



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

***PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS
EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ***

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:**

**ALUMNO
LAURA ELENA PÉREZ RAMOS**

**ASESOR
DR. AMADO NIETO CARAVEO**



**FACULTAD DE MEDICINA, U.A.S.L.P.
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA**

SAN LUIS POTOSÍ, S. L. P.

FEBRERO DEL 2009

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	iii
ABREVIATURAS	iv
RESUMEN	v
1. MARCO DE REFERENCIA	1
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. HIPÓTESIS	17
4. OBJETIVOS	17
5. METODOLOGÍA	18
6. RESULTADOS	22
7. DISCUSIÓN	26
8. CONCLUSIONES	31
9. BIBLIOGRAFÍA	33
10. ANEXOS	
ESCALA DE AUDIT	37
ESCALA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS DE BECK	39

AGRADECIMIENTOS

...a Dios, por su amor y la vida.

...a mis padres por su amor, y en especial a mi padre por todo su apoyo.

...a mi esposo por su amor y apoyo.

...a mi hermana y a mi familia por todo su aliento y ejemplo.

...a cada uno de mis maestros, por brindarme sus enseñanzas y consejos.

...a mis compañeros y amigos tanto dentro como fuera de la residencia, por las experiencias compartidas, por permitirme aprender de ustedes.

...a mis pacientes por permitirme aprender de ellos.

ABREVIATURAS

AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
AVISA	Años de Vida Saludable
BDI	Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory,)
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a edición.
CRDA	Consumo Riesgoso De Alcohol
DSM IV-TR	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-IV Edición. Texto Revisado. (American Psychiatric Association)
ECA	Estudio Epidemiological Catchment Area
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
NIMH	National Institute of Mental Health de Estados Unidos.
OMS	Organización Mundial de la Salud
UASLP	Universidad Autónoma de San Luis Potosí

RESUMEN.

La depresión y el alcoholismo son dos enfermedades que se han convertido en un problema de salud pública por el aumento en su incidencia. En México según la última Encuesta Nacional De Adicciones en México del 2005 el 71.3% de los jóvenes entre los 18-29 años han consumido alcohol al menos una vez en su vida. El objetivo de este estudio es medir la prevalencia del consumo de alcohol, medir la prevalencia de síntomas depresivos, y conocer la comorbilidad entre estos dos trastornos, en estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina, de la UASLP.

Se aplicó la escala de AUDIT para conocer el consumo de alcohol y la de síntomas depresivos de Beck a 459 alumnos, de Primero a Quinto año de la Facultad de Medicina de la UASLP. Se aplicaron dos escalas, Ambas fueron contestadas de forma voluntaria y anónima.

Los resultados que se obtuvieron de este estudio fueron los siguientes: la edad promedio de los sujetos fue 20.71 años. La mediana de edad fue de 21 años. La mayor parte de ellos están comprendidos entre los 18 y 24 años, con una proporción de mujeres del 48.48%. En la escala de Beck el promedio de calificación fue de 9.32 puntos. El número de "casos" probables fue de 110, (25.11%). El número de casos probables por año fue: Primer año = 14 (12.28% del grupo), Segundo año = 21 (21.88%), Tercer año = 24 (24.24%), Cuarto año = 37 (49.33%) y Quinto año = 14 (25.93%). Con un resultado significativo (Chi cuadrada = 33.96, $p < 0.0001$). En relación al género, las mujeres tuvieron un promedio de puntaje más alto, 10.84, en comparación con los hombres, 8.10; de igual manera hubo más casos probables de depresión en las mujeres 70 (33.65%) VS 40 (18.1%), (Chi cuadrada= 13.59, $p = 0.0002$).

El promedio de la calificación en la escala de AUDIT fue de 4.09. El valor de la mediana fue de 2.0, con un rango de 0 a 24 puntos. Se encontró un total de 117 casos (26.71% del total). Por grado tuvieron un promedio de 2.62 los de Primer

año, los de segundo 3.75, los de tercero 4.65, los de cuarto 5.3 y los de quinto 5.07. Esta diferencia es significativa (ANOVA, $F=5.21$, $p<0.004$). El número de casos probables por año fue como sigue: Primer año = 14 (12.28% del grupo), Segundo año = 25 (26.04%), Tercer año = 31 (31.31%), Cuarto año = 30 (40.0%) y Quinto año = 17 (31.48%). El test para proporciones arroja un resultado significativo (Chi cuadrada = 20.61, $p = 0.0004$).

En relación al género, las mujeres tuvieron un promedio de puntaje menor, 2.66, en comparación con los hombres, 5.24, ($t= 6.05$, $p < 0.0001$); la frecuencia de casos probables de abuso de alcohol por parte de las mujeres fue de 14.42% VS 36.65%, (Chi cuadrada= 27.60, $p = 0.0002$). En cuanto a la concurrencia entre síntomas depresivos y Abuso de Alcohol, no se encontró una correlación entre las puntuaciones de la escala de Beck y la de AUDIT ($r= 0.0.02$). En 32 personas (7.31%) se encontró la concurrencia y probable caso de depresión y probable caso de abuso de alcohol.

Se encontró un aumento de casos probables tanto para el consumo de alcohol como para depresión, según el aumento del grado escolar, encontrándose el mayor número en el cuarto año para ambos trastornos. En ambos trastornos los resultados tuvieron significancia estadística. No es posible conocer si estos resultados puedan ser falsos positivos debido a que la escala utilizada es más útil para conocer la severidad y que hubiera sido deseable haber hecho la detección de probables casos y a estos aplicárseles una entrevista clínica, la cual sigue siendo el estándar de oro para el diagnóstico.

Será necesario realizar más estudios de seguimiento, en lo posible al 100% de la población, incluyendo a los estudiantes del sexto y del séptimo año, ya que según los resultados obtenidos en esta investigación sugieren que la prevalencia de consumo de alcohol y de depresión puede estar en aumento en la población estudiantil y será necesario realizar campañas de prevención.

1. MARCO DE REFERENCIA

INTRODUCCIÓN.

El problema de depresión y el consumo de alcohol se han convertido en un gran problema de salud pública con una alta incidencia y constante incremento. Las repercusiones de ambos alcanzan a la sociedad en general y representan un riesgo de elevado costo para el estado y el país, por morbi-mortalidad, debido a los problemas de salud que conllevan, siendo causas importantes de incapacidades, muerte prematura, problemas sociales y psicológicos.

Hasta las últimas dos décadas del siglo pasado se subestimaba el impacto de los trastornos mentales. Ésta percepción ha cambiado principalmente por dos factores: por un lado, el estudio de la carga global de la enfermedad y, por otro, la definición de los trastornos mentales según la Asociación Psiquiátrica Americana. El elemento común en estos dos factores es la inclusión del concepto de discapacidad. La discapacidad refiriéndose al deterioro en el funcionamiento que se espera de un sujeto de cierta edad y sexo en un contexto social, y que forma parte del costo social de la enfermedad. Considerándose a la depresión como la enfermedad más discapacitante, ocupando el cuarto lugar según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1).

Como parte de la iniciativa en el año 2000 por parte de la OMS en Salud Mental, para conocer la prevalencia de trastornos psiquiátricos, la comorbilidad, las variaciones en la distribución geográfica de los trastornos, los correlatos sociodemográficos y la utilización de servicios en la población urbana adulta se realizó un estudio en donde se reportó que el 28.6% de la población había presentado alguno de los 23 trastornos según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). los

trastornos individuales, la dependencia al alcohol (5.9%) y el episodio depresivo mayor (3.3%) (2).

Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia). Para los trastornos de la vida adulta, los trastornos de ansiedad se reportaron con inicio en edades más tempranas, seguidos por los trastornos afectivos y por los trastornos por uso de sustancias (2).

DEPRESIÓN.

La depresión es una enfermedad crónica recurrente que afecta la vida familiar y reduce la capacidad de adaptación social (3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó en el año 2002 que la prevalencia de los trastornos depresivos en la población general es de 154,012 casos, de los cuales el 62% eran mujeres (95,023 casos). Los trastornos depresivos son responsables de un total de 13,349 defunciones al año, concentrándose en el periodo de vida adulta de los 45 a 59 años de edad.

Se estima que entre el 60% y 80% de las personas con depresión pueden ser tratadas mediante terapia breve y el uso de antidepresivos. Sin embargo, sólo entre 10% y 25% de las personas que la padecen reciben tratamiento. Este trastorno es ya la principal causa de invalidez en el mundo, siendo 121 millones de personas las que padecen esta enfermedad, y se estima que para el año 2020 será la segunda causa de baja laboral en los países desarrollados (4).

En México, la depresión unipolar severa se clasifica entre las principales causas de mortalidad y carga de enfermedad a nivel nacional (5). Estimándose una prevalencia de 12% a 20% entre la población adulta de 18 a 65 años (6).

En un estudio realizado con el objetivo de evaluar la prevalencia de la depresión con inicio temprano en la población mexicana, se comparó su curso natural en relación con la del inicio en la adultez, su comorbilidad, así como la latencia para buscar tratamiento, y se encontró que 2.0% de la población ha padecido depresión, en la infancia o adolescencia, en un promedio de siete episodios a lo largo de la vida. Las personas que desarrollan depresión en edades tempranas tienen 18 veces mayor probabilidad de desarrollar dependencia a sustancias, atribuyéndose estos resultados a la falta de detección y tratamiento oportuno en jóvenes (7). Se sabe que el episodio depresivo mayor presenta un primer incremento alrededor de los 17 años, un segundo pico aproximadamente a los 32 años y por último un tercer pico a los 65 años (8).

En la Ciudad de México la prevalencia de los trastornos depresivos durante la vida de la población adulta de 18 a 65 años, es de 12%, con un alto riesgo de recurrencia, ya que 59% de las personas que padecieron episodios depresivos, reportaron más de uno. La edad promedio en la que se inicia este tipo de trastornos se ubicó en la segunda mitad de la tercera década de la vida (9).

En relación con las diferencias por género, se ha reportado que este tipo de trastornos lo padecen dos mujeres por cada hombre. La frecuencia de las discapacidades relacionadas con los trastornos es semejante en ambos géneros, sin embargo, son las mujeres las que con más frecuencia buscan ayuda (9).

La depresión se ha definido como un estado de tristeza y ánimo depresivo, el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social, y ocupacional. De acuerdo con el DSM-IV-TR, la depresión se caracteriza por la pérdida de interés y/o el placer en casi todas las actividades que venía realizando el individuo, tomando en cuenta que estas manifestaciones estén presentes por lo menos dos semanas para que se pueda establecer el diagnóstico (10).

La afección ocurre entonces en la esfera psíquica, somática y conductual, y se refleja en lo social donde se pierde el interés de interactuar con el grupo social al que pertenece la persona y donde se pueden presentar datos principalmente de abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza y la pérdida de interés.

En el área somática es frecuente que se presenten los siguientes datos clínicos: cambios en el apetito y del sueño, pérdida de peso, astenia, adinamia y en ocasiones dolores musculares y/o articulares, el paciente puede sentirse verdaderamente enfermo, presentando con esto sintomatología que pudiera hacer pensar en trastornos somatoformes, así como de manera secundaria, rasgos obsesivo-compulsivos. Además, la referencia que realiza el paciente hacia un estado depresivo debe tomarse en cuenta para realizar el diagnóstico.

En el National Psychiatric Morbidity Surveys de Gran Bretaña, se encontró que la tasa de depresión mayor es de un 2% a un 5%. Las estimaciones de prevalencia-vida de depresión mayor son variables. La tasa más baja reportada es del 4.4%, en el estudio Estudio Epidemiological Catchment Area (ECA), mientras que en el estudio de gemelos de Virginia la prevalencia de depresión mayor está por encima del 30% (11).

Pese a las dificultades metodológicas con respecto a la fiabilidad prevalencia-vida en la depresión mayor los estudios realizados en diferentes países muestran con bastante precisión un aumento en las tasas de depresión mayor, con una edad de inicio más temprana (12). Como los trastornos del humor representan el factor de riesgo aislado más importante para el suicidio, también hay que señalar que en la mayoría de los países occidentales la tasa de suicidio especialmente en adultos jóvenes ha aumentado considerablemente en los últimos 20 años.

Estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica y Canadá mencionan una alta prevalencia de depresión y ansiedad entre estudiantes de medicina con

niveles altos, sobre todo de estrés psicológico, siendo más altos comparados con la población general. Los estudios sugieren que este estrés a su vez es mayor en el sexo femenino. El número de días de mala salud mental es reportado con mayor frecuencia (9%), al cursar el cuarto grado de la carrera de medicina (13).

La literatura internacional refiere que son necesarios estudios más grandes, multicéntricos y prospectivos para poder identificar en los estudiantes, características que influyan para el desarrollo de depresión, ansiedad y bournout, y así poder explorar la relación entre estrés y competencia (14). *No existen estudios en México que reporten la prevalencia de depresión particularmente en estudiantes de medicina.*

ALCOHOLISMO.

El alcohol en nuestro país es la sustancia potencialmente adictiva que se utiliza con mayor frecuencia por los adultos jóvenes, especialmente entre aquellos en edad de recibir una Educación Universitaria o Superior.

Según la última Encuesta Nacional De Adicciones en México, se encontró que el 71.3% de los jóvenes entre los 18-29 años han consumido alcohol al menos una vez en su vida, mientras que el 52.5%, lo ha hecho en el último mes (15).

En la Bibliografía internacional se observa un interés creciente por los problemas debidos al consumo de alcohol en los jóvenes universitarios. Existen reportes de tasas elevadas de problemas por consumo de bebidas alcohólicas en los campus universitarios de los EUA, Canadá, la Comunidad Europea, Australia y Nueva Zelanda, Brasil y Ecuador (16).

Se ha estimado que el consumo de bebidas alcohólicas por los estudiantes de educación superior de EUA puede relacionarse anualmente con la muerte de 1,400 estudiantes, 500,000 lesiones, 600,000 agresiones físicas y 70,000 agresiones sexuales (17). Aún más, debido a que se ha observado que la prevalencia del consumo de alcohol y problemas relacionados es generalmente

mayor en los estudiantes universitarios que entre los jóvenes de la misma edad que no son estudiantes (18, 19), se ha observado que la población estudiantil de los centros de educación superior es un grupo de mayor riesgo para el desarrollo de problemas por consumo de alcohol (20).

Aunque se desconoce si en México los estudiantes de educación superior son un grupo de mayor riesgo para estos problemas, algunas encuestas y reportes anecdóticos por parte de profesores, padres de familia y los mismos alumnos, sugieren que los problemas por consumo de alcohol tienen una importancia creciente. Información publicada por el Observatorio Mexicano del Alcohol y Drogas (21), reportaba que en 1982 la prevalencia de vida del consumo de alcohol en una muestra de 1,793 estudiantes de diferentes facultades de la UNAM fue de 86.6%. Posteriormente, en el 2002, entre 1,502 estudiantes de psicología dicha prevalencia fue 90.1%. De manera más reciente, en una muestra que incluyó 678 estudiantes de la UNAM y de varias universidades privadas de la Ciudad de México, Mora-Ríos et al., reportaron en el 2005 una frecuencia de consumo de alcohol durante el último mes de 93.3% en los hombres y de 84.3% en las mujeres (22).

En México no se contaba con estimaciones del Consumo Riesgoso y Dañino de Alcohol (CRDA) en la población general o en poblaciones de estudiantes de educación superior, sin embargo, en un estudio realizado en 1988 se examinó con el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) a 45,117 derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (23), se reportaba que durante el último año el CRDA fue relativamente común entre los jóvenes derechohabientes en edad de recibir educación superior, reportándose una prevalencia de 17.9% y 22.5%, respectivamente, en los grupos de 12-19 y de 20-24 años de edad.

En relación al consumo riesgoso y dañino de alcohol (CRDA), éste se sitúa en un *continuum* de severidad y se define como un patrón de consumo de bebidas

embriagantes que colocan al sujeto en riesgo de desarrollar problemas de salud y/o que desemboca en francas complicaciones físicas y/o psicológicas como: accidentes, victimización, violencia, dependencia al alcohol, cirrosis hepática, entre otras, así como su mal desempeño laboral y/o escolar (24).

Los datos más recientemente publicados reportan que cuando el CRDA se define por un puntaje en el AUDIT igual o mayor a ocho puntos, éste afecta a poco más de uno de cada 10 estudiantes. Por otro lado, cuando se utiliza un puntaje en el AUDIT igual o mayor a seis puntos, el CRDA se reporta en aproximadamente uno de cada cinco estudiantes (24).

En este mismo estudio también se observó que el CRDA, independientemente del puntaje del AUDIT utilizado, afectó con mayor frecuencia a los hombres que a las mujeres. Esta mayor prevalencia del CRDA en los hombres se observó en todos los grupos de edad, de estado civil, de parentesco o de relación con las personas con las que el estudiante reportó vivir, de estatus laboral, de ingreso familiar, y de nivel de educación paterna y/o materna.

Al tomar en cuenta las diferencias de género, las variables demográficas y familiares examinadas, se estimó que el riesgo de sufrir el CRDA durante el último año fue casi tres veces mayor en los hombres que en las mujeres (24).

La frecuencia y el riesgo mayor de ser afectado por el CRDA ocurrió, en los estudiantes de 20 a 22 años y de 23 a 25 años de edad. La frecuencia de este problema disminuyó gradualmente en los grupos de mayor edad, siendo en los estudiantes de 29 o más años, el grupo en donde se observó la menor prevalencia y el menor riesgo de ser afectado por el CRDA (24).

En el contexto internacional, México se ubica entre aquellos países que tienen bajas tasas de consumo de drogas, pero que, a su vez, reportan incremento del problema (5).

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 (25).

Según el estudio realizado por el IMSS y publicado en el 2002 la prevalencia de consumo de alcohol en la muestra de derechohabientes de ésta, se encontró que era de 12.8% en el ámbito nacional, mientras que la prevalencia de consumo riesgoso fue de 10.2%, y de 2.6% consumo dañino. En este mismo estudio se observó que los estados del norte incluyendo el nuestro eran los de mayor prevalencia. San Luis Potosí tuvo un consumo riesgoso de 15.3 % y consumo dañino de 5.3% (26).

En este mismo estudio en su análisis de resultados por edad en el grupo de 12-19 años la prevalencia encontrada fue de 4.4% en las mujeres y 17.9% en los hombres. En el grupo de 20-24 años 22.6% en hombres y en el grupo de 25-29 años 24.9%. En las mujeres en el grupo de 20-24 la prevalencia de consumo de alcohol riesgoso y dañino fue de 2.7%, y en el grupo de 25-29 de 3.1% (26).

Los problemas atribuidos al alcoholismo son subestimados. El consumo de 20 gr de alcohol absoluto en mujeres y de 40gr. en hombres, es un factor de riesgo para accidentes, lesiones y alteraciones crónicas de salud. El consumo excesivo convierte al alcohol en un serio problema para la salud y la convivencia, puesto que se le ha relacionado con trastornos como cirrosis y otras enfermedades hepáticas (Méndez Sánchez, 2005), pancreatitis (Mezey et al., 1988), trastornos coronarios (Albert et al., 1999), hipertensión (Klatsky, 1996) e, incluso, con algunos tipos de cáncer, especialmente del sistema digestivo (Seitz, Pöschl y Stickel, 2003), sin contar otros problemas, como accidentes de automóvil, agresiones y suicidios, relacionados también con un excesivo consumo de alcohol (Bushman, 1996).

El abuso en el consumo de bebidas alcohólicas no sólo vulnera la salud y el bienestar del bebedor, sino que las repercusiones de esta práctica alcanzan a la sociedad en general. Por otra parte, también implica un costo elevado para el país debido a su contribución a la mortalidad prematura por problemas crónicos en la salud y como resultado de los accidentes y actos de violencia que ocasiona.

Entre los costos sociales se encuentran: el uso de servicios médicos caros, pérdidas significativas en la productividad, accidentes e inversión en la procuración de justicia. Para el sujeto que consume bebidas alcohólicas de manera excesiva, implica dependencia económica, aislamiento social y pérdida de oportunidades de trabajo, con importantes efectos negativos para su familia y la sociedad. Una de las consecuencias principales del abuso en el consumo de alcohol es un aumento en la incidencia de los accidentes y actos de violencia, que se ubican actualmente entre las primeras 10 causas de muerte en el país (27).

En EUA la prevalencia a lo largo de la vida de abuso de alcohol según un estudio publicado en el 2007, fue de 17.8%, y a lo largo de un año de 4.7%; la prevalencia para la dependencia a lo largo de la vida fue del 12.5%, y de 3.8% en un año. La dependencia al alcohol fue significativamente más prevalente entre hombres, blancos, nativos americanos, adultos jóvenes y solteros, y aquellos con bajos ingresos. El abuso de alcohol actualmente es más frecuente entre los hombres, de raza blanca, los jóvenes y las personas solteras, mientras que las tasas del consumo a lo largo de la vida fueron más altas entre los estadounidenses de mediana edad. La dependencia al alcohol provocó mayor incapacidad y se reportó que sólo el 24,1% de las personas con dependencia al alcohol fueron tratados (28).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, en los países desarrollados el abuso de tabaco, alcohol y drogas, provocan del 11.7%,

10.3% y 2.3%, respectivamente, de los días de vida sana perdidos por muerte prematura o por discapacidad. A su vez, en los países en vías de desarrollo, la proporción alcanzada es considerablemente menor, 1.4% al 2.7%. Si bien Latinoamérica comparte problemas inherentes al subdesarrollo, comparte también altas tasas de problemas derivados del abuso del alcohol y las drogas, con 9.7% y 1.6% respectivamente de días de vida sanos perdidos (29).

Los padecimientos asociados con el consumo de alcohol que más pérdida de años de vida saludable (AVISA) provocan son la cirrosis hepática (39%), las lesiones por accidente de vehículos automotores (15%) y la dependencia alcohólica (18%) (29).

Al problema del abuso de bebidas alcohólicas entre los varones de edad media, se han sumado las mujeres y una población adolescente que copia los modelos adultos asociados con frecuencia con consumo de alcohol (30). Según los resultados encontrados en la Encuesta Nacional de Adicciones (1998), el 67% de los varones y 77.3% de las mujeres han bebido cuando menos una copa completa de alcohol antes de cumplir 18 años, edad considerada como legal para beber.

El índice de consumo fuerte es de 5 copas o más por ocasión, al menos una vez por mes. Esto es alto y llega a 3.6% en los varones y 1.5% en las mujeres, entre 12 y 17 años. Aun cuando la mayor parte de los adolescentes no tiene problemas con su manera de beber, 3.2% de ellos presentaron síntomas que sugieren dependencia (30).

Aunque el alcohol sea considerado como parte "normal" de la transición de la adolescencia a la edad adulta, el abuso de esta sustancia se asocia con los principales riesgos que ocurren en esta etapa, como tener relaciones sexuales bajo sus efectos, situación que reportaron el 23% de los adolescentes, según

datos de la última Encuesta de Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior (31).

Conducir después de beber fue reportado en un 9% de los menores entre 12 y 17 años, y subirse en un auto con un conductor que hubiera bebido demasiado fue mencionado en el 16% de los casos (30).

Por otra parte, además de los adolescentes, las mujeres se han incorporado al mercado de consumo. Entre ellas, el índice de abstinencia disminuyó considerablemente en relación con lo que se observaba diez años, antes de 63%, en 1988, a 55%, en 1998. En tanto que entre los varones no se observaron diferencias importantes (23% y 27%, respectivamente).

Pese a todo, la tasa de bebedores fuertes se mantuvo estable, y llegó a 16% entre los varones y 0.8% entre las mujeres; en 1988 las tasas eran de 14% y 0.6%, respectivamente. Tampoco se observaron cambios en la proporción de personas que reportó beber diario o casi diario, práctica poco común en nuestro país, pues sólo lo acostumbra 2.2% de la población urbana adulta (30).

Existen estudios realizados en algunos estados del país en los cuales el consumo de alcohol como en el caso de Querétaro afecta a gran parte de la población en general y es una de las principales causas de muerte, ocupando el cuarto lugar nacional en tasas de mortalidad por cirrosis hepática. El estado de Jalisco ocupa el primer lugar a nivel nacional en niveles de prevalencia en hombres y el segundo en mujeres (30).

En muestras representativas de pacientes atendidos por los servicios médicos de urgencia en el Distrito Federal, Acapulco y Pachuca. En Pachuca, el consumo de alcohol incrementó casi siete veces el riesgo de ingresar a un servicio de urgencia por traumatismo (OR=6.7); esta asociación fue mucho más elevada

para la violencia (OR=25.2) que para los accidentes de vehículos automotores (OR=6.4) (32).

Las diferencias entre hombres y mujeres en los diagnósticos relacionados con el consumo de alcohol sólo se observaron en la vida adulta y la vejez, pero no en la adolescencia y la juventud. En comparación con las mujeres; en los varones el síndrome de dependencia al alcohol contribuyó con más casos en los grupos de 26 a 40 años, 41 a 60 años y 61 a 92 años (32).

La misma tendencia se observó para la psicosis alcohólica, pero sólo en los dos primeros grupos de edad. Para esas mismas causas no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres de 14 a 15 años (32).

A pesar de los elevados índices de consumo, son pocas las personas que buscan ayuda. Así, los estudios de población general señalan que solamente una de cada tres personas dependientes del alcohol, solicitan ayuda para atender su problema (30).

COMORBILIDAD ALCOHOLISMO- DEPRESIÓN.

Según la encuesta nacional de salud mental del 1998, se observó que uno de cada cinco adolescentes encuestados informaron de síntomas de depresión, aun cuando el uso de drogas y la escala de sintomatología depresiva se midieron por separado, se observó que la presencia de ésta sintomatología se asoció con la experimentación con drogas, así el 5.2% de aquellos por arriba del punto de corte de la escala, reportaron haber experimentado con sustancias, en comparación con solamente 1.6% de aquellos que no presentaban síntomas de malestar emocional de tipo depresivo. Quienes presentaron estos síntomas con más frecuencia continuaron usando las drogas una vez iniciados; este índice era cinco veces más elevado entre quienes usaban drogas y tuvo una incidencia cinco veces mayor entre quienes reportaron tener problemas con el alcohol o las

drogas. Asimismo, intentar suicidarse fue 2 veces más frecuente entre quienes beben (33).

En otro estudio se encontró que los problemas de salud en adolescentes se relacionaban con el ánimo depresivo y esto los inducía a conductas no saludables, como ingerir alcohol. Relacionando el consumo del alcohol y la depresión, es que con el consumo del alcohol incrementan ciertas conductas tales como: conductas delictivas, conductas disociales, embarazos a temprana edad, e intentos de suicidio (31, 33).

El 1.34% de adolescentes entrevistados dijeron haber intentado suicidarse. La depresión en población adolescente puede constituir un problema de gran importancia para la salud e integración social, provocando bajo rendimiento escolar, conductas sociales inadecuadas y repercusiones familiares (33).

Las estimaciones para la asociación entre consumo de alcohol y riñas aplican en ambos sexos. En el Distrito Federal, para los varones, el riesgo de ingresar a un servicio de urgencia por violencia se incrementa casi 30 veces; del mismo modo, el consumo excesivo de alcohol (más de 100 gr.) aumentó casi 58 veces el riesgo de ingresar a un servicio de urgencia por un intento de suicidio. Se observó una tendencia según la cual, cuanto más se avanza en un involucramiento continuo en el uso de alcohol y drogas (uso, abuso y dependencia), aumenta la comorbilidad con los otros dos trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, en México 9.4% de las personas con abuso de alcohol presentaban también un trastorno afectivo (32).

Este índice aumenta a 18.2% cuando se consideran los casos con dependencia. De este modo, los índices en el caso de drogas fueron de 14.8% y 34.7%, respectivamente. Por otra parte, 14.8% de las personas con abuso de drogas padecían un trastorno afectivo y 9.9%, un trastorno de ansiedad; en el caso de la dependencia, las proporciones alcanzaron 34.7% y 31.1% respectivamente (29).

En un estudio publicado en el 2004, por Medina-Mora y cols., se hipotetizó que el consumo de alcohol y de drogas estaba directamente relacionado con factores psicológicos, tales como el estrés en el ámbito laboral de estudiantes relacionados con el área de la salud (34).

Por otro lado, el suicidio de adolescentes es un problema que va en aumento en nuestro país. En el año de 1970, la tasa de mortalidad por suicidio para el grupo de 15-24 años fue del 1.9% por 100,000 habitantes, y en el año de 1997 ascendió a 5.9%, es decir un aumento del 21.2%. Existe la hipótesis de que el abuso de sustancias, puede constituir uno de los detonadores de esta conducta, mediando entre la ideación suicida, fenómeno relativamente normal en esta etapa, y la realización del daño con el propósito de quitarse la vida. De los adolescentes urbanos de entre 12 y 17 años, entrevistados como parte de la Encuesta Nacional de Adicciones efectuada en el año de 1998, el 1.34% reportó haber intentado suicidarse. Este índice era 2 veces mayor entre quienes bebían alcohol, 5 veces más elevado entre quienes usaban drogas y tenía una incidencia 5 veces mayor entre quienes reportaron tener problemas con alcohol o drogas (30).

Así, la probabilidad de uso se incrementa cuando los menores no perciben riesgo asociado con la experimentación o el abuso de alcohol y drogas, y cuando presentan síntomas de depresión o ideación suicida (33).

En la Encuesta Nacional de Adicciones, otros diagnósticos que contribuyeron de forma importante fueron: el intento e ideación suicidas (CIE E- 950), el síndrome de dependencia al alcohol (CIE 303) y el trastorno depresivo no clasificado (CIE 311); estas tres entidades representaron el 24.5% del total de casos. En los varones, en comparación con las mujeres, los siguientes diagnósticos fueron los que contribuyeron con más casos: síndrome de dependencia al alcohol (CIE 303), en el 15.1% y 1.5%, respectivamente; dependencia a las drogas (CIE 304),

en el 7.6% y 1.0% respectivamente y psicosis alcohólica (CIE 291), 3.0% y 0.4% respectivamente (33).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

- 1.- ¿Cuál es la prevalencia del consumo de alcohol en una muestra de estudiantes de la facultad de medicina de la UASLP?
- 2.- ¿Cuál es la prevalencia de los síntomas depresivos en una muestra de estudiantes de la facultad de medicina de la UASLP?
- 3.- ¿Cuál es la asociación entre el consumo de alcohol y los síntomas depresivos en una muestra de estudiantes de la facultad de medicina de la UASLP?

2. JUSTIFICACIÓN

La depresión y el alcoholismo son dos trastornos con alta prevalencia en población joven en nuestro país y con constante incremento. Estas dos entidades se convierten en un problema de salud pública por ser causa importante de discapacidad, muerte prematura como consecuencia de accidentes automovilísticos por conducir bajo intoxicación, agresiones, peleas o bien por suicidio en el caso de la depresión. No existen estudios publicados acerca del consumo de alcohol en estudiantes de medicina de pregrado, así como tampoco existen estudios sobre la prevalencia de sintomatología depresiva. El estudio de la carrera de medicina, por si mismo, expone al alumno a cambios o afectaciones en su salud mental esto a su vez puede contribuir al abuso de sustancias, depresión, ruptura de relaciones interpersonales, bajo rendimiento, deserción escolar y suicidio.

El medir la prevalencia permitirá conocer la situación actual en la que se encuentran los estudiantes en relación al consumo de alcohol, síntomas depresivos y su comorbilidad, esto permitirá realizar programas preventivos para apoyar a aquellos jóvenes/ estudiantes que se encuentren cursando por alguno de estos problemas.

3. HIPOTESIS

Existe una frecuencia de importancia significativa de abuso de alcohol y síntomas depresivos en la población estudiantil que debe ser considerada.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la prevalencia del consumo de alcohol y de los síntomas depresivos, y su posible asociación, en estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Medir la prevalencia del consumo de alcohol en estudiantes de pregrado por grado y por sexo.
2. Medir la prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de pregrado por grado y por sexo.
3. Conocer la comorbilidad entre estos dos trastornos, por grado y por sexo en estudiantes de pregrado.

5. METODOLOGÍA

La presente investigación es un estudio descriptivo, transversal, de procedimiento, prolectivo. El estudio se realizó con estudiantes de pregrado desde el 1er año hasta el 5to. año de medicina de la Facultad Autónoma de San Luis Potosí.

Se solicitó autorización a las autoridades académicas y a los profesores titulares de alguna de las materias del grado correspondiente en las que se pudieran aplicar las encuestas de evaluación a todo el grupo.

Se aplicaron a un total de 459 alumnos, de los cuales 115, corresponden a los alumnos del Primer año; 98 a los de Segundo año; 100 a Tercero; 76 a Cuarto; y 70 a los alumnos de Quinto año.

De un total de 584 alumnos de curso regular, solo se incluyeron a 459 alumnos debido a que no acudieron el día que se les convocó a la aplicación de las encuestas.

Se aplicaron en los salones correspondientes a cada uno de los grados, las dos escalas, la del AUDIT y la de síntomas depresivos de Beck, en una sola ocasión. Ambas escalas fueron contestadas de forma voluntaria y anónima, con una duración aproximada de 15 a 20 minutos.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN UTILIZADO.

Para la realización de ésta investigación se utilizaron dos escalas auto-aplicables. La escala de AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para conocer el patrón de consumo de alcohol y el inventario de depresión de Beck.

En 1982 la Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñó un instrumento de tamizaje AUDIT para identificar personas cuyo consumo de alcohol se haya convertido en un problema de salud, ya sea porque el consumo entraña riesgos o daños a la salud, o bien dependencia.

Existen diversos instrumentos de estudio para identificar el consumo del alcohol. La mayoría son muy sensibles para detectar problemas avanzados de alcoholismo, pero son menos confiables para identificar etapas incipientes del consumo de alcohol.

La prueba Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, es actualmente el único instrumento diseñado específicamente para identificar el CRDA (39).

El AUDIT consta de 10 preguntas seleccionadas con base en su reproducibilidad y correlación con el consumo de alcohol. Este cuestionario frecuentemente utilizado y aplicado por su capacidad para medir el consumo problema de alcohol, tiene una alta sensibilidad (92%) y especificidad (94%). En estudios de seguimiento se ha probado su capacidad predictiva de problemas médicos, trastornos sociales e incluso mortalidad, relacionados con el consumo de alcohol (25,26).

La escala de AUDIT en su versión en español fue validada por De la Fuente y Kershenovich, (1992). La prueba consta de diez reactivos que evalúan el uso de alcohol durante los últimos 12 meses y sus consecuencias, y se distribuye en tres dominios: (1) los reactivos 1 al 3 determinan la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol; (2) los reactivos 4 al 6 exploran la posibilidad de que exista dependencia del alcohol; y (3) los reactivos 7 al 10 exploran el consumo dañino de alcohol (26).

La posible puntuación en ésta prueba oscila de 0 a 40 puntos, entendiéndose que a mayor puntuación existe mayor consumo de alcohol. Si se obtiene un valor de 1 a 3 se considera un consumo sin riesgo (sensato), si se obtienen de 4 a 7 puntos se asume que el sujeto evaluado presenta problemas con el consumo de alcohol (riesgoso), y si se registran de 8 a 40 puntos se considera que el sujeto presenta un consumo con riesgo elevado o dañino. En población estudiantil de nivel licenciatura se ha documentado en diversos estudios que una puntuación de 6 o más, en la escala del AUDIT indican de manera confiable la presencia de consumo riesgoso de alcohol (24,39-41).

De la Fuente y Kershenovich (1992) informaron, para el instrumento original, una sensibilidad del 80% y una especificidad del 95%. En un estudio realizado por Cortaza (2001), con trabajadores de la industria petroquímica en el estado de Veracruz, se obtuvo un Alpha de Cronbach de .83, mientras que en un estudio realizado en trabajadores de la salud en la ciudad de México se obtuvo un Alpha de Cronbach de .87 (Maya, 2002).

El inventario de depresión de Beck validado para México por Jurado, Villegas, Méndez, Loperena y Varela (1998). Consta de 21 reactivos divididos en dos factores: factor de síntomas Afectivos-cognoscitivos, compuesto por 14 reactivos y factor de síntomas Vegetativos y somáticos, conformado por 7 reactivos. El punto de corte para el diagnóstico de depresión con este instrumento es de 14, es decir que para diagnosticar un estado depresivo, el puntaje obtenido en la prueba debe ser de 14 puntos o más. El cuestionario maneja una escala Likert de 0 a 3, donde 0 indica que no hay síntoma depresivo, 1 síntoma leve, 2 síntoma moderado, 3 síntoma grave. El instrumento tiene una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.87 (38).

En la Ciudad de México para estandarizar el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI), se realizaron tres estudios. El primero siguió los lineamientos internacionalmente establecidos para traducir y adaptar

instrumentos de evaluación psicológica. La muestra normativa fue de 1508 personas adultas de entre 15 y 65 años de edad. La confiabilidad por consistencia interna obtenida fue: alfa de Cronbach = 0.87, $p < .000$. El análisis factorial mostró que la versión mexicana, al igual que la original, se compone por tres factores. Por último se obtuvieron las tablas normativas tanto para estudiantes como por la población en general (26,38).

El segundo estudio, evaluó la validez concurrente entre el BDI y la Escala de Zung en una muestra de 120 personas con diagnóstico psiquiátrico de depresión y con edades de entre 17 y 72 años. La correlación estadística entre ambas escalas fue: $r = 0.70$, $p < .000$.

El tercer estudio, evaluó nuevamente la validez concurrente entre el BDI y la Escala de Zung, pero esta vez en una población de 546 estudiantes de bachillerato, con edades entre 15 y 23 años. La correlación estadística entre ambas escalas fue: $r = 0.65$, $p < .000$. Se concluye que el BDI desarrollado en este estudio cumplió con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos psicométricamente para evaluar los niveles de depresión en residentes de la ciudad de México (26).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

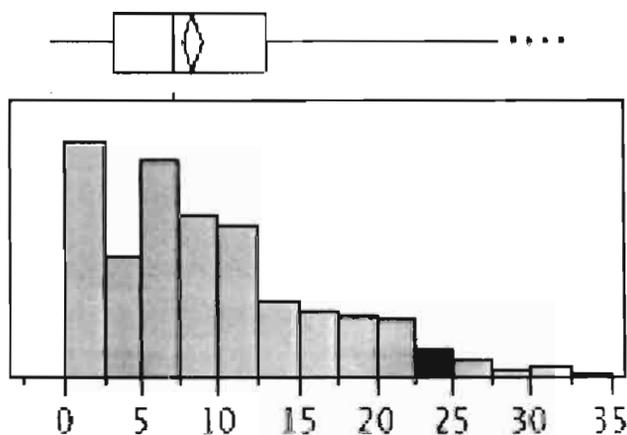
Se utilizó el programa SPSS para Windows (versión16). Se utilizaron medidas de tendencia central y frecuencias; se utilizó la prueba de ANOVA para analizar las diferencias entre grupos y la prueba de Chi cuadrada y análisis de "r" de Pearson para medir la asociación entre las variables.

6. RESULTADOS

Se evaluaron a un total de 429 sujetos, distribuidos por grado de la siguiente forma: 114 del Primero, 96 de Segundo, 99 de Tercero, 75 de Cuarto y 54 de Quinto. Veintidós alumnos del Quinto grado no se presentaron a la evaluación. No fueron evaluados los alumnos del Sexto y Séptimo año (internado y servicio social). La edad promedio de los sujetos fue 20.71 años ($de = 1.92$ años). La mediana de edad fue de 21 años. La mayor parte de ellos están comprendidos entre los 18 y 24 años. La proporción de mujeres fue de 48.48%.

Escala de Beck. El promedio de calificación de la escala de Beck fue de 9.32 ($de=7.24$). La mediana de calificación fue de 8.0, con valor máximo de 33 y mínimo de cero. La gráfica 1 muestra el histograma de distribución de las calificaciones.

Gráfica 1. Resultados en la Escala de Depresión de Beck



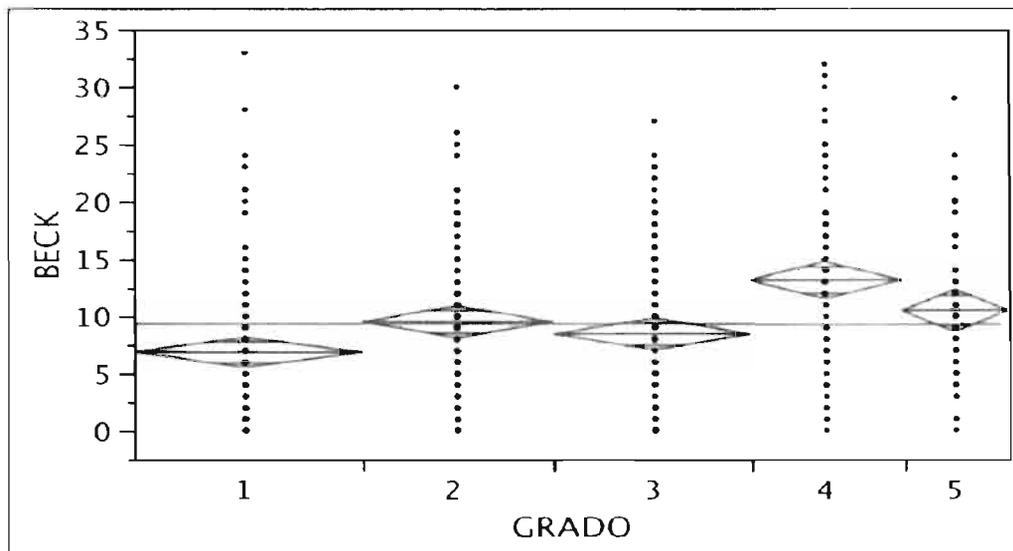
Si tomamos en cuenta que el punto de corte que se considera como "probable depresión" es de 14 puntos, el número de "casos" probables fue de 110, esto es, un 25.11% del total. La gráfica 2 muestra la calificación de la escala por cada nivel escolar. Los alumnos de primer grado tuvieron un promedio de 6.87 ($de=6.7$), los de segundo 9.5 ($de = 6.67$), los de tercero 8.43 ($de = 6.73$), los de

cuarto 13.14 (de = 8.07) y los de quinto 10.50 (de = 6.61). Esta diferencia es significativa (ANOVA, $F=9.97$, $p<0.001$).

El número de casos probables por año fue como sigue: Primer año = 14 (12.28% el grupo), Segundo año = 21 (21.88%), Tercer año = 24 (24.24%), Cuarto año = 37 (49.33%) y Quinto año = 14 (25.93%). El test para proporciones arroja un resultado significativo (Chi cuadrada = 33.96, $p < 0.0001$).

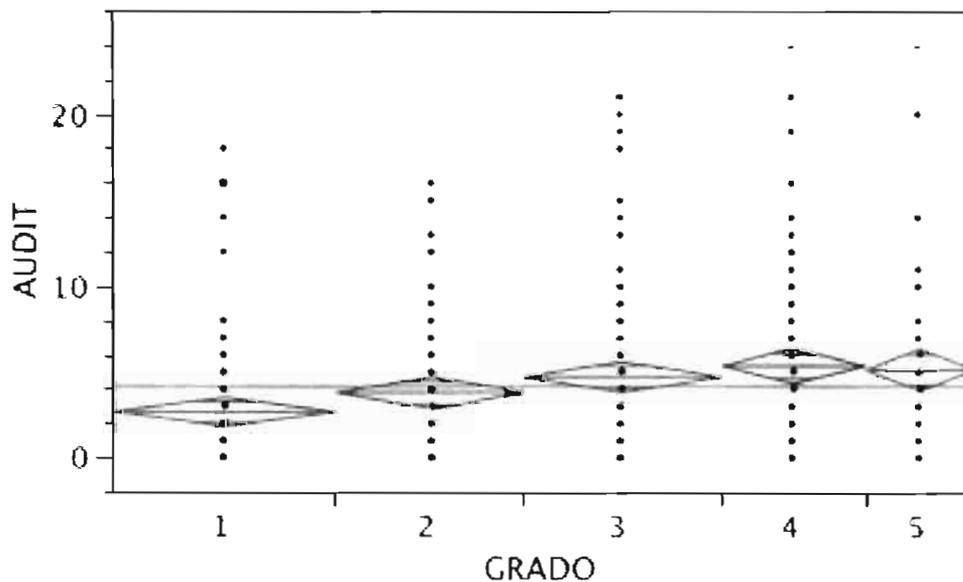
En relación al género, las mujeres tuvieron un promedio de puntaje más alto, 10.84 (de=0.49), en comparación con los hombres, 8.10 (de=0.48), $t= -3.95$, $p < 0.0001$; de igual manera hubo más casos probables de depresión en las mujeres 70 (33.65%) vs 40 (18.1%), chi cuadrada= 13.59, $p = 0.0002$

Gráfica 2. Calificación de la Escala de Depresión de Beck en cada nivel escolar



Escala Audit. El promedio de la calificación en la escala de AUDIT fue de 4.09 (de = 4.74). El valor de la mediana fue de 2.0, con un valor máximo de 24 puntos. La distribución de estas calificaciones puede observarse en la gráfica 3.

Gráfica 3. Resultados en la Escala de AUDIT



Si tomamos en cuenta que el punto de corte para caso de "probable abuso de alcohol" es de 6 puntos, habría un total de 117 casos (26.71% del total). Los alumnos de primer grado tuvieron un promedio de 2.62 (de = 3.4), los de segundo 3.75 (de = 4.07), los de tercero 4.65 (de = 5.44), los de cuarto 5.3 (de = 5.53) y los de quinto 5.07 (de = 4.97). Esta diferencia es significativa (ANOVA, $F=5.21$, $p<0.004$).

El número de casos probables por año fue como sigue: Primer año = 14 (12.28% del grupo), Segundo año = 25 (26.04%), Tercer año = 31 (31.31%), Cuarto año = 30 (40.0%) y Quinto año = 17 (31.48%). El test para proporciones arroja un resultado significativo (Chi cuadrada = 20.61, $p = 0.0004$).

En relación al género, las mujeres tuvieron un promedio de puntaje menor, 2.66 (de = 3.09), en comparación con los hombres, 5.24 (de = 5.47), $t= 6.05$, $p < 0.0001$; de igual manera hubo menos casos probables de abuso en las mujeres 30 (14.42%) vs 81 (36.65%), $\chi^2 = 27.60$, $p = 0.0002$.

En cuanto a la concurrencia entre síntomas depresivos y Abuso de Alcohol, no se encontró una correlación entre las puntuaciones de la escala de Beck y la de AUDIT ($r= 0.02$). En 32 personas (7.31%) se encontró la concurrencia e probable caso de depresión y probable caso de abuso de alcohol.

Tabla de contingencia.

	Sin abuso de alcohol	Probables casos	
Sin depresión	243 (55.48%)	85 (19.41%)	328
Probables casos	78 (17.81%)	32 (7.31%)	110
	321	117	438

7. DISCUSIÓN

Uno de los objetivos de la realización de estudios descriptivos es la de medir las prevalencias de algunos trastornos que son frecuentes en la población general, en este caso de la población estudiantil.

Los resultados obtenidos de la evaluación de síntomas depresivos con la escala de Beck muestran que el 25% de los estudiantes evaluados, pueden ser casos "probables" de depresión, si éstos resultados se les compara con el resto de la población en general, son altos, es decir que uno esperaría que la prevalencia fuera similar al resto de la población general, que es del 12 %, en población mexicana de edades comprendidas entre el 18 y los 65 años.

En cuanto a la prevalencia de "casos probables" de depresión en mujeres ésta se mantuvo según la epidemiología de la depresión, en una proporción mujeres/hombres de casi el doble, (33.65% vs 18.1%), como se encuentra en la literatura publicada de este tema.

La prevalencia fue aumentando según el grado escolar. Los grupos de Cuarto y Quinto fueron los de mayor proporción, con un 49.33% y 25.93% respectivamente, siendo el Cuarto año el de mayor proporción, llamando la atención y dando origen a varias hipótesis que puedan explicar éste aumento. Se sabe que la depresión es un trastorno multicausal, en el cual confluyen genética/vulnerabilidad biológica, estresores sociales y ambientales. No pudiéndosele atribuir a un factor específico.

Muy cercano a lo reportado en la literatura de que el inicio de la depresión es más frecuente en la segunda mitad de la tercera década de la vida, los resultados encontrados en esta investigación fueron cercanos a esta realidad, pudiendo ser una de las explicaciones. Otro dato publicado por Comptom et. al., es el que en los EUA y Canadá mencionan una alta prevalencia de depresión y ansiedad entre los estudiantes de medicina, siendo el Cuarto grado los que

reportaron más alta prevalencia, comparado con el resto de los otros años. En éste estudio no se pudo determinar si se debió a la competencia o al estrés, mencionando que son necesarios estudios con muestras más grandes, prospectivos y multicéntricos para poder determinar los factores asociados. (13,14).

Otras de las posibilidades que considero pudieran explicar el aumento de la depresión por grado están: el aumento de la responsabilidad ante el paciente conforme se avanza de grado, mayor estrés por aumento de la competitividad entre compañeros ya que con el cambio de grado se acerca más la elección de plazas de internado rotatorio y posteriormente de servicio social, la carga trabajo clínico en el servicio hospitalario, el aumento de responsabilidades, y el aumento de carga académica, hipótesis que se deben confirmar mediante otros estudios.

Pese a que la escala de Beck es un instrumento validado para conocer los síntomas depresivos, con una especificidad de 95% y una sensibilidad de 80%, éste no es un instrumento de diagnóstico, La escala de síntomas depresivos de Beck es un instrumento útil para medir la severidad de los probables casos de depresión. La entrevista clínica es el estándar de oro para el diagnóstico de depresión.

En cuanto a los casos "probables de abuso de alcohol", tomando en cuenta el punto de corte de 6 puntos, como lo han hecho en distintos estudios, el más reciente publicado en el 2008 en estudiantes de primer ingreso a la UNAM (24), se encontró que hay un total de 117 casos probables, esto es el 26.71% del total de la muestra.

Al igual que en el caso de los síntomas depresivos que fueron aumentando según el grado universitario, también se observó en la prevalencia de consumo de alcohol, encontrándose las mayores prevalencias en el Cuarto y Quinto año, con un 40.0% y un 31.48%, respectivamente.

Existen reportes acerca de que el consumo de alcohol se incrementa conforme se aumenta la edad (23,24), pero sin embargo después de un aumento con la edad, se ha observado que existe una reducción gradual o al menos una estabilización en relación al consumo hasta alcanzar niveles de consumo moderado o no riesgoso, principalmente en los estudiantes de mayor edad, en este estudio no es posible comprobar esto, pero si se observa que hay una prevalencia menor en el caso del grupo de Quinto año que posiblemente este dada por la limitante del tamaño de la muestra con los alumnos de tal grado y de que no haya sido posible evaluar el consumo en los alumnos de Sexto y Séptimo grado. No se debe olvidar que en el caso de aquellos estudiantes, en el que su carga genética y su medio ambiente los haga vulnerables, el consumo de alcohol en niveles excesivos persistirá durante el resto de la vida adulta.

En relación al género, las mujeres tuvieron un promedio de puntaje menor, 2.66, en comparación con los hombres, 5.24, de igual manera hubo menos casos probables de abuso en las mujeres con un 14.42% VS 36.65% en hombres, encontrándose reportes similares en la bibliografía tanto nacional como internacional que ha evaluado el consumo de alcohol en los estudiantes de nivel Superior o Universitario de ambos sexos, y en los que se ha descrito consistentemente que, en comparación con las mujeres, los hombres beben con mayor frecuencia e intensidad.

La escala de AUDIT ha sido probada y validada como un buen instrumento de tamizaje si se quiere conocer el consumo riesgoso de alcohol, sin embargo una limitante que no considera esta escala es la diferencia de género. En la mayoría de los estudios no se ha considerado que en las mujeres un menor consumo de alcohol no necesariamente se traduce en menores niveles de intoxicación y de complicaciones, la mujer posee una menor masa y volumen de distribución corporal, así como una menor capacidad para metabolizar el alcohol, lo que

significa que las mujeres bebiendo menos alcanzan niveles de alcohol en sangre y de intoxicación similares al de los hombres.

En nuestro país existen pocos estudios que examinen la prevalencia del CRDA en población estudiantil de educación Universitaria o Superior. Hasta el momento de ésta investigación no se encontró ninguna referencia válida en la literatura nacional acerca de la prevalencia de los síntomas depresivos en población estudiantil de nivel Superior o Universitario, así como tampoco se encontró ningún trabajo publicado hasta ahora donde se examine si hubiese comorbilidad entre el consumo de alcohol y la puntuación de la escala de Beck para síntomas depresivos.

La comorbilidad entre alcoholismo y la depresión es frecuente, como se ha descrito en la literatura, las personas que sufren depresión son susceptibles al consumo de sustancias, entre ellas el alcohol. En el presente estudio pese a que se observó un aumento de probables casos de depresión según el grado y un aumento en el consumo de alcohol, no se observó asociación entre los síntomas depresivos y un consumo riesgoso de alcohol encontrándose 32 casos en el que los dos trastornos se encontraron presentes.

Existe un problema de diseño dado que una de las escalas mide severidad y la otra nos habla de detección de probables casos, siendo ésta razón la probable por la que no se haya encontrado asociación. Para poder resolver tal problema hubiera sido deseable conocer los casos bien sea de depresión y evaluar el consumo de alcohol, o viceversa, conocer los casos de abuso de alcohol así como también llevar a cabo una entrevista para hacer diagnóstico de depresión, donde pudiera haber o no una asociación, sin embargo esto no fue posible ya que para favorecer la participación de los alumnos se les pidió que contestaran de forma anónima y pese a esto se perdieron 124 alumnos que no asistieron a la convocatoria y algunos otros no aceptaron participar, entregando las escalas en

blanco. Se tuvo que excluir a los alumnos de Sexto y Séptimo grados debido a la limitante de ubicación por motivo de sus actividades.

Como parte de los objetivos que tiene el departamento psiquiatría de la facultad de medicina de la UASLP está el conocer el estado de salud mental (es decir hacer detección de patologías diversas), de los estudiantes de medicina de primer ingreso, y prospectivamente buscar factores predictivos del desempeño académico.

El conocer la prevalencia del consumo de alcohol y síntomas depresivos permitirá el diseño de programas de prevención, ya que ambos trastornos son causa de discapacidad, limitan el funcionamiento, provocan bajo rendimiento, deserción escolar, o incluso pueden ser causa de mala praxis médica, o de muerte prematura por suicidio o accidentes automovilísticos. Un mejor conocimiento de la prevalencia puede permitir la realización de protocolos de investigación más avanzados y/o estructurados, pudiendo obtener resultados más completos.

8. CONCLUSIÓN

En este estudio fue notable el aumento de casos probables tanto para el consumo de alcohol como para depresión, según el aumento del grado escolar, encontrándose el mayor número en el cuarto año para ambos trastornos. En ambos trastornos los resultados tuvieron significancia estadística. No es posible conocer si estos resultados puedan ser falsos positivos debido a que la escala utilizada es más útil para conocer la severidad y que hubiera sido deseable haber hecho la detección de probables casos y a estos aplicárseles una entrevista clínica, la cual sigue siendo el estándar de oro para el diagnóstico.

La prevalencia para los probables casos de depresión fue de un cuarto del total de la muestra estudiada, siendo ésta prevalencia mucho mayor que la reportada para la población general en la literatura. Las mujeres tuvieron un promedio de puntaje más alto, en comparación con los hombres, manteniendo la proporción reportada en la literatura de casi el doble, con un total de casos de depresión en las mujeres de 70, contra un total de 40.

En el caso de los resultados obtenidos del consumo riesgoso de alcohol se mantuvo según lo esperado y lo reportado a la literatura nacional e internacional, con respecto a que el consumo es mayor en hombres que en mujeres y que el consumo aumenta con la edad, reportándose un total de 117 casos de abuso de alcohol incluyendo 30 casos de abuso en mujeres, y de 80 casos en hombres.

Se observó que en 32 estudiantes las puntuaciones para ambas escalas fue mayor a las de los puntos de corte, esta comorbilidad representa el 7.31% de la muestra, y como ya se ha mencionado la asociación entre uno y otro trastorno se esperaba fuera mayor.

Será necesario realizar más estudios de seguimiento, tratando de tener en lo posible al 100% de la población, incluyendo a los estudiantes del sexto y del séptimo año ya que según los resultados obtenidos en esta investigación sugieren que la prevalencia del consumo de alcohol y de depresión puede estar en aumento en la población estudiantil y será necesario realizar campañas de prevención.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Lara Muñoz MC, Medina-Mora ME, Borges G, Zambrano J. Social Cost of Mental Disorders: disability and work days lost. Results from the mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, Vol. 30, No. 5, septiembre-octubre 2007.
2. Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz MC, Benjet C, Blanco Jaimes J, Fleiz Bautista C, Villatoro Velázquez J, Rojas Guiot E, Zambrano Ruiz J, Casanova Rodas L, Aguilar-Gaxiola. 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.
3. Pan American Health Organization.
Disponible en: <http://www.paho.org/english/ad/sde/ra/tobdefault.htm>; 2008.
4. Organización Mundial de la Salud.
Disponible en: <http://www.paho.org/english/ad/sde/ra/tobdefault.htm>; 2007.
5. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. González-Pier E et al. *Lancet* 2006; 368:1608-1618.
6. SERSAME. Servicios de Salud Mental.
Disponible en: <http://sersame.salud.gob.mx/depresion.htm#intro>; 2002.
7. Benjet C, Borges GG, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano- Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública Mex* 2004; 46(5):17-24.
8. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J. et al Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. *Salud Mental* 2003; 26(4): 1-16.
9. Caraveo J, Colmenares E, Saldivar G. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental* 1999; 22:7-17.
10. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado (DSM IV-TR). Edit. Masson, Tomo II. Págs: 391-399.
11. Nancy Andreasen, Michael G. Gelder. Tratado de Psiquiatría Tomo I, Edit. Ars Medica, Pags: 830-831.

12. Cross National Collaborative Group (1992). The Changing rate of mayor depresión. Cross National comparisions, *Journal of the American Association*, 268, 3098-105.
13. Compton MT, Carrera J, Frank E. J. Stress and depressive symptoms/dysphoria among US medical students: results from a large, nationally representative survey. *Nerv Ment Dis*. 2008 December; 196(12):891-7.
14. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med*. 2006 Apr;81(4):354-73
15. Medina-Mora M, Villatoro J, Cravioto P, Fleiz C, Galván F et al. Uso y abuso de alcohol en México: Resultados de la Encuesta Nacional Contra las Adicciones. En: Consejo Nacional Contra las Adicciones (eds). *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas México: Consejo Nacional Contra las Adicciones*; 2003; 49-61.
16. Karam E, Kypri K, Salamoun M. Alcohol use among college students: an international perspective. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:213-221.
17. Hingson RW, Heeren T, Zakocs RC, Kopstein A, Wechsler H. Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among US college students ages 18-24. *J Stud Alcohol* 2002; 63:136-144.
18. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. Monitoring the future national survey results on drug use, 1975-2002, volume II: College students and adults ages 19-40. Bethesda: National Institute on Drug Abuse; 2003.
19. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Alcohol use and risks among young adults by college enrollment status. Rockville: Office of Applied Studies; 2003.
20. Brower AM Are college students alcoholics?. *J Am Coll Health* 2002;50:253-255.
21. Quiroga Anaya H, Mata Mendoza A, Zepeda Villegas H, Cabrera Arteaga T, Herrera Reynoso G et al. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes universitarios. En: Consejo Nacional Contra las Adicciones (eds). *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. México: Consejo Nacional Contra las Adicciones*; 2003; p.85-89.
22. Mora Rios J, Natera G, Juárez F. Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental* 2005; 28:82-90.

23. Morales-García JIC, Fernández-Gárate IH, Tudón-Garcés H, Escobedo- De la Peña J, Zárate-Aguilar A et al. Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública México* 1992; 44:113-121.
24. Alejandro Díaz Martínez¹, L. Rosa Díaz Martínez, Carlos A. Hernández-Ávila¹, José Narro Robles, Héctor Fernández Varela, Cuauhtémoc Solís Torres. Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Salud Mental* Vol. 31, No. 4, julio-agosto 2008.
25. Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional Contra las Adicciones: Encuesta Nacional de Adicciones: tabaco, alcohol y otras drogas. Reporte ejecutivo. México, 2002.
26. De la Cruz Morales-García JI , MC, MSP, IH Fernández-Gárate, MCP, MSP, Hugo Tudón-Garcés, FM, Jorge Escobedo-de la Peña, MC, MSP, M en C, FACP, Ángel Zárate-Aguilar, MC, Mario Madrazo-Navarro, MC. Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública Méx* 2002; Vol. 44(2):113-121.
27. Borges G, Dr. en C., Medina-Mora ME , Dr. en Psic., Cherpitel C, Dr., en S.P., Casanova L , Lic. en Psic., Liliana Mondragón, Lic. en Psic., Martha Romero, M. en C. Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.. *Salud Pública de México*. Vol. 41, no.1, enero-febrero de 1999.
28. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States. Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions Deborah S. Hasin, PhD; Frederick S. Stinson, PhD; Elizabeth Ogburn, MS; Bridget F. Grant, PhD, PhD. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(7):830-842.
29. Murray C, Lopez A. The Global Burden of Disease. Summary. Harvard School of Public Health, World Health Organization, World Bank. Harvard University Press. Boston, 1996.
30. Medina Mora et. al. Secretaria de Salud, Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional Contra las Adicciones: *Encuesta Nacional de Adicciones*. México, 1998.
31. Fleiz C, Villatoro J, Medina-Mora ME, Alcantar E, Navarro C, Blanco J. Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 22:14-19, 1999.

32. Medina-Mora ME, Guillermina Natera G, Borges G, Cravioto P, Fleiz C, Tapia-Conyer R. Del Siglo XX al tercer milenio. Las Adicciones y la Salud Pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, Vol. 24, No. 4, agosto 2001.

33. Medina-Mora ME, Dra. en Psic. Soc. Patricia Cravioto, M en C. Jorge Villatoro, Psic. Clara Fleiz, Psic. Fernando Galván-Castillo, Lic. en Fís y Mat, Roberto Tapia-Conyer, MSP. Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública de México*. Vol.45, suplemento 1 de 2003.

34. Martínez-Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E. Consumo de Alcohol y Drogas en Personal de Salud: algunos factores relacionados. *Salud Mental*, Vol. 27, No.6, diciembre 2004.

38. Jurado S; Villegas M E; Méndez L; Rodríguez F; Loperena V; Varela R. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, Vol. 21(3):26-31, mayo-jun. 1998.

39. 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* 1993; 88:791-804.

40. Aertgeerts B, Buntinx F, Bande-Knops J, Vandermeulen C, Roelants M et al. The value of CAGE, CUGE, and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24:53-57.

41. Kokotailo PK, Egan J, Gangnon R, Brown D, Mundt M et al. Validity of the alcohol use disorders identification test in college students. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28:914-920.

10. ANEXOS

AUDIT

Edad:

Sexo:

Grado:

- 1.- ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
 - A. Nunca
 - B. Una o menos veces al mes
 - C. De 2 a 4 veces al mes
 - D. De 2 a 3 veces a la semana
 - E. Cuatro o más veces a la semana
- 2.- ¿Cuántos consumos de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
 - A. 1 o 2
 - B. 3 o 4
 - C. 5 o 6
 - D. De 7 a 9
 - E. 10 o más
- 3.- ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?
 - A. Nunca
 - B. Menos de una vez al mes
 - C. Mensualmente
 - D. Semanalmente
 - E. A diario o casi a diario
- 4.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?
 - A. Nunca
 - B. Menos de una vez al mes
 - C. Mensualmente
 - D. Semanalmente
 - E. A diario o casi a diario
- 5.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
 - A. Nunca
 - B. Menos de una vez al mes
 - C. Mensualmente
 - D. Semanalmente
 - E. A diario o casi a diario
- 6.- ¿Con qué frecuencia en el último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
 - A. Nunca
 - B. Menos de una vez al mes
 - C. Mensualmente

- D. Semanalmente
 - E. A diario o casi a diario
- 7.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
- A. Nunca
 - B. Menos de una vez al mes
 - C. Mensualmente
 - D. Semanalmente
 - E. A diario o casi a diario
- 8.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
- A. Nunca
 - B. Menos de una vez al mes
 - C. Mensualmente
 - D. Semanalmente
 - E. A diario o casi a diario
- 9.- ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?
- A. No
 - B. Sí, pero no en el curso del último año
 - C. Sí, el último año
- 10.- ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?
- A. No
 - B. Sí, pero no en el curso del último año
 - C. Sí, el último año

INVENTARIO DE BECK

Edad: **Sexo:** **Grado:**

1. TRISTEZA:

- A) No me siento triste.
- B) Me siento triste y melancólico.
- C) Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.
- D) Estoy tan triste o infeliz que esto es verdaderamente doloroso.

2. PESIMISMO:

- A) No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.
- B) Me siento desalentado por el futuro.
- C) Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.
- D) Siento que nunca saldré de mis problemas.
- E) Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar.

3. SENSACION DE FRACASO:

- A) No me siento como un fracasado.
- B) Siento que he fracasado más que el promedio.
- C) Siento que he consumado muy poco que valga la pena o que signifique algo.
- D) Viendo mi vida en forma retrospectiva todo lo que puedo ver es una gran cantidad de fracasos.
- E) Siento que soy un fracaso completo como persona (padre, esposo, esposa, etc.).

4. INSATISFACCION:

- A) No estoy particularmente insatisfecho.
- B) Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.
- C) No gozo cosas de la manera que acostumbraba.
- D) Nunca siento satisfacción de nada.
- E) Estoy insatisfecho de todo.

5. CULPAS:

- A) No me siento particularmente culpable.
- B) Me siento mal o indigno gran parte del tiempo.
- C) Me siento algo culpable.
- D) Me siento mal o indigno casi siempre.
- E) Siento que soy muy malo o inútil.

6. EXPECTATIVAS DE CASTIGO:

- A) No siento que esté siendo castigado.
- B) He tenido la sensación de que algo malo me pueda ocurrir.
- C) Siento que soy castigado o que seré castigado.
- D) Creo que merezco ser castigado.

7. AUTODESAGRADO:

- A) No me siento decepcionado de mí mismo.
- B) Estoy decepcionado de mí mismo.

- C) No me agrado.
- D) Estoy disgustado conmigo mismo.
- E) Me odio.

8. AUTOACUSACIONES:

- A) No creo ser peor que cualquier otro.
- B) Me critico por mi debilidad y errores.
- C) Me reprocho mis culpas.
- D) Me reprocho todo lo malo que ocurre.

9. IDEAS SUICIDAS:

- A) No tengo ninguna intención de hacerme daño.
- B) Tengo intenciones de hacerme daño pero no las llevaría a cabo.
- C) Siento que estaría mejor muerto.
- D) Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera.
- E) Tengo planes definidos para suicidarme.
- F) Me mataría si pudiera.

10. LLANTO:

- A) No lloro más de lo usual.
- B) Lloro más de lo que acostumbraba.
- C) Ahora lloro todo el tiempo, no puedo evitarlo.
- D) Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quiera hacerlo.

11. IRRITABILIDAD:

- A) No estoy más irritado de lo habitual.
- B) Me molesto o me irrito con mayor facilidad que lo usual.
- C) Me siento irritado siempre.
- D) Me irrito con las cosas que usualmente no me irritaban.

12. SEPARACION SOCIAL:

- A) No he perdido interés por la gente.
- B) Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba a estar.
- C) He perdido casi totalmente el interés por las demás personas.
- D) He perdido todo interés por las demás personas, y no me importa lo que les ocurra.

13. INDECISION:

- A) Tomo decisiones tan bien como siempre.
- B) Trato de evitar el tomar decisiones.
- C) Tengo grandes dificultades para tomar decisiones.
- D) No puedo tomar ninguna decisión.

14. CAMBIOS EN LA IMAGEN CORPORAL:

- A) No siento que luzca peor de lo acostumbrado.
- B) Me preocupa parecer viejo o desagradable.
- C) Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia.
- D) Siento que luzco feo o repulsivo.

15. RETARDO LABORAL:

- A) Puedo trabajar tan bien como antes.
- B) Me cuesta un esfuerzo extra el empezar a hacer algo.
- C) Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.

D) No puedo hacer ningún trabajo.

16. INSOMNIO:

A) No puedo dormir tan bien como siempre.

B) Despierto por la mañana más cansado que de costumbre.

C) Despierto una o dos horas más temprano que lo usual y me es difícil volver a dormir.

D) Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de 5 horas.

17. FATIGABILIDAD:

A) No me canso más de lo normal.

B) Me canso más fácilmente que lo usual.

C) Me canso de no hacer nada.

D) Me canso demasiado al hacer cualquier cosa.

18. ANOREXIA:

A) Mi apetito no excede a lo normal.

B) Mi apetito no es tan bueno como de costumbre.

C) Mi apetito es deficiente.

D) No tengo apetito.

19. PERDIDA DE PESO:

A) No he perdido mucho peso o nada últimamente.

B) He perdido más de 2 ½ Kg.

C) He perdido más de 5 Kg.

D) He perdido más de 7 Kg.

20. PREOCUPACION SOMATICA:

A) No estoy más interesado en mi salud que lo usual.

B) Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación.

C) Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros pensamientos.

D) Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.

21. PERDIDA DE LA LIBIDO:

A) No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual.

B) Tengo poco interés en el sexo.

C) Mi interés en el sexo es casi nulo.

D) He perdido completamente el interés en el sexo.