



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR
"Dr. Enrique Von Borstel Labastida" La Paz, Baja California Sur

PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA COMUNIDAD DE LA RIBERA.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. JUANA MORENO RAMIREZ

Departamento Clínico de Educación
e Investigación Médica
H.G.Z. M.F. No. 1 LA PAZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

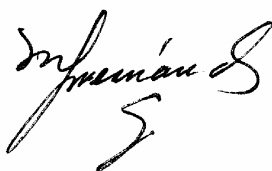
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN
LA COMUNIDAD DE LA RIBERA.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

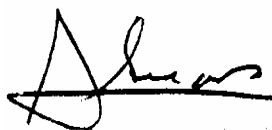
PRESENTA

DRA. JUANA MORENO RAMIREZ

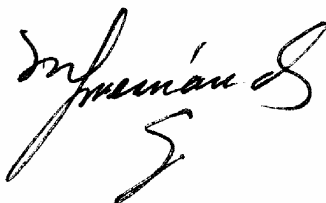
AUTORIZACIONES



Dra. Martha Laura Hernández Orozco
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
LA PAZ, BAJA CALIFORNIA SUR



Dr. Adolfo García González
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
EN BAJA CALIFORNIA SUR.



Dra. Martha Laura Hernández Orozco
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



Dr. Joaquín Montaña Ulloa
JEFE DEPTO CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

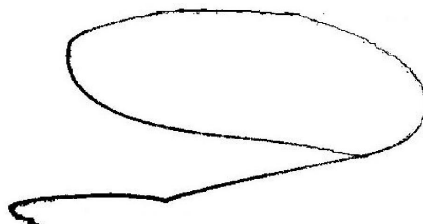
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN
LA COMUNIDAD DE LA RIBERA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

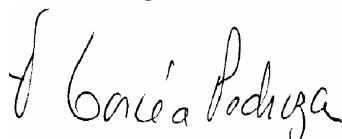
PRESENTA

DRA. JUANA MORENO RAMIREZ

AUTORIZACIONES



Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.



Dr. Felipe de Jesús García Pedrosa
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.



Dr. Isaías Hernández Torres
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

A Dios con eterno agradecimiento por haberme dado la vida y por la oportunidad de terminar este proyecto.

A mis padres porque sin ellos no hubiera sido posible encontrarme hoy aquí.

A mi hija y esposo por aguantar tantas ausencias y ofrecerme su apoyo incondicional, que me permitieron alcanzar esta meta.

A mis maestros con cariño, en especial a la Dra. Martha Laura Hernández Orozco por ser guía y luz para realizar esta especialidad.

Por último y no por ello menos importantes; a mis amigos por su ayuda y complicidad en este trabajo.

Gracias.

INDICE GENERAL

1. Título
2. Índice
3. Marco teórico
4. Planteamiento del problema
5. Justificación
6. Objetivos
 - a. General
 - b. Específicos
7. Hipótesis
8. Metodología
 - a. Tipo de de estudio
 - b. Población
 1. Tipo de muestra y tamaño de muestra
 2. Criterio de inclusión, exclusión y eliminación
 3. Información a recolectar (variables)
 4. Método o procedimiento para recabar información
 5. Consideraciones éticas
9. Resultados
10. Discusión
11. Conclusiones
12. Referencias bibliográfías
13. Anexos

3. MARCO TEORICO.

El alcoholismo es uno de los problemas que mas afecta a nuestras sociedades actualmente. Este término fue puesto en circulación por el sueco Magnus Huss en 1849 cuando Suecia ocupaba la cuota más alta del mundo en consumo de bebidas alcohólicas. Pero a pesar de que fue en este año cuando se acuñó este término este el mismo data desde nuestra antigüedad. (1)

El comienzo del alcoholismo lo podemos citar en el quinto milenio antes de Jesucristo. Ya se sabe por pinturas rupestres que se recogía miel y que se almacenaba; por tanto se puede suponer que en un momento determinado esta miel fermento y que alguien la probó y le gustó. Suponemos que la miel fermentada resultaría más agradable al paladar si se le añadía agua.

Cuatro mil años a.c. se cita la cerveza en un texto egipcio se tomaba con cañas ya que no se filtraba y contenía granos de fermentación, flotando en su superficie.

En la Biblia las menciones del alcohol son abundantes, 3000 años a.c. primero los egipcios ya conocían y recoleccionaban la vid, en las ceremonias religiosas (circuncisiones, culto a los muertos, matrimonios entre otros) era aceptado tomar por lo menos un vaso de vino.

En el código de Amurabì se habla de las bebidas embriagantes y de las tabernas y de lo que ocurre en su interior. Sus propietarios y vendedores eran mujeres.

Los árabes en el año 800 d.C. descubren la destilación del vino y obtiene bebidas de más alto contenido en alcohol, recordemos que las palabras alambique y alcohol son de origen árabe. En España es Ramón Llull (1233-1215) el primero que describió el proceso de destilación del alcohol.

En el siglo XII Mahoma prohibió a sus discípulos el consumo de vino. En la edad media el vino está en poder de la iglesia y solo los obispos y los monasterios son los que controlaban esta bebida.

Cuando Colón llegó a América en 1498 le fue ofrecido para beber chicha, que es una cerveza de maíz.

Hasta el año 1857 no se descubre la fermentación, y fue Pasteur quien descubrió los microorganismos. En 1918 se prohíbe en Estados Unidos el consumo y venta de alcohol con más de un 5 % de este. Esta ley fue degenerada en 1933 en el siglo XIX se produce

un incremento notable de consumo de alcohol debido fundamentalmente a la mejora de la comercialización y a la revolución industrial. (2).

DEFINICIÓN

La palabra alcohol, del árabe alkuhi que significa esencia o espíritu, es la droga mas consumida en el mundo. (3)

El alcoholismo ha sido definido por Denillek como una enfermedad que incluye todo uso de bebidas que causen daño de cualquier tipo al individuo y a la sociedad o a ambos. (4).

La organización mundial de la salud plantea: el alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por ingestión repetida de alcohol, excesiva, respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y que acaban interfiriendo en la salud y las funciones económicas y sociales del bebedor. (5)

El gran diccionario de la lengua española define alcoholismo como: una enfermedad ocasionada por el abuso de bebidas alcohólicas, que puede ser aguda como la embriaguez o crónica; esta última produce trastornos graves y suele transmitir por herencia otras enfermedades especialmente del sistema nervioso central.(6)

CLASIFICACION.

Clasificación del paciente alcohólico y etapas evolutivas.

- Abstinente total: es la persona que nunca bebe.
- Bebedor excepcional: bebe ocasionalmente en cantidades limitadas (1 ò 2 tragos) y en situaciones muy especiales (menos de 5 veces al año).
- Bebedores sociales: son aquellos que beben sin transgredir las normas sociales (no satisfacen los criterios tóxicos y deterministas) pues el

alcoholismo no le reproduce efectos biológicos y psicosociales nocivos y mantiene su libertad ante este.

- Bebedor moderado: consume alcohol hasta tres veces a la semana en cantidades menores que $\frac{1}{4}$ de botella de ron, una botella de vino o 5 medias botellas de cerveza de baja graduación. Hasta 2 estados de embriaguez ligera al año.
- Bebedor abusivo sin dependencia: es aquel que sobrepasa la cantidad anterior, ingiere más del 20% de las calorías de la dieta en alcohol (bebedor problema).
- Dependiente alcohólico sin complicaciones: se establece la dependencia física cuyas manifestaciones, clínicas están dadas por la aparición en periodos de abstinencia de temblores severos, nerviosismo, insomnio, cefalea y sudoraciones. Puede aparecer diarrea, subsaltos musculares o cuadros de delirium subagudo.
- Dependiente alcohólico complicado: además de lo anterior presenta complicaciones psíquicas como el delirium tremens, alucinaciones alcohólicas y la psicosis de Korsakov o aparecer complicaciones somáticas como polineuritis, esteatosis hepática, cirrosis hepática, cardiopatías y gastritis.
- -Dependencia alcohólica en fase terminal: hay deterioro físico y psíquico de su comportamiento social.(7)

EPIDEMIOLOGIA.

El consumo de alcohol se vincula a nivel mundial con el 50% de las muertes ocurridas en accidentes de tránsito y el 30 % de los homicidios, suicidios y arrestos policíacos. Reduce en un 12 % la expectativa de vida y determina el 30 % de las admisiones siquiátricas y el 8 % de los ingresos por psicosis. (8)

Hoy en día existe un alcoholico por cada 10 personas que han consumido bebidas alcoholicas alguna vez en su vida, y la cifra de estas últimas llega aproximadamente al 70 % de la población mundial si excluimos los países islámicos, donde su consumo por cuestión religiosa es mucho más bajo. (9)

En América Latina esta toxicomanía afecta a la población entre 4 y 20% de la población y se calcula que existe en esta región del mundo 30 millones de alcoholicos. (10)

En la encuesta nacional de salud de los Estados Unidos de América, realizada en 1988, 36 % de los hombres y 39 % de mujeres informaron antecedentes familiares de alcoholismo. En dicha encuesta la prevalencia nacional encontrada para consumo de alcohol fue del 51.6 %; los menores de 44 años consumieron más alcohol y el porcentaje de consumo fue mayor en los hombres (63.6 %) y en la raza blanca (54 %) (11)

Actualmente España ocupa el 4to lugar mundial en consumo de alcohol, después de Francia, Luxemburgo y Alemania. Cada español consume por término medio 108 litros de alcohol al año, casi el 4 % de la población española (1, 600.000 personas) consumen mas de 100 gramos diarios. (12)

El 67.7 % de la población catalana (España) entre 15 y 64 años dicen haber consumido alcohol en el transcurso de los últimos 30 días, y un 9.5 % es bebedor de riesgo (mas de 280 g de alcohol por semana en varones y más de 168 g en mujeres). Entre los jóvenes de 14 a 29 años, el 12.7 % es bebedor de riesgo. (13)

En Cuba, el 45% de la población consume bebidas alcoholicas con un índice de prevalencia de 6.6 % que lo sitúa entre los países de mas bajo índice en Latinoamérica aunque en los último 15 años el consumo ha aumentado. (14)

En México se han hecho tres encuestas nacionales sobre adicciones (ENA). En 1998 la

prevalencia de consumo nacional de alcohol fue de 58.1 % (77.0% en hombres y 44.6 % en mujeres). Esta prevalencia fue menor que la realizada 5 años antes. En 1993, se informó una prevalencia global de 66.5 % (77.2 % para hombres y 57.5% en mujeres). Ambas estimaciones, sin embargo, son mayores que las observadas en la primera ENA realizada en 1990, en la cual 73.4 % de hombres y 36.5% de mujeres consumían bebidas alcohólicas. (15)

ETIOLOGIA

El alcoholismo no tiene una etiología única intervienen varios factores los cuales tienen relación entre ellos.

Consideremos los factores según el ambiente.

- Factores psicológicos, los cuales determinan, que no existe un patrón típico de personalidad de los alcohólicos pero estos exhiben características de personalidad como: dependencia, baja autoestima, compulsividad, confusión de los roles e inmadurez sexual, baja tolerancia a la frustración y cualidad esquizoide (aislamiento, soledad y timidez). Otra variante de estos factores se inclinan hacia las conductas aprendidas, se señala que es un modelo aprendido por imitación que ayuda al bebedor a enfrentar el exceso de tensiones.
- factores biológicos, entre estos son de gran importancia los genéticos que develan que existe alguna forma de herencia alcohólica. Los estudios entre miembros de familiares. Entre gemelos y entre adoptados y entre adoptados con su familia biológica y con la adoptiva, aportan datos persuasivos para relacionar los factores hereditarios con las conductas en relación con el alcohol. Diversos estudios han señalado una mayor incidencia en de presentación de alcoholismo en familiares directos de alcohólicos que en no directos. Aquí también se menciona la teoría que propone la deficiencia bioquímica de algunas sustancias a nivel cerebral como enzimas u hormonas.
- factores culturales o sociales: cuando el individuo se siente presionado busca un escape de sus problemas en el alcohol; la presión que genera la sociedad sobre todo en los jóvenes propicia que estos consuman alcohol ya que tomar es signo de madurez y es visto como la conducta socialmente aceptada. Sociedades en las cuales no se ofrecen medios sustitutos de ocupar el pensamiento y liberar

tensiones como espacios recreativos y fomento al deporte, los individuos atañen por la ingesta de alcohol.(16)

CUADRO CLINICO.

INTOXICACIÓN AGUDA:

Es la ocasionada por la ingestión masiva de alcohol. La absorción de este alcohol por el organismo está determinada por:

La graduación: concentración de alcohol en la bebida. •La composición química de las bebidas: puede favorecer la absorción del alcohol. •La presencia de comida en el estomago. El peso del sujeto: menos peso, más absorción. El sexo: las mujeres son más sensibles. •La habituación: estados avanzados de alcoholismo reducen la tolerancia al alcohol.

Una vez absorbido el alcohol, es metabolizado en una compleja serie de reacciones. Los efectos, según la cantidad, pasan por:

1. FASE PRODRÓMICA

Cuando el individuo percibe un cambio en su estado mental. Determinados por tests psicomotores y de aptitud que revelan alteraciones que afectan la percepción de los sentidos y una disminución de los reflejos. (0.25 gr. /l – 0.3 gr. /l).

2. EXCITACIÓN

Perdida de la inhibición y perdida del autocontrol con parálisis progresiva de los procesos mentales más complejos. Este es el primer estado que puede comportar cambios de personalidad. (0.3 gr. /l –1.5 gr. /l)

3. INCOORDINACIÓN

Temblor, confusión mental, incoordinación motriz: generalmente, la persona acaba durmiéndose. (1.5 gr. l-3gr. /l).

4. COMA Y MUERTE (+3 gr. /l).

INTOXICACIÓN CRÓNICA

Provocada por intoxicaciones agudas repetidas o excesivas y la enfermedad dependerá de cada forma de beber del individuo. El beber constantemente y en forma sostenida puede con el tiempo causar síntomas de supresión durante los periodos de no tomar y un sentido de dependencia, pero esta dependencia física no es la única causa del alcoholismo.

COMPLICACIONES DEL ALCOHOLISMO

Estas se dividen en:

a) COMPLICACIONES SOCIALES.

- Violencia domestica.
- Problemas financieros.
- Divorcios.
- Pérdida del empleo.
- Inconvenientes legales.

b) COMPLICACIONES PSIQUIATRICAS.

- Depresión.
- Ansiedad.
- Cambios de personalidad.
- Alucinaciones.
- Disfunción sexual.

c) COMPLICACIONES MÉDICAS

El alcoholismo puede dañar el cuerpo de varias formas por lo que solo se mencionaran los trastornos más importantes.

Cardiopatía.

Aunque el consumo moderado del alcohol parece reducir el riesgo de cardiopatías al mejorar los niveles de colesterol de alta densidad, dosis más grandes de alcohol pueden desencadenar arritmias, insuficiencia cardíaca e hipertensión arterial aun en personas sin cardiopatía.

El cáncer.

El alcohol quizás no cause cáncer, pero probablemente puede realzar los efectos carcinogénicos de otras sustancias, como el humo de cigarrillos. Cerca de 75% de cánceres del esófago y 50% de cánceres de la boca, la garganta y la laringe se atribuyen al alcoholismo. El alcoholismo también se asocia con un mayor riesgo para los cánceres colón rétales.

El riesgo para el cáncer hepático y de mama aumenta en los alcohólicos.

Trastornos mentales y neurológicos.

El uso habitual del alcohol deprime el sistema nervioso central, produciendo depresión clínica, confusión y, en los casos graves, psicosis y trastornos mentales. El alcohol también puede causar problemas neurológicos más leves, incluyendo insomnio y cefalea. Excepto en los casos graves, el daño neurológico no es permanente y la abstinencia casi siempre conduce a la recuperación de la función mental normal.

Problemas gastrointestinales.

El hígado en particular es uno de los órganos más expuestos al alcohol ya que en este es donde se lleva a cabo el metabolismo aquí se convierte en acetaldehídos sustancia aun mas tóxica que puede causar daño sustancial incluyendo cirrosis hepática en 10% de las personas alcohólicas, sobre todo en mujeres con historia de abuso de alcohol, úlceras gástricas y duodenal, hepatitis, hemorroides y diarrea...

Trastornos de la piel, musculares y óseos.

El alcoholismo severo se asocia con la osteoporosis, atrofia muscular con inflamación dolor, heridas de la piel y comezón...

Las infecciones.

El alcohol suprime el sistema inmunitario y las personas con alcoholismo son propensas a las infecciones, en particular a la neumonía.

Problemas sexuales.

El alcoholismo aumenta los niveles de la hormona femenina estrógeno y reduce los niveles de la hormona masculina testosterona, factores que contribuyen a la impotencia en los hombres.

El tabaquismo.

El tabaquismo es 2 a 3 veces tan prevalente entre las personas que abusan de sustancias como el alcohol que la población general; se cree que alcohólicos constituyen una cuarta parte de todos los fumadores. Más alcohólicos mueren de enfermedades relacionadas con el tabaco, como la cardiopatía o el cáncer, que de la enfermedad hepática crónica, la cirrosis, u otras enfermedades relacionadas con el beber excesivamente.

La diabetes.

El alcohol puede causar hipoglucemia, que es especialmente peligrosa para las personas con diabetes que tienen tratamiento con insulina.

La malnutrición y el síndrome de Wernicke-Korsakoff.

Además de reemplazar los alimentos, el alcohol también puede dificultar la absorción de las proteínas, las vitaminas y otros nutrientes. La malnutrición puede causar muchos problemas en las personas con alcoholismo, pero la carencia de la vitamina B tiamina es un riesgo para desarrollar el síndrome de Wernicke-Korsakoff, el cual puede causar daño cerebral permanente y la muerte. Los síntomas son el tambaleo severo, la confusión y la pérdida de la memoria. Otro problema nutricional grave es la carencia de la vitamina B ácido fólico, la cual puede causar anemia severa.

Síndrome de dificultad respiratoria agudo.

El síndrome de dificultad respiratoria agudo es mucho más común en personas alcohólicas que se encuentran hospitalizadas en el área de terapia intensiva, por grandes cirugías o por infecciones.

Interacciones con medicamentos.

Los efectos de muchos medicamentos son fortalecidos por el alcohol, mientras que otros son inhibidos. El alcohol aumenta los efectos sobre el sistema nervioso central de los ansiolíticos, sedantes, antidepresivos y antipsicóticos. El alcohol interactúa con los medicamentos hipoglucemiantes e insulina, antiepilépticos y anticoagulantes.

Embarazo y desarrollo infantil.

Hasta las cantidades moderadas de alcohol pueden tener efectos dañinos sobre el feto en desarrollo, incluyendo bajo peso al nacer y un mayor riesgo para el aborto espontáneo. Las cantidades altas pueden causar síndrome alcohólico fetal, que puede dar lugar al daño cerebral y tanto al retardo mental como al del crecimiento.

Problemas para las personas mayores.

Conforme envejecen las personas el cuerpo metaboliza el alcohol de manera diferente. Toman menos bebidas para intoxicarse, y los órganos pueden ser dañados por cantidades más pequeñas de alcohol.

Efectos psicológicos sobre los niños.

Casi siete millones de niños viven en hogares con al menos un padre alcohólico. El alcoholismo aumenta el riesgo de abuso y comportamiento violento. Los niños de padres alcohólicos tienden a responder menos en cuanto al desarrollo académico tienen una incidencia mayor de depresión y su autoestima es menor.

Los hogares de los alcohólicos son menos cohesivos, tienen más conflictos y sus miembros son menos independientes y expresivos que en los hogares no alcohólicos o con padres alcohólicos en recuperación.

DIAGNOSTICO DE ALCOHOL

Para el pesquisaje y clasificación de los alcohólicos se utilizan varios cuestionarios establecidos mundialmente como son: 1) AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), CID (Cuestionario de Identificación Diagnóstica) Y CAGE (Acrónimo de Corte, Anonadado, Culpable y Consumo de Alcohol al Despertar).

AUDIT

En 1982, la organización mundial de la salud (OMS) diseñó un instrumento de tamizaje simple llamado AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) para identificar personas cuyo consumo de alcohol se haya convertido en un problema de salud, ya sea porque su consumo conlleva riesgo o daño a la salud o bien dependencia. El AUDIT es un cuestionario que consta de 10 preguntas y es frecuentemente utilizado y aplicado para medir el consumo de alcohol por su sensibilidad (92%) y especificidad (94%). Las tres primeras preguntas están relacionadas con la cantidad y frecuencia en el consumo de alcohol por lo que permite la abstinencia o el consumo riesgoso. Las tres siguientes preguntas están relacionadas con la dependencia al alcohol mientras que las preguntas 7 y 8 son dirigidas al consumo dañino y las dos últimas se relacionan con problemas causados por ingesta de alcohol incluyendo reacciones psicológicas adversas. Cada pregunta tiene de 0 a 5 opciones con un valor de 0 a 4 puntos cuya sumatoria da un valor mínimo de 0 y máximo de 40 puntos. La OMS ha establecido un punto de corte de 8 puntos con sensibilidad del 95% y especificidad del 88% esto con la finalidad de conocer el consumo riesgoso de alcohol. Se considera consumo seguro o “normal”, cuando el puntaje en AUDIT es menor de 9 puntos. Cuando hay una puntuación de 9 a 18 puntos se considera consumo “riesgoso” y cuando la ingesta fue mayor a 18 puntos se considera como consumo “Dañino”. De acuerdo con estos criterios, el consumo “riesgoso” se relaciona a la mayor probabilidad de sufrir daño físico o psicológico, secundario al consumo de alcohol, mientras que el consumo “dañino” se refiere al mayor riesgo de complicaciones físicas o psicológicas secundarias a la ingesta. (15).

CID.

Es un cuestionario de indicadores diagnósticos para alcoholismo que evalúa 7 preguntas relacionadas con problemas sociales, laborales, personales, síntomas de abstinencia, frecuencia y necesidad de ayuda médica ante la ingesta de alcohol y las respuestas están encaminadas a un sí o no.

No. De respuestas positivas.

Consumo social o bebedor social 0 – 1

Consumo de riesgo	2 – 3
Consumo perjudicial	4 – 5
Dependencia alcohólica	6 – 7

Tres respuestas positivas se considera caso potencial y cuatro respuestas positivas es indicativo de alcoholismo. (12)

CAGE

La prueba de CAGE fue derivada en 1968 de un estudio clínico conducido en Carolina del Norte USA. Para descubrir sujetos alcohólicos a través de cuatro preguntas claves que tienen que ver con la crítica social, la culpabilidad individual, la ingesta matutina de alcohol, este estudio tiene una alta especificidad del 98%. En este cuestionario si la respuesta es positiva en dos de las preguntas, se define que hay problemas con la forma de beber.

No. De respuestas positivas.

Consumo de riesgo o bebedor social	0 – 1
Consumo de riesgo	2
Consumo perjudicial	3

Dependencia alcohólica. (12).

En este trabajo solo se utilizó el AUDIT (ANEXO No. 1).

TRATAMIENTO.

Cuando una persona con alcoholismo deja de beber, los síntomas de supresión empiezan dentro de seis a 48 horas y alcanzan su apogeo cerca de 24 a 35 horas después de la última bebida. Durante este período la inhibición de la actividad cerebral causada por el alcohol se revierte bruscamente. Son liberados al torrente sanguíneo neurotransmisores que activan el sistema nervioso central. Al entrar a un hospital, los pacientes deben ser revisados cuidadosamente y deben ser tratados como cualquier patología grave sobre

todo en problemas a nivel cardiaco y de presión arterial, la principal medida es la administración de medicamento ansiolítico como son las benzodiazepinas y aplicación de tiamina para evitar el síndrome de Wernicke-Korsokoff.

TRATAMIENTO PARA LOS SÍNTOMAS DE SUPRESIÓN LEVES A MODERADOS.

Cerca de 95% de personas tienen síntomas de supresión leves a moderados, incluyendo agitación, temblores, reposo perturbado y falta de apetito. En 15% a 20% de personas con síntomas moderados, pueden desarrollar crisis convulsivas breves y alucinaciones, pero no progresan hacia el delirium tremens. Tales pacientes casi siempre pueden ser tratados como pacientes ambulatorios. Después de ser examinado y observado, el paciente generalmente es mandado a casa con un suministro de medicamentos ansiolíticos para cuatro días, programado para la próxima visita y para la rehabilitación con cita abierta al servicio de urgencias.

Cerca de 5% de pacientes alcohólicos presentan el delirium tremens, el cual generalmente se desarrolla dos a cuatro días después de la última bebida. Los síntomas incluyen fiebre, taquicardia, hipertensión arterial, comportamiento agresivo, alucinaciones y otros trastornos mentales. La tasa de letalidad puede ser hasta del 20% en personas no tratadas, el manejo es con ansiolíticos e hidratación.

Otros medicamentos para la supresión leve a moderada. Los bloqueadores beta, como propranolol (Inderalici, Inderal) y atenolol (Tenormin), a veces pueden emplearse en combinación con una benzodiazepina. Esta clase de medicamentos es eficaz en desacelerar el ritmo cardíaco y en reducir temblores.

Otros medicamentos que están siendo probados son clonidina (Catapresan, Catapres), bloqueadores del canal de calcio, bromocriptina y carbamacepina (Tegretol).

Farmacoterapia para las crisis convulsivas y síntomas severos.

Las crisis convulsivas generalmente son autolimitadas y tratadas sólo con una benzodiazepina. La fenitoína intravenosa (Dilantin) junto con una benzodiazepina puede emplearse en los pacientes que tienen antecedentes de crisis convulsivas, que tienen epilepsia, o cuyas crisis convulsivas no pueden controlarse. Dado que la fenitoína puede

reducir la presión arterial, el paciente debe tener vigilancia de su presión y frecuencia cardiaca. Para las alucinaciones o el comportamiento sumamente agresivo, pueden ser administrados los medicamentos antipsicóticos, particularmente haloperidol (Haldol).

TRATAMIENTO DE LARGO PLAZO PARA EL ALCOHOL

Las dos metas básicas del tratamiento de largo plazo son el control estricto del beber a través de la abstinencia y el reemplazo total de los modelos adictivos con comportamientos satisfactorios para pasar el tiempo que puedan llenar el vacío que se crea cuando se ha dejado de beber.

Tratamiento de enfermos hospitalizados versus tratamiento ambulatorio.

Las personas con síntomas de supresión leves a moderados generalmente se tratan como pacientes ambulatorios y son asignados a grupos de apoyo, a la orientación, o a ambos. El tratamiento de hospitalización, que podría tomar lugar en un hospital general o psiquiátrico o en un centro dedicado al alcohol y al abuso de sustancias, se recomienda para los pacientes con delirium tremens. El régimen usual allí está compuesto por un examen físico y psiquiátrico, la desintoxicación, un tratamiento con psicoterapia o terapia conductual y una introducción a los Alcohólicos Anónimos. Debido al costo alto de la atención de hospitalización, actualmente se están cuestionando sus ventajas sobre la atención de pacientes ambulatorios. Un estudio comparó a los alcohólicos empleados quienes estaban hospitalizados o quienes eran tratados como pacientes ambulatorios con asistencia obligatoria en las reuniones de AA o quienes fueron permitidos elegir su propia opción -incluyendo ningún tratamiento en lo absoluto. Después de dos años, todos experimentaron menos problemas de trabajo, pero entre aquellos en el grupo de hospitalización hubo significativamente menos rehospitalizaciones y permanecieron abstinentes más tiempo que las personas en los otros dos grupos. Otro estudio analizando los programas de tratamiento para las sustancias y el alcohol encontró que 75% de enfermos hospitalizados completaron la terapia comparada con solo 18% de pacientes ambulatorios. Otros estudios, sin embargo, no han revelado diferencia en los resultados entre los programas de hospitalización y aquellos ambulatorios.

Psicoterapia y terapia conductual.

Dos formas de psicoterapia diferentes, terapia cognoscitiva-conductual y psicoterapia de interacción en grupo, han sido de beneficio a las personas con alcoholismo. Alcohólicos

Anónimos (AA), fundado en 1935, es un ejemplo excelente de la psicoterapia de interacción en grupo y permanece el programa más conocido para ayudar a las personas con alcoholismo. Ofrece una red de apoyo muy fuerte que emplea las reuniones en grupo disponibles los siete días de la semana en ubicar y el perdón de las recaídas son los métodos estándar de AA para aumentar la autoestima y aliviar un sentido de aislamiento. La aproximación de 12 pasos de AA hacia la recuperación incluye un componente espiritual que puede disuadir a las personas que carecen de convicciones religiosas. El rezo y la meditación, sin embargo, han sabido ser de gran valor en el proceso de curar muchas enfermedades, aún en las personas sin creencias religiosas específicas. Programas asociados para miembros, Al-Anon y Aleteen, ofrecen ayuda para los miembros de familia y los amigos. Las terapéuticas cognoscitivas-conductuales utilizan un enfoque estructurado didáctico. Las personas con alcoholismo son dadas instrucciones y son asignadas tareas con la intención de mejorar su capacidad para hacer frente a las situaciones básicas de la vida, para controlar el comportamiento y para cambiar la manera en que piensan sobre el beber. Por ejemplo, se les puede solicitar a los pacientes que escriban unos antecedentes de sus experiencias relacionadas con el alcohol y que describan lo que consideran ser situaciones arriesgadas. Luego se les asignan actividades para ayudarles a hacer frente cuando sean expuestos a "las señales" -lugares o experiencias que desencadenan el deseo para beber. También se les puede asignar a las pacientes tareas que están diseñadas para reemplazar el beber. Un ejemplo interesante y exitoso de tal programa fue uno en el cual los pacientes fueron reclutados en un equipo de softbol (softball), que les dio la oportunidad para practicar las aptitudes de hacer frente, desarrollar relaciones de apoyo y ocuparse en actividades alternativas saludables. Un estudio procuró determinar si ciertas personas pueden hacer mejor bajo una terapia que bajo otra. Investigadores categorizaron a los alcohólicos como ya sea Tipo A o Tipo B. Los individuos Tipo A se volvieron alcohólicos en una edad posterior, tuvieron síntomas o problemas psiquiátricos menos severos y mejores perspectivas que aquellos de Tipo B. Las personas en el grupo de Tipo A respondieron bien a la psicoterapia de interacción en grupo, que se enfoca en las emociones del individuo y en la relación con el grupo. No hicieron tan bien con la terapia conductual. Las personas de Tipo B se volvieron alcohólicos en una edad temprana, tenían un alto riesgo familiar para el alcoholismo, síntomas más severos y perspectivas peores. Este grupo hizo pésimo con la terapia de interacción en grupo pero tendió hacer mejor con la terapia

conductual. Esta diferencia en respuesta a los dos tratamientos duró todavía después de dos años.

MEDICAMENTOS PARA MANTENER LA ABSTINENCIA

Disulfiram.

Disulfiram (Antabuse) causa síntomas dolorosos, incluyendo ruborizamiento, cefalea (dolor de cabeza), náusea y vómitos si una persona bebe alcohol mientras tomando el medicamento. Los síntomas pueden desencadenarse después de beber la mitad de una copa de vino o la mitad de un trago de licor y duran desde una media hora a dos horas, según el nivel de la dosis del medicamento y la cantidad de alcohol consumido. Una dosis de disulfiram generalmente es eficaz para una a dos semanas. La sobredosis del medicamento puede ser peligrosa, causando hipotensión, dolor del torácico, disnea y hasta la muerte.

Naltrexone.

Naltrexone (ReVia) por mucho tiempo se ha empleado para tratar la adicción narcótica pero sólo recientemente se aprobó para tratar el alcoholismo. Parece que el medicamento bloquea los efectos placenteros del alcohol. Cuando se emplea conjuntamente con el asesoramiento para adicciones, naltrexone reduce el deseo para el alcohol y ayuda a algunos alcohólicos a que logren abstinencia y eviten una recaída. En un estudio pequeño de hombres dependientes del alcohol, sólo 23% de los que tomaron naltrexone sufrieron una recaída en contraposición con 54% de los que no tomaron el medicamento. La reacción secundaria y adversa más común es la náusea la cual generalmente es leve y temporal. Las dosis altas causan daño hepático. El medicamento no debe ser administrado a alguien quien ha abusado los narcóticos dentro de una semana a 10 días.

Acamprosate.

Acamprosate, un medicamento que bloquea los efectos placenteros del alcohol al inhibir la transmisión del neurotransmisor ácido aminobutérico gamma (GABA, gamma aminobutyric acid), ha probado ser eficaz en mantener la abstinencia cuando combinado

con una terapia para la adicción. Acamprosate es plenamente eficaz después de cerca de una semana del tratamiento. Puede causar diarrea ocasional.

Los antidepresivos.

La depresión es común entre las personas dependientes del alcohol y puede conducir a una tasa mayor de recaídas. Un estudio pequeño reciente informó que las personas administradas el antidepresivo desipramina (Norpramin, Norpramine y Pertofrane) - estuvieran ellos deprimidos o no- tuvieron menos días relacionados con el alcohol y un tiempo más largo entre recaídas que aquellos no tomando el medicamento.

Estrés mental y emocional.

El alcohol bloquea el dolor emocional y a menudo se percibe como un amigo fiel cuando las relaciones humanas fracasan; también se asocia con la libertad y una pérdida de inhibición que compensa las rutinas diarias. Cuando la persona alcohólica trata de dejar de beber, el cerebro busca restaurar lo que percibe como su propio equilibrio. Las mejores armas del cerebro contra la abstinencia son la depresión y la ansiedad (los equivalentes emocionales al dolor físico) que continúan atrayendo a la persona alcohólica hacia el beber mucho más después de que los síntomas de abstinencia físicos se hayan detenido. Ni la inteligencia es un aliado en este proceso, porque el cerebro empleará todos sus poderes de racionalización para persuadir al paciente a que regrese a beber. Es importante darse cuenta de que cualquier cambio de vida puede causar aflicción temporal y ansiedad, hasta cambios para el bien. Con el tiempo y la sustitución de otros placeres saludables, esta conmoción emocional se debilita y puede superarse.

Relaciones sociales y la codependencia.

Uno de los problemas más difíciles que una persona con alcoholismo enfrenta es estando alrededor de las personas que pueden beber socialmente sin peligro. Un sentido de aislamiento, una pérdida de gozo y la creencia del exbebedor de qué lástima -no respeto- guía el comportamiento de un(a) amigo(a), puede conducir a la soledad, a la autoestima baja y a un deseo fuerte para beber. Los amigos cercanos y hasta los compañeros íntimos pueden tener dificultades en cambiar sus respuestas a esta nueva relación sobria y, aún peor, promover un retorno al beber. Los cónyuges pueden haber

construido su propio auto imagen sobre el sobrevivir de sus parejas o el manejo de sus comportamientos difíciles y encuentran el significado de sus vidas amenazados por la abstinencia. Los amigos quizás no acepten fácilmente al amigo(a) sobrio(a) y tal vez más calmado(a). En tales casos, si los compañeros o amigos no pueden cambiar, entonces la separación puede ser necesaria para la supervivencia. No es nada extraño que, cuando confrontada con tales pérdidas, una persona regresa al beber. El mejor curso en estos casos es promover a los amigos y miembros de familia cercanos que busquen la ayuda también. Afortunadamente, grupos como A.A existen para esta finalidad.

Presiones sociales y culturales.

Los medios de comunicación representan los placeres y el humor de beber en anuncios y en la programación. Los beneficios médicos de beber leve a moderadamente con frecuencia se divulgan, dando a los exbebedores la excusa espuria de regresar al alcohol para su salud. (17, 18)

FACTORES DE RIESGO.

GÉNERO Y ALCOHOLISMO

Si bien la prevalencia de alcoholismo a nivel nacional es de 58.1%, este problema afecta con mayor frecuencia **al género** masculino (77.0%) pero es evidente que este se está incrementando en los últimos años en la población femenina (44.6%) según encuesta nacional de adicciones en México 1998. Esto se agrava si se considera el papel reproductivo de la mujer y las repercusiones en su hijo cuando la ingestión ocurre durante el embarazo, dando como resultado en algunas ocasiones síndrome de alcohol fetal. (19).

ESTADO CIVIL Y ALCOHOLISMO

En Cuba se realizó un estudio prospectivo y descriptivo en 150 personas del sexo masculino, tomando encuentra solteros ,casados o acompañados, divorciados y viudos, para determinar la relación que hay entre **estado civil** y consumo de alcohol y se obtuvieron los siguientes resultados: con un 36.8% para casados o acompañados siendo

estos los más afectados, 12.6% para solteros, 8% para divorciados y un índice menor para viudos. (20)

EMPLEO Y ALCOHOLISMO

Tanto los expertos como los trabajadores, no han encontrado una asociación de **trabajo** y el desarrollo de problemas relacionados con el consumo de alcohol, más bien al contrario, la actividad laboral es una forma preventiva o rehabilitadora de dicho problema así podemos señalar que las personas desempleadas consumen mayor cantidad de alcohol que las personas que trabajan, sea cual sea su edad, esta relación empleo consumo de alcohol parece tener relación en dos direcciones, ya que el desempleado por su situación crea una mayor dependencia como medio de evasión y también el consumo de alcohol durante el **trabajo** puede dar lugar al despido del empleo. Pero aparte de todo lo reseñado, hay que tener en cuenta que hay una serie de factores relacionados que pueden favorecer al inicio y mantenimiento de ingesta excesiva de alcohol, lo cual se puede producir tanto en horario de labores como fuera de él.

Estos factores son: a) Mayor oferta o disponibilidad de las bebidas, b) Pautas sociales Preestablecidas desde hace tiempo en determinados sectores profesionales, fuerzas Armadas, mundo bohemio o artístico mineros que pasan largos periodos de tiempo fuera de casa. c) Reuniones de trabajo con un grupo amplio de personas que se suelen acompañar de ingesta de sustancias alcohólicas: vendedores, agentes comerciales, hombres de negocios) Trabajos en los que por su peculiaridad el **trabajo** tiene un acceso más fácil y habitual a las bebidas alcohólicas, camareros, cantineros, cocineros, sirvientes entre otros, e) Trabajos en los que se necesita una condiciones físicas y psíquicas de especial resistencia, como pueden ser las actividades que se realizan a temperaturas extremas metalurgias, siderurgias, las que se realizan a intemperie o con toxicidad del medio ambiente circundante, aquellas actividades donde el trabajo no tiene horario fijo continuas rotaciones horarias, o finalmente trabajo donde se necesita una fuerza física mayor para su realización. (21)

GRUPO DE EDAD Y ALCOHOLISMO

Del siguiente estudio realizado en Cuba en el área del Policlínico de los 261 pacientes consumidores de bebidas alcohólicas, según **grupo de edad** prevaleció el grupo de 25 a 34 años de edad (61 personas para un 23,3 %), seguido por el de 15 a 24 y el de 35 a 44 años en igual proporción (60 personas para un 23 %). Igualmente se demostró que la mayoría de los consumidores de bebidas alcohólicas encuestados se encontraban entre los 15 y 44 años (tabla 1). (20)

Tabla 1. Distribución de pacientes que ingieren bebidas alcohólicas según grupos de edades

Grupos de edades (en años)	No.	%
15-24	60	23
25-34	61	23,3
35-44	60	23
45-54	39	14,9
55-64	28	10,8
65 y más	13	5,8
Total	261	100

ESCOLARIDAD Y ALCOHOLISMO

En un estudio realizado en 8 hospitales de la ciudad de México en el servicio de urgencias la tendencia a consumo de alcohol de una muestra de 2523 personas con edad comprendida entre 15 y más de 65 años, tomando en cuenta el grado de **escolaridad** fue la siguiente: sin escolaridad (4.9 %), con primaria (39.1 %), secundaria (24.8%), preparatoria (17.0 %), y con universidad (15.1 %) siendo el grupo más afectado aquellos con escolaridad de primaria, seguido por secundaria y el grupo menos afectado fue aquellos sin escolaridad. (22)

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los problemas sociales que con mayor frecuencia se pueden observar en la comunidad La Ribera Municipio de Los Cabos son los siguientes: a) Familiares: agresiones físicas, verbales, separaciones, incluso divorcios, b) Económicas se gastan grandes cantidades de dinero en adquirir bebidas alcohólicas sobre todo cerveza repercutiendo en el gasto familiar y sobre todo de la obtención de los artículos de primera necesidad, c) Laborales con ausentismos sobre todo los días lunes, no se observan accidentes ni despidos, d) Accidentes de tránsito, sobre todo los fines de semana días que muchas familias dedican para divertirse y consumir bebidas alcohólicas, e)Alcoholismo en mujeres aunque en menor frecuencia que en el hombre y en jóvenes a más temprana edad, esto probablemente por influencia de los adultos o familiares , fácil adquisición, falta de centros recreativos y desconocimiento de los efectos nocivos y aditivos de este toxico, y por ultimo problemas de salud observándose control deficiente sobre todo en enfermedades crónico degenerativas y de tubo digestivo como gastritis

Por la problemática descrita anteriormente nos preguntamos

1.- ¿Cuál es la prevaecía de consumo de alcohol de acuerdo a la (escala de AUDIT-Test para la identificación de desordenes en el uso de alcohol) en la población de La Ribera en el periodo de tiempo de marzo-mayo del 2006.

5.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

El estudio ha realizar es para conocer la relación de algunos factores sociodemográficos que pueden influir en la ingesta de alcohol en la comunidad en estudio y por medio del cual dar a conocer a la población más vulnerable como son los jóvenes medidas preventivas, daños tanto medico como en las relaciones en la familia y los factores que influyen para que una persona sea alcohólica. En las personas adultas concientizar sobre este problema, efectos sobre la salud, influencia de las conductas sobre sus hijos.

MAGNITUD.- Con frecuencia esta toxicomanía es de uso común a nivel mundial (70%), es una enfermedad, que afecta a todos los seres humanos, sin importar raza, clase social, género, escolaridad, disminuyendo el consumo en algunas culturas por cuestiones religiosas. Tan solo en encuesta realizada en Estados Unidos de América, en 1988, 36 % de los hombres y 39 % de las mujeres, informaron antecedentes familiares de alcoholismo. En dicha encuesta la prevalencia nacional encontrada para consumo de alcohol fue del 51.6 %; los menores de 44 años consumieron más alcohol y el porcentaje de consumo fue mayor en los hombres (63.6 %) y en la raza blanca (54 %).

En América latina el alcoholismo afecta a la población entre un 4 a 20% de la población y se calcula que existen en esta región 30 millones de personas afectadas por esta toxicomanía, según estudio realizado en Cuba: algunas reflexiones sobre alcoholismo en la comunidad.

En Cuba el 45% de la población consume bebidas alcohólicas con un índice de prevalencia de 6.6%.

España ocupa el 4to (67.7% entre la población de 15 a 64 años) lugar en consumo de alcohol, tomando como primer lugar en Europa a, Francia, Luxemburgo y Alemania.

En nuestro país México, como en nuestro estado Baja California Sur es alarmante el índice e incremento en prevalencia de alcoholismo y se encuentra en primer lugar en consumo, según estudio realizado de Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro social en las 36 delegaciones del país.

El alcoholismo que acompaña a la depresión resalta el interés que significa su detección oportuna, por lo que es de suma importancia fomentar la triangulación hogar-escuela-Sector Salud para consolidar una formación asistencial compartida, padres, maestros y médicos y de esta manera contribuir a una verdadera ayuda que espera ansiosamente nuestro paciente adolescente.

El alcoholismo es aceptado universalmente como uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo, es una enfermedad crónica, progresiva y fatal, existe predominio en el sexo masculino pero cada día más esto se incrementa en la mujer a más temprana edad, sobre todo en jóvenes y en etapa productiva como señalan varios estudios realizados en todo el mundo.

TRASCENDENCIA.- Puede tener graves, consecuencias psicológicas, biológicas y sociales, debido a que afecta no solo al individuo que lo padece, sino que también puede afectar las relaciones familiares, sociales, laborales y tiene aun implicaciones económicas y materiales para cualquier sociedad.

Los problemas de alcoholismo que vemos, han existido desde el inicio de la humanidad. VULNERABILIDAD.- Aunque es una enfermedad que puede pasar desapercibida o manifestarse con muchas sintomatologías, existen cuestionarios establecidos mundialmente para pesquisaje y clasificación de los alcohólicos: Cuestionarios de identificación diagnóstica (CID), CAGE y AUDIT (Test de identificación de desórdenes debido al uso de alcohol), este último utilizado en nuestro estudio y en el cual consta de 10 preguntas con un máximo de 40 puntos y una sensibilidad del 95%.

Tales herramientas son parte del acopio del médico familiar y puede hacer uso de ellas para identificar a los portadores de esta enfermedad.

FACTIBILIDAD.- El médico familiar tiene la gran ventaja de tener una población bajo su responsabilidad y el permitirse ver subsecuentemente a la familia, le da la oportunidad de detectar los factores de riesgo o predisponentes para el desarrollo de esta patología. En nuestra institución se cuenta con los fármacos necesarios para dar el tratamiento en los casos de intoxicación aguda y abstinencia, pero este manejo no es suficiente ya que es una enfermedad multifactorial, por lo que se necesita un manejo integral del paciente apoyándose en grupos de autoayuda.

Si no se llegara a establecer un diagnóstico temprano para descubrir en que etapa de alcoholismo se encuentran, sería muy factible que cayeran en alguna dependencia incluso en consumo de otras drogas y en algún momento depresión e incluso el suicidio.

Como médico familiar tengo la oportunidad de detectar si la o las personas que acuden a consulta presentan problemas de alcoholismo, solo así se podrá diagnosticar en etapas tempranas y si eso lo vinculamos directamente con problemas sociales podremos establecer programas preventivos e incluso establecer un tratamiento, o realizar algún tipo de actividad como por ejemplo deporte o eventos culturales con la comunidad. Por medio del prevenimss se pueden detectar si el núcleo familiar es funcional, o disfuncionales, si se presenta algún tipo de maltrato, psicológico, y-o violencia intra familiar. En la unidad solo se cuenta con atención de primer nivel, se carece de enfermera y trabajo social, ya que solamente funciona como consultorio con horario de 7:00 a 15:00 hrs.

6. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de consumo de alcohol de acuerdo a la (escala de AUDIT) en la población de La Ribera en el periodo de tiempo de marzo-mayo del 2006

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Identificar los factores sociodemográficos (sexo, edad, estado civil) de la población estudiada.

- Comparar la prevalencia de consumo de alcohol entre hombres y mujeres.
- Medir en que grupo de edad es más abundante la ingesta de alcohol.
- Determinar si existe correlación entre toma de alcohol y ocupación.
- Comparar si existe concordancia de alcoholismo y escolaridad.
- Valorar la relación del estado civil con el consumo de alcohol.

REALIZAR COMPARACIÓN ENTRE

GÉNERO.

GRUPO DE EDAD.

OCUPACIÓN.

ESCOLARIDAD.

ESTADO CIVIL.

7.- HIPÓTESIS

No requiere ya que se trata de un estudio descriptivo.

8. METODOLOGÍA

El estudio se llevara a cabo en la comunidad del poblado de la Ribera B.C.S. en la UMF # 34 del IMSS. Del periodo del 1° de marzo al 31 de mayo del 2006.

Se captara al paciente por medio de la publicidad interna en el instituto y se aplicara una encuesta que permitirá caracterizar a la población estudiada según género, edad, ocupación, escolaridad, estado civil.

Los datos obtenidos se proporcionaran en porcentajes.

8.1.- TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, Prospectivo y Transversal.

8.2.-POBLACION

El estudio se llevó a cabo en la comunidad del poblado de la Ribera B.C.S. en la UMF # 34 del IMSS. Se captó al paciente por medio de la publicidad interna en el instituto y solo se entrevistó con personal capacitado, con un cuestionario dirigido de alcoholismo.

8.3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA Y DISEÑO ESTADÍSTICO DEL MUESTREO.

Universo de personas mayores de 12 años: del sexo femenino 60 y masculino 71 total de 131 personas entrevistadas.

Que la prevalencia de alcoholismo es de 12.8 % con un nivel de confianza de 95 % y un error máximo esperado de 5 el tamaño muestra es de 116.

El muestreo se realizó por cuota, esto es que se recabó el número de pacientes requeridos, estos fueron invitados a través de la publicidad que se generó para tal fin y que aceptaron participar.

8.4.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN

Personas con patología psiquiátrica

Personas que no demuestren su permanencia en la comunidad.

8.4.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Paciente originario de La Ribera

Paciente residente por más de un año en La Ribera

Que acepten participar.

8.4.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes que no demuestren su permanencia en la comunidad.

Pacientes psiquiátricos

8.4.3.-CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Personas que no terminen el estudio.

8.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Alcoholismo

VARIABLE INDEPENDIENTE: Sexo, edad, ocupación, ocupación, escolaridad y estado civil.

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DEFINICIÓN OPERATIVA.	TIPO VARIABLE.	ESCALA DE MEDICIÓN
ALCOHOLISMO	Enfermedad ocasionada por el abuso de bebidas alcohólicas.	Medida a través del AUDIT	ORDINAL	<9 sin riesgo 9-18 riesgoso >18 dañino
SEXO	Clasificación de una persona teniendo en	Identificación de acuerdo a sus	NOMINAL	Femenino(1) Masculino(2)

	cuenta sus características Anatómicas y cromosómicas.	características Físicas...		
EDAD	Periodo de tiempo transcurrido en un individuo después de su nacimiento expresado en días, mes o años.	Personas de 12 a 69 años	Escalar.	De 12 a 69 años.
ESTADO CIVIL	Unión de dos personas de distinto sexo	La que dice la persona tener al momento del estudio	Nominal	Soltero, casado unión libre, divorciado, viudo
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un escolar sigue en un establecimiento docente.	Actividad escolar mediante la cual es su preparación.	Escalar.	Preescolar Primaria Secundaria. Bachillerato Preparatoria. Licenciaturas
OCUPACION	Trabajo o profesión a la cual se dedica.	Actividad laboral mediante la cual se mantiene	nominal	Pescador Empleado Albañil

				Profesionista
				Ama de casa
				Estudiante
				pensionado

8.6.- METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

El investigador principal realizó el muestreo con la población que acudió al consultorio, por medio de un test de AUDIT.

Con ayuda de personal capacitado previo a la elaboración del cuestionario por dos estudiantes de bachillerato que están realizando su servicio social en la unidad.

8.7.- ANÁLISIS DE DATOS

Posterior a la obtención de los datos estos se capturaron en una base de datos de Excel y fueron procesados con el paquete estadístico SPSS versión 10 para Windows, obteniéndose estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión para cada una de las variables, y tablas de contingencia entre los alcohólicos y no alcohólicos y las demás variables buscando asociación; se consideró como asociación si el valor de p es inferior a 0.05.

8.8.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), revisada en Tokio en 1975, en Venecia en 1983 y en Hong Kong en 1989.

La presente investigación se encuentra acorde con los lineamientos que en materia de investigación y ética se encuentran establecidos en las normas e instructivos institucionales.

Antes del inicio del estudio, el protocolo del mismo y los otros documentos relevantes serán sometidos al Comité Local de Investigación de la unidad hospitalaria y autoridades competentes, conforme a los requisitos legales locales.

9. RESULTADOS.

9.1.- DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.

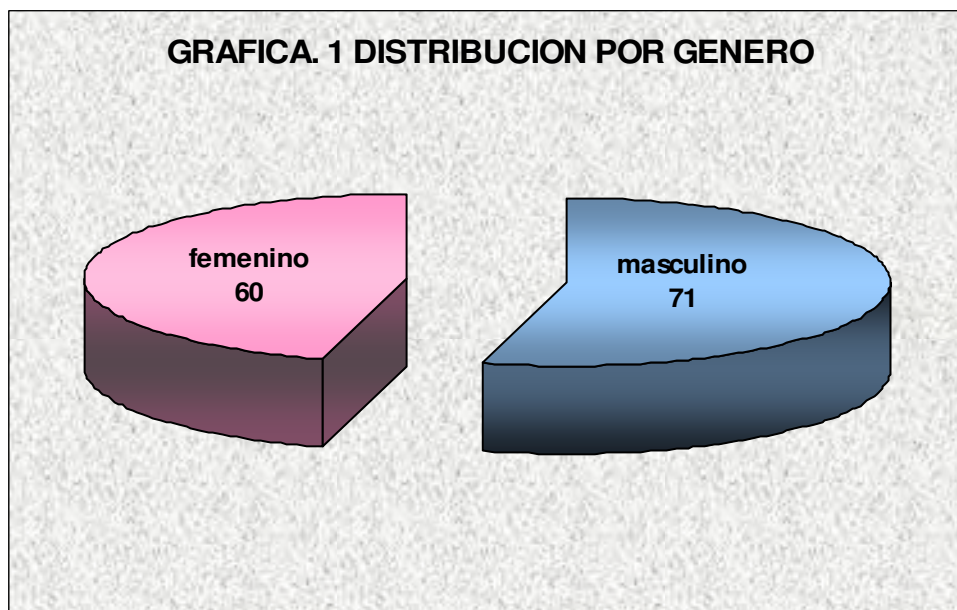
Se realizó el estudio en el periodo de marzo a mayo del 2006, aplicando a una población abierta (la comunidad de La Ribera) el test de AUDI con el objetivo de medir prevalencia de alcoholismo.

Se realizaron 131 encuestas de las cuales la información se obtuvo por medio de perifoneo. Visitas domiciliarias a casas, escuelas y lugares de trabajo.

9.2 TABLAS CUADROS Y GRÁFICAS.

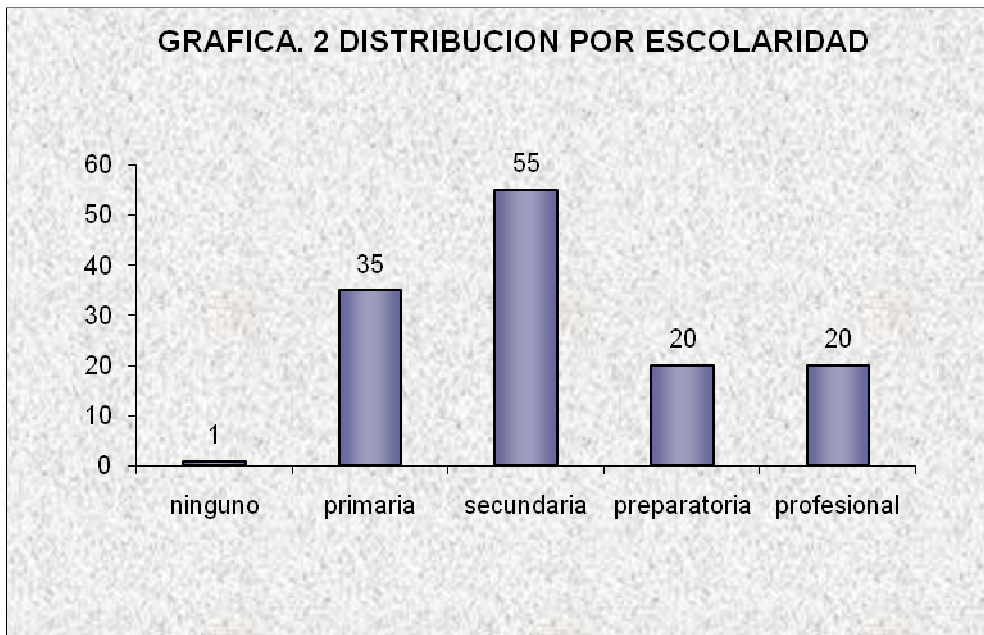
ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.

De los 131 encuestados del 71% fueron hombres y el 60% mujeres, a lo observado en la grafica 1.



Fuente de datos: Encuesta

Se preguntó la escolaridad a los encuestados siendo la de nivel secundaria como la más frecuente con 55 personas como lo muestra la siguiente grafica.



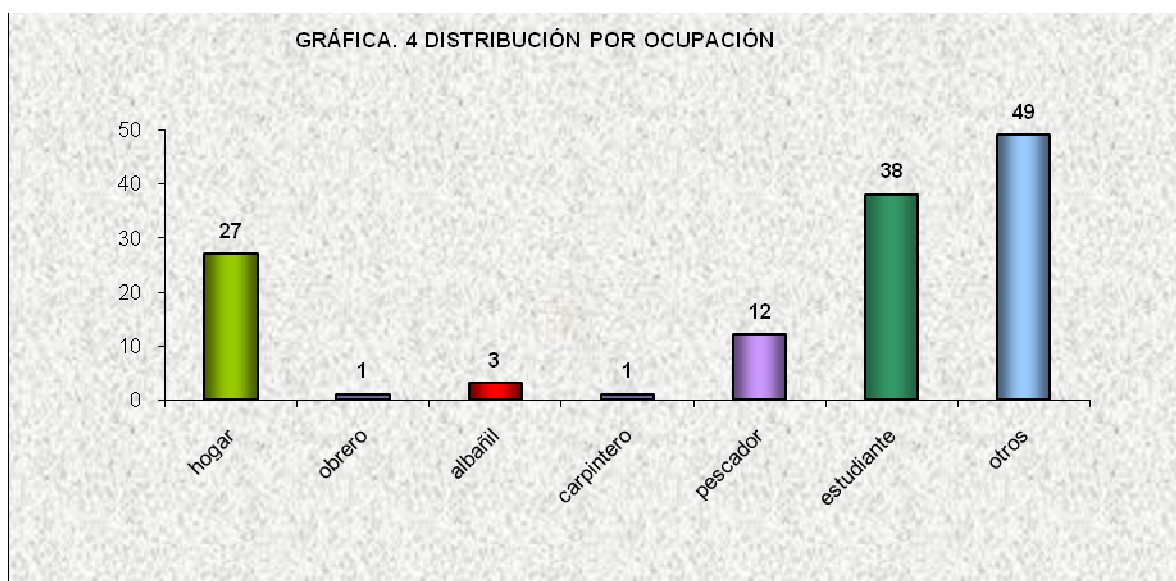
Fuente de datos: Encuesta

De las 131 personas encuestadas los resultados obtenidos en cuanto a consumo de alcohol fueron los siguientes: el 74% de la población tiene un consumo seguro de alcohol, 25% presentan consumo riesgoso y solo 2.2 % de las personas encuestadas tienen consumo dañino.



Fuente de datos: Encuesta

Una característica que se estudio de la población fue la ocupación considerando actividades como la pesca, la construcción, el hogar o el ser estudiante. La distribución se aprecia en la grafica 4.



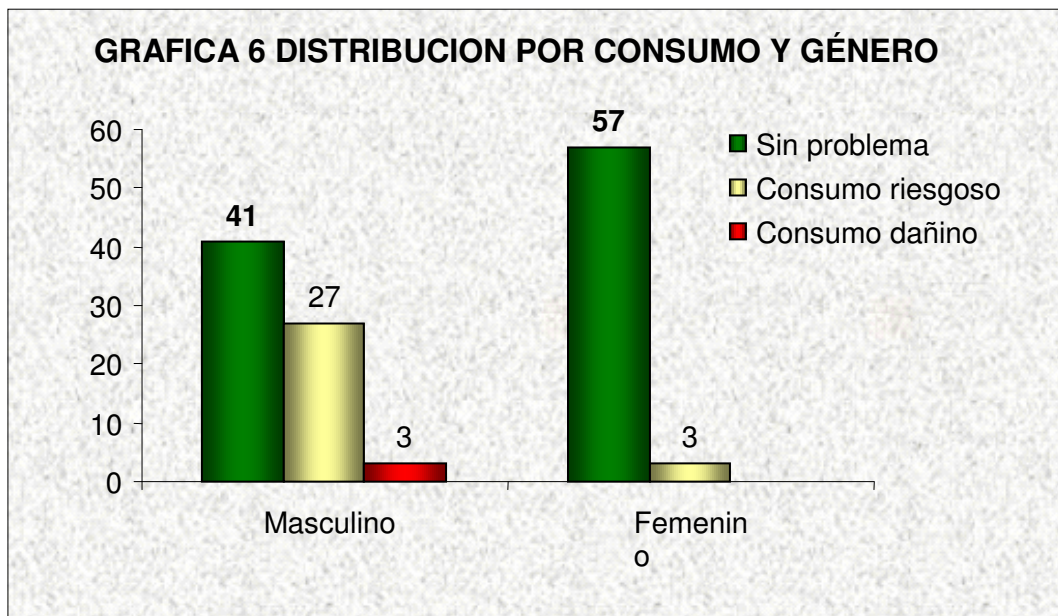
Fuente de datos: Encuesta.

De las 131 personas participantes, 60 de ellas son casadas y 54 solteros, siendo las categorías más representativas del estado civil.



Fuente de datos: Encuesta.

De las 71 hombres encuestados el 57.7 % sin problema en cuanto a consumo de alcohol, 38.0 % con consumo riesgoso y 4.2 % presentan consumo dañino, en cuanto al sexo femenino el más representativo es el consumo sin problema con el 95 % y solo el 5 % con consumo riesgoso.



Fuente de datos: Encuesta.

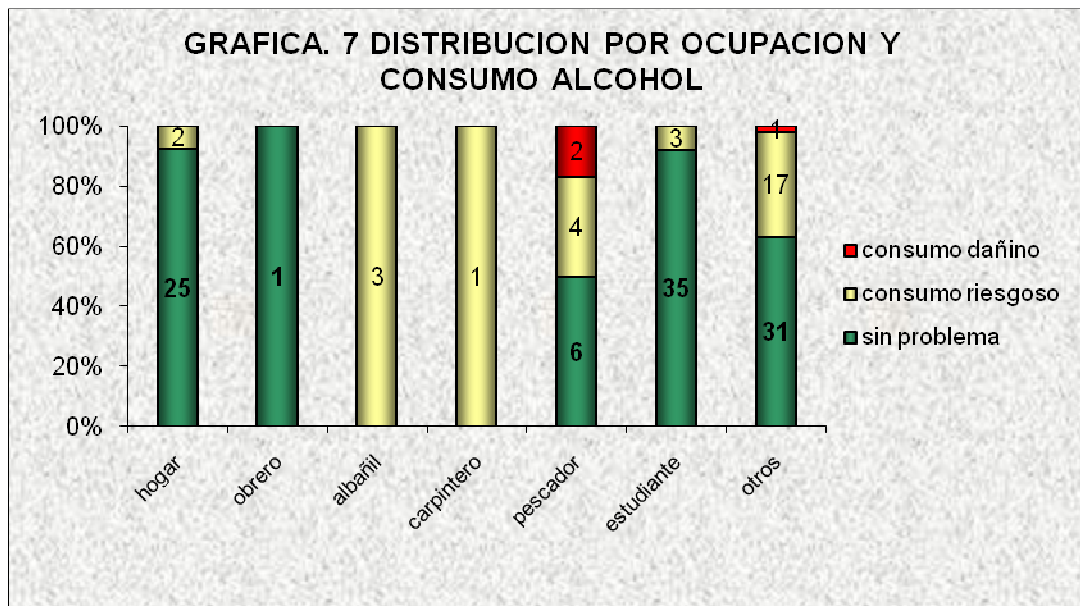
Se distribuyen los 131 encuestados por grupo de edad como se muestra en la tabla no. 1

Tabla 1. Distribución por grupo de edad y consumo de alcohol

Grupo de edad	Consumo			Total
	Sin problema	Consumo Riesgoso	Consumo dañino	
12 a 20 21	40	5	1	46
a 30 31 a	15	19	9	24
40 41 a 50	16	7	1	27
51 a 60 61	5	2	4	21
a 70 71 y	1	1	0	6
más total	98	4	0	6
		0	0	1
		30	3	131

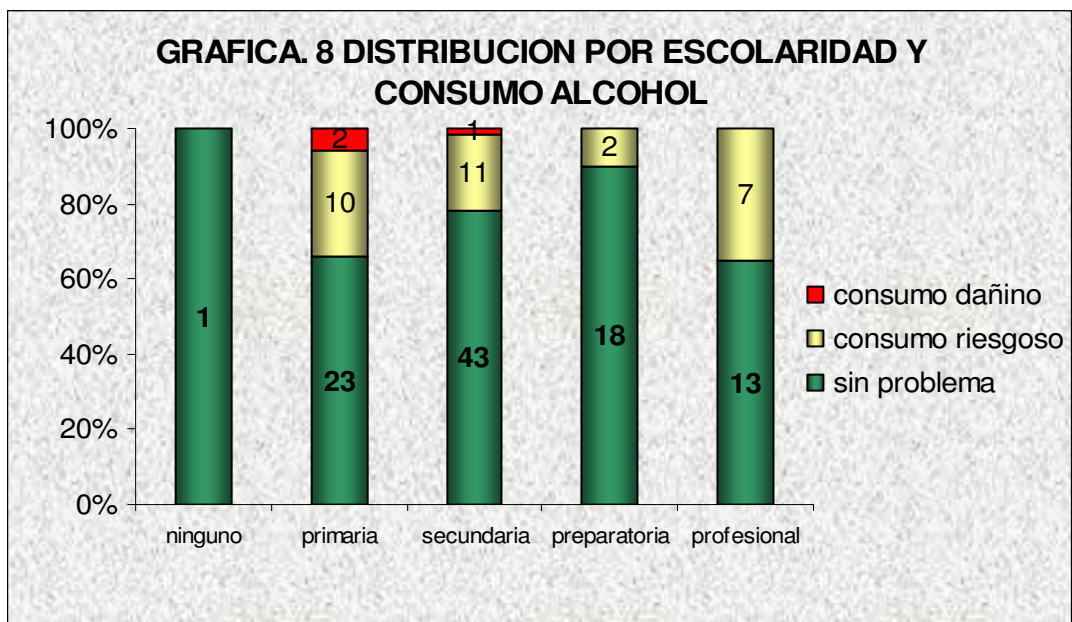
Fuente de datos: Encuesta.

En la grafica 7 se observa la distribución por ocupación y consumo de alcohol, llama la atención que el 2 % de los pescadores presentan consumo dañino, siendo menor en estudiantes con un 35 % y en personas dedicadas al hogar con el 25 % como se muestra en la siguiente gráfica.



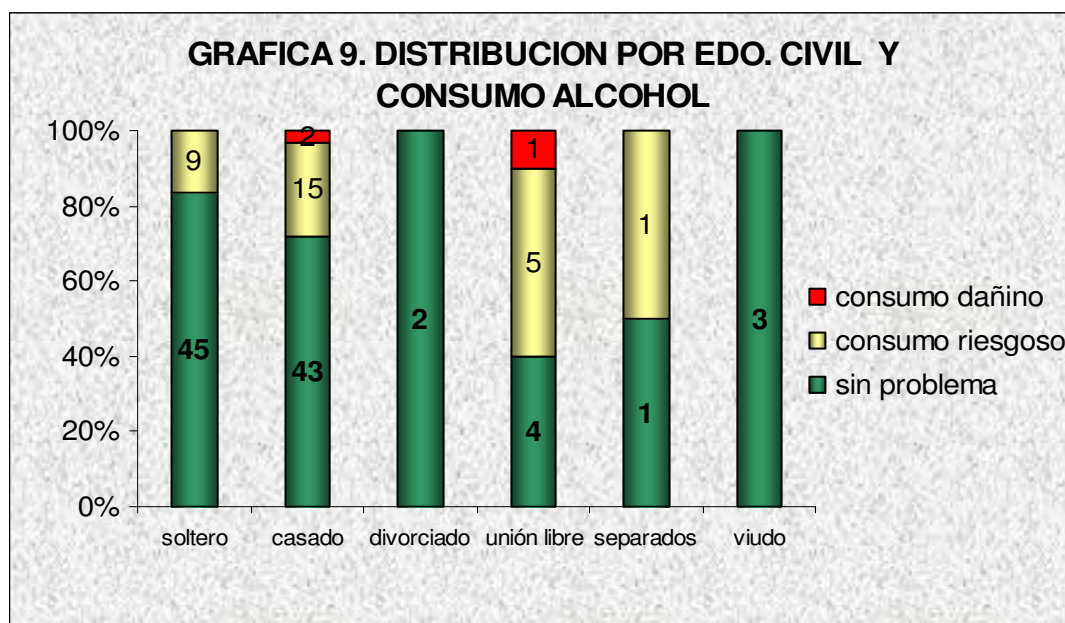
Fuente de datos: Encuesta.

En cuanto a escolaridad el más importante es el grupo con escolaridad secundaria, sin riesgo 43 con consumo riesgoso 11 y dañino solo una persona. Los menos afectados son los de escolaridad media superior.



Fuente de datos: Encuesta.

En esta grafica podemos observar que el estado civil influye en cuanto a consumo de alcohol 43 sin riesgo, 14 consumo riesgoso y 2 con dañino y el menos afectado fueron solteros, viudos y divorciados.



Fuente de datos: Encuesta.

ESTADISTICA ANALITICA.

ASOCIACION ENTRE ALCOHOL Y SEXO

Observamos que el tanto el consumo riesgoso como dañino se presenta más en el varón que en la mujer y cuando realizamos prueba de Chi cuadrada está es significativa con de 24 y una p de 0.0001

Otra variable que presentó asociación al consumo riesgoso y dañino fue la ocupación; mientras que las mujeres dedicadas al hogar y los estudiantes tuvieron la frecuencia más baja en estos rubros, los albañiles, carpinteros, empleados y pescadores fueron más susceptibles de alcoholismo. Cuando ponemos las ocupaciones de menos riesgo como es el hogar o ser estudiante (55 sin consumo y 5 con consumo riesgoso) y las comparamos contra las otras (38 sin consumo y 25 con consumo riesgoso y 3 con dañino) nos da una Chi cuadrada de 18.75 con un OR de 8.11 (2.66<OR>26.4) con un valor de p =0.0001

RESULTADOS.

Se aplicaron 131 encuestas en la comunidad La Ribera a igual número de personas, encontrando los siguientes resultados:

La prevalencia global de consumo seguro o sin problema fue 74.8%, consumo riesgoso 25% y con consumo dañino a 2.2% en habitantes de La Ribera en el periodo de marzo-mayo del 2006

El consumo dañino se presentó en:

Caso 1 masculino de 44 años de edad, con escolaridad primaria terminada, casado, con oficio empleado (bloquera de la comunidad), quien por medio de la encuesta realizada de AUDIT; se califica con 26 puntos (con una puntuación mayor de 18 se considera, consumo dañino y se refiere a la presencia de complicaciones físicas y psicológicas)

Caso 2 masculino de 37 años de edad, con escolaridad secundaria terminada, casado, ocupación pescador, con una puntuación de 23 puntos y con complicaciones tanto en ámbito familiar como de salud.

Caso 3 hombres de 18 años, vive en unión libre, con escolaridad primaria terminada, se califica con 19 puntos.

Los factores de riesgo que presentaron asociación con el consumo de alcohol son: el ser hombre con consumo problema 42.2% (consumo riesgoso 38.02% y dañino 4.2%), sin problema el 57.7% y las mujeres 95% no presentaron problema solo el 5% con consumo riesgoso.

En cuanto a ocupación las personas menos afectadas son los estudiantes 35% y las dedicadas al hogar 25%, llamando la atención que de los tres casos de consumo dañino dos es en pescadores.

El grupo de edad más afectado en cuanto a consumo riesgoso es el de 22 a 30 años con el 37.5%, seguido por los de 31 a 40 años con 25.9%.

El grupo sin riesgo pero con inicio en ingesta de alcohol son los jóvenes de 12 a 20 años de aquí la importancia (86.9%) y observándose un descenso en los grupos de 41 años y más.

El consumo riesgoso lo encontramos más en personas con escolaridad secundaria y presentando un caso de consumo dañino seguido por primaria en donde se presentan consumo dañino en dos casos, en otros grados de escolaridad el consumo es irregular.

10.-DISCUSIÓN

La identificación de consumo de alcohol en la población es de gran importancia ya que algunos estudios han señalado que un consumo moderado de alcohol puede ser saludable y proteger al corazón de la cardiopatía isquémica, de aquí la importancia de conocer entre consumo seguro y problema de bebidas alcohólicas, para esto se ha diseñado por la OMS un instrumento aceptado mundialmente que nos permite identificar a las personas con este riesgo. El AUDIT con una sensibilidad y especificidad del 95% y 88%.

En nuestro país se ha usado el AUDIT, en diversos estudios específicos, aunque limitados a grupos o sectores de la población, como el realizado a derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en 2002, con resultados (17.7% consumo riesgoso y 4.2% consumo dañino) semejantes al presente estudio en cuanto a prevalencia de consumo riesgoso (25%) y dañino (2.2%) de alcohol. Siendo el estado de Baja California Sur donde se registra una mayor prevalencia en cuanto a consumo riesgoso (22.4%) y dañino (5.6%) solo superado por Querétaro (6.5%) en este último.

En nuestro estudio en el cual se observó un consumo mayor en el hombre de 42.2 % y en la mujer de 5% en consumo problema de alcohol, compartimos la información con la Encuesta Nacional de Adicciones México 1998 en donde se determina el mayor consumo de alcohol en el hombre (70.0%) que en la mujer (44.6%), aunque en estas últimas se ha incrementado en forma importante.

Aunque el alcoholismo es una de las principales causas de problemas en el hogar como maltrato intra familiar, disfunción familiar, en muchos hogares este problema es frecuente ya que influyen muchos factores en su inicio y permanencia y se ha visto que los hijos de padres alcohólicos son cuatro veces más frecuente de serlo que en aquellos que son abstemios. En estudio realizado en Cuba se determinó que es más frecuente el consumo en personas casadas o acompañadas (36.8%) y menor en personas viudas o divorciadas, lo cual compartimos con el presente estudio

No hay estudios en los cuales se haya encontrado asociación entre alcoholismo y los problemas generados por el consumo de éste, pero si se ha visto que existen varios factores que influyen en su inicio y permanencia, como son: lugares con temperaturas extremas, tipo de empleo que por su acceso a bebidas alcohólicas es más frecuente, desempleo en el cual el consumo es más importante mas y abundante, en personas quienes tienen que permanecer por temporadas largas de tiempo fuera del hogar. Esta información es compartida por el presente estudio ya que no hay predominio en consumo de alcohol según tipo de empleo sino que fue heterogéneo.

En este estudio la prevalencia de consumo problema de alcohol (dañino y riesgoso) en el grupo de edad (21 a 30 años seguido de 31 a 40 años) es elevado 37.5% y 25.9 % es elevado. Resulta en consecuencia importante desarrollar políticas y programas de salud específicos a disminuir el consumo en este grupo de población en esta etapa productiva ya que es una de las principales causas de ausentismos y despidos laborales. Al igual que en otros estudios realizados.

El alcohol es consumido en todo el mundo y no predomina en poblaciones con menor o mayor grado de escolaridad en estudio realizado en 8 hospitales de la ciudad de México captados en sala de urgencias, se encontró que el grupo más afectado por ingesta de alcohol fue el que tenía escolaridad primaria seguido por secundaria, en el presente estudio este resultado fue invertido siendo el grupo más representativo el de secundaria con consumo riesgoso y primaria con consumo dañino.

11.-CONCLUSION.

En estudio realizado a 131 personas utilizando como instrumento de medición el AUDIT (test para identificación de desordenes causados por ingesta de alcohol) se encontró lo siguiente: a) el consumo de bebidas alcohólicas predominó en el hombre 42.2 % (consumo problema) y en mujeres solo con el 5%, no encontrando consumo dañino, b) el estado civil más representativo fue el estar casado o acompañado con un índice mayor en ingesta, siendo más baja en personas solas o viudas, c) no se encontró mayor frecuencia por el tipo de empleo este fue heterogéneo, d) el grupo de edad en etapa productiva fue el más afectado con edad de 21 a 30 años seguido por el de 31 a 40 años., y por ultimo e) en cuanto escolaridad las personas más afectadas fueron las que tienen escolaridad secundaria, encontrando en individuos con primaria el consumo dañino.

Se cumplió con los objetivos que fue determinar la prevalencia de alcoholismo en la población estudiada, tomando como base algunos factores sociodemográficos como son edad, sexo, estado civil y empleo, encontrando que este es más frecuente en el hombre que en la mujer, en personas casadas que en solteros, en el grupo de 21 a 30 años y la escolaridad no influyo en cuanto a ingesta de alcohol.

Como médico familiar el contacto con las personas en el consultorio me da la oportunidad de detectar problemas de alcoholismo en etapas tempranas e implementar acciones preventivas en el grupo de riesgo antes mencionado, realizando programas de actividades recreativas, culturales y deportivas sobre todo en los jóvenes que son presa fácil para la ingesta de este toxico por sus características de formación y búsqueda de personalidad.

12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.-Pérez A, Díaz E, González R. El alcohol y la dependencia. Rev. Esp. Drodo-dep 1995; 20(1):41-7.
- 2.-REFERENCIA. [http://saludalia.com/saludalia/Web saludalia/vivir sano/doc/alcohol y drogas/alcohol ansiedad.htm](http://saludalia.com/saludalia/Web_saludalia/vivir_sano/doc/alcohol_y_drogas/alcohol_ansiedad.htm) ·2.
- 3.-García E, Lima G, Aldana L, Casanova P, Feliciano V. Alcoholismo y sociedad tendencias actuales. Rev. Cubana Med Milit 2004; 33(3)
- 4.-Torres JR, Iglesias M, Turró C. Consumo de alcohol y riesgo de alcoholismo.Rev Med Milit 2000; 29(2):103-8
- 5.-Organización Mundial de la Salud Glosario de trastornos mentales y guía para clasificación. Ginebra 1976.
- 6.-Gran diccionario Patria de la lengua española. 2da. Ed. México D.F: Patria. 1994: 78.
- 7.-Bolet M, Socorras MM, Alcoholismo consecuencias y prevención. Rev Cubana Invest Biomed 2003; 22(1)25-31.
- 8.-González P. Prevalencia de alcoholismo. Rev Hosp. Psiquiatr La Habana 1985; 26(1):31-40.
- 9.-González RM. Como liberarse de los hábitos tóxicos. Guia para conocer y vencer los hábitos provocados por el café, el tabaco y el alcohol. Rev Cubana Med Gen Integr 1995; 11(3):253-85.
- 10.-Otaño Y, Valdez Y. Algunas reflexiones sobre alcoholismo en la comunidad. Rev Cubana Enfermer 2004; 20(3).
- 11.-Grant BF. Alcohol consumption, alcohol abuse and alcohol dependence. The United States as an example. Ediction 1994; 89 1357-1365.

- 12.-García E, Lima G, Aldana L, Casanova P, Feliciano V. Alcoholismo y sociedad tendencias actuales. Rev Cubana Med Milit 2004; 33(3).
- 13.-Segura L, Gual A, Colom J. Detección y abordaje en la atención primaria de Cataluña. Aten Primara 2006; 37:484-88.
- 14.-Cuba. Programa de prevención y control de alcoholismo y otro fármaco dependencias La Habana: MINSAP: 1997.
- 15.-Morales-García JIC, Fernández-Garate IH Tudon -Garcés H, Escobedo -de la Peña J, Zarate- Aguilar, Madraza-Navarro M. Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes de IMSS. Salud Publica Mex 2002, 44:113-121.
- 16.-Dusek DE, Gioedano DA, Drogas: un estudio basado en hechos. 4ta edición. Mex. SITESA, 1996:74-76.
- 17.-Introducción al alcoholismo disponible en <http://www.monografía.com/trabajos/alcoholismo/alcoholismo.shtml>
- 18.- alcoholismo mal de todas las culturas. Disponible en <http://www.saludhoy.com/index.asp>
- 19.-Montesinos- Balboa JE, Altuzar-González M, Castillejos-Benítez F, Alcoholismo durante el embarazo un problema de salud subestimado. Ginecol-Obstet Méx. 2004; 72:508-814.
- 20.-Valderrain JC, de Vicente Manzanero MP. Unidad de conductas aditivas. Area 16 y 18 Conselleria de Sanitat Generalitat Valencia 2000.
- 21.-Maracèn Disatuar I, Martínez Jiménez A, Aguilar Medina JM, González Rodríguez MR. Pesquisaje de alcoholismo en una área de salud. Rev. Cub. Integr 2001; 17 (1): 62-67.

22.-López-Jiménez JL. Consumo de alcohol en pacientes captados en sala de urgencias;
Salud Pública de México 1998 vol. 40: 487

ANEXO 1

GENERO _____ ESTADO CIVIL _____ EMPLEO _____

EDAD _____ ESCOLARIDAD _____

Por favor marque con una X la respuesta a cada una de las preguntas

ESCALA DE AUDIT (Test de identificación de desordenes por ingesta de alcohol)

	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas?	Nunca	Cada mes o menos	2 a 4 veces al mes	2 o más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas copas toma en un día?	1 a 2	3 a 4	5 a 6	7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más copas en una sola ocasión?	Nunca o casi diario?	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diario o casi diario
4. ¿Cuántas veces en el último año notó que una vez que comenzó a tomar ya no podía parar?	Nunca o casi diario?	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diario o casi diario
5. ¿Cuántas veces en el último año el tomar bebidas alcohólicas interfirió con sus actividades normales?	Nunca o casi diario?	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diario o casi diario
6. ¿Cuántas veces en el último año tuvo que tomar un primer trago por la mañana para poder funcionar después de haber tomado el día anterior?	Nunca o casi diario?	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diario o casi diario
7. ¿Cuántas veces en el último año tuvo remordimiento o sentimientos de culpa después de tomar bebidas alcohólicas?	Nunca o casi diario?	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diario o casi diario
8. ¿Cuántas veces en el último año no ha podido recordar lo que pasó la noche anterior debido a que tomó bebidas alcohólicas?	Nunca o casi diario?	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diario o casi diario
9. Debido a que tomó bebidas alcohólicas, ¿usted o alguien ha resultado lastimado?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, durante el último año
10. ¿Existe algún amigo, pariente o médico que conozca su consumo de bebidas alcohólicas o que le haya sugerido suspenderlo?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, durante el último año

Gracias por su participación.