

00689
4



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Facultad de Contaduría y Administración

T e s i s

**“Patrones de Consumo de Alcohol en el personal de
un Hospital de la Ciudad de México”.**

Que para obtener el grado de:

**Maestro en: Administración de
sistemas de salud**

Presenta: Luis Humberto Guedes Nicola

Tutor : Jorge Ruiz de Esparza

Asesor Metodológico: Dr. Luis Berruecos Villalobos

México, D.F.

2003

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

A Benjamín Álvarez Rubio; Maestro en Metodología y estadísticas del Colegio de Ciencias Humanidades quién me ayudo de una forma invaluable.

Al Dr. Luis Berruecos por su paciencia durante el proceso Metodológico de la Tesis.

Al Dr. Carlos González Lara Director del Hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI por el visto bueno para la realización de la Tesis.

Al Jefe de servicios Básicos y a su personal por la colaboración para este trabajo.

A Los Delegados Sindicales de los Tres Turnos del Hospital por su comprensión y su anuencia para la realización de este trabajo.

Autorigo a la Dirección General de Estudios de la UNAM a difundir en Internet el contenido de este trabajo.
NOMBRE: José Humberto Guzmán Nicolás
FECHA: 17/11/2003
FIRMA: [Firma]

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2

DEDICATORIA

Dedicado a mi esposa Martha y a mi hija Valeria por la comprensión, amor y el aliento que me proporcionaron durante la realización de esta tesis. Gracias..

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	3
2. MARCO TEORICO	5
2.1 Generalidades	5
2.2 Definición de Alcoholismo	19
2.3 Abuso de Sustancia	20
2.4 Dependencia de Sustancia	22
2.5 Criterios para el Diagnóstico de la Dependencia	22
2.6 Programas para el Combate al Alcoholismo	23
3. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION	
3.1 Planteamiento del Problema	27
3.2 Preguntas de Investigación	29
3.3 Objetivo General	29
3.4 Objetivo Específico	29
3.5 Hipótesis	30
3.6 Variables	31
3.7 Tipo de Estudio	32
3.8 Diseño de la Investigación.	32
3.9 Diseño del Instrumento	32
3.10 Unidad de Análisis	33
3.11 Delimitación de la Población	33
3.12 Características de la población	33
3.13 Tamaño de la Muestra	33
3.14 Recopilación de Información	33

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1

4. ANTECEDENTES	35
5. RESULTADOS	38
6. CONCLUSIONES	53
6.1 Propuesta	55
7. BIBLIOGRAFÍA	60
8. ANEXOS	69

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol y el alcoholismo son problemas multifacéticos y multicausales que atañen a toda la sociedad, que debe tenerse en consideración no sólo por su relación con la salud física, sino debido a sus consecuencias en la salud mental individual y comunitaria.¹

En la Unión Americana, el costo económico relacionado con el alcohol fue estimado en 136 billones en el año de 1990² y de la misma forma, se han encontrado en otros países como en el Reino Unido donde el 86% de los costos económicos que suceden dentro del lugar de trabajo, se deben a problemas del alcohol,, tales costos son elevados por el incremento del ausentismo y faltas por enfermedad, incremento de los accidentes en las plantas industriales, el costo del reemplazo y una disminución de la eficiencia;³ Se afirma que el alcoholismo en México es más frecuente entre los 25 y 55 años y existe un alcohólico por cada 75 habitantes, uno de cada 52 es obrero y 10 son hombres por cada mujer.⁴

Los trabajos con relación al consumo de alcohol dentro de las instituciones hospitalarias son pocos, por lo que habrá que hacer lo necesario para que se realicen investigaciones dentro de estas instituciones, ya que ocultar, desconocer, e ignorar un problema de esta naturaleza, podría tener consecuencias que en su momento puedan rebasar inclusive a la misma autoridad y es la oportunidad para aprender a afrontar un problema, como los

¹ Berruecos L. El Alcoholismo en México: "Situación actual y perspectivas" : Situación actual y perspectiva. En Alcoholismo Visión integral ed. por Velasco R. Trillas, México, 1988: pp 74-922.

² Burke T:R: " The economic impact of alcohol abuse and alcoholism, public health report, 103, en Alcohol problems in employment: epidemiology and responses by Jan Gill, Alcohol & alcoholism. Vol. 29,Nº 3. pp233-248. 1994.

³ McDonnell, R. And Maynard, A. The costs of alcohol misuse British journal of addiction. Vol. 80, 26-35pp 1985.

⁴ Mayoral D. "Fármaco dependencia- alcoholismo"en Alcoholismo Visión Integral, en el alcoholismo en México: Situación actual y perspectivas por Berruecos, ed. Por Velasco Rafael, México Trillas. 1988; pp.74-92.

desequilibrios que se pueden originar en la plantilla de trabajadores, la calidad de la prestación del servicio en general y la imagen del hospital como institución ante la sociedad que puede irse solucionando con diferentes tipos de medidas preventivas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. MARCO TEÓRICO

ALCOHOL

2.1 Generalidades.

Se puede decir que la presencia del alcohol ha venido desde épocas muy remotas, **Molina y Berruecos. (1983)**, Refieren haberse encontrado vestigios de hojas y semillas de vino petrificadas de la era geológica terciaria y que una de las primeras prendas de vestir de Adán y Eva fue precisamente una hoja de Parra. Asimismo

en la antigüedad el vino parecía siempre como un regalo de los dioses, para los Egipcios era un regalo de Osiris, los Griegos lo recibían de Dionisio hijo de Zeus, los Romanos de Baco Dios de la Fecundación y las fiestas; se encontraron etiquetas puestas en los tapones nombre de la plantación y año de la cosecha en la época de Ransés II.

Como podemos ver es evidente que la humanidad conoció el poder embriagante de algunos productos.

En Meso-América, los Toltecas descubrieron el **Pulque** y para Fernando de Alba Ixtlixóchitl, historiador Mexicano descendiente de una antigua familia de jefes Chichimemeca, la importancia del Octli (pulque) en los Dioses de la bebida y de la embriaguez, los dioses lunares, el de las cosechas y de la abundancia era de papel capital para festejar estos ritos; ya para El 20 de marzo de 1524 Hernán Cortés dispuso que todo vecino que tuviera repartimiento debería sembrar mil sarmientos por cada cien Indios e injertar las vides sobre las sepas silvestres, de la misma manera en 1531 Carlos V ordenó que todos los navíos llevaran plantas de viñas y ya para 1870 florece la industria nacional Vinícola de México⁵

⁵ Calderón G. "perspectiva histórica del alcoholismo en México" en "alcoholismo Visión integral ed. por Velasco R. Trillas, México, 1988:pp. 48-63.

Los historiadores señalan que la tribu Tiquila, aprendió a cocer el cogollo del maguey y a fermentar su jugo y fue después de la conquista, cuando tenían los utensilios necesarios para la destilación del licor, comercializándose en el siglo XVIII por José María Cuervo.⁶

El vocablo "Alcohol" derivado de la voz árabe "al-Kuhl" (sustancia sutil) se aplica a gran número de compuestos orgánicos que tiene el grupo OH; Es un compuesto químico orgánico de carbono, hidrógeno y oxígeno CH₃-CH₂-OH, el alcohol se produce mediante la fermentación de una gran variedad de productos vegetales que contengan azúcares, el alcohol absoluto hierve a 78.3° C. y su peso a 21° C constituye el 79% de su volumen.⁷

Existen varios tipos de alcoholes producido por la fermentación alcohólica natural de las materias azucaradas o amiláceos como son: el etílico, el alcohol propílico, butílico, amílico, caproico, que se diferencian entre ellos desde el punto de vista químico por la cantidad de carbonos que contiene cada molécula, existe otro alcohol muy común que es el metílico, este es sumamente peligroso y solamente utilidad industrial como solventes y carburantes.⁸

El alcohol etílico es un líquido incoloro, de olor dulzón, se mezcla con agua en cualquier cantidad y tiene la propiedad de difundirse rápido.

Las bebidas alcohólicas se diferencian entre fermentadas, destiladas y las no destiladas y se definen como todas aquellas que contienen alcohol en alguna cantidad.

2. 1. 1. Tipos de bebidas.

Las bebidas alcohólicas se clasifican en tres categorías: Cerveza, Vino y productos de alcohol destilado, como el Coñac, Whisky, Tequila, Ron, que además de contener alcohol y agua contienen pequeñas cantidades de

⁶ Enciclopedia de México . Tomo XII. México 1977.

⁷ Vidal Guillermo , Alarcón Renato. "Alcoholismo" . enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría: Vol. 1, 1995. 64-75pp.

⁸ Op. cit.

químicos, aromáticos y aromatizantes denominados "cogéneros" que pueden exacerbar el efecto intoxicante del alcohol y la consecuente resaca, las bebidas alcohólicas son altas en calorías (190 cal en 250ml de vino) que se encuentra principalmente en la forma de carbohidratos que generan grasa, excepto por la cerveza que contienen pequeñas cantidades de vitaminas B, las bebidas alcohólicas carecen de vitaminas, minerales y valor proteínico.⁹

Existen bebidas que contiene mucho alcohol y las hay con poco; la graduación de la bebida alcohólica de la bebida puede determinarse en Grados Gay Lussac (G-L.), porcentaje de alcohol en 100 ml de la bebida a 15 grados centígrados. Tomaremos como ejemplo a la cerveza para conocer los grados de alcohol que tiene.

Una Cerveza de 5° C. G. L. contiene 5 ml de alcohol por cada 100 ml¹⁰

a) La densidad del etanol es 0.79, por lo tanto, 1 ml de etanol = 0.79g.

b) si se conocen los ml de alcohol de una bebida, al multiplicar esa cifra por 0.79g se obtienen la cantidad en gramos(g)

Ej. 1 bote de cerveza de 5° C G. L. contiene 340ml

$$340 \times 5$$

$$\frac{\quad}{100} = 17 \text{ ml} \quad = \quad 17 \text{ ml} \times 0.79 = 13 \text{ g. de alcohol.}$$

100

En la siguiente tabla se podrá apreciar el contenido de alcohol de las bebidas según la cantidad promedio que se sirve de cada una de ellas

⁹ Tver David, Lee rice E. " Bienestar en el Trabajo" guía de salud para el ejecutivo edit en Trillas , México, reimpresión 1990: pp 153-164

Grados de Alcohol y Alcoholemia

<i>Cantidad y tipo de bebida</i>	<i>Grados</i>	Una copa	Alcoholemia
	G. L.		3 copas
30 ml de jerez	(17°)	5 ml = 4g	30 mg%
84 ml de vermouth	(16°)	13 ml = 11g	60 mg%
42 ml ron o brandy	(38°)	16 ml = 13g	90 mg%
42 ml de Whisky o tequila	(42°) (43°)	16 ml = 14g	90 mg%
42 ml de vodka o ginebra	(45°) (50°)	19 ml = 15g	90 mg%
340 ml de cerveza	(6°)	17 ml = 13g	90 mg%
84 ml de vino tinto	(12°)	10 ml = 8g	60 mg%
84 ml de vino blanco	(10°)	8 ml = 7g	45 mg%

En la tabla 1.1 se muestra el contenido de alcohol de en cada "copa" de acuerdo con la cantidad que suele servirse de cada una de ellas y la alcoholemia esperada en el caso de que un sujeto se tome tres copas.¹¹

Se considera "bebedor fuerte" al sujeto que ingiere alrededor de 80 gr. de etanol al día, a diferencia del sujeto con cirrosis que desde el punto de vista epidemiológico, su consumo es mayor de 160 gr. Al día por 15 años. Y el síndrome fetal alcohólico, con un consumo mayor de 150g diarios de etanol durante el embarazo.

¹⁰ Chávez Rivera I. Fernández Barro C. "Alcohol y sistema cardiovascular" en "Alcoholismo Visión Integral". Por Velasco R. Trillas, México; 1988: pp 288-336

¹¹ Chávez Rivera I. Fernández Barros C. "alcohol y sistema cardiovascular" En alcoholismo Visión Integral por Velasco R., Trillas, México; 1988 pp. 288-336.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

2. 1. 2. Efectos del alcohol sobre los distintos órganos

La rapidez de la ingestión y la cantidad tiene gran importancia, el organismo tolera mucho mejor la ingestión lenta y escasa del alcohol, que la rápida y masiva.¹²

Cuando pasa a través del tracto gastrointestinal, psíquicamente son estimuladas las glándulas salivales al igual que el jugo gástrico producido rico en ácido y pepsina, el alcohol también puede ejercer un estímulo reflejo de las secreciones salivales y del jugo gástrico, por excitación de las terminales nerviosas localizadas en la mucosa bucal, y en la mucosa gástrica, de manera directa el alcohol puede provocar secreciones gástricas, involucrando con ello la liberación de la gastrina, también implica la liberación de Histamina.¹³

Se ha encontrado que la presencia de etanol en el estómago en concentraciones del 10% produce una secreción gástrica rica en ácido, pero es pobre en pepsina, una concentración de etanol en el estómago del 20 %, la secreción gástrica tiende a ser inhibida y la actividad péptica a ser deprimida en los bebedores fuertes o alcohólicos, donde la concentración de alcohol dentro del estómago puede llegar a ser del 40% o más, este es ampliamente irritante de la mucosa y causa una hiperemia congestiva e inflamación, acompañándose de pérdida de la proteína plasmática del lumen gastrointestinal, El uso habitual o cantidades inmoderadas de etanol producirá una gastritis erosiva.¹⁴

Durante el paso del etanol por la boca hacia el tracto gastrointestinal producirá en los alcohólicos, estomatitis, y queilitis, lo cual refleja deficiencia en hierro y vitaminas del complejo B.¹⁵

¹² Chávez Rivera I. Fernández Barros C. "alcohol y sistema cardiovascular" En alcoholismo Visión Integral por Velasco R., Trillas, México; 1988 pp. 288-336.

¹³ Goodman and Gilman's " The Pharmacological basis of Therapeutics"- Vol. I, eighth editions, McGraw-Hill, Singapore: pp. 370-382 International edition 1992

¹⁴ Glass, G. B.; Slomiany, B.L. "Biochemical and pathological derangements of the gastrointestinal tract following acute and chronic digestion of ethanol". In Biochemistry and Pharmacology of ethanol. Plenum Press, New York, Vol. 1, pp 551-586. 1979

¹⁵ Guevara, L. "efectos del alcohol sobre el aparato digestivo" en El Alcoholismo en México Tomo I. Molina y L. Sánchez Medal (ed.) Fundación de investigaciones Sociales, A. C. México. 1982

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 a tabaquismo, ya que el etanol *per. Se.* se ha asociado a incremento en la conversión de pro-carcinógenos a carcinógenos, probablemente debido a que el etanol ocasiona la inducción enzimática del sistema microsomal hepático¹⁶.

2. 1. 3. Efectos sobre Esófago – Estómago.

La ingestión de alcohol reduce la presión del esfínter esofágico inferior, lo cual favorece los reflujos gastro-esofágico y esofagitis secundaria, que en el alcohólico se acompaña de su respectiva neuropatía.

La ingesta aguda de alcohol puede provocar vómitos y estos al hacerse frecuente, pueden provocar una alteración en la mucosa gastro-esofágica (síndrome Mallory Weiss) si esto vómitos provocan ruptura del esófago se llama (síndrome de Boerhave)

En el Estómago la ingesta excesiva de alcohol provoca alteraciones de tipo motor que afectan al vaciamiento gástrico, Gastritis aguda, y por lo tanto una de las causas comunes que presentan este tipo de personas es el sangrado del tubo digestivo, que también se da en personas alcohólicas; El alcoholismo crónico se asocia con gastritis atrófica así como con pérdida crónica de sangre y proteína.¹⁷

2. 1. 4. Efectos sobre Intestino Delgado .

En el paciente alcohólico, se han reportado una serie de alteraciones, como en el metabolismo y la absorción de la D-Xilosa, tiamina, ácido fólico, vitamina B₁₂ y grasas, además el alcohol altera la hidrólisis del ATP inhibiendo a la ATPasa e inhibe el transporte de la glucosa, agua y sodio.¹⁸

¹⁶ Lisker-Melman M. "efectos del alcohol en el aparato digestivo" en *Alcoholismo Visión Integral* por Velasco R. Trillas, México, 1988 (reimp.2000) pp. 258-271.

¹⁷ Gottfried, E.B. et al. "Alcohol-induced gastric and duodenal lesions in man" *American Journal of Gastroenterology*. Vol. 70 : 1978. pp. 587.

¹⁸ Hoyumpa, A.M. "Effect of ethanol on intestinal (Na, K) ATPase and intestinal thiamine transport in rats". *J. Lab. Clin Med.* Vol. 90: 1977, pp.1086.

La deficiencia de folatos es la alteración nutricional más frecuente entre los alcohólicos, además el tiempo transito intestinal se encuentra disminuido.

La ingesta de dosis altas de alcohol suprime las contracciones yeyunales tipo I e incrementa las contracciones propulsivas tipo III del íleon, lo cual contribuye a aumentar la movilidad intestinal, también causan acortamiento de las vellosidades yeyunales y disminución de las células mucosas de superficie, a diferencia del íleon donde aumentan sus números de células.¹⁹

Las diarreas que se presentan en los pacientes alcohólicos no son consecuencia de algún efecto directo del alcohol sobre el colon, sino debido al efecto directo del alcohol sobre el intestino delgado o el páncreas.²⁰

Se ha encontrado un moderado incremento en el glucagón y Célula gástrica inhibitoria en el grupo que ingiere alcohol comparado con otro normal, sugiriendo que el consumo de alcohol crónico en el hombre, puede tener un efecto general sobre el sistema de fibras nerviosas peptídicas y algunas células de tipo endocrinas en el duodeno.²¹

2. 1. 5. Efectos sobre el Páncreas.

El etanol es responsable de una gran cantidad de alteraciones pancreáticas como: las pancreatitis hemorrágicas, edematosa, recurrente y las formas crónicas.

Para generar este tipo de problemas se necesita de una gran cantidad de años, que pueden estar entre 6 a 10 años de ingesta de alcohol intenso.

La pancreatitis alcohólica se manifiesta por lesiones focales en lóbulos aislados, tapones de proteínas calcificados en los conductos acinares, dilatación de estos y áreas de esclerosis, estos cálculos pancreáticos están formados por tres diferentes substancias: el carbonato de calcio, proteína y un polisacárido, estos

¹⁹ Lisker-Melman M. "Efectos del alcohol en el aparato digestivo" En alcoholismo Visión Integral" ed. Por Velasco R. Trillas: pp. 258-271: 1988, (reimpresión 2000).

²⁰ Goodman and Gilman's The Pharmacological basis of Therapeutics- Vol. I, eighth editions, McGraw-Hill, Singapore: pp. 370-382 International edition 1992

²¹ Hauge T., Persson J., Sjolund K., "Neuropéptides in the duodenal mucus of chronic alcoholic heavy drinkers" Alcohol and Alcoholism 2001, Vol. 36, N° 3, pp. 213-218.

precipitados proteicos se han encontrado en un 4% de personas sanas, 21% de personas sin síntomas de pancreatitis y hasta en un 60% de sujetos alcohólicos con cuadros de pancreatitis crónica.²²

Alguno de los posibles mecanismos involucrados en la génesis de la pancreatitis crónica por alcohol son: Aumento en el flujo pancreático, incremento en la presión intra pancreática por espasmo del esfínter de Oddi, aumento de la concentración de proteína en el jugo pancreático, pérdida del epitelio ductular con metaplasia y reflujo de bilis tóxica al conducto pancreático.²³

Se asocia al alcoholismo crónico con el carcinoma pancreático, con base en un estudio retrospectivo en el cual el 75% de los pacientes con cáncer pancreático también tenían historia de alcoholismo moderado a intenso, contra solo un 14% de la población control.²⁴

2. 1. 6. Efectos sobre el Hígado.

La ingestión aguda de etanol aún en dosis de intoxicación, probablemente produzca muy pocos cambios en la función hepática.

Sin embargo el consumo regular de etanol produce una constelación de efectos deletéreos relacionados con la dosis, aunque la malnutrición puede intensificar el daño Hepático, un excelente estado nutricional no previene del desarrollo de una hepatitis alcohólica o de una progresión a cirrosis.²⁵

La acumulación de grasa en el hígado es un evento temprano y puede ocurrir en individuos normales después de la ingestión de una pequeña cantidad de alcohol,

Esto es resultado de la inhibición del ácido ciclo-tricarboxílico y la oxidación de grasa, en parte debido a la generación excesiva de NADH por la acción del

²² Uscanga, L., Laugier, R., Sarles, H., "Alcohol y pancreatitis" en Pancreatitis y cáncer del páncreas. Robles G. Uscanga L. Villalobos J., México 1984.

²³ Sarles, H. Chronic Calcifying Pancreatitis-Chronic Alcoholic Pancreatitis", Gastroenterology. Vol. 66: pp 604. 1974.

²⁴ Burch, G.E., Ansary, A. "Chronic Alcoholism and Carcinoma of the Pancreas". Arch. Intern. Med. Vol. 122, pp 176: 1977.

²⁵ Lieber, C.S. "The influence of alcohol nutritional status". en Nutritional review vol. 95, 1988, pp 241-254 .

alcohol deshidrogenase, una parte del alcohol ingerido es metabolizado por la oxidación de la función mixta microsomal que es inducido por el etanol y otros agentes, el producto de toda estas reacciones es el Acetaldehído, que es una sustancia tóxica que puede formar aducción con proteínas y otros componentes llevando a la inhibición a una amplia variedad de enzimas y generación de derivados inmunogénicos.²⁶

Entre el 5 al 10 % de alcohol que se absorbe en el tubo digestivo se elimina a través de los riñones y pulmones y el resto se oxida principalmente en el hígado, el etanol altera numerosos procesos que provocan la acumulación de triglicéridos ácidos grasos y otros lípidos en el hígado provocando hígado graso, que al parecer tiene correlación con la severidad de la deficiencia dietética, puesto que la esteatosis es mayor en los pacientes que consumen pocas proteínas; Cuando la esteatosis hepática es intensa el hígado aumenta de 4 a 6 veces su tamaño y cambian completamente las características microscópicas de su superficie, evolucionando luego hacia un daño auto inmune llamada *hepatitis alcohólica*, que luego progresará hacia una cirrosis.²⁷

La hepatitis alcohólica presenta clínicamente hepatomegalia, ictericia, ascitis, telangectasias, fiebre, esplenomegalia y en los casos más graves encefalopatía.

No existe un tratamiento específico para la hepatitis alcohólica.

La cirrosis hepática debida a alcoholismo presenta alteraciones de tipo micronodular y afecta a todo el organismo, presentan una serie de trastornos de tipo circulatorio, pulmonares, metabólicos, endocrinológicos, vasculares, neurológicos y dermatológicos, una vez desarrollada la cirrosis, el hígado ya no recupera su estructura normal, la abstención no revierte las lesiones hepáticas, aunque si prolonga la calidad y La duración de la vida.

²⁶ Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. Eighth edition Vol. 1, ed. Alfred Goodman Gilman. McGraw Hill International Editions, Singapore. 1992: pp. 370-378.

²⁷ Lisker-Melman M. "Efectos del alcohol en el aparato digestivo" en Alcoholismo visión Integral por Velasco R. ,México; Trillas, pp. 258-271. 1988, reimpresión 2000.

Se encontró en un estudio que la incidencia de carcinoma primario de hígado asociado a cirrosis hepática fue de un 0.26% , en ningún paciente de esta serie se encontró coexistencia de carcinoma hepatocelular y cirrosis de Laenec.²⁸

2. 1. 7. Efectos sobre el Sistema Cardiovascular.

El efecto inmediato del etanol sobre la circulación es relativamente menor, la presión sanguínea, el gasto cardiaco y la fuerza de contracción del corazón no cambian mayormente después de una moderada cantidad de etanol ingerido.²⁹ La frecuencia del pulso se incrementa pero es debido usualmente a la actividad muscular o estimulación refleja.

La depresión cardiovascular que observada en la intoxicación alcohólica aguda y severa es debido principalmente a factores central vasomotor y de depresión respiratoria, sin embargo el uso indiscriminado de etanol puede tener efectos deletéreos sobre el corazón,³⁰ puede ser una de las mayores causas de cardiomiopatía.³¹

El etanol ingerido en forma moderada produce vaso dilatación especialmente en los vasos cutáneos, este resulta de la depresión del sistema vaso motor y efecto directo sobre los vasos sanguíneos.³²

El incremento del flujo sanguíneo coronario al corazón por el etanol indica que los individuos con angina de pecho estable o enfermedad de las arterias coronarias, disminuye la duración del ejercicio requerido para precipitar una angina y producir cambios en el EKG característico de un infarto miocárdico.³³

²⁸ López C. "Primary Carcinoma of the Liver in Mexicans Adults" Cancer Vol. 22 , 1968, pp 678.

²⁹ Wallgren, H., and Barry, H., III "actions of alcohol vols. I and II en The Pharmacological basis of therapeutics, Eighth edition de Goodman Gilman A. McGraw-Hill, Singapore, 1992, pp 370-378.

³⁰ Urbano-Marquez, A.; Struch, R.; Navarro, F.; "The effects of alcoholism on skeletal and cardiac muscle. New. Engl. J. Med., 1989, Vol. 320, pp 409-415.

³¹ Rubin, E. "Alcoholic myopathy in Herat and skeletal muscle" , New Engl. Jour. Med., 1979. Vol. 301, pp. 28-33.

³² Altura, B. M., and Altura, B.T. "Micro vascular and vascular smooth muscle actions of ethanol, acetaldehyde, and acetate" Fed. Proc., 1982, Vol. 41, pp. 2447-2451 . ³² Regan, T. J. Regional circulatory responses to alcohol and its congeners. Fed. Proc. 1982, Vol. 41, pp. 2438-2442.

³³ Regan, T. J. Regional circulatory responses to alcohol and its congeners. Fed. Proc. 1982, Vol. 41, pp. 2438-2442.

La intoxicación alcohólica incrementa marcadamente el flujo sanguíneo cerebral y disminuye la resistencia vascular cerebral, además de disminuir el consumo de oxígeno; Tardíamente se presenta la liberación de catecolamina de la médula suprarrenal, el consumo moderado de etanol produce una apreciable vasoconstricción, la intoxicación alcohólica produce una vaso dilatación severa, además el uso regular de grandes cantidades de alcohol tiene el riesgo de desarrollar hipertensión y un ataque cerebro vascular.³⁴

2. 1. 8. Efectos sobre el Sistema Nervioso Central

El etanol es un depresor continuo y primario del SNC (sistema nervioso Central) deprimiendo el mecanismo inhibitorio de control del SNC.

En el ser humano el etanol disminuye la velocidad de conducción nerviosa, incluso a una concentración sanguínea relativamente baja (0.5 Mg./100 ml)³⁵ y afecta selectivamente partes del hipocampo, la memoria, la concentración, sufren embotamiento y pérdida de ella con el consumo de moderado a severo.³⁶

El consumo excesivo de alcohol es asociado de una forma directa con serios problemas neurológicos y desordenes mentales como es el caso de daño cerebral, pérdida de la memoria, trastornos del sueño y psicosis, en individuos quienes regularmente beben, también pueden tener el riesgo de presentar un ataque súbito de los problemas ya descritos pero estos son parecidos a los ataques por abstinencia.³⁷

Datos de Escocia indican que la mayoría de los casos de delirium tremen ocurren en los Hospitales generales y solo un 17% ocurre en Hospitales Psiquiátrico y una proporción significativa (quizás un 50%) ocurre en pacientes

³⁴ Klatsy, A. L., Friedman. G.D.; "alcohol and mortality . A ten year Kaiser-permanente experience. Ann. Intern. Med, 1981, Vo. 95, pp. 139-145.

³⁵ Mayer, R.F. García-Mullin, R. "peripheral nerve and muscle disorders associated with alcoholism", en The Biology of alcoholism. Rissin Begleiter (eds) plenum press. New York. 1972.

³⁶ Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. Eighth edition Vol. 1, ed. Alfred Goodman Gilman. McGraw Hill International Editions, Singapore. 1992: pp. 370-378.

³⁷ Ng. S. K. C. ; Hauser, W. A. ; Brust, J. C. M. "Alcohol consumption and withdrawal in new-onset seizures, New Engl. J. Med., 1988, Vol. 319, pp 666-673.

no considerados alcohol-dependiente y esto probablemente refleje la pobre historia clínica que se realiza.³⁸

Se encontró en un hallazgo post- mortem, que la deficiencia importante de tiamina, produce un daño irreversible en el cerebro que no ha sido diagnosticado antes de la muerte, era en casi un 80 a 90% de esos pacientes, los síntomas tempranos de baja importante de tiamina son, debilidad, problemas emocionales, los síntomas tardíos, son neuropatía, beriberi, insuficiencia cardiaca, edema periférico, si la deficiencia de tiamina es más severa, el individuo desarrollará un cuadro llamado encefalopatía de Wernicke que se caracteriza por nistagmo, parálisis de la conjugación, abducción de la mirada, caminata atáxica y confusión global.³⁹

2. 1. 9. Efectos sobre las lipoproteínas plasmática

El etanol produce un incremento de la concentración de lipoproteínas de alta densidad y disminución de la lipoproteínas de baja densidad en sangre por lo que ejerce un efecto protector sobre el corazón, la baja concentración de lipoproteínas de alta densidad puede aumentar riesgo de problemas coronarios⁴⁰.

Se ha encontrado que una a cuatro copas de vino en 5 a 6 días a la semana (para mujeres 1 a 2 copas 3 a 4 días a la semana) tiene un efecto protector.⁴¹

2. 1. 10. Efecto sobre las aminas biológicas.

La concentración de catecolamina aumenta con la ingesta de etanol y probablemente es responsable de la hiperglicemia transitoria, dilatación pupilar y el ligero aumento de la presión sanguínea.

³⁸Cook, C. H., Hallwood P. M. and Thomson, A. D. "B Vitamin deficiency and neuropsychiatric syndromes in alcohol misuse. Alcohol and Alcoholism, 1998 Vol. 33, N° 4, pp. 317-336.

³⁹ Thomson A. D. "Mechanisms of vitamin deficiency in chronic alcohol misusers and the development of the Wernicke-Korsakoff syndrome", Alcohol and Alcoholism; 2000. Vol. 35 supp. 1 pp. 2-7.

⁴⁰ Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. Eighth edition Vol. 1, ed. Alfred Goodman Gilman. McGraw Hill International Editions, Singapore. 1992: pp. 370-378.

⁴¹ Mceldruff, P. And Dobson, A. J. "How much alcohol and how often? Population based case control study of alcohol consumption and risk of a major coronary event". British Medical Journal 1997 Vol. 314 pp. 1159-1164.

2. 1. 11. Efectos en la sangre.

El alcohol produce algunos efectos hematológicos tales como: la Sideroblastosis, la anemia megaloblástica y esto ocurre por que el alcohol interfiere con varios aspectos del metabolismo y transporte de los folatos, así como el patrón de almacenamiento y liberación del hígado.⁴²

Además existen cambios en los niveles séricos de Adhesión endotelial celular aumentándola en los alcohólicos que podría interferir entre las células de reacción inmune y el endotelio.⁴³

En cuanto al efecto del alcohol sobre la coagulación encontramos que, 40 g alcohol durante el almuerzo produce cambios en el plasminógeno, disminuyendo su poder coagulación,⁴⁴ hay reportes de que el vino produce una disminución de la adhesividad plaquetaria,⁴⁵ y actúa como antioxidante en especial el vino rojo.⁴⁶

2. 1. 12. Efectos en el Riñón.

El alcohol ejerce un efecto diurético causado por la inhibición de la secreción de la hormona ADH (antidiurética) provocando una disminución de la reabsorción de agua en los túbulos renales.

2. 1. 13. Efectos Teratógenos.

Las anomalías consisten en alteración en la función del SNC como: microcefalia, bajo coeficiente intelectual, lento crecimiento, anomalías faciales, hipoplasia de labio superior, fisura palpebral, labio leporino, nariz

⁴² Lindenbaum, J. "Hematological effects of alcohol". In. The Biology of Alcoholism. Vol. 3, Clinical Pathology (Kissing, B., and Begleiter, H., eds.) Plenum press New York, pp. 461-480, 1974.

⁴³ Sacanella, E. Estruch, R. Badía, E. Urbano-Marquez, A. "Chronic alcohol consumption increases serum levels of circulating endotelial cell/Leucocyte adhesion molecules e selectin and ICAM-1, Alcohol and Alcoholism 1999, Vol. 34, N° 5, pp 678-684

⁴⁴ Hendricks, H. F., Veenstra, J., Veltuis, T. W., Schaafsma, G. "Effect of moderate dose of alcohol with evening meal on fibrinolytic factors British Medical Journal. 1994, Vol. 308, pp 1003-1006.

⁴⁵ Renaud, S. And de Lorgeril, M. "Wine, alcohol, platelet and the French paradox for coronary heart disease". Lancet, 1992, Vol. 339, pp 1523-1526.

⁴⁶ Maxwell, S., Cruickshank, A. and Thorpe, G. (1994) "Red wine and antioxidant activity in serum". Lancet Vol. 344, 193-194.

corta, que puede ser causado probablemente por acción directa del etanol o del acetilaldeído, inhibiendo la proliferación temprana en la gestación.⁴⁷

En la población dependiente estudiada, la incidencia del síndrome fetal alcohólico

está en un rango de 1 en cada 300 a 1 en 2000 nacidos vivos, esto es 1 de cada 3 infantes de madre alcohólica, la cantidad de alcohol ingerida mínima para producir un síndrome fetal alcohólico es de 75 ml o 2.5 oz. diario.⁴⁸

2. 1. 14. Efectos en la Función Sexual.

En el hombre la ingestión crónica de alcohol puede llevar a la impotencia, esterilidad, atrofia testicular y ginecomastia, esta feminización tiene un origen dual; primero: el daño hepático inducido por alcohol lleva a una hiperestrogenización y una reducida producción de testosterona, segundo: por aumento de la actividad de las enzimas de el retículo endoplasmático hepático.⁴⁹ Esta disfunción por alcohol es reversible en alcohólicos que se abstienen, pero solo si no ha habido atrofia gonadal.⁵⁰

2. 1. 15. Mecanismo de Acción de la dependencia al Alcohol.

Estudios realizados implican al sistema dopaminérgico-mesolímbico y el ácido Gama amino butírico-A, (GABA_A) y el N-Methyl-D-Aspartato (NMDA) receptores como mediadores de varios aspectos del síndrome de dependencia del alcohol, esto sugiere que el alcohol induce cambios en los GABA receptores, que puede jugar un papel importante en la tolerancia del alcohol y a alterar con la capacidad del individuo de terminar con la ingesta del alcohol. El alcoholismo crónico incrementa la actividad de NMDA receptores y puede contribuir a signos

⁴⁷ Brown, N. A., Goulding, E. H.; and Fabro, S. "Ethanol embryotoxicity": direct effects on mammalian embryos in vitro. Science, 1979, Vol. 209 pp. 573-575.

⁴⁸ Council Report. "Fetal effects of maternal alcohol use". J. A. M. A. , 1983, Vol. 249, pp 2517-2521.

⁴⁹ Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. Eighth edition Vol. 1 , ed. Alfred Goodman Gilman. McGraw Hill International Editions, Singapore. 1992: pp. 370-378.

⁵⁰ Van Thiel. D.H., Gavaler, J. S., "Recovery of sexual function in abstinent alcoholic men. Gastroentetology, 1983 Vol. 26, pp. 677-682.

de abstinencia por retiro de alcohol, que originará disminución de la función dopaminérgica del mesolímbico.⁵¹

El alcohol actúa como un reforzador positivo del cerebro, ejerciendo sus acciones sobre los mismo sustratos neurales que otras drogas de abuso, y en la cual el sistema dopaminérgico – mesolímbico juega un papel crucial en este mecanismo.⁵²

2. 2. Definición de Alcoholismo.

Al parecer el Médico Sueco Magnus Huss, utilizó por primera vez la palabra alcoholismo en 1849, que en su definición incluía todos los problemas triviales o clínicamente reconocibles, debido al consumo excesivo de bebidas alcohólicas.⁵³

La **OMS (1971)**, Definió a los alcohólicos de la siguiente manera **“Son bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol ha alcanzado tal grado que interfiere con su salud física o mental”**.

En **1977** la Organización Mundial de la Salud publicó un trabajo donde se propone denominar **síndrome de dependencia del alcohol**, a lo que hemos conocido como alcoholismo, concluyen que **“el síndrome existe aunque la dependencia del alcohol no pueda clasificarse como una condición etiológica conocida y de expresión patológica totalmente establecida”**.⁵⁴

Ya antes de este concepto **Mark Keller (1976)**, un estudioso del alcoholismo reprodujo un concepto que lo había realizado en 1955 sobre el alcoholismo y lo definió como **“ Es una enfermedad crónica de carácter físico, psíquico o psicosomático, que se mantiene como un trastorno de la conducta y que se caracteriza por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas,**

⁵¹ Hoffman P. L. and Tabakoff B. “Alcohol dependence : A commentary on Mechanisms” . Alcohol and Alcoholism. 1996, Vol. 31 N° 4 , pp 333-340.

⁵² Méndez M. , Cruz C. “Mecanismos cerebrales de reforzamiento del alcohol I. Efectos del comportamiento”. Salud Mental 1999, Vol. 22, N°1 pp. 46-51.

⁵³ Rafael Velasco, alcoholismo visión integral . México: trillas 93-109pp 1988, reimpresión 2000

⁵⁴ Edwards, G. Gross, M. Keller, “Alcohol Related Dissabilities WHO offset publication. Ginebra 1977.

hasta el punto de que excede lo que se acepta socialmente y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para trabajar”.

Existe una clasificación del alcoholismo que va de acuerdo con las letras del alfabeto Griego y que son el alcoholismo Alfa, Beta, Gama.⁵⁵

El “alcoholismo Alfa” representa dependencia puramente psicológica y continua de los efectos del alcohol para aliviar un sufrimiento físico o emocional de beber es indisciplinada, en el sentido de que se contraviene las reglas tácitas de la sociedad respecto al momento, la ocasión, el local, la cantidad y el efecto de la bebida, pero no se acompaña de la pérdida de control ni de la capacidad de abstenerse, el daño causado por esta forma de beber es restringido a las perturbaciones de las relaciones interpersonales. El “alcoholismo Beta” es una especie de alcoholismo en el cual las complicaciones como poli neuropatía, gastritis y cirrosis, pueden presentarse sin dependencia física y psicológica del alcohol, el incentivo para beber en una forma excesiva que lleva tales complicaciones, puede ser la costumbre de cierto grupo social juntamente con malos hábitos de alimentación, en este caso el daño deriva de las enfermedades por mala nutrición. El “Alcoholismo Gama” corresponde a una especie de alcoholismo en el que se pueden reconocer 1) un aumento adquirido de la tolerancia al efecto del alcohol, 2) adaptación del metabolismo celular a su acción, 3) síntomas de privación y compulsión de beber, dependencia física y 4) pérdida del control, en este tipo de alcoholismo hay dependencia física y Psicológica.

La costumbre de beber alcohol es una de las formas más antiguas de consumo de droga.

2. 3. Abuso de Sustancia.

*El uso no patológico del abuso de sustancias de acuerdo con tres criterios.*⁵⁶

⁵⁵ Vidal Guillermo, Alarcón Renato “alcoholismo” Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría: Vol. 1, 1995 : 64-75pp.

⁵⁶ Rafael Velasco, alcoholismo visión integral. México: trillas 93-109pp 1988, reimpresión 2000

1. *Patrón patológico de uso.*- se puede manifestar por intoxicación durante todo el día, incapacidad para reducir o abandonar el consumo, esfuerzos repetidos para controlar su uso mediante periodos de abstinencia temporal o restricción de consumo durante ciertas horas, continuación de la ingesta, necesidad del uso diario de la sustancia tóxica para la actividad normal y episodios de complicaciones bebidos a la intoxicación.

2. *Deterioro de la actividad laboral o social debido al patrón patológico de uso de la sustancia.*- Las relaciones sociales pueden alterarse cuando el sujeto no cumple con sus obligaciones, con sus amigos y familiares, cuando manifiesta conductas excéntricas e impulsivas y cuando expresa inadecuadamente su agresividad, el sujeto puede tener dificultades legales a causa del estado de intoxicación o por conducta criminal que puede cometer por conseguir dinero para adquirir sustancia.

Se considera que la actividad laboral está deteriorada si el individuo falta al trabajo o a la escuela o si a causa de la intoxicación el individuo es incapaz de realizar una actividad determinada. Cuando el daño es grave, las actividades físicas psicológicas del individuo pueden llegar a estar dominadas completamente por el uso de la sustancia, la incapacidad se presenta con más frecuencia en los alcohólicos y en quienes usan opiáceos.

3. *Duración.*- Por abuso se entiende que la alteración dura un mes, no es necesario que los signos de la alteración estén presentes durante todo este tiempo, pero deben presentarse con cierta frecuencia para que el patrón patológico de uso permita evidenciar la interferencia de la actividad laboral o social por Ej. Son suficientes los episodios graves de embriaguez, que den lugar a quejas familiares durante este periodo, aunque entre los periodos de embriaguez la actividad del sujeto al parecer no esté alterada.

En ocasiones aisladas, el uso patológico de una sustancia tóxica no manifiesta ningún síndrome orgánico específico por ejemplo; Uno o más casos de ingesta

excesiva de alcohol en un periodo de tres semanas, pueden considerarse como episodios de intoxicación alcohólica.

2. 4. Dependencia de Sustancias.

La dependencia de sustancias tóxicas constituye un trastorno grave, implica dependencia fisiológica que se evidencia por la tolerancia y por la abstinencia⁵⁷. Casi siempre se presenta un patrón patológico de uso de la sustancia, que provoca un deterioro de la actividad social o laboral, aunque en casos excepcionales, las manifestaciones del trastorno se limitan a la dependencia fisiológica, Un Ej. Lo constituye el caso de un sujeto que, inadvertidamente, llegue a depender fisiológicamente de un opiáceo que le receta un médico para aliviar algún dolor físico.

Tolerancia.- la tolerancia significa que el individuo necesita una cantidad mayor de la sustancia para conseguir los efectos deseados, que hay una notable disminución del efecto con el uso de la misma dosis. Es difícil determinar la tolerancia cuando la sustancia tóxica que se utiliza es ilegal y ésta mezclada. El síntoma que distingue a la tolerancia, está en función de la cantidad de alcohol que el sujeto puede beber antes de presentar los signos de intoxicación y que haya aumentado con el paso del tiempo.

Abstinencia.- En la abstinencia se desarrolla un síndrome específico para cada tóxico, que aparece cuando se suspende o reduce su ingesta después de un consumo previo regular que provoca un estadio fisiológico de intoxicación.

2. 5. Criterios para el diagnóstico de la dependencia del alcohol.

Según **Velasco (2000)**

1. *El patrón patológico de uso de alcohol se caracteriza por:*

⁵⁷ Rafael Velasco, alcoholismo visión integral. México: trillas 93-109pp 1988, reimpresión 2000

- 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 mínimos dos días.
- Consumo ocasional de licores para animarse.
- Amnesia respecto de los acontecimientos que ocurren durante la intoxicación.
- Persistencia en el consumo de alcohol, a pesar de que el sujeto sabe que los trastornos físicos graves que padece se exacerban con la ingesta.

2. *Deterioro de la actividad laboral o social debido al consumo del alcohol:* por ejemplo, actos violentos durante la intoxicación, ausentismo en el trabajo, pérdida del empleo, problemas legales (por Ej. Detenciones por intoxicación, accidentes de tránsito y discusiones o problemas con familiares o amigos debido al uso excesivo del alcohol)

3. *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 (Temblor matutino y malestar aliviado por la ingesta de bebida alcohólica) después de abandonar o reducir la ingestión de alcohol.

2. 6. Programas para el combate al Alcoholismo.

Existen varias formas de respuestas; las institucionales, que en realidad no son verdaderamente tratamientos antialcohólicos, sino que solo atienden las repercusiones físicas de ingestión de alcohol, aunque últimamente el IMSS y la

facultad de Psicología de la UNAM, prev50 clínicas de atención a bebedores excesivos en todo el país; el ISSTE iniciará un programa en el desarrollo de estrategias para combatir las adicciones, entre las cuales se encuentra el alcoholismo en todas las dependencias gubernamentales y los centros de Integración juvenil.⁵⁸ Instituciones que ofrecen servicios de atención a la salud mental pero sin dedicarse exclusivamente a ello como el Instituto Mexicano de Psiquiatría, además de las Organizaciones no Gubernamentales que son organizaciones de beneficencia y las de asistencia privada.

Una de las instituciones no gubernamentales que ha ayudado a un sinnúmero de personas es la de Alcohólicos Anónimos (AA), una asociación fundada en 1935 y que empezó a establecerse por primera vez en el Reino Unido a finales de los 40, son un cúmulo de experiencia que ha tenido una gran influencia para humanizar actitudes sociales hacia las personas. Generalmente el número de personas en cada sesión reúne ente 10 y 20 personas.

La ideología de los AA. Tiene 12 pasos esenciales⁵⁹ y son los siguientes.

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que sólo un poder superior a nosotros mismos podría devolvemos al sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, tal como nosotros lo concebimos.
4. Sin ningún temor, hicimos un inventario moral de nosotros mismos .
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas .
6. Estuvimos dispuestos a dejar que Dios eliminase todos nuestro defectos de carácter.

⁵⁸ Galán José : La Jornada, Artículo periodístico sobre el alcoholismo en México, México Sábado 9 de Junio de 2001, pp. 37

⁵⁹ Edwards, Griffith "Complicaciones sociales del alcoholismo" Tratamiento de alcohólicos: Guía para el ayudante profesional, Segunda (ed.) México: Trillas 1980 (reimpresión 2001)

7. Humildemente le pedimos a Dios que nos librara de nuestros defectos
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño que les habíamos causado, salvo en aquellos casos en que el hacerlo perjudicaría a ellos mismos o a otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios tal como lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diera fortaleza para aceptarla.
12. .Habiendo experimentado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros actos.

QUIEN SE AFILIA A ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (AA)

Sus miembros son casi exclusivamente personas que han padecido una dependencia del alcohol grave o moderado y por tanto se forma un cohesión de grupo en la que todos adoptan la meta de lograr la abstinencia⁶⁰.

Para aquella persona que no sea dependiente y que no desee dejar de beber, hay pocas probabilidades de que AA le parezca agradable.

⁶⁰ Edwards Griffith. "Consumo normal de Alcohol". Tratamiento de alcohólicos; Guía para el ayudante profesional. Segunda Edición. México: Trillas, 1980 (reimpresión 2001).

Aunque en Alcohólicos Anónimos de la Central Mexicana de Servicios Generales lo resumen en solo 5 puntos básicos para su recuperación⁶¹ y son.

1. Admisión del alcoholismo.
2. Análisis de personalidad y catarsis
3. Reajuste de las relaciones interpersonales
4. Dependencia de un poder superior
5. Trabajando con otros.

⁶¹ Folleto de Alcohólicos Anónimos de La Central Mexicana de Servicios Generales, Comité de Información pública; Ecatepec Edo. de México 2001

3. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

3. 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de alcohol aunque no se ha constituido como un problema de importancia para las autoridades, nosotros como futuros administradores médicos sí lo vemos como tal, ya sea por las consecuencias sobre la salud que puede generar o por las consecuencias de tipo laboral que pueden suceder y si a esto le sumamos que el empresario también puede salir afectado por los costos que podría originar, entonces el consumo excesivo de alcohol se constituye en problema.

El alcoholismo y el consumo excesivo de alcohol de manera importante es pobreza social, de carácter y de espíritu.

El empresario sufre la consecuencia de este flagelo, por que se refleja en la productividad de la empresa, en los costos que esta puede generar y las repercusiones económicas en el trabajador, que derivan de una situación que pudo evitarse, que pudo haberse solucionado a través de una serie de programas que propondremos para los trabajadores.

El desconocimiento que tenga un Administrador de una empresa sobre sus trabajadores de como funcionan, hace que desconozca la realidad de su empresa y esto lo puede poner en apuro.

El consumo de alcohol y el alcoholismo son problemas que han estado presentes por muchos años dentro de nuestro País, que no se han considerado como enfermedad.

Con mucho esfuerzo, autores como Berruecos, Medina Mora, De la Fuente, Velasco Fernández, han estudiado el problema del consumo de alcohol y el alcoholismo y han demostrado que en México el alcoholismo es una realidad, pues se calcula que entre 9 y 10 millones de alcohólicos existen en el País, aunque países Europeos como Francia, Rusia, Alemania, Países Escandinavos, el consumo de alcohol es aún mucho mayor proporcionalmente.

Aún muchos médicos ven al alcoholismo como resultado de una acción de tipo social y de diversión, lo cual también nos muestra que dentro de las aulas de

nuestras Universidades aún no existe la conciencia sobre la enfermedad que es el alcoholismo; muchos de nuestros médicos no saben diagnosticar el problema del alcoholismo, sino hasta que llegan las consecuencias terminales.

El estudio de esta problemática, pero en especial de buscar si existe el problema, dentro del personal de Servicios Básicos de un hospital y correlacionarlo con ciertas variables, es de vital importancia para el área de recursos Humanos y para su Director, por que esto le ayudará a conocer con quienes está trabajando, los costos que este tipo de problema puede generar a la institución, la eficiencia, eficacia y la calidad del servicio que presta un hospital, además de la responsabilidad que dentro de un Hospital tienen quienes administran este tipo de instituciones.

3. 2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿ Existe consumo de alcohol en los trabajadores de servicios básicos del hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI de la Ciudad de México?

¿ Existe relación del género, la edad, escolaridad y estado civil, con el consumo de alcohol en el personal de servicios básicos del hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional siglo XXI?

3. 3 OBJETIVO GENERAL

Establecer si existe consumo de alcohol en el personal de Servicios Básicos del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional siglo XXI.

3. 4 OBJETIVO ESPECÍFICO

- 1-** Conocer si existe consumo de alcohol severo en el personal de servicios básicos del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, de la Ciudad de México.
- 2-** Buscar si la edad, la escolaridad, el género, estado civil, tiene relación con el consumo de alcohol entre el personal de Servicios Básicos del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI de la Ciudad de México.

3.5 HIPÓTESIS

Es una Hipótesis Descriptiva.

**Hi. " Conocer el consumo de Alcohol en el personal de servicios
básicos del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional
Siglo
XXI".**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. 6 VARIABLES

Hemos identificado dos tipos de variables que son la dependiente e independiente

Dentro de las variables independientes encontramos:

1. Género, Edad, Estado civil, Escolaridad.

Dentro de la variable dependiente tenemos:

1. Consumo de alcohol.

Se tomó la predisposición de los trabajadores al consumo de alcohol, su relación con las variables independientes y se utilizó un cuestionario llamado **AUDIT** que nos diagnosticó la frecuencia del consumo de alcohol, consumo fuerte y problemas relacionados con el alcohol y la relación con cada una de las variables independientes.

Al investigar el consumo de alcohol en el personal de servicios básicos del hospital, buscamos la relación que existe, entre la variable independiente, género, la edad, estado civil, y escolaridad para relacionarla con la dependiente que es el consumo de alcohol.

3. 7 TIPO DE ESTUDIO

Es Descriptivo, por que nos va a permitir describir, explorar formular o diagnosticar la características de un problema.⁶²

3. 8 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta se refiere a la forma como se va a escoger la mejor estrategia para alcanzar su objetivo y las condiciones a las que se someterán los sujetos de estudio con el fin de comprobar un planteamiento, el diseño de la investigación variará de acuerdo al propósito de la misma; Este diseño es **Ex - post-Factum** (después del hecho): no hay manipulación de variables sino solamente identificación, observación y descripción de las mismas, lo que se hace para estudiar las causas o los orígenes y los efectos observados⁶³

En cuanto al tiempo, es un estudio **Transversal**, por que se estudian características de uno o más individuos en un momento dado es decir en un tiempo determinado. Las mediciones se llevarán a cabo una sola vez.

3. 9 DISEÑO DEL INSTRUMENTO.

El instrumento que se aplicó, consiste en un cuestionario que consta de una serie de preguntas tendientes a identificar y diagnosticar consumo de alcohol El instrumento que se utilizó es el Test. AUDIT (Test de identificación de desórdenes por el alcohol) que consta de 10 reactivos y 5 preguntas de filiación (Ver anexo)

Las primeras tres preguntas del AUDIT evalúan frecuencia y cantidad de consumo de alcohol, de las preguntas 4 a la 8 diagnostican el consumo de

⁶² Berruecos, L. Castro, M. Colab. "Curso básico sobre adicciones". México : (CENCA) Fundación "Ama la Vida" 53-130pp., 1994.

⁶³ Hernández, R., Fernández C. Pilar B. "Metodología de la Investigación". México: Mc.Graw Hill, Segunda edición, 183 a 232 pp. 1998.

alcohol fuerte y posibilidad de dependencia y las preguntas 9 y 10 nos indica la posibilidad de que se haya producido un daño físico o mental en la persona. La calificación mayor o igual a 8 y un dato clínico se considera positivos

3. 10 UNIDAD DE ANÁLISIS.

Se llevará a cabo en el Hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI ubicado en la Colonia Doctores, Ciudad de México, que brinda atención especializada a la población infantil.

3. 11 DELIMITACIÓN DE LA POBLACIÓN.

La población que se midió, fue al personal de Servicios Básicos, que labora en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional, siendo encuestadas 148 personas de 236 personas posibles entre hombres y mujeres.

3. 12 CARACTERÍSTICA DE LA POBLACIÓN

- Hombres y Mujeres de Servicios Básicos del Hospital de Pediatría
- Hombres y Mujeres de Servicios de Conservación

3. 13 TAMAÑO DE LA MUESTRA

De un universo de 236 empleados que forman parte del departamento de Servicios Básico y conociendo que un 10 % del personal está en ausentismo programado y un 3 % en ausentismo no programado; se encuestaron 148 personas, siendo una muestra de conveniencia.

3. 14 RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

Se llevará a cabo la aplicación en el instrumento de recolección de información en la población designada, a través del cuestionario **AUDIT** (Test. Identificación de **Desordenes Provocados por el Alcohol**).

El cuestionario para medir la predisposición al consumo excesivo de alcohol, se aplica bajo las siguientes condiciones.

1. Dirigidas al personal de intendencia de Servicios Básicos y Conservación del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional. Siglo
2. Dirigidas a personas de ambos géneros
3. Sin importar el turno en que laboren
4. No hay límite de tiempo.

4. ANTECEDENTES.

En 1986-1987, la Secretaría de Salud realizó una encuesta sobre consumo de alcohol en toda la República Mexicana, donde se encontró que el 7.3% de la población lo hace en forma preocupante. Entre los hombres el consumo preocupante es de un 14%, y las edades donde se concentra el consumo de alcohol preocupante es en los 30 a 49 años, en cuanto a las mujeres hay un 1% que si causa preocupación, observándose las cifras más altas entre las mujeres de 60 años en adelante y se concentra en mujeres viudas y divorciadas, la prevalencia entre hombres y mujeres para el consumo preocupante es de 14 a 1.⁶⁴ En esta misma encuesta realizada en 1986-87 se encontró que los hombres con historia familiar de consumo de alcohol tienen dos veces más probabilidades de desarrollar síndrome de dependencia que aquellos con historia familiar negativa.⁶⁵ La predisposición de la persona al desarrollo de alcoholismo se incrementa en ambientes de trabajo desfavorable, como por Ej.. la falta de control.⁶⁶ Aunque se ha encontrado al consumo de alcohol como un elemento de predicción pequeño de los niveles de estrés.⁶⁷

Berruecos (1977), manifiesta que el costo del ausentismo por alcoholismo a mediado de los setenta era de cuatro millones de días no trabajados. De igual manera, **Cabildo (1968)**, refiere que el 2 % de los trabajadores faltan a sus labores por problemas de alcoholismo y demostró que 7 de cada 1000 burócratas son alcohólicos.

Los problemas relacionados con el alcohol dentro del trabajo, han sido relacionados con accidentes, ineficiencias y ausentismos y que las iniciativas

⁶⁴ Solache G., Tapia R., León G., Lazcano F., Borja V. "Encuesta Nacional de Salud : El consumo de bebidas alcohólicas. Salud Mental 1990, Vol.13, No3, pp.13-26

⁶⁵ Natera G., Borges G., Medina Mora M., Solis L., Tiburcio M. "la influencia de la Historia Familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres". Salud Pública de México 2001; Vol. 43, No. 1, pp. 17-25.

⁶⁶ Tomas Hemmingsson, Ingvar, Lundberg. "Interaction between heavy adolescent drinking and later low sense of control over work"; Alcohol & Alcoholism 2001 Vol. 36. pp 207-212.

⁶⁷ PLANT, m. A. "Occupations, drinking patterns and alcohol-related problems": conclusions from a follow-up study. British Journal of Addiction 1979, Vol. 74, pp.267-273.

para prevenir el hábito de la ingesta de alcohol y problemas relacionados con el alcohol dentro del área de trabajo, se iniciaron en USA en 1942, en la compañía Dupont⁶⁸

En 1970 el Contralor General de USA reportó que los trabajadores con consumo abusivo del alcohol son 25% menos eficientes que otros individuos

El 76% de los accidentes relacionados con problemas de alcohol dentro del área de trabajo ocurrieron entre las 8 a 10 AM y 1 a 2 PM⁶⁹, 3 % reportó haber estado ausente en el trabajo.⁷⁰

Conociendo la dificultad que representaba hacer una encuesta sobre consumo de alcohol dentro de un área de trabajo sensible, como es el área hospitalaria, se eligió un cuestionario de fácil comprensión, manejo simple y de detección temprana del uso dañino y peligroso de alcohol de alcohol. Este fue el **AUDIT** (Test de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol) con 10 preguntas, que nos dan a conocer el consumo del alcohol, conductas en la bebida y problemas relacionados con el alcohol.

Este instrumento de monitoreo de consumo de alcohol, es de utilidad para médicos generales, servicios médicos comunitarios, es una encuesta epidemiológica de las poblaciones generales no clínicas, fue el primer estudio de tipo transnacional.⁷¹

Los instrumentos para el monitoreo del consumo de alcohol se han hecho para detectar alcoholismo y no para monitorear al consumo problemático del alcohol que se encuentra en su etapa más temprana, el cuestionario para conocer el

⁶⁸ Jan Gill. "Alcohol Problems in Employment: Epidemiology and responses Review". Alcohol & Alcoholism; 1994, Vol. 29, No. 3, pp. 233-248.

⁶⁹ Beaumont P.B. and Allsop, S. J. Beverage report. Occupational Safety and Health 1983, Vol. 13, pp. 25-27.

⁷⁰ Goddard, E. "Drinking in England and Wales in the late 1980s HMSO, London 1991 en "alcohol problems in employment: Epidemiology y responses" Jan Gill, Alcohol & Alcoholism, Vol. 29, No 3, 1994, pp. 233.248

⁷¹ Saunders, J., Aasland, O., De la Fuente J., Grant, M. "Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test. (AUDIT); WHO Collaborative Project on early detection of Persons with Alcohol Consumption II". Adiccion 1993, Vol. 88, pp.791-804.

alcoholismo mas conocido es el (MAST) esta prueba identifica correctamente al paciente alcohólico en un 98 %. Esta prueba refleja dependencia física avanzada o daño severo.

El AUDIT toma en cuenta la susceptibilidad, el daño por exceso de bebidas, además nos ayuda a determinar el nivel base del bebedor severo antes que ellos puedan desarrollar problemas relacionados con el alcohol.^{72,73}

La facilidad para el uso del cuestionario AUDIT, hace de este un cuestionario ideal para aplicárselos a Instituciones como: Universidades, Colegios, Hospitales, Oficinas Públicas, Empresas.⁷⁴

De acuerdo con estos antecedentes, se aplicó este cuestionario teniendo una buena aceptación entre los trabajadores.

Se Hizo un estudio descriptivo, con diseño Ex – post- Factum, transversal.

El cuestionario **AUDIT** consta de 10 reactivos y 5 preguntas de filiación (ver anexo), donde las primeras 3 preguntas evalúan la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol, las preguntas de la 4 a 8 diagnostican el consumo fuerte de alcohol y posibilidad de dependencia y las preguntas del 9 al 10, problemas relacionados con el alcohol, que habla de la posibilidad de que se haya producido un daño físico o mental en la persona.

La clasificación mayor o igual a 8 se consideran positivos para un consumo de alcohol peligroso o dañino que tendrá como puntuación máxima 40 puntos

⁷² Sharkey, J., Brennan, D., Curran, P. " The pattern of alcohol consumption of a General Hospital Population in North Belfast; Alcohol & Alcoholism 1996. Vol. 31, No 3, pp. 279-285.

⁷³ Harnett, R., Herring, R., Thom, B., "Exploring Young Men's using the AUDIT questionnaire"; Alcohol & Alcoholisms 1999, Vol. 34, No. 5 , pp.672-677.

5. RESULTADOS

5.1. Análisis descriptivo

De un total de 236 personas que trabajan en servicios básicos se encuestó **148** personas; Se utilizó la encuesta AUDIT para detectar personas con ingesta peligrosa de alcohol y problemas relacionadas con el alcohol (consumo o ingesta dañina) en esta muestra el 20.27% (30p) fueron del género femenino y el 79.72% (118p) del género masculino.

TABLA 1

CARACTERISTICAS DE LAS VARIABLES DE LA ENCUESTA AUDIT

		MUJERES		HOMBRES			
		30 n	148 n	118 n	148 n		
		n	%	%	n	%	%
EDAD	18 - 29 años	16	53.3	10.81	38	32.2	25.67
	30 - 39 años	13	43.3	8.78	44	37.3	29.72
	40 - 49 años	1	0.33	0.67	32	27.1	21.62
	50 - años			-	4	3.38	2.7
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	1	0.33	0.67	1	0.87	0.67
	SECUNDARIA	14	46.66	9.45	36	30.5	24.32
	PREPARATORIA	12	40	8.1	58	49.15	39.18
	UNIVERSIDAD	1	0.33	0.67	17	14.4	11.48
	C. TECNICA	2	6.66	1.35	6	5	4
E. CIVIL	CASADO	12	40	8.1	82	69.48	55.4
	SOLTERO	12	40	8.1	24	20.33	16.21
	DIVORCIADO	1	33	0.67	5	4.23	3.37
	U. LIBRE	3	10	2	6	5	4
	VIUDO		-	-	1	0.87	0.67
BEBIDA	DESTILADOS	19	63.33	12.83	58	39.18	49.15
	CERVEZA	9	33.33	6.08	52	35.13	44.06
	NO PREFERENCIA	1	3.33	0.67			
ASTEMIOS		1	3.33	0.67	8	5.4	6.7

⁷⁴ Barry, K. And Fleming, M., F. "The Alcohol Use Disorders Identification Test. AUDIT and the SMAST-13 ; predictive validity in a rural primary care sample" Alcohol and alcoholism 1993, Vol. 28, pp. 33-42.

En la muestra en lo que respecta a la variable **Edad**, se agruparon en cuatro categorías de **18-29 años** con 54 personas que corresponde al 36.48% de la muestra, divididos en el género masculino con (38p) 25.67% y el género femenino con (16p) 10.81%, la edad que comprende a los **30-39 años** fueron (57) 38.51 % de la muestra, divididos en masculino con (44p) 29.72 % de la muestra y el femenino con (13p) 8.78% de la encuesta, de igual manera aparece el grupo de edad de los **40-49 años** con (33p) 22.29%, siendo el masculino mucho mayor con (32p) 21.62% y el género femenino es de (1p) 0.67 % de la encuesta, y el grupo de mayores de **50 años** que solo fue visto en el género masculino con (4p) 2.7% de la encuesta.

La variable **Estado civil**, en el que los **Casados** fueron (**94p**) 63.51% de la muestra total, masculino (82p) 55.4% de la muestra, femenino (12p) 8.1% de la muestra general, **solteros** fueron (36p)24.32% de la muestra total, de estos el género masculino tuvo (24p) 16.21% y el género femenino fue el 8.1% (12p) de la muestra total, los **Divorciados** fueron (6p) 4% de la encuesta, siendo masculino (5p) 3.37% y en el femenino el (1p) 0.67% de la muestra total; **Unión libre** corresponde al (9p) 6% de la encuesta, donde el género masculino es él(6) 4% y el femenino un (3p)2% de la muestra, y solo un viudo que es el 0.67 % del total.

En cuanto a la **Escolaridad** encontramos que estudiaron **Preparatoria**(70p) 47.29% siendo el de mayor porcentaje, encontrando al género masculino con el (58p) 39.18% y el femenino con el (12p) 8.1% de la encuesta, siguiéndole la **Secundaria** con el (50p) 33.78% de la encuesta, correspondiendo al género masculino (36p)24.32% y el femenino con (14p) 9.45%, en tercer lugar tenemos a quienes cursan **carrera universitaria**, con un (18p)12.1% de la muestra total, siendo el género masculino quien más cursa carreras con un 11.48% y el femenino con 0.67%(1p), la carrera técnica representa el (8p) 5.40% correspondiendo al masculino con el (6p)4% y femenino 1.35% (2p) y en último lugar la primaria con 1 en cada género siendo el (2p)1.35% de la muestra y el (1) 0.65% para cada género.

En esta encuesta encontramos que el 93.9% fue consumidor de alcohol, frente al 6.08%, de abstemios, de estos el (1p)0.67% fue femenino y (8p) 5.4% masculino. El tipo de bebida de más consumo fueron los destilados en general con un 52% (77p), seguido muy de cerca por la cerveza con un 41.2% (61p)

5. 1. 1. AUDIT relacionado con el Género, la Edad, Estado Civil, Escolaridad.

En relación con el **género**, el masculino representa (69/118p) 58.47% del total de los hombre encuestados tiene un **Audit menor de 8**, con promedio de **Audit** 3.07, separando los géneros encontramos que el género femenino con **Audit** menor de 8 son (27/30p) 90% con un **Audit** de 2.70, siendo un poco mayor en el masculino con un **Audit** 3.21 (69).

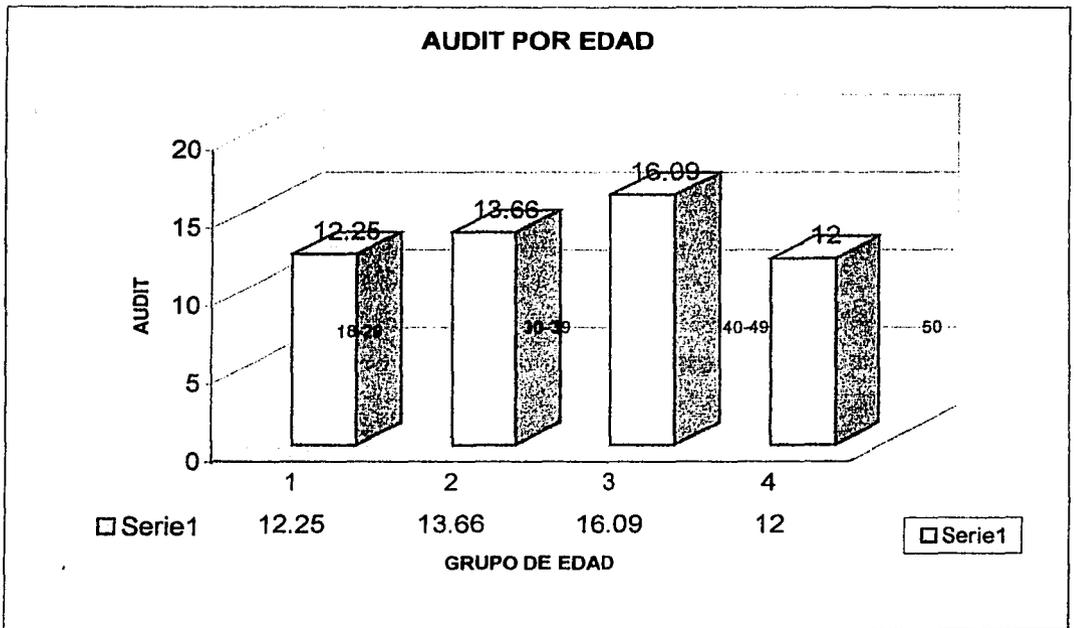
TABLA 2

TABLA AUDIT I GUAL O MAYOR A 8									
EDAD	MASCULINO				FEMENINO				
	AUDIT	p	52 p %	148 p %	AUDIT	p	52 p %	148 p %	
18 - 29 años	12.25	16	30.76	10.81	8	1	1.92	0.67	
30 - 39 años	13.66	20	38.46	13.51	8.5	2	3.84	1.35	
40 - 49 años	16.09	12	23.07	8.1					
50 - años	12	1	1.92	0.67					
TOTAL	13.5	49		33.1	8.3	3	5.76	2	
TOTAL DE AUDIT IGUAL O MAYOR DE 8 ES DE 13.85									
ESTADO CIVIL									
CASADO	13.1	28	53.84%	18.31%	8	1	1.92	0.67	
SOLTERO	13.23	13	25%	8.78%	8.5	2	3.84	1.35	
DIVORCIADO	21.25	4	7.69%	2.70%					
UNION LIBRE	15	3	5.79%	2.02%					
VIUDO	12	1	1.92%	0.67%					
TOTAL	14.9	49	94.23%	33.10%					
ESCOLARIDAD									
SECUNDARIA	12.26	15	28.84%	10.13%	8.5	2	3.84	1.35	
PREPARATORIA	14.48	27	51.92%	18.24%	8	1	1.92	0.67	
UNIVERSIDAD	13	5	9.61%	3.37%					
C. TÉCNICA	11	2	3.84%	1.35%					
TOTAL	12.6	49	94.23%	33.10%	8.3	3	5.76	2	
MASCULINO 33.10% FEMENINO 2.02%									
PORCENTAJE TOTAL DE PERSONAS CON AUDIT IGUAL O MAYOR DE 8									
Masculino	33.10%								
Femenino	2.02%								
TOTAL	35.12%								

En contraste las personas que tuvieron **Audit mayor a 8** fueron (52/148p), que representa un **35,12%**, que tuvieron un **Audit total promedio de 13.5**, de estas 52 personas con **Audit mayor de 8**, el **género masculino representó el 94.23%** y 33.10% de la encuesta total, teniendo un **Audit promedio de 13.5**, de igual forma el género femenino representó el 5.76% (3/52p) o el 2.02 % y el 10% (3/30p) del género femenino y (3/148) de la encuesta total, teniendo un **Audit** de 8.3.

Al desglosar los datos por **edad**, (gráfico 1) encontraremos que el **Audit** es mayor para las personas comprendidas entre los **40-49 años con un Audit de 16.09**, seguidos del grupo de edad de los **30-39 años con Audit de 13.66**, y del grupo de los **18-29 años con 12.25**,

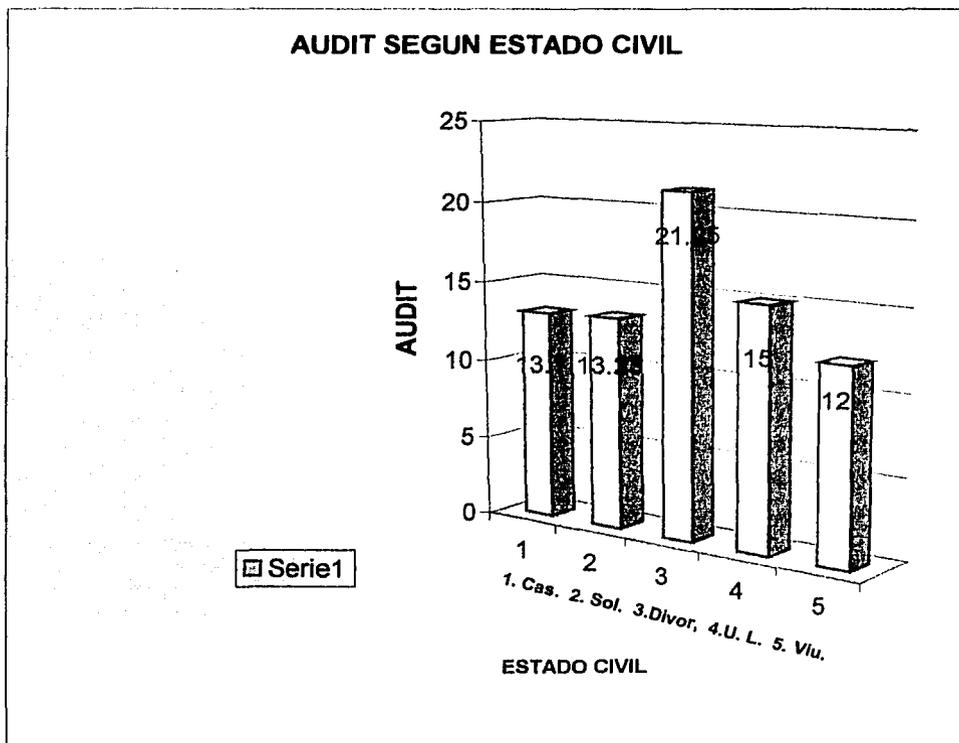
GRAFICO 1



Audit de acuerdo a la edad.

En cuanto al **Estado civil** (gráfico 2) podemos apreciar que el **Divorciado** tiene un **audit de 21.25** que es el más alto en cuanto a esta variable, seguido de lejos por **la unión libre con un audit de 15**, luego de los solteros con **audit 13.23**, y el casado con **13.1**.

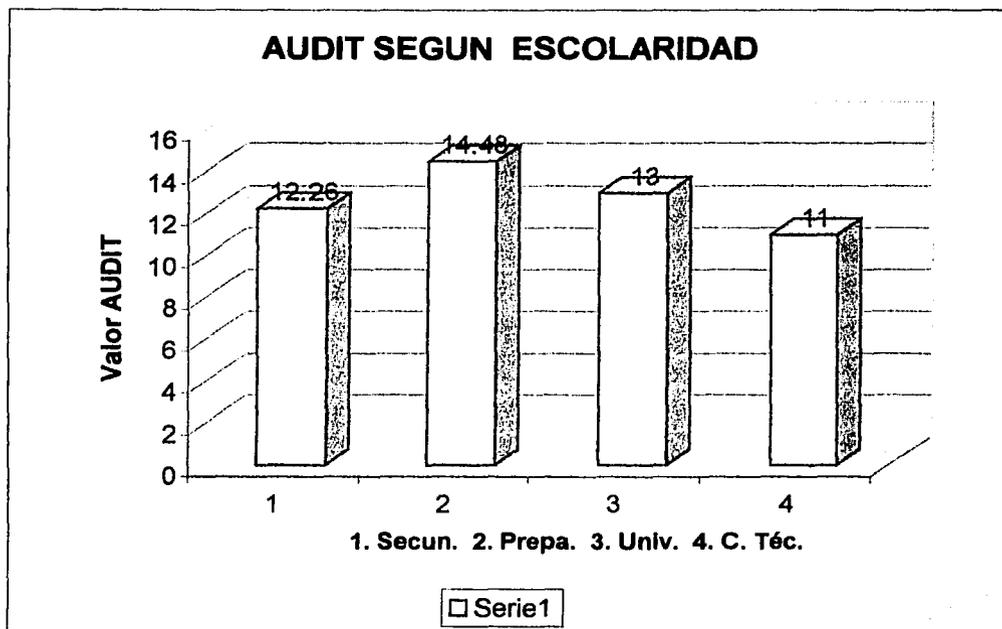
GRAFICO 2.



Audit de acuerdo al estado civil

Con respecto a la **Escolaridad**, la **preparatoria** es la que presenta el **Audit** mas alto que es de 14.48, seguido por la escolaridad **Universitaria** con audit 13 y secundaria con 12.26 y carrera técnica 11. (ver gráfico 3)

GRAFICO 3.



Audit de acuerdo a la Escolaridad.

5. 1. 2. Patrón de consumo de alcohol y bebedores peligrosos con problemas de conducta. (Ver Anexo hoja de pregunta Audit)

En el **cuestionario Audit** las tres primeras preguntas están relacionadas con la frecuencia de consumo y una de ellas es: **¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?** Encontramos que en los hombres el 50.84 %

(60/118p) por los menos ingirieron *1 vez al mes*, y en *2 a 4 veces al mes*, el 39.83% (47/118p) de los hombres que es el 31.75% (47/148p) de los encuestados y 4 veces o más por semana el 1.69% (2/118p) que es el 1.35% (2/148p), respecto a la edad el grupo de los *30-39* fue el que consumió *por lo menos una vez al mes*, con un 17.19% (21/118p) de los hombres que corresponde al 14.18%, (21/148p) de los encuestados, de *2 a 4 veces al mes*, el grupo de los *30-39 años* consumió bebidas alcohólicas con un 16.1% (19/118) correspondiendo al 12.83%, (19/148p) del total; *Los casados* bebieron *por lo menos una vez al mes* en un 41.52% (49/118p) siendo el 33.1% (49/148p) del total y *2 a 4 vez al mes* un 21.62% (25/118) que es el 16.89% (25/148p) del total; En cuanto a la *escolaridad* los hombres que cursaron preparatoria lo hicieron *al menos una vez al mes* el 34.74% (41/118p) que es el 27.7% (41/148) del total de la encuesta; En el *género femenino* el consumo de alcohol de *menos de una vez al mes* es en un 76.6% (23/30p) que es el 16.21% (23/148p) del total, *2 a 4 veces por mes* el 20% (6/30p) y es 4% (6/148p) del total; El grupo de edad que *consumió al menos una vez al mes* bebidas alcohólicas, fue de los 18-29 años con un 46.66%(14/30p) correspondiendo al 9.45% (14/148p) del total (Ver tabla 3)

La siguiente pregunta relacionada a la frecuencia de consumo es ***¿Cuántas copas se toma en un día típico que bebe?*** En los hombres El 40.63% (48/118p) tomaron *menos de 5 copas*, de *5 a 6 copas* un 27.96% (33/118p), en el grupo femenino un 36.66% (11/30p), toma *menos de 5 copas* y un 13.3% (8/30p) toma *de 5 a 6 copas*, en cuanto al grupo de edad que toma *de 5 a 6 copas* tenemos que los grupos de edades comprendidas entre los 18-29 y 30-39 años representan cada uno el 11% (13/118p), en el género femenino el grupo de edad de los 30 a 39 en un 13.7 % (3/30) toma *de 5 a 6 copas*,(Ver tabla 4)

La última de las preguntas que tiene relación con la frecuencia de la ingesta de alcohol es ***¿ Con qué frecuencia toma más de 6 copas?*** En el género *masculino*, *una vez al mes* fue el mayor con un 36.44% (43/118p)

mensualmente 27.96% (33/118p) y *semanalmente* un 5.93% (7/118p), en lo que respecta al género femenino el 33.33% (10/30p) lo hizo por lo menos *una vez al mes* y el 16.66% (5/30p) *Mensualmente*, en cuanto a los grupos de edad la frecuencia de *tomar más de 6 copas al menos una vez al mes*, fue del grupo de los 40-49 años con 15.25% (18/118p) y *mensualmente* fue del grupo de edades comprendida entre 30-39 años con un 13.55% (16/118p) en el género *femenino*, el grupo de edad que tomó más de 6 copas al *menos una vez al mes* fue de los 18-29 años con un 33.33% (10/30p) y *mensualmente* el grupo de los 30-39 años con un 2.7% (4/148p) que es el 13.33% de las mujeres; en relación al estado civil, los casados que bebieron al *menos una vez al mes* fue de 28.81% (34/118) y *mensualmente* los casados tienen un 14.4% (17/118), en cuanto a *escolaridad* quienes lo hicieron *mensualmente* con más frecuencia fue quienes cursaron preparatoria con un 15.25% (18/118) que es aún mayor que las personas que cursaron preparatoria y que tomaron al menos una vez, en el género femenino la preparatoria fue más frecuente haber tomado más de 6 copas una vez al mes un 20% (6/30), (ver tabla 5).

5. 1. 3. Bebedores peligrosos o dañinos.

Después de haber descrito los resultados sobre la frecuencia de ingesta, nos toca ver los resultados de los bebedores peligrosos que son de la pregunta 4 a la 8 del cuestionario Audit.

En el género masculino un 20.33% de los hombres (24/118p) ***no pudo dejar de beber una vez que había empezado en el último año*** en *menos de una vez al mes* y que es el 16.21% (24/148) de, *mensualmente* un 7.62% (9/118) de los hombres siendo un 6% del total, *semanalmente* un 3.38 % (4/118p) del 100% de los hombres, correspondiendo al total de la encuesta a un 2.7% (4/148p) En el género femenino, al menos una vez al mes, fue un 3.33% del total de las mujeres (1/30p) y 0.67 del total de la encuesta (1/148p) (Ver, tabla 6)

En los grupos de edad, los hombres con relación a esta misma pregunta, *menos de una vez al mes*; Fue más frecuente en el grupo de 40-49 años con

el 7.62% (9/118p) del total de los hombres y el 6% del total de la encuesta, *mensualmente* fue más frecuente en el grupo de edad de los 18-29 años con 4.23% (5/118) del total de los hombres, *semanalmente* fue mayor en el grupo de edad de los 40-49 años con un 2.54% (3/118p) del total de los hombres correspondiendo al 2% del total encuestado, (Ver tabla 6) Con relación al Estado Civil, los casados predominaron en *menos de una vez al mes y mensualmente*, aunque *semanalmente* fueron desplazados por los divorciados con 1.69% (2/118p) de los hombres, correspondiendo al 1.35% del total; en cuanto a la escolaridad, la preparatoria predominó en por *lo menos una vez al mes* con un 12.71% (15/118p) de los hombres y 10.13 % del total de los encuestados; en lo que respecta al género femenino *menos de una vez al mes* no pudo dejar de beber una vez que había empezado lo dijeron el 3.33% (1/30p) del total de la mujeres y que representa el 0.67% del total de la encuesta. (Ver tabla 6)

De igual manera la pregunta. **¿Con qué frecuencia dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?** El 16.94% (20/118p) del total de los hombres y 13.51% del total de la encuesta, manifestó haberlo hecho por lo *menos una vez al mes* y el 5% (6/118p) del total de los hombres que representa el 4% del total, lo hizo *mensualmente*; *al menos una vez al mes* fue más frecuente en el grupo de los 30-39 años con 8.47% (10/118p) del total de los hombres representando el 6.75% (10/148p) del total de la encuesta, además en cuanto al estado civil, los casados siguen siendo los de mayor porcentaje en las diferentes frecuencias (ver tabla 7) y quienes habían cursado preparatoria por lo *menos una vez al mes* dejaron de hacer algo que deberían haber hecho por beber en un 10.16% (12/118p) del total de los hombres, siendo el 8.1% del total de la encuesta, igualmente predomina la preparatoria en quienes dijeron mensualmente. (Ver tabla 7)

En cuanto al género femenino, por *lo menos una vez al mes* dejó de hacer algo por beber respondieron el 3.33% (1/30p) de las mujeres siendo el 0.67 del total.

Otras de las preguntas que detectan al bebedor peligroso. **¿ Ha necesitado el primer trago en la mañana para tener fuerza para seguir adelante después de haber bebido de manera fuerte?**. En esta pregunta los hombres dijeron *menos de una vez* el 13.55% (16/118p) del total de los hombres, siendo el 10.8% del total de la encuesta, *mensualmente* un 5.9% (7/118p) del total de los hombres y 4.72% del total encuestado (ver tabla 8) en cuanto a la *edad* fue de mayor porcentaje el grupo de 40-49 años con el 6.77 % (8/118p) de los hombres, correspondiendo al 5.4% (8/148p) de encuestados, *mensualmente* fue mayor para el grupo de los 30-39 con 4.23% (5/118p) de los hombres que es el 3.37% del total, en cuanto al estado civil, los casados lo hicieron *una vez al mes* en un 11% (13/118p) del total de los hombres 8.78 % (13/148p) del total de encuestados y fue más frecuente en personas que cursaron secundaria el haberlo hecho por lo *menos una vez al mes* en un 5.93% (7/118p) del total de los hombres y el 4.72% de la encuesta total. (Ver tabla 8)

En las mujeres esta pregunta, *al menos una vez al mes* tomaron un trago en la mañana para tener fuerza para seguir adelante después de haber bebido y lo hizo en 3.33% (1/30p) del total de las mujeres y 0.67 % de la encuesta total y se da en el grupo de los 30-39 años.

5. 1. 4. Consecuencias del Alcohol - Consumo Severo

Dentro de las reacciones adversas que presenta un bebedor dañino como consecuencia de la ingesta de alcohol, tenemos una de las pregunta que fue formulada en el cuestionario **Audit. ¿Con qué frecuencia se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?** (Ver tabla 9) Encontramos que *al menos una vez al mes* el 29.99% (35/118p) del total de los hombres, siendo el 23.64% (35/148p) del total de la encuesta; *mensualmente* fue en menor porcentaje con un 5% (6/118p) del total de los hombres y 4% (6/148p) de los encuestados. El *grupo de edad* con mayor porcentaje que lo hizo *menos de una vez al mes* fue de los 30-39 años 13.55%(16/118p) del total de los hombres,

siendo el 10.81 % (16/148p) del total encuestado; en el grupo de los *casados menos de una vez* dijeron el 18.64% (22/118p) del total de los hombres, que es el 14.86% (22/148p) de la encuesta y fue más frecuente en quienes cursaban preparatoria con un 15.25% (18/118p) del total de los hombres que es el 12.16% de la encuesta. En cuanto al género *femenino* el 6.66%(2/30p) del total de las mujeres *al menos una vez al mes* tuvieron remordimientos siendo el 1.35% del total. (Ver tabla 9)

Otra de la pregunta que está relacionadas con las reacciones adversas en los bebedores dañinos es ; ***¿Con que frecuencia olvidó algo de lo que había sucedido mientras usted bebía?***, (Ver tabla 10) *menos de una vez al mes*, el género masculino con el 22% (26/118p) del total de los hombres es decir el 17.56% (26/148) de la encuesta , de otro lado *mensualmente* el 5.93% (7/118p) del total de los hombres, siendo el 4.72% de la encuesta olvidó algo de lo que había sucedido mientras bebía; en relación al grupo de *edad* que más frecuentemente olvidó algo que había sucedido mientras bebía *al menos una vez al mes* fue el de 30-39 años con el 9.32% (11/118p) del total de los hombres, en el grupo de los 40-49 años con el 2.54% (3/118p) que representa el 2 % de la encuesta lo hace *mensualmente* ; en cuanto al estado civil, los casados es el de mayor porcentaje en la frecuencia de *menos de una vez al mes* con un 15.25 (18/118p) del total de los hombres, siendo el 12.26 % (18/148p) de la encuesta; En cuanto a escolaridad *menos de una vez al mes*, fue más frecuente en la secundaria con el 8.47% (10/118p) del total de los hombres, siendo el 6.75% (10/148p) del total siguiéndole de cerca quienes cursaron preparatoria, con el 7.62%(9/118p) del total de los hombres y representando el 6% (9/148p) del total. (Ver tabla 10)

En cuanto al género femenino, le sucedió de que había olvidado algo de lo que había pasado mientras bebía *en menos de una vez al mes*, en un 6.66% (2/118p) del total de los hombres, es decir el 1,35% del total de la encuesta, y se observó en los grupos de los 18-29 y el de los 30-39 años, siendo todas de nivel secundario.

Con relación a las dos preguntas restantes del cuestionario AUDIT, estas tienen relación con problemas relacionados con el alcohol una de las preguntas es: **¿Alguien había resultado lesionado debido a su forma de beber? En el último año,** le sucedió a un 12.71% (15/118) de los hombres y fue más frecuente en las personas del grupo de edad de los 18-29 años con 5.93% (7/118p) del total de los hombres, de igual forma en los casados fue mayor con un 9.32% (11/118p) del total de los hombres siendo más frecuente en quienes cursaron secundaria con un 6.77% (8/118p) del total de los hombres, (Ver tabla 11)

¿Algún familiar, amigo o Doctor se ha preocupado por la forma en que bebe, le han sugerido que beba menos? Esta es la segunda pregunta de problemas relacionados con el alcohol y la última de la encuesta AUDIT, (ver tabla 12).; En los resultados de la encuesta encontramos que la pregunta de frecuencia *Sí pero no en el último año*, es el 13.55% (16/118p) del total de los hombres, correspondiendo al 10.81 (16/148p) del total de la encuesta, pero este porcentaje aumenta cuando la pregunta de frecuencia es; *Sí, en el último año* con un 19.49% (23/118p) del total de los hombres, siendo 15.54%.(23/148p) del total de encuestados.

En cuanto a los grupos de edades tenemos que para la frecuencia *Sí pero no en el último año* los grupos 18-29, 40-49 fueron iguales con el 5% (6/118p) del total de los hombres, representando el 4% (6/148p) del total y en este mismo tenor, tenemos que los casados fueron el 11% (13/118p) del total de los hombres, correspondiendo al 8.78 % (13/148p) del total y fue más frecuente en quienes cursaron secundaria con el 5% (6/118p) del total de los hombres, es decir el 4% (6/148p) del total. En cuanto a la frecuencia *Sí, en el último año* el grupo de edad con más alto porcentaje es el de los 30-39 años con 8.47% (10/118p) del total de los hombres y 6.75%(10/148p) del total de la encuesta, en cuanto al *estado civil* los casados tuvieron el 11% (13/118) del total de los hombres y 8.78% del total, y lo relacionado a la escolaridad la preparatoria fue

el 13.55% (16/118p) de los hombres y el 10.81% (16/148p) de los encuestados, siendo los más importantes datos de esta tabla. (Ver tabla 12) En cuanto al género femenino la frecuencia *Sí pero no en este año* fue 6.66% (2/30p) de las mujeres, correspondiendo al 1.35% (2/148) de la encuesta, siendo el grupo de los 18-29 años de edad el único que prevalece, de igual forma sucede con quienes cursaron la secundaria; en el estado civil, se repartieron las casadas y solteras. Con el 3.33% (1/30p) cada una siendo el 0.67% (1/148p) del total de los encuestados.

5. 2. Modelo logístico de probabilidades

Usamos este modelo Logístico para calcular probabilidades no para predecir.

En cuanto al consumo de alcohol y la relación que existe con la edad, género, estado civil, escolaridad, encontramos que la edad y la escolaridad no son significativas estadísticamente para este modelo logístico, quedando en consecuencia las variables independientes género y estado civil y la variable dependiente para la relación del modelo logístico.

Encontramos que el estado civil y el género influyeron con una **P < 0.001**, que nos traduce un modelo altamente significativo en la relación de estas dos variables independiente frente al consumo de alcohol,

Dentro de este mismo rubro tenemos la (tabla 1 de probabilidades) donde nos muestra la relación entre los géneros masculino y femenino con el estado civil

**TABLA 1 DE
PROBABILIDADES**

TABLA DE PROBABILIDADES DEL PERSONAL DE SERVICIOS BÁSICOS DEL HOSP. PEDIATRÍA CMN

MASCULINO					
Grupo Audit	Casado	Soltero	Divorciado	Unión Libre	Viudo
Poco Tomador	0.645 64.50%	0.464 46.40%	0.225 22.50%	0.542 54.20%	
Tomador Peligroso	0.3 30%	0.491 49.10%	0.174 17.40%	0.29 29.00%	0.996 99.60%
Tomador Dañino	0.051 5.10%	0.039 3.90%	0.594 58.40%	0.166 16.60%	

FEMENINO				
Grupo Audit	Casada	Soltera	Divorciada	Unión libre
Poco tomador	0.931 93.10%	0.86 86%	0.887 88.70%	0.921 92.10%
Tomador Peligroso	0.065 6.50%	0.136 13.60%	0.113 11.30%	0.075 7.50%
Tomador Dañino	-	-	-	-

Al estudiar de manera detallada la (tabla 1) de probabilidades, encontramos que en el género femenino es más probable que no consuman bebidas alcohólicas en lo que respecta al grupo de poco tomador a diferencia del grupo tomador peligroso, en donde encontramos las probabilidades de que las solteras sean consumidoras peligrosas en un 0.136 (13.6%) que es el mayor, seguido del grupo de las divorciadas con una probabilidad del 0.113 (11.3%) En lo que respecta al género masculino, podemos observar (véase tabla 1 de probabilística) en el grupo de los pocos tomadores, los casados el 0.645 (64%) es más probable que consuma poco o no consuma licor, en este grupo

de los pocos tomadores, personas con unión libre representaron el 0.542 (54.2%) de probabilidades de que no consuman o consuman poco licor. En cuanto al grupo de los tomadores peligrosos el viudo tiene el 0.996 (99.6%) de probabilidades de ser tomador peligroso, le sigue el soltero con 0.491 (49.1%) y el casado con 0.300 (30%)

En cuanto al agrupo de los tomadores dañinos aquellos que tiene un Audit promedio muy alto y que están relacionados con problemas relacionados con el alcohol el 0.594 (59.4%) de los divorciados tienen más probabilidad de estar dentro de este grupo, seguido por personas de unión libre con un 0.166 (16.6%) (ver tabla 1 de probabilidades)

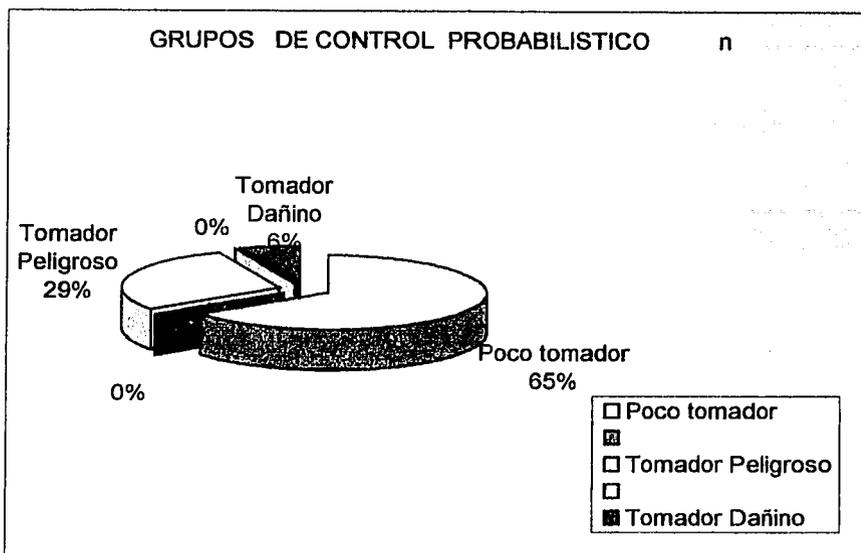
Esta tabla de probabilística nos muestra claramente que los hombres divorciados y los de Unión Libre, son los que más probabilidades tienen de entrar en los grupos de tomadores dañinos y que pueden tener problemas relacionados con el alcohol y que en el grupo de los tomadores peligrosos, el viudo con el doble de probabilidades que el soltero y el casado tienen problemas importantes con el alcohol.

Se usó un modelo multivariado para conglomerados, del programa JMP 3.1.6.2 SAS (ver tabla 2 grupos de control) para establecer grupos de control

TABLA 2
GRUPOS DE CONTROL

Grupo	n	Desviación AUDIT estándar	
Poco tomador	96	3.07	2.098
Tomador Peligroso	43	11.6	2.969
Tomador Dañino	9	23	3.937

GRAFICO 1



Grupos de control Probabilísticos (Gráfico 1)

Este modelo computarizado nos proporcionó 3 grupos, que van desde grupos con promedio de menor **AUDIT** a grupos de mayor **AUDIT**, por lo que se formaron tres grupos, al primer grupo: lo llamamos Poco tomador, al segundo grupo; tomador peligroso, y el tercer grupo; tomador dañino

El *primer grupo* computarizado tiene un **AUDIT** promedio de **3.07**, que representa a cerca de 96 personas que en términos porcentuales representa un 65%, con una desviación estándar DS de 2.098, a este grupo se le denomina *Poco Tomador*, el *segundo grupo* con una media de **AUDIT** de **11.6** que lo forman 43 personas que es el 29% con una desviación estándar DS de 2.969, a este segundo grupo se le llama *Tomador Peligroso*, el tercer grupo que presenta un **AUDIT** promedio de **23** puntos del que forman parte 9 personas que representa el 6%, que tienen una desviación estándar DS de 3.937, a este grupo lo llamamos *Tomador Dañino*.

6. CONCLUSIONES.

El uso de la encuesta AUDIT nos proporcionó un conocimiento mucho más amplio sobre las personas y el consumo de alcohol, con él conocimos al trabajador que es consumidor común, al bebedor peligroso y las personas que presentan problemas relacionados con el alcohol.

En este trabajo nos muestra que un 96.66 % de los hombres y el 93.22% de las mujeres bebieron alguna vez.

En esta encuesta AUDIT realizado al personal de servicios básicos del hospital de pediatría del CMN. Siglo XXI de la Ciudad de México, encontramos que los bebedores sociales o poco bebedores hombres, tienen un promedio AUDIT de 3.07 y en Mujeres de 2.70.

El personal que si representa un problema de salud para la Institución Médica fue de un 35.12% del personal, que son bebedores peligrosos, o tienen problemas relacionados con el alcohol, este porcentaje es parecido con un reporte actual (2001) sobre consumo de alcohol excesivo en estudiantes⁷⁵ ; Siendo el género masculino en nuestra encuesta el más importante dentro de este grupo de bebedores peligrosos y con problemas relacionados con el alcohol (49) personas que es el 94.23% siendo el resto al género femenino con el 5.76%,(3) con AUDIT mayor de 8; En el total de los encuestados(148p) corresponden al 33.10% de los Hombres y el 2.02% de Mujeres, presentaron un AUDIT mayor de 8, quienes necesitan atención de manera inmediata dentro de la institución, en especial a aquellos que son personas bebedoras peligrosas, debido a la facilidad que podría representar la atención médica de manera sobria, a diferencia del bebedor con problemas relacionados con el alcohol que necesitan una atención especializada, y por lo tanto ser transferido a casas de salud específicas para el tratamiento de este tipo problemas.

⁷⁵ Mora-Ríos J, Natera, G. "Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes Universitarios de la Ciudad de México. Salud Pública de México. 2001 Vol. 43. No 2, pp. 89-96.

En cuanto a la edad el grupo de los 40-49 años tenía un AUDIT alto de 16.09; lo cual quiere decir que es una edad a la cual hay que prestarle especial atención, de igual forma a aquellas personas viudas o solteras y en especial a los divorciados que tienen un AUDIT de 21.25 ; como podemos darnos cuenta, en el estado civil encontramos que las personas que no tienen compromisos son los que más altos AUDIT presentan y por lo tanto grandes bebedores.

En el patrón de consumo de alcohol en México, predomina la ingestión de baja frecuencia y alta cantidad⁷⁶ , reflejándose en nuestra encuesta donde el 25.6% de los encuestados (Hombres y mujeres) consumen más de 6 copas y menos de 10 mensualmente y es más fuerte en personas de edades comprendidas de los 30-39 años, que coincide con la encuesta nacional de salud de 1986-1987⁷⁷, que además en esta edad (30-39) es quienes más han tenido problemas relacionados con el alcohol en un 8.47% de los hombres, seguidos por el grupo de edad de los 18-29 años.

A través del modelo multivariado por conglomerado, este dividió en tres grupos de control, el grupo del poco tomador con un 65%, el tomador peligroso con un 29% y un 6% del grupo de tomador dañino, con la puntuación AUDIT respectiva de 3.07, 11.6 y 23, para cada uno de ellos, como se ha visto un 35% tienen un AUDIT por encima de 8 y esto nos está indicando que un 29% está en camino de entrar dentro del grupo de los tomadores consuetudinario, por lo que será necesario tomar las medidas necesarias para que este grupo pueda evitar el ingreso a esta clase de bebedores

Después de haber realizado la encuesta con el cuestionario AUDIT, encontramos un cuestionario accesible, de fácil lectura y comprensión, que nos proporcionó

⁷⁶ López, Jiménez J.,L. "Patrón de consumo de alcohol en pacientes captados en salas de urgencias. Salud Pública de México 1998; Vol. 40, pp. 487-493.

⁷⁷ Solache G., Tapia, R., León, G., Lazcano, F., Borja, V., Sepúlveda, J. "Encuesta Nacional de Salud"; El consumo de bebida alcohólicas. Salud Mental, 1990, Vol. 13, No 3, pp.13-16.

una lectura cabal del problema del consumo del alcohol, especialmente en lugares como instituciones publicas, empresas pequeñas o grandes, donde se trate de prevenir consecuencias del consumo excesivo de alcohol, y que especialmente en estos tiempos va a estar relacionado con la calidad de los servicios y los costos dentro de una institución o empresa.

Este cuestionario proporciona una oportunidad para conocer, prevenir y solucionar un consumo de alcohol que se podría constituir en un problema

6. 1 PROPUESTA.

6. 1. 1. Prevención.

Sabemos que la mayoría de los lugares de trabajo la prevención primaria es rudimentaria o casi nula o no existentes, no obstante los problemas relacionados con el alcohol son probablemente inevitables en una sociedad donde beber es común socialmente, por lo que la atención debe estar enfocada al sitio de trabajo.

Aunque la ley federal de trabajo habla específicamente sobre la intoxicación accidental con alcohol etílico durante el trabajo después de una manipulación⁷⁸, no habla sobre la ingesta cotidiana del mismo y su intoxicación, habla sobre la rescisión de contrato en caso de llegar al área de trabajo en estado de embriaguez⁴, pero previo a una investigación y no un reporte⁷⁹; La constitución de la republica en el Art. 73, 4ª nos explica sobre campañas contra el alcoholismo⁸⁰, que está ampliamente explicada en la Ley General de Salud en su Art. 185, sobre la prevención, tratamiento y en su caso rehabilitación de los

⁷⁸ Borrel Navarro M. "Ley Federal de Trabajo" Tabla de enfermedades de trabajo; edición revisada, 2000, Editorial SISTA S.A. pp. 88

⁷⁹ Contrato Colectivo de trabajo IMSS "Movimientos y cambios" cláusula 55; 2001-2003 pp. 37

⁸⁰ Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos 1917; Editorial Porrúa 129ª edición 1999. pp. 63

alcohólicos⁸¹, considerándola como una adicción y no una enfermedad, que como ya hemos explicado en el marco teórico, la OMS considera también al alcoholismo o a la ingesta peligrosa de alcohol como una adicción y no una enfermedad.

En general, estudios reportan un pobre conocimiento de los directivos, de los problemas relacionados con el alcohol dentro de las áreas de trabajo⁸² particularmente en el caso de los bebedores leves y moderado.

La predisposición de la persona al desarrollo al alcoholismo se incrementa con un desfavorable ambiente de trabajo, como por Ej. La falta de control.

Un Programa de Asistencia al Empleado (PAE), puede ser una forma de ayuda, que puede operar dentro del sitio de trabajo^{83,84} como por Ej. En consultorios de fomento a la salud, si se desea ahorrar en costos.

El objetivo sería beneficiar al empleado y al empleador, ¿por qué al empleador? Por que de esta forma se ahorra en costos, sí el despido fuera el único método disponible para el manejo del comportamiento del trabajador, habría un costo asociado con la rotación del trabajador ya sea por el despido o el reemplazo.

La prevención es una herramienta barata con gran alcance y de buenos resultados y se ha realizado por grupos aislados de trabajadores del propio hospital, con muy buena intención, pero con pobres resultados.

Las campañas preventivas deben hacerse a varios niveles en diferentes momentos.

Por lo que propondré una serie de medidas, para evitar que una oportunidad social se convierta en un flagelo entre los grupos de trabajadores de pocos recursos.

⁸¹ Ley General de Salud "Leyes y Códigos de México" Tomo I Editorial Porrúa, México 2000 pp.33-34.

⁸² Jan Gill. "Alcohol problems in Employment: Epidemiology and Responses Review. Alcohol & Alcoholism, Vol. 29 No. 3 1994, pp.233-248.

⁸³ O'Donnell, P.J., Wilson, M. Attitudes toward and experience of industry based alcohol recovery programmes : a survey of 161 Scottish organizations. Psychological Reports 1989, Vol. 65, pp. 1175-1184.

⁸⁴ Higuchi S. Kono H. Early Diagnosis and Treatment of alcoholism: The Japanese experience. Alcohol & Alcoholism 1994. Vol. 29, No.4, pp.363-373.

6. 1. 2. Infraestructura para las futuras medidas preventivas.

1. Consultorio clínico dentro del hospital.(Consultorio de fomento a la salud)
2. Personal Médico, paramédico y de Psicología para la atención del empleado con problemas de consumo peligroso de alcohol.
3. Que la sección sindical del Hospital esté en conocimiento y en concordancia para la ayuda del empleado en problemas de ingesta de bebidas alcohólicas.
4. Convenios con instituciones independientes y públicas para el traslado, alojamiento, tratamiento de personas con alcoholismo.
5. Conocimiento claro de las diferentes formas de manejo de las Instituciones en lugares de retiro, clínicas especializadas en manejo del alcoholismo.

6. 1. 3. Medidas Preventivas.

1. Control: Denuncia de compañeros de las personas con problemas relacionados con el alcohol.(Ausentismo, retardos, habilidad diezmada por el consumo de alcohol, conflictos con compañeros de trabajo o familiares de pacientes y accidentes), que esta denuncia no equivale a problemas de despido o sanción, es solo uno de los mecanismos para el ingreso como paciente al consultorio de prevención de personas con problemas de consumo de alcohol.
2. Concientización, sobre el uso excesivo del alcohol a través de Pláticas, folletos, mensajes audiovisuales, por parte de la administración del Hospital y la sección sindical.
3. Encuesta y revisión anual de personas con tendencias a beber alcohol a través del AUDIT y de los trabajadores en general, para que esto forme parte de una práctica rutinaria.
4. Detectar, sitios usuales de consumo de alcohol dentro del Hospital.
5. Cambiar de sitio a trabajadores con antecedentes de consumo de alcohol que estén desempeñando función clave para el hospital.

6. Se pondrá énfasis en personas con diagnóstico de consumo de alcohol peligroso.
7. Tratamiento de los familiares del paciente alcohólico desde el punto de vista Psicológico.
8. Tratamiento Psicológico a las personas con antecedentes Heredofamiliares de alcoholismo.
9. Se debe considerar enfermo a la Persona con adicción al alcohol.
10. se transferirá a las personas con ingesta severa y problemas relacionados con el alcohol a Clínicas especializadas, casas de retiro de instituciones independientes o pertenecientes al estado

6. 1. 4. Beneficios a Corto Plazo

Ahorro de costos por ausentismo no programado, retardos.

Ahorro de costos por accidente laboral que pudiera producirse

Ahorro de costo por indemnizaciones a pacientes o familiares por la pérdida de la habilidad.

Reducción en pérdidas por robo.

Menos accidentes dentro del trabajo

Menos medidas disciplinarias

6. 1. 5. Beneficios a Largo Plazo.

Mejoras en la moral y productividad de los trabajadores

Reducción de costos de debido a pérdidas y errores

Mayor conciencia por parte de los empleados acerca del abuso del Alcohol.

6. 2. Sugerencia.

Después de haber realizado la encuesta sobre consumo de alcohol y haber obtenido los resultados, creo que es necesario que se realice un trabajo exclusivo sobre ausentismo relacionado al alcohol, esto va a proporcionar el conocimiento y la oportunidad de resolver un problema administrativo de ausentismo que en determinado momento suele ser desquiciante, además de

tener la colaboración garantizada de la Dirección del Hospital así como de la Delegación Sindical, para que trabajos como este que involucren al personal en general sean de política administrativa cotidiana, esto va a proporcionar un mejor servicio de calidad, conociendo las fortalezas y debilidades de cada una de los servicios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. BIBLIOGRAFÍA.

Altura, B. M., and Altura, B.T. "**Micro vascular and vascular smooth muscle actions of ethanol, acetaldehyde, and acetate**" Fed. Proc., 1982, Vol. 41, pp. 2447-2451 .

Amez, G. and Jemez, C. "**Alcohol in the workplace a socio-environmental model for research and intervention**". Social Science and Medicine 1991 pp.36-50.

Barry, K. And Fleming, M., F. "**The Alcohol Use Disorders Identification Test. AUDIT and the SMAST-13 ; predictive validity in a rural primary care sample**" Alcohol and alcoholism 1993, Vol. 28, pp. 33-42.

Beaumont P.B. and Allsop, S. J. Beverage report. "**Occupational Safety and Health**" 1983, Vol. 13, pp. 25-27.

Belsasso Guido: "**Estrategias del Programa de Salud Mental**". En CONADIC informa, Boletín Especial s/f. Junio 2001

Berruecos L. "**El Alcoholismo en México : Situación actual y perspectivas**". En Alcoholismo Visión Integral ed. Por Velasco R. Trillas, México, 1988:pp 74-92

Berruecos, Luis. Velasco, María del Pilar. Lástima que mohuintiá quema y nopapá; "**Patrones de ingestión de alcohol en una comunidad indígena de la sierra norte de Puebla**". Reportes especiales del Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM). México 1977.

Borrel Navarro M. **"Ley Federal de Trabajo" Tabla de enfermedades de trabajo**; Editorial SISTA S. A; pp. 88, 2000,

Brown, N. A., Goulding, E. H.; and Fabro, S. **"Ethanol embryo toxicity" : direct effects on mammalian embryos in vitro**". Science, 1979, Vol. 209 pp. 573-575.

Burch, G.E., Ansary, A. **"Chronic Alcoholism and Carcinoma of the Pancreas"**. Arch. Intern. Med. Vol. 122, pp 176: 1977.

Burke T.R. **" The economic impact of Alcohol abuse and Alcoholism"**, public health report, 103, en alcohol problems in employment: epidemiology and responses by Jan Gill; alcohol & alcoholism. 1994, Vol. 29, Nº 3. 233-248.

Cabildo, Héctor. **"La concepción del problema, asociados al consumo de Alcohol en la Historia de México"** en el alcoholismo en México. Tomo II, Molina Piñeiro, L. Berruecos Y L. Sánchez L. (ed.) Fundación de Investigaciones Sociales, A. C., México: 1983.

Calderón Guillermo **"Perspectiva histórica del Alcoholismo en México"** en Alcoholismo visión integral por Velasco R., Trillas, México; pp. 48-63, 1988.

Contrato Colectivo de trabajo IMSS **"Movimientos y cambios" cláusula 55**; pp. 37, 2001-2003

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1917; Editorial Porrúa, 129ª edición, pp. 63 1999.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cook, C. H., Hallwood P. M. and Thomson, A. D. **"B Vitamin deficiency and neuropsychiatry syndromes in alcohol misuse. Alcohol and Alcoholism**, 1998 Vol. 33, N° 4, pp. 317-336.

Chávez Rivera I. Fernández Barros C. **"Alcohol y Sistema cardiovascular"**
En
Alcoholismo Visión Integral ed. por Velasco R., Trillas, México; pp. 288-336.
1988, reimpresión 2000

Edwards, G. Gross, M. Keller, M. Et all **"Alcohol related Disabilities WHO**. En **Alcoholismo visión integral**. ed. Por Velasco R. Trillas, México 1988, 93-109pp. reimpresión 2000

Folleto de Alcohólicos Anónimos de La Central Mexicana de Servicios Generales,
Comité de Información pública; Ecatepec Edo. de México 2001

Galán José: **Artículo periodístico sobre el Alcoholismo en México**, La Jornada; México Sábado 9 de Junio de 2001, pp. 37.

Jan Gill. **"Alcohol Problems in Employment: Epidemiology and responses Review"**. Alcohol & Alcoholism; 1994, Vol. 29, No. 3, pp. 233-248.

Glass, G. B.; Slomiany, B.L. **"Biochemical and pathological derangements of the gastrointestinal tract following acute and chronic digestion of ethanol"**. In Biochemistry and Pharmacology of ethanol. Plenum Press, New York, Vol. 1, pp 551-586. 1979.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Griffith Edward . **"Complicaciones sociales del Alcoholismo"** Tratamiento de alcohólicos: Guía para el ayudante profesional, Segunda (ed.) México: Trillas 1980 (reimpresión 2001)

GODDARD, E. **"Drinking in England and Wales in the late 1980s. HMSO, London. 1991 en Alcohol problems in employment: epidemiology y responses"** Jan Gill, Alcohol & Alcoholism, 1994; Vol. 29, No. 3, pp 233-248.

Goodman & Gilman 's **The Pharmacological Basis of Therapeutics**. Eighth edition Vol. 1 , ed. Alfred Goodman Gilman. McGraw Hill International Editions, Singapore. 1992: pp. 370-378.

Guevara, L. **"Efectos del Alcohol sobre el aparato digestivo"** en El Alcoholismo en México Tomo I. Molina y L Sánchez Medal (ed.) Fundación de investigaciones Sociales, A. C. México. 1982.

Harnett, R., Herring, R., Thom, B., **"Exploring Young Men 's using the AUDIT questionnaire"**; Alcohol & Alcoholism 1999, Vol. 34, No. 5 , pp.672-677.

Hauge T., Persson J., Sjolund K., **"Neuropeptides in the duodenal mucus of chronic alcoholic heavy drinkers"** Alcohol and Alcoholism 2001, Vol. 36, N°. 3, pp. 213-218.

Hauser, W. A. ; Brust, J. C. M. **"Alcohol consumption and withdrawal in new-onset seizures"**. New England. J. Med., 1988, Vol. 319, pp 666-673.

Hendricks, H. F., Veenstra, J., Veltuis, T. W., Schaafsma, G. **"Effect of moderate dose of alcohol with evening meal on fibrinolytic factors"**; British Medical Journal. 1994, Vol. 308, pp 1003-1006.

Hernández R., Fernández C. Pilar B. "Metodología de la Investigación". México: Mc.Graw Hill Segunda edición, 183 a232pp. 1998

Higuchi S. Kono H. **"Early Diagnosis and Treatment of Alcoholism"** ; The Japanese experience. Alcohol & Alcoholism 1994. Vol. 29, No.4, pp.363-373.

Hoffman P. L. and Tabakoff B. **"Alcohol dependence : A commentary on mechanisms"** . Alcohol and Alcoholism. 1996, Vol. 31 N° 4 , pp 333-340.
Keller, Mark. **"The Disease Concept of Alcoholism Revisited"** Journal of Studies on Alcohol. 1976, Vol. 37, pp.11

Klatsy, A. L., Friedman. G.D.; **"Alcohol and mortality . A ten year Kaiser-permanent experience.** Ann. Intern. Med, 1981, Vol. 95, pp. 139-145.

Kreitman , N. Alcohol consumption and the preventive paradox, British Journal of Addictions . 1986, Vol. 81, pp.353-363.

Ley General de Salud **"Leyes y Códigos de México"** México DF. : Editorial Porrúa, Tomo I, pp.33-34 pp., 2000.

Lieber, C.S. **"The influence of Alcohol nutritional status"**. en Nutritional Review. 1988, Vol. 95, pp. 241-254

Lindenbaum, J. **"Hematological effects of Alcohol"**. In. The Biology of Alcoholism. Vol. 3, Clinical Pathology (Kissing, B., and Begleiter, H., eds.) Plenum press New York , pp. 461-480, 1974.

Lisker-Melman M. **"Efectos del Alcohol en el aparato digestivo"** en Alcoholismo visión Integral por Velasco R. ,México; Trillas, pp. 258-271. 1988, reimpresión 2000.

López C. . **"Primary Carcinoma of the Liver in Mexicans Adults"** Cancer Vol. 22 , 1968, pp 678.

López, Jiménez J.,L. **"Patrón de consumo de Alcohol en pacientes captados en salas de urgencias.** Salud Pública de México 1998; Vol. 40, pp. 487-493.

Maxwell, S., Cruickshank, A. and Thorpe, G. **"Red wine and antioxidant activity in serum"**. Lancet. 1994; Vol. 344, 193-194.

Mayoral D. **"Fármaco dependencia- Alcoholismo"** en Alcoholismo Visión integral, en el alcoholismo en México: Situación actual y perspectivas por Berruecos, ed. Por Velasco Rafael, México Trillas. 1988; pp.74-92.

Mcdonnell, R. And Maynard, A. **"The costs of alcohol misuse"**, British Journal of Addiction. 1985; Vol. 80, pp. 26-35

Mceldruff P. And Dobson, A. J. **"How much alcohol and how often? Population based case control study of alcohol consumption and risk of a major coronary event"**. British Medical Journal 1997; Vol. 314 pp. 1159-1164.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Méndez M. , Cruz C. **"Mecanismos cerebrales de reforzamiento del alcohol I. Efectos del comportamiento"**. Salud Mental 1999; Vol. 22, No.1 pp. 46-51.

Molina Valentín, Berruecos Luis, Sánchez L, **"Alcoholismo en México"**
Fundación de Investigaciones Sociales A. C. 3-10 pp. 1983.

Mora-Ríos J., Natera G. **"Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México"**. Salud Pública México 2001; Vol.43, No.2, pp. 89-96.

Natera Guillermina, Mora Jazmín, Tiburcio Marcela **" Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones"**.
Salud Mental 1999; No. especial. pp. 114-120.

Natera G., Borges G., Medina Mora M., Solís L., Tiburcio M. **"La influencia de la Historia Familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres"**.
Salud Pública de México 2001; Vol. 43, No. 1, pp. 17-25.

O'Donnell, P,J., Wilson, M. **"Attitudes toward and experience of industry based alcohol recovery programmes"** : a survey of 161 Scottish organizations. Psychological Reports 1989, Vol. 65, pp. 1175-1184.

Organización mundial de la Salud . **"Expert committee on Mental Health, Report on de first Session of the Alcoholism subcommittee,"** en Alcoholismo Visión integral. México; Ed. Por Velasco R. 93-109 pp., reimpresión 2000.

PLANT, m. A. **"Occupations, drinking patterns and alcohol-related problems": conclusions from a follow-up study**. British Journal of Addiction 1979, Vol. 74, pp.267-273.

Regan, T. J. **Regional circulatory responses to alcohol and its congeners**. Fed. Proc. 1982, Vol. 41, pp. 2438-2442.

Rennaud, S. And de Lorgeril, M. **"Wine, alcohol, platelet and the French paradox for coronary heart disease"**. Lancet, 1992, Vol. 339, pp. 1523-1526.

Rosovsky Haydee, "Alcoholismo"La Jornada (matutino) 3 de Septiembre de 2001: pp. 49.

Sacanella, E. Estruch, R. Badía, E. Urbano-Marquez, A. **"Chronic alcohol consumption increases serum levels of circulating endothelial cell/Leukocyte adhesion molecules e select in and ICAM – 1"**, Alcohol and Alcoholism 1999, Vol. 34, N° 5, pp 678-684

Salles V. Tuiran. **"Cambios demográficos y socioculturales : familias y relaciones de género; Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe"**. Population Council –Edamex, México, 1998

Saunders, J., Aasland, O., De la Fuente J., Grant, M. **"Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test. (AUDIT); WHO Collaborative Project on early detection of Persons with Alcohol Consumption II"**. Adicction 1993, Vol. 88, pp.791-804.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sharkey, J., Brennan, D., Curran, P. " **The pattern of alcohol consumption of a General Hospital Population in North Belfast**"; Alcohol & Alcoholism 1996. Vol. 31, No 3, pp. 279-285.

Solache G., Tapia R., León G., Lazcano F., Borja V. " **Encuesta Nacional de Salud; El consumo de bebidas alcohólicas**". Salud Mental 1990, Vol.13, No3, pp.13-26.

Thomson A. D. " **Mechanisms of vitamin deficiency in chronic alcohol misusers and the development of the Wernicke-Korsakoff syndrome**", Alcohol and Alcoholism; 2000. Vol. 35 supp. 1 pp. 2-7.

Urbano-Marquez, A.; Struch, R.; Navarro, F.; " **The effects of alcoholism on skeletal and cardiac muscle**". New. Engl. J. Med., 1989, Vol. 320, pp 409-415.

Van Thiel. D.H., Gavaler, J. S., " **Recovery of sexual function in abstinent alcoholic men**". Gastroentetology, 1983 Vol. 26, pp. 677-682.

Vidal Guillermo, Alarcón Renato " **Alcoholismo**" Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría: Vol. 1, 1995 : 64-75pp.

Wallgren, H., and Barry, H., III " **Actions of alcohol**" en; The Pharmacological basis of therapeutics, Eighth edition de Goodman Gilman, McGraw-Hill, Singapore, Vol. 1, pp 370-378, 1992.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO HAY
DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. ANEXOS

AUDIT

PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL, EN PERSONAL DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

- 1: ¿Cuál es su edad?
 - 1= 18 a 29 años
 - 2= 30 a 49 años
 - 3= 40 a 59 años
 - 4= 50 años en adelante

- 2: Género
 - Masculino.....
 - Femenino.....

- 3: Estado civil
 - Soltero
 - Casado.
 - Divorciado
 - Viudo.
 - Vive en unión libre.

- 4: Escolaridad
 - Primaria
 - Secundaria
 - Preparatoria
 - Universidad
 - Carrera técnica

- 5: Tipo de bebida que más ingiere
 - Bebidas Cooler.
 - Cerveza
 - Ron
 - Whisky
 - Pulque
 - Tequila

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Preguntas AUDIT

6: ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

- 0 = nunca
- 1 = una vez al mes o menos
- 2 = dos o cuatro veces al mes
- 3 = dos o tres veces a la semana
- 4 = cuatro o más veces por semana.

7. ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe?.

- 0 = un a a dos
- 1 = tres a cuatro
- 2 = cinco o seis
- 3 = siete a nueve
- 4 = diez o más

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. ¿Con qué frecuencia toma seis o más copas en la misma ocasión?.

- 0 = nunca
- 1 = menos de una vez al mes
- 2 = mensualmente
- 3 = semanalmente
- 4 = a diario o casi a diario

9. ¿Durante el último año ¿le ocurrió que no pudo dejar de beber una vez que había empezado?

- 0 = nunca
- 1 = menos de una vez al mes
- 2 = mensualmente
- 3 = semanalmente
- 4 = a diario o casi diario

10. ¿Durante el último año ¿Con qué frecuencia dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?.

- 0 = nunca
- 1 = menos de una vez al mes
- 2 = mensualmente
- 3 = semanalmente
- 4 = a diario o casi a diario.

11. ¿Con cuanta frecuencia durante el ultimo año, a necesitado el primer trago en la mañana para, tener fuerza y seguir adelante, después de haber bebido de manera fuerte?

- 0 = nunca
- 1 = menos de una vez
- 2 = mensualmente
- 3 = semanalmente
- 4 = a diario o casi a diario

12. Durante el último año ¿Con qué frecuencia se sintió culpable o tuvo remordimiento después de haber bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de una vez al mes
- 2 = mensualmente
- 3 = semanalmente
- 4 = a diario o casi a diario

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

13. Durante el último año ¿Con qué frecuencia olvidó algo de lo que había sucedido mientras usted bebía?

- 0 = nunca
- 1 = menos de una vez al mes
- 2 = mensualmente
- 3 = semanalmente
- 4 = a diario o casi a diario.

14. ¿Usted o alguien ha resultado lesionado debido a su forma de beber?

- 0 = no
- 2 = sí, pero no en este año
- 4 = sí en el último año.

15. ¿Algún amigo o familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe, le han sugerido que beba menos?

- 0 = no
- 2 = sí, pero no en el último año
- 4 = sí en el último año

TABLA 1

CARACTERISTICAS DE LAS VARIABLES DE LA ENCUESTA AUDIT

		MUJERES		HOMBRES		
		30 n	148 n	118 n	148 n	
		n	%	%	n	%
EDAD	18 - 29 años	16	53.3	10.81	38	25.67
	30 - 39 años	13	43.3	8.78	44	29.72
	40 - 49 años	1	0.33	0.67	32	21.62
	50 - años			-	4	2.7
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	1	0.33	0.67	1	0.87
	SECUNDARIA	14	46.66	9.45	36	24.32
	PREPARATORIA	12	40	8.1	58	39.18
	UNIVERSIDAD	1	0.33	0.67	17	11.48
	C. TECNICA	2	6.66	1.35	6	4
E. CIVIL	CASADO	12	40	8.1	82	55.4
	SOLTERO	12	40	8.1	24	16.21
	DIVORCIADO	1	3.3	0.67	5	3.37
	U. LIBRE	3	10	2	6	4
	VIUDO		-	-	1	0.67
BEBIDA	DESTILADOS	19	63.33	12.83	58	39.18
	CERVEZA	9	33.33	6.08	52	35.13
	NO PREFERENCIA	1	3.33	0.67		
ASTEMIOS		1	3.33	0.67	8	5.4
BEBEDORES		29	96.66	19.59	110	74.32

ht

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 2

TABLA AUDIT IGUAL O MAYOR A 8

EDAD	MASCULINO			FEMENINO				
	AUDIT	52 n	148 n	AUDIT	52 n	148 n		
18 - 29 años	12.25	16	30.76	10.81	8	1	1.92	0.67
30 - 39 años	13.66	20	38.46	13.51	8.5	2	3.84	1.35
40 - 49 años	16.09	12	23.07	8.1				
50 - años	12	1	1.92	0.67				
TOTAL	13.5	49	33.1		8.3	3	5.76	2

TOTAL DE AUDIT IGUAL O MAYOR DE 8 ES DE 13.85

ESTADO CIVIL

CASADO	13.1	28	53.84%	18.31%	8	1	1.92	0.67
SOLTERO	13.23	13	25%	8.78%	8.5	2	3.84	1.35
DIVORCIADO	21.25	4	7.69%	2.70%				
UNION LIBRE	15	3	5.79%	2.02%				
VIUDO	12	1	1.92%	0.67%				
TOTAL	14.9	49	94.23%	33.10%				

ESCOLARIDAD

SECUNDARIA	12.26	15	28.84%	10.13%	8.5	2	3.84	1.35
PREPARATORIA	14.48	27	51.92%	18.24%	8	1	1.92	0.67
UNIVERSIDAD	13	5	9.61%	3.37%				
C. TÉCNICA	11	2	3.84%	1.35%				
TOTAL	12.6	49	94.23%	33.10%	8.3	3	5.76	2

MASCULINO 33.10%

FEMENINO 2.02

PORCENTAJE TOTAL DE PERSONAS CON AUDIT IGUAL O MAYOR DE 8

Masculino 33.10%

Femenino 2.02%

TOTAL 35.12%

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA 3

¿ CON QUE FRECCUENCIA INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS?

Masculino						Femenino							
		Aud-8	Aud+8	n	118 n	148 n	Frecuencia		Aud-8	Aud+8	n	30 n	148 n
					%	%					%	%	%
nunca		8	-	8	6.77	5.4	nunca				1	3.33	0.67
1 vez al mes o menos		49	11	60	50.84	40.54	1 vez al mes o menos				23	76.6	18.21
2 a 4 veces al mes		11	36	47	39.83	31.75	2 a 4 veces x semana				6	20	4.05
2 a 3 veces a la semana		0	1	1	0.84	0.67					99.93		20.93
4 o más veces por semana		1	1	2	1.69	1.35							
		69	49	118	100	80							
		Aud-8	Aud+8						Aud-8	Aud+8			
1 vez al mes	18-29	16	1	17	14.4	11.48	1 vez al mes	18-29	13	1	14	46.66	9.45
	30-39	14	7	21	17.79	14.18		30-39	9		9	30	6.08
	40-49	16	3	19	18.1	12.83	2 a 4 veces x mes	18-29	2		2	6.66	1.35
								30-39	2	2	4	13.33	2.7
2 a 4 veces al mes	18-29	2	15	17	14.4	11.48							
	30-39	7	12	19	16.1	12.83	1 vez al mes	Casado	13	1	14	46.66	9.45
	40-49	2	9	11	9.32	7.43		soltero	9	-	9	30	6.08
	50-						2 a 4 veces al mes	U. Libre	3	-	3	10	2.02
1 vez al mes o menos	Casado	39	10	49	41.52	33.1							
2 a 4 veces al mes	Casado	17	8	25	21.18	16.89	1 vez al mes	Secundaria	10	1	11	36.66	7.43
	Soltero	2	12	14	11.86	9.45		Preparatoria	10	1	11	36.66	7.43
	Divorcio	-	4	4	3.38	2.7	2 a 4 veces al mes	Secundaria	2	1	3	10	2.02
4 o más veces x semana		1	1	2	1.69	1.35							
1 vez al mes	Secundaria	17	15	32	27.11	21.62							
	Preparatoria	20	21	41	34.74	27.7							
	Universidad	9	5	14	11.86	9.54							
	C.Técnica	3	2	5	4.23	3.37							

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA 4

¿ CUANTAS COPAS SE TOMA EN UN DÍA TÍPICO QUE BEBE?

MASCULINO						FEMENINO							
		Aud-8		118 n		148 n		30 n		148 n			
		Aud-8	Aud+8	n	%	%	Aud-8		Aud+8	n	%	%	
Una o dos copas		21	0	21	17.79	14.18	Una o dos copas	10	0	10	30 n	6.75	
3 a 4 copas		21	6	27	22.88	18.24	3 a 4 copas	11	1	11	36.66	7.43	
5 a 6 copas		17	16	33	27.96	22.29	5 a 6 copas	3	1	4	13.33	2.7	
7 a 9 copas		8	14	22	18.64	14.86	7 a 9 copas	3	1	4	13.33	2.7	
10 o más copas		2	13	15	12.71	10.13	10 o más copas	0	0	0	0	0	
total		69	49	118	100	79.7	Total	27	3	30	63.32	19.58	
EDAD													
1 a 2 copas	18-19	9	0	9	7.62	6.08	1 a 2 copas	18-29	7	0	7	23.33	4.72
	30-39	7	0	7	5.93	4.72	3 a 4 copas	18-29	5	1	6	20	4
	40-49	4	0	4	3.38	2.7	30-39	5	1	6	20	4	
3 a 4 copas	18-29	5	2	7	5.93	4.72	7 a 9 copas	30-39	2	1	3	10	2
	30-39	7	0	7	5.93	4.72							
	40-49	7	4	11	9.32	7.43	1 a 2 copas	Casado	5		5	16.66	3.37
5 a 6 copas	18-29	5	8	13	11	8.78	soltero	5		5	16.66	3.37	
	30-39	7	6	13	11	8.78	3 a 4 copas	Casado	6	1	7	23.33	4.72
	40-49	5	1	6	5	4	soltero	3		3	10	2	
7 a 9 copas	18-29	0	6	6	5	4	7 a 9 copas	U. Libre	2	1	3	10	2
	30-39	0	5	5	4.23	3.37	1 a 2 copas	Secundaria	4	0	4	13.33	2.7
	40-49	4	3	7	5.93	4.72	Preparatoria	3	0	3	10	2	
Más de 10 copas	30-39	0	8	8	6.77	5.4	3 a 4 copas	Preparatoria	6	0	6	20	4
	40-49	0	4	4	3.38	2.7	Secundaria	5	1	6	20	4	
1 a 2 copas	Casado	14	0	14	11.86	9.45							
	Soltero	6	0	6	5	4							
3 a 4 copas	Casado	19	5	24	20.33	16.21							
5 a 6 copas	Casado	12	10	22	18.64	14.86							
	Soltero	3	5	8	6.77	5.4							
7 a 9 copas	Casado	5	9	14	11.86	9.45							
Más de 10 copas	Casado	5	0	5	4.23	3.37							
1 a 2 copas	Secundaria	7	0	7	5.93	4.72							
	Preparatoria	9	0	9	7.62	6							
	Universidad	4	0	4	3.38	2.7							
3 a 4 copas	Secundaria	6	1	7	5.93	4.72							
	Preparatoria	8	4	12	18.64	14.86							
	Universidad	4	0	4	3.38	2.7							
5 a 6 copas	Secundaria	7	9	16	13.55	10.81							
	Preparatoria	6	7	13	11	8.78							
7 a 9 copas	Preparatoria	6	5	11	9.32	7.43							
	Universidad	0	5	5	4.23	3.37							
Más de 10 copas	Preparatoria		10	10	8.47	6.75							

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

77

TABLA 6

DURANTE EL ULTIMO AÑO ¿ LE OCURRIO QUE NO PUDO DEJAR DE BEBER UNA VEZ QUE HABIA EMPEZADO

?

MASCULINO						FEMENINO									
		118 n			148 n					30 n			148 n		
Frecuencia		Aud-8	Aud+8	n	%	%	FRECUENCIA		Aud-8	Aud+8	n	%	%		
Menos de una vez al mes		4	20	24	20.33	16.21	Menos de una vez al mes				1	3.33	0.67		
Mensualmente		0	9	9	7.62	6		EDAD							
Semanalmente		0	4	4	3.38	2.7		30-39		1	1	3.33	0.67		
A diario o casi a diario		0	1	1	0.84	0.67		E. CIVIL							
TOTAL		4	34	38	32.17	25.58		Soltero		1	1	3.33	0.67		
	EDAD							ESCOLARIDAD							
Menos de una vez al mes	18-29	1	7	8	6.77	5.4		Preparatoria		1	1	3.33	0.67		
	30-39	1	5	6	5	4									
	40-49	2	7	9	7.62	6									
Mensualmente	19-29	0	5	5	4.23	3.37									
	30-39	0	3	3	2.54	2									
Semanalmente	40-49	0	3	3	2.54	2									
	E. CIVIL														
Menos de una vez al mes	Casado	4	13	17	14.4	11.48									
	Soltero	0	4	4	3.38	2.7									
Mensualmente	Casado	0	4	4	3.38	2.7									
	Soltero	0	3	3	2.54	2									
Semanalmente	Divorcio	0	2	2	1.69	1.35									
	Casado	0	2	2	1.69	1.35									
	ESCOLARIDAD														
Menos de una vez al mes	Secundaria	1	5	6	5	4									
	Preparatoria	3	12	15	12.71	10.13									
Mensualmente	Secundaria	0	2	2	1.69	1.35									
	Preparatoria	0	5	5	4.23	3.37									
	Universidad	0	2	2	1.69	1.35									

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

79

TABLA 7.

DURANTE EL ÚLTIMO AÑO ¿ CON QUE FRECUENCIA DEJÓ DE HACER ALGO QUE DEBERÍA HABER HECHO POR BEBER?

MASCULINO		118 n		148 n		FEMENINO		30 n		148 n	
FRECUENCIA	Aud-8	Aud+8	n	%	%	FRECUENCIA	Audit+8	n	%	%	
Menos de una vez al mes	2	18	20	16.949	13.51	Menos de una vez al mes	1	1	3.33	0.67	
Mensualmente		6	6	5	4						
Semanalmente		2	2	1.69	1.35						
Casi a diario		0	0								
Total	2	26	28	23.72	18.9						
	EDAD										
Menos de una vez al mes	18-29		4	4	3.38	2.7					
	30-39	1	9	10	8.47	6.75					
	40-49	1	5	6	5	4					
Mensualmente	18-29		2	2	1.69	1.35					
	30-39		2	2	1.69	1.35					
	40-49		2	2	1.69	1.35					
Semanalmente	40-49		2	2	1.69	1.35					
	E. CIVIL										
Menos de una vez al mes	Casado	2	9	11	9.32	7.43					
	Soltero		6	6	5	4					
Mensualmente	Casado		2	2	1.69	1.35					
	Soltero		2	2	1.69	1.35					
	Divorciado		2	2	1.69	1.35					
	ESCOLARIDAD										
Menos de una vez al mes	Secundaria		5	5	4.23	3.37					
	Preparatoria	1	11	12	10.16	8.1					
Mensualmente	Preparatoria		3	3	2.54	2					
	Universidad	1	2	3	2.54	2					

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

80

TABLA 8.

¿ CON CUANTA FRECUENCIA , DURANTE EL ULTIMO AÑO HA NECESITADO EL PRIMER TRAGO EN LA MAÑANA PARA TENER FUERZA PARA SEGUIR ADELANTE, DESPUÉS DE HABER BEBIDO DE MANERA FUERTE ?

MASCULINO		118 n		148 n		FEMENINO		30n		148 n	
FRECUENCIA	Aud-8	Aud+8	n	%	%	FRECUENCIA	Aud+8	n	%	%	
Menos de una vez al mes	1	15	16	13.55	10.8	Menos de una vez al mes	1	1	3.33	0.67	
Mensualmente		7	7	5.9	4.72	EDAD					
Semanalmente		4	4	3.38	2.7	30-39	1	1	3.33	0.67	
A diario o casi diario		1	1	0.87	0.67	E. CIVIL					
			28	23.72	18.91	Menos de una vez al mes	1	1	3.33	0.67	
	EDAD					Soltero					
Menos de una vez al mes	18-29		3	3	2.54	2	ESCOLARIDAD				
	30-39		4	4	5.9	2.7	Preparatoria	1	1	3.33	0.67
	40-49	1	7	8	6.77	5.4					
Mensualmente	30-39		5	5	4.23	3.37					
Semanalmente	40-49		3	3	2.54	2					
	E. CIVIL										
Menos de una vez al mes	Casado	1	12	13	11	8.78					
	Soltero		2	2	1.69	1.35					
Mensualmente	Casado		2	2	1.69	1.35					
	Soltero		2	2	1.69	1.35					
	ESCOLARIDAD										
Menos de una vez al mes	Secundaria	1	6	7	5.93	4.72					
	Preparatoria		5	5	4.23	3.37					
Mensualmente	Preparatoria		6	6	5	4					

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA 9.

DURANTE EL ULTIMO AÑO ¿ CON QUE FRECUENCIA SE SINTIO CULPABLE O TUVO REMORDIMIENTO POR HABER BEBIDO ?

MASCULINO		118 n				148 n		FEMENINO				
FRECUENCIA		Aud-8	Aud+8	n	%	%	FRECUENCIA		Aud+8	n	%	%
Menos de una vez al mes		6	29	35	29.66	23.64	Menos de una vez al mes		2	2	6.66	1.35
Mensualmente		0	6	6	5	4	Mensualmente					
Semanalmente		0	2	2	1.6	1.35	Semanalmente					
Total		6	37	43	36.44	29	Total			2	6.66	1.35
	EDAD							EDAD				
Menos de una vez al mes	18-29	3	8	11	9.32	7.43	18-29		1	1	3.33	0.67
	30-39	1	15	16	13.55	10.81	30-39		1	1	3.33	0.67
	40-49	2	5	7	5.93	4.72		E.CIVIL				
Mensualmente	30-39		2	2	1.6	1.35	Casado		1	1	3.33	0.67
	40-49		4	4	3.38	2.7	Soltero		1	1	3.33	0.67
	E. CIVIL						ESCOLARIDAD					
Menos de una vez al mes	Casado	3	19	22	18.64	14.86	Secundaria		1	1	3.33	0.67
	Soltero	3	7	10	8.47	6.75		1	1	3.33	0.67	
	U. Libre		2	2	1.6	1.35						
Mensualmente	Casado		4	4	3.38	2.7						
	Divorcio		2	2	1.6	1.35						
	ESCOLARIDAD											
	Secundaria	3	10	13	11	8.78						
	Preparatoria	3	15	18	15.25	12.16						
	Universidad		3	3	2.54	2						

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA 10

DURANTE EL ULTIMO AÑO ¿ CON QUE FRECUENCIA OLVIDO ALGO DE LO QUE HABIA SUCEDIDO MIENTRAS USTED BEBIA ?

MASCULINO						FEMNINO						
FRECUENCIA	Aud-8	Aud+8	n	118 n	148 n	FRECUENCIA	Aud+8	n	118 n	148 n		
				%	%				%	%		
Menos de una vez al mes	3	23	26	22	17.56	Menos de una vez al mes	2	2	6.66	1.35		
Mensualmente		7	7	5.93	4.72	Total		2	6.66	1.53		
Semanalmente		2	2	1.69	1.35							
Total	3	32	35	29.66	23.64							
	EDAD											
Menos de una vez al mes	18-29	1	6	7	5.93	4.72	Menos de una vez al mes	18-29	1	1	3.33	0.67
	30-39		11	11	9.32	7.43		30-39	1	1	3.33	0.67
	40-49	2	6	8	6.77	5.4		ESCOLARIDAD				
Mensualmente	18-29		2	2	1.69	1.35	Menos de una vez al mes	Secundaria	2	2	6.66	1.35
	30-39		2	2	1.69	1.35						
	40-49		3	3	2.54	2						
	E. CIVIL											
Menos de una vez al mes	Casado	2	16	18	15.25	12.16						
	Soltero	1	6	7	5.93	4.72						
Mensualmente	Soltero		2	2	1.69	1.35						
	Divorciado		3	3	2.54	2						
Semanalmente	Casado		2	2	1.69	1.35						
	ESCOLARIDAD											
Menos de una vez al mes	Secundaria	2	8	10	8.47	6.75						
	Preparatoria	1	8	9	7.62	6						
	C. Técnica		2	2	1.69	1.35						
Mensualmente	Preparatoria		5	5	4.23	3.37						

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

003

TABLA 11.

¿ USTED O ALGUIEN HA RESULTADO LESIONADO DEBIDO A SU FORMA DE BEBER ?

MASCULINO

FRECUENCIA	Aud+8	n	118 n %	148 n %	
Sí pero no en el último año		15	15	12.71	10.13
Sí en el último año		2	2	1.69	1.35
Total		17	17	14.4	11.48
	EDAD				
Sí pero no en el último año	18-29	7	7	5.93	4.72
	30-39	5	5	4.23	3.37
	40-49	3	3	2.54	2
Sí en el último año	18-29	1	1	0.84	0.67
	30-39	1	1	0.84	0.67
	E. CIVIL				
Sí pero no en el último año	Casado	11	11	9.32	7.43
	Soltero	4	4	3.38	2.7
Sí en el último año	Casado	2	2	1.69	1.35
	ESCOLARIDAD				
Sí pero no en el último año	Secundaria	8	8	6.77	5.4
	Preparatoria	5	5	4.23	3.37
	Universidad	2	2	1.69	1.35
Sí en el último año	Preparatoria	2	2	1.69	1.35

84

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 12.

¿ ALGÚN FAMILIAR, AMIGO O DOCTOR SE HA PREOCUPADO POR LA FORMA EN QUE BEBE, LE HAN SUGERIDO QUE BEBA MENOS ?

MASCULINO

FEMENINO

MASCULINO						FEMENINO							
		Aud-8	Aud+8	n	118 n	148 n			Aud-8	Aud+8	n	30 n	148 n
FRECUENCIA				%	%	FRECUENCIA				%	%		
Sí, pero no en el último año		1	15	16	13.55	10.81	Sí, pero no en este año		1	1	2	6.66	1.35
Sí, en el último año			23	23	25.57	19.49	EDAD						
		1	38	39	39.12	30.3	18-29		1	1	2	6.66	1.35
	EDAD						E. CIVIL						
Sí, pero no en el último año	18-29	1	5	6	5	4	Casado			1	1	3.33	0.67
	30-39		4	4	3.38	2.7	Soltero		1		1	3.33	0.67
	40-49		6	6	5	4	ESCOLARIDAD						
Sí, en el último año	18-29		8	8	6.77	5.4	Secundaria		1	1	2	6.66	1.35
	30-39		10	10	8.47	6.75							
	40-49		5	5	4.23	3.37							
	E. CIVIL												
Sí, pero no en el último año	Casado		13	13	11	8.78							
	Soltero		2	2	1.69	1.35							
	U. Libre	1		1	0.84	0.67							
Sí, en el último año	Casado		13	13	11	8.78							
	Soltero		5	5	4.23	3.37							
	Divorcio		3	3	2.54	2							
	ESCOLARIDAD												
Sí, pero no en el último año	Secundaria		6	6	5	4							
	Preparatoria		7	7	5.93	4.72							
	Universidad		1	1	0.84	0.67							
Sí, en el último año	Secundaria		6	6	5	4							
	Preparatoria	1	15	16	13.55	10.81							
	Universidad		3	3	2.54	2							

TESTE CON
 FALLA DE ORIGEN

85