



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEDE:

H.G.Z. CON MF. NO. 4 ZAMORA DE HIDALGO MICHOACAN.

TITULO DEL TRABAJO:

PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL EN VARONES ADSCRITOS A LA U.M.F.
No. 28 DE SANTA CLARA, MUNICIPIO DE TOCUMBO MICHOACAN Y GRADO
DE SATISFACCION FAMILIAR .

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. GUILLERMO MAGAÑA BENITEZ

ZAMORA MICHOACAN.

2008.



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.

TITULO

PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL EN VARONES ADSCRITOS A LA U.M.F.
No. 28 DE SANTA CLARA, MUNICIPIO DE TOCUMBO MICHOACÁN Y GRADO
DE SATISFACCION FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. GUILLERMO MAGAÑA BENITEZ

AUTORIZACIONES:

DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

ZAMORA, MICHOACAN

2008.

PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL EN VARONES ADSCRITOS A LA U.M.F.
No. 28 DE SANTA CLARA, MUNICIPIO DE TOCUMBO MICHOACÀN Y GRADO
DE SATISFACCION FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. GUILLERMO MAGAÑA BENITEZ

AUTORIZACIONES:

DR. FERNANDO ALDERETE ALONSO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÈDICOS GENERALES DEL IMSS.

DR. JUAN MANUEL AGUIÑIGA RAMIREZ
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS.

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DR. FERNANDO ALDERETE ALONSO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

DR. JUAN MANUEL AGUIÑIGA RAMIREZ
JEFE DE ENSEÑANZA HGZ/MF 04 ZAMORA MICHOACAN

PATRÒN DE CONSUMO DE ALCOHOL EN VARONES ADSCRITOS A LA U.M.F.
No. 28 DE SANTA CLARA, MUNICIPIO DE TOCUMBO MICHOACÀN Y GRADO
DE SATISFACCION FAMILIAR .

ESTE TRABAJO FUE ACEPTADO POR EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN EL
HGZ/MF 04 DEL IMSS, EN ZAMORA MICHOACAN CON EL FOLIO 1601-1407

INDICE

PÁGINA

1.-MARCO DE REFERENCIA	6
2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
3.-JUSTIFICACIÓN	21
4.-OBJETIVOS	23
5-MATERIAL Y METODOS	23
6.- TIPO DE ESTUDIO	23
7.-POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	24
8- TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	24
9.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACION	25
10.- INFORMACION A RECOLECTAR	26
11.- DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES	26
12.- METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION	27
13.- INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	28
14.- PROCEDIMIENTO ESTADISTICO	33
15.- CRONOGRAMA	34
16.- RECURSOS HUMANOS, MATERIALES	35
17.- CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
18.- RESULTADOS	39
19.- DISCUSIÓN	44
20.- CONCLUSIONES	46
21.- ANEXOS	48
22.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54

MARCO TEÓRICO.

De acuerdo con el Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo (NIAAA, por sus siglas en inglés), el consumo de bebidas a niveles moderados generalmente no está asociado con riesgos de salud y puede ayudar a evitar ciertas formas de enfermedades cardíacas. Pero, dice el NIAAA el consumo de bebidas aún en cantidades moderadas, lleva riesgos en ciertas circunstancias y que si se bebe en un nivel más alto que el moderado es posible que se exponga a riesgos de problemas de salud, además se aumentan las posibilidades de problemas en el hogar, trabajo, con los amigos e incluso con desconocidos. Estos problemas pueden incluir discusiones con la pareja y otros miembros de la familia, tensión en la relación con los compañeros de trabajo, ausentismo o llegar tarde al trabajo con más frecuencia y disminución de la productividad.

El consumo de alcohol junto al consumo de otras sustancias, ha aparecido en las distintas encuestas de opinión pública, como una de las mayores preocupaciones sociales. Y es que ha habido un gran cambio a nivel epidemiológico, que conlleva una variación en el patrón de consumo y en la tipología de los consumidores.

Los citados cambios, a nivel general, afectan al tipo de sustancia consumida, correspondiendo los mayores porcentajes al consumo de alcohol. También hay que añadir que los jóvenes comienzan a consumir cada vez a edades más tempranas este tipo de sustancia.¹

Definición.

El alcoholismo es un síndrome consistente en dos fases: problemas de bebida y adicción al alcohol. El problema de bebida estriba en el uso repetido de alcohol, a menudo para aliviar la ansiedad o resolver otros problemas emocionales. La adicción al alcohol es una adicción verdadera similar a la que se produce después del uso repetido de otros sedantes hipnóticos. Los pacientes con abuso al alcohol tienen una incidencia más elevada de trastornos psiquiátricos durante su vida. La adopción y los estudios en gemelos indican cierta influencia genética. La mayor parte de los suicidios y homicidios intrafamiliares incluyen al alcohol, éste constituye un factor importante en violaciones y otras agresiones.²

La consideración del alcoholismo ha evolucionado tan profundamente, desde el concepto moralista victoriano hasta el patológico de nuestros días, que hasta el propio término ha desaparecido de la Clasificación Internacional de Enfermedades, que en su novena revisión lo sustituye por el de síndrome de dependencia alcohólica. La dependencia alcohólica es una condición multifactorial en la que pueden concurrir elementos de diversa naturaleza, factores genéticos, psicológicos, sociales y ambientales que inclinan progresivamente al paciente al consumo de alcohol hasta instalarlo en el abuso, con su correspondiente rémora de comorbilidades médicas y psiquiátricas. Paralelamente, los abordajes para su tratamiento pueden responder a objetivos tan distintos como: prevenir la aparición o progresión de las morbilidades asociadas, prevenir la marginalidad o propiciar la integración familiar, laboral y social del paciente.³

Dado que muchos bebedores ocasionales se embriagan, la patología temporal relacionada con el alcohol es frecuente en las personas no alcohólicas. La época en que más se bebe puede ser la comprendida entre la edad de la adolescencia y los últimos años del tercer decenio de la vida; ésta es así mismo una época de elevado riesgo de presentar transitoriamente

dificultades socio-familiares, laborales o de conducción de vehículos. Éstos son a menudo fenómenos aislados o autolimitados, pero cuando se presentan problemas repetidos en múltiples aspectos de la vida, es probable que la persona reúna criterios de abuso o dependencia de alcohol.

En la detección sistemática de abuso o dependencia de alcohol es importante demostrar problemas de la vida e intentar relacionarlos con el abuso del alcohol.

La información de problemas conyugales, familiares y laborales, dificultades legales, antecedentes de accidentes, problemas médicos, signos de tolerancia, etc., es un componente importante de toda valoración y proporciona datos útiles incluso en el caso de personas no alcohólicas.⁴

Antecedentes históricos.

El consumo de bebidas alcohólicas ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad y suele asociarse a situaciones de convivencia que ocurren en la vida cotidiana de muchas culturas. En México se remonta al período prehispánico, cuando estaba vinculado a actividades religiosas, económicas, sociales y políticas de los pueblos que habitaron nuestro país. Dicen los etnólogos que no existe ningún pueblo que no haya logrado producir bebidas fermentadas conteniendo alcohol. Este proceso de fermentación es probablemente una de las primeras reacciones químicas que el hombre supo realizar. Sin embargo, las bebidas alcohólicas pueden obtenerse por fermentación o por destilación. Las fermentadas son las más antiguas, puesto que hasta la edad media no se conoció la destilación, que proporciona bebidas más fuertes.

Existen reportes escritos del uso de cerveza, vinos y otras bebidas alcohólicas que datan desde 3000 a. antes de Cristo. Pero el proceso de destilación aplicado a las bebidas fermentadas se remonta alrededor del año 800 antes de Cristo. Este proceso ha permitido la preparación de licores altamente potentes que se consumen actualmente. La influencia del alcohol en

la sociedad ha tenido gran peso como factor problemático en la conformación y funcionamiento de la familia, individuo y por ende de la sociedad.

En la actualidad, el consumo de alcohol se ha convertido en un grave problema de salud pública, en México los costos sociales relacionados con el alcoholismo (salud, accidentes, problemas laborales, incapacidades, etc.) alcanzan los 150 millones de pesos anuales, lo cual nos da una idea de la magnitud del problema.

Dicen los etnólogos que no existe ningún pueblo que no haya logrado producir bebidas fermentadas conteniendo alcohol. Este proceso de fermentación es probablemente una de las primeras reacciones químicas que el hombre supo realizar. Sin embargo, las bebidas alcohólicas pueden obtenerse por fermentación o por destilación. Las fermentadas son las más antiguas, puesto que hasta la edad media no se conoció la destilación, que proporciona bebidas más fuertes.

La palabra alcohol se deriva de la palabra alkehal, que significa lo más fino, lo más depurado. Fue hasta el siglo XV que Basilio Valentín le llamó...espíritu de vino, siendo Lowitz en 1796 el que obtuvo el alcohol, tocando en suerte a Saussure conocer su constitución química³. El alcohol de vino, alcohol etílico o etanol, de fórmula C_2H_5OH , es un líquido transparente e incoloro con sabor a quemado y un olor agradable característico, es el que se encuentra en bebidas como la cerveza, el vino, y el brandy. Normalmente el etanol se concentra por destilación de disoluciones diluidas. El de uso comercial contiene un 95% en volumen de etanol y un 5% de agua. Ciertos agentes deshidratantes extraen el agua residual y producen etanol absoluto. El etanol tiene un punto de fusión de $-114.1^{\circ}C$, un punto de ebullición de $78.5^{\circ}C$ y una densidad relativa de 0.789 a $20^{\circ}C$. Desde la antigüedad, el etanol se ha obtenido por fermentación de azúcares, la enzima de la fermentación representada por la ecuación $C_6H_{12}O_6 \rightarrow 2C_2H_5OH + 2CO_2$ es realmente compleja, ya que los cultivos impuros de levaduras producen una amplia gama de otras sustancias, como el aceite de fusel, la glicerina y diversos ácidos orgánicos⁵.

Existen muchas formas de definir, ya sea el alcoholismo como a la persona dependiente del alcohol, pero de todos es bien conocido que se considera que una persona es alcohólica cuando pierde la libertad de abstenerse de consumir alcohol.

El diccionario Akal de Psicología define el alcoholismo como la ingesta crónica de alcohol que daña numerosos órganos (cirrosis hepática, artritis, pancreatitis, etc.) y en particular al sistema nervioso (neuropatías, síndrome amnésico de Korsakoff, encefalopatías, estados demenciales ⁶.

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal, es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. Se presenta en cualquier nivel socioeconómico, afecta más a los varones adultos, pero está aumentando su incidencia entre las mujeres y los jóvenes. El consumo y los problemas derivados del alcohol están aumentando en todo Occidente desde 1980, incluyendo Estados Unidos, la Unión Europea y los antiguos países del Este, así como los países en vías de desarrollo. El alcohol es la droga que más se consume y de la que más se abusa⁷.

Epidemiología.

Consumo de alcohol absoluto per cápita en litros en México / 1970 / 2.0l, 1975/2.27, 1980/ 2.59, 1985/ 2.6, 1990/ 3.0. ⁸

En México se han hecho varias Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA), en 1990 la prevalencia de consumo nacional de alcohol en la cual 73.4% de los hombres y 36.5% de las mujeres consumían bebidas alcohólicas⁷ En 1993 se informó de una prevalencia global de 66.5%; en hombres 77.2% y mujeres de 57.5%.⁹

Para 1998 la prevalencia de consumo de alcohol fue de 58.1% (77.0% en hombres y 44.6% en mujeres).¹⁰

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2002, señala que 41.7% de la población de 12 a 29 años es bebedora actual (consumió alcohol al menos una vez el año anterior a la entrevista). Entre las personas de 12 a 17 años, el

porcentaje de bebedores actuales es de 25.8%, desagregándose en 30.7% para los hombres y 20.9% para las mujeres; los porcentajes correspondientes al grupo de 18 a 29 años son de 52.5%, con 68.5% de los varones y 40.4% de las mujeres. La prevalencia Nacional es del 16.9% de los cuales el 26.4% es en varones; en la Región Centro la prevalencia es de 27.6%, en la Región Sur del 16.2% y en la Región Norte 28.4%.¹¹

En la Unida de Medicina Familiar N° 28 de Santa Clara Municipio de Tocuambo Michoacán de acuerdo con las estadísticas reportadas por Sistema de Información Médico Operativo (SIMO) de la unidad médica, (UMF 28 IMSS), encontramos un total de 335 diagnósticos relacionados con etilismo en el periodo comprendido entre enero 2006 a enero 2007, como gastritis post-alcohólica, cirrosis hepática alcoholo nutricional, síndromes de abstinencia alcohólica e intoxicación etílica.¹²

El alcoholismo trasciende a todas las esferas de la vida, afecta su calidad y deteriora las funciones del individuo, lo cual corrobora la necesidad de las intervenciones integrales que involucren a la familia y a la comunidad.¹³

En México, más de 32 millones de personas entre los 12 y 65 años de edad consumen bebidas alcohólicas. 19.1 millones son hombres y 13.3 son mujeres.

En México, de acuerdo con datos del gobierno federal (Secretaría de Salud y Consejo Nacional Contra las Adicciones), prácticamente ocho de cada diez hombres (79%) y cinco de cada diez mujeres (53%) han consumido alcohol alguna vez en su vida. En el país hay más de 32 millones de personas entre 12 y 65 años de edad que son bebedores. Son 19.1 millones de hombres y 13.3 millones de mujeres.

Pero el problema no es ése, es éste: tres de cada diez hombres (31%) y 6% de las mujeres beben cantidades excesivas (mínimo cinco copas en cada ocasión). Son más de 14 millones de personas (14.2 millones) que beben alcohol "bajo patrones que ponen en riesgo su salud y la de terceros". De esa cifra, más de tres millones de mexicanos beben excesivamente al menos una vez por semana.¹⁴

Y lo más grave: otros 3.3 millones de mexicanos presentan "dependencia severa" del alcohol. Del total de adictos, más de millón y medio requieren no sólo "tratamiento ambulatorio" (por ejemplo, juntas de Alcohólicos Anónimos), sino "tratamiento residencial" (internamientos en clínicas para desintoxicación y rehabilitación), ya que su adicción de "alto grado" les provoca una enorme "disfunción social". Atenderlos representaría para el Estado mexicano (sólo tres de cada diez personas alcohólicas recibe tratamiento externo o interno) un costo de mil 200 millones de pesos anuales. Es decir, cien millones de pesos mensuales, 3.2 millones de pesos al día.

La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gr. en la mujer y 70 gr. en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gr. de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gr. y un cuarto de litro de cerveza 15 gr.).¹⁴

Concentración de alcohol en bebidas:

Cerveza	6 G de alcohol c/325 ml.
Vino blanco	8 G de alcohol por onza.
Pulque	8 G de alcohol por onza.
Sidra	6 G de alcohol por onza
Champagne	7 G de alcohol por onza
Brandy	38 G de alcohol por onza.
Cognac	40 G de alcohol por onza.
Whisky	44 G de alcohol por onza.
Tequila	50 G de alcohol por onza
Mezcal	60 G de alcohol por onza.
Martini	85 G de alcohol por onza ¹⁴

Cambios inducidos por el alcohol.

El alcohol entra al torrente sanguíneo desde el estómago, en donde se absorbe una cantidad pequeña, y en el intestino delgado desde donde se absorbe la mayor cantidad, la sangre transporta el alcohol a todo el cuerpo; en el hígado el alcohol, es metabolizado mediante el proceso de oxidación, es decir se fusiona con el oxígeno y se descompone de modo que sus elementos básicos abandonan el cuerpo en forma de bióxido de carbono, agua y energía, a razón de media onza de alcohol por hora. En el cerebro el proceso de razonamiento se disminuye conforme el alcohol afecta a las neuronas, entre más alta sea la concentración del alcohol, mayor será el número de neuronas afectadas; los efectos duran hasta que todo el alcohol ha sido procesado. En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y de otras sensaciones deseables; después de una exposición prolongada al alcohol, el cerebro se adapta a los cambios que produce y se vuelve dependiente de él. Para las personas con alcoholismo, beber se convierte en el medio primario mediante el cual pueden tratar con personas, el trabajo y sus vidas. El alcohol domina sus pensamientos, emociones y acciones. La gravedad de esta enfermedad es influida por factores como la genética, la psicología, la cultura y el dolor físico. Una vez absorbido y metabolizado el alcohol, los efectos según la cantidad, pasan por seis etapas según la descripción de Bogen:

-Primera Etapa: 1 mg de alcohol / ml. de sangre; la persona se siente eufórica, alegre, con fuerza física aumentada, pulso rápido, capaz de afrontar peligros, con la piel caliente.

-Segunda Etapa: Estimulación; 1-2 mg de alcohol / ml de sangre. En esta etapa la persona empieza a discutir, se comporta violenta, llora, recuerda sus fracasos y traiciones.

-Tercera Etapa: Confusión; 2-3 mg de alcohol / ml de sangre. Presenta pérdida de control de las ideas, del sentido moral, con amnesia, marcha zigzagueante, diplopía y tinnitus.

-Cuarta Etapa: 3-4 mg de alcohol / ml de sangre. Presenta desorientación completa, lenguaje incoherente, la marcha es casi imposible, la escritura muy difícil de realizar, el pulso y frecuencia respiratoria están aumentados.

-Quinta Etapa: Coma; 4-5 mg de alcohol por ml de sangre. Comatosa, con respiración difícil, los pacientes están arrítmicos, presentan cianosis de la cara y extremidades, los reflejos están abolidos.

-Sexta Etapa: Muerte; 6 mg de alcohol por ml. de sangre o más. Aumenta la frecuencia de muerte por estar en lugares fríos, en los cuáles mueren por congestión o edema pulmonar ¹⁵

Clasificación de tipos de alcohólicos, según la cantidad de alcohol que consumen:

1.-Abstemios- a) los bebedores que no responden, quienes o bien no disfrutan o muestran un desagrado activo al gusto y a los efectos del alcohol y en consecuencia, no tienen interés en repetir la experiencia – b) no bebedores preocupados, que no solamente se abstienen si no que buscan el persuadir o coaccionar a otros que comparten su abstinencia.

2.-Bebedores sociales- beben con sus amigos; el alcohol es parte de su proceso de socialización, pero no es esencial, y no toleran una embriaguez alteradora. Esta embriaguez es rara, puede ocurrir sólo durante una actividad de grupo, tal como una fiesta, el día de año viejo, etc. Momentos en que se permite bebida en exceso.

3.-Alcohólicos sociales- se intoxican con frecuencia, pero mantienen ciertos controles de su conducta. Prevén las ocasiones que requieren, de modo rutinario, tomar “un par de copas” antes de ir a casa. Son personas que les gusta ir siempre a los mismos lugares de bebida con gran tolerancia al alcohol. Un alcohólico social encontrará tiempo para una copa por lo menos, antes de la cena. Su bebida no suele interferir en su matrimonio ni gravemente en el trabajo mientras mantenga esta situación.

4.-Alcohólicos- se identifica por su gran dependencia o adicción hacia el alcohol y una forma acumulativa de conductas asociadas con la bebida. El término alcoholismo se aplica al desajuste social que se presenta en las vidas de los individuos adictos y de sus familias.¹⁵

El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores biológicos, culturales, psicológicos y genéticos (un gen que afecta la función de una estructura de nervio-célula conocida como receptor de dopamina D2 “DRD2”, aunque aún se encuentra en estudio). Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.⁵

Principales Causas Del Consumo De Alcohol:

Para sentirse bien y divertirse

Para descansar y olvidar el estrés

Para “escapar”

Porque les gusta el sabor de las bebidas alcohólicas

Para estar más a gusto en reuniones

Para ser parte del grupo

Para emborracharse.

A estos también podemos agregar las costumbres familiares y la publicidad exagerada e insinuante.⁵

La familia y el alcoholismo.

La percepción por parte del paciente de una mala función familiar, con algunos miembros familiares poco sensibles a sus necesidades es un factor de riesgo para el consumo de alcohol. Existen, además, relaciones bidireccionales y triangulares entre función familiar, apoyo social y salud mental, por lo que podemos pensar que el alcohol serviría al paciente para intentar mejorar sus relaciones sociales entre los miembros de la familia, pero a costa de un incremento del malestar psíquico, dado que es un mal mecanismo de adaptación. De la misma forma, es posible que el hábito etílico del paciente, condiciones un empobrecimiento de las funciones básicas de la familia.

La disfunción familiar se genera cuando las relaciones intrafamiliares son afectadas por una comunicación incoherente, confusa e indirecta, debido a que el sistema familiar se enferma progresivamente; esta disfunción se convierte en el estilo de vida familiar y produce en muchos casos, el aislamiento de la familia de los contactos sociales cotidianos.¹⁶

Las reglas familiares se tornan confusas, rígidas e injustas para sus miembros y se distorsionan sus roles conforme avanza la enfermedad. En una familia disfuncional los niños van formando un carácter codependiente, que puede facilitar el desarrollo de adicciones o de relaciones enfermas en el futuro. Cuando uno o más miembros de una familia son adictos activos, esta familia se afecta de manera contundente en su funcionamiento. La dinámica de las relaciones, la comunicación y la conducta de sus miembros, cambian y se hacen disfuncionales como resultado del proceso adictivo. Estos cambios pasan a formar parte de la dinámica de la adicción, produciendo codependencia.

La codependencia es la práctica de patrones disfuncionales de relación, de manera compulsiva y a pesar del daño resultante que buscan controlar al enfermo. Es pues un desorden aprendido en respuesta al proceso adictivo, pero puede transmitirse de manera transgeneracional si no es tratado adecuadamente.

Una familia funcional es aquella capaz de adaptarse a los cambios necesarios a lo largo del proceso vital: crecimiento y envejecimiento; incorporación y pérdida de miembros de la familia; oscilaciones en el estado de salud; el estrés ambiental; circunstancias todas ellas que ponen a prueba habitualmente la funcionalidad familiar. Y una familia disfuncional será aquella incapaz de responder a las necesidades de sus miembros y de afrontar con éxito los cambios y tensiones de su entorno¹⁶.

La disfunción familiar representa un grave riesgo para que los niños y jóvenes se inicien en el mundo de las adicciones. La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso Salud-Enfermedad.¹⁷ Las funciones económicas, biológicas, educativas y de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales que desempeña el grupo familiar son de marcada importancia; ya que a través de ellas se desarrollan valores, creencias, conocimientos, criterios, juicios, que determinan la salud de los individuos y del colectivo de sus integrantes. También la enfermedad de uno de sus miembros afecta la dinámica de este grupo familiar.¹⁸

La presencia de un alcohólico en la familia se torna como un factor generador de estrés, por lo que es considerado como un signo de alarma para esa familia y en su caso estas familias son repercutidas con el empobrecimiento de sus funciones. Cuando existen signos de alarma en una familia es mayor la posibilidad de que se presente disfunción en ella, de manera que, tanto la disfunción familiar, como los signos de alarma, deben ser abordados como una relación de causa-efecto, o mas significativamente como una relación causa efecto, en un sistema comunicacional orientado por el lenguaje¹⁹.

A menudo, las primeras indicaciones del alcoholismo son las respuestas físicas desagradables a la supresión que ocurren durante los períodos aunque breves de abstinencia. Aún con síntomas de supresión, sin embargo, las personas con alcoholismo casi siempre niegan el problema, dejando que

colegas, amigos, o familiares reconozcan los síntomas y tomen las primeras medidas hacia un tratamiento¹⁹.

El alcoholismo puede desarrollarse insidiosamente; a menudo no hay línea clara entre el beber problemático y el alcoholismo. A veces las personas experimentan depresión de largo plazo o ansiedad, insomnio, dolor crónico o estrés personal o de trabajo que conducen al uso del alcohol para el alivio, pero a menudo ningún suceso extraordinario ha ocurrido que podría explicar el problema del beber alcohol. Las personas que son alcohólicas tienen poco o ningún control de la cantidad que beben o de la duración o la frecuencia de su beber alcohol. Están ocupados con beber, niegan su propia adicción y siguen bebiendo aunque estén conscientes de los peligros. Con el transcurso del tiempo, algunas personas se vuelven tolerantes a los efectos del beber y requieren más para intoxicarse, creando la ilusión de que pueden "sostener su licor". Tienen lapsos de pérdida de memoria (black-outs) después de malestares frecuentes al otro día (crudas) que causan que pierdan el día de trabajo. Pueden beber solos y también comenzar a principios del día. Periódicamente dejan de beber o cambian de un licor duro a la cerveza o al vino, pero rara la vez duran estos períodos. Los alcohólicos severos a menudo tienen una historia de accidentes, de inestabilidad matrimonial y en el trabajo y problemas de salud relacionados con el alcohol. Los incidentes episódicos violentos y abusivos contra los cónyuges y los niños y una historia de accidentes no explicados o frecuentes son a menudo signos del abuso de drogas o del alcohol.²⁰

Los miembros de la familia no siempre pueden depender de un médico para hacer un diagnóstico inicial, aunque los signos del alcoholismo se vean durante una exploración física. Aunque 15% a 30% de pacientes que se hospitalizan sufren del alcoholismo o de la dependencia del alcohol, los médicos a menudo fracasan en examinar el problema. Los médicos quizás no reconozcan los síntomas o quizás no quieran confrontar a los pacientes. Es particularmente difícil diagnosticar el alcoholismo en los ancianos, donde los síntomas de la confusión, la pérdida de memoria, o el caerse pueden atribuirse

al proceso de envejecimiento. Aunque se identifique el alcoholismo, los pacientes a menudo no reciben tratamiento para la adicción.²¹

Frecuentemente se asocia a la dependencia alcohólica, como generador de disfunción familiar. Situación que no está lejos de la realidad, sin embargo, también es bien sabido, que las disfunciones familiares, tomadas como la falta o incumplimiento cabal de las funciones familiares básicas, son generadoras de las condiciones que acercan a los miembros de la familia a tener contacto con el alcohol y otras drogas, por lo que podemos mencionar que las disfunciones familiares son también causa de la dependencia de alcohol.¹⁸

Se considera importante, determinar primeramente la relación existente entre alcoholismo y el grado de satisfacción familiar, para determinar su coexistencia y posteriormente realizar el estudio que determine que tipo de relación predomina en este problema, a fin de implementar las acciones que ayuden en un momento dado a reducir la incidencia de dependencia alcohólica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DEL PROBLEMA:

La enfermedad de la adicción por alcohol es una conducta destructiva compulsiva que es notable por su uso continuo a pesar de sus consecuencias adversas. El abuso de alcohol es un patrón de beber en exceso por lo menos durante doce meses, asociado con problemas biológicos, psicológicos y/o sociales. La dependencia del alcohol es un patrón de abuso y una preocupación con la bebida, pérdida de control, beber a pesar de saber sus efectos adversos e intentos previos infructuosos para dejar el hábito. El alcoholismo es dos veces más prevalente en los hombres que en las mujeres, con una prevalencia de 20% en los hombres y de 8% en las mujeres.²²

El alcoholismo es uno de los fenómenos con mayor repercusión en la salud de las personas que lo consumen, con las consecuencias posteriores en la salud personal y familiar. Las familias difieren mucho en la manera en que se organizan. Por tanto es importante destacar que cuando una familia acude buscando ayuda sólo lo hace por que hay alguna situación que le desborda. Sólo cuando la habilidad de ésta para afrontar tales situaciones ha llegado al límite, las necesidades de sus miembros están constantemente insatisfechas, es decir, las relaciones y las interacciones no cumplen con las expectativas del paciente y el funcionamiento de la familia se rompe. Por tanto, el grado de funcionalidad de una familia estará dado por su capacidad para mantener un equilibrio entre la tendencia al cambio y la tendencia a la homeostasis. Hecho que debido a la situación cultural, social y económico de ésta región motivan que se presente con relativa frecuencia y aunque es de todos conocido que genera repercusión en la dinámica familiar no se ha establecido la magnitud de ésta en el seno de las familias en esta región, ante una situación como esta que ponen a prueba habitualmente la funcionalidad familiar por lo que se genera la siguiente pregunta:

¿Qué grado de satisfacción familiar presentan los pacientes bebedores de alcohol en relación al patrón de consumo étílico?

JUSTIFICACION:

El alcoholismo es uno de los problemas sociales con mayor arraigo en la población de Santa Clara Michoacán, y aunque no tenemos estadísticas confiables en los centros especializados de la localidad, la incidencia es importante, dada la cantidad de personas con hábito etílico y la demanda de atención médica en la unidad de Medicina Familiar N° 28 de Santa Clara Michoacán, relacionadas con el consumo de alcohol lo que ha condicionado un aumento en la morbilidad relacionada con su consumo, así mismo se ha notado presencia de deterioro en la funcionalidad familiar de aquellas familias que conviven con un paciente alcohólico, por lo que considero importante estudiar la relación existente entre alcoholismo y grado de disfunción familiar.

La presencia de dependencia alcohólica en la comunidad, es manifiesta, dada la cantidad de negocios con venta de bebidas alcohólicas y la demanda de consulta por problemas relacionados con su consumo.

Algunos de los sucesos más importantes en relación al consumo de alcohol, se encuentran ausentismo laboral y problemas relacionados con este, como la pérdida de la capacidad económica, relación de alcoholismo con la violencia familiar y relación del alcoholismo con prácticas delictivas.²⁰

Se considera que el alcoholismo, es un problema de difícil resolución, dada su cronicidad y la necesidad de la voluntad del paciente para ser atendido, situación que difícilmente se da en la mayoría de los casos. Sin embargo el diagnosticar la relación existente entre satisfacción familiar y patrón de consumo, podrá en un momento dado apuntalar las acciones encaminadas de disminuir su incidencia, mediante la educación para la salud, la formación de grupos de apoyo; así mismo a enseñarnos la manera más adecuada en que una familia pueda convivir ante la presencia de un alcohólico en casa, rescatando de este modo la funcionalidad de la misma.

Se cuenta con los recursos y organización suficiente para realizar este estudio, así como con la cantidad de sujetos suficientes para su ejecución.

Se considera viable, ya que se cuenta con tiempo y oportunidad para su realización, tenemos disponibilidad de sujetos, así como con la colaboración de terceros para la aplicación de las encuestas.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar el grado de satisfacción familiar y su relación con el patrón de consumo de alcohol en varones adscritos a la U.M.F. 28 de Santa Clara Municipio de Tocumbo Michoacán

Objetivos específicos:

- Identificar el patrón de consumo de alcohol de los pacientes.
- Identificar la percepción que tiene el paciente de su familia, expresada como satisfacción familiar.

MATERIAL Y METODOS:

Tipo de estudio.

Se llevó a cabo un estudio

Observacional

Descriptivo,

Transversal,

Retrospectivo.

Población, lugar y tiempo:

Pacientes masculinos de entre 15 y 65 años de edad con antecedente de consumo de alcohol, adscritos a la Unidad de medicina Familia No. 28 de Santa Clara, Municipio de Tocumbo Michoacán.

El estudio se llevó a cabo del primero de Marzo al 30 de Junio del 2006.

MUESTRA:

No probabilística no probabilística por conveniencia.

Tamaño de la muestra: 302.

Periodo de recolección:

Del 1º de Marzo al 30 de Junio del 2006

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios De Inclusión:

- Pacientes adscritos a la UMF 28 de Santa Clara Municipio de Tocumbo.
- Pacientes que habiten en la comunidad.
- Pacientes del sexo masculino.
- Pacientes de 15 a 65 años de edad.
- Pacientes con hábito etílico activo. (Que no se encuentren en manejo por grupos de autoayuda como AA, y en periodo de abstinencia)
- Pacientes que acepten previo consentimiento informado, participar en el estudio.

Criterios De Exclusión:

- Pacientes no adscritos a la UMF 28 de Santa Clara Municipio de Tocumbo.
- Pacientes que no habiten en la comunidad.
- Pacientes menores de 15 años y mayores de 65 años de edad que no admitan haber consumido alcohol cuando menos una vez al año anterior al estudio.
- Pacientes que no acepten previo consentimiento informado, participar en el estudio.
- Pacientes con antecedente etílico que no tengan etilismo activo.(que se encuentren en tratamiento en grupos de autoayuda como AA y en periodo de abstinencia por el manejo).
- Pacientes de sexo femenino.

Criterios De Eliminación:

- Pacientes que a pesar de haber cumplido los criterios de inclusión, no contesten en forma completa el test de APGAR familiar y/o AUDIT.

INFORMACION A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR.

Después de recolectar datos particulares de los pacientes, incluyendo, nombre, edad, y sexo, se llevó a cabo un test de tamizaje de los problemas de alcohol, (AUDIT) en la que se obtuvieron datos en relación al patrón de consumo, clasificando estos patrones, en consumo seguro, consumo riesgoso y dañino. Dichos reportes se registraron en documento Excel.

Así mismo se aplicó el Test APGAR familiar, para evaluar el tipo de satisfacción que paciente tiene de su familia, y que se expresa como Funcionamiento familiar adecuado, disfunción familiar leve y disfunción familiar severa, a fin de determinar, el tipo de relación existente entre ambas variables.

Datos también registrados en sábana Excel para banco de datos.

Definición conceptual de variables:

Patrón de consumo de alcohol:

En el estudio se tomó como consumo de alcohol, al antecedente de cuando menos una vez, haber ingerido alcohol, en el año anterior a la aplicación del estudio, que se clasificó como consumo seguro, consumo riesgoso y dañino, de acuerdo a la test AUDIT. (Anexo 1).

Satisfacción familiar:

Se tomó como satisfacción familiar, a la visión que tenía el paciente de su familia, expresado como satisfacción, en los parámetros básicos de la función familiar, que se clasificó como buena función familiar, disfunción moderada y disfunción severa, de acuerdo al test APGAR familiar. (Anexo 2).

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

NOMBRE	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	TIPO.	ESCALA	INDICADORES..
Variable Dependiente. Patrón de consumo de alcohol	De acuerdo al patrón de consumo, puede ser este seguro, riesgoso o dañino	Cualitativa	ordinal	1.Seguro= 0-9 puntos 2.Riesgoso= 10-18 puntos 3.Dañino= >19 puntos
Variable independiente				
Satisfacción familiar	Se evalúa como buena función familiar, disfunción moderada y disfunción severa.	Cualitativa	Ordinal	APGAR 1.Buena función familiar= 7-10 puntos. 2.Disfunción moderada= 4-6 puntos 3.Disfunción severa= 0-5 puntos

NOMBRE	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	TIPO.	ESCALA	INDICADORES..
Demográficas Edad	Edad: tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento del paciente a la fecha en que se aplica el estudio	Cuantitativa	Ordinal	
sexo	Diferenciación entre hombre Y mujer	Cualitativa	Nominal	1.-Hombre 2.-Mujer

Instrumentos De Recolección De Datos.

Se realizó un cuestionario a los pacientes que acudieron a la consulta de externa a la Unidad de Medicina Familiar No 28 de Santa Clara Municipio de Tocumbo Michoacán, para determinar si reunían los criterios de inclusión, una vez detectados los pacientes, se les invitó a participar en el estudio, previo consentimiento informado de manera personal si eran adultos y a sus padres en caso de que fueran menores de edad, entre el 1º de marzo de 2007 y el 30 de junio de 2007.

Una vez firmado consentimiento, se les aplicó test AUDIT, (Anexo 1) para determinar tipo de patrón de consumo alcohólico, y posteriormente se les aplicó test de APGAR Familiar a fin de determinar grado de satisfacción familiar, una vez establecidos ambos diagnósticos, se analizaron resultados.

Instrumento de evaluación de patrón de consumo de alcohol.

AUDIT

En 1982 la 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 el consumo entrañe riesgos o daños a la salud, o bien dependencia.

El AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) está basado en un proyecto de la OMS de colaboración entre seis países (Australia, Bulgaria, Kenya, México, Noruega y USA) que fue posteriormente estandarizado por Saunders y cols. Este mismo autor desarrolló en 1987 el núcleo de este cuestionario y unos años más tarde un estudio íntimamente relacionado, sobre las consecuencias del consumo de alcohol en atención primaria. En la autoría del cuestionario también tuvo un papel muy importante Babor²³.

El AUDIT consta de 10 preguntas seleccionadas con base en su reproducibilidad y correlación con el consumo de alcohol. El AUDIT es un

cuestionario frecuentemente utilizado y aplicado por su capacidad para medir el consumo del problema de alcohol, dada su alta sensibilidad (92%) y especificidad (94%)¹⁵. Las 3 primeras preguntas se relacionan con la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, las 3 siguientes evalúan la dependencia y las 4 últimas se refieren a problemas causados por el alcohol.

Cada pregunta tiene de 3-5 opciones que discriminan en forma categórica la frecuencia y cantidad consumo. A cada opción se le da un valor numérico partiendo de cero en el nivel inferior y en orden progresivo hasta 2 ó 4 puntos (dependiendo del número de opciones). La sumatoria de los puntos aportados con cada pregunta da como resultado el índice de la escala de AUDIT, con un máximo posible de 39 puntos. Con el fin de caracterizar el consumo de alcohol que constituye un problema para la salud, la OMS sugirió inicialmente un punto de corte de 11 puntos (18), el cuál se cambió más tarde a 8 puntos de la escala de AUDIT. Este último punto de corte es más sensible (95%) que el anterior, aunque menos específico (88%), pero está más acorde con la reducción en los límites de consumo de alcohol (17). Se considera consumo seguro de alcohol o “normal”, cuando el puntaje en el AUDIT es menor de 9 puntos. A su vez se establecieron dos puntos de corte adicionales dentro del consumo “problema” de alcohol, considerando una calificación entre 9 y 18 como consumo “riesgoso” y cuando la calificación fue mayor a 18 puntos se consideró como consumo “dañino”. De acuerdo con esos criterios, el consumo “riesgoso” está relacionado con un mayor riesgo de daño físico o psicológico secundario al consumo de alcohol, mientras que el concepto de “dañino” se refiere más a la presencia de complicaciones físicas o psicológicas relacionadas con su ingesta.²⁴

Fiabilidad:

La alfa de Cronbach es de 0,8²²

Validez:

Posee buen índice de correlación con el MAST ($r = 0,88$) y con determinaciones analíticas, como la GGT ($r = a 0,31$ en varones y $0,46$ en mujeres).

Siguiendo los criterios de la OMS sobre problemas relacionados con el consumo de alcohol, si se establece un punto de corte 11 la sensibilidad es de 0,84 y la especificidad de 0,71. Si el punto de corte se sitúa en 13 la sensibilidad es de 0,7 y la especificidad de 0,78.²³

APGAR FAMILIAR:

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias a riesgo. Esto depende de si la familia es disfuncional o, por el contrario, es funcional, y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social.

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar.

Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar:

- 1) Adaptación
- 2) Participación
- 3) Ganancia o crecimiento
- 4) Afecto
- 5) Recursos

Para el instrumento inicial se propusieron 3 posibles respuestas (2, 1, 0) en cada parámetro; al sumar los 5 parámetros, el registro oscilaba entre 0 y 10 puntos, que indican baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia.

El Dr. Gabriel Smilkstein diseña el APGAR Familiar como herramienta para la valoración funcional de la familia, según lo expresado por Smilkstein, en comunicación personal, al estar enfrentado en la práctica diaria con familias,, él detectó, la necesidad de evaluar aspectos, que no estaban relacionados y no eran evaluados en la historia clínica tradicional, puesto que ejercían una influencia positiva o negativa en el curso de la situación de salud o enfermedad que presentaba persona en la consulta. (Arias y Thier 1994).²⁵

Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar. El APGAR familiar puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Y en determinados momentos también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer "in situ" las opiniones de todos los integrantes del sistema familiar.²⁶

Fiabilidad:

En la validación castellana la fiabilidad test-retest es superior a 0.75 Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84)².

Validez:: En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar).²⁷

1.- Se solicitó autorización a los encargados de la unidad médica para la realización del estudio.

2.- Una vez autorizado, se seleccionaron a los pacientes de acuerdo al tamaño de la muestra, de manera aleatoria, de aquellos que acudieron a la consulta externa de medicina familiar.

3.-Se identificó a las pacientes que reunieron los criterios de inclusión y se les solicitaron los generales y su participación en el estudio, previo consentimiento informado (anexo 3).

4.-Se elaboró un banco de datos en una hoja Excel (Anexo 4) que contiene:

-Iniciales del nombre del paciente.

-Número de afiliación.

-Agregado.

-Número de consultorio y turno.

-Edad en años cumplidos.

-Calificación Apgar Familiar.

-Patrón de Consumo de Alcohol.

5. A aquellos pacientes que aceptaron su participación se les aplicó test de tamizaje AUDIT para diagnóstico de patrón de consumo étílico. Hasta completar el tamaño de la muestra.

6.- Se realizó diagnóstico de consumo seguro, consumo riesgoso y consumo dañino de hábito étílico.

7.- Se codificará con el número 1 al consumo seguro; con el número 2 al consumo riesgoso y con el número 3 al consumo dañino.

8.- A todos los pacientes se les aplicó test APGAR familiar para calificar la satisfacción familiar del paciente, calificada como función familiar adecuada, disfunción moderada y disfunción severa.

9.-Se codificó con el N° 1 a los pacientes que reportan función adecuada, con el N° 2 a los que reportaron disfunción moderada y con el N° 3 aquellos que reportaron disfunción severa.

10.- se analizan los resultados, se grafican y se trataron estadísticamente para reporte final.

Procedimientos estadísticos:

Se elaboró un banco de datos en hoja Excel que contiene iniciales del paciente, No. de afiliación, No. de consultorio, edad, evaluación y calificación de APGAR familiar y Audit. Se utilizó estadística descriptiva en términos de razones con determinación de frecuencias con su respectivo porcentaje. Se presenta tabla de contingencia con su respectiva gráfica.

CRONOGRAMA:

1 JULIO 05	30 OCTUBRE 05	REVISION LITERATURA
1 NOVIEMBRE 05	28 FEBRERO 06	ELABORACION PROTOCOLO
1MARZO 06	30 JUNIO 06	RECOLECCION DE DATOS
1 JULIO 06	31 OCTUBRE 06	ANALISIS DE DATOS
1 NOVIEMBRE 06	28 FEBRERO 07	REVISION GENERAL
1 JULIO 07	30 SEPTIEMBRE 07	ANALISIS ESTADISTICO Y CONCLUSIONES
8 OCTUBRE 07		ENVIO DE INFORME FINAL FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

RECURSOS.

Humanos:

El propio investigador.

Médico Pasante del Servicio Social.

Materiales:

Físicos:

Hojas de papel bond

Lápices

Tablas de apoyo

Gomas borradores

Equipo de cómputo e impresión

Financiamiento del estudio:

El estudio se llevó cabo con los recursos del propio investigador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se informó oportunamente al paciente o a sus familiares sobre el estudio de investigación y sus expectativas, así mismo, se les solicitó participar en el mismo, previo consentimiento informado (Anexo 3), y se garantizó la confidencialidad de los datos expuestos en los instrumentos evaluatorios.

Previa realización del protocolo de investigación:

Se solicitó la aprobación de la comisión ética y de investigación del Hospital General de Zona C/MF 04 de Zamora del Instituto Mexicano del Seguro Social en Michoacán.

Posteriormente se realizó el estudio previa autorización de los directivos de la UMF 28 de Santa Clara Municipio de Tocumbo Michoacán en el IMSS.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (1984) con última reforma publicada 12/01/2006, el presente estudio se apego a lo que establece el:

TITULO PRIMERO, Artículo 2º, apartado VI: El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud. Ya que se investiga el patrón de consumo de alcohol y de su relación con la disfunción familiar en pacientes de la unidad referida.

Se apega a lo que establece el TITULO CUARTO, CAPITULO III Artículo 90, apartado IV. Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas. Porque el estudio se realiza con la participación voluntaria del personal para medico de la Unidad de Medicina Familiar 28 de Santa Clara Municipio de Tocumbo Michoacán.

Se apega a lo que establece el: TITULO QUINTO CAPITULO UNICO

ARTÍCULO 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

ARTÍCULO 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I.- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

IV.- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V.- Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

El presente estudio se apega al Código de Helsinki (1964) la investigación científica biomédica en humanos es necesaria, pero solamente aceptable cuando llene los requisitos señalados por este código: apartado 2: Consentimiento informado del sujeto

PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACION MÉDICA:

10.- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

19.- Investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

20.- Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

21.- Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

25.- Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

RESULTADOS:

Se encuestaron un total de 302 pacientes del grupo de entre 15 y 65 años de edad que reunieron los criterios de inclusión encontrándose los siguientes resultados:

Se entrevistaron a 15 sujetos entre 15 y 19 años de edad correspondiente al 4.96% de la muestra; 26 sujetos entre 20 y 24 años de edad representando al 8.6 % de la muestra, 24 sujetos del grupo entre 25 y 29 años, correspondiente al 7.94%; 38 pacientes el grupo entre 30 y 34 años de edad, con un 12.58% de la muestra, el grueso de la población entrevistada correspondió a los grupos etéreos entre 35 a 65 años, con un total de 199 sujetos, correspondiente al 65.89%.

El patrón de consumo de alcohol, se distribuyó de la siguiente manera: consumo seguro de alcohol, de acuerdo a la escala AUDIT, se encontró un total de 61 pacientes lo que corresponde a un 20.1% de la muestra; Consumo riesgoso en un total de 104 pacientes correspondiente a 34.43% de la muestra y consumo dañino en 137 pacientes que corresponde al 45.36% de la muestra que sumado al grupo de consumo riesgoso nos da un total de 241 pacientes 79.80 % de la muestra, lo que habla del problema importante de salud que representa el consumo alcohólico.

La relación entre patrón de consumo alcohólico y tipo de disfunción familiar, se encontró de la siguiente manera:

De los 302 pacientes entrevistados, 61 (20.1%), reportaron un consumo seguro de alcohol y de estos 61, reportan una satisfacción adecuada de su familia (normo función) y solamente 8 casos (2.64%) con disfunción leve y 3 (0.99%) con una disfunción severa.

104 pacientes (34.43%) reportaron un consumo riesgoso de alcohol y de estos 69 (22.84%) pacientes reportan una satisfacción adecuada con su familia (normo función familiar), 30 (9.93%) con disfunción leve y 5 (1.65%) con disfunción severa.

137 (45.36%) pacientes indicaron un consumo dañino de alcohol, de estos 41 (13.57%) reportan normo función familiar, 68 (22.51%) reportan disfunción leve y 28 (9.27%) con disfunción severa. (Tabla N° 1) (Fig. N° 1).

Tabla 1 Relación entre patrón de consumo de alcohol y tipo de satisfacción familiar.

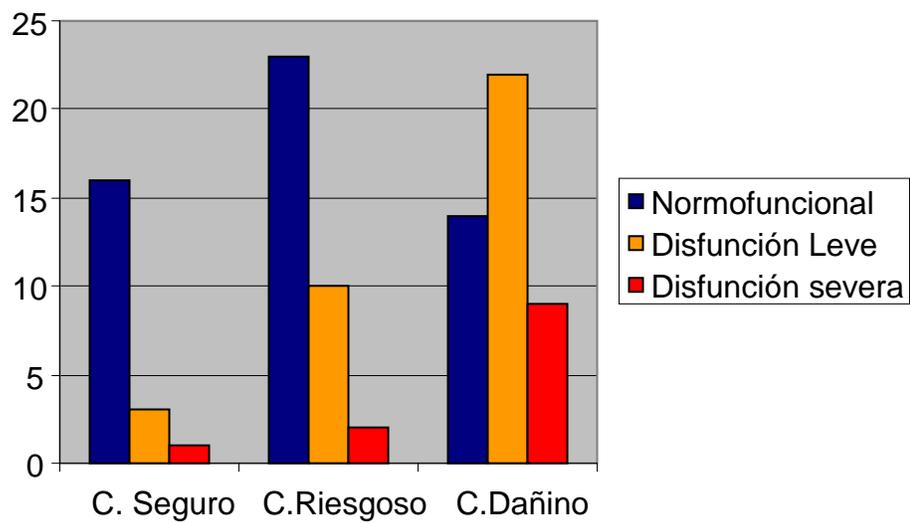
En pacientes de la UMF 28 Santa Clara Michoacán.

Patrón de consumo de alcohol	Funcionalidad familiar (Satisfacción familiar)							
	Normo funcional	%	Disfunción leve	%	Disfunción severa	%	Total	%
Consumo seguro	50	16.55	8	2.64	3	0.99	61	20.10
Consumo riesgoso	69	22.84	30	9.93	5	1.65	104	34.43
Consumo dañino	41	13.57	68	22.51	28	9.27	137	45.36
Total	160	52.98	106	35.9	36	11.92	302	100

Fuente: Pacientes masculinos de entre 15 y 65 años de edad con hábito etílico adscritos a la UMF 28 de Santa Clara municipio de Tocumbo Michoacán

Fig. N° 1

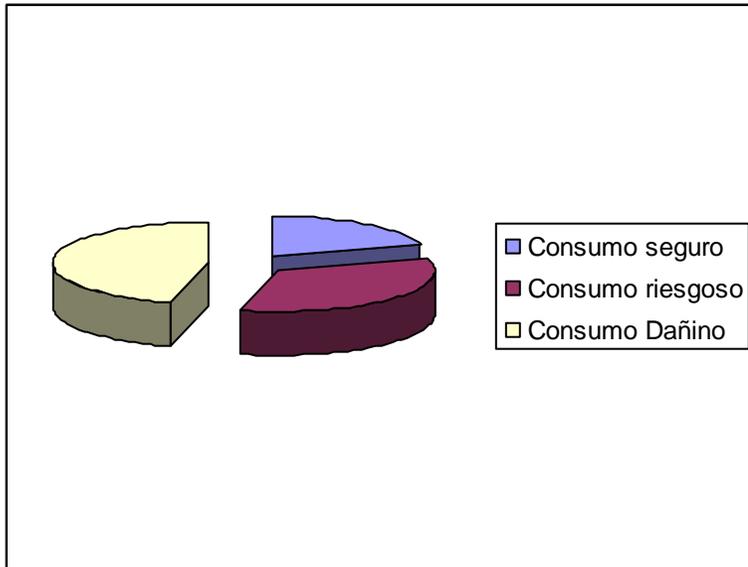
Relación entre patrón de consumo de alcohol y grado de satisfacción familiar por número y porcentaje de pacientes.



Fuente: Pacientes masculinos de entre 15 y 60 años de edad con hábito etílico adscritos a la UMF 28 de Santa Clara municipio de Tocumbo Michoacán.

Figura No 2

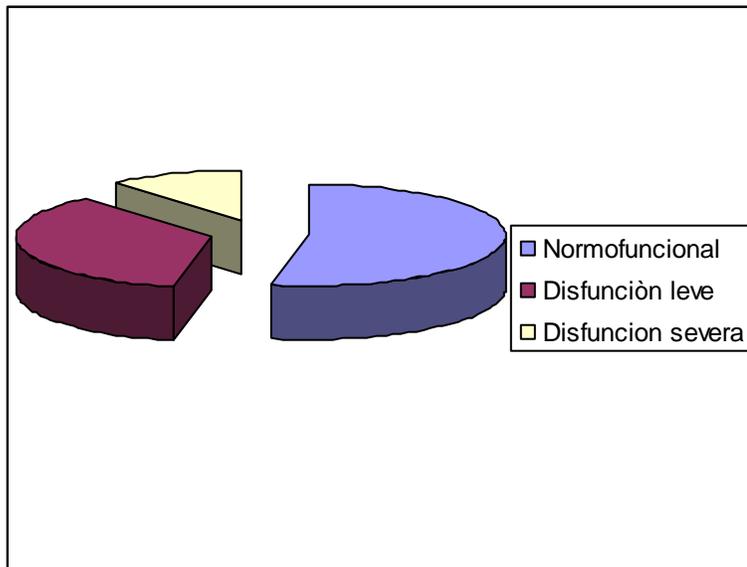
Patrón de consumo de alcohol.



Fuente: Pacientes masculinos de entre 15 y 60 años de edad con hábito etílico adscritos a la UMF 28 de Santa Clara municipio de Tocumbo Michoacán.

Figura No 3

Grado de satisfacción familiar (funcionalidad familiar)



Fuente: Pacientes masculinos de entre 15 y 60 años de edad con hábito etílico adscritos a la UMF 28 de Santa Clara municipio de Tocumbo Michoacán.

Discusión:

El ser humano vive en un continuo de cambios en el que se ve inmersa también su familia. Este continuo requiere modificaciones en la estructura y organización familiar que, obligatoriamente, pasan por una adaptación y flexibilidad de los roles familiares. Estos cambios forman parte del desarrollo que el ser humano debe cumplir en su vida: adaptarse a su cuerpo, relacionarse con los demás, alcanzar cierto nivel económico y social, y desarrollar un sentido de identidad satisfactorio, encontrar pareja, establecer una familia, y crear reemplazos para la sociedad, por lo que debe enfrentar y afrontar un sin fin de eventos críticos, que de alguna manera moldean su respuesta ante las situaciones que vive, y que pueden ser muchas, incluidas las dependencias a diferentes sustancias; situaciones, que bien pueden dar origen a determinada alteración de la función familiar, o bien ser esta un de las causas que originan la adicción.

Existen familias que asumen estilos de afrontamiento ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionan salud y bienestar, mientras que otras no pueden enfrentar las crisis por sí solas, a veces pierden el control, no tienen suficiente fuerza y manifiestan desajustes, desequilibrios que condicionan cambios en el proceso Salud-Enfermedad y específicamente en la Satisfacción Familiar.²⁸

Para valorar la impresión subjetiva del paciente sobre la funcionalidad de su familia así como su integración en ella empleamos en nuestro estudio la prueba APGAR familiar, muy útil para conocer si la familia puede considerarse un recurso para el bebedor o si, por el contrario, influirá empeorando su situación. En este estudio, la disfunción familiar se asoció a un mayor porcentaje de adultos y adultos mayores con test AUDIT positivo, para consumo riesgoso y dañino de alcohol. Sin embargo el análisis de correlación aplicado en este sentido señala que no existe una relación significativa entre la presencia de algún tipo de consumo de alcohol y disfunción familiar, manifestada por el grado de satisfacción que el bebedor tiene de su familia, situación que no se apega a lo reportada en la literatura (Cutipa Zéla, y de Orlando Marwín 1996) que reportan en la población estudiada una relación significativa entre disfunción familiar y alcoholismo. En estudios realizados (Sandoval Ferrer 2002)²⁹ (Lourdes M. Jaime Valdés 2008) y (un estudio norteamericano Papanex 1974) suman al alcoholismo como factor determinante en la alteración de la dinámica familiar, lo cual no coincide con el presente estudio solamente en el que solamente un 16 % del grupo estudiado se encontró disfunción familiar.

Los psicoterapeutas familiares describen a la familia alcohólica como una familia psicosomática, en la cual la familia parece funcionar óptimamente cuando algunos de sus miembros se encuentra enfermo. Entre las características de esta familia se descubren: sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia, incapacidad para resolver conflictos y una rigidez extrema. Así, el sistema familiar de la persona que bebe alcohol establece un estilo de vida que

permite que la enfermedad continúe de generación en generación (Guzmán, 2006). Existen algunos especialistas como Stephanie Brown, (1985)³⁰ que es una de las pioneras en el tratamiento de las familias alcohólicas, quienes afirman que la familia con un miembro alcohólico no es una familia disfuncional, es una familia que ha aprendido a funcionar con un miembro enfermo gracias al reacomodo que se da a raíz de la enfermedad. Se vuelve disfuncional cuando el alcohólico entra a tratamiento y comienza a cambiar el rol central que tenía la familia., es muy probable que estas premisas se apliquen e esta población lo que condiciona la discordancia con los estudios mencionaos.

De haber determinado la existencia de una relación significativa entre disfunción familiar y patrón de consumo de alcohol, dicha situación podría haberse establecido como factor de riesgo, de manera tal que las acciones del médico familiar (estudio integral de la familia) pudieran prever estas condiciones de disfunción familiar o tendencia a algún patrón de consumo alcohol, permitiéndole acciones preventivas como reestructurar los holones paternos o paterno-filiales, implementar grupos de autoayuda, estructurar el tipo de comunicación, etc.

En este estudio es probable que los pacientes involucrados, aún cumplan de manera adecuada con las funciones que de acuerdo a la estructura familiar les corresponden lo que ha mantenido una homeostasis familiar que se traduzca en funcionalidad familiar, por lo que este estudio no refleja una relación significativa entre la satisfacción familiar que ve el paciente y su patrón de consumo étílico. Quizá con la evolución de la patología alcohólica y el cambio de roles en la dinámica familiar se presente una relación más estrecha en este sentido.

CONCLUSIONES:

Se considera que se logró el objetivo, dado, que se trataba de encontrar la relación existente entre consumo étílico y disfunción familiar.

-A pesar de este resultado no deja de existir alteración en la funcionalidad familiar o en las expectativas de satisfacción que el paciente con consumo de alcohol en relación a su familia.

-El tipo de patrón de consumo con mayor índice de relación con disfunción familiar, es el consumo riesgoso y dañino, por lo que considero, debe ser tomado en cuenta para implementar las acciones correspondientes al médico familiar para su manejo integral, sin dejar de lado a la familia. Evidentemente el primer paso será establecer acciones de promoción de la salud y educativas.

La acción promocional educativa deberá ser un proceso que se realice a mediano y largo plazo.

Las acciones de prevención minimizan el efecto de los factores de riesgo.

Las estrategias y medidas específicas, deben ser elaboradas con las comunidades, las instituciones públicas (Educación, Salud y autoridades locales), empresas y medios de comunicación.

Si se toma en cuenta que la familia se constituye como factor de riesgo a través de la práctica de estilos y/o pautas educativas como los déficit o los excesos de disciplina, la excesiva implicación o el demasiado autoritarismo de uno de los padres, es decir desde su dinámica, desde su estructura y desde el cumplimiento cabal o no de sus funciones puede estar directamente conectados con el uso de sustancias por parte de los hijos e incluso de los adultos. Por lo que se considera que la función del médico familiar, será tener una actitud de búsqueda intencionada de factores de riesgo psicosocial, de acuerdo con la región, expectativas, cultura y necesidades de cada familia, a fin de determinar la posibilidad de la presencia de estas adicciones en el seno familiar, de manera

que pueda ofrecer una intervención oportuna y limite con tal, el factor de riesgo, lo que sin duda deberá influir en la morbimortalidad de esta entidad.

Considero necesario que para futuros proyectos, se deba realizar un trabajo en el que se tome en cuenta a otras personas pertenecientes al grupo familiar, con una mirada más objetiva que nos orienten sobre el verdadero funcionamiento de la misma y de esta manera establecer una mejor correlación.

ANEXOS

Anexo 1

TEST PARA LA IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT).

1) Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

Puntos

- (0) Nunca
- (1) Una o menos veces al mes.
- (2) 2 a 4 veces al mes
- (3) 2 a 3 veces a la semana
- (4) 4 o más veces a la semana

2) ¿Cuántas copas toma en un día?

- (0) 1 ó 2
- (1) 3 ó 4
- (2) 5 ó 6
- (3) 7 ó 9
- (4) 10 ó más

3) ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente

(3) Semanalmente

(4) A diario o casi a diario

4) ¿Cuántas veces en el último año notó que una vez que comenzó a tomar, no podía parar?

(0) Nunca

(1) Menos de una vez al mes

(2) Mensualmente

(3) Semanalmente

(4) A diario o casi diario

5) ¿Cuántas veces en el último año, el tomar bebidas alcohólicas interfirió con sus actividades normales?

(0) Nunca

(1) Menos de 1 vez al mes

(2) Mensualmente

(3) Semanalmente

(4) A diario o casi a diario

6) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

(0) Nunca

(1) Menos de 1 vez al mes

(2) Mensualmente

(3) Semanalmente

(4) A diario o casi a diario

7) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

8) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior por que había estado bebiendo?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

9) ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos por que usted había bebido?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, en el último año

10) ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o, le han sugerido que deje de beber?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año.
- (4) Sí, en el último año.

Anexo 2

APGAR FAMILIAR	NUNCA 0	A VECES 1	SIEMPRE 2
¿Estás satisfecho con la ayuda o apoyo que recibes de tu familia cuando tienes un problema?			
¿Conversan entre Uds., los problemas que tienen en la casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?			
¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			
¿Sientes que tu familia te quiere?			

0 a 3 = disfunción familiar severa

4 a 6 = disfunción familiar leve

> 6 = funcionamiento familiar adecuado²⁵

Anexo 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTOY ENTERADO DE LOS PROPÓSITOS DE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA EVALUAR LA RELACION EXISTENTE ENTRE EL ALCOHOLISMO Y LAS DISFUNCIONES FAMILIARES.

ESTOY EN EL ENTENDIDO DE QUE LOS DATOS QUE OTORQUE SERAN MANTENIDOS EN LA MÀS ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD, Y NO SE HARÀN PUBLICOS, EN NINGÙN MEDIO DE COMUNICACIÒN, Y QUE ELLOS NO SERÀN TOMADOS PARA NINGUNA CLASE DE REPRESIÒN EN MI CONTRA.

ACEPTO PARTICIPAR EN FORMA VOLUNTARIA CONTESTANDO EL INSTRUMENTO DE DIAGNÒSTICO DE SINDROME DE DEPENDENCIA AL ALCHOHOL, Y EL INSTRUMENTO DE DIAGNOSTICO DE DISFUNCIÒN FAMILIAR.

NOMBRE Y FIRMA

Anexo 4.

-
- ¹ Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes- anales de Psicología 2001, vol.17- Concepción López/Ma. Ángeles Freixinós.
- ² Diagnóstico Clínico y Tratamiento Lawrence M. Tierney, Jr., Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis. Manual Moderno 41ª edición,2006: p947.
- ³ Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del Instituto de Salud Carlos III Madrid, España. Diciembre de 2002
- ⁴ Principios de Medicina Interna Harrison 15a. edición,2002 Vol. II:p3000
- ⁵ Martínez Mariana. Alcoholismo, adicción permitida, CIJ informa. Año 8, No.26 octubre-diciembre 2002:9-13.
- ⁶ Instituto Bitácora- Centro de atención de problemas con el alcohol y otras adicciones.
- ⁷ Martínez Mariana. Alcoholismo, adicción permitida, CIJ informa. Año 8, No. 26 octubre-diciembre 2002:9-13.
- ⁸ Salud de las Américas, edición 1998, vol. I
- ⁹ Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. Méx. 1993. Méx. DF: SSA, 1994:12,38.
- ¹⁰ Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. México 1998. Méx. DF: SSA, 1999:12-18.
- ¹¹ Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. Méx. 2000-2005 Méx. DF: SSA.

-
- ¹² SIMO IMSS UMF28 Santa Clara Municipio de Tocumbo Michoacán 2006-2007.
- ¹³ González Méndez R, Ochoa Soto R. Compilación de artículos acerca del alcoholismo y su prevención. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1988: 1-61.
- ¹⁴ Guía de consulta Pediátrica James A. Stocman III, MD y Jacdo A. Lohr, MD McGraw-Hill.1ª edición, 2001:pp440-445.
- ¹⁵ Bases Farmacológicas De La Terapéutica Goodman y Gilman, McGraw-Hill/Interamericana.11ª edición, 2006:pp1500-1650.
- ¹⁶ Steinglass Peter. La familia alcohólica. 4ª edición, 2001:pp150- 310.
- ¹⁷ Pérez Rojo N. Características sociodemográficas de la familia cubana 1953- 1970. Editorial Ciencias Sociales, La Habana. 1997.
- ¹⁸ Velasco ML, Sinibaldi JF. Las enfermedades a través de las diferentes etapas del desarrollo humano. En el manejo del enfermo crónico y su familia. Editorial Manuel moderno México DF 2001: 47-76
- ¹⁹ Velasco ML, Sinibaldi JF. La familia funcional. En el manejo del enfermo crónico y su familia. Editorial Manuel moderno México DF 2001: 12-46
- ²⁰ Morales A. Rubio G. Problemas por el alcohol en el medio laboral. En:Rubio G, Santo-Domingo J. Editores.Guía práctica de intervención en alcoholismo. Primera edición. Madrid: Agencia Antidroga. Consejería de sanidad.2000: 367-373.
- ²¹ Adams Wendy. Alcoholismo en los ancianos, Atención médica, revista de actualización médica. Vol.14,No. 4 Abril 2001: 26-37

-
- ²² Standridge John B. La realidad clínica de usar fármacos para combatir el alcoholismo, *Atención Médica*, revista de actualización médica. Vol.19, No. 6 junio 2006:15-23.
- ²³ Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.
- ²⁴ Claussen B Aasland OG. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a routine health examination of long- term unemployed. *Addiction* 1993; 88:363-368.
- ²⁵ Liliana Arias C, profesora asistente Departamento de Salud Familiar, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Julián A. Herrera, Profesor titular, Departamento de Salud, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
- ²⁶ Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 1231-9.
- ²⁷ Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996; 18(6): 289-96.
- ²⁸ Buchman H, Muller R. El alcohol en el sitio de trabajo. *The Umsch* 2000 Abr, 57 (4): 270-274.
- ²⁹ Sandoval Ferrer J. Alcoholismo, Familia y Salud: ¿Protección o riesgo? *Trabajadores*; 2002.p.15.

³⁰ Brown, S. (1985). *Treating the Alcoholic: a developmental model of recovery*. New York, EUA: Johnson Wiley & Sons.