

11226

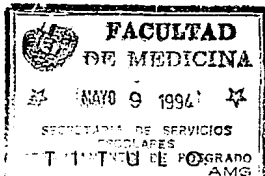


# Universidad Nacional Autónoma de México

## FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

UNIDAD ACADÉMICA DEL ISSSTE "GUSTAVO A. MADERO"



DETECCION OPORTUNA DE ALCOHOLISMO EN BASE A UN INSTRUMENTO DE APLICACION DENOMINADO: "AUDIT" (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST), CUESTIONARIO DE IDENTIFICACION EN EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL, EN PACIENTES DE 18 A 65 AÑOS DE EDAD, DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DEL ISSSTE "GUSTAVO A. MADERO"

# T E S I S

## PARA OBTENER EL DIPLOMA UNIVERSITARIO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR

P R E S E N T A

### DR. DANIEL HERNANDEZ OCAMPO



MEXICO, D. F.

1992.

### TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1994



Universidad Nacional  
Autónoma de México



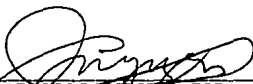
## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**


### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

  
**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**  
**FAMILIAR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UN.A.M.**

  
**DR. ARNALDO HINOJOSA CORIA**  
**COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO**  
**DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UN.A.M.**

  
**DR. DANIEL VALDEZ CASTELLANOS**  
**COORDINADOR DE DEGENCIA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UN.A.M.**

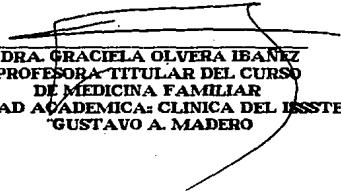
**I. S. S. S. T. E.**  
**DIRECCION CLINICA**  
**" G. A. MADERO "**



**ISSSTE**

08 Feb. 1993

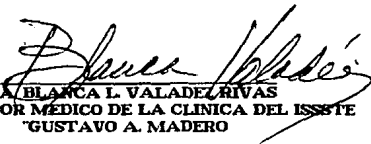
**Subdirección General Médica**  
Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación  
Departamento de Investigación



**DRA. GRACIELA OLVERA IBANEZ**  
**PROFESORA TITULAR DEL CURSO**  
**DE MEDICINA FAMILIAR**  
**UNIDAD ACADÉMICA: CLINICA DEL ISSSTE**  
**"GUSTAVO A. MADERO"**



**DRA. SILVIA MUNGUÍA LOZANO**  
**JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DE LA**  
**CLINICA DEL ISSSTE "GUSTAVO A. MADERO"**



**DRA. BLANCA L. VALADEZ RIVAS**  
**SUBDIRECTOR MÉDICO DE LA CLINICA DEL ISSSTE**  
**"GUSTAVO A. MADERO"**

**A S E S O R   D E   T E S I S**

***TITULO DE LA INVESTIGACION:***

**DETECCION OPORTUNA DE ALCOHOLISMO EN BASE A UN INSTRUMENTO DE APLICACION DENOMINADO: "AUDIT" (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST), CUESTIONARIO DE IDENTIFICACION EN EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL, EN PACIENTES DE 18 A 65 AÑOS DE EDAD, DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DEL ISSSTE "GUSTAVO A. MADERO".**

**A MIS ABUELITOS:**

**IGNACIO Y FELICIANA; MARCIANO Y JULIANA †**  
Precursores de una generacion de personas  
honestas, humildes y ávidos de saber.  
En paz descansan.

**A MIS PADRES:**

**ANACLETO Y BENITA**  
Todo mi cariño, respeto, admiración  
y ejemplo a seguir.

**A MI ESPOSA:**

**CHELO;**  
Por brindarme su valioso apoyo  
y por los momentos difíciles.

**A MIS HIJOS:**

**DANIEL**

**ITSIA**

**ANGEL**

**OSCAR**

Por permitirme su tiempo y la enseñanza  
que me brindan, **A D E L A N T E.**

**A MIS HERMANOS:**

**ARTURO †**

**Ejemplo de honestidad, rectitud y nobleza  
como un homenaje a su memoria.**

**MACARIA**

**MAURA**

**MARGARITA**

**APULEYO**

**LORENZO**

**AURELIO**

**ROSALINO**

**EDUWIGES**

**SIEMPRE UNIDOS**

**!ANTSIVE'EKANONTSA!**



**"...MAKUNDEEKA ANIMI DANANAXIYU, SAKUIN, TE  
NADITI TACHI, NDUNDE INI; TE SAY NDE KUANI..." \***

**BBSTA OCMPO (1974)**

\* "... Ya mi corazon se debilita cuesta arriba, me detengo, respiro profundo,  
recupero energias y sigo adelante..."

## INDICE

Contenido	Pág.
Introducción.....	1
MARCO TEORICO	
Antecedentes	
Aspectos Historicos.....	3
Definición y clasificación de Alcohólisto.....	6
Aspectos Epidemiológicos del Alcohólisto en México.....	11
Características y Propiedades del Alcohol.....	13
Diagnóstico de Alcohólisto.....	18
AUDIT.....	22
Pruebas de Laboratorio Útiles para Ayudar a Identificar Alcohólicos.....	25
Efectos del Alcohol sobre el organismo.....	27
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
JUSTIFICACION.....	35
OBJETIVOS.....	36
METODOLOGIA.....	37
TIPO DE INVESTIGACION.....	37
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.....	37
DEFINICION DE VARIABLES.....	38
RESULTADOS.....	39
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	40
CONCLUSION.....	41
BIBLIOGRAFIA.....	42
ANEXOS.....	44

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

El alcoholismo es el problema de salud más importante en el mundo, que el médico teme a veces diagnosticar por las implicaciones asistenciales que lleva asociado. Es, el problema médico más humano con mayores implicaciones médicas.

Para el personal de salud y el público en general, el alcohol es el ingrediente activo más importante de las bebidas alcohólicas.

Para el químico orgánico, el alcohol es un grupo genérico de compuestos con el radical químico - OH, uno de esos compuestos es el etanol, el ingrediente activo de las bebidas alcohólicas.

Para el químico industrial el alcohol en forma de bebida alcohólica seleccionada, es una meta distante: cualquier botella de vino contiene cerca de 90% de agua, algo más de 10% de etanol y menos del 1% de un numeroso grupo de moléculas que, en una mezcla precisa, irreproducible y afortunada, le confieren a cada botella el color, la textura, el bouquet, el aroma, los matices en el sabor y el precio.

Para el experto en adiciones el alcohol, es la droga de mayor consumo.

Para el moralista y el sociólogo es la droga no sólo aceptada por la casi totalidad de las sociedades, sino, además, le confiere una mayor "status".

Para las reuniones sociales, el alcohol es el alma de la reunión y la careta que permite las indiscreciones.

Para el Ginecólogo y el Pediatra el alcohol es el agente teratogénico.

Para el político es su más feroz enemigo en las interacciones con otros políticos y la prensa, y su mejor aliado en la soledad y el abandono.

Para el industrial el alcohol es el vehículo para ampliar sus relaciones y la causa más importante de ausencia laboral.

Para las instituciones de seguridad social el alcohol es continua causa de desempleo y de accidentes laborales.

Para el psiquiatra el alcohol es el sustrato de

numerosísimas alteraciones del individuo, la familia y la sociedad.

Para el espectador de la televisión el alcohol es la garantía de que serán transmitidos sus programas favoritos.

Para el agente del ministerio público el alcohol es el aliado más común de todo tipo de accidentes.

Para el chofer el alcohol es su mejor socio para no llegar a su destino.

Para el moderado hombre de la calle es el mejor agente ansiolítico.

Ninguna molécula, como el alcohol manifiestan en el ser humano efectos tan opuestos en función de la cantidad ingerida. Dos copas el bienestar, la tranquilidad, la reposada alegría; cuatro a seis copas, la incoordinación, la depresión del sistema nervioso, la agresividad, el peligro a la salud del bebedor y de quienes lo rodean.

De la voluntad de cada individuo, cada vez que esta en contacto con el alcohol, dependerá que mantenga su salud y la de sus familiares. Estas consideraciones generales nos abren un amplio campo, para hacer abordado a diferentes niveles al enfermo alcohólico, y es, una responsabilidad del trabajador de la atención primaria para la salud conocer y brindar toda la información posible a la población que lo demanda.

El presente trabajo, esta encaminado, a detectar oportunamente a pacientes derechohabientes del ISSSTE con alto riesgo en el consumo de bebidas alcohólicas, a través del AUDIT, que es un instrumento de detección para el alcoholismo, el cual tiene un alto valor de sensibilidad y especificidad.

Millones de mexicanos están afectados y muchos otros en grave riesgo de estarlo en el futuro cercano, de ahí la trascendencia y urgencia para abordar este problema.

## MARCO TEORICO

### ANTECEDENTES

#### Aspectos Históricos.

Una gran variedad de disciplinas científicas y sociales han abordado el problema del alcoholismo. Existen muchos ejemplos históricos y mitológicos que señalan las diferentes posturas que se han adoptado hacia este fenómeno. Los estudios de las mas antiguas culturas han encontrado evidencia del uso de bebidas alcohólicas desde la edad de piedra, en un periodo cercano a los 4 000 años antes de Cristo. Parece que el hombre ha bebido alcohol desde hace por lo menos 5 000 años y no existe ninguna razón para suponer que lo ingería sólo para degustarlo. Tal vez el más viejo producto vegetal que se hizo fermentar fue la miel, e igualmente existen datos que inducen a creer que el agua miel de algunas plantas sirvió para hacer los primeros destilados. Si bien los Irlandeses reclaman para sí el conocimiento inicial de la destilación, los Árabes se consideran los inventores aún 200 años antes de aquéllos. El ingenioso proceso fue también conocido por los Griegos y los Chinos de la antigüedad. Lo cierto es que, las bebidas alcohólicas producidas por fermentación, a partir de un sorprendente número de sustancias, ocupa su lugar prácticamente en todas las sociedades humanas y aún permanecen en ellas. Con todo derecho podemos deducir que los males psicológicos, físicos y sociales al que da lugar el consumo excesivo de alcohol han acosado a la humanidad desde que se integraron las primeras comunidades. El alcoholismo ha sido un acompañante persistente del hombre, seguramente no para su bien. Es una pena que tenga que ser así cuando el alcohol ingerido en forma responsable y adecuada puede contribuir al deleite y dignidad de algunas de las actividades del hombre, como la convivencia, la alimentación y el reposo. Se cuenta de testimonios escritos sobre el conocimiento que los egipcios, los antiguos hebreos, los griegos y los romanos

tenían acerca del vino y otras bebidas (incluidos los licores); supieron de sus efectos, al menos los inmediatos, y se conservan las observaciones que hicieron sobre la conducta del individuo en estado de ebriedad. Desde el principio hubo la tendencia de relacionar las bebidas alcohólicas con el sentimiento religioso. Así fue como los egipcios dieron créditos a Osiris por haberles permitido conocer el vino, los hebreos a Noé y los griegos a Baco o Dionisos, y todos creyeron que las acciones de sus dioses, fueron buenas.

En la Biblia se relata un pasaje en el que Noé, al estar comiendo uvas, no se da cuenta de que algunas están fermentadas y se embriaga, quedándose dormido y desnudo. Cuando sus hijos lo encuentran, Cam se burla de él mientras Sem y Jafet, sin mirarlo cubren su desnudez. Al recuperarse Noé maldice a Cam y condena a su descendencia a ser esclava de la de sus hermanos. Este relato muestra que el vino aunque puede producir un sentimiento de placer y bienestar y es fruto del trabajo de labrar la tierra si se ingiere en exceso, produce una situación vergonzosa, la embriaguez.

Las crónicas de los historiadores sociales coinciden en que los grupos sociales que tienen el poder y la opulencia buscan un "refinamiento" en su forma de vida y caen en el exceso de la ingestión alcohólica y demás placeres coexistentes; esto lleva a la decadencia y caída de las civilizaciones, como lo demuestran las caídas de Grecia y Roma, de la monarquía francesa en el siglo XVIII, y recientemente, la del Zarismo, la Francia en la segunda guerra mundial y la del Sha de Irán.

Según la mitología prehispánica, la princesa Xóchitl conoció el secreto del pulque como un don que los dioses otorgaron a los hombres, con la advertencia que su exceso llevaba consigo el castigo de la degradación. También se dice que cuando Quetzalcóatl enseñó a los hombres métodos de trabajo que llevaron

progresos y esplendor a su civilización, provocó la ira y la envidia del dios Tezcatlipoca, quien para destruirlo lo embriagó con pulque, provocando con ello que cometiera una serie de desatinos y su rubia belleza se marchitara una noche. Cuando Quetzalcóatl se dio cuenta de lo sucedido se sintió tan avergonzado, que se arrojó desde lo alto de una pirámide a una hoguera.

A través de la historia el alcohol se ha considerado como un beneficio otorgado por los dioses; no obstante es curioso que de todos los dones divinos, el alcohol sea el único que no satisface ninguna de las necesidades primarias del hombre y que su exceso provoque vergüenza, degradación y destrucción. El hecho de que los grupos humanos que se alcoholizan son fácilmente derrotables, probablemente se ha utilizado como estrategia en más de una ocasión a lo largo de la historia de la civilización humana.

## DEFINICION Y CLASIFICACION DE ALCOHOLISMO

Se han realizado varios intentos para definir el alcoholismo, pero ninguno de ellos a resultado totalmente satisfactorio. El "abuso del alcohol" se ha caracterizado a menudo, como el uso del mismo en un grado tal, que lleva a uno o mas de los siguientes problemas :

- a) pérdida de control sobre la bebida
- b) trastornos medicos
- c) problemas sociales, como por ejemplo, perdida del empleo.

El abuso del alcohol se distingue claramente del "alcoholismo" porque con frecuencia, los problemas relacionados con el alcohol, o el problema de la bebida, como a menudo se llama, no entrañan necesariamente dependencia alcohólica.

En la clasificación internacional de enfermedades, aprobada por la OMS en 1976, la denominación de ALCOHOLISMO queda ya sustituida por la de SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL, (SDA); que tiende a imponerse y es la única válida para englobar toda la sintomatología propia del alcoholismo crónico: "un estado psíquico, y habitualmente también físico resultante de tomar alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para tomar alcohol de manera continua o periódica, con el objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia; la tolerancia puede o no estar presente". Esta definición subraya el carácter compulsivo de la bebida, los efectos psicológicos y físicos y la dependencia ("las alteraciones por su ausencia"). En ella, se omite toda mención a la cantidad de bebida, y no se piensa en el alcoholismo como una enfermedad. Por contraposición la American Medicas Society on Alcoholiam del National Council on Alcoholism, define específicamente el alcoholismo como una enfermedad: "el alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y potencialmente mortal. Se caracteriza por tolerancia y dependencia física, o por cambios orgánicos patológicos o por ambos: todas las consecuencias directas e indirectas del alcohol



ingerido". Esta definición subraya los aspectos físicos de la bebida, incluida la dependencia, pero no toma en consideración su carácter compulsivo o las consecuencias psicosociales de la misma. Al igual que la OMS evita toda referencia a la cantidad bebida como criterio de alcoholismo.

La American Psychiatric Association define, en Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, DSM.-III; el alcoholismo como una pauta de uso patológico o de deterioro en el funcionamiento social o profesional debido al alcohol, y tolerancia o abstinencia.

Esta definición acentúa los efectos sociales y psicológicos de la bebida y el factor de dependencia, pero omite los efectos físicos y no alude el alcoholismo como enfermedad.

Una clasificación universalmente aceptada es la de Jellinek; se considera una de las mejores puesto que es útil desde el punto de vista clínico y, en general cumple con lo que señalamos al principio. Dada la dificultad para clasificar un fenómeno tan complejo, Jellinek consideró diversos elementos en una combinación que le permitió establecer cinco formas de alcoholismo. Los elementos que están involucrados son: el consumo excesivo, las complicaciones, la dependencia psicológica y/o física y la forma del consumo del alcohol.

**ALCOHOLISMO ALFA.** Esta forma implica una dependencia exclusivamente psicológica, que se debe a que el alcohol alivia las molestias físicas o los conflictos emocionales del individuo. En este caso, no existe ni la pérdida del control, ni la incapacidad para abstenerse. tampoco puede apreciarse una evolución progresiva y, en realidad, no se trata de una verdadera enfermedad, sino de una forma neurótica de consumir alcohol. Afecta a quienes tienen problemas del carácter y sufren conflictos relacionados con la angustia y la frustración; para

ellos el alcohol es un tranquilizante muy efectivo.

**ALCOHOLISMO BETA.** Se caracteriza por las complicaciones que resultan de una ingestión excesiva y prolongada de alcohol, como la gastritis, polineuritis y cirrosis. Como no existe la dependencia física, no se presenta el síndrome de abstinencia o supresión (aunque puede haber dependencia psicológica).

**ALCOHOLISMO GAMA.** En este tipo de alcoholismo, más grave si hay dependencia física y psicológica con pérdida del control o incapacidad para beber con moderación. El bebedor puede dejar de beber durante semanas y aún meses, pero al volver hacerlo, pierde totalmente el control. Evidentemente, puede presentarse el síndrome de abstinencia según Jallinek, este tipo de alcoholismo se presenta principalmente en Estados Unidos de América y en los países anglosajones.

**ALCOHOLISMO DELTA.** También implica una dependencia física y psicológica, pero a diferencia del alcoholismo gama, el sujeto no puede dejar de beber ni siquiera durante unos días y presenta el síndrome de abstinencia. Esta forma de alcoholismo es más común en los países en los que bebe primordialmente vino.

**ALCOHOLISMO EPSILON.** Es el alcoholismo periódico también llamado "Dipsomanía", no debe confundirse con el tipo gama que incluye también periodos de abstinencia.

En su indiscutible condición de farmacodependencia, el alcoholismo pertenece también al campo de la psicopatología, referimos a las dos clasificaciones más usadas de los trastornos mentales que incluyen el alcoholismo. La primera está contenida en el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación médica americana, el DSM-III, cuya formulación ha significado un gran acontecimiento para la psiquiatría moderna. La otra es la clasificación internacional de

enfermedades de la OMS, la llamada ICD-9M (International Classification of Diseases, novena edición modificada).

En el DSM-III, el alcoholismo esta incluido en la categoría de los trastornos por el uso de sustancias con los números 305.0 y 303.9, el primero con el nombre de abuso de alcohol y el segundo, con el de dependencia del alcohol (alcohólicismo). Los criterios que el manual recomienda para cada caso, son los siguientes:  
CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL.

\* Necesidad del alcohol para desarrollar adecuadamente cierta actividad.

\* Incapacidad para disminuir o dejar de beber.

\* Continuos esfuerzos para tratar de controlar o reducir la ingestión excesiva de alcohol ( periodos de abstinencia temporal o restricción de la bebida durante ciertas horas del día).

\* Embriaguez durante todo el día, como mínimo dos días.

\* Consumo ocasional de licores (o su equivalente en vino o cerveza para animarse).

\* Amnesia respecto de los conocimientos que ocurren durante la intoxicación (BLACKOUTS).

\* Persistencias en el consumo de alcohol, a pesar de que el sujeto sabe que los trastornos físicos graves que padece se exacerban con la ingesta.

\* Deterioro de la actividad laboral o social debido al consumo del alcohol; por ejemplo, actos violentos durante la intoxicación, ausentismo en el trabajo, perdida del empleo, problemas legales en general.

\* Presencia de la tolerancia o de la abstinencia :

tolerancia: necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para conseguir el efecto deseado o disminución notable del efecto con la misma cantidad de alcohol.

abstinencia: desarrollo del síndrome de abstinencia (por ejemplo, temblor matutino y malestar aliviado

por la bebida), después de abandonar o reducir la ingestión de alcohol.

La clasificación ICD-9 de la OMS no es, en el fondo, muy distinta, en ésta ya no aparece el término "alcoholismo" utilizado en el ICD-8, sino la denominación "síndrome de dependencia del alcohol" que de acuerdo con los estudios más recientes resulta ser la más adecuada; los expertos de la OMS tuvieron sin duda la misma preocupación para distinguir lo más claramente posible entre abuso y dependencia. Por eso introdujeron un nuevo rubro, el 305, para la categoría "abuso de drogas sin dependencia" en la cual el alcohol le corresponde el número 305.0; el síndrome de dependencia del alcohol le corresponde el 303 y esta incluido en los trastornos neuróticos de la personalidad y otros trastornos no psicóticos.

- 303 Síndrome de dependencia del alcohol
  - \* Alcohólicismo crónico.
  - \* Dipsomania
  - \* Embriagues aguda en el alcoholismo.
- 305 Abuso de drogas sin dependencia.
  - Alcohol, 305.0
    - \* Bebida excesiva de alcohol.
    - \* Ebriedad (borrachera).
    - \* Efectos residuales de la ebriedad.
    - \* Embriaguez.

Con esto se tiene un marco conceptual que puede permitirnos valorar cada situación individual. Pero es conveniente aclarar algunos aspectos clínicos, para no confundir estados de intoxicación aguda con el alcoholismo verdadero. Debido a las grandes variaciones individuales de respuestas al alcohol ciertos sujetos reaccionan incluso ante ingestiones moderadas, de una manera tal que un observador no experto podría clasificarlos como alcohólicos. Baja circunstancias especiales, el individuo puede

llegar al homicidio a pesar de que la dosis ingerida sólo ocasiona en la gran mayoría de los sujetos normales discreta euforia y aumento de la capacidad de convivencia.

#### ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL ALCOHOLISMO EN MEXICO

Con el propósito de identificar algunas características epidemiológicas del alcoholismo en México, se analizaron los datos generados por la encuesta nacional de salud (ENS) y la encuesta nacional de adicciones (ENA), aplicadas en 1986 y en 1988, respectivamente. Los resultados de la encuesta nacional de salud revelaron que un 7.4% de la población de 12 años y mayores consume alcohol en forma excesiva. Esto significa que probablemente, UNO DE CADA CATORCE PERSONAS de ese grupo de edades tiene problemas relacionados con el abuso de alcohol; los datos de la encuesta nacional de adicciones señalaron que el 5.9% de la población urbana de 18 a 65 años refiere manifestaciones clínicas de dependencia alcohólica; es decir, que aproximadamente 1,600,000 de mexicanos de este grupo de edad radican en poblaciones de más de 2,500 habitantes presentan alteraciones por dependencia al alcohol. También se encontró un diferencial por sexo marcadamente cargado al masculino. Los datos por grupos de edad indicaron que la dependencia de al alcohol es más frecuente en la población de 18 a 29 años en relación a otras edades, así mismo que los bebedores consuetudinarios son más frecuentes en el grupo de 30 a 39 años. Es importante mencionar que el análisis reveló una relación inversa entre el nivel de educación y la dependencia o el consumo preocupante del alcohol mientras que la relación fue directa con el tabaquismo. Se observa una estrecha relación entre el alcoholismo y los hechos delictivos, los accidentes de tránsito, y la tasa de mortalidad por cirrosis hepática. Estos datos establecen claramente que el alcoholismo constituye un difícil desafío para la salud pública de este país. Su magnitud, complejidad y tendencias demandan

acciones de gran embergadura para enfrentarlo y reducirlo. Para revisar los patrones de consumo de alcohol según el tipo de bebida ingerida, se procedió al análisis correspondiente en cada una de las regiones. La cerveza constituye la bebida más frecuentemente consumida entre nuestra población. Seguida por los destilados, vino de mesa y en cuarto lugar por el pulque. Es interesante mencionar que en el caso del pulque existe una concentración muy importante de la población que lo consume en la región centro y en la ciudad de México. En el primero de los casos, el porcentaje de población consumidora representa más de doble de la cifra nacional. Al analizar el porcentaje de población que consume pulque más de tres veces al mes según las siete regiones de la encuesta de adiciones, se pueden encontrar las cifras más altas en la región del centro, en donde casi el 10% de la población tiene este patrón de consumo, y en segundo lugar el caso de la ciudad de México con el 5.6% de la población que muestra ese mismo patrón.

Es pertinente recordar que son precisamente las entidades de la región centro y la ciudad de México, los sitios en donde se registran las tasas más altas de mortalidad por cirrosis hepática y que Hidalgo, Tlaxcala, el estado de México, Puebla y el Distrito Federal han ocupado por muchos años los cinco primeros lugares en la mortalidad por esta patología.

Como ya fue señalado, y como se desprende de los datos presentados, el alcoholismo constituye un difícil desafío para la salud pública en el país. En nuestro caso debe considerarse al alcoholismo como un poderoso indicador de las graves desigualdades sociales en que todavía nos desenvolvemos.

Millones de Mexicanos están afectados y muchos otros en grave riesgo de serlo en el futuro cercano. La complejidad y la trascendencia de este problema demandan la instrumentación de más acción y conocimiento al respecto.

## CARACTERISTICAS Y PROPIEDADES DEL ALCOHOL

El alcohol, ingrediente químico de las bebidas destiladas y del vino y la cerveza es una sustancia natural que se forma por la fermentación de la azúcar producida por diversas levaduras. Aunque existen muchos alcoholes, el que puede ingerirse en las llamadas bebidas alcohólicas es el alcohol etílico, de ahí el nombre de "etilismo" que todavía se aplica en algunas partes al alcoholismo. Se trata, como todos sabemos de una sustancia incolora, inflamable, que tiene un efecto tóxico y ciertas cualidades como antiséptico por acción germicida. En otro contexto se le puede clasificar como alimento ya que contiene calorías, pero no tiene ningún valor nutritivo teniendo en cuenta que hay diferencias importantes entre las distintas bebidas, puesto que cada una tiene otros ingredientes que pueden darles un cierto valor como verdaderos alimentos; como se menciona al principio las bebidas se obtienen de diversas fuentes de azúcar mediante el proceso de fermentación. La cerveza por ejemplo, proviene de la malta o cebada germinada, el vino de las uvas, el whisky de ciertos granos y el ron de la melaza de la caña de azúcar. Los licores fuertes sufren un proceso ulterior, el de la destilación, que produce una mayor concentración de alcohol por lo que las bebidas como el vodka, la ginebra, el whisky, el brandy, el tequila y otras más se les conoce como "bebidas destiladas". Estas últimas carecen por completo de valor alimenticio. Las que proceden sólo de la fermentación, en cambio, poseen el valor nutritivo que les dan sus otros ingredientes. La cerveza contiene carbohidratos y proteínas; también ciertos minerales como el fósforo, calcio, hierro, potasio y manganeso e igualmente algunas vitaminas como las que integran el complejo B, principalmente la Riboflavina (B2) y la Niacina (factor P-P, pelagra, ácido nicotínico), bebida que además proporciona 470 calorías por litro, lo cual se considera como un valor nutritivo. El vino es también un alimento líquido que proporciona entre 600 y 1,000 calorías por litro dependiendo de su contenido de azúcar.

Aporta algunas vitaminas, como la C (ácido ascórbico), la B2 (riboflavina) y la PP; también ciertas sales minerales en su forma asimilable como es el caso de la cerveza, pero prácticamente carece de proteínas; podemos decir que las bebidas obtenidas por fermentación (principalmente la cerveza, el vino y pulque) son verdaderos alimentos nutritivos y que las destiladas no merecen esa denominación. Como droga, el alcohol se clasifica entre las sustancias depresoras del sistema nervioso central, muchos de los problemas que se relacionan con el abuso del alcohol tienen elementos en común con otras drogas, pero hay suficientes diferencias en cuanto a las repercusiones individuales y sociales que justifican las acciones programadas de casi todos los países en contra del alcoholismo. de aquí se desprende que la toxicidad aguda del etanol depende de :

- \* La adaptación del sistema nervioso central.
- \* El tipo de bebida.
- \* La relación entre la absorción del etanol con su metabolismo y eliminación.

1.- El sistema nervioso central (SNC) puede adaptarse al alcohol sin disminuir de manera importante su función, si el sujeto esta acostumbrado a ingerir con frecuencia bebidas alcohólicas, es decir, si existe tolerancia. Las personas que acostumbran tomar vino en las comidas, toleran mucho más el alcohol que quienes ingieren licores de vez en cuando.

2.- El tipo de licor también es importante. Existen bebidas que contienen mucho alcohol y las hay con poco; hay alcoholes como el metanol que por su toxicidad pueden incluso causar la muerte. A continuación se señalan los procedimientos para calcular el grado de alcohol en las bebidas. Para ello es necesario conocer la graduación alcohólica (en grados Gay-Lussac = GL) o en grados "PROF". Y la cantidad de mililitros que contiene una copa o botella. La graduación alcohólica de la bebida puede determinarse en:

1.- Grados Gay Lussac (GL) porcentaje de alcohol en ml en cien



mililitros de la bebida a quince grados centígrados. Ejemplo = cerveza de 5 grados GL, contiene 5 mililitros de alcohol por cada cien mililitros.

II.- Grados PROF es la graduación más utilizada; corresponde el doble de graduación en la escala de Gay Lussac Ejemplo = whisky de 86 grados y PROF de 43 GL.

Los licores fuertes (ginebra, vodka, tequila, whysky, ron, brandy o coñac), contienen entre 38 y 50 grados GL.

para conocer la cantidad de alcohol puro de estas bebidas en gramos se calculara de la siguiente manera:

Transformación de mililitros a gramos de alcohol

a) la densidad de etanol es de 0.79, por lo tanto un mililitro de etanol es igual a 0.79.

b) Si se conocen los ML de alcohol de una bebida, al multiplicar esa cifra por 0.79 se obtiene la cantidad de gramos ejemplo:

1 bote de cerveza de 5 grados GL contiene 340 mililitros.

$(340 \times 5)/100 = 17$  ml de alcohol.

$17 \text{ ml} \times 0.79 = 13$  gramos de alcohol.

gramos de alcohol = ml de la bebida por graduación por 0.79 /100.

**GRADUACION Y CONTENIDO ALCOHOLICO (EN GRAMOS Y EN MILILITROS) DE ALGUNOS LICORES**

BEBIDAS	GRADOS GL	COPA 30 ml	COPA 42 ml
Ginebra extraseca	50	15 (12 g)	21 (17 g)
Vodka importada	45	14 (11 g)	19 (15 g)
Whisky	43	13 (10 g)	18 (14 g)
Tequila	42	13 (10 g)	18 (14 g)
Ron Joven			
Cognac			
Brandy importado	40	12 (9 g)	17 (13 g)
Ginebra seca			
Vodka nacional			
Ron añejo	38	11 (9 g)	16 (13 g)
Brandy nacional			

Los vinos tipos Jerez (aperitivos) contienen entre 16 y 23 grados GL; la cerveza mexicana contiene menos de 6 ml de alcohol en cada 100 ml, ó sea que su graduación es menor de 6 grados gl. La graduación de los vinos blancos de mesa varía entre 9 y 11 grados GL y de los vinos tintos de 11 a 12.5 grados. Cabe mencionar que algunos consideran "bebedor fuerte" el sujeto que ingiere al rededor de 80 gramos de etanol al día. Por otra parte, la mayoría de los estudios epidemiológicos asocian a la cirrosis con un consumo mayor de 160 gramos al día (120 a 180 gramos de etanol al día, diario durante 15 años al menos y el síndrome fetal alcohólico, con un consumo mayor de 150 gramos diarios de etanol durante el embarazo.

#### **TOXICIDAD Y ALCOHOLEMIA**

la intoxicación alcohólica aguda de grado discreto es importante en la medida en que deja molestias psicofisiológicas una vez excretado el alcohol.

En cambio la intoxicación grave puede poner en peligro la vida al producir un estado de coma con edema cerebral, insuficiencia respiratoria central o choque, otras implicaciones posibles son la neumonías por aspiración, los traumatismos, etc.

por su importancia práctica mucho se ha discutido el problema de la determinación precisa del momento en el que un sujeto está intoxicado, la cuantificación de la alcoholemia es, desde luego un índice muy útil para abordar este problema. La dosis mortal para una persona adulta común es de 300-500 ml de alcohol puro (600-800 ml) de whisky con graduación de 100 si se consume en menos de una hora, aunque se han llegado a producir síntomas graves en niños por ingestión de 1 ml/kg de alcohol desnaturalizado conteniendo 5 % de alcohol metílico. El alcohol es fundamentalmente depresor del SNC, los signos clínicos van en relación con el grado de alcoholemia y ésta llega a su máximo a los 90 minutos de haber ingerido la bebida alcohólica:

**RELACION ENTRE ALCOHOLEMIA Y ALTERACIONES NEUROPSIQUIATRICAS  
EN EL ALCOHOLISMO AGUDO**

<b>Alcoholemia g/l</b>	<b>Estado</b>	<b>Síntomas Clínicos</b>
0.3	Sobrio	No aparentes. sólo pruebas especial.
0.3-1	Euforia	Sociabilidad, hablador, auto confianza perdida de eficiencia delicada.
0.9-1.5	Excitación	Inestabilidad emocional disminución de la atención juicio y control, puede haber nistagmo.
1.5-2	Embriaguez	Deseo de dormir
	Confusión	Trastornos de memoria y comprensión.
	Borrachera	Desorientación (llora, ris) Ataxia, incoordinación de movimientos deseo de acostarse.
2-3	Estupor	Apatia, inercia. vomito, ataxia, incoordinación de movimientos.
3-4	Coma	Inconciencia, anestesia, dificultades respiratorias y cardiacas.
4-5	Posible muerte	parálisis respiratoria.

De acuerdo con Fernández-Pérez, la intoxicación alcohólica se divide en siete etapas (ebriedad, euforia, excitación, confusión, estupor, coma y muerte) o en cuatro estados (euforia, ebriedad incompleta, ebriedad completa e intoxicación aguda).

#### DIAGNOSTICO DE ALCOHOLISMO

Los Médicos sólo identificamos de 20 a 50% de los alcohólicos que se presentan para consulta. El alcohólico medio tiene pocos signos de supresión o de intoxicación aguda y casi siempre empieza quejándose de problemas físicos leves, con un número relativamente pequeño de molestias. Sin embargo, sea cual sea el modo de definición el alcoholismo es un trastorno que puede diagnosticarse y que si no se trata puede tener un curso desastroso pero con muchas posibilidades de mejoría y superación si se descubre o se trata. Este trastorno es difícil de diagnosticar, principalmente porque no pensamos en él. Es frustrante ocuparse de él", porque tenemos tendencia a ignorar al alcohólico medio y enfocamos sólo los casos más evidentes de insuficiencia Orgánica en etapa terminal y los pronósticos peores. Como respuesta a este problema se han hecho esfuerzos por diseñar entrevistas estructuradas y cuestionarios que permitan detectar precozmente al enfermo alcohólico. Las más conocidas son el MATS (Michigan Alcoholism Screening Test) y el SAAST (Self Administred Alcoholism Screen Tests), desarrolladas por la Selsler Swanson y cols. respectivamente. El MAST es un poco más sensible: el SAAST tiene la ventaja de ser autoadministrable manteniendo bajo el porcentaje de falsos negativos. La prueba CAGE (Detecting Alcoholism Questionnaire-Edwing. JA. Rouse RM-1970), son entrevistas de cara a cara de cuatro preguntas y las respuestas positivas de dos de las cuatro se considera posible indicación de alcoholismo, otra entrevista adicional breve cara a cara, descrita por Skinner y Cols., consiste en cinco preguntas de si/no acerca de la "Historia traumatismo" desde el cumpleaños número 18; cuanto mayor es el número de respuestas positivas,

mayores las probabilidades de alcoholismo. También hay varios cuestionarios que contesta el propio paciente parecidos al MAAST, por ejemplo el MAL y el Hilton Drinking Behavior Questionnaire. El Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) es una serie de 566 preguntas de tipo verdadero o falso que utiliza el paciente para distinguir entre alcohólicos y controles según los valores obtenidos en varias subescalas incluidos los valores correspondientes a Psychopathic and Depression.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la sociedad Americana de Psiquiatría (DSM-III) (American Psychiatry Association: Diagnostic and Statistical of Mental Disorders Edition 3-1980) se conceptúan dos tipos de trastornos por uso del alcohol, que definen al alcohólico por las características de dependencia Picosocial (abuso), tolerancia y abstinencia.

#### CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL ABUSO DEL ALCOHOL - DSM-III

A.- Patrón patológico de uso de alcohol: necesidad diaria de alcohol para el desarrollo de la actividad adecuada; incapacidad para disminuir o detener el consumo de alcohol; repetidos esfuerzos para controlar o reducir el exceso de bebida (períodos de abstinencia temporal) o restricción de la bebida durante determinadas horas del día; embriaguez (permaneciendo intoxicado a lo largo de todo el día, como mínimo dos días, consumo ocasional de licores para animarse (o su equivalente en vino o cerveza); períodos de amnesia para los acontecimientos que ocurren durante la intoxicación (lagunas, blackouts); continuación en el consumo de alcohol a pesar de que el sujeto sabe que los grandes trastornos físicos que padece se exacerban con la ingesta.

B.- Deterioro de la actividad laboral o social al uso de alcohol, por ejemplo, actos violentos durante la intoxicación, faltas en el trabajo, perdida del empleo, problemas legales (p. ej., detenciones por intoxicación, accidentes de tráfico durante la intoxicación), discusiones o dificultades con familiares o amigos debido al excesivo uso de alcohol.

C.- Duración de la alteración de un mes como mínimo.

#### Criterios para el Diagnóstico de la dependencia del Alcohol

A.- Patrón Patológico del uso de alcohol o deterioro de la actividad laboral o social debido al uso del alcohol:

##### Patrón

patológico de uso de alcohol.- necesidad diaria de alcohol para la actividad adecuada; incapacidad para disminuir o dejar de beber; repetidos esfuerzos para controlar o reducir el exceso de bebida (periodos de abstinencia temporal o restricción de la bebida durante determinadas horas del día; embriaguez (permaneciendo intoxicado a lo largo de todo el día, durante al menos dos días); consumo ocasional de licores para animarse (o su equivalente en vino o cerveza); periodo de amnesia para los acontecimientos que ocurren durante la intoxicación (blackouts); continuación en el consumo de alcohol, a pesar de que el sujeto sabe que los trastornos físicos graves que padece se exacerban con la ingesta.

Deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de alcohol: por ejemplo, actos violentos durante la intoxicación, faltas en el trabajo perdida del empleo, problemas legales (p.ej., detenciones por intoxicación, accidentes de tráfico durante la intoxicación),

discusiones o problemas con familiares o amigos debido al excesivo uso de alcohol.

**B.- 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 utilizado de forma regular la misma cantidad de alcohol.

**ABSTINENCIA:** desarrollo de abstinencia alcohólica (p.ej., temblor matutino, y malestar aliviado por la bebida) después de abandonar o reducir la bebida.

Los cuestionarios T-ACE; CAGE y SMAST se utilizan, con éxito, en pacientes embarazadas. La clave para utilizar cualquiera de esos instrumentos rastreadores es la manera en que se administran, es decir: el médico debe entender las características del alcoholismo mencionadas en cada prueba, las pruebas deben administrarse en forma estratégica y confiable. El médico debe obtener información adicional con persistencia pero sin condescender, ira o frustración.

## A U D I T

### THE ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

#### CUESTIONARIO DE IDENTIFICACION PARA EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

El presente trabajo de investigación se basa en un método para la identificación temprana de los bebedores que abusan del alcohol en forma excesiva, a través de un cuestionario de diez reactivos auspiciado por la OMS conocido como "AUDIT" (ver anexo) el cual presenta las siguientes características: en 1982 un grupo de investigadores internacionales desarrollaron a petición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) un instrumento de muestreo sencillo con el propósito de identificar a personas con problemas iniciales por alcohol, el cual pudiese ser de fácil aplicación por los trabajadores encargados de la atención primaria para la salud y que pudieran utilizarlos tanto en países subdesarrollados como desarrollados. Este estudio como parte de un proyecto multinacional, que abarcó seis países, (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y los Estados Unidos de America), auspiciado por la OMS, se estudiaron más de 1900 sujetos bebedores de alcohol en grados diversos. La información clínica incluyó cuatro tipos de variables:

- 1) Historia clínica completa.
- 2) Exámenes de laboratorio (volumen globular medio, lipoproteínas de alta densidad, transaminasas y otras enzimas hepáticas).
- 3) Interrogatorio detallado sobre hábitos y niveles de consumo, que incluyó tipo de bebida y su concentración en volúmenes por ciento;
- 4) Las consecuencias sociales del consumo del alcohol incluso aquellas de orden legal y, con particular énfasis, los accidentes y la violencia.



El estudio citado permitió, por un lado, el desarrollo de un instrumento de tamizase y, por el otro, conocer el grado en que los médicos (sobre todo residentes asociaban ciertos signos y síntomas con el consumo excesivo de alcohol. El mismo estudio permitió establecer ciertos indicadores clínicos de las fases tempranas de un posible patrón de consumo peligroso de alcohol:

- 1.- Antecedentes de traumatismo y cicatrices no quirúrgicas.
- 2.- Aliento alcohólico durante la evaluación.
- 3.- Trastornos digestivos vagos.
- 4.- Hipertensión arterial moderada.
- 5.- Insomnio y/o ansiedad.
- 6.- Temblor distal de miembros superiores.

En la esfera conductual y social destacan los siguientes factores:

- 1.- Ingestión de más de cuarenta gramos de etanol por día (una copa de destilados o una botella de cerveza contiene de doce a quince gramos de etanol).
- 2.- Historia de accidentes frecuentes.
- 3.- Impuntualidad en el trabajo y/o ausentismo laboral.
- 4.- Tensión nerviosa sostenida sin causa aparente.
- 5.- Ingestión rápida de la bebida.

Los resultados de laboratorio que ayudan a identificar a estos pacientes son los siguientes:

- 1.- Elevación de la gama glutamil-transferasa (GGT).
- 2.- Aumento del volumen globular medio (VGM) macrocitosis sin anemia.
- 3.- Aumento de lipoproteínas de alta densidad (HDL).
- 4.- Presencia de alcohol en la sangre durante el estudio clínico.

Siempre que se haya descartado otras causas, los cambios de GGT, VGM y HDL, se relacionan con el tiempo transcurrido desde la última ingestión de alcohol y con la cantidad de alcohol

ingerido. Por si solos estos cambios no bastan para conocer con precisión la naturaleza y magnitud del problema, pero si sugieren que el paciente está bebiendo en exceso.

**DETECCION OPORTUNA.** Los instrumentos de tamizase constituyen el elemento fundamental de la estrategia para la detección oportuna de los bebedores excesivos de alcohol en poblaciones abiertas. El tamizase consiste en la posible identificación de trastornos ligados al consumo de alcohol no reconocidos previamente, mediante la aplicación sencilla y rápida de procedimientos de bajo costo, que permitan identificar con cierto grado de seguridad (o valor predictivo), a los sujetos que pueden ser bebedores y que ingieren alcohol en forma excesiva. El tamizase no es, en si mismo, un procedimiento diagnóstico. Un paciente clasificado como "POSITIVO" por el instrumento debe ser estudiado en forma más cuidadosa, con procedimientos más precisos y con el apoyo del laboratorio, para ser diagnosticado como tal cuando corresponda. El AUDIT esta compuesto de 10 reactivos (se anexan formatos), los tres primeros se refieren a la frecuencia y a la cantidad del consumo de alcohol, y exploran el área de lo que podría considerarse consumo excesivo. Los reactivos 4, 5, y 6 explora la posibilidad de que haya dependencia al alcohol, y finalmente, los reactivos 7 a 10 se refieren a un consumo dañino de alcohol. La evaluación complementaria también es sencilla. Además de la historia de traumatismos, en el examen físico, son cinco los signos más destacados:

1) conjuntivitis; 2) vascularización de la piel; 3) temblor distal; 4) temblor de la lengua; y 5) hepatomegalia. La presencia de alguno de ellos, en ausencia de otra causa que lo explique y un aumento de la concentración de GGT, deben ser considerados como indicadores positivos de un patrón de consumo excesivo de alcohol

### CARACTERISTICAS DEL AUDIT

Sensibilidad	* X 80%	(65% - 95%)
Especificidad	X 88%	(83% - 94%)
VPP **	X 60%	(42% - 81%)
VPN ***	X 95%	(91% - 97%)

\* X = Media aritmética (x barra).

\*\* VPP = valor predictivo positivo.

\*\*\* VPN = valor predictivo negativo.

### PRUEBAS DE LABORATORIO PARA AYUDAR A IDENTIFICAR A ALCOHOLICOS

La ayuda para identificar personas que beben mucho puede lograrse mediante pruebas de laboratorio y observaciones de cambios de estos valores con el tiempo. Alteraciones de la química sanguínea muchas veces coexisten con el consumo intensivo de alcohol y como tal califican de datos de identificación, pero no diagnostican el alcoholismo per-se, estas pruebas en el mejor de los casos, más bien pueden utilizarse para aumentar la agudeza del clinico en la identificación de alcohólicos.

En el siguiente cuadro se presenta la utilidad de los valores en sangre, como signos únicos de laboratorio de consumo intenso de alcohol, y se considera la sensibilidad (osea el porcentaje de alcohólicos correctamente identificados) y la especificidad (o sea la capacidad de la prueba para excluir resultados positivos falsos) de estos parámetros individuales.

PRUEBAS DE LABORATORIO UTILES PARA IDENTIFICAR GRANDES BEBEDORES

Prueba	Valores Normales	Sensibilidad	Especificidad (%)	Comentario
1. GGT	< 40 u/l	80 +	80 +	Con 5 o más bebidas al día, frecuentemente la única prueba que muestra aumento.
2. MCV	< 90 +- 7u	50 +	90 +	Se estima que se requieren 5 o más bebidas al día para su aumento. Dada la larga duración del hematite no es adecuado para vigilar la abstinencia.
3. LFTS SGOT	10 - 40 u/karmen/ml	40 +	80	Los aumentos reflejan lesión hepática y no necesariamente se correlacionan con la ingestión de alcohol.
Fosfatasa alcalina	21-90 UI/L			
4. HDLC	< 30 ng/dl	60 +	75	Aumenta con dos o más - semanas de consumo - intenso, disminuye - con el mismo ritmo.
5. ACIDO URICO	2-9 mg/dl	< 50	50	Muchos factores pueden afectar los valores de ácido úrico, pero su empleo en combinación con otras pruebas a veces es útil.

GGT = Gamaglutamiltransferasa

MCV = Volumen Corpuscular medio.

LFTS = Pruebas funcionales hepáticas.

SGOT = Transaminasa de aspartato.

HDLC = Colesterol de lipoproteínas de alta densidad.

U/L = Unidades por litro.

< = menor que.

+ = Positivo.

## EFFECTOS DEL ALCOHOL SOBRE EL ORGANISMO

Considerando únicamente las "manifestaciones Orgánicas", vemos que el sistema nervioso, y el hígado son los más afectados. Desde el punto de vista bioquímico, los mecanismos de acción del alcoholismo sobre el sistema nervioso todavía son bastante oscuros; por lo contrario, se dispone de amplia información en relación a la bioquímica a los efectos del alcohol sobre el hígado, y sus alteraciones a nivel celular, a pesar de que aún queda mucho por aclarar. La ingestión del alcohol aumenta los requerimientos de vitaminas y sustancias lipotrópicas. El alcohol es un agente despolarizante de las membranas celulares, y así como puede afectar al sistema nervioso central y otros tejidos. También provoca cambios transitorios en la presión osmótica, que si bien son transitorios, no deben despreciarse. En dosis altas no letales el alcohol tiene una definida acción, in vivo, sobre la excitabilidad y conductibilidad del músculo cardíaco, el metabolismo intermedio del hígado, y los mecanismos enzimáticos reguladores del contenido intracelular de sodio y potasio en el riñón y otros órganos. Como el hígado es prácticamente el único órgano capaz de metabolizar el alcohol, porque tiene una enzima específica para oxidarlo: la deshidrogenasa alcohólica, se puede suponer que es el órgano encargado de impedir que el alcohol ingerido lo rebase y actúe en otros sitios, especialmente en el Sistema Nervioso Central, tanto en las intoxicaciones agudas y crónicas. La intoxicación aguda se define por sí misma. Los síntomas leves de la intoxicación aparecen en las personas normales cuando las concentraciones de alcohol en sangre alcanzan 200 mg por 100 ml, los síntomas son más graves cuando se encuentran de 250 a 450 mg; y casi mortales, en concentraciones de 500 a 700 mg/ml. En los alcohólicos se da el caso de que toleran concentraciones hasta de 1000 y 1200 mg por la habituación al alcohol de las células del organismo, y de manera especial del sistema nervioso. En grados más avanzados de alcoholismo el proceso se invierte, y la mayoría de los

alcohólicos llegan a un grado tal de intolerancia, que con una mínima cantidad, están completamente ebrios.

El alcohol afecta directamente al cerebro y el paciente lo ingiere precisamente debido a sus efectos en el sistema nervioso central (SNC). Muchos sujetos buscan compulsivamente el efecto final de euforia y placer que provoca el alcohol, sobre todo si desarrollan una dependencia física ante los efectos cerebrales y mentales que induce.

Contrariamente a lo que la mayoría de la gente piensa, el alcohol no es un estimulante si no precisamente un inhibidor cerebral general. Al parecer, su principal acción neuroquímica es inhibir el ácido gama-aminobutírico; este ácido se considera el neurotransmisor inhibitor por excelencia. Esto genera un fenómeno de excitación que se traduce fisiológicamente en una sensación placentera de bienestar y euforia. De esta forma, las áreas límbicas (consideradas como los centros de las emociones dentro del sistema nervioso) se liberan de sus inhibiciones corticales localizadas en el lóbulo central y el sujeto se libra de muchas tensiones somatopsíquicas y presiones que ejercen los centros intelectuales y superiores del cerebro. El alcoholismo crónico produce múltiples alteraciones en el tejido nervioso, como: Neuropatía periférica con alteraciones de la sensibilidad y en la fuerza, Atrofia Cerebral generalizada, lo que conlleva a la degeneración del parénquima cerebeloso. Existe desmielinización del nervio óptico causante de ceguera. Mielinolisis central pontina y que implica la demielinización aguda a nivel de la protuberancia que interfiere con la sustancia reticular y con los centros bulbares cardiovasculares. Uno de los efectos más comunes del alcoholismo en el tejido nervioso es el de la inducción de un temblor fino y constante, que en múltiples ocasiones incapacita al sujeto y que altera los movimientos finos. La degeneración de las vías largas del sistema nervioso, principalmente debido a sus efectos sobre las vías motoras puede

inducir ataxia e incoordinación motora. De todos los mecanismos que existen, es evidente que el etanol interfiere en forma indirecta y directa prácticamente en todo el metabolismo cerebral. Las múltiples alteraciones y cambios fisiológicos que induce, explican los trastornos mentales y psicológicos que padecen estos sujetos, así como las múltiples alteraciones neurológicas y de disfunción cerebral que se asocian con la ingestión crónica del alcohol.

#### **EFFECTOS DEL ALCOHOL EN EL APARATO DIGESTIVO**

El etanol se absorbe en el tracto introintestinal, sobre todo en el intestino delgado y estómago y en menor grado en colon, esta absorción depende del tipo de bebida ingerida, de la velocidad de vaciamiento gástrico y el tipo de alimento que se ingiere simultáneamente. Después de su absorción en intestino, el etanol pasa a la circulación portal y posteriormente, a la circulación sistémica, se difunde rápidamente a través de los capilares y se distribuye así entre los espacios extra e intracelulares.

Se analizan las alteraciones que el alcohol causa en el aparato digestivo, haciendo énfasis en los trastornos clínicos y patológicos secundarios, comenzando por Boca, después Esófago, Intestino Delgado y Colon, para finalizar con las Glandulas Mayores del Aparato Digestivo (hígado y Páncreas).

**BOCA.**— Los alcohólicos crónicos padecen con frecuencia de Estomatitis y Queilitis, lo cual demuestra su deficiencia en hierro y vitaminas del complejo B. Numerosos estudios indican que el Cáncer de boca, lengua y faringe es más frecuente en sujetos alcohólicos y que esta incidencia aumenta cuando el alcoholismo se asocia al tabaquismo, por otro lado, se cree que ciertas hipovitaminosis (A y B) y deficiencias de Zinc pueden contribuir

a la carcinogénesis. En sujetos alcohólicos no es raro encontrar crecimiento de glándulas parotidas asociadas a Cirrosis Hepática, Pancreatitis Crónica o Desnutrición Crónica (fundamental por deficiencias de proteínas). El alcohol estimula la secreción de saliva; esto puede contribuirse al estímulo directo sobre las células acinares secretoras o a influencias psíquicas reflejas.

**ESOFAGO.**- Se presenta el reflejo Gastroesofágico y una esofagitis por reflujo debido a que el etanol reduce la presión del esfínter, además de su misma neuropatía periférica secundaria ocasiona alteraciones motoras del esófago (caracterizadas por el deterioro progresivo de la peristalsis) sobre todo en el tercio inferior del órgano. Por otro lado, la ingesta excesiva de alcohol puede provocar vomitos y éstos al hacerse frecuentes, causan alteraciones en la mucosa a nivel de la unión gastroesofágica (síndrome de Malory-Weiss); cuando estas son intensas, pueden inclusive provocar ruptura esofágica (síndrome de Boerhave). Una de las manifestaciones de la Cirrosis Hepática son las varices esofágicas (secundarias a Hipertensión Porta), el esófago de Barret (que para muchos es la expresión crónica de esofagitis por reflujo) e incluso algunos investigadores reportan mayor incidencia de adenocarcinoma esofágica.

**ESTOMAGO.**- Un considerable número de estudios experimentales han demostrado que la ingestión de etanol causa alteraciones gástricas secundarias. El etanol destruye la mucosa del estómago, incrementa la secreción de iones hidrógeno (en sujetos alcohólicos, la masa de células parietales se encuentra aumentada) y ocasiona alteraciones motoras que afectan el vaciamiento gástrico. El alcoholismo crónico se asocia con gastritis estrófica, así como con pérdida crónica de sangre y proteínas. La pérdida crónica de sangre y proteínas contribuye a la anemia y a la desnutrición proteica de los sujetos con alcoholismo crónico. Al parecer los efectos del alcohol en la función motora del estómago dependen de la concentración de



etanol ingerida. A concentraciones de alcohol de 8 a 10 g/100 ml se encontraron alteraciones en vaciamiento gástrico (aceleración o retardo); a concentraciones mayores, habitualmente el vaciamiento gástrico se encuentra retardado. Tal vez debido a la hiperosmolaridad de las soluciones que contienen alcohol. De lo anterior puede deducirse que si un sujeto tiene alteraciones en la mucosa gástrica, aumento en las secreciones de iones hidrógeno y trastornos motores que alteran el vaciamiento gástrico, el daño producido por el alcohol es intenso y tiende a formarse un círculo vicioso.

**INTESTINO DELGADO.-** En los pacientes alcohólicos se han reportado alteraciones en la absorción D-Xilosa, Tiamina, Acido Fólico y vitamina B-12 y grasas. Aunque algunos alcohólicos crónicos sin evidencia de enfermedad pancreática presentan esteatorrea, por lo general ésta no es clínicamente significativa. En los sujetos alcohólicos, el tiempo de tránsito intestinal se encuentra disminuido. La ingesta de dosis altas de etanol suprime las contracciones yeyunales tipo I e incrementa las contracciones propulsivas tipo III del ileon, lo cual contribuye a aumentar la movilidad intestinal. Otros estudios señalan que la ingestión de etanol causa acortamiento de las vellosidades yeyunales y disminución de las células mucosas de superficie; los cambios más evidentes en el ileon se verifican en las criptas en las que aumenta el número de células (sugerente en un incremento de la división celular). Todo esto es lo que explica de alguna manera la diarrea que presentan muchos de estos pacientes.

**COLON.-** es poco lo que se sabe acerca de las alteraciones que la ingesta aguda y crónica provoca en el colon, las concentraciones de etanol que llegan al colon suelen ser sumamente bajas, por lo que es poco probable que existan alteraciones en la mucosa por el efecto tóxico directo del alcohol. La diarrea que presentan los pacientes con alcoholismo agudo y crónico se relacionan más bien con alteraciones pancreáticas o del intestino delgado. Algunos

investigadores sugieren que existen alteraciones motoras, aunque no se ha demostrado de una manera clara.

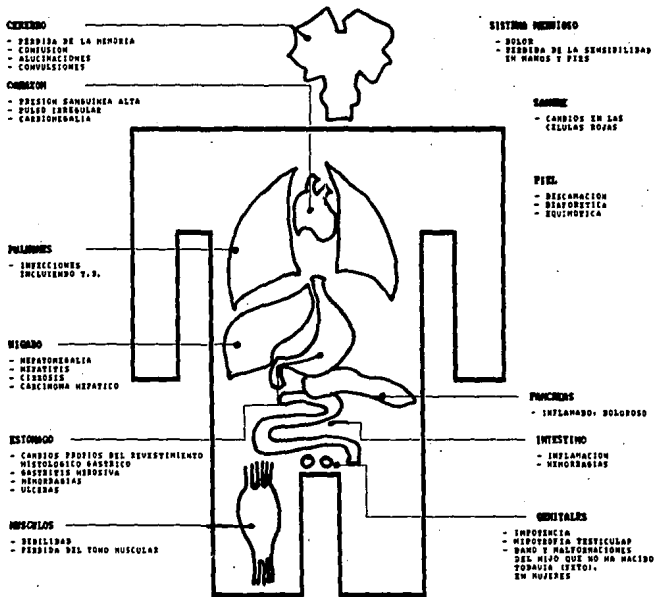
**PANCREAS.-** El etanol es responsable de una gran variedad de alteraciones pancreáticas que incluyen; las formas agudas (hemorrágica, edematosa y recurrente) y las formas crónicas. La diferenciación entre estos tipos de pancreatitis puede ser difícil, en especial cuando se presentan formas agudas recidivantes y formas crónicas recurrentes. El etanol aumenta la secreción gástrica de ácido clorídrico, lo cual estimula la liberación de secretina y de colecistoquinina (pancreozimina). Además, el contacto del alcohol con la mucosa antral induce liberación de gastrina y ésta afecta la secreción pancreática. Esta hipersecreción puede ocasionar lesiones agudas que aumentan la presión del jugo pancreático, sobre todo cuando existe hipertonia o aumento de la resistencia del esfínter de Oddi. Desde el punto de vista histológico, la pancreatitis alcohólica se manifiesta inicialmente por; lesiones focales que afectan algunos lobulillos aislados "tapones" de proteínas en los conductos (algunos de los cuales se encuentran calcificados), disminución de las células acinares y reemplazo de estas por conductillos dilatados y áreas de esclerosis. En este estadio, el conducto de Wirsung suele ser normal aunque pueden encontrarse pseudoquistes asociados y alteraciones agudas (edema, necrosis o hemorragia). En estadios tardíos, las lesiones suelen ser más difusas e involucran a todos los lóbulos; además, el conducto pancreático principal se encuentra dilatado y parcialmente obstruido, tanto por estenosis como por la formación de cálculos. El tratamiento de la pancreatitis alcohólica (aguda y crónica) requiere de medidas de sostén o sustitutivas; sin embargo todos los autores están de acuerdo en que el pronóstico final depende básicamente del abandono del hábito alcohólico.

**HIGADO.-** Las alteraciones hepáticas producidas por el alcohol generan un amplio espectro de manifestaciones bioquímicas,

clínicas e histológicas que varían desde alteraciones subcelulares mínimas hasta cirrosis hepática y en ocasiones, hasta el desarrollo de hepatocarcinoma. La etiopatogenia de estos padecimientos se ha relacionado con la cantidad y el tipo de bebidas alcohólicas, así como con el tiempo y la frecuencia de su ingesta, invocándose también factores nutricionales, genéticos y más recientemente inmunológicos. El alcohol por sí mismo, es hepatotóxico, independientemente de factores nutricionales; los sujetos no alcohólicos no son menos susceptibles a los efectos dañinos del alcohol sobre el hígado y la embriaguez no es un prerequisite para que se produzca daño hepático. Actualmente se acepta que la esteatosis hepática es una lesión reversible pero capaz de evolucionar a cirrosis, la cual generalmente es irreversible y mortal a corto o a largo plazo. En referencia a la génesis de la cirrosis alcohólica, algunos investigadores han encontrado que: a) no existe relación entre cantidad y tipo de bebidas alcohólicas; b) se requieren de 5 a 25 años de ingestión constante de bebidas alcohólicas para desarrollar esta enfermedad; c) El marcador genético HLA-A28 está prácticamente ausente y el HLA-B8 prevalente en pacientes con cirrosis; d) el etanol o su derivado, el acetaldehído, por sí mismos actúan modificando las proteínas hepáticas, quizá actúen como inmunógenos, ya que se han demostrado anticuerpos y linfocitos sensibilizados contra el tejido hepático e inclusive linfocitos que se transforman en blastos en presencia de etanol.

En resumen, se puede concluir que el alcohol tiene repercusiones en forma directa o indirecta en toda la economía de órganos y sistemas del cuerpo humano, como se reproduce en el siguiente esquema sobre los efectos del alcohol en el organismo.

## EFFECTOS DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO



LOS GRAVES RIESGOS DEL BEBEDOR

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el primer nivel de atención médica no se toman en cuenta los problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol, siendo que el 15 % de todos los enfermos hospitalizados pueden ser alcohólicos, cerca del 25 % de todas las hospitalizaciones son debidas de manera indirecta o directa, al consumo de alcohol, una tercera parte de todos los enfermos recibidos en los servicios de urgencias, muestran concentraciones de alcohol detectables al momento de su ingreso, así mismo, el 17 % de suicidios, 45 % de violaciones, 12 % de niños maltratados, y una tercera parte de todos los actos delictivos están ocasionados por el consumo excesivo de alcohol. Además se ha calculado que el médico general diagnóstica únicamente a uno de cada 10 alcohólicos.

La urgente necesidad de realizar una detección temprana y un diagnóstico oportuno y seguro de este problema, va a ayudar a disminuir tratamientos innecesarios; abreviar hospitalizaciones y probablemente disminuir en forma significativa las cifras de mortalidad.

El presente trabajo está apoyado en un instrumento (cuestionario) conocido como AUDIT, el cual ayuda a detectar a pacientes alcohólicos que muchas veces pasan desapercibidos en la consulta de primer nivel de atención, este método no es costoso y no toma mucho tiempo y, si da resultados altamente fidedignos.

## JUSTIFICACION

El número de personas que abusan o son adictas al alcohol ha alcanzado cifras alarmantes, las consecuencias psicológicas, familiares y socioeconómicas de este problema son dramáticas, por otra parte, sus repercusiones en las relaciones humanas, tanto familiares como sociales, y sus relaciones con los elevados índices de criminalidad, delincuencia, accidentes, etc., hacen del alcohol uno de los problemas de salud pública más importante en nuestro país, por ello es importante que los profesionales de la salud tengamos una visión más amplia de este problema detectándolos en el primer nivel de atención y así evitar un síndrome de dependencia aguda o complicaciones hepáticas y/o neurológicas entre muchas otras. Por lo que, la justificación de este trabajo quedará manifiesta en la medida de que todo médico trate de mejorar la calidad de vida del paciente alcohólico, haciendo una detección y un diagnóstico oportuno.

De esta manera, su expectativa de vida no sería menor de 10 a 12 años de vida y sus relaciones interpersonales como: desintegración familiar, separaciones y divorcios, ausentismo laboral, accidentes, etc., tendrán otro fin, y no por alcoholismo.

## OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia en el abuso del consumo de alcohol, en pacientes derechohabientes del ISSSTE de la clínica "Gustavo A. Madero".

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

Hacer una detección sobre:

- 1.- Abuso y frecuencia en el consumo de alcohol.
- 2.- Dependencia al alcohol.
- 3.- Daño orgánico ocasionado por el alcohol.

En pacientes de ambos sexos y entre las edades de 18 a 65 años.

## TAMANO DE LA MUESTRA

100 pacientes derechohabientes, obtenidos en forma aleatoria, de ambos sexos, y con una edad entre 18 a 65 años.

## TIPO DE INVESTIGACION

El presente trabajo es una investigación: Aplicada; Exploratoria; Clínica; Transversal y Retrospectiva.

## METODOLOGIA

Se aplicó un cuestionario denominado: AUDIT, compuesto de 10 reactivos, en una muestra aleatoria de 100 pacientes, que acuden a su consulta por cualquier causa y que cuenten con los criterios de inclusión; se recolectaron los datos y se integraron para su análisis.

## CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes ambos sexos
- Mayores de 18 años y menores de 65 años
- Sepan leer y escribir
- Ser derechohabientes del ISSSTE
- Contestar el cuestionario, aceptando libremente y en forma confidencial.

## CRITERIOS DE EXCLUSION

- Menores de 18 años o mayores de 65 años
- No saber leer o escribir
- Presentar trastornos mentales
- No ser derechohabientes del ISSSTE
- Negarse a realizar la encuesta
- Ser alcohólico anónimo

## CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes que contesten más de una opción



## DEFINICION DE VARIABLES

Las variables dependientes de este trabajo van hacer:

### I.- peligro en el consumo de alcohol

- 1) frecuencia en la ingesta de bebidas
- 2) cantidad de los días típicos en que bebe
- 3) frecuencia en el exceso de la bebida

### II.-indicadores de dependencia

- 4) dificultad para controlar su bebida
- 5) incremento en su bebida
- 6) beber por las mañanas

### III.-daño en el consumo de alcohol

- 7) remordimiento después de tomar
- 8) olvidos frecuentes cuando esta bebiendo
- 9) lesiones o injurias ocasionados por el alcohol
- 10) otras personas preocupadas por su manera de beber

Cada reactivo consta de cinco posibles respuestas, a lo cual, el paciente elegirá alguna que corresponda a su veracidad; se considera "POSITIVO" una calificación igual o mayor de 8, (ver anexo en donde se presenta el cuestionario). Además, consta de una evaluación complementaria en la búsqueda de cinco signos clínicos: conjuntivitis, vascularización de la piel, temblor distal, temblor de la lengua y hepatomegalia. La presencia de cualquiera de estos signos sin causa que lo justifique, será considerado altamente positivo; cabe hacer la aclaración que el cuestionario es enteramente confidencial, sin otro dato que la edad y sexo.

## RESULTADOS

Del trabajo realizado se encontró lo siguiente: de los pacientes encuestados por sexo y grupos de edad se obtuvo que el rango de pacientes femeninas fue de 18 a 59 años de edad y el grupo de edad más frecuente fué la comprendida entre los 26 y 35 años con un porcentaje del 52 %, y una media aritmética de 33, cuadro 1, gráfica 1; de las cuales tres mujeres presentaron positividad con una calificación mayor de ocho puntos, gráfica 2 y 3, equivalente al 3 %; quedando de la siguiente forma:  
de las cincuenta mujeres encuestadas resultaron tres con positividad.

- Frecuencia y abuso.....0	
- Dependencia.....0.....67 %	
- Daño.....1.....33 %	
Total.....100 %	

### Gráfica 3

En el sexo masculino de los pacientes encuestados se encontró que el rango de edad fué de 19 a 64 años, siendo el grupo de edad más frecuente de 26 a 35 años, con un porcentaje del 42 % y una media aritmética de 35; cuadro 2, gráfica 4; resultando 16 hombres positivos con una calificación mayor de 8 puntos y un porcentaje del 16 %, gráfica 5, quedando de la siguiente manera:

- Dependencia.....0.....81 %	
- Daño.....1.....6 %	
- Frecuencia.....2.....13 %	
Total.....100 %	

En el cuadro 3 se integran todos los datos y resultados obtenidos por grupos de edad, y de ambos sexos, y aparecen en la gráfica 6; el total de derechohabientes positivos fué 19 que equivaldría al 19 % y de 81 negativos igual al 81 % dando un universo de 100.

## ANALISIS DE LOS RESULTADOS

De los resultados obtenidos se analiza lo siguiente:

El instrumento AUDIT: detecto de los 100 cuestionarios aplicados a 19 derechohabientes positivos, siendo 16 hombres y 3 mujeres, los cuales son candidatos a un mejor seguimiento médico, consistente en una historia clinica completa, y a exámenes de laboratorio consistentes en: Gamaglutamiltransferasa (GGT), volúmen corpuscular medio (MCV), transaminasaglutamicopirubica (TGP), bidirrubinas, ácido úrico y colesterol. De esta manera se cumple el objetivo de detectar oportunamente a los pacientes que abusan, son dependientes y presentan algun daño por su consumo excesivo de bebidas alcohólicas, pudiendoles brindar la oportunidad de preveer algunas de las complicaciones del alcoholismo y su expectativa de vida se podrá alargar a más de diez años.

## CONCLUSION

La utilidad de instrumentos como el AUDIT, permiten detectar oportunamente a pacientes alcohólicos que acuden a recibir atención médica en las diferentes clínicas de primer nivel de atención, da confianza y seguridad para su aplicación, ya que, los resultados obtenidos concuerdan con las encuestas que se han realizado a grandes escalas. Por lo que, es urgente que los profesionales de la salud, y en especial los médicos familiares conozcamos y estemos informados constantemente sobre la prevalencia, incidencia y frecuencia de este problema médico, psico-social que es el alcoholismo, aplicando programas, campañas, jornadas, seminarios, talleres, etc., que permita la aplicación de instrumentos como el AUDIT, para beneficio de nuestros pacientes y de la sociedad.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders. Edition 3. Washington, DC. 1980.
- 2.- Arthur L. Klatsky M.D., Friedman. Alcohol and Mortality. Am. College Of. Physicians. Annals Of Internal Medicine 1981:95: 139-45.
- 3.- Babor, F.T. De La Fuente, JR. Saunders, J., Grant, N. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. World Health Organization (WHO). WHO/DAT/Geneva. 1989; P.1-24.
- 4.- Bernal N.M. Cirrosis Alcohólica e Inmunidad. Gaceta Médica de México. Vol. 114-Nº 6-Jun, 1978. F.295-298.
- 5.- Campillo, S.C. El consumo de alcohol en México, desde una perspectiva de Salud Pública. México. Salud Mental. Vol. 8 -- Nº 1, 1985.
- 6.- Deborah S. Cowley, M.D. Alcohol Abuse, Substance abuse, and Panic Disorder. The American Journal Of Medicine. Jan 24, 1992 Vol. 92, P. 41-47.
- 7.- De La Fuente JR. Gutierrez LM. Kershenovich D. Detección - Precoz de Alcoholismo en una Población Hospitalaria, Rev. Invest. Clin. (Méx.) 34: 1-6, 1982.
- 8.- Edwards G. Arif A y Cols. Nomenclature and clasificación - Of Drugs and Alcohol Related Problems: A WHO Memorandum. BULL WHO 1981; 59:225.
- 9.- Griffith. E. Tratamiento de Alcohólicos. México. Edit. Trillas. 1986.
- 10.- Guerra A.J. El Alcoholismo en México. Fondo de Cultura Económica 1977.

- 11.- Jacques Joustelle.La Vida Cotidiana de los Aztecas en Vísperas de la Conquista.Fondo de Cultura Económica. 1984. La Luna y los Dioses de la Embriaguez.F. 101.
- 12.- Medicine.Tratado de Medicina Práctica.Psiquiatría II. Alcoholismo.Vol. 36, Dic. 1991. P. 2418-2425.
- 13.- Medicina Integral.Las alternativas actuales en el Tratamiento del Alcoholismo.Vol.5 N88 Agosto de 1991.F.- 325-33.
- 14.- Medicina Integral.Alteraciones Hematológicas Inducidas por el Alcohol.Vol. 5 N8 12,DIC.1984 P. 508-15.
- 15.- Medina Mora Me, de la Farra A y Cols.El Consumo de -- Alcohol en la Población del Distrito Federal.Salud -- Pública. 1980: 3: 281-8.
- 16.- Mundo Medico.Evaluación del Alcoholismo. ¿Que Preguntar al Paciente?. Vol. XIX N8 214 FEB. 1992.
- 17.- Revista de la Facultad de Medicina. UNAM.Vol.35 N82 - Abril - Junio, 1992. F. 45-63.
- 18.- Rev. de la Facultad de Medicina.Aparato Digestivo y - Alcoholismo.Vol. XX,año 20 N8 II, 1977. UNAM.
- 19.- Screening Testes For Alcoholism.Lancet (Ed.) 1980; -- 2: 1117-19.
- 20.- Schuckit HA.Michael I.Diagnosticos Dificiles, P.1205-1227.
- 21.- Selzer, M.L. The Michigan Alcoholism Screating Test:- The Quest for a New Diagnostic Instrument.Am.J.Psychyatri. 127: 1653, 1971.

- 22.- Skinner HA; A Multivariate Evaluation of the CAAST.  
 Stud alcohol, 40:331-344, 1979.
- 23.- Swanson, W.M. & Urso, R.M. The use of a self administered  
 alcoholism screening test. CAAST in a Medical Center. Ma-  
 yo Clinic Proc. 50:204,1975.
- 24.- Tribuna Médica. Alcohol y Automovil. Tomo I-no. 8, Abril  
 (II) 1986. P.25-27.
- 25.- Velasco R.R.; Alcoholismo. Visión Integral. Ed. Trillas  
 1988.
- 26.- Velasco Fernández R. Esa enfermedad llamada Alcoholismo.  
 Ed. Trillas. Oct. de 1990. P. 1-81.
- 27.- Sosa Hernandez, A, Tesis: Autoconcepto del paciente alcohó-  
 lico de veinte a cincuenta años de edad, en base al test  
 de Tenesse. Nov. de 1991.
- 28.- Hernandez Toto. Tesis: Autoconcepto de un grupo de adole-  
 centes con padre alcohólico. Universidad de las Américas, -  
 Fac. de Psicología. P. 5-39. 1987.
- 29.- WHO COLLABORATE PROJECT ON IDENTIFICATION AND TREATMENT  
 OF PERSONS WITH HARMFUL ALCOHOL CONSUMPTION.  
 WHO/MNH/DAT-863. English only. IMP(Instituto Mexicano de  
 Psiquiatría) Méx. D.F.

A N E X O S





APLICACION DEL CUESTIONARIO \*AUDIT\* (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST) A DERECHAHABIENTES DE LA CLINICA: "GUSTAVO A MADERO", COMPRENDIDOS ENTRE LA EDAD DE 18 A 65 AÑOS, AMBOS SEXOS COMO UN TRABAJO SOCIAL PARA DIAGNOSTICAR OPORTUNAMENTE EL SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL; CUESTIONARIO CONFIDENCIAL, ANOTE SOLAMENTE SU EDAD, SEXO Y FECHA.

CUESTIONARIO: A U D I T

Cruce con una (X) el paréntesis correspondiente a su veracidad

- 1.- ¿Qué tan frecuentemente ingiere bebidas alcohólicas?  
0 = Nunca.....( )  
1 = Una vez al mes o menos.....( )  
2 = Dos o cuatro veces al mes.....( )  
3 = Dos o tres veces por semana.....( )  
4 = cuatro o más veces por semana.....( )
- 2.- ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe?  
0 = 1 ó 2.....( )  
1 = 3 ó 4.....( )  
2 = 5 ó 6.....( )  
3 = 7 ó 9.....( )  
4 = 10 o más.....( )
- 3.- ¿Qué tan frecuentemente toma 6 o más copas en la misma ocasión?  
0 = Nunca.....( )  
1 = Menos de una vez al mes.....( )  
2 = Mensualmente.....( )  
3 = Semanalmente.....( )  
4 = Diario o casi diario.....( )
- 4.- Durante el último año, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?  
0 = Nunca.....( )  
1 = Menos de una vez al mes.....( )  
2 = Mensualmente.....( )  
3 = Semanalmente.....( )  
4 = Diario o casi diario.....( )
- 5.- Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?  
0 = Nunca.....( )  
1 = Menos de una vez al mes.....( )  
2 = Mensualmente.....( )  
3 = semanalmente.....( )  
4 = Diario o casi diario.....( )
- 6.- Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?  
0 = Nunca.....( )  
1 = Menos de una vez al mes.....( )  
2 = Mensualmente.....( )  
3 = Semanalmente.....( )  
4 = Diario o casi diario.....( )



- 7.- Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?
- 0 = Nunca.....( )
  - 1 = Menos de una vez al mes.....( )
  - 2 = Mensualmente.....( )
  - 3 = Semanalmente.....( )
  - 4 = Diario o casi diario.....( )
- 8.- Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?
- 0 = Nunca.....( )
  - 1 = Menos de una vez al mes.....( )
  - 2 = Mensualmente.....( )
  - 3 = Semanalmente.....( )
  - 4 = Diario o casi diario.....( )
- 9.- ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingestión de alcohol?
- 0 = No.....( )
  - 2 = Sí, pero no en el último año.....( )
  - 4 = Sí, en el último año.....( )
- 10.- ¿Algún amigo, familiar o Doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje?
- 0 = No.....( )
  - 2 = Sí, pero no en el último año.....( )
  - 4 = Sí, en el último año.....( )

NOTA: Si desea saber el resultado de este cuestionario anote su cedula de Registro como Derechohabiente de esta clinica y el Número de cuestionario que aparece al principio, los resultados apareceran en su expediente clinico para ser comentados con su Médico Familiar o con el Dr. Hernandez Dcampo R-III MF, de Lunes a Viernes de 8 a 15 hrs, para mayor información.



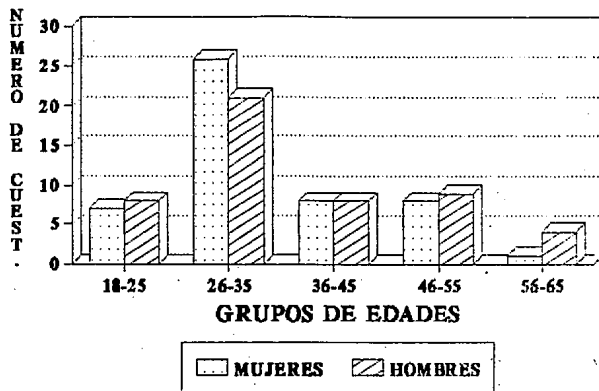
EVALUACION CLINICA COMPLEMENTARIA DEL \*AUDIT\*  
EXAMEN FISICO REALIZADO POR MEDICO FAMILIAR  
PARA APOYAR UN DIAGNOSTICO OPORTUNO EN EL --  
SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL.

- I.- CONJUNTIVITIS.....Presente( ).....Ausente ( )
- II.- VASCULARIZACION DE LA PIEL.....Presente( )..ausente ( )
- III.-TEMBLOR DISTAL..... presente( )..... AUSENTE( )
- IV.- TEMBLOR DE LA LENGUA.....presente( )....AUSENTE( )
- V.- HEPATOMEGALIA.....presente( ).....AUSENTE ( )

NOTA: La presencia de alguno de estos signos, en ausencia --  
de otra causa que lo explique debe ser considerado como  
indicador positivo y sugestivo de un patron de consumo--  
excesivo de Alcohol.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## APLICACION DEL "AUDIT" POR GRUPOS DE EDAD

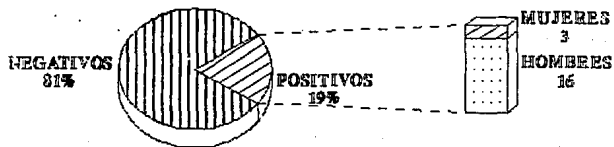


HOJA DE RECOLECCION DE DATOS  
N = 100

GRAFICA No.1

# APLICACION DEL "AUDIT" % DE PERSONAS POSITIVAS DETECTADAS

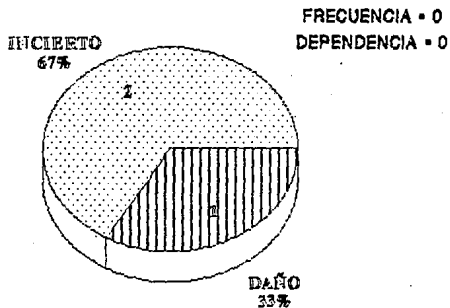
## HOMBRES Y MUJERES



HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS  
N = 100

GRAFICA No. 2

**APLICACION DEL "AUDIT"  
% DE PERSONAS POSITIVAS DETECTADAS  
ESPECIFICANDO VARIABLES  
MUJERES**

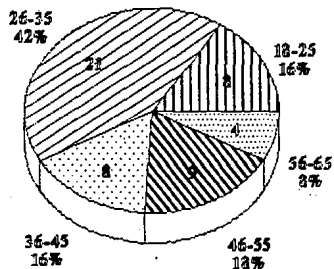


HOJA DE RECOLECCION DE DATOS  
N = 3

GRAFICA No. 3

# APLICACION DEL "AUDIT" POR GRUPOS DE EDAD

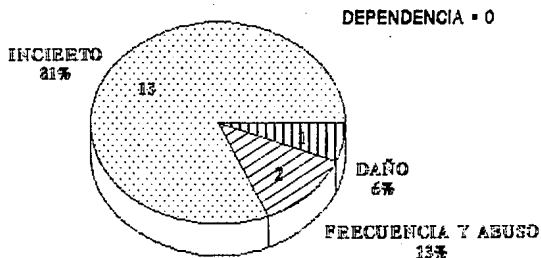
HOMBRES \*



HOJA DE RECOLECCION DE DATOS  
\* EL % SE PRESENTA SOBRE 50 HOMBRES.

GRAFICA No. 4

**APLICACION DEL "AUDIT"**  
**% DE PERSONAS POSITIVAS DETECTADAS**  
**ESPECIFICANDO VARIABLES**  
**HOMBRES**



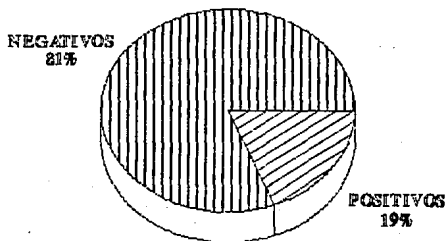
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS  
N = 16

GRAFICA No. 5



**APLICACION DEL "AUDIT"  
% DE PERSONAS POSITIVAS DETECTADAS**

**HOMBRES Y MUJERES**



**HOJA DE RECOLECCION DE DATOS  
N = 106**

**GRAFICA No. 6**

INSTRUMENTO "AUDIT". 100 CUESTIONARIOS; 50 HOMBRES Y 50 MUJERES.  
 GRUPOS DE EDAD Y SEXO, DE PACIENTES A LOS QUE SE APLICÓ EL "AUDIT"

GRUPOS DE EDAD	SEXO FEMENINO	%
18 - 25	7	14 %
26 - 35	26	52 %
36 - 45	8	16 %
46 - 55	8	16 %
56 - 65	1	2 %
T O T A L	50	100 %

Fuente: Hoja de recolección de datos. CUADRO 1  
 n=50.

GRUPOS DE EDAD	SEXO MASCULINO	%
18 - 25	8	16 %
26 - 35	21	42 %
36 - 45	8	16 %
46 - 55	9	18 %
56 - 65	4	8 %
TOTAL	50	100

Fuente: Hoja de recolección de datos. CUADRO 2  
 N=50

INSTRUMENTO 'AUDIT'. 100 CUESTIONARIOS; 50 HOMBRES-50 MUJERES  
 GRUPOS DE EDAD Y SEXO, DE PACIENTES A LOS QUE SE APLICÓ 'AUDIT'  
 LOS CUALES PRESENTAN POSITIVIDAD

GRUPOS DE EDAD	SEXO		FREC. Y ABUSO		DEPENDENCIA		DAÑO		CAL. > 8	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
18--25	8	7							1%	
26--35	21	26					1*		5%	1
36--45	8	8	1*						4%	1
46--55	9	8	1*					1%	5%	1
56--65	4	1							1%	
TOTAL	50	50	2				1		16%	3

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

\* = Positivo

CUADRO 3