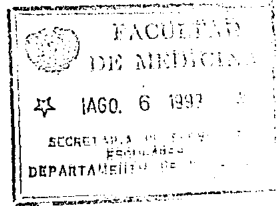


11241
7
20

México D.F. Febrero de . . .

T E S I S A :



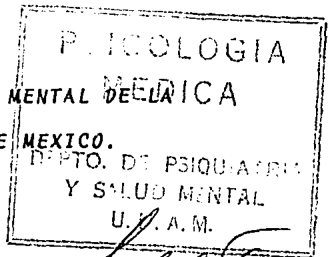
DETECCION DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL EN
EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ".

L. Rosa Díaz

NOMBRE DEL TUTOR: DRA. ROSA DIAZ MARTINEZ.

NOMBRE DEL ALUMNO: MARIO ALBERTO JOSE DE LOS SANTOS.

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.



1994

[Signature]

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Vch. Alberto B



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 está 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.

INTRODUCCION.....	5
ANTECEDENTES.....	8
MARCO DE REFERENCIA.....	12
<i>Evolución de los conceptos y situación epidemiológica actual del consumo de alcohol en la practica médica.....</i>	<i>12</i>
<i>Efectos del alcohol en el organismo.....</i>	<i>15</i>
JUSTIFICACION.....	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
OBJETIVOS.....	25
<i>Objetivos Generales.....</i>	<i>25</i>
<i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>25</i>
DISEÑO.....	25
MATERIAL Y METODO.....	26
<i>Universo de estudio.....</i>	<i>26</i>
<i>Criterios de Inclusión.....</i>	<i>26</i>
<i>Criterios de Eliminación.....</i>	<i>26</i>
<i>Variables.....</i>	<i>26</i>
<i>Antecedentes de Instrumentos.....</i>	<i>26</i>
ANALISIS DE LOS DATOS.....	29
<i>Consideraciones Eticas.....</i>	<i>31</i>
RESULTADOS.....	32
TABLAS.....	36
DISCUSION.....	43
CONCLUSIONES.....	47
APENDICES.....	49
BIBLIOGRAFIA.....	50

FALTA PAGINA

No.

3

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS.

TABLA 2. CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS PACIENTES ENTREVISTADOS.

TABLA 3. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA MASCULINA DE ESTUDIO DE ACUERDO AL CONSUMO DE ALCOHOL.

TABLA 4. FRECUENCIA DE ALIMENTACION COMPLETA DE ACUERDO AL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA MUESTRA DE ESTUDIO.

TABLA 5. CONSUMO DE TABACO DE ACUERDO AL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA MUESTRA MASCULINA DE ESTUDIO.

TABLA 6. CONSUMO DE CAFE DE ACUERDO AL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA MUESTRA MASCULINA DE ESTUDIO.

TABLA 7. CONSUMO DE ALCOHOL DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO MEDICO EN POBLACION MASCULINA.

TABLA 8. DETECCION PREVIA DE CONSUMO DE ALCOHOL POR EL PERSONAL MEDICO EN BEBEDORES PROBLEMA.

INTRODUCCION.

En nuestro país, el alcoholismo y el consumo excesivo de bebidas embriagantes son motivo de creciente preocupación pública debido a sus profundas raíces y consecuencias sociales, a su imbrincación con serios problemas médicos y a su dificultad que el Estado y las comunidades tienen para contender exitosamente con los problemas que generan. Por lo anterior en México, los problemas relacionados con el alcohol representan una prioridad para la salud pública (5, 14).

No obstante que el consumo de bebidas alcohólicas satisface demandas legítimas de la población, éste es potencialmente peligroso. En nuestro país, el consumo de alcohol es favorecido por la costumbre, la tolerancia cultural, la libertad casi completa para su venta y la propaganda que promueve su consumo (14). Existe apoyo científico que establece la estrecha asociación entre la disponibilidad de alcohol, la cantidad de alcohol que globalmente consume una población y la tasa de problemas médicos, familiares y sociales relacionados con el consumo etílico (9,14). En consecuencia, la prevención del problema está fuertemente asociado con la forma como se cocibe el consumo de alcohol y sus consecuencias (14).

A partir de 1960, el consumo per capita de alcohol se ha incrementado en diversos países en forma considerable y se ha extendido entre las mujeres y los jóvenes. Desde 1975 y hasta fechas recientes la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud dio la voz de alarma y reconoció que los problemas

relacionados con el abuso de bebidas embriagantes representan uno de los mayores retos para la salud pública en el mundo.

A partir de entonces, las estrategias y los conceptos para clasificar a los bebedores se ha modificado, incorporandose conceptos como "bebedores problema" o "consumo dañino" (X Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la O.M.S.) y a través de diversas investigaciones multinacionales se han establecido límites en el consumo de alcohol, para ser considerado como peligroso.

Aquél que consume una cantidad mayor de 4 copas "tipo" (en el caso de las mujeres) o 6 copas "tipo" (en el caso de los hombres) por semana. La Asociación Psiquiátrica Americana define al síndrome de dependencia al alcohol como un patrón patológico de uso de alcohol o deterioro de la actividad laboral, social debido al uso de alcohol, así como la presencia de tolerancia y abstinencia.

En la década de los 50's, en base a los estudios de Jellinek, el alcoholismo se consideró como una enfermedad, lo que impulsó el estudio de las causas y condiciones individuales tanto físicas como psicológicas del mismo. Así, la prevención se orientó hacia la identificación temprana y al tratamiento de los alcohólicos, pero no tomó en cuenta que los daños que causa el abuso del alcohol son aún más frecuentes en las personas que, sin ser alcohólicas, beben en exceso, ya sea en forma reiterada u ocasional (14)

En los años 60's se pensó que no era suficiente el planteamiento del

alcoholismo en términos de enfermedad y se le situó dentro de un contexto sociocultural.

Va para los años 70's, se advirtió claramente que era para abordar los problemas que surgen del consumo excesivo del alcohol y los daños físicos, psicológicos y sociales relacionados con él, se requiere de un modelo que sitúe al alcohol en un papel más prominente en la cadena de eventos patogénicos.

La distinción entre el consumo excesivo, la dependencia y los problemas relacionados con el alcohol, ha permitido ver las cosas con mayor claridad. En la actualidad la dependencia del alcohol se aborda como un síndrome que existe en grados diversos, incluye fenómenos fisiológicos, cognoscitivos y conductuales y sólo representa uno de los problemas que se derivan del consumo excesivo (5,14).

ANTECEDENTES

El considerar el alcoholismo como enfermedad, ha sido producto de numerosas investigaciones científicas (5,8,9,13) Sin embargo, el considerar que solamente los alcohólicos son enfermos y que son los únicos que necesitan atención ha impedido que otros bebedores en estadios incipientes de la enfermedad también y por lo tanto pasen desapercibidos para el gremio médico.

La limitación principal de esta concepción es dejar a un lado el abuso de alcohol por personas que no son catalogados como alcohólicas, pero que cuando lo ingieren lo hacen en formas, cantidades y situaciones que conlleva riesgos graves para ellas mismas y para los demás (13). La proporción de personas dependientes al alcohol es pequeña si se compara con aquellas que sufren las consecuencias de su abuso (13). Ciertamente muchos alcohólicos están enfermos, pero sus enfermedades son con mayor frecuencia de su consumo excesivo de alcohol, no su causa. En el alcoholismo, los factores económicos, sociales y culturales juegan un papel causal importante y modelan las características del fenómeno (2,10)

En nuestro país, la magnitud del problema del alcoholismo se puede poner de manifiesto en el resultado de algunas estimaciones, las cuales indican que el 5.7% de la población mayor de 20 años padece de alcoholismo, lo que representa una cifra de 2.7 millones de alcohólicos. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (23), el porcentaje de bebedores excesivos varía entre el 10 y el 30%; el consumo

excesivo se representa con mayor frecuencia entre la población masculina, cuyas edades oscilan entre 30 y 50 años (13). Por otra parte, el consumo de alcohol ha tenido un fuerte impacto en la salud de la población (10). En las dos últimas décadas la tasa de mortalidad debida a cirrosis hepática ha variado entre 20 y 23 por 100,000 habitantes y se encuentra dentro de las diez primeras causas de muerte entre la población general mayor de 20 años de ambos sexos (10) y la primera entre varones de 40 a 54 años (13).

Estas tasas se encuentran entre las más altas de Latinoamérica y cercanas a la media aritmética de las reportadas en países europeos (10,13).

Los problemas relacionados con el alcohol se reflejan en varios aspectos de la vida. La mayoría de estos problemas son de naturaleza psicosocial y están asociados con la intoxicación aguda. Se ha estimado, por ejemplo, que el 5% de los suicidios se llevan a cabo bajo los efectos del alcohol (6,8). Los servicios médicos frecuentemente se enfrentan con problemas de tipo agudo. En un estudio previo se estimó que el 11% de los casos atendidos en urgencias de cinco hospitales de la Cd. de México, estaban intoxicados con alcohol, y que el 28% de los pacientes en hospitales generales sufren alguna patología relacionada con el alcohol. Al llevar a cabo estudios para identificar trastornos psiquiátricos menores por medio de cuestionarios autoaplicables, se estimó que el 8% de los pacientes que acuden a los servicios de medicina familiar también tienen

problemas por su forma de beber (6-8,10,11,13,14).

Recientemente, el Consejo Nacional Antialcohólico destacó la importancia de llevar a cabo investigaciones epidemiológicas en la población abierta de la comunidad, los hospitales y servicios de psiquiatría, los hospitales generales, los servicios de urgencias, las oficinas del Ministerio Público y la población que acude a consulta con el médico familiar. El uso de las encuestas ha permitido vislumbrar los problemas del consumo de alcohol y sus consecuencia y, de esta manera, puede ayudar a proponer soluciones.

Hasta ahora, las encuestas en población abierta son los estudios más numerosos y, en general, ya han logrado establecer una imagen epidemiológica relativamente consistente. También se han hecho estudios en hospitales psiquiátricos, en hospitales generales, en servicios de urgencias y en Agencias del Ministerio Público, aunque están aún lejos de alcanzar, en sus resultados, las consecuencias de las encuestas comunitarias (7). En la actualidad, ya no se duda de la legitimidad de estudiar el uso y consumo de alcohol desde una perspectiva epidemiológica (5). Sin embargo, una de las dificultades a las que se enfrenta este tipo de estudios, es la manera de localizar a los individuos cuyos hábitos de bebida les ocasiona problemas.

Se han diseñado diferentes métodos y cada uno de ellos logra localizar distintos tipos de bebedores. Un gran problema radica en que existen múltiples perspectivas y

diferentes definiciones para el alcoholismo. Por lo tanto, la primera consideración surge de la dificultad de delimitar clínicamente lo que constituye un caso de alcoholismo, sobre todo en sus fases iniciales (5).

Para que un programa preventivo sea completo debe contemplar los niveles de prevención primario, secundario y terciario, y deben ser observados de acuerdo al modelo médico, en el cual el padecimiento tiene una historia natural y pueden establecerse diferentes etapas evolutivas (8). En relación al alcoholismo, la prevención secundaria juega un papel fundamental al ejercer acciones terapéuticas cuando la enfermedad empieza a manifestarse y así evitar que el padecimiento progrese hacia etapas irreversibles. El objetivo de la prevención terciaria es tratar los problemas más avanzados del alcoholismo, que incluyen complicaciones tardías y con frecuencia patología múltiple. Aquí las acciones preventivas se enfocan a rehabilitar a los enfermos y a disminuir los efectos del padecimiento. Las estrategias incluyen la formación de recursos en el tercer nivel de atención y la creación de una red de comunicación para canalizar a los enfermos a tales servicios (9).

En el terreno preventivo, el médico general es el agente más adecuado para ejercer acciones de prevención secundaria, ya que muchas veces los pacientes se muestran más anuentes a consultar con él que con el psiquiatra. Además, la perspectiva del médico familiar hace que el problema del alcohol se contemple desde la perspectiva de la salud.

MARCO DE REFERENCIA.

EVOLUCION DE LOS CONCEPTOS Y SITUACION EPIDEMIOLOGICA ACTUAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA PRACTICA MEDICA.

A partir de que la O.M.S. reconoció a principios de los 70's, que el consumo excesivo y los problemas relacionados con el alcohol, son asunto prioritario en el campo de la salud pública y que debía conocerse mejor el problema para establecer medidas preventivas (27), la forma de abordar este problema se diversificó.

Hasta este momento el énfasis había estado puesto en el tratamiento y en la rehabilitación de los alcohólicos, es decir, en la prevención terciaria.

La respuesta a esta situación fué el desarrollo de medidas preventivas primarias que tienen en común el disminuir la cantidad de alcohol que se consume.

Al mismo tiempo, y hasta fechas recientes, las investigaciones que la OMS ha llevado a cabo en materia de alcohol se han dirigido también en su mayoría hacia el campo de la prevención primaria y hacia aquellas medidas médicas y políticas que modificaran el consumo de la población, dejando fuera a la prevención secundaria, es decir, la detección temprana y el manejo oportuno de bebedores con consumo excesivo de alcohol (bebedores con consumo riesgoso y con consumo dañino).

La prevención secundaria, ha cobrado importancia, porque diversas investigaciones epidemiológicas (28,29) han mostrado que no se necesita ser alcohólico para tener problemas sino

que estos se presentan en todo tipo de bebedores como en los bebedores excesivos.

El enfermo con consumo excesivo de alcohol y con problemás relacionados con el consumo de alcohol en estadios tempranos, también conocido como alcohólico incipiente o bebedor con consumo peligroso o dañino, es pocas veces diagnosticado como tal. Esto se debe fundamentalmente a que tanto médico como enfermo carecen con frecuencia de la objetividad y sutileza necesaria para establecer el uno, que el enfermo existe, y el otro, que debe aceptarlo si quiere mejorar (26).

Algunos estudios (30,31) confirman la presencia de consumo excesivo y problemas asociados no diagnosticados en la práctica médica general mostrando que el porcentaje con que el alcohol contribuye directa o indirectamente en la admisiones hospitalarias por "razones médicas", se ha estimado en un 25% aproximadamente, mientras que en los servicios de urgencias, más del 30% de los pacientes tienen concentraciones altas de alcohol en sangre (32). Si bien estas cifras provienen de otros países, no existen datos que hagan suponer que la situación en nuestro medio es diferente.

Los datos con los que contamos en nuestro país en la práctica médica general, han sido proporcionados por algunos estudios realizados en esta área (8,14), que señalan coincidentemente que la diferencia en el consumo entre hombres y mujeres es grande; alrededor del 80% de los hombres beben alcohol, mientras que de las mujeres sólo el 45% lo hacen. De los varones bebedores del 10 al 30% tienen

problemas originados por su forma de beber; de las mujeres solo el 3 al 5%. Generalmente la forma de beber se reduce a ocasiones especiales, por lo que bebe con poca frecuencia (son pocas las personas que beben diariamente), pero cuando beben ingieren grandes cantidades, por lo que son comunes los episodios de embriaguez. Por ésta manera de beber dan lugar a que nuestro país cuente con un gran número de bebedores con consumo excesivo o peligroso.

La proporción de bebedores excesivos en nuestro medio, así como la gran cantidad de problemas asociados motivaron el empleo de estrategias que permitieran detectar de manera oportuna a los bebedores.

Como respuesta a la necesidad de detección temprana de los bebedores y siguiendo los lineamientos de la prevención secundaria, cuya acción fundamental es la detección oportuna de casos, cuando la enfermedad empieza a manifestarse (8).

La OMS inició un proyecto Multinacional en el año de 1982, en donde además México, participaron 11 países, con la finalidad en su primera fase de detectar bebedores no alcohólicos cuyo consumo de alcohol pusiera en peligro su salud, utilizando un instrumento de tamizaje y una entrevista semiestructurada. Después de haberlo sido validados y haber demostrado su confiabilidad (33), permitieron identificar y seleccionar a pacientes con consumo excesivo de alcohol en la práctica médica general (primer nivel de atención).

En una segunda fase de la investigación, y una vez detectados los bebedores excesivos, se llevó a cabo la aplicación de estrategias terapéuticas que ayudaran a la

disminución en consumo de alcohol (9). Los resultados preliminares han mostrado la eficacia de algunas de las estrategias terapéuticas (11).

Los resultados obtenidos en el estudio multinacional de la OMS muestran que los instrumentos utilizados, cumplieron el objetivo para el que fueron diseñados, permitiendo el identificar a un gran número de bebedores excesivos, de manera sencilla, breve y poco costosa, por lo que se considera que su utilización es ampliamente recomendable.

EFFECTOS DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO.

El fenómeno del alcoholismo es muy complejo y abarca aspectos económicos y epidemiológicos muy importantes, que lo convierten en un problema muy amplio. Aunque llega un momento en que toda esa gama de complicaciones de acuerdo a la historia natural de la enfermedad, tarde o temprano, va a ser más circunscrita, más específica y va a afectar en forma individual y a cada uno de los bebedores excesivos.

Cuando esto sucede probablemente se olvida el médico de todo lo que representa en los aspectos socioeconómicos y legales y únicamente se ubica al enfermo desde un punto de vista médico, no menos importantes aquellos, sino simplemente observados desde otro punto de vista con el que la epidemiología debe tener fronteras.

Conocer bien los aspectos metabólicos del alcohol es un hecho necesario e importante ya que es en este aspecto en donde radican probablemente las bases fundamentales del fenómeno adictivo.

El consumo excesivo de alcohol produce cambios patológicos en el tejido y la función hepática que pueden en última instancia causar la muerte.

El etanol ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$) es el producto de la fermentación de varios azúcares por efecto de las levaduras y otros microorganismos. Aún cuando el alcohol tiene un alto valor calórico, este tiene muy poco en común con otros compuestos ricos en energía (34). Los carbohidratos y las grasas pueden ser sintetizada en el organismo o ser adquiridos en la dieta, mientras que el etanol es esencialmente extraño al organismo. El etanol como los carbohidratos y los lípidos tienen un alto valor calórico y es fácilmente absorbido en el tracto gastrointestinal, sin embargo no se almacena en los tejidos. Debido a que muy poco alcohol puede ser eliminado por la vía respiratoria o renal, el organismo debe oxidar el alcohol para su eliminación.

A diferencia de los carbohidratos que pueden ser oxidados en todos los tejidos, el etanol debe ser oxidado en el hígado, órgano que contiene las enzimas necesarias para iniciar este proceso.

El alcohol tiene un valor calórico de 7.1 cal/gr, sin embargo las calorías producidas por oxidación del alcohol son consideradas "calorías vacías" a diferencia de las calorías nutritivas producidas por la oxidación de otros alimentos.

La ingestión de alcohol disminuye el apetito lo cual conduce a la desnutrición. Debido a la inflamación del estómago, páncreas e intestino, se altera la digestión y la

absorción de los nutrientes. La desnutrición a su vez puede causar una disfunción del intestino. Finalmente el acetaldehído, que es el producto primario en la oxidación del etanol puede interferir con la activación de vitaminas en el hepatocito. Como resultado de todos esos efectos, la desnutrición es común en los alcohólicos. En la práctica médica en común encontrar alcohólicos que desarrollan daño hepático no obstante la ingestión de una dieta adecuada.

El alcohol por sí mismo ejerce efectos tóxicos directos sobre el hígado. La primera etapa del daño hepático es el hígado graso, que es una condición aún reversible. Las mitocondrias del hepatocito se agrandan y deforman las membranas del retículo endoplásmico liso proliferan. La hepatitis alcohólica es la segunda etapa en la cual la disfunción del hepatocito produce muerte celular e inflamación; La etapa final es la cirrosis hepática, que afecta la estructura hepática y produce una serie de complicaciones fatales. El desarrollo de la cirrosis en el ser humano puede llevar de 5 a 22 años (20,34).

EFFECTOS METABOLICOS: La primera etapa en el metabolismo del etanol es catalizada por la enzima del Alcohol Deshidrogenasa (ADH) la cual no es una enzima específica para el metabolismo del etanol. Esta enzima cataliza la transferencia de hidrógenos del etanol a la coenzima NAD^+ , transformando al etanol en acetaldehído el cual es luego oxidado por efecto de la enzima Acetaldehído Deshidrogenasa, la cual lo transforma en Acetil-CoA con la consecuente

formación de NADH. Posteriormente la Acetil-CoA puede seguir la vía oxidativa en el ciclo de Krebs o bien es utilizada como substrato para la síntesis de ácidos grasos, colesterol y cuerpos cetónicos. El exceso de NADH producido durante las dos etapas oxidativas del etanol altera el balance bioquímico del hepatocito, transformando el ácido pirúvico proveniente de la degradación de los aminoácidos glucogénicos, en ácido láctico, evitando así la formación de glucosa (Neoglucogénesis) (20).

La glucosa es obtenida por el organismo de tres fuentes principales: La neoglucogénesis, la glucogenólisis y la interconversión de los carbohidratos presentes en la dieta. El beber alcohol en exceso y no comer suficientemente disminuye la ingesta de carbohidratos por lo que el glucógeno hepático debe ser utilizado como fuente de glucosa. Si la neoglucogénesis es bloqueada por la desviación del piruvato hacia el lactato, la glicemia consecuente disminuye. La hipoglicemia es una complicación del alcoholismo agudo (34).

Los hidrógenos producidos en exceso en forma de NADPH pueden igualmente ser utilizados para la síntesis de alfa-glicerofosfato y para la síntesis de ácidos grasos, ambos precursores de los triglicéridos los cuales se acumulan en hígado graso del paciente alcohólico.

El exceso de NADH formado como consecuencia de la oxidación del alcohol provee igualmente una forma de combustible para la oxidación mitocondrial en lugar de la oxidación de los lípidos, de tal manera que los lípidos se acumulan conduciendo al hígado graso. Por otra parte, si el alcohol es ingerido junto con una dieta que contenga grasa,

éste se acumula en el hígado aún cuando la dieta sea baja en lípidos, cuando el alcohol se ingiere en grandes cantidades puede disparar descargas hormonales que movilicen la grasa de sus depósitos en el tejido adiposo y vaya hacia el hígado.

El hígado es capaz de movilizar los lípidos sintetizados mediante la formación de lipoproteínas cuya síntesis se lleva a cabo en las membranas del retículo endoplasmico liso (REL).

En el alcohólico dicha capacidad de síntesis está aumentada por la proliferación del REL. Un hígado que se ha adaptado al alcohol aumenta considerablemente su secreción de lipoproteínas. Aún en el caso de una comida normal se producirá hiperlipemia y esta es uno de los factores predisponentes a un ataque cardíaco.

Otra manera de eliminar el exceso de grasa en el hígado es su conversión en cuerpos cetónicos, los cuáles son secretados al torrente circulatorio y posteriormente oxidados en el tejido muscular y eliminados por orina. Sin embargo en algunas personas está producción excesiva de cuerpos cetónicos puede conducir a cetoacidosis tal como sucede en el paciente diabético (18,20).

La síntesis de lipoproteínas es solamente una de las tantas funciones del Reticulo Endoplasmico Liso (REL) del hepatocito, el cuál también inactiva una gran variedad de drogas y otras substancias hidrosolubles capaces de ser excretadas. En el hígado del alcohólico, las enzimas del REL

encargadas de inactivar drogas tranquilizantes, anticoagulantes y otras drogas, así como la detoxicación de ciertos aditivos presentes en los alimentos procesados, sustancias cancerígenas e insecticidas, aumentan su actividad, aumentando también la capacidad de eliminación de estas sustancias (4,34).

Es conocido el hecho de que se requiere mayores dosis de sedantes en el alcohólico para lograr los mismos efectos que en una persona sana.

La mayor tolerancia a las drogas es observable solamente cuando el paciente esta sobrio, ya que de otra manera cuando el alcohólico se encuentra ebrio, el efecto es completamente opuesto.

El alcohol es también metabolizado por el REL mediante una vía accesoria que complementa al sistema de la Alcohol deshidrogenasa. Dicho sistema accesorio se localiza en la fracción microsomal y es denominado Sistema Microsomal de Oxidación del Etanol (MEOS), el cual, entra en función una vez que el etanol ha alcanzado un cierto nivel de concentración en la sangre. De esta manera, el alcohol entra en competencia con otras drogas cuyo metabolismo comparte algunos elementos del sistema microsomal, haciendo más lento el metabolismo de estas drogas y estimulando sus efectos farmacológicos (34).

Los MEOS se adapta al consumo excesivo de alcohol aumentando su actividad, contribuyendo así a una mayor tolerancia del alcohol.

Una tercera vía oxidativa para el etanol se lleva a cabo

en los peroxisomas clulares mediante la acción de la enzima catalasa la cuál, al igual que el MEOS y la Alcohol Deshidrogenasa producen Acetaldehido que luego es oxidado para formar Acetil-CoA.

Aparte de las alteraciones metabólicas causadas por el metabolismo del alcohol, el consumo excesivo del mismo tiene efectos tóxicos directos en el tejido Hepático, probablemente por el efecto del acetaldehido que es extremadamente reactivo y afecta a la mayoria de los tejidos del organismo. La mayor parte del acetaldehido se transforma en Acetil-CoA pero otra parte pasa a la sangre. El Acetaldehido puede ser el responsable en parte de la disminución de la función mitocondrial.

El acetaldehido, igualmente inhibe la síntesis protéica en el tejido cardiac lo cuán puede explicar en parte la alteración de la función cardiac que es muy común en los alcohólicos. El acetaldehido puede igualmente afectar el funcionamiento muscular.

Varios investigadores atribuyen el acetaldehido el fenómeno de la dependencia que junto con la tolerancia caracterizan al síndrome de dependencia.

Diferentes hipótesis han sido propuestas respecto del posible mecanismo de acción del acetaldehido en el tejido cerebral (4,20,34).

JUSTIFICACION.

El consumo excesivo de alcohol y los problemas relacionados con él, por su naturaleza, por su complejidad, sus alcances y su rápida y creciente magnitud, han sido considerados por la Organización Mundial de la Salud como un asunto prioritario en el campo de la Salud Pública (24).

Es un hecho que para poder comprender los problemas relacionados con el alcohol y su consumo es necesario llevar a cabo una tarea multidisciplinaria e integrativa (5).

En nuestro país, la prevalencia del consumo de alcohol ha sido determinada a través de diferentes estudios que a pesar de haber sido hechos con estrategias metodológicas distintas, muestran que muchos de los resultados coinciden permitiendo establecer un patrón de consumo típico de alcohol de la población masculina de nuestro país.

Se observa que se trata de un consumo episódico con ingestión de grandes cantidades en cada ocasión, que se asocia con un alto grado de problemas relacionados.

Se ha percibido también a través de estos estudios que la mayoría de los problemas mencionados son ocasionados por los bebedores excesivos no alcohólicos (sin dependencia al alcohol) (25,26), siendo los más frecuentes los relacionados con la embriaguez como los accidentes, la violencia, el suicidio y el ausentismo laboral entre otros, con el correspondiente decremento de la productividad.

La epidemiología de los problemas relacionados con el alcohol varía dependiendo del sitio donde se estudie; de aquí

se desprende la necesidad de realizar investigaciones epidemiológicas específicas que permita diseñar estrategias preventivas de acuerdo a las necesidades de la población (9).

En México no se han hecho suficientes investigaciones que estudien específicamente los problemas sobre el alcoholismo en la práctica médica general y sólo se tiene imagen aproximada de ellos a partir de encuestas epidemiológicas sobre los trastornos psiquiátricos en la práctica médica general (8,9).

La perspectiva clínica de los problemas relacionados con el alcohol está limitada por el lugar al que se halla circunscrita y por los factores que determinan que un cierto trastorno sea percibido como objeto de una atención formal y especializada (5). Cada médico puede tener una perspectiva diferente de lo que constituye una prioridad, de acuerdo a las limitaciones de su práctica y de la institución donde labore, situación a la que los problemas relacionados con el alcohol no escapa (5). Por otra parte, existen un gran número de enfermos que nunca han consultado a un clínico, ya que es muy raro que un bebedor problema solicite ayuda después de haberlo reflexionado (13). Por lo tanto, para poder llevar a cabo estrategias preventivas y terapéuticas es necesario identificar a estos pacientes (9). Sin embargo, los problemas relacionados con el alcohol son menos diagnosticados en relación a su frecuencia real y esto repercute en que sean canalizados a tratamiento. La evaluación y conocimiento de los hábitos de bebida de una población por medio de encuestas

ayuda a determinar la magnitud de estos problemas y brinda la posibilidad de implementar programas preventivos y de atención.

El realizar estudios en hospitales generales, interfase entre el primer y tercer nivel de atención, se hace ineludible (8,9).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por las consideraciones anteriores se planteó como motivo de la siguiente investigación el conocer:

¿ Con que frecuencia se identifica en el servicio de Gastroenterología a los bebedores problema y se les canaliza a tratamiento ?.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES.

Conocer los hábitos de consumo de alcohol de los pacientes atendidos por el servicio de Gastroenterología en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

a) Identificar a los bebedores problema y determinar sus características sociodemográficas.

b) Conocer los hábitos de salud general de los bebedores problema.

c) Determinar con que frecuencia estos pacientes son diagnosticados como bebedores problema.

d) Determinar con que frecuencia son estos bebedores problema canalizados a tratamiento por su consumo de alcohol.

DISEÑO

- Descriptivo.

- Abierto.

- Observacional.

- Transversal.

MATERIAL Y METODO**UNIVERSO DE ESTUDIO:**

Pacientes externos e internos consecutivos del servicio de Gastroenterología para ser seleccionados como bebedores problema mediante un cuestionario sobre forma de Vida y Salud (ANEXO I).

Esto a 80 pacientes consecutivos.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes adultos entre 18 y 65 años de edad, ambos sexos, que acudieron al servicio de Gastroenterología y que accedieron voluntariamente a participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Quiénes rehusaron o se vieron impedidos médicamente a continuar las evaluaciones.

VARIABLES:

Sociodemográficas; edad, sexo, escolaridad, estado civil, lugar de origen y actividad laboral.

Clínicas; Diagnóstico médico (clasificación establecida por el servicio), diagnóstico previo como bebedores problema, canalización previa a tratamiento por dicho diagnóstico, estado de salud en general.

ANTECEDENTES DE LOS INSTRUMENTOS:

Los instrumentos aplicados en el presente estudio fueron los siguientes:

Cuestionario sobre salud y forma de vida.

Este instrumento fue desarrollado y validado previamente en México por la O.M.S., como parte del estudio

multicéntrico sobre manejo y tratamiento de los problemas relacionados con el en la atención médica primaria, contando con la colaboración en nuestro país del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Dicho instrumento de tamizaje se utilizó de preselección con el fin de identificar a los bebedores excesivos y problema. Está diseñado para servir tanto como una entrevista o como un cuestionario autoaplicable, consta de 20 preguntas y está organizado en 3 partes.

a) Las preguntas de 1 a 6 investigan sobre los hábitos alimenticios, fumar y beber café.

b) Las preguntas 7 a 10 investigan la cantidad de alcohol que se consume típicamente y la que se consume cuando se bebe excesivamente.

c) Las preguntas 11 a 20 investigan problemas con bebida, bebedores, de la mañana, tratamiento previo por problemas de alcohol o emocionales, estabilidad domiciliaria, edad y deseos de participar en estrategias diagnósticas o terapéuticas.

El punto de corte para considerar bebedores problema es de 3-4 copas "tipo" por ocasión, no más de 2 a 3 veces por semana (para las mujeres) y de 6 copas "tipo" por ocasión, no más de 2 a 3 veces a la semana (para los hombres).

AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test)

Este instrumento fue desarrollado por la O.M.S. en 1982, como parte de un estudio transcultural en el que participaron seis países tanto desarrollados como en vías de

desarrollo, entre ellos México. El propósito de dicho estudio fue desarrollar un instrumento sencillo de tamizaje que identificara a personas con problemas insipientes de alcohol y que pudiera ser aplicado por trabajadores de la salud en diversos países.

En la elaboración del instrumento se seleccionaron preguntas que pudieran distinguir a los bebedores leves de aquellos que presentan un consumo riesgoso de alcohol. A diferencia de otros instrumentos, éste se abocó a la identificación temprana de bebedores riesgosos más que a la detección de alcohólicos, no obstante que también puede identificar a estos últimos con un alto grado de precisión.

El AUDIT es un cuestionario de 10 preguntas, dentro de las cuales, las primeras 3 investigan la cantidad y frecuencia con que se bebe alcohol, las siguientes tres detectan la presencia de un síndrome de dependencia al alcohol y las restantes cuatro preguntas averiguan acerca de los problemas causados por el alcohol, incluyendo reacciones psicológicas adversas. Estos tres grupos de preguntas categorizan al consumidor riesgoso de alcohol, al síndrome de dependencia al alcohol y al consumo dañino de alcohol respectivamente.

Además, el instrumento posee un aparato para detectar a los pacientes que se niegan a responder el cuestionario o no cooperan. Esta parte consiste en dos preguntas que investigan antecedentes de traumatismos, cinco puntos de exámenes clínicos y una prueba de laboratorio (determinación sérica de GGT), misma que no se utilizó en el presente estudio.

ANALISIS DE LOS DATOS

El primer grupo de variables a analizar fueron los datos demográficos.

-Edad: se obtuvo una \bar{x} , por sexo.

-Estado civil: se obtuvo porcentajes de cada una de las condiciones (casado, soltero, viudo y divorciado) por sexo.

-Lugar de procedencia: la variable fué dicotomizada en porcentajes de residentes del D.F. y foráneos, de acuerdo al sexo.

-Escolaridad: se obtuvo una \bar{x} de años de estudio, de acuerdo al sexo.

-Trabajo actual: la variable fué dicotomizada en porcentaje de pacientes con o sin empleo.

Para estudiar la variable tipo de consumo de alcohol se utilizaron los puntajes obtenidos a través de las respuestas positivas del instrumento AUDIT. Este instrumento consta de 10 preguntas que detectan la presencia de un consumo peligroso y/o dañino de alcohol y la presencia de un síndrome de dependencia al alcohol. Para calificar e interpretar el AUDIT, cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta que se cuantifican de cero a 4 puntos. Un puntaje de 8 o más califica a un caso como positivo, siendo éste el punto de corte para considerar un consumo peligroso de alcohol, si dicho puntaje se obtuvo únicamente de las tres primeras preguntas del cuestionario, en ausencia de puntajes altos (8 o más) en el resto de las preguntas. Los puntajes de 8 o más en el segundo grupo de tres preguntas (preguntas 4-6) identifican la presencia del síndrome de dependencia al

alcohol, y los puntajes elevados en las cuatro últimas preguntas sugiere un consumo dañino de alcohol. Se consideró como bebedor moderado a aquellos sujetos que no alcanzaron el punto de corte del AUDIT para un caso positivo.

Para medir las hábitos de vida, se utilizaron las respuestas del cuestionario de salud y forma de vida.

La variable "tipo de consumo de alcohol" fué analizada de acuerdo a los datos demográficos.

La variable alimentación fué dicotomizada, obteniéndose 2 categorías:

.. -Frecuencia de alimentación completa todos los días.

-Frecuencia de alimentación completa menos de 2 veces a la semana.

La variable de consumo de tabaco se dicotomizó en fumadores y no fumadores; al igual que la variable "consumo de café".

Estas tres variables fueron expresadas a través de porcentajes y comparadas con el tipo de consumo de alcohol en la población masculina.

La variable "Diagnóstico Médico" fué obtenida del expediente clínico de los pacientes, obteniéndose 4 variables nominales:

-Enfermedad acido-péptica.

-Prob Hepático y vías biliares.

-Sangrado de tubo digestivo.

-Otro diagnóstico.

Fueron obtenidas las frecuencias de cada una de ellas expresadas en porcentajes, analizandolas frente a la variable "tipo de consumo de alcohol" en población masculina.

Posteriormente se analizaron variables "detección previa" y "tratamiento previo" expresado a través de dos tipos de preguntas (sí, no) en los pacientes con consumo excesivo de alcohol y el puntaje obtenido del AUDIT y el diagnóstico clínico.

ANALISIS DE LOS DATOS:

Se utilizó estadística descriptiva.

CONSIDERACIONES ETICAS:

Todos los procedimientos estan de acuerdo con lo estipulado en el reglamento de la ley general de salud (Titulo 2, Capítulo I, Art 17, Fracción 1, sin riesgo). Se obtuvo consentimiento verbal del paciente.

RESULTADOS

La tabla No.1 nos presenta los datos demográficos de los pacientes encuestados, con una muestra de 80 pacientes, divididos en 37 hombres y 43 mujeres. Con edad de 39.56 y 41.2 respectivamente como promedio. Con estado civil predominantemente casados el 64.86% de los hombres y el 48.83% de las mujeres y en segundo lugar los solteros con el 24.3% de los hombres y el 25.58% de las mujeres.

De acuerdo a su procedencia en relación al D.F. versus foráneos, se encontró el 69.82% de la muestra total ser del D.F.. Con escolaridad promedio en años de 5.7 y 6.7 respectivamente por sexo.

Igualmente se encontró con empleo actual al 72.57% de los hombres y al 55.81% de las mujeres.

La tabla No.2 nos presenta el consumo de alcohol en el total de los pacientes entrevistados, divididos por sexo en abstemios, bebedores moderados y bebedores problema o también llamados bebedores excesivos.

Respecto a el sexo masculino el 37.83% de los hombres era abstemio, el 10.81% bebedores moderados, el 51.35% bebedores excesivos, y el 4.65% de las mujeres bebedoras problema, de acuerdo a esta tabla consideramos conveniente tomar en cuenta solamente a la población masculina excluyendo del análisis a la población femenina debido a que su consumo de alcohol no fué significativo.

La tabla No.3 nos presenta las características demográficas de la muestra masculina de estudio de acuerdo

al consumo de alcohol encontrado que la edad promedio de los abstemios fué de 42.24 años, de los bebedores moderados 37.2 años y de los bebedores problema 40.14 años. Respecto al estado civil los dividimos aquí en casados y otro estado civil, encontrando los siguientes resultados, casados de los abstemios el 55.55%, de los bebedores moderados el 75.% y de los bebedores problema el 58.33% el resto de cada grupo se encontró en otra categoría.

Encontramos que la escolaridad en promedio (años) fué menor para bebedores problema con un promedio de 4.7 posteriormente para bebedores moderados con un promedio de 6.3 y finalmente para los abstemios con un promedio de 8.4

Cuentan con empleo actualmente el 73.73% de los abstemios, el 75% de los bebedores moderados y el 53.75% de los bebedores problema.

La tabla No.4 nos presenta la frecuencia de alimentación completa de acuerdo al consumo de alcohol en la muestra masculina, dividimos en 2 variables, los que tienen una alimentación completa y los que comen menos de 2 veces por semana, encontrando que los abstemios comen todos los días sus 3 comidas el 57.14% y menos de 2 veces por semana su alimentación completa el 42.85%. Los bebedores moderados comen todos los días su alimentación completa el 50% y menos de 2 veces por semana el otro 50%, respecto a los bebedores problema hacen sus 3 comidas todos los días de la semana el 47.36% y el 52.63% de este grupo comen menos de 2 veces por semana.

La tabla No.5 nos presenta el consumo de tabaco de acuerdo al consumo de alcohol en la muestra masculina de estudio, dividiendo en consumo de mas de 20 cigarillos al dia, menos de 20 y los que no fuman. Encontrando en este orden establecido respectivamente en los abstemios el 21.42%, el 28.57% y el 50.%.

El bebedor moderado el 25% fuma mas de 20 cigarillos al dia, el 50% menos de 20 y el 25% no fuma.

Respectó a los bebedores problema fuma mas de 20 cigarillos al dia el 42.10% y menos de 20 el 57.89% es importante mencionar que en este grupo no se encontro ningún paciente que no fumara.

La tabla No. 6 nos presenta el consumo de café de acuerdo al consumo de alcohol en la muestra masculina de estudio. En la tabla los dividimos solamente en los que toman café y en los que no toman café. Encontrando que de los abstemios el 57.14% toma café y el resto, el 42.85% no toma. De los bebedores moderados toma café el 75% y niega tomar café el 25%, y por último de los bebedores problema reportó tomar café el 52.64% y el resto, el 47.36% negó tomar café.

La tabla No. 7 nos presenta el consumo de alcohol de acuerdo al diagnóstico médico, aquí los diagnosticos los hacemos de acuerdo a clasificación clínica del hospital en que se llevo el estudio y lo dividimos para fines didacticos en esta tabla en enfermedad ácido-péptica, problemas de hígado y vías biliares, en sangrado de tubo digestivo y en otras patologías.

Encontrando que dentro de los abstemios prevalecen otros diagnósticos con el 35.3% en segundo lugar la enfermedad acido-péptica y en tercer lugar los problemas de Hígado y vías biliares y en último lugar los sangrados de tubo digestivo.

De los bebedores moderados ocupa el primer lugar la enfermedad acido-péptica y en igual porcentaje los problemas de hígado y vías biliares y otros diagnósticos.

De los bebedores problema el porcentaje mas alto lo tiene la enfermedad acido-péptica en segundo lugar la enfermedad de hígado y vías biliares y en tercer lugar otros diagnósticos y en cuarto lugar sangrado de tubo digestivo.

También es importante mencionar que dentro de los bebedores problema es mas alto el número de patología digestiva.

La tabla No. 8 nos presenta la detección previa de consumo excesivo de alcohol por el personal médico en bebedores problema encontrando que fueron diagnosticados el 47% de los bebedores excesivos y de estos el 44% fue referido a tratamiento, el equivalente al 21% del total de esta muestra.

Y los pacientes fueron referidos a tratamiento a grupos de autoayuda.

T A B L A S

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS.

VARIABLES	HOMBRES n.37		MUJERES n.43	
EDAD (años)				
promedio	39.56		41.2	
rango	(19-63)		(18-64)	
ESTADO CIVIL				
	N.	%	N.	%
Casado.	24	64.86	21	48.83
Soltero	9	24.3	11	25.58
Viudo	2	5.4	10	23.1
Divorciado	2	5.4	1	2.3
PROCEDENCIA				
D.F.	25	67.56	31	72.09
Foráneo	12	32.0	12	27.9
ESCOLARIDAD				
Promedio (años)	5.7		6.7	
Rango	0 - 18		0 - 18	
TRABAJO ACTUAL				
SI	27	72.56	24	55.81
NO	10	27.34	19	44.18

FUENTE: Pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital General "Manuel Gea González."

TABLA No.2

CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS PACIENTES ENTREVISTADOS.

TIPO DE CONSUMO	N=80	
	HOMBRES n=37	MUJERES n=43
	%	%
ABSTEMIOS	37.83	76.74
BEBEDORES MODERADOS	10.81	18.60
BEBEDORES PROBLEMA	51.35	4.65

FUENTE: Pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

TABLA No.3

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA MASCULINA DE ESTUDIO DE ACUERDO AL CONSUMO DE ALCOHOL.

	N=57		
	ABSTEMIOS n=14	BEBEDORES MODERADOS n=4	BEBEDORES PROBLEMA n=19
EDAD PROMEDIO	42.24	37.2	40.12
ESTADO CIVIL			
Casado	9	3	12
Otro	5	1	7
ESCOLARIDAD			
Promedio	8.4	6.3	4.7
EMPLEADO	11	3	13
SIN EMPLEO	3	1	6

FUENTE: Pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

TABLA No. 4

FRECUENCIA DE ALIMENTACION COMPLETA DE ACUERDO AL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA MUESTRA MASCULINA DE ESTUDIO.

ALIMENTACION COMPLETA	ABSTEMIO N.14 %	BEBEDOR MODERADO N.4 %	BEBEDOR PROBLEMA N.19 %
Todos los días	57.14	50.0	47.36
Menos de 2 veces x semana	42.85	50.0	52.63

FUENTE: Pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital General "Manuel Gea González."

TABLA No. 5

CONSUMO DE TABACO DE ACUERDO AL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA MUESTRA MASCULINA DE ESTUDIO.

No CIGARROS POR DIA	ABSTEMIOS N.14 %	BEBEDOR MODERADO N.4 %	BEBEDOR PROBLEMA N.19 %
Mas de 20	21.42	25.0	42.10
Menos de 20	28.57	50.0	57.89
No fuma	50.0	25.0	0.

FUENTE: Pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital General "Manuel Gea González."

TABLA No. 6

CONSUMO DE CAFE DE ACUERDO AL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA MUESTRA MASCULINA DE ESTUDIO.

CONSUMO DE CAFE	ABSTEMIO N.14 %	BEBEDOR MODERADO N.4 %	BEBEDOR PROBLEMA N.19 %
Toma Café	57.14	75.0	52.64
No toma café	42.85	25.0	47.36

FUENTE: Pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital General "Manuel Gea González."

TABLA No. 7

CONSUMO DE ALCOHOL DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO MEDICO
POBLACION MASCULINA

DIAGNOSTICO CLINICO	N=37		
	ABSTEMIOS n=14	BEBEDOR MODERADO n=4	BEBEDOR PROBLEMA n=19
ENF. ACIDO-PEPTICA	28.57	50.	36.84
PROB. HEPATICO Y VIAS BILIARES	21.42	25.	31.57
SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO	14.28		10.52
OTROS DX	35.71	25.	21.05

FUENTE: Pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

TABLA No. 8

DETECCION PREVIA DE CONSUMO DE ALCOHOL POR EL PERSONAL MEDICO EN BEBEDORES
 PROBLEMA (A.U.D.I.T.)

No CASO	DIAGNOSTICO	DETECCION PREVIA		TRATAMIENTO		PUNTAJE AUDIT
		SI	NO	SI	NO	
1	Gastritis		X		X	31
2	Hepatitis		X		X	31
3	Coledocolitiasis		X		X	12
4	S.T.D.A.	X		X		16
5	Gastritis		X		X	14
6	Ulcera duodenal	X			X	34
7	C.H.A.N.	X		X		38
8	Gastritis		X		X	18
9	S.T.D.B.	X			X	16
10	C.H.A.N.	X		X		20
11	Ulcera Gastrica		X		X	27
12	Hernia hiatal		X		X	34
13	Diverticulosis		X		X	16
14	Esofagitis	X			X	20
15	Colon funcional	X		X		38
16	Hígado graso	X			X	34
17	Colitis		X		X	20
18	Salmonelosis		X		X	24
19	Ulcera gastrica	X			X	38
Total		9	10	4	15	

FUENTE: Pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

DISCUSION

Al analizar los datos demográficos encontramos que de la población del servicio de gastroenterología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", existe un 51.35% de hombres y un 4.65% de mujeres considerados como bebedores problema. Es importante mencionar que ésta es una población enferma, ya que en otros reportes de la literatura como la Encuesta Nacional de Adicciones (México, 1988) el porcentaje de bebedores excesivos o problema varía entre el 10% y el 30%. De acuerdo con dicha encuesta, el consumo excesivo de alcohol se presenta con mayor frecuencia entre la población masculina de 30 a 50 años de edad.

En este estudio, el porcentaje de bebedores problema fue del 55%. El hecho de que este porcentaje sea mayor, puede deberse a que la muestra estudiada pertenece a una población hospitalaria de sujetos enfermos y no a la población general.

Campillo y cols. (1988), al analizar las diferencias sociodemográficas entre abstemios y bebedores, reportaron que los factores económicos, sociales y culturales juegan un papel causal importante en el uso y abuso de alcohol. En este sentido, en la presente investigación se observó que el promedio de escolaridad en años fue más bajo entre los bebedores en comparación con los abstemios y un mayor

porcentaje de abstemios tiene empleo en contraste con los bebedores.

La Encuesta Nacional de Salud en México (1986-1987) reportó que el 14% de los hombres que consumen alcohol, lo hacen en forma preocupante, la mayoría de ellos situados entre las edades de 30 a 49 años, personas con baja o ninguna escolaridad, cuyo estado civil es el de casados y que muestran altos índices de tabaquismo. A diferencia del porcentaje de bebedores excesivos reportado en dicha encuesta, en este estudio la cifra porcentual creció hasta un 51% por tratarse de población enferma; sin embargo existen similitudes entre ambos estudios en relación a las variables sociodemográficas que caracterizan a los bebedores excesivos, pues los resultados coinciden en que en este estudio la edad promedio de los bebedores excesivos fue de 40 años, su escolaridad promedio fue baja (4.7 años) y el índice de tabaquismo fue alto en comparación con el de los abstemios (42% de los bebedores excesivos fuman más de 20 cigarrillos diariamente).

Posteriormente a la obtención de los datos demográficos por sexo en relación al consumo de alcohol, se consideró prudente excluir a las mujeres del análisis de los datos por considerar que el porcentaje de ellas que beben en forma excesiva fue muy bajo (4.65%) en este estudio. Sin embargo, esto coincide con lo reportado por Campillo y cols. (1987,

1988) al encontrar en sus investigaciones que el 3% de las mujeres tienen problemas ocasionados por su forma de beber. Asimismo, De la Fuente y cols. (1982, 1986) en un estudio llevado a cabo en una población hospitalaria, reportaron que más del 5% de las mujeres eran bebedoras excesivas. Como puede observarse, el porcentaje de bebedoras excesivas encontrado en este estudio se asemeja al observado en otras investigaciones.

En relación a los diagnósticos clínicos de los pacientes clasificados como bebedores excesivos, los resultados del presente estudio coinciden con otras investigaciones, observándose que la patología de aparato digestivo más frecuente entre este tipo de pacientes, la representan la enfermedad ácido péptica, las enfermedades del hígado y vías biliares y el sangrado de tubo digestivo.

Similarmente, se observó que en el grupo de bebedores excesivos, todos los diagnósticos clínicos tuvieron una proporción mayor en relación al grupo de los abstemios.

De los pacientes detectados en este estudio como bebedores excesivos, el personal médico detectó al 47% de ellos y de estos refirió a tratamiento al 44%, lo que equivale al 21% del total de bebedores excesivos, siendo importante mencionar que de todos los pacientes referidos a tratamiento, ninguno fue canalizado para recibir atención

médica, sino que se les remitió únicamente a grupos de alcohólicos anónimos. De la Fuente y cols. (1982, 1986) reportaron en un estudio de detección de bebedores excesivos en una muestra de población hospitalaria, que el médico general sólo identifica al 10% de los sujetos que beben excesivamente. En este estudio, el porcentaje de pacientes detectados por el médico fue mayor, quizá porque los médicos especialistas en gastroenterología se encuentran más sensibilizados que los médicos generales, debido a que la patología que manejan con frecuencia se relaciona con un consumo excesivo de alcohol.

CONCLUSIONES

La detección oportuna del bebedor excesivo de alcohol, constituye el primer paso para llevar a cabo estrategias de prevención secundaria, pues a diferencia de quienes ya han desarrollado dependencia al alcohol, estos sujetos son susceptibles a responder mejor ante intervenciones terapéuticas relativamente sencillas y económicas. Es aquí donde radica la importancia que pueden tener este tipo de estudios en la práctica médica.

El presente es un estudio preliminar que pretende seguir una línea de investigación basada en identificar a las personas en riesgo, en este caso bebedores excesivos de alcohol.

Los resultados de este estudio son consistentes con los de estudios previos en lo referente a la tasa de prevalencia del alcoholismo y de bebedores excesivos en hospitales generales de la Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social así como el Hospital Español de México como fué referido por Campillo y cols (1988).

En relación a la proporción de hombres y mujeres que tienen problemas con su consumo de alcohol, también se ha podido observar cierta similitud con los resultados obtenidos en diversos estudios y que utilizaron una metodología similar.

Es de suma importancia hacer mención a la frecuencia con que son diagnosticados los problemas relacionados con el consumo de alcohol. En el presente estudio se encontró que

el médico especialista, en este caso el gastroenterólogo, fue capaz de detectar el 41% de sujetos que tienen problemas con su consumo de alcohol. Sin embargo, a pesar de haber identificado a estos enfermos, no se les ofreció alguna alternativa de tratamiento para los problemas de alcohol a ninguno de ellos.

En estudios previos se ha señalado el papel tan importante que puede jugar el médico general dentro de la prevención de los problemas relacionados con el alcohol, particularmente a nivel de la prevención secundaria.

Sin embargo, al parecer aún los médicos generales o los médicos no psiquiatras, no están lo suficientemente sensibilizados para contemplar al alcoholismo como una entidad que debe prevenirse y tratarse.

A P E N D I C E S

- A) CUESTIONARIO SOBRE SALUD Y FORMA DE VIDA
- B) CUESTIONARIO A.U.D.I.T.
(ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

1. ¿En los últimos seis meses, cuántos días tomó usted sus tres alimentos completos?

- 1 Todos los días o casi todos los días
2 Tres o cuatro días a la semana
3 Uno o dos días a la semana
4 Entre una o dos veces al mes
5 Varias veces en los últimos seis meses

(_) 6

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN AL HABITO DE FUMAR.
SI USTED NO FUMA CIGARRILLOS, PASE A LA PREGUNTA NO. 5

2. ¿Cuántos cigarrillos se fuma en un día cualquiera?

- 1 Tres cajetillas o más
2 Casi dos cajetillas
3 Casi un cajetilla
4 Casi la mitad de una cajetilla
5 Menos de la mitad de una cajetilla

(_) 7

3. ¿En los últimos seis meses con que frecuencia fumó usted la cantidad anterior?

- 1 Todos los días o casi todos los días
2 Una vez a la semana
3 Una vez al mes
4 Varias veces en los últimos seis meses

(_) 8

4. ¿En un día en que fuma mucho, cuántos cigarrillos fuma usted?

- 1 Tres cajetillas o más
2 Casi dos cajetillas
3 Casi una cajetilla
4 Casi la mitad de una cajetilla
5 Menos de la mitad de una cajetilla

(_) 9

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN AL USO DE CAFE O TE.
SI USTED NO TOMA CAFE O TE, PASE A LA PREGUNTA NO. 7

5. ¿Cuántas tazas de café o té bebe usted en un día cualquiera?

- 1 Una o dos
- 2 Tres o cuatro
- 3 Cinco o seis
- 4 Siete o más

() 10

6. ¿Con qué frecuencia bebió la cantidad anterior de café o té por día en los últimos seis meses?

- 1 Diariamente o casi diariamente
- 2 Una vez a la semana
- 3 Una vez al mes
- 4 Varias veces en los últimos seis meses

() 11

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN AL USO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS. SI USTED NO TOMO NINGUNA BEBIDA ALCOHOLICA EN LOS ULTIMOS SEIS MESES, PASE A LA PREGUNTA NO. 11

Para contestar las siguientes preguntas, tome usted en cuenta que una "copa tipo" se refiere a:

- Un vaso de vino
- Una lata, vaso o botella de cerveza
- Una copa de licor mezclado (refrescos, jugos, agua mineral y otros)
- Una copa de licor solo (mezcal, tequila, brandy)
- Un jarro de pulque

7. En los días que bebe, cuántas "copas tipo" toma generalmente?

- 1 Una copa
- 2 Dos copas
- 3 Tres copas
- 4 Cuatro copas
- 5 Cinco copas
- 6 Seis copas
- 7 Siete copas,
- 8 Ocho copas
- 9 Nueve copas
- 10 Diez copas o más

() 12-15

8. ¿En los últimos seis meses, con qué frecuencia bebió

de la manera anterior?

- 7 Diariamente
- 6 Seis días a la semana
- 5 Cinco días a la semana
- 4 Cuatro días a la semana
- 3 Tres días a la semana
- 2 Uno o dos días a la semana
- 1 Varias veces al mes o menos

() 14

9. ¿En un día en que toma mucho, cuántas "copas tipo" se toma?

- 1 Una copa
- 2 Dos copas
- 3 Tres copas
- 4 Cuatro copas
- 5 Cinco copas
- 6 Seis copas
- 7 Siete copas
- 8 Ocho copas
- 9 Nueve copas
- 10 Diez copas o más

() 15-16

10. ¿En los últimos seis meses, qué tan frecuentemente tomó de la manera anterior?

- 5 Dos o más veces a la semana
- 4 Como una vez a la semana
- 3 Como tres veces al mes
- 2 Como dos veces al mes
- 1 Como una vez al mes
- 0 Menos de una vez al mes

() 17

11. Cuando se despierta en las mañanas:

a) Fuma un cigarrillo

- 2 Sí, frecuentemente
- 1 Sí, algunas veces
- 0 No, nunca

() 18

b) Se toma una copa

- 2 Sí, frecuentemente
- 1 Sí, algunas veces
- 0 No, nunca

() 19

12. Cree usted haber tenido problemas de salud debido a:
(por favor responda a cada uno de los problemas de la lista marcando sí o no)

- | | | | |
|-----------------------|----------|----------|----------|
| a) Comer en exceso | 1 () Sí | 0 () No | (_) 20 |
| b) Comer poco | 1 () Sí | 0 () No | (_) 21 |
| c) Fumar | 1 () Sí | 0 () No | (_) 22 |
| d) Trabajar demasiado | 1 () Sí | 0 () No | (_) 23 |
| e) Beber alcohol | 1 () Sí | 0 () No | (_) 24 |

Si contestó afirmativamente a cualquiera de las preguntas, por favor dé más explicaciones:

13. ¿Por alguno de los siguientes problemas ha buscado alguna vez ayuda médica y/o profesional o ha sido hospitalizado?
(por favor responda a cada uno de los problemas que aparecen en la lista, marcando sí o no)

- | | | | |
|------------------------------------|----------|----------|----------|
| a) Comida | 1 () Sí | 0 () No | (_) 25 |
| b) Fumar | 1 () Sí | 0 () No | (_) 26 |
| c) Beber alcohol | 1 () Sí | 0 () No | (_) 27 |
| d) Abuso de drogas | 1 () Sí | 0 () No | (_) 28 |
| e) Problemas emocionales/nerviosos | 1 () Sí | 0 () No | (_) 29 |
| f) Problemas de hígado | 1 () Sí | 0 () No | (_) 30 |

Si contestó afirmativamente a cualquiera de los incisos, por favor dé más explicaciones:

14. Su médico u otro profesional le ha aconsejado que debe abstenerse por completo de:

- | | | | |
|----------------------------------------|----------|----------|----------|
| a) Fumar cigarrillos | 1 () Sí | 0 () No | (_) 31 |
| b) Beber alcohol | 1 () Sí | 0 () No | (_) 32 |
| c) Realizar ejercicios físicos fuertes | 1 () Sí | 0 () No | (_) 33 |

15. ¿Cuántas veces se cambió de domicilio durante los últimos dos años?

0 Nunca

1 Una vez

2 Dos veces

3 Tres veces o más

() 34

16. ¿Cuántos años cumplidos tienen usted?

Edad _____

() 35-36

17. ¿Desea usted participar en la entrevista y regresar por lo menos otra vez durante los próximos seis meses?

1 Sí

0 No

() 37

18. Durante los últimos tres años, ha intentado usted:

a) Bajar de peso 1 Sí 0 No

() 38

b) Dejar de tomar o

disminuir la bebida 1 Sí 0 No

() 39

c) Disminuir o dejar

el cigarro 1 Sí 0 No

() 40

d) Hacer más ejercicio 1 Sí 0 No

() 41

19. Ahora que ha terminado el cuestionario, cree usted tener problemas con:

a) El peso

1 Definitivamente

5 Definitivamente no

() 42

2 Posiblemente

b) El fumar

1 Definitivamente

3 Definitivamente no

() 43

2 Posiblemente

c) La bebida

1 Definitivamente

3 Definitivamente no

() 44

2 Posiblemente

d) La condición física

1 Definitivamente

3 Definitivamente no

() 45

2 Posiblemente

NO ESCRIBA AQUI

20. Pensando en el pasado, recuerda haber tenido algún problema con:

a) El peso

1 Definitivamente 3 Definitivamente no () 46
2 Posiblemente

b) El fumar

1 Definitivamente 3 Definitivamente no () 47
2 Posiblemente

c) La bebida

1 Definitivamente 3 Definitivamente no () 48
2 Posiblemente

d) La condición física

1 Definitivamente 3 Definitivamente () 49
2 Posiblemente

21. (Sólo para mujeres)

¿Hay alguna razón para sospechar que está usted embarazada?

1 Sí 0 No () 50

PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE

1. CENTRO:

- | | | |
|------------------|-------------|---------------|
| 01 Sidney | 05 Bergen | 09 Farmington |
| 02 Cd. de México | 06 San José | 10 Harare |
| 03 Cardiff | 07 Moscú | 11 Tours |
| 04 Sofía | 08 Nairobi | 12 Otras |

(/) 74

2. LUGAR DE ESTUDIO:

- 01: Hospital Médico
- 02: Hospital Quirúrgico
- 03: Otros Hospitales
- 04: Servicio de Urgencias
- 05: Clínica
- 06: Escuela/Colegio
- 07: Industria
- 08: Consultorio de Médico General
- 09: Otros _____

(/) 75

3. ESTRATEGIA DE RECLUTAMIENTO

- 01: Referencia Médica
- 02: Referencia Administrativa
- 03: Encuesta por correo
- 04: Encuesta en sala de espera
- 05: Tamizaje de rutina
- 06: Anuncio
- 07: Otros _____

(/) 76

4. CONDICION DEL PACIENTE:

- 1: Internado
- 2: Consulta Externa
- 3: Empleado
- 4: Estudiante
- 5: Voluntarios
- 6: Otros, especificar _____

(/) 77

5. SEXO:

1: Masculino

2: Femenino

(_) 78

6. RESULTADOS:

01: Continúa con la Entrevista diagnóstica de la OMS

02: Criterio de inclusión insuficiente

03: Llena algunos criterios de exclusión
(vea lista)

(_) 79

Criterios de
Exclusión
(marque todos
los que se
apliquen)

- Beber por las mañanas
- Problemas de salud
- Necesidad de ayuda profesional
- Se le aconsejó abstinencia
- Embarazo
- Domicilio no permanente
- Edad
- Se negó a participar
- Otros (explique)

(2) 80

CUESTIONARIO AUDIT

Seleccione el número que más se aproxime a la respuesta del paciente.

1. Con que frecuencia consume bebidas que contienen alcohol ?
 - (0) NUNCA
 - (1) MENSUALMENTE O MENOS DE UNA VEZ AL MES
 - (2) DE 2 A 4 VECES AL MES
 - (3) DE 2 A 3 VECES POR SEMANA
 - (4) 4 O MAS VECES A LA SEMANA

2. Cuantas copas toma en un día típico cuando bebe ?
 - (0) 1 o 2
 - (1) 3 o 4
 - (2) 5 o 6
 - (3) 7 a 9
 - (4) 10 o más

3. Con que frecuencia toma 6 o más copas en una sola ocasión ?
 - (0) NUNCA
 - (1) MENOS DE UNA VEZ AL MES
 - (2) MENSUALMENTE
 - (3) SEMANALMENTE
 - (4) DIARIO O CASI DIARIO

4. Durante el último año, con que frecuencia se percató de que no podía detenerse una vez que había comenzado a beber ?
 - (0) NUNCA
 - (1) MENOS DE UNA VEZ AL MES
 - (2) MENSUALMENTE
 - (3) SEMANALMENTE
 - (4) DIARIO ¿CASI DIARIO

5. Durante el último año, con que frecuencia dejó de hacer lo esperado normalmente a causa de la bebida ?
 - (0) NUNCA
 - (1) MENOS DE UNA VEZ AL MES
 - (2) MENSUALMENTE
 - (3) SEMANALMENTE
 - (4) DIARIO O CASI DIARIO

6. Durante el último año, con que frecuencia ha necesitado un primer trago en la mañana para desempeñarse después de haber bebido excesivamente ?
- (0) NUNCA
 - (1) MENOS DE UNA VEZ AL MES
 - (2) MENSUALMENTE
 - (3) SEMANALMENTE
 - (4) DIARIO O CASI DIARIO
7. Durante el último año, con que frecuencia ha sentido culpa o remordimiento después de beber ?
- (0) NUNCA
 - (1) MENOS DE UNA VEZ AL MES
 - (2) MENSUALMENTE
 - (3) SEMANALMENTE
 - (4) DIARIO O CASI DIARIO
8. Durant el último año, con que frecuencia ha sido incapaz de recordar lo que pasó la noche anterior, debido a que había estado bebiendo ?
- (0) NUNCA
 - (1) MENOS DE UNA VEZ AL MES
 - (2) MENSUALMENTE
 - (3) SEMANALMENTE
 - (4) DIARIO O CASI DIARIO
9. Alguna vez usted o alguien más ha resultado lesionado a causa de su forma de beber ?
- (0) NO
 - (2) SI, PERO NO DURANTE FL ULTIMO AÑO
 - (4) SI, DURANTE EL ULTIMO AÑO
10. Alguna vez un familiar, un amigo, un médico u otro profesional de la salud le han advertido acerca de su forma de beber o le han sugerido que deje de hacerlo ?
- (0) NO
 - (2) SI, PERO NO DURANTE EL ULTIMO AÑO
 - (4) SI, DURANTE EL ULTIMO AÑO

6. Durante el último año, con que frecuencia ha necesitado un primer trago en la mañana para desempeñarse después de haber bebido excesivamente ?
- (0) NUNCA
 - (1) MENOS DE UNA VEZ AL MES
 - (2) MENSUALMENTE
 - (3) SEMANALMENTE
 - (4) DIARIO O CASI DIARIO
7. Durante el último año, con que frecuencia ha sentido culpa o remordimiento después de beber ?
- (0) NUNCA
 - (1) MENOS DE UNA VEZ AL MES
 - (2) MENSUALMENTE
 - (3) SEMANALMENTE
 - (4) DIARIO O CASI DIARIO
8. Durant el último año, con que frecuencia ha sido incapaz de recordar lo que pasó la noche anterior, debido a que había estado bebiendo ?
- (0) NUNCA
 - (1) MENOS DE UNA VEZ AL MES
 - (2) MENSUALMENTE
 - (3) SEMANALMENTE
 - (4) DIARIO O CASI DIARIO
9. Alguna vez usted o alguien más ha resultado lesionado a causa de su forma de beber ?
- (0) NO
 - (2) SI, PERO NO DURANTE EL ULTIMO AÑO
 - (4) SI, DURANTE EL ULTIMO AÑO
10. Alguna vez un familiar, un amigo, un médico u otro profesional de la salud le han advertido acerca de su forma de beber o le han sugerido que deje de hacerlo ?
- (0) NO
 - (2) SI, PERO NO DURANTE EL ULTIMO AÑO
 - (4) SI, DURANTE EL ULTIMO AÑO

FALTA PAGINA

No.

50

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Anthony JC, Folstein M, Romanoski A. Comparison of the lay diagnostic interview schedule in a standardized psychiatric diagnosis. *Arch Gen Psychiatry*, 1985; 42:667-675.

2. Babor TF, Ritson B, Hodgson RJ. Alcohol related problems in the primary health care setting: a review of early intervention strategies. *British Journal of addiction*, 1986; 81:23-46

4. Babor TF. The early detection and secondary prevention of alcoholism in France. *Journal of Studies on Alcohol*. 1983; 44(4) :600-616

4. Barcha R, Steward MA, Guze SB, The prevalence of alcoholism among general patients. *Am J Psychiatry*. 1968; 125:681

5. Borges G. Epidemiología del uso y consumo de bebidas alcohólicas: Delimitación y objetivos. *Salud Mental*, 1989; 12(2): 13-19

6. Borges G, Rosovsky H, López-Lugo E. Alcohol consumption and its impact in México, 1970-1983 mortality and crime. *British Journal of Addiction*, 1989:7

7. Campillo C, Padilla P, Díaz R, Romero M. La frecuencia de los problemas relacionados con el alcohol en la practica médica general. *Instituto Mexicano de Psiquiatria, boletín*.

8. Campillo C, Díaz R, Romero M. El médico general frente al bebedor problema. *Salud Mental*. 1988; 11 (2):4-12

9. Campillo C, Diaz R, Romero M. La prevención del alcoholismo y los trastornos relacionados con el alcohol. *Psiquiatría*, 1987; 3;179-191

10. Campillo C, Díaz R, Romero M. Early detection and management of alcohol-related problems in México. *Austrian Drug and Alcohol Review*, 1987; 6:309-313

11. Campillo C, Díaz R, Romero M, Nava A, Parra M. ¿Es el alcohol la única diferencia entre los abstemios y los bebedores ?. *Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 1988.

12. Caraveo J, González C, Ramos L. Concurrent validity of the DIS: experience with psychiatry patients in México city. *Hispanic Journal of Behavioural Science*. 1991; 13(1);63-67

13. De la Fuente R. El alcoholismo y el abuso del alcohol; visión en conjunto. *Salud Mental*, 1987;10(4);45-51

14. De la Fuente R, Medina M, Las adicciones en México I. *Salud Mental*, 1987; 10(2):3-21

15. De la Fuente R. El problema de la farmacodependencia; *Salud Mental*, 1987; 10(4);7-19

16. Gilbert M. Alcohol consumption among mexicans and mexican americans: a binational perspective. *Spanish Speaking Mental Health Reserch Center*. UCLA, 1988

17. Karno M. Development of the spanish-language version of the National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule, *Arch Gen Psychiatry*, 1988: 40:1183 1188

18. Kristenson H, Hood B, The impact of alcohol on health in the general population: a review with particular reference to experience in Malmo. *British Journal of Addiction*, 1984; 79;139-145

19. Roche A, Guray C. General Practitioner's experience of patients with drug and alcohol problems. *British Journal of Addiction*, 1991; 86:263-275

20. Wodak AD, Davis M. Severity of alcohol dependence in patients with alcohol liver disease. *British Medical Journal*. 1983; 287:1420-1422

21. Sartouris N. The Who collaboration study on strategies for extending mental health care. I. The genesis of the study. *American Journal of Psychiatry*, 1983; 140:1470-1473

22. Swenson WM, Morse RM. The use of self administered alcoholism screening tests in a medical center. *Mayo Clin Proc*, 1975; 50:204

23. Dirección General de Epidemiología, S.S. Encuesta Nacional de Adicciones, 1988.

24. World Health Organization. "Resolution WHO 28.81". *Official Records*, 1975; No.26 p48

25. Medina M, "El consumo de alcohol en México y sus problemas asociados". *Salud Mental*, 1987; 10(4):81-91

26. De la Fuente JR, Gutiérrez LM, Rivero F. "Detección precoz de alcoholismo en una población hospitalaria". *Rev Investigación Clínica*, 1982;34:1

27. Op. Cit. 24

28. Organización Mundial de la Salud, "Problemas relacionados con el uso de alcohol. Informe de un comité de expertos de la OMS, 1980; Ginebra, Suiza.

29. Velasco FR, "Alcohol and alcohol problems research". Latin America International Review Series. British journal of addictions, 1986; 81: 11-15

30. Edwards G, "Patients with drinking problems". British Medical Journal, 1969; 4: 435

31. Nolan JP. "Alcohol as a factor in the illness of university service patients. Am J Med. Sci, 1965; 249:135

32. Holt S, et al. "Alcohol and the emergency service patients". British Medical Journal, 1980; 281: 638

33. De la Fuente JR, Kershenovich D. "Detección oportuna de bebedores excesivos de alcohol". Memorias de la Tercera reunión de investigación y enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1986; 36-39

34. Thomas F y cols. The Alcohol Use Disorders Identification Test, O.M.S. 1982

35. Liber, Charles S. The Metabolism of Alcohol. Scientific American 234; 3; 25-33 1976