

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**"COMPARACION ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL  
IDENTIFICADO EN CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y  
EL DIAGNOSTICO INICIAL EN PACIENTES CON  
ENFERMEDAD PSIQUIATRICA"**

Por

**DRA. MAGDALENA RODRIGUEZ SALINAS**

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

**FEBRERO 2015**

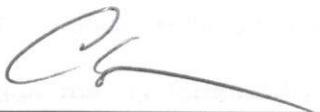
**“COMPARACION ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL  
IDENTIFICADO EN CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y EL  
DIAGNOSTICO INICIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD  
PSIQUIATRICA”**

Aprobación de la tesis:



---

**Lic. Oralia A. del Castillo Guzmán**  
Directora de Tesis



---

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



---

**Dr. Felipe Sandoval Avilés**  
Coordinador de Investigación



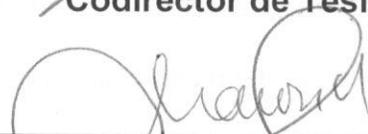
---

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



---

**Dr. Rolando de León Luévano**  
Codirector de Tesis



---

**Dr. J. Rubén Vieyra Chacón**  
Codirector de Tesis



---

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

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE MEDICINA**



***“COMPARACION ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL  
IDENTIFICADO EN CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y EL  
DIAGNOSTICO INICIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD  
PSIQUIATRICA”***

**Por**

**DRA. MAGDALENA RODRIGUEZ SALINAS**

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

**FEBRERO 2015**

**“COMPARACION ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL  
IDENTIFICADO EN CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y EL  
DIAGNOSTICO INICIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD  
PSIQUIATRICA”**

**Aprobación de la tesis:**

---

**Lic. Oralia A. del Castillo Guzmán  
Directora de Tesis**

---

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

---

**Dr. Felipe Sandoval Avilés  
Coordinador de Investigación**

---

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

---

**Dr. Rolando de León Luévano  
Codirector de Tesis**

---

**Dr. J. Rubén Vieyra Chacón  
Codirector de Tesis**

---

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

## **DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS**

Dedico este trabajo de tesis a mi familia; mis primeros maestros. De quienes sigo aprendiendo todos los días.

Quiero expresar mi agradecimiento a la Lic. Oralia del Castillo Guzmán, asesora y directora de mi tesis por el apoyo constante y la comprensión que me ha brindado no solo en el camino a la graduación, sino en el día a día y durante las horas de trabajo clínico y supervisiones. Gracias por la confianza y por su ejemplo de trabajo constante que me ha fortalecido en las áreas que más trabajo me costaban hace un par de años.

También quiero agradecer al Dr. Rolando de León Luévano, por formar parte de los profesores que impulsaron esta tesis, a quien estimo por ser para mí un modelo de trabajo y estudio, por su apoyo y buena disposición a atender nuevas ideas, y quien también ha sido parte importante en mi desarrollo profesional.

De igual manera agradezco al Dr. Rubén Vieyra Chacón por formar parte de este equipo, por sus valiosas observaciones a través del tiempo hacia mi trabajo clínico, por el interés en el desarrollo de habilidades finas y también por ser un maestro paciente, flexible y dispuesto a escuchar.

Agradezco al Departamento de Psiquiatría en donde he sido formada y en donde encontré siempre puertas abiertas para llevar a cabo esta tesis de graduación.

Gracias al Dr. Stefan Fernández Zambrano por sus atenciones al permitirme acceder a la base de datos y archivo de expedientes del departamento de psiquiatría, sin los cuales no habría sido posible la realización de este proyecto.

Y a todas las personas que contribuyeron de una forma u otra en la realización de este trabajo, mis amigos, mis maestros y en especial a mis compañeros de residencia por su apoyo incondicional, cariño y paciencia. Gracias por todo.

# TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESUMEN .....	9
Capítulo II	
2. INTRODUCCION. ....	11
2.1.- Antecedentes. ....	11
2.2.- Planteamiento del problema .....	13
2.3.- Justificación del estudio. ....	16
2.4.- Limitaciones del estudio. ....	17
Capítulo III	
3. HIPOTESIS. ....	18
3.1.- Preguntas de investigación. ....	18
Capítulo IV	
4. OBJETIVOS. ....	19
Capítulo V	
5. MATERIAL Y METODOS .....	20
Procedimiento. ....	26
Consideraciones éticas. ....	28
Capítulo VI	
6. RESULTADOS. ....	29
Capítulo VII	
7. DISCUSIÓN .....	45

## Capítulo VIII

8. CONCLUSIÓN .....	47
Recomendaciones para futuros estudios. ....	48

## Capítulo IX

9. ANEXOS .....	51
9.1.- Formato de Consulta Psiquiátrica del departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” para pacientes de primera vez. ....	52
9.2.- Categorías diagnósticas de alcoholismo de acuerdo a cantidad y frecuencia del consumo. ....	64

## Capítulo X

10. BIBLIOGRAFÍA .....	65
------------------------	----

## Capítulo XI

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO .....	69
----------------------------------	----

## INDICE DE FIGURAS, GRÁFICAS Y TABLAS

### Figuras

- 1.- Formato de Consulta Psiquiátrica del departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” para pacientes de primera vez. . . . . 52
- 2.- Categorías de Alcoholismo según cantidad y frecuencia. . . . .

### Gráficas

- 1.- Diagnósticos psiquiátricos más comunes por género. . . . . 32
- 2.- Comorbilidades médicas más comunes por género. . . . . 33
- 3.- Distribución de categorías de alcoholismo por edad. . . . . 34
- 4.- Cantidad de consumo de alcohol y escolaridad. . . . . 35
- 5.- Probabilidad sub-diagnóstico y escolaridad por grado de residente. . . . . 35
- 6.- Distribución de cantidad de consumo de alcohol no diagnosticado. . . . . 37
- 7.- Probabilidad sub-diagnóstico por cantidad y grado de residente. . . . . 37
- 8.- Distribución de la muestra por categoría de alcoholismo. . . . . 38
- 9.- Probabilidad sub-diagnostico por categoría y grado de residente. . . . . 38

### Tablas

- 1.- Generalidades de la muestra. . . . . 29
- 2.- Consumo de alcohol por género. . . . . 31

## **LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS**

**AUDIT.-** Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (Alcohol Use Disorder Identification Test)

**CAGE.-** Cuestionario de detección de bebedores

**Fig.-** Figura

**IC.-** Intervalo de Confianza

**OD.-** Odds Ratio

**OMS.-** Organización mundial de la salud

## **Capítulo I.- RESUMEN**

El propósito de este estudio consiste en comparar el consumo de alcohol en pacientes de la consulta de primera vez del servicio de psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”; con el reporte realizado por los evaluadores de dicha consulta ya que empíricamente se ha observado la tendencia al sub-diagnóstico de alcoholismo.

Se realizó una búsqueda en los expedientes correspondientes a la evaluación inicial de 826 pacientes entrevistados durante junio de 2012 a junio de 2014 de los cuales se revisó la sección sobre consumo de alcohol y se asignó un diagnóstico presuntivo de alcoholismo de acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de la Salud tomando en cuenta la cantidad y frecuencia de alcohol consumido reportado y la presencia o no de síntomas de abstinencia a alcohol y la apreciación de el consumo por el paciente como excesiva o problemática.

Se encontró un alto grado de subdiagnóstico, inversamente proporcional al grado académico del evaluador, independientemente del tipo de consumo de alcohol reportado en la entrevista. De la muestra se obtuvieron 343 varones y 480 mujeres. Del total de varones (131) que se categorizó su consumo como alcoholismo; solo 27.4% fueron detectados, sub-diagnóstico inicial de 72.6%

( $P=0.0001$ , OD 2.639 IC 1.676 – 4.154). En los femeninos (111) categorizados en alcoholismo solo el 17.11% fue diagnosticado en la consulta de primera vez, sub-diagnóstico 82.89% ( $p=0.0001$ , OD 4.842 IC 2.767-8.475).

Se recomienda el uso de instrumentos clínicos durante las entrevistas como el CAGE y AUDIT para la detección oportuna del uso, abuso y dependencia de alcohol en la población psiquiátrica.

**Palabras clave:** Psiquiatría, Alcoholismo, Diagnóstico.

## **Capítulo II.- INTRODUCCION**

### **2.1.- Antecedentes**

El estudio del consumo de alcohol ha despertado gran interés durante las dos últimas décadas, ya que se relaciona con el desarrollo de eventos epidémicos como los cardiovasculares, hepáticos, cáncer y otros que están incrementándose y relacionados con la enfermedad social y mental, la violencia intrafamiliar, la morbilidad y mortalidad por accidentes de tránsito, el suicidio, ausentismo laboral y escolar, problemas interpersonales y las actos sexuales de alto riesgo.

El alcoholismo es una enfermedad caracterizada por un conjunto de síntomas psíquicos, físicos y de desajuste social que se originan por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, es decir, dependencia en el consumidor.

La OMS define al alcoholismo como „un trastorno crónico de la conducta caracterizado por la dependencia hacia el alcohol expresado a través de dos síntomas fundamentales: la incapacidad de detenerse en la ingestión del alcohol y la imposibilidad de abstenerse de alcohol.

La prevalencia de alcoholismo en los países desarrollados del mundo occidental, ha sido determinada en un 10% para los hombres y de 3 a 5% para las mujeres, como promedio, estando presente en todas las razas, grupos étnicos, o niveles socioeconómicos. En Estados Unidos, 51% de las mujeres y

72% de los hombres lo consume, en Latinoamérica específicamente en México, Colombia, Costa Rica, Ecuador y Argentina la prevalencia de alcoholismo oscila de 2 a 4%.

Está demostrado que el alcoholismo como enfermedad disminuye en 12 años la edad promedio de vida, el consumo irresponsable de alcohol provoca tanto daño económico como el que determinan todas las drogas ilegales juntas. Hoy en día existe un alcohólico por cada 10 personas que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, y la cifra de estos últimos llega aproximadamente al 70 % de la población mundial por encima de 15 años, del 3 al 5 % son dependientes y, de ellos, el 10 % se convertirán en bebedores problemáticos en algún momento de su vida

En Latinoamérica, se evidenció que el 45,2 % de la población mayor de 14 años consume bebidas alcohólicas, con predominio en edades comprendidas entre los 15 y 44 años. Según datos de la Oficina Nacional Antidrogas de Venezuela para el año 2006, el 48,27% de las personas que consumen bebidas alcohólicas lo inician antes de los 14 años y el 94,27% antes de los 20 años. De la misma forma, la droga de inicio del 45,99% de los pacientes que acuden a los centros de rehabilitación, es el alcohol. El 20% de los hombres y el 10% de las mujeres consumen por encima de los límites recomendados (en hombres 2 tragos/día, 4 tragos/ocasiones especiales, y en mujeres 1 trago/ día o 3 tragos/ocasiones especiales). Los grados de alcohol permitido diario son de 30 gramos para el hombre y 20 gramos para la mujer.

El abuso de alcohol es difícil de detectar por el médico en la etapa en que todavía no ha producido trastornos somáticos, sociales y/o psicológicos evidentes, debido a que pocas veces se consulta por abuso de alcohol en forma directa. Generalmente la consulta es por las consecuencias que acarrea el consumo. Se considera que el 40% de los pacientes vistos en Emergencia tiene problema con el alcohol y que más de un tercio de las camas de hospitales generales están ocupadas por pacientes en los que el alcohol es la causa de la patología o ha contribuido a ella. Estos porcentajes coinciden en los estudios llevados a cabo en países anglosajones y latinos

Es importante determinar los patrones de consumo de alcohol que existen, diferenciar los consumidores excesivos o de riesgo, categoría poco estudiada en nuestro medio y que resulta, un grupo vulnerable y de interés para la Psiquiatría y la medicina familiar, lo que facilitará la adopción de estrategias para abordar los problemas relacionados con el alcohol y evitar el incremento de la población alcohólica y sus consecuencias.

## **2.2.- Planteamiento del problema**

Diversas encuestas en hogares se han realizado en nuestro país en relación al uso de sustancias. Algunas de ellas con representatividad nacional como lo son la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (Secretaría de Salud, 1990, 1994, 1998, 2003, 2009) y la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS). También se han llevado a cabo encuestas en distintas ciudades de la República

como Tijuana, Ciudad Juárez, Monterrey, Querétaro y Yucatán, en el año 2005 (Rojas, Fleiz, Villatoro, Gutiérrez & Medina-Mora, 2009).

Sobre el alcohol, la percepción de riesgo entre la población ha venido disminuyendo desde tiempo atrás; en tanto que la tolerancia social se ha incrementado, lo cual es congruente con la tendencia al incremento del consumo de esta sustancia.

La medición realizada en Nuevo León (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Juárez & Medina Mora, 2007) reporta una prevalencia de alcohol de 43.9%; el 44.6% en hombres y 43.2% en mujeres.

En el país existen 9.3% hombres y 0.7% mujeres con abuso/dependencia al alcohol en poblaciones urbanas y 10.5% y 0.4% respectivamente en poblaciones rurales; la dependencia a drogas representa tan sólo 0.44% de la población adulta entre 18 y 65 años.

Otros estudios realizados en la ciudad capital, muestran que el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años, presenta trastornos afectivos, 7.8% corresponden a episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón; 1.5% distimia con una proporción hombre/mujer similar, 2.6 varones por cada mujer y una tasa inferior de episodios maniacos con pocas diferencias por sexo 1.2:1.

A pesar de los avances científicos, la atención de los enfermos sigue siendo deficiente, se sabe que la primera puerta que tocan las personas con trastornos mentales es la medicina general. Sin embargo, su detección, tratamiento y/o canalización a servicios especializados es insuficiente, existe aún un importante estigma social que segrega a los pacientes psiquiátricos y el tiempo que pasa entre que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada es considerable

Por otra parte, la población no solicita la ayuda que está disponible. Junto con razones derivadas del miedo al estigma o del desconocimiento de los beneficios de la atención médico-psiquiátrica y psicosocial están las diferencias en las necesidades sentidas por la población y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios. Mientras que la población tiene una definición basada en problemas (laborales, con los hijos o la pareja, enfermedades o muertes en la familia, económicos, vicios ofrecen atención basada en diagnósticos psiquiátricos; la falta de coincidencia entre las necesidades sentidas por la población y la oferta de atención dificultan la entrada a tratamiento (Lara, 2002; Berenzon, 2003).

Estudios de hogares realizados en población urbana del país han documentado que las personas con trastornos emocionales piden primero ayuda en sus redes sociales, 54% a familiares o amigos, 10% a sacerdotes y ministros, 15% se automedican y sólo secundariamente acuden a medicina general y a los servicios especializados.

Berenzon (2003) ha documentado una elevada utilización de medicina alternativa, como complemento a la medicina tradicional obedeciendo a la percepción social de quién puede ofrecer solución a los problemas sentidos. En la Ciudad de México, Caraveo y cols. (1999) documentaron que tan solo 20% de las personas con un trastorno de depresión mayor buscaban algún tipo de atención especializada.

### **2.3.- Justificación del estudio**

Como centro de referencia regional, la unidad de psiquiatría del Hospital Universitario recibe anualmente cerca de 3,000 pacientes de primera vez a solicitar tratamiento por enfermedades psiquiátricas propiamente, problemas psicosociales y ocasionalmente por uso y abuso de sustancias.

Se ha determinado que la mayor parte de las consultas de psiquiatría principalmente son por problemas en del estado de ánimo, ansiedad y trastornos de la personalidad.

Por otra parte, el servicio es un hospital escuela. Parte del programa de entrenamiento de posgrado para residentes de psiquiatría, quienes dentro de la formación como psiquiatras, atienden patología dual (adicciones y comorbilidad psiquiátrica). Dicho programa no se encuentra como parte del entrenamiento para psicólogos clínicos, los cuales también atienden la consulta de primera vez, en conjunto con un residente de psiquiatría quien atiende la parte médica de cada caso, sin embargo la evaluación integral es realizada por el psicólogo en entrenamiento.

La cantidad de pacientes observada de acuerdo a las encuestas nacionales de adicciones y a la literatura mundial respecto a la alta prevalencia de consumo de alcohol en los pacientes psiquiátricos llama la atención al servicio ya que no contamos con un servicio formal de atención a las adicciones.

Se realizó una prueba piloto en la cual se tomaron 50 expedientes al azar para revisar la entrevista de primera vez, la cual se encuentra documentada en todos los expedientes de los pacientes que acudieron al servicio de psiquiatría, para este caso se tomaron expedientes de los pacientes que acudieron durante el mes de Octubre de 2014. Todos los casos evaluados por un clínico distinto, de los diferentes años de residencia del programa de psiquiatría y psicología clínica y hospitalaria. Se encontró que de los 50 pacientes, 19 casos tenían consumo de alcohol excesivo, o dependencia al alcohol de acuerdo al cuestionario de frecuencia y cantidad de consumo de alcohol, y únicamente 2 habían sido diagnosticados con alcoholismo al final de la evaluación.

#### **2.4.- Limitaciones del estudio**

Una limitante de este estudio es que el instrumento con el que se identifica el consumo y la frecuencia de alcohol no es específico y la aplicación del cuestionario por los distintos evaluadores no fue estandarizado. Por lo que para fines de este estudio se realizó un diagnóstico de alcoholismo considerando que 1 bebida corresponde a 10 gramos de alcohol.

La población estudiada corresponde a adultos del estado de Nuevo León, México en la clínica de psiquiatría de un hospital general de tercer nivel.

### **Capítulo III.- HIPOTESIS**

3.1.- Para este trabajo de investigación, se plantean las siguientes interrogantes:

Preguntas generales de la investigación:

- ¿Cuántos de los pacientes vistos en la consulta de primera vez tienen un patrón de riesgo en su consumo de alcohol?
- ¿Cuántos de los pacientes vistos en la consulta de primera vez describen dependencia al alcohol?

Preguntas específicas de investigación:

- ¿Cuántos de los pacientes con alto consumo de alcohol y/o dependencia de alcohol fueron identificados en el diagnóstico inicial como pacientes con alcoholismo?
- ¿Existe diferencia entre el año de preparación de la residencia clínica con el grado de identificación del diagnóstico de alcoholismo en psiquiatría?
- ¿Existen diferencias entre los subtipos de consumo de alcohol al identificar el diagnóstico de alcoholismo?

## Capítulo IV.- OBJETIVOS

4.1.- Los objetivos de este estudio son los siguientes:

**Objetivo general:** Identificar el grado de subdiagnóstico de uso y abuso de alcohol en los pacientes de psiquiatría de primera vez vistos en el periodo Junio 2012-Junio 2014 del departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario

**Objetivo (s) específico (s):** Relacionar el grado de preparación clínica con la habilidad de detectar el consumo inadecuado de alcohol en los pacientes de primera vez

Identificar diferencias en las características del consumo con el diagnóstico o subdiagnóstico de alcoholismo en la consulta de primera vez.

## **Capítulo V.- MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó una revisión de los diagnósticos dados en la consulta de primera vez en el expediente clínico, y se comparó con el consumo de alcohol registrado en la entrevista inicial de psiquiatría por los residentes en entrenamiento del programa de psiquiatría y de psicología clínica y hospitalaria. (Ver Fig. 1; Entrevista Psiquiátrica).

Se realizó además, un diagnóstico por categorías de los patrones de consumo de alcohol detectados en la entrevista. Las categorías de alcoholismo se agruparon de acuerdo a las

Se tomó la información recabada en el expediente interno del departamento de psiquiatría. Por razones de confidencialidad, el departamento de psiquiatría opera con dos expedientes por cada paciente, uno principalmente médico que contiene toda la información concerniente al diagnóstico, tratamiento, manejo y pronóstico de cada paciente, el cual sigue los lineamientos del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” del expediente hospitalario, en el cual se encuentra en el departamento de archivo del hospital. Y un expediente interno, el cual contiene información de orden confidencial, al cual únicamente tiene acceso el departamento de psiquiatría y el clínico tratante, este cuenta con información descriptiva sobre síndromes psiquiátricos, psicoterapias, sesiones individuales o de familia, plan de manejo detallado y de aspectos personales dentro del tratamiento que son llenados junto con la información descrita en el expediente de hospital, por lo que se cuenta con un archivo interno. Dentro de este expediente se cuenta con una historia clínica psiquiátrica, realizada en

1991 por Ontiveros, profesor del departamento de psiquiatría con fines de investigación, la cual ha sido utilizada de manera estándar dentro de la unidad como instrumento de evaluación inicial.

Para este trabajo tomaremos en cuenta la sección de consumo de alcohol. La cual no es específica para diagnóstico de alcoholismo, consta de 2 secciones. La primera consta de los dos ítems iniciales del cuestionario AUDIT (Alcohol use disorder identification test) y 3 preguntas del cuestionario CAGE.

Para la selección de expedientes se tomó el registro electrónico interno, el cual registra todos los pacientes que fueron consultados, el clínico que realizó la entrevista, fecha y terapeuta asignado. Se eligió un periodo de tiempo correspondiente a Junio de 2012 a Junio de 2014, únicamente se tomaron las evaluaciones realizadas a sujetos mayores de 18 años de edad.

Se realizó un muestreo sistemático aleatorizado en intervalos de 7, empezando por el número 4. Los casos fueron rastreados de manera electrónica, gran parte de los expedientes se encontraron con el terapeuta asignado en el caso de los pacientes activos el cual proporcionó el expediente para su revisión, y en caso de ser sujetos inactivos en el servicio de consulta externa; es decir, aquellos sujetos con al menos 6 meses de no acudir a consulta pero que fueron evaluados en ese periodo de tiempo; se obtuvo el expediente del archivo interno con acceso consentido por la coordinación de consulta externa de la unidad de psiquiatría.

La revisión de los expedientes se hizo por un sólo evaluador clínico, residente del cuarto año de psiquiatría. Los criterios para considerar abuso y dependencia de alcohol fueron de acuerdo con la OMS

**Muestra:**

Población de estudio: Expedientes del departamento de psiquiatría de primera vez

**Número de sujetos por incluir:** N=826

Se realizó un cálculo de muestra con un intervalo de confianza de 95% y precisión de 3%.

**Criterios de inclusión:**

Se incluirán en ese trabajo los expedientes correspondientes los pacientes que acudieron a la consulta de psiquiatría de primera vez durante el periodo Junio de 2012 a Junio de 2014.

Unicamente se incluirán pacientes mayores de 18 años

Serán incluidos los datos de los expedientes que tengan una evaluación completa, que incluya el llenado correcto de la sección de consumo de alcohol (frecuencia y cantidad)

Se tomarán en cuenta el (los) diagnóstico (s) inicial (es) para cada caso

Deberá estar indicado al final del expediente el año académico del residente evaluador (primero, segundo, tercero o cuarto año para psiquiatría, y primero, segundo y tercer año para psicología clínica y hospitalaria)

**Criterios de exclusión:**

Se excluirán de la muestra los expedientes que correspondan a la consulta de primera vez del periodo antes mencionado, de los cuales no se encuentre el expediente disponible (extravío, pérdida o reemplazo).

Expedientes de pacientes menores de edad.

Expedientes llenados por clínicos de jerarquía distinta (profesores y externos asociados).

**Criterios de eliminación:**

No serán incluidos los expedientes que tengan un llenado incompleto de las secciones de interés en el consumo de alcohol

No se incluirán los datos de expedientes que no tengan un diagnóstico al final ni se identifique el año de residencia del evaluador

**Diseño del estudio:**

Se trata de un estudio de investigación básica, retrospectivo, exploratorio.

**Análisis estadístico:**

Herramientas

IBM SPSS v20 ° GraphPad Prism 5.02 ° MS EXCEL 2013

Analisis iniciales

Se determinaron valores de tendencia central, desviación estándar, análisis de normalidad e histogramas de frecuencia para variables cuantitativas

Se determinaron proporción de frecuencia, porcentaje en relación al total de entradas además de proporción de frecuencia para escalas al estudiar variables categóricas

Analisis de población

Se evaluaron datos demográficos y antecedentes que prevalezcan en la muestra que pudieran ser de interés.

Además de realizar prueba de Kolmogorov-Smirnov o Kruskal Wallis según sea el caso para distribuciones no paramétricas.

Analisis de muestra

Para las variables de tendencia central se compararan con T de Student ajustado a normalidad de dos colas los grupos de intervención y no intervención a tomar como significativos valores de P menor a 0.05, otros resultados serán

interpretados por el autor reportándose datos interesantes para el estudio. En caso de requerirse se realizara ANOVA de 2 Vías ajustado a normalidad para múltiples variables a comprar.

Para los muestreos categóricos se empleara prueba de Fisher de 2 colas para describir las diferencias, se tomara significativo P menor a 0.05.

Elaboración de dispersión y regresión para datos significativos correlacionables. Detectar factores de riesgo/beneficio al analizar grupos y subgrupos (Coeficiente de Momios OD, Riesgo Relativo RR).

### **Instrumentos de evaluación**

Consulta de primera vez de Psiquiatría (Figura 1)

-Rubros generales:

Variables sociodemográficas (Edad, sexo, estado civil, religión, escolaridad)

-Rubros específicos:

-Frecuencia de alcoholismo (AUDIT)

-Cantidad de alcoholismo (AUDIT)

CAGE Modificado:

¿Ha sentido que debería dejar de tomar?

¿Se ha sentido mal por su forma de tomar?

¿Ha bebido por la mañana para cortar la cruda?

-Rubros de Diagnóstico:

- Comorbilidad médica
- Diagnostico final
- Año del residente evaluador
- Especialidad del residente

**Procedimiento:**

- a) El estudio tendrá lugar en la ciudad de Monterrey, Nuevo León. En el departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”
- b) Se ha solicitado autorización al departamento de psiquiatría, para acceder al archivo electrónico y bases de datos del departamento, así como para acceder al total de expedientes que se requieren revisar para este trabajo, los cuales constan de 1 documento de evaluación de primera vez, que se realiza a todos los pacientes que abren expediente en psiquiatría y notas de evolución propias de cada modalidad de tratamiento. Este documento es externo al expediente de hospital, y es archivado en un expediente interno al que únicamente tiene acceso el departamento de psiquiatría. Contiene información confidencial sobre antecedentes psiquiátricos, resultados de pruebas psicológicas en algunos casos y tratamiento actual.
- c) Posterior a la aprobación del protocolo por el Comité de Ética se realizará el rastreo de los expedientes de los pacientes que acudieron a consulta de primera vez registrados en el periodo correspondiente a

Junio de 2012 a Junio de 2014 de acuerdo al censo interno electrónico del departamento.

- d) Se revisará el paradero de cada expediente, los cuales pueden estar en archivo de psiquiatría, en caso de que el paciente ya no acuda a la consulta. O puede estar resguardado con el terapeuta actual asignado, quien tiene en su poder el expediente durante el periodo en que esté en tratamiento el paciente.
- e) Se revisará la documentación correspondiente a la entrevista de primera vez que incluye, entre otros datos propios de la entrevista psiquiátrica: Datos sociodemográficos, frecuencia de consumo y cantidad de de bebidas alcohólicas, diagnóstico por psiquiatría y plan de manejo inicial.
- f) Se capturará una base de datos con las variables mencionadas anteriormente para ser comparadas con la estadística nacional y estatal
- g) La captura de esta información será realizada por la Dra. Magdalena Rodríguez Salinas en medio electrónico para posterior análisis de los datos.
- h) El expediente médico de cada paciente será resguardado nuevamente posterior a su utilización en su archivo correspondiente
- i) Al finalizar la captura de los datos con la información y al completar la muestra se procederá al análisis estadístico, resultados, discusión y conclusiones.

### **Consideraciones éticas:**

Las consideraciones éticas que guiarán el desarrollo de este trabajo

sebasarán con base en los tres principios esenciales para la conducta ética de investigaciones con sujetos humanos, propuestos en el Informe Belmont, los cuales son:

1) Respeto a las personas 2) Beneficencia y 3) Justicia.

*Respeto a las personas:* los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos, y aquellos con autonomía disminuida, tienen derecho a ser protegidos; y su principal aplicación es a través de la confidencialidad del paciente. En el caso del presente estudio, se cuidará la confidencialidad absoluta de la información obtenida del expediente clínico.

*Beneficencia:* este principio se rige por dos reglas: 1) no hacer daño y 2) acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles. Los datos serán utilizados en busca de mejora de un servicio de atención clínica.

*Justicia:* tratar a los individuos y a los grupos de manera justa y equitativa, al respecto no se hará mal uso de la información obtenida.

## Capítulo VI.- RESULTADOS

Durante un periodo de 2 años (JUN 2012-JUN2014) se capturaron los registros de 826 expedientes de pacientes de sexo indistinto y que cumplieran con los criterios de inclusión del protocolo que acudieron a consulta del Departamento de Psiquiatría en el Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL , de los cuales 3 expedientes fueron dados de baja por no cumplir con los criterios de inclusión del protocolo una vez revisado los casos particularmente, de tal forma que solo 823 expedientes fueron procesados por el comité investigador.

	Masculino		Femenino		p
<b>N</b>	343	41.7%	480	58.3%	
	Media	SD	Media	SD	
<b>Edad</b>	34.23	13.86	37.28	15.77	
<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Soltero	195	51.0%	187	49.0%	0.0001
Casado	96	35.6%	174	64.4%	0.0131
Separado	15	30.6%	34	69.4%	0.1345
Divorciado	10	26.3%	28	73.7%	0.0628
Viudo	6	28.6%	15	71.4%	0.2659
Unión Libre	21	33.3%	42	66.7%	0.1844
<b>Religión</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Católico	229	39.3%	353	60.7%	0.0433
Cristiano	39	40.2%	58	59.8%	0.7413
Testigo de Jehová	10	40.0%	15	60.0%	0.9987
Ateo	10	58.8%	7	41.2%	0.2125
Agnóstico	11	61.1%	7	38.9%	0.0967
Ninguna	36	52.9%	32	47.1%	0.0541
Otra	8	50.0%	8	50.0%	0.6101
<b>Tabla 01. Generalidades de la Muestra.</b>					

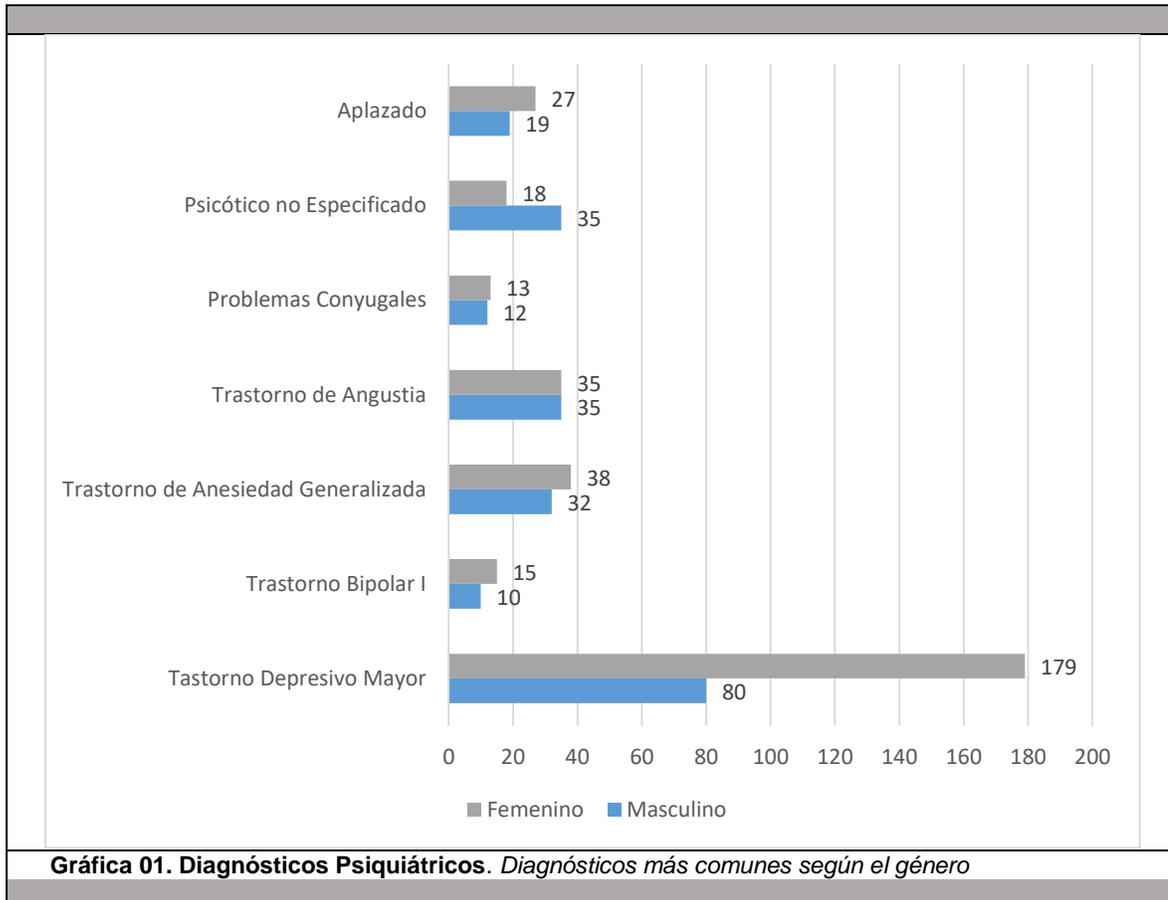
Del total de expedientes estudiados se encontró una población de 343 (41.7%) Masculinos y 480 (58.3%,  $P=0.0001$ ) Femeninos. Los pacientes Masculinos tuvieron una media de edad de 34.23 (SD 13.86) años, y los Femeninos una media de edad de 37.28 (SD 15.77,  $P=0.0200$ ) años. Los antecedentes capturados para el estudio fue el Estado Civil con la distribución para Solteros los cuales Masculinos son 195 (56.9%), y Femeninos 187 (39%,  $P=0.0001$  OD 2.064 IC 1.557 - 2.735). Casados de los cuales Masculinos son 96 (28%), pacientes Femeninos 174 (36.3%,  $P=0.0131$  OD 0.684 IC 0.507 - 0.924), pacientes Separados de los cuales Masculinos son 15 (4.4%), y pacientes Femeninos 34 (7.1%,  $P=0.1345$  OD 0.6 IC 0.321 - 1.12), para los separados se encontraron Masculinos 15 (4.4%), y pacientes Femeninos 34 (7.1%,  $P=0.1345$  OD 0.6 IC 0.321 - 1.12). Los pacientes Divorciados de los cuales Masculinos son 10 (2.9%), pacientes Femeninos 28 (5.8%,  $P=0.0628$  OD 0.485 IC 0.232 - 1.012). Los Pacientes Viudos con Masculinos 6 (1.7%), y pacientes Femeninos 15 (3.1%,  $P=0.2659$  OD 0.552 IC 0.212 - 1.437). Los que se encuentran en Unión Libre para los Masculinos con 21 (6.1%), y pacientes Femeninos 42 (8.8%,  $P=0.1844$  OD 0.68 IC 0.395 - 1.171). Como Antecedente se capturó la religión del paciente, la Religión Católica fue la predominante con Masculinos 229 (66.8%), y pacientes Femeninos 353 (73.5%,  $P=0.0433$  OD 0.729 IC 0.538 - 0.987); seguida de la denominación Cristiana de los cuales Masculinos son 38 (11.1%), y pacientes Femeninos 58 (12.1%,  $P=0.7413$  OD 0.909 IC 0.588 - 1.404); Ninguna afiliación se reportó con Masculinos 36 (10.5%), pacientes Femeninos 32 (6.7%,  $P=0.0541$  OD 1.647 IC 1.001 - 2.71); Los pacientes Testigos de Jehová de los cuales Masculinos son 10 (2.9%), pacientes Femeninos 15 (3.1%,  $P=0.9987$  OD 0.934 IC 0.414 - 2.105); Ateos de los cuales Masculinos son 11 (3.2%), pacientes Femeninos 7 (1.5%,  $P=0.0967$  OD 2.246 IC 0.862 - 5.854); y Agnósticos de los cuales Masculinos son 36 (10.5%), pacientes Femeninos 32 (6.7%,  $P=0.0541$  OD 1.647 IC 1.001 - 2.71).

	Masculino		Femenino		p
<b>Frecuencia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Nunca	142	41.40%	295	61.50%	0.0001
1 vez al mes	77	22.40%	104	21.70%	0.7984
2 - 4 Veces al Mes	80	23.30%	64	13.30%	0.0003
2 - 3 por Semana	24	7.00%	7	1.50%	0.0001
4 o más veces por semana	20	5.80%	10	2.10%	0.0073
<b>Consumo de Alcohol</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Ninguna	142	41.40%	295	61.50%	0.0001
1 o 2	59	17.20%	89	18.50%	0.6462
3 o 4	39	11.40%	46	9.60%	0.418
5 o 6	31	9.00%	23	4.80%	0.0216
7 o 9	27	7.90%	8	1.70%	0.0001
10 o más	45	13.10%	19	4.00%	0.0001

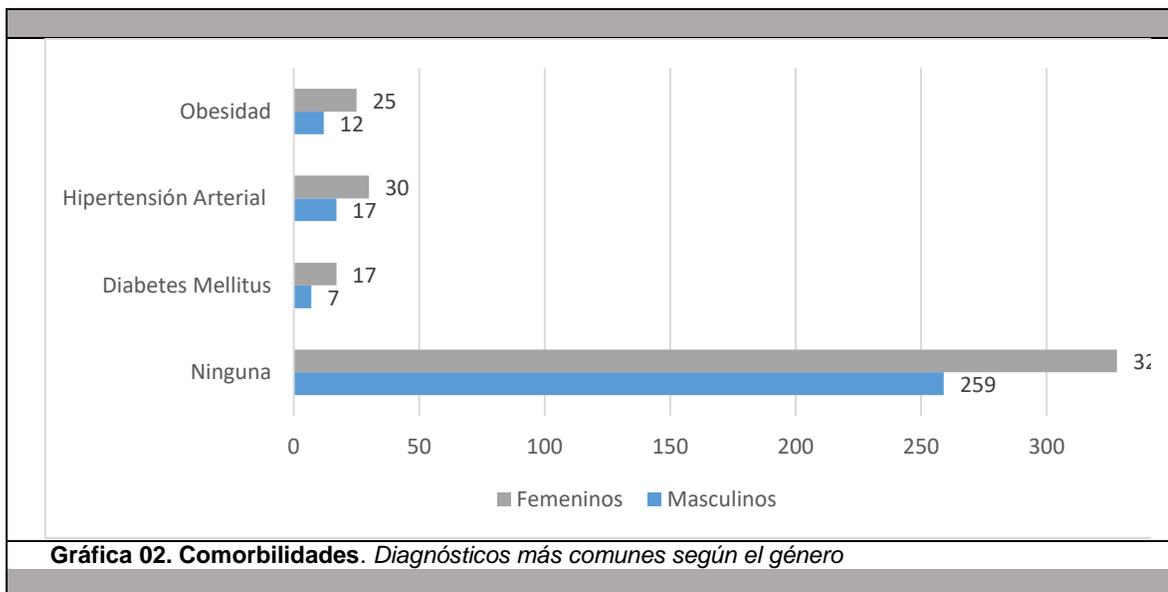
**Tabla 02. Consumo de Alcohol**

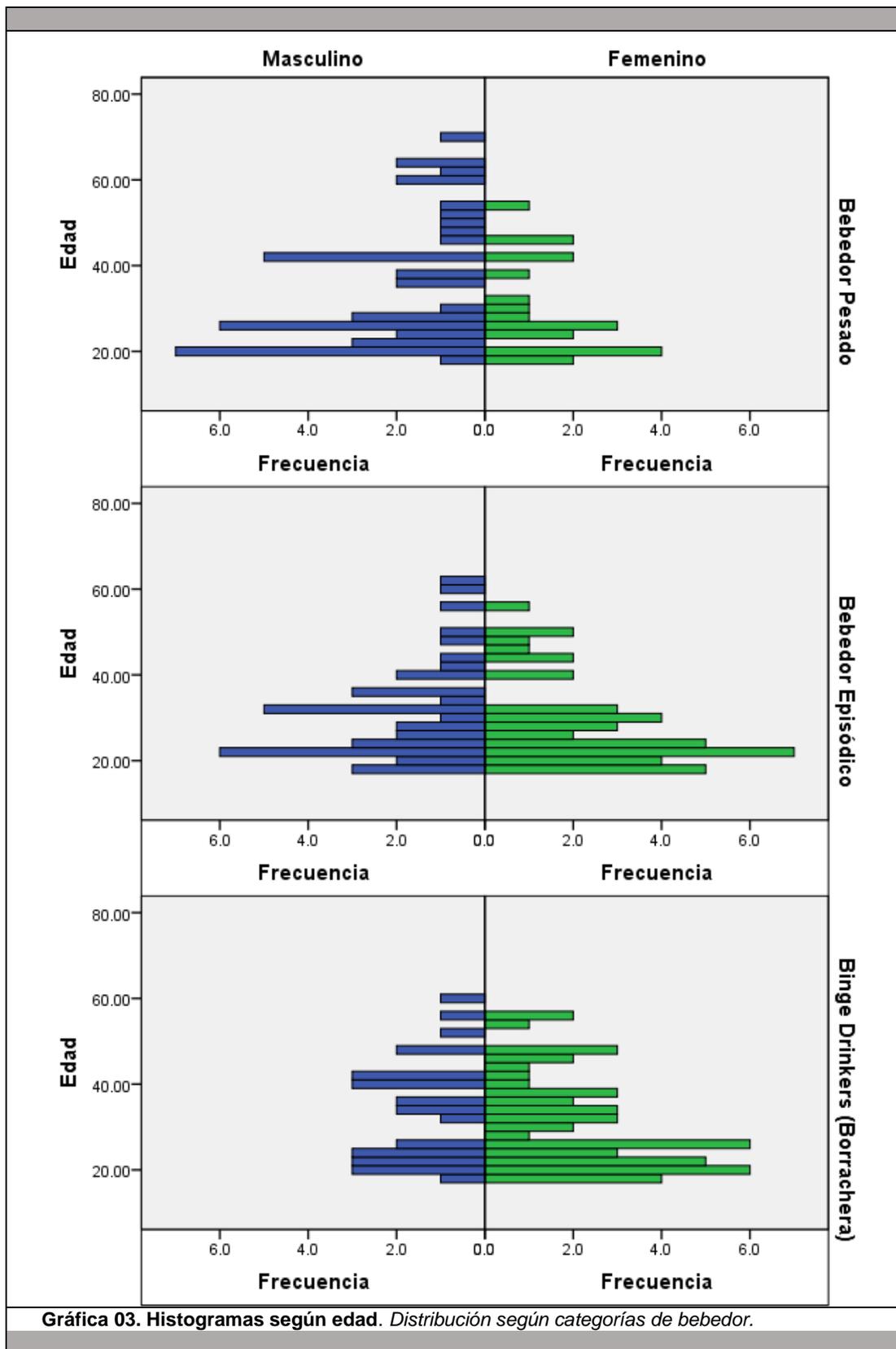
Se buscó referencia al frecuencia de consumo de alcohol, siguiendo con la distinción de género para fines de descripción, teniendo para la referencia de Nunca consumir de los cuales Masculinos son 142 (41.4%), pacientes Femeninos 295 (61.5%, P=0.0001 OD 0.443 IC 0.334 - 0.588); una vez al Mes con Masculinos 77 (22.4%), pacientes Femeninos 104 (21.7%, P=0.7984 OD 1.047 IC 0.75 - 1.462); de 2 a 4 veces al Mes con Masculinos 80 (23.3%), pacientes Femeninos 64 (13.3%, P=0.0003 OD 1.977 IC 1.375 - 2.843); de 2 a 3 veces por Semana con Masculinos 24 (7%), pacientes Femeninos 7 (1.5%, P=0.0001 OD 5.084 IC 2.165 - 11.94) y Más de 4 veces por Semana de los cuales Masculinos son 20 (5.8%), pacientes Femeninos 10 (2.1%, P=0.0073 OD 2.91 IC 1.344 - 6.299). La Cantidad de Alcohol se estimó de manera subjetiva en copas, para la Referencia de Ninguna Copa los pacientes Masculinos se

reportaron con 142 (41.4%), pacientes Femeninos 295 (61.5%,  $P=0.0001$  OD 0.443 IC 0.334 - 0.588); 1 o 2 Copas de los cuales Masculinos son 59 (17.2%), pacientes Femeninos 89 (18.5%,  $P=0.6462$  OD 0.913 IC 0.635 - 1.312); 3 o 4 copas con Masculinos 39 (11.4%), pacientes Femeninos 46 (9.6%,  $P=0.418$  OD 1.21 IC 0.771 - 1.9); 5 o 6 copas de los cuales Masculinos son 31 (9%), pacientes Femeninos 23 (4.8%,  $P=0.0216$  OD 1.974 IC 1.13 - 3.45); de 7 a 9 con Masculinos 27 (7.9%), pacientes Femeninos 8 (1.7%,  $P=0.0001$  OD 5.041 IC 2.261 - 11.238) y 10 o más copas con el reporte de Masculinos con 45 (13.1%), pacientes Femeninos 19 (4%,  $P=0.0001$  OD 3.664 IC 2.102 - 6.387).



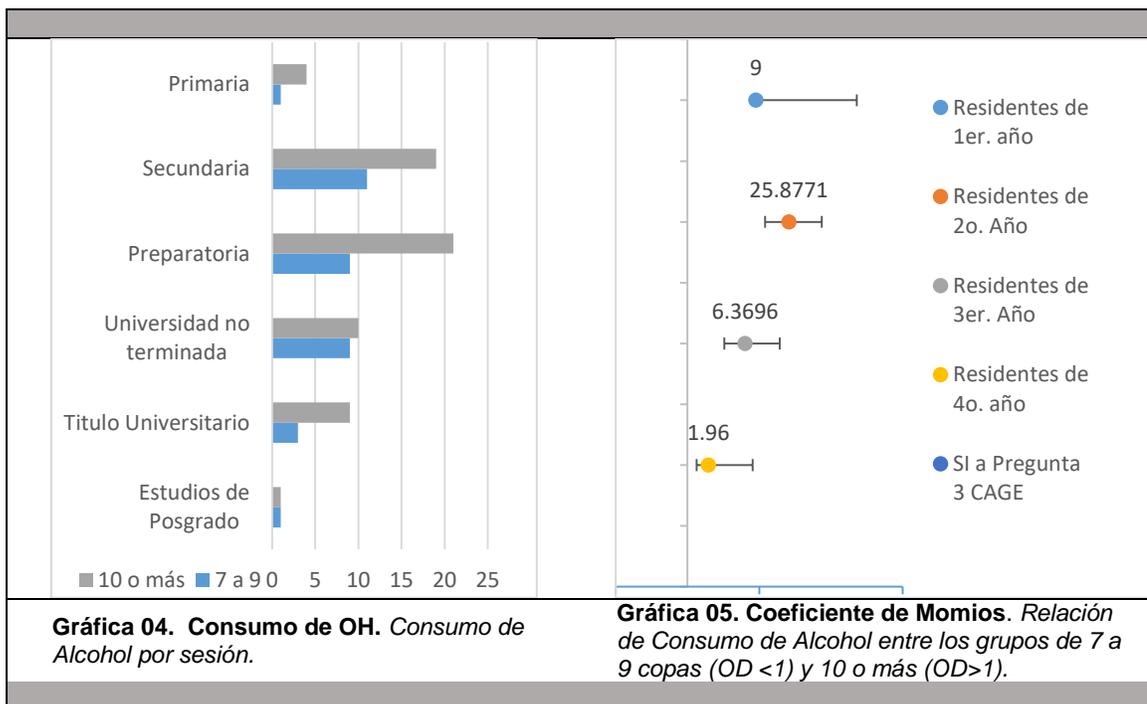
El diagnóstico Psiquiátrico más común en Masculinos fue Trastorno Depresivo Mayor con 80 (23.3%), pacientes Femeninos 179 (37.3%,  $P < 0.0001$  OD 0.512 IC 0.375 - 0.699), seguido de trastorno de Angustia con 35 (10.2%) Pacientes Masculinos, y pacientes Femeninos 35 (7.3%,  $P = 0.1632$  OD 1.445 IC 0.885 - 2.36). De los diversos antecedentes médicos de los pacientes de la muestra, la ausencia de antecedentes fue el reporte más común con 259 (75.5%) pacientes Masculinos, y pacientes Femeninos 328 (68.3%,  $P = 0.0439$  OD 1.579 IC 1.025 - 2.432); el antecedente más común sería Hipertensión Arterial Sistémica de los cuales Masculinos son 17 (5%), y pacientes Femeninos 30 (6.3%,  $P = 0.4453$  OD 0.754 IC 0.408 - 1.395); seguida de Diabetes Mellitus con Masculinos 7 (2%), y pacientes Femeninos 17 (3.5%,  $P = 0.2112$  OD 0.548 IC 0.224 - 1.339); y Obesidad de los cuales Masculinos son 12 (3.5%), pacientes Femeninos 25 (5.2%,  $P = 0.234$  OD 0.636 IC 0.314 - 1.288).





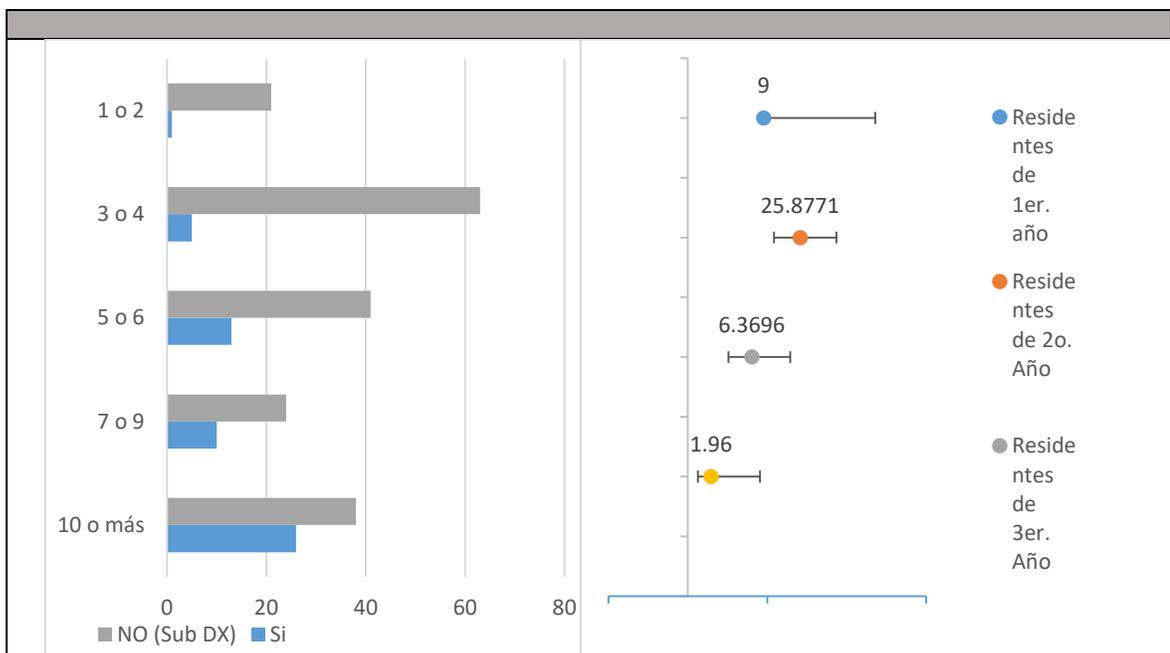
Gráfica 03. Histogramas según edad. Distribución según categorías de bebedor.

De un total de 131 pacientes Masculinos que eventualmente se diagnosticaron con Alcoholismo, de manera inicial solo 27.4% fueron detectados por el departamento, y el 72.6% ( $P=0.0001$ , OD 2.639 IC 1.676 – 4.154) sería identificado en este síndrome eventualmente; en pacientes del sexo femenino fueron 111 pacientes a los cuales se les efectuaría de manera similar el diagnóstico de alcoholismo, solo el 17.11% fue diagnosticado en etapas iniciales, y el 82.89% ( $p=0.0001$ , OD 4.842 IC 2.767-8.475) se encontraría en etapas posteriores de tratamiento. A los pacientes se les estudio el modo de Alcoholismo ubicándolos en las categorías de Bebedor Pesado de los cuales Masculinos son 43 (12.5%), y pacientes Femeninos 20.5 (4.2%,  $P=< 0.0001$  OD 3.218 IC 1.865 - 5.554); Bebedor Episódico con 37 pacientes Masculinos (10.8%),y pacientes Femeninos 42 (8.8%,  $P=0.339$  OD 1.263 IC 0.793 - 2.011); “Binge Drinkers” (Consumo sólo por ponerse en estado de ebriedad completo) de los cuales Masculinos son 28 (8.2%), y pacientes Femeninos 49 (10.2%,  $P=0.3344$  OD 0.783 IC 0.481 - 1.274).



El patrón de consumo de alcohol se estudió en relación del grado último de escolaridad de la muestra ( $P=0.0001$ ) teniendo diferentes distribuciones según la cantidad de consumo y comparándose con el consumo más bajo de alcohol referido en 1 o 2 copas por sesión se encontró para el grupo de consumo de 7 a 9 copas por sesión para nivel escolar de Menor de 6 años un 4.76% ( $P=0.9989$ , OD 1 IC 0.0584 - 17.1202) tuvieron un consumo de 7 a 9 copas; en el nivel escolar de sólo Primaria un 1.28% ( $P=< 0.0177$ , OD 0.0996 IC 0.0123 - 0.8064); para nivel escolar de hasta Secundaria un 5.37% ( $P=< 0.0222$ , OD 0.4082 IC 0.1952 - 0.853 ) tuvieron un consumo de 7 a 9 copas; para nivel escolar de hasta Preparatoria un 4.43% ( $P=< 0.0002$ , OD 0.2479 IC 0.1151 - 0.5341); para nivel escolar de Universidad no terminada un 5.96% ( $P=< 0.0001$ , OD 0.1885 IC 0.0875 - 0.4061); para los de nivel escolar de Título Universitario un 2.11% ( $P=< 0.0001$ , OD 0.0591 IC 0.0178 - 0.1967) tuvieron un consumo de 7 a 9 copas y en el caso Para nivel escolar de Estudios de Posgrado un 4.35% ( $P=< 0.1868$ , OD 0.1636 IC 0.0175 - 1.53 ). Al tomar la relación de casos en la categoría de 1 o 2 copas y 10 o más copas tenemos que para nivel escolar de Menor de 6 años un 4.76% ( $P=1$ , OD 1 IC 0.0584 - 17.1202) tuvieron un consumo de 10 o más copas, en el nivel escolar de Primaria un 5.13% ( $P=0.246$ , OD 0.4144 IC 0.122 - 1.4073), Para hasta Secundaria cursada un 9.27% ( $P=0.4253$ , OD 0.7355 IC 0.3914 - 1.382), pacientes con nivel escolar de Preparatoria un 10.34% ( $P=0.1402$ , OD 0.6166 IC 0.3422 - 1.1109), para nivel escolar de Universidad no terminada un 6.62% ( $P=< 0.0001$ , OD 0.2109 IC 0.1007 - 0.4417) tuvieron un consumo de 10 o más copas, los pacientes con Título Universitario un 6.34% ( $P=< 0.0001$ , OD 0.1852 IC 0.0857 - 0.4002) y para nivel escolar de Estudios de Posgrado un 2.17% ( $P=0.0491$ , OD 0.08 IC 0.00409429311434669 - 1.56315139665354) tuvieron un consumo de 10 o más copas. Posteriormente se estudió la relación de los grupos de consumo más alto 7 o 9 copas (OD >1) y 10 o más copas (OD <1) los cuales mostraron diferentes distribuciones para

nivel escolar de Menor de 6 años (P=1, OD 1 IC 0.0584 - 17.1202), en el nivel escolar de Primaria (P=0.3669, OD 4.1622 IC 0.4546 - 38.1092), para nivel escolar hasta Secundaria (P=0.1836, OD 1.8016 IC 0.8347 - 3.8884), para nivel escolar de Preparatoria (P=0.0354, OD 2.4872 IC 1.1102 - 5.5722), Para nivel escolar de Universidad no terminada (P=1, OD 1.119 IC 0.4414 - 2.8367), en nivel escolar de Título Universitario (P=0.1374, OD 3.1353 IC 0.8308 - 11.8321) y pacientes con nivel de Estudios de Posgrado (P=1, OD 0.9565 IC 0.0563 - 16.2532).

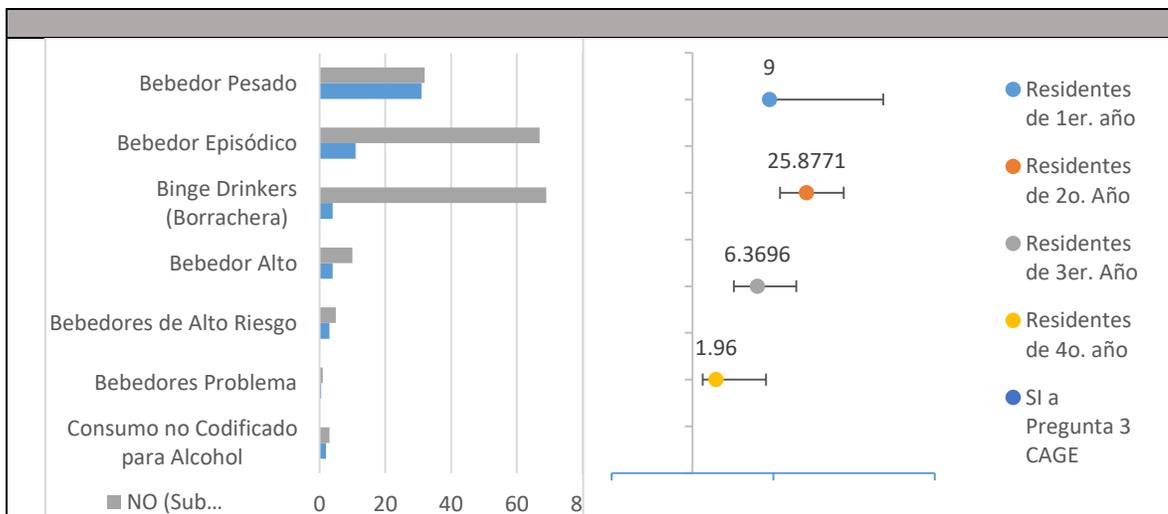


**Gráfica 06. Diagnóstico según Consumo de Alcohol.** Distribución de casos de acuerdo a cantidad de consumo de Alcohol

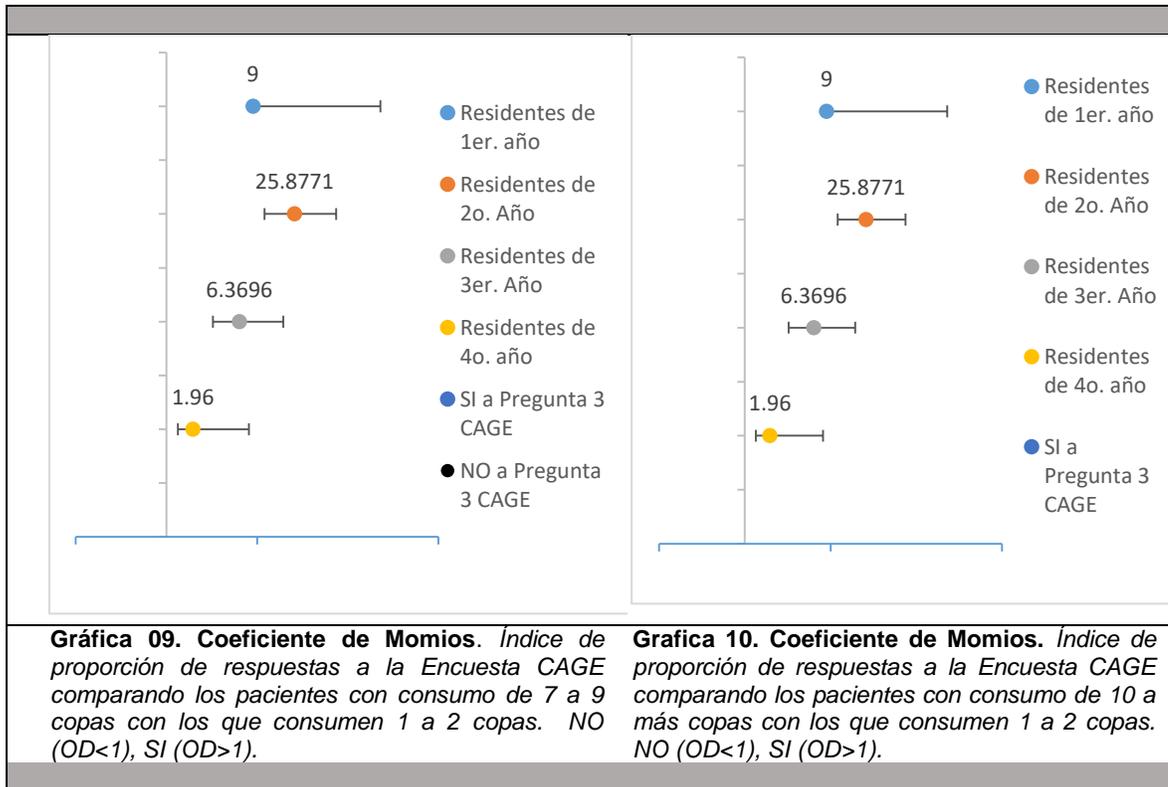
**Gráfica 07. Coeficiente de Momios.** Probabilidad de ser subdiagnosticado de acuerdo al consumo de alcohol SI (OD<1), SubDX (OD>1).

Al índice de consumo de alcohol se le estudio con respecto a la proporción de pacientes Subdiagnosticados de los cuales tienen con un consumo de 1 o 2 copas fue subdiagnosticado un 11.23 % (P=0.0325, OD 6.8313 IC 0.8977 - 51.9855), los pacientes con un consumo de 3 o 4 copas un 33.69 % (P=0.0003, OD 5.0806 IC 1.9298 - 13.3759), los que reportaron un consumo de 5 o 6 copas fue subdiagnosticado

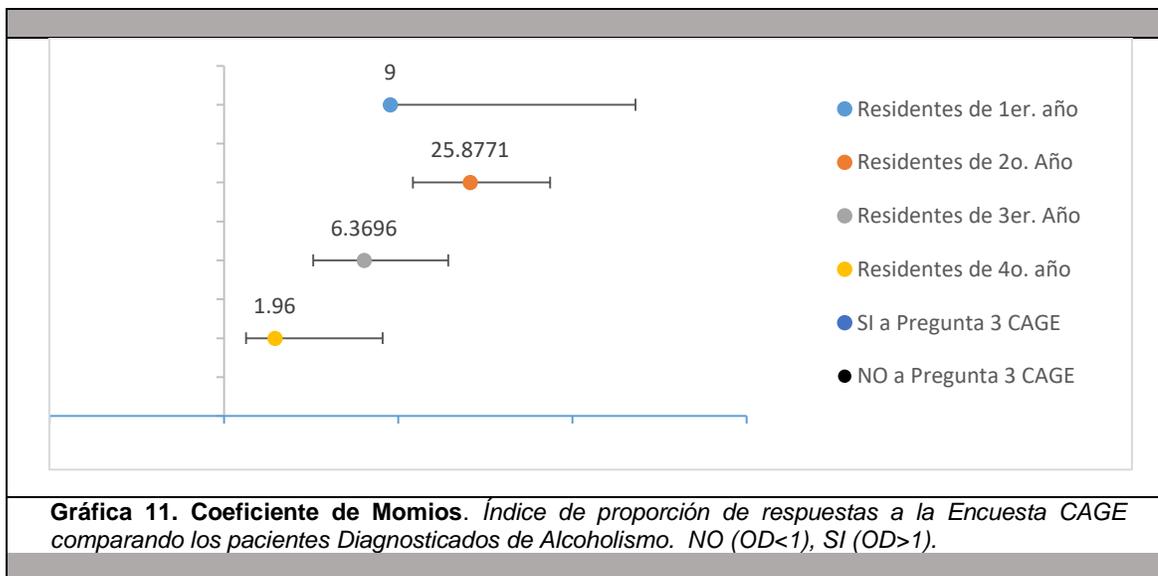
un 21.93 % (P=0.8541, OD 0.9073 IC 0.4452 - 1.8492) de los pacientes, los pacientes con un consumo de 7 o 9 copas un 12.83 % (P=0.3766, OD 0.6626 IC 0.2953 - 1.4867), y los pacientes con un consumo de 10 o más copas fue subdiagnosticado un 20.32 % (P=0.0002, OD 0.2845 IC 0.1503 - 0.5385). Esta tendencia de subdiagnóstico también se observó al estudiar las proporciones de distribución en modo de alcoholismo (Bebedor Pesado, Binge Drinker, Bebedor Episódico, Bebedor Alto, Bebedor Problema, y Bebedor de alto Riesgo) quedando para la categoría de Bebedor Pesado con 17.11 % (P=< 0.0001, OD 0.1632 IC 0.0461 - 0.5779), los pacientes clasificados como Bebedor Episódico fueron 35.83 % (P=0.0325, OD 2.2587 IC 1.0945 - 4.6613), para la categoría de Binge Drinkers (Borrachera) fueron 36.9 % (P=< 0.0001, OD 7.5286 IC 2.6088 - 21.7261) de pacientes subdiagnosticados, en la categoría de Bebedor Alto fueron 5.35 % (P=0.5283, OD 0.7274 IC 0.219 - 2.4159), los Bebedores de Alto Riesgo fueron 2.67 % (P=0.3866, OD 0.4808 IC 0.1112 - 2.0784) y en la categoría de Bebedores Problema fueron 0.53 % (P=1, OD 0.5914 IC 0.0196 - 17.8642).



De manera consecuente se analizaron las proporciones de los grupos de consumo alto y su relación con el Cuestionario CAGE Modificado (Cronbach alpha=0.996) se cotejaron con los pacientes con un consumo de 1 o 2 copas por sesión, teniendo para los pacientes con patrón de consumo de 7 o 9 copas para la pregunta CAGE 1 Respondieron SI 12.3 % (P=0.0056, OD 5.5607 IC 1.5666 - 19.7374), en la pregunta CAGE 1 Respondieron NO 3.37 % (P=< 0.0001, OD 0.1325 IC 0.0686 - 0.2558). Para la pregunta CAGE 2 Respondieron SI 12.73 % (P=0.0096, OD 5.2014 IC 1.4505 - 18.652), y en la pregunta CAGE 2 Respondieron NO 3.57 % (P=< 0.0001, OD 0.1487 IC 0.0788 - 0.2807); para la pregunta CAGE 3 Respondieron SI 9.46 % (P=0.1662, OD 3.7612 IC 0.7546 - 18.7471) y Para la pregunta CAGE 3 Respondieron NO 5.11 % (P=< 0.0001, OD 0.2406 IC 0.1414 - 0.4093). Teniendo en cuenta el mismo grupo de referencia (1 o 2 copas) se buscó la relación con el grupo de consumo de 10 o más copas teniendo para para la pregunta CAGE 1 Respondieron SI 49.18 % (P=< 0.0001, OD 18.7097 IC 5.2838 - 66.2499), para la pregunta CAGE 1 Respondieron NO 11.66 % (P=< 0.0001, OD 0.1843 IC 0.1041 - 0.3261), en la pregunta CAGE 2 Respondieron SI 52.73 % (P=< 0.0001, OD 19.3333 IC 5.3834 - 69.431), y para la pregunta CAGE 2 Respondieron NO 11.9 % (P=< 0.0001, OD 0.2037 IC 0.1164 - 0.3565); para la pregunta CAGE 3 Respondieron SI 59.46 % (P=< 0.0001, OD 25.6667 IC 5.3461 - 123.2252) y respondieron en la pregunta CAGE 3 NO 14.52 % (P=< 0.0001, OD 0.2947 IC 0.1778 - 0.4885).



Al cruzar la distribución de la encuesta CAGE Modificada y la proporción de pacientes subdiagnosticados, con respecto a los que se les realizó el diagnóstico de alcoholismo de manera inicial respondieron SI a la pregunta CAGE 1 un 18.18 % ( $P < 0.0001$ , OD 94.4444 IC 12.7593 - 699.077), la respuesta NO a la pregunta CAGE 1 fueron 4.85 % ( $P = 0.0002$ , OD 0.2683 IC 0.1259 - 0.5715) de los pacientes subdiagnosticados; la respuesta SI a la pregunta CAGE 2 por parte de los pacientes inicialmente subdiagnosticados fueron 16.97 % ( $P < 0.0001$ , OD 86.8613 IC 11.7093 - 644.3498), y los que respondieron NO a la pregunta CAGE 2 fueron 6.06 % ( $P = 0.0016$ , OD 0.3457 IC 0.1733 - 0.6897); los que respondieron SI a la pregunta CAGE 3 fueron 12.73 % ( $P < 0.0001$ , OD 30.9167 IC 7.1609 - 133.4815) y la respuesta NO a la pregunta CAGE 3 fueron 10.3 % ( $P = 0.1141$ , OD 0.6265 IC 0.3556 - 1.1038) de los pacientes subdiagnosticados.



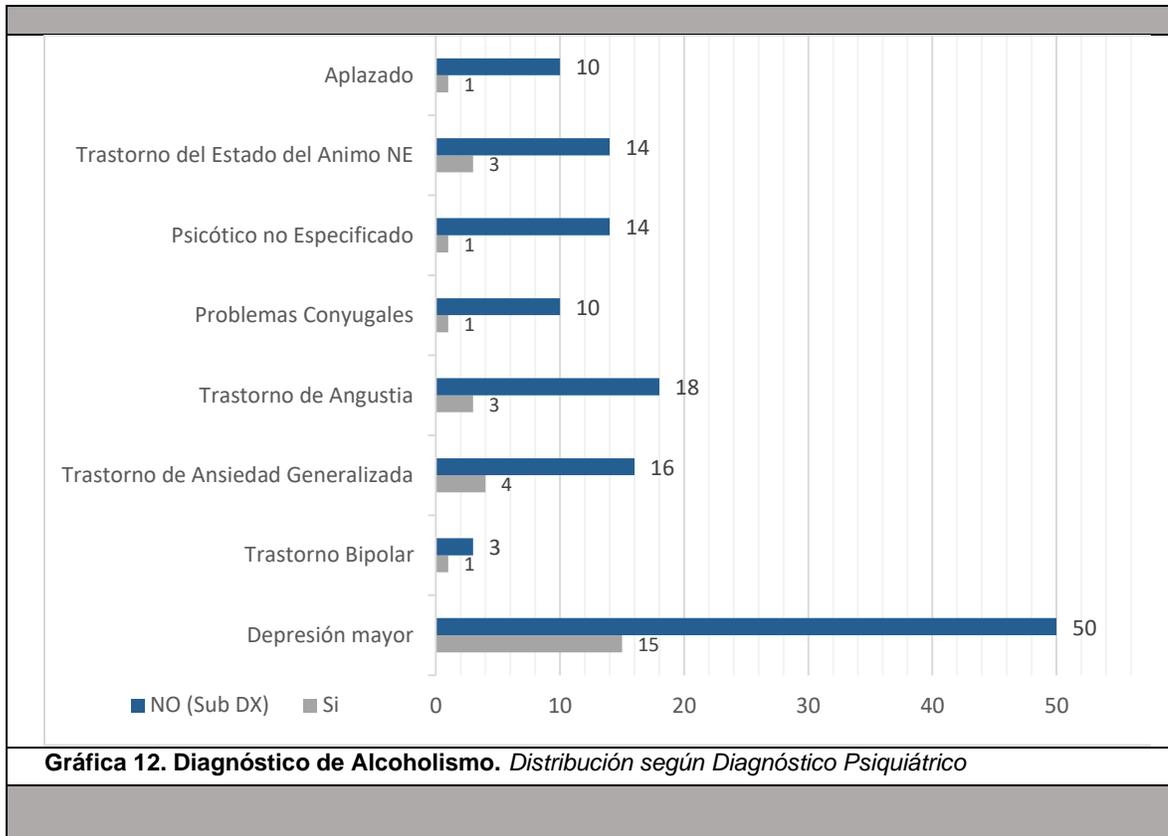
Los diagnósticos psiquiátricos se estudiaron también en función de la proporción de casos subdiagnosticados en sus etapas iniciales de tratamiento en el departamento, teniendo para el diagnóstico de Depresión mayor un 17.01% (P=0.0004, OD 2.8552 IC 1.5578 - 5.233) de casos no diagnosticados de manera inicial, los pacientes con el diagnóstico de Trastorno Bipolar fueron 11.11% (P=0.6144, OD 2.75 IC 0.266 - 28.4327) los que no se reportaron con alcoholismo, los que contaban con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada fueron 19.51% (P=0.0487, OD 3.2727 IC 1.033 - 10.3686) con subdiagnóstico, en el caso de los pacientes con Trastorno de Angustia fueron 21.18% (P=0.0141, OD 4.6567 IC 1.3015 - 16.6616), para el diagnóstico de Problemas Conyugales fueron 28.57% (P=0.0224, OD 12.4 IC 0.6754 - 227.6422) de incidencia, en el caso del diagnóstico de Trastorno Psicótico no Especificado fueron 21.21% (P=0.0082, OD 10.5 IC 1.3239 - 83.2774) de casos, los pacientes con el diagnóstico de Trastorno del Estado del Animo NE fueron 33.33% (P=0.2225, OD 2.8333 IC 0.7093 - 11.3178) que se encontraron subdiagnosticados y los pacientes con diagnóstico Aplazado fueron 17.86% (P=0.0057, OD 15.8696 IC 0.8968 - 280.8159).

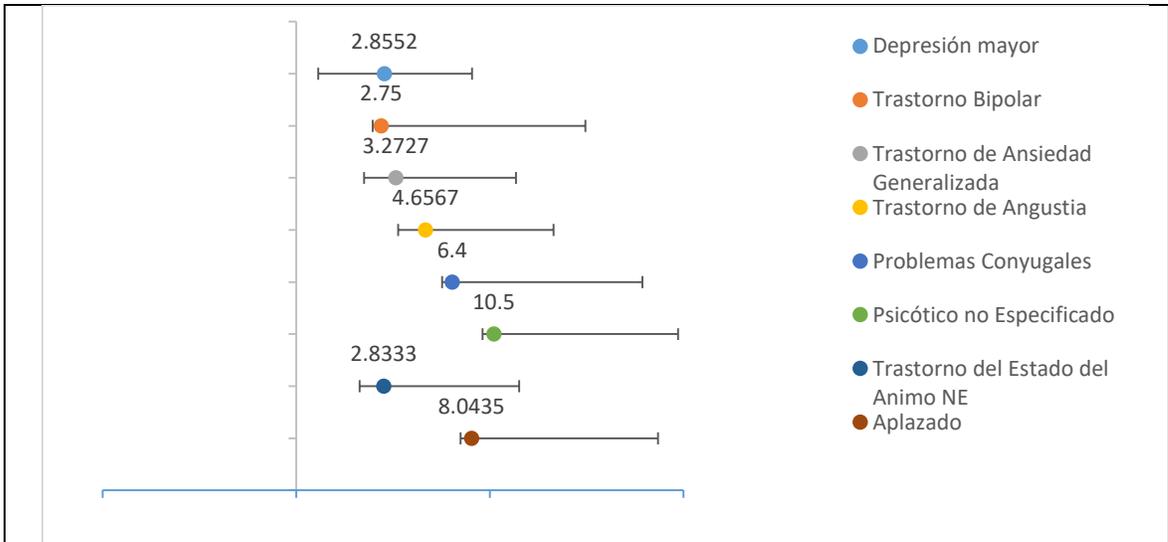
	Cantidad de copas									
	1 o 2	%	3 o 4	5 o 6	7 o 9	10 o más				
No Aplica	3	2.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Bebedor Pesado	0	0.00%	2	2.40%	1	1.90%	8	22.90%	52	81.30%
Bebedor Episódico	1	0.70%	17	20.00%	24	44.40%	27	77.10%	10	15.60%
<b>Binge Drinkers</b>	<b>17</b>	<b>11.50%</b>	<b>45</b>	<b>52.90%</b>	<b>15</b>	<b>27.80%</b>	<b>0</b>	<b>0.00%</b>	<b>0</b>	<b>0.00%</b>
Bebedor Alto	0	0.00%	0	0.00%	14	25.90%	0	0.00%	0	0.00%
Bebedores de Alto Riesgo	2	1.40%	6	7.10%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Bebedores Problema Consumo no Codificado para Alcohol	1	0.70%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
No Consume	124	83.80%	15	17.60%	0	0.00%	0	0.00%	2	3.10%
	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%

**Tabla 04. Consumo referido de Alcohol.** Referido de entrevista con paciente, en negritas se nota Binge Drinkers al considerarse la mayoría con un consumo más bajo de lo que en realidad consumen.

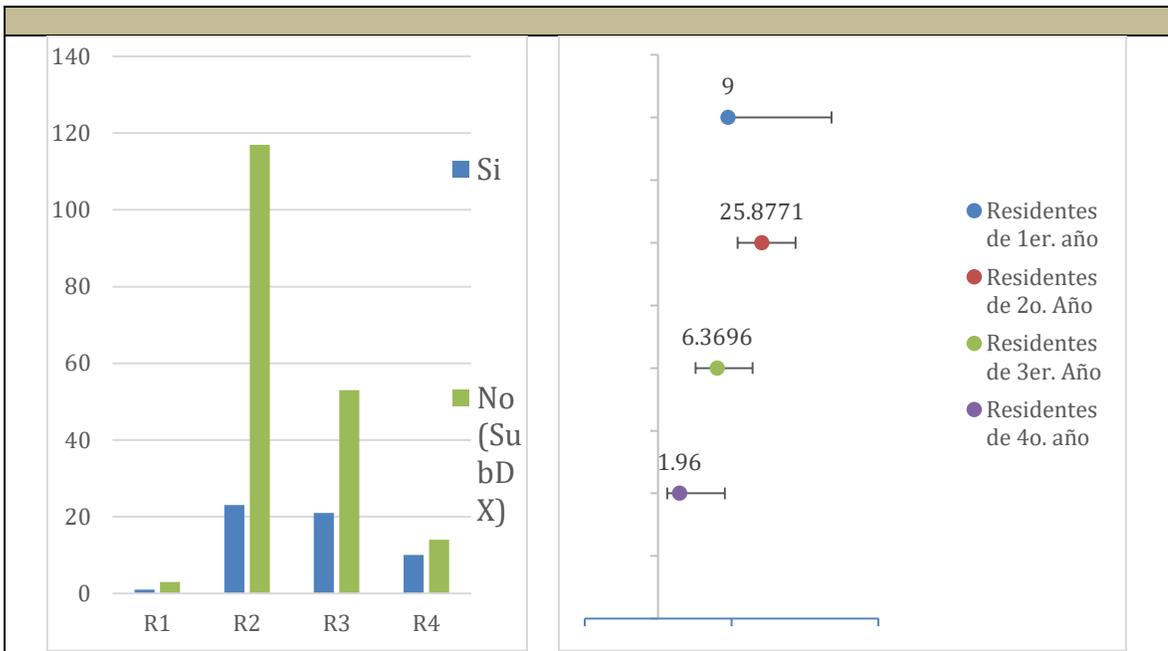
A pesar de encontrar tendencias acerca de detección de los individuos con síndrome de dependencia al alcohol hasta un 58.44% ( $P=0.0001$  OD 5.813 IC 2.81 – 11.99) de los pacientes en categoría de Binge Drinkers situaron su consumo en 3 o 4 copas por sesión al ser cuestionados por el equipo investigador, en contraste los bebedores pesados ubicaron su consumo de manera subjetiva en 10 o más copas por sesión en el 82.53% ( $P=0.0001$ , OD 144.2 IC 30.55 – 680.5). A estas incidencias se agregan las proporciones encontradas al evaluar la incidencia de subdiagnóstico de alcoholismo por año de Residencia en el Programa de Psiquiatría del Hospital Universitario, en los Residentes de 1er. año fueron 75 % ( $P=0.4857$ , OD 9 IC 0.3666 - 220.927) de pacientes, en los Residentes de 2o. Año se encontraron un 83.57 % ( $P=< 0.0001$ , OD 25.8771 IC 13.7513 - 48.6952) de pacientes subdiagnosticados, los Residentes de 3er. Año con 71.62 % ( $P=< 0.0001$ , OD 6.3696 IC 3.1169 - 13.0169), en los Residentes de 4o. año fueron solo el 58.33 % ( $P=0.3868$ , OD 1.96 IC 0.6221 - 6.1755) de los

pacientes que en etapas iniciales escaparon el diagnóstico. Al comparar con la Carrera de Psicología, en el Grado de 2º año, en contraste con los residentes de 2º año de Psiquiatría los índices de subdiagnóstico de Alcoholismo en los pacientes de Psiquiatría fue del 80.3% de los casos y en los pacientes que siguieron los Psicólogos subdiagnosticaron un 87.5 % ( $P=0.3521$ , OD 1.717 IC 0.6808 - 4.3304) de los casos.





**Gráfica 13. Coeficiente de Momios.** Proporción de Subdiagnóstico de Alcoholismo de acuerdo a Trastorno Psiquiátrico Diagnosticado. Alcoholismo (OD<1), SubDiagnóstico (OD>1).



**Gráfica 14. Diagnóstico según Modo de Consumo de Alcohol.** Distribución de pacientes Subdiagnosticados

**Gráfica 15. Coeficiente de Momios.** Probabilidad de ser subdiagnosticado de acuerdo al año de residencia. SI (OD<1), SubDX (OD>1).

## **Capítulo VII.- DISCUSION**

Es de gran importancia tomar en cuenta los resultados obtenidos ya que reflejan un error en el sistema de evaluación inicial realizado en la consulta. Llama la atención que la cantidad de alcoholismo que se reporta como diagnóstico, ya sea como motivo principal de consulta o como comorbilidad y patología dual es muy por debajo de lo reportado en la literatura, y en los estudios previos realizados en México y en Nuevo León.

Uno de los principales retos para tomar en cuenta es la metodología, si bien es importante considerar que el sub-diagnóstico es un problema serio, debemos tomar con cautela los resultados ya que no está sistematizada la manera de evaluar al paciente, la aplicación de las escalas clínicas y cuestionarios requiere una preparación básica que incluye atender a las dudas del paciente, explicar lo que significa una bebida estándar en la región, puede ser cerveza, vino, alcoholes destilados, licores, etc., por lo que deberá ser específico y aclarar con el paciente además la cantidad, 1 vaso, 1 copa o 1 botella. Además, cuando el motivo principal de consulta no es precisamente el consumo de alcohol, puede despertar incomodidad en el paciente e incluso, no contestar de manera adecuada, el clínico evaluador deberá estar consciente de las vicisitudes y necesidades propias del paciente, si está acompañado o no, si está en condiciones adecuadas para el interrogatorio confiable o si se deberá diferir de la sección sobre consumo de alcohol para una segunda ocasión en casos en

que el paciente esté psicótico, muy sintomático o bajo el influjo de alguna droga incluyendo el alcohol.

El clínico, además, deberá basarse en un estándar internacional para el diagnóstico de alcoholismo y sus problemas asociados, y no dejar a apreciación personal la cantidad o la frecuencia del consumo como un aspecto sin aclarar al momento de la evaluación.

Es destacable que en la gran mayoría de los expedientes, no se realiza el llenado adecuado de el CAGE modificado, lo cual es un instrumento que mostró una validez interna significativa, sensible para detectar a los pacientes con consumo problemático, precisamente fue diseñado para la detección de los síntomas de abstinencia a alcohol, lo cual tiene alta sensibilidad y especificidad.

En cuanto al grado de residente, conviene reestructurar el plan académico, llama la atención el grado alto de error al momento de evaluar, por lo que se plantean nuevas interrogantes como las actitudes hacia el alcohol por parte de los clínicos, así como el detectar puntos ciegos que existen en el caso de los pacientes que acuden con edad y escolaridad similar a los residentes, los cuales en la población general, tienden a tener un consumo de alcohol episódico alto.

## **Capítulo VIII.- CONCLUSION**

Por ser una comorbilidad frecuentemente presente en los pacientes con enfermedad psiquiátrica, merece la pena seguir destinando esfuerzos para el estudio de esta entidad y la manera en que se aborda en los servicios de consulta psiquiátrica como el nuestro. Los hallazgos principales se pueden agrupar en varios rubros; hallazgos clínicos propiamente y hallazgos de déficit de servicio y de educación en psiquiatría.

Dentro de los hallazgos clínicos, el alcoholismo presenta una incidencia relativamente común en la consulta, lo cual concuerda con los reportes a nivel nacional y se presenta predominante en pacientes masculinos solteros. Estas tendencias se invierten para los femeninos una vez adquirido algún otro estado civil de acuerdo a los resultados de este estudio por lo que resulta interesante para investigaciones a futuro. Las creencias religiosas se relacionaron de manera significativa en el caso de los sujetos femeninos de religión católica, para los varones esta proporción se vio aumentada en los que no profesan ninguna afiliación religiosa. El consumo predominante en el género masculino es semanal, mientras que en los femeninos se reportaron episodios mensuales. Las proporciones de cantidad de consumo fueron significativamente mayores en el género masculino, en especial en los extremos altos de los índices de consumo. Todos estos hallazgos clínicos hablan de características de nuestra población que interesan para futuras investigaciones.

La clasificación de los subtipos de alcoholismo arroja también datos de interés para la población estudiada. Se encontró que en los bebedores *Binge Drinkers* al igual que los pacientes que reportan consumos altos (7 a 9 copas, 10 o más) suelen tener grados profesionales de estudios, a diferencias de otros tipos de bebedores como los *Bebedores Pesados* que en este estudio han reportan haber cursado hasta preparatoria. Además los grupos de pacientes como los *Binge Drinkers* fueron subdiagnosticados en mayor proporción junto con los *Bebedores Episódicos*, en contraste con los *Bebedores Pesados* los cuales solo un 17.11% quedaron con subdiagnóstico. Es de interés para un segundo estudio de investigación el poder evaluar las actitudes hacia el alcohol de los evaluadores clínicos, sus características sociodemográficas entre otras.

El diagnóstico de Trastorno Psiquiátrico más frecuente fue Depresión Mayor, Seguido de Trastorno de Angustia y Trastorno de Ansiedad Generalizada, los cuales tuvieron una incidencia elevada de Subdiagnóstico de Alcoholismo acompañando el proceso patológico del paciente, se observó que fueron los Problemas Conyugales y los Diagnósticos aplazados los que tuvieron una proporción relativamente aumentada en contraste de los demás diagnósticos Psiquiátricos

Respecto a los hallazgos metodológicos, destaca el uso del cuestionario CAGE modificado, el cual con mucha frecuencia es dejado sin contestar por el clínico evaluador. Cuando sí es utilizado, destacan algunas características. El paciente masculino presentó una tendencia mayor a dar respuestas positivas a diferencia

de su contraparte femenina, sin embargo, al momento de estudiar las distribuciones de pacientes diagnosticados y subdiagnosticados es mayor el índice de pacientes masculinos que se encuentra subdiagnosticado, esto pudiera obedecer a aspectos del entrevistador o del propio entrevistado que valdría la pena investigar, puesto que el alcoholismo es más frecuente en varones.

Es destacable que el cuestionario CAGE modificado tiene una alta confiabilidad interna, se observó una tendencia a responder de manera afirmativa el cuestionario no solo por aquellos pacientes con consumo alto de bebidas alcohólicas, sino también por los que no fueron diagnosticados con alcoholismo a pesar de si puntuar para el diagnóstico, por lo que se recomienda investigar a fondo el uso del instrumento como método de detección de problemas relacionados con el alcohol.

Respeto a los hallazgos sobre metodología de evaluación en psiquiatría y educación, sabemos que el Hospital Universitario y la Facultad de Medicina de la UANL tienen como dogma central brindar servicio además de ser un hospital-escuela, y es un modelo funcional de aprendizaje horizontal bilateral médico-paciente. En este estudio resalta que aunque la hipótesis central de que conforme el grado de residente en entrenamiento es mayor se invierte la proporción de subdiagnóstico, siendo esperado o que en los primeros años se cometiera más frecuentemente el error, hay una tendencia que merece la pena revisar. Encontramos un predominio en los residentes de segundo año respecto al subdiagnóstico de alcoholismo. Al comparar los residentes de segundo año

de psicología clínica con los residentes médicos en su segundo año de entrenamiento en psiquiatría los índices de subdiagnóstico de alcoholismo en los pacientes vistos por el residente de psiquiatría se cometió el error en 80.3% de los casos de alcoholismo de acuerdo al cuestionario y en los pacientes que fueron evaluados por psicólogos se subdiagnosticaron el 87.5 % ( $P=0.3521$ , OD 1.717 IC 0.6808 - 4.3304) de los casos. Es primordial que estos hallazgos se evalúen más a fondo de acuerdo a las metas del plan de estudios para los residentes de segundo año, con oportunidad de fortalecer la evaluación de abuso y dependencia a alcohol tanto para los médicos como para los psicólogos en entrenamiento, como sugerencia del equipo investigador.

## **8.2.- Recomendaciones para futuros estudios**

Se sugiere para investigaciones subsecuentes la utilización de un método diagnóstico específico y sistematizado para alcoholismo que incluya antecedentes familiares de alcoholismo, edad de inicio, temporalidad, horario, calendario, escenarios, tipos de bebida, combinación con otras sustancias, conductas de riesgo durante la embriaguez, búsqueda intencionada de patología dual, actitudes hacia el alcohol, conciencia de enfermedad e intentos previos por detener el consumo y entrevista con el familiar entre otros.

## **Capítulo IX.- ANEXOS**

### **9.1 Formato de Consulta Psiquiátrica del departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” para pacientes de primera vez**

**Hoja 1 Preco**

**Hoja 2 Preco**

**Hoja 3 Preco**

**Hoja 4 Preco**

**Hoja 5 preco**

**Hoja 6 preco**

**Hoja 7 preco**

**Hoja 8 preco**

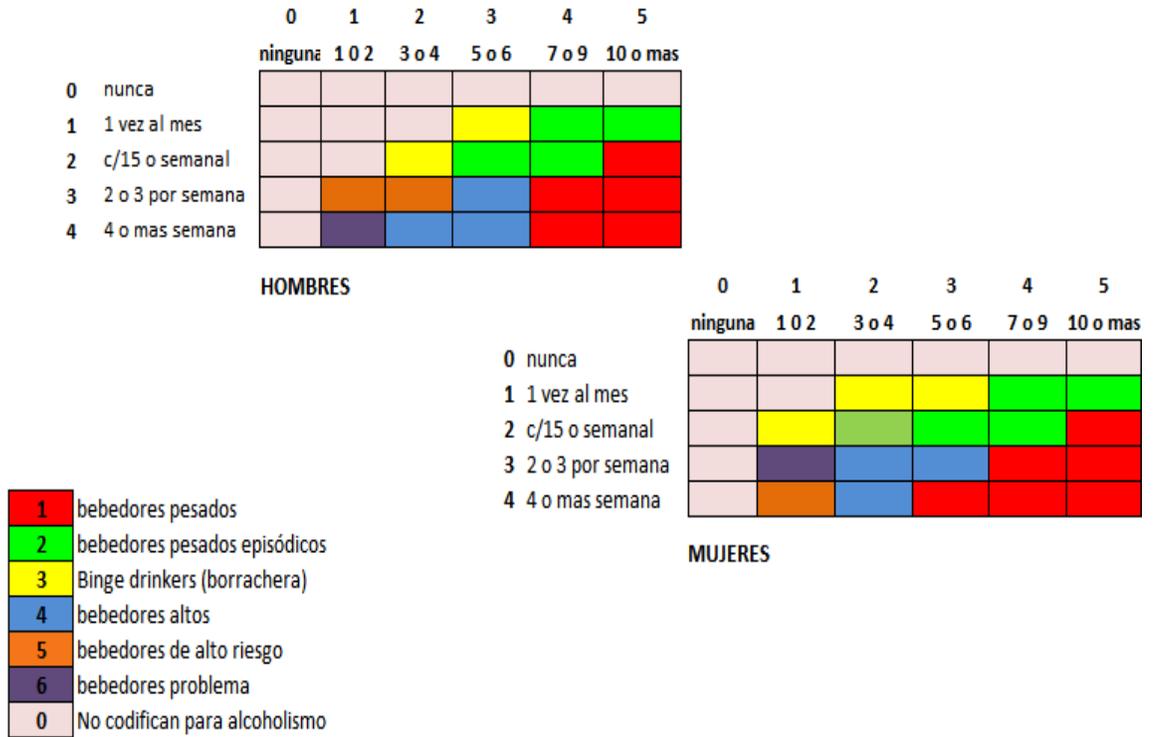
**Hoja 9 preco**

**Hoja 10 preco**

**Hoja 11 preco**

**Hoja 12 preco**

**Figura 2.- Categorías de alcoholismo según cantidad y frecuencia de consumo**



## Capítulo X.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- ANTAI D, LOPEZ B, ANTAI J. Alcohol drinking patterns and differences in alcohol related harm: A population-based study of the United States. *BioMed Research International*. Volume 2014, 2014.
- 2.- BOBES J, G-PORTILLA MP, BASCARÁN MT, BOUSOÑO M. Instrumentos de evaluación para los trastornos debidos al consumo de sustancias psicotropas: alcohol y otras drogas. En: Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. Capítulo 3. *Ars Médica*. 2º ed. 2002 p. 15-26.
- 3.- BUCHSBAUM D, BUCHANAN R. Screening for Alcohol Abuse Using CAGE Scores and Likelihood Ratios. *Ann Intern Med*. 1991
- 4.- CASAS M, GUARDIA J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Revista de sociodrogalcohol*. 2002, vol 14. 195-220.
- 5.- CENADIC. Encuesta nacional de adicciones 2011. Secretaría de Salud de México
- 6- HELZER J, PRYZBECK T. The Co-Occurrence of Alcoholism with other Psychiatric Disorders in the General Population and Its Impact on Treatment. Volume 49, 1988 > Issue 03: May 1988
- 7.- LUNDIN A, HALLGREN M, BALLIU N, The use of alcohol use disorders

identification test (AUDIT) in detecting alcohol use disorder and risk drinking in the general population: Validation of AUDIT using schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, Vol 39, Issue 1. 158-165. January 2015.

8.-MEDINA MORA. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, Vol. 26, No. 4, agosto 2003

9.- REHM J, ROOM R, GRAHAM K. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, Volume 98, Issue 9, pages 1209–1228, September 2003.

10.- RUBIO G, BERMEJO J, CABALLERO MC, SANTO-DOMINGO J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española*, 198 (1): 11-14.1998.

11.- SALOM C, WILLIAMS G. Familial factors associated with development of alcohol and mental health comorbidity. *Addiction*. Volume 110, Issue 2, pages 248-257. 2015.

12.- SANDOVAL JE, LANIGAN ME, GUTIERREZ L. Conocimientos y actitudes de la población acerca del alcohol y el alcoholismo. Rev Cub Medicina general integral. Vol 16. 2000.

13.- SAUNDERS JB, AASLAND OG, BABOR TF, DE LA FUENTE JR, GRANT M . Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. Addiction; 88: 791-804.1993.

14.- SECRETARIA DE SALUD, Instituto Nacional de Psiquiatria Ramon de la Fuente Muñiz, direccion general de epidemiologia, consejo Nacional contra las adicciones: Encuesta Nacional de Adicciones: Tabaco, Alcohol y otras Drogas. Reporte Ejecutivo. México, 2002.

15.- WEITZMAN E. Poor Mental Health, Depression, and Associations With Alcohol Consumption, Harm, and Abuse in a National Sample of Young Adults in College, Journal of Nervous & Mental Disease, April 2004 - Volume 192 - Issue 4 - pp 269-277

16.- WITTCHEN HU, ROBINS LN, COTTLER LB, SARTORIUS N, BURKE JD, REGIER DA: The CIDI-core substance abuse and dependence questions: cross-cultural and nosological issues. Br J Psychiatry, 159:645-653, 1991.

17.- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): Global Status Report on Alcohol and Health. 2014

18.- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope. Ginebra, 2001.

19.- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Version 15. Ginebra, 2000.

## Capítulo XI.- 11. RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

MAGDALENA RODRIGUEZ SALINAS

Candidata para el Grado de Especialista en Psiquiatría General

Originaria de Monterrey Nuevo León, nací el 03 de Febrero de 1987. Soy la mayor de dos hermanas, mis padres nacieron y crecieron también en esta ciudad. Mis abuelos provienen de familias conservadoras y fomentaron en todos sus hijos el valor del trabajo, la creatividad y sentido del humor, características comunes que observo en ambas partes de mi familia y a mi parecer han servido como escalones para llevarme hasta donde estoy ahora.

Estudí la carrera de medicina con el anhelo de ser psiquiatra algún día. Como estudiante de pregrado uno aprende a replantearse la forma de ver el mundo, en el caso de los galenos; la forma de ver la vida humana.

Uno de los momentos más importantes que recuerdo fué cuando conocí el modelo bio-psico-social de Engel; enfoque que hizo mucho sentido a mi entender, una visión holística del ser humano que hasta ese momento no había integrado a través de los textos de anatomía, histología, fisiología y bioquímica.

No pasó mucho tiempo para que en los libros de psicopatología y psiquiatría la complejidad y delicadeza de un sistema caótico como la mente descrito desde las neurociencias cautivara mi interés.

Y en este primitivo acercamiento a la psiquiatría, uno más formal que la mera curiosidad autobiográfica inconsciente que acerca a cada quien a un camino ya

recorrido cuando elige su vocación (como el que seguramente dirigía mi deseo de estudiar psiquiatría desde antes de entrar a medicina), fue que supe que era un buen momento para estudiar psiquiatría, ya no solo para mis intereses académicos; sino estudiarla bien, y ejercerla bien. Como ciencia merece ser desestigmatizada no solamente entre la población general, sino también entre el gremio médico y es una labor con la que me identifico y me he comprometido desde que se hizo tangible la posibilidad de cumplir una meta que mentalicé hace ya más de una década y por la cual estoy más que agradecida con la vida.