

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF NO. 24 TEPIC, NAYARIT

PREVALENCIA DE ALCOHOLISMO Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN UNA
POBLACIÓN ADSCRITA A MEDICO FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



U.M.F. No. 24
TEPIC, NAY.

DR. RAFAEL MIRAMONTES GONZALEZ

TEPIC, NAYARIT

2005

m344282



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.

PREVALENCIA DE ALCOHOLISMO Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN UNA
POBLACIÓN ADSCRITA A MEDICO FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN
MEDICINA FAMILIAR

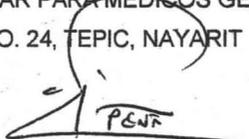
PRESENTA:

DR. RAFAEL MIRAMONTES GONZALEZ

AUTORIZACIONES:



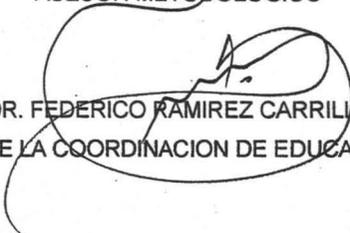
DRA. VERONICA CANDELARIA RUIZ SANDOVAL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
UMF NO. 24, TEPIC, NAYARIT



M en C. SALVADOR PEÑA VIRGÉN
ASESOR DE TEMA DE TESIS



M en C. SALVADOR PEÑA VIRGÉN
ASESOR METODOLÓGICO



DR. FEDERICO RAMIREZ CARRILLO
ENCARGADO DE LA COORDINACION DE EDUCACION EN SALUD

PREVALENCIA DE ALCOHOLISMO Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN UNA
POBLACIÓN ADSCRITA A MEDICO FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. RAFAEL MIRAMONTES GONZALEZ

AUTORIZACIONES:

~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNANDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Titulo

Prevalencia de alcoholismo y disfunción familiar en una población adscrita a medico familiar.

Índice	
Marco teórico	3
Planteamiento del problema.	9
Justificación.	10
Objetivos.	11
General.	
Específicos.	
Hipótesis	12
Metodología.	13
Tipo de estudio.	
Población, lugar y tiempo de estudio.	
Tipo de muestra y tamaño de la muestra.	
Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.	
Información a recolectar.	
Método para captura de la información.	
Consideraciones éticas.	
Resultados.	15
Descripción de los resultados.	
Tablas y gráficos.	
Discusión de los resultados.	21
Conclusiones.	22
Referencias bibliográficas.	23
Anexos.	27

Marco Teórico.

El alcohol es una de las drogas que por su fácil acceso y poderosa propaganda que recibe, se ha convertido en un verdadero problema social en casi todos los países y en todas las edades a partir de la adolescencia. El alcohol es la droga más ampliamente empleada por los adolescentes en E.U.¹ y México.² Quizá mucha gente piense que mientras no se convierta en alcohólico típico, las consecuencias de beber frecuentemente y en altas dosis no son tan alarmantes. Pero los estragos del alcohol pueden ser graves y muchos de ellos irreversibles. El termino alcoholismo intenta abarcar, no sin dificultades, la definición de un fenómeno sumamente complejo relacionado con el consumo de alcohol cuando este alcanza la condición de dependencia.

La Organización Mundial de la Salud,³ que emplea el termino Síndrome de Dependencia del Alcohol para aludir a esta enfermedad, lo concibe como "un estado de cambio en el comportamiento de un individuo que incluye, además de una alteración manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente socio-cultural..."

Las estadísticas nos dan a conocer algunas de las cifras acerca del alcoholismo; así como ha ido incrementando en los últimos años en los jóvenes y mujeres en el mundo. A pesar de los resultados esperanzadores del tratamiento actual, se estima en más de 100.000 el número de muertos anuales sólo en Estados Unidos a causa del alcohol.¹

En México, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 1998 manifestó una incidencia más alta en el grupo de población de 18 a 29 años.⁴ Hace 10 años, la relación hombre-mujer era de 7 : 3, actualmente es 6 : 4. En forma global los datos obtenidos a través de las Encuestas Nacionales de 1988, 1993 y 1998 muestran que en nuestro país el consumo de bebidas alcohólicas continúan como una característica de la población masculina: el 77% de los varones entre 18 y 65 años de edad en las zonas urbanas reporto haber tomado en los 12 meses previos a la entrevista, en tanto que solo el 45 % de las mujeres lo hizo.⁵

Ahora bien, aunque la diferencia del género en el consumo son aun notables, existe una tendencia al incremento del mismo en la población femenina, como lo demuestra el hecho de que entre 1988 y 1998 la tasa de abstinencia entre las mujeres pasó del 63.5 al 55.3 por 100.⁶

En 1980 la UNAM llevo a cabo una encuesta entre 5 225 estudiantes universitarios, que se clasificaron como "no bebedores" al 27 %, "bebedores ocasionales" al 46 % y "bebedores habituales" al 27 %. En relación al sexo femenino el 41.8% reportaron no consumir alcohol, el 46.3 % lo hace ocasionalmente, y el 11.9 % se considero bebedora habitual; el masculino, el 22% reportó no consumo, el 45.5% lo hace en forma ocasional y el 32.5% lo hace de manera habitual. El 32.5% de los estudiantes reporto haber iniciado la ingestión de bebidas alcohólicas entre 16 y los 18 años.⁷

Las evidencias de estudios de familias, gemelos y adopción apoyan un fuerte componente genético para el riesgo de dependencia al alcohol.^{8,9} En general, la mayoría de los estudios de gemelos han demostrado una mayor concordancia de dependencia al alcohol entre gemelos monocigotos que dicigotos. En general, los estudios de adopción demuestran que los niños adoptados con un padre biológico alcohólico tienen un riesgo dos a tres veces mayor de alcoholismo que los niños adoptados cuyos padres biológicos no son alcohólicos. Los estudios de adolescentes no alcohólicos y adultos jóvenes con y sin historia familiar de alcoholismo proporcionan evidencias de diferentes patrones electroencefalográficos y en las respuestas de comportamiento y fisiológicas ante dosis de prueba de alcohol que pueden relacionarse con mayor riesgo. La búsqueda de un gen responsable de transmitir el riesgo al alcoholismo se ha enfocado principalmente en el gen humano del receptor de dopamina D2 (DRD2). A pesar de que un estudio de alcohólicos fallecidos reportó asociación con este gen,¹⁰ otros estudios no la han confirmado.¹¹ Otros genes que pudieran conferir susceptibilidad son el de la alcohol deshidrogenasa-2 (ADH2), el de la aldehído deshidrogenasa-2 (ALDH2) y el autorreceptor de serotonina HTR1B.^{12,13} Aunque la predisposición genética claramente implica mayor riesgo para los problemas relacionados con el alcohol, también las influencias ambientales confieren riesgo. Estas incluyen eventos negativos en la vida, estrés laboral, expectativas sobre el alcohol, factores de personalidad

(v.gr., problemas de comportamiento durante la adolescencia) e influencias interpersonales (v.gr., comportamiento de la familia o amigos).^{9,14,15}

Definiciones y clasificación:

Alrededor del 73 por ciento de los adultos de los Estados Unidos consumen alcohol.¹⁶ Cuando se considera el espectro de manifestaciones clínicas en los pacientes que pueden tener problemas relacionados con el alcohol es útil distinguir tres tipos de uso de alcohol: el no problemático, la ingesta moderada, la ingesta peligrosa o en riesgo, que coloca al paciente en riesgo de sufrir problemas relacionados con el alcohol, y la ingesta peligrosa, que causa en forma directa problemas específicos. Los pacientes con problemas más avanzados en relación con el consumo de alcohol pueden satisfacer los criterios de dependencia o abuso de alcohol.¹⁷ Un estudio sugiere que la prevalencia de ingesta peligrosa y dañina en los pacientes que se atienden en primer nivel varía de 4 a 29 por ciento y de 1 a 10 por ciento, respectivamente.¹⁸ Estas definiciones se basan en estudios epidemiológicos que demuestran asociación entre niveles específicos de consumo de alcohol y aumento en los problemas de salud y la mortalidad.^{19,20}

INGESTA MODERADA

El NIAAA ingesta moderada de alcohol por el promedio de bebidas consumidas por día que colocan al adulto en un riesgo relativamente bajo de sufrir problemas de salud relacionados.²¹ Para los varones menores de 65 años ingesta moderada implica beber un promedio de no más de dos copas por día. Para los varones mayores de 65 años y para las mujeres ingesta moderada se define como beber menos de dos copas por día.

INGESTA CON RIESGO

La ingesta con riesgo (que corresponde a la categoría de uso peligrosa en el esquema desarrollado por la Organización Mundial de la Salud [OMS]³) ocurre cuando se excede el nivel de ingesta moderada o cuando el número de copas ingeridas en una ocasión excede una cantidad específica (cuatro copas por ocasión para los varones y tres para las mujeres).

INGESTA DAÑINA

La ingesta dañina se define como el consumo de alcohol que causa daño físico o psicológico. Este trastorno también se reconoce por la OMS y se define por los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Revisión 10 (ICD-10), como (1) evidencia clara de que el alcohol es responsable del daño físico o psicológico, (2) la naturaleza del daño puede identificarse, (3) el consumo de alcohol ha persistido por lo menos 1 mes o ha ocurrido en forma repetida durante el periodo previo de 12 meses y (4) el individuo no satisface los criterios para dependencia al alcohol.

ABUSO DE ALCOHOL

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) ha desarrollado criterios específicos para diagnosticar abuso de alcohol.¹⁷ En el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, edición cuarta (DSM-IV), el abuso de alcohol se define como un patrón de mala adaptación al uso de alcohol que causa alteraciones o estrés clínicamente significativo, manifestado en un periodo de 12 meses por uno o más de los siguientes problemas:¹⁸ (1) dificultad para cumplir con las obligaciones en el trabajo, escuela u hogar, (2) uso recurrente de alcohol en situaciones peligrosas, (3) problemas legales relacionados con el alcohol y (4) uso continuo a pesar de problemas sociales relacionados al alcohol.

DEPENDENCIA AL ALCOHOL

Según los criterios de la APA, la dependencia al alcohol se manifiesta por un patrón de mal uso de alcohol en un periodo de 12 meses que incluya tres o más de los siguientes problemas:¹⁷ (1) tolerancia psicológica, caracterizada por aumento en la cantidad de alcohol consumido o por reducción en los efectos en la cantidad de alcohol que se consume en forma habitual, (2) síntomas de supresión, (3) uso de mayor cantidad de alcohol durante un periodo mayor de lo deseado, (4) deseo persistente o intentos infructuosos de controlar el uso, (5) emplear mayor tiempo para obtener alcohol, usarlo o recuperarse de su uso, (6) reducción en las actividades sociales, laborales o recreativas importantes y (7) uso continuo a pesar de problemas físicos o psicológicos.

ALCOHOLISMO

El término alcoholismo, que quizá es el más usado para describir a los pacientes con problemas de alcohol, ha perdido mucha de su utilidad por la imprecisión en su definición y los estigmas asociados al término. Un panel de 23 expertos reunidos por el Consejo Nacional sobre Alcoholismo y Dependencia a Drogas de los EUA y la Asociación Americana de Medicina de la Adicción definió alcoholismo de la siguiente manera:²¹ "...una enfermedad crónica, primaria, con factores genéticos, psicosociales y ambientales... con frecuencia progresiva y fatal... caracterizada por mal control sobre el beber, preocupación por el alcohol, uso de alcohol a pesar de consecuencias adversas y alteraciones en el pensamiento, principalmente negación." Sin embargo, la terminología más precisa de los problemas específicos relacionados al alcohol es clínicamente más útil.

El alcoholismo consideramos que, es uno de los factores principales para la disfunción familiar definiendo a esta como: *familia es un grupo de personas unidas por lazos de parentesco, matrimonio o adopción, que viven en un mismo espacio geográfico y que establecen determinado nivel de relaciones afectivas.*²²

La disfunción familiar puede ser en dos corrientes, por un lado el conyugal que básicamente interesa a la pareja, con funciones de comunicación, adjudicación de roles, satisfacción sexual, afecto y expectativas como pareja, incluyéndose en cada una de estas funciones parámetros específicos; y por el otro lado, el parental donde están incluidos los demás componentes de la familia, con funciones específicas de comunicación, afecto, cuidado, educación y autoridad.

Planteamiento del problema.

El alcoholismo es una enfermedad que día a día cobra mayor importancia. Debido a su incidencia es visto como algo normal por la sociedad, e incluso por el personal médico a sabiendas que afecta la salud en lo biológico, psicológico y social, incrementando la disfunción familiar en el subsistema conyugal y parental, involucrando las funciones de cuidado, afecto, educación y comunicación (socialización).

Sin embargo a pesar de lo anterior, en la práctica clínica a esta patología se le minimiza su participación en el bienestar biopsicosocial. Es de interés conocer si en el núcleo familiar hay alcoholismo y si este se asocia con disfunción familiar.

Por lo que se determinara cual es la prevalencia de alcoholismo y la asociación de disfunción familiar en la población adscrita al consultorio 2 de la UMF 26 del IMSS de Xalisco, Nayarit.

Justificación

La consulta de medicina familiar en la clínica número 26 del IMSS de la Delegación Nayarit, tiene una alta incidencia de motivo de consulta por disfunción familiar, tanto en el subsistema conyugal como parental, por lo que es conveniente investigar si el alcoholismo tiene relación con dicha disfunción y al mismo tiempo determinar la prevalencia del alcoholismo en nuestros derechohabientes, con el propósito de establecer estrategias asistenciales y educativas para ayudar a estos núcleos familiares y mantener el ambiente bio-psico-social en equilibrio.

Objetivos

General

Investigar la prevalencia de alcoholismo y grado de disfunción familiar en población adscrita al consultorio No. 2 turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) número 26 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Xalisco, Nayarit.

Específicos:

1. Determinar las características de las familias derechohabientes con miembros alcohólicos del consultorio no. 2 turno vespertino de la UMF No. 26, IMSS.
2. Determinar el grado de alcoholismo y disfunción familiar de los miembros de las familias derechohabientes del consultorio 2 turno vespertino UMF 26, IMSS.

Hipótesis.

H₁ La prevalencia de alcoholismo y disfunción familiar es alta en población adscrita al consultorio No 2 turno vespertino UMF 26 IMSS Xalisco, Nay.

H₀ La prevalencia de alcoholismo y disfunción familiar es igual en población adscrita al consultorio No 2 turno vespertino UMF 26 IMSS Xalisco, Nay.

Metodología

Tipo de estudio

Descriptivo, prospectivo y transversal.

Será en núcleos familiares de la población adscrita al consultorio número 2 del turno vespertino de la UMF 26 del IMSS que radiquen en la población de Xalisco Nayarit.

Muestreo probabilístico, aleatorio simple.

Por conveniencia 200 trabajadores.

De los anaqueles del consultorio número 2 se tomará en forma alternada uno de cada cuatro expedientes, hasta completar 200.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación de los sujetos de estudio.

Criterios de inclusión.

Los núcleos familiares que salgan sorteados del muestreo aleatorio simple, adscritos al consultorio número 2 del turno vespertino de la UMF 26 del IMSS.

Criterios de exclusión.

Se excluirán del estudio aquellos núcleos familiares que no respondan en forma completa los cuestionarios.

Criterios de eliminación:

Se eliminarán a aquellos núcleos familiares que no se localicen por cambio de domicilio.

Sistema de captación de la información.

Hoja de registro para captura de datos sociodemográficos, un individuo por formato. Anexo 1.

Entrevista y aplicación cara a cara del cuestionario de identificación de desórdenes por uso de alcohol (AUDIT). Anexo 2.

Entrevista y aplicación del Cuestionario de Chávez-Aguilar para evaluación de la disfunción familiar. Subsistema conyugal. Anexo 3.

Entrevista y aplicación del Cuestionario de Chávez-Aguilar para evaluación de la disfunción familiar. Subsistema parental. Anexo 4.

Consideraciones éticas aplicables al estudio.

Este trabajo está basado en los principios fundamentales de investigación clínica vertidos en la declaración de Helsinki, modificación de Tokio, 1975.

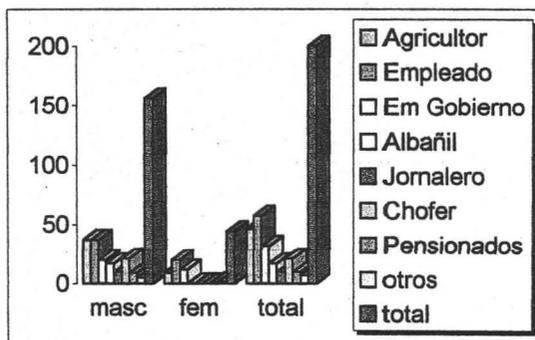
Es un estudio observacional que no viola las leyes sobre investigación en seres humanos, la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, ni los lineamientos del Instituto Mexicano del Seguro Social para la investigación. No obstante para la encuesta se solicitará el consentimiento informado del paciente y su identidad se mantendrá en anonimato.

Resultados.

En la UMF numero 26 del IMSS, Delegación Nayarit, el consultorio número dos, tiene 899 asegurados, beneficiarios 638 y menores de 16 años 764 con un total de 2301 derechohabientes. Se tomo una muestra aleatoria simple de 200 expedientes de asegurados, uno de cada cuatro. A todos los seleccionados se les visitó en su domicilio para aplicar el cuestionario AUDIT y el test de Chavez Aguilar, para determinar el grado de alcoholismo y la disfunción familiar.

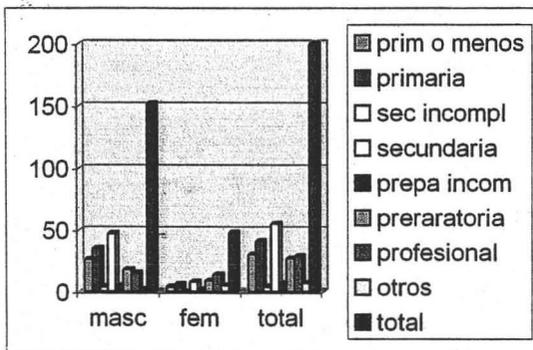
Los resultados sociodemográficos (Tabla 1) fueron: Por edad: el grupo mayor corresponde a los de 30 a 39 años 66 (33%), 40 a 49 son 36 (18%), de 20 a 29 años 34 (17%). Por sexo: masculinos 150 (75%) y femeninos 50 (25%).

Ocupación: empleados 57 (28.5%), agricultores 46 (23%), empleados de gobierno 32 (16%), choferes 21 (10.5%), dedicados a la albañilería 17 (8.5%), jornaleros 10 (5%) y pensionados 10 (5%), otros empleos 7 (3.5%). En el estado civil, predominan los casados 170 (85%). Grafica 1.



Grafica 1. Distribución por empleo.

La escolaridad revela que tiene secundaria terminada 55 (27.55%), primaria terminada 41 (20.5%), primaria incompleta o menos son 30 (15%), con estudios profesionales 29 (14.5%). Grafica 2.



Grafica 2. Distribución por escolaridad.

El ingreso familiar mensual referido fue con menos de 2,500 pesos en 36 (18%), de 2500 a 5,000 128 (64%) y con mas de 5,000 pesos 36 (18%).

CARACTERISTICA	VARIABLE		
SEXO	FEMENINO	50	
	MASCULINO	150	
TOTAL		200	
OCUPACIÓN	AGRICULTOR	46	
	EMPLEADOS	57	
	EMPLEADO GOBIERNO	32	
	ALBAÑIL	17	
	JORNALERO	10	
	CHOFER	21	
	PENSIONADO	10	
	OTROS	7	
TOTAL		200	
ESTADO CIVIL	SOLTEROS	6	
	CASADO	170	
	VIUDO	8	
	UNION LIBRE	8	
	DIVORCIADOS	5	
ESCOLARIDAD	PRIMARIA INCOMPLETA	30	
	PRIMARIA	41	
	SECUNDARIA INCOMPLETA	4	
	SECUNDARIA	55	
	PREPARATORIA INCOMPLETA	7	
	PREPARATORIA	27	
	PROFESIONAL	29	
	TECNICOS	2	
	TOTAL		200
INGRESO MENSUAL PESOS	1,500 A 2,500	36	
	2,500 A 5,000	128	
	5,000 A MAS	36	
TOTAL		200	
GRUPOS ETAREOS	MASCULINOS	FEMENINOS	
	0 A 19	0	3
	20 A 29	24	10
	30 A 39	50	16
	40 A 49	29	7
	50 A 59	14	6
	60 A 69	16	5
	70 A MAS	17	3
	TOTAL	150	50

TABLA 1.- Características sociodemográficas de la población estudiada.

Para investigar disfunción familiar se aplico el test de Chávez Aguilar a cada paciente, tomando como disfuncional los que tuvieran 70 puntos o menos, y para determinar alcoholismo el cuestionario AUDIT considerando alcoholismo puntaje de 9 o mas, resultando lo siguiente:

En la encuesta de 200 pacientes, en el rublo que mide el aspecto conyugal se identifico a 64 (32%) pacientes con disfunción y 71 (35.5%) con alcoholismo, con disfunción y alcoholismo fueron 37 (18.5%) pacientes, 27 (13.5%) pacientes con disfunción sin alcoholismo y 102 (51%) pacientes sin disfunción ni alcoholismo.

Cuadro 1.

		Disfunción conyugal		
		+	-	
Alcoholismo	+	37	34	71
	-	27	102	129
Total		64	136	200

Cuadro 1.

En la encuesta de 200 pacientes, en el rublo que mide el aspecto parental se identifico a 11 (5.5%) pacientes con disfunción y 71 (35.5%) con alcoholismo, con disfunción y alcoholismo fueron 9 (4.5%) pacientes, 2 (1%) pacientes con disfunción sin alcoholismo y 127 (63.5%) pacientes sin disfunción ni alcoholismo.

Cuadro 2.

		Disfunción parental		
		+	-	
Alcoholismo	+	9	62	71
	-	2	127	129
Total		11	189	200

Cuadro 2.

En la encuesta de 200 pacientes, en la suma de disfunción en el subsistema conyugal y subsistema parental se identifico a 75 (37.5%) pacientes con disfunción y 142 (71%) con alcoholismo, con disfunción y alcoholismo fueron 46 (23%) pacientes, 29 (14.5%) pacientes con disfunción sin alcoholismo y 29 (14.5%) pacientes sin disfunción ni alcoholismo. Cuadro 3.

		Disfunción total		
		+	-	
Alcoholismo	+	46	96	142
	-	29	29	58
Total		75	125	200

Cuadro 3.

El resultado de la encuesta sobre alcoholismo revela una prevalencia del 71%, 142 pacientes cumplen el criterio de evaluación para alcoholismo en sus diferentes grados. La prevalencia para disfunción familiar total fue de 37.5% 75 pacientes, correspondiendo a disfunción conyugal una prevalencia de 32% (64 pacientes) y a la parental 5.5% (11 pacientes). La prevalencia de disfunción en los expuestos al alcoholismo fue de 32.4% y la prevalencia de disfunción en no alcohólicos fue de 50%, y la razón de prevalencia de la enfermedad fue de 0.64 lo que traduce que la prevalencia de disfunción familiar es menor en los no alcohólicos.

En el subsistema conyugal el *Odd ratio* (OR) fue de 4.11 (IC₉₅ 2.19 – 7.72) con 37 de 71 pacientes disfuncionales con alcoholismo, comparado con solo 27 de 129 sin alcoholismo. Cuadro 1.

El OR en el subsistema parental es de 9.22 (IC₉₅ 1.93 – 43.95) ya que solo dos de 129 pacientes sin alcoholismo tienen disfunción parental, comparado con 9 de 71 con alcoholismo. Cuadro 2.

Si se analizan ambas disfunciones el OR es solo de 0.48 (IC₉₅ 0.26 – 0.89) ya que solo 46 de 142 alcohólicos presentaron la disfunción en comparación con 29 de 58 que no resultaron alcohólicos. Cuadro 3.

Discusión.

Los resultados obtenidos de esta muestra revelan que hay más pacientes del sexo masculino que son trabajadores, lo que no concuerda con los indicadores nacionales que mencionan una igualdad en género, posiblemente por el aspecto machista de la población. El 65 % de la muestra tiene educación básica, equivalente a secundaria o menos, y solo un 14.5% con educación profesional, lo que si se compara con el empleo se observará que predominan labores pobremente remuneradas, y el 18% ganan dos veces el salario mínimo, 64% entre dos y cuatro salarios mínimos y solo 18% ganan mas de 5 salarios mínimos.

Llama la atención que el alcoholismo esta presente en el 71% de la muestra y la disfunción familiar se presente mas en el subsistema conyugal en 37 pacientes comparado con 9 del subsistema parental, esto puede ser debido al afecto y protección que ejerzan ambos padres hacia los hijos.

También puede ser a consecuencia de los sesgos que tiene este tipo de estudios como son el de cortesía en que la persona contesta la encuesta tratando de complacer al entrevistador, y sobre todo el sesgo de información donde es poco verídica la respuesta.

Conclusiones.

La muestra estudiada revela alta prevalencia de alcoholismo y disfunción familiar, por lo que se acepta la hipótesis alterna.

En esta muestra, la disfunción familiar no se ve influenciada por el alcoholismo.

En este grupo de pacientes hay mas disfunción en el subsistema conyugal que en el parental.

Se tendrán que estudiar otros núcleos poblacionales para corroborar estos resultados, haciendo hincapié en que las sean libres de sesgo.

Se deberán hacer estudios para identificar factores que conlleven a los pacientes a altos consumos de alcohol.

Se deberán hacer otros estudios para identificar factores que conlleven a los pacientes a disfunción en el subsistema conyugal.

Bibliografía.

1. Substance Abuse: The Nation's Number One Health Problem, key Indicators for Policy. Institute for Health Policy, Brandeis University, for The Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, New Jersey, 1993
2. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, SSA, Encuesta Nacional de Adicciones. Diseño conceptual México 1987.
3. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, et al. 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.
4. Secretaria de Salud, Encuesta Nacional de Adicciones. México 1998. México, D.F. SSA, 1999:12-18.
5. Secretaria de Salud, Encuesta Nacional de Adicciones. México 1993. México, D.F. SSA, 1994:34,38.
6. Tapia R, Medina-Mora ME, Sepúlveda J, De la Fuente JR, Kumate J. La Encuesta Nacional de Adicciones de México. Salud Publica Mex 1990;32:507-522.
7. Programa de acción: Adicciones. Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. SSA/CONADIC.2001
8. Beirut LJ, Dinwiddie SH, Begleiter H, et al. Familial transmission of substance dependence: alcohol, marijuana, cocaine, and habitual smoking: a report from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. Arch Gen Psychiatry 1998;55:982.
9. Schuckit MA. Genetics of the risk for alcoholism. Am J Addict 2000;9:103.

10. Blum K, Noble EP, Sheridan PJ, et al. Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism. *JAMA* 1990;263:2055.
11. Gelernter J, O'Malley S, Risch N, et al: No association between an allele at the D2 dopamine receptor gene (DRD2) and alcoholism. *JAMA* 1991; 266:1801.
12. Goldman D, Bergen A: General and specific inheritance of substance abuse and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:964.
13. Lappalainen J, Long JC, Eggert M, et al: Linkage of antisocial alcoholism to the serotonin 5-HT1B receptor gene in 2 populations. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:989.
14. Ninth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. U.S. Department of Health and Human Services, Washington, D.C. 1997
15. Light JM, Irvine KM, Kjerulf L: Estimating genetic and environmental effects of alcohol use and dependence from a national survey: a "quasi-adoption" study. *J Stud Alcohol* 1996;57:507.
16. Winick C: Epidemiology of alcohol and drug abuse. *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, et al, Eds. Williams & Wilkins, Baltimore, 1992.
17. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994
18. Reid MC, Fiellin DA, O'Connor PG: Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. *Arch Intern Med* 1999;159:1681.

19. Camargo CA Jr, Hennekens CH, Gaziano JM, et al: Prospective study of moderate alcohol consumption and mortality in US male physicians, Arch Intern Med 1997;157:79.
20. Fuchs CS, Stampfer MJ, Colditz GA, et al. Alcohol consumption and mortality among women. N Engl J Med 1995;332:1245.
21. Morse RM, Flavin DK. The definition of alcoholism. The Joint Committee of the National Council on Alcoholism and Drug Dependence and the American Society of Addiction Medicine to Study the Definition and Criteria for the Diagnosis of Alcoholism. JAMA 1992;268:1012.
22. Pérez C. Crisis familiares no transitorias. Rev Cubana Med Gen Integ 1992; 8: 2
23. Huerta-Gonzalez, Jose Luis. La Familia en el proceso Salud. Enfermedad Mexico: Tangamanga, 1998; 49
24. Chavez-Aguilar v. Instrumentos de abordaje para el estudio integral de la salud familiar. Rev Mex Med Fam 1989;3:47-67.
25. Villa AR. ¿Cómo se elige una prueba estadística?. En Calva-M JJ. Temas de medicina interna Epidemiología Clínica, México, Nueva Editorial Interamericana, 1994; 351-58

Anexo 1.- Captura de datos sociodemográficos

Numero afiliación _____

Nombre _____ apellido _____ apellido _____

Edad _____ Sexo _____ Ocupación _____

Estado civil _____ Escolaridad _____

Domicilio _____

Anexo 2.- Cuestionario de identificación de uso desordenado de alcohol (AUDIT).

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre el consumo de bebidas alcohólicas. Me refiero a bebidas como la sidra, la cerveza, la cerveza llamada sin alcohol, vino, licores, coñac, ginebra y otros. Para entendernos a partir de ahora cuando nos refiramos a una bebida alcohólica será el equivalente a una caña de cerveza o una copa de vino, un vermouth, una copa de licor de frutas, medio cubalibre o medio whisky.

Marque con un círculo la respuesta correcta de acuerdo a su caso.

1.- ¿Con que frecuencia se toma alguna bebida alcohólica?

Nunca	Menos de una al mes	2 o 3 veces al mes
2 o 3 veces por semana	4 o más veces por semana	

2.- ¿Cuántas bebidas alcohólicas suele tomar durante un día de consumo normal?

1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 o 9	10 o más
-------	-------	-------	-------	----------

3.- ¿Con que frecuencia toma 6 o mas bebidas en una sola ocasión?

Nunca	Menos de una al mes	Una vez al mes
Una vez a la semana	Diariamente o casi siempre	

4.- ¿Con que frecuencia en el curso del ultimo año se ha sentido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?

Nunca	Menos de una al mes	Una vez al mes
Una vez a la semana	Diariamente o casi siempre	

5.- ¿Con que frecuencia en el curso del ultimo año no pudo hacer lo que se esperaba de usted debido a la bebida?

Nunca	Menos de una al mes	Una vez al mes
Una vez a la semana	Diariamente o casi siempre	

6.- ¿Con que frecuencia en el curso del ultimo año ha necesitado beber por la mañana para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

Nunca	Menos de una al mes	Una vez al mes
Una vez a la semana	Diariamente o casi siempre	

7.- ¿Con que frecuencia en el curso del ultimo año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

Nunca	Menos de una al mes	Una vez al mes
Una vez a la semana	Diariamente o casi siempre	

8.- ¿Con que frecuencia en el curso del ultimo año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque estaba bebiendo?

Nunca

Menos de una al mes

Una vez al mes

Una vez a la semana

Diariamente o casi siempre

9.- ¿Usted u otra persona a sufrido algún daño como consecuencia de que usted hubiera bebido?

No

Si pero no en el ultimo año

Si durante el ultimo año

10.- ¿Algún pariente, amigo, medico o profesional sanitario ha mostrado su preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

No

Si pero no en el ultimo año

si durante el ultimo año

Consumo de alcohol

Consumo normal	8 puntos o menos
Consumo problema	9 a 18 puntos
Consumo dañino	19 o mas puntos

Anexo 3.- Evaluación integral de la familia a través del ámbito social, sociodinámico y psicológico, de Chávez-Aguilar. Subsistema conyugal.

FUNCIONES	PARAMETROS	CALIF. ASIGNADA	%
I.- COMUNICACIÓN	a) Clara	10	30
	b) Directa	10	
	c) Congruente	10	
II. ADJUDICACION Y FUNCION DE ROLES	a) Congruencia	5	15
	b) Satisfactoriedad	5	
	c) Flexibilidad	5	
III.- SATISFACCION SEXUAL	a) Frecuencia	10	20
	b) Satisfactoriedad	10	
IV.- AFECTO	a) Manifestaciones físicas	5	20
	b) Calidad de convivencia	5	
	c) Interés por el desarrollo de la pareja	5	
	d) Reciprocidad	5	
V.- EXPECTATIVAS	a) Presentes	10	15
	b) Pasadas	5	
	TOTAL	100	100

0-40 Pareja severamente disfuncional

41-70 Pareja moderadamente disfuncional

71-100 Pareja funcional

Anexo 4.- Evaluación integral de la familia a través del ámbito social, sociodinámico y psicológico, de Chávez-Aguilar. Subsistema parental.

FUNCION	PARAMETRO	CALIF. ASIGNADA	%
I. COMUNICACION	a) Clara	10	30
	b) Directa	10	
	c) Congruente	10	
II. AFECTO	a) Manifestaciones físicas	5	20
	b) Convivencia	5	
	c) Interés en el desarrollo	5	
	d) Percepción de sentimientos	5	
III. CUIDADO	a) Higiene personal	3	15
	b) Alimentación	3	
	c) Vestido	3	
	d) Salud	3	
	e) Percepción de daños físicos	3	
IV. EDUCACION	a) Escolaridad	5	20
	b) Normas familiares y sociales	5	
	c) Apoyo	5	
	d) Orientación y guía	5	
V. AUTORIDAD	a) Compartida	3	15
	b) Racionalidad	3	
	c) Homogeneidad	3	
	d) Coherencia	3	
	e) Aceptación	3	
TOTAL		100	100

0-40 Subsistema severamente disfuncional
 41-70 Subsistema moderadamente disfuncional
 71-100 Subsistema funcional