

11226
24
31

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION ESTATAL OAXACA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 CON MEDICINA FAMILIAR

JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

"DIAGNOSTICO DEL ALCCOLISMO: ESTUDIO CORRELATIVO

PSICOBIOLOGICO"

Jefe de Enseñanza: DR. LEONEL ESPINOSA GUZMAN

Profr. Titular de la Residencia: DR. FELIX BUSTAMANTE LANDEROS.

Investigador Responsable: DR. FRANCISCO J. RODAL CANALES

Médico Residente: DR. FERNANDO GIRON GALLEGOS.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E :

	<u>PAG.</u>
INTRODUCCION	1
1.1. DEFINICION	1
1.2. TIPOS DE ALCOHOLISMO	1
1.3. CAUSAS	2
1.4. CONSECUENCIAS SOCIALES EN MEXICO	2
1.5. EFECTOS FISIOLÓGICOS	3
1.6. EFECTOS CLÍNICOS	4
1.8. DIAGNOSTICO DEL ALCOHOLISMO	4
CUADRO I Y II	6
ANEXO I	7
2.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	8
3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
4.- HIPOTESIS	11
5.- OBJETIVO	11
6.- MATERIAL Y MÉTODOS	12
CUADRO 3	12
7.- RESULTADOS	13
CUADRO 4	15
CUADRO 5	17
CUADRO 6	18
CUADRO 7	19
CUADRO 8	20
CUADRO 9	21
CUAERO 10	22
CUADRO 11	23
CUADRO 12	24
CUADRO 13	25
TABLA I	26
DISCUSION	27
CUESTIONARIO AUTOADMINISTRABLE DE ALCOHOLISMO	28
REFERENCIAS:	29

1.- INTRODUCCION.-

1.1.- DEFINICION:-

El alcoholismo, cuya historia se remota a los orígenes de la humanidad no fué considerada como una enfermedad sino alrededor de 1800, cuando el médico Thomas Trotter se refirió a él en este sentido (1). Desde entonces, los intentos para definirlo han sido por lo general imprecisos y ambiguos. La Organización Mundial de la Salud presenta una definición muy amplia al señalar al alcoholismo como una enfermedad crónica ó desorden de la conducta, caracterizada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas en forma que, excediendo el consumo dietético acostumbrado ó el de la adaptación corriente a -- las costumbres sociales de la comunidad, cause perjuicio a la salud del bebedor, a sus relaciones con otras personas y a su actividad económica (2).

En otras palabras, alcohólico es cualquier persona que ingiera alcohol durante períodos y en cantidades suficientes para disminuir su eficacia, interferir con su trabajo, lugar en la sociedad y/o ajuste económico (3).

1.2.- TIPOS DE ALCOHOLISMO (CUADRO).-

Tanto la Asociación Psiquiátrica Americana (4) como la Organización Mundial de la Salud (2), distinguen tres tipos de alcoholismo.

1.2.1.- Exceso Alcohólico episódico (bebedor excesivo episódico).

Este tipo consiste en intoxicaciones, provocadas por consumo excesivo de alcohol, y que se presentan con una frecuencia de cuatro a doce veces por año. Debiéndose considerar como intoxicación alcohólica, un estado en el que el individuo presenta charla incoherente ó balbuciente, confusión mental y una progresiva incoordinación de movimientos. (ataxia). Además la alteración de la conducta es patente durante la intoxicación alcohólica. Los accesos pueden durar varios días ó semanas, se describen dos tipos: a) Los asociados con tensión (stress) física ó mental y, b) Los precipitados por cambios en el humor (cíclicos).

1.2.2.- Excesos Alcohólicos habituales (bebedor excesivo habitual).

Se caracteriza este tipo de alcoholismo por el consumo sistemático de cantidades excesivas de alcohol más de doce veces al año, en otras ocasiones se --

trata de enfermos que se les puede identificar bajo la influencia del alcohol más de una vez a la semana.

1.2.3.- Adicción al alcohol.-

Este tipo de alcoholismo ha sido llamado alcoholismo crónico, dependen--cia del alcohol y dipsomanía. Se dice que hay adicción al alcohol cuando la in--gestión de éste, en fuertes cantidades, se sostiene durante tres meses o más. Otra manifestación de adicción es que, al cesar la ingestión de alcohol, se --presentan síntomas que pueden ser graves: temblores, debilidad, sudación, náuseas, vómitos, diarreas hipereflexia, fiebre, presión arterial elevada, insomnio, crisis convulsivas, alucinaciones, delirium tremens. La intensidad de los síntomas dependen del grado de intoxicación y su duración. Es decir, en la adic--ción al alcohol existe tanto una dependencia emocional como física. Además, el alcohólico crónico presenta el fenómeno de tolerancia; el consumo de alcohol --cada vez es mayor.

1.3.- Causas:

Se pueden mencionar algunos factores que influyen en el hábito alcohóli--co, como son: la angustia, tensión emocional, psicosis maniaco-depresivas y cos--tumbres (factores socioculturales). Además deben ser mencionados los factores --hereditarios. Se sabe que el alcoholismo es más frecuente entre los parientes --cercanos de los alcohólicos. Sin embargo, las causas del alcoholismo permanecen ignoradas (5).

1.4.- Consecuencias sociales en México.

Los estragos que provoca el alcohol en nuestra economía son enormes. Por estu--dios practicados por Cabillo y colaboradores (6) se sabe que:

1.4.1.- En las refinerías faltan diariamente a sus labores dos por ciento de los trabajadores. Se calcula que provoca, anualmente una pérdida de mil quinientos a dos mil millones de pesos en las diferentes industrias.

1.4.2.- El alcohol acompañó al 68% de todos los accidentes de tránsito que con--dujeron a la muerte y, al 51% de los lesionados en riñas.

1.4.3.- En el 6.7% de los casos, el alcohol influye en los intentos de suicidio.

1.4.4.- El consumo de alcohol en México se ha duplicado, en relación a la canti--

dad que se consumía en 1935.

1.4.5.- El número de alcohólicos entre 1967 y 1971 había variado entre un millón seiscientos mil y un millón trescientos mil.

1.4.6.- Las tasas de mortalidad cruda por cirrosis hepática coloca a México - entre los nueve países cuya tasa de mortalidad es superior a 10.

1.4.7.- La cirrosis hepática ocupó de 1971 a 1975 el octavo ó el noveno lugar entre las diez principales causas de defunción.

1.5.- Efectos fisiológicos.

El alcohol se absorbe por todas las mucosas del organismo. Cuando se le ingiere, su absorción ocurre en la porción superior del tubo gastrointestinal y es llevado por la sangre al hígado donde se oxida en otras sustancias. Parece ser que en la parte superior del intestino delgado la absorción es más rápida que en las paredes del estómago; por esto después de que un sujeto ha sido gastrectomizado, adquiere una gran sensibilidad a las bebidas alcohólicas y, pequeñas cantidades, lo intoxican rápidamente. Después de comer, el alcohol se absorbe más lentamente, en las grandes altitudes la absorción es más rápida que al nivel del mar (6, 7).

1.6.- Metabolismo.-

Una vez ingerido el alcohol se distribuye rápidamente en toda el agua -- corporal. De 90 a 98% que se ingiere es oxidado en el hígado. Las etapas en el metabolismo son las siguientes: el primer paso es la oxidación del alcohol por la enzima alcohol deshidrogenasa en acetaldehído. Esta última sustancia puede - ser metabolizada en el hígado ó llevada a otros tejidos, en donde es convertida en acetil coenzima A, de la cual la porción acetato se oxida por completo a bióxido de carbono y agua. Además el metabolismo del alcohol se acompaña de otros cambios metabólicos; producción exagerada de lactante y ácidos grasos e hiperuricemia. El grado de oxidación del acetaldehído depende de su concentración en los tejidos. El alcohol que no es oxidado, es excretado por los pulmones, riñones y, muy pequeñas cantidades, en el sudor, en las lágrimas, bilis, jugo gástrico y saliva. El alcohol provoca diuresis por inhibir la hormona antidiurética. En el adulto, la cantidad de alcohol que puede ser metabolizado en una hora es de 10 Ml. lo que limita la cantidad de alcohol que puede ser ingerido en un determinado período, sin que la persona se intoxique (8,9).

En un individuo de 70 Kg. de peso la ingestión de 30 Ml. de alcohol provoca euforia, 60-80 ml, alegría; 140-170 ml., torpeza, 230-280 Ml., modorra, - y 680 ml., coma ó muerte. Se acepta en general, que una concentración sanguínea de alcohol de 150 mg/100 Ml. puede considerarse la demostración de que la persona está ebria. La concentración del alcohol en la sangre depende de los siguientes factores: a) cantidad de alcohol ingerida y rapidéz con la cual se tomó; b) rapidéz de absorción; c) peso corporal y porcentaje de agua corporal -- total y, d) intensidad con que el alcohol es metabolizado (10, 11) Cuadro 2.-

1.7.- Efectos Clínicos:

Se sabe que el consumo habitual de grandes cantidades de alcohol puede -- provocar trastornos intensos en diversas funciones corporales y mentales (12,- 13, 14, 15). Mencionaremos las principales.

1.7.1.- Cirrosis hepática (10 a 30%): cirrósís portal regular, cirrosis portal - irregular con colapso variable y cirrosis pericelular. La variedad de cirrosis - depende de varios factores como son desnutrición, características del alcoholismo, padecimientos asociados y factores desconocidos.

1.7.2.- Hígado graso.

1.7.3.- Hepatitis alcohólica aguda (Hepatitis tóxica etílica aguda).

1.7.4.- Hipoglicemia: Se presenta en alcohólicos crónicos.

1.7.5.- Gastritis, úlceras, hematomesis (síndrome de Mallory-Weiss: vómito intenso ó prolongadas arcadas y hemorragias graves; es provocada por laceraciones de - la mucosa gástrica en la unión esofagagástrica).

1.7.6. Pancreatitis: dolor epigástrico intenso, vómito y rigidéz de los músculos abdominales superiores. Pancreatitis crónicas y recurrentes.

1.7.7.- Cardiopatías agudas y crónicas.

1.7.8.- Enfermedades nutricionales del SNC secundarias al alcoholismo como son: síndrome de Wernicke-Kersakoff; polineuropatía; ambliopía tabaco-alcohol y encefalopatía por carencia de ácido nicotínico.

1.8.- Diagnóstico del Alcoholismo.-

El diagnóstico del alcoholismo es fácil cuando se trata de un caso de adicción, es decir, crónico: ingestión de bebidas casi en forma continúa, prácticamente todos los días, antecedentes de cirrosis, neuritis, problemas en las relaciones familiares y sociales, arrestos, internamientos previos, etc., Pero cuan-

do el alcoholismo es mínimo: intoxicaciones ocasionales, hasta cuatro al año, no hay problemas sociales, familiares, ocupacionales de salud ó legales; ó -- bién, cuando es moderado: intoxicaciones más frecuentes, una ó dos por semana problemas sociales, ocupacionales y familiares y algunas alteraciones que ponen de manifiesto el daño físico en relación con el alcohol, como temblores, accidentes frecuentes, alteraciones gástricas y pérdida del apetito; el convencer a un enfermo de que padece alcoholismo no es fácil y, sin embargo, es indispensable. En estos casos es necesario recurrir a las preguntas que sólo = el enfermo puede contestar (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22) Ver Anexo 1.

C U A D R O 1

CLASIFICACION DE LA OMS DEL ALCOHOLISMO

- I.- BEBEDOR EXCESIVO EPISODICO
4-12 INTOXICACIONES ALCOHOLICAS ANUALES
- II.- BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL
12 O MAS INTOXICACIONES POR AÑO.
- III.- ADICCION AL ALCOHOL
INTOXICACION CONSETUDINARIA

OMS: SEGUNDO INFORME DEL SUBCOMITE DE ALCOHOLISMO. SERIE DE INFORMES TECNI--
COS No. 48 GINEBRA 1954.

C U A D R O 2.

INGESTA DE ALCOHOL

RESPUESTA PSICOMOTRIZ

30 Ml.	EUFORIA
60-80 Ml.	ALEGRIA
140-120 Ml.	TORPEZA
230-280 Ml.	SUEÑO.
680 Ml. O MAS.	MUERTE.

LEWIS, K.O. Y PATON, A: ABC OF ALCOHOL. BRITHIS MEDICAL JORNAL. VOL. 283:
1531. 1982.

A N E X O I

I.- Las doce preguntas de Alcohólicos Anónimos para detectar o descubrir alcohólicos.

- 1.- Ha tratado alguna vez de dejar de beber por una semana (o más sin haber logrado cumplir el plazo?
- 2.- Le molestan los consejos de otras personas que han tratado de convencerle - que deje de beber?
- 3.- Ha tratado alguna vez de controlarse cambiando de una clase de bebida a otra?
- 4.- Ha bebido alguna vez por la mañana durante el último año?
- 5.- Envidia usted a las personas que pueden beber sin que esto les ocasione dificultades.
- 6.- Ha empeorado progresivamente su problema con la bebida durante el último año?
- 7.- Ha ocasionado su modalidad de beber problemas en su hogar?
- 8.- En reuniones sociales donde la bebida es controlada, trata usted de conseguir tragos extras?
- 9.- A pesar de ser evidente que no puede controlarse, ha continuado usted afirmando que puede dejar de beber "por sí solo" cuando quiere hacerlo?
- 10.- Ha faltado a su trabajo durante el último año a causa de la bebida?
- 11.- Ha tenido alguna vez lagunas mentales a causa de la bebida?
- 12.- Ha pensado alguna vez que podría tener más éxito en la vida si no bebiera?

II.- CUESTIONARIO CAGE PARA DETECTAR ALCOHOLICOS:

- 1.- Ha sentido usted, alguna vez que debe dejar de beber?
- 2.- Le ha molestado la gente, criticándole su modo de beber?
- 3.- Se ha sentido usted, alguna vez mal o culpable, por haber bebido?
- 4.- Ha bebido alguna vez en la mañana, para calmar sus nervios, por haber bebido la noche anterior? En otras palabras por estar crudo?

2.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

La creciente prevalencia de transtornos relacionados con el alcohol repercute en problemas para los servicios médicos, quirúrgicos y psiquiátricos en todo el mundo, ya sea desarrollado ó subdesarrollado (23, 24, 25, 26). El porcentaje con que el alcohol contribuye directa ó indirectamente a las admisiones hospitalarias por razones médicas, se ha estimado en un 25% aproximadamente, mientras que en los servicios de urgencias, más del 30% de los pacientes tienen altas concentraciones de alcohol. (27, 28, 29, 30).

Como respuesta a este problema, investigadores norteamericanos han diseñado un gran número de cuestionarios y entrevistas técnicas estructuradas rápidas que permitan detectar precozmente al enfermo alcohólico, ya que el enfermo con alcoholismo en estadios tempranos, es pocas veces diagnosticado como tal. Esto se debe fundamentalmente a que tanto el médico como el enfermo carecen con frecuencia de la objetividad y sutileza necesarias para establecer el uno, que el problema existe, y el otro, que debe de aceptarlo si es que quiere mejorar. Dentro de las entrevistas estructuradas, la más conocidas son el Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), la cual se presenta en dos versiones: el original que consta de 25 preguntas, el cual es administrado por un entrevistador, y una versión corta autoadministrable que consta de 10 preguntas, el Self Administered Alcoholism Screening Test (SAAST), y el pequeño cuestionario llamado "CAGE" el cual consta de 4 preguntas, propuestos en el extranjero por Selzer (31), Swenson y Cols. (32), y Mayfield y McLeod (33), respectivamente. En México, Juan Ramón de la Fuente y Cols, del Instituto Nacional de la Nutrición han propuesto en 1982 en un reporte preliminar, el cuestionario Autoadministrable de Alcoholismo (CUAAL) (27) el cual es una versión adaptada al español de SAAST. Todos ellos están diseñados con el fin de auxiliar al clínico a establecer un diagnóstico precoz ó por lo menos, para tener una advertencia mayor de la posibilidad de alcoholismo y establecer con ello la necesidad de investigar el problema más a fondo con pruebas de laboratorio, entrevistas familiares evaluación psiquiátrica, etc., y de esta manera, evitar las grandes repercusiones socioeconómicas que genera el alcoholismo. Todos los artículos de estas entrevistas se relacionan con conductos anormales de los bebedores (por ejemplo los que toman al levantar) y problemas inducidos por el alcohol, más que a la cantidad de alcohol consumido por este. Por contraste, los investigadores europeos, más atentos a la reputada tendencia de los bebedores excesivos habituales a negar sus problemas se han concentrado en proyectos de laboratorio, con los marcadores biológicos laboratoriales, tales como la alfa glutamil transpep

tidasa sérica y el volúmen corpuscular medio, para medir el consumo de alcohol (34). Finalmente, aunque desde hace varios años atrás un grupo de estudio de la OMS indicó la necesidad de establecer la "correlación de cuestionarios y métodos de laboratorio de detección", solamente unos pocos y metedológicamente imperfectos estudios han aparecido hasta la fecha (35).

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

A pesar de la magnitud del problema del alcoholismo, se ha estimado que el médico general diagnostica únicamente a uno de cada diez alcohólicos; y a nivel hospitalario, la proporción de enfermos cuyo alcoholismo pasa inadvertido parece ser similar (36, 37). Manifiestamente, los médicos familiares juegan un importante papel en el diagnóstico temprano y en el manejo del alcoholismo -- por lo que se debe contar con un útil instrumento para ayudar en el diagnóstico oportuno y el cual pueda ser fácilmente aplicado en el consultorio y que -- marque la pauta para llevar a cabo estudios más a fondo.

Hasta la fecha, no se cuenta en nuestro medio con ningún instrumento para la detección precoz del alcoholismo, por lo que es de suma importancia contar con ello y que además sea accesible y de efectividad comprobada; debe tener también considerable potencial para su uso en las detecciones rutinarias masivas de grupos de alto riesgo, tanto en los pacientes de la consulta externa como en los pacientes hospitalizados.

4.- HIPOTESIS:

H_1 = El Cuestionario Autoadministrable de Alcoholismo (CUAAL) y las pruebas biológicas de sensibilidad hepática correlacionan positivamente en los pacientes alcohólicos.

H_0 = El Cuestionario Autoadministrable de Alcoholismo (CUAAL) y las pruebas biológicas de sensibilidad hepática no guardan relación alguna en el paciente alcohólico.

5.- OBJETIVO:

Demostar en que medida el CUAAL es sensible y/o específico sólo ó acompañado de pruebas biológicas para el diagnóstico de alcoholismo. Especialmente en grupos de bebedores excesivos episódicos y bebedores habituales excesivos (OMS, APA).

6.- MATERIAL Y METODOS:

La población por estudiar consistió de 50 pacientes adultos, 30 fueron muestreados al azar. El grupo control estuvo formado por 10 sujetos no alcohólicos admitidos por otras razones y 10 pacientes con diagnósticos ya establecido de adicción crónica al alcohol; todos ellos hospitalizados en el Hospital General de Zona No. 1 con Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social - en Oaxaca, Oax., de febrero a noviembre de 1984.

Tan pronto como era posible, después de la admisión hospitalaria y en los días - previamente establecidos (lunes y viernes), el residente investigador proporcionó a los pacientes que llenaban los criterios de inclusión (cuadro 3) una hoja mimeografiada conteniendo las 31 preguntas del CUAAL dándoselos un tiempo de 15 a 30 minutos para que lo contestaran libremente. Cada pregunta del cuestionario puede contestarse solamente de dos maneras "sí" ó "no". Las instrucciones - fueron claras y precisas, se enfatizó en la necesidad de contestar las preguntas con la mayor veracidad posible. Durante la estancia hospitalaria de los sujetos estudiados, les fueron tomadas muestras sanguíneas para los exámenes de -- laboratorio, las cuales debían de incluir tiempo de protrombina, transaminasa, - glutámica exalacética (TGO), transaminasa glutámica pirúvica (TGP), bilirrubinas fosfatasa alcalina y proteínas séricas, ya que todas estas pruebas se dice que son influenciados por el alcohol (38, 39, 40) . Todos los sujetos estudiados -- fueron examinados a fin de establecer si llenaban o no los criterios diagnósticos de alcoholismo de acuerdo a los lineamientos enunciados por Ramón de la Fuente y Cols; ó sea que valores por arriba de 8 fueron clasificados como alcohólicos positivos y valores menores ó igual a 8 como alcohólicos negativos. La función diagnóstica del CUAAL se valió correlacionando su sensibilidad y especificidad con los antecedentes alcohólicos de los pacientes de acuerdo a la clasificación de la OMS y con las pruebas de sensibilidad hepática; entendiéndose como -- especificidad la capacidad para identificar correctamente a quienes no padecen - esta enfermedad y sensibilidad como la capacidad para identificar correctamente a quienes sí padecen la enfermedad (41).

CUADRO 3

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1.- No estar en estado de coma.
- 2.- Sin trastornos mentales
- 3.- Que supieran leer y escribir
- 4.- Que no hubieran sido interrogados previamente.
- 5.- Que en el análisis de expedientes tuvieran pruebas de funcionamiento hepático.

7.- RESULTADOS:

POBLACION:- Todos los pacientes examinados fueron del sexo masculino. El rango etario osciló el menor de 18 años y el mayor de 81 años. La muestra consistió en 30 pacientes sometidos al Cuestionario Autoadministrable de Alcoholismo (CUAAL) - en forma aleatoria (cuadro 4). El grupo control consistió en 10 sujetos no alcohólicos admitidos por otras razones (cuadro 5). Se analizaron 10 sujetos alcohólicos conocidos por sus antecedentes (cuadro 6). Se obtuvieron un total de 68 cuestionarios: se excluyeron a 18 que no reunieron los criterios planteados. Todos estuvieron dispuestos a la elaboración del CUAAL. Un paciente lo contestó en forma incorrecta y fué detectado como portador de encefalopatía hepática G-I no diagnosticado previamente (cuadro 7). El tiempo promedio en contestar las preguntas -- fué de 15 minutos. Los resultados de la encuesta fueron vaciados a una libreta de registro por columnas. Los hallazgos se compararon en agrupaciones (tabla 1). Del grupo de muestra aleatorio fueron diagnosticados alcohólicos el 63.3% (n=19). De este mismo grupo, las pruebas de sensibilidad biológica estuvieron alteradas en -- el 33.3% (n=10). Al correlacionar los hallazgos del CUAAL con los datos de laboratorio (cuadro 8), se encontró que en el 50% (n=15) de los casos, hubo una relación estrecha y en el otro 50% (n=15) no existió una correlación objetiva. De la muestra total, el 50% (n=15) fueron clasificados como bebedores excesivos habituales por -- sus antecedentes de etilismo y el 86.5% (n=13) registraron un CUAAL positivo para alcoholismo y el 13.4% (n=2) tuvieron un CUAAL falso negativo. De esta misma muestra el 23.3% (n=7) se catalogaron como adictos al alcohol y el 100% registraron un CUAAL positivo. El 16.6% (n=5) de la muestra fueron clasificados como bebedores ex-cesivos episódicos y el 100% contestaron el CUAAL en forma negativa. El 10% (n=3) de la muestra salieron con antecedentes negativos para etilismo y todos ellos contestaron el CUAAL en forma negativa.

Cuando se correlacionaron las pruebas de sensibilidad biológica con el CUAAL más -- los antecedentes de alcoholismo (cuadro 9); se observó que solamente en el 33.3% -- (n=10) se encontraron alteradas las pruebas de funcionamiento hepático predominado en el grupo de adictos al alcohol y de éstos, el 70% (n=7) correlacionaron objetivamente tanto con el CUAAL como con los antecedentes de etilismo y el otro 30% -- (n=3) correlacionó con los antecedentes más no así con el CUAAL (falsos negativos). Las pruebas biológicas más alteradas fueron en orden decreciente: las bilirrubinas que estuvieron alteradas en 9 pacientes; seguido de la Fوسفاتasa alcalina (FA) en 7; la Transaminasa Glutámica Oxalacética (TGO) en 4 y la Deshidrogenasa láctica -- (DHL) en 3; aún cuando todas ellas estuvieron alteradas en relativamente baja magnitud. Se observó además, que la mayor densidad de casos con diagnósticos de alcoholismo por antecedentes de ingestión fué en el grupo de 46-55 años de edad (n=8)

(cuadro 10). En el grupo con pruebas de funcionamiento hepático alteradas la mayor densidad se encontró en los grupos de edad de 46-55 años y en los mayores de 56 años con 4 casos cada una (cuadro 11). En el grupo de sujetos diagnosticados como alcohólicos por medio del CUAAL la mayor densidad se encontró en los mayores de 56 años con 7 casos (cuadro 12).

Respecto a los sujetos control conocidos como alcohólicos sometidos al CUAAL, el 100% (n=10) contestaron el CUAAL en forma positiva y todos ellos tuvieron alterados sus PFH aunque también relativamente en baja magnitud, siendo más constantes la FA y las bilirrubinas (cuadro 13). Por último, de los sujetos control no alcohólicos sometidos al CUAAL, el 100% (n=10) registraron tanto CUAAL negativo como PFH sin alteraciones.

CUADRO 4.- SUJETOS SOMETIDOS AL CUAAL EN FORMA ALEATORIA.-

SEXO	EDAD (AÑOS)	MOTIVO DE INGRESO	TRATAMIENTO	ANTECEDENTES DE ETILIS MO. (CLASIF. DE LA OMS).
1.- MASC.	58	INSUF. HEPATICA G-III HIPERTENSION PORTAL INFECC. VIAS URINARIAS	AMPICILINA FUROSEMIDE ESPINONOLACTONA	ADICCION AL ALCOHOL
2.- MASC.	59	TUBERCULOSIS PULMONAR INSUF. HEPATICA G-1	HAIN, ETAMBUTOL ESTRECTOMICINA	ADICCION AL ALCOHOL
3.- MASC.	36	GASTRITIS EROSIVA POST-ETILICA	CIMETIDINA GEL DE HIDROX DE AL Y MG.	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL.
4.- MASC.	42	SANGRADO TUBO DIG.ALTO VARICES ESOFAGICAS	CIMETIDINA GEL DE HIDROX DE AL Y MG.	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL
5.- MASC.	28	FRACTURA DE PIERNA IZQ.	PENIC SOD. CRIST. DIPIRONA.	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL.
6.- MASC.	81	EPOC AGUDIZADO	SALBUTAMOL PENIC SOD. CRIST.	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL.
7.- MASC.	68	INSUF. HEPATICA G-1 SIRROSIS HEPATICA HIPERTENSION PORTAL	FUROSEMIDE ESPIRONOLACTONA PARACENTESIS	ADICCION AL ALCOHOL.
8.- MASC.	40	CARDIOPATICA ISQUEMICA DESCOMPENSADA	ISOSORBIDE DIGOXINA FUROSEMIDE.	BEBEDOR EXCESIVO EPISODICO.
9.- MASC.	41	ANGOR INESTABLE	ISOSRBIDE VERAPAMIL	BEBEDOR EXCESIVO EPISODICO.
10.- MASC.	50	ABSCESO HEPATICO AMI- BIANO.	METRONIDAZOL DEHIDROMETINA	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL.
11.- MASC.	55	FRACTURA FEMUR DER.	PENIC. SOD.CRIST.	ADICCION AL ALCOHOL.
12.- MASC.	47	SANGRADO TUBO DIGEST. DIABETES MELLITUS TIPO II HIPERTENSION ARTERIAL	CIMETIDINA INSULINA METILDOPA.	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL.
13.- MASC.	43	INSUF. HEPATICA HIPERTENSION PORTAL	FURDIEMIDE ESPIRONOLACTONA	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL.
14.- MASC.	24	FRACTURA FEMUR DER .	PENIC. SOD.CRIST. DIPIRONA	BEBEDOR EXCESIVO EPISODICO.
15.- MASC.	35	DIABETES MELLITUS TIPO II TUBERCULOSIS PULMONAR	INSULINA HAIN, ETAMBUTOL ESTREPTOMICINA	NEGATIVO.
16.- MASC.	38	PERICARDITIS CARDIOPATIA ISQUEMICA	PARASENTESIS	BEBEDOR EXCESIVO EPISODICO.
17.- MASC.	18	LITIASIS RENAL	DIPIRONA BUTILIOSINA	NEGATIVO.
18.- MASC.	46	BLOQUEO AV COMPLETO	MARCAPASO DE DEMANDA	NEGATIVO.
19.- MASC.	30	TUMORACION RETROPERITO- NIAL EN ESTUDIO.	---	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL.

SEXO	EDAD (AÑOS)	MOTIVO DE INGRESO	TRATAMIENTO	ANTECEDENTES DE ETILIS MO. (CLASIF. DE LA OMS)
20.- MASC.	49	CIRROSIS HEPATICA HIPERT. PORTAL RETENCION HIDRICA.	FUROSEMIDE ESPIRONOLACTONA PARACENTESIS.	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL
21.- MASC.	22	FRACT. BRAZO DER.	PENIC.SOD.CRIST. DIPIRONA.	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL.
22.- MASC.	28	MIOSISTIS EN ESTUOIO	-----	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL.
23.- MASC.	73	CIRROSIS HEPATICA	FUROSEMIDE ESPIRONOLACTONA	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL.
24.- MASC.	52	FRACT. PIERZA IZQ.	DIPIRONA PENIC.SOD. CRIST.	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL
25.- MASC.	52	CIRROSIS HEPATICA VARICES ESOFAGICAS SANGRADO TUBO DIGES.	CIMETIDINA GEL DE HIDROX DE AL Y MG.	ADICCION AL ALCOHOL
26.- MASC.	62	DIABETES MELLITUS DESCOMPENADA HIPERT. ARTERIAL SISTEMATICA.	INSULINA METILDOPA	ADICCION AL ALCOHOL
27.- MASC.	60	CIRROSIS HEPATICA HIPERT. PORTAL ASCITIS.	PARACENTESIS FUROSEMIDE ESPIRONOLACTONA AMPICILINA.	ADICCION AL ALCOHOL
28.- MASC.	43	CIRROSIS HEPATICA INFECC. VIAS URINARIAS	AMPICILINA FUROCEMIDE ESPIRONOLACTONA	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL.
29.- MASC.	46	FRACT. MALAR DERECHO,	DIPIRONA	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL.
30.- MASC.	48	LITIASIS RENDURETAL	DIPIRONA BUTILHIOSCINA	NEGATIVO

CUADRO 5.- SUJETOS SOMETIDOS AL CUAAL NO ALCOHOLICOS:

<u>SEXO</u>	<u>EDAD</u> <u>(AÑOS)</u>	<u>MOTIVO INGRESO</u>	<u>HIST. ETILISMO</u>	<u>CUAAL:</u>	
1.- MASC.	48	FRACTURA ANTEBRAZO IZQ.	NEGATIVO	NEGATIVO	(+1)
2.- MASC.	65	CARDIOPATIA ISQUEMICA DESCOMPENSADA	NEGATIVO	NEGATIVO	(+1)
3.- MASC.	59	ARTROPATIA NEUROPATICA	NEGATIVO	NEGATIVO	(0)
4.- MASC.	63	PROSTATITIS INSUF. RENAL CRONICA.	NEGATIVO	NEGATIVO	(0)
5.- MASC.	24	FRACTURA PIERNA DERECHA	NEGATIVO	NEGATIVO	(+1)
6.- MASC.	47	FRACTURA BRAZO DERECHO	NEGATIVO	NEGATIVO	(+4)
7.- MASC.	19	SINDROME ANEMICO EN ESTUDIO.	NEGATIVO.	NEGATIVO	(+1)
8.- MASC.	41	FRACTURA PIERNA IZQ.	NEGATIVO	NEGATIVO	(0)
9.- MASC.	26	FRACTURA DE RADIO	NEGATIVO	NEGATIVO	(+5)
10.- MASC.	25	FRACTURA DE FEMUR	NEGATIVO	NEGATIVO	(+2)

CUADRO 6.- SUJETOS ALCOHOLICOS SOMETIDOS AL CUAAL.-

	SEXO	EDAD (AÑOS)	MOTIVO DE INGRESO	CLASIF. DE LA OMS.	CUAAL
1.-	MASC.	52	SANGRADO TUBO DIGESTIVO INSUFICIENCIA HEPATICA	ADICCION AL ALCOHOL	POSITIVO (+17)
2.-	MASC.	48	INSUFICIENCIA HEPATICA	ADICCION AL ALCOHOL	POSITIVO (+20)
3.-	MASC.	58	INSUFICIENCIA HEPATICA HIPERTENSION PORTAL	ADICCION AL ALCOHOL	POSITIVO (+18)
4.-	MASC.	43	INSUFICIENCIA HEPATICA HIPERTENSION PORTAL.	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL	POSITIVO (+16)
5.-	MASC.	47	INSUFICIENCIA HEPATICA DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL	POSITIVO (+19)
6.-	MASC.	65	SIND.DE SUPRESION ALCOHOLICA INSUFICIENCIA HEPATICA	ADICCION AL ALCOHOL	POSITIVO (+20)
7.-	MASC.	44	INSUFICIENCIA HEPATICA HIPERTENSION PORTAL.	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL	POSITIVO (+12)
8.-	MASC.	34	SINDROME DE SUPRESION ALCOHOLICA, GASTRITIS EROSIVA	ADICCION AL ALCOHOL	POSITIVO (+25)
9.-	MASC.	42	SIND. DE SUPRESION ALCOHOLICA	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL.	POSITIVO (+12)
10.-	MASC.	48	SIND. DE SUPRESION ALCOHOLICA	BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL.	POSITIVO (+26)

CUADRO 7.- RESPUESTAS DEL PACIENTE CON ENCEFALOPATIA HEPATICA G-I NO
DIAGNOSTICADA PREVIAMENTE (POR LAS PREGUNTAS VER APENDICE
CUAAL).

- 1.- R.- Anteriormente Sí.
- 2.- R.- Ni probandolo
- 3.- R.- Dolores de estómago
- 4.- R.- Todos
- 5.- R.- Sí
- 6.- R.- Por enfermedad
- 7.- R.- No, ni tomando
- 8.- R.- Mientras más sobrio es mejor
- 9.- R.- Pláticas de amigos.-
- 10.- R.- No tomo con amigos
- 11.- R.- Sí
- 12.- R.- No
- 13.- R.- No los molesta
- 14.- R.- No porque no es de siempre
- 15.- R.- No.
- 16.- R.- Solo por enfermedad, gripe ó sinusitis
- 17.- R.- Sí
- 18.- R.- Todo lo que se pueda
- 19.- R.- No por vicio, por salud
- 20.- R.- La digestión
- 21.- R.- Alucinationes o delirios no
- 22.- R.- No
- 23.- R.- No.
- 24.- R.- Sí, años atrás
- 25.- R.- Sí
- 26.- R.- No.
- 27.- R.- Sí
- 28.- R.- No
- 29.- R.- No
- 30.- R.- No.
- 31.- R.- No

CUADRO 8.- CORRELACION DEL CUAAL CON LAS PFH.

	TGO	TGP	FA	BD	BI	DHL	CUAAL
1.-	110	27	14	1.4	0.4	168	18 *
2.-	72	34	9	1.2	1.3	153	14 *
3.-	82	38	12	2.2	1.4	135	16 *
4.-	33	35	3.3	0.5	0.1	122	21 **
5.-	31	28	7	0.3	0.2	112	8 *
6.-	6	10	1.9	0.4	0.5	138	12 **
7.-	23	11	3.2	0.2	0.1	145	23 **
8.-	40	36	1.2	0.1	0.3	176	2 *
9.-	69	37	0.8	0.3	0.4	280	1 *
10.-	217	119	359	0.8	0.5	849	7 **
11.-	44	18	5.6	0.4	0.1	252	18 **
12.-	85	38	9.3	0.9	0.4	192	15 **
13.-	144	26	397	1.8	1.2	368	7 **
14.-	16	12	3.1	0.01	0.02	175	1 *
15.-	40	23	2.8	0.8	0.5	164	6 *
16.-	20	39	5.6	0.02	0.01	225	5 *
17.-	19	35	3.2	0.01	0.01	178	0 *
18.-	33	17	5.3	0.3	0.4	209	1 *
19.-	15	10	4.8	0.02	0.1	198	16 **
20.-	123	39	4.9	1.2	0.7	519	15 *
21.-	22	12	3.6	0.8	0.01	233	10 **
22.-	76	22	2.8	0.2	0.1	242	13 **
23.-	54	33	4.8	0.4	0.3	149	12 **
24.-	28	16	2.8	0.02	0.0	153	23 **
25.-	180	41	5.2	0.4	0.8	172	16 **
26.-	48	25	13.5	1.16	0.64	398	18 *
27.-	75	35	5.5	2.2	3.0	189	12 *
28.-	11	8	4.8	0.2	0.1	178	14 **
29.-	128	42	3.5	0.8	0.2	198	10 **
30.-	55	36	2.8	0.01	0.02	92	1 *

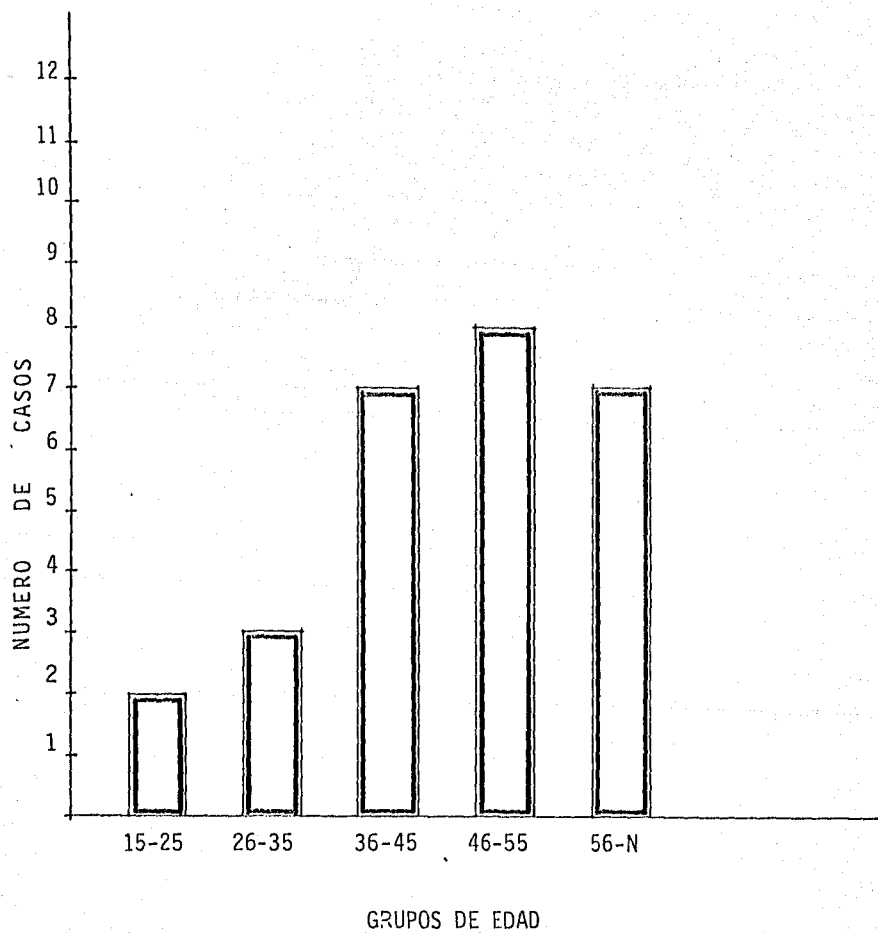
TGO: TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA. * CORRELACION
TGP: TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA ** NO CORRELACION
FA: FOSFATASA ALCALINA
BD: BILIRRUBINA DIRECTA
BI: BILIRRUBINA DIRECTA
DHL: DESHIDROGENASA LACTICA
CUAAL: CUESTIONARIO AUTOADMINISTRABLE DE ALCOHOLISMO

CUADRO 9.- CORRELACION DE PFH, CON ANTECEDENTES ALCOHOLICOS MAS EL CUAAL.

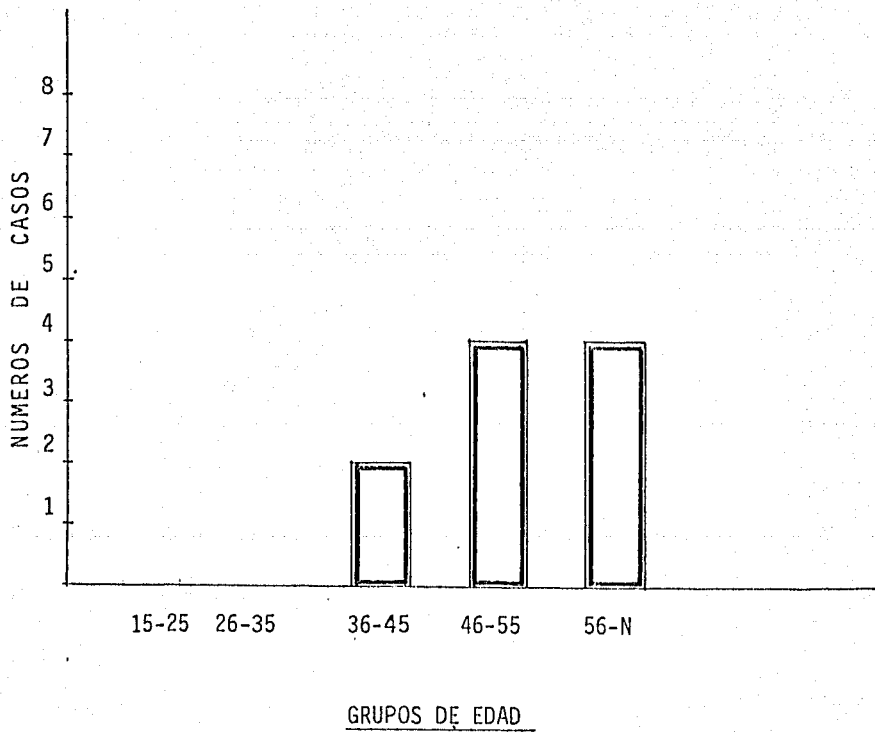
<u>PFH ALTERADAS</u>	<u>ANTEC. DE ETILISMO (CLASIF. OMS)</u>	<u>CUAAL</u>
1.- TGO, FA, BD	ADICCION AL ALCOHOL	POSITIVO (+18)
2.- FA, BD, BI	ADICCION AL ALCOHOL	POSITIVO (+14)
3.- BD, BI,	BEBEDOR EXC. HABITUAL	POSITIVO (+16)
4.- ---	BEBEDOR EXC. HABITUAL	POSITIVO (+21)
5.- ---	BEBEDOR EXC. EPISODICO	NEGATIVO (+8)
6.- ---	BEBEDOR EXC. HABITUAL	POSITIVO (+12)
7.- ---	ADICCION AL ALCOHOL	POSITIVO (+23)
8.- ---	BEBEDOR EXC. EPISODICO	NEGATIVO (+2)
9.- ---	BEBEDOR EXC. EPISODICO	NEGATIVO (+1)
10.- TGO, TGP, FA,BD,DHL	BEBEDOR EXC. HABITUAL	NEGATIVO (+7)
11.- ---	ADICCION AL ALCOHOL	POSITIVO (+18)
12.- FA, BD.	BEBEDOR EXC. HABITUAL	POSITIVO (+15)
13.- TGO, FA, BD, BI, DHL.	BEBEDOR EXC. HABITUAL	NEGATIVO (+7)
14.- -- -	BEBEDOR EXC. EPISODICO	NEGATIVO (+1)
15.- ---	NEGATIVO	NEGATIVO (+6)
16.- ---	BEBEDOR EXC. EPISODICO	NEGATIVO (+5)
17.- ---	NEGATIVO	NEGATIVO (0)
18.- ---	NEGATIVO	NEGATIVO (+1)
19.- ---	BEBEDOR EXC. HABITUAL	POSITIVO (+16)
20.- FA, BD, DHL.	BEBEDOR EXC. HABITUAL	POSITIVO (+15)
21.- ---	BEBEDOR EXC. HABITUAL	POSITIVO (+10)
22.- ---	BEBEDOR EXC. HABITUAL	POSITIVO (+13)
23.- ---	BEBEDOR EXC. HABITUAL	POSITIVO (+12)
24.- ---	BEBEDOR EXC. HABITUAL	POSITIVO (+23)
25.- TGO,	ADICCION AL ALCOHOL	POSITIVO (+16)
26.- FA, BD, DHL.	ADICCION AL ALCOHOL	POSITIVO (+18)
27.- BD, BI,	BEBEDOR EXC. HABITUAL	POSITIVO (+12)
28.- ---	BEBEDOR EXC. HABITUAL	POSITIVO (+14)
29.- TGO	BEBEDOR EXC. HABITUAL	POSITIVO (+10)
30.- ---	NEGATIVO	NEGATIVO (+1)

PFH: PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO
TGO: TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA.
FA: FOSFATASA ALCALINA
BD: BILIRRUBINA DIRECTA
BI: BILIRRUBINA INDIRECTA
DHL: DESHIDROGENASA LACTICA

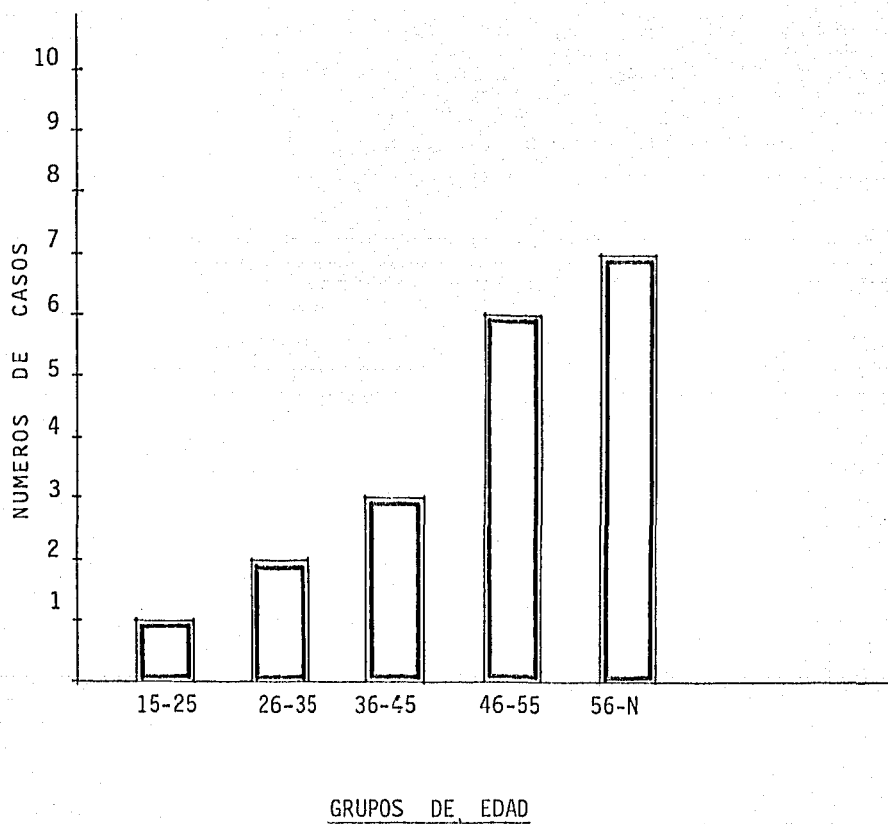
CUADRO 10.- DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE CASOS DIAGNOSTICADOS CON ALCOHOLISMO POR MEDIO DE LOS ANTECEDENTES DE INGESTION ETILICA.



CUADRO 11.- DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE PACIENTES CON PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO ALTERADOS.



CUADRO 12 .- DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE PACIENTE
DIAGNOSTICADOS COMO ALCOHOLICOS POR MEDIO -
DEL CUAAL.



CUADRO 13.- CORRELACION DE SUJETOS ALCOHOLICOS SOMETIDOS AL CUAAL
MAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO.

<u>CLASIFICACION OMS</u>	<u>CUAAL</u>	<u>PFH ALTERADAS:</u>
1.- ADICCION AL ALCOHOL	+ 17	BD, BI, F.A.
2.- ADICCION AL ALCOHOL	+ 20	BD, BI, F.A. DHL.
3.- ADICCION AL ALCOHOL	+ 13	BD, TGO, DHL.
4.- BEBEDOR EXC. HABITUAL	+ 16	FA.
5.- BEBEDOR EXC. HABITUAL	+ 19	FA
6.- ADICCION AL ALCOHOL	+ 20	BD, BI, F.A.
7.- BEBEDOR EXC. HABITUAL	+ 12	BD, BI, F.A.
8.- ADICCION AL ACOHOL	+ 25	BD, BI, F.A.
9.- BEBEDOR EXC. HABITUAL	+ 12	TGO, BD,
10.- BEBEDOR EXC. HABITUAL	+ 26	TGO, BD, F.A.

BD: BILIRRUBINA DIRECTA

BI: BILIRRUBINA INDIRECTA

FA: FOSFATASA ALCALINA

DHL: DESHIDROGENASA LACTICA.

TABLA 1.- HALLAZGOS DEL CUAAL COMPARADAS POR AGRUPACIONES:

REACTIVO 1.- 29 = SI
1 = NO

REACTIVO 3.- 14 = NO
16 = SI

REACTIVO 5.- 28 = SI
2 = NO

REACTIVO 7.- 18 = SI
12 = NO

REACTIVO 9.- 30 = NO
0 = SI

REACTIVO 11. 19 = SI
11 = NO

REACTIVO 13. 27 = NO
3 = SI

REACTIVO 15. 27 = NO
3 = SI

REACTIVO 17. 19 = SI
11 = NO

REACTIVO 19. 18 = NO
12 = NO

REACTIVO 21. 17 = NO
13 = SI

REACTIVO 23. 25 = NO
5 = SI

REACTIVO 25. 18 = SI
12 = NO

REACTIVO 27. 19 = NO
11 = SI

REACTIVO 29. 29 = NO
1 = SI

REACTIVO 31. 20 = NO.

REACTIVO 2.- 24 = NO
6 = SI

REACTIVO 4.- 22 = SI
8 = NO

REACTIVO 6.- 19 = NO
11 = SI

REACTIVO 8.- 28 = SI
2 = NO

REACTIVO 10. 23 = NO
7 = SI

REACTIVO 12. 16 = SI
14 = NO

REACTIVO 14. 18 = NO
12 = SI

REACTIVO 16. 17 = NO
13 = SI

REACTIVO 18. 15 = SI
15 = NO

REACTIVO 20. 16 = SI
14 = NO

REACTIVO 22. 17 = NO
13 = SI

REACTIVO 24. 19 = NO
11 = SI

REACTIVO 26. 29 = NO
1 = SI

REACTIVO 28. 29 = NO
1 = SI

REACTIVO 30. 29 = NO
1 = SI

8.- DISCUSION.-

Este estudio confirma la evidencia de que las pruebas biológicas de sensibilidad - hepática como son la TGO, TGP, FA, Bilirrubinas, DHL, etc., correlacionan positivamente con el consumo de alcohol. Sin embargo, estas correlaciones son insuficientes para hacer de estas pruebas algo útil para la detección masiva de alcohólicos; ya que el requerimiento primario de un test de escrutinio es que deberá tener una alta sensibilidad incluso a expensas de la especificidad, i.e. deberá detectar una alta proporción de casos reales, aún cuando esto pueda resultar en la inclusión - de algunos falsos positivos. Así tenemos que las bilirrubinas y la Fasfatasa Alca-lina que fueron las más sensivias de nuestras pruebas de laboratorio, fracasaron en la detección de la tercera parte de pacientes (n=10)-diagnosticados como bebedores excesivos habituales. Por contraste, el CUAAL no detectó a 5 sujetos catalogados como bebedor excesivo habitual. Esto indica que la sensibilidad del CUAAL es mucho más elevada para los bebedores excesivos habituales que para los episódicos. Así el CUAAL, resultó mucho muy superior al detectar a aquellos sujetos que en nuestra muestra fueron definidos como bebedores anormales. Ciertamente, la pre-sición con la cual puede uno generalizar acerca de la eficacia del cuestionario - depende de como precisemos nuestros criterios validantes y de la naturaleza de - - nuestra población. Nuestra población, ciertamente fué una con muy alta ingestión - de alcohol. Una población con una diferente prevalencia de bebedores excesivos y - de alcohólicos pudiera dar diferentes valores predictivos, pero la sensibilidad -- y especificidad pudiera no ser efectuada. Esta podría ser afectada, sin embargo, por las características de la población bajo estudio. Por ejemplo, diferentes resul-tados pudieran ser esperados para las pruebas de laboratorio entre los pacientes -- hospitalizados de los hospitales generales (como en nuestro caso) a causa de la alta frecuencia de transtornos hepáticos y hermatológicos (motivo por el cual no se incluyeron pacientes del sexo famenino en nuestro presente estudio). El tiempo y el - entrenamiento requerido para llevar a cabo la detección de alcohólicos por medio - de este cuestionario es mucho menor y más económico que por medio de las pruebas de sensibilidad biológica, que en dado caso, solo servirían para apoyar al diagnóstico. El cuestionario que nosotros estudiamos, puede ser contestado en 15 minutos y no requiere como entrenamiento más que unos pocos minutos para familiarizarse. La desventaja de este cuestionario es quizás su gran número de preguntas que limitan un poco su uso dentro de los consultorios de medicina familiar por la demanda de consulta, - más no ocurre así en la sala de espera. Sería de invaluable ayuda contar entre noso-tros con un CUAAL abreviado como lo tiene su homólogo el MAST.

CUESTIONARIO AUTODIAGNOSTICABLE DE ALCOHOLISMO:

1. + LE GUSTA TOMAR UNA COPA DE VEZ EN CUANDO?
2. + CREE QUE BEBE MAS DE LO NORMAL?
3. + DESPUES DE HABER ESTADO TOMANDO LA NOCHE ANTERIOR SEA DESPERTADO SIN RECORDAR ALGO DE LO OCURRIDO ESA NOCHE?
4. + ALGUNA VEZ SUS PARIENTES CERCANOS SE HAN QUEJADO O PREOCUPADO PORQUE USTED TOMA?
5. - PUEDE DEJAR DE BEBER DESPUES DE HABER TOMADO UNA O DOS COPAS?
6. + ALGUNA VEZ SE HA SENTIDO CULPABLE POR TOMAR?
7. - SUS AMIGOS O PARIENTES CREEN QUE USTED BEBE LO NORMAL?
8. - ES CAPAZ SIEMPRE DE DEJAR DE BEBER EN EL MOMENTO EN EL QUE USTED QUIERE?
9. + HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A UNA REUNION DE ALCOHOLICOS ANONIMOS DEBIDO A QUE USTED BEBE?
10. + HA TENIDO PLEITOS CON OTRAS PERSONAS CUANDO TOMA?
11. + EL TOMAR LE HA CREADO PROBLEMAS CON SU ESPOSO (A) PADRES O ALGUN PARIENTE?
12. + ALGUNA VEZ CUANDO ALGUN FAMILIAR HA SUGERIDO QUE SE LE AYUDE POR SU COSTUMBRE DE BEBER?
13. + HA PERDIDO AMIGOS PORQUE USTED TOMA?
14. + HA TENIDO PROBLEMAS EN EL TRABAJO PORQUE USTED TOMA?
15. + HA LLEGADO A PERDER ALGUN TRABAJO PORQUE USTED BEBE?
16. + ALGUNA VEZ HA DESCUIDADO SUS OBLIGACIONES SU FAMILIA O SU TRABAJO POR DOS O MAS DIAS DEBIDO A SU COSTUMBRE DE BEBER?
17. + ALGUNA VEZ HA BEBIDO EN LAS MAÑANAS?
18. + ALGUNA VEZ HA SENTIDO LA NECESIDAD DE DISMINUIR SU CONSUMO DE ALCOHOL?
19. + HA PENSADO ALGUNA VEZ EN QUE ES NECESARIO QUE DEJE DE TOMAR ALCOHOL COMPLETAMENTE?
20. + ALGUNA VEZ LE HAN DICHO QUE TIENE PROBLEMAS CON SU HIGADO?
21. + ALGUNA VEZ HA TENIDO EPISODIOS DE CONFUSION Y NERVIOSISMO SEVEROS EN DONDE SE IMAGINA COSAS QUE NO SON CIERTAS Y/O DICESAS INCONGRUENTES POR HABER TOMADO EN EXCESO?
22. + DESPUES DE BEBER EN FORMA EXAGERADA, ALGUNA VEZ HA TENIDO TEMBLOR NERVIOSO, HA OIDO VOCES O VISTO COSAS QUE NO EXISTE?
23. + DEBIDO A SU COSTUMBRE DE TOMAR ALGUNA VEZ HA PEDIDO AYUDA?
24. + ALGUNA VEZ HA ESTADO HOSPITALIZADO DEBIDO A SU COSTUMBRE DE BEBER?
25. + ALGUNA VEZ LE HA DICHO UN DOCTOR QUE DEJE DE BEBER?
26. + HA SIDO PACIENTE DE UN HOSPITAL PSIQUIATRICO O DE UN SERVICIO DE PSIQUIATRIA DE UN HOSPITAL GENERAL?
27. + SU CONSUMO DE ALCOHOL FUE PARTE DEL PROBLEMA POR EL CUAL FUE HOSPITALIZADO?
28. + ALGUNA VEZ HA VISTO ALGUN PSIQUIATRA PSICOLOGO, MEDICO GENERAL O SACERDOTE DEBIDO A PROBLEMAS EMOCIONALES?
29. + ALGUNA VEZ LO HAN DETENIDO POR MANEJAR EN ESTADO DE EBriedAD?
30. + LO HAN DETENIDO ALGUNA VEZ POR OTRAS RAZONES EN ESTADO DE EBriedAD?
31. + ALGUNO DE SUS PARIENTES HA TENIDO PROBLEMAS POR BEBER?
+ PADRES
+ HERMANOS(AS)
+ ESPOSO (A),
+ HIJOS (AS)

REFERENCIAS:

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 1.- Calderón-Narváez, Guillermo: El Alcoholismo, problema médico-social. Gac. Méd. Méx. 116:239, 1980.
- 2.- Organización Mundial de la Salud: Segundo Informe del SubComité de Alcoholismo. Serie de Informes Técnicos No. 48. Ginebra 1954.
- 3.- Criteria Commite National Council on Alcoholism: Criteria for the diagnosis Of Alcoholism, Ann. Intern Med. 77:249, 1972.
- 4.- Criteria Commite National Council on Alcoholism; Criteria for the diagnosis of Alcoholism, Am. J. Psychiatry, 129; 127, 1972.
- 5.- Caso, Muñoz Agustín: Fundamentos de Psiquiatria, 2a. ed. México. Ed. Limusa 1982.
- 6.- Saunders, J.B. ABC of Alcohol. Br. Med. J. 283: 1380, 1981.
- 7.- Escotto, Velázquez Jorge: Aparato Digestivo y Alcoholismo. Rev. Fac. Med. - Méx. 18:28, 1982.
- 8.- Lieber, S. Charles: Hepatic and Metabolic Complications of Alcoholism. Practical Gastroenterology VII (2): 27, 1983.
- 9.- Mendelson, H. Jock: Biologic Concomitants of Alcohlims, N. Engl. J. Med. -- 317 (17):912, 1979.
- 10.- Lewis, K.O.; ABC of alcohol. Br. Med. J. 283; 1531, 1981.
- 11.- Paton, A. Saunders: ABC of Alcohol. Br. Med. J. 283, 1248, 1981.
- 12.- Colman, Neville: Nutritional and Hematological Complications of Alcoholism. Practical Gastroenterology. VII (4); 6 1983.
- 13.- Baptista, Amelia et al: Alcohlic Liver Disease: Morphological manifestations Lancet. 28; 707, 1981.
- 14.- Phillips, Gerald; Acute Hepatic Insufficiency of the Chronic Alcoholic. JAMA 238 (2); 161, 1977.
- 15.- Serrell, F. Michael; Alcohlic Liver Disease. Practical Gastroenterology VI (2) 36, 1982.
- 16.- Sherin, Kevin: Screening for Alcohlims. AFP 26(1); 179, 1982.
- 17.- Paton, A; Saunders, J.B. ABC of Alcohol. Br. Med. J. 283, 1458, 1981.
- 18.- Davis, Nelson, Early Signs of Alcohoism. JAMA 238 (2); 161, 1977.
- 19.- Graham, V. Antonnette: Early Diagnosis and Treatment of alcohlims The Journal of Family Practice. 19(3); 297, 1984.
- 20.- Ewing, A. John: Recognizing, Confronting and Helping the Alcoholic. AFP. 18 (5); 108, 1978.
- 21.- Clark, D. Williams: Alcoholism; Blocks to Diagnosis and Treatment. JAMA 71; 275; 1981.
- 22.- Smerdon, G. ABC of Alcohol. Br. Med. J. 284 (6); 251, 1982.
- 23.- Leckman, Lane A. et al. Prevalence of Alcoholism in a Family Practice Center. The Journal of Familiy Practice. 18(6); 867, 1984.
- 24.- Kessel, Neil; Some Facets of the Epidemiology of Alcoholism, Journal of the - Royal College of Physicians of London. 16(3); 172, 1982.
- 25.- Aronow, Lewis: Special Report. Research opportunities in Alcoholism. N. Engl. J. Med. 303; 595, 1980.
- 26.- Smith, Richard; Alcohol and Alccholism, Br. Med. J. 284, 183, 1982.

- 27.- De la Fuente, Juan Ramón: Detección Precóz de Alcoholismo en una Población Hospitalaria. Rev. Invest. Clin. (Méx.) 34; 1, 1982.
- 28.- Paton, A: ABC of Alcohol. Br. Med. J. 283; 1318, 1981.
- 29.- Paton, A: ABC of Alcohol. Br. Med. J. 283; 1981.
- 30.- Langevin, R. et al: Tje Role of Alcohol, Drugs, Suicide Attempts and Situational Strains in Homicide Committed by offenders Seen for Psychiatric Assessment Acta Psyciat. scand. 66; 229, 1982.
- 31.- Selzer, ML. The Michigan Alcoholism Screening Test: The Quest for a New Diagnostic Instrument. Am. J. Psychiatry, 127; 1653, 1971.
- 32.- Swenson, W.M.: The Use of a Self-administered Alcoholism Screening Test (SAST) in a Medical Center. Mayo Clin. Proc. 50; 204, 1975.
- 33.- Mayfield, D: The CAGE questionnaire: Validation of a New Alcoholism Screening -- Instrument. Am. J. Psychiat. 131: 1121, 1974.
- 34.- Bernardt et al: Comparison of Questionnaire and Laboratory Tests in the Detection of Excessive Drinking and Alcoholism. Lancet, Feb. 6; 325, 1982.
- 35.- ibid, p;325.
- 36.- Edwards, G: Patients with drinking problems. Br. Med. J. 4;435, 1969.
- 37.- Jarman, C.N.: Alcoholism in the General Hospital. Br. Med. J. 2;469, 1979.
- 38.- Nemat, S. Moussavian; Serum Gamma-Glutamyl Transpeptidase and Chronic Alcoholism. Digestive Diseases and Sciences, 30(3): 211, 1985.
- 39.- Shaw, Spencer: Biological Markers for the Diagnosis of Heavy Drinking. Practical Gastroenterology, VII (2) 1982.
- 40.- Meser, J. Screening Tests for Alcoholism, Lancet, Nov. 22;1117, 1970.
- 41.- Vandale, Susan et al: Glosario breve de epidemiología Rev. Fac. Med. Méx. 17;5 1974.