, cuantas copas bebe n'' (%)	
a) 1-2	113 (30.3%)
b) 3-4	76 (20.4%)
c) 5-6	74 (19.8%)
d) 7-9	41 (11%)
e) 10 o más	28 (7.5%)

En la muestra se obtuvo una prevalencia de consumo de alcohol al menos una vez en la vida con 125 (68.3%) individuos Masculinos y 103 (54.2%, P=0.8688, OD 0.9076, IC 0.4742 - 1.737) Femeninos; una prevalencia del último año de 133 (72.7%) individuos Masculinos y 120 (63.2%, P=0.0593, OD 1.5517, IC 1.0005 - 2.4066) Femeninos. Y se reportó una prevalencia en el último mes con 125 (68.3%) individuos Masculinos y 103 (54.2%, P=0.00001, OD 1.8204, IC 1.1932 - 2.7772) Femeninos. En el **Grafico 1** se observan las prevalencias totales y en la **Tabla 3** categorizadas por género.

Gráfico 1. Prevalencias de consumo de alcohol



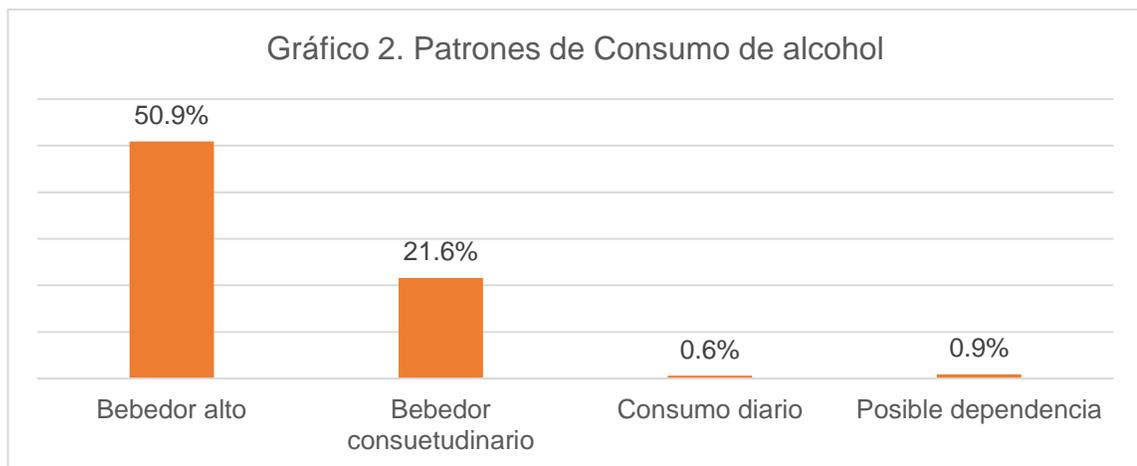
Tabla 3. Prevalencia de Consumo de Alcohol. Categorización por género de estudiantes.

		Género				P
		Masculino		Femenino		
		n	%	n	%	
En el Último Año	SI	133	72.7%	120	63.2%	0.0593
	NO	50	27.3%	70	36.8%	
En el Último Mes	SI	125	68.3%	103	54.2%	0.0058
	NO	58	31.7%	87	45.8%	
Una Vez en la Vida	SI	162	88.5%	170	89.5%	0.8688
	NO	21	11.5%	20	10.5%	

Tabla 3. Prevalencia de Consumo de Alcohol. Categorización por género de estudiantes

También se obtuvieron los siguientes datos acerca de los patrones de consumo de alcohol evaluados por el Cuestionario de estudiantes 2006; 169 (50.9%) de los estudiantes que consumen alcohol tienen un patrón de consumo de Bebedor Alto; 72 (21.6%) de ellos tienen un patrón de consumo de tipo Bebedor Consuetudinario; sólo 2 estudiantes reportaron un patrón de consumo Diario y 3 estudiantes de la muestra un patrón de consumo de Posible Dependencia.

Grafico 2. Patrones de Consumo de alcohol



Referente a los problemas asociados al alcohol y a los antecedentes familiares, durante los últimos 12 meses el 18% no pudo dejar de beber una vez que ya había empezado; el 8.3% dejó de hacer lo que debía hacer por beber; el 8.8% bebió la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día previo; el 22% manifestó sentirse culpable por haber bebido y el 22% olvidó algo que había pasado después de haber bebido. Sólo el 7% se ha lesionado o ha lesionado a alguien por su ingesta de alcohol y al 9.1% algún amigo, familiar o doctor le ha manifestado preocupación por la forma en que consume alcohol. El

36.7% tiene algún familiar que ha tenido problemas debido a que consume bebidas alcohólicas.

Tabla 4. Problemas asociados al consumo de alcohol (n''=332)	
En el último año, frecuencia que n'' (%):	
a) No pudiste parar de beber	a)
1. < 1 vez al mes	1. 56 (15%)
2. Mensual	2. 9 (2.4%)
3. Semanal	3. 2 (0.5%)
4. Nunca	4. 265 (71%)
b) Dejaste de hacer algo por beber	b)
1. < 1 vez al mes	1. 28 (7.5%)
2. Mensual	2. 3 (0.8%)
3. Nunca	3. 301 (80.7%)
c) Bebiste la mañana siguiente	c)
1. < 1 vez al mes	1. 28 (7.5%)
2. Mensual	2. 4 (1.1%)
3. Diario	3. 1 (0.3%)
4. Nunca	4. 299 (80.2%)
d) Te sentiste culpable	d)
1. < 1 vez al mes	1. 60 (16%)
2. Mensual	2. 17 (4.6%)
3. Semanal	3. 2 (0.5%)
4. Diario	4. 3 (0.8%)
5. Nunca	5. 250 (67%)
e) Olvidaste algo que había pasado cuando estuviste bebiendo	e)
1. < 1 vez al mes	1. 68 (18.2%)
2. Mensual	2. 14 (3.8%)
3. Semanal	3. 2 (0.5%)
4. Diario	4. 1 (0.3%)
5. Nunca	5. 247 (66.2%)
Te has lesionado o alguien ha resultado lesionado	
a) No	a) 306 (82%)
b) Sí, pero no en el último año	b) 15 (4%)
c) Si, en el último año	c) 11 (2.9%)
Alguien se ha preocupado por la forma en que bebes	
a) No	a) 298 (79.9%)
b) Sí, pero no en el último año	b) 14 (3.8%)
c) Si, en el último año	c) 20 (5.4%)
Alguno de tus familiares tiene problemas con el alcohol	
a) Si	a) 137 (36.7%)
b) No	b) 236 (63.3%)

Tabla 4. Problemas asociados al consumo de alcohol (n''=332)

Situaciones de riesgo para consumo de alcohol

Además se identificaron situaciones de riesgo para el consumo de alcohol en los estudiantes encuestados, datos que fueron obtenidos por el ISCA. Se calcularon los puntajes para las ocho sub escalas para conocer el índice problema.

En la **Tabla 5** se muestran los datos obtenidos por este instrumento. Destacando las sub escalas de Emociones Agradables, Necesidad Física, Presión Social y Momentos Agradables con otros, como las situaciones de riesgo para el consumo de alcohol en los estudiantes encuestados.

Emociones Desagradables	
Bajo riesgo	211 (56.6%)
Riesgo moderado	157 (42.1%)
Alto riesgo	5 (1.3%)
Malestar Físico	
Bajo riesgo	253 (67.8%)
Riesgo moderado	119 (31.9%)
Alto riesgo	1 (0.3%)
Emociones Agradables	
Bajo riesgo	89 (23.9%)
Riesgo moderado	203 (54.4%)
Alto riesgo	56 (15%)
Muy alto riesgo	16 (4.3%)
Probando Auto-control	
Bajo riesgo	368 (98.7%)
Riesgo moderado	5 (1.3%)
Necesidad Física	
Bajo riesgo	110 (29.8%)
Riesgo moderado	216 (57.9%)
Alto riesgo	41 (11%)
Muy alto riesgo	2 (0.5%)
Conflicto con otros	
Bajo riesgo	251 (67.3%)
Riesgo moderado	118 (31.6%)
Alto riesgo	2 (0.5%)
Presión social	
Bajo riesgo	67 (18%)
Riesgo moderado	212 (56.8%)

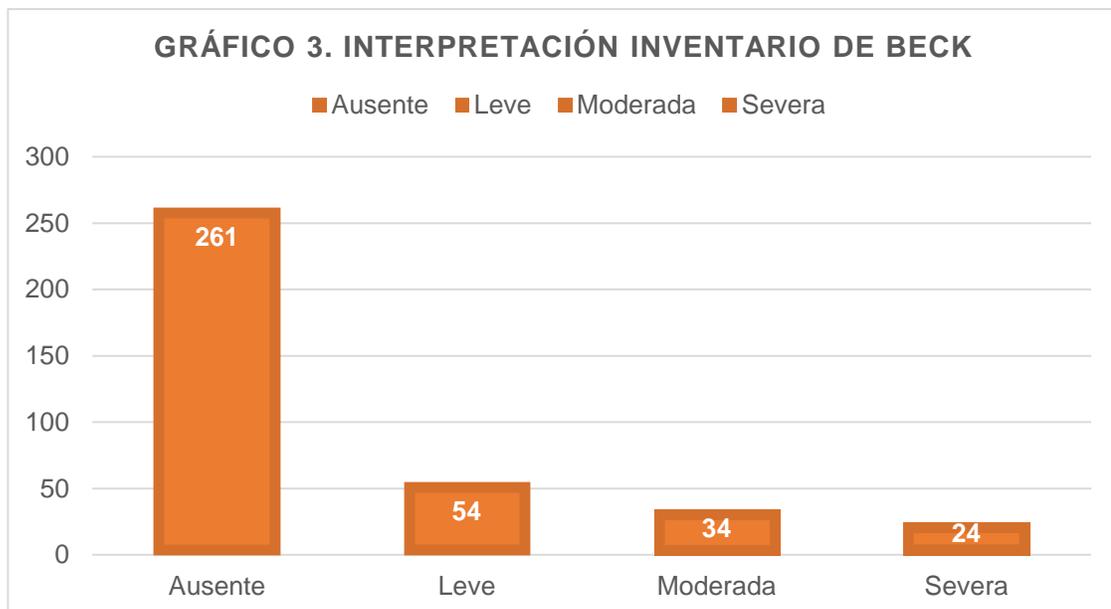
	Alto riesgo	67 (18%)
	Muy alto riesgo	4 (1.1%)
Momentos agradables con otros		92 (24.7%)
	Bajo riesgo	186 (49.9%)
	Riesgo moderado	71 (19%)
	Alto riesgo	16 (4.3%)
	Muy alto riesgo	

Tabla 5. Sub escalas del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol

Características de la sintomatología depresiva

El 70% de los encuestados puntuaron para depresión ausente, el 14.5% para depresión leve, 9.1% para depresión moderada y el 6.4% para depresión grave, de acuerdo a la interpretación de puntuaciones del Inventario de depresión de Beck versión abreviada. Sin embargo en los puntajes totales el promedio fue de 3.91 ± 4.852 ; el rango de puntuaciones fue de 0 a 24 puntos.

Grafico 3. Interpretación Inventario de Beck

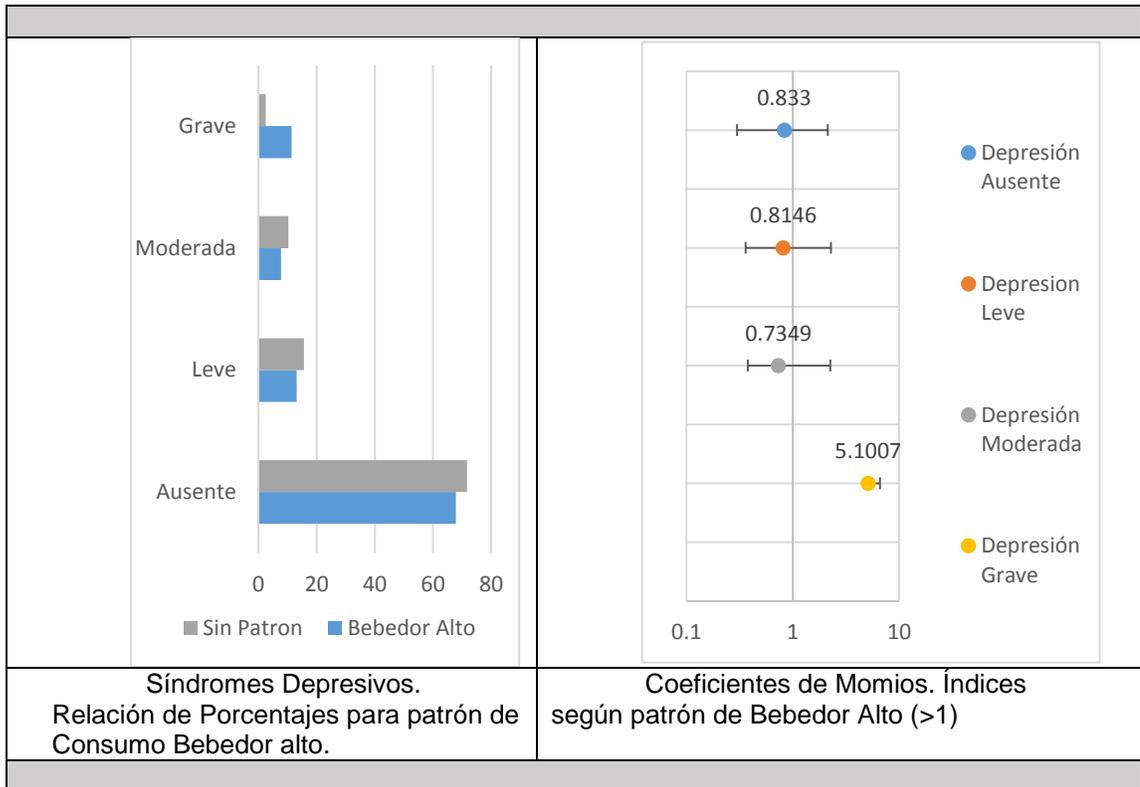


Asociación de patrones de consumo de alcohol y síntomas

depresivos

Se evaluaron las proporciones correspondientes a la relación de patrones de consumo y Síntomas depresivos según los resultados de la escala de Beck se encontraron 114 (67.86%) individuos en Categoría de Depresión Ausente y Sin Patrón de Bebedor Alto y en Categoría de Depresión Ausente con 147 (71.71%, $P=0.8333$, OD 0.833, IC 0.5343 - 1.2987), 22 (13.1%) individuos en Categoría de Depresión Leve en contraste con individuos Sin Patrón de Bebedor Alto en Categoría de Depresión Leve con 32 (15.61%, $P=0.5552$, OD 0.8146, IC 0.4535 - 1.4634), en la Categoría de Depresión Moderada con Patrón de Consumo Alto 13 (7.74%) individuos y Sin Patrón de Bebedor Alto en Categoría de Depresión Moderada con 21 (10.24%, $P=0.4714$, OD 0.7349, IC 0.3563 - 1.5158); y 19 (11.31%) individuos en Categoría de Depresión Grave, y Sin Patrón de Bebedor Alto y en Categoría de Depresión Grave con 5 (2.44%, $P=0.0006$, OD 5.1007, IC 1.862 - 13.9723).

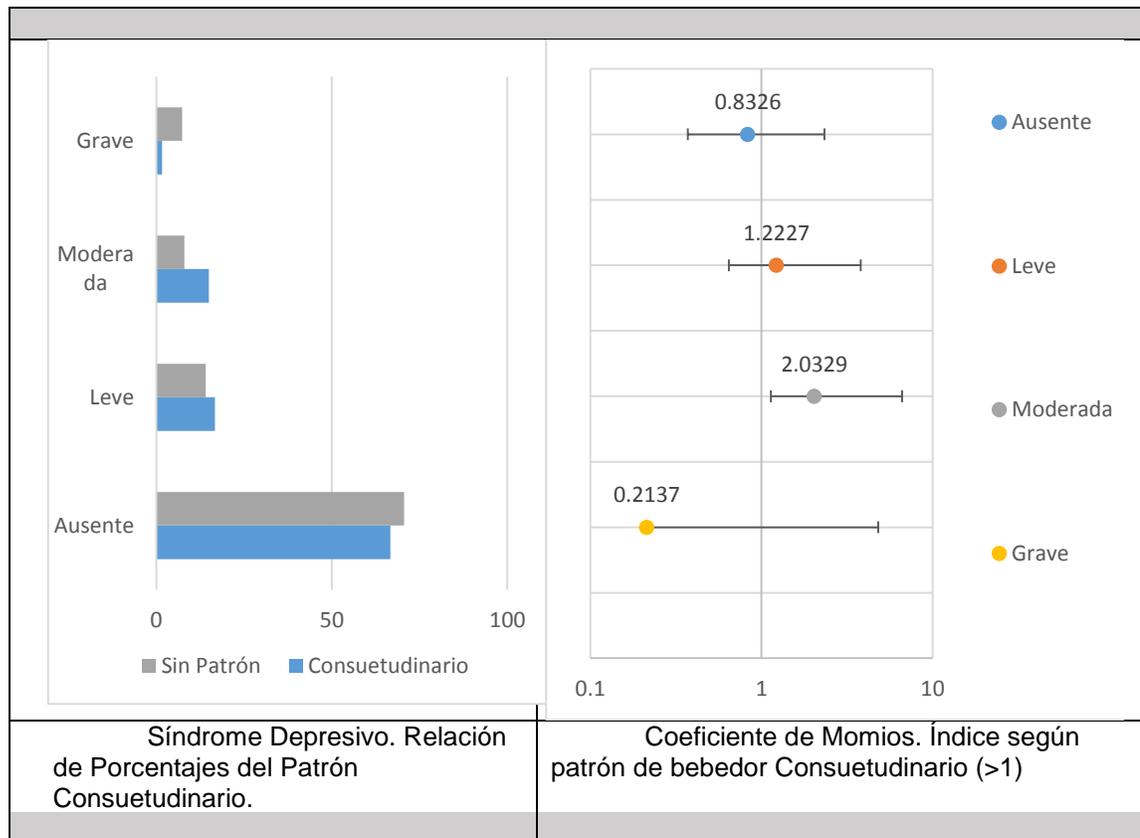
Grafico 4. Relación de patrón de consumo bebedor alto y síntomas depresivos.



Para el Bebedor Consuetudinario 40 (66.67%, $P=0.5417$, OD 0.8326, IC 0.4619 - 1.5009) individuos en Categoría de Depresión Ausente, y Sin Patrón de Bebedor Consuetudinario en Categoría de Depresión Ausente con 221 (70.61%), En personas con Categoría de Depresión Leve, 10 (16.67%, $P=0.5543$, OD 1.2227, IC 0.5775 - 2.5886) individuos con Patrón de Bebedor Consuetudinario, en Categoría de Depresión Leve con 44 (14.06%) individuos sin éste patrón; En Personas que se ubicaron en la categoría de Depresión Moderada 9 (15%, $P=0.09$, OD 2.0329, IC 0.8971 - 4.6065) individuos, en contraste con los que se encontraron sin Patrón de Bebedor Consuetudinario y en Categoría de Depresión Moderada con 25 (7.99%), Con Depresión Grave solo 1 (1.67%, $P=0.1478$, OD

0.2137, IC 0.0283 - 1.6135) individuo, en individuos Sin Patrón de Bebedor Consuetudinario y en Categoría de Depresión Grave con 23 (7.35%).

Grafico 5. Relación de patrón de consumo consuetudinario y síntomas depresivos.

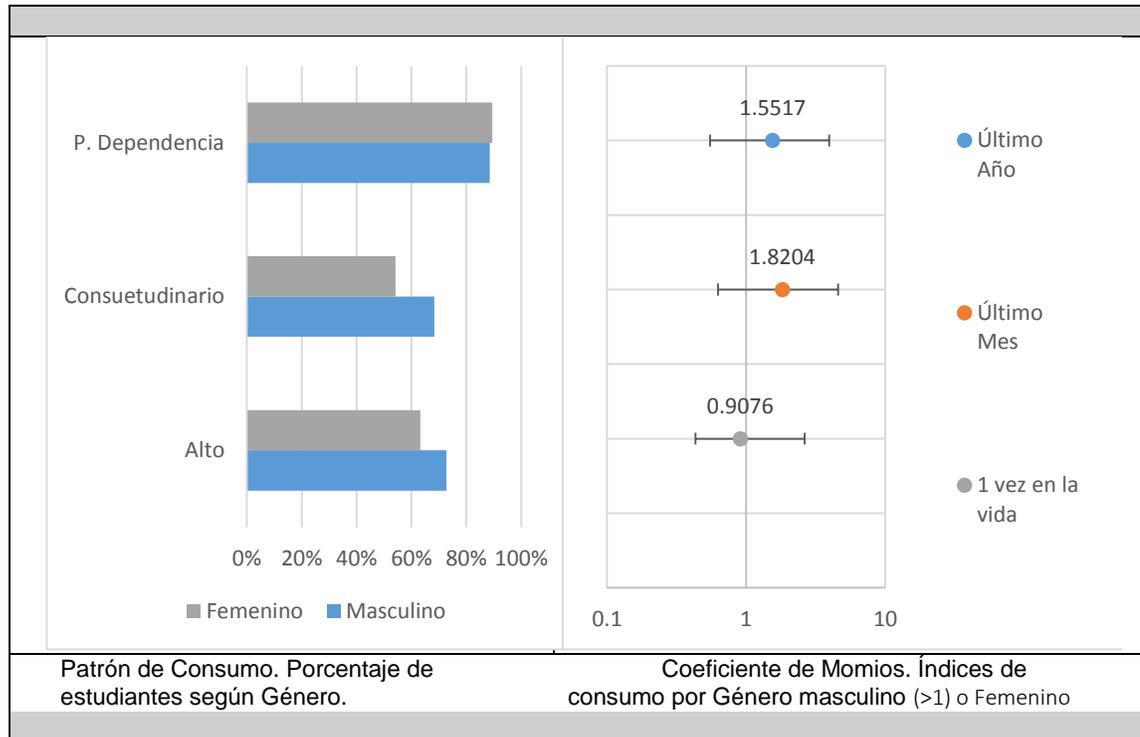


Asociación del consumo de alcohol y síntomas depresivos con características del estudiante

En cuanto a la asociación de las características sociodemográficas de la muestra; no hay diferencias significativas en cuanto al género de los encuestados y el consumo de alcohol de alguna vez en la vida. De los que han consumido alguna vez alcohol en su vida el 51.2% son mujeres y el 48.8% son hombres; de los estudiantes que nunca han consumido alcohol en su vida el 51.2% son hombres y el 48.8% son mujeres. Tampoco se observaron diferencias

significativas relacionadas al género en los patrones de consumo de alcohol evaluados.

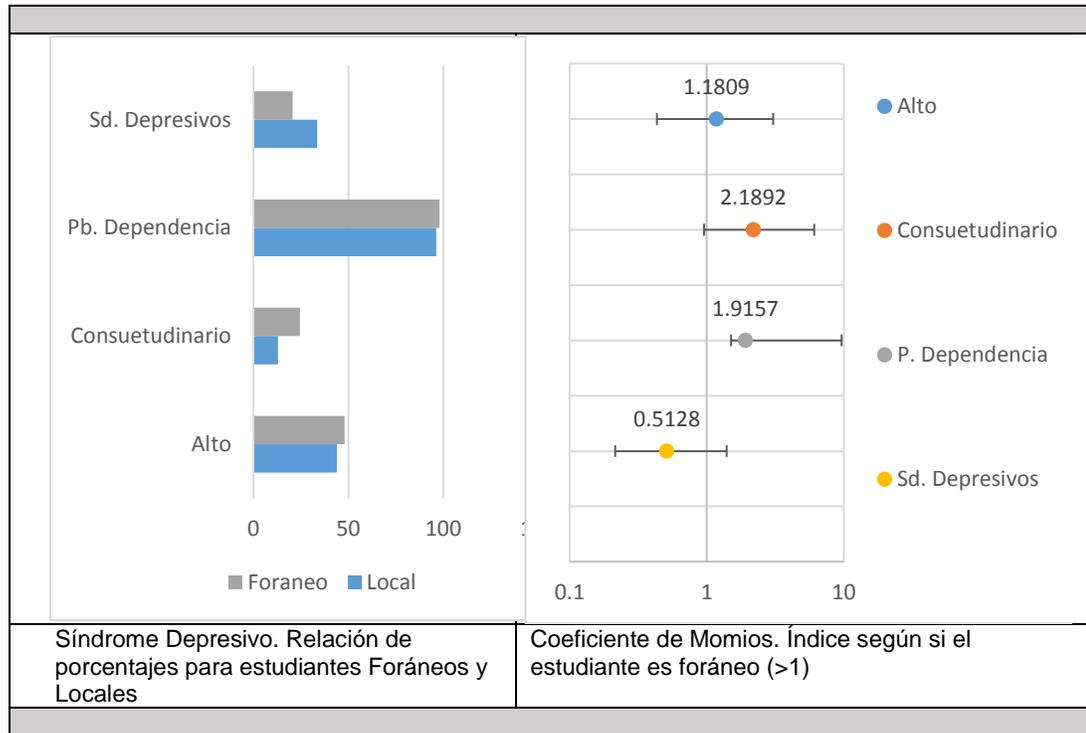
Grafico 6. Patrones de consumo de alcohol y género.



Se estudiaron de igual forma los patrones de consumo en cuenta de si los estudiantes eran locales o foráneos a determinar alguna tendencia, se encontró que para el patrón de Bebedor alto se encontraron 119 (43.91%) individuos locales con este patrón y 49 (48.04%, $P=0.4859$, OD 1.1809, IC 1.8642 - 0.7481) individuos foráneos con patrón de bebedor alto; con patrón de consumo consuetudinario 35 (12.92%) individuos locales y 25 (24.51%, $P=0.0108$, OD 2.1892, IC 3.887 - 1.233) estudiantes foráneos con éste patrón de consumo; con datos de posible dependencia 261 (96.31%) individuos locales en contraste con 100 (98.04%, $P=0.5243$, OD 1.9157, IC 8.8966 - 0.4125) individuos foráneos. Con

síntomas depresivos 91 (33.58%) individuos locales y 21 (20.59%, $P=0.016$, OD 0.5128, IC 0.8818 - 0.2982) individuos foráneos con síntomas depresivos.

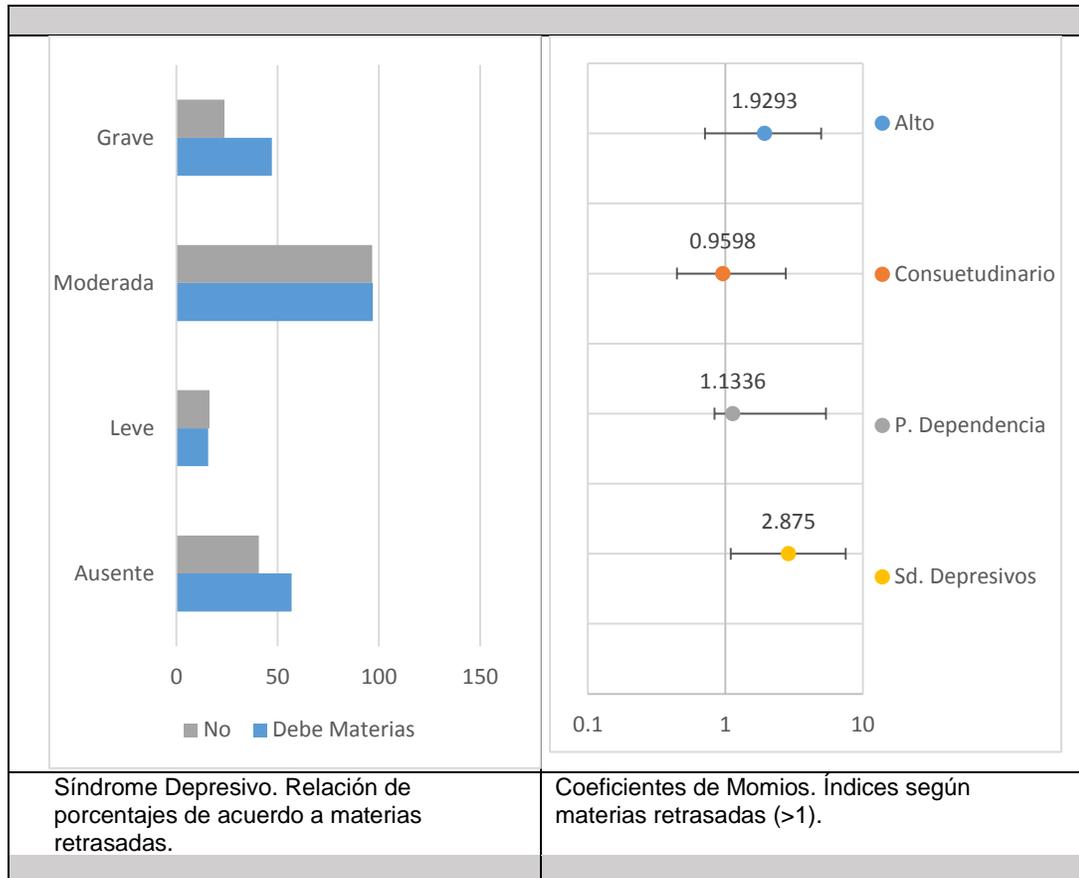
Grafico 7. Relación foráneos y locales.



Otro de los rubros del estudio era relacionar la incidencia de materias retrasadas y los patrones de consumo, los alumnos que debían materias y se les relaciono con un consumo alto 58 (56.86%, $P=0.0052$, OD 1.929, IC 3.0585 - 1.217) individuos en contraste con 110 (40.59%) que no deben pero tienen consumo alto. Los de patrón de consumo consuetudinario y con materias retrasadas 16 (15.69%, $P=1$, OD 1.0419, IC 1.7908 - 0.5144) a diferencia de 44 (16.24%) individuos sin materias retrasadas. Con datos de posible dependencia 99 (97.06%, $P=1$, OD 0.8822, IC 4.2731 - 0.3007) con materias retrasadas y 262 (96.68%) individuos con síntomas de dependencia sin materias retrasadas. De

los individuos con Síntomas Depresivos y materias retrasadas 48 (47.06%, $P < 0.0001$, OD 0.3478, IC 4.6431 - 1.7802) 64 (23.62%).

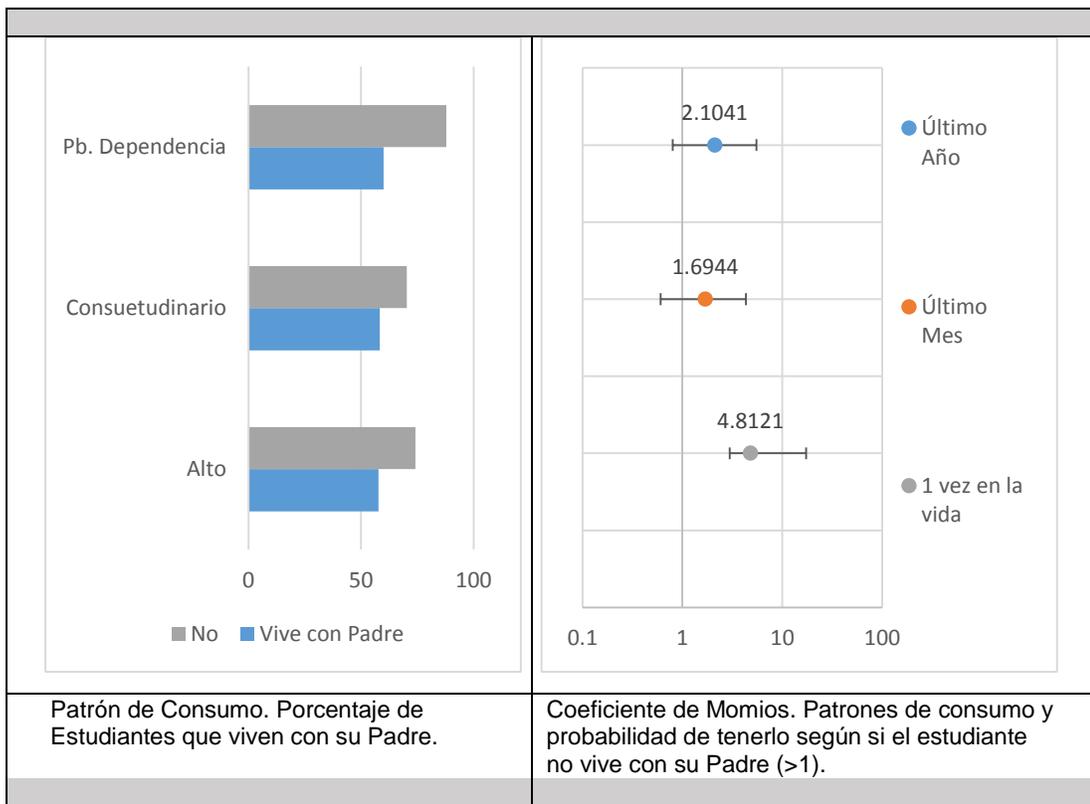
Grafico 8. Relación con materias irregulares.



De manera incidental al comparar la prevalencia de Consumo en el último año y las proporciones de los estudiantes que viven con su Padre ($P=0.024$) en la casa se encontró diferencias significativas para 146 (57.71%) individuos con consumo positivo en el Último año, en mayor proporción se encontrarían los que no tienen a su Padre en la casa con 89 (74.17%, $P=0.002$, OD 2.1041, IC 3.3965 - 1.3035) individuos y han tenido consumo de bebidas alcohólicas en el último año. Para el consumo en el último mes ($P=0.155$) se encontró una distribución

de tendencia similar con 133 (58.33%) de los estudiantes que consumieron bebidas viven con su Padre en la casa a diferencia de 102 (70.34%, $P=0.021$, OD 1.6944, IC 2.639 - 1.0879) individuos que no viven con su Padre y tuvieron consumo en el último mes. Para el consumo de una bebida en la vida ($P=0.007$) también se observó la tendencia de menor proporción con los que viven con su Padre 199 (59.94%) individuos, en contraste con 36 (87.8%, $P=0.0003$, OD 4.8121, IC 12.5781 - 1.841) personas que no viven con su padre.

Grafico 9. Relación los que viven con su padre.



DISCUSION

En este estudio fue posible contestar las preguntas de investigación que se plantearon en un inicio. Se discutirá cada una de ellas a continuación, con lo encontrado en este estudio comparado con lo reportado en literatura previa.

Preguntas de investigación e hipótesis

¿Cuál es el patrón de consumo de alcohol en los estudiantes de medicina?

Con respecto a las tres prevalencias de consumo que este estudio encontró, todas fueron más altas que las reportadas en población general por la ENA, donde la Prevalencia de al menos una vez en la vida fue 71.3%; en el último año de 51.4% y del último mes de 31.6% (82). Se encontraron similitudes en lo encontrado en otros estudios que se han realizado en otros países, donde se han reportado los siguientes rangos de las distintas prevalencias, de 74-94% para alguna vez en la vida; 66-77% en el último año y 33-77% en el último mes; además comparado con dos estudios nacionales realizados en estudiantes de medicina, nuestro estudio se localizó dentro del rango de sus puntajes (83-91).

La edad de inicio para el consumo de alcohol es similar a la encontrada en otros estudios y en lo reportado en la ENA; con una edad media de los 16 años, lo que significa que la mayoría de las personas inician su consumo previo a la edad legal para poder comprar alcohol. Nuestro estudio arrojó la menor edad de inicio de consumo de los estudios nacionales, 9 años (83, 89-91).

Por patrón de consumo, el consumo diario y el de posible dependencia es menor al encontrado en población general y similar a lo encontrando en otros

estudios de estudiantes. Sin embargo los patrones de consumo de bebedores consuetudinarios (21.6%) y el de bebedores altos (50.9%) fueron considerablemente más altos que los de la población general (5.4%; 32.8% respectivamente). El patrón de bebedores altos, se caracteriza por un consumo episódico de baja frecuencia de altos volúmenes de alcohol, patrón que en diferentes estudios es el que más se ha encontrado en los estudiantes universitarios; nuestro estudio soporta esta evidencia (82-91).

A diferencia de otros estudios nacionales, los destilados ocuparon el número uno entre las bebidas preferidas y la cerveza en segunda lugar (82,89,91).

¿Cuál es la prevalencia de síntomas depresivos en los estudiantes de medicina?

De los estudiantes encuestados, 112 (30%) de los 373 presentaron síntomas depresivos; de los cuales el 48% presentó síntomas leves, el 30% moderados y el 21% severos. Las prevalencias en población general reportadas en México van de 8 a 12%; sin embargo, no es posible compararlo, ya que estas prevalencias hablan sobre la presencia de trastorno depresivo mayor, y nuestro estudio no realizó un diagnóstico formal de este síndrome. Pero, en varios estudios realizados en población estudiantes de medicina se han reportado prevalencias de hasta 62% de síntomas depresivos y hasta 40% reportados con síntomas moderados a graves; aunque nuestro estudio reporta números menores en cuanto a la presencia de sintomatología depresiva, es importante considerarlo

y estar alertas, ya que el 6.4% de la muestra total presentó síntomas graves (92-97).

¿Existe alguna asociación entre los patrones de consumo y síntomas depresivos de los estudiantes de medicina?

En el presente estudio no se encontró una asociación causal entre los patrones de consumo de alcohol y los síntomas depresivos. Sin embargo, el patrón de consumo bebedor alto se relacionó con una mayor presencia de síntomas de depresión grave; pero los estudiantes que presentaron un patrón de consumo consuetudinario o de posible dependencia, mostraron una incidencia poco elevada de síntomas depresivos. Por lo que la hipótesis del investigador; que proponía que entre más grave el patrón de consumo, mayor serían los síntomas depresivos, es incorrecta.

Aunque no se encontró una asociación causal, el encontrar una mayor prevalencia de síntomas depresivos en los bebedores altos es importante, ya que si recordamos es el patrón de consumo más prevalente entre los estudiantes de medicina; y es este patrón y los síntomas depresivos los que se relacionan con una mayor afectación en el desempeño y adaptación escolar del estudiante; lo que lo hace un foco de alerta para la identificación y educación de estos fenómenos.

¿Consumo de alcohol y los síntomas depresivos en función de las características del estudiante?

No se encontraron diferencias significativas en cuanto al género, en las prevalencias ni en los patrones de consumo de alcohol; así como en la presencia de los síntomas depresivos; dato importante ya que es diferente a lo encontrado en la literatura nacional e internacional. En la población general, los patrones de consumo altos son más comunes en hombres y los síntomas depresivos en mujeres; con diferencias estadísticamente significativas; por lo que la población de estudio es homogénea en estos dos fenómenos, lo que inferimos que existen varios factores que afectan a esta población para hacerlas igual de proclives a presentar depresión y patrones de consumo similares, y si observamos las características en común, es la carrera universitaria de medicina.

Se observaron tendencias también con los estudiantes foráneos a mostrar mayor índice de prevalencia en el modo de consumo de alcohol de modo consuetudinario, al igual que síntomas compatibles con datos de dependencia de alcohol.

Los estudiantes con materias retrasadas exhibieron una mayor proporción de síntomas depresivos al compararlos con los demás estudiantes, pero no hubo alguna distribución estadísticamente significativa en relación a los patrones de consumo de Alcohol.

Otra tendencia que se observó fue la relación de no vivir con el Padre del estudiante encuestado, y la probabilidad de haber consumido alcohol en el año, mes, y alguna vez en la vida, esta distribución no se observó con ninguno de los otros modos de relación en casa por lo que aumentar la muestra para poder analizar este rubro arrojaría datos interesantes.

¿Cuáles son las situaciones de riesgo para el consumo de alcohol de los estudiantes de medicina?

Destacan las sub escalas de Emociones Agradables, Necesidad Física, Presión Social y Momentos Agradables, como las situaciones de mayor riesgo para el consumo de alcohol en los estudiantes encuestados. El que las sub escalas de Emociones Desagradables y Manifestaciones físicas no hayan puntuado como de riesgo en esta población, no soporta la hipótesis de la auto-medicación, en la que se refiere que las personas consumen alcohol como una manera de auto medicar los síntomas depresivos. Sin embargo llama la atención del investigador la sub escala de Necesidad Física, ya que evalúa el deseo por consumir alcohol, síntoma que en los pacientes con una dependencia al alcohol es de suma importancia ya que a este se le relacionan la mayoría de las recaídas (98). Es importante resaltar como la sub escala de Presión Social es de alto riesgo y es considerado por el investigador como un área importante de oportunidad para los programas de prevención de patrones nocivos de consumo de alcohol.

Fortalezas del estudio

Dentro de las fortalezas de este estudio está el que se logró obtener una muestra representativa de la Facultad de Medicina, elegida de manera aleatoria, lo que le da potencia al estudio y se logra observar un panorama generalizable de cómo se comportan estos fenómenos en esta población.

Se utilizaron cuestionarios validados en población mexicana y que han sido utilizados en otros estudios epidemiológicos de importancia nacional.

Los resultados que se obtuvieron en este estudio son comparables con los encontrados en literatura anterior, proporcionando apoyo adicional a los estudios existentes.

Limitaciones del estudio

Dentro de las debilidades que tienen este estudio es la participación de los sujetos de investigación, ya que la participación del quinto año de la carrera estuvo sub representado, al no lograr lo propuesto en el cálculo de muestra.

Dado que los cuestionarios son auto aplicados, la confiabilidad de los datos obtenidos pueden afectarse por distintas situaciones como que los estudiantes por terminar rápido no hayan puesto atención a las preguntas; temor a repercusiones, el estigma asociado con las enfermedades mentales; entre otras cosas.

Los estudiantes pueden haber malinterpretado los términos clave utilizados en las encuestas, lo que puede afectar la validez de los datos obtenidos, sin embargo este punto y el comentado anteriormente, son puntos a tomar en cuenta en todos los estudios que utilicen instrumentos auto aplicables.

Será importante para nuevos estudios tomar en cuenta el período de recolección de datos; este estudio se llevó a cabo al final del año académico, lo que pudiera alterar los datos obtenidos.

CONCLUSIONES

El propósito de esta investigación fue identificar los patrones de consumo de alcohol y la prevalencia de síntomas depresivos de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UANL para determinar si existía una relación entre el nivel de consumo de alcohol y los síntomas depresivos.

El estudio también investigó situaciones de riesgo de los estudiantes para el consumo de alcohol, basado en el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol, que evalúa cuales son las situaciones que llevan al estudiante a tomar alcohol.

El presente estudio encontró que más de tres cuartas partes de los estudiantes (89%) reportaron el uso frecuente de alcohol y dos tercios participan en patrones de consumo altos. Tres presentaron un consumo compatible con dependencia, se ofreció atención.

En cuanto a la prevalencia de síntomas depresivos, el 30% presentó sintomatología depresiva; de los cuales el 15.5% presentó síntomas de moderados a severos; 32 estudiantes fueron localizados para ofrecer atención, 4 de los cuales puntuaron positivo el ítem de riesgo de auto agresión.

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre los patrones de consumo de alcohol y los síntomas depresivos.

El consumo de alcohol y la prevalencia de depresión difirieron poco entre las características personales. Los hombres bebían en frecuencias mayores que

las mujeres, pero no de forma significativa; lo cual contrasta con lo encontrado con otros estudios.

El estudio encontró que los foráneos tienen un consumo más alto; así como los estudiantes de 6to año. No se observaron diferencias entre las prevalencias de depresión entre hombres y mujeres, lo cual es diferente a lo encontrado en la población general y en otros estudios de estudiantes universitarios.

Estrategias de prevención, promoción de la salud mental, pruebas de detección y el acceso al tratamiento debe estar disponible para los estudiantes. Ya que a pesar de no existir una asociación entre los patrones de consumo de alcohol y la depresión, si se observaron patrones de consumo superiores a los de la población general; así como detección de estudiantes con síntomas depresivos graves y patrones de consumo de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Global status report on alcohol and health – 2014 ed.
2. Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, Irving H, Baliunas D, Patra J et al. (2010). Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev.* 29:437-45.
3. Cherpitel CJ, Borges G. A Comparison of substance Use and Injury Among Mexican American Emergency Room Patients in the United States and Mexicans in Mexico. (2001). *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 25, 8, 1174–1180.
4. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, Altieri A, Coglianò V (2007). Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol.* 8:292–93. PMID: 17431955.
5. Boyle P, Boffetta P (2009). Alcohol consumption and breast cancer risk. *Breast Cancer Res.* 11(Suppl 3):S3.
6. Rehm J, Samokhvalov AV, Neuman MG, Room R, Parry CD, Lönnroth K et al. (2009). The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review. *BMC Public Health.* 9:450.
7. Shi L, Stevens GD (2005). Vulnerability and unmet health care needs – the influence of multiple risk factors. *J Gen Intern Med.* 20:148–154. (16)
8. Mäkelä K, Mustonen H (2000). Relationships of drinking behaviour, gender and age with reported negative and positive experiences related to drinking. *Addiction.* 95:727-36. (18)
9. Grant BF, Dawson DA (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from a longitudinal alcohol epidemiologic survey. *J Subst Abuse.* 9:103–10. (19)
10. DeWit DJ, Adlaf EM, Offord DR, Ogborne AC (2000). Age at first alcohol use: A risk factor for the development of alcohol disorders. *Am J Psychiatry,* 157:745-50. (20)
11. Sartor CE, Lynskey MT, Heath AC, Jacob T, True W (2007). The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. *Addiction.* 102:216-25. (21)

12. Merikangas KR, Stolar M, Stevens DE, Goulet J, Preisig MA, Fenton B et al. (1998). Familial transmission of substance use disorders. Arch Gen Psychiatry. 55:973-9. (23)
13. World Health Organization (2004a). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva (24)
14. Caraveo J. Epidemiología psiquiátrica en México 1977-2000. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, eds. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2009;132-144.
15. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Publica Mex;55:74-80
16. Murray CJL López, AD. (1996). The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard University Press, World Health Organization and The World Bank.
17. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry; 6 (3): 168-176.
18. Lara MC, Medina-Mora ME, Borges G, Zambrano J. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. Salud Mental;30:4-11.
19. González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porras-Condey R, Carvalho N, et al. (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. Salud Publica Mex;49 (Supl 1):S37-S52
20. Amézquita M., González R., Zuluaga D. (2000). Prevalencia de depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. Revista Colombiana de Psiquiatría; 32, 341-356.
21. Arboleda A., Gutiérrez JC., Miranda CA. (2001). Prevalencia de síntomas depresivos en médicos internos y residentes de la Universidad del Valle. Médicas UIS; 15, 4-7.
22. González Ramírez MT, Landero Hernández R, García-Campayo J. Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos

en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(2):141–5

23. Levey R. (2001). Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Acad Med*;76:142-50.
24. Rehm J, Samokhvalov AV, Neuman MG, Room R, Parry CD, Lönnroth K et al. (2009). The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review. *BMC Public Health*. 9:450.
25. Baliunas D, Rehm J, Irving H, Shuper P (2010). Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: A metaanalysis. *Int J Public Health*. 55:159–66.
26. Bolet M, Socarrás MM. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Rev Cubana Invest Biomed*, 22(1):25-31.
27. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón JC, Franco-Marina F, Medina-Mora ME, Borges G, Nagavi M, Wang H, Vos T, López AD, Murray CJL. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y los desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Mental*, 55, 580-594
28. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012.
29. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT (2003). The relationship of average volumen of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease - An overview. *Addiction*. 98:1209-28.
30. Trevisan M, Schisterman E, Mennotti A, Farchi G, Conti S, and Risk Factor and Life Expectancy Research Group (2001). Drinking pattern and mortality: the Italian Risk Factor and Life Expectancy Pooling Project. *Ann Epidemiol*. 11:312–19.
31. Stranges S, Wu T, Dorn JM, Freudenheim JL, Muti P, Farinano E et al. (2004). Relationship of alcohol drinking pattern to risk of hypertension: a population-based study. *Hypertension*. 44:813-19.

32. Macdonald S, Greer A, Brubacher J, Cherpitel C, Stockwell T, Zeisser C (2013). In: Boyle P, Boffetta P, Lowenfels AB, Burns H, Brawley O, Zatonski W et al., editors. Alcohol consumption and injury. Alcohol: science, policy and public health. Oxford: Oxford University Press.
33. Roerecke M, Rehm J (2010). Ischemic heart disease mortality and morbidity rates in former drinkers: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 173:245-58. doi: 10.1093/aje/kwq364.
34. Parada M., Corral M., Mota N., Crego A., Rodríguez S., Cadaveira F. (2012). Executive functioning and alcohol binge drinking in university students. *Addictive Behaviors* 37:167–172.
35. Mota N., Parada M., Crego A., Doallo S., Caamañoo-Isorna F., Rodríguez S., Cadaveira F., Corral M. (2013) Binge drinking trajectory and neuropsychological functioning among University students: A longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence* 133:108– 114
36. Vogel RB. Binge Drinking and Vascular Function: A Sober Look at the Data. (2013). *Journal of the American College of Cardiology.* Vol. 62, No. 3.
37. Schmidt, L.A, Mäkelä, P, Rehm, J, Room, R (2010). Alcohol: equity and social determinants. In: Blass E, Kurup, A.S, editors. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization.
38. Grucza RA, Bucholz KK, Rice JP, Bierut LJ (2008). Secular trends in the lifetime prevalence of alcohol dependence in the United States: a re-evaluation. *Alcohol Clin Exp Res.* 32:763–70.
39. Martínez-Lanza P, Medina-Mora ME, Rivera E. (2004). Consumo de alcohol y drogas en personas de salud: algunos factores relacionados. *Salud Mental*, 27:6.
40. Baptista T, Uzcategui E. (1993). Substance use among resident doctors in venezuela. *Drug Alcohol Depend*, 32(2):127-32.
41. Hughes PH, Baldwin DC, Sheehan DD, Conard S, Storr CL. (1992). Resident physician substance use, by speciality. *Am J Psychiatry*, 149(10):1348-54.
42. Fernández-Montalvo J, Pinol E. (2000). Horario laboral y salud: consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de psicopatología y psicología clínica.* 5(3):207-222.

43. Díaz MA, Díaz MLR, Hernández A, Narro RJ, Hernández H, Solís TC. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Rev Salud Mental*, 31:271-82.
44. Medina-Mora ME, Natera G, Borges G, Cravioto P, Fleiz C, Tapiá-Conyer R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las Adicciones y la Salud Pública: Drogas, Alcohol y Sociedad. *Rev Salud Mental*; 24(4):3-19.
45. Pinton FA, Boskovitz EP, Cabrera EMS. (2005). Uso de drogas entre os estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, no ano de 2002. *Arq Ciênc Saúde*,12(2):91-6.
46. Soprani PJD, Santos de Souza R, Buaiz V, Miguel SM. (2008). Uso de substâncias psicoativas entre universitários de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. *Rev Bras Psiquiatria*; 57(3):188-95.
47. Tockus D, Gonçalves PS. (2008). Detecção do uso de drogas de abuso por estudantes de medicina de uma universidade privada. *J Bras Psiquiatria*; 57(3):184-7.
48. Montoya VEM, Cunningham J, Brands B, Carol Strike C, Miotto WMG. (2009). Consumo percibido y uso de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes universitarios en la Ciudad de Medellín, Colombia *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 17(nº esp):996-92
49. Castillo O., Garibay P. (2009). Depresión en Estudiantes Universitarios. *Archivos de Medicina Familiar*. Vol. 11 (1) 1-2
50. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
51. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
52. Hernández, E., Lastra, S., Urbina, M., Carreira, I. y Lima, L. (2002). Serotonin, 5-hidroxiindoleacetic acid and serotonin transporter in blood peripheral lymphocytes of patients with generalized anxiety disorder. *J. Int. Immunopharmacol*, 2(7), 893-900.

53. Lima, L. (1992). Bases biológicas de los trastornos afectivos. *Interciencia*, 17(2), 86-91
54. Faraj, B. A., Olkowski, L. y Jackson, R. T. (1994), Expression of high-affinity serotonin transporter in human lymphocytes. *Int. J. Immunopharmac.*, 16:561-567.
55. Kaplan, H., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1999). *Sinopsis de psiquiatría*. Medica.
56. Vikram P, Simon G, et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med* 2009;6(10):1-7.
57. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989;261 (15): 2229-35.
58. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. (2005). Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Education*;39(6):594-604.
59. Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK. (1997) A longitudinal study of students depression at one medical school. *Acad Med*;72(6):542-6.
60. Levey R. (2001). Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Acad Med*;76:142-50.
61. Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy C. (2008). Prevalence and factors related to depression in high school students. *Turk Psikiyatri Derg*;19(4):382-9.
62. Baldassin S, Alves TC, de Andrade AG, Noqueira Martins LA. (2008). The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*;8:60.
63. El-Gilany AH, Amr M, Hammad S. (2008). Perceived stress among male medical students in Egypt and Saudi Arabia: effect of sociodemographic factors. *Ann Saudi Med*;28(6):442-6.
64. Støen K., Gude T., Moum T., Vaglum P., Tyssen R. (2013). Risk factors at medical school for later severe depression: A 15-year longitudinal, nationwide study. *Journal of Affective Disorders*; 146,106–111
65. Angst J, Angst F, Stassen H. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60(2):57–62.

66. Hickie I. Choosing antidepressant drugs in general practice. *Aust Fam Physician* 2001;30:663–667.
67. Marmorstein N, Iacono W. Major depression and conduct disorder in youth: Associations with parental psychopathology and parent–child conflict. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45:377–386.
68. Renouf A, Kovacs M, Mukerji P. Relationship of depressive, conduct, and comorbid disorders and social functioning in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:998–1004.
69. Furr S, Westefeld J, McConnell G, Jenkins J. Suicide and depression among college students: A decade later. *Professional Psychology: Research Practice* 2001;32:7–100.
70. Wong J, Cheung E, Chan K, Ma K et al. Web-based survey of depression, anxiety and stress in first-year tertiary education students in Hong Kong. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:777–782.
71. Hamdan-Mansour A, Marmash R. Health concerns and risk behaviors among university students in Jordan. *Jordan Medical J* 2007;41:80–90
72. Grunbaum J, Kann L, Kinchen S, Ross J et al. Youth risk behavior surveillance: United States, 2003, Morbidity and mortality weekly report. *Surveillance Summaries* 2004;53:1–96.
73. Sullivan, L. E., Fiellin, D. A., & O'Connor, P. G. (2005). The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. *The American journal of medicine*, 118(4), 330-341.
74. Herrera-Vázquez M, Wagner F, Velasco-Mondragón E, Borges G et al. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Publica Mex* 2004;46:132-140.
75. Alati A, Lawlor D, Najman J, Williams GM et al. Is there really a 'Jshaped' curve in the association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety? Findings from the Mater-University Study of Pregnancy and its outcomes. *Addiction* 2005;100:643–651.
76. Jane-Llopis E, Matytsina I. Mental health and alcohol, drugs, and tobacco: A review of the comorbidity between mental disorders and the

use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Review* 2006;25:515–536.

77. Rodgers B, Korten AE, Jorm AF, Christensen H et al. Risk factors for depression and anxiety in abstainers, moderate drinkers and heavy drinkers. *Addiction* 2000;95:1883–1845.
78. Adlaf EM, Begin P, Sawka E. Canadian Addiction Survey (CAS): A national survey of Canadians' use of alcohol and other drugs: Prevalence of use and related harms: Detailed report. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 2005. Dixit AR,
79. Crum RM. Prospective study of depression and the risk of heavy alcohol use in women. *Am J Psychiatry* 2000;157:751–758.
80. Wang J, Patten SB. Alcohol consumption and major depression: Findings from a follow-up study. *Can J Psychiatry* 2001;46:632–638.
81. Fergusson DM, Boden JM, Horwood L. Tests of Causal Links Between Alcohol Abuse or Dependence and Major Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(3):260-266. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.543.
82. Tapia Conyer, R., Medina Mora, M. E., Sepúlveda, J., De la Fuente, R., & Kumate, J. (2013). La encuesta nacional de adicciones de México.
83. Pinton FA, Boskovitz EP, Cabrera EMS. Uso de drogas entre os estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, no ano de 2002. *Arq Ciênc Saúde*. 2005,12(2):91-6.
84. Soprani PJD, Santos de Souza R, Buaiz V, Miguel SM. Uso de substâncias psicoativas entre universitários de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. *Rev Bras Psiquiatria*. 2008;57(3):188-95.
85. Tockus D, Gonçalves PS. Detecção do uso de drogas de abuso por estudantes de medicina de uma universidade privada. *J Bras Psiquiatria*. 2008;57(3):184-7.
86. Montoya VEM, Cunningham J, Brands B, Carol Strike C, Miotto WMG. Consumo percibido y uso de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes universitarios en la Ciudad de Medellín, Colombia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(nº esp):996-92.

87. Vergara KMA. Consumo patológico de alcohol entre los estudiantes de la Universidad de Cartagena 2008. *Rev Salud Pública*. 2009;11(6):878-86
88. Monahan, C. J., Bracken-Minor, K. L., McCausland, C. M., McDevitt-Murphy, M. E., & Murphy, J. G. (2012). Health-related quality of life among heavy drinking college students. *American Journal of Health Behavior*, 36(3), 289-299. doi: <http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.36.3J>
89. Puig-Nolasco, Á., Cortaza-Ramirez, L., & Pillon, S. C. (2011). Consumo de alcohol entre estudiantes mexicanos de medicina. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 714-721.
90. Díaz Martínez, A., Díaz Martínez, L. R., Hernández-Ávila, C. A., Narro Robles, J., Fernández Varela, H., & Solís Torres, C. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Salud mental*, 31(4), 271-282.
91. Santes-González A, Enríquez-Rodríguez JA, Elías-López MA, (2013) Prevalencia y factores asociados al consumo de alcohol en los estudiantes de medicina de primer y quinto semestre del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. *Revista médica MD*. 5(1):22-26pp, www.revistamedicamd.com
92. Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *salud pública de méxico*, 55(1), 74-80.
93. MIRANDA BASTIDAS, C. A., GUTIERREZ SEGURA, J. C., BERNAL BUITRAGO, F. E. R. N. E. Y., & Escobar, C. A. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la U. del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29(3), 251-260.
94. Gaviria, S., Rodríguez, M. D. L. Á., & Álvarez, T. (2002). Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia, 2000. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 41-46.
95. Perales, A., Sogi, C., & Morales, R. (2003, December). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 64, No. 4, pp. 239-246). UNMSM. Facultad de Medicina.

96. Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Flaas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety, 25*, 482-488. doi: 10.1002/da.20321
97. Murphy, J. G., Hoyme, C. K., Colby, S. M., & Borsari, B. (2006). Alcohol consumption, alcohol-related problems, and quality of life among college students. *Journal of College Student Development, 47*(1), 110-121.
98. Marlatt, G. A. (1978). *Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive-behavioral analysis* (pp. 271-314). Springer US.

ANEXO 1. CARTA COMITÉ DE ÉTICA



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

DR. JAVIER LUGOLEOS CANO

Departamento de Psiquiatría
Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"
Presente.

Estimado Dr. Lugoleos:

Se le informa que nuestro **Comité de Ética en Investigación** de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León, **ha revisado y aprobado** el siguiente documento relacionado proyecto de investigación titulado: **"Patrón de consumo de alcohol en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León y su asociación con síntomas depresivos"**, registrado en esta Subdirección con la clave **PS14-009**.

- **Consentimiento Informado, versión 03 de fecha 22/10/2014.**

Le pedimos mantenernos informados del avance o terminación de su proyecto.

Sin más por el momento, le reitero la seguridad de mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,

"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey, Nuevo León 04 de noviembre de 2014

DR. JOSE GERARDO GARZA LEAL

Secretario de Investigación Clínica
Presidente del Comité de Ética en Investigación

SUB-DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN



COMITÉ DE ÉTICA
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

Comité de Ética en Investigación

Comité de Investigación

Av. Francisco I. Madero Pte. s/n y Av. Gonzalitos, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N.L. México Apartado Postal 1-4469
Teléfonos: (+52) 8329 4050 Ext. 2870 al 2874. Correo Electrónico: investigacionclinica@meduanl.com

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



Formato de Consentimiento Informado escrito.
Facultad de Medicina y Hospital Universitario
"Dr. José Eleuterio González"
Universidad Autónoma de Nuevo León



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio	Patrón de consumo de alcohol en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León y su asociación con síntomas depresivos.
Nombre del Investigador Principal	Dr. Javier Lugoleos Cano
Institución	Facultad de Medicina y Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González. Universidad Autónoma de Nuevo León"
Servicio/Departamento	Psiquiatría
Teléfono de Contacto	8110440774
Persona de Contacto	Dra. Cynthia Jiménez Zarazúa

Esta forma de consentimiento informado puede contener palabras que usted no entienda. Por favor pídale a su médico del estudio o al personal del estudio que le explique cualquier palabra o información que no le quede clara.

Su participación en este estudio es voluntaria. Es importante que lea y entienda la siguiente explicación de los procedimientos propuestos. Este documento describe el propósito, los procedimientos, beneficios, riesgos conocidos, molestias, precauciones del estudio incluyendo la duración y la naturaleza de su participación.

También describe las terapias o tratamientos alternativos conocidas que pueden estar disponibles y su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. No se pueden dar garantías respecto a los resultados del estudio de investigación.

Para ingresar al estudio, Usted como sujeto debe de firmar y fechar este documento con la presencia de dos testigos y finalmente recibirá una copia del mismo.

1.- PROPOSITO DEL ESTUDIO

Se han realizado varios estudios en estudiantes de medicina donde se ha observado presencia de índices altos de consumo de alcohol y de síntomas depresivos; situaciones que pueden llegar a afectar la vida personal, el rendimiento escolar, las relaciones con familia y amigos del estudiante. Tanto la depresión, como el consumo dañino de alcohol



comparten varios factores de riesgo y se les ha asociado en algunos estudios, por lo que este proyecto tiene el objetivo de describir cuales son los patrones de consumo de alcohol, identificar síntomas depresivos y conocer si existe alguna asociación entre los patrones de consumo de alcohol y los síntomas depresivos en los estudiantes de medicina.

2.- CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

El médico del estudio verificará que Usted cumpla con los siguientes requisitos antes de considerar su ingreso al estudio de investigación.

Se incluirán en este estudio los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León; mayores de edad (>18 años); que accedan a participar y firmen el consentimiento informado. Se excluirán del estudio los que no accedan a participar y no firmen el consentimiento informado; así como los menores a 18 años de edad.

3.- MEDICAMENTO/DISPOSITIVO DE ESTUDIO

No aplica

4.- PROCEDIMIENTOS

Si usted se ofrece como voluntario para participar en este estudio, se le pedirá que responda una serie de preguntas estructuradas sobre su estado de ánimo y sobre el consumo de alcohol; así como datos sociodemográficos de su persona. Su participación requerirá una sesión que tendrá una duración aproximada de 20 minutos. La aplicación de las encuestas se llevará a cabo por personal capacitado y en aulas de la Facultad de Medicina. Los cuestionarios que se aplicarán serán los siguientes: Inventario de Depresión de Beck, el Cuestionario de estudiantes 2006 y el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA).

5.- TERAPIAS ALTERNATIVOS

No Aplica

6.- RIESGOS Y MOLESTIAS

No se espera que haya riesgos previsible asociados con el estudio. Sin embargo los cuestionarios que se aplicarán evalúan su estado de ánimo; por lo que si usted tiene una puntuación positiva para síntomas depresivos leves a moderados los responsables del estudio se pondrán en contacto con usted para recomendar atención psiquiátrica y/o psicológica, usted decidirá si acepta la recomendación. Pero si usted reúne una puntuación positiva para síntomas depresivos graves y/o deseos o ideas de hacerse daño y/o un consumo de



Formato_consentimiento_ver03



alcohol que ponga en riesgo su seguridad; se le ofrecerá una evaluación clínica completa y/o la derivación al servicio de emergencias para una atención oportuna.

7.- POSIBLES BENEFICIOS

Usted puede verse beneficiado por su participación en este estudio, aunque no hay garantías de que tenga un beneficio directo por participar en este estudio.

Al participar en el estudio usted contribuye a la investigación en depresión y consumo de alcohol en estudiantes de medicina, fenómenos que pueden agravarse y complicarse, causando deterioro en varias áreas de la vida; lo que proveerá información para la realización de programas de educación o prevención de ser necesario. También podrá agendar una cita con el investigador para que se le expliquen los resultados de cada una de las encuestas. Y en caso de que resultase con algunos síntomas, también se beneficiaría de las recomendaciones que se harían.

8.- NUEVOS HALLAZGOS

El médico del estudio le informará a usted o a su representante legal acerca de cualquier hallazgo significativo que se desarrolle durante el transcurso de este estudio que pudiera afectar el deseo de seguir participando en este estudio. Usted tiene el derecho de conocerla y tomar la decisión si continúa o no en el estudio.

9.- RETIRO Y TERMINACIÓN

Su participación es estrictamente voluntaria. Si desea suspender su participación, puede hacerlo con libertad en cualquier momento. Si elige no participar o retirarse del estudio, su atención médica presente y/o futura no se verá afectada y no incurrirá en sanciones ni perderá los beneficios a los que usted tendría derecho de algún otro modo.

El médico podrá suspender su participación en el estudio, sin su consentimiento, por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- 1.- Que el patrocinador del estudio cancele el estudio.
- 2.- Que el médico considere que es lo mejor para Usted.
- 3.- Que necesita algún procedimiento o medicamento que interfiere con esta investigación.
- 4.- Su participación se suspende para cumplir con los requisitos del estudio.
- 5.- Que no ha seguido las indicaciones del médico lo que pudiera traer como consecuencias problemas en Usted.



Formato_consentimiento_ver03



Se Usted decide retirarse de este estudio, deberá realizar lo siguiente:

- 1.- Notificar a su médico tratante del estudio
- 2.- Deberá de regresar todo el material que su médico le solicite.

Si su participación en el estudio se da por terminada, cualquier que sea la razón, el médico por su seguridad, continuará con seguimientos clínicos, además de podrá utilizar la información médica que se recabó antes de su terminación.

10.- COSTOS, REEMBOLSOS Y PAGOS

Los medicamentos, procedimientos y pruebas relacionadas con el estudio no tendrán ningún costo.

Sin embargo puede incurrir en gastos propios a la atención que normalmente recibiría.

No se ofrece ningún incentivo o remuneración por la participación en este estudio

11.- CONFIDENCIALIDAD/EXPEDIENTE CLINICO

Si acepta participar en la investigación, el médico del estudio recabará y registrará información personal confidencial acerca de su salud y de su tratamiento. Esta información no contendrá su nombre completo ni su domicilio, pero podrá contener otra información acerca de Usted, tal como iniciales y su fecha de nacimiento. Toda esta información tiene como finalidad garantizar la integridad científica de la investigación. Su nombre no será conocido fuera de la Institución al menos que lo requiera nuestra Ley.

Usted tiene el derecho de controlar el uso de sus datos personales de acuerdo a la Ley Federal de Protección de datos Personales en Posición de Particulares, así mismo de solicitar el acceso, corrección y oposición de su información personal. La solicitud será procesada de acuerdo a las regulaciones de protección de datos vigentes. Sin embargo, cierta información no podrá estar disponible hasta que el estudio sea completado, esto con la finalidad de proteger la integridad del Estudio.

La Facultad de Medicina y Hospital Universitario así como el Investigador serán los responsables de salvaguardar la información de acuerdo con las regulaciones locales. Usted tiene el derecho de solicitar por escrito al medico un resumen de su expediente clínico.



La información personal acerca de su salud y de su tratamiento del estudio podrá procesarse o transferirse a terceros en otros países para fines de investigación y de reportes de seguridad, incluyendo Agencias reguladoras (Secretaría de Salud SSA) locales así como a comité de Ética en Investigación y de Investigación de nuestra Institución.

Para los propósitos de este estudio, autoridades sanitarias como Secretaría de Salud y Comité de Ética en Investigación y de Investigación de nuestra Institución podrán inspeccionar el expediente clínico, incluso los que fueron recabados antes de su inicio de participación, los cuales pueden incluir su nombre, domicilio y otra información personal. En caso necesario estas auditorías o inspecciones podrán hacer fotocopias de parto o de todo su expediente clínico. La razón de esto es asegurar que el estudio se está llevando a cabo apropiadamente con la finalidad de salvaguardar sus derechos como pacientes en investigación.

Los resultados de este estudio de investigación podrán presentarse en reuniones o en publicaciones.

La información recabada durante este estudio será recopilada en bases de datos del investigador, los cuales podrán ser usados en otros estudios en el futuro. Estos datos no incluirán información médica personal confidencial. Se mantendrá el anonimato.

Al firmar este documento, Usted así como su representante autorizan el uso y revelaciones de la información acerca de su estado de salud y tratamiento identificado en esta forma de consentimiento. No perderá ninguno de sus derechos legales como sujeto de investigación. Si hay cambios en el uso de su información, su médico le informará.

12.- INTERVENCIÓN DEL MEDICO FAMILIAR

Se le informará a su médico de cabecera acerca de su participación en este estudio, enviándole la información médica pertinente si lo solicita así como cualquier información médica relevante.

Para que los médicos de la Institución conozcan de su participación en el estudio, los expedientes clínicos cuentan con un identificador para que el médico de cabecera se ponga en contacto con el Investigador.

13.- COMPENSACION Y TRATAMIENTO DE LESIONES



Formato_consentimiento_ver03



Si se enferma o se lesiona debido a una complicación o adversidad que sea resultado directo del uso del medicamento/dispositivo o procedimiento en estudio, deberá Usted notificar a su Médico para que el proporcione los cuidados necesarios para el tratamiento de dicha complicación. El tratamiento recibido no tendrá ningún costo y será cubierto por la Institución, así como la indemnización a la cual tendría derecho en caso de requerirla.

Si desea mayor información podrá contactar Lic. Antonio Zapata de la Riva al teléfono (81) 83294050 exts 2870 a 2874.

13.- DECLARACIÓN

Reconozco que me han dado la oportunidad de hacer preguntas relacionadas al estudio de investigación y que todas estas se me han respondido de manera clara y precisa.

Entiendo además si tengo preguntas relacionadas al estudio, así como en el caso de lesiones o complicaciones deberé de notificar de inmediato al investigador con la siguiente información de contacto.

Nombre del Investigador Principal	Dr. Javier Lugoleos Cano
Teléfono de Contacto	81 83480585 ext. 261
Teléfono de emergencias	811 0440774

ANEXO 3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Cynthia Jiménez Zarazúa

Candidata para el Grado de Especialista en Psiquiatría General

Tesis: “Patrón de consumo de alcohol en los estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León y su asociación con síntomas depresivos”.

Campo de Estudio: Psiquiatría

Biografía:

Nacida en Monterrey, Nuevo León, el 1 de Marzo de 1984, es hija del Ing. Guillermo Jiménez Cantú y la Sra. Myrthala Zarazúa Coronado.

Estudió la carrera de Médico Cirujano y Partero en la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) egresando en el año 2008. Posteriormente, realizó sus estudios de posgrado para la especialidad de Psiquiatría General, como residente en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario “José E. González” perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, concluyendo sus estudios en el año 2015.



Inventario de Depresión de Beck

Instrucciones: Éste es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lea todas las opciones de cada apartado y marque con una **X**, la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. (Sólo una opción de cada apartado).

- 1 No me encuentro triste
 Me siento triste o melancólico
 Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo
 Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo

- 2 No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
 Me siento desanimado respecto al futuro
 No tengo nada que esperar del futuro
 No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar

- 3 No me siento fracasado
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
 Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa, hijo)

- 4 No estoy particularmente descontento
 No disfruto de las cosas como antes
 No encuentro satisfacción en nada
 Me siento descontento de todo

- 5 No me siento particularmente culpable
 Me siento malo o indigno muchas veces
 Me siento culpable
 Pienso que soy muy malo e indigno

- 6 No me siento decepcionado conmigo mismo
 Estoy decepcionado conmigo mismo
 Estoy disgustado conmigo mismo
 Me odio

- 7 No tengo pensamientos de dañarme
 Creo que estaría mejor muerto
 Tengo planes precisos para suicidarme
 Me mataría si tuviera ocasión

- 8 No he perdido el interés por los demás
 Estoy menos interesado en los demás que antes
 He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
 He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto

Iniciales: _____
SI #: _____ 1

- 9 Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
 Trato de no tener que tomar decisiones
 Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
 Ya no puedo tomar decisiones
- 10 No creo que mi aspecto haya empeorado
 Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo
 Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo
 Siento que mi aspecto es feo y repulsivo
- 11 Puedo trabajar igual de bien que antes
 Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo
 Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 No puedo realizar ningún trabajo
- 12 No me canso más que antes
 Me canso más fácilmente que antes
 Me canso por cualquier cosa
 Me canso demasiado por hacer cualquier cosa
- 13 Mi apetito no es peor de lo normal
 Mi apetito no es tan bueno como antes
 Mi apetito es ahora mucho peor
 He perdido el apetito



Cuestionario de Estudiantes 2006
ISBN 968-7652-40-3



INSTRUCCIONES:

Esto NO es un examen, NO hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor contesta con cuidado.

Para cada pregunta, busca la respuesta que para ti sea la mejor. Encierra en un círculo el número de la respuesta que hayas escogido y es muy importante que contestes todas las preguntas y sus incisos.

En la mayoría de las preguntas deberás elegir sólo una opción. En algunas te pedimos que escribas tu respuesta en los recuadros o en las líneas correspondientes.

Por ejemplo:

¿Has tomado agua en los últimos 30 días?	No	1
	Sí, de 1 a 5 días	2
	Sí, de 6 a 19 días	3
	Sí, 20 días o más	<input checked="" type="radio"/> 4

La respuesta circulada fue "4" indicando que el joven que contestó tomó agua 20 días o más en los últimos 30 días.

De las personas que conviven a diario contigo, ¿Cuántos de ellos fuman?	
	En el interior de tu casa <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>

El joven contestó que 1 persona fuma en su casa.

Si no sabes la respuesta a alguna pregunta o sientes que no puedes contestarla porque no la entiendes, entonces levanta la mano y un encuestador vendrá a resolver tus dudas.

GRACIAS POR TU COOPERACION

Iniciales: _____
SI #: _____ 1

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- Eres	Hombre.....1 Mujer.....2																																				
2.- ¿Qué edad tienes?	Años..... <input style="width: 50px;" type="text"/>																																				
3.- ¿Estado civil?	Soltero.....1 Casado.....2 Unión libre.....3 Separado.....4 Divorciado.....5 Viudo.....6																																				
3.- ¿Cuál es el semestre que estas cursando en la escuela?	Semestre..... <input style="width: 50px;" type="text"/>																																				
4.- ¿Debes alguna materia?	Si.....1 No.....2 ¿Cuál(es)? _____																																				
5.- La mayor parte del año pasado, ¿fuiste estudiante?	No fui estudiante el año pasado.....1 Fui estudiante de medio tiempo.....2 Fui estudiante de tiempo completo.....3																																				
6.- La mayor parte del año pasado ¿trabajaste recibiendo sueldo?	No trabajé el año pasado.....1 Si trabajé medio tiempo (4 horas diarias).....2 Si trabajé tiempo completo (8 horas diarias).....3																																				
7.- Origen	Nuevo León.....1 ¿Municipio? _____ Foráneo.....2 ¿De dónde? _____																																				
8.- En tu casa ¿vives con? (da una respuesta para cada inciso, marca Sí con quiénes vives)																																					
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a) Papá</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>f) Hermanastro/a/s.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b) Mamá.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>g) Otro/s Familiar/es.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c) Hermano/a/s.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>h) Amigo/a/s.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d) Padrastro.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>i) Otro/s: _____.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e) Madrastra.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Sí	No		Sí	No	a) Papá	1	2	f) Hermanastro/a/s.....	1	2	b) Mamá.....	1	2	g) Otro/s Familiar/es.....	1	2	c) Hermano/a/s.....	1	2	h) Amigo/a/s.....	1	2	d) Padrastro.....	1	2	i) Otro/s: _____.....	1	2	e) Madrastra.....	1	2				
	Sí	No		Sí	No																																
a) Papá	1	2	f) Hermanastro/a/s.....	1	2																																
b) Mamá.....	1	2	g) Otro/s Familiar/es.....	1	2																																
c) Hermano/a/s.....	1	2	h) Amigo/a/s.....	1	2																																
d) Padrastro.....	1	2	i) Otro/s: _____.....	1	2																																
e) Madrastra.....	1	2																																			
9.- ¿Religión?	Católica.....1																																				

Iniciales: _____
 SI #: _____2

	Cristiana.....	2
	Testigo de Jehová.....	3
	Ninguna.....	4
	Otra.....	5

Ahora quisiéramos hacerte algunas preguntas sobre tus hábitos de consumo de bebidas alcohólicas.

10.- Alguna vez en tu vida, ¿has tomado una copa completa de alguna bebida alcohólica, como cerveza, vino, ron, “coolers”, brandy, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licores, como “piña colada” o “margarita”?	Sí.....	1
	No.....	2

11.- ¿De cuál de las siguientes bebidas alcohólicas has tomado una copa completa? (marca una respuesta para cada inciso)	Sí	No	Nunca he bebido alcohol
a) Vino (blanco, tinto, rosado)	1	2	3
b) Bebidas como “coolers”, “boones”, etc.	1	2	3
c) Cerveza	1	2	3
d) Brandy, vodka, tequila, ron, whisky, etc.	1	2	3
e) Bebidas preparadas en lata como: “presidencola”, “New Mix”.	1	2	3
f) Pulque	1	2	3
g) Alcohol puro, pulque, mezcal	1	2	3

12.- ¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una copa completa de alguna de las bebidas anteriores?	Edad.....	<input type="text"/>
	Nunca he tomado alcohol.....	1
12 a.- ¿Cuántas copas tomas en un día típico o común de los que bebes? (cubas o equivalentes como cervezas, vasos de bebidas preparadas, cocteles o coolers, o cualquier otra bebida que contenga alcohol)	1 ó 2.....	1
	3 ó 4.....	2
	5 ó 6.....	3
	7 a 9.....	4
	10 o más.....	5
	Nunca he bebido alcohol.....	6
13 a.- ¿Con qué frecuencia has tomado 5 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?	Nunca en el último año.....	1
	Por lo menos 1 vez en el último año.....	2
	Una vez en el último mes.....	3
	De dos a tres veces en el último mes.....	4
	Una o más veces en la última semana.....	5
	Nunca he bebido alcohol.....	6
13 b.- ¿Con qué frecuencia has tomado 4 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?	Nunca en el último año.....	1
	Por lo menos 1 vez en el último año.....	2
	Una vez en el último mes.....	3
	De dos a tres veces en el último mes.....	4
	Una o más veces en la última semana.....	5
	Nunca he bebido alcohol.....	6
14.- ¿Con qué frecuencia te has emborrachado?	Nunca en el último año.....	1
	Por lo menos 1 vez en el último año.....	2

Iniciales: _____
 SI #: _____ 3

	Una vez en el último mes.....3 De dos a tres veces en el último mes.....4 Una o más veces en la última semana.....5 Nunca he bebido alcohol.....6
--	--

15.- ¿Con qué frecuencia tomaste en el <u>último año</u> , 1 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión? (cerveza, brandy, ron, tequila, vodka, etc.)	Menos de 1 vez en el último año.....1 De 1 a 12 veces en el último año.....2 De 2 a 4 veces en el último mes.....3 Dos o tres veces por semana.....4 Cuatro o más veces por semana.....5 Nunca he bebido alcohol.....6
16.- ¿Con qué frecuencia en el <u>último mes</u> tomaste una copa completa de bebidas alcohólicas como cerveza, vino, brandy, ron, tequila, vodka, whisky o bebidas preparadas como “piña colada” o “margarita”?	Nunca en el último mes.....1 Una vez en el último mes.....2 De dos a tres veces en el último mes.....3 Una o más veces en la última semana.....4 Nunca he bebido alcohol.....5

17.- Durante los últimos 12 meses ¿Con qué frecuencia... (marca una opción para cada inciso)	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario	Nunca	Nunca he bebido alcohol
a) No pudiste parar de beber una vez que habías empezado?	1	2	3	4	5	6
b) Dejaste de hacer algo, que deberías haber hecho, por beber (como no ir al trabajo o a la escuela)?	1	2	3	4	5	6
c) Bebiste en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?	1	2	3	4	5	6
d) Te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?	1	2	3	4	5	6
e) Olvidaste algo de lo que te había pasado cuando estuviste bebiendo?	1	2	3	4	5	6

17 f.- ¿Te has lesionado o alguien ha resultado lesionado por tu ingesta de alcohol?	No.....1 Sí, pero no en los últimos 12 meses.....2 Sí, en los últimos 12 meses.....3 Nunca he bebido alcohol.....4
17 g.- ¿Algún/a amigo/a, familiar, doctor/a se ha preocupado por la forma en que bebes o te ha sugerido que bajes o disminuyas tu consumo?	No.....1 Sí, pero no en los últimos 12 meses.....2 Sí, en los últimos 12 meses.....3 Nunca he bebido alcohol.....4

Iniciales: _____
SI #: _____ 4

18.- ¿Alguno de tus familiares ha tenido problemas debido a que consume bebidas alcohólicas?	Sí.....1 No.....2
19.- ¿Quién o quiénes? <i>Puedes marcar más de una opción.</i>	Papá.....1 Mamá.....2 Hermano/a.....3 Otro pariente cercano.....4 Ninguno de mis familiares.....5

Iniciales: _____
SI #: _____ 5



INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL

ISCA

Fecha: _____ Iniciales: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en los cuales algunas personas consumen bebidas alcohólicas.

Lea cuidadosamente cada reactivo, y responda de acuerdo a su consumo durante el año pasado.

(no contestar incisos sombreados)

Marque:

- 0. Si usted **“NUNCA”** bebió alcohol en esa situación.
- 1. Si usted **“OCASIONALMENTE”** bebió alcohol en esa situación.
- 2. Si usted **“FRECUENTEMENTE”** bebió alcohol en esa situación.
- 3. Si usted **“CASI SIEMPRE”** bebió alcohol en esa situación.

PREGUNTAS	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. Cuando tuve una discusión con un amigo	0	1	2	3
2. Cuando estaba deprimido	0	1	2	3
3. Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino	0	1	2	3
4. Cuando me sentía nervioso y mal de salud	0	1	2	3
5. Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 o 2 copas	0	1	2	3
6. Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado	0	1	2	3
7. Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita	0	1	2	3
8. Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien	0	1	2	3
9. Cuando alguien me criticaba	0	1	2	3
10. Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa	0	1	2	3
11. Cuando no podía dormir	0	1	2	3
12. Cuando quería aumentar mi placer sexual	0	1	2	3
13. Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita	0	1	2	3
14. Cuando me sentía muy contento	0	1	2	3
15. Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía	0	1	2	3
16. Cuando me entristecía al recordar algo que me había entristecido	0	1	2	3
17. Cuando pensaba que el alcohol no era un problema para mí	0	1	2	3
18. Cuando algunas personas a mi alrededor me ponían tenso	0	1	2	3
19. Cuando al salir con amigos éstos entraban a un bar a beber una copa	0	1	2	3
20. Cuando pensaba que fresca y sabrosa podía ser la bebida	0	1	2	3

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL
ISCA

21. Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba	0	1	2	3
22. Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo	0	1	2	3
23. Cuando sentía que no tenía a quién acudir	0	1	2	3
24. Cuando sentía que me estaba deprimiendo	0	1	2	3
25. Cuando me sentía rechazado sexualmente	0	1	2	3
26. Cuando estaba aburrido	0	1	2	3
27. Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos	0	1	2	3
28. Cuando la gente era injusta conmigo	0	1	2	3
29. Cuando me acordaba lo bien que sabe mi bebida favorita	0	1	2	3
30. Cuando me sentía rechazado por mis amigos	0	1	2	3
31. Cuando me sentía seguro y relajado	0	1	2	3
32. Cuando veía algo que me recordaba la bebida	0	1	2	3
33. Cuando me empezaba a sentir harto de la vida	0	1	2	3
34. Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente	0	1	2	3
35. Cuando me sentía solo	0	1	2	3
36. Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía tomar unas cuantas copas	0	1	2	3
37. Cuando me estaba sintiendo “el dueño” del mundo	0	1	2	3
38. Cuando pensaba por donde venden bebidas	0	1	2	3
39. Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía	0	1	2	3
40. Cuando me sentía soñoliento y quería estar alerta	0	1	2	3
41. Cuando estaba cansado	0	1	2	3
42. Cuando tenía dolor físico	0	1	2	3
43. Cuando me sentía seguro de que podía beber solo unas cuantas copas	0	1	2	3
44. Cuando alguien cercano a mi estaba sufriendo	0	1	2	3
45. Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites respecto a la bebida a menos que los probara	0	1	2	3
46. Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más	0	1	2	3
47. Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita	0	1	2	3
48. Cuando estaba platicando a gusto y quise contar una “anécdota”	0	1	2	3
49. Cuando me ofrecían una copa y me sentía incómodo de rechazarla	0	1	2	3

**INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL
ISCA**

50. Cuando no le simpatizaba a algunas personas	0	1	2	3
51. Cuando me sentía mareado o con nauseas	0	1	2	3
52. Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperaban de mi	0	1	2	3
53. Cuando me sentía muy presionado	0	1	2	3
54. Cuando dudaba de mi auto-control	0	1	2	3
55. Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien	0	1	2	3
56. Cuando otras personas interferían con mis planes	0	1	2	3
57. Cuando pensaba que finalmente me había curado	0	1	2	3
58. Cuando todo estaba saliendo bien	0	1	2	3
59. Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba	0	1	2	3
60. Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo	0	1	2	3
61. Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor	0	1	2	3
62. Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo	0	1	2	3
63. Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba	0	1	2	3
64. Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien	0	1	2	3
65. Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho	0	1	2	3
66. Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona	0	1	2	3
67. Cuando pasaba frente a un bar	0	1	2	3
68. Cuando me sentía vacío interiormente	0	1	2	3
69. Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mi ordenaban unas copas	0	1	2	3
70. Cuando me sentía muy cansado	0	1	2	3
71. Cuando todo me estaba saliendo mal	0	1	2	3
72. Cuando quería celebrar con un amigo	0	1	2	3
73. Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa	0	1	2	3
74. Cuando me sentía culpable de algo	0	1	2	3
75. Cuando me sentía nervioso o tenso	0	1	2	3
76. Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas	0	1	2	3
77. Cuando me sentí muy presionado por mi familia	0	1	2	3
78. Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo	0	1	2	3
79. Cuando me sentía contento con mi vida	0	1	2	3

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL
ISCA

80. Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida	0	1	2	3
81. Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño	0	1	2	3
82. Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión	0	1	2	3
83. Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía hacer	0	1	2	3
84. Cuando me reunía con un(a) amigo(a) y sugería tomar una copa juntos	0	1	2	3
85. Cuando quería celebrar una ocasión especial como la navidad o cumpleaños	0	1	2	3
86. Cuando tenía dolor de cabeza	0	1	2	3
87. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo o escuela	0	1	2	3
88. Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor	0	1	2	3
89. Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa	0	1	2	3
90. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	0	1	2	3
91. Cuando quería probarme a mí mismo que podía tomar unas copas sin llegar a emborracharme	0	1	2	3
92. Cuando había problemas en mi hogar	0	1	2	3
93. Cuando disfrutando de una comida con amigos pensaba que una copa lo haría más agradable	0	1	2	3
94. Cuando tenía problemas en el trabajo (escuela)	0	1	2	3
95. Cuando estaba a gusto con un(a) amigo(a) y quería tener mayor intimidad	0	1	2	3
96. Cuando mi jefe me ofrecía una copa	0	1	2	3
97. Cuando sentía el estómago "hecho nudo"	0	1	2	3
98. Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado	0	1	2	3
99. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	0	1	2	3
100. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso	0	1	2	3