



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 76 URUAPAN MICHOACAN



REPERCUSIÓN DEL ALCOHOLISMO EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. VÁZQUEZ HERNÁNDEZ SANDRA ANGELINA

URUAPAN, MICHOACAN

Febrero 2016

ASESOR:

DR EDUARDO ALBERTO UNG MEDINA



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.

REPERCUSION DEL ALCOHOLISMO EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. VÁZQUEZ HERNÁNDEZ SANDRA ANGELINA

AUTORIZACIONES:

REPERCUSIÓN DEL ALCOHOLISMO EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

PRESENTA

DRA. SANDRA ANGELINA VÁZQUEZ HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES

DRA CLAUDIA JANETH MORFIN MACIAS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES EN URUAPAN MICHOACAN U.M.F.76

DR EDUARDO ALBERTO UNG MEDINA

ASESOR DE TESIS.

COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA U.M.F.81.

DR

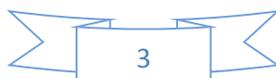
DR JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DE LASUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR.
DIVISIÓN DEL ESTUDIO DE POSGRADO.
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

DR. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI
COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE
INSTITUCIONAL DELEGACIÓN MICHOACÁN

ÍNDICE



RESUMEN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
INTRODUCCION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
MARCO TEORICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
ASPECTOS DEMOGRAFICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21
JUSTIFICACION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23
HIPOTESIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24
OBJETIVOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25
METODOLOGIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26
TAMAÑO DE LA MUESTRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27
UNIVERSO DE TRABAJO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28
VARIABLE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29
RECURSOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35
CONSIDERACIONES ETICAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35
RESULTADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39
CONCLUSIONES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72
DISCUSION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74
BIBLIOGRAFIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	77
ANEXOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78

RESUMEN:

REPERCUSION DEL ALCOHOLISMO EN LA FUNCIONALIDAD FUNCIONAL EN LA

UNIDAD DE MEDINA FAMILIAR N° 68

Vázquez HS, Ung ME, Camacho PJ. UMF 68 Vista Hermosa de Negrete, Michoacán.

INTRODUCCION: En la actualidad el alcoholismo es una enfermedad de salud pública, que ha ido aumentando en los últimos años teniendo múltiples repercusiones, y al ser una patología prevenible, la intención es identificar los factores de riesgo que se asocian a su desarrollo. El alcoholismo es una enfermedad grave que afecta a todos los miembros de la familia. A menudo provoca problemas o rupturas familiares. Muchas veces se puede afirmar que el alcoholismo es uno de los acontecimientos que en mayor medida genera disfuncionalidad, no obstante, puede haber familias de enfermos crónicos con nivel de funcionamiento aceptable.

OBJETIVO: Determinar la repercusión del alcoholismo en la funcionalidad familiar.

MATERIAL Y MÉTODO: Tipo de estudio, transversal, prospectivo y observacional, previo consentimiento se realizaron bajo información, se aplicaron varias encuestas como son: Prueba rápida de Tamizaje para consumo de alcohol FAST, FACE III, APGAR familiar así como una serie de preguntas semirrelacionadas, en los pacientes de la UMF 68 de Vista Hermosa de Negrete Michoacán, en el periodo comprendido del mes de noviembre del 2013 a marzo del 2014.

RESULTADOS: En el estudio participaron 325 pacientes con alcoholismo, con edad promedio de 30 a 50 donde se observó que el 72 % tienen un nivel de escolaridad de secundaria, el 52% son obreros, tienen una cohesión semirrelacionada del 38%, adaptabilidad estructurada del 29% y caótica 29.3% con una disfuncionalidad familiar leve. El 23 % de los pacientes considera que el alcoholismo es un factor de interacción, el 24.3% de las personas presentan desequilibrio emocional, a veces afectan las relaciones familiares en un 21.56%, el 23.8% son conscientes de sus actos, la falta de comunicación familiar se presenta en un 26.3%, el 27.5% siempre cumple con sus obligaciones, el 28.8% a veces se mantiene en constante conflicto, el 30,3% a veces tienden a desintegrarse, el 30.6% a veces desean curarse.

CONCLUSIONES: A consecuencia del alcoholismo en algún miembro de la familia observamos una disfunción familiar leve presentándose con más frecuencia entre las personas de nivel secundarias y de actividad laboral obreros.

PALABRAS CLAVES. Alcoholismo, familia, función y disfunción familiar.

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo es una enfermedad crónica que daña el organismo, el funcionamiento familiar, social y puede ser causa de violencia, conductas antisociales, desavenencias familiares, accidentes e incluso homicidios.

Como también el largo período de tiempo que pasa entre el surgimiento de los problemas de alcohol, su reconocimiento y la decisión de someterse a tratamientos, como no existe ninguna línea mágica que divida a los bebedores sociales de los problemáticos, cada persona deberá evaluar hasta qué punto tiene control sobre su modo de beber así como cuáles son las consecuencias negativas del mismo antes de proceder a realizar los cambios constructivos que sean necesarios. Esto puede ser difícil puesto que hay varias etapas que son comunes a todas las familias con problemas de alcohol antes de que la persona sea consciente de que su modo de beber le está causando dificultades en su vida. Es considerando como unos de los principales problemas en el ámbito mundial.

El consumo de alcohol es el problema más acentuado en las familias, es por eso que se hace necesario buscar alternativas de cambios de conducta que permitan enfrentar esta situación que ataca tanto a los padres, hermanos, amigos y familiares.

Los problemas de la bebida no son cosa de una noche. En muchos casos, una persona avanza desde un modo de beber social a periodos de intoxicaciones ocasionales hasta llegar un punto en que el alcohol interfiere en la vida de la propia persona.

A menudo la familia niega que exista un problema y la necesidad de tratamiento se pospone durante mucho tiempo a causa de las actitudes y creencias que se tienen sobre el alcohol.

Muchas veces los miembros de la familia tratan de encubrir y proteger a la persona con problemas de alcohol para no tener que sentir los efectos negativos de su modo de beber. Esto se suele hacer para intentar que la persona salve su reputación, no pierda su trabajo, etc., pero a largo plazo lo que permite es que el problema de alcohol continúe durante más tiempo.

El alcoholismo es una enfermedad de la familia. Esta enfermedad afecta a todas las personas relacionadas con el bebedor con problemas. Los más afectados son los que están más en contacto directo con el alcohólico, y los que se preocupan más por el qué

dirán literalmente atrapados por el comportamiento de éste. Reaccionamos ante el comportamiento del alcohólico.

MARCO TEORICO

FAMILIA. La OMS define familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial.

Otras definiciones: Un grupo unido entre por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando estas son estables. La familia es el resultado de una experiencia y de una alianza entre géneros. Requiere para su constitución, del encuentro y de la relación entre un hombre y una mujer que quieren unir su vínculo mediante el afecto entre ellos o hacia los hijos que surgen de su relación (1)

La familia es un conjunto de personas que viven bajo el mismo techo, organizados en roles fijos (padre, madre, hijos) con vínculos consanguíneos o no. Es el marco que contiene a los miembros que crecen en ella. Se la concibe como un sistema abierto, como una totalidad. Cada uno de los miembros está íntimamente relacionado y, por lo tanto la conducta de cada uno influirá en los demás. Con un modo de existencia económica y sociales comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan, pasada por el nacimiento, crecimiento, multiplicación decadencia y trascendencia así llamado ciclo vital (2).

Es el elemento natural y fundamental de la sociedad, y del estado. Los lazos principales son de dos tipos:

1.- Vínculo de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio, que en algunas sociedades sólo se permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia.

2.- Vínculo de consanguinidad como la filiación entre padres e hijos (3)

Definición según la Organización Mundial de la Salud "La familia es la unidad básica de la organización social" y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus

miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella (4).

La familia puede definirse según los sociólogos como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas. Según los demógrafos la familia puede definirse por el grado de parentesco dado por el matrimonio consanguíneo o adopción; entonces todas las personas que viven bajo el mismo hogar constituyen una familia.

Según definición de *Horwitz* la familia es una unidad de atención médica, que incluye a todas las personas que conviven en una misma unidad residencial entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas, y que por lo general, están ligadas por lazos de parentescos.

La definición expuesta por Wynne refiere que la familia es un sistema social único y primario en permanente interacción con los demás sistemas sociales primitivo y secundario. En ella encontramos los gérmenes patógenos que podemos detectar a la luz de los conocimientos del psicodinamismo del grupo familiar (5).

Bilbao A (2002) catalogo más de 56 formas de familia. Levi-Strauss (1949) Le atribuía tres características:

- a) su origen en el matrimonio.
- b) su composición entre el marido esposa e hijos nacidos en el matrimonio aunque pudiera incluir otras ascendientes y colaterales.
- c) otros vínculos legales, derechos y obligaciones de tipo económico y religioso. Derechos y prohibiciones sexuales y vínculos emocionales como el amor, afecto, respeto etc.(6)

CLACIFICACIÓN

1.- La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

2.- La familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

3.- La familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una Familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

4.- La familia de madre soltera: Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

5.- La familia de padres separados: Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.

6.- Familia mixta o reconstruida: Es la formada por una persona viuda o divorciada-separada, con o sin hijos, que se casa de nuevo con otra persona, la cual a su vez puede haber estado o no casada antes y tener o no hijos.

7.- Familia binuclear: es la dividida en dos por el divorcio o separación de los cónyuges. Ambos aportan hijos de los anteriores matrimonios a la nueva familia constituida.

8.- Familia de hecho: formada por dos personas del sexo opuesto que viven juntas, con ó sin hijos, comparten la expresión y el compromiso sexual, sin que hayan formalizado legalmente el matrimonio.

9.- Familia homosexual: formado por dos adultos del mismo sexo, que viven junto con ó sin hijos adoptivos, y que comparten la expresión y el compromiso sexual (7).

TIPOLOGIA FAMILIAR

En base a su estructura:

Nuclear: padre, madre e hijos.

Extensa: más abuelos.

Extensa compuesta: más otros consanguíneos o de carácter legal, (tíos, cuñados)

Monoparental: padre o la madre y los hijos.

En base a su desarrollo:

Primitiva: clan u organización tribal.

Tradicional: patrón tradicional de organización familiar

En base a su integración:

Moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la Organización familiar y toma de decisiones

Integrada: cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente

Semi-integrada: no cumplen sus funciones

Desintegrada: falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorció.

En base a su demografía:

- Urbana
- Rural
- Suburbana

En base a su ocupación:

- Campesina
- Obrera
- Empleada
- Profesionista

FUNCIONES DE LA FAMILIA:

Funcionamiento familiar saludable

Un funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales podemos citar los siguientes: La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros así como la transmisión de valores éticos y culturales.

La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros, también en el establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital. Los de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social). La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual (8).

Las principales funciones de la familia pueden sintetizarse en:

1. Función bio-social.
2. Función económica.
3. Función cultural y afectiva.
4. Función educativa.

La familia es una institución que se encuentra en constante cambio y evolución, por lo que los objetivos y funciones arriba mencionadas tienden a adecuarse al marco histórico-social dentro del cual se desenvuelve. Sin embargo, se habla de una cierta estabilidad en el denominado ciclo vital de la familia, que marca su rumbo evolutivo.

Con algunas pequeñas variaciones en general se han planteado las siguientes etapas del ciclo vital familiar:

1. Formación o constitución.

2. Expansión o extensión (nacimiento de los hijos, distintas etapas y tareas de atención a los mismos: preescolar, escolar, adolescente, etc.).
3. Contracción (los hijos constituyen su propia familia, etapa del nido vacío, etc.).
4. Disolución (muerte de uno de los cónyuges).

La manera en que la familia aborda las distintas etapas del ciclo vital, los eventos o tareas de desarrollo que representan en cada una de ellas, estará muy en correspondencia con sus recursos, mecanismos de afrontamiento, estilos de funcionamiento familiar, etc., y puede provocar no estados transitorios de crisis, con un mayor o menor riesgo de surgimiento de trastornos emocionales en uno o más de sus miembros. Un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia (9).

CICLO VITAL (Ciclo vital familiar de Duvall)

- I Comienzo de la familia (“nido sin usar”)
- II Familias con hijos (el hijo mayor hasta 30 meses)
- III Familias con hijos pre escolares (el hijo mayor entre 30 meses y 6 años)
- IV Familias con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años)
- V Familias con adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años)
- VI Familias como “plataforma de colocación” (desde que se va el primer hijo hace que lo hace el último)
- VII Familias maduras (desde el “nido vacío” hasta la jubilación)
- VIII Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos)

DINÁMICA FAMILIAR.

Comprende las diversas situaciones de naturaleza psicológica, biológica y social que están presentes en las relaciones que se dan entre los miembros que conforman la

familia y que les posibilita el ejercicio de la cotidianidad en todo lo relacionado con la comunidad, afectividad, autoridad y crianza.

A través de la familia, las sociedades transmiten sus valores y costumbres a los hijos. La lengua, el modo de vestir, la manera de celebrar los nacimientos o de enterrar a los muertos, las estrategias para el trabajo y la producción, la manera de pensar y de analizar la historia, los modos comunitarios de aprender o de relacionarse con otras personas o grupos sociales, son todas herencias culturales que se transmiten en familia. La familia es la encargada de propiciar el que niñas y niños se desarrollen como miembros de una nación y de un grupo social, con un sentido de pertenencia, con capacidad de entender y respetar la cultura de su grupo y de su país (10).

Indicadores de dinámica y funcionamiento familiar saludable

Entre los indicadores más utilizados para valorar la dinámica familiar, podemos señalarlos siguientes: la adaptabilidad o flexibilidad, la cohesión, el clima emocional y la comunicación. El cual podemos medir con el FACES III.

Pueden ser múltiples causas, independientes o relacionadas entre sí, las que pueden llevar a una familia a causar malestar o enfermedad psicológicas a sus miembros.

Las más profundas son:

- Agresividad, maltrato físico o psicológico entre sus miembros.
- Relaciones conyugales conflictivas.
- Adicciones a drogas o alcohol entre sus miembros.
- Enfermedades mentales en algunos de sus miembros.
- Enfermedades crónicas en alguno de sus miembros.
- Factores externos asociados a pobreza, cesantía, hacinamiento, etc. (12).

ALCOHOLISMO

La OMS refiere que en el continente Americano el valor promedio de consumo per cápita de alcohol es de 8.7 litros, lo cual está por encima de la media global de 6.2 litros (13). Considerando al alcoholismo es un problema de salud pública.

La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos). El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte. (15)

Organización Mundial de la Salud (OMS) propuesto desde 1975 por el Dr. G. Edwards y un grupo de expertos, llamado Modelo integral de iniciación y continuación del consumo de drogas. Se basa en el conocimiento de que la adicción es un fenómeno psico-físico-multifactorial de etiología compleja, en el que tienen igual valor los factores orgánicos (físicos, genéticos, constitucionales), los socioculturales y los psicológicos individuales.

Sin embargo, la OMS acepta el término «alcoholismo», de uso generalizado, para utilizarlo ante el público en general. En los términos más simples, el alcoholismo (síndrome de dependencia del alcohol) puede definirse de la siguiente manera: «Es un estado patológico físico y a la vez psicológico,

La química del alcohol le permite afectar casi todo tipo de células en el cuerpo, incluyendo las que se encuentran en el sistema nervioso central. En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y otras sensaciones deseables.

Después de la exposición prolongada de alcohol el cerebro se adapta a los cambios producidos por el alcohol y se vuelve dependiente a ellos. La gravedad de esta enfermedad está afectada por factores de índole genética, psicológica, cultural y de dolor físico.

El tan sólo tomar de manera regular y consiente durante un trascurso de tiempo puede ocasionar una sensación de dependencia y síntomas de supresión durante los períodos de abstinencia. (17)

El deseo de alcohol durante la abstinencia, se debe a la adaptación del cerebro y a la dependencia en los cambios químicos causados por el uso de alcohol a largo plazo. El alcohol causa relajación y euforia pero a la vez también actúa como un depresivo en el sistema nervioso central. Parece ejercer efectos mayores en el hipocampo, un área en el cerebro no sólo asociado al aprendizaje y a la memoria sino también con la regulación de la emoción, el procedimiento sensorial, el apetito y el estrés.

Los esteres de etilo, de ácido graso, estimulan el flujo de potasio en las células del hipocampo, el cual inhibe neurotransmisores importantes. El alcoholismo crónico causa depresión de la materia gris, tejido crucial en el sistema nervioso central.

Las personas con antecedentes familiares de alcoholismo tienen una mayor probabilidad de empezar a tomar antes de los 20 años y de convertirse en alcohólico. Sin embargo, cualquier persona que empieza a tomar en la adolescencia corre un riesgo mayor, actualmente, 1.9 millones de jóvenes entre la edad de 12 y 20 años se consideran bebedores serios y 4.4 toman hasta embriagarse (18).

El consumo de alcohol entre los adultos se definió como el consumo diario u ocasional. Entre 2000 y 2012 se observa un aumento en el porcentaje total de adultos que consumen alcohol (39.7% en 2000, 34.1% en 2006 y 53.9% en 2012). Entre los hombres, el aumento fue de 56.1% en el año 2000 a 53.1% en 2006, y a 67.8% en 2012, y entre las mujeres de 24.3% en el año 2000 a 18.5% en 2006, y a 41.3% en 2012 (20)

El consumo de alcohol es una de las causas que más peso tiene por sí sola en la morbilidad y mortalidad mundiales. Ha estimado que contribuye en cerca de 4 al riesgo global de muerte en el mundo, apenas por abajo del tabaquismo que contribuye con 4.1% de riesgo global. Existe grupos de países en donde el consumo de alcohol tiene un peso relativamente bajo (musulmanes y africanos), otros un poco por arriba del promedio (China, Japón, Australia) otros con un riesgo considerablemente mayor EUA, Canadá, Europa Occidental) y otros más con un riesgo de más del doble del promedio mundial.

México y la mayoría de los países latinoamericanos y los países de la ex-Unión Soviética (21).

De todos los problemas emergentes de salud pública en México, el alcoholismo ocupa un lugar prominente. La ingestión de alcohol está relacionada, directa o indirectamente, con cinco de las 10 principales causas de defunción, y se ha estimado que el abuso del alcohol por si solo representa 9% del peso total de la enfermedad en México de acuerdo con los resultados de las encuestas nacionales de 1988 y 1998 en esa década, el porcentaje de varones no bebedores bajó de 26.6 a 23.0%, en tanto que el de consumidores aumentó de 73.4 a 77.0%. En el caso de las mujeres la situación es aún más preocupante, por el aumento de mujeres bebedoras, por lo que podemos decir que el número de mexicanos jóvenes y adultos que consumen bebidas alcohólicas va en aumento. Por ello, se elevan también, proporcionalmente, los problemas que se derivan de esa práctica. Nuestro país no escapa a esta realidad; cada día son más los mexicanos que consumen bebidas alcohólicas, a edades cada vez más tempranas, con los consecuentes perjuicios a la salud individual, familiar y social (23).

EFFECTOS

El alcohol produce sobre el organismo un efecto tóxico directo y un efecto sedante; además, la ingestión excesiva de alcohol durante periodos prolongados conduce la carencia en la nutrición y en otras necesidades orgánicas, lo cual complica la situación.

Los casos avanzados requieren hospitalización. Los efectos sobre los principales sistemas del organismo son acumulativos e incluyen un amplio rango de alteraciones del aparato digestivo, entre las que destacan las úlceras de estómago y de duodeno, la pancreatitis crónica y la cirrosis hepática, así como lesiones irreversibles en los sistemas nervioso central y periférico. Pueden llegar a producirse desmayos, alucinaciones e intensos temblores, síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica más grave, y el delirium tremens, que puede ser mortal a pesar del tratamiento adecuado; esto último contrasta con los síndromes de abstinencia de los opiáceos como la heroína, que aunque

muy aparatosos rara vez son fatales. Se ha demostrado en fechas recientes que la ingestión de alcohol durante la gestación, incluso en cantidades moderadas, puede producir daños grave en el feto, especialmente retraso en el desarrollo físico y mental; la forma más grave de este retraso, poco frecuente, se llama síndrome de alcoholismo fetal (24).

Dependencia al alcohol.

Se define la dependencia al alcohol como una agrupación de fenómenos fisiológicos, de comportamiento y cognitivos en el que el consumo de alcohol ocupa una prioridad más importante para el individuo que otros comportamientos que previamente ocupaban un valor mayor. Una característica central es el deseo, usualmente fuerte y en ocasiones dominante, de consumir alcohol. El regreso a consumir alcohol después de un periodo de abstinencia usualmente se asocia con la reaparición de las características del síndrome. Un diagnóstico definitivo de dependencia puede realizarse usualmente si se presentan más de tres de las siguientes características por algún tiempo durante los 12 meses previos, a saber:

- 1.-Un deseo intenso o compulsión de ingerir alcohol.
- 2.-Dificultad para controlar la ingesta de alcohol en términos de inicio, terminación o nivel de consumo.
- 3.-Un estado fisiológico característico durante un periodo de abstinencia o reducción que comprende temblor, sudoración, taquicardia, ansiedad, insomnio y en raras ocasiones convulsiones, desorientación o alucinaciones o la ingesta de alcohol para evitar estos síntomas.
- 4.-Evidencia de tolerancia, como la necesidad de dosis altas de alcohol para alcanzar los efectos que originalmente se lograban con dosis menores.
- 5.-Desinterés progresivo hacia actividades alternativas o de interés debido al consumo de alcohol y un aumento del tiempo normal necesario para obtener y recuperarse de los efectos del alcohol.
- 6.-Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de consecuencias claras de daño, como enfermedad hepática, depresión y problemas cognitivos (25).

Presentaciones clínicas.

El consumo de alcohol de manera peligrosa o dañina puede presentarse de muchas y diferentes maneras. Las siguientes presentaciones deben alertar a los profesionales de la salud sobre la posibilidad de un componente de dependencia al alcohol, a saber:

Sociales:

- 1.-Desarmonía familiar y violencia doméstica.
- 2.-Niños desatendidos.
- 3.-Comportamiento criminal.
- 4.-Sexo sin protección.
- 5.-Problemas financieros.

Ocupacionales:

- 1.-Ausentismo repetido, especialmente cerca de los fines de semana.
- 2.-Problemas de desempeño y accidentes.

Psiquiátricas:

1. -Amnesia, problemas de memoria, demencia.
- 2.-Ansiedad y desórdenes de pánico.
- 3.-Enfermedad depresiva.
- 4.-Morbilidad.
- 5.-Alucinaciones alcohólicas.
- 6.-Resistencia al tratamiento
- 7.-Daño auto infligido a repetición.

Físicas:

- 1.-Múltiples visitas a los servicios de emergencias.
- 2.-Dispepsia, gastritis, hematemesis.
- 3.-Diarrea y mal absorción.
- 4.-Pancreatitis aguda y crónica.
- 5.-Anormalidades hepáticas.
- 6.-Arritmias cardíacas.
- 7.-Hipertensión y accidente vascular cerebral.

- 8.-Cardiomiopatía.
- 9.-Neuropatía periférica, ataxia cerebelar.
- 10.-Impotencia y problemas de libido.
- 11.-Crisis convulsivas de abstinencia a mediana edad.
- 12.-Caídas en el adulto mayor.
- 13.-Discrasias sanguíneas, plaquetopenia y neutropenia.
- 14.-Acné rosácea, eccema discoidal, psoriasis, abrasiones múltiples.
- 15.-Cáncer de cavidad oral, faringe, laringe, esófago, mama y colon.
- 16.-Miopatías agudas y crónicas.
- 17.-Infertilidad inexplicada.
- 18.-Gota (26)

ASPECTOS DEMOGÁFICOS

La localidad de Vista Hermosa de Negrete está situada en el Municipio de Vista Hermosa (en el Estado de Michoacán de Ocampo). Tiene 19,055 habitantes, Vista Hermosa de Negrete está a 1530 metros de altitud. Se encuentra en la región del noreste del Estado de Michoacán con una distancia de 166 kilómetros de la capital del estado. Limitada al norte con el estado de Jalisco, al este con el municipio de Tanhuato, al sur con Ixtlán y Pajacuaran y finalmente al oeste con Briseñas. Cuenta con una extensión territorial de 146.53 kilómetros cuadrados. Orografía: Su relieve lo conforma la depresión Lerma-Chápala y el cerro de Gonzalo. Hidrografía: su hidrografía se constituye por los ríos Duero y Lerma y la presa de Gonzalo...La principal fuente de trabajo es agricultor y obrero.

La UMF 68 se encuentra situada en calle Matamoros s/n colonia Centro cuenta con 5262 adscritos de los cuales 2074 de 11 años a 59 años

JUSTIFICACIÓN

El consumo de alcohol es un problema de salud pública a nivel mundial, ya que es de uso común dentro de la sociedad, en México es considerado como problema de carácter económico, social y familiar, donde sus consecuencias se expresan como enfermedad y desintegración.

Una vez definido por la OMS que alcoholismo es la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre, es difícil determinar la cantidad de ingesta de alcohol en la población mexicana, sin embargo dependiendo de la ubicación geográfica es la ingesta de cantidad y calidad de alcohol, que es en mayor frecuencia los viernes, sábados y domingos, siendo la consecuencia de altos índices de accidentes automovilísticos y fallecimientos violentos.

El alcoholismo tiene combinaciones de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

Si existen antecedentes familiares de alcoholismo hay mayor probabilidad de iniciar la ingesta de alcohol antes de los 20 años y de convertirse en alcohólico.

Actualmente 1.9 millones de jóvenes entre la edad de 12 y 20 años se consideran bebedores serios y 4.4 toman hasta embriagarse.

El alcoholismo es más frecuente en el hombre, sin embargo la incidencia en las mujeres se incrementa en forma progresiva.

De acuerdo a las estructuras familiares y la funcionalidad de las mismas puede ser una condición para el alcoholismo o a la inversa que este problema de salud afecte la funcionalidad de la misma.

Este estudio se realiza para observar si la ingesta de alcohol condiciona disfunción familiar de la comunidad de Vista Hermosa de negrete de la clínica 68 del IMSS

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El alcoholismo es un problema de salud pública mundial, ya que se estima que contribuye el 4 % de riesgo global de muerte en el mundo, por abajo del tabaquismo que contribuye con 4.1%. Existen países donde el consumo de alcohol tiene un peso bajo (musulmanes y africanos), por arriba del promedio (China, Japón, Australia,) con riesgo mayor (EUA, Canadá, Europa Occidental) y con un riesgo de más del doble del promedio mundial México y la mayoría de los países latinoamericanos y los países de la ex Unión Soviética.

Es un problema emergente de salud pública en México. La ingestión de alcohol está relacionada, directa o indirectamente, con cinco de las 10 principales causas de defunción, y se ha estimado que el abuso del alcohol por si solo representa 9% del peso total de la enfermedad en México. En el caso de las mujeres la situación es más preocupante, ya que se incrementó el porcentaje de mujeres bebedoras. Por ello, se elevan los problemas que se derivan de esta práctica, principalmente la disfunción familiar y maltrato familiar, lo que condiciona problemas sociales y económicos para el país.

Lo anterior nos lleva al interés de realizar esta investigación para determinar el efecto del alcoholismo en la funcionalidad familiar. Aunque se sabe que la familia muchas veces son las principales en ocultar dicha patología para proteger al alcohólico, el hecho de no perder su trabajo, o no querer aceptar que es un enfermo, por miedo al que dirá dicha sociedad, hemos llegado a acostumbrarnos a vivir de esta manera.

Aun sabiendo que dicha enfermedad nos tiene como consecuencia muchas complicaciones agregadas a ella, teniendo información acerca de la patología se sigue con esta práctica del alcoholismo.

En nuestra comunidad vemos que cada vez más se afectan nuestros adolescentes con consumo de alcohol importante, dejando sus actividades escolares, abandonando a sus familias por tal de pertenecer a dicha sociedad.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿El alcoholismo repercute en la funcionalidad familiar?

HIPOTESIS

Hipótesis de trabajo.

El alcoholismo condiciona disfunción familiar.

Hipótesis nula

El alcoholismo no tiene repercusión en la funcionalidad familiar.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la repercusión del alcoholismo en la funcionalidad familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la prevalencia de alcoholismo en la población adscrita.
- Identificar el grado de alcoholismo de los participantes en el estudio.
- Asociar el grado de alcoholismo con la desnutrición, sobrepeso, obesidad,
- Determinar la edad promedio de inicio del alcoholismo.
- Identificar el género que más abusa del alcoholismo.
- Determinar el grado de escolaridad del alcohólico.
- Determinar la ocupación del alcohólico.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Prospectivo, observacional, transversal.

Estudio en pacientes de la clínica 68 de Vista Hermosa de Negrete, Michoacán. En el periodo comprendido del mes de Noviembre del 2013 a Febrero del 2014 se aplicaran instrumentos de evaluación a los pacientes con antecedentes de alcoholismo, el primer instrumento de evaluación es una encuesta con datos socio-demográficos e identificación de los pacientes que participaran en el estudio (Anexo 1), el segundo de los instrumento es una prueba rápida de tamizaje por consumo de alcohol (FAST) (Anexo 2), los ítems son:

Si la respuesta a la pregunta 1 es “menos de cada mes o mensual”, entonces cada una de las siguientes 4 preguntas tendrá un puntaje de 0-4. Después podrán ser sumadas para obtener un puntaje total entre 0-16. La persona abusa del consumo de alcohol si el puntaje total de las 3 preguntas es igual ó mayor a 3.

El Tercer instrumento de evaluación es la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III)(Anexo 3) que consiste en una seria de pregunta y se aplicara a personas mayores de 10 años que sean miembros de familia con hijos que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (de 1 a 5), considerando cada aseveración con relación a su familia. Se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que el entrevistado considera que su familia reacciona en forma habitual, no de la manera en que piensa que debería reaccionar. El encuestado se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona entrevistada lo haga por sí misma. No obstante, podrá aclarar las dudas que surjan con relación al significado de palabras o aseveraciones, evitando sugerir respuestas.

A continuación se expone un ejemplo de aplicación de esta escala:

1. Nunca, 2. Casi nunca, 3. Algunas veces, 4. Casi siempre, 5. Siempre

Disgregada Caóticamente Semi-relacionada Caóticamente relacionada Caóticamente aglutinada. La clasificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes de los ítems nones y la de adaptabilidad de los ítems pares.

Previo a la realización de las encuestas, se les explicara a los pacientes el motivo del estudio, adquiriendo su autorización de participación mediante el consentimiento informado, el cual está diseñado para las personas adultas (Anexo 4) y para menores de 18 años (Anexo 5). La UMF 68 cuenta con 5262 adscritos de los cuales 2074 son de 11 a 59 años.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra se calculó de acuerdo a la fórmula de Sierra Bravo para población finita, en base a la población adscrita para el subgrupo de edad de 11 a 59 años, de la UMF 68, se determinará la muestra con el programa STALTAC-EPI INFO. La UMF 68 cuenta con 5262 adscritos de los cuales 2074 son de 11 a 59 años.

Dónde:

n=tamaño de la muestra

4=constante

N=tamaño de la población (población adscrita de 11 a 59 años)

P y q=probabilidad (50%) de éxito (confianza 95 %).

e=error del 5 %

n= 325 individuos

La muestra de la investigación quedó conformada por 325 de pacientes alcohólicos.

Universo de trabajo

El universo de trabajo son los derechohabientes con alcoholismo de la UMF 68 de Vista Hermosa de Negrete, Mich., teniendo un total de 5262 en el rubro de 11 a 59 años de edad. De esta población se tomara una muestra de pacientes con antecedente de alcoholismo, en un periodo comprendido de noviembre 2013 a marzo 2014.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes con antecedente de ingerir bebidas alcohólicas
- Pacientes entre 11 y 59 años de edad
- Pacientes y tutores que acepten participar en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes quienes decidan abandonar el estudio
- Pacientes quienes no firmen consentimiento informado
- Paciente del sexo femenino

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Pacientes que no contesten los instrumentos de evaluación en forma completa.

VARIABLES:

Dependiente:

Alcoholismo: Enfermedad crónica que daña al organismo, el funcionamiento familiar y social

Independiente:

Función familiar: Conjunto de relaciones interpersonales que se genera en el interior de cada familia.

Disfunción familiar: Es una familia en que se presentan frecuentemente conflictos.

Sexo: Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos en variedad femenina y masculino.

Talla: Medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta la bóveda del cráneo.

Escolaridad: Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada.

Estado Civil: Situación jurídica de las personas determinados por derecho desde el punto de vista del registro civil siguiente: soltero- casado- divorciado- viudo.

Índice de Masa Corporal: Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente, para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.

Consumo de alcohol: Es el grado de alcohol que se consume.

Abuso de alcohol: Es cuando la cantidad de alcohol que se toma aumenta su riesgo de tener problemas de salud.

Vida sexual: Es cuando una pareja inicia con actividad sexual.

Número de parejas sexuales: Es la cantidad de parejas con las que ha tenido intimidad sexual.

Toxicomanías: Uso habitual y dañino de toxico, drogas o estupefacientes, se acompaña generalmente de una dependencia psíquica y física.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIZACION VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN
Alcoholismo	Enfermedad crónica que daña al organismo, el funcionamiento familiar y social	Prueba rápida FAS	Nominal	Leve. Moderado. severo
Función familiar	Conjunto de relaciones interpersonales que se genera en el interior de cada familia	Faces III	Dicotómica	Si No

Disfunción familiar	Es una familia en que se presentan frecuentemente conflictos	Fases III	Dicotómica	Si No
Edad	Tiempo de vida que ha transcurrido desde el nacimiento	La cantidad se expresa en años	Cuantitativa	Años
Sexo	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos en variedad femenina y masculino	Mediante interrogatorio	Cualitativa Nominal	Femenino Masculino
Talla	Medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta la bóveda del cráneo	Medición mediante estadiómetro en metros	Cuantitativa	Centímetros
Índice de masa corporal	Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que	Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el	Cuantitativa	Normal IMC > 18 y < 25

	se utiliza frecuentemente, para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos	cuadrado de su talla en metro		Sobrepeso IMC > 25-< 27 Obesidad IMC > 27
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada	Grado de estudio que a recibido la persona	Cuantitativa	Años de escolaridad
Estado civil	Situación jurídica de las personas determinados por derecho desde el punto de vista del registro civil siguiente: soltero-	Mediante interrogatorio el que refiera el encuestado	Cuantitativa nominal.	Soltero. Casado. Viudo. Divorciado. Unión libre.

	casado- divorciado- viudo			
Consumo de alcohol	Es el grado de alcohol que se consume	Interrogatorio directo o indirecto	Nominal	Leve. Moderado. Severo
Consumo peligroso del alcohol	Es cuando la cantidad de alcohol que se toma aumenta su riesgo de tener problemas de salud	Estudio FAST	Nominal	Nunca. < del mes >del mes. Semanal. diario
Abuso del alcohol	Es cuando se muestra signos de adicción física al alcohol y continua bebiendo a pesar de los problemas	Estudio FAST	Nominal	Nunca. <del mes. >del mes. Semanal.

	físicos, mentales y de obligación			Diario.
Vida sexual	Es cuando una pareja inicia con actividad sexual	Interrogatorio directo	Dicotómica	Si. No
Número de parejas sexuales	Es la cantidad de parejas con las que ha tenido intimidad sexual	Interrogatorio directo	Numérica	Numero.
Toxicomanías	Uso habitual y dañino de toxico, drogas o estupefacientes, se acompaña generalmente de una dependencia psíquica y física	Interrogatorio directo o indirecto	Dicotómica	Alcohol. Tabaquismo Drogas.

RECURSOS Y FINANCIAMIENTOS.

Se considera un estudio factible y económico por la existencia de recursos humanos dentro de la unidad. Se utilizarán hojas, lápices, será financiado por médico investigador. Donde se elaborará por medio de diferentes encuestas, que se le otorgaran al paciente para contestarlas.

ANALISIS ESTADISTICO.

La presentación de los datos se realizará en frecuencias y porcentajes, se utilizará análisis estadístico con χ^2 cuadrada para las variables cualitativas, para variables cuantitativas se realizará estadística descriptiva con medias y desviación estándar, utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se ajustará a las normas éticas contempladas en la ley general de salud en materia de investigación médica mundial, reunida en Helsinki emitió la “declaración de Helsinki” 1975 y enmendado en Hong Kong en 1989 por la misma asamblea y modificada en Edimburgo en el año 2000.

LEY GENERAL DE SALUD

Capítulo I

Disposiciones comunes:

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos probables.

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso.

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTICULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para

obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTÍCULO 19.- Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, sus representantes legales deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspe

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.

- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.

- III. Las molestias o los riesgos esperados.

- IV. Los beneficios que puedan observarse.

- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación.

XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría.

Para lo cual se otorgara consentimiento informado a las pacientes participantes, para adultos y menores de edad (Anexo 1 y 2).

RESULTADOS

Incluidos 325 pacientes de la U.M.F. No 68 de Vista Hermosa de Negrete, el periodo de Noviembre del 2013 a Marzo 2014.

Rango de edad de 11 a 59 años con una media de 35.3 años

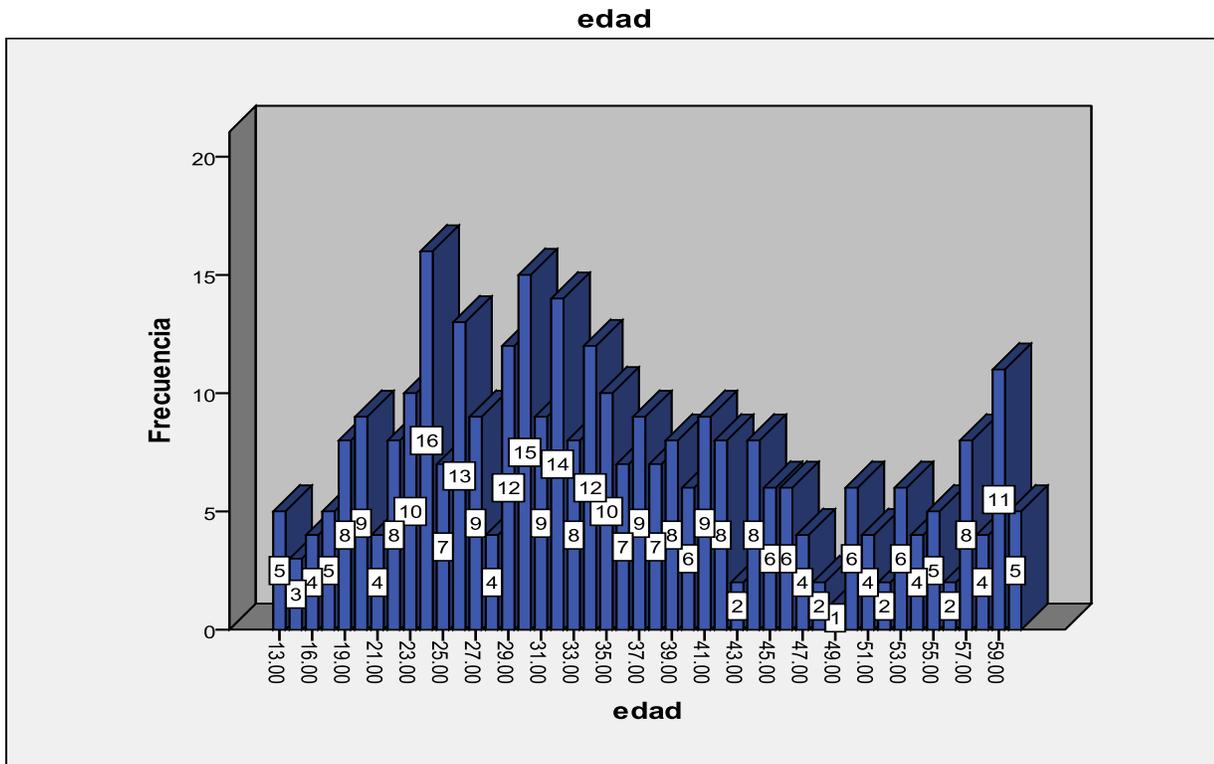
Tabla

No 1.- Edad promedio

	N	Mínimo	Máximo	Media	
Edad	325	13.00	60.00	35.3015	
N válido (según lista)	325				

Encuesta de recolección de datos

Grafico 1: Se observa la edad promedio de nuestros pacientes con una media de 35.3



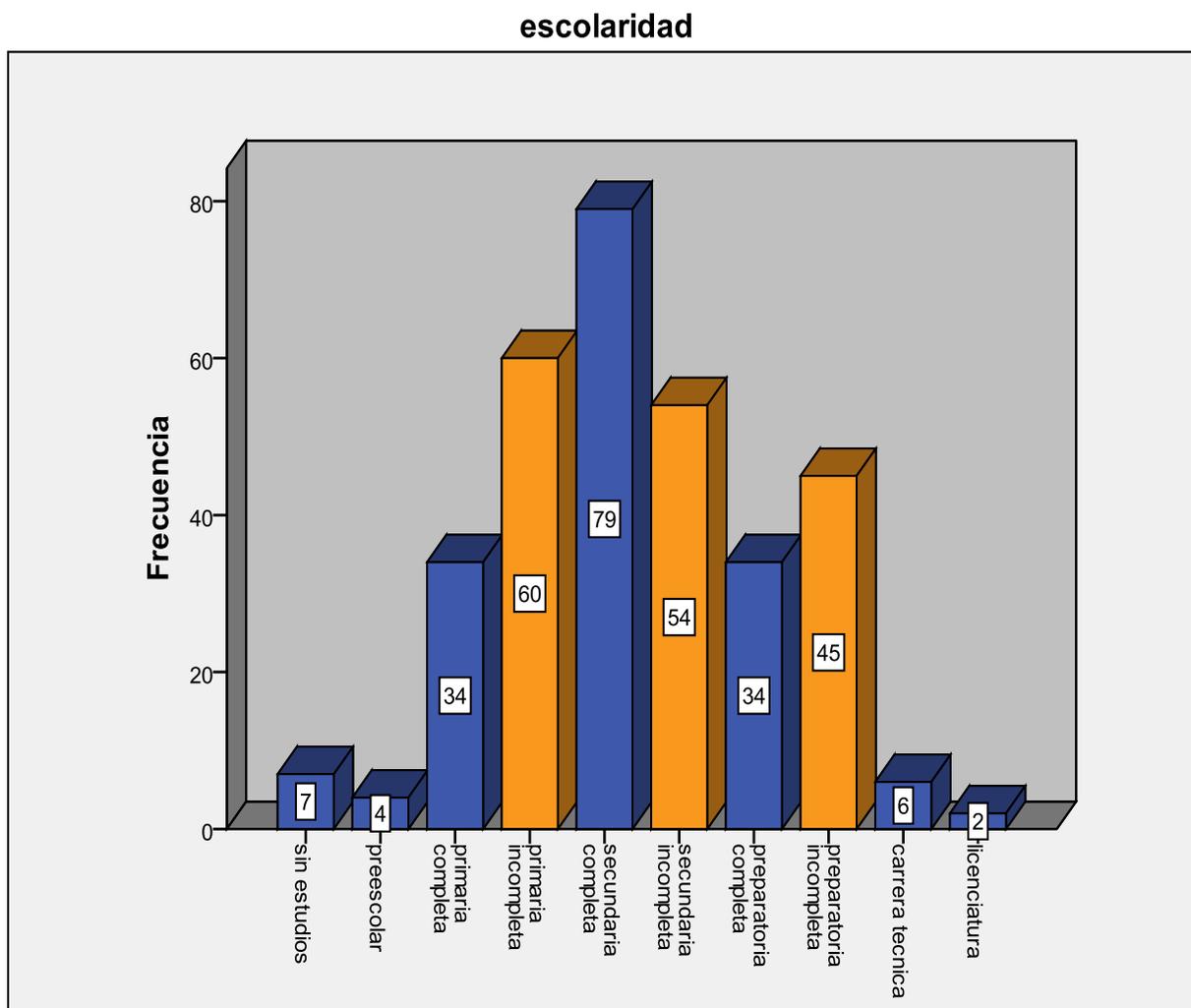
Encuesta para aplicación a grupo de estudio.

Tabla N° 2: La escolaridad fue de 22.5% con secundaria completa.

VARIABLE	FAST		Chi ²	Sig.
	Abuso de Alcohol N = 296 F (%)	No abuso de Alcohol N = 24 F (%)		
Escolaridad			6.846	.653
Analfabeta	6(1.9)	1(0.3)		
Preescolar	2(0.6)	-		
Primaria completa	31(9.7)	3(0.9)		
Primaria incompleta	51(15.9)	7(2.2)		
Secundaria completa	72(22.5)	6(1.9)		
Secundaria incompleta	50(15.6)	4(1.2)		
Preparatoria completa	31(9.7)	3(0.9)		
Preparatoria incompleta	45(14.1)	-		
Carrera Técnica	6(1.9)	-		
Licenciatura	2(0.6)	-		

El 22.5% con abuso del alcohol tienen secundaria completa que es un nivel educativo bajo, para las necesidades actuales de nuestra sociedad productiva

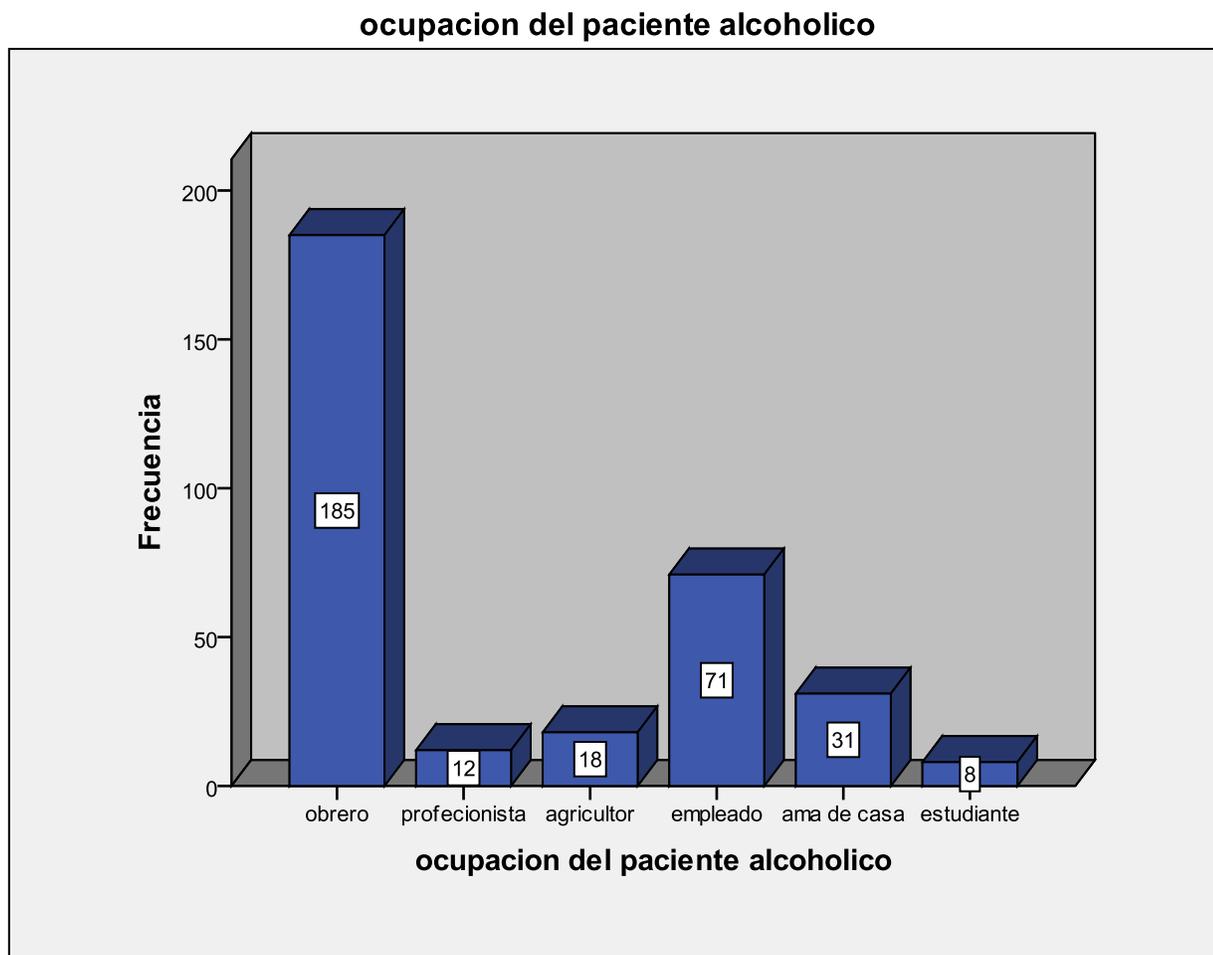
Grafico No 2: Escolaridad



Encuesta de recolección de datos

52.8% son obrero y es el grupo con mayor abuso de alcohol, y el 25% son estudiantes con un ascenso significativo

Grafico No .3: Datos en relación a la ocupación del paciente alcohólico.



Encuesta de recolección de datos

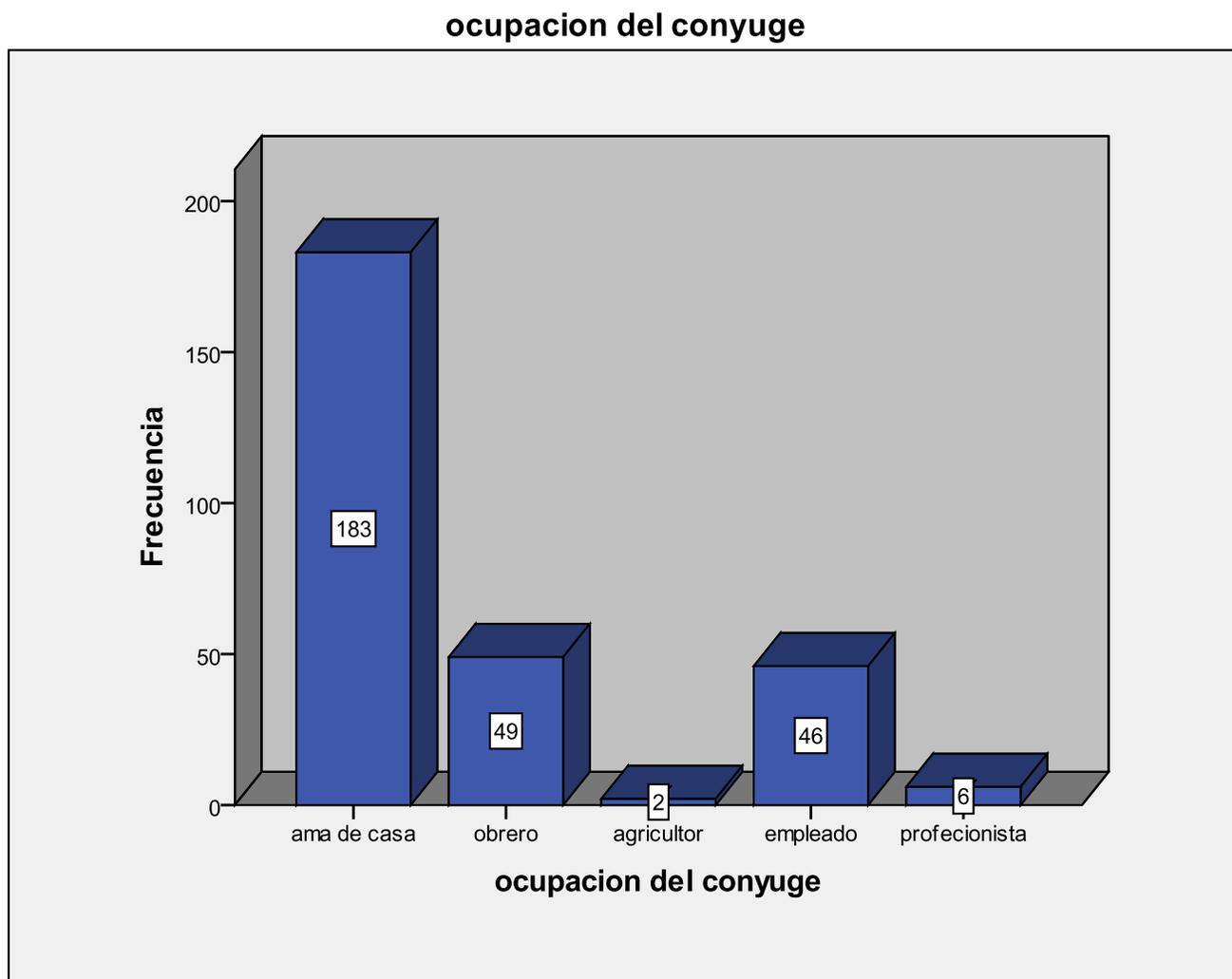
Tabla No 3: Ocupación del paciente alcohólico a la ocupación de la cónyuge.

VARIABLE	FAST		Ch ²	Sig.
	Abuso de Alcohol N = 296 F (%)	No abuso de Alcohol N = 24 F (%)		
Ocupación del paciente alcohólico			6.530	.258
Obrero	169(52.8)	12(3.8)		
Profesionista	11(3.4)	2(0.6)		
Agricultor	16(5.0)	2(0.6)		
Empleado	61(19.1)	8(2.5)		
Ama de casa	31(9.7)	-		
Estudiante	8(2.5)	-		
Ocupación del cónyuge			30.241	.000*
Ama de casa	163(57.8)	17(6.0)		
Obrero	47(16.7)	1(0.4)		
Agricultor	-	2(0.7)		
Empleado	45(16.0)	1(0.4)		
Profesionista	6(2.1)	-		

57% de los cónyuges son amas de casa el 2% solo son agricultores.

Encuesta de recolección de datos

Grafico No 4: Ocupación del cónyuge.



Encuesta de recolección de datos

Tabla No 4: Número de personas que conviven con el paciente alcohólico.

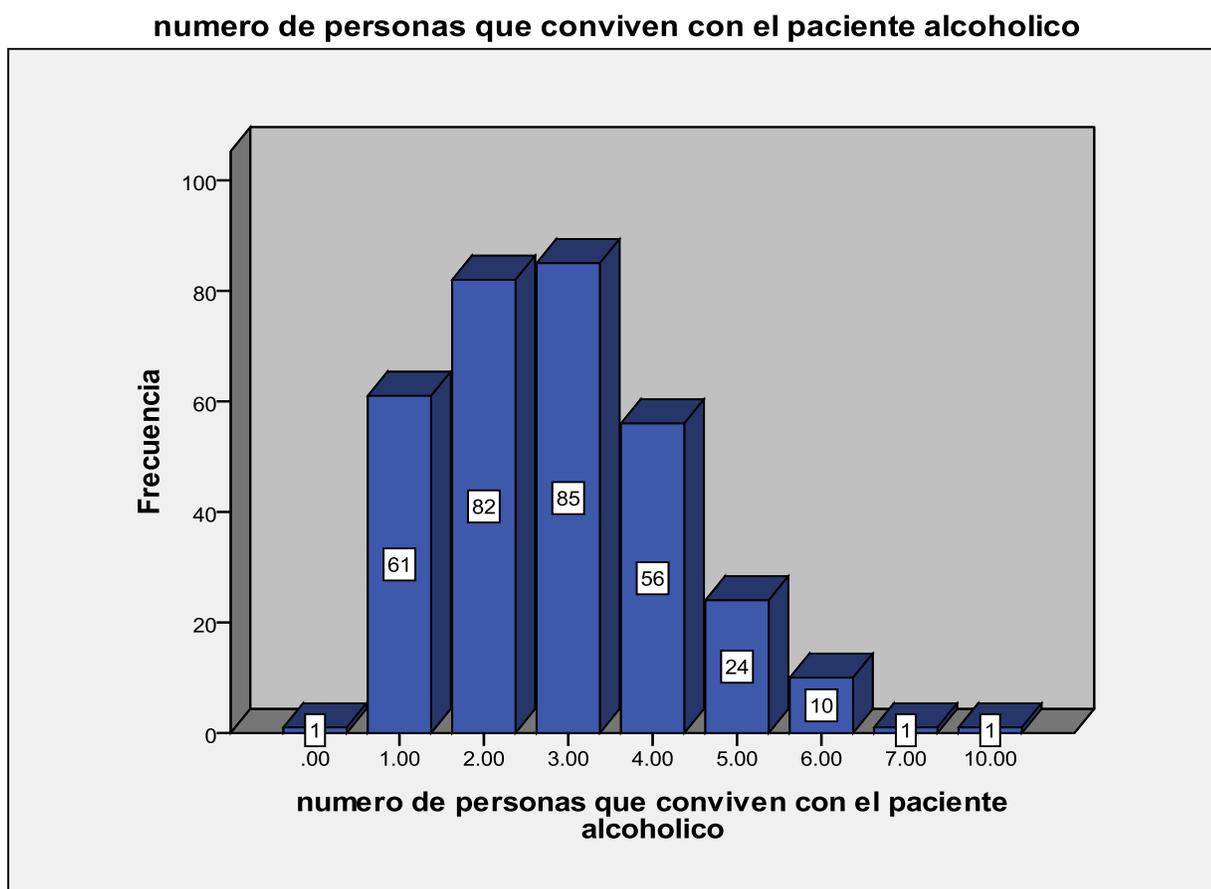
número de personas que conviven con el paciente alcohólico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	1	.3	.3	.3
	1.00	61	18.8	19.0	19.3
	2.00	82	25.2	25.5	44.9
	3.00	85	26.2	26.5	71.3
	4.00	56	17.2	17.4	88.8
	5.00	24	7.4	7.5	96.3
	6.00	10	3.1	3.1	99.4
	7.00	1	.3	.3	99.7
	10.00	1	.3	.3	100.0
	Total	321	98.8	100.0	
Perdidos	Sistema	4	1.2		
Total		325	100.0		

El 26.2% viven con 3 personas, lo que condiciona alteraciones en la funcionalidad familiar de estos integrantes de la familia

Encuesta de recolección de datos

Grafica No 5: Número de personas que conviven con el paciente alcohólico.



Encuesta de recolección de datos

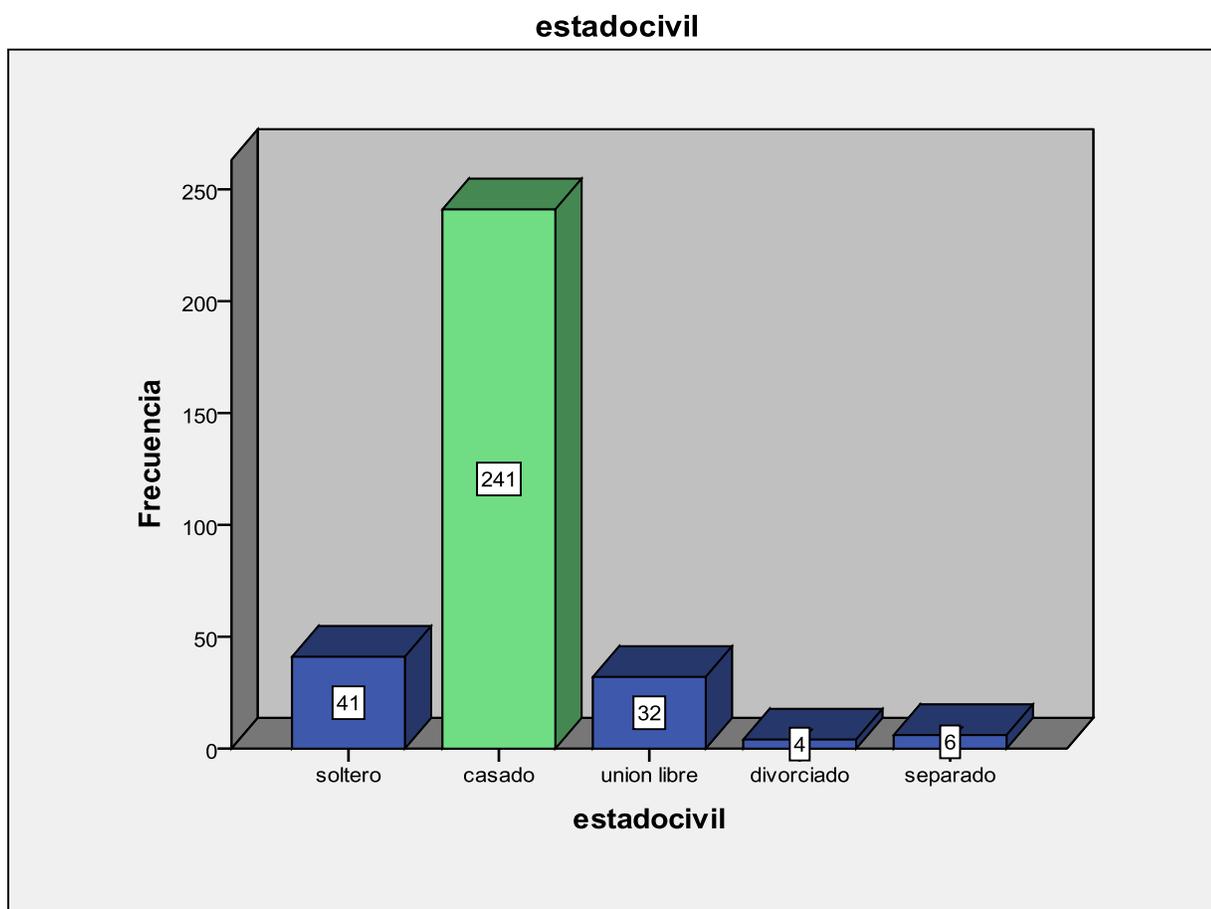
Tabla No 5: Estado civil.

		Estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	soltero	41	12.6	12.7	12.7
	casado	241	74.2	74.4	87.0
	unión libre	32	9.8	9.9	96.9
	divorciado	4	1.2	1.2	98.1
	separado	6	1.8	1.9	100.0
	Total	324	99.7	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.3		
Total		325	100.0		

74.2% son casados y separados en un porcentaje del 1.8% al igual que divorciados en un 1.2% donde se observa un abuso de alcohol importante.

Encuesta de recolección de datos

Grafica No. 6: Relación del Estado Civil.



Encuesta de recolección de datos

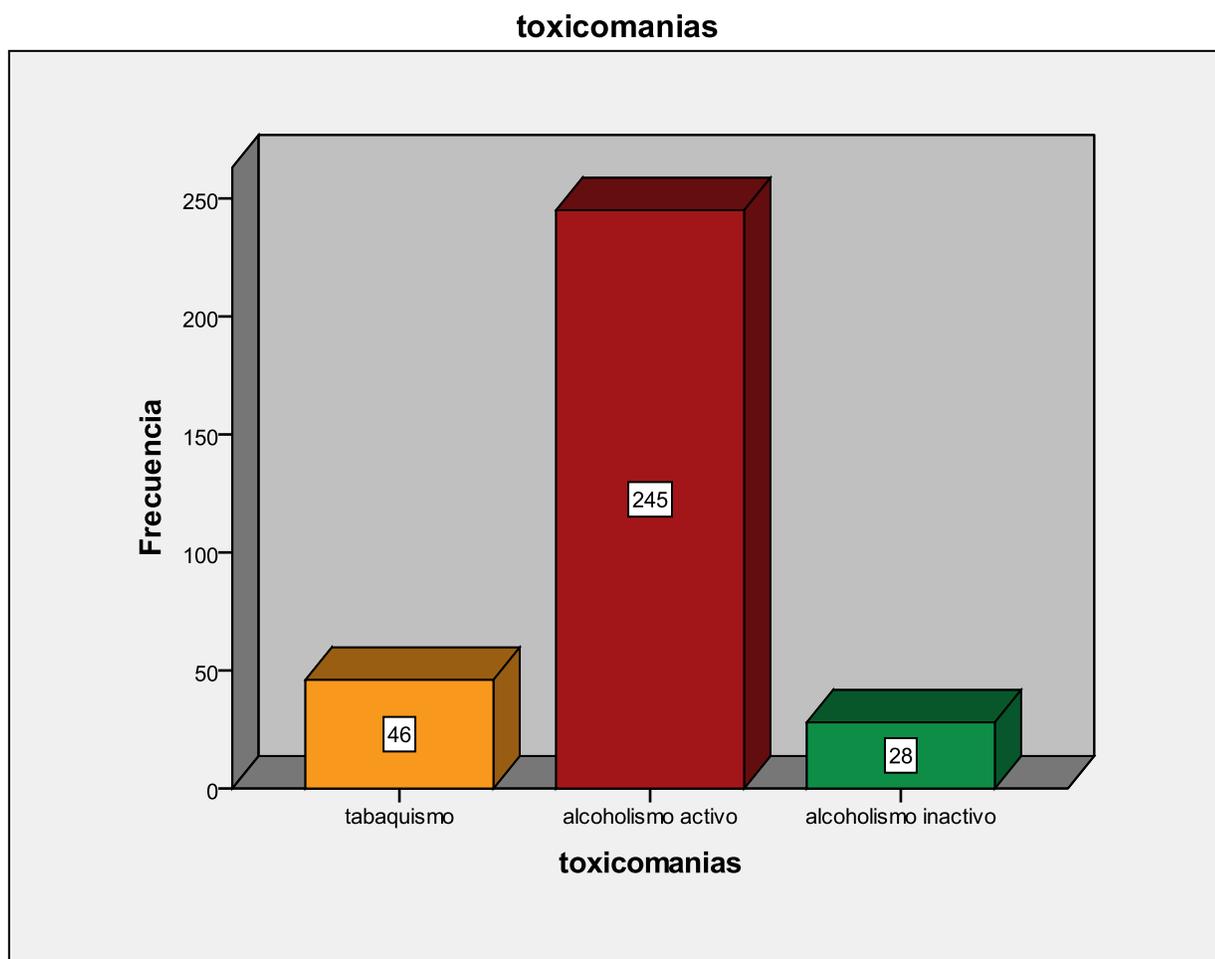
Tabla No. 6: Resultados en relación a las toxicomanías.

		Toxicomanías			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	tabaquismo	46	14.2	14.4	14.4
	alcoholismo activo	245	75.4	76.8	91.2
	alcoholismo inactivo	28	8.6	8.8	100.0
	Total	319	98.2	100.0	
Perdidos	Sistema	6	1.8		
Total		325	100.0		

74.4% con alcoholismo activo, el 14.2% tabaquismo positivo, y el 8.6% con alcoholismo inactivo.

Encuesta de recolección de datos

Grafico No. 7: Resultados en relación a las toxicomanías.



Resultados en relación a las toxicomanías.

Tabla No. 7: Personas que conviven con el paciente alcohólico y parentesco.

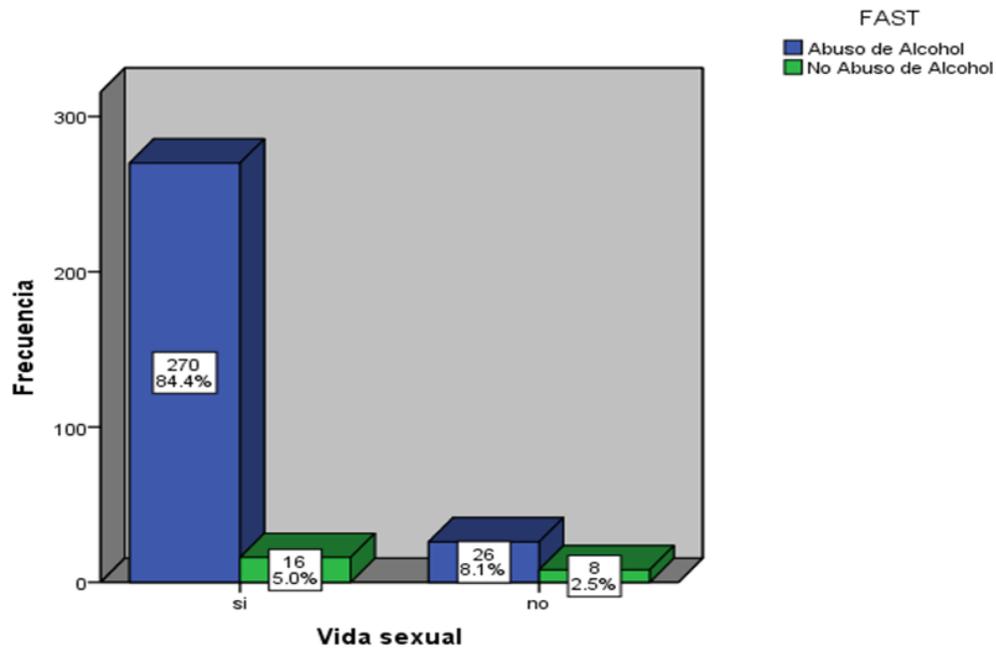
VARIABLE	FAST		Ch ²	Sig.
	Abuso de alcohol N = 296 F (%)	No abuso de Alcohol N = 24 F (%)		
Número de personas que conviven con el paciente alcohólico				
Ninguna	-	1(0.3)	34.094	.000*
Una	52(16.2)	7(2.2)		
Dos	81(25.3)	1(0.3)		
Tres	77(24.1)	6(1.9)		
Cuatro	54(16.9)	3(0.9)		
Cinco	21(6.6)	4(1.2)		
Seis	10(3.1)	1(0.3)		
Siete	1(0.3)	-		
Diez	-	1(0.3)		
Parentesco de las personas que conviven con el paciente alcohólico				
Padres	38(11.9)	3(0.9)	9.417	.094

Esposa	33(10.3)	5(1.6)		
Esposo	6(1.9)	-		
Hijos	5(1.6)	2(0.6)		
Suegros	3(0.9)	1(0.3)		
Familia	211(65.9)	13(4.1)		

81% vive con dos personas, con parentesco familiar del 65% y con abuso del alcohol

Encuesta de recolección de datos

Grafica No. 8: Resultados en relación a la vida sexual.



Encuesta de recolección de datos

Tabla No. 8: Vida sexual y número de parejas sexuales

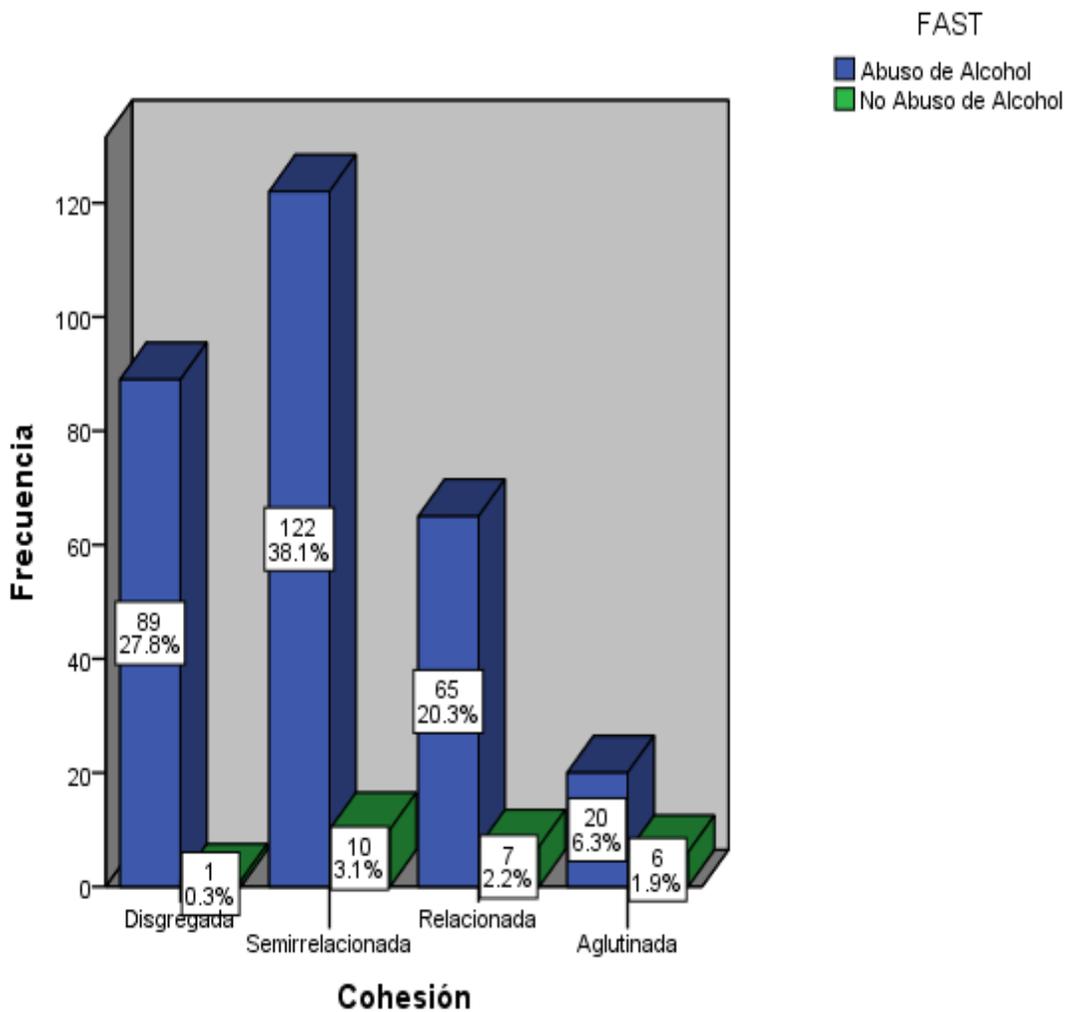
VARIABLE	FAST		<i>Ch²</i>	<i>Sig.</i>
	Abuso de Alcohol N = 296 F (%)	No abuso de Alcohol N = 24 F (%)		
Vida Sexual			14.089	.000*
Si	270(84.4)	16(5.0)		
No	26(8.1)	8(2.5)		
Número de parejas			4.722	.094
Una	197(61.6)	21(6.6)		
Dos	83(25.9)	3(0.9)		
Más de dos	16(5.0)	-		

84% con vida sexual activa y abuso de alcohol, y 8.1% no tienen vida sexual activa y de igual forma cursan un abuso del alcohol.

61% tiene una pareja sexual, 25% dos parejas sexuales, y 5% con más de 3 parejas sexuales, lo que condiciona mayor riesgo de enfermedades de trasmisión sexual, además de tener abuso de alcohol

Encuesta de recolección de datos

Grafico No. 9: Cohesión familiar y el abuso del alcohol.



Encuesta de recolección de datos

Tabla No. 9: Cohesión y adaptabilidad de las familias y su relación con el abuso de alcohol

VARIABLE	FAST		Ch ²	Sig.
	Abuso de Alcohol N = 296 F (%)	No abuso de Alcohol N = 24 F (%)		
Cohesión			14.902	.002*
Disgregada	89(27.8)	1(0.3)		
Semirrelacionada	122(38.1)	10(3.1)		
Relacionada	65(20.3)	7(2.2)		
Aglutinada	201(6.2)	6(1.9)		
Adaptabilidad			1.541	.673
Rígida	42(13.1)	5(1.6)		
Estructurada	94(29.4)	9(2.8)		
Flexible	66(20.6)	4(1.2)		

Caótica	94(29.4)	6(1.9)		
---------	----------	--------	--	--

En la cohesión familiar el 38% de las familias semirrelacionadas, el 27.8% disgregadas el 20.3% relacionadas y el 6.2% aglutinadas con un abuso de alcohol.

En la adaptabilidad el 29.4% son familias estructuradas, el 29.4% caóticas, el 20.6% familias flexibles, y el 13% familiar rígidas con relación al abuso del alcohol.

Encuesta de recolección de datos

Grafico No. 10: Relación de la adaptabilidad familiar con el consumo de alcohol

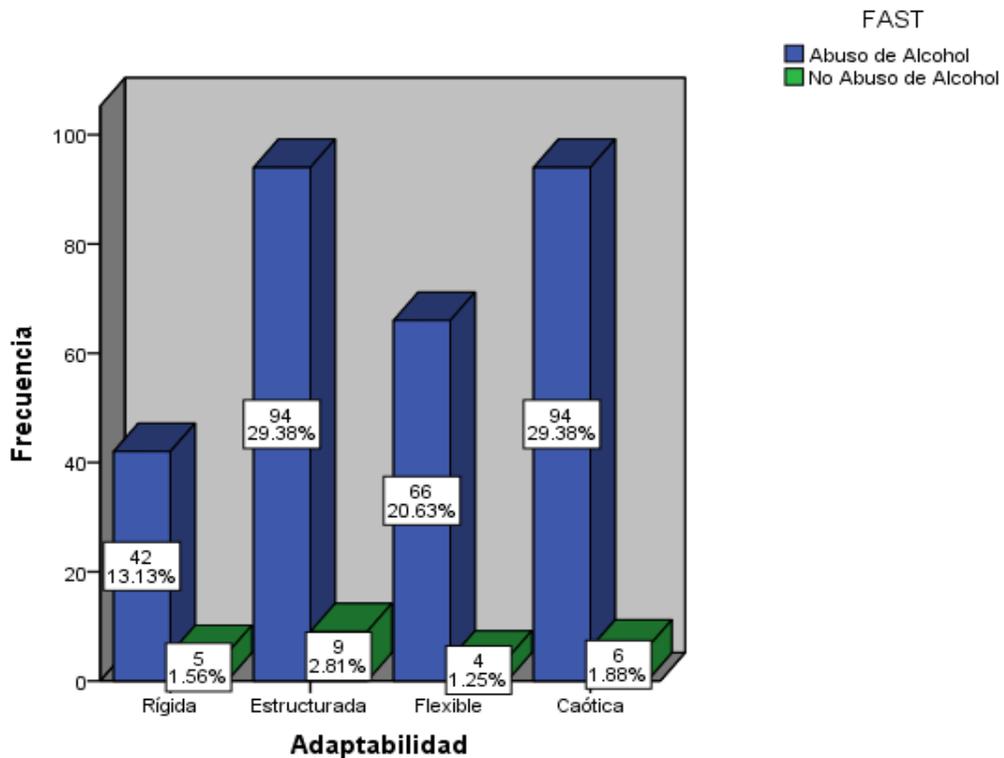
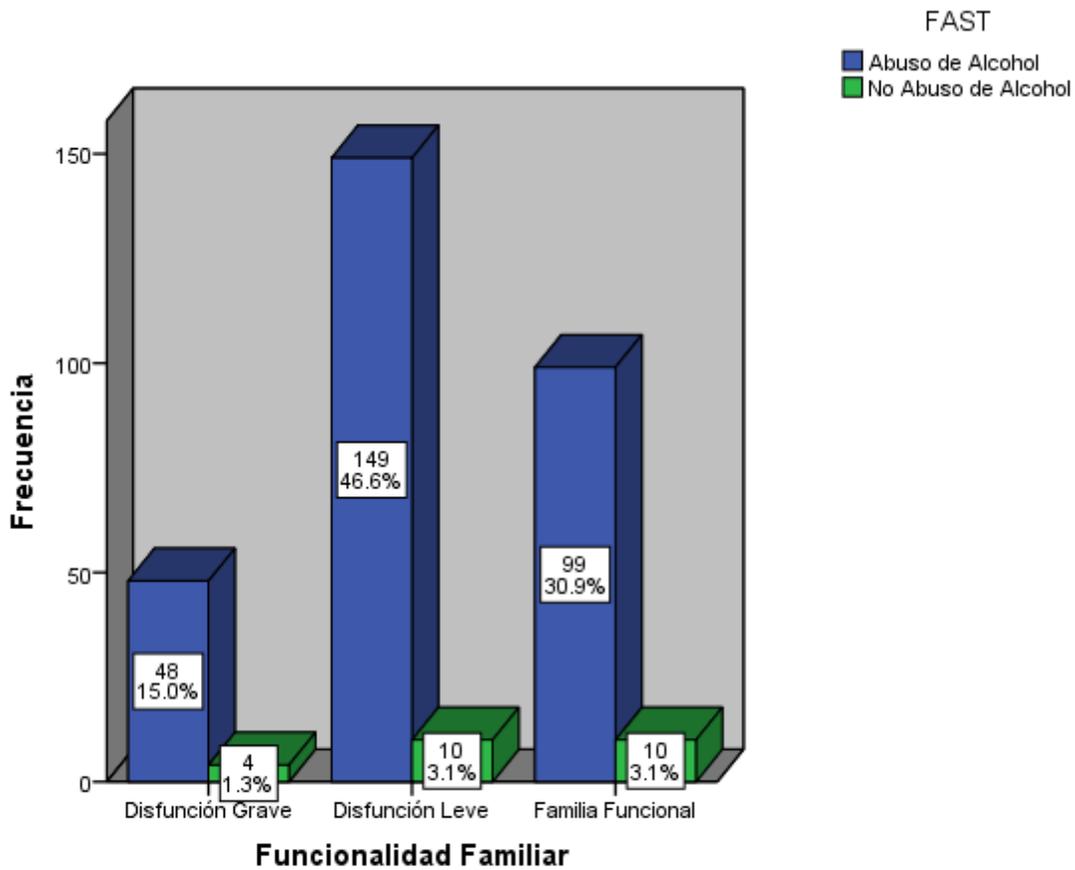


Tabla No 10: Relación de la dinámica familiar y el consumo de alcohol.

VARIABLE	FAST		Chi ²	Sig.
	Abuso de Alcohol N = 296 F (%)	No abuso de Alcohol N = 24 F (%)		
Dinámica Familiar			.779	.677
Disfunción Grave	48(15.0)	4(1.2)		
Disfunción Leve	149(46.6)	10(3.1)		
Familia Funcional	99(30.9)	10(3.1)		

Encuesta de recolección de datos

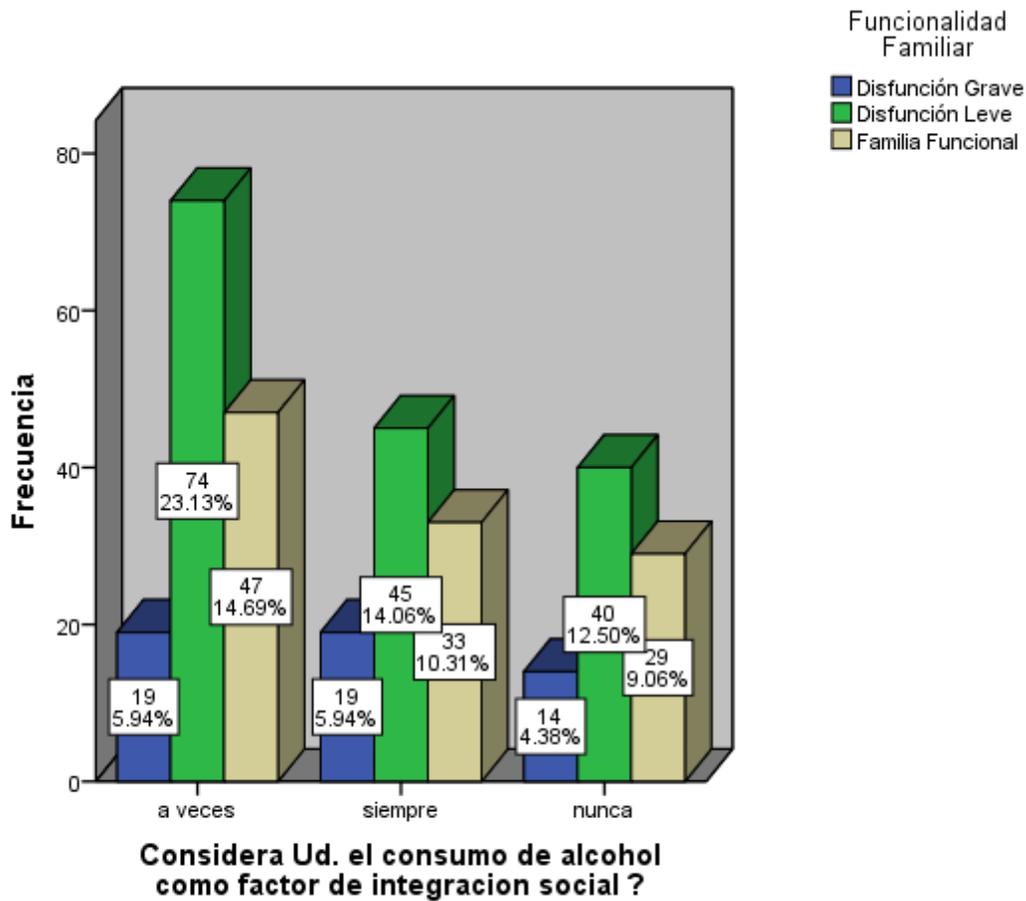
Grafico No 11: Alcoholismo y repercusión con la funcionalidad familiar.



La repercusión del alcoholismo en la funcionalidad familiar, dependiendo al FAST donde el 46.6% cursan con disfunción leve y el 3.1% son familias funcionales que no abusan del alcohol, y con disfunción grave del 15.0%

Encuesta de recolección de datos

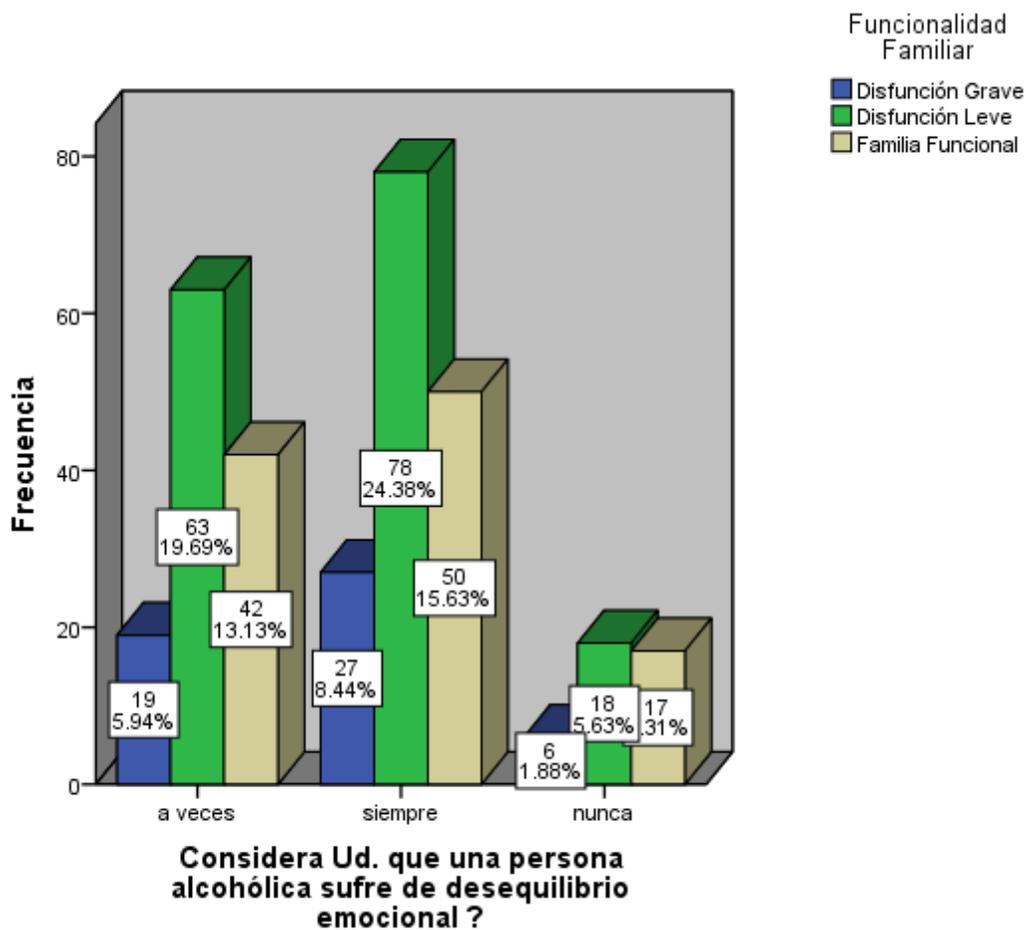
Grafico No 12: Consumo de alcohol como factor de integración social y funcionamiento familiar.



En relación a la repercusión del alcoholismo en la funcionalidad familiar como factor de integración social, encontramos que el 23.1 % refiere que si influye en un 23.2%, y el 4.3% refiere que el alcohol no es un factor de desintegración social

Encuesta de recolección de datos

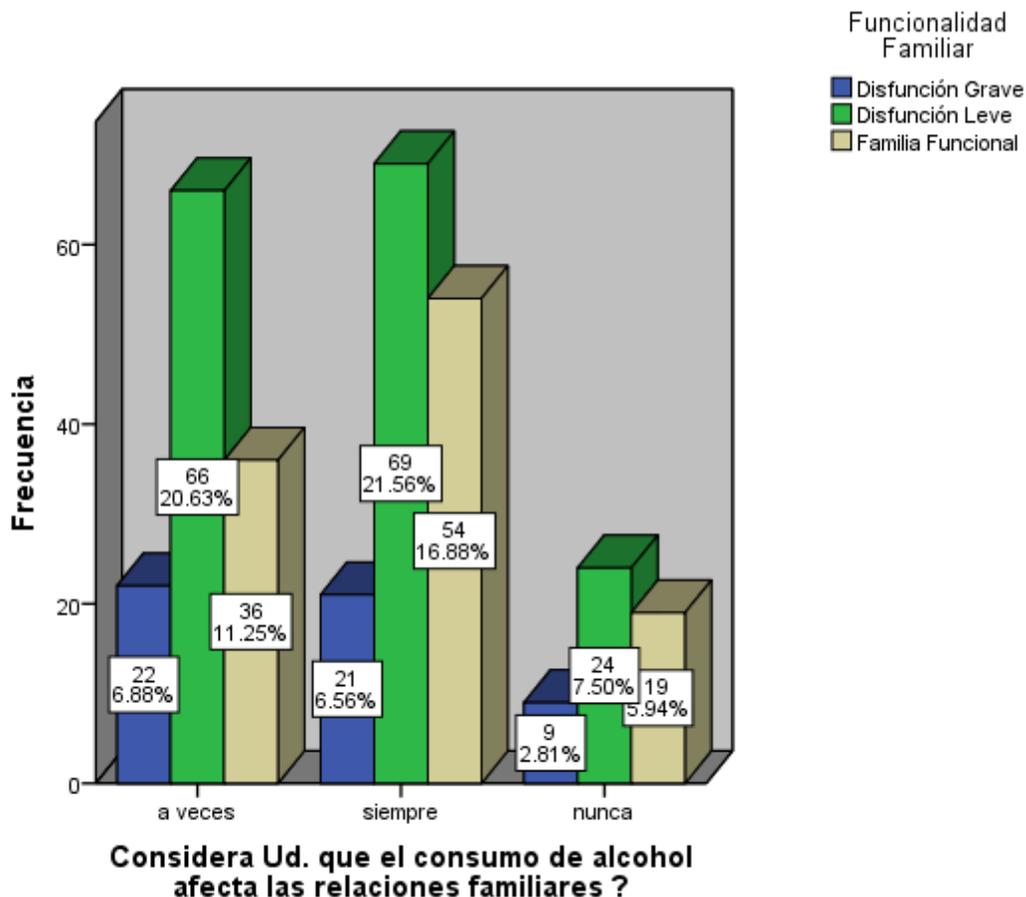
Grafico No .13: Desequilibrio emocional y funcionalidad familiar.



El 24.3% refieren que el alcohólico sufre desequilibrio emocional presentando una disfunción leve familiar, y 1.8% refiere que nunca sufre de desequilibrio pero presenta una disfunción familiar grave.

Encuesta de recolección de datos

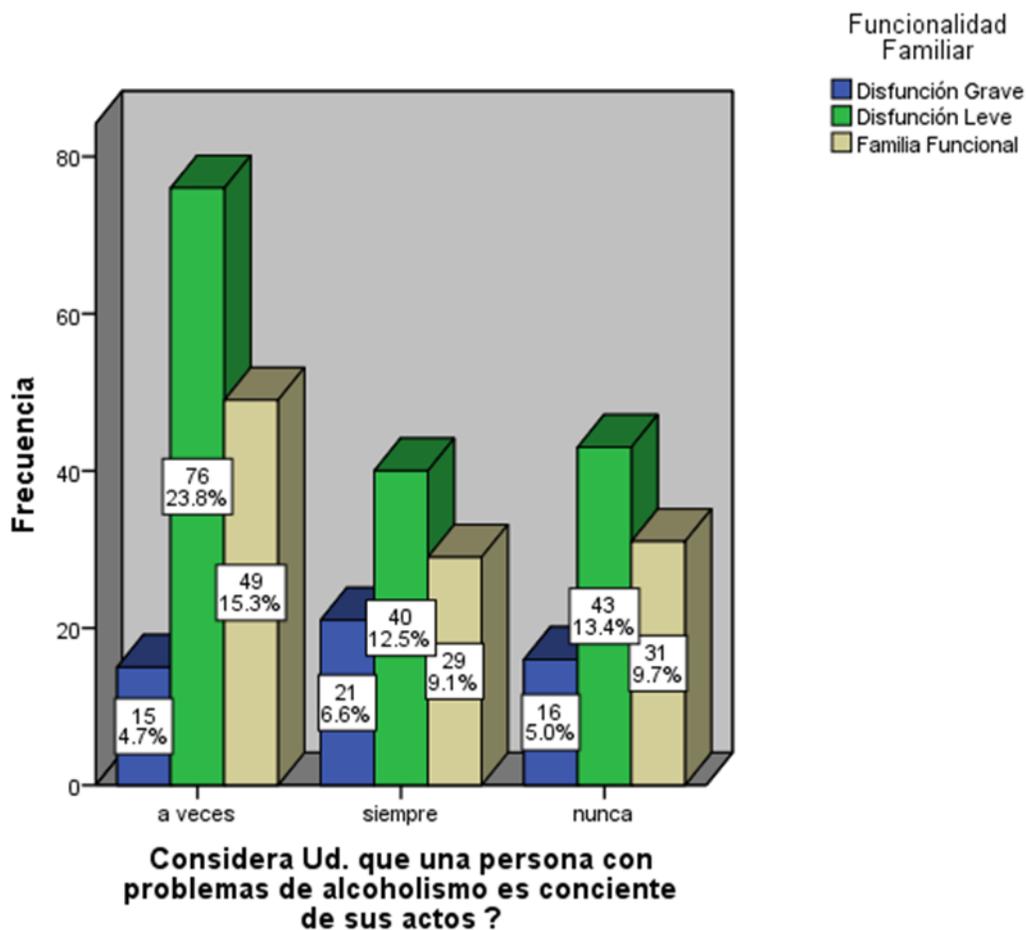
Grafico No. 14: Resultados en relación a la afectación de las relaciones familiares con el consumo de alcohol.



21.5% refieren que afecta las relaciones familiares, 20.6 % menciona que solo en ocasiones y 7.5% refiere que nunca, presentando en estas tres una disfunción leve familiar, y el 2.8% con disfunción grave, refiere que nunca afecta las relaciones familiares.

Encuesta de recolección de datos

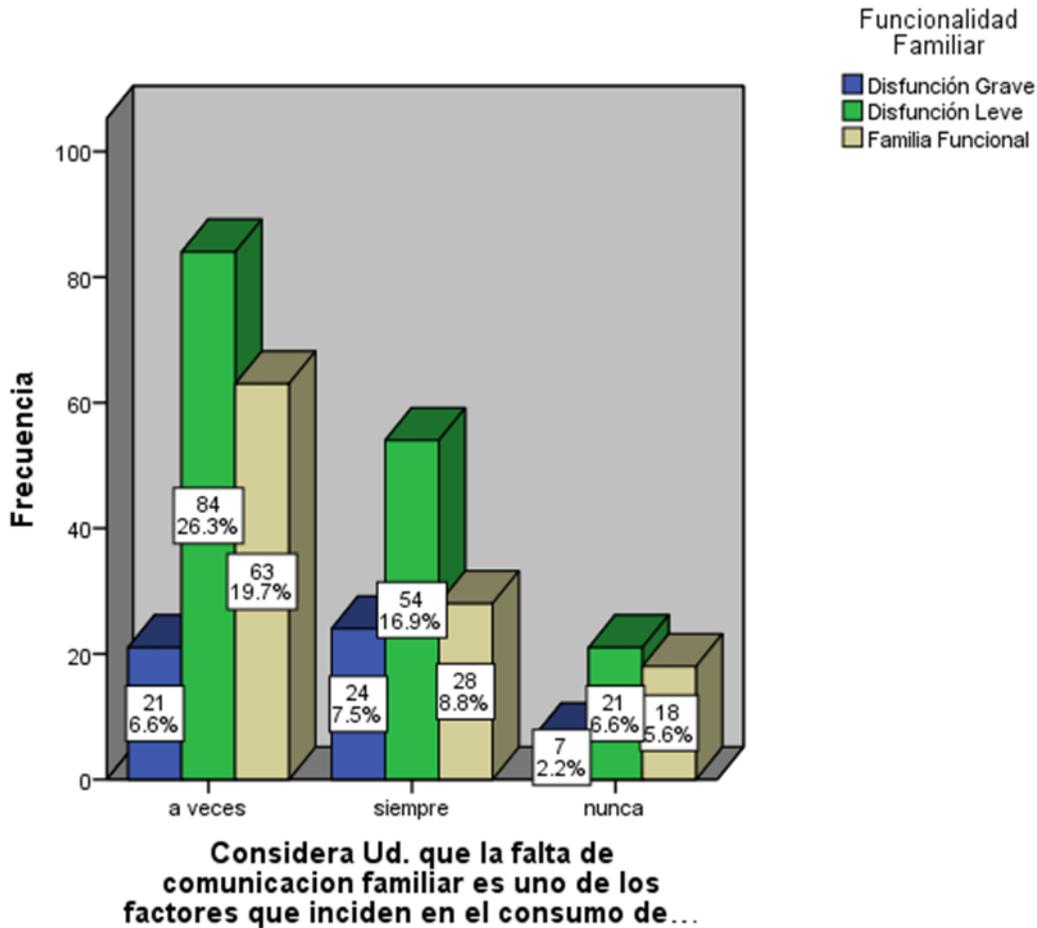
Grafico No. 15: Resultados en relación a la conciencia de los actos.



23.8% refieren que el alcohólico es consciente de sus actos teniendo una disfunción familiar leve en el 15.3%, familias funcionales | 5% refieren que nunca es consciente de sus actos y presentando una disfunción grave familiar

Encuesta de recolección de datos

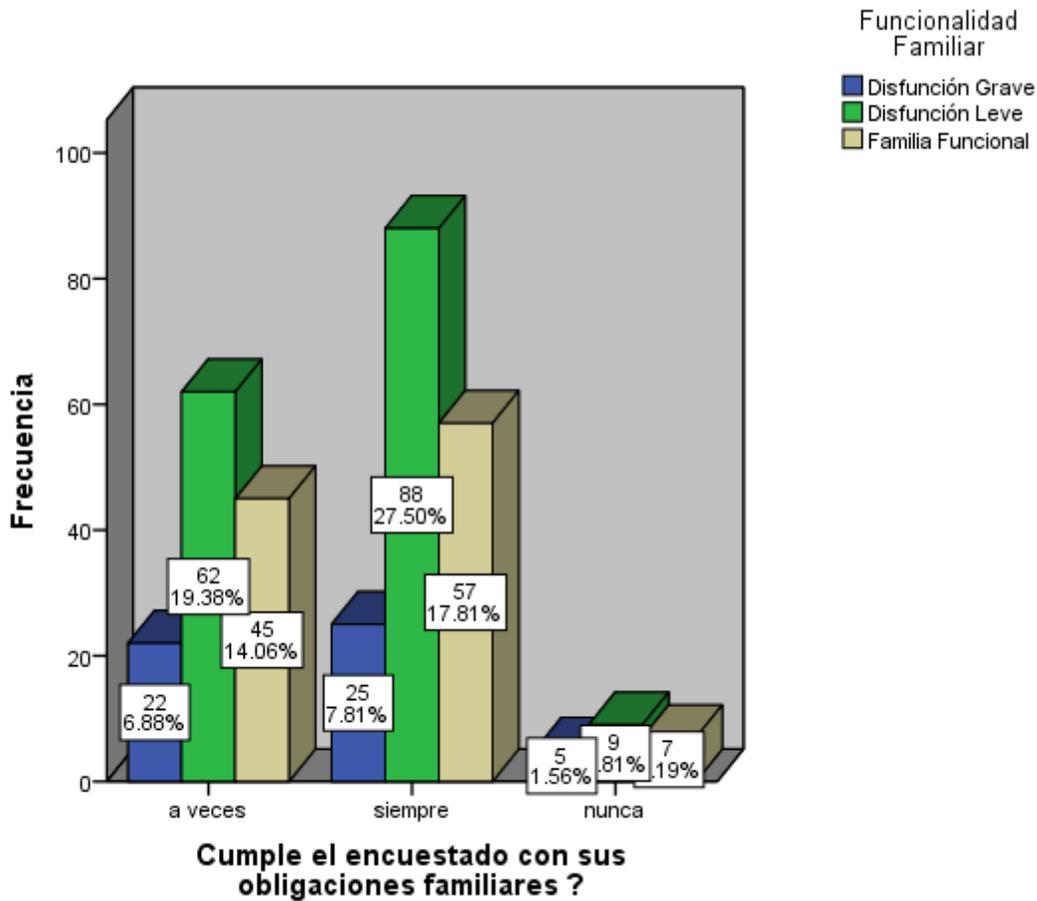
Grafico No. 16: Resultados de la funcionalidad familiar y la falta de comunicación.



La comunicación familiar es uno de los factores que inciden en el consumo de alcohol con una incidencia de 26%, presentando disfunción familiar leve, y el 2.2% refiere que nunca es factor predisponente presentando disfunción grave familiar.

Encuesta de recolección de datos

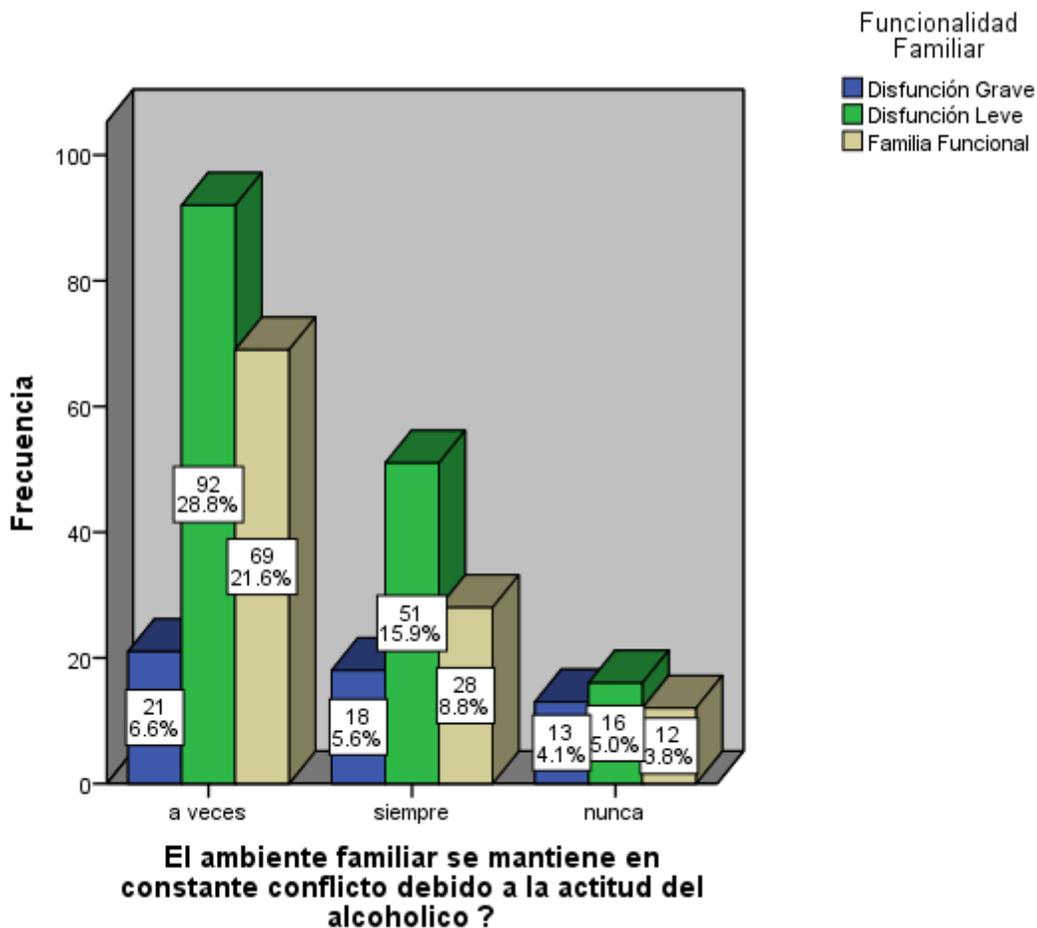
Grafico No. 17: Resultados en relación a las obligaciones familiares y el funcionamiento familiar.



El alcohólico cumple con sus obligaciones familiares en 19.38% con una disfunción familiar leve del 27.7%, cumpliendo con sus obligaciones, y el 2.8% cumple con sus obligaciones al 100%.

Encuesta de recolección de datos

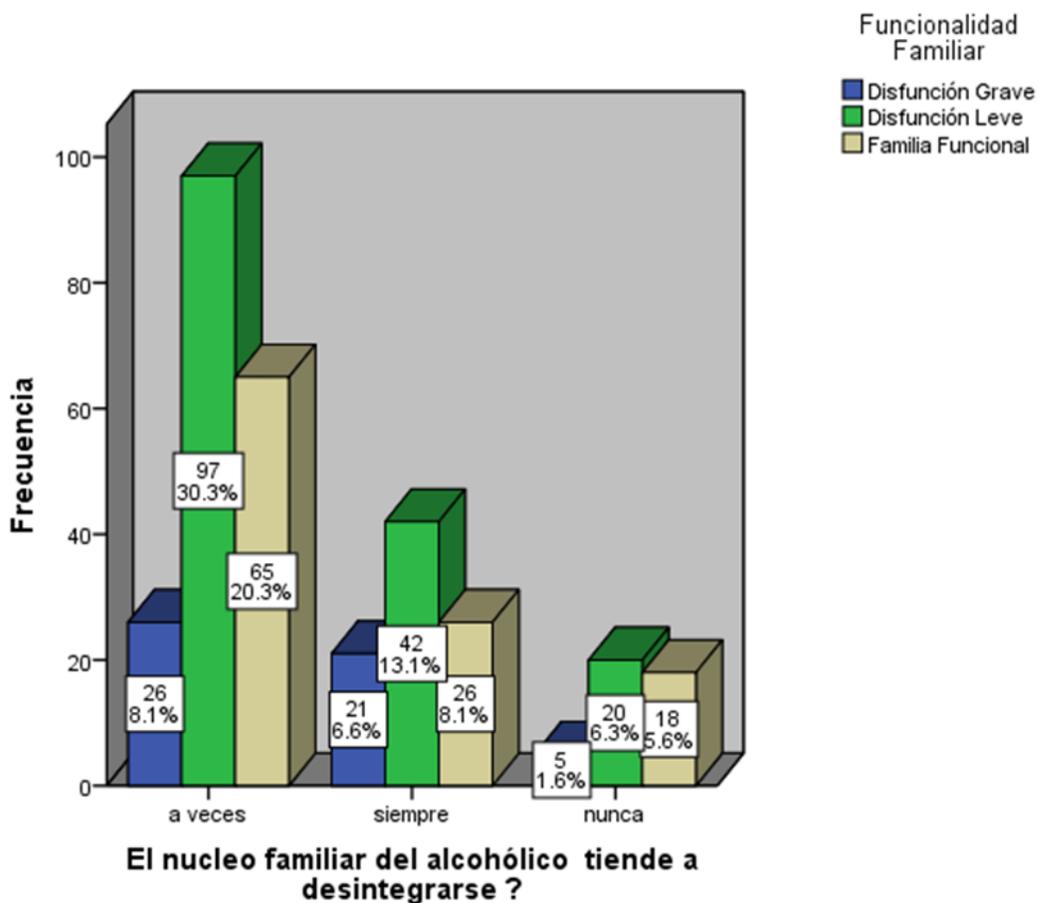
Grafica No. 18: Resultados de los conflictos familiares por el abuso del alcohol.



28.8% presenta conflicto por la actitud del alcohólico con una disfunción leve y 4.1% sin conflicto familiar, pero presenta una disfunción grave, así como un funcionamiento familiar en 8.8% con conflicto familiar

Encuesta de recolección de datos

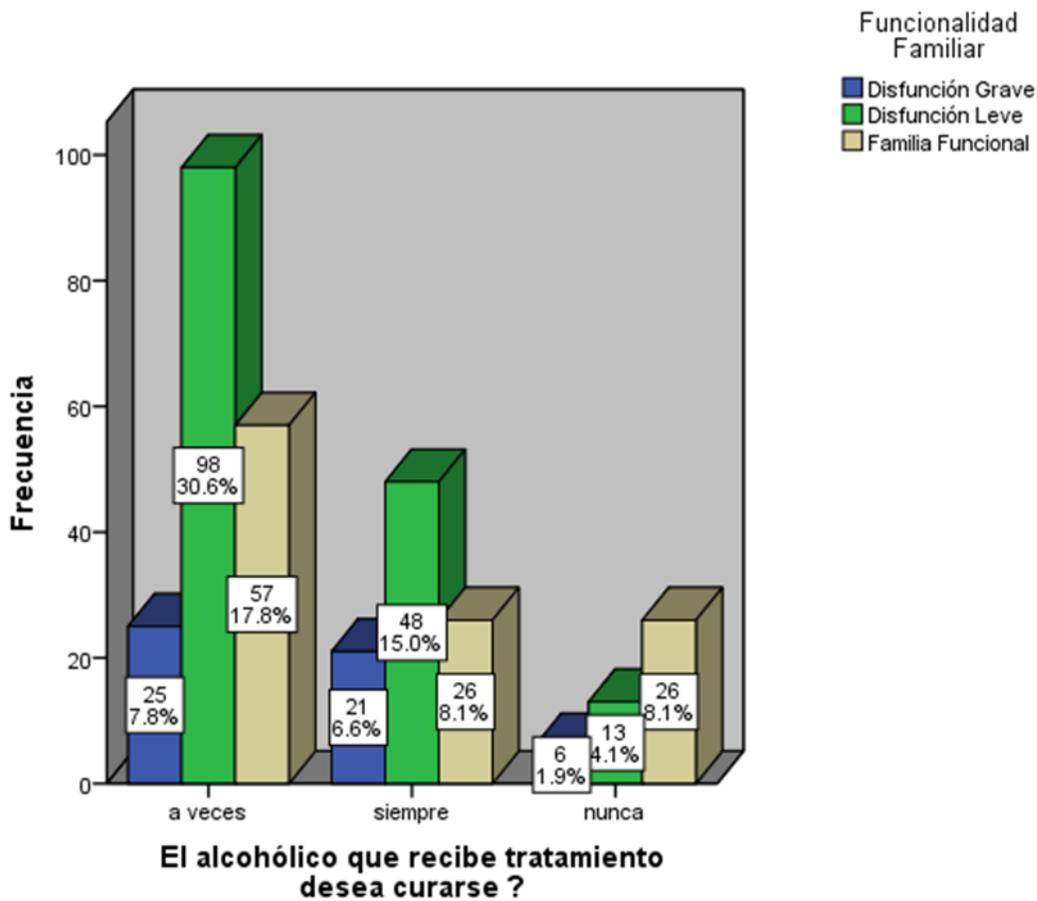
Grafica No. 19: Relación de desintegración familiar por su abuso del alcohol.



30.3% de las familias tienden a desintegrarse por disfunción familiar leve y el 1.6 % dice que nunca tiende a desintegrarse con disfunción grave.

Encuesta de recolección de datos

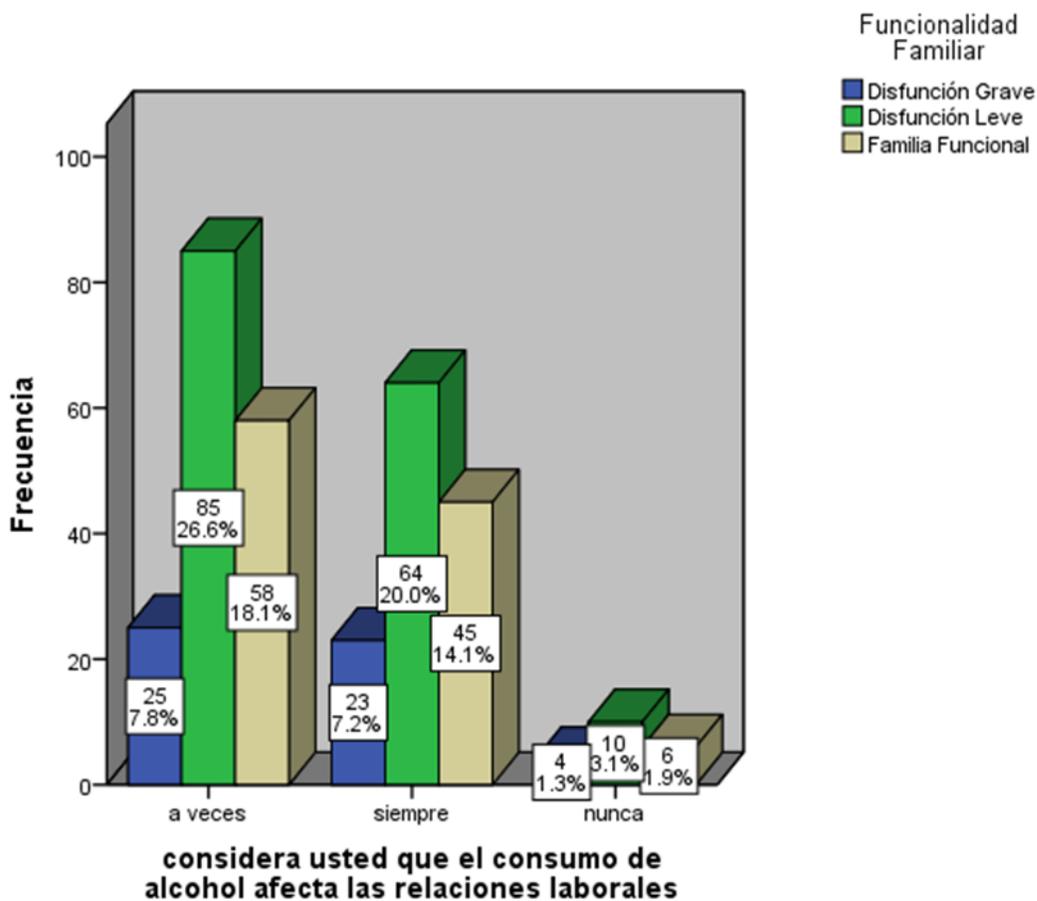
Grafica No. 20: Resultados en relación a el deseo de rehabilitación del paciente



30.6% de los pacientes desea curarse, cursando con una disfunción leve, 1.9 % no desea curarse y con disfunción grave y el 8.1% no desea curarse, pero tienen un funcionamiento familiar adecuado.

Encuesta de recolección de datos

Grafica No. 21: Resultados en relación al uso de alcohol y afectación de las relaciones laborales.



El 26.6% de los pacientes refiere que el consumo de alcohol afecta las relaciones laborales, además manteniendo un disfunción leve, el 1.3% refiere que nunca afecta las relaciones familiares.

Encuesta de recolección de datos

TABLA No. 11: Reactivos por Dinámica Familiar (FACES III)

VARIABLE	Disfuncional N = 52 F (%)	Disfunción Leve N = 159 F (%)	Funcional N = 109 F (%)	Ch ²	Sig.
¿El ambiente familiar se mantiene en constante conflicto debido a la actitud del alcohólico?					
A veces	21(6.6)	92(28.8)	69(21.6)	11.798	.019*
Siempre	18(5.6)	51(15.9)	28(8.8)		
Nunca	13(4.1)	16(5.0)	12(3.8)		
¿El núcleo familiar del alcohólico tiende a desintegrarse?					
A veces				5.931	.204
Siempre	26(8.1)	97(30.3)	65(20.3)		
Nunca	21(6.6)	42(13.1)	26(8.1)		
¿El alcohólico que recibe tratamiento desea curarse?	5(1.6)	20(6.3)	18(5.6)		
A veces					

Siempre					
Nunca	25(7.8)	98(30.6)	57(17.8)	16.591	.002*
	21(6.6)	48(15.0)	26(8.1)		
	6(1.9)	13(4.1)	26(8.1)		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

CONCLUSIONES

En este estudio factible, transversal, prospectivo y observacional que se realizó por un periodo de 4 meses en la U.M.F. No 68 que se encuentra en Vista Hermosa de Negrete, se encuestan 325 derechohabientes en edades de 11 a 59 años, con una media de 35.3

Donde se observa una edad de mayor consumo de alcoholismo activo de entre los 23 a 35 años de edad con un descenso significativo posterior.

La mayoría cursa con una escolaridad de secundaria completa, siendo de clase obrera, casados, viven con sus familias, con una vida sexual activa, con un abuso de alcohol moderado presentando una disfunción familiar leve.

El 38.1% son familias semirrelacionadas, 0.3% disgregadas, estructurada y caótica en un 29.38%, familias rígidas que no abusan del alcohol en un 1.59%.

Se presenta una disfunción familiar leve del 46.6% a pesar del abuso del alcohol, con una funcionalidad familiar del 3.1%.

El 23.13% manifiesta que el consumo de alcohol a veces es un factor de integración social.

El 24.38% de los pacientes siempre sufren de desequilibrio emocional presentando una disfunción leve familiar.

El 21.5% de los pacientes refieren que siempre hay conflictos familiares por el abuso del alcohol presentando una disfunción leve.

La falta de comunicación familiar a veces es uno de los factores que inciden en el consumo de alcohol con un 26.3% presentando un disfunción leve.

El 23.8% de nuestros pacientes refiere que a veces el alcohólico es consciente de sus actos.

El 27.5% de los pacientes a veces cumplen con sus obligaciones familiares presentando un disfunción leve familiar.

El 28.8% de los pacientes refiere que a veces el ambiente familiar se mantiene en constante conflicto debido a la actitud del alcohólico presentando una disfunción leve.

El 30.3% refiere que a veces el núcleo familiar tiende a desintegrarse presentando una disfunción leve.

El 30.6% de los alcohólicos que reciben tratamiento desea curarse presentando una disfunción leve.

DISCUSIÓN

Como ya es sabido el alcoholismo es un problema de salud pública mundial, en nuestro país cursa con una de las primeras causas de complicaciones de muerte por accidentes, patologías agregadas, al igual presenta disfuncionalidad familiar por violencia, abandono etc. No se ha podido concientizar a nuestra población.

En la comunidad de Vista Hermosa a pesar de saber estas causas, se realizaron 325 encuestas dentro de su entorno familiar valoro que 159 familias contaban con una disfunción familiar leve, familias funcionales 109, se esperaba contar con alguna disfunción severa, como muestra el estudio se puede presentar disfuncionalidad familiar pero también se observa que no siempre el alcoholismo tiene que ser repercusión para la disfunción familiar.

A nivel mundial el consumo de bebidas alcohólicas afecta las relaciones familiares ya que las personas víctimas del alcohol proyectan sentimientos agresivos hacia los miembros de la familia.

Entre las características que llevan a una persona al alcoholismo ocupa un lugar preferente, la sensación de soledad, aislamiento, problemas familiares y las dificultades económicas, el alcoholismo es una enfermedad de dependencia a las bebidas embriagantes, la cual afecta a toda la familia cuando algunos de sus elementos la padece, principalmente cuando es uno de los progenitores.

Este padecimiento crónico y progresivo que puede llegar a ser mortal, se caracteriza por la tendencia a beber alcohol en exceso, intentos inútiles por dejarlo y mantener su consumo pese a las desfavorables consecuencias sociales, laborales y económicas que ocasiona.

De acuerdo al concejo Nacional para las adicciones (CONADIC, 2005) refiere que las repercusiones familiares encontradas fueron violencia verbal (89.6%) violencia física (57%) separaciones (49%), abandono (16%) y divorcio (21%).

Es importante recalcar que el alcohólico no existe en el vacío. La enfermedad no es un padecimiento solitario y su alcance tiene impacto principalmente pero no exclusivamente en la familia

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Fernández RC. Ciclo Vital y sistema familiar. Medifam. Madrid, 1991; 2: 94-8
- 2.- Consenso académico. Conceptos básicos para el estudio de las familias ArchMedFam 2005 7 (Supl 1): S15-S19.
- 3.- Cerda A. abordaje integral de la salud familiar (AISFA). Un método para la práctica de medicina familiar. Rev Mex Med Fam 1990, 3 (3-4): 76-86.
- 4.- Álvarez R. Experiencia Médica. Aval sobre el Manual para la investigación en salud familiar. Rev. Cubana Med Gen integral 2003: 19 (3):1-3
- 5.- Watzlawick, Paul; Weakland, John Fish, Richard (1995): "Cambio: Formación y Solución de los problemas humanos". Barcelona, Herder.
- 6.- OMS- OPS La familia y la Salud 37 a sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo Washington, D.C. E.U.A 2003 5.
- 7.- La salud familiar (Rev. Cubana Med Gen integral 1999, 15 (4), 439.
- 8.- Irigoyen A. Nuevos Fundamentos de medicina familiar. 3ra. edición. Editorial Medicina familiar mexicana. México.2006 187
- 9.- Ares, P. Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio. La Habana: Editorial Félix Varela; 2002.
- 10.-10.-Ferrari, M; Kolostian, S. A importancia da familia. En: Familia Brasileira. Sau Paulo: Cortez; 1994: 11-15.
- 11.- De la Revilla. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Ediciones D Doyma. España.1994:38.
- 12.-Chávez J. Introducción a la medicina familiar. Editorial universitaria Potosina. México. 1992 .53-54.
- 13.- Chápela, Luz Ma. Familia. Cuadernos de población. CONAPO, México, 1999: 41-49.
- 14.-Bobak M ,Room R, Pikhart H, Kubinova R, Malyutina S, Pajak A, Kurilovitch S, To-Por R, Nikitin Y , Marmot M. Contribution of drinking patterns to differences in rates of alcohol related problems between three urban population. J Epidemiol community Health 2004; 58: 238-242
- 15.-Surveillance of Risk Factors related to noncommunicable diseases, World Health Organization, World Heart Federation

- 16.-Tapia, R., y otros. Segunda Encuesta Nacional de Adicciones. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. México 1993. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones. Tercera Encuesta Nacional de Adicciones, ENA 1998. México
17. - Room R Babor T. Rehm J. Alcohol and publichealth Lancet Vol. 365 2005.
- 18.- alcoholismo y sus repercuciones año 2012
- 19.- Narro J. II. Algunos aspectos epidemiológicos del alcoholismo en México. Rev Fac Med 1992; 35(2):52-5
20. -World Health Organization. Alcohol and injuries. Emergency department studies in an International perspective. Geneva: World Health Organization, 2009.
21. Frank J. Lozano R. Gonzalez Block Ma; et al. Economía y Salud, propuesta para el avance del Sistema de Salud en México. Medición conjunta de días de vida sana perdidos por mortalidad prematura debida a enfermedad, accidentes violencias y a tiempo de vida llevado con discapacidad o AVISA. Fundación Mexicana para la Salud 1994. México, 1994.
22. Rosovsky H., Borges. Consumo per cápita de alcohol en México (1979-1994) y sus correcciones con datos de las encuestas poblaciones. Trabajo presentado durante la reunión: Alcoholismo CONADIC, México 1996; y centro de Información en Salud Mental y Adicciones, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México. Estimaciones del consumo per cápita en México, 1970-1997.
23. Consultores Internacionales (1998). El beneficio económico: Beber de Tierra Generosa. Libro 2 Ciencia de las Bebidas alcohólicas en México. Fundación de Investigaciones Sociales
- 24.-CaballeríaJ, Frezza M, Hernandez Munoz R, DiPalova E, Korstein MA, Baraona E, LíeberCS. Gastric origin of the first-pass metabolism of ethanol in humans: Effect of gastrectomy. Gastroenterology 1989; 97: 1205 - 1209
- 25.- Editorial San Pablo 7ª reimpresión 2004: 33 - 52.
- 26.- Centro de especialidades en Salud Mental CESMERR Dr. Mario Quijada Hernández: 31 – 33

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Actividad	Marzo 2013	Abril 2013	Mayo 2013	Junio 2013	Julio 2013	Agos/ Oct 2013	Noviembre. 2013	Diciembre2 013	Enero.2014	Febre2014	Marzo 2014	Abr 2014
Elección del título.	X											
Supervisión por el comité												
Recolección de información.		X	X									
Revisión bibliográfica.			X									
Elaboración del marco teórico.				X								
Revisión del proyecto.					X							
Instrumento de medición.				X	X							
Presentación al comité.						X						
Aplicación de instrumento.							X	X	X	X		
Recopilación de resultados.									X	X		
Procedimientos y análisis de datos.											X	
Revisión del proyecto con resultados.												X
Presentación de resultados.												X

ANEXO 1

Entrevista semi-estructurada de aspectos socio-culturales.

Nombre del paciente
identificado. _____.

Número de afiliación: _____.

Edad: _____ Peso en Kg _____ Talla en M.C _____ IMC _____.

Escolaridad: _____.

Sin escolaridad: _____ Pre escolar _____.

Primaria incompleta (último grado de estudio terminado): _____.

Primaria completa: Si _____ No _____.

Secundaria incompleta (último grado de estudio terminado): _____.

Secundaria completa: Si _____ No _____.

Preparatoria completa: Si _____ No _____.

Nombre de la carrera técnica que estudio _____.

Ocupación del paciente alcohólico: _____.

Ocupación del cónyuge: _____.

Número de personas que conviven con el paciente con alcohólico. _____.

Parentesco de las personas que conviven con el paciente con alcoholismo.
_____.

Vida sexual activa: Si _____ No _____.

Número de parejas sexuales al momento de su estudio: _____.

Estado civil: Soltero (a) _____ Casado (a) _____ Unión libre _____.

Viudo (a) _____ Divorciado (o) _____ Separado (a)
_____.

Toxicomanías: Tabaquismo _____ Alcoholismo: Activo _____ Inactivo _____.

Drogas _____ ¿Cuál? _____.

1) ¿Considera usted que el consumo de alcohol como un factor de integración social?

A veces _____ Siempre _____ Nunca _____

2) ¿Considera usted que una persona alcohólica sufre de desequilibrio emocional?

A veces _____ Siempre _____ Nunca _____

3) ¿Considera Usted que el consumo de alcohol afecta las relaciones familiares?

A veces _____ Siempre _____ Nunca _____

4) ¿Considera usted que una persona con problemas de alcoholismo es consciente de sus actos?

A veces _____ Siempre _____ Nunca _____

5) ¿Considera usted que la falta de comunicación en la familia es uno de los factores que inciden en el consumo de alcohol?

A veces _____ Siempre _____ Nunca _____

6) ¿Cumple el encuestado con sus obligaciones familiares?

A veces _____ Siempre _____ Nunca _____

7) ¿El ambiente familiar se mantiene en constante conflicto debido a la actitud del alcohólico?

A veces _____ Siempre _____ Nunca _____

8) ¿El núcleo familiar del alcohólico tiende a desintegrarse?

A veces _____ Siempre _____ Nunca _____

9) ¿El alcohólico que recibe tratamiento desea curarse?

A veces _____ Siempre _____ Nunca _____

10) ¿Considera usted, que el consumo de alcohol afecta también las relaciones laborales?

A veces _____ Siempre _____ Nunca _____

ANEXO 2

Prueba rápida de tamizaje por consumo de alcohol (FAST).

1 bebida = 1 unidad = 1 cerveza = 1 vaso de vino = 1 medida de licor.

Para las siguientes preguntas por favor encierre en un círculo la respuesta más adecuada:

1. Hombre: ¿Con que frecuencia usted toma 8 o más bebidas en 1 ocasión?

Mujer: ¿Con que frecuencia usted toma 6 o más bebidas en 1 ocasión?

Nunca < Mensual Mensual Semanal Diario o casi diario

Solo conteste las preguntas 2,3 y 4 si la respuesta a la pregunta 1 es menor de cada mes o mensual.

2. ¿Con que frecuencia durante los últimos 12 meses no ha podido recordar que sucedió la noche anterior porque consumió alcohol?

Nunca < Mensual Mensual Semana Diario o casi diario

3. ¿Con que frecuencia durante los últimos 12 meses no ha podido cumplir con sus Obligaciones porque consumió alcohol?

Nunca < Mensual Mensual Semanal Diario o casi diario

4. ¿Durante los últimos 12 meses algún amigo, familiar, o profesional de la salud le ha

Sugerido que evite o reduzca el consumo de alcohol por que se preocupa por usted?

No Sí, una vez Sí, más de una vez

El puntaje se puede obtener rápidamente, de la siguiente manera:

Etapa 1:

La primera etapa comprende solo la pregunta 1.

Si la respuesta a la pregunta 1 es “nunca”, probablemente el paciente no abusa del Alcohol.

Si la respuesta a la pregunta 1 es “semanal/diario o casi diario”, entonces hay un patrón de consumo peligroso, dañino o de dependencia. Más del 50% de las personas serán clasificadas con un patrón de consumo peligroso o dañino con solo esta pregunta.

Solo considere las preguntas 2,3 y 4 si la respuesta a la pregunta 1 es “menos de cada mes o mensual”.

Etapa 2:

Si la respuesta a la pregunta 1 es “menos de cada mes o mensual”, entonces cada una de las siguientes 4 preguntas tendrá un puntaje de 0-4. Después podrán ser sumadas para obtener un puntaje total entre 0-16. La persona abusa del consumo de alcohol si el puntaje total de las 3 preguntas es ≥ 3 .

Puntaje de las preguntas 1,2 y 3:

Puntaje de la preguntas 4:

Nunca = 0

No = 0

Menos de cada mes = 1 Sí, en una ocasión = 2

Mensual = 2 Sí, en más de una ocasión = 4

Semanal = 3

Diario o casi diario = 4.

ANEXO 3

La Escala de Evaluación y Adaptabilidad y Cohesión Familiar III (FACESIII)

Aplicación.

Este cuestionario se aplicara a personas mayores de 10 años que sean miembros de familia con hijos que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (de 1 a 5), considerando cada aseveración con relación a su familia. Se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que el entrevistado considera que su familia reacciona en forma habitual, no de la manera en que piensa que debería reaccionar. El encuestado se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona entrevistada lo haga por sí misma. No obstante, podrá aclarar las dudas que surjan con relación al significado de palabras o aseveraciones, evitando sugerir respuestas.

A continuación se expone un ejemplo de aplicación de esta escala:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

Describe a su familia

1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si

1. Nunca__ 2. Casi nunca __ 3. Algunas veces __ 4. Casi siempre __ 5. Siempre __

2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas

1. Nunca__ 2. Casi nunca__ 3. Algunas veces__ 4. Casi siempre__ 5. Siempre__

3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia

1. Nunca___ 2. Casi nunca___ 3. Algunas veces___ 4. Casi siempre___ 5. Siempre___

4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina

1. Nunca___ 2. Casi nunca___ 3. Algunas veces___ 4. Casi siempre___ 5. Siempre___

5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos

1. Nunca___ 2. Casi nunca___ 3. Algunas veces___ 4. Casi siempre___ 5. Siempre___

6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad

1. Nunca___ 2. Casi nunca___ 3. Algunas veces___ 4. Casi siempre___ 5. Siempre___

7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la nuestra familia.

1. Nunca___ 2. Casi nunca___ 3. Algunas veces___ 4. Casi siempre___ 5. Siempre___

8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas

1. Nunca___ 2. Casi nunca___ 3. Algunas veces___ 4. Casi siempre___ 5. Siempre___

9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia

1. Nunca___ 2. Casi nunca___ 3. Algunas veces___ 4. Casi siempre___ 5. Siempre___

10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos

1. Nunca___ 2. Casi nunca___ 3. Algunas veces___ 4. Casi siempre___ 5. Siempre___

11. Nos sentimos muy unidos

1. Nunca___ 2. Casi nunca___ 3. Algunas veces___ 4. Casi siempre___ 5. Siempre___

12. En nuestra familia los hijos tomas las decisiones

1. Nunca___ 2. Casi nunca___ 3. Algunas veces___ 4. Casi siempre___ 5. Siempre___

13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente

1. Nunca___ 2. Casi nunca___ 3. Algunas veces___ 4. Casi siempre___ 5. Siempre___

14. En nuestra familia las reglas cambian

1. Nunca___ 2. Casi nunca___ 3. Algunas veces___ 4. Casi siempre___ 5. Siempre___

15. Con facilidad podemos planear actividades en familia

1. Nunca___ 2. Casi nunca___ 3. Algunas veces___ 4. Casi siempre___ 5. Siempre___

16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros

1. Nunca___ 2. Casi nunca___ 3. Algunas veces___ 4. Casi siempre___ 5. Siempre___

17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones

1. Nunca___ 2. Casi nunca___ 3. Algunas veces___ 4. Casi siempre___ 5. Siempre___

18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad

1. Nunca___ 2. Casi nunca___ 3. Algunas veces___ 4. Casi siempre___ 5. Siempre___

19. La unión familiar es muy importante

1. Nunca___ 2. Casi nunca___ 3. Algunas veces___ 4. Casi siempre___ 5. Siempre___

20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar

1. Nunca___ 2. Casi nunca___ 3. Algunas veces___ 4. Casi siempre___ 5. Siempre___

CLASIFICACIÓN

La clasificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes de los ítems nones y la de adaptabilidad de los ítems pares, calificándolas según la siguiente tabla:

		↓ Cohesión ↑			
		Disgregada 10 a 34	Semi -relacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
→	Caótica 29 a 50	Caóticamente Disgregada	Caóticamente Semi-relacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
	Flexible 25 a 28	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente Semi-relacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	Estructura da 20 a 24	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente Semi-relacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente aglutinada
	Rígida 10 a 19	Rígidamente Disgregada	Rígidamente Semi-relacionada	Rígidamente Relacionada	Rígidamente aglutinada

En esta tabla los espacios en gris oscuro se toman como familias con disfunción grave, los espacios en gris claros como disfunción leve y los espacios en blanco como familias funcionales.

ANEXO 4



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO COACIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 68 MICHOACAN.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Vista Hermosa de Negrete, Michoacán a _____ de _____ del _____.

Por medio de la presente.

Yo _____.

Acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Repercusión del alcoholismo en la funcionalidad familiar en la UMF No 68" registrado ante el Comité Local de Investigación 1603, con el número _____.

Justificación: Se me ha informado que valoraran la repercusión del alcoholismo de cualquiera de los miembros de mi familia en el funcionamiento y dinámica adecuada.

Declaro que se me ha explicado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Procedimiento: Se aplicaran encuestas en la que se valorara la situación de mi familia y la cantidad de alcohol que se ingiere solo una vez cada una de ellas en los 4 meses que dure el estudio.

Posibles riesgos y molestias: Se considera una investigación sin riesgos, contestare varias preguntas personales que pudieran incomodarme.

Posibles beneficios: No se realizara ningún pago por su participación en este estudio. Conocer el funcionamiento de la familia y las situaciones que lo llevan a un posible descontrol en la dinámica por causa del uso de alcohol de algún miembro de mi familia.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se me explico que se me informará de forma oportuna, clara y precisa los resultados obtenidos en este estudio, así mismo la posibilidad de una alternativa de tratamiento que mejoren mi calidad de vida.

Participación o retiro: se me ha informado que puedo retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

Privacidad y confidencialidad: Se me informa que los datos son estrictamente confidenciales sólo con fines de investigación. Los resultados de este estudio estarán a disposición únicamente del servicio de medicina familiar, de investigación médica y se difundirá en forma de resumen y/ o se difundirá en forma de resumen en los foros y/o congresos científicos.

Por todo lo anterior declaro que acepto participar en el estudio y puedo retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio odre dirigirme a.

Investigador responsable: Dra. Vázquez Hernández Sandra Angelina Tel: 351 5 17 35 80

Investigador asociado: Dr. Eduardo Alberto Ung Medina Tel: 452 5 29 81 34

Comité Local de Investigación y Ética de Investigación en Salud No. 1603.

Secretario del Comité: Dr. José Jerónimo Camacho Pérez. Tel: 4525243731

En caso de dudas o aclaraciones sobre mis derechos como participante podré dirigirme con el Secretario Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud N° 1603 al teléfono 452 52 437 31.

O bien a:

Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores MéxicoD.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

ANEXO 5



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO COACIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 68 MICHOACAN.
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Vista Hermosa de Negrete, Michoacán a _____ de _____ del _____.

Por medio de la presente.

Yo _____.

Acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Repercusión del alcoholismo en la funcionalidad familiar en la UMF No 68” registrado ante el Comité Local de Investigación 1603, con el número _____.

Justificación: Se me ha informado que valoraran la repercusión del alcoholismo de cualquiera de los miembros de mi familia en el funcionamiento y dinámica adecuada.

Declaro que se me ha explicado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Procedimiento: Se aplicaran encuestas en la que se valorara la situación de mi familia y la cantidad de alcohol que se ingiere solo una vez cada una de ellas en los 4 meses que dure el estudio.

Posibles riesgos y molestias: Se considera una investigación sin riesgos, contestare varias preguntas personales que pudieran incomodarme.

Posibles beneficios: No se realizara ningún pago por su participación en este estudio. Conocer el funcionamiento de la familia y las situaciones que lo llevan a un posible descontrol en la dinámica por causa del uso de alcohol de algún miembro de mi familia.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se me explico que se me informará de forma oportuna, clara y precisa los resultados obtenidos en este estudio, así mismo la posibilidad de una alternativa de tratamiento que mejoren mi calidad de vida.

Participación o retiro: se me ha informado que puedo retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

Privacidad y confidencialidad: Se me informa que los datos son estrictamente confidenciales sólo con fines de investigación. Los resultados de este estudio estarán a disposición únicamente del servicio de

medicina familiar, de investigación médica y se difundirá en forma de resumen y/ o se difundirá en forma de resumen en los foros y/o congresos científicos.

Por todo lo anterior declaro que acepto participar en el estudio y puedo retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio odre dirigirme a.

Investigador responsable: Dra. Vázquez Hernández Sandra Angelina Tel: 351 5 17 35 80

Investigador asociado: Dr. Eduardo Alberto Ung Medina Tel: 452 5 29 81 34

Comité Local de Investigación y Ética de Investigación en Salud No. 1603.

Secretario del Comité: Dr. José Jerónimo Camacho Pérez. Tel: 4525243731

En caso de dudas o aclaraciones sobre mis derechos como participante podré dirigirme con el Secretario Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud N° 1603 al teléfono 452 52 437 31.

O bien a:

Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores MéxicoD.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013