

11726
29.
155



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA PREVALENCIA
DEL ALCOHOLISMO Y SU REGISTRO CLINICO
COMO CAUSA DE CONSULTA ENTRE LA
POBLACION DEMANDANTE DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

U.M.F. No. 20
DEPTO. DE
ENSEÑANZA E
INVEST.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DR. JUAN JAVIER LOPEZ VAZQUEZ

GENERACION
(1983-1985)

MEXICO, D. F.

1984

**TESIS CON
FALLA DE COPIA**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E:

1.- Introducción.....	1
2.- Objetivos.....	6
3.- Antecedentes Científicos.....	8
4.- Hipótesis.....	22
5.- Caracterización del Trabajo.....	24
6.- Presentación de Resultados.....	35
7.- Análisis e Interpretación de Resultados.....	57
8.- Conclusiones.....	60
9.- Comentarios.....	62
10.- Resúmen.....	66
11.- Bibliografía.....	69
12.- Anexos.....	71

I N T R O D U C C I O N:

El alcoholismo representa un problema de magnitud y -- trascendencia social importante. Tanto a través de la historia del hombre, como en el mundo actual, es indiscutible la influencia que la existencia de bebidas alcohólicas ha tenido en la humanidad.

En los países latinoamericanos el consumo inmoderado de alcohol, constituye uno de los problemas de salud pública ma yores (15). Una revisión del alcoholismo en América Latina e fectuada por Negrete (16), puso de manifiesto índices de abu so de alcohol cercanos a los prevalecientes en Estados Uni-- dos⁺. En México el problema no deja de ser serio, que se -- considera que existe en nuestro país 1'700 000 alcohólicos⁺⁺ y que éstos al dañar a su familia (5 individuos en promedio) dan una cifra de 8'500 000 mexicanos que sufren las conse--- cuencias. Parece que nuestro país ocupa el segundo lugar entre los países latinoamericanos en cuanto a la frecuencia - de alcoholismo (11).

En el campo de la epidemiología, la prevalencia e inci-- dencia del alcoholismo no siempre pueden compararse los re--

⁺ Sin embargo, los índices de Cirrosis Hepática (por e-- jemplo entre el sexo masculino) fueron más altos que en cual quier otro lugar del mundo en el lapso de 1962-1964. (Institu to Mexicano de Psiquiatría, Dpto. de Ciencias Sociales y E- pidemiológicas. Tlalpan, Cd. de México, Méx.).

⁺⁺ Dato dado a conocer en el Seminario: El Alcoholismo en México, efectuado en este año en el D.F. y publicado por Rosas García en el Diario "La Jornada", Nov. 2 de 1974.

sultados alcanzados por investigadores, ya que en varias partes del mundo se conceptualiza de modos diversos a los alcohólicos (12). Ningún país dispone de estadísticas completas sobre las tasas de incidencia y prevalencia de los problemas relacionados con el alcohol (13), sin embargo el análisis de las estadísticas disponibles indica que en algunos países - las personas diagnosticadas como alcohólicas ocupan entre un tercio y la mitad de las camas de hospital (13).

Todas las clases sociales se ven afectadas con los problemas relacionados al uso de bebidas alcohólicas. Estadísticas recientes reportan un alcohólico por cada 75 habitantes, cifra que en los medios laborales sube a uno por cada 53 trabajadores. La edad más frecuente de alcoholismo se encuentra entre los 25 y 55 años (etapa de mayor productividad) y aún cuando es más frecuente en el sexo masculino en proporción - de 10 hombres por cada mujer, a últimas fechas hay un incremento de alcoholismo en el mal llamado sexo débil y por desgracia, incluso en la juventud (11). Por otro lado la Cirrosis por alcohol representa una de las principales causas de defunción en hombres entre 25 y 64 años (13)⁺.

En varias zonas del mundo, se han notificado casos de envenenamiento por consumo de bebidas alcohólicas destiladas

⁺En general, se acepta que hasta un 10% de sujetos con alcoholismo intenso, desarrolla Cirrosis Hepática. Guevara - González. Alcoholismo. Manual de Ciclos IX y X; U.N.A.M.

Cuando se presenta Hepatitis por alcohol, hasta un 80% desarrollan Cirrosis Postetilica en los próximos 5 años. Rev. Mex. de Gastroenterología Vol. 47, No. 3, Julio 1982.

ilegalmente o sin supervisión. Los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol, pueden representar hasta un 50% de las muertes en carretera. En la industria los bebedores empedernidos, causan tasas elevadas de ausentismo y baja productividad en el trabajo. Existen también informes que revelan tasas elevadas de alcoholismo entre personal profesional o directivos que desempeñan papeles importantes en el desarrollo de naciones. (13).

Se puede afirmar que de acuerdo con la gravedad que el alcoholismo tiene en México, todos estamos obligados dentro de nuestra esfera laboral, a luchar contra este problema que parece ir en aumento. Empezar campañas intensas y bien orientadas de información, prevención y rehabilitación es indispensable para ello. Lo mejor sería poder aplicar medidas preventivas y educacionales; estas últimas son difíciles por la deficiente cultura general y elevado índice de analfabetismo que tiene nuestro país. Por esta razón la prevención del alcoholismo y sus complicaciones, son el mejor recurso, ya que una vez instalados es muy difícil su curación y en ocasiones hasta imposible (11).

En la búsqueda de medidas para disminuir la incidencia y repercusiones de los problemas causados por el alcohol, se debe considerar la función del agente (alcohol), pero no se puede ignorar otro tipo de factores relativos al huésped y al medio ambiente, lo cual es necesario para establecer cualquier programa integral de prevención. Un examen adecuado de las relaciones entre los factores socioculturales, demográficos

cos, criterios, económicos, etc. De los problemas por alcoholismo, debería ayudar a identificar la importancia e incidencia de esos problemas en cualquier población. Una vez obtenida la información, resulta básico que cada comunidad o país estime la variedad de los problemas y causas determinantes del alcoholismo antes de tratar de adoptar políticas y programas específicos. De lo completas que sean dichas estimaciones, dependerá en gran parte el reconocimiento de posibles indicadores de la incidencia real del problema (13).

Es bien sabido, que la prevalencia e incidencia de enfermedades se miden en función de la morbilidad y la mortalidad estadísticas; sin embargo esto resulta particularmente difícil en el caso del alcoholismo, pues existe un número de casos siempre desconocidos en virtud del estigma social que representan. Un enfermo con alcoholismo en estadios tempranos es pocas veces diagnosticado como tal. Esto entre otros factores, se debe a que tanto el médico como el enfermo carecen de la objetividad y sutileza necesaria para establecer, uno que existe el problema, y el otro, que debe aceptarlo si quiere mejorar (5)[†]

[†]Se ha estimado que el Médico General diagnostica única y exclusivamente uno de cada diez alcohólicos y que a nivel hospital la proporción de enfermos cuyo alcoholismo es desanunciado, parece ser similar. Datos referidos por De la Fuente Ramón en Rev. Invest. Clín. Vol. 34, No. 1, Enero 1982, México.

Institucionalmente la materia prima para la elaboración de estadísticas de morbilidad, son los diagnósticos clínicos de consulta diaria, emitidos por Médicos Familiares y Especialistas, siendo necesario un mínimo de características reportadas que permitan conocer como se presentan las enfermedades en las distintas edades, en ambos sexos, lo cual permite señalar los grupos más vulnerables (24).

Por otra parte, las estadísticas de morbilidad así obtenidas, permiten evaluar el efecto de las medidas preventivas aplicadas en la incidencia de enfermedades, el efecto de las acciones terapéuticas sobre la prevalencia de ellas, y el de los cuidados médicos sobre la incapacitación, el uso racional o irracional de recursos, etc. En resumen, permiten valorar la eficacia de los servicios dados a la población (24).

Como ya se ha referido, siendo el alcoholismo un problema de importancia real en la población general, es factible considerar que toda la importancia descrita al hecho de llevar registros adecuados sobre la prevalencia e incidencia de enfermedades, resulta aplicable al problema "alcoholismo" ya que de ello deriva poder tener una visión más fidedigna de esta forma de "enfermedad social" y en base a esa información, se podrá actuar con resultados mejores en el abordaje de su manejo y prevención.

O B J E T I V O S:

Generales:

1.- Conocer si la prevalencia del alcoholismo registrada a través de la consulta diaria de la Unidad de Medicina Familiar No. 20, corresponde a la real entre la población demandante a la consulta.

2.- Resaltar la importancia que tiene el efectuar un diagnóstico clínico de alcoholismo y reportarlo debidamente, permitiendo así tener datos más fidedignos del problema y evaluar medidas de asistencia y prevención del mismo.

Específicos:

1.- Aplicar un cuestionario que permita detectar de la manera más fidedigna posible, a los individuos alcohólicos que acuden a demandar consulta por cualquier motivo, a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 durante un determinado lapso de tiempo.

2.- Conocer el número de casos de alcoholismo detectados por los Médicos Familiares de la U.M.F. No. 20 y reportados por ellos a través de los registros de consulta diaria efectuados durante el mismo lapso de tiempo.

3.- Efectuar un análisis comparativo entre los resultados obtenidos por los puntos anteriores.

4.- Identificar en qué medida se aproxima el índice de alcoholismo registrado en la consulta diaria de medicina familiar al que puede presentarse realmente entre la población demandante.

5.- Investigar si la incidencia y prevalencia de alcoholismo que se conoce en la U.M.F. No. 20 es confiable para la toma de medidas y elaboración de programas preventivos y asistenciales de la enfermedad.

6.- Señalar la importancia que tiene el dar buen uso a los recursos médicos, estadísticos, administrativos, etc. para mejorar la calidad profesional e institucional de los servicios que se prestan a la población.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

Para efectos de comunicación científica, resulta indispensable establecer un acuerdo sobre el significado de los términos utilizados para definir el alcoholismo, así como la concepción misma que se tiene sobre este tipo de adicción, a pesar del esfuerzo de numerosos autores y asociaciones médico-científicas, respecto al alcoholismo, aún se observa una falta de precisión de lo que este término denota, y por esta causa se originan muchos problemas.

La Organización Mundial de la Salud, en su última (novena) revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades⁺, utiliza el término "Síndrome de Dependencia del Alcohol" en el cual maneja elementos muy poco precisos al señalarlo como: "Un estado psíquico y generalmente también físico, resultante de la ingestión del alcohol; caracterizado por respuestas del comportamiento y otras, que siempre incluye la compulsión a beber alcohol de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces para evitar el malestar de la abstinencia; puede haber tolerancia; aunque ésta podría no estar presente". (16,12)

⁺Esta novena revisión efectuada en 1975, es la vigente y en la que se basa el sistema de codificación del propio I. C. D. 9, para la clasificación de las enfermedades por frecuencia y elaboración de estadísticas, tasas, etc. (Departamento de Codificación Clínica de Med. Preventiva de las U. N. P. 20 y # 41).

Sin embargo, la misma O.M.S. separa aquellos estados en los que ya existen trastornos orgánicos demostrados como Cirrrosis alcohólica, psicosis alcohólica, etc; así como también establece otra clasificación para el bebedor "social" u "ocasional" al cual ubica con términos tales como: "bebida excesiva del alcohol", "borrachera", "embriaguez", etc.(16).

Como subtipos de esta definición, se han descrito diferentes conductas tales como exceso alcohólico episódico, exceso alcohólico habitual y adicción según la cantidad de alcohol bebido y la frecuencia de ingestas alcohólicas excesivas. En adicción, se agregan otros elementos y se le caracteriza como "un estado de dependencia física y emocional de consumo regular y periódico, fuerte y sin dominio del alcohol, durante el cual la persona experimenta una compulsión hacia la bebida". (12)

Como resulta fácil observar, estos términos implican juicios de valor y es imposible definirlos de tal modo que resulten adecuados para ser aplicados a distintas circunstancias, en contextos diferentes⁺.

⁺Los distintos grados socialmente aceptables de consumo de alcohol, son peligrosos desde el punto de vista médico, ya que dependen en gran parte de la Sensibilidad de los métodos empleados para medir los daños y riesgos biológicos.

Los conceptos tales como "abuso" y "uso indebido", no son satisfactorios desde un punto de vista científico.

Reseñas. Bol. Of. Sanitaria Panamericana, Vol. 93 No.5 Noviembre, 1982.

Otras muchas definiciones, incluyen las emitidas por diversos organismos como la Asociación Médica Americana de E.U. el Consejo Nacional de Alcoholismo de los E.U.; y por diversos autores como el Dr. Jellinek (E.U.), Pouquet (Francia), Marconi (Chile), y otros más (12). No obstante, ninguna de las consideraciones emitidas en la conceptualización del alcoholismo, difiere en considerarlo como una enfermedad caracterizada por trastornos orgánicos y de conducta derivados de la ingesta de bebidas alcohólicas.

Uno de los esfuerzos más recientes y que rápidamente se ha generalizado por establecer parámetros precisos en la diferenciación de los diversos tipos de trastornos provocados por el alcohol, es la clasificación de la Academia Americana de Psiquiatría (1), que señala como "Trastornos Mentales Orgánicos Provocados por el Alcohol" las siguientes entidades: Intoxicación alcohólica, Intoxicación alcohólica Idiosincrásica, Abstinencia Alcohólica, Delirium por abstinencia alcohólica, alucinosis alcohólica y Trastorno Amnésico Alcohólico.

Por otra parte, lo que resulta indiscutible, son los estragos producidos por el alcoholismo, por ejemplo: disminución de la producción, aumento de accidentes y crímenes, enfermedades físicas y mentales, así como disolución de familias (8).

La edad más frecuente en que se presenta el alcoholismo

es entre 25 y 50 años, sin embargo se refiere que no es raro encontrar conductas de ebriedad en sujetos alrededor de los 14 años (18). Aún cuando es más frecuente en hombres a últimas fechas se ha visto un incremento considerable de alcoholismo en mujeres. Otros factores que se han referido en la génesis del alcoholismo, incluyen socioeconómicos, sociodemográficos, socioculturales e incluso de índole personal en los que destaca un supuesto factor hereditario que no ha sido comprobado plenamente (8).

Indiscutiblemente el único que juega un papel irrefutable es el alcohol mismo. Entre los alcoholes más usados se encuentra el etílico que es derivado de frutas y está presente en vinos de mesa y cognac. El propílico proviene de la destilación de granos y lo contiene el whisky y el vodka. El butílico es extraído de hojas y tallos de plantas, se encuentra en el aguardiente de caña, el tequila y el mezcal. Por último el metílico, también llamado alcohol industrial, que se extrae de las maderas y resulta el más tóxico, pues con pequeñas cantidades ingeridas basta para producir ceguera o la muerte. La cantidad de alcohol que contiene una bebida, se expresa con relación a la escala de Gay Lussac (G.L) y significa el alcohol por ciento de volumen a 15°C. De esta manera, las bebidas se clasifican en bebidas de moderación, bebidas de contenido medio de alcohol y bebidas de alto contenido alcohólico(18).

El alcohol se absorbe intacto a través de tubo digestivo, aprox. el 90% en intestino, el resto en estómago. Su pre

sencia en sangre puede demostrarse en 5 minutos posteriores a su ingestión y su concentración máxima se alcanza en media hora a dos. El alcohol circula principalmente en plasma y penetra a los diversos órganos del cuerpo, incluyendo líquido cefalorraquídeo, orina y alveolos pulmonares (8). La eliminación del alcohol por pulmones, riñones y piel es del 10%, el resto se metaboliza en el hígado. El metabolismo de alcohol ocurre en una tasa constante, independiente de su concentración en el cuerpo⁺. Se ha demostrado ampliamente que la ingesta crónica de alcohol es capaz de producir la secuencia de hígado graso, hepatitis alcohólica aguda y finalmente la Cirrosis Hepática por Alcohol⁺⁺. No obstante, el alcohol afecta casi la totalidad del organismo humano y es a nivel de aparato digestivo y sistema nervioso central, donde se localizan las complicaciones más severas. En el aparato digestivo, origina alteraciones del esófago (esofagitis crónica, aguda y várices esofágicas), el estómago (gastritis aguda erosiva, gastritis crónica, úlceras), el páncreas (pancreatitis aguda o crónica recidivante) y el hígado (alteraciones ya señaladas).

⁺La capacidad de los bebedores crónicos para "aguantar" mejor que los no bebedores luego de cantidades similares de alcohol, es un reflejo de la adaptación del S.N.C. más que un aumento para la capacidad de metabolizar etanol. Hurst. - Tratado de Medicina Interna. Pág. 1483.

⁺⁺También considerada como Cirrosis Hepática Alcohólica Nutricional (CHAN) o Cirrosis de Laennec, es considerada una alteración final e irreversible del paciente alcohólico. Se calcula que en México hay más de diez mil defunciones anuales por CHAN. Velasco Fernández. ALCOHOLISMO en Manual de Ciclos IX y X pág. 126-217, México U.N.A.M. 1980.

El alcohol también afecta a otros órganos como el corazón (cardiomiopatía aguda o crónica), el sistema inmunológico (susceptibilidad a infecciones) el tejido hematopoyético (plaquetopenia, leucopenia y anemia), la piel (dermatosis) y la función sexual (impotencia total o parcial); otras alteraciones incluyen: degeneración cerebelosa, neuropatía periférica, miopatías y deficiencias de diversas vitaminas (9).

Los pacientes adictos al alcohol presentan signos de abstinencia si reducen o suprimen la ingesta⁺⁺⁺. Los temblores son la manifestación universal y más temprana de la abstinencia, en el 25% de los pacientes se acompañan de pesadillas, fantasías y alucinaciones. Las convulsiones son una manifestación más seria de la abstinencia y el delirium tremens la más grave de las reacciones (se presenta hasta en un 5% de los alcohólicos) ya que durante el delirium se presenta hiperpirexia, hipotensión y colapso cardiovascular durante el cual fácilmente mueren los pacientes de no recibir asistencia (9).

Otros problemas relacionados con el consumo de alcohol incluyen diversos aspectos no orgánicos, ya que se ha deter-

⁺⁺⁺ Se desconoce el mecanismo de la reacción por abstinencia. Una teoría postula que el consumo regular de alcohol causa depresión crónica del S.N.C. y hay aumento compensador de la actividad neuronal química y eléctrica. Si se suprimen súbitamente los efectos depresores del alcohol, se desenmascara la mayor excitabilidad neuronal, produciéndose el síndrome de abstinencia. Otra teoría postula una denervación del S.N.C. explicando la abstinencia como una hiperexcitabilidad de rebote cuando se detiene la ingesta. Hurst. Tratado de Medicina Interna. págs. 1483-84.

linado claramente que el alcohol no sólo afecta al bebedor - en particular, sino también a la familia y sociedad en general. Algunas repercusiones familiares incluyen: disolución - de la familia, discordia conyugal, maltrato del cónyuge y - los hijos, pérdida de la estima para el bebedor, trastornos mentales, lesiones fetales por consumo excesivo de alcohol - por parte de la madre, descuido de los niños, problemas del desarrollo infantil, deserción escolar, drogadicción y delin - cuencia juveniles (13). Entre las repercusiones para la Comu - nidad, se tienen de manera general: conductas ofensivas, vio - lencia, daño a la propiedad privada, daños a víctimas de - - accidentes causados por conductores embriagados; pérdida de la producción, ineficacia administrativa, pérdida de personal especializado (muerte prematura y abandono), alto costo de - recursos humanos económicos y de servicios (13).

Un problema de primordial importancia, lo es sin duda - el establecimiento de indicadores que permitan claramente ca - talogar a un sujeto como alcohólico, sin el riesgo de que e - llos lleven fácilmente a etiquetar como tales al bebedor co - nocido como "moderado", "social", "ocasional", etc. La Acade - mia Americana de Psiquiatría, sin embargo, ha logrado unifi - car criterios en cuanto a los datos concretos que permiten - llegar al diagnóstico preciso de alcoholismo. De esta manera se aceptan 3 estructuras principales de uso patológico y - crónico del alcohol. Primero la ingestión regular y diaria - de grandes cantidades de alcohol; segundo el hábito regular de grandes ingestas de alcohol limitadas a los fines de cons

na; tercero la existencia de largos periodos de sobriedad en tremezclados con periodos de embriaguez diaria por grandes - cantidades de alcohol que duran semanas o meses (corresponde al subtipo "episódico").

Los criterios específicos para el diagnóstico del abuso del alcohol marcados por la A.A.P. son: (1)

a) Patrón patológico de uso de alcohol; necesidad diaria para el desarrollo de la actividad adecuada; incapacidad para disminuir o retener el consumo del alcohol; repetidos - esfuerzos para reducir o controlar el exceso de bebida o su restricción durante determinadas horas del día; consumo ocasional de licores para animarse; periodos de amnesia para - los acontecimientos que ocurren durante la intoxicación y - consumo del alcohol a pesar que el sujeto sabe los graves - trastornos físicos que padece si exagera la ingesta.

b) Deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de alcohol: por ejemplo actos violentos durante la intoxicación, faltas en el trabajo, pérdida del empleo. problemas legales, discusiones o dificultades con familiares o amigos debido al excesivo uso del alcohol.

c) Duración de la alteración por un mes como mínimo.

d) Presentación de cualquiera de las dos: Tolerancia o abstinencia⁺.

⁺Tolerancia: necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para conseguir el efecto deseado, o disminución notable del efecto utilizando en forma regular la misma cantidad de alcohol.

Abstinencia: desarrollo del síndrome de abstinencia - con sus diversas manifestaciones (por ejemplo matutino, malestar aliviado por la bebida, etc.) después de abandonar o reducir la bebida.

D. J. S.- III, Academia Americana de Psiquiatría. Pág. - 180-181.

En base a estos indicadores y como respuesta al problema médico que significa el diagnóstico de alcoholismo, se han hecho esfuerzos por diseñar instrumentos (cuestionarios, entrevistas, etc.) que permitan detectar precozmente al enfermo alcohólico. En los países desarrollados, para reunir información y detectar pacientes alcohólicos, se han diseñado diversos cuestionarios. Entre los más conocidos están el M.A.S.T. (Michigan Alcoholism Screening Test) desarrollado por Selzer (10), y el S.A.A.S.T. (Self Administered Alcoholism Screening Test) diseñado por Swenson y Cole. (2) y cuya validez se ha sometido a comprobación incluso mediante confrontación de resultados con exámenes exhaustivos de laboratorio.

En México también se han hecho ensayos para determinar mediante aplicación de encuestas y cuestionarios el fenómeno alcoholismo en diversas comunidades (5,22).

No obstante, cualquier estudio de población requiere sin duda de métodos de medición y clasificación válidos, fiables y normalizados, los cuales no siempre se cumplen en la práctica real. Para resaltar la importancia de estos aspectos se puede partir de las siguientes interrogantes (14):

1.- ¿Pueden determinados métodos de detección temprana o tratamiento modificar de manera importante las alteraciones de una enfermedad determinada?

2.- ¿Cuántas personas necesitan o utilizarían los servicios de un tratamiento específico?

3.- ¿Cuál es el efecto probable de determinada política preventiva?

De todo el análisis hasta el momento efectuado acerca del alcoholismo y sus complicaciones, resulta evidente que se trata de un problema eminentemente médico y de salud pública. Partiendo del hecho de que es el médico general-familiar quien establece el primer contacto con el paciente alcohólico, surge la responsabilidad de prestarle al problema la atención que realmente merece a este nivel. Desgraciadamente algunos médicos no quieren tratar al alcohólico, presuponiendo que es un vicioso irresponsable que no merece la ayuda que se le pueda prestar⁺.

Institucionalmente, el médico familiar además de ser el contacto primario con el paciente, es quien, a través de las consultas diarias otorgadas, genera la materia prima para la elaboración de tasas de morbilidad y mortalidad de la población a su cargo; es decir los diagnósticos clínicos. Es evidente que para poder ser utilizados con eficacia, las estadísticas de morbilidad tienen que reunir características mínimas de calidad, cantidad y oportunidad; de lo contrario las acciones que determinen serán inoperantes y onerosas para la institución.

⁺Velasco Fernández refiere que: "Muchos médicos deciden no registrarlo como causante de muerte y un gran número de hospitales e instituciones, se niegan a recibir a los alcohólicos para su internamiento".

El Alcoholismo en México, pág. 42; F.C.E. México 1977.

De manera muy general, los casos en los cuales la utilización de las estadísticas de morbilidad es básica son:

- 1.- Determinación del estado de salud de la población.
- 2.- Predicción oportuna de la evolución de enfermedades.
- 3.- Previsión y seguimiento de tendencias (longitudinal).
- 4.- Estudio de los determinantes de morbilidad.
- 5.- Evaluación del efecto de acciones preventivas.

Por ello es notorio que todo integrante de un organismo responsable de la salud de una población (sea el médico, el jefe de servicios, el administrador, el director, etc.), debe conocer el estado de salud poblacional, para que pueda evaluar la eficacia de los servicios prestados y el señalamiento oportuno de necesidades. Particularizando estas demandas al médico familiar, resulta indispensable que conozca la dinámica de la patología presente en su población, para que pueda planear y evaluar la atención que presta, mejorar su desarrollo personal, analizar los casos importantes que se le presenten e influir en las autoridades de acuerdo a las necesidades de su población (24).

Toda relación de diagnósticos diarios tiene que pasar a un área donde se procesan, tabulan y analizan dichos datos; esto permite llegar a la elaboración de tasas de morbilidad semanales, mensuales, anuales, quinquenales e índices endémicos según las necesidades de diferentes niveles, siendo su paso previo la codificación y concentración primaria, sin la cual es imposible la retroalimentación.

Resumiendo, puede afirmarse que al proporcionar cada médico responsable de la atención directa a pacientes en unida

des institucionales, los elementos que permitan elaborar y - conocer concretamente las estadísticas de morbilidad, facilitará:

1.- Planear mejor atención médica e implementar adecuada y oportunamente los servicios a cualquier nivel.

2.- Aplicar oportunamente las medidas específicas de control, en base al conocimiento diario, semanal, mensual, - de la importancia relativa de las enfermedades que necesitan prevención específica y evitar recargos en los servicios, lo cual condiciona baja calidad en la atención.

3.- Evaluar constantemente el uso que la población hace de los servicios, así como la calidad de la atención otorgada.

4.- Planear la investigación y enseñanza en función de las necesidades y problemas dominantes.

5.- Señalar factores en el medio ambiente que necesitan cambios, como necesidad de obras de infraestructura.

6.- Facilitar la notificación institucional adecuada a un nivel nacional e internacional.

7.- A cada médico le permite integrar un archivo de diagnósticos y contar con la historia inmediata de su trabajo para autorevisión y participación en eventos científicos con datos de su misma población. (24)

Considerando toda la importancia referida a una buena e laboración de registros estadísticos, en relación al alcoholismo; resulta claro que un diagnóstico adecuado de esta enfermedad y su posterior codificación, ayuda considerablemen-

to a la obtención de tasas fidedignas y a mejorar la panorámica que del problema se tiene en México.

Sin embargo esto desgraciadamente no resulta real en el momento actual. Para apoyar esta afirmación, basta referir algunos datos que sobre el alcoholismo en México se han obtenido, y considerando que para conocer los daños que el alcohol ocasiona a la salud, se han tomado como indicadores la mortalidad por cirrosis hepática, la psicosis alcohólica y el alcoholismo en sí.

Según el informe de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de 1980, la séptima causa de mortalidad general en México es la cirrosis hepática (21) y las estadísticas más recientes, la colocan como la segunda causa de muerte en el período más productivo socioeconómicamente (entre 25 y 40 años) manifestándose la mayor parte de los casos en el sexo masculino. Por otra parte, un estudio epidemiológico de 2,394 cirróticos en la Clínica de Hígado del Instituto Nacional de Nutrición, reveló que el tipo de cirrosis más frecuente es el que se deriva del alcohol en un 57.7% (21).

En una revisión de los últimos 5 años, se ha encontrado que la tasa de defunción atribuible directamente al alcohol fue de 19.48 por cada 100 mil habitantes mayores de 15 años para 1979 mientras que un cálculo aproximado para 1984 indica un 20.49 defunciones para los mismos 100 mil habitantes (17).

Todos los datos anteriores, contrastan fuertemente con los existentes a nivel Institucional, ya que en ellos, el alcoholismo no figura ni siquiera entre las primeras 25 causas de consulta⁺ en el primer nivel de atención; para evidencia, basta referir que en la Unidad de Medicina Familiar No. 41, se reportan registrados un total de 21 casos de alcoholismo durante el año de 1983⁺⁺.

⁺De acuerdo a datos proporcionados directamente por la Jefatura de Medicina Preventiva, Delegación 3, Valle de México.

⁺⁺Datos proporcionados por el Departamento de Codificación y Estadística de la U.M.F. No. 41.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema básico por abordar, es conocer en que medida el Médico Familiar lleva un registro adecuado de los casos de alcoholismo que se presentan en la consulta diaria de la población a su cargo, independientemente de la demanda aparente. Esto podría plantearse prácticamente con la siguiente interrogante:

¿Lleva el médico familiar un registro real de los casos de alcoholismo existentes en su población?

Dado que con el presente estudio se pretende conocer en que medida el médico familiar a través de su consulta diaria, efectúa un diagnóstico y registro real de los casos de alcoholismo que se le presentan; y partiendo del supuesto que esta enfermedad es pobremente considerada al momento de la elaboración y notificación de los diagnósticos clínicos, con lo cual no se lleva un registro real del problema; se plantea la siguiente:

H I P O T E S I S:

"Existe un subregistro de los casos de alcoholismo que se presentan en la consulta diaria de Medicina Familiar".

Definición de Conceptos:

1.- Subregistro: se tomará como tal para fines del presente proyecto, el registro menor al real existente, de las -

enfermedades como causa de consulta diaria en la U.M.F. No. - 20 y que es asentado en las formas de registro específicas en la institución (formas 4-30-6). Este subregistro se corrobora con la simple cuantificación de casos reportados en las formas referidas y captados por el servicio de codificación clínica del Servicio de Medicina Preventiva.

2.- Alcoholismo, casos de: se tomarán como tales los que marca la Clasificación Internacional de Enfermedades a través del código 303 y que es designado mediante los siguientes términos: Síndrome de dependencia del alcohol, alcoholismo crónico, dipsomanía y embriaguez aguda en el alcoholismo. Las inscripciones que con estos términos son captadas en las formas de registro clínico y por el servicio de codificación clínica de la U.M.F. 20, son las que se cuantificarán como casos de alcoholismo⁺.

3.- Consulta diaria: se refiere a las inscripciones que se efectúan diariamente en la U.M.F. No. 20 sobre el número - y casos de las diversas enfermedades que se presentan a los Médicos Familiares y los cuales son captados a través de su inscripción en la forma institucional respectiva (F-4-30-6).

⁺Se manejarán estos términos y códigos, ya que son los utilizados por el I.M.S.S. a través de los servicios de codificación clínica de sus unidades de atención médica; y los cuales están asentados en: Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades; Oficina Sanitaria Panamericana, 1975.

CARACTERIZACION DEL TRABAJO:

Como ya se estableció previamente, el alcoholismo resulta ser un problema que afecta tanto a las sociedades en general, como a los individuos en particular. A este último le produce daños a nivel orgánico, psicológicos y en su vida de relación. Es por ello que este fenómeno se considera de competencia eminentemente médica.

Recientemente se han propuesto formas de estudio de la población, en cuanto a problemas de drogadicción y alcoholismo se refiere. En ellas se señalan estrategias de investigación y progreso específicas, encaminadas a "Estudios de población que proporcionen información estadística y epidemiológica acerca de cada tipo de presentación, su frecuencia y evolución en el tiempo" (14). Por lo que respecta al alcoholismo, incluso se ha referido la posibilidad de que el simple hecho de su existencia entre la población, influye de manera importante en la morbilidad general; es decir que los enfermos alcohólicos representen una distribución diferente de problemas médicos que el resto de la población.

Un punto importante consiste en diagnosticar de manera precisa y adecuada a un sujeto alcohólico, ya que ello repercute en el conocimiento estadístico que se tenga del problema en cuanto a distribución, frecuencia, incidencia, etc. lo cual le otorga sin duda un valor Epidemiológico. El estudio adecuado de estos parámetros en una comunidad, significa tener

un conocimiento confiable acerca de la magnitud y trascendencia del problema en la población. lo que integra en el campo de la Salud pública.

Por otro lado, las determinaciones precisas de estos parámetros, permiten conocer que factores influyen de manera importante en la existencia del problema, tales como aquellos factores predisponentes, favorecedores, desencadenantes, etc. Con ello se pueden determinar programas de prevención y reducción del problema mediante acciones específicas basadas en la debida identificación del problema; y también con ello, se pueden reducir las implicaciones laborales, familiares, de salud, etc. que de él derivan. Todo ello conlleva a implicar además al área de la medicina el problema.

DELIMITACION TEMPORAL.

En el presente estudio se pretendió efectuar un análisis del fenómeno alcoholismo entre la población elegida durante un determinado lapso de tiempo, para posteriormente realizar una comparación entre los resultados y las tasas de morbilidad existentes sobre el mismo problema y durante el periodo de estudio. Esto implicó la realización de un estudio transversal, prospectivo, descriptivo y comparativo del fenómeno alcoholismo.

DELIMITACION ESPACIAL:

Para efectuar este estudio, se eligió la Unidad de Medi-

cina Familiar No. 20 del I.M.S.S. por sus características mismas. Esta unidad médica, considerada de primer nivel de atención, es por lo tanto una unidad médica, capaz de atender el 85% de la demanda total que recibe el Instituto, que atiende familias que se adscriben a la unidad más cercana a sus domicilios y que cuenta con un territorio de influencia bien delimitado. La atención la otorgan médicos familiares que son apoyados por personal paramédico y auxiliar. Dentro de esta unidad, se realizan actividades de promoción de la salud, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno en pacientes ambulatorios, tanto a nivel consultorio como domiciliario (19).

La Unidad de Medicina Familiar 20, cuenta hasta el mes de Octubre de 1984 con un total de 211,496 personas adscritas a ella; de éstas, 178,512 personas están realmente adscritas a un Médico Familiar (o sea que son demandantes reales de consulta) con lo cual se tiene un 84.40% de personas adscritas a médico familiar, en relación con el total de derechohabientes asignados a la Unidad⁺.

En cuanto al personal de atención, la U.M.F. No. 20 cuenta con un total de 86 médicos familiares que tienen población adscrita a su cargo y que laboran divididos en 2 turnos (AC y BD) mixtos de 43 médicos cada uno. Para fines de distribución

⁺ Estos datos se obtuvieron de la Jefatura de Prestaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 20.

de la población derechohabiente, los médicos familiares se encuentran distribuidos en 4 módulos de la siguiente manera:

NODULO	NUMERO DE MEDICOS	NUMERO DE DERECHOHABIENTES.	NUMERO DE CONSULTORIOS.
1	11	26 492	11
2	21	46 106	21
3	27	53 030	27
4	27	52 884	27
T O T A L	86	178 512	86

La población adscrita y demandante a consulta en la U.M. F. No. 20 procede de estratos socioeconómicos que varían del medio al bajo. Predomina en porcentaje considerable, la población del nivel más bajo y medio/bajo la cual está representada básicamente por las colonias que conforman el denominado barrio de Cuauhtepec. Acuden a atención médica, tanto los mismos trabajadores (asegurados) que representan el grueso de la población económicamente activa; como los familiares de ellos (beneficiarios) de los que destacan esposas e hijos y que incluyen también a otros como los padres de los asegurados y concubinas.

UNIDADES DE ANALISIS:

En el adecuado registro clínico del alcoholismo como enfermedad (que es el punto central del problema) participan 2 elementos fundamentalmente. El primero es el derechohabiente-adulto que es el sujeto de los factores de predisposición al alcoholismo y el potencialmente portador de la enfermedad al momento de demandar consulta (cualquiera que sea la demanda a parente).

Para establecer correctamente a quien se consideró como derechohabiente adulto, se deben precisar las siguientes consideraciones: De los 178,512 derechohabientes adscritas a la U.M.F. No. 20, existen 107,279 considerados adultos (66,250 asegurados y 41,020 beneficiarios) y 71,233 beneficiarios menores. Esta subdivisión se basa en la clasificación por grupo de edad utilizada en la captación de datos de la Oficina de Epidemiología de la propia unidad. Esta clasificación se constituye de la siguiente forma:

GRUPOS GENERICOS:		
	Menores	Adultos
SUBGRUPOS POR EDAD:	Menores de 1 año	15 a 44 años
	1 a 4 años	45 a 64 años
	5 a 14 años	65 y más años

El segundo elemento en la creación de registros clínicos de enfermedad, es el mismo médico familiar, quien se encarga de elaborar diagnósticos clínicos basados en sus hallazgos de interrogatorio, exploración física y métodos auxiliares. Estos diagnósticos, son finalmente, los elementos utilizados para integrar datos estadísticos (tasas, censos, etc) que otorgan una visión integral del diagnóstico epidemiológico de la población involucrada. Los diagnósticos clínicos son captados y transmitidos al departamento de epidemiología, a través de formas de registro clínico específicas utilizadas por el Instituto y conocidas como forma 4-30-6.

MATERIAL Y METODOS:

Para la determinación de la prevalencia de alcoholismo entre la población de ascendente de la U.M.F. No. 20, se contó por la utilización de un cuestionario que fuera fácilmente aplicable entre la población objetivo (considerando sus carac-

terísticas socioculturales) y que otorgará cierta confiabilidad en cuanto a sus resultados, dado que al catalogar un individuo como alcohólico, tiene necesariamente el riesgo de catalogar como tal a el individuo bebedor "social" u "ocasional". Para este fin se utilizó el llamado cuestionario CUAAL (anexo).

El cuestionario CUAAL, es una adaptación de que del test SAASST, efectuaron y aplicaron en una población hospitalaria de México, De la Fuente y colaboradores en un largo comprendido de Septiembre de 1980 a Enero de 1981 (3). Sobre su experiencia los autores concluyen que el test CUAAL (Cuestionario Autoadministrable de Alcoholismo), es: "...un instrumento que permite detectar con fiabilidad a un número importante de alcohólicos que de otra manera podrían pasar desapercibidos". Ellos basan su consideración en los siguientes puntos:

1.- "Es aparente que una confrontación no directa del alcohólico con su problema, mediante un instrumento como el CUAAL, permite que éste admita tener ciertos síntomas de alcoholismo aún cuando no reconozca tener la enfermedad".

2.- "Es también frecuente que el médico no especializado en éstos problemas, no sepa que preguntas hacer al respecto, ni cómo hacerlas".

3.- "La bondad del instrumento se sustenta no solamente en la confianza diagnóstica que demostró en la población estudiada, ..., sino también la poca resistencia que indujo en los pacientes a quienes se les pidió contestar".

4.- "La función diagnóstica del CUAAL se evaluó calculando su sensibilidad (95%), especificidad (96%) y confianza diagnóstica (97%) de acuerdo a lo establecido por Vecchio, Galen y Gambino".⁺

5.- "...aún cuando el CUAAL es una versión modificada del SAAST, y este se aplicó a una población con características diferentes, las puntuaciones obtenidas en ambos grupos - tanto pacientes como controles, son similares en cuanto a rangos y promedios".

6.- "Los resultados obtenidos en este estudio en relación a la prevalencia de alcoholismo en hospitales generales son consistentes con los reportados por otros autores...".

7.- "Si bien los resultados de este estudio deben considerarse como preliminares hasta que se aplique a una población mayor y otros escenarios, si es válido concluir, a la luz de nuestros datos, que el instrumento permite detectar con confianza a un número importante de alcohólicos, que de otra manera podrían pasar desapercibidos".

El Test CUAAL, consta de 34 preguntas sencillas (anexos) que sólo tienen 2 opciones de respuesta: SI o NO; se puede aplicar en forma impresa o a manera de entrevista indistinta-

⁺La sensibilidad se refiere a la promoción de positivos-positivos, esto es, la promoción CDA + (Criterios Diagnósticos de Alcoholismo según el Consejo Nacional de Alcoholismo de E.U.) que fueron CUAAL⁺. La especificidad se refiere a la promoción de negativos-negativos, o sea CDA - que fueron CUAAL -; y la confianza diagnóstica se refiere a la promoción de CUAAL⁺ que correspondieron a sujetos CDA⁺. De la Puente. Detección precoz de alcoholismo en una población hospitalaria. Rev. Invest. Clín. México, 1932, pp-2-3.

mente a ambos sexos. Se considera un punto a favor de alcoholismo la respuesta NO a las preguntas 5, 7 y 8 y SI a cualquiera de las otras 31 preguntas. En cuanto a la estandarización para catalogar alcohólicos a los encuestados, se marcan los siguientes 3 criterios:

a) Con puntuación menor de 8 se considera sujeto definitivamente NO alcohólico.

b) Puntuación entre 8 y 10 se considera potencialmente alcohólico o posible alcohólico.

c) Una puntuación mayor de 10 habla de un sujeto definitivamente SI alcohólico.

Para la captación de los casos de alcoholismo registrados como tales durante el periodo de estudio en la F-4-30-6, durante el periodo de estudio, así como las tasas conocidas de alcoholismo en la U.M.F. No. 20, se recurrió directamente a la Oficina de estadística del Departamento de Epidemiología de la Unidad.

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION:

Durante el mes de Agosto de 1984, se aplicó el test - - CUAAL entre la población adulta demandante o consulte a la - U.M.F. No. 20 arbitrariamente entre mujeres y hombres, con - la sola condición de aceptar voluntariamente a responder en cuestionario y siempre que los encuestados hayan en algún momento de su vida (no importando cuando) ingerido alguna bebida alcohólica (sin importar cantidad). Fue requisito previo al llenado del cuestionario, investigar en forma verbal si -

el entrevistado no era portador de complicaciones definitivas derivadas del alcoholismo crónico (ej. Cirrosis Hepática) lo cual fue causa de exclusión previa a la encuesta, ya que el test está diseñado para captar alcohólicos en fases tempranas, o sea cuando aún no hay secuelas serias por la ingestión de alcohol, ya que la detección del test es con fines meramente preventivos de estos estados.

Los test fueron aplicados personalmente durante el transcurso de ambos turnos (AC-BD) en los días hábiles del mes de Agosto. Para fines de análisis descriptivo, se agregaron al Test original los incisos sexo (con 2 opciones posibles) y edad (espacio para indicar libremente el número de años) que no estaban incluidos en la forma original. No se efectuó prueba piloto dado que se trabajó con un cuestionario cuya operabilidad fué ampliamente comprobada por sus diseñadores (5).

Originalmente se estableció un límite de 1,300 encuestas en el mes referido, ya que se estableció el promedio mensual de consultas otorgadas a la población adulta adscrita (independientemente de sexo y calidad de derechohabiente) y el cual resultó cercano a las 13 000 consultas promedio/mes, de acuerdo a los siguientes datos⁺.

⁺Datos obtenidos en la Jefatura de Prestaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 I.M.S.S.

PROMEDIOS DE CONSULTAS MENSUALES OTORGADAS EN LA U.M.F. No.20
EN LOS MESES DE ENERO A JULIO 1964.

MES	TOTAL CONSULTAS	CONS. ADULTOS	CONS. MENORES
Enero	34,059 (100%)	11,581 (34%)	22,478 (66%)
Febrero	33,785 "	13,177 (39%)	20,608 (61%)
Marzo	36,446 "	11,298 (31%)	25,148 (69%)
Abril	31,221 "	9,054 (29%)	22,167 (71%)
Mayo	33,447 "	12,375 (37%)	21,071 (63%)
Junio	34,886 "	14,652 (42%)	20,234 (58%)
Julio	36,081 "	13,711 (38%)	22,370 (62%)
TOTAL	239,925 (100%)	85,848 (36%)	154,077 (64%)
PROMEDIO MENSUAL	34,275	<u>12,264</u>	22,011

Por lo anterior, se consideró conveniente una muestra del 10% del promedio consultas/mes; por lo cual se decidió un límite de 1,300 encuestas a realizar.

PROCEDIMIENTOS DE ELABORACION:

Una vez efectuadas las encuestas durante el mes de Agosto se procedió a eliminar aquellas incompletas (que no fueron contestadas todas las preguntas) y aquellas en las cuales se marcaron las dos respuestas posibles (sí y no) para una sola pregunta. Con esta depuración se buscó trabajar sólo con los cuestionarios, que al ser llenados correctamente proporcionan mayor confianza en cuanto al parámetro que proporcionan.

Por otra parte, se procedió a recabar información en la oficina de estadística de Epidemiología de la U.M.F. No. 20, acerca de los casos de alcoholismo (detectados por primera vez y los subsiguientes) reportados por los Médicos Familiares

a través de las formas de reporte de consulta diaria (F-A-30-6). Además se recabó información de los casos reportados durante el mes en que se efectuó la encuesta durante los meses transcurridos en el año actual (1934) y en los 3 años posteriores (anual). Toda esta información con el fin de efectuar primero un análisis descriptivo por separado (encuesta y datos existentes epidemiológicos) de las incidencias y prevalencias de alcoholismo encontradas; y posteriormente un análisis comparativo entre ambas fuentes y determinar así el grado de aproximación o variación existente entre ellas.

Finalmente, del mismo departamento de codificación y estadística de la U.M.F. No. 20, se recabó información sobre la prevalencia de las 2 principales enfermedades que afectan también a la población adulta (Hipertensión arterial y Diabetes mellitus) al igual que el propio alcoholismo, pero que, estas últimas, sí presentan cifras más cercanas a la real prevalencia, ya que existen campañas permanentes de detección y control de las mismas. Esto último, se efectuó con la finalidad de hacer una comparación de los resultados que se tienen gracias a la difusión e importancia que se da a esas entidades nosológicas, y los resultados que en cuestión de epidemiología se tienen sobre enfermedades a las que no se les da importancia acorde a su trascendencia como es el caso del Alcoholismo.

De la elaboración y recolección de los datos referidos, se obtuvieron los resultados que a continuación se exponen.

PRESENTACION DE RESULTADOS:

De los procedimientos referidos, se obtuvieron dos gran des grupos de datos: los proporcionados por el Departamento de Codificación y Estadística de la U.M.F. No. 20, y por - otra parte los obtenidos directamente de las encuestas realizadas. Los resultados se presentan por separado para su - mayor objetividad, y posteriormente se confrontan.

DATOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA U.M.F. No. 20

En cuanto a la prevalencia de alcoholismo, se obtuvie- ron de los años 1981, 82 y 83, de años anteriores no existen antecedentes en el departamento respectivo. De los años refe- ridos, se conocen 29, 24 y 20 casos de alcoholismo cuyas dis tribuciones por grupos de edad y sexo se presentan adelante (Vid. infra. cuadros No. 1 y 2). También se investigaron las cifras de alcohólicos registrados durante el presente año - (1984) lo cual mostró un total de 20 casos hasta el mes de - Octubre; de ellos se obtuvo su distribución en grupos de e- dad y sexo (Vid. infra. cuadro No. 3) y además su presenta- ción como casos de primera vez y subsecuentes (vid. infra. - cuadro No. 4).

Con respecto a las cifras de Hipertensión Arterial y -- Diabetes Mellitus, también se obtuvieron datos referentes a su distribución como casos de primera vez y subsecuentes du- rante los 3 años previos (vid. infra. cuadros No. 5 y 6) y - del presente año, mensualmente hasta Octubre (Vid. infra.cua

ños No. 7 y 8).

Una integración de los casos registrados por primera vez, de Diabetes, Hipertensión con los casos totales de alcoholismo tanto anual, como mensual hasta Octubre del presente año, es mostrada más adelante (vid. infra. cuadros No. 9 y 10). Cabe señalar que en los meses investigados, se incluyeron datos del mes de Agosto, el cual es especialmente de interés dado que durante el mismo se aplicó el test CHAAL en la Unidad de Medicina Familiar No. 20.

CUADRO No. 1

CASOS DE ALCOHOLISMO CONOCIDOS EN LA U.M.F. No. 20 POR AÑO Y GRUPOS DE EDAD.

GRUPOS DE EDAD	A Ñ O S		
	1981	1982	1983
15-44	20 (69%)	13 (54%)	8 (38%)
45-64	9 (31%)	11 (46%)	12 (57%)
65 y más			
TOTAL	29 (100%)	24 (100%)	20 (100%)

CUADRO No. 2

CASOS ANUALES DE ALCOHOLISMO CONOCIDOS EN LA U.M.F. No. 20 POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

GRUPOS DE EDAD	1981		1982		1983		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F
15-44	20		13		8		41	
45-64	8	1	9	2	11	1	28	4
65 y más								
TOTAL	28	1	22	2	19	1	69	4

GRAFICO No. 1

CASOS ANUALES DE ALCOHOLISMO POR EDAD U.M.F. No. 20

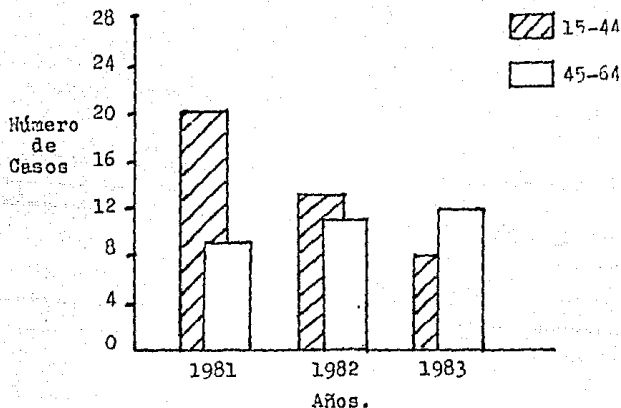
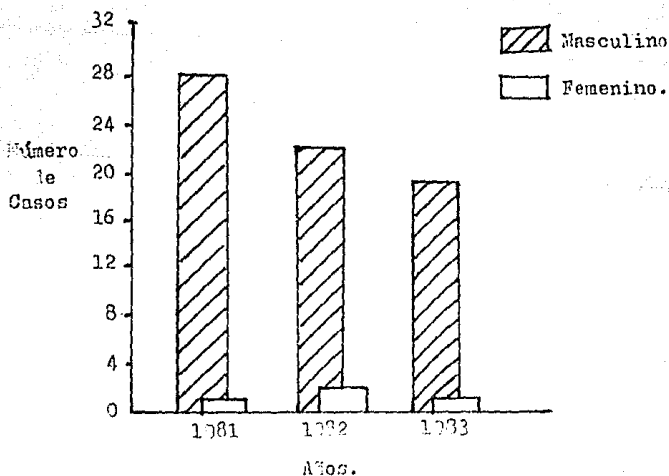


GRAFICO No. 2

CASOS ANUALES DE ALCOHOLISMO POR SEXO U.M.F. No. 20



CUADRO No. 3

CASOS DE ALCOHOLISMO CONOCIDOS EN LA U.M.F. No. 20 DURANTE
1984 POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

MESES	15-44		45-64		65 y Más		TOTALES	
	M	F	M	F	M	F	M	F AMBOS
ENERO	1		1				2	2
FEBRERO	1		1	1			2	1 3
MARZO								
ABRIL	1		2				3	3
MAYO								
JUNIO			1				1	1
JULIO	2		4				6	6
AGOSTO		1	2				2	1 3
SEPTIEMBRE	1						1	1
OCTUBRE	1						1	1
TOTAL	7	1	11	1			18	2 20

CUADRO No. 4

CASOS DE ALCOHOLISMO CONOCIDOS POR PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES
EN LA U.M.F. No. 20 1984.

MESES	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTES	TOTALES
ENERO	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
FEBRERO	1 (33%)	2 (67%)	3 "
MARZO			
ABRIL	1 (33%)	2 (67%)	3 "
MAYO			
JUNIO	1 (100%)		1 "
JULIO	4 (80%)	2 (20%)	2 "
AGOSTO	2 (67%)	1 (33%)	1 "
SEPTIEMBRE	1 (100%)		1 "
OCTUBRE	1 (100%)		1 "
TOTAL	12 (60%)	8 (40%)	20 (100%)

GRAFICO No. 3

CASOS DE ALCOHOLISMO EN LA U.M.F. No. 20, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE ENERO A OCTUBRE DE 1984.

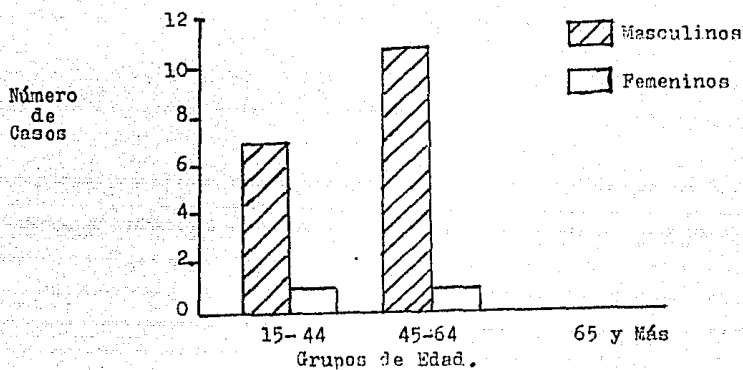
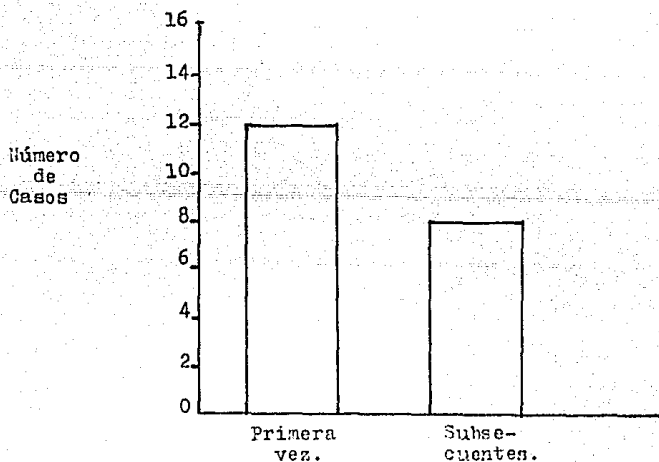


GRAFICO No. 4

CASOS DE ALCOHOLISMO EN LA U.M.F. No. 20 POR PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES DE ENERO A OCTUBRE 1984.-



CUADRO No. 5

CASOS ANUALES DE HIPERTENSION ARTERIAL CONOCIDOS EN LA U.M.P.
No. 20

AÑO	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTES	TOTALES
1981	1751 (27%)	4658 (73%)	6409 (100%)
1982	2116 (28%)	5398 (72%)	7514 "
1983	2863 (28%)	7349 (72%)	10212 "
1984 ⁺	2711 (24%)	8514 (76%)	11225 "
TOTALES	9441 (27%)	25919 (73%)	35360 (100%)

⁺Sólo hasta Octubre.

CUADRO No. 6

CASOS ANUALES DE DIABETES MELLITUS CONOCIDOS EN LA U.M.P.
No. 20

AÑO	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTES	TOTALES
1981	1656 (19%)	7065 (81%)	8721 (100%)
1982	1609 (18%)	7539 (82%)	9148 "
1983	1886 (17%)	9170 (83%)	11056 "
1984 ⁺	1637 (16%)	9099 (84%)	10736 "
TOTALES	6788 (17%)	32873 (83%)	39661 (100%)

⁺Sólo hasta Octubre.

CUADRO No. 7

CASOS DE DIABETES MELLITUS CONOCIDOS POR PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES EN LA U.M.F. No. 20 DURANTE 1984.

MESES	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTES	TOTALES
ENERO	176 (19%)	740 (81%)	916 (100%)
FEBRERO	185 (20%)	765 (80%)	950 "
MARZO	150 (15%)	874 (85%)	1024 "
ABRIL	183 (18%)	813 (82%)	996 "
MAYO	183 (18%)	862 (82%)	1045 "
JUNIO	135 (13%)	914 (87%)	1049 "
JULIO	176 (16%)	941 (84%)	1117 "
AGOSTO	156 (13%)	1066 (87%)	1222 "
SEPTIEMBRE	132 (12%)	955 (88%)	1087 "
OCTUBRE	161 (12%)	1169 (88%)	1330 "
TOTALES	1637 (15%)	9099 (85%)	10736 (100%)

CUADRO No. 8

CASOS DE HIPERTENSION ARTERIAL CONOCIDOS POR PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES EN LA U.M.F. No. 20 DURANTE 1984.

MESES	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTES	TOTALES
ENERO	278 (27%)	735 (73%)	1013 (100%)
FEBRERO	360 (32%)	752 (68%)	1112 "
MARZO	257 (24%)	802 (76%)	1059 "
ABRIL	286 (26%)	795 (74%)	1081 "
MAYO	239 (22%)	827 (78%)	1066 "
JUNIO	265 (22%)	921 (78%)	1186 "
JULIO	277 (25%)	848 (75%)	1125 "
AGOSTO	269 (23%)	909 (77%)	1178 "
SEPTIEMBRE	232 (22%)	833 (78%)	1065 "
OCTUBRE	248 (19%)	1092 (81%)	1340 "
TOTALES	2711 (24%)	8514 (76%)	11225 (100%)

CUADRO No. 9

CASOS DE DIABETES, HIPERTENSION Y ALCOHOLISMO REGISTRADO ANUALMENTE EN LA U.M.F. No. 20

AÑOS	DIABETES Casos %	HIPERTENSION Casos %	ALCOHOLISMO Casos %	TOTAL
1981	1656 (48.19)	1751 (50.37)	29 (0.84)	3436 100%
1982	1609 (42.92)	2116 (56.44)	24 (0.64)	3749 "
1983	1886 (39.54)	2863 (60.02)	21 (0.44)	4770 "
1984 ⁺	1637 (37.48)	2711 (62.06)	20 (0.46)	4368 "
TOTAL	6788 (41.58)	9441 (57.84)	95 (0.58)	16323 100%

⁺Sólo hasta Octubre.

CUADRO No. 10

CASOS DE DIABETES, HIPERTENSION Y ALCOHOLISMO REGISTRADOS POR PRIMERA VEZ EN LA U.M.F. No. 20, DURANTE 1984.

MESES	DIABETES Casos %	HIPERTENSION Casos %	ALCOHOLISMO Casos %	TOTAL
ENERO	176 (38.68)	278 (61.09)	1 (0.22)	455 100%
FEBRERO	185 (33.88)	360 (65.93)	1 (0.19)	546 "
MARZO	150 (30.85)	257 (63.15)		407 "
ABRIL	183 (38.94)	286 (60.58)	1 (0.21)	470 "
MAYO	183 (40.85)	265 (59.15)		448 "
JUNIO	135 (32.69)	277 (67.07)	1 (0.24)	413 "
JULIO	176 (39.19)	269 (59.92)	4 (0.89)	449 "
AGOSTO	156 (40.00)	232 (59.43)	2 (0.52)	390 "
SEPT.	132 (34.54)	243 (65.09)	1 (0.27)	381 "
OCTUBRE	161 (37.37)	271 (62.58)	1 (0.24)	433 "
TOTAL	1637 (37.37)	2743 (62.45)	12 (0.28)	4392 100%

GRAFICO No. 5

CASOS ANUALES DE HIPERTENSION, DIABETES Y ALCOHOLISMO EN
LA U.M.F. No. 20 (1981 a Octubre 1984)

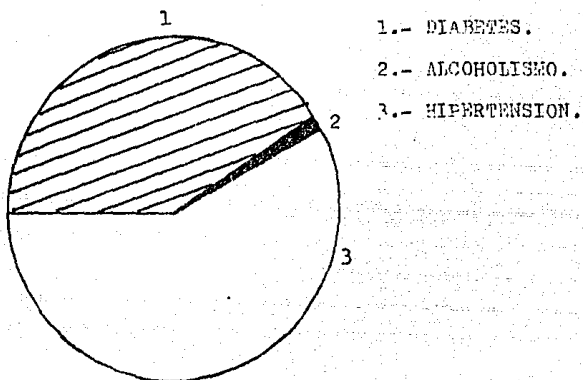
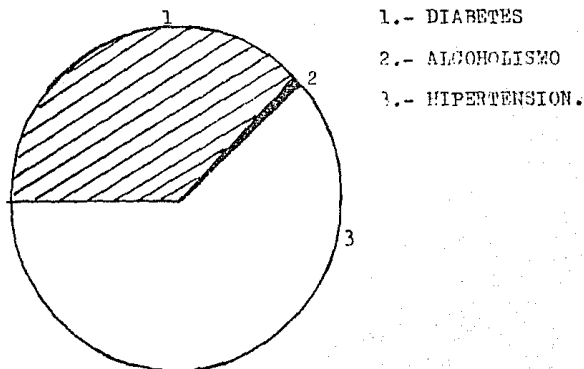


GRAFICO No. 6

CASOS DE PRIMERA VEZ REGISTRADOS EN LA U.M.F. No. 20, DE
DIABETES, HIPERTENSION Y ALCOHOLISMO ENERO A OCT. 1984.-



DATOS OBTENIDOS MEDIANTE LA APLICACION DEL TEST CUAAL.

Durante el mes de Agosto, de acuerdo a lo programado en el procedimiento de trabajo, se realizaron 1,306 encuestas - entre la población adulta demandante de consulta en la U.M.F. No. 20. De estas encuestas, 1,282 fueron resueltas totalmente por escrito por parte de los pacientes y 24 de ellas requirieron una asesoría directa por parte del entrevistador; ya fuera porque el entrevistado deseaba resolver el cuestionario pero no sabía leer (entrevista oral) y por otra parte en ocasiones alguna o algunas de las preguntas eran de difícil significado o existía dificultad para definir una respuesta concreta por parte del paciente.

De los 1,306 test obtenidos, se debieron anular finalmente 16, dado que tenían omisiones en algunas respuestas o bien se habían marcado al mismo tiempo las dos alternativas de respuesta (SI y NO) para una sola pregunta. Esto dió como resultado que finalmente sólo se tomaran para fines de éste estudio 1,290 de los test aplicados entre la población.

La distribución por grupos etarios y sexo de las personas encuestadas, se efectuó con los mismos criterios de agrupación que utiliza el Departamento de Estadística de la U.M.F. No. 20 y los resultados son evidentes en el cuadro respectivo (vid. infra. cuadro No. 11). Así mismo, la puntuación obtenida se clasificó de acuerdo a los parámetros referidos por De la Fuente y cols. durante el estudio original en que se diseñó y aplicó el test CUAAL (5). De esta forma, al cali-

ficar los cuestionarios, se obtuvieron 3 grupos cuyos muestreos ligados a la distribución por edades y sexo se muestra a delante (vid. infra. cuadro No. 12).

Cabe señalar con respecto a la aplicación de los tests, que estos en general, fueron bien aceptados por la población adulta de sexo masculino encuestada; y que el bajo porcentaje de adultos femeninos encuestados, estuvo determinado por una fuerte resistencia a responder a las preguntas ya que al mencionar tan sólo que el cuestionario interrogaba sobre hábitos de ingestas de bebidas alcohólicas, existía una negativa rotunda sobre este tipo de conducta por este grupo de personas. Al ser negada la ingesta de bebidas alcohólicas desde la primera pregunta, se omitía automáticamente la posibilidad de efectuar la entrevista y por tanto de incluir a la persona en el grupo de estudios; obedeciendo así a los critérios de inclusión marcados para el trabajo.

Finalmente, se debe señalar que el no existir ninguna persona encuestada en el grupo de edad de más de 65 años; estuvo también determinado por una fuerte negativa de estas personas, para responder al cuestionario, sobresaliendo el argumento de la no ingesta de bebidas alcohólicas.

CONFRONTACION DE RESULTADOS:

La revisión de los casos de alcoholismo registrados durante los años de 1981 a 1983 en el Departamento de Estadística

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE LOS TESTES CUAAAL APLICADOS A DERECHOHABIENTES ADULTOS EN LA U.M.F. No. 20 EN AGOSTO DE 1984.-

GRUPOS DE EDAD.	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
15-44	1018	(91.80%)	91	(8.20%)	1109	(100%)
45-64	151	(83.42%)	30	(16.58%)	181	"
65 y Más						
TOTAL	1160	(90.62%)	121	(9.38)	1290	(100%)

CUADRO No. 12

PUNTUACION OBTENIDA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN 1,290 TESTES APLICADOS EN LA U.M.F. No. 20 DURANTE AGOSTO DE 1984.-

PUNTUACION	GRUPOS DE EDAD								
	15-44		45-64		65 y +		TOTAL		
	M	F	M	F	M	F	M	F AMBOS	
1 a 7	549	50	106	29			655	79	734
8 a 10	254	17	30				284	17	301
Más de 11	215	24	15	1			230	25	255
TOTAL	1018	91	151	30			1169	121	1290

CUADRO No. 13

GRUPOS GLOBALES OBTENIDOS DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE PUNTUACION DEL TEST CUAAAL APLICADO A 1,290 ADULTOS DE LA U.M.F. No. 20

GRUPO	ADULTOS ENCUESTADOS		
	Masculinos	Femeninos	Totales
No Alcohólicos	655	79	734 (56.9%)
Prealcohólicos	234	17	301 (23.3%)
Alcohólicos	230	25	255 (19.8%)
TOTALES	1169	121	1290 (100%)

GRAFICO No. 7

NUMERO DE TEST CUAAL APLICADOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
EN AGOSTO DE 1984. U.M.F. No. 20

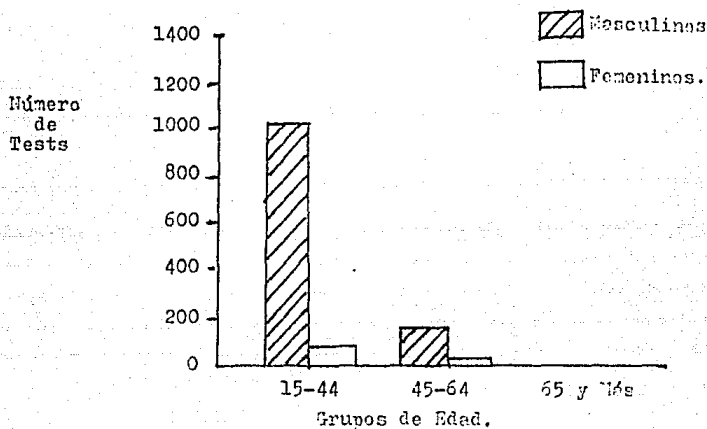
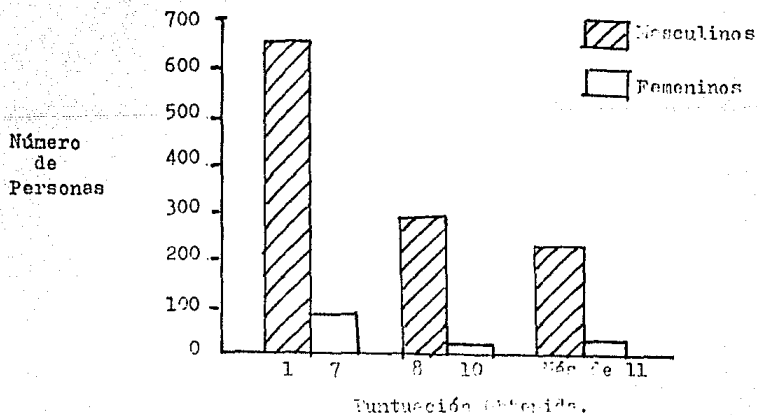


GRAFICO No. 8

PUNTUACION OBTENIDA DE ACUERDO A SEXO MEDIANTE EL TEST CUAAL
APLICADO EN AGOSTO 1984.
U.M.F. No. 20



tica de la U.M.P. No. 20, indica sólo 73 casos, que contrastan notablemente con poco más de 25,000 casos de hipertensión y cerca de 40,000 casos de diabéticos en los mismos lapsos de tiempo. La revisión de los datos del presente, muestra resultados similares: hasta el mes de Octubre, sólo se tenían captados 20 casos de alcoholismo, mientras de hipertensos son poco más de 11,000 y diabéticos más de 10,000.

Por otra parte, considerando sólo los casos captados como primera vez (incidencia), tanto de alcohólicos, como hipertensos y diabéticos, durante Enero a Octubre de 1984; se tienen un total de 4,392 casos, de los cuales el 37.37% son diabéticos, el 62.44% hipertensos y los alcohólicos no llegan siquiera al 0.5% (vid. supra. cuadro No. 10). De igual forma, toman de los casos totales de éstos 3 nacimientos (prevalencia) registrados desde Enero de 1981 hasta Octubre de 1984, se tiene una cifra total de 16,323 casos; de éstos, el 41.58% corresponden a diabéticos, un 57.84% a hipertensos y sólo el 0.58% a alcohólicos (vid. supra. cuadro No. 9).

Los resultados obtenidos mediante el test CUAAL, durante un mes de trabajo, indican que de un total de 1,290 personas encuestadas, un 19.8% tuvieron puntuación mayor de 10 o sea alcohólicos. Con puntuación entre 8 y 10 (prealcohólicos) fueron un 23.3%; y el 56.9% obtuvieron puntaje que los definió como no alcohólicos de acuerdo al test (vid. supra. cuadro No. 13). En cuanto a la distribución por grupos de edad

y sexo de alcohólicos detectados mediante el test CUAAL, se obtuvo un predominio notorio en masculinos y en el grupo de 15-44 años (vid. supra. cuadros No. 12 y 13). Comparando éstos datos con los obtenidos en la U.M.F. No. 20, se pueden observar presentaciones similares en cuanto a sexo (vid. infra. cuadro No. 14), con un predominio notable de hombres sobre mujeres de 9:1 aproximadamente. También la presentación de alcoholismo en grupos de edad, registrada en la U.M.F.No. 20, coincide con la determinada mediante el test CUAAL; es decir, con predominio notorio en el grupo de 15-44 años, aun que durante el presente año y hasta Octubre, se tenía un número mayor de alcohólicos en el grupo de 45-64 años de vida, (vid. infra. cuadro No. 15).

Es de resaltarse, que durante casi 4 años de captación de causas de consulta en la U.M.F. No. 20, sólo existen 94 casos de alcoholismo tanto subsecuentes como de primera vez. Por otra parte, durante sólo un mes de trabajo en que se aplicaron las encuestas del test CUAAL, se detectaron 255 casos de alcoholismo, mientras que durante el mismo mes, de 12,122 consultas otorgadas en la U.M.F. No. 20, sólo se registraron 3 casos de alcoholismo (vid. infra. cuadro No.16).

Finalmente, se presentan resultados obtenidos por otros estudios de diversas partes del mundo y de México, encaminados a la detección de alcohólicos. En ellos, se puede observar que los datos obtenidos por el test CUAAL, son cercanos (incluso ligeramente inferiores) en funciones de porcentajes globales y por sexo (vid. infra. cuadro No. 17). Esto último

CUADRO No. 14

DISTRIBUCION POR SEXO, DE ALCOHOLICOS DETECTADOS EN LA U.M.F. No. 20, Y LOS DETECTADOS MEDIANTE EL TEST CUAAL.

	MASCULINOS	FEMENINOS	TOTALES
U.M.F. No. 20:			
ANUAL (1981-83)	69 (94%)	4 (5%)	73 (100%)
MENSUAL (ENERO A OCT./1984).	18 (90%)	2 (10%)	20 (100%)
TEST CUAAL (Agosto'84)	230 (90%)	25 (10%)	255 (100%)

CUADRO No. 15

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD, DE ALCOHOLICOS DETECTADOS - EN LA U.M.F. No. 20 Y LOS DETECTADOS MEDIANTE EL TEST CUAAL.

	15-44	45-64	65 y +	TOTAL
U.M.F. No. 20:				
ANUAL (1981-83)	41 (56%)	32 (44%)		73 100%
MENSUAL (ENERO A OCT.'84)	8 (40%)	12 (60%)		20 100%
TEST CUAAL (Agosto'84)	239 (95%)	16 (6%)		255 100%

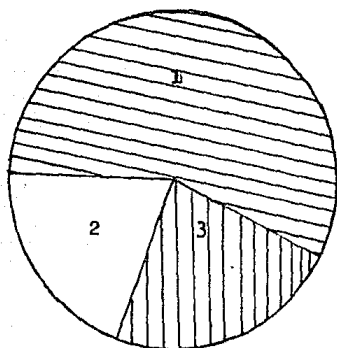
CUADRO No. 16

CASOS TOTALES DE ALCOHOLISMO DETECTADOS DURANTE AGOSTO DE - 1984, EN LA U.M.F. No. 20

	No. Casos	Porcentaje
REGISTROS DE CONSULTA MF.	3	1.17%
TEST CUAAL	255	98.83%
TOTALES	258	100%

GRAFICO No. 9

GRUPOS GLOBALES OBTENIDOS DE ACUERDO AL TEST CUAAL EN 1290
ADULTOS ENCUESTADOS DURANTE AGOSTO '84.
U.M.F. No. 20



- 1.- NO ALCOHOLICOS.
2.- ALCOHOLICOS.
3.- PREALCOHOLICOS.

GRAFICO No. 10

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD, DE ALCOHOLISMO DETECTADOS MEDIANTE EL TEST CUAAL EN LA U.M.F. No. 20. AGOSTO DE 1984.-

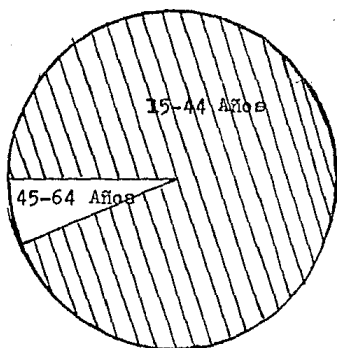


GRAFICO No. 11

DISTRIBUCION POR SEXO, DE ALCOHOLICOS DETECTADOS MEDIANTE
EL TEST CUAAL EN U.M.F. No. 20
AGOSTO 1984.

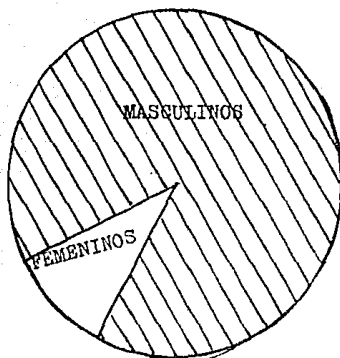
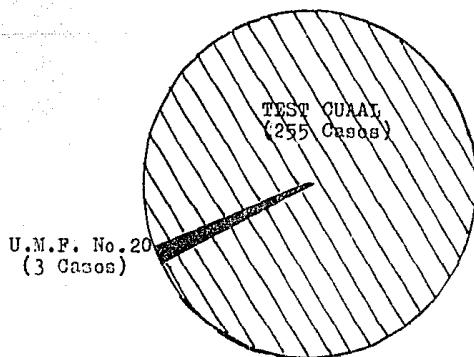


GRAFICO No. 12

ALCOHOLICOS DETECTADOS MEDIANTE EL TEST CUAAL Y LOS REGIS
TRADOS EN CONSULTA DE LA U.M.F. No. 20
DURANTE AGOSTO DE 1984



CUADRO No. 17

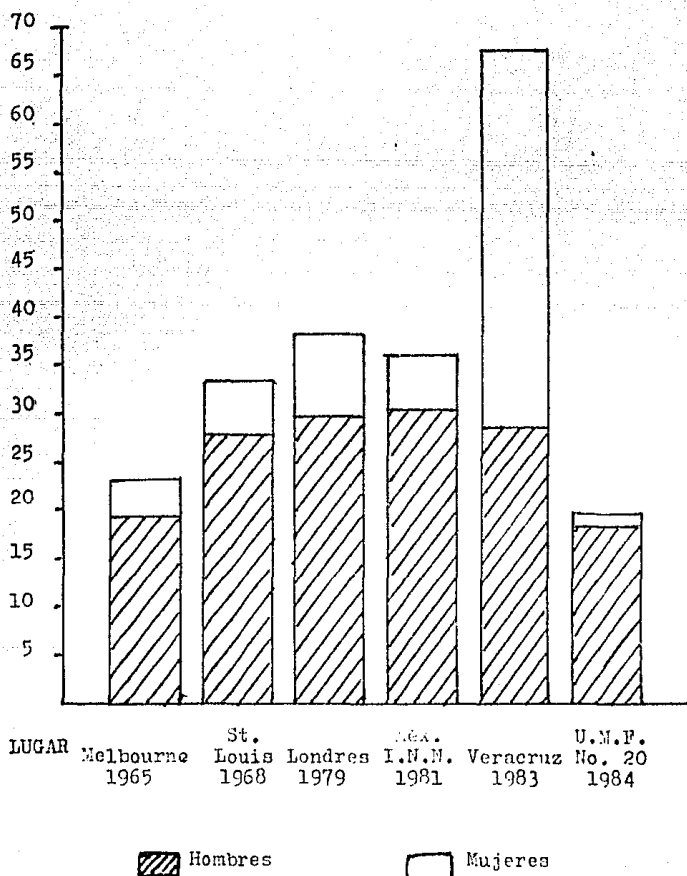
PORCENTAJES DE ALCOHOLISMO DETECTADOS EN DIVERSOS ESTUDIOS Y
 LOS DETECTADOS EN LA U.M.F. No. 20 EN AGOSTO DE 1984, MEDIAN
 TE EL TEST CUAAL.

AÑO	LUGAR	SUJETOS ESTUDIADOS	ALCOHOLICOS HOMBRES	DETECTADOS MUJERES	TOTAL
1965	Melbourne	845	19%	3.7%	22.7%
1968	St. Louis	392	27%	6.0%	33.0%
1979	Londres	303	29%	8.5%	27.5%
1981	I.N.N.México	150	30%	5.2%	35.2%
1983	Veracruz, Ver.	133	28%	39.0%	67.0%
1984	U.M.F.No. 20 Méx. TEST CUAAL	1290	18%	1.8%	19.8%

GRAFICO No. 13

PORCENTAJES DE ALCOHOLICOS DETECTADOS EN DIVERSOS ESTUDIOS DE ACUERDO AL SEXO.

PORCENTAJES.



apoya la aproximación de las cifras emitidas por el test --
CUAAL, a los índices generalmente aceptados para la pobla-
ción general en función de prevalencia del alcoholismo; así
mismo, acentúa la enorme diferencia de las cifras manejadas-
en la U.M.F. No. 20 con las calculadas como reales para otras
partes del mundo y de nuestro país.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

La interpretación principal del presente estudio, está orientada a conocer en que medida los registros del alcoholismo existentes en la U.M.F. No. 20, se aproximan a los realmente existentes entre la población general. Para ello, se ha efectuado una determinación de la prevalencia del alcoholismo en la población objetivo, mediante un test confiable.

Los resultados ponen en evidencia una deficiente contación de casos de alcohólicos entre la población demandante a consulta médica, por parte del equipo de salud, encargado de elaborar la materia prima para las estadísticas de morbilidad es decir, los diagnósticos.

El estado de salud de una población no puede medirse si no se conoce la frecuencia global de las enfermedades, las estadísticas de morbilidad dan la expresión de esa frecuencia. En el caso concreto del alcoholismo, existe en definitiva un subregistro de la enfermedad en la Unidad Médica que se ha estudiado. Este subregistro, origina que la tasa de alcoholismo calculada para los derechohabientes de la U.M.F. No. 20 en base a las estadísticas que se tienen, sea tan mínima, que el padecimiento no tiene ninguna trascendencia epidemiológica. Es decir, basados en los datos que existen en la U.M.F. No.20, se induce en forma directa, que el alcoholismo no es padecimiento que deba tomarse en consideración para la elaboración de programas de detección, prevención o control de mismo: ya que su prevalencia es tan pobre que en función de prioridades

deben destinarse recursos a otros problemas mayores, tal y como se hace con la Hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus.

Por desgracia, nuestros resultados muestran una situación contraria. Tomando en cuenta que la prevalencia de alcoholismo que se ha determinado mediante el test CUAAL, tal vez no pueda ser traspolable a la población adscrita a la U.M.F. No. 20, por no ser una muestra representativa en cuanto a factores sociales, económicos, culturales, etc.; si es posible afirmar que el alcoholismo afecta a la población sujeta al riesgo, en un porcentaje mucho mayor al calculado.

Obtener una mayor precisión de la desviación que existe en los datos estadísticos, seguramente requerirá de la aplicación de otros estudios, y lo más deseable, sería que en algún momento, se pudiesen detectar las causas del subregistro y corregirlas en un marco de convencimiento sobre la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad del problema. Determinar donde y en qué grado se dan las condiciones que propician este fenómeno, también es motivo de investigaciones específicas, aunque existen algunos hechos que son evidentes y reconocidos incluso de manera uniforme. Por ejemplo, es un hecho que el diagnóstico de "alcoholismo" no es tomado en cuenta como causa de consulta. También se sabe que aún reconociendo al sujeto alcohólico, se prefiere la inscripción de otras causas de consulta en ocasiones menos importantes.

Es el médico, sin duda, el factor principal que determina el fenómeno subregistro de ésta y cualquier otra enfermedad, al ser el directamente encargado de la emisión de un diagnóstico y su notificación. Por ello, mientras se continúe dando entre el profesionista de la medicina, la actitud de indiferencia y hasta rechazo del enfermo alcohólico, se seguirá perpetuando una falsa cantación del problema y su importancia médica aún cuando es socialmente aceptada - su gravedad.

Subrayar la desviación enorme que se hace evidente del presente estudio, resulta hasta innecesario; las cifras son elocuentes. En el presente estudio, no se trató de establecer las causas que determinan el subregistro, sólo se procuró establecer el grado de confiabilidad que los datos existentes pueden dar, y por otra parte, señalar que acciones en caminadas a corregir la situación actual, permitirá efectuar programas de acción más efectivos en la lucha contra el alcoholismo. Es necesario empezar a dar, al alcoholismo, la importancia médica que realmente tiene por sus repercusiones - laborales, sociales, familiares, individuales, etc.

C O N C L U S I O N E S :

El alcoholismo es una enfermedad importante, por los índices de prevalencia que alcanza entre la población general y sus repercusiones.

Mediante un test de confiabilidad diagnóstica, se determinó la posible prevalencia del alcoholismo entre la población demandante a consulta en la U.M.F. No. 20.

Se estableció que el alcoholismo alcanza casi un 20% entre la población adulta y que considerando los casos de prealcoholismo, existe apenas poco más del 55% de bebedores que no se pueden catalogar aún como alcohólicos.

El alcoholismo continúa alcanzando su mayor incidencia entre la población masculina, y de ésta, resulta más afectada aquella que se encuentra en edades de mayor productividad.

Por otra parte, el alcoholismo como causa de consulta en la U.M.F. No. 20, sólo ocasionalmente se registra en los respectivos reportes originados en los diagnósticos médicos.

Una revisión de las estadísticas del alcoholismo en funciones de prevalencia e incidencia, revela cifras muy bajas y que resultan ser incongruentes con los datos reportados por otros estudios en diversas partes de México y el mundo.

En comparación con otras enfermedades que afectan al -

mismo sujeto al riesgo del alcoholismo, este último no presenta un problema médico importante porque alcanza porcentajes mínimos que dan un falso diagnóstico epidemiológico.

En definitiva, existe un bajo registro de los casos de alcoholismo que se presentan diariamente en la consulta médica la U.M.F. No. 20 por diversas causas; siendo quizás la principal, el hecho de que no se tome en cuenta esta enfermedad para la elaboración de diagnósticos y su notificación.

Los escasos reportes de alcohólicos detectados y conocidos a través de los informes médicos, ocasionen las tasas que actualmente se tienen registradas en la U.M.F. No. 20 de este problema.

Lo anterior refuerza el hecho de que no se ejerzan acciones ni se originen programas mejores encaminados a combatir eficazmente el alcoholismo en nuestro país.

C O M E N T A R I O S:

En el presente estudio, se trató de señalar la importante necesidad, de adoptar una actitud más congruente con el - alcoholismo y consecuentemente las repercusiones físicas, sociales, familiares, laborales, etc. que el mismo tiene.

Básicamente, se ha puesto en evidencia un hecho que ede más de real, hasta parece ser conocido en el nivel de lo em-pírico por todos los que hemos asumido la responsabilidad de "procurar" salud a nuestros semejantes, esto es, la franca - imposibilidad de confiar en las informaciones existentes so-bre el problema alcoholismo, para planear o efectuar acciones que conlleven al abordaje del mismo.

En la pequeña experiencia que hemos tenido al encarar - la tarea de detectar posibles y francos alcohólicos entre la población; hemos dado cuenta de la relativa facilidad con -- que eso puede realizarse. Estamos convencidos que con el conocimiento emanado de este tipo de actividades, y apoyados con los métodos auxiliares de diagnóstico con que todo médico familiar o especialista cuenta actualmente; es posible realizar diagnósticos más precisos que conlleven a la elaboración de - una información epidemiológica más próxima a la realidad.

No se debe olvidar, que el Médico de primer nivel es el contacto inicial y en muchas ocasiones el único de todo individuo con riesgos altos de ser adicto alcohólico o del que -

ya lo es. De esta manera, es ineludible la responsabilidad -- del Médico Familiar en el reconocimiento precoz del bebedor - problema y de su manejo integral o la prevención de las complicaciones. Desafortunadamente, los hechos reales no parecen ser muy congruentes con ésto último: "La mayor parte de los - médicos generales parece no tener interés ni naciencia para a tender a los bebedores problema; a algunos les molestan y no les infunden confianza para que discutan o traten sus problemas...Algunos médicos de hospital, inclusive psiquiatras, se desprecupan de los bebedores problema que están a su cuidado o no ponen ningún interés en identificarlos". (20).

De el señalamiento anterior se derivan varias líneas de acción. Primeramente, se requiere que el médico conozca la - forma en que se manifiestan los problemas del alcoholismo aún sin conocimientos especiales. Después, es importante que el - diagnóstico: alcoholismo, esté presente en la mente del médico, ya que como frecuentemente se expresa en medicina "jamás- se elabora ningún diagnóstico si no se piensa en él". Otro - punto importante y que es la base este trabajo, lo constituye el reconocer lo indispensable del registro y reporte de los - casos de alcoholismo detectados y conocidos, contribuyendo así a la elaboración más confiable de las estadísticas de salud. Punto aparte y final, los constituye el abordaje del individuo alcohólico en funciones de tratamiento y control. Esto último, en contra de lo comúnmente aceptado, parece ser - posible. Es decir, que basados en experiencias de instituciones diversas, incluso de carácter no médico (ej. A.A.); sí parece existir algún camino viable para el manejo del individuo

alcohólico. En un consultorio londinense, se usó un método basado simplemente en consejos médicos sencillos y apoyo de los otros miembros familiares.

Se demostró así, que un 65% de los pacientes mejoraron de manera marcada y que un 27% seguían totalmente abstemios después de 2 años. (20).

Finalmente, debe señalarse una vez más para reafirmar la magnitud del problema alcoholismo, algunos puntos importantes sobre sus repercusiones. El alcohol es responsable de la mayoría de los accidentes de tráfico en la noche; el alcohol, junto con la desnutrición produce cirrosis del hígado que mata a muchos miles de mexicanos cada año; el alcohol es responsable de una buena parte de la desnutrición infantil al derivar un porcentaje significativo del ingreso familiar hacia su compra; el alcohol contribuye al ausentismo laboral lo suficiente para influir negativamente en el producto bruto nacional; el alcohol es causante directo de mucha patología mental originada desde la infancia, ya que un padre borracho es totalmente impredecible: un día acaricia y otro golpe (3); en tal sentido, los hogares sufren en su cohesión, en sus rutinas elementales, graves trastornos e incluso llegan a desintegrarse cuando la enfermedad se convierte en incontrolable: "la familia del alcohólico, vive en constante ansiedad, vergüenza e impotencia". (17).

La esencia y éxito de la lucha en contra del alcoholismo por parte de nosotros los profesionistas médicos, estriba en

el hecho de aprender a reconocer en el alcohol un agente etio
lógico más nocivo que muchos de los que habitualmente combati
mos. Siempre debemos recordar que: "La droga es la droga de -
los adolescentes. El alcohol es la droga de sus padres. El -
consumo de droga es ilegal. El consumo de alcohol es legal.
Las leyes las hacen los adultos". (3)

R E S U M E N:

Considerando la importancia del problema alcoholismo en nuestro país por su enorme magnitud y trascendencia; se elaboró un proyecto de investigación encaminado a detectar la prevalencia del alcoholismo en la U.M.F. No. 20 de acuerdo a los registros clínicos y su comparación con la detección de alcohólicos mediante un método sencillo y confiable.

El objetivo primordial, demostrar un aparente subregistro de esta enfermedad entre los reportes emitidos para determinar las causas de consulta médica entre la población demandante - en la unidad médica.

Se determinó primeramente las características numéricas de la población demandante sujeta a riesgos de presentar algún grado de ingesta de bebidas alcohólicas. Posteriormente, se buscó un cuestionario que permitiera determinar en un sujeto su adicción al alcohol con un buen grado de confiabilidad y que fuera comprensible y sencillo para la población de estudio. Se encontró en el Test CUAAL las características necesarias para el proyecto.

Durante un mes de trabajo, se aplicaron 1,306 cuestionarios entre la población demandante de la U.M.F. No. 20 (adultos) los cuales en general fueron bien aceptados por el sexo masculino y difícilmente por el femenino. Se eliminaron 16 test que no llenaron todos los requerimientos para su confiabilidad diagnóstica. De los 1,282 tests procesados, resulta--

ron un 19.8% de sujetos alcohólicos, un 23% de prealcohólicos y un 56.9% de abstemios de acuerdo con los criterios de evaluación señalados por los diseñadores del test original. Del grupo catalogado como alcohólicos, se observó que el grupo etario más afectado fue el más fuerte hablando en términos de productividad y que en cuanto a sexo predominó el masculino - en proporción de 9:1.

Por otra parte se investigaron los datos epidemiológicos existentes en la U.M.F. No. 20 en funciones de incidencia y - prevalencia de alcoholismo. Los resultados fueron mostrando - cifras mínimas de captación en los registros clínicos tanto a nuales como mensuales. Globalmente en 3 años 10 meses revisados, únicamente fueron reportados al Dento. de Codificación y Estadística 94 casos de alcoholismo tanto conocidos como de-- tectados por primera vez. Estos resultados tuvieron un con--- traste notable con otros datos investigados. En cuanto a in- cidencia, se compararon los índices de detección de diabéticos e hipertensos con los del alcoholismo; se determinó que los - casos nuevos de éste último no llegan siquiera al 1% en rela- ción a las 2 primeras entidades que llevan programas permanente tes de detección y control en la unidad.

Al comparar los casos de alcoholismo diagnosticado durante te el mes en que se aplicó el test CUAAL, también se comprobaron ron cifras ínfimas registradas en la consulta diaria de Medi- cina Familiar en comparación con las emanadas del cuestionario.

Finalmente se compararon los datos obtenidos del test - - CUAAL con los de otros estudios similares en diversas partes - del mundo, pudiéndose comprobar la similitud de cifras y porcentajes con ellos.

Se concluye que existe un subregistro evidente entre la - población demandante de la consulta en la U.M.F. No. 20 del - problema alcoholismo. Basados en la importancia de elaborar - diagnósticos más confiables en cuanto a cifras de bebedores - problema, se recomienda tener en cuenta el alcoholismo como un problema grave y presente un alto porcentaje de la población, - para emitir y reportar la verdadera frecuencia del alcoholismo en la consulta Médica Familiar. Finalmente, se señalan algunas necesidades de abordaje e investigación e diversos aspectos del alcoholismo en México, que van desde sus niveles preventivos, hasta su manejo tanto a nivel individual, familiar y social.

BIBLIOGRAFIA:

ESTRATEGIA
SALIR DE LA
NO DEBE
BIBLIOTECA

- 1.- Academia Americana de Psiquiatría, SUBSTANCE USE DISORDERS en: Diagnostic Statistical Manual (DSM III); American Association Psychiatric, U.S.A. 1983 pp 129-38, -169-70.
- 2.- Bernardt M.W.: COMPARISON OF QUESTIONARE AND LABORATORY TEST IN THE DETECTION OF EXCESSIVE DRINKING AND ALCOHOLISM. The Lancet, Vol. 1 No. 6, Febrero 1982 pp -325-28.
- 3.- Biro C.E.: SI RESPONDE USTED QUE SI, ES ALCOHOLICO, en Pedagogía. Semanario Punto. Año III, No. 106, Noviembre de 1984; p- 27.
- 4.- Bustamante M.L. LA INFORMACION SOBRE EL DAÑO A LA SALUD PRODUCIDO POR LAS DROGAS Y SU USO. Salud Pública en México. Vol. 26, No. 6, Nov.- Dic. de 1984; pp 29-33.
- 5.- De la Fuente R. y cols. DETECCION PRECOZ DE ALCOHOLISMO EN UNA POBLACION HOSPITALARIA. Rev. Invest. Clín.; Vol. 34, No. 1, Enero 1982; pp 1-6.
- 6.- Elizondo J.J.: ASPECTOS MEDICO-PSIQUIATRICOS DEL ALCOHOLISMO en: El Alcoholismo en México. Fondo de Cultura Económica; México 1977; pp 45-62.
- 7.- Guerra G.J.: EL ALCOHOLISMO EN MEXICO. Fondo de Cultura Económica. México 1977.
- 8.- Harrison W.: ALCOHOLISMO en: Tratado de Medicina Interna. Prensa Médica Mexicana; sexta edición; México 1978; pp 743-46.
- 9.- Hurst J.W.: ALCOHOL: TOLERANCIA, ADICCION Y ABSTINENCIA en: Tratado de Medicina Interna para la práctica Médica. Ed. Panamericana. México 1983; pp 1482-84.
- 10.- Kevin S.: SCREENING FOR ALCOHOLISM. Em. Fam. Phys. Vol. 26, No. 1; Julio 1982; pp 179-81.
- 11.- Mayoral p.: FARMACODEPENDENCIA-ALCOHOLISMO en: El Alcoholismo en México. Fondo de Cultura Económica. México, 1977. pp 23-29.
- 12.- Naveillan P.P.: SOBRE EL CONCEPTO DE ALCOHOLISMO. BOL. OF. SANIT. Panam.; Vol. 91, No. 4, Octubre 1981; pp 340-347.
- 13.- Oficina Sanitaria Panamericana: CONSUMO DE ALCOHOL Y - PROBLEMAS AFINES. Bol. Of. Sanit. Panam.; Vol. 94, - No. 2; Febrero 1983. pp 199-208.

- 14.- Oficina Sanitaria Panamericana: NOMECLATURA Y CLASIFICACION DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL. Bol. Of. Sanit. Panam.; Vol. 93 No. 5; Noviembre 1982. pp 468-91.
- 15.- Oficina Sanitaria Panamericana: PREVENCION PRIMARIA DE ALCOHOLISMO. Bol. Of. Sanit. Panam. Panam.; Vol. 90, No. 2; Febrero 1983. pp 95-97.
- 16.- Organización Mundial de la Salud: CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES. Vol. 1, 1975. pp 212-14.
- 17.- Sánchez H.: ALCOHOLISMO Y DEPENDENCIA en: La Lucha en México contra las enfermedades mentales. Fondo de Cultura Económica. México. 1974. pp- 43-58.
- 18.- Sin autor: EL ALCOHOLISMO. Folleto de la Comisión Federal de Electricidad. México 1978.
- 19.- Sin Autor: LA ZONA DE SERVICIOS MEDICOS. Apuntes Unidad de Medicina Familiar No. 20, Jefatura de Enseñanza. México 1984.
- 20.- Sin Autor: ¿QUE PUEDEN HABER LOS MEDICOS GENERALES CON LOS ALCOHOLICOS?. Rev. Inter. Méd. Pam. No. 1, Otoño - 1982. pp 18-20.
- 21.- Slowiansky R.: LA CIRROSIS HEPATICA, SU POSIBLE CURACION. Información Científica y Tecnológica; CONACIT. Vol. 4, No. 75; Diciembre 1982. pp 31-33.
- 22.- Smart R.G.: ENSAYO DE UN NUEVO METODO PARA ESTUDIAR EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SUS PROBLEMAS EN TRES PAISES DE LAS AMERICAS. Bol. Of. Sanit. Panam.; Vol. 91, No. 6; Diciembre 1981. pp 499-509.
- 23.- Velasco F.R.: ALCOHOLISMO. Manual de Ciclos IX y X; Facultad de Medicina, U.N.A.M. Octubre 1981. pp 109-41.
- 24.- Vides T.M.: IMPORTANCIA DE LAS ESTADISTICAS DE MORBILIDAD EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Bol. Med. del I.M.S.S.: Vol. 14, No. 2, Septiembre 1973. pp 153-58.

TEST CUAAL APLICADO A LA POBLACION DEMANDANTE DE LA U.N.F.# 20.

Edad: _____ Años Sexo: Masculino () Femenino ()

- 1.- Le gusta tomar una copa de vez en cuando?.....SI () NO()
- 2.- Cree que bebe más de lo normal?.....SI () NO()
- 3.- Después de tomar una noche, se despierta sin recordar lo ocurrido esa noche?.....SI () NO()
- 4.- Alguna vez sus parientes cercanos se han quejado o preocupado porque usted toma?.....SI () NO()
- 5.- Puede dejar de beber después de haber tomado una o dos - - copas?.....SI () NO()
- 6.- Alguna vez se ha sentido culpable por tomar?..SI () NO()
- 7.- Sus amigos o parientes creen que usted bebe lo normal?.....
.....SI () NO()
- 8.- Es capaz de dejar de beber en el momento en que usted quiere?.....SI () NO()
- 9.- Ha asistido alguna vez a una reunión de alcohólicos anónimos debido a que usted bebe?.....SI () NO()
- 10.- Há tenido pleitos con otras personas cuando toma?.....
.....SI () NO()
- 11.- El tomar le há creado problemas con su esposo (a) padres o algún pariente?.....SI () NO()
- 12.- Alguna vez algún familiar ha sugerido que se le ayude por su costumbre de beber?.....SI () NO()
- 13.- Há perdido amigos porque usted toma?.....SI () NO()
- 14.- Há tenido problemas en el trabajo porque toma?SI () NO()
- 15.- Há llegado a perder algún trabajo porque bebe?SI () NO()
- 16.- Alguna vez ha descuidado sus obligaciones, su familia o su trabajo por dos o más días debido a su costumbre de beber?..
.....SI () NO()
- 17.- Alguna vez ha bebido por las mañanas?.....SI () NO()
- 18.- Alguna vez ha sentido la necesidad de disminuir su consumo de alcohol?.....SI () NO()
- 19.- Há pensado alguna vez que es necesario que deje de tomar alcohol completamente?.....SI () NO()
- 20.- Alguna vez le han dicho que tiene problemas en el hígado?..
.....SI () NO()

- 21.- Alguna vez há tenido episodios de confusión y nerviosismo severos en donde imagina cosas que no son ciertas y/o dice cosas incongruentes por haber tomado en exceso?.....SI() NO()
- 22.- Después de haber bebido en forma exagerada, alguna vez há tenido temblor nervioso, há oído voces o visto cosas que no existen?.....SI() NO()
- 23.- Debido a su costumbre de tomar alguna vez há pedido ayuda?.....SI() NO()
- 24.- Alguna vez há estado hospitalizado debido a su costumbre de beber?.....SI() NO()
- 25.- Alguna vez le há dicho un Doctor que deje de beber?.....SI() NO()
- 26.- Há sido paciente de un hospital Psiquiátrico o de un servicio de Psiquiatría de un hospital?.....SI() NO()
- 27.- Su consumo de alcohol fue parte del problema por el cual fue hospitalizado?.....SI() NO()
- 28.- Alguna vez há visto a un Psiquiatra, Psicólogo, Médico General o Sacerdote debido a problemas emocionales?.....SI() NO()
- 29.- Alguna vez lo han detenido por manejar en estado de ebriedad?.....SI() NO()
- 30.- Lo han detenido alguna vez por otras razones, en estado de ebriedad?.....SI() NO()
- 31.- Alguna vez han tenido problemas por beber, alguno de sus Padres?.....SI() NO()
- 32.- Alguno de sus hermanos (as)?.....SI() NO()
- 33.- Su esposo (a)?.....SI() NO()
- 34.- Sus hijos (as)?.....SI() NO()