



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR.**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 9
ACAPULCO, GUERRERO**

**“ALCOHOLISMO EN TRABAJADORES DE CFE ADSCRITOS A LA UMF No. 10
DE APAXTLA DE CASTREJON, GRO. Y SU RELACION CON LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA.

DRA. SONIA LOPEZ MIRANDA

ACAPULCO, GRO.

2017



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.

**"ALCOHOLISMO EN TRABAJADORES DE CFE ADSCRITOS A LA UMF No. 10 APAXTLA DE CASTREJON,
GRO. Y SUS RELACION CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR"**

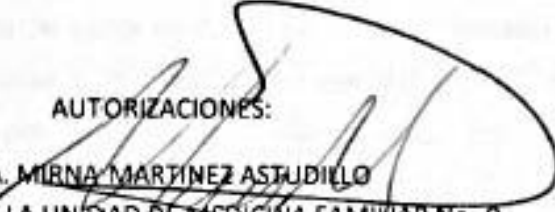
TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. SONIA LOPEZ MIRANDA

AUTORIZACIONES:


DRA. MIRNA MARTINEZ ASTUDILLO
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9
ACAPULCO, GRO.


DR. ROGELIO RAMIREZ RÍOS

COORDINAR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD
ASESOR DEL TEMA, Y METODOLOGIA DE TESIS.


DR. LIBRADO PÉREZ MIJANGOS

PROFESOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS.
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9, ACAPULCO, GRO.

ACAPULCO, GRO.

OCTUBRE DE 2017

**"ALCOHOLISMO EN TRABAJADORES DE CFE ADSCRITOS
A LA UMF NO. 10 DE APAXTLA DE CASTREJON, GRO. Y SU
RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR"**

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

PRESENTA

DRA. SONIA LÓPEZ MIRANDA


AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEÓVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1102
H GRAL REGIONAL NUM 1, GUERRERO

FECHA 03/09/2015

DRA. SONIA LOPEZ MIRANDA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

ALCOHOLISMO EN TRABAJADORES DE CFE ADSCRITOS A LA UMF No. 10 DE APAXTLA DE CASTREJON, GRO. Y SU RELACION CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-1102-13

ATENTAMENTE

DR.(A). ALEJANDRO ROBERT URIBE

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1102

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS:

Es difícil plasmar el agradecimiento porque no se encuentran las palabras precisas para poder manifestar en su totalidad esa gratitud que emana en mí ser... el orden de aparición no manifiesta el grado de importancia, ya que todos y cada uno de las personas que tengo que agradecer fueron de gran valor en este camino.

Agradezco a Dios Padre Todopoderoso, que me permitió nacer dentro de una familia donde he sido amada y me regalo a mis Padres que son los responsables de la persona que soy, Gracias a mi Madre María del Socorro Miranda Andraca ^(t) y a mi Padre Guillermo López Vázquez, por darme parte de su vida para poder llegar hacer quien soy, sin ustedes no podría llegar hasta este momento.

A mi empresa el Instituto Mexicano del Seguro Social que nos brinda la oportunidad de crecer académicamente. Por medio del curso de especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales en convenio con la Universidad Autónoma de México (UNAM).

A mis profesores Dr. Rogelio Ramírez Ríos y Dr. Librado Pérez Mijangos por su paciencia, su tolerancia, por ese amor que tienen para transmitir, enseñar, compartir sus conocimientos y experiencia tanto en área médica como en lo personal ya que nos regalan parte de su vida para poder llegar a nuestra meta.

A mis compañeros que sin ellos esta etapa no hubiera sido todo lo que fue, un reto lleno de alegría, tristezas, enojos, preocupaciones, una ola de sentimientos que gracias a ellos fue toda una odisea que quedará dentro de mi corazón plasmada por siempre gracias chicos por compartir conmigo este camino a la meta... Dra. Avilés Vázquez Liliana, Dra. Bello Olea Miriam, Dra. Marcelo Delgado Mónica, Dr. Marín Villanueva Ismael y Dr. Serrano Álvarez Carlos Valentín.

Especialmente a Dra. Gaby además de compañera una gran amiga que me ayudo aclarando dudas que surgieron en el trayecto de esta meta, siempre en la mejor disposición y con una sonrisa que te caracteriza, iniciando una amistad que espero dure para toda la vida.

A un gran amigo que me impulso a iniciar esta odisea sin el simplemente no hubiera empezado este camino gracias Dr. Rafael Ramírez Mosso.

A mi compañero de vida, mi esposo Héctor Miguel Gil Calixto por tu paciencia por todo el tiempo que deje de pasar a tu lado, por tus palabras de ánimo, por estar a mi lado y no dejarme caer, aguantar mis enojos, mi cansancio, pero siempre a mi lado diciendo “tu puedes con eso y más”.

A mis hermanas y hermano Verónica, Rocío y Guillermo López Miranda que siempre has estado conmigo compartiendo mis triunfos y tristezas.

DEDICATORIA:

Sin duda alguna dedico este triunfo a mi Señora Madre María del Socorro Miranda Andraca ^(t) que siempre creyó en mí, sé que donde quiera que estés debes estar orgullosa de ver que lo que sembraste con un gran esfuerzo, principalmente con gran Amor dio fruto, y obviamente a mi Señor Padre Guillermo López Vázquez el cual tengo la dicha de tenerlo aún con vida, te dedico este esfuerzo papá que también es tuyo, mis triunfos son tuyos porque soy una extensión de ti espero estés orgulloso de ver lo que soy gracias a ustedes, por eso no tengo la menor duda de dedicar a ustedes lo que es de ustedes, simplemente honor a quien honor merece.

RESUMEN

TITULO: Alcoholismo en trabajadores de CFE adscritos a la UMF No. 10 de Apaxtla de Castrejón, Gro. y su relación con la funcionalidad familiar.

OBJETIVO: Se identificó la funcionalidad familiar y su relación al alcoholismo, en los trabajadores de CFE adscritos en la unidad de medicina familiar número 10 de Apaxtla de Castrejón Guerrero.

METODOLOGIA:

Estudio transversal analítico en 120 pacientes trabajadores de CFE adscritos a la UMF No. 10 Apaxtla de Castrejón Gro, previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud y firma de carta de consentimiento informado. Se identificó el nivel de alcoholismo con base a la clasificación del test AUDIT, se aplicó una encuesta para identificar factores de riesgo relacionados. En todos ellos se identificó la funcionalidad familiar utilizando la evaluación Apgar en los 5 componentes. Los datos obtenidos se organizaron en una base de datos para análisis estadístico descriptivo e inferencial con cálculo de chi cuadrada y valor de p con IC95%.

Resultados: predominó familia funcional n=85 (70.8%), disfuncional n=35 (29.2%), edad 31-35 años n=31 (25.8%), hombre n=105 (87.5%), técnico n=59 (49.2%), empleado n=87 (72.5%), casado n=105 (87.5%), católica n=97 (80.3%), tiempo alcoholismo 2-4 años n=56 (46.7%), nuclear n=105 (87.5%), dispersión n=82 (68.3%), problema sin alcohol n=85 (71%), OR= 11.66, IC 95%= 4.22-33.16, P=0.000 estadísticamente significativo.

Conclusiones: predominio de edad 31-35 años, masculino, técnico, empleados, casados, católicos, con tiempo de alcoholismo 2-4 años, familias nucleares en etapa de dispersión pero aun sin problemas serios de alcoholismo.

Palabras claves: funcionalidad familiar, alcoholismo, factores de riesgo.

SUMMARY

TITLE: Alcoholism in CFE workers assigned to UMF No. 10 of Apaxtla de Castrejón Guerrero and its relation to family functionality.

OBJECTIVE: Family functionality and its relation to alcoholism were identified in CFE workers enrolled in the family medicine unit number 10 of Apaxtla de Castrejón Guerrero.

METHODOLOGY:

An analytical cross-sectional study of 120 CFE patients enrolled in UMF No. 10 Apaxtla de Castrejón Gro, prior authorization from the Local Health Research Committee and signing an informed consent letter. The level of alcoholism was identified based on the classification of the AUDIT test, a survey was conducted to identify related risk factors. In all of them, the family functionality was identified using the Apgar evaluation in the 5 components. The data were organized into a database for descriptive and inferential statistical analysis with calculation of chi square and p value with 95% CI.

Results: the functional family predominated n = 85 (70.8%), dysfunctional n = 35 (29.2%), age 31-35 years n = 31 (25.8%), male n = 105 (87.5%), technical n = 59 (n = 87) (72.5%), married n = 105 (87.5%), catholic n = 97 (80.3%), time alcoholism 2-4 years n = 56 (46.7%), nuclear n = 105 (%), dispersion n = 82 (68.3%), alcohol-free problem n = 85 (71%), OR = 11.66, 95% CI = 4.22-33.16, P = 0.000 statistically significant.

Conclusions: predominantly aged 31-35 years, male, technical, employed, married, Catholic, with alcoholism time 2-4 years, nuclear families in dispersal stage but still without serious problems of alcoholism.

Key words: family function, alcoholism, risk factors.

INDICE

PAG

1.- Marco teórico.....	1
2.- Planteamiento del Problema.....	22
3.- Justificación.....	26
4.- Objetivo general.....	28
4.1.- Objetivos específicos.....	28
5.- Hipótesis.....	28
6.- Metodología.....	29
6.1.- Tipo de estudio.....	29
6.2.- Población lugar y tiempo de estudio.....	29
6.3.- Tamaño de la muestra y tipo de la muestra.....	29
6.4.- Criterio de selección.....	29
6.5.-Definición y operacionalización de las variables.....	30
6.6.- Descripción general del estudio.....	32
6.7.- Método de recolección de datos.....	34
6.8.- Organización de datos.....	34
6.9.- Análisis estadísticos.....	34
6.10.- Consideraciones éticas.....	35
6.11.- Presupuesto y financiamiento.....	36
7.- Resultados	37
8.- Discusión.....	46
9.- Conclusión.....	47
10.- Recomendaciones.....	48
11.- Referencias.....	49
12.- Anexos.....	52

MARCO TEORICO:

Desde tiempos muy remotos el hombre aprendió a fermentar granos y jugos para obtener una sustancia que le provocaba un estado especial. Este estado varía en las diferentes personas de acuerdo a la cantidad ingerida y de acuerdo a las motivaciones de su injerencia. Nos referimos al estado de Intoxicación alcohólica.

Existen reportes escritos del uso de cerveza, vinos y otras bebidas alcohólicas que datan desde 3000 años antes de Cristo. Pero el proceso de destilación aplicado a las bebidas fermentadas se remonta alrededor del año 800 después 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. La Influencia del alcohol se ha visto reflejada en las diferentes esferas de la historia de la sociedad desde tiempos muy remotos.¹

"El consumo del alcohol, ha sido reconocido como un factor de integración social y favorecedor de la convivencia". Esto es, el alcohol es una de las bebidas embriagantes, consumidas con moderación y en los contextos permitidos, reduce la tensión, desinhibe y provoca sensaciones de bienestar.

Los bebedores "normales" disfrutan de las bebidas por esos efectos placenteros y aprecian diferentes calidades de bebidas.

Proporciones variables de individuos en la población presentan problemas en su salud y en sus relaciones interpersonales a causa del consumo inmoderado de alcohol.

El alcohol es una de las drogas que por su fácil acceso y poderosa propaganda que recibe, se ha convertido en un verdadero problema social en casi todos los países y en todas las edades a partir de la adolescencia.

Quizá mucha gente piense que mientras no se convierta en alcohólico típico, las consecuencias de beber frecuentemente y en altas dosis no son tan alarmantes. Pero los estragos del alcohol pueden ser graves y muchos de ellos Irreversibles.

A continuación hablamos de algunos de los efectos a corto plazo provocados por el alcohol.²

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.

La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos).²

El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

El alcoholismo afecta más a los varones adultos, pero está aumentando su incidencia entre las mujeres y los jóvenes.¹

El alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico, o un comportamiento aprendido e inadaptado.

El alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja en sí, con todas sus consecuencias. Se desarrolla a lo largo de años.

Los primeros síntomas, muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades.

El alcohol se está considerando cada vez más como una droga que modifica el estado de ánimo, y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso.

La química del alcohol le permite afectar a casi todo tipo de célula en el cuerpo, incluyendo aquellas en el sistema nervioso central. 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 el alcohol y se vuelve dependiente de él.¹

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.

Al principio el alcohólico puede aparentar una alta tolerancia al alcohol, consumiendo más y mostrando menos efectos nocivos que la población normal. Más adelante, sin embargo, el alcohol empieza a cobrar cada vez mayor importancia, en las relaciones personales, el trabajo, la reputación, e incluso la salud física. El paciente pierde el control sobre el alcohol y es incapaz de evitarlo o moderar su consumo. Puede llegar a producirse dependencia orgánica (física), lo cual obliga a beber continuamente para evitar el síndrome de abstinencia.²

La humanidad conoce los alcoholes desde tiempos muy remotos, específicamente el alcohol etílico. Así: Indra, dios hindú guerrero y borrachín se embriagaba con soma, bebida que le daba fortaleza para el combate.

La bebida compartida solo por los sacerdotes vedas se preparaba probablemente con plantas alucinógenas, agua, leche cuajada y granos de trigo.

El Avesta iraní tomaba la bebida mágica de la inmortalidad y la sabiduría. Esta bebida se llamaba haoma.

Los griegos tenían a Dionisio, dios del vino y del hidromiel (elaborado con agua de lluvia y miel que se exponía al sol por 40 días, luego la decantaban en ánforas selladas). El vino griego se mezclaba con agua de mar, harina con miel, resma, harina de avena hervida con agua o se le agregaban plantas aromáticas (aloe, mirto o tomillo). Los vinos eran fuertes, ahumados y ásperos.¹

El vino hipocrático era estimulante del apetito y del espíritu. Los romanos perfeccionaron las bebidas griegas y usaron zumos de frutas fermentados; usaban higos, granadas y dátiles. Además preparaban su especial vino de ajeno.¹

En 1500 el Dr. Slivlus de la Boe, de la facultad de medicina de Arden destila la *ginebra* a partir de bayas de enebro. Setenta años más tarde, en Holanda, se destila enebro con fines comerciales. En 1510 los monjes *benedictinos* inventan el licor de hierbas.

En los monasterios escoceses se inventa el *whisky*, posteriormente los franceses inventan el *brandy* y el *vermtÁ*. En 1741 los franceses preparaban bebidas como aguardiente con canela y jengibre, clavos, nuez moscada, azúcar y vino. En 1821 se multiplican las destilerías de papa en Alemania. Actualmente las bebidas alcohólicas se consumen solas o mezcladas y su preparación y circulación son una industria próspera.¹

CLASIFICACION ALCOHOLISMO DE ACUERDO A LA OMS.

BEBEDOR O ALCOHÓLICO.

Es más frecuente en el hombre que en la mujer, influyendo para su uso factores de orden social, profesional y obrero-industrial.

Los adultos pueden clasificarse, según la cantidad de alcohol que consumen, en:

- 1) Abstemios.
- 2) Bebedores sociales.
- 3) Alcohólicos sociales.
- 4) Alcohólicos.

Cada grupo presenta conductas características relacionadas con su hábito de beber y con frecuencia es mayor en el hombre que en la mujer.¹

TIPOS DE ALCOHÓLICOS.

1) Abstemios.

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 tiene interés en repetir la experiencia.

No bebedores preocupados, que no solamente se abstienen si no que buscan el persuadir o coaccionar a otros que comparten su abstinencia.¹

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 es rara, puede ocurrir sólo durante una actividad de grupo, tal como una boda, una fiesta o el día de año viejo, momento en que se permite bebida en exceso.

3) Alcohólicos Sociales.

En comparación se intoxican con frecuencia, pero mantienen ciertos controles de su conducta. Prevén las ocasiones que requieren, de modo rutinario, toman un «par» antes de volver a casa. Evitan los bares en los que se dan espectáculos y buscan los otros que ya se conocen por sus bebidas abundantes, la mayoría son clientes «regulares» con las mismas inclinaciones basadas en una gran tolerancia de alcohol.

Un alcohólico social encontrará tiempo para una copa por lo menos, antes de la cena. Es probable que poco después de ésta se quede dormido. Su bebida no interfiere en su matrimonio ni interfiere gravemente en su trabajo.

4) Alcohólicos.

Se identifica por su gran dependencia o adicción de alcohol y una forma acumulativa de conductas asociadas con la bebida.¹

ETILISMO AGUDO

"Etilismo agudo, (embriaguez), no es otra cosa que el conjunto de desórdenes causados por la ingestión excesiva de bebidas a base de alcohol etílico.

Entre las bebidas alcohólicas en las que tenemos una baja concentración del alcohol, son las bebidas llamadas fermentadas, (pulque, cerveza, vino, sidra, champagne, etc.) contienen de 3 a 10% de alcohol.

Las bebidas destiladas, (tequila, mezcal, etc.) que contienen de 40 a 60% del alcohol.

Las bebidas artificiales, (aperitales, cocktails, etc.). Que debido a los aceites esenciales que contienen son más peligrosas"...¹

Para que haya etilismo agudo es necesario ingerir bebidas alcohólicas a dosis fuertes, variando los efectos subjetivos y objetivos de los individuos, las dosis tomadas y la naturaleza de las bebidas ingeridas.

Lista de bebidas alcohólicas: existe gran variedad, desde cerveza la más frecuente, tequila, vodka, vinos, whisky, cocteles, mezcal, pulque, etc. etc.¹

Panorama Epidemiológico del Consumo de Alcohol

Sobre el alcohol, la percepción de riesgo entre la población ha venido disminuyendo desde tiempo atrás; en tanto que la tolerancia social se ha incrementado, lo cual es congruente con la tendencia al incremento del consumo de esta sustancia.³

La ENA, llevada a cabo de manera periódica, tiene la finalidad de medir la evolución del consumo de sustancias y otras problemáticas de salud mental. La última encuesta realizada en 2008, muestra que el abuso/dependencia al alcohol incrementó del 4.1% en el 2002 a 5.5% para el 2008. Por sexo, ambos tuvieron incrementos importantes (8.3% a 9.7% en hombres y de 0.4% a 1.7% en mujeres).³

Por perfil sociodemográfico, la mayor demanda de tratamiento fue por parte de los hombres (77.2%).

Quienes acudieron principalmente, fueron jóvenes de 15 a 19 años de edad (31.9%) seguidos por los de 35 años o más (20.9%).

En cuanto al estado civil, la mayor parte eran solteros (62.2%) y tenían estudios de nivel secundaria (45%). Con respecto a la ocupación, el 28.7% eran estudiantes y el 25% tenían un trabajo estable.

El nivel socioeconómico de la mayoría fue medio bajo. El alcohol no es la principal droga de impacto en esta población, aunque si es una de las que ha incrementado la ampliamente la demanda de atención.

En el Servicio Médico Forense, se obtiene información sobre la presencia de sustancias en los casos de aquellas personas que murieron de manera violenta o súbita.

Asimismo, el mayor porcentaje de adultos de 35 años o más reportaron como droga de impacto al alcohol (55.3%).

En los hombres, el 40.7% tienen como droga de impacto al alcohol y el 29.4% para mariguana, 10% solventes, 7% tabaco y 6% cocaína.

Para mujeres la droga de impacto fue alcohol en 53%, 13.7% tabaco, 12.4% mariguana, 11% solventes y 3% cocaína.

Con respecto a las mujeres el 71.4% son solteras, 49% menores a 18 años, 27% de 35 a 65 años y 19.7% de 18 a 34.

En cuanto a escolaridad 53.7% tienen secundaria, 21.7% bachillerato, 13.6% estudios superiores, 13.6% primaria y 6% estudios superiores.

A manera de resumen, la dependencia y los problemas asociados afectan a una parte importante de la población mexicana, siendo el alcohol la droga que genera una mayor problemática en nuestro país.³

Adicionalmente, los datos muestran que hay variaciones regionales importantes que deben tomarse en cuenta en la planeación de acciones y de políticas públicas en la materia.³

1. Población general de 12 a 65 años

a) Tendencias nacionales del consumo de alcohol

Con respecto a las tres prevalencias de consumo, se observó un crecimiento significativo en cada una de ellas de 2002 a 2011. De modo que la prevalencia

alguna vez en la vida pasó de 64.9% a 71.3%. La prevalencia en los últimos doce meses de 46.3% a 51.4% y el crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del último mes ya que pasó de 19.2% a 31.6%.

Al analizar los datos por sexo, se observó la misma tendencia de 2002 a 2011. Así la prevalencia alguna vez en la vida en los hombres creció de 78.6% a 80.6% y en las mujeres de 53.6% a 62.6%.

La prevalencia del último año en las mujeres pasó de 34.2% a 40.8%, mientras que en los hombres el incremento se registró entre 2008 y 2011 (55.9% a 62.7%).

Por último, la prevalencia del último mes entre 2002 y 2011 aumentó en ellos de 33.6% a 44.3% y en ellas de 7.4% a 19.7%.

b) Tendencias en población adulta de 18 a 65 años.

El uso de alcohol entre la población adulta fue mayor que en la adolescente y aumentó significativamente de 2002 a 2011.

La prevalencia alguna vez pasó de 72% a 77.1%, en tanto la prevalencia de los últimos doce meses incrementó de 51.3% a 55.7% y la del último mes pasó de 22.2% a 35%.

Por sexo, en los hombres únicamente de 2008 a 2011, la prevalencia alguna vez (80.8% a 88.1%) y del último año (62.6% a 69.3%) creció significativamente, mientras que el consumo en los últimos 30 días aumentó significativamente entre las 3 encuestas. (39.7% a 50.0%).

En las mujeres adultas el aumento de alcohol fue significativo en las tres prevalencias de consumo de 2002 a 2011 (58.8% a 67% alguna vez, 37.1% a 43.2% últimos 12 meses y 8.5% a 21.2% últimos 30 días)

Por patrón de consumo se encontró que en esta población, de 2002 a 2011 el consumo diario se mantuvo igual, el consuetudinario es menor en el 2011, y la dependencia aumentó significativamente al pasar de 4.6% a 6.6% (incrementó 1% entre 2008 y 2012), mientras que el consumo alto entre 2008 y 2011 se mantuvo igual.

Por sexo, se observó esta misma tendencia, los hombres incrementaron su nivel de dependencia (9.6% a 11.8%) al igual que las mujeres (.7% y 1.7%).

En lo que respecta al consumo consuetudinario se mantuvo estable en los hombres (11.8% y 11.3%) y en las mujeres disminuyó (2.4% a 1.6%), el consumo diario bajó y el consumo alto se mantuvo igual entre 2008 y 2011 en ambos sexos.³

2. Tendencias de la edad de inicio del consumo de alcohol

Al analizar el promedio de la edad de inicio del consumo de alcohol, este valor es a los 18 años y se ha mantenido estable de 2008 a 2011.

Por sexo, se distinguen variaciones, particularmente en los hombres, ya que en ellos se dio un decremento significativo en este periodo, debido a que la media de edad en 2008 fue a los 16.95 años y en 2011 disminuyó a los 16.62 años.

En las mujeres, la media de edad fue similar en las dos encuestas, permaneciendo alrededor de los 19 años.³

¿Cómo son las variaciones regionales?

Esta conducta muestra importantes variaciones regionales. Hay más bebedores en las regiones Centro (*Guanajuato, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Puebla, Querétaro* y

Tlaxcala) y Norcentral (*Chihuahua, Coahuila y Durango*) y menos en las regiones Centro Sur (*Veracruz, Oaxaca, Michoacán y Guerrero*) y Sur (*Campeche, Quintana Roo, Chiapas, Tabasco, Yucatán*).

Se observaron interesantes diferencias entre hombres y mujeres; en los primeros sobresalen por el número de bebedores también las zonas Norcentral y Centro, pero entre ellas sobresale la Ciudad de México. En los hombres, la capital del país, se ubica en el intervalo de confianza de la media nacional.

El consumo de grandes cantidades que ocurre al menos una vez por semana o con más frecuencia, se observa principalmente en las regiones Nororiental (*Tamaulipas, Nuevo León y San Luis Potosí*) y Norcentral (*Chihuahua, Coahuila y Durango*).³

¿Qué tanta proporción recibe tratamiento y de qué tipo? ¿Ha aumentado la cobertura y el tipo de atención?

En términos absolutos más personas recibieron tratamiento en 2011 que en 2008, sin embargo en términos relativos éste índice se mantuvo estable, es decir, el aumento de personas en tratamiento, corresponde al aumento del tamaño de la población, sin ganancias proporcionales de cobertura.

La dependencia al alcohol es el trastorno con mayor rezago, solamente 6.8% de los enfermos recibieron tratamiento. El rezago es mayor en las mujeres, hay 2.2 hombres con dependencia en tratamiento, por cada mujer con esta misma condición.

Sin embargo, hay un cambio importante hacia un mejor tratamiento, con una reducción de la proporción que reportó desintoxicación, que es solo un primer paso y no se puede considerar como tratamiento en sí, una pequeña disminución de quienes estuvieron en un anexo o en tratamiento residencial y un aumento importante en la proporción que reportó tratamiento ambulatorio que pasó de 9.8% en 2008 a 32.6% en 2011.

También hay un aumento importante en la proporción de la población con dependencia que recibió un tratamiento completo con un profesional que pasó de 6.3% en 2008 a 22.8% en 2011. Sin embargo esta ganancia parece sólo observarse en los hombres.

También aumentó la proporción de hombres y mujeres que recurrieron a ayuda mutua; sin embargo, en las mujeres el crecimiento en la proporción que utilizó

este recurso fue mayor (de 15% en 2008 a 31.2% en 2011) que el que se observó en los hombres (de 35.4% a 44.7% respectivamente).³

En resumen, de 2008 a 2011 creció el número de bebedores; esta práctica tiene un inicio temprano, poco más de la mitad (55%) de la población que ha consumido alcohol, inició antes de los 17 años.

La *cerveza* sigue siendo la bebida de preferencia de la población, y su consumo incrementó de 2002 a 2008 y mantuvo su lugar en la elección de la población hacia 2011.

El segundo lugar lo ocupan los *destilados*, que ha incrementado su mercado con un aumento significativo de consumidores entre 2008 y 2011.

El tercer lugar de preferencia lo ocupan los *vinos de mesa* con un mercado relativamente pequeño, las *bebidas preparadas* se consumen poco, los *fermentados* mantienen un bajo nivel de consumo, y los *aguardientes* y el *alcohol de 96°* consumido como bebida alcohólica ha disminuido significativamente a partir de 2002.

El consumo diario sigue siendo poco frecuente en el país; en contraste, una tercera parte de la población reporta haber tenido al menos un episodio de alto consumo.

Asimismo, el 6% de la población desarrolló dependencia, lo que equivale a 4.9 millones de personas.

La dependencia al alcohol es el trastorno con mayor rezago, solamente 6.8% de los enfermos recibieron tratamiento. El rezago es mayor en las mujeres, hay 2.2 hombres con dependencia en tratamiento, por cada mujer con esta misma condición. Sin embargo, hay un cambio importante hacia un mejor tratamiento.

Estos datos nos indican que ya se observa un avance en la mejor oferta de tratamiento que existe hoy en términos de la calidad del mismo, aunque es menester aumentar la inversión en promoción de la salud, prevención y tratamiento con medidas tales como proteger a los adolescentes de la exposición al consumo, aumentar precios mediante impuestos, prohibir la publicidad, regular la densidad de establecimientos para venta, los horarios y días de venta,

introducir medidas que modifiquen la promoción del consumo excesivo en bares y limiten el riesgo de violencia y accidentes, fortalecer medidas de detección de alcohol en aliento a conductores, aumentar la oferta de un tratamiento integral que atienda todas las áreas de la vida afectadas por este problema, especialmente a las personas que tienen dependencia grave y a sus familias.³

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad por ello resulta indispensable contar con un marco de referencia que permita el estudio y la comprensión de este grupo social primario.

Debemos dejar en claro que es un término muy antiguo asignado a una organización social que, a través de su historia, ha experimentado diversas adaptaciones para poder ser funcional en cada época. Sin embargo, no es sino hasta 1861 cuando Johann Jakob Bachofen, Morgan y Mackenna inician estudios científicos acerca de la familia y describen sus características en cuanto a estructura y funcionalidad que son determinantes en grado de desarrollo social.⁵

Sabemos que la palabra “Familia “ proviene de fámulas, raíz latina, significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo faul, que se origina de la voz osca fanal, esclavo doméstico. En sus inicios la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. En la roma antigua el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposa, hijos, esclavos y sirvientes que eran propiedad del páter, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos.^{5.6.7}

La Real academia Española define el término Familia como “un grupo de personas emparentadas entre sí, que viven juntas o en lugares diferentes” y como “conjunto de ascendientes, descendientes , colaterales y afines de un linaje”^{5,8}

La OMS define familia como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado

de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. Según Ackerman la define como “La unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso”. S.Minuchin la considera como: “El grupo en el cual el individuo desarrolla su sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extra familiares.”^{5, 7,19}

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo..^{9, 10}

El concepto de familia (desde la perspectiva del médico familiar) es un grupo social organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud- enfermedad.¹¹

La Familia es una unidad biopsicosocial y una de sus funciones más importantes es contribuir a la salud de todos sus miembros por medio de la transmisión de creencias y valores de padres a hijos, así como del apoyo brindado. Así, todo el proceso de crecimiento y desarrollo de cada integrante se encuentra influido por las decisiones que se adoptan en el seno del grupo familiar¹²

Para lograr un acercamiento inicial a la familia se necesita que el médico familiar tenga elementos para integrar el diagnóstico familiar y con

ello realizar intervenciones terapéuticas oportunas y adecuadas, por lo que es necesario conocer: el ciclo vital familiar que se encuentra inmerso en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia.

Pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según V. Sátira son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o reciproca con autoridad, los Límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la Comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada.¹³

La familia es la institución social básica en donde se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la población.¹⁴

Estructura familiar: Conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar.

Las funciones de la familia: son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo.

La familia como grupo social debe cumplir funciones básicas que son: la Función económica, la biológica, educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste es uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo¹⁶

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad,¹⁰

La dinámica familiar es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; este proceso se efectúa en un contexto cambiante en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar.¹¹

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 de no estar aislado y contar con el apoyo de los demás.¹⁷

SALUD FAMILIAR

Es la homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social.

La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede concebir como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento en su caso, rehabilitación o paliación; este proceso implica obtener de los individuos y su familia información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso salud enfermedad, su análisis y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial. Entre las circunstancias clínicas ante las que se recomienda realizar un estudio familiar se encuentran las siguientes, problemas de salud mental, hiperutilización de los servicios, problemas de adicción, niños con problemas de alimentación, conducta o aprendizaje, defunción familiar, ETS, en especial **alcoholismo** etc.¹¹

El que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, es un indicador para saber cuándo se trata de una familia funcional o

disfuncional entendiendo por **funcionalidad familiar** , la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y de las crisis por las que atraviesa y que , por tanto , resulta un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.¹⁶

Una familia funcional es aquélla que es capaz de cumplir con las tareas que le son encomendadas enfrentando a todos sus integrantes dependiendo del ciclo vital en el que se encuentre o bien si atraviesa por una crisis normativa (crisis ya esperadas) o paranormativa (crisis no esperadas : como una enfermedad)¹¹

Para hacer un análisis en virtud de que el funcionamiento familiar, creemos necesario analizarlo con una perspectiva sistémica, la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad. El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia.¹⁶

Después de analizar las definiciones de familia, abordar este concepto desde varias perspectivas y autores¹⁶, además de revisar los elementos que conforman la dinámica familiar, así como salud familiar y estructura , partiendo de este marco de referencia ya analizado podemos recordar que fue en 1975 con Cantor y Lehr que estudiaron la Funcionalidad Familiar desde el punto de tipología familiar, en el año de 1977 con Beavers que propuso un modelo de funcionamiento familiar el cual lleva su nombre que discrimina estilo de familia y adaptabilidad, , el modelo de McMaster en 1978 el cual diferencia dimensiones como solución de problemas, comunicación roles, involucramiento afectivo y control conductual., el modelo de Moos el cual se basa en las relaciones interpersonales en los miembros de la familia, el modelo circunflejo de Olson en (1981), etc., en la actualidad hay 29 instrumentos más utilizados para valorar la funcionalidad familiar.: Cómo son APGAR Familiar (Family APGAR), FACES

(Familyadaptability and Cohesión EvaluationScales., TheFamilyFunctioningQuestionarie (FFQ), TheFamilyFunctioningIndex(FFI)¹⁸

APGAR FAMILIAR

Es uno de los primeros instrumentos desarrollados por un médico familiar, 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 en poco tiempo se completa. Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Se encuentra validad en nuestro medio por Bellonycols (1996)^{18, 19, 20, 21, 22}

Para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componente de la función familiar, adaptabilidad (Adaptability), cooperación, (parthertship), desarrollo (growth), afectividad (Affecction) y capacidad resolutiva (resolve).

El APGAR sirve para colocar al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla. Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos

* ADAPTABILITY(ADAPTABILIDAD), mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado.(situaciones de crisis)

*PARTHENSIN (PARTICIPACIÓN), Mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo, el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.

*GROWTH(GRADIENTE DE CRECIMIENTO), mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y

dirección (conducta), Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y reparación de los diferentes miembros de la familia.

*AFFECTION(AFEECTO) mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena , o rabia entre ellos mismos.

*RESOLVE(RESOLUCIÓN), mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.¹⁵

Estos cinco componentes se evaluarán a través de una serie de preguntas que pueden realizarse a través de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis , y de esta manera conoceremos 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.

El APGAR familiar consta de cinco preguntas con tres posibles respuestas. siendo aplicado al enfermo en forma individual, independiente del nexo familiar; de tal manera que se valorarán los componentes a través de cada pregunta planteada, con alguna de las siguientes opciones: casi siempre (equivalentes a 2 puntos), algunas veces (1 punto) o casi nunca (0 puntos), para posteriormente realizar la suma de acuerdo a las mismas, de tal manera que se tomaron las siguientes referencias para hablar del tipo de disfunción:

00 – 03 DISFUNCION GRAVE

04 - 06 DISFUNCION MODERADA

07- 10 FAMILIA FUNCIONAL.

Dentro de los componentes que se analizan con el cuestionario aplicado tenemos: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto, resolución.^{15, 19}

Los seres humanos nos enfrentamos a diversas crisis, una de ellas es la enfermedad crónica, Si una enfermedad leve puede hacer que un individuo y su familia entre en crisis con más razón lo podrá hacer el tener un miembro de la familia con problemas de alcoholismo.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica (como el alcoholismo) o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. Para Adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente y que puede llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, y arriesgando el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar. Los cambios que se producen en las familias no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, La historia familiar etc.

La enfermedad tiende a la cronicidad lo que condiciona que el paciente sea etiquetado como diferente, por las nuevas necesidades de cuidados, alimentación, su aspecto físico, su autoestima, por su capacidad de trabajo, todo esto se afecta, el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con conocidos.

Se han considerado las repuestas adaptativas de la familia para enfrentar la enfermedad no sólo la familia puede afectar de manera positiva o negativa la evolución de la enfermedad, es ésta quien de forma directa afecta cada una de las esferas: afectiva, física, económica y social de la familia

produciendo entonces un círculo vicioso que hace más severa la crisis y dificulta su manejo

Cuando el alcoholismo se presenta en la familia, la célula fundamental de la sociedad

la Familia tiene ante sí el reto de aprender a convivir, en su seno, con quienes presentan la enfermedad requiere de información para ayudar al afectado y asumir adecuadamente el rol de familiar, amigo, compañero de trabajo, de estudio e incluso el de pareja. En función de la enfermedad por alcoholismo se genera una serie de respuestas adaptativas que pueden ser funcionales o disfuncionales, que pueden llevar a mayor estrés en la familia y a una crisis todavía más severa.

Todo paciente con alcoholismo espera que en el medio familiar se desarrolle un clima de respeto, y compromiso con el cuidado y la atención que demandan este tipo de pacientes, y que debería extenderse también a través de amigos y compañeros de trabajo, a su entorno social y laboral como única forma de elevar la autoestima del enfermo y garantizarle una vida activa durante mucho tiempo.

El alcoholismo es un problema de salud pública en México; deteriora la salud física y mental, el funcionamiento social, familiar y económico de quienes lo padecen y las personas que los rodean. Entre las principales enfermedades que afectan la salud mental de las personas con alcoholismo están la depresión y la conducta suicida, especialmente exacerbadas durante el periodo de abstinencia; sin embargo se desconoce si estos trastornos permanecen después de haber superado este periodo y el papel y la importancia del apoyo de la familia y la sociedad durante el periodo de rehabilitación. ²⁶

Se identificaron como principales causas de alteraciones en el funcionamiento familiar el rechazo al familiar alcohólico y las relaciones familiares inadecuadas, las consecuencias familiares del alcoholismo que influyen en el funcionamiento familiar más relevantes fueron: el divorcio, el rechazo familiar, la violencia

doméstica, la desatención y el abandono familiar, y la crisis predominante fue la desmoralización.²⁶

EL artículo: Funcionamiento familiar en consumidores de sustancias activas con o sin conducta delictiva, dio como resultado que Asociado al consumo de sustancias adictivas, se encuentran factores de riesgo, tales como: pertenecer a familias disfuncionales, violencia familiar, inseguridad de los padres, poco contacto con la familia o percibir un ambiente familiar negativo, ausencia de afecto y aceptación, prácticas permisivas, paternidad que incrementa la impulsividad, padres con perfiles pro-alcohol, poca supervisión y baja calidad en la relación con sus hijos. Asimismo se reconoce que la familia, al ser el grupo primario recibe las consecuencias directas de la adicción tales como: el deterioro de las relaciones familiares, hostilidad, desequilibrio afectivo y problemas de comunicación. De igual manera, el consumo de sustancias acarrea secuelas sociales, como el incremento de delincuencia, desintegración de las instituciones, baja productividad, incremento de accidentes y mortalidad.

En otro artículo publicado en 2014 “una visión del alcoholismo del padre desde la mirada de los hijos”. Menciona las relaciones paterno-filiales como podemos identificar una serie de deficiencias que afectan el desarrollo de los hijos: El padre alcohólico es irritable, hostil y violento. En la familia; existe la presencia de trastornos afectivos como depresión; Hay una arbitraria e Incoherente normativa familiar; Se da un empobrecimiento de las relaciones sociales; Repercusiones negativas en el ambiente laboral y como consecuencia problemas económicos en la familia; Se presenta la ausencia de uno o ambos progenitores; Hay una escasa o nula implicación en la educación de los hijos por parte del progenitor alcohólico; El progenitor no consumidor establece vínculos sobreprotectores con la familia y por parte de los hijos existe una percepción de la figura paterna/materna como algo vergonzante o ambivalente, debido a los continuos vaivenes del alcohólico. Junto con las características anteriormente mencionadas dentro de la dinámica familiar, la familia alcohólica se tipifica como una familia disfuncional.

2. planteamiento del problema

De acuerdo con la OMS, 3.2% de las muertes en el mundo y 4% de la pérdida de años de vida ajustados por la discapacidad son atribuibles al consumo de alcohol.

El consumo de bebidas alcohólicas continúa predominando en los hombres, así como en los grupos de edad más jóvenes. Sin embargo, en muchos países, incluyendo a México, se empieza a observar un consumo creciente por mujeres. En México un poco más de 32 millones de personas de 12 a 65 años consumen alcohol. El consumo anual per cápita en esta población es de 2.8 litros. Este consumo puede llegar a 7 litros en los varones de 18 a 65 años residentes en áreas urbanas.

Cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones.

El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos.

En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD).

El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol.

Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos.

Recientemente se han determinado relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/sida.

Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto. En general, cuanto mayor es la riqueza económica de un país, más alcohol consume y menor es el número de la población abstemia.

Como regla general, en los países con ingresos más altos se observan mayores consumos de alcohol per cápita y una prevalencia más alta de consumo episódico de alcohol entre los bebedores.

En 2012, se produjeron unos 3,3 millones de muertes, (el 5,9% de todas las muertes a nivel mundial) a causa del consumo de alcohol. Existen diferencias significativas por sexo en la proporción de muertes debidas al alcohol. De ese 5,9% mencionado, el 7,6% perteneció a los hombres y el 4,0% a las mujeres. Además de los fallecimientos, también en 2012, se estima que el 5,1% de todas las enfermedades y lesiones que supusieron una merma importante en la calidad de vida (cerca de 139 millones de casos), fueron atribuibles al consumo de alcohol. Las políticas sobre el consumo de alcohol se desarrollan con el objetivo de reducir el su uso nocivo, así como para reducir los perjuicios sociales y sobre la salud atribuibles al alcohol en el marco de una determinada población o sociedad. Estas políticas se pueden estructurar en distintos planos: mundial, regional, multinacional, nacional y subnacional.

El alcoholismo es una enfermedad crónica que somete a la persona y a su grupo familiar a un constante cuestionamiento que implica tomar decisiones, desde el tratamiento médico en sí de las personas, hasta decisiones en relación a los ámbitos social, espiritual y de estilos de vida. Aunque toda la familia se ve afectada por esta enfermedad, en la mayoría de los casos, sólo un individuo asume el cuidado, esta persona generalmente es un integrante de la familia, quien asume el rol como cuidador y a su vez necesita adaptarse al estrés de las demandas del cuidado.

Esta enfermedad altera la funcionalidad familiar o probablemente la disfunción familiar preexistente es un factor que propicie el alcoholismo resultado de la disfunción o desintegración familiar. La existencia de un enfermo dentro del núcleo familiar, ocasiona una readaptación del resto de los miembros, que en ocasiones lleva a cambios de roles, en el estilo de vida y alteraciones en la dinámica de la familia. Lo que rompe con la homeostasis dentro de la familia pues exige mecanismos de adaptación,

Es necesario identificar estos cambios , los cuales cuando la familia no se adapta se pierde dicha homeostasis y por consiguiente no es capaz de adaptarse por lo tanto se entra en disfunción familiar. Estos cambios, asimismo ocasiona alteraciones en el control de cualquier enfermedad como diabetes mellitas tipo 2, insuficiencia renal , y por supuesto el alcoholismo.

Por lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en relación con el alcoholismo, en trabajadores de CFE adscritos en la unidad de medicina familiar número 10 de Apaxtla de Castrejón Guerrero?

3. justificación.

El alcoholismo es un grave problema de Salud Pública de carácter mundial, debido al número creciente de enfermos, hombres y mujeres, que sufren con sus familias y con la sociedad, las consecuencias medico sociales y económicas de este padecimiento. La funcionalidad familiar se ha estudiado en pacientes con insuficiencia renal , en diabéticos , en embarazadas, esquizofrénicos. en adolescentes, cáncer pero hay poca evidencia de la funcionalidad familiar en los que padecen alcoholismo, y sobre el apoyo familiar, por lo que encontramos que en nuestro estado hace falta información sobre la funcionalidad familiar y manejo de la familia así como del paciente en forma conjunta.

La familia es el primer eslabón de la sociedad y todavía en nuestros tiempos es ahí donde se observa, estigmatización y discriminación de estos pacientes , donde son rechazados por su familia, marginados o expulsados de la misma, aumentando la prevalencia de disfunción familiar, y las redes sociales no los apoyan, por lo que tenemos que crear conciencia mutua entre el enfermo y su entorno familiar con el fin de lograr una acción colectiva contra el alcoholismo y una mejor convivencia con las personas afectadas por el mismo padecimiento, reforzaremos la importancia del apoyo familiar durante la trayectoria de la enfermedad y la generación de solidaridad y compromiso frente al desafío que plantea el alcoholismo, sobre todo no tenemos otra herramienta más que “Prevenir con educación “, este programa se implementara en las escuelas para educar a nuestros adolescentes, es fundamental motivar a los individuos.

El médico familiar debe investigar prácticas de riesgo, informar , prevenir nuevos casos y, en la población dar seguimiento de la evolución, apoyando y confortando. Finalmente la función familiar se mantendrá en tiempos de crisis normativas y paranormativas , fomentando la educación y el conocimiento del alcoholismo , cambiando nuestra actitud hacia el alcoholismo teniendo una conducta solidaria de respeto y amor por sus afectos más cercanos al fomentar el apoyo familiar, fortalecer las redes sociales en su

entorno laboral y comunitario y la aceptación de esta enfermedad como cualquier otra, respetando los derechos humanos y de género , olvidándonos de la estigmatización , la discriminación, promoviendo o fomentando el acceso a la prevención, el cuidado y los tratamientos del alcoholismo y de esta manera nuestra sociedad apoyara a los pacientes y les daremos una mejor calidad de vida.

4. OBJETIVO GENERAL

Se identificó la funcionalidad familiar y su relación al alcoholismo, en los trabajadores de CFE adscritos en la unidad de medicina familiar número 10 de Apaxtla de Castrejón Guerrero.

4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- a) Se evaluó la funcionalidad familiar con Apgar Familiar.
- b) Se conocieron los factores relacionados a la funcionalidad familiar en pacientes con alcoholismo y su: sexo, edad, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, tiempo de cursar con la enfermedad, etapa del ciclo vital, y su estructura familiar.

5. HIPOTESIS:

HIPOTESIS 0: El alcoholismo en trabajadores de CFE adscritos a UMF No.10, no afecta la funcionalidad familiar

HIPOTESIS 1: El alcoholismo en trabajadores de CFE adscritos a UMF No.10, afecta la funcionalidad familiar en un 15% de las familias

6. METODOLOGIA:

6.1 Tipo de estudio: Transversal analítico.

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio:

La población fueron los trabajadores de base de CFE, adscritos en la unidad de medicina familiar número 10 de Apaxtla de Castrejón Guerrero. El estudio se realizó de noviembre a diciembre del 2015.

6.3 Tipo y tamaño de muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia tomando a los 120 trabajadores de CFE adscritos a la UMF No. 10 de Apaxtla de Castrejón, Gro.

6.4 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- a) Adultos de 18 años y más, hombre o mujer,
- b) Pacientes que aceptaron de manera voluntaria participar en el estudio, adscritos en la unidad de medicina familiar.

Criterios de exclusión:

- a) Pacientes comisionados a otra central hidroeléctrica,
- b) Pacientes con alguna enfermedad psiquiátrica.

:

Criterios de eliminación:

- a) No desearon seguir con el estudio,
- b) pérdida de vigencia del IMSS

6.5 Definición y operacionalización de las variables:

Variables Dependientes: la funcionalidad familiar.

Variables Independientes: Alcoholismo: Edad, genero, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, tiempo de cursar con alcoholismo, estructura familiar y etapa de ciclo de vida.

DESCRIPCION DE VARIABLES:

Variable	Descripción Operacional	Definición Conceptual	TIPO	INDICADOR
Funcionalidad familiar	Presenta un equilibrio, sus normas de funcionamiento interno regulan las relaciones entre sus miembros, lo que garantiza la homeostasis. Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Se aplicó el cuestionario de APGAR FAMILIAR para la evaluación de la funcionalidad familiar.	Cualitativa	Familia funcional (Mayor o igual a 7) Disfunción Familiar (menor a 6)
Edad	Años cumplidos que conteste de acuerdo a la entrevista	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Cuantitativa	De 25 a 30 De 31 a 35 De 36 a 40 De 41 a 45 De 46 a 50 De 50 a 60
Sexo	Hombre o mujer de acuerdo a lo escrito en el carnet de citas.	Género humano que distingue al hombre de la mujer	Cualitativa	Hombre Mujer

Escolaridad	Mediante interrogatorio directo se obtuvo el Grado máximo de estudio aprobado al momento del estudio.	Ultimo grado aprobado en el ciclo de instituciones educativas	Cualitativa Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Técnico Profesional licenciatura. o
Ocupación	La actividad que el participante refirió al momento de la encuesta	Actividad a la que habitualmente se dedica una persona y por la cual puede o no percibir remuneración económica.	Cualitativa	Hogar Comerciante Empleado Pensionado Jubilado Profesional
Estado civil	Se interrogó directamente al paciente sobre su estado civil al momento del estudio	Condición social en cuanto a derechos y obligaciones civiles	Cualitativa	Soltero Casado Unión libre Divorciado Separado Viudo
Religión	Se interrogó al paciente sobre la religión que profesa al momento del estudio.	Normas morales para la conducta individual y social, basadas en la creencia de la divinidad.	Cualitativa	Católica Cristiana Testigo de Jehová Presbiterianos Luz del mundo Mormones Ateo Otra
Tiempo de cursar con Alcoholismo	Tiempo que refiere el paciente de tener esta enfermedad al momento de la encuesta	Tiempo transcurrido del diagnóstico a la fecha de estudio.	Cuantitativa	De 6/12 a 1 año De 2 a 4 años De 5 a 9 años + de 10 años
Estructura Familiar	Se preguntó sobre las personas que habitan en casa y sus lazos de consanguinidad	Características de conformación familiar, unidos por vínculos de consanguinidad, unión matrimonio o adopción.	Cualitativa	Nuclear Extensa Compuesta

Etapa del ciclo vital familiar	Se interrogó sobre la etapa en la que se encuentra.	Etapa del desarrollo a lo largo de la vida de la familia del encuestado en el momento de la entrevista-	Cualitativa	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro y muerte
Alcoholismo	La ingesta diaria de alcohol superior a 50g en la mujer y 50g en el hombre	Se aplicó el test de AUDIT para determinar clasificación y grado de alcoholismo	cualitativa	No Moderado Problema serio

6.6 Descripción del estudio:

Previa autorización del CLIES 1102, se realizó un estudio transversal analítico en 120 trabajadores de CFE adscritos en la unidad de medicina familiar número 10 de Apaxtla de Castrejón Guerrero. En un periodo de tiempo de Noviembre 2015 a Enero 2016. Se les otorgó un formato de consentimiento informado, se identificó su nivel de alcoholismo utilizando el test de AUDIT además se realizó la encuesta de Apgar para determinar la funcionalidad familiar, se realizó muestreo no probabilístico, por conveniencia

Los datos sociodemográficos se recolectaron durante la entrevista con el paciente, el cual contestó un anexo en el que se analizó el tipo de familia edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, tiempo de cursar con alcoholismo, ciclo vital, etc.

Para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componente de la función familiar, adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.

El APGAR sirve para orientar al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla. Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos, adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución.

El APGAR familiar consta de cinco preguntas con tres posibles respuestas. 1) siendo aplicado al enfermo en forma individual, independiente del nexo familiar; de tal manera que se valora los componentes a través de cada pregunta planteada, con alguna de las siguientes opciones: casi siempre (equivalentes a 2 puntos), algunas veces (1 punto) o casi nunca (0 puntos), para posteriormente realizar la suma de acuerdo a las mismas, de tal manera que se tomaron las siguientes referencias para hablar del tipo de disfunción:

00 – 03 DISFUNCION GRAVE

04 – 06 DISFUNCION MODERADA

07- 10 FAMILIA FUNCIONAL.

El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. También proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo. La primera edición de este manual fue publicada en 1989 (Documento N°. WHO/MNH/89.4) y fue actualizada en 1992 (WHO/PSA/92.4). Desde ese momento su utilización se ha extendido tanto entre el personal sanitario como entre los investigadores del alcohol. Es un cuestionario hetero aplicado que puede ser administrado por personal auxiliar previamente entrenado para su uso. Instrucciones: A continuación se muestra un test con 10 apartados. Cada respuesta puntúa de 0 a 4 puntos, que coincide con el número que hay antes de la contestación elegida. Mientras realiza el test, ha de sumar los puntos correspondientes a cada pregunta que elija. La suma final es el resultado que ha obtenido en el test y se corrige al final de la página. Intente responder el test de forma sincera, es a usted mismo a quien ayuda con su propia sinceridad. Es aconsejable que las respuestas a las preguntas sean supervisadas por algún familiar para contrastar la veracidad.

6.7 Método de recolección de datos:

Se aplicó mediante un método ocasional, con técnica de interrogatorio indirecto a través de un cuestionario.

6.8 Organización de datos:

Los datos que se obtuvieron se capturaron en una hoja de control donde se anotaron los datos de identificación, la estatificación clínica en la que se encuentra el paciente alcohólico y la evaluación de la funcionalidad familiar.

6.9 Análisis estadístico.

El análisis de los resultados se realizó con el software SPSS versión 11.0 para Windows. Posteriormente se hizo un análisis descriptivo obteniendo frecuencias simples y proporcionales. Además se realizó análisis descriptivo y análisis inferencial con cálculo de chi cuadrada valor de p con un IC 95%

6.10 Consideraciones éticas:

El presente estudio se apegó al profesionalismo y ética médica y dentro del marco legal que establece el IMSS así como leyes que rigen a los sistemas de salud:

a) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

b) La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º. Fracción VIII; 17 °. Fracción III; 68º. Fracción IV; 96, 103; 115; fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164; 168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321 y 334.

c) El reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

d) El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de Coordinadores de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.

e) La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.

6.11 presupuesto y financiamiento

Humanos: Investigador

Asesor de tema

Asesor metodológico

Materiales y físicos:

Una computadora portátil.....	\$ 8.900 pesos
Una impresora	\$ 1.300 pesos
Horas de internet	\$ 500 pesos
Mil hojas blancas	\$ 200 pesos
10 lápices	\$ 50 pesos
5 lapiceros	\$ 70 pesos
1 USB	\$ 250 pesos

Financiamiento:

Salario del investigador

	\$ 3.500 pesos
--	----------------

Total

	\$ 14.770 pesos
--	-----------------

7.- RESULTADOS

De la población estudiada encontramos que predominó las familias funcionales n=85 (70.8%) seguida de la familia disfuncional n=35 (29.2%) en los cuales la edad que prevaleció fue de 31-35 años n=31 (25.8%) seguido de 36-40 años n=23 (19.2%), 41-45 años n=19 (15.8%), 46-50 años n=17 (14.2%), 25-30 años n=16 (13.3%) y 51-60 años n=14 (11.7%), en genero predominó el masculino con n=105 (87.5%), femenino n=15 (12.5%), en escolaridad predominó la de técnico n=59 (49.2%) seguido de profesional n=33 (27.2%), secundaria n=16 (13.3%) preparatoria n=7 (5.8%), primaria n=3 (2.5%) y analfabeta n=2 (1.7%), en ocupación predominó empleados n=87 (72.5%) seguido de profesional n=33 (27.5%), en tanto al estado civil predominó casados n=105 (87.5%) seguidos de separados n=9 (7.5%), divorciados n=3 (2.5%), viudo n=2 (1.7%), y por ultimo unión libre n=1 (.8%), en religión predominó la católica n=97 (80.8%), seguida de ateos n=9 (7.5%), le siguió la cristiana n=6 (5.0%), testigo de Jehová n=3 (2.5%), otra n=2 (1.7%) por último los presbiterianos, luz del mundo y mormones con n=1 (.8%), el tiempo de cursar con alcoholismo predominó la de 2-4 años n=56 (46.7%) seguida de 5-9 años n=37 (30.8%), de 6/12 a 1 año n=17 (14.2%) y por último más de 10 años n=10 (8.3%) estructura familiar predominó la nuclear n=105 (87.5%) seguida de la extensa n=11 (9.2%) y por último la compuesta n=4 (3.3%) en cuanto a etapa del ciclo vital familiar predominó la de dispersión n=82 (68.3%) seguida de expansión n=15 (12.5%) por último la de matrimonio n=3 (2.5%). ^{cuadro 1}

Cuadro 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA.

<i>Variable</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
FUNCIONALIDAD FAMILIAR		
Funcional	85	70.8
Disfuncional	35	29.2
EDAD		
25-30	16	13.3
31-35	31	25.8
36-40	23	19.2
41-45	19	15.8
46-50	17	14.2
51-60	14	11.7
SEXO		
Hombre	105	87.5
Mujer	15	12.5
ESCOLARIDAD		
Analfabeta	2	1.7
Primaria	3	2.5
Secundaria	16	13.3
Preparatoria	7	5.8
Técnico	59	49.2
Profesional	33	27.2
OCUPACION		
Empleado	87	72.5
Profesional	33	27.5
ESTADO CIVIL		
Casado	105	87.5
Unión libre	1	.8
Divorciado	3	2.5
Separado	9	7.5
Viudo	2	1.7
RELIGION		
Católica	97	80.8
Cristiana	6	5.0
Testigo de Jehová	3	2.5
Presbiteriano	1	.8
Luz del Mundo	1	.8
Mormones	1	.8
Ateo	9	7.5
Otra	2	1.7
TIEMPO DE CURSAR CON ALCOHOLISMO		
De 6/12-1 año	17	14.2
De 2-4 años	56	46.7
De 5-9 años	37	30.8
Más de 10 años	10	8.3
ESTRUCTURA FAMILIAR		
Nuclear	105	87.5
Extensa	11	9.2
Compuesta	4	3.3
ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR		
Matrimonio	3	2.5
Expansión	15	12.5
Dispersión	82	68.3
Independencia	20	16.7
ALCOHOLISMO		
No	85	70.8
Moderado	24	20.0
Problema serio	11	9.2

Fuente: Encuesta estructurada.

De la población estudiada el resultado en cuanto a variable edad se encontró que predominó en familia disfuncional la edad de 31-35 n=8 (6.7%) seguida de 25-30 n=7 (6 %) mismo resultado en edad 46-50, la edad 36-40 n=6 (5.0%), 51-60 n=5 (4.2%) por ultimo 41-45 n=2 (1.7%), un total n=35 (29.6%), mientras en familias funcionales el predominio la misma edad 31-35 n=23 (19%), seguida de 36-40 y 41-45 ambas con n=17 (14%), 46-50 n=10 (8.4%) y los dos últimos 25-30 y 51-60 ambos de n=9 (7.5%), total n=85 (70.4%), en general predomino 31-35 n=31 (25.7%), seguida de 36-40 n=23 (19%), 41-45 n=19 (15.7%), 46-50 n=17 (14.1%), 25-30 n=16 (13.3%), por ultimo 51-60 n=14 (11.7%) total n= 120 (100%).^{cuadro 2}

EDAD:	25-30		31-35		36-40		41-45		46-50		51-60		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DISFUNCIONAL	7	6	8	6.7	6	5.0	2	1.7	7	6	5	4.2	35	29.6
FUNCIONAL	9	7.5	23	19	17	14	17	14	10	8.4	9	7.5	85	70.4
TOTAL	16	13.3	31	25.7	23	19	19	15.7	17	14.1	14	11.7	120	100

FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA

De la población estudiada el resultado de la variable sexo: en familia disfuncional el predominio fue hombres n=28 (23%), mujer n=7 (6%) total n= 35 (29%), en familia funcional hombres n=77 (64.3%), mujeres n=8 (6.7%) total n=85 (71%), en general hombre n=105 (87.3%), mujer n=15 (12.7%) total n=120 (100%)

Siendo el predominio la familia funcional.^{Cuadro 3}

CUADRO 3. FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION CON ALCOHOLISMO.

SEXO:	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
DISFUNCIONAL	28	23	7	6	35	29
FUNCIONAL	77	64.3	8	6.7	85	71
TOTAL	105	87.3	15	12.7	120	100

FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA

De la población estudiada en cuanto a variable: escolaridad se encontró en familia disfuncional predominó el técnico n=15 (13%), seguido de licenciatura n=10 (8.3%), secundaria n=9 (7.5%), analfabeta n=1 (0.8%), total n=35 (29.6%), familia funcional el predominio fue técnico n=44 (36.5%), seguida licenciatura n=23 (19%), secundaria y preparatoria n=7 (5.8%), primaria n=3 (2.5%), analfabeta n=1 (0.8%), total n=85 (70.4%), en general predomino técnico n=59 (50%), seguida de licenciatura n=33 (27.3%), secundaria n=16 (13.3%), preparatoria n=7 (5.8%), primaria n=3 (2.5%), por ultimo analfabeta n=2 (1.6%), total n=120 (100%) ^{cuadro 4}

CUADRO 4

ESCOLARIDAD	ANALF.		PRIMARIA		SECUNDARIA		PREPA		TCO		LIC.		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DISFUNCIONAL	1	0.8	0	0	9	7.5	0	0	15	13	10	8.3	35	29.6
FUNCIONAL	1	0.8	3	2.5	7	5.8	7	5.8	44	36.5	23	19	85	70.4
TOTAL	2	1.6	3	2.5	16	13.3	7	5.8	59	50	33	27.3	120	100

FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA

De la población estudiada en cuanto a variable: ocupación el predominio en familia disfuncional fue empleado n=25 (21%), profesional n=10 (8%) con un total de n=35 (29%), familia funcional empleado n=62 (52%), profesional n=23 (19%) un total de n=85 (71%), con una totalidad de n=120 (100%). ^{cuadro 5}

CUADRO 5

OCUPACION:	EMPLEADO		PROFESIONAL		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
DISFUNCIONAL	25	21	10	8	35	29
FUNCIONAL	62	52	23	19	85	71
TOTAL	87	73	33	27.3	120	100

FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA

De la población estudiada en cuanto a variable: estado civil se encontró en familia disfuncional un predominio en casados n=28 (23%), seguidos de divorcio n=3 (2.6%), separado y viudo n=2 (1.8%), un total de n=35 (29.2%), en familia funcional predominó al igual casado n=77 (64%),seguido de separados n=7 (6%), unión libre n=1 (0.8%), un total de n=85 (70.8%), el predominio fue de casado en un total de n=105 (87%), seguidos de separado n=9 (7.7%), divorciado n=3 (2.6%), viudo n=2 (1.7%), unión libre n=1 (0.8%), un total n=120 (100%). ^{cuadro 6}

CUADRO 6

EDO CIVIL:	CASADO		UNION LIBRE		DIVORCIADO		SEPARADO		VIUDO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DISFUNCIONAL	28	23	0	0	3	2.6	2	1.8	2	1.8	35	29.2
FUNCIONAL	77	64	1	0.8	0	0	7	6	0	0	85	70.8
TOTAL	105	87	1	0.8	3	2.6	9	7.7	2	1.7	120	100

FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA

De la población estudiada en cuanto a variable: religión con disfunción predominó católica n=25 (21%), seguida de ateo n=3 (2.5%), cristiano n=2 (1.7%), testigo de Jehová, presbiteriano, luz del mundo, mormón y otra n=1 (0.8%), un total de n=35 (29.2%), familia funcional predominó igual, la católica n=72 (60%), seguida de ateo n=6 (5.0%), cristiano n=4 (3.3%), testigo de Jehová n=2 (1.7%)y otra con n=1 (0.8%), un total de católicos n=97 (81%), ateo n=9 (7.5%), cristiano n=6 (5.0%), testigo de Jehová n=3 (2.5%), otra n=2 (1.6%), presbiteriano, luz del mundo y mormón n=1 (0.8%), en total n=120 (100%). ^{cuadro 7}

CUADRO 7.

RELIGION	CATOLICA		CRISTIANO		JEHOVA		PRESBI		L.MU		MORMON		ATEO		OTRA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DISFUNCION	25	21	2	1.7	1	0.8	1	0.8	1	0.8	1	0.8	3	2.5	1	0.8	35	29.2
FUNCIONAL	72	60	4	3.3	2	1.7	0	0	0	0	0	0	6	5.0	1	0.8	85	70.8
TOTAL	97	81	6	5.0	3	2.5	1	0.8	1	0.8	1	0.8	9	7.5	2	1.6	120	100

FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA

De la población estudiada en cuanto a variable: tiempo de curar con alcoholismo se obtuvo el resultado siguiente en familia disfuncional predominó de 2-4 años n=15 (13%), seguido de 5-9 años n=13 (10.9%), + de 10 años n=5 (4.2%), y por ultimo 6/12 a un año n=2 (1.7%) un total de n=35 (29.8%), en familia funcional predominó 2-4 años n=41 (33%), 5-9 años n=24 (20%), 6/12 a 1 año n=15 (13%) y por ultimo + de 10 años N05 (4.2%), total n=85 (70.2%), en total se encontró predominio en 2-4 años n=56 (46%), 5-9 años n=37 (31%), 6/12-1 año n=17 (14.7%), ultimo + de 10 años n=10 (8.4%), total n=120 (100%). ^{cuadro 8}

CUADRO 8

TMPO DE CURSAR ALCO.	6/12 A 1 AÑO		2 A 4 AÑOS		5 A 9 AÑOS		+ DE 10 AÑOS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DISFUNCIONAL	2	1.7	15	13	13	10.9	5	4.2	35	29.8
FUNCIONAL	15	13	41	33	24	20	5	4.2	85	70.2
TOTAL	17	14.7	56	46	37	31	10	8.4	120	100

FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA

De la población estudiada en cuanto a variable estructura familiar se encontró: en familia disfuncional un predominio de nuclear n=28 (23.2%), extensa n=6 (5%), y compuesta n=1 (0.8%), total n=35 (29%), familia funcional nuclear n=77 (64.3%), extensa n=5 (4.2%), compuesta n=3 (2.5%), total n=85 (71%), total nuclear n=105 (87.5%), extensa n=11(9.2%), compuesta n=4 (3.3.%) total n=120 (100%). ^{cuadro 9}

CUADRO 9

ESTRUCTURA FAM.	NUCLEAR		EXTENSA		COMPUESTA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
DISFUNCIONAL	28	23.2	6	5	1	0.8	35	29
FUNCIONAL	77	64.3	5	4.2	3	2.5	85	71
TOTAL	105	87.5	11	9.2	4	3.3	120	100

FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA

De la población estudiada en cuanto a variable: etapa del ciclo vital familiar se encontró en familia disfuncional un predominio de etapa en dispersión n=21 (17%), seguida de expansión n=7 (5.8%), independencia n=5 (4.2%), por ultimo matrimonio n=2 (1.7%) un total n= 35 (28.7%), en cuanto a familia funcional la etapa que predomino fue igual, la de dispersión n=61 (51%), seguida de independencia n=15 (13%), expansión n=8 (6.5%), matrimonio n=1 (0.8%), un total de n=85 (71.3%), total dispersión n=82 (68%), independencia n=20 (17.2%), expansión n=15 (12.3%) por ultimo matrimonio n=3 (2.5%) total n=120 (100%).^{cuadro 10}

CUADRO 10

CICLO VITAL	MATRIMONIO		EXPANSION		DISPERSION		INDEPENDENCIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DISFUNCIONAL	2	1.7	7	5.8	21	17	5	4.2	35	28.7
FUNCIONAL	1	0.8	8	6.5	61	51	15	13	85	71.3
TOTAL	3	2.5	15	12.3	82	68	20	17.2	120	100

FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA

De la población estudiada en cuanto a la variable de alcoholismo se encontró como resultado que predomino en familia disfuncional problema moderado n=13 (10.9%), seguido no problema n=12 (10%) por ultimo problema serio n=10 (8.3%) total: n=35 (29.2%), familia funcional predomino no problema n=73 (60.8%), seguido de moderado n=11 (9.2%) por ultimo problema serio n=1 (0.8%) un total de n=85 (70.8%), en general predomino sin problema n=85 (70.8%), seguida de moderado n=24 (20.1%) problema serio n=11 (9.1%) total n=120 (100%).^{cuadro 11}

CUADRO 11

ALCOHOLISMO	NO		MODERADO		PROBLEMA SERIO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
DISFUNCIONAL	12	10	13	10.9	10	8.3	35	29.2
FUNCIONAL	73	60.8	11	9.2	1	0.8	85	70.8
TOTAL	85	70.8	24	20.1	11	9.1	120	100

FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA

De acuerdo a la población estudiada en cuanto a la disfunción familiar y los factores asociados, peor condición en cuanto a la variable de alcoholismo problema moderado y serio, mejor condición sin problema resultados: $P=0.000$, estadísticamente significativo $OR= 11.66$, $IC\ 95\% 4.22-33.13$, la variable etapa del ciclo vital familiar, peor condición dispersión e independencia, mejor condición matrimonio y expansión, resultados: $P=0.03$, $OR=0.34$, $IC= 0.11-1.07$, escolaridad peor condición analfabeta, primaria, secundaria, mejor condición preparatoria, técnico y profesional con: $P=0.041$, $OR=2.69$, $IC=0.92-7.88$, estado civil peor condición divorciado, separado, viudo, mejor condición casado, unión libre con $P=0.06$, $OR=2.79$, $IC=0.79-9.89$, religión peor condición presbiteriano, luz del mundo, ateo, otro, mejor condición: católico, cristiano, testigo $P=0.06$, $OR=2.79$, $IC=0.79-9.89$, tiempo de cursar con alcoholismo peor condición: 5-9 y + de 10 años, mejor condición 6/12-1 año 7 2-4 años: $P=0.07$, $OR=2.04$, $IC=0.85-4.92$ ^{cuadro 12}

Cuadro 12. DISFUNCION FAMILIAR Y LOS FACTORES ASOCIADOS.

<i>Variable</i>		<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>	<i>P</i>
PEOR CONDICION	MEJOR CONDICION			
ALCOHOLISMO				
Moderado, problema serio	No	11.66	4.22 – 33.13	0.000
CICLO VITAL				
Dispersión, independencia	Matrimonio, expansión	0.34	0.11 – 1.07	0.03
ESCOLARIDAD				
Analfabeta, primaria, secundaria	Preparatoria, técnico, profesional	2.69	0.92 – 7.88	0.041
ESTADO CIVIL				
Divorciado, separado, viudo	Casado, unión libre	2.79	0.79 – 9.89	0.06
RELIGION				
Presbiteriano, luz del mundo, ateo, otro	Católico, cristiano, testigo de Jehová	2.79	0.79-9.89	0.06
TIEMPO DE CURSAR CON ALCOHOLISMO				
5-9 años y más de 10 años	De 6/12-1 y 2-4 años	2.04	0.85 – 4.92	0.07
ESTRUCTURA FAMILIAR				
Extensa, compuesta	Nuclear	2.41	0.70-8.21	0.11
SEXO				
Hombre	Mujer	0.42	0.12-1.42	0.11
EDAD				
41-60 años	25-40 años	0.91	0.38-2.18	0.81
OCUPACION				
Empleado	Profesional	0.93	0.36-2.44	0.86

Fuente: Encuesta estructurada

8. DISCUSION:

Dr. Brito Sosa German y Dra. Iraizoz Barrios Ana María, realizaron un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo, la población estuvo constituida por 200 pacientes pertenecientes al grupo de Alcohólicos Anónimos de la provincia Ciudad de la Habana en el año 2007, encontrando como resultado que el 100% de los pacientes consideran que su forma de beber crea dificultades en la salud, familia, relaciones con los vecinos y en el trabajo, en la investigación el mayor porcentaje de edad se encontró entre 30 y 59 años con 166 pacientes el (83 %). Al estar representado el sexo masculino con el 71 % (142 pacientes) y el femenino por el 29 % (58 pacientes), podemos apreciar que el mayor porcentaje dentro del grupo de Alcohólicos Anónimos son hombres. Este resultado pudiera estar relacionado por la tradición que tiene el sexo masculino de consumir más cantidad de alcohol que el femenino. Los resultados obtenidos mostraron que todo el grupo encuestado tuvo dificultades con sus familiares, en el lugar donde residen y en el centro de trabajo y en un buen porcentaje perdieron el control de sus vidas, ya que tienen dificultades para controlarse cuando beben y otras consecuencias provocadas por el alcoholismo en orden de frecuencia fueron: pérdida repetida de parejas (31,5 %), accidentes (34 %), pérdida repetida de trabajos (31,5 %) y dificultades judiciales en el 25,5 %.

Dra. Jaime Valdés Lourdes M. y cols, llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal con el objetivo de caracterizar el funcionamiento familiar en el paciente alcohólico perteneciente al Policlínico Docente "Martha Abreu", de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, en el período comprendido entre junio de 2012 a enero de 2013. De un universo de 236 pacientes dependientes, con o sin complicaciones, dando como resultado en su investigación que se presentan con mayor frecuencia el rechazo al familiar alcohólico (82.6%) y las relaciones familiares inadecuadas (78.0%), seguidas de la falta de autonomía de sus miembros (64.0%) y la mala distribución de roles (62.6%). Al analizar las consecuencias familiares del alcoholismo que influyen en el funcionamiento familiar observaron que el divorcio (84.0%) y el rechazo familiar (82.6%) son las

consecuencias más frecuentes; la violencia doméstica se presenta en un 78.6% de la muestra estudiada. Al analizar los estilos de vida que afectan el funcionamiento familiar se observa que se presentan, con mayor frecuencia, la ingestión diaria de alcohol (87.3%) y la violencia doméstica (78.6%). La principal crisis paranormativa presente en las familias estudiadas es la desmoralización (100%) y, en menor cuantía (48.6%), la crisis de desorganización.

9. CONCLUSION:

En cuanto a la pregunta inicial del estudio, (vemos que el alcoholismo incrementa la probabilidad de presentar disfunción familiar, encontramos como resultados que la edad de 31 a 35 años (6.7%) presento disfunción familiar fue la de mayor riesgo, el sexo masculino (23%), escolaridad nivel medio superior (13%), ocupación empleados (21%), casados (28%), el grado de alcoholismo que predominó fue de riesgo moderado (10.9%), por tal la hipótesis se comprobó.

El ser casado, pertenecer una familia nuclear, religión católica, estudios a nivel licenciatura, es un factor protector para un mejor nivel de salud.

10. RECOMENDACIONES:

Plantear intervenciones acordes a las condiciones de Calidad de Vida y funcionalidad familiar y, de este modo, disminuir el riesgo de iniciar con la ingesta de alcohol.

Realizar estudios futuros en México referentes a la calidad de vida y la funcionalidad familiar su relación con la ingesta de alcohol en el padre o algún integrante de la familia.

Promover la modificación de los estilos de vida en los niños y adolescentes detectados o con factores de riesgo para alcoholismo por padres con esta enfermedad y fortalecer las redes de apoyo de los pacientes.

Incrementar un buen estilo de vida, modificar hábitos higiénico dietéticos con apoyo en la familia, vecinos y amigos, establecer horarios de ejercicio, convivencia familiar, aumentando las funciones de familia como son cuidado, socialización, afecto, estatus, reproducción, tener como prioridad el saber que la familia es primero y dar ejemplo de consumo de alcohol como padre de familia solo aumenta el riesgo de presentar disfunción familiar.

11. REFERENCIAS:

1. Pascual Pastor F. Aspectos antropológicos del consumo de bebidas alcohólicas en las culturas mediterráneas. Rev. Salud y drogas 2007; 2 (2): 249-262
2. Pascual Pastor F. Guardia J. Pereido Gómez C. Bobes García J. Alcoholismo Guías Clínicas Socidrogalcohol. Editorial Saned, 3ª Edición pp: 22-100
3. Encuesta Nacional de Adicciones 2011, Alcohol, (CENACID centro nacional para la prevención y el control de Adicciones, Comisión Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramon de la Fuente ", Instituto Nacional de Salud Pública)
4. Braunwald E, ET al. Principios de Medicina Interna. México. Editorial McGrawHill Interamericana. 2001:2164-2180
5. Anzures Carro R. Chávez Aguilar V. Garcia Peña Ma. C. Pons Alvarez O. Medicina Familiar. Editorial Corintes México 1ª Edición 2008: 51, 207, 215,216.
6. Narro Robles J, Rivero Serrano O, López Bárcenas J. Diagnóstico y Tratamiento en la práctica médica. 4ª edición Manual moderno. Pp 875-879.
7. Huerta González J-L Medicina Familiar .La familia en el proceso salud-enfermedad. Editorial Alfil. México 1ª Edición 2005:12-13
8. Real Academia Española, diccionario de la lengua Española (22ª. Edición) Espasa Calpe. Madrid 2001
9. Lawrence M. Tierney Jr. Stephen J. Mc.Phee, Maxine A. Papadakis. Editorial Manual Moderno. Diagnóstico Clínico y Tratamiento, 37ª Edición, traducido de la 4ª Edición en inglés pp: 770-771, 1085-1090
10. Méndez López D-M, Gómez López V-M, García Ruiz M –E, Pérez López J – H, Navarrete Escobar A. Disfunción Familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev. Med. IMSS 2004; 44 (4):281-284.
11. Il Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar.2005; 1(7)15-19.
12. Forero Ariza LM, Avendaño Durán MC, Duarte Cubillos ZJ, Campo Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria.

- Revista Colombiana de Psiquiatría.2006; 1(35):23-29
13. Mendoza – Solís LA. Soler Huerta E, Sainz Vázquez L, Gil Alfaro I, Mendoza Sánchez HF, Pérez Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria.2006;1(8):27-32
 14. Zapata Gallardo J, Figueroa Gutiérrez, M. Mendez Delgado N. Miranda Lozano VM. Linares Segovia B. Carrada Bravo T. ET al. Depresión Asociada a La Disfunción Familiar en la adolescencia. Medigraphic. 2007;(64)295-301.
 15. Rangel JL, Valerio L. Patiño J. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev. Fac. Med. UNAM. 2004; 44(1):24-27
 16. Villarreal González ME. Sánchez Sosa JC. Musitu G. Varela R. El consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un modelo sociocomunitario, Rev. Psychosocial Intervention, 2010; 19(3): 253-264
 17. Ruiz Juan F. Ruiz Risueño J. Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles. Rev. Anales de Psicología. 2011; 27(2): 350-359
 18. Gómez CF .Irigoyen CA, Ponce RE. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch. Med. Fam 1999; 1(2):45-53
 19. Hernández Castillo L, Cargill-Foster N, Gutiérrez Hernández G. Funcionalidad Familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco. Rev.Salud en Tabasco 2012; 18(1), pp. 14-24
 20. Villarreal Gonzalez M, Sánchez Sosa J, Musitu Ochoa G, Análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos, 2012; 12(3): 857-873.
 21. Reyna C. Alcoholismo parenteral y desempeño social en niños: el rol Mediador Del clima familiar, Rev. Liberabit 2011; 18(2), pp. 117-124
 22. Brito Sosa G, Iraizoz Barrios AM, Social repercussion and bioethical analysis in patients from the Anonymo Alcoholic Group, Rev. Cubana Med Gen Integr; 2011: 27(3):ISSN 0864-2125
 23. Pretel- Olite M, Gonzalez- Aguilar B, Machado- Guevara A, Fernandez- López O, Toledo- Luaces Y. El Alcoholismo y su repercusión: Un enfoque desde la Psicología de la Salud. Rev. Finlay 2014; 4(4): 261-270

24. Gardner W, Paul A. Nutting, MD MSPkelly, Kelleher J. Does the Family APGAR effectively measure Family functioning? Journal of family P.2001:1-2
25. Arias L. Herrera JA. Al APGAR Familiar en el cuidado primario de salud.htm 1409200
26. Aguila Mena EA, Estrella Castillo DF, Pérez Herrera NE, Rubio Zapata HA, La importancia del apoyo familiar y social en la salud mental de personas con alcoholismo en proceso de rehabilitación, Ciencia y Humanismo en la Salud 2014, vol. 1, No. 3 pp. 116-125.
27. Ruiz Martínez A, Hernández Cera M, De Jesús Mayren P, Funcionamiento familiar en consumidores de sustancias activas con o sin conducta delictiva. Liberabit versión impresa ISSN 1729-4827, liber. Vol. 20 no. 1 Lima ene.2014
28. Ramírez A, Romina A, Salinas E, Pérez C, Una visión del alcoholismo del padre desde la mirada de los hijos. Health and Addictions 2014 ISSN 1578-5319 ISSNe 1988-205, vol. 14, 20.2, 109-120

Anexo 1



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Alcoholismo en trabajadores de CFE adscritos a la UMF No. 10 de Apaxtla de Castrejón Guerrero y su relación con la funcionalidad familiar.		
Patrocinador externo (si aplica):			
Lugar y fecha:	Apaxtla de Castrejón Guerrero, 2015		
Número de registro:			
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar la funcionalidad familiar y su relación al alcoholismo, en los trabajadores de Cfe adscritos en la unidad de medicina familiar número 10 de Apaxtla de Castrejón Guerrero.		
Procedimientos:	Realizara una encuesta		
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Otorgar orientación sobre las factores de riesgo identificados		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los datos se manejaran de manera confidencial		
Participación o retiro:	EL participante se podrá retirar sin recibir alguna presión o afectación de su atención médica		
Privacidad y confidencialidad:			
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros. </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.		
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):			
Beneficios al término del estudio:			
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:			
Investigador Responsable:	Dra. Sonia López Miranda soni_lm208@hotmail.com		
Colaboradores:			
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx			

Dra. López Miranda Sonia Mat: 9968008

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Anexo 2

Test de alcoholismo (Test AUDIT)

COMIENZA EL TEST:

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

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

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- 0. 1 o 2
- 1. 3 o 4
- 2. 5 o 6
- 3. De 7 a 9
- 4. 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

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

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

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

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una 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 una 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 una 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 porque había estado bebiendo?

0. Nunca

1. Menos de una vez al mes

2. Mensualmente

3. Semanalmente

4. A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

0. No

2. Sí, pero no en el curso del último año

4. Sí, el último año

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

0. No

2. Sí, pero no en el curso del último año

4. Sí, el último año

SOLUCIONES AL TEST:

La valoración del test es distinta para hombres y mujeres. Una vez sumados el total de puntos que ha obtenido en el test, verá que su resultado se encuentra dentro de alguno de los siguientes apartados:

HOMBRES:

Puntuación total de 0 a 7 puntos: Usted no tiene problemas con el alcohol.

Puntuación total de 8-12 puntos: Su resultado en el test está dando señales de que es una persona que está empezando a abusar del alcohol. Debe moderar el consumo de alcohol y consultar a un especialista para corroborar el resultado del test y tomar las medidas oportunas.

Puntuación total de 13-40 puntos: Su resultado en el test indica que tiene un problema serio con el alcohol. El primer paso para resolverlo consiste en asumir que sufre un problema muy serio con el alcohol. Debe iniciar un tratamiento inmediatamente si no quiere que su salud se resienta y los demás se retiren de su compañía cada vez más.

MUJERES:

Puntuación total de 0 a 5 puntos: Usted no tiene problemas con el alcohol.

Puntuación total de 6-12 puntos: Su resultado en el test está dando señales de que es una persona que está empezando a abusar del alcohol. Debe moderar el consumo de alcohol y consultar a un especialista para corroborar el resultado del test y tomar las medidas oportunas.

Puntuación total de 13-40 puntos: Su resultado en el test indica que tiene un problema serio con el alcohol. El primer paso para resolverlo consiste en asumir que sufre un problema muy serio con el alcohol. Debe iniciar un tratamiento inmediatamente si no quiere que su salud se resienta y los demás se retiren de su compañía cada vez más.

Recuerde que los resultados del test tienen un valor orientativo y no pueden reemplazar una valoración completa realizada por un psiquiatra o psicólogo en una entrevista clínica convencional. Si quiere tener una mayor certeza sobre el resultado acuda a su psiquiatra de referencia.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR.

1.-Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad:

- a) Casi siempre b) Algunas Veces c) Casi nunca

2.- Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.

- a) Casi siempre b) Algunas veces c) Casi nunca

3.-Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades:

- a) Casi siempre b) Algunas veces c) Casi nunca

4.- Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mi emoción como rabia, tristeza, amor y otros.

- a) Casi siempre b) Algunas veces c) Casi nunca

5.- Me satisface cómo compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios de la casa y el dinero:

- a) Casi siempre b) Algunas veces c) Casi nunca

6. Cuando ha tenido recaídas y ha acudido a urgencias u hospitalización,

Quien de su familia lo apoya o está con usted? _____

7.-De quien recibe afecto?_____

8.-De quien le gustaría recibir afecto?_____

Solo para ser llenado por el investigador: (las siguientes dos líneas).

9.-Ciclo vital: _____

10.- Estructura familiar: _____