



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 49 LOS MOCHIS, SINALOA.**

**FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON
ALCOHOLISMO DE LA UMF N° 6, DE LA VILLA DE AHOME, SINALOA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. ROSARIO ALBERTO VALDEZ CERECER.**

LOS MOCHIS, SINALOA.

2009



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: ROSARIO ALBERTO

VALDEZ VERDEZ

FECHA: 26-08-2009

FIRMA: 

**FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON
ALCOHOLISMO DE LA UMF N° 6 DE LA VILLADE AHOME, SINALOA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

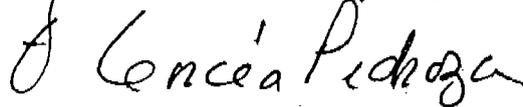
PRESENTA

DR. ROSARIO ALBERTO VALDEZ CERECER.

AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON
ALCOHOLISMO DE LA UMF N° 6 DE LA VILLA DE AHOME, SINALOA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. ROSARIO ALBERTO VALDEZ CERECER.

AUTORIZACIONES



DR. FEDERICO ARTURO FELIX MENDEZ.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
GENERAL FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 49.



M C PAULA FLORES FLORES.
ASESOR DE TEMA Y METODOLOGICO
COORDINADORA DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD.

TÍTULO

**FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON
ALCOHOLISMO DE LA UMF No. 6 DE LA VILLA DE AHOME,
SINALOA.**

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS

**POR ILUMINAR MI VIDA Y MI CAMINO, PORQUE ME DA FORTALEZA
PARA SEGUIR PREPARANDOME CADA VEZ MAS, PARA EL BENEFICIO DE
MIS SEMEJANTES, DE MI FAMILIA Y DE MI MISMO.**

A MI FAMILIA:

**POR SU COMPRESION, APOYO, E IMPULSO PARA LOGRAR MI
REALIZACION PROFESIONAL.**

A MIS PADRES:

**POR SU AMOR Y APOYO INCONDICIONAL PARA EL LOGRO DE MIS
OBJETIVOS**

AL IMSS

**POR PERMITIRME CAPACITARME PARA EL BENEFICIO DE MIS
PACIENTES.**

A LA UNAM

**POR ABRAZARNOS DENTRO DE SU PROGRAMACION
LLENA DE SABIDURIA.**

A MIS TUTORES

POR SU ENSEÑANZA, DEDICACION Y CONSEJOS.

INDICE GENERAL

1. Resumen	7
2. Introducción	8
3. Marco teórico	9
4. Planteamiento del problema	31
5. Justificación	32
6. Objetivos	34
- General.....	34
- Específicos.....	35
7. Metodología	35
- Tipo de estudio.....	35
- Población, lugar y tiempo de estudio.....	35
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	35
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	36
- Información a recolectar y variables a recolectar.....	37
- Método o procedimiento para captar la información.....	38
- Consideraciones éticas.....	40
8. Resultados	41
- Graficas y cuadros.....	45
9. Discusión (análisis de resultados)	58
10. Conclusiones	59
11. Referencias bibliográficas	62
12. Anexos	63

RESUMEN

OBJETIVO. Identificar la frecuencia de disfuncionalidad familiar y consumo de alcohol de la población derechohabiente de la UMF 6 de la Villa de Ahome, Sinaloa.

Material y métodos. Tipo de estudio: Encuesta descriptiva. Se realizaron 202 encuestas a pacientes de 15 a 45 años de edad, entre Junio y Agosto del 2008, correspondiendo 33.16% para hombres y 66.83% para mujeres, se utilizo un cuestionario autoaplicable para evaluar desordenes por consumo de alcohol (AUDIT), el FACES III para evaluar funcionalidad familiar (cohesión y adaptabilidad).

Resultados. El hombre consume mas alcohol (67.90%), 32.09% las mujeres, mas frecuente entre los 20 a 29 años de edad (47.51%), la bebida mas común es cerveza, lugar de mayor consumo la vía pública, los resultados del AUDIT reflejan el sexo masculino sin problemas 4.93%, bebedor de riesgo 49.38%, y con problemas físicos, psíquicos y probable dependencia alcohólica en 13.58%, en las mujeres sin problemas 9.87%, bebedor de riesgo 19.75% y con problemas físicos, psíquicos y probable dependencia alcohólica 2.46%, que finalmente reflejan disfuncionalidad, como familias no relacionadas 2.47%, semirelacionadas 28.21%, relacionadas 49% y aglutinadas en 20.29%, además son rígidas 5.44%, estructuradas 30.69%, flexibles 22.27% y caóticas 41.58%.

Conclusiones. Los hombres consumen mas bebidas alcohólicas entre 20 a 29 años de edad, cerveza principalmente, condicionando bebedores de riesgo en el 49.38% y el 13.58% tienen problemas físicos, psíquicos y probable dependencia y de acuerdo a su cohesión son aglutinadas en 20.29% y en su adaptabilidad son rígidas en 5.44% predominando la caótica en 41.58% datos que reflejan disfuncionalidad familiar.

Palabras clave. Alcoholismo, Disfunción Familiar, Familias Caóticas.

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol, es una de las causas que mas peso tiene por si sola en la morbilidad y mortalidad mundiales. Se ha estimado que contribuye en cerca del 4 % al riesgo global de muerte en el mundo. Existen enfermedades con una proporción atribuible muy alta al consumo de alcohol como los desordenes psiquiátricos típicos del uso de alcohol con 100 %, la cirrosis hepática con 32 %, las neoplasias de boca, esófago e hígado, los accidentes de vehículos y los homicidios. Por otro lado el alcoholismo tiene un enorme costo social y humano que es mucho más que un problema medico que ocasiona grandes pérdidas económicas (ausentismo laboral), daños materiales (accidentes), violencias, desintegración social y familiar. (1)

En México el consumo de alcohol es alto, por ello el interés de investigar la relación del consumo de alcohol con la disfunción familiar de los derechohabientes de la UMF num. 6 de la Villa de Ahome, Sin. Ya que no existen estadísticas previas que sustenten la prevalencia de esta relación.

MARCO TEÓRICO

Definición de Alcoholismo:

Las definiciones empleadas en la actualidad bajo el término alcoholismo, no se apartan de la que hizo Magnus Huss en 1849. Una de las aceptadas internacionalmente es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1976, con el término "síndrome de dependencia del alcohol (SDA)" descrito como un trastorno de conducta crónico, manifestado por un estado psíquico y físico, que conduce compulsivamente a ingestas excesivas de alcohol con respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, de manera repetida, continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos y que acaban interfiriendo en la salud y en las funciones económicas y sociales del bebedor.(2)

Historia del alcoholismo

Está demostrado que por lo menos 4.000 años antes de Cristo, egipcios, sumerios y chinos conocían el vino y la cerveza. Homero en la Iliada y en la Odisea hace referencias variadas al vino y a su consumo. Al parecer Grecia fue el primer país Occidental que adquirió conocimientos acerca del cultivo de la vid y la fabricación del vino, que como muchas otras cosas fueron posteriormente incorporando a la cultura romana. En las culturas antiguas el uso/consumo del alcohol tenía un carácter ritual, mágico-religioso. Entre los griegos, el carácter sagrado del vino se identificaba con la figura de Dioniso y sus ritos en Roma dieron paso a Baco coronado con una parra y a las desaforadas "bacanales" cuya fama ha llegado hasta nuestros días.

Las bebidas de fermentación quedaron superadas mediante el sistema de destilación por alambique. Lo producido mediante esta técnica embriagaba con mayor rapidez. Alquimistas árabes describen en los Siglos VIII y IX de nuestra era, la metodología e instrumentación necesaria para la destilación. En la Edad Media la destilación de la cerveza y de otros licores era producida por los monasterios lo que en cierto modo rescataba su valor sacro y terapéutico. Los licores se basaban en el vino natural que se había agriado y al que se añadían diversos aditivos y fueron surgiendo los aguardientes. En los siglos XVIII y XIX, la técnica de producción de bebidas alcohólicas, se perfecciona y sistematiza, gracias a los avances técnicos surgidos de los adelantos científicos y de la revolución industrial. Así fue básico el descubrimiento por parte de Pasteur de la fermentación allá por el año 1857. Se empleó como símbolo de la alegría y de los dones otorgados por Yahvé a los hombres en el Antiguo Testamento, y en el Nuevo Testamento Cristiano pasó a representar la sangre de Cristo. En la Biblia, se hace asimismo referencia a diversos episodios relacionados con la embriaguez y sus nefastos efectos en los hombres. El tema se extiende a la América colonizada Siglos XV y XVI coincidiendo con los descubrimientos y colonizaciones. Los Europeos encuentran en América pueblos que consumen bebidas alcohólicas en concreto la "chicha" que se reglamentó por parte de la Corona. La organización Mundial de la Salud desde mediados del Siglo XX considera que el alcohol y sus derivados son drogas, pero los políticos que legislan la tratan como droga blanda lo que quiere decir "legal", cosa que no ayuda a que la población en general sea conciente del peligro del consumo. (3)

EL ALCOHOL EN EUROPA

Europa es la región del mundo donde se consume más alcohol, a pesar de que los 11 litros de alcohol puro bebidos por cada adulto y por año siguen representando una sustancial caída desde el reciente pico de consumo de 15 litros, a mediados de los "70".

La mayor parte de los europeos consumen bebidas alcohólicas, pero 55 millones de adultos (15%) se abstienen; teniendo en cuenta este hecho y que hay un subregistro, el consumo por bebedor alcanza los 15 litros

por año. Casi la mitad de este alcohol es consumido en forma de cerveza (44%), dividiéndose el resto entre vino (34%) y licores (23%). dentro de la UE 15 (Unión Europea), los países nórdicos y centrales beben sobre todo cerveza, mientras que el sur de Europa bebe sobre todo vino (aunque España puede ser una excepción). en tanto que 266 millones de adultos consumen hasta un máximo de 20 gr. (mujeres) o 40 gr. (hombres) al día, 58 millones de adultos (15%) superan este nivel, rebasando 20 millones de ellos (6%) los 40gr. (mujeres) o 60 gr. (hombres) al día. si nos fijamos en la adicción más que en los niveles de consumo, podemos estimar que 23 millones de europeos (5% de los hombres y 1% de las mujeres) sufren una dependencia alcohólica en cualquier año aisladamente considerado. en todas las culturas estudiadas, casi todos los estudiantes de 15-16 años (>90%) han bebido alcohol alguna vez en la vida. La edad media de inicio se sitúa en los 12,5 años y la primera embriaguez, en los 14 años. La cantidad media consumida en una sola ocasión por los adolescentes de 15-16 años supera los 60 gr. de alcohol y se aproxima a los 40 gr. en los países del sur de Europa. (4)

AMERICA LATINA

Los problemas relacionados con el alcohol se encuentran entre los más urgentes en América Latina y otras partes del mundo. El consumo de alcohol por encima de niveles permisibles se asocia no solo a cifras importantes de morbilidad y mortalidad y altos costos sociales, sino que, además, tiene graves efectos adversos en las familias y la comunidad.

El ámbito de la atención primaria proporciona una oportunidad ideal para reducir los daños relacionados con el alcohol. La detección rutinaria del consumo de alcohol por los médicos de familia y otros médicos de atención primaria permite identificar a los pacientes que beben por encima de los límites permisibles. El Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: NIAAA).

De los Estados Unidos de América (EE. UU.) Decidió utilizar el límite establecido por el Departamento de Agricultura de ese país: una bebida al día para las mujeres y dos al día para los hombres de más de 18 años.

Los problemas relacionados con el alcohol están muy extendidos en toda América Latina. Las tasas de dependencia del alcohol en varones latinoamericanos oscilan entre 5% en Argentina y 10% en Colombia, mientras que el consumo excesivo de alcohol va de 12% en Argentina a 26% en algunas zonas de Costa Rica y a 28% en Chile. Aunque no se han efectuado encuestas epidemiológicas detalladas en Venezuela, los datos disponibles indican que los problemas relacionados con el alcohol son importantes. El consumo de alcohol per cápita en 1998 fue de 5,2 L/año, esto es, superior al comunicado en Chile, Colombia y México. Venezuela ocupa el decimoctavo lugar entre los productores mundiales de cerveza y hasta hace poco se encontraba entre los 10 países del mundo con mayor consumo de whisky y champán. En la actualidad se calcula que 45% de los venezolanos son abstemios y que aproximadamente 600 000 personas (3%) son dependientes del alcohol La mortalidad relacionada con el alcohol es alta, y la tasa de mortalidad por cirrosis en Venezuela es casi dos veces mayor que la de los EE. UU. (19,4 frente a 11,6 muertes por 100 000 personas). (5)

SITUACIÓN DEL ALCOHOLISMO EN MÉXICO

Panorama Epidemiológico.

En México el alcoholismo representa el 11.3% de la carga total de enfermedades. Así, como 49% de los suicidios y 38% de los homicidios en el país se cometen bajo los efectos de las bebidas alcohólicas, además de que 38% de los casos de lesiones ocurren como resultado del consumo excesivo de bebidas embriagantes, particularmente entre jóvenes de 15 y 25 años de edad, etapa de la vida en la que los accidentes ocupan la primera causa de mortalidad.

Conviene destacar que más del 13% de la población presenta síndrome de dependencia al alcohol, esto es, 12.5% de hombres y 0.6% de mujeres entre 18 y 65 años de edad.

Los jóvenes entre 15 y 19 años de edad, sufren accidentes automovilísticos relacionados con el alcohol que constituyen la primera causa de defunción concentrando el 15% de las muertes, los homicidios el 14.6% y los suicidios el 6% de los fallecimientos.

Las Mujeres Bebedoras.

Según estudios del Instituto Nacional de Psiquiatría, 9% de las mujeres entre los 18 y los 65 años en zonas urbanas beben 5 copas o más en cada consumo y el 1% de ellas son dependientes al alcohol; se calcula que el 10% de las bebidas alcohólicas que se venden en México es consumido por mujeres sobre todo en las ciudades y que 32 millones de mexicanos -esto es, una tercera parte de la población nacional-, son bebedores regulares. (6)

Consumo De Alcohol En México.

En el caso de México, la Encuesta Nacional de Salud 2000, resalta datos de el consumo de alcohol está ampliamente difundido en México (69.4% de los hombres mayores de 20 años y 58.6% de las mujeres quedaron clasificados como tomadores actuales), y resalta también, la alta frecuencia de los hombres de beber "duro". Así, aunque México no tiene un consumo de alcohol per capita muy alto comparado con otros países, sin embargo, el peso relativo del consumo de alcohol en la mortalidad se encuentra entre los países más altos.

Una fuente de información interesante para realizar comparaciones son las bases de datos disponibles en el sitio web de la OMS en donde se muestra que México tiene un consumo percapita alrededor de 4.6 litros al año, los bebedores en realidad consumen 5.6 litros y los hombres tomadores 8.1 litros, datos que coinciden con las mediciones realizadas en la Encuesta Nacional de Adicciones 2002.

Aun así, México se encuentra por abajo de varios países europeos que tienen rangos entre 10 y 15 litros per capita anuales y, sin embargo con menos muertes atribuibles al consumo de alcohol, probablemente en parte debido a sus patrones de consumo y a otras condiciones sociales. (1)

Demanda de los Servicios en el IMSS 1991-2002.

Entre 1991 y 2002 se registraron al rededor de 13 mil consultas anuales por trastornos mentales y del comportamiento provocados por el alcohol y sustancias psicotropicas en los servicios de medicina familiar; cerca de 4,000 en la consulta de especialidades y poco mas de 20,000 en urgencias, para el caso de los trastornos derivados del consumo de alcohol, observar que hay una discreta

tendencia al ascenso en medicina familiar a finales de los noventa y tiende al descenso a partir del año 2000, en el servicio de especialidades desciende de manera importante mientras que en urgencias un aumento durante los noventa que desciende de manera importante a partir del año 2000. (7)

Alcoholismo y sociedad

El alcoholismo, una drogadicción lícita, tan antigua como la historia de la humanidad, constituye en este momento un grave problema de salud y un serio problema social en todo el mundo.

El aprendizaje de hábitos inadecuados de conducta desde edades tempranas condiciona que se encuentre la presentación de la misma en la adolescencia más temprana, destacándose con frecuencia el comienzo entre los 14 y 15 años de edad. Mientras más temprano sea en la vida del individuo, más frecuente será la adicción o dependencia y más la frecuencia de que sean bebedores con problemas.

El alcoholismo es frecuente en todas las etnias y clases sociales existentes en el mundo, a pesar de que se maneje de maneras diferentes en los distintos regímenes sociales. Algunos de los factores que generan los cambios sociales, la pobreza, la modernización, entre otros factores, traen consigo ansiedad o depresión, inestabilidad, trastornos psicógenos de toda índole, que facilita el terreno para la adquisición del hábito.

Es esta enfermedad una de las que más influye en el desarrollo social de las funciones del individuo.

El abuso del alcohol determina trastornos orgánicos diversos como son: enfermedades cardiovasculares (arritmias, cardiopatías isquémicas, etc.); digestivas (gastritis, úlceras, hepatitis, cirrosis alcohólica, pancreatitis); cánceres de la mucosa oral, inmunodepresión y las subsecuentes infecciones diversas y alteraciones neurológicas centrales y periféricas, así como alteraciones psiquiátricas de gran envergadura. Todo esto genera limitaciones personales y laborales del individuo y, por lo tanto, afectaciones de su medio familiar y de su entorno social.

Esta toxicomanía está en una relación muy estrecha con los suicidios. El abuso alcohólico, entre otras muchas manifestaciones, exacerba la violencia y se ha observado que luego de la abstinencia ésta disminuye.

Los hijos de familias con alcohólicos son con gran frecuencia elementos antisociales con grandes trastornos conductuales. (8)

CONCEPTO DE FAMILIA

(Desde la perspectiva del médico familiar).

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. (9)

Alcohol y Familia

La COFACE, 1999 (Confederación de la Familia para la Comunidad Europea), plantea terminantemente que los problemas con el alcohol en la familia son importantes, porque las familias son importantes.

Las funciones esenciales de la familia son satisfacer las necesidades de sus miembros respecto a la seguridad y bienestar físico, psicológico, social y económico, y proporcionar un ambiente satisfactorio para la manutención, educación y socialización de los hijos (Informe Comisión Nacional para la Familia, 1995). Pero todas estas funciones pueden verse en peligro por el consumo problemático del alcohol. El alcohólico puede cambiar los papeles desempeñados por los miembros de la familia entre sí y en relación con el mundo exterior. El bebedor problemático puede dejar de desempeñar sus funciones en el hogar, con los hijos, en el ambiente laboral y social, y obliga a que sean asumidos por otro miembro de su familia, a menudo su cónyuge o hijo mayor. No se debe olvidar que los propios procesos interaccionales de la familia, sobre todo la familia encabezada por un progenitor alcohólico, son los factores responsables de la propagación intrafamiliar del alcohol dependencia.

Se confirma aquí que una enfermedad familiar no es sinónima de una enfermedad hereditaria, sino que se debe, más que nada, a la influencia de la convivencia que a la herencia. Actualmente se va concretando y definiendo cada vez más que la etiología básica del alcoholismo es psicosocial, lo que se sistematiza en una serie de factores concretos de orden psicológico. La influencia alcohólica ejercida por los familiares alcohólicos sobre el niño, por ejemplo, es doble: por una parte, la vida familiar en contacto con un miembro alcohólico, especialmente cuando éste es el padre o la madre, impide muchas veces a los descendientes el desarrollo de hábitos comunicativos y la tolerancia a las frustraciones, conduciéndoles, en definitiva, a la formación personal de los elementos propios y condiciones para desarrollar la enfermedad. Por otro lado, los niños suelen vincularse a los adultos con los que conviven por lazos de identificación, tendiendo a adoptar las mismas pautas de conducta que ellos y, por lo tanto, la conducta alcohólica. Actualmente se hace alusión al fenómeno de la codependencia, atribuido casi exclusivamente a las mujeres, el que se refiere a las maneras con las cuales las parejas compensan o cubren el comportamiento destructivo de sus compañeros bebedores, posiblemente facilitando que ellos sigan bebiendo.

En esta trama familiar, profundamente ambivalente y conflictiva, los hijos forman un grupo compacto con la madre, la coalición madre-hijos, provocando el aumento de los celos del padre, sus frustraciones, sentimientos de exclusión, y aumenta por supuesto la violencia intrafamiliar en todas sus dimensiones. Dentro de las complicaciones y consecuencias familiares del alcoholismo, se encuentra la desintegración de los hogares fundados por alcohol dependientes, La que se sistematiza en una progresiva escala desde el desajuste familiar hasta la disgregación familiar, cruzado permanentemente por un sentimiento de incertidumbre hacia condiciones futuras, tanto en la pareja como en los hijos. (10)

Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales.

El alcohol, además de los numerosos problemas médicos que produce, es también una fuente de problemas sociales.

El peligro del alcoholismo está presente por igual en todas las personas. La adolescencia es considerada un factor de riesgo, donde se pueden favorecer las conductas de consumo de alcohol, ya sea por la reafirmación de la independencia, la virilidad, la libertad en la toma de decisiones, la creencia de determinados mitos o la imitación a los adultos. El estrés, los factores genéticos y ambientales influyen significativamente en el alcoholismo en general y en la recaída alcohólica.

El consumo excesivo de alcohol es una de las causas más frecuentes de transgresiones sociales como violaciones y riñas, práctica de sexo sin medios de protección, abandono familiar y laboral. Se vincula mundialmente con el 50 % de las muertes ocurridas en accidentes de tránsito y el 30 % de los homicidios y arrestos policiales. Reduce de 10 a 15 años la expectativa de vida y determina el 30 % de las admisiones psiquiátricas y el 8 % de los ingresos por psicosis.

También se ha responsabilizado con casi la mitad de los condenados por faltas y delitos tan graves como asesinatos. En este medio se relaciona con la tercera parte de los hechos delictivos y violentos y entre el 20 y el 25 % de las muertes por accidentes.

Los alcohólicos tienen, como grupo social, uno de los porcentajes más altos de separación matrimonial y de divorcio. Sin embargo, en estudios realizados en el país se ha encontrado que alrededor de la mitad de las personas que ingieren bebidas alcohólicas logran mantener vínculo marital por mucho tiempo.

Además, el alcoholismo se encuentra entre las primeras causas de muerte en varios países como en España, en donde ocupa el tercer lugar. En los Estados Unidos ocupa el primer lugar de los fallecidos entre los 15 y 45 años de edad.

El alcohol, en sus diversas presentaciones, ya sea de forma accidental o intencional, ocasiona una de las más importantes intoxicaciones actualmente, tanto por sus efectos como por el gran número de individuos afectados, ya sea en suicidios, consumidores esporádicos, alcohólicos crónicos o niños. (11)

Relación de la familia con el alcohólico

La interacción entre la persona alcohólica y los que con ella conviven origina muchas tensiones y emociones generalmente negativas, que en principios el propio afectado y la familia se resisten a relacionar con la ingesta de bebida alcohólica.

Esto lleva a desarrollar una relación de CODEPENDENCIA, una relación interpersonal patológica, donde la actitud fundamental consiste, durante un período de tiempo en un intento de ayuda al alcohólico, aun a costa del propio sacrificio. Esto hace que el codependiente-coadicto se convierta en cómplice de la enfermedad y contribuya a perpetuarla.

Cuando el familiar codependiente se da cuenta que no puede controlar la enfermedad del afectado, se neurotiza y es cuando busca ayuda. El familiar no debe sentirse culpable o avergonzado, tiene que colaborar en un plan de tratamiento, pero no ser responsable de aquellos aspectos que sólo son de estricta incumbencia del afectado.

Los problemas a los que se enfrentan los familiares de alcohólicos son: Sentimientos de culpa, Angustia o ansiedad, Vergüenza, Incapacidad para mantener relaciones interpersonales, Confusión, enojo y depresión. (12)

Repercusiones del consumo de alcohol sobre la pareja.

Es conocido el cuadro de deterioro social que supone una adicción, el retraimiento personal y la pérdida e intereses comunes a la familia o los amigos, pero tal vez lo que más impacto genera en los que rodean a un alcohólico sean las reacciones de violencia contra los más cercanos y casi siempre más indefensos.

Aunque no hay muchos estudios que relacionen la violencia doméstica y el alcoholismo, Echeburúa (1996) encontró que en una muestra de 5.159 parejas estudiadas, la incidencia de maridos violentos fue del 7% en abstemios, 19% en alcohólicos.

En población general se ha encontrado una incidencia de maltrato doméstico que oscila entre un 50 y un 70% en consumidores de alcohol, y de un 13-30% en consumidores de otras drogas. Esto realmente estrecha la relación entre los actos agresivos y de violencia contra el entorno más cercano, y el consumo de tóxicos, independientemente del tipo que sea.

Las reacciones agresivas sobre la familia son, como hemos dicho, una de las consecuencias más llamativas de la adicción al alcohol de uno de los miembros de la familia. Aunque hayamos centrado nuestro primer análisis en la violencia de género, no es el único tipo de actos agresivos que se realizan bajo los efectos del alcohol. Son conocidas las disputas callejeras, los actos vandálicos, e incluso la agresión a menores dentro de este contexto. (13)

Los Afectos de Hijos hacia Padres Alcohólicos.

Ante la ausencia física y emocional del padre debido a su alcoholismo, se propicia en los hijos la formación de afectos negativos, como el que se sientan ansiosos, angustiados, incomprendidos, desprotegidos, carentes de fe y no queridos.

En virtud de la formación de tales sentimientos negativos en los niños sujetos de estudio, los autores suponen que éstos tienden a bloquear, al igual que en su padre, su capacidad para recibir y otorgar amor y amabilidad, así como su creatividad y su evolución psicológica general.

Los efectos de las primeras identificaciones, realizadas en la más temprana edad, son siempre generales y duraderos. Esto lleva a la génesis del ideal del Yo, pues detrás de él se oculta la primera y más importante identificación del individuo, la identificación con el padre (Freud, 1922).

De ahí la posibilidad de que el hijo de padre alcohólico se identifique con su padre y llegue también a ser alcohólico. Asimismo, se verá afectada su seguridad en sí mismo y fallas en sus estructuras yoicas y superyoicas que le den límites y realidad, predominando, por lo tanto, sus impulsos de agresión y destrucción; a menos que se encuentre en su camino y sepa valorar los modelos de identificación, sustitutos apropiados, o bien surja, a pesar de todo, un haz de su propia esencia, que le permita pensar, sentir y hacer para ser mejores para sí mismos y hacia los demás. (14)

Entre las consecuencias sociales del consumo de alcohol destacan los delitos relacionados con la violencia, los accidentes de tránsito y de otro tipo, el suicidio y el ausentismo en el trabajo, además de diversos problemas que se presentan en el ámbito familiar y en el estado de salud del individuo. Las fuentes de información estadística indican un incremento importante de fallecimientos debidos a accidentes en calles y carreteras, previamente a los cuales el conductor o sus víctimas habían consumido alcohol en exceso; asimismo, se observa el aumento de homicidios y de otros actos de violencia suscitados o propiciados por el consumo excesivo de alcohol. Los costos de la improductividad laboral y de la atención médica por lesiones y trastornos relacionados con el alcohol son muy elevados. (15)

El alcoholismo representa uno de los grandes problemas de salud pública del país y es relevante en la etapa juvenil porque es cuando hay mayor exposición al riesgo (se inicia) y se consolida su uso y consumo. La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2002, permite caracterizar de varias maneras a las personas dada su condición de consumo de alcohol. Al analizar su frecuencia (número de veces que se consume por tiempo), 41.7% de la población de 12 a 29 años es bebedora actual (consumió alcohol al menos una vez durante el año anterior a la entrevista).

Entre las jóvenes de 12 a 17 años, el porcentaje de bebedores actuales alcanza 25.8%, 30.7% para los hombres y 20.9% para las mujeres; en el grupo de 18 a 29 años concentra 52.5%, 68.5% en los varones y 40.4% en las mujeres.

Otra forma de describir el consumo de alcohol es a partir del patrón de consumo (cantidad de alcohol ingerida por tiempo). En los jóvenes de 12 a 17 años, destacan los que nunca han ingerido alcohol o no lo hicieron durante el último año (abstemios, 74.3%) y los que consumen de una a cuatro copas por lo menos una vez a la semana o cinco copas o más hasta tres ocasiones por mes (bebedores frecuentes, 1.4%) junto con los que beben diariamente y que al menos una vez a la semana consumen cinco copas o más por ocasión (bebedores consuetudinarios, 1.1%). Para los jóvenes de 18 a 29 años los abstemios concentran 47.5%, los bebedores frecuentes 4.1% y los bebedores consuetudinarios, 5.3 por ciento.

En su mayoría los jóvenes de 12 a 17 años beben cerveza (39.3%), seguida por los vinos de mesa (22.3%) y los destilados (ron, brandy, etc., 21.6%); en los de 18 a 29 años, el orden es: cerveza (45.6%), destilados (29.3%) y vinos de mesa (12.7%).

Para determinar si se tienen dependencia al alcohol la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, considera siete indicadores; cuando la persona presenta por lo menos tres, entonces se dice que hay dependencia al alcohol. En el país existen 4.16 millones de jóvenes con dependencia al alcohol que representan 15.5% del total de personas de 15 a 29 años del país (26 906 989). (16)

DISFUNCIÓN FAMILIAR

Según el Colegio Mexicano de Medicina Familiar. (PAC MF- 1), la disfunción familiar se refiere al incumplimiento de las funciones familiares básicas como son socialización, afecto, cuidado, status, y reproducción.

Es importante especificar que el impacto del alcoholismo no solo abarca a la pareja del alcohólico sino también a los demás miembros del sistema familiar.

La dinámica de las familias alcohólicas se caracteriza por ser familias generalmente inflexibles en donde las reglas por lo general, son inhumanas lo que hace que sus miembros se sientan confundidos e inútiles. En cuanto a los límites, estos tienden a ser rígidos e inexistentes. La comunicación es indirecta y encubierta en donde los sentimientos carecen de valor. Promueven la rebelión y la dependencia teniendo como consecuencia que sus miembros sean incapaces de resolver conflictos, por lo tanto, el resultado es inapropiado y destructivo.

Los psicoterapeutas familiares describen a la familia alcohólica como una familia psicosomática, en la cual la familia parece funcionar óptimamente cuando alguno de sus miembros se encuentra enfermo.

Entre las características de esta familia se descubren: sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia, incapacidad para resolver conflictos y una rigidez extrema. Así el sistema familiar del adicto establece un estilo de vida que permite que la enfermedad continúe de generación en generación.

Los alcances de la enfermedad del alcoholismo son grandísimos, no solamente para el individuo que la padece, también para la familia y por lo tanto para la sociedad. (17)

El uso, el abuso y la dependencia a las bebidas alcohólicas constituyen un grave problema de salud pública y tienen además importantes consecuencias negativas que trascienden en el ámbito de la salud individual que repercuten en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la sociedad. El 25 % de las personas con antecedentes familiares de padres consumidores de alcohol tienen mayor probabilidad de consumir bebidas alcohólicas antes de los 20 años y de convertirse en alcohólicos, los hijos de padres que consumen alcohol tienen una probabilidad cuatro veces mayor de ser alcohólicos. En México un 25% de los adolescentes entre 12 y 17 años en el 2002 consumían al menos una copa de alcohol. (18)

Disfunción familiar en el paciente alcohólico.

La presencia de un alcohólico genera o dificulta las relaciones interpersonales, favorece la aparición de crisis importantes en el medio social, con frecuentes crisis de desintegración familiar, problemas económicos, laborales y sociales. Es conocida la relación causal que se establece entre el consumo del alcohol, la disfunción familiar, el divorcio y el deterioro de las relaciones sexuales.

El promedio de vida de quienes padecen el hábito, se reduce a más de 12 años y se estima que como mínimo 5 personas cerca del alcohólico sufren con él a causa de esa enfermedad.

Las actitudes que adoptan los integrantes de la familia ante la conducta alcohólica de algunos de sus componentes generalmente influyen de modo decisivo en la evolución del propio enfermo pues la familia constituye un sistema de relaciones entre los miembros y cualquier alteración en su dinámica tiende a afectar su equilibrio.

La familia es una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos-culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psico-social de sus integrantes.

El funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de las categorías de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad.

Los problemas de funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición, como en la descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud.

Resultados de investigaciones documentan la relación del funcionamiento familiar como factor predisponente o coadyuvante en la producción y curso de diversas enfermedades y problemas de salud en sus integrantes. Se asocia fundamentalmente con el alcoholismo y otras adicciones, la conducta antisocial, el suicidio y predice la ocurrencia de desordenes mentales.

Por su frecuencia y complejidad, la disfunción familiar constituye un verdadero reto para el Médico de Familia, tanto en la precisión diagnóstica como en la orientación psicodinámica e integradora que exige el tratamiento del paciente alcohólico.

Muchos autores han estudiado la dinámica familiar en el hogar de procedencia del alcohólico y señalan su coincidencia con la llamada "crisis familiares no transitorias" (divorcio, enfermedades crónicas o muerte en uno o ambos padres, hostilidad excesiva, violencia doméstica, pérdida de la estimación hacia el bebedor, descuido de los hijos, situaciones judiciales, actos deshonorosos, malas relaciones interpersonales, entre otras). Esta situación se considera que condiciona un trastorno del aprendizaje en una población específica de niños que se ha denominado "niños con incapacidad para aprender" con inteligencia normal, que no presentan el perfil característico de retraso mental y en los que se invocan un déficit cognoscitivo específico para el aprendizaje. (2)

Para medir cohesión y adaptabilidad se aplica el cuestionario de FACES III, el FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*) es un instrumento creado por Olson y cols. que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinar tanto al Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales (que es el modelo teórico que lo sustenta) como los 11 instrumentos que forman el *Circumplex Assessment Package* del cual forma parte FACES III.

FACES III es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere, a los que deseen aplicarlo clínicamente o con fines de investigación, un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad)

familiar en el momento de aplicar el instrumento.

EL FACES III mide solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad). (19)

El instrumento FACES III aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por el Olson y cuyas siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en -el 2003 en México por el Gómez Clavelina e Irigoyen. (20)

El Faces III fue diseñado por Olson y cols. En la Universidad de Minessotta, (EE: UU), el Faces III es confiable (consistencia interna): cohesión ($r = .77$), adaptabilidad ($r = .62$), total ($r = .68$), tiene validez de presentación: muy buena, de contenido muy buena, y una correlación entre escalas de cohesión y adaptabilidad de ($r = .03$) consta de 20 Items, donde los números nones miden la cohesión y los números pares miden la adaptabilidad.

Cohesión es considerada unificante y tiene dos componentes: el vinculo emocional de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia.

Adaptabilidad es la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo.

Cabe mencionar que existen varios modelos y procedimientos para evaluar el grado de funcionalidad familiar, pero son pocos los que tienen un valor práctico dada su complejidad, extensión o limitación. Entre los que se han utilizado se encuentran los siguientes: Índice de función familiar (Pless y Satterwhite), Escala de evaluación familiar (Beavers y Timberlawn), Clasificación triaxial de la familia (Tseng y McDermott), Guía de McMaster, Escala de Holmes (Thomas Holmes), Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar (Salinas et al.), Escala de funcionamiento familiar (Espejel et al), Apgar familiar (Smilkstein), Círculo familiar (Thower, Bruce y Walton), FACES (David H. Olson) éste último utilizado en múltiples estudios. (21)

Intervención Del Médico Familiar En Alcoholismo.

Se efectuó una revisión de la literatura internacional acerca de las estrategias de prevención secundaria que puede utilizar el médico de primer nivel para la contención del abuso de alcohol y alcoholismo.

La información que reporta la utilidad y conveniencia de la intervención del médico familiar en este grave problema de salud es contundente y llevó al grupo de expertos sobre el tema de la Organización Mundial de la Salud a elaborar un modelo de intervención el cual conjunta la detección temprana con base en el Test de identificación de desórdenes debidos al uso del alcohol, con la intervención breve que va del consejo médico a la terapia breve estructurada.

Modelo de intervención de la OMS.

La importancia de las acciones de prevención secundaria del alcoholismo en el primer nivel de atención, generó que la Organización Mundial de la Salud haya constituido un grupo de estudio específico: WHO Phase IV Research Group

(Collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care), que ha producido la Guía de consumo de bajo riesgo, el Manual de autoayuda y el Manual de intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, publicados en el año 2001, que son los documentos de mayor importancia con que se cuenta en el manejo del problema en atención primaria, disponibles en la página de internet de la Organización Mundial de la Salud.

A continuación algunos de los conceptos más importantes de estos documentos para que el médico familiar los conozca, se interese en ellos, profundice en su conocimiento y los integre a su acervo terapéutico:

La Guía de Consumo de Bajo Riesgo y el Manual de Autoayuda son apoyos para que al profesional se le facilite su labor, que va de la orientación educativa sobre el alcohol al consejo sencillo, la intervención breve, seguimiento y la derivación a servicios especializados.

El Manual de Intervención Breve propone en primer término la aplicación del Test de Identificación de Desórdenes Debidos al Uso del Alcohol (audit). Que consta de 10 preguntas: las tres primeras miden la cantidad y frecuencia del consumo habitual y ocasional de alcohol; las siguientes tres preguntas se refieren a la aparición de posibles síntomas de dependencia; las cuatro últimas evalúan los problemas recientes y pasados asociados al consumo de alcohol.

La puntuación resultante define la conducta a seguir al ubicar al paciente en cuatro zonas con intervenciones terapéuticas propias de cada una.

Intervención del profesional de la salud en el manejo del alcoholismo en atención primaria, de acuerdo a la puntuación del AUDIT

Nivel de Riesgo	Intervención	Puntuación
Zona I	Educación sobre el alcohol	0 a 7
Zona II	Consejo simple	8 a 15
Zona III	Consejo simple más terapia breve y seguimiento	16 a 19
Zona IV	Derivación al especialista y otros apoyos a tratamiento.	20 a 40

AUDIT = Test de Identificación de Desórdenes Debidos al Uso de Alcohol. (22)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de alcohol, es una de las causas que mas peso tiene por si sola en la morbilidad y mortalidad mundiales. Se ha estimado que contribuye en cerca del 4 % al riesgo global de muerte en el mundo. Existen enfermedades con una proporción atribuible muy alta al consumo de alcohol como los desordenes psiquiátricos típicos del uso de alcohol con 100 %, la cirrosis hepática con 32 %, las neoplasias de boca, esófago e hígado, los accidentes de vehículos y los homicidios.

Por otro lado el alcoholismo tiene un enorme costo social y humano que es mucho más que un problema medico que ocasiona grandes pérdidas económicas (ausentismo laboral), daños materiales (accidentes), violencias, desintegración social y familiar. 1 ¿Cual es la frecuencia de Disfunción Familiar en pacientes con Alcoholismo en la UMF N° 6 de la Villa de Ahome, Sin.??

JUSTIFICACIÓN

Europa es la región del mundo donde más se consume alcohol, alcanzando los 15 litros por bebedor, por año. Casi la mitad de este alcohol es consumido en forma de cerveza (44%), dividiéndose el resto entre vino (34%) y licores (23%). (4)

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol están muy extendidos en toda América Latina. Las tasas de dependencia del alcohol en varones latinoamericanos oscilan entre 5% en Argentina y 10% en Colombia, mientras que el consumo excesivo de alcohol va del 12% en Argentina a 26% en algunas zonas de Costa Rica y a 28% en Chile. En Venezuela el consumo per cápita de alcohol en 1998 fué de 5.2 litros por año. (5).

En México el alcoholismo representa el 11.3% de la carga total de enfermedades, así, como 49% de los suicidios y 38% de los homicidios que en el país se cometen bajo los efectos de las bebidas alcohólicas. (6)

México tiene un consumo per cápita alrededor de 4.6 litros al año, la Encuesta Nacional de Salud resalta el consumo de alcohol esta ampliamente difundido en México (69.4% en hombres mayores de 20 años y 58.6% de las mujeres quedaron clasificados como tomadores). (1)

Considero necesario realizar el estudio, por su gran relevancia ya que el alcoholismo es una drogadicción lícita, tan antigua como la historia de la humanidad, que constituye en este momento un grave problema de salud pública y un problema social en todo el mundo, una vez que se detecte el alcoholismo en la familia será necesario orientarla, dándoles a conocer la enfermedad y sus

consecuencias tanto individuales y grupales, buscando la recuperación del paciente y principalmente la prevención en los demás miembros de la familia como son los jóvenes ya que son los mas expuestos al consumo de alcohol

en sus diferentes modalidades, ya que el alcohol es una droga socialmente aceptada por nuestra sociedad (80%), tiene un alto consumo en etapas tempranas de nuestra población derechohabiente, manifestando sus complicaciones en edades mas tempranas, detectar el consumo de alcohol y sus consecuencias será de gran utilidad para un servidor de la salud y del paciente mismo por que nos dará a conocer cuantos pacientes consumen alcohol y sus repercusiones en la familia y la sociedad lo que nos permitirá aplicar medidas preventivas de acuerdo a factores de riesgo encontrados, en el estudio familiar, dándole continuidad y seguimiento a cada familia de estudio.

OBJETIVOS

GENERAL:

Identificar la frecuencia de disfuncionalidad familiar y el consumo de alcohol. en la población derechohabiente de la UMF N° 6.

ESPECÍFICOS:

Tipificar el grado de disfunción familiar en el núcleo familiar.

Valorar la frecuencia del consumo de alcohol en la población de la UMF No. 6.

Registrar variables sociodemográficas del sujeto en estudio (género, peso, edad, ocupación, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, integrantes de la familia), patologías agregadas, lugar de bebidas, condiciones de bebidas y tipo de bebidas.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

Prospectivo, Transversal, Descriptivo y Observacional.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO:

Población derechohabiente de la UMF N° 6, de la Villa de Ahome, Sinaloa. Que acudieron a consulta externa durante Junio, Julio y Agosto del 2008.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Muestra independiente, un solo grupo de estudio.

Se hizo una sola medición de cada una de las variables de las hojas de recolección de datos.

Se realizaron 202 encuestas a derechohabientes que acudieron a consulta externa durante Junio, Julio y Agosto del 2008.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se incluyó a la población derechohabiente que acudió a consulta externa en la UMF num. 6 en los grupos etéreos de 15 a 45 años de edad de ambos sexos, a pacientes con ausencia de patologías que impidieran la realización del estudio como son enfermedades psiquiatricas y el retraso mental, además aquellos

pacientes sin alteraciones del lenguaje y que desearon participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluyeron a todos los derechohabientes menores de 15 años y a los mayores de 45 años, además a los pacientes con patologías que impedían la realización del cuestionario, como son trastornos psiquiátricos y el retraso mental, a pacientes con alteraciones de lenguaje, y a los que no desearon participar, se excluyeron 2 cuestionarios uno por ser mayor de 45 años y otro por desordenes psiquiátricos.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Se eliminaron los cuestionarios incompletos e ilegibles, eliminando 5 cuestionarios, 3 por ilegibles y 2 por incompletos.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR

LAS VARIABLES			
Nombre de la variable	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Edad	Numero de años cumplidos en num. Enteros	Años	Númerico
Genero	Se tomara en cuenta las características genotípicas	Masculino/ Femenino	Nominal
Ocupación	Se tomara en cuenta el tipo de actividad que desempeñe	Ejdiatario, jornalero, oficio, técnico, licenciatura,	Nominal
Escolaridad	Se tomara en cuenta los grados escolares concluidos	Primaria completa e incompleta secundaria completa e incompleta profesional o licenciatura	Nominal
Estado civil	Se tomara en cuenta su situación jurídica y eclesiástica de la persona	Soltero (a), casado (a), unión libre, divorciado (a), viudo (a)	Nominal
Nivel socio económico	De acuerdo al método de graffar.	Estrato alto, (04-06) medio alto, (07-09) Medio bajo (10-12) Obrero (13-16) marginal (17-20)	Nominal
Integrantes de la familia	Se tomara en cuenta el numero total de personas que integran el núcleo familiar	Familia nuclear simple (< de 3), familia nuclear numerosa (de 4 y mas)	Númerico
Sitio de bebidas	Lugar donde ocurre La Ingesta	Via pública, trabajo, Hogar, Otros	Nominal
Patología agregada	Se tomara en cuenta las patologías anexas	DM. HAS. Otras.	Nominal
Tipos de bebidas	Se definirá como la variedad de bebida de consumo	Cervezas, mezcal, tequila, cogñac, ron, alcohol, otros.	Nominal
Grado de alcoholismo	Se tomara en cuenta el consumo de bebidas y los trastornos que presente por efecto del mismo. Se aplicara el cuestionario audf.	Sin problemas (0-7) (0-5) Bebedor de riesgo (8-12) (6-12) Problemas fisico-psiquicos y probable dependencia alcohólica (13-40)	Nominal
Disfunción familiar	Se tomara en cuenta cuando la familia deje de cumplir eficazmente sus funciones, se aplicara el cuestionario Fases III	Cohesión y adaptabilidad	Nominal

MÉTODOS

El presente estudio se realizó en La Villa de Ahome, Sinaloa. La cual se encuentra a una distancia de 22 Km. Al poniente de la ciudad de Los Mochis, Sinaloa. Con una población de 10,840 habitantes y 2,579 viviendas, el sustento familiar es a base de la agricultura, ganadería, comercio y servicios generales.

En Villa de Ahome se encuentra la Unidad de Medicina Familiar Número 6, donde se proporciona atención médica familiar de primer nivel en forma integral, tanto preventiva como curativa en el área de consulta externa y urgencias.

MÉTODOS:

Para la realización de este estudio se incluyó a los derechohabientes de la UMF numero 6 que acudieron a la consulta externa durante los meses de Junio, Julio y Agosto del 2008 recabando los siguientes datos: edad, genero, escolaridad, nivel socioeconómico, consumo de bebidas alcohólicas, frecuencia de consumo, tipo de bebidas, lugar de bebidas, grado de alcoholismo y evaluación de la disfuncionalidad familiar.

Previo consentimiento verbal, tuvimos la participación de los pacientes, para su valoración, mediante la aplicación de las escalas, en una sola ocasión y de manera directa a cada paciente sujeto de estudio.

Se aplicó test de AUDIT, para valorar los trastornos ocasionados por consumo de alcohol, además se valoró la funcionalidad familiar con el FACES III.

Los datos obtenidos se concentraron en la hoja de recolección de datos.

Los recursos fueron sufragados por el investigador.

El protocolo fue autorizado por el Comité local de investigación en salud del HGR No. 1 IMSS Culiacán, Sinaloa con el número de registro R-2008-2501-28

DISEÑO ESTADÍSTICO:

El tipo de muestreo fué no Probabilístico a conveniencia,

Cálculo del tamaño de la muestra. Se realizó con formula para estudio descriptivo:

$$n = \frac{(Z \alpha / 2)^2 P (1-P)}{\alpha^2}$$

$$n = 202$$

Se realizó un solo grupo de estudio.

Se evaluó en una sola ocasión las variables en estudio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se analizó la frecuencia y porcentaje de cada variable nominal y en las numéricas se analizaron las medidas de la tendencia central (media y mediana) y de dispersión (la desviación estándar). Los datos obtenidos se concentraron en un formato de recolección, donde los resultados se procesaron y se presentan en cuadros y graficas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La entrevista se realizó previo consentimiento informado de manera verbal, considerando la información como confidencial.

El presente estudio no interfiere en los principios básicos establecidos en el código internacional de ética médica, la asociación médica mundial, y la declaración de Helsinki, por lo que considero puede ser elaborado.

RESULTADOS

En un lapso de tres meses (Junio, Julio y Agosto del 2008), se realizaron 202 encuestas, 67 del sexo masculino y 135 del sexo femenino, correspondiendo al 33.16% y al 66.83% respectivamente.

Respecto a la distribución de la población derechohabiente, sujeta de estudio por grupo de edad y sexo se realizaron un mayor número de encuestas en los grupos etareos de 25 a 29 años de edad, con 36 para el sexo femenino correspondientes al 17.82%, y 15 en el sexo masculino que le corresponde el 7.42%, en orden decreciente se observa que el grupo de 20 a 24 años tiene 35 casos en sexo femenino con 17.32% y 10 casos en el masculino correspondiéndole el 4.95%, y en el grupo de 40 a 45 años continua reflejandoce mayor numero de casos en el sexo femenino con 29 casos y 14.35%, y en sexo masculino 18 casos correspondiéndole el 8.91%. (Grafica 1).

Se refleja mayor consumo de alcohol en las edades de 20 a 29 años de edad, predominando en el grupo de 25 a 29 años, con 24 casos correspondiente al 29.62 %, posteriormente continua con el grupo de 20 a 24 años con 18 casos, correspondiéndole el 22.22%, y en el grupo de 40 a 45 años de edad, hubo 15 casos con el 18.51% correspondiente. (Grafica 2).

Referente a la ocupación, las encuestas reportan que ama de casa es la mas frecuente con 110 casos (54.45%), empleo de mostrador con 56 casos (27.72%), técnicos 25 casos (12.37%) y estudiantes 11 casos (5.45%), (Grafica 3).

El nivel de escolaridad en los pacientes sujetos de estudio refleja que el analfabetismo ocupa el 0.99% con 2 casos, con primaria incompleta 34 casos (16.83%), primaria completa 62 (30.69%), secundaria incompleta con 22 (10.89%), secundaria completa 46 (22.77%), preparatoria incompleta 16(7.92%), preparatoria completa con 10 casos (4.95%), licenciatura incompleta 6 casos (2,97%) y licenciatura completa 4 casos representando el 1.98%, observando estos datos se deduce que el nivel de escolaridad mas frecuente en la población estudiada es la primaria completa (30.69%), en menor porcentaje (22.77%) para secundaria completa y 16.83% con primaria incompleta. (Grafica 4).

Referente al estado civil de esta población en estudio, observamos que los casados ocupan el mayor porcentaje (67.32%) con 136 casos, en orden de frecuencia están los solteros con 29 casos correspondiéndole el 14.35%, en unión libre 27 casos con 13.36%, 8 divorciados con 3.96% y 2 viudos correspondiendo al 0.99% (Grafica 5).

En relación al nivel socioeconómico, predomina el obrero con 116 casos correspondiendo al 57.42%, en orden de frecuencia sigue nivel medio bajo con 59 casos (29.20%), marginal 16 casos (7.92%) y medio alto 11 casos (5.44%). (Grafica 6).

Las familias encontradas en el estudio corresponden a nucleares simples en 61.88% con 125 casos, y nucleares numerosas en 38.11% con 77 casos. (Grafica 7).

De las personas encuestadas, 81 ingieren bebidas alcohólicas, correspondiendo al 40.09% del total de la muestra, siendo el sexo masculino el de mayor consumo con 55 casos (67.90%) y el sexo femenino con 26 casos (32.09%). (Grafica 8).

La cerveza es el tipo de bebida alcohólica que más se consume con 57 casos (70.37%) y tequila con 24 casos (29.62%). (Grafica 9).

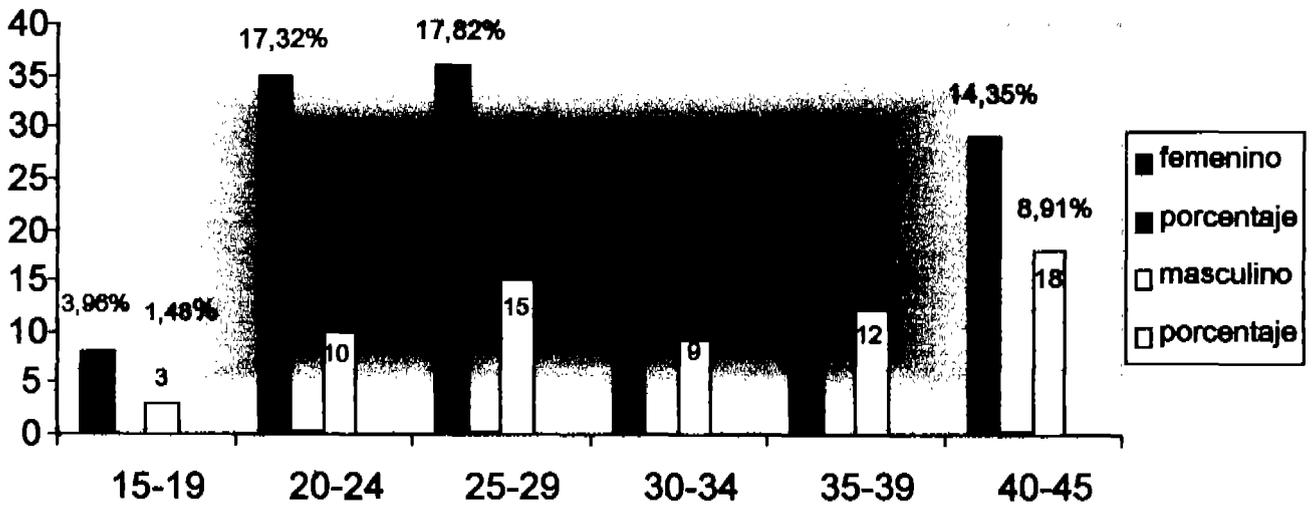
Referente al sitio de bebida alcohólica por la población de este estudio, la vía pública es el sitio donde mas se consume alcohol con 41 casos que le corresponde al 50.61%, continúa en el hogar con 26 casos (32.09%) y en salas de fiesta 14 casos correspondiéndole el 17.28%, (Grafica 10).

El cuestionario audit. aplicado a las 81 personas que consumen alcohol, para valorar los desórdenes por su consumo, reporta en el sexo masculino sin problemas con 4 casos que representan el 4.93%, bebedor de riesgo con 40 casos correspondientes al 49.38% y con problemas físicos, psíquicos y probable dependencia alcohólica con 11 casos que alcanzan el 13.58%; en el sexo femenino reporta 8 casos sin problemas, correspondiéndole el 9.87%, bebedoras de riesgo con 16 casos (19.73%) y problemas físicos, psíquicos y probable dependencia alcohólica 2 casos (2.46%), (Gráfica 11).

Al valorar la funcionalidad familiar en su cohesión mediante el Faces III, este instrumento refleja familias no relacionadas con 2 casos (2.46%), semirelacionadas 23 casos (28.39%), relacionadas con 39 casos (48.14%) y aglutinadas con 17 casos (20.98%), manifestando disfuncionalidad familiar por sus valores reportados en familias no relacionadas y familias aglutinadas. (Grafica 12).

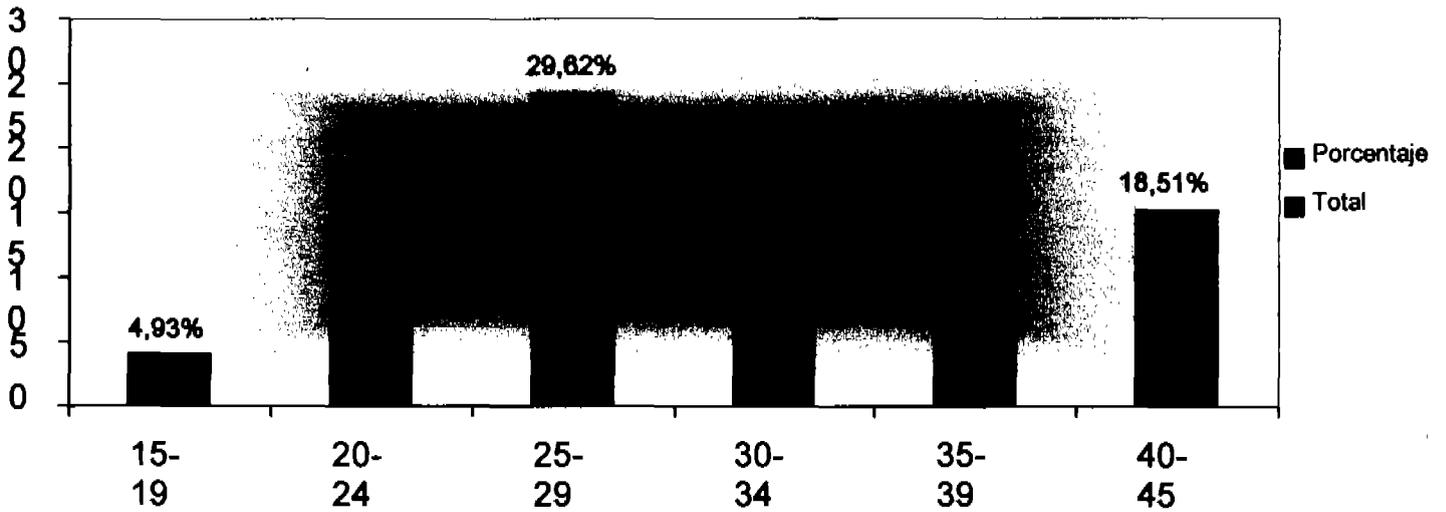
Referente a la adaptabilidad valorada por el Faces III, este instrumento reporta familias rígidas con 4 casos(4.93%), estructuradas con 25 casos (30.86%), flexibles 18 casos (22.22%) y predominan las familias caóticas con 34 casos (41.97%), datos que manifiestan disfuncionalidad familiar al reportar familias rígidas y familias caóticas estas ultimas en mayor porcentaje (41.97%). (Grafica 13).

GRAFICA N° 1.- Distribución de la población de acuerdo a la edad y sexo.



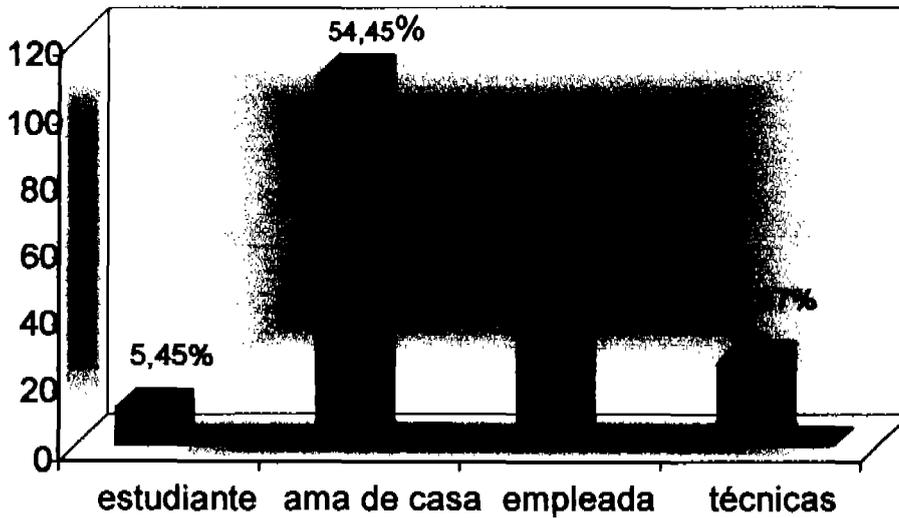
Fuente: encuesta

GRAFICA N° 2.- Consumo de alcohol de acuerdo al grupo de edad.



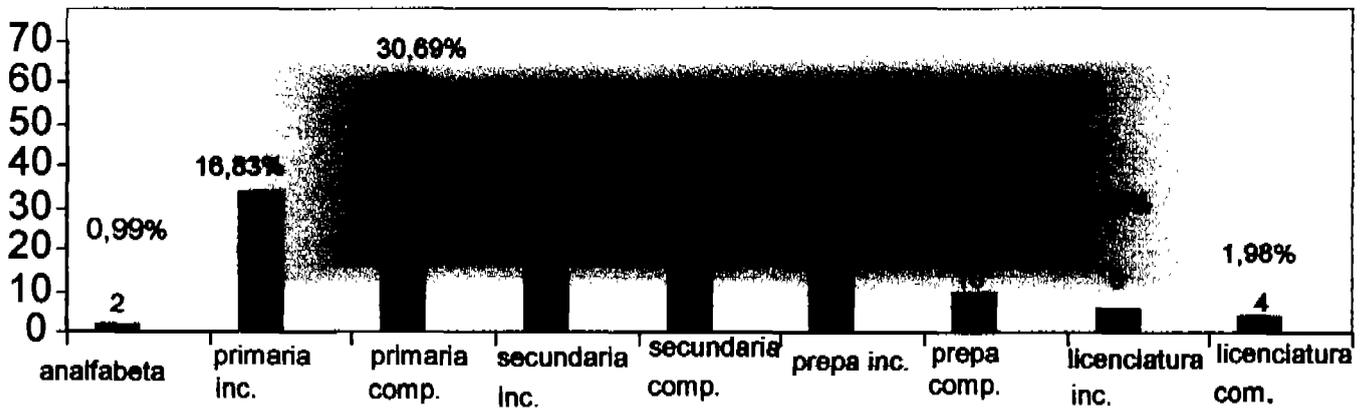
Fuente: encuesta

GRAFICA N° 3.- Frecuencia de la ocupación de la población de estudio



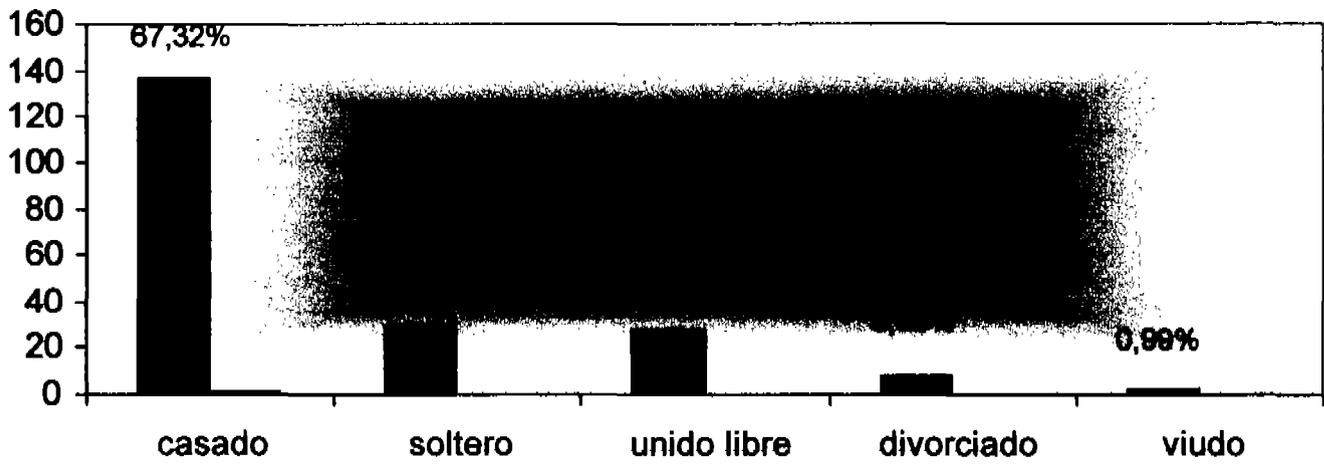
Fuente: encuesta

GRAFICA N° 4.- Tipo de escolaridad de los pacientes de la UMF 6.



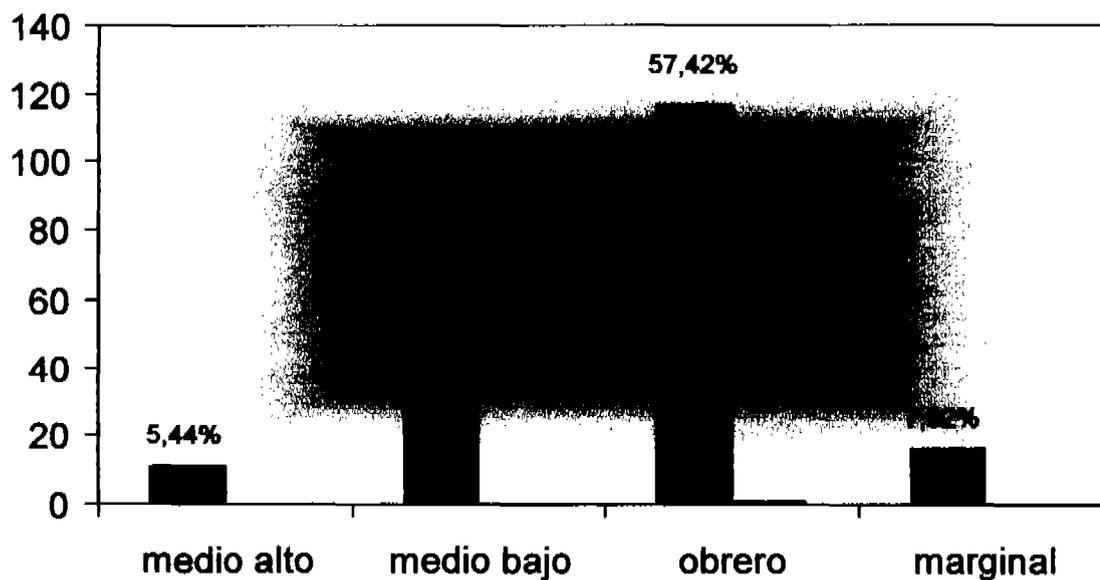
Fuente: encuesta

GRAFICA N° 5.- Estado Civil de la población de estudio.



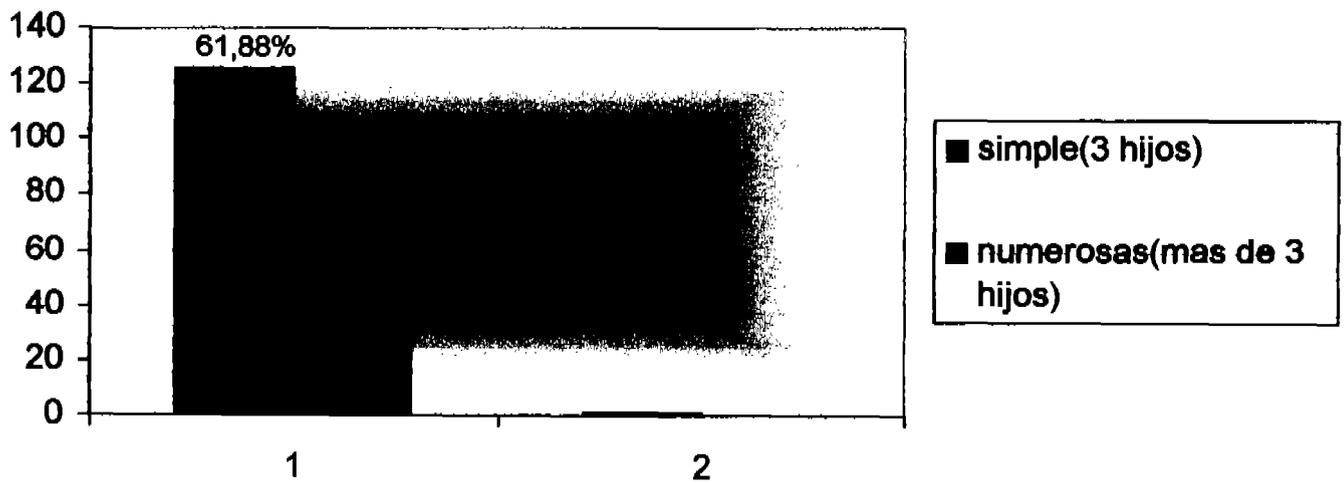
Fuente: encuesta

GRAFICA N° 6.- Nivel Socioeconómico de los Derechohabientes en Estudio.



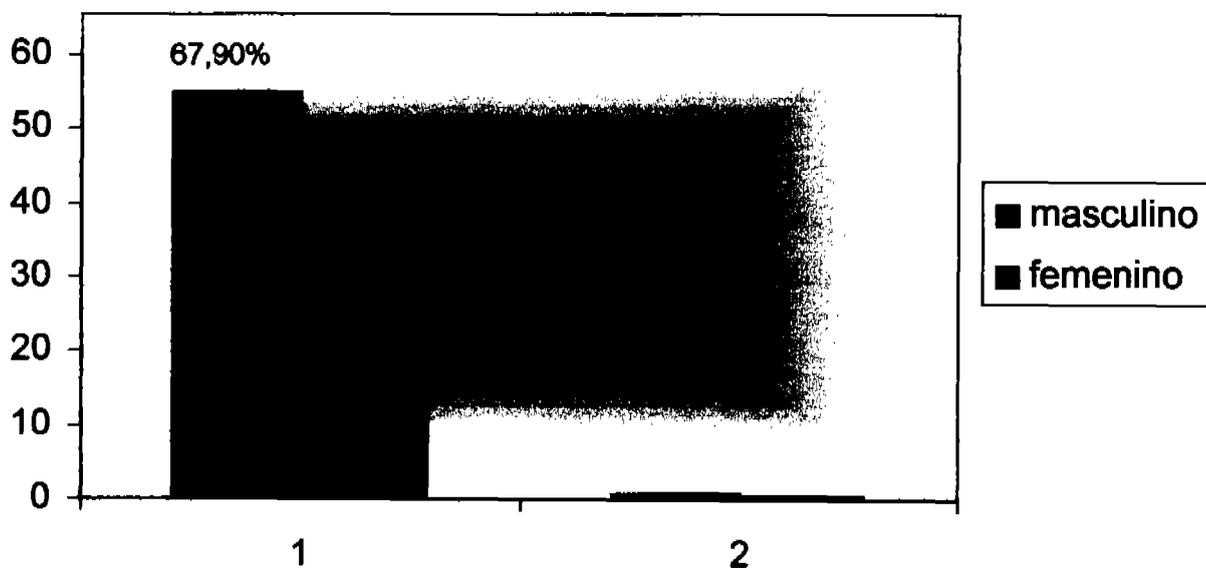
Fuente: encuesta

GRAFICA N° 7.- Integrantes de la familia sujetos de estudio en la UMF No. 6 Villa de Ahome



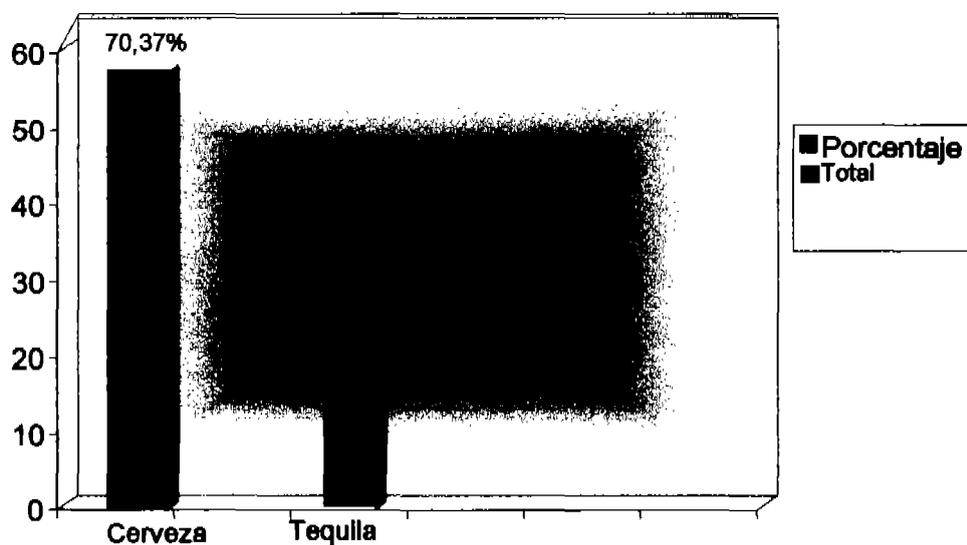
Fuente: encuesta

GRAFICA N° 8.- Consumo de bebidas alcohólicas por sexo.



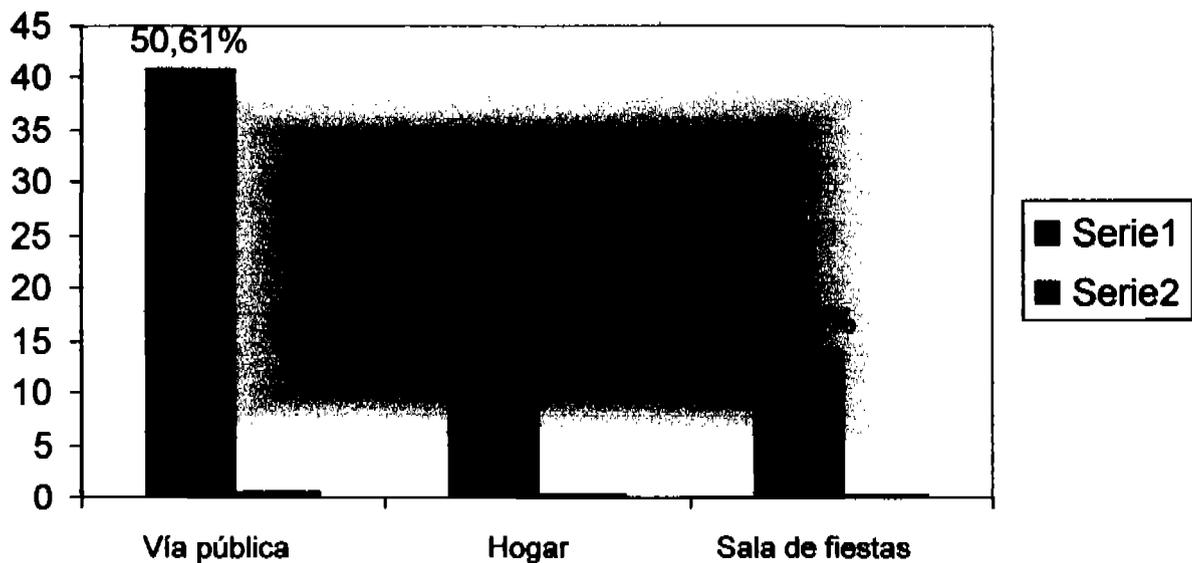
Fuente: encuesta

**GRAFICA N° 9.- Consumo por tipos de bebidas
alcohólicas de la población derechohabiente.**



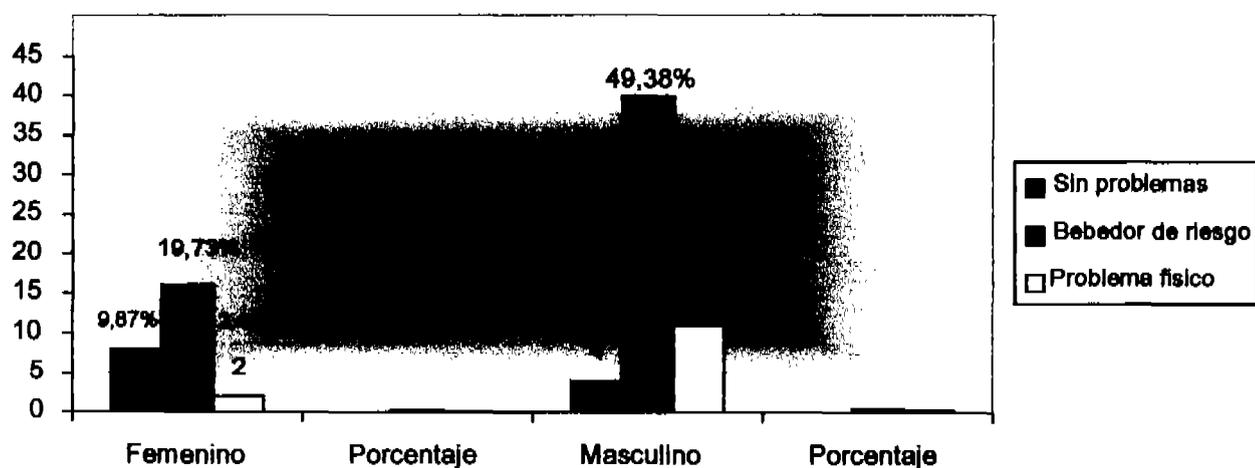
Fuente: encuesta

**GRAFICA N° 10.- Sitio de bebidas alcoholicas
Por los paciente sujetos de estudio.**



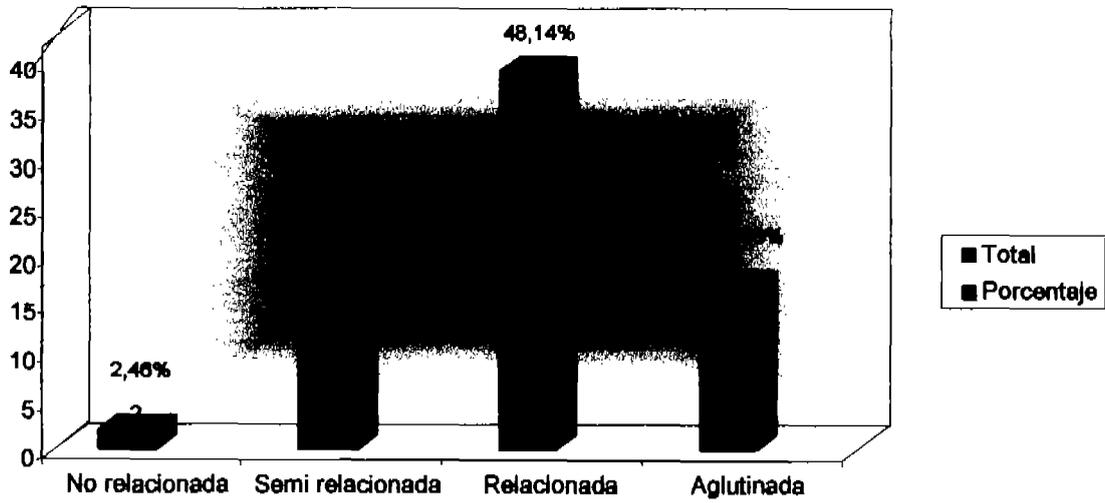
Fuente: encuesta

GRAFICA N° 11.- Desordenes por consumo de alcohol por sexo.



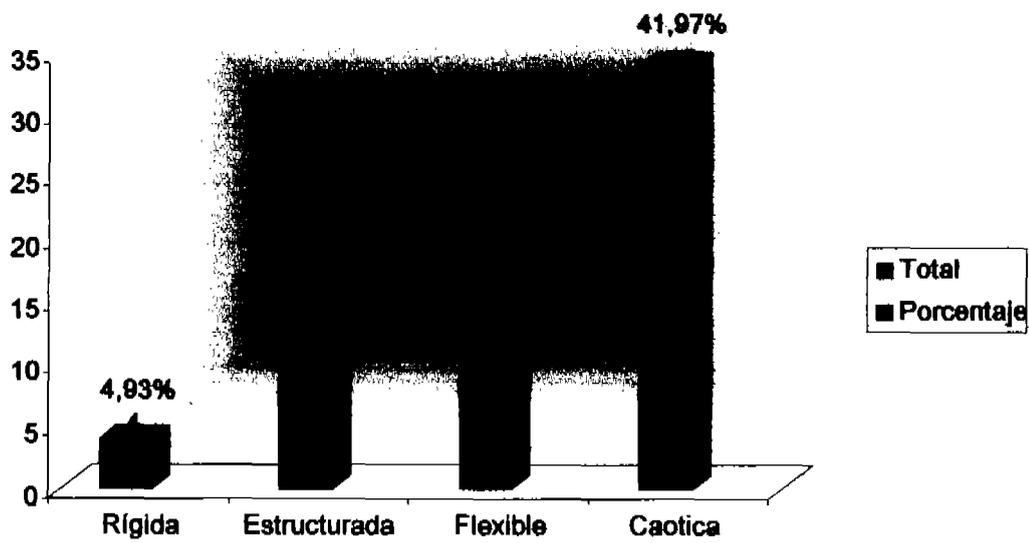
Fuente: encuesta.

GRAFICA N° 12.- Disfunción familiar (cohesión)



Fuente: encuesta

GRAFICA N° 13.- Disfunción Familiar (Adaptabilidad)



Fuente: encuesta

DISCUSIÓN

Se sabe que el alcoholismo es una de las enfermedades más frecuentes en el hombre, y es la causa de que muchos padecimientos se agraven o bien sean el factor que los desencadenen, más aun sabiendo que está presente en la gran mayoría de los accidentes; los resultados que nos muestran en nuestro estudio no son muy halagadores ya que el alto consumo que nosotros encontramos de ingesta etílica, se presentó en el sexo masculino con un 67.90 %, siendo similar a lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud 2002 donde el consumo de alcohol en el grupo de 18 a 29 años concreta el 52.5 %, con 68.5% en varones y 40.4% en mujeres, correspondiendo a la etapa más productiva de la vida, en la mujer también es frecuente la ingesta de alcohol, ya que representó un 32% de las personas encuestadas con ingesta de alcohol; el consumo de cerveza es el de mayor porcentaje con 51.84% en el grupo de 20 a 29 años de edad, mayor que lo reportado por la encuesta nacional de adicciones (ENA 2002), con consumo de cerveza en el 45.6% y destilados con 29.3% en el grupo de 18 a 29 años de edad, el estado civil fue significativo ya que 67% de los casos eran familias legalmente constituidas; La escolaridad nos indica que a menor nivel de instrucción mayor nivel de adicción al alcohol. También llama la atención que un alto porcentaje de los pacientes eran bebedores de riesgo: 49.38% en el sexo masculino y 19.75% para el femenino, siguiéndole en menor porcentaje pacientes con problemas físicos, psíquicos y dependencia al alcohol: 13.58% para el sexo masculino y 2.46% para el sexo femenino, comparado con reportes similares de la encuesta nacional de adicciones 2002 de 15.5% con dependencia al alcohol el grupo de 15 a 29 años de edad; Otra cosa importante que comentar es que un alto porcentaje son familias clasificadas como caóticas, lo que significa que la homeostasia familiar no se encuentra muy estable y consecuentemente son familias disfuncionales, que posteriormente podrían presentar otro tipo de patología o bien la presencia de violencia intrafamiliar, así pues encontramos que nosotros no estamos muy lejos de la realidad nacional y que el alcoholismo en nuestro medio sí representa un problema de salud.

CONCLUSIONES

La población que mas consume alcohol sigue siendo del sexo masculino en el grupo etáreo de 20 a 45 años de edad, el sexo femenino tambien consume bebidas alcohólicas pero en menor frecuencia, siendo en la vía publica el sitio de mayor consumo, de cerveza principalmente por la mayoría de los bebedores, con una frecuencia de cada 8 días la mas sobresaliente, llegando a la embriaguez en la mayoría de los casos, reflejando bebedores de riesgo en el 49.38% de los hombres, y en el 19.73% de las mujeres y finalmente presentaron problemas físicos, psíquicos y probable dependencia alcohólica en el 13.58% de los hombres y las mujeres con 2.46%.

Respecto a funcionalidad familiar los datos obtenidos en nuestra encuesta reportan en cohesión familias no relacionadas en el 2.46% y aglutinadas en 20.98% y en adaptabilidad reflejan el 4.93% para familias rígidas, y 41.97% en caóticas, datos que reflejan disfuncionalidad familiar en las dos escalas evaluadas por el FACES III

Estos datos reflejan que el consumo de bebidas alcohólicas es una práctica frecuente de nuestra sociedad, de todas las edades pero principalmente en la edad adulta, repercutiendo en su salud personal, en su centro de trabajo y en su entorno familiar, ocasionando alteraciones en la dinámica familiar. Sin mencionar las múltiples muertes por accidentes de transito y violencia dentro y fuera del hogar derivados del consumo de alcohol.

Por lo anterior sugiero la apremiante intervención en el fomento a la salud, mediante pláticas, carteles, que contengan información sobre el alcoholismo y sus repercusiones a nivel personal, en sus relaciones con la familia, su centro laboral, y su entorno social.

También es relevante hacer notar que los esfuerzos de información, de educación y prevención de esta enfermedad, se deben de enfocar a los grupos de más alto riesgo, como son el sexo masculino y las edades mas productivas de la vida dentro de la segunda y cuarta década de la vida, que es donde mayor número de casos se presentaron.

Es importante que el médico proporcione orientación y asesoría a los pacientes y a los familiares que cursan con este problema y que exista un compromiso tanto del personal de salud, como paciente y familiares para poder abordar las medidas pertinentes y la evaluación con seguimiento de los programas que se propongan para tal fin.

Propongo iniciar ciclos de pláticas con jóvenes estudiantes desde el nivel secundario, ya que es esta edad en que la mayoría de las encuestadas inició la ingesta de alcohol.

También se deben reforzar las estrategias sociales para evitar la proliferación indiscriminada que existe en nuestro medio para la fácil adquisición de bebidas alcohólicas.

Hacemos una invitación a todo el equipo de salud para trabajar en conjunto en la prevención y si es posible en el control de esta adicción de nuestra población derechohabiente.

El médico de familia, por su estrecha interrelación con la población, debe hacer captación de los grupos de riesgo para futuros alcohólicos y trabajar con ellos, especialmente con los adolescentes y jóvenes, y desempeña un papel fundamental en el diagnóstico precoz del alcohólico y en la atención específica de esta afección, pero sobre todo, en la prevención de esta enfermedad y en la educación para la salud de todos, para mejorar la dinámica e integración familiar, desempeñando un papel muy importante la labor educativa a pacientes y familiares, en cuanto a la enseñanza de los efectos dañinos del alcohol y sus consecuencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- González Rafael, Alcalá Julián, consumo de alcohol y salud publica, Rev Fac Med UNAM. 2006; 49 (6): 238- 241.
- 2.- Jaime Valdez Lourdes M, Pérez Guerra Luis E, Alonso Cutiño Martha. Disfunción Familiar en el Paciente Alcohólico, Rev Electrónica de Portales Médicos. Junio 2008; 3 (11): 203.
- 3.- Castrejon E. y Mora G. "el alcoholismo en la historia". alcoholismo, género y emociones. Escuela de terapia familiar, Univ. Autónoma de Barcelona, junio 2004. Págs. 12-20.
- 4.- Anderson Peter y Baumberg Ben. "el alcohol en Europa una perspectiva de Salud Publica". Institute of Alcohol Studies. Reino Unido, Europa junio 2006; Págs. 4 – 5
- 5.- Gaskin de Urdaneta, Alvia; Seale, J. Paul; Fleming, Michael and Murray, Margaret. Atención primaria y trastornos por consumo de alcohol: evaluación de un programa de formación del profesorado en Venezuela. Revista Panamericana de Salud Publica. 2002; 12 (2): 79-85.
- 6.- Barruecos Villalobos Luis Alfonso. "panorama actual de investigación social y cultura sobre el consumo de alcohol y alcoholismo en México". Alcohol in México spanish versión. México, págs. 1-3.
- 7.- Fernández Cantón Sonia. Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, Rev Med Imss 2005; 43 (5): 450-451.
- 8.- Piedra Herrera Blanca, alcoholismo y sociedad Rev Mex Electronica, 2006; 28 (5):1-2.

- 9.- Conceptos básicos para el estudio de las familias, Arch Med Fam, México, 2005; 7 (supl. 1):15.
- 10.- Riquelme Pereira Nayade y Merino Escobar José M. sistema de enfrentamiento en familias de enfermos alcohólicos. Cienc. Enferm. Jun 2002; 8 (1):37-47.
- 11.- García Gutiérrez Eulalia y Cols. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales, Rev Cubana Med Milit 2004; 33 (3):1.
- 12.- Santi Analia Soledad alcoholismo interacción familia-paciente desde la técnica ocupacional, Rev Terapia Ocupacional Galicia 2006; (4):11-13.
- 13.- Lloret Irlés Daniel. alcoholismo: una visión familiar, Salud y Drogas • 2001, 1(1):118.
- 14.- Esparza Cabrera Lidia. Los afectos en hijos hacia padres alcohólicos, CIJ al día, Boletín Informativo Mensual de Centros de Integración Juvenil A. C. 2004; año 1(10):5.
- 15.- López Jiménez J. L. patrones de consumo de alcohol en pacientes captados en salas de urgencias. Salud Publica México 1998; 40 (6): 488.
- 16.- Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud, Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (INEGI) Instituto Nacional de Estadística y Geográfica, Agosto 2008; pp. 1-2.
- 17.- Alazraki Yossifoff, Claudia. La dinámica familiar en familias con un miembro alcohólico. Wollitz, J. (1983). Adult children of alcoholics. Deerfield Beach EUA; health Communications inc. Pág. 1.

18.- Ortiz Hernández Nélida Guadalupe y cols. Consumo de alcohol por los padres: riesgo de consumo de alcohol por los adolescentes, Revista de Salud Publica y Nutrición, 2005; ed. Especial (8): 1.

19.- Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria AE Originales Breves FACES III: alcances y limitaciones. Rev Aten Fam 2005; 12 (1): 2

20.- Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Arch en Med Fam 2006; 8 (1) 27-32

21.- Huerta González José Luis. Evaluación de la funcionalidad familiar. PAC MF-1 (Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar). Ediciones intersistemas, México, 1999; 1 (4): 53-58.

22.- Martínez-Hernández, Luis Ángel, López-Carbajal, Mario Joaquín, Armengol-Agis David. Intervención del médico familiar en alcoholismo. Revisión de estrategias operativas, Rev Med IMSS, 2006; 44 (2): 181-188

ANEXO Nº 1 CUESTIONARIO AUDIT.

Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor. Marque una x la aseveración que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

1. ¿Con que frecuencia consume una bebida alcohólica?

- 0 Nunca
- 1 Una o menos veces al mes
- 2 2 o 4 veces al mes
- 3 2 o 3 veces a la semana
- 4 4 o mas veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebida alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- 0 1 o 2
- 1 3 o 4
- 2 5 o 6
- 3 7 a 9
- 4 10 o mas

3. ¿Con que frecuencia toma 6 o mas bebidas alcohólicas en un solo día?

- 0 Nunca
- 5 Menos de una vez
- 6 Mensualmente
- 7 Semanalmente
- 8 A diario o casi a diario

4. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- 0 Nunca
- A Menos de una vez al mes
- B Mensualmente
- C Semanalmente
- D A diario o casi a diario

5. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que esperaba de usted porque había bebido?

- 0 Nunca
- a Menos de una vez al mes
- b Mensualmente
- c Semanalmente
- d A diario o casi a diario

6. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- 0 Nunca
- 1 Menos de una vez al mes
- 2 Mensualmente
- 3 Semanalmente
- 4 A diario o casi a diario

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

- 0 Nunca
- 1 Menos de una vez al mes
- 2 Mensualmente
- 3 Semanalmente
- 4 A diario o casi a diario

8. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- 0 Nunca
- 1 Menos de una vez al mes
- 2 Mensualmente
- 3 Semanalmente
- 4 A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

- 0 No
- 1 Si, pero no en el curso del último año
- 2 Si, en el último año.

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

- 0 No
- 1 Si, pero no en el curso del último año
- 2 Si, en el último año.

ANEXO II: FACES III

Oson DH, Portner J, Lavee Y.

Versión en Español: Gómez C Irigoyen C.

•Nunca casi nunca algunas veces casi siempre siempre

DESCRIBA A SU FAMILIA:

- _____1 Los miembros de la familia se dan apoyo entre si.
- _____2 En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para solucionar los problemas.
- _____3 Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- _____4 los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- _____5 Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- _____6 Cualquiera miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- _____7 Nos sentimos más unidos entre nosotros que con persona que no son de nuestra familia.
- _____8 Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.
- _____9 nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- _____10 Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a castigos.
- _____11 Nos sentimos muy unidos.
- _____12 En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- _____13 cuando se toma una decisión importante toda la familia esta reunida.
- _____14 En nuestra familia las reglas cambian.
- _____15 con facilidad podemos planear actividades en familia.
- _____16 Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- _____17 Consultamos unos con otros para la toma de decisiones.
- _____18 En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
- _____19 La unión familiar es muy importante.
- _____20 Es difícil decir quien hace las labores del hogar

CALIFICACIÓN DEL FACES III:

- COHECION = Números nones.
- ADAPTABILIDAD números pares.

COHECIÓN:

- NO RELACIONADA = 10-34
- SEMIRELACIONADA = 35-40
- RELACIONADA = 41-55
- AGLUTINADA = 46-50

ADAPTABILIDAD:

- RIGIDA = 10-19
- ESTRUCTURADA = 20-24
- FLEXIBLE = 25-28
- CAOTICA = 29-50

ANEXO 4**HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Nombre: _____ edad: _____ sexo: m ___ f ___

Ocupación: _____ estado civil: soltero ___ casado ___

Unión libre _____ divorciado _____ viudo (a) _____

Estado socioeconómico: alto _____ medio: _____ bajo: _____

¿Cuántas personas integran su familia? _____

Tiene usted algún familiar con antecedente de consumo de alcohol? si _____

No _____ ¿quien? papá _____ hermanos ___ tíos ___ abuelos _____

¿Padece usted alguna enfermedad de las siguientes? Diabetes mellitus _____ hipertensión arterial _____ otras si ___ no ___

En caso afirmativo especifique la enfermedad _____

¿Consume algún tipo de bebida alcohólica? Si _____ no _____

Que tipo de bebida alcohólica consume:

Cerveza: _____ tequila _____ licor _____ brandy _____

Mezcal _____ coñac _____ whisky _____ ron _____

¿Con que frecuencia?

a diario _____ cada tercer día _____ cada semana _____

Cada 15 días _____ cada mes _____ cada año _____

¿Llega a la embriaguez? Si _____ no _____

¿Donde acostumbra beber?

En casa _____ la calle _____ centro de trabajo _____

Centro recreativo _____ ¿cual? Bar _____ sala de fiestas _____

Otros: carro _____

¿Tiene problemas con su forma de beber?: si _____ no _____

¿Con quien? Familia _____ esposa _____ hijos _____

Especifique que tipos de problemas _____ en su centro de trabajo: si _____ no _____ ¿con quien?

Jefe inmediato _____ compañeros _____

¿Ha presentado ausentismo laboral por su forma de beber? Si _____ no _____

¿Se han visto alteradas sus relaciones con sus vecinos por su forma de beber? si _____ no _____