



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTGACION



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3
CIUDAD VALLES, SAN LUIS POTOSI

**PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN PACIENTES MASCULINOS ALCOHOLICOS
ADSCRITOS A LA U.M.F. No. 48 IMSS LA
HINCADA S.L.P. DE JULIO A NOVIEMBRE DEL
2008**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA

MARTHA RANGEL SUAREZ

CIUDAD VALLES, SAN LUIS POTOSI

2009



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.

**PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
MASCULINOS ALCOHOLICOS ADSCRITOS A LA U.M.F. No. 48 LA
HINCADA S.L.P. DE JULIO A NOVIEMBRE DEL 2008**

PRESENTA

MARTHA RANGEL SUAREZ

AUTORIZACIONES

DRA. JOVITA SALAZAR CRUZ

Profesor Titular del Curso de Medicina Familiar para Médicos Generales del
Instituto Mexicano del Seguro Social,
Ciudad Valles S. L. P.

DR. HECTOR DE JESÚS ANDRADE RODRIGUEZ

Asesor Metodológico de Tesis
Médico Familiar de la UMF No. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social
Maestría en Ciencias de la Investigación
San Luis Potosí. S. L. P.

DR. CARLOS VICENTE RODRIGUEZ PEREZ

Médico Familiar, UMF 45 S. L. P
Asesor de Tema de Tesis

DR. JOSE FERNANDO VELASCO CHÁVEZ

Coordinador Clínico de Educación e Investigación Médica de la UMF No. 45 del
Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, S. L. P.

CIUDAD VALLES, SAN LUIS POTOSI

2009

**PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
MASCULINOS ALCOHOLICOS ADSCRITOS A LA U.M.F. No. 48 LA
HINCADA S.L.P. DE JULIO A NOVIEMBRE DEL 2008**

**PRESENTA:
MARTHA RANGEL SUAREZ**

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA.

Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

Coordinador de Investigación del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNANDEZ TORRES

Coordinador de Docencia

Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

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

INDICE

Introducción . . . . .	. 7
Antecedentes . . . . .	. 9
Marco teórico . . . . .	. 10
Planteamiento del problema . . . . .	. 21
Justificación . . . . .	. 22
Objetivos . . . . .	. 25
Objetivo general . . . . .	. 25
Objetivos específicos . . . . .	. 25
Material y métodos . . . . .	. 25
Diseño de estudio . . . . .	. 26
Tipo de estudio . . . . .	. 26
Criterios de inclusión . . . . .	. 26
Criterio de exclusión . . . . .	. 26
Criterios de eliminación . . . . .	. 27
Muestra . . . . .	. 27
Tamaño de la muestra . . . . .	. 27
Variables de estudio . . . . .	. 28
Método o procedimiento para captar información . . . . .	. 31
Consideraciones Éticas . . . . .	. 34
Cronograma de actividades . . . . .	. 35
Recursos físicos . . . . .	. 36
Recursos humanos . . . . .	. 36
Plan de análisis . . . . .	. 37
Discusión . . . . .	. 41
Conclusiones . . . . .	. 43
Bibliografía . . . . .	. 44
Anexo I . . . . .	. 47
Anexo II . . . . .	. 48
Anexo III . . . . .	. 51

INTRODUCCIÓN

El hombre es un ser social que ha sobrevivido, a lo largo de su historia, a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales, de los cuales la familia ha sido el ambiente más importante en el que ha evolucionado, por lo que es tan añeja como la propia humanidad.¹

La familia es una institución que cumple una importante función social como transmisora de valores éticos-culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psico-social de sus integrantes, 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. Las funciones económica, biológica, educativa 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. Otra importante labor que lleva a cabo este grupo primario es preparar a los miembros para enfrentar cambios que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones funcionales y estructurales. Estos cambios o crisis se derivan de cualquier situación de cambio que signifique contradicción y que requiera modificaciones. Existe familias que asumen estilos de afrontamiento ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionan salud y bienestar, de no ser así manifiestan desajustes, desequilibrios, que condicionan cambios en el funcionamiento familiar.^{2,3.}

Las familias aún en las sociedades más modernas necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que deben cumplir durante las etapas de desarrollo de las mismas, principalmente las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción estatus familiar. Llamando a estos aspectos funcionalidad familiar. La disfunción familiar se entiende por el no cumplimiento de alguna (s) de estas funciones por alteración en alguno de los subsistemas

familiares. Analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando alguno(s) de sus subsistemas se altera(n) por cambio de los roles de sus integrantes.³

A lo largo del ciclo vital familiar surgen distintos acontecimientos que actúan afectando la homeostasis familiar y que exigen mecanismos de adaptación para su recuperación. Dichos mecanismos adaptativos dependerán para su éxito de la existencia de una correcta función familiar. Uno de los acontecimientos vitales estresantes que obliga a una readaptación de la homeostasis familiar es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema. Ante un familiar con problemas de alcoholismo, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia. Las familias con un enfermo alcohólico por su carácter permanente provocan mayores dificultades en la respuesta adaptativa de la familia. Una familia con un enfermo alcohólico, presenta un evento tensionante que afecta no solo al enfermo, sino a cada uno de sus integrantes y a la familia como un todo.^{4,5}

ANTECEDENTES

La utilización del alcohol como bebida surgió en los principios del neolítico, por lo menos 4.000 años antes de Cristo egipcios, sumerios y chinos conocían el vino y la cerveza, al parecer Grecia fue el primer país occidental que adquirió conocimientos acerca del cultivo de la vid y la fabricación del vino, mismos que fueron posteriormente incorporados a la cultura romana. En las culturas antiguas el uso / consumo del alcohol tenía un carácter ritual, mágico-religioso, en Babilonia el consumo de cerveza se asociaba anualmente al cambio de estaciones y se relacionaba con la fecundidad de la madre tierra, en los Siglos VIII y IX de nuestra era, alquimistas árabes describen la metodología e instrumentación necesaria para la destilación, las bebidas de fermentación quedaron superadas mediante el sistema de destilación por alambique, en la península Ibérica con amplia influencia árabe en convivencia más o menos pacífica con el cristianismo se dieron óptimas condiciones para una amplia difusión de estos conocimientos. Nacieron las bebidas espirituosas. A partir del siglo XIV hasta bien entrada la época considerada moderna los boticarios destilaban vino para proporcionar remedios para curar determinados males. El Aguardiente o agua de vida se vendía exclusivamente en las boticas. Era una auténtica panacea para una larga lista de enfermedades. En los siglos XVIII y XIX, la técnica de producción de bebidas alcohólicas, se perfecciona y sistematiza, gracias a los avances técnicos surgidos de los adelantos científicos y de la revolución industrial, así fue básico el descubrimiento de la fermentación allá por el año 1857⁶.

Independientemente de los avances en la fabricación comienza a ser una epidemia en todos los estamentos sociales primero en Inglaterra, para pasar luego a los Países Nórdicos y a Estados Unidos de América. Así la clase proletaria lo utiliza como instrumento para evadirse de las durísimas condiciones de trabajo y las desfavorables condiciones socioeconómicas. A lo largo del Siglo XX este consumo afecta dada su mayor accesibilidad a países del área Mediterránea donde se había consumido alcohol tradicionalmente de un modo más controlado, ya como formando parte de los más variados acontecimientos sociales.⁶

MARCO TEORICO

El alcohol, del árabe alkuhi (esencia o espíritu) es la droga más consumida en el mundo. Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, se supone que data de los albores de la humanidad. La ingestión inicial vinculada con actividades religiosas dio paso a su consumo colectivo. Desde entonces se distinguieron dos grandes categorías de consumidores, aquellos que beben dentro de las normas sociales de responsabilidad y los que, desafortunadamente pierden el control y se convierten en bebedores irresponsables. Algunos autores mencionan las siguientes motivaciones para la ingesta de alcohol: **Estrés Físico** que habitualmente tiene su origen en el trabajo o la ocupación del sujeto, ejem. Trabajo físico riguroso o pesado, agotamiento por falta de descanso o reposición de energía, ritmo elevado de la actividad física, cansancio fisiológico del final de la jornada. **Estrés Social** determinado siempre por factores externos, que es la principal fuente de agresiones a que se enfrenta el hombre moderno, obligado como está a la vida urbana, con su acelerado ritmo de reacciones a respuestas adaptativas, que imponen un precio elevado a su confort y a la realización individual, por ejemplo. Búsqueda de pareja (casamiento-divorcio-casamiento), búsqueda de empleo (promoción-democión-competencia), lucha por alcanzar y mantener el estatus deseado, festividades, conmemoraciones y encuentros familiares o amistosos, tensión proveniente de relaciones profesionales, dificultades económicas y financieras, ausencia de recreación y opciones de tiempo libre (tedio y monotonía), cambio de patrones socioculturales y transculturalización, debilitamiento del sistema de intereses (falta de motivaciones), ausencia de convicciones filosóficas o religiosas, La personalidad introvertida, extrovertida entre otros, subescolarización. El fácil acceso al alcohol.^{7,8}

La cultura del alcohol se transmite en las creencias sociales que se introducen en el proceso de socialización. Antes de beber ya se tienen unas ideas preconcebidas y estructuradas acerca de sus efectos. En concreto, esperar a priori del alcohol más efectos positivos que negativos, va a ser uno de los factores que desencadenará el inicio de su dependencia. La costumbre de beber alcohol es en la actualidad un acto social que refleja en gran medida la cultura en que se presenta. La forma en que una sociedad utiliza sus recursos, los diversos estilos y rituales que existen alrededor de la comida y la bebida, ilustran cómo es esa sociedad.^{9,10}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea: el alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por ingestas repetidas de alcohol, excesivas, respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor. La ingestión diaria de alcohol es mayor de 40 grs. en la mujer y 70 grs. en el hombre.^{11,12}

La Clasificación del bebedor alcohólico es la siguiente: bebedor excepcional, bebedor social, bebedor abusivo sin dependencia, bebedor dependiente alcohólico sin complicaciones, dependiente alcohólico complicado, y dependiente alcohólico complicado en fase Terminal. La línea que separa la normalidad de la enfermedad se encuentra entre el bebedor social y el bebedor abusivo sin dependencia, y después la cuantía y frecuencia de la ingestión así como las deficiencias nutricionales acompañantes son las que confirmarán las restantes posibilidades evolutivas. El abstinerente total es el que nunca bebe. El bebedor excepcional bebe ocasionalmente en cantidad limitada y en situaciones muy especiales (menos de 5 veces al año). Bebedor Social: Sujeto que bebe sin transgredir las normas sociales, pues el alcohol no le produce efectos biológicos y psicosociales nocivos y mantiene su libertad ante este. El Bebedor Moderado consume alcohol hasta tres veces a la semana en cantidades menores que 1/4 de botella de Ron, una botella de vino o 5 medias botellas de cerveza de baja graduación. Hasta menos de 12 estado de embriaguez ligera al año. Bebedor Abusivo sin Dependencia sobrepasa la cantidad anterior, ingiere más del 20% de las calorías de la dieta en alcohol (bebedor problema). El Dependiente Alcohólico sin complicaciones se establece la dependencia física cuya manifestación clínica está dada por la aparición en periodos de abstinencia de temblores severos, nerviosismo, insomnio, cefalea y sudoración. Dependiente Alcohólico Complicado además de lo anterior presenta complicaciones físicas como el delirium tremens, la alucinosis alcohólica y la psicosis de Korsakof aparecen complicaciones somáticas como polineuropatía, esteatosis hepática, cirrosis hepática, cardiomiopatías y gastritis. El Dependiente Alcohólico Complicado en Fase Terminal es notable el deterioro físico y psíquico, y su comportamiento social.

Se reduce la tolerancia al tóxico y la aparición ocasional de cuadro convulsivos. Los paciente presentan severos cuadros de desnutrición, pueden aparecer cáncer del sistema digestivo entre otros.^{11,12}

La Asociación Americana de Psiquiatría, utiliza el término abuso de alcohol para definir aquella situación caracterizada por un patrón de consumo exagerado durante un periodo mayor de 12 meses, que impide cumplir con los roles social, laboral o escolar de manera adecuada. Otros criterios de importancia incluyen su utilización en circunstancias peligrosas (por ejemplo, mientras conduce un vehículo automotor), la presencia de problemas legales ocasionados por dicha sustancia y el uso persistente a pesar de las dificultades sociales o interpersonales que ocasiona.¹³

En lo que se refiere a la etiopatogenia del alcoholismo, no se conoce una única explicación al mismo, antes bien existen diversos factores que, en conjunto, pueden explicar la aparición de esta enfermedad. Los estudios realizados con familias encuentran una elevada frecuencia de trastornos adictivos en general y dependencia al alcohol en particular entre los familiares de pacientes alcohólicos, siendo el riesgo de hasta 4 veces mayor para los parientes de primer grado. Los estudios con gemelos muestran una mayor concordancia para los monocigotos que para los dicigotos, siendo mayor en el caso de los hombres que en el de las mujeres, en las que los factores ambientales parecen contribuir con un mayor porcentaje que la genética. Los estudios con niños adoptados muestran que los hijos de padres biológicos alcohólicos presentan un riesgo más elevado para el alcoholismo aunque sus padres adoptivos no presenten este problema.^{14,15}

En los últimos años se han venido acumulando evidencia que indican la contribución de factores genéticos en el alcoholismo. La heredabilidad de este trastorno se ha demostrado en estudios epidemiológicos de pares de hermanos y en familias con problemas de dependencia al alcohol. Estos estudios han permitido calcular valores de heredabilidad y la vulnerabilidad del alcohol de un 40 a 60%.¹⁴

Aunque es difícil poder estudiar la personalidad previa del alcohólico, diversos autores coinciden en resaltar la existencia de una elevada búsqueda de sensaciones y de riesgo, sin planificar las consecuencias o evitar el castigo.

Según el modelo conductual el refuerzo positivo del alcohol, al inducir bienestar y aliviar la ansiedad, potencia su consumo, sin duda la actitud de la sociedad ante el consumo de alcohol, ya sea permisiva o intolerante, predispone según la actitud del sujeto a su consumo. Así, la presencia casi constante del alcohol en un determinado medio favorece la posibilidad de su consumo habitual, mientras que la menor tolerancia hacia éste favorece el consumo en grandes cantidades como evasión. Los hábitos de la familia también influyen si bien en menor medida que el componente genético.¹⁴

Por último, el factor relacionado con el ambiente laboral hace que determinadas profesiones sean más proclives al consumo, ya sea por la mayor accesibilidad (camareros) o por las características más penosas del trabajo (frío y dureza en el ámbito rural o de la construcción).¹⁴

El etanol, es una molécula débilmente cargada que se mueve con facilidad a través de las membranas celulares, equilibrándose con rapidez entre la sangre y los tejidos, es un depresor del sistema nervioso central que disminuye la actividad de las neuronas, aunque se observa cierta estimulación del comportamiento con concentraciones sanguíneas bajas. El alcohol se absorbe por la mucosa bucal y del esófago (en cantidades muy pequeñas), por el estómago y el intestino grueso (en cantidades moderadas) y por la parte proximal del intestino grueso (la mayor parte). Entre el 2% y aproximadamente el 10% del etanol se excreta directamente por los pulmones, la orina o el sudor, pero la mayor parte se metaboliza en acetaldehído en el hígado. Al menos dos vías metabólicas cada una con diferentes concentraciones óptimas de etanol metabolizan aproximadamente una copa por hora. La primera vía y la más importante tiene lugar en el citosol por medio de la alcohol deshidrogenada, esta reacción produce acetaldehído, que es destruido rápidamente por la aldehído deshidrogenasa en el citosol y las mitocondrias, la segunda vía las mitocondrias del retículo endoplásmico liso (el sistema microsómico oxidante de etanol) puede ser responsable del 10% o más de la oxidación del etanol con concentraciones altas de alcohol en la sangre. Las dos vías dan como resultado la producción de acetaldehído, que se oxida a acetato.^{15,16}

Los mecanismos de acción del etanol en el tejido nervioso no se conocen del todo, porque incluso dosis moderadas alteran simultáneamente muchos

neurotransmisores y aumentan la fluidez de las membranas neuronales. Después de una exposición repetida a la sustancia, el organismo establece al menos una compensación de tres formas para tolerar concentraciones más altas de etanol. En primer lugar, después de 1 ó 2 semanas de consumo de alcohol diario, el hígado puede aumentar la tasa metabólica de etanol en seres humanos hasta un 30% por lo que existe tolerancia metabólica o farmacocinética, una adaptación que desaparece casi con la misma rapidez con la que se desarrolla. En segundo término la tolerancia farmacodinámica o celular ocurre probablemente mediante cambios neuroquímicos complejos en las membranas celulares que alteran el flujo de los iones que pueden contribuir a la dependencia física. En tercer lugar, incluso con las mismas concentraciones de alcohol en sangre y la misma adaptación neuronal, el organismo puede aprender a adaptar el comportamiento y a funcionar mejor de lo que se esperaba bajo la influencia de la sustancia (tolerancia de comportamiento). Una vez que las células se han adaptado a la exposición crónica del etanol, los cambios estructurales o bioquímicos a veces no vuelven a la normalidad durante varias semanas o más: En presencia de estas adaptaciones las neuronas necesitan etanol para funcionar perfectamente; es decir, la persona es físicamente adicta o drogodependiente; esta situación física es distinta a la dependencia psicológica, concepto que indica que la persona está psicológicamente a disgusto sin la droga.^{16,17}

El alcohol está implicado en una gran variedad de enfermedades. Es una de las causas principales de cáncer de boca, esófago y laringe. La cirrosis hepática y la pancreatitis a menudo se producen como consecuencia del consumo excesivo durante largos periodos de tiempo. El alcohol causa daños al feto en mujeres embarazadas. También problemas médicos mucho más frecuentes, como la hipertensión, la gastritis, la diabetes y algunas formas de infarto cerebral puede agravarse incluso por el consumo ocasional y de breve duración, tal como ocurre con trastornos mentales como la depresión.^{16,17}

En la encuesta nacional de salud de los Estados Unidos de América realizada en el 2003 Se estima que 119 millones de estadounidenses de 12 años de edad o mayores ingirieron alcohol en el 2003, alrededor de 54 millones, (22.6%) ingirieron 5 copas al menos una vez en los 30 días anteriores a la encuesta, y 16,1 millones (6.8%) eran bebedores. La mayor prevalencia de

consumo masivo fue para adultos jóvenes con edades comprendidas entre 18 a 25 años, consumieron 5 copas de alcohol 47.8%. La prevalencia nacional encontrada fue de 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%).¹⁸

En la Unión Europea 40 millones de ciudadanos adultos consumieron de “forma excesiva” todos los meses y 100 millones (1 de cada 3) incurrieron en un “atacón” (5 ó más consumiciones en una sola ocasión) al menos una vez al mes. En tanto que 266 millones de adultos consumen hasta un máximo de 20 g (mujeres) o 40 g (hombres) al día, 58 millones de adultos (15%) superan este nivel, rebasando 20 millones de ellos (6%) los 40g (mujeres) o 60 g (hombres) al día. Si nos fijamos en la adicción más que en los niveles de consumo, podemos estimar que 23 millones de europeos (5% de los hombres y 1% de las mujeres) sufren una dependencia alcohólica. En todas las culturas estudiadas, los hombres tienen siempre mayor probabilidad que las mujeres de consumir alcohol y, si lo hacen, de beber más que ellas. Si bien muchas mujeres dejan el alcohol cuando están embarazadas, un número significativo de ellas (25%-50%) continúa bebiendo, algunas a un nivel perjudicial. Casi todos los estudiantes de 15 y 16 años (>90%) han bebido alcohol alguna vez en la vida. La edad de inicio se sitúa en los 12,5 años y la primera embriaguez, en los 14 años. La cantidad media consumida en una sola ocasión por los adolescentes de 15-16 años supera los 60 g de alcohol y se aproxima a los 40 g en los países del sur de Europa. Uno de cada 8 (13%) adolescentes de 15-16 años se ha embriagado más de 20 veces en su vida y más de 1 de cada 6 (18%) ha incurrido en un “atacón” (5 o más consumiciones en una sola ocasión) tres o más veces en el último mes. Los chicos continúan bebiendo más y embriagándose con mayor frecuencia que las chicas, con escasa reducción de la distancia absoluta entre ellos (2003).¹⁹

Los resultados de la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2005-2006, realizadas a la población entre 15 a 64 años reporta que $\frac{3}{4}$ partes de la población en general consumen alcohol esporádicamente (el 64.6% es consumidor habitual y el 14.9% consume diario), La prevalencia de consumo diario es 5.4 veces más alta en los hombres de 15 a 24 años que en las mujeres. La ingestión de alcohol aumenta considerablemente los fines de

semana. Los episodios de embriaguez son más frecuentes en los hombres (27.2%) que entre las mujeres (12.0%) y entre los jóvenes de 15 a 34 años (30,9%), que entre el grupo de mayor edad (11.3%), el 5.5% de los encuestados son “bebedores de riesgo”. En la Unión Europea el alcohol es responsable de unas 195.000 muertes al año, del 12% de las muertes prematuras y discapacidad, en los hombres, y del 2%, en las mujeres, 17.000 muertes anuales debidas a accidentes de tráfico (1 de cada 3 fallecimientos del tráfico rodado), 27.000 muertes accidentales, 2.000 homicidios (4 de cada 10 asesinatos y homicidios), 10.000 suicidios (1 de cada 6), 45.000 muertes por cirrosis hepática, así como 200.000 episodios de depresión. En Francia se calcula que 5 millones de franceses tienen problemas con el alcohol, de los cuales 2 millones son dependientes. El 25% de las hospitalizaciones tienen por causa el alcohol, mismo que provoca 40,000 muertos al año, un tercio de los accidentes de tráfico, el 20% de los accidentes domésticos, el 15% de los accidentes laborales. En España el alcohol está relacionado con el 46% de los homicidios, el 25% de los suicidios y el 40% de los accidentes de tráfico. Todo ellos representa 224.000 años potenciales de vida perdidos, y un impacto económico de 637.717 millones por año o lo que es lo mismo el 16% del presupuesto de sanidad pública. Uno de cada cuatro jóvenes de entre 14 y 18 años, ha tenido conflictos sociales debido al consumo de bebidas alcohólicas. Riñas (17.3%), peleas o agresiones físicas (.8%) y accidentes con atención médica (7.1%). El alcohol es la principal causa de muerte en Rusia, 2 de cada 3 mueren en estado de intoxicación etílica.^{21,22}

En Cuba el 45.2% de la población mayor de 15 años consume bebidas alcohólicas, con un índice de prevalencia de alcoholismo entre 7 y el 10%, con predominio de edades comprendidas entre 15 y 44 años, (uno de los más bajos de Latinoamérica). El 90.4% de la población inicia la ingestión de tóxico antes de los 25 años y la mayoría de los bebedores problema se encuentra entre los 25 a 42 años de edad.²³

En México, los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 señalan que la prevalencia de consumo nacional de alcohol fue de 58.1% (77% en hombres y 44.6% en mujeres). Los episodios de embriaguez son comunes, cerca de 25% de los bebedores los presentan, dando lugar a que nuestro país cuente con un gran número de problemas relacionados. De los varones

bebedores, alrededor de 40% tiene problemas por el alcohol y de las mujeres 5%. La frecuencia total de dependientes en México hasta 1998 fue de 9.4 de ellos, la prevalencia de dependencia masculina fue de 19% y de 1.2% la femenina.²⁴

La Encuesta Nacional de Adicciones 2002 reporta que Existen en el país 32,315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y cerca de trece millones más (12'938,679) consumieron alcohol en el pasado aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta. Cerca de tres millones (3'522,427) o 25.7% de adolescentes urbanos entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio. El 35% (1'726,518) fue en la población masculina y 25% (1'252,712) en la femenina, a razón de 1.4 varones por cada mujer. En la población rural el índice de consumo es menor (543,197), 14.4%, 18% (357,775) en los varones y 9.9% (185,422) en las mujeres, con una razón de una mujer por cada 1.8 hombres. La cantidad modal de consumo por ocasión es de 1 a 2 copas en las mujeres urbanas y en los hombres rurales, en segundo lugar aparece el consumo de 3 a 4 copas para todos los sujetos, sólo en los varones urbanos se presenta con la misma frecuencia el consumo de 5 a 7 copas. En la población urbana Adulta existen 13'581,107 hombres (72.2% de la población urbana masculina) y 10'314,325 (42.7%) mujeres que reportaron haber consumido alcohol en los doce meses previos al estudio; en la población rural hay 543,197 bebedores más, 357,775 (18.9%) varones y 185,422 (9.9%) mujeres. El 20.7% en la población urbana y el 10.3% en la población rural reportaron ser ex – bebedores. La cantidad modal de consumo para las mujeres es de una o dos copas por ocasión de consumo, en tanto que para los varones urbanos es de 3 a 4 copas y para los rurales de 5 a 7 copas. Los patrones de consumo más característicos de los varones urbanos son el moderado alto (consumo mensual con cinco copas o más por ocasión) (16.9% de esta población) y el consuetudinario, que es el consumo de cinco copas o más al menos una vez por semana (12.4%), en tanto que entre las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión (4.8%). Cabe hacer mención que el segundo patrón de consumo fue el moderado alto con 2.7% de las mujeres adultas urbanas consumiendo bajo este patrón. En las poblaciones rurales se observa la misma preferencia por estos patrones de consumo.²⁵

Como sistema social la familia se enfrenta a nuevos y difíciles retos y experimenta cambios que con frecuencia alteran la salud familiar. Retos cuyos efectos negativo recaen en los miembros más vulnerables del sistema familiar entre los que se encuentran los enfermos alcohólicos, los cuales son expuestos al abandono, descuido y maltrato, aislamiento familiar y social.²⁶

La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedades en los miembros del sistema familiar.²⁶

Una familia es saludable y mantiene el bienestar de sus miembros en la medida en que como sistema logre la congruencia, estabilidad familiar y personal y responda a las demandas del entorno.²⁶

El incremento del alcoholismo en el país, plantea retos de gran magnitud, para el sector salud. Esto incluye el sistema familiar y las relaciones intergeneracionales, debido a que el abuso de alcohol determina trastornos orgánicos diversos como son: enfermedades cardiovasculares (arritmias, cardiopatías isquémicas, etc.); digestivas (gastritis, úlceras, hepatitis, cirrosis alcohólica, pancreatitis) cánceres de la mucosa oral; inmunodepresión y las subsecuentes infecciones, diversas alteraciones neurológicas centrales y periféricas, así como alteraciones psiquiátricas de gran envergadura. Todo esto genera limitaciones personales y laborales del individuo y, por lo tanto, afectaciones de su medio familiar y de su entorno social. Los accidentes de tránsito, una de las causas principales de muertes evitables en el mundo, están altamente vinculadas con el uso y abuso de alcohol. Produce baja productividad en el trabajo, aumento del ausentismo. Situación que requiere mayor atención por parte de los familiares.

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye la de presentar apoyo a los miembros que la integran. En caso de la aparición de una enfermedad crónica como el alcoholismo esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas.¹

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento al alcohólico de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. La disfuncionalidad se caracteriza por la rigidez que no permite alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En México al igual que en muchos países del mundo el abuso de bebidas alcohólicas y la dependencia de alcohol, representan un grave problema de salud pública de principal magnitud, tanto por los costos que genera a la sociedad y al sistema de salud; como por los efectos en los individuos y en sus familias.²⁸

Suele iniciarse entre los 14 y 15 años de edad y el número de personas que beben es mayor entre los 21 y 34 años, es decir personas en edad productiva. Es mayor el consumo entre los hombres que entre las mujeres.²⁵

Se presenta en todos los estratos socioeconómicos, así como en todas las profesiones u oficios, en persona sometidas a Estrés laboral, trabajo físico riguroso o pesado, agotamiento por falta de descanso o reposición de energía, ritmo elevado de la actividad física, cansancio fisiológico del final de la jornada.^{7,8}

Se ha documentado que la familia, está implicada en el desarrollo del alcoholismo, aunque existen otros factores para el desarrollo del mismo, por lo cual es importante conocer como se encuentra la funcionalidad familiar en el grupo de varones alcohólicos.

Por lo que surge la necesidad de realizar este proyecto y la siguiente pregunta de investigación **¿CUÁL SERÁ LA PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES MASCULINOS ALCOHOLICOS ADSCRITOS A LA U.M.F. No. 48 IMSS LA HINCADA S.L.P. DE JULIO A NOVIEMBRE DEL 2008?**

JUSTIFICACIÓN

El alcoholismo es aceptado universalmente como uno de los principales problemas de la salud pública en todo el mundo y representa una grave amenaza al bienestar y a la vida de la humanidad. El costo para la sociedad supera al de las drogas ilegales y el tabaco. El costo de su atención médica es tres veces mayor que el de la población general. El costo anual estimado del abuso de alcohol en los Estados Unidos es de 85 800 millones de dólares, incluyendo 72 300 por las pérdidas laborales y la merma en la productividad y 13 500 millones de dólares por el costo de la atención sanitaria. En la Unión Europea el costo de los problemas ocasionados por el alcoholismo se distribuye de la siguiente manera: para los delitos (33 billones de euros), los sistemas de salud (17 billones de euros) y el absentismo (9-19 billones de euros). En Francia el costo derivado del alcohol llega a 80.000 millones de francos.^{7,12,16,21}

En México, los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 señalan que la prevalencia de consumo nacional de alcohol fue de 58.1% (77% en hombres y 44.6% en mujeres). Los episodios de embriaguez son comunes, cerca de 25% de los bebedores los presentan, dando lugar a que nuestro país cuente con un gran número de problemas relacionados. De los varones bebedores, alrededor de 40% tiene problemas por el alcohol y de las mujeres 5%. La frecuencia total de dependientes en México hasta 1998 fue de 9.4 de ellos, la prevalencia de dependencia masculina fue de 19% y de 1.2% la femenina.²⁴

13'581,107 hombres (72.2% de la población urbana masculina) y 10'314,325 (42.7%) mujeres que reportaron haber consumido alcohol en los doce meses previos al estudio; en la población rural hay 543,197 bebedores más, 357,775 (18.9%) varones y 185,422 (9.9%) mujeres. El 20.7% en la población urbana y el 10.3% en la población rural reportaron ser ex – bebedores. La cantidad modal de consumo para las mujeres es de una o dos copas por ocasión de consumo, en tanto que para los varones urbanos es de 3 a 4 copas y para los rurales de 5 a 7 copas.²⁴

Las consecuencias directas del uso del alcohol se hacen sentir en el individuo, en su entorno social y sus perjuicios a la célula fundamental de la sociedad, la familia, repercutiendo así negativamente en el desarrollo al que se aspira.¹²

El abuso de alcohol determina trastornos orgánicos diversos. Todo esto genera limitaciones personales y laborales del individuo y, por lo tanto, afectaciones de su medio familiar y de su entorno social.¹²

El alcohol embadurna, disfraza, oculta, empaña la vida de las personas, las relaciones, los problemas, la enfermedad, la salud. Desde que la persona se introduce en el consumo hasta la dependencia alcohólica y sus consecuencias más graves se producen una serie de consecuencias.²⁹

El alcohol produce una afectación sexual con pérdida de los apetitos, impotencia y ánimo bajo, que se traduce en agresividad física y psíquica para con el entorno próximo y para con la pareja, habitualmente contra la mujer, hasta llegar al homicidio. Habitualmente ligado al binomio anterior, el alcohol es la primera causa de maltrato y violencia doméstica intrafamiliar, así como de sus peores consecuencias. Es causa de abusos sexuales tanto sobre la pareja como sobre el resto de la familia y de abandono familiar. Como consecuencia de la marginación social y laboral, de las secuelas sociales y económicas, la familia es la que primero sufre las consecuencias del alcoholismo en uno de sus miembros.²⁹

El alcoholismo repercute en todos y cada uno de los miembros de la familia del alcohólico, por ello la evaluación de la misma es fundamental, tanto para abordar el problema como para diagnosticar precozmente las consecuencias evitables en cada individuo. La familia con un individuo alcohólico, requiere atención y cuidado especial, ya que el alcoholismo genera nefastas consecuencias personales, sociales como son: las lesiones de tráfico, problemas en el hogar, los ahogamientos, los suicidios y los crímenes violentos, además de las separaciones matrimoniales y de las repercusiones que puede causar a los hijos, ocasionando daños emocionales irreparables. Un 5% de todas las muertes en el mundo, entre jóvenes de 15 a 29 años, solo son atribuibles al alcohol. La probabilidad de suicidio entre los alcohólicos es de 60 a 120 veces mayor que en la población general. Entre las personas que se suicidan, el 15 a 30% son alcohólicos. El consumo de alcohol juega un papel

importante en la violencia familiar, incluidos malos tratos a la mujer e hijos, a los ancianos, abuso sexual, violación y homicidio. Los estados de intoxicación alcohólica están relacionados con accidentes de tráfico, delitos contra la propiedad, riñas, practica de sexo sin medios de protección, abandono familiar y laboral.^{20,21,22}

Se vincula mundialmente con el 50% de las muertes ocurridas en accidentes de tránsito y el 30% de los homicidios y arrestos policiales. Reduce 10 a 15 años la expectativa de vida y determina el 30% de las admisiones psiquiátricas. Se calcula que el alcoholismo puede incidir hasta en el 40% en los ingresos de los servicios de urgencia y que el 2% de los enfermos que ingresa en los servicios médicos hospitalarios sufren de una enfermedad causada o agravada por el abuso de alcohol. Los alcohólicos tienen, como grupo social, uno de los porcentajes más altos de separación matrimonial y de divorcio.⁷

Después de revisar la literatura respecto a funcionalidad familiar y alcoholismo encontramos poca referencia a este tópico, por lo que surge la necesidad de realizar este proyecto.

OBJETIVO GENERAL:

DETERMINAR LA PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES MASCULINOS ALCOHOLICOS ADSCRITOS A LA U.M.F. No. 48 IMSS LA HINCADA S.L.P. DE JULIO A NOVIEMBRE DEL 2008

B) OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar familias altamente disfuncionales, moderadamente disfuncionales y familias funcionales

- Determinar por grupos de edad
- Determinar por consumo de alcohol
- Determinar por ocupación y consumo de alcohol
- Determinar por escolaridad

MATERIAL Y METODOS

Tipo de Estudio

Observacional y descriptivo. Suelen usarse para obtener información de prevalencia de enfermedades u otras variables de salud. En donde no hay manipulación de la variable dependiente y se limita a señalar lo que se observa sin llegar a realizar ningún otro tipo de análisis.

Diseño de Estudio:

Transversal: Se les llama estudios sin intervención u observacionales, porque no permiten la manipulación de las variables independientes por parte del investigador.

Periodo de Estudio:

De Julio a noviembre del 2008.

Universo de Estudio

Población de la Hincada municipio de Ciudad Valles, San Luis Potosí.

Población de Estudio.

Pacientes masculinos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 48 La Hincada SLP.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Paciente masculino con consumo de alcohol
- De 20 a 64 años
- Con vigencia de derechos
- Que acudan regularmente a consulta.
- Que deseen participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.
- Que acudan durante el periodo de julio a noviembre del 2008.
- Familias con paciente con consumo de alcohol de la UMF 48, la Hincada

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Familias que no acepten participar

CRITERIOS ELIMINACIÓN:

- Familias que durante la realización del estudio pierdan su vigencia.
- Que no contesten en su totalidad los instrumentos para evaluar alcoholismo y funcionalidad de la familia.
- Cambio de adscripción de Unidad de Medicina familiar.
- Encuestas incompletas

TIPO DE MUESTRA.

La muestra de este estudio fue con muestreo no probabilístico por conveniencia, aplicando el instrumento audit. y a los pacientes que acudan a consulta.

Calculo de Tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z^2(P)(q)}{E^2} = \frac{1.96^2 (.35) (.65)}{.08^2}$$

Z = 95% de confiabilidad = 1.96

p = 35% de prevalencia del alcoholismo

q = 65% no prevalencia

E2 = Error estadístico

n= Tamaño de la muestra

Calculo de la muestra

Para estimar el tamaño de la muestra se utilizó la formula de proporciones para estudios observacionales en una población finita en donde $n = \frac{Z^2(P)(q)}{E^2}$

Definiendo los siguientes términos, n = tamaño de la muestra, obteniendo un tamaño de muestra de 136 más 10% de posibles perdidas resultando n= 150 sujetos.

VARIABLES

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Alcoholismo	Independiente	Abuso de bebidas alcohólicas que cuando se da regularmente de forma intensa provoca trastornos fisiológicos y psíquicos.	AUDIT	Ordinal A) Consumo seguro o "normal" de alcohol (0) Menos de 9 puntos B) Consumo riesgoso de alcohol (1) 9 a 18 puntos C) Consumo dañino de alcohol (2) Mas de 18 puntos	Encuesta
Funcionalidad Familiar	Dependiente	capacidad que tiene la familia de	Apgar	Ordinal 1.- Familia altamente disfuncional	Encuesta

		mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedades en los miembros del sistema familiar		(0) 0 a 3 puntos 2.- Moderada disfunción familiar (1) 4 a 6 puntos 3.- Familia Funcional (3) 7 a 10 puntos.	
Edad	Dependiente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista	Numero de años cumplidos al momento de la entrevista	Ordinal (1) 20 a 28 (2) 29 a 37 (3) 38 a 46 (4) 47 a 55 (5) 56 a 64	Encuesta
Escolaridad	Dependiente	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en	Grados de estudios alcanzados hasta	Ordinal (1)Primaria (2)Secundaria (3)Preparatoria (4)Profesional	Encuesta

		un colegio	el momento de la entrevista		
Ocupación	Dependiente	Actividad laboral principal que un individuo desempeña con o sin remuneración económica	Actividad laboral que desempeña en el momento de la entrevista	(1) Obrero (2) Campesino (3) Profesionalista	Encuesta

INTRUMENTOS DE MEDICION.

Para la recolección de los datos se utilizó el cuestionario diagnóstico de autoevaluación para Identificar Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol (AUDIT por sus siglas en inglés) el cual fue diseñado por la OMS en 1982 para identificar personas cuyo consumo de alcohol de haya convertido en un problema de salud, ya sea porque el consumo entrañe riesgos, daños a la salud, o bien dependencia. Consta de 10 preguntas seleccionadas con base en su reproducibilidad y correlacionan con el consumo del alcohol, **Las tres primeras** se relacionan con la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, por lo que permiten la estimación de la abstinencia o el consumo riesgoso. **Las tres siguientes** evalúan 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 alcohol, incluyendo reacciones psicológicas adversas. Cada pregunta consta de tres a cinco opciones, a las que se le asignan valores progresivos de uno a cuatro. A cada opción se le da un valor numérico partiendo de cero en el nivel inferior y en orden progresivo hasta dos o cuatro puntos (dependiendo del número de opciones). Cuando el puntaje es menor de 9 puntos equivale a **consumo seguro de alcohol o “normal”**, entre 9 y 18 puntos equivale a consumo “riesgoso” de alcohol, mayor de 18 puntos equivale a consumo “dañino”. De acuerdo con estos 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.^{24,30}

El Cuestionario Audit frecuentemente es utilizado y aplicado por su capacidad para medir el consumo problema de alcohol, dada su alta sensibilidad (92%) y especificidad (94%). en estudios de seguimiento se ha probado su capacidad predicativa de problemas médicos, trastornos sociales e incluso mortalidad, relacionados con el consumo del alcohol. el instrumento se encuentra validado y además es el que está reconocido por la NOM-028-SSA2- 1999 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Los ítems del AUDIT fueron seleccionados de un grupo de preguntas con base, principalmente, a correlaciones con la ingesta diaria de alcohol, la frecuencia de consumos de

seis o más bebidas por episodio de consumo y su capacidad para discriminar a los bebedores de riesgo de aquellos con consumo perjudicial.^{24, 30,31}

Este cuestionario se complementó con otros datos de recolección, los cuales no se encuentran incluidos dentro del mismo, como la edad, el sexo, la escolaridad, y la ocupación, debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. La respuesta a cada pregunta se debe marcar con una X, quedando fuera los que no estén contestados en su totalidad. (Anexo 2)

Dominios	Número de Pregunta	Contenido del ítem
Consumo seguro o "normal" de alcohol	1	Frecuencia
	2	Cantidad Típica
	3	Frecuencia de consumo elevado
Consumo "riesgoso" de alcohol	4	Pérdida del control sobre el consumo
	5	Aumento de la relevancia del consumo
Consumo "dañino" de alcohol	6	Consumo matutino
	7	Sentimiento de culpa tras el consumo
Problemas causados por el alcohol	8	Lagunas de memoria
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol
	10	Otros se preocupan por el consumo.

También se aplicó **el apgar familiar**, es un instrumento de evaluación familiar que creó El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 con el propósito de que el médico de familia obtuviera información de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias, consta de cinco reactivos, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del

entrevistado con su vida en familia, y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario, contribuye a su enfermedad. El cuestionario puede ser contestado por todo tipo de familias, y mientras mayor sea el número de individuos a quienes se aplique, más completa será la visión que se pueda tener del funcionamiento del sistema familiar, sin embargo como cada persona contribuye al total, incluso la respuesta de una sola de ellas puede ser de valor. Componentes de Apgar Familiar: **Adaptabilidad** o apoyo y solidaridad: capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis, **Participación** o compañerismo: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones, **Crecimiento**: Capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia. **Afecto**: capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia. **Resolución**: capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia. Cada uno de los miembros de la familia, generalmente los mayores de 15 años, elige por separado una de las tres opciones de cada una de las preguntas: casi siempre, algunas veces o casi nunca. Con la suma de la puntuación obtenida se puede hacer las inferencias: 0 a 3 puntos **Familia altamente disfuncional**, 4 a 6 puntos **moderadamente disfuncional**, 7 a 10 puntos **familia funcional**.

Si la funcionalidad o disfuncionalidad se encuentra en más de un miembro de la familia, el calificativo se otorga a todo el grupo. ¹ Anexo 3

La validación inicial del APGAR familiar se efectuó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index) e igualmente con estimativos de función familiar hechos por diversos psicólogos. La validación mostró un índice de correlación de 0.80 entre el APGAR/Pless-Satterwhite y de 0.64 entre APGAR/estimación de psicólogos. Este mismo estudio observó cómo los puntajes en familias de profesionales (promedio = 8.24) eran significativamente más altos que los puntajes observados en las familias no profesionales (promedio = 5.89). ³²

Declaración Ética.

Todos los pacientes que ingresaron al estudio, recibieron información acerca del objetivo principal de la investigación, se realizó de acuerdo a las normas del Reglamento General de Salud, se enviará para revisión y aprobación por el comité de Investigación del Hospital General de Zona No. 2 en la ciudad de San Luis Potosí, y con el apego estricto de la Declaración de Helsinki, en materia de investigación para la salud, firmando cada uno de los participantes el consentimiento informado, sin perjudicar su integridad física, ni moral de las personas participantes, para proteger la vida, la intimidad y la dignidad del ser humano, así como sus derechos individuales, siendo su información confidencial con interés propio para el investigador.^{33 34}. ANEXO 1

RECURSOS

Recursos Humanos para la Investigación:

Los cuestionarios fueron aplicados por La Dra. Martha Rangel Suárez.

Presupuesto y financiamiento

Los recursos para llevar a cabo este estudio, serán los propios de los investigadores.

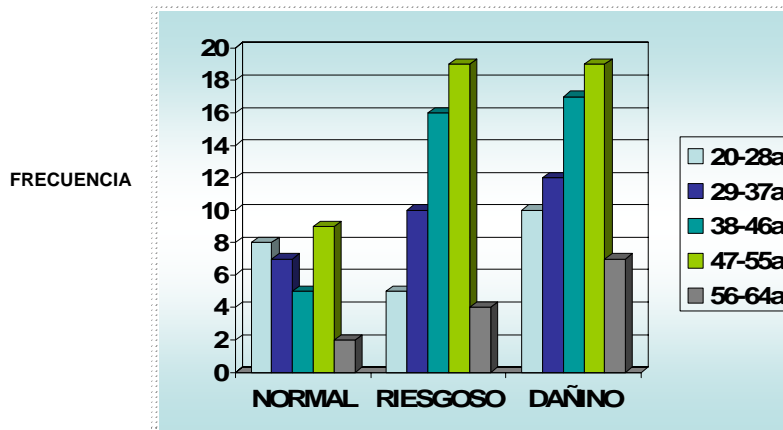
Recursos y materiales

Material	Cantidad	Costo (pesos)
Hojas blancas bond tamaño carta	2000	180.00
Lápices	25	50.00
Fólderes	10	15.00
Cartucho tinta negra y color para impresora	2	1600.00
Copias fotostáticas	450	250.00
Total		2,095.00

ANALISIS DE RESULTADOS

Durante los meses de julio a octubre del 2008, se realizo la aplicación de los cuestionarios Audit.. a 150 pacientes masculinos y el cuestionario Apgar Familiar al paciente y a dos integrantes del grupo familiar adscritos a la U. M. F. No 48 La Hincada S. L. P., cumpliendo los criterios de inclusión quedaron: Un total de 141 pacientes masculinos de los cuales 86 son obreros, 41 campesinos, y 14 profesionistas, a los cuales se les evaluó por medio de las encuestas, presentando los siguientes resultados.

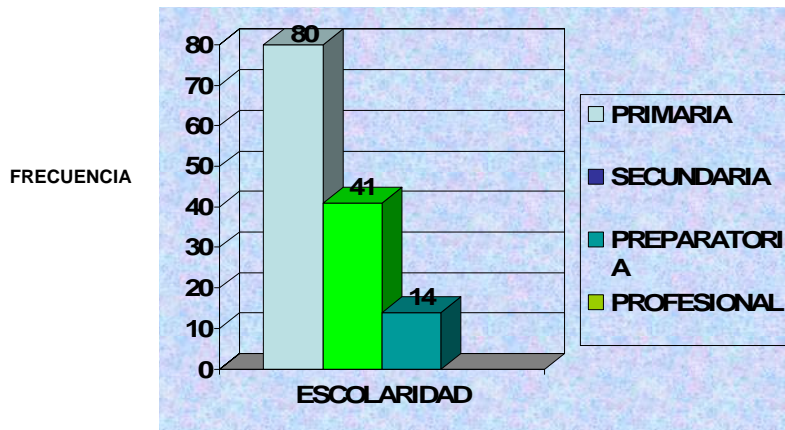
CONSUMO DE ALCOHOL- GRUPO DE EDAD



FUENTE: ENCUESTA N: 150

En todos los consumos el grupo de edad mas involucrado es el de 46-55 años

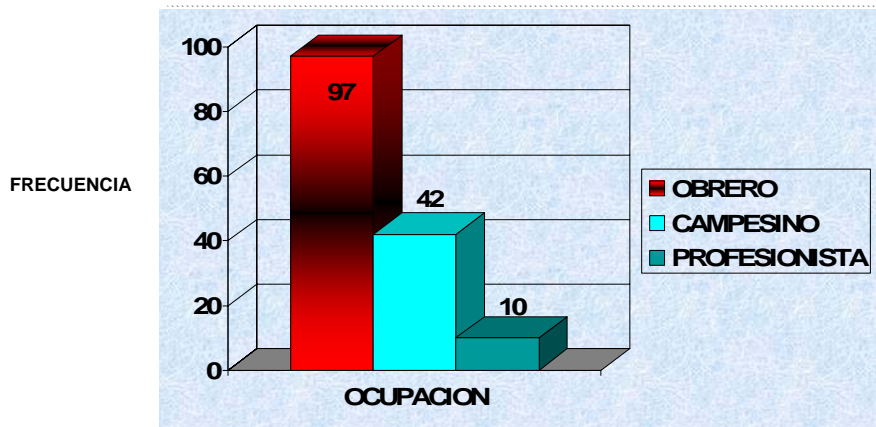
ESCOLARIDAD



FUENTE: ENCUESTA N: 150

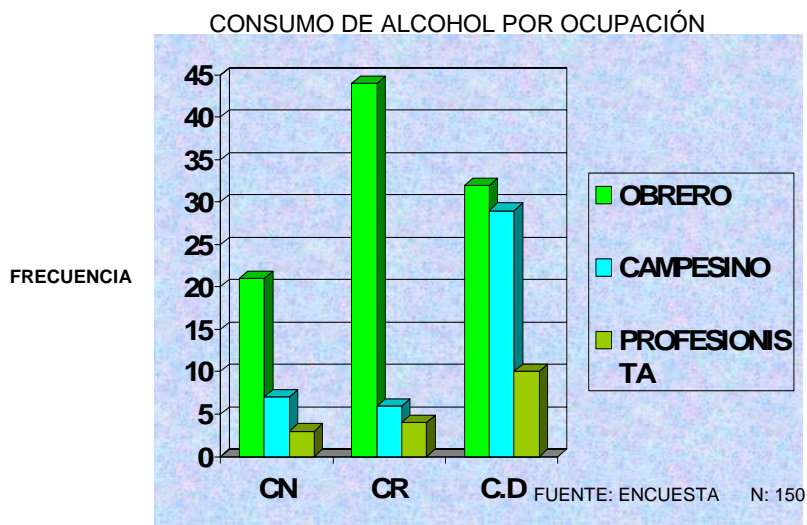
El consumo de alcohol más alto se presenta en personas con estudio de primaria

OCUPACIÓN

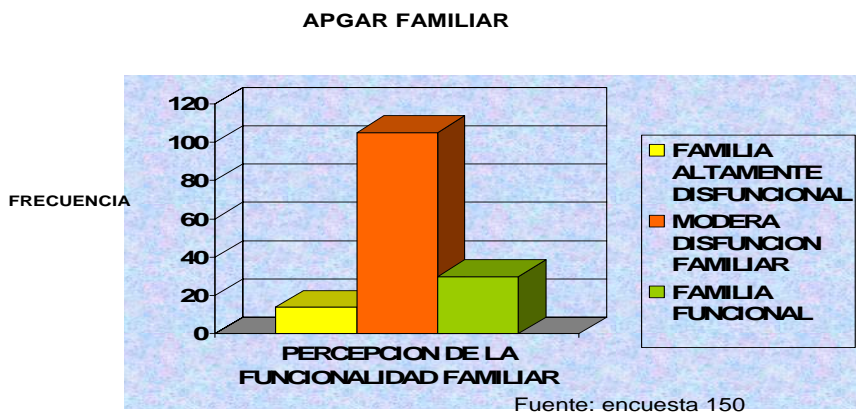


FUENTE: ENCUESTA N: 150

El consumo de alcohol más alto se presenta en los obreros



El consumo riesgoso y dañino de alcohol se presenta más alto en la clase obrera, y el consumo dañino predomina en los campesinos



La percepción familiar traduce que la moderada disfunción familiar predomina en estas familias.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se observó que el alcoholismo es una enfermedad multifactorial. Se presenta en todos los estratos socioeconómicos, así como en todas las profesiones u oficios, influyendo en el consumo la cultura de la comunidad, antecedente de un familiar alcohólico, un ambiente laboral estresante y arduo, tratar de mantener el status deseado, dificultades económicas y financieras y el ambiente adverso que se presenta en la comunidad, la falta de áreas de recreación la cultura local, y el hecho que ellos esperan más efectos positivos que negativos de la ingesta de alcohol, la accesibilidad de bebidas embriagantes. El incremento del alcoholismo en la comunidad, plantea retos de gran magnitud, para el sector salud. Esto incluye el sistema familiar y las relaciones intergeneracionales, debido a que el abuso de alcohol determina trastornos orgánicos diversos como son: enfermedades cardiovasculares (arritmias, cardiopatías isquémicas, etc.); digestivas (gastritis, úlceras, hepatitis, cirrosis alcohólica, pancreatitis) cánceres de la mucosa oral; inmunodepresión y las subsecuentes infecciones, diversas alteraciones neurológicas centrales y periféricas, así como alteraciones psiquiátricas de gran envergadura. Todo esto genera limitaciones personales y laborales del individuo y, por lo tanto, afectaciones de su medio familiar y de su entorno social. Los accidentes de tránsito, las muertes violentas evitables en la comunidad, están altamente vinculadas con el uso y abuso de alcohol. Produce baja productividad en el trabajo, aumento del ausentismo. Situación que requiere mayor atención por parte de los familiares.

El grupo más involucrado en el consumo de alcohol es el de 46 a 55 años de edad, (gráfica 1), con un índice de sub-escolaridad elevado, (80 varones con primaria), más frecuente en obreros y campesinos, presentando estos consumo riesgoso y dañino de alcohol (48 y 35 pacientes masculinos respectivamente) el grupo que aparentemente tiene menor consumo de alcohol son los profesionistas, encontrando un sesgo ya que en este ultimo grupo solamente fueron encuestados 14 pacientes masculinos. También se observó que 104 familias perciben moderada disfunción familiar, 16 son altamente disfuncionales, y 25 son funcionales.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio encontramos que, el consumo riesgoso y dañino de alcohol se presenta en la clase obrera y campesina, y con subescolarización, siendo factores predisponentes alcoholismo en la familia, un ambiente laboral adverso, así como el deseo de mantener un lugar “reconocido” en su comunidad. Por otro lado, la situación económica prevaleciente también influye en el consumo de alcohol. con un trasfondo cultural local deficiente , donde las recreaciones son en relación a la ingesta de alcohol, con poca preocupación de establecer y difundir centros de entretenimiento familiar sin involucrar bebidas alcohólicas. A todo esto se suma, una escasa o nula difusión de información acerca de los efectos dañinos del consumo de alcohol tanto a corto como a largo plazo, lo que lo hace aún más atractivo a su consumo.

Otra conclusión es que la funcionalidad familiar puede ser alterada por múltiples factores entre ellos el alcoholismo juega un papel importante en este grupo de estudio prevalece la moderada disfunción familiar. 16 son altamente disfuncionales y 25 son funcionales.

SUGERENCIAS:

- 1.- Mayor orientación sobre adicciones en la clase con mayor incidencia de alcoholismo.
- 2.-Seguimiento de los programas institucionales en el rubro adicciones.
- 3.- Que se continúen protocolos de investigación que permitan conocer adicciones en nuestra población.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Huerta González JL Medicina Familiar. La Familia en el Proceso Salud-Enfermedad Edición 2005. pag. 9
- 2.- Jaime Valdés LM. Pérez Guerra LE. Alonso Cofiño M. Disfunción Familiar en el Paciente Alcohólico. Revista Electrónica de Portales Médicos 2008.
- 3.- Ortiz Gómez MT. Louro Bernal I. Jiménez Cnagas L. Silva Ayzaguer LC. La Salud Familiar. Caracterización em um Área de Salud. Rev. Cubana de Med Gen Integr 1999; 15(3):303-9
- 4.- Abordaje del paciente diabético Grupo Diabetes SAMFyC
- 5.- Ramírez Lumbreras CE. Mendez Espinoza E. Barrón Garza F. Riquelme Heras H. Cantú Leyva R. Funcionalidad Familiar y Enfermedad Crónica Infantil.
- 6.- Soriano J. Abdó L. Castejón E. Fábregas A. Jiménez X. Mora G. Rodríguez C. Alcoholismo, género y emociones. Escuela de Terapia Familiar Hospital de la Santa Cruz y San Pablo Universidad Autónoma de Barcelona Junio 2004
- 7.- García Gutiérrez E. Lima Mompó G. Aldana Vilas. Casanova Carrillo P. Álvarez VF. Rev. Cubana Med. Milit. 2004; 33(3) Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales.
- 8.- Rodríguez López T. Rev. Cuaba de Med Gen Integr 1998: 14(4):398-406 El Estrés y la habituación alcohólica.
- 9.- García Más M. P. Patología familiar y violencia domestica. Adicciones 2002, vol.14 supl. 1
- 10.- Barruecos Villalobos L. Historia de las bebidas con alcohol Fundación de Investigaciones sociales, A.C. México 2001.
- 11.- Bolet Astoviza M. Socarráz Suárez MM. Rev. Cubana de Invest Biomed El Alcoholismo, consecuencias y prevención 2003:22(1):2531.
- 12.- Piedra Hernández B. Revista Médica Electrónica Alcoholismo y sociedad (2006); 28 (5).
- 13.- Hernández Y. Madero P. Velásquez J.L Alcoholismo SlideShare. www.saludhoy.com/htm/adoles/articulo/alcohol1.html
- 14.- Saíz Ruiz Montes Rodríguez JM Alcoholismo Revisiones y actualizaciones: Psiquiatría Medicine 2003.

- 15.- Hoenicka J. et. al. Aspectos genéticos del alcoholismo. Trastornos adictivos 2003;5 (3)pp. 213-22
- 16.- Rivera Rodríguez DI. Quesada Garita R La Intoxicación Alcohólica Cuadernos de Estudio del Ministerio Público de C. R. No. 6
- 17.- B. Ganz Samuel, B. Post Anthony, Van Dam Jacques. Como enfrentar el problema de la hepatopatía alcohólica. Atención médica 2001; vol. 14(2):44-57
- 18.- 2003 Encuesta Nacional sobre el uso de drogas y la salud: Resultados Departamento de salud y servicios humanos Substance Abuse and Mental Health Services Administración Oficina de estudios Aplicados. E. U.
- 19.- Anderson P. Baumberg B. El Alcohol en Europa Una Perspectiva de Salud Pública Institute of Alcohol Studies, Reino Unido 2006.
- 20.- Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en España 2005-2006. Ministerio de Sanidad y Consumo Gobierno de España.
- 21.- Pascual Pastor F. Imagen de las bebidas alcohólicas Adicciones (2002); vol. 14 bupL I
- 22.- Pascual Pastor F. Percepción del alcohol entre jóvenes Adicciones (2002); vol. 14 bupL I
- 23.- Cortés Torres D. Gorrita Pérez RR. Hernández LA. Rev. de Ciencia Médicas La Habana 2006;12 (2)Patrones de consumo relacionados con el alcohol en la población masculino de un consultorio
- 24.- De La Cruz Morales JI.García, Fernández Garate IH, Tudon Garcés H, Escobedo de la Peña J. Zarate Aguilar A. Manzano Navarro M. Prevalencia de Consumo Riesgoso y Dañino de Alcohol en Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Mex 2002; 44:113-121.
- 25.- Encuesta Nacional de Adicciones (ENNA) 2002.
- 26.- L. Palomo, J, Gervas. Estado de salud, capacidad de ayuda familiar y utilización de servicios sanitarios por paciente crónicos recluidos a domicilio. Semergen 24(6) 441-453.
- 27.- Lic. Basilia Estela Díaz;; Lic. Ana Josefa Martínez Lozano. Rev. Cubana de Enfermería 003; 19(3): Policlínico Comunitario Docente Área VI-CEN Cienfuegos (pendiente)
- 28.- Programa de Acción Adicciones Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas Primera Edición 2001. D. R. Secretaría de Salud
- 29.- El Medico Interactivo Diario Electrónico de Sanidad (medynet.com/el medico). No.892- Enero-2003

30.- Babor TF.Higgins-Biddle JC.Saunders JB.Monteiro MG. Audit Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol.

31.- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de adicciones.

32.- Arias L. Herrera JA. Apgar Familiar en el Cuidado Primario de Salud

33.- Declaración de Helsinki de la Asociación Medica Mundial

34.- Guía Para La Elaboración de La Carta de Consentimiento Informado Para Participar en Una Investigación Clínica Secretaría de Salud. Hospital General "DR. Manuel Gea Gonzalez".

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Anexo 2

ENCUESTA PARA VALORACIÓN DE ALCOHOLISMO

Edad_____

Escolaridad: () Primaria () Secundaria () Preparatoria () Profesional

Ocupación: () Obrero () Campesino () Profesionista. () Otra

¿Cuál?_____

INSTRUCCIONES. Debido a que el uso de alcohol puede afectar su salud, es importante que le hagamos unas preguntas sobre su uso de alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, no hay necesidad de escribir su nombre así que sea honesto por favor.

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA.

Anexo 2

Prueba para identificar trastornos por el consumo de alcohol (AUDIT).

1.- ¿Con que frecuencia bebe una copa de alcohol?

- (0) Nunca (1) Cada mes o menos (2) 2-4 veces por mes (3) 2-3
Veces /semana (4) 4 ó más veces/semana

2.- ¿Cuántas copas de alcohol bebe en un día normal?

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

3.- ¿Con que frecuencia bebe seis o más copas en una ocasión?

- (0) Nunca (1) Menos de una vez por mes (2) Una vez por mes
(3) Una vez por semana (4) Diario o casi diario

4.- Durante el año pasado ¿Cuántas veces notó usted que no podía dejar de beber una vez que había comenzado?

- (0) Nunca (1) Menos de una vez por mes (2) Una por mes
(3) Una vez por semana (4) Diario o casi diario

5.- Durante el año ¿Cuántas veces dejó de hacer lo que normalmente se espera de usted por causa de la bebida?

- (0) Nunca (1) Menos de una vez por mes (2) Una vez por mes
(3) Una vez por mes (4) Diario o casi diario.

6.- Durante el año pasado ¿Cuántas veces tuvo que beber una copa en la Mañana antes que cualquier otra cosa para poder activarse después de Haber bebido la noche anterior?

- (0) Nunca (1) Menos de una vez por mes (2) Una vez por mes
(3) Una vez por semana (4) Diario o casi diario.

7.- Durante el año pasado ¿Cuántas veces experimentó sentimientos de culpa o remordimiento después de beber?

- (0) Nunca (1) Menos de una vez por mes (2) Una vez por mes

(3) Una vez por semana (4) Diario o casi diario.

8.- Durante el año pasado ¿Cuántas veces no pudo recordar lo que había sucedido la noche anterior porque había estado bebiendo?

(0) Nunca (1) Menos de una vez por mes (2) Una vez por mes
(3) Una vez por semana (4) Diario o casi diario.

9.- ¿Usted o alguien más ha resultado lastimado por su manera de beber?

(0) No (2) Sí, pero no durante el año pasado
(4) Sí, durante el año pasado.

10.- ¿Existe algún amigo, pariente o médico que conozca su consumo de bebidas alcohólicas o que le haya sugerido suspenderlo?

(0) No (2) Si, pero no durante el año pasado
(4) Si, durante el año pasado

ANEXO 3

Cuestionario Apgar Familiar

Función	Casi siempre (2)	Algunas veces (1)	Casi nunca (0)
¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la			

forma en que participa con ud. en la resolución de ellos?			
¿Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
¿Está satisfecho de la manera en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos como rabia, tristeza, amor, y otros?			
¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			