



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y
MUNICIPIOS**

HOSPITAL MATERNO INFANTIL TOLUCA ESTADO DE MÉXICO

**“DETECCION DE ALCOHOLISMO, COHESION Y
ADAPTABILIDAD, EN PACIENTES EN LA CLÍNICA DE CONSULTA
EXTERNA LERMA (IGNACIO ALLENDE) BICENTENARIO
ISSEMyM”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ABIGAIL RIVERA SILVA

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2018



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.

**“DETECCION DE ALCOHOLISMO, COHESION Y
ADAPTABILIDAD, EN PACIENTES EN LA CLÍNICA DE CONSULTA
EXTERNA LERMA (IGNACIO ALLENDE) BICENTENARIO
ISSEMyM”**

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

PRESENTA

DRA. ABIGAIL RIVERA SILVA

AUTORIZACIONES

DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

INGENIERO JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA
EN SALUD

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2018

**“DETECCION DE ALCOHOLISMO, COHESION Y
ADAPTABILIDAD, EN PACIENTES EN LA CLÍNICA DE CONSULTA
EXTERNA LERMA (IGNACIO ALLENDE) BICENTENARIO
ISSEMyM”**

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

PRESENTA

DRA. ABIGAIL RIVERA SILVA

AUTORIZACIONES

M. E. M.F. MARTHA BERENICE HERNÁNDEZ MIRANDA

**ASESOR DEL TEMA DE TESIS Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN EL INSTITUTO DE
SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS, CON SEDE
EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL**

M. E. S.P. HUGO ARTURO CARMONA SANCHEZ

**ASESOR DEL METODOLOGICO DE TESIS, JEFE DE LA UNIDAD DE
PLANEACION E INNOVACION EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS.**

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2018

**“DETECCION DE ALCOHOLISMO, COHESION Y
ADAPTABILIDAD, EN PACIENTES EN LA CLÍNICA DE CONSULTA
EXTERNA LERMA (IGNACIO ALLENDE) BICENTENARIO
ISSEMyM”**

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

PRESENTA

DRA. ABIGAIL RIVERA SILVA

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. GEOVANI 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.

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2018

I INDICE

	Número	Página
Marco Teórico	1	1
Alcoholismo	1.1	1
Antecedentes y estudio del alcoholismo	1.2	1
Definición	1.3	2
Epidemiología	1.4.	3
Etiología	1.5.	3
Estudio y diagnóstico del alcoholismo: cuadro clínico	1.6.	5
Tratamiento y principales explicaciones para combatir la enfermedad	1.6.1	6
Test de Audit	1.7	9
Planteamiento del problema	1,8	11
Justificación	1.9	12
Objetivos	1.10	14
Objetivo General	1.10.1	14
Objetivos Específicos	1.10.2	14
Metodología	2.	14
Tipo de Estudio	2.1.	14
Población, lugar y tiempo	2.2.	15
Diseño de investigación	2.3	16
Variables	2.4	17
Consideraciones éticas	2.5	18
Resultados	3.	19
Edad	3.1.	19
Sexo	3.2.	19

Escolaridad	3.3..	20
Estado civil	3.4	20
Audit	3.5	20
Cohesión – no relacionada de los pacientes de la CCE Lerma	3.6	21
Adaptabilidad de los pacientes de la CCE Lerma	3.7.	22
pacientes de la CCE Lerma		
Tabla cruzada – cohesión de los pacientes de la CCE Lerma	3.8	23
Cohesión de los pacientes de la CCE Lerma	3.9	23
Tabla cruzada escolaridad AUDIT de los pacientes de la CCE Lerma	3.10	24
Tabla cruzada sexo * AUDIT	3.11	25
Tabla cruzada estado civil	3.12	26
Características de los pacientes con AUDIT positivo de la CCE Lerma, ISSEMyM.	3.13	26
Discusión	4	27
Conclusión	5	28
Referencias Bibliográficas	6	30
Anexos	7	33

RESUMEN

Objetivo General: Identificar Alcoholismo, cohesión y adaptabilidad en los pacientes de la CCE Lerma , ISSEMyM

Material y Métodos: Estudio Descriptivo, transversal y observacional, se aplicó Test Audit, y FACES III a 100 pacientes, durante periodo marzo 2017 a diciembre 2017.

Resultados: Se identificó que el consumo del alcohol predomina en los hombres que oscilan de los 23 a los 61 años, es decir, un 69% de los entrevistados, llevando más de 4 años de consumo y con una escolaridad de nivel medio superior.

Discusión: El alcoholismo sigue siendo una enfermedad persistente hasta nuestros días, teniendo como principal víctima a los hombres cuyo nivel educativo no es bajo y tienen acceso a un sistema de salud. La edad de presentación del alcoholismo en México es de 12 a 65 años, en comparación del estudio es de 23 a 63 años. En los hombres una proporción de 5.8 hombres por cada mujer el consumo de alcohol es positivo. Se observa en el estudio 14 hombres positivo, 6 mujeres.

Conclusiones: La prueba Audit sirve para detectar bebedores de riesgo en atención primaria, así, de los 20 pacientes salieron positivo, de los cuales 14 son hombres, 6 mujeres; los hombres tienen una escolaridad alta y son casados. Esto se convierte en un factor de riesgo porque probablemente tienen hijos, y en cuestión de cohesión 18 tiene no relacionada y 9 rígida en adaptabilidad un caótico. Por lo que estas tienen riesgo de disfunción familiar; por ello el papel del médico familiares relevante en la prevención y el diagnóstico en el primer nivel.

Palabras Clave: Alcohólico, Audit, víctima, prevención y diagnóstico.

SUMMARY

General Objective:

Identify Alcoholism, cohesion and adaptability in the patients of the CCE Lerma, ISSEMyM

Material and Methods: Descriptive, cross-sectional and observational study, Audit Test was applied, and FACES III was applied to 100 patients, during the period March 2017 to December 2017.

Results: It was identified that the consumption of alcohol predominates in men who range from 23 to 61 years, that is, 69% of the interviewees, taking more than 4 years of consumption and with a higher level of education.

Discussion: Alcoholism continues to be a persistent disease to this day, with the main victim being men whose educational level is not low and who have access to a health system. The age of presentation of alcoholism in Mexico is from 12 to 65 years, compared to the study is from 23 to 63 years. In men, a ratio of 5.8 men per woman, alcohol consumption is positive. The study shows 14 positive men, 6 women.

Conclusions: The Audit test is used to detect risk drinkers in primary care, thus, of the 20 patients tested positive, of which 14 are men, 6 women; men have high schooling and are married. This becomes a risk factor because they probably have children, and in a matter of cohesion 18 has unrelated and 9 rigid in adaptability a chaotic one. For those who are at risk of family dysfunction; therefore, the role of the family doctor is relevant in the prevention and diagnosis at the first level.

Palabras Clave: Alcoholic, Audit, victim, prevention and diagnosis.

INTRODUCCION

Desde la antigüedad se conocen los efectos nocivos del uso y abuso en el consumo de bebidas alcohólicas. El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y fatal, caracterizada por tolerancia y dependencia física y por cambios orgánicos patológicos. El alcoholismo es aceptado universalmente como uno de los principales problemas de la salud pública y representa una grave amenaza al bienestar y a la vida de la humanidad ¹. Por lo tanto, el alcoholismo se ha convertido en un fuerte problema que no sólo afecta al consumidor/enfermo sino también a las personas más cercanas cuya convivencia es cotidiana, como lo es la familia, y a su ambiente en general.

Actualmente en México, el problema del alcoholismo ha ido en aumento y el inicio de consumo ha sido a una edad más temprana; con ello el alcoholismo además de ser una enfermedad y un problema de salud pública es un problema que debe ser contemplado, diagnosticado y tratado en clínica de primer nivel.

No obstante, al tratar el paciente alcohólico que presenta una patología severa tiene un mayor riesgo de problemas psico-sociales, recaída y atentando hasta su vida, su tratamiento puede ser costoso y lento obstaculizando un progreso y un posible avance positivo. Así, los pacientes que presentan alcoholismo requieren un abordaje integrado de su patología, que puede ser diagnosticado en forma temprana, con un seguimiento intensivo y durante un tiempo más corto, evitando expectativas de diagnóstico crónico².

Mencionado lo anterior, la presente investigación pretende aterrizar su estudio a nivel local con la finalidad de construir y determinar las características del paciente que presenta alcoholismo, que para la presente son pacientes adjuntos a la clínica

de consulta familiar ISSEMYM en el municipio de Lerma, Estado de México. Además, se pretende desarrollar

Diversas actividades enfocadas no sólo a mejorar la atención y/o consulta, sino al propio diagnóstico y, por supuesto el tratamiento.

Finalmente, el resultado contribuye a disminuir las posibles complicaciones, tratamientos largos y costosos o, bien pasar a otro nivel el paciente que prolongará el daño y la posible cura, que también tendrá un impacto positivo para los integrantes que lo rodean y conviven diariamente: la familia.

1. MARCO TEORICO

1.1 Alcoholismo

En México, para tratarla adicción como el alcoholismo, las instituciones de salud (pertenecientes a los diferentes ámbitos de gobierno como el federal, el estatal y el municipal), entre otras, y la población en general, cumplen una importante función para prevenir y controlar esta enfermedad, empero, generan resultados variados. Aunque partiendo del gobierno federal a través de la CONADIC (Comisión Nacional Contra las Adicciones), toman como marco de referencia el Programa de Acción de Adicciones , alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas a pesar de la ausencia de diagnósticos, estrategias y programas de atención; por ello, al reconocer que el alcoholismo se convierte con el tiempo en una enfermedad crónica y que puede identificarse en el primer nivel de atención médica se desprende este marco teórico, cuyo objetivo es establecer una guía de manejo del alcoholismo.

1.2 Antecedentes y estudio del alcoholismo

El consumo del alcohol se ha incrementado por su fácil acceso, no obstante, ha generado cambios en la cotidianidad de la sociedad, el menos en el caso mexicano. Empero, no es un problema de salud pública actual, pues existen reportes de estudios médicos que datan de finales del siglo XIX, enfocados a los efectos del consumo en el organismo humano, por ejemplo: existen investigaciones en el área psicosocial y cultural sobre este problema ³.

Se conoce bien que el problema del alcoholismo no es un fenómeno nuevo, ya que se ha documentado desde siglo del XVI, es decir, se registró una gran variedad de bebidas fermentadas que eran consumidas por los diferentes grupos indígenas que vivían en el país.

De acuerdo con analistas como Taylor (1979) afirmaban que los estudios se basaban en la cantidad en que se podía beber o bien, se afirmaba que únicamente en rituales estaba permitido el consumo de alcohol por hombres adultos; además se logró identificar ciertos patrones de consumo primordial:

- a) Consumo sólo por parte de la nobleza con fuertes penas impuestas a violadores y,
- b) Consumo popular en ocasiones rituales asociadas con la agricultura, la religión y los ciclos de la vida como el nacimiento, el matrimonio y la muerte, con penas menores a quienes violaban estas disposiciones.

Durante el desarrollo de la sociedad, también se identificó que el consumo de alcohol estaba asociado a la inclusión de un grupo social y a la ausencia de normas efectivas de las autoridades ⁴.

1.3 Definición

El consumo del alcohol significa ingerir o absorber alcohol o etanol al organismo por la boca y pasar al esófago, éste llega al estómago donde es diluido por los jugos gástricos. Así, el alcohol se convierte en un estimulante, aunque en realidad es un depresor del Sistema Nervioso Central (SNC). También afecta al sistema inmunitario y endocrino; puede producir complicaciones neurológicas que incluyen demencia, convulsiones, alucinaciones y neuropatía periférica ⁵.

Por lo tanto, el alcoholismo se emplea generalmente para referirse al consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas ⁶, por lo tanto, afecta en forma directa a la salud convirtiéndose en una enfermedad, pues refiere a un deterioro físico y mental, además de una dependencia a dicha sustancia (adicción).

También el alcoholismo considerado como enfermedad lo define como la pérdida de control sobre la bebida, causado por una alteración biológica preexistente y que tiene una evolución progresiva previsible ⁷.

1.4 Epidemiología

De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud), en el 2018 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.

El consumo nocivo de alcohol también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Asimismo, el consumo nocivo de alcohol genera una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad.

En consecuencia, el desarrollo de esta patología existe diversos factores como la edad, el sexo, ocupación, trastornos, ansiedad, etc. En realidad, no existe un único factor de riesgo dominante, es decir, que en cuantos más factores vulnerables converjan en una persona es más probable que una persona desarrolle problemas relacionados con el alcohol como consecuencia del consumo.

En México, por su parte, los problemas de salud asociados al alcoholismo generan costos desde 30 hasta 150 mil pesos por persona en tratamientos destinados a curar la enfermedad, a pesar de las decaídas y resultados cuestionables ⁸.

1.5 Etiología

Respecto a los factores etiológicos hallamos que el consumo de grandes cantidades en forma episódica es el patrón de consumo característico de la población mexicana, principalmente entre los hombres. y se ha estimado que contribuye con el 9% del peso total de la enfermedad ⁹.

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), del 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.

Así mismo, la ENA 2011 reporta que el 6% de la población desarrolló dependencia, lo que equivale a 4.9 millones de personas entre 12 a 65 años, correspondiendo el 10.8% a los hombres y el 1.8% a las mujeres.

Como se ha venido viendo, el alcoholismo provoca y se inserta en diferentes esferas sociales donde se desarrolla el individuo. Así, el alcoholismo se presenta bajo la doble forma de "malestar" individual y social en numerosos conflictos, ya que el alcoholismo se diagnostica con factores que relacionan al individuo con la soledad, esperanzas frustradas, traición por parte de la sociedad, depresión, neurosis, autodestrucción por falta de afectividad o rebelión ante una sociedad injusta, necesidad de sentirse alguien.

El alcohol, además de ser una droga adictiva y la puerta de entrada a otras drogas, es la causa que provoca unas 60 enfermedades y dolencias diferentes, incluyendo lesiones, trastornos mentales y del comportamiento, afecciones gastrointestinales, cánceres, enfermedades cardiovasculares, pulmonares y musculoesqueléticas, trastornos reproductivos, así como daño prenatal, mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer.

Finalmente, según Dubowski¹⁰, los individuos alcoholizados son portadores de un conjunto de señales comunes, entre las que se destacan: rubor y edema moderado de la cara, edemas de los párpados, ojos lacrimosos, eritrosis palmar, aliento alcohólico, falta de coordinación motriz, vértigos y falta de equilibrio, sudores y temblor fino en las extremidades.

1.6 Estudio y diagnóstico del alcoholismo: cuadro clínico

La enfermedad caracterizada por una alteración de su estado normal de salud provocado por diversos factores:

- 1) Intrínsecos (internos)
- 2) Extrínsecos (Externos)

Por ello, durante el desarrollo de ésta debe estudiarse y diagnosticarse para generar no sólo un tratamiento sino una posible solución a las alteraciones físicas y mentales. Existe una gran variabilidad en la forma en la que las personas reaccionan frente a la enfermedad, tanto la propia como la ajena, empero, la manifestación de la conducta de enfermedad puede usarse para controlar las adversidades de la vida.

En consecuencia, debe haber un proceso de estudio de la enfermedad dentro de la medicina, así, hallamos a la etiología, que de acuerdo con la REA (2018) que estudia las causas de las enfermedades y que estas pueden clasificarse en: enfermedades endógenas, exógenas, ambientales y de etiología.

El alcoholismo, también referido como síndrome de dependencia manifiesta situaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, considerando que siempre debe haber una detección del problema.

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia. Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos: como la familiar¹¹.

Respecto al diagnóstico, la medicina ofrece, por su parte, la necesidad de una **Guía Práctica de Clínica (GPC)** que ofrece una buena evidencia del problema de detección temprana del abuso de alcohol y dependencia a este, así como el diagnóstico clínico y

tratamiento de la fase aguda de desintoxicación y manejo de la abstinencia alcohólica, empero, las guías creadas, no están basadas en la mejor evidencia disponible.

En consecuencia, sólo presenta propósitos estos modelos de diagnósticos, ya que mejora la calidad de atención en salud y la utilización racional de recursos en el cuidado clínico de la fase aguda de desintoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol, y genera modelos de evaluación de resultados de investigación, para medir e interpretar indicadores de impacto.

Basados en los posibles diagnósticos de este problema, el especialista o medico de clínica debe realizar una historia clínica completa, orientada a detectar el problema. Se ayuda y/o recomienda aplicar principalmente cuestionarios de despistaje y pruebas analíticas (determinación de VCM, gamma-GT, transaminasas y estudio de lípidos). Por lo tanto, el tratamiento del alcoholismo pasa por diversas fases ^{12,13}:

- a) Reconocimiento del problema,
- b) Fase de desintoxicación,
- c) Fase de deshabitación y la,
- d) Fase más larga de rehabilitación y reinserción social.

1.6.1 Tratamiento y/o principales explicaciones para combatir la enfermedad

EL alcoholismo como problema de salud pública arroja problemas sanitarios, de seguridad y socioeconómicos, los cuales se pueden reducir a través de medidas implementadas acorde a las circunstancias.

Por ello, se debe formular, aplicar, vigilar y evaluar políticas públicas para disminuir el consumo nocivo de alcohol. Los formuladores de políticas tienen a su disposición un acervo considerable de conocimientos científicos en torno a la eficacia y la costo eficacia de las siguientes estrategias:

- 1) Regular la comercialización de las bebidas alcohólicas (en particular, la venta a los menores de edad);
- 2) Regular y restringir la disponibilidad de bebidas alcohólicas;
- 3) Promulgar normas apropiadas sobre la conducción de vehículos en estado de ebriedad;
- 4) Reducir la demanda mediante mecanismos tributarios y de fijación de precios;
- 5) Aumentar la sensibilización y el apoyo con respecto a las políticas;
- 6) Proporcionar tratamiento accesible y asequible a las personas que padecen trastornos por abuso del alcohol;
- 7) Poner en práctica programas de tamizaje e intervenciones breves para disminuir el consumo peligroso y nocivo de bebidas alcohólicas¹⁴ .

La OMS (2018) persigue la finalidad de reducir la carga de morbilidad causada por el consumo nocivo de alcohol y, en consecuencia, salvar vidas, prevenir traumatismos y enfermedades, mejorando el bienestar de las personas, las comunidades y la sociedad en su conjunto.

La OMS propone la elaboración, comprobación y evaluación de intervenciones rentables contra el consumo nocivo de alcohol, así como en la generación, recopilación y divulgación de información científica acerca del consumo y la dependencia del alcohol con las consecuencias sanitarias y sociales del caso.

Las opciones de política y las intervenciones que pueden aplicarse a escala nacional se pueden agrupar en esferas, que se complementan y apoyan recíprocamente, a saber: respuesta de los servicios de salud, disponibilidad de alcohol, comercialización y promoción de las bebidas alcohólicas, políticas de fijación de precios, mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la embriaguez y seguimiento clínico.

Lo anterior basado en un tratamiento de desintoxicación etílica adecuándose al nivel de conciencia y al tiempo transcurrido tras la ingesta:

- 1) Control de la constante vital, vía aérea y nivel de conciencia.
- 2) Situar al paciente en un espacio tranquilo, evitando autolesiones.
- 3) Recordar que, los efectos del alcohol no desaparecen con Café o duchas frías, sino cuando transcurre el tiempo mínimo necesario para su metabolización.
- 4) Dieta absoluta mientras persista la alteración del nivel de conciencia.
- 5) Prevención de la hipotermia.
- 6) Valorar la necesidad de intubación orotraqueal en caso de coma.
- 7) Canalización de vía venosa periférica.
- 8) Administrar vitaminas.

El tratamiento de las personas con una adicción al alcohol empieza por el reconocimiento del problema. El alcoholismo está asociado con la negación, lo que permite al paciente creer que no necesita tratamiento; piensa y lo externa a las personas que lo circundan, que lo puede abandonar cuando lo desee. La mayoría de las personas con una dependencia del alcohol acceden al tratamiento bajo presión de otros. Es muy rara la aceptación voluntaria de la necesidad de tratamiento.

Es difícil conocer los mecanismos de defensa que ha permitido seguir bebiendo a la persona con dependencia del alcohol y se requiere un enfrentamiento con la familia y persona allegadas.

La desintoxicación es la segunda fase del tratamiento. El alcohol es mantenido bajo control. Se establece una supervisión. Existen programas de rehabilitación están para ayudar a las personas afectadas, después de la desintoxicación, a mantenerse en la abstinencia del alcohol. Incluyen diversos consejos, soporte psicológico (los tratamientos psicológicos que han demostrado eficacia para el tratamiento del alcoholismo son la

terapia cognitivo conductual, que ayuda al enfermo a cambiar la forma como piensa y como actúa y la terapia familiar sistemática; la meta de la terapia es ayudarlos a construir otras vías posibles más favorables al crecimiento y a la vida. También hay terapias de aversión / repugnancia en las que se utilizan drogas que interfieren con el metabolismo del alcohol y producen efectos muy desagradables, aun cuando se ingiera una pequeña cantidad de alcohol en las 2 semanas después del tratamiento ¹⁵.

1.7 Test de Audit

El Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, y describe cómo utilizarlo para identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. 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.

El AUDIT se utiliza como una entrevista oral o como un cuestionario escrito, se recomienda dar una explicación a los pacientes sobre el contenido de las preguntas, el motivo por el que se realizan éstas y la necesidad de responderlas adecuadamente.

Pacientes:

Con los pacientes para los que el consumo de alcohol esté prohibido por ley, cultura o religión (p.ej. adolescentes, musulmanes practicantes) el reconocimiento de tal prohibición y el estímulo de la sinceridad pueden ser necesarios.

Las instrucciones para el paciente también deberían aclarar el significado de una consumición (bebida estándar).

El AUDIT puede ser administrado bien mediante una entrevista oral o como un cuestionario de auto-pase. Cada método conlleva sus propias ventajas e inconvenientes que deben ser sopesadas en función de las limitaciones de tiempo y coste.

Preguntas y respuestas del AUDIT

Las preguntas y respuestas del AUDIT en el formato indicado para una entrevista oral se presentan con menos tiempo, clarificación de respuestas, fácil de administrar, respuestas más precisas y permite feedback directo al paciente.

Si el AUDIT se administra como entrevista, es importante leer las preguntas tal como están escritas y en el orden indicado. Si se sigue el orden exacto del texto se obtendrá una mejor comparabilidad de los resultados obtenidos entre distintos entrevistadores.

AUDIT es la sigla de Alcohol Use Disorders Identification Test (Prueba de identificación de Trastornos Relacionados con el consumo de Alcohol), una prueba simple de diez preguntas desarrollada por la Organización Mundial de la Salud que sirve para determinar si el consumo de alcohol de una persona puede considerarse peligroso.

La prueba se diseñó para ser utilizada internacionalmente, y se validó en un estudio en el que se utilizaron pacientes provenientes de seis países.

1. Las preguntas 1 a 3 está relacionadas con el consumo de alcohol.
2. Las preguntas 4 a 6 están relacionadas con la dependencia del alcohol.
3. Las preguntas 7 a 10 consideran problemas relacionados con el consumo de alcohol. (se test de AUDIT al final)

Interpretación:

Un puntaje de 8 o más sujetos de sexo masculino (de 7 en sujetos de sexo femenino) indica una fuerte probabilidad de daños debido al consumo de alcohol.

Un puntaje de 20 o más sugiere una dependencia de alcohol.

1,8. Planteamiento del problema

El consumo del alcohol afecta directamente a la salud, la familia y la sociedad, y se ha extendido ampliamente en el mundo y de ello nace una enfermedad: el alcoholismo, cuyas consecuencias tienen una incidencia biológica, psicológica y social.

El consumo excesivo de alcohol, según González ¹⁶ es una de las causas más frecuentes de transgresiones sociales como violaciones y riñas, práctica de sexo sin medios de protección, abandono familiar y laboral. Se vincula mundialmente con el 50 % de las muertes ocurridas en accidentes de tránsito y el 30 % de los homicidios y arrestos policiales. Reduce de 10 a 15 años la expectativa de vida y determina el 30 % de las admisiones psiquiátricas y el 8 % de los ingresos por psicosis ^{17, 18}. También se ha responsabilizado con casi la mitad de los condenados por faltas y delitos tan graves como asesinatos.

Los alcohólicos tienen, como grupo social, uno de los porcentajes más altos de separación matrimonial y de divorcio.

En consecuencia se recomienda que este problema o enfermedad no se debe atender en los espacios privados (cuyos costos son elevados y el acceso se vuelve limitado) o espacios ajenos al sector de salud pública (como son asociaciones civiles, los doble AA) que en su mayoría no cuentan con la atención especializada, las condiciones sanitarias, medicamentos o tratamientos necesarios, y en ocasiones el paciente y/o enfermo no es tratado dignamente pues se le señala como un mal ejemplo en la sociedad vinculado a múltiples problemas.

Por ello, la conservación de un buen estado de salud en las personas es un derecho que cualquier ciudadano, al menos mexicano, debe tener cuyo acceso no debe ser un obstáculo para ser tratado correcta y dignamente a través del primer nivel, es decir, con un diagnóstico clínico^{19, 20}.

1.9 Justificación

Como parte de la justificación en la presente investigación, el estudio del alcoholismo mediante la visión de la medicina familiar es una oportunidad, pues ésta además de analizar los retos y el escenario futuro de la medicina familiar constituye un objetivo prioritario para enfrentar desafíos como lograr un acceso efectivo a atención primaria, adecuar su práctica médica ante el cambio en el perfil de salud, frenar la demanda de diversos servicios de atención especializada y contener los altos costos de la atención de segundo y tercer nivel, además de un diagnóstico más preciso.

El diagnóstico debe tener contenidos curriculares que establecen tres funciones profesionales: atención médica, investigación y educación. Es imperativa su revisión a la luz de los cambios en las condiciones demográficas, el tipo de necesidades de salud derivadas de nuevos determinantes sociales, las expectativas de la población para una mayor capacidad resolutoria y la evolución del propio sistema de salud con el avance de la tecnología y una diversidad de opciones de organización con recursos siempre limitados. Para que la atención primaria constituya el eje de un sistema de salud que recupere principios de equidad, solidaridad, universalidad, participación, descentralización y coordinación intra e intersectorial, es preciso poner en el centro del equipo de atención primaria al médico familiar (Varela, et. al. 2016. 135-140), que ayuda a fortalecer los diagnósticos y tratamientos de problemas/enfermedades como el alcoholismo. Además, así el Estado mexicano mediante sus instituciones de salud demostrarían la capacidad, el reconocimiento y su importancia de estas a favor y en contribución del bienestar social.

Con ello, una de las oportunidades que presenta el estudio y que tiene que ver con su delimitación y justificación es el analizar casos de familia que estén en situación de violencia y desintegración familiar a causa de un integrante alcohólico. En ese sentido, y en ausencia de estudios acerca de este tema se ha seleccionado la Clínica de Consulta Externa Lerma "Ignacio Allende" Bicentenario, ISSEMYM, del turno especial durante el año 2017, ubicada en el municipio de Lerma, Estado de México.

Para llevar a cabo el análisis de los casos seleccionados, se eligieron 10 familias donde el papá (integrante de la familia nuclear) es alcohólico o que al menos cumple con las variables y/o características necesarias para afirmar su situación y nivel de alcoholismo.

1.10 OBJETIVOS

1.10.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el alcoholismo a través del test de Audit y su cohesión y adaptabilidad a través de FACES III en pacientes de la CCE Lerma, ISSEMyM

1.10.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificarla edad a través de los datos de ficha de identificación de test de Audit de la CCE, ISSEMyM.

Identificar el grado de escolaridad de los pacientes en relación con la ficha de identificación de test de Audit de la CCE, ISSEMyM.

2 METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Tipo de estudio Descriptivo, transversal, observacional

Observacional: Es un estudio de carácter estadístico y demográfico, ya sea de tipo sociológico o biológico, en el que no hay intervención por parte del investigador y se limita a medir las variables que define en el estudio.

Consecuentemente la presente indagación resulta ser observacional, ya que no existe ningún tipo de manipulación de variables, obteniendo resultados más generalizables a la población a que se aplica, permitiendo que el mismo sea apropiado para establecer metas de salud pública orientadas a dar una solución al problema de la disfuncionalidad familiar.

Transversal: Es un estudio que mide la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado.

Los estudios de prevalencia son de uso frecuente en Salud Pública, porque permiten:

- La descripción de un fenómeno de salud.
- La identificación de la frecuencia poblacional de un fenómeno de salud.
- La generación de hipótesis de trabajo o hipótesis exploratorias.

2.2 Población, lugar y tiempo:

100 Pacientes de la CCE Lerma Durante periodo marzo 2017 a diciembre 2017.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de Inclusión:

- 1) Que los pacientes pueden ser mamá, papá y mínimo un hijo máximo tres.
- 2) Que haya un alcoholico en la familia.
- 3) Que el alcoholico sea el padre o la madre.
- 4) Derechohabientes.

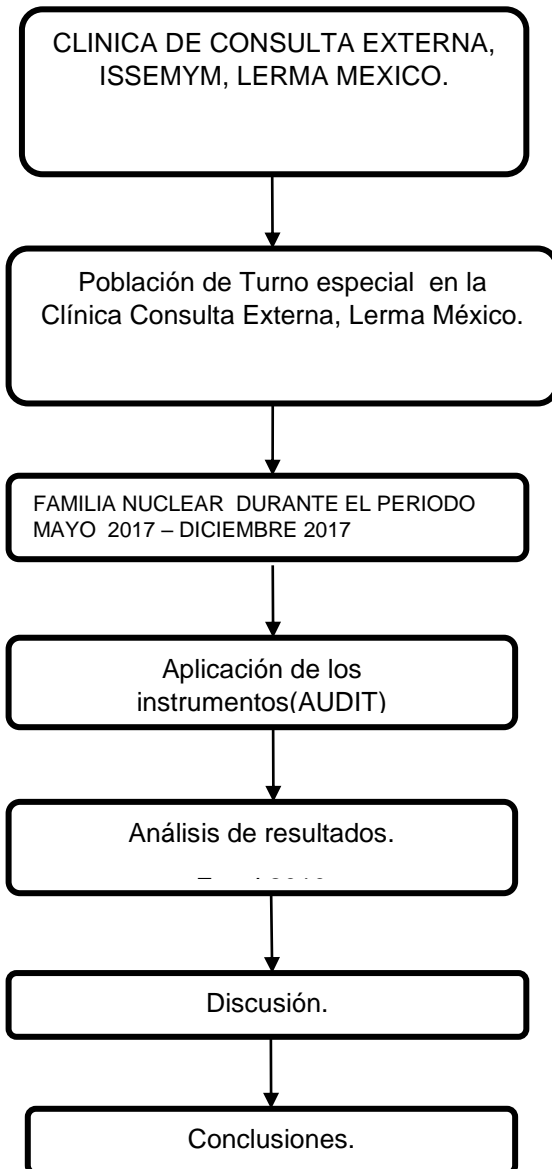
Criterios de Exclusión

- 1) Que el número de integrantes que sea mayor a seis.
- 2) Que no exista un integrante Alcohólico.
- 3) Que no tenga hijos.

Criterios de Eliminación

- 1) que sean esposos legales.
- 2) Que el alcoholico muestre conducta negativa.

2.3 Diseño de investigación:



Fuente: elaboración propia

2.4 Conceptualización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALORES QUE ADQUIERE LA VARIABLE
Edad	Lapso transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona	Cuantitativa	20-99
Sexo	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales según las funciones que realizan en el proceso de reproducción	Cualitativa nominal	Femenino Masculino
Escolaridad	Número de años estudiado y grado escolar obtenido	Cualitativa Nominal	primaria
Ocupación	Actividad que realiza	Cualitativa nominal	
Número de hijos		Cuantitativa	0-10
Años que lleva consumiendo alcohol	Existe alguna otra adicción o vicio.	Cuantitativo continuo.	
AUDIT		Cualitativa nominal	
FACES III		Cualitativa nominal	

Recolección de datos:

Primero del diseño de la encuesta considerando la participación de toda la familia.

Guía de entrevista para la familia (está en consideración la de los hijos porque no es lo mismo entrevistar un menor de 5 años o uno de 18 años).

Procesamiento y análisis de datos:

La encuesta se va a aplicar por familias separadas, se pretende grabar con el consentimiento de la familia, para posteriormente transcribirlas en Word.

Procesamiento y análisis de datos.

Habiendo terminado la fase de captura de datos y con los formularios con los datos de la investigación estén disponibles se procederá a realizar los siguientes análisis:

Análisis transversal, que apunta esencialmente a verificar si hay replica de resultados entre varios casos o situaciones. Se agrega a las etapas precedentes cuando los datos cualitativos recolectados se refieren a varios casos del fenómeno (organizaciones, situaciones, individuos...) Procede por comparación dónde cada situación es analizada de acuerdo con el o los modos de análisis descritos precedentemente, de manera de captar si los modelos o patrones observados se reproducen. Se realizarán análisis estadísticos con el programa Statistical Product and service solutions

2.5 Consideraciones éticas

Se tomaran las regulaciones locales e internacionales como la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964, y enmendada por la 29a Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975, 35a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989, 48a Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Nota de clarificación sobre el parágrafo 29 añadida por la Asamblea General, Washington 2002.16

Así como se seguirán las disposiciones en la Ley general de salud en materia de investigación para la salud que establece en el artículo 13 que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. En el artículo 16 en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice, así

como en el 17 en que la Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

3 Resultados

3.1 Edad

La edad tiene una frecuencia Se encontró un rango de 23-61 años, con una media y una desviación estándar

3.2 Sexo

69% (69) son del sexo masculino, como se muestra en la tabla 1

Tabla 1. Sexo de los pacientes de la CCE Lerma, ISSEMyM		
Sexo	Porcentaje	Frecuencia
Masculino	69.0	69
Femenino	31.0	31

N=100

3.3 Escolaridad

37% (37) corresponde a preparatoria como se observa en la Tabla 2

Tabla 2 Escolaridad de los pacientes de la CCE Lerma, ISSEMYM		
Escolaridad	Porcentaje	Frecuencia
Primaria	20.0	20.0
Preparatoria	37.0	37.0
Licenciatura	31.0	31.0
Maestría	7.0	7.0
Otros	5.0	5.0

3.4 Estado Civil

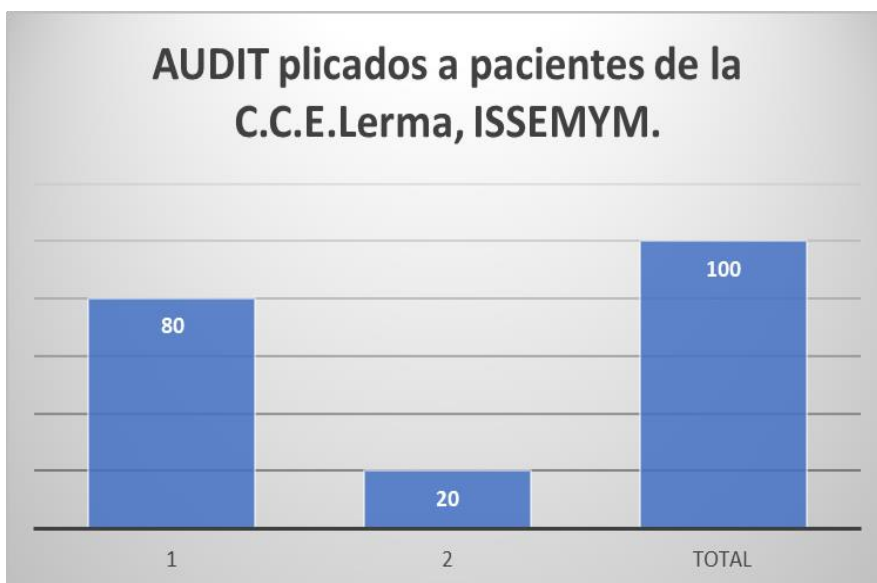
97 % (97) corresponde a casados como se observa en la tabla 3

Tabla 3 Estado civil de pacientes de la CCE Lerma, ISSEMYM		
Estado civil	Porcentaje	Frecuencia
Casado	97	97
Soltero	3	3

3.5 Audit

De 100 Audit que se aplicaron a los pacientes de la Clínica de Consulta Externa Lerma, ISSEMYM, 20 son positivos.

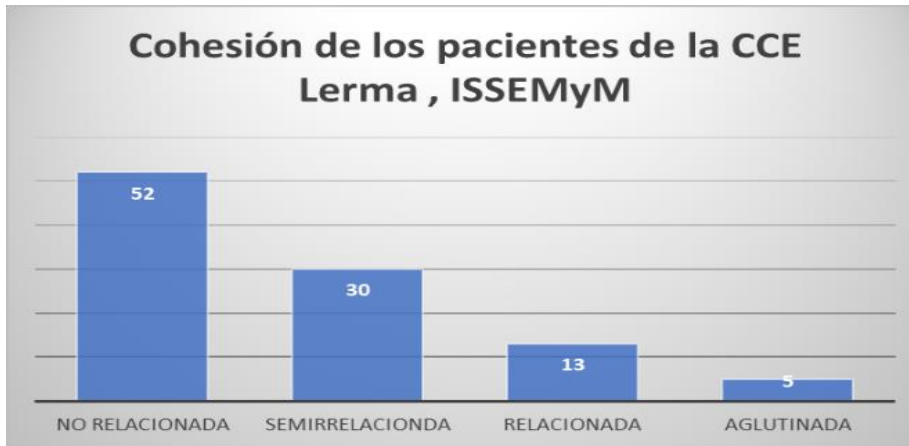
Tabla 4 Audit positivos de los pacientes de la C.C.E.Lerma, ISSEMYM	
No positivos	80
Positivos	20
TOTAL	100



3.6 Cohesión de los pacientes de la CCE Lerma

52 % (52) corresponde Cohesión – no relacionada como se observa en la tabla 4

Tabla 5 Cohesión de pacientes de la CCE Lerma, ISSEMYM		
Cohesión	Porcentaje	Frecuencia
No relacionada	52	52
Semirrelacionada	30	30
Relacionada	13	13
Aglutinada	5	5

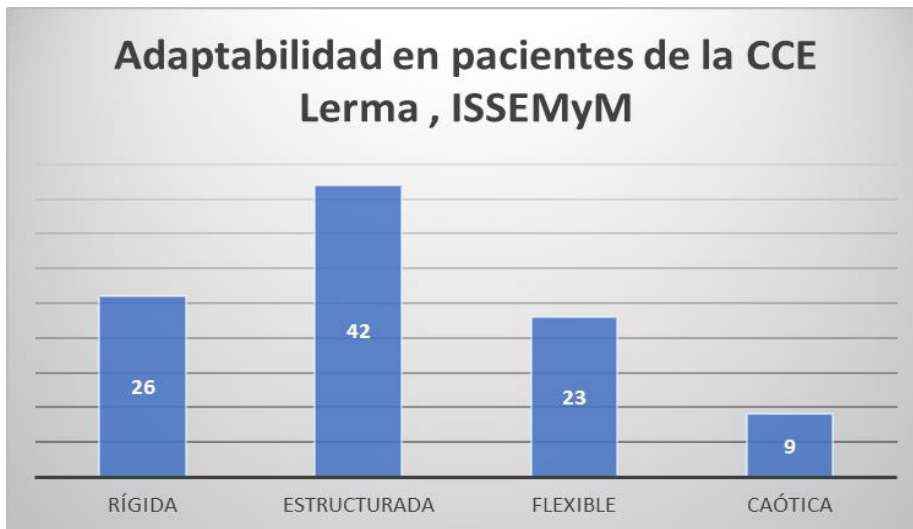


3.7 Adaptabilidad de los pacientes de la CCE Lerma

42 % (42) Corresponde Adaptabilidad – estructura como se observa en la tabla 5

Tabla 6
Adaptabilidad de pacientes de la CCE Lerma,
ISSEMYM

Adaptabilidad	Porcentaje	Frecuencia
Rígida	26	26
Estructurada	42	42
Flexible	23	23
Caótica	9	9



3.8 Tabla cruzada sexo – cohesión de los pacientes de la C.C.E.Lerma, ISSEMYM.

Tabla 7

Sexo	No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	Total
Masculino	35	23	11	0	69
Femenino	17	7	2	5	31
Total	52	30	13	5	100

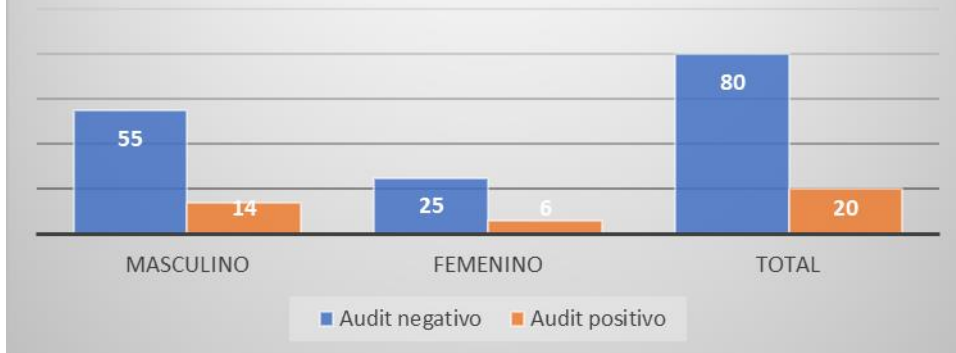
3.9 Tablas cruzadas

Tabla cruzada sexo *AUDIT

Tabla 8
AUDIT de acorde a sexo de pacientes de la CCE
Lerma, ISSEMYM

Sexo	Audit negativo	Audit positivo
Masculino	55	14
Femenino	25	6
Total	80	20

Audit de acuerdo a sexo de los pacientes de la C.C.E.Lerma, ISSEMYM.



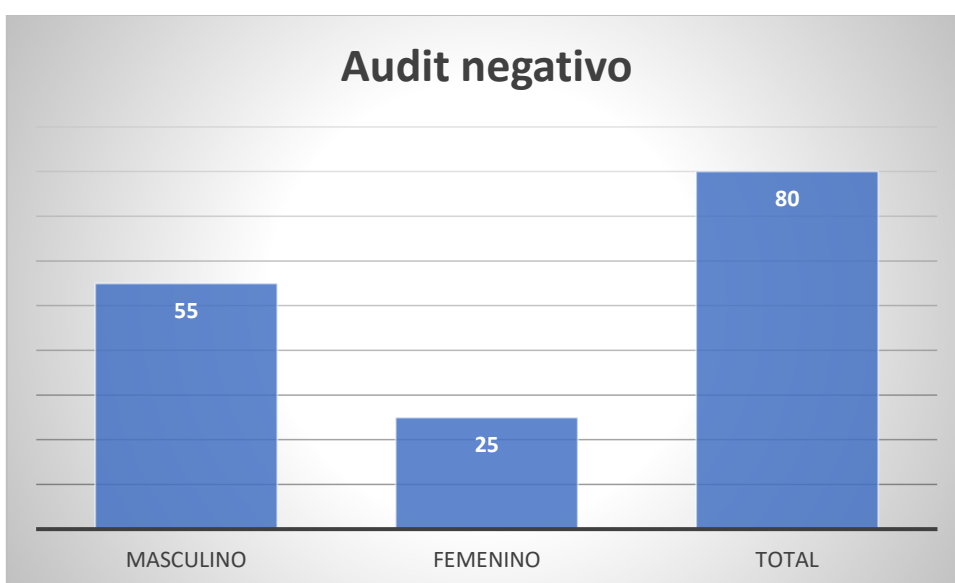
3.10 Tabla cruzada escolaridad AUDIT

Tabla 9 cruzada		escolaridad *		
		AUDIT		
Escolaridad	1	2		
Primaria	17	3		20
Preparatoria	30	7		37
Licenciatura	23	8		31
Maestría	5	2		7
Analfabeta	5	0		5
Total	80	20		100

3.11 Tabla cruzadas

Tabla cruzada sexo *AUDIT

Tabla 10 AUDIT de acorde a sexo de pacientes de la CCE Lerma, ISSEMYM		
Sexo	Audit negativo	Audit positivo
Masculino	55	14
Femenino	25	6
Total	80	20



3.12 Tabla cruzada estado civil * AUDIT de los pacientes de C.C.E.Lerma, ISSEMYM.

Tabla 11 cruzada de estado	Civil * AUDIT de los pacientes	De C.C.E.Lerma ISSEMYM
Estado Civil	1	2
Casado	80	17
Soltero	0	3
Total	80	20

3.13 Características de los pacientes con AUDIT positivo de la CCE Lerma, ISSEMyM

Tabla 12 Características de los pacientes con AUDIT positivo de la CCE Lerma , ISSEMyM	
Sexo (hombres)	14
Escolaridad (Licenciatura)	8
Estado Civil (casados)	17
Cohesión (no relacionado)	18
Cohesión (relacionado)	2

4.Discusión

La edad de presentación del alcoholismo en México es de 12 a 65 años, en comparación del estudio realizado en la clínica ISSEMYM seleccionada, la edad es de 23 a 63 años, sobre todo en los hombres cuya proporción es de 5.8 hombres por cada mujer en el consumo de alcohol que es positivo. Se observa en el estudio que 14 hombres resultaron positivos y 6 mujeres.

En un estudio realizado en Veracruz reportó que el 82.3 % de los participantes había consumido alcohol en algún momento de su vida, y que el 17.7 % nunca o había hecho. De los que consumieron, 66 %, no mostraba problemas por ello, 21,6 % evidenciaba un consumo perjudicial, y 12.5 % presentaba dependencia.

En México, la encuesta Nacional de Adicciones muestra que 71.3 % de la población total de 12 a 65 años ha consumido alcohol alguna vez en la vida, y que 80.6 % son hombres, y 62.6 %, mujeres.

De igual forma, la Secretaría de Salud informó que una investigación efectuada en la Unidad Especializada del Instituto Nacional de Psiquiatría, en la población reportó que 63 % de la población estudiada identificada como consumidora de alcohol.

Diversos estudios realizados en relación con los motivos mencionan que gran parte de la población estudiada muestra expectativas con el consumo de alcohol: la sustancia como facilitadora de la interacción social (63.19); la desinhibición (42.56%); mayor expresividad verbal (44.23%), y reducción de la tensión psicológica (44.05 %). También indican que, as costumbres familiares y sociales se relacionan favorablemente con el consumo de alcohol (Castaño, García, Marzo, 2014). Otros estudios se mencionan como motivos para el consumo de alcohol entre la población: afrontamiento (autocontrol, confianza), motivaciones afectivas (relajación, depresión, ansiedad, reducción del estrés, enojo y ajuste emocional); razones del carácter hedónico (búsqueda de sensaciones, efecto del alcohol), así como motivaciones sociales: socialización, presión social, diversión, imagen social.

Es así, que la experimentación temprana con el alcohol ocurre a través de una compleja combinación de variables sociales, familiares, personales y cognitivas.

En este contexto, el sistema familiar juega un papel fundamental en el consumo de alcohol entre hijos; las pautas de interacción familiar, la cohesión, la adaptabilidad de los miembros, y el consumo de los propios padres pueden representar factores de riesgo.

5. Conclusión

También hay que recordar que la familia puede ser un factor de protección para el consumo de adicciones, sin embargo, se ha observado que los padres que son alcohólicos tienen una influencia importante para que los hijos consuman alcohol.

Dentro de estas limitantes del estudio que no se pueden ver los patrones de repetición, por lo que esto podría ser una línea de investigación.

Hay que recordar que el Audit sirve para detectar bebedores de riesgo en atención primaria.

20 de los pacientes salieron con Audit positivo, de los cuales 14 son hombres, 6 mujeres; de los hombres tiene una escolaridad alta, pero son casados y esto se convierte en un factor de riesgo porque probablemente tienen hijos, y en cuestión de cohesión 18 tiene no relacionada y 9 rígida en adaptabilidad un caótico. Por lo que estas tienen riesgo de disfunción familiar.

El papel del médico familiares relevante en la prevención la literatura menciona que la ingesta de alcohol cuando se ve de forma positiva en la religión los adolescentes puede iniciar a beber, porque socialmente es aceptada.

En este estudio un factor de riesgo puede ser el estado civil, la gran mayoría es casado pero la literatura menciona que existen parejas que tienen esta adicción y que es un ciclo que se va perpetuando o pasando de generación en generación como es una adicción socialmente aceptada es más fácil que se transmita de padres a hijos.

Cabe mencionar que los pacientes con el cuestionario de alcoholismo salieron no relacionados eso quiere decir que no existen reglas

Y dos son relacionados que están en adecuada cohesión y adaptabilidad

Por lo que el médico familiar debe de identificar los factores de riesgo aquí se observa el género y las familias no relacionadas.

El alcoholismo es una patología recurrente en nuestra sociedad, la cual no es considerada

como tal, ha llegado hacer causa de ausentismo laboral, a tal grado de evolución de ser excluido de la sociedad. Por lo que es necesario realizar más estudios de investigación en relación con los principales desencadenantes y que perpetúan el inicio de dicha patología. Tomando en cuenta que evoluciona al proceso salud enfermedad.

Por lo anterior es importante sistematizar la evaluación para diagnóstico de alcoholismo, para así otorgar diagnóstico certero, basándose en las guías de la secretaría de salud para la atención de este problema. Crear estrategias para la aplicación continua de cuestionario Audit, sin exclusión de población. Buscando conseguir casos positivos, así iniciar oportunamente tratamiento y seguimiento; así evitando tempranamente complicaciones, o en el mejor de la situación la abstinencia de la dependencia del alcoholismo.

Así mismo integrar lo antes posible al paciente a sus actividades diarias, y establecer adecuada comunicación médico – paciente para fomentar actividades deportivas y estilos de vida saludables.

Crear grupos básicos donde además de participar el médico, considerar la integración de psicología, nutrición y otorgar la incorporación de activador físico, como parte del personal de salud, para tratar el alcoholismo de forma integral.

Con base a lo anterior me es de importancia resaltar la conciencia sobre la participación activa del médico familiar, se ha observado dentro del estudio las situaciones familiares relacionadas con el alcoholismo y que con llevan a una alteración en la dinámica familiar, así como en la biopsicosocial, pueden llevar al paciente con alcoholismo que curse hacia cronicidad.

6.Referencias

- 1.Berruecos, Luis (2013), "El Consumo de alcohol y el alcoholismo en México: el caso de las comunidades indígenas", *El Cotidiano*, núm. 181, septiembre-octubre, pp. 73-80.
- 2.Bolet Astoviza1 M. La prevención del alcoholismo en los adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2010; 16(4):406-9.
- 3.Rojas, G. F. (1942), "Estudio histórico-etnográfico del alcoholismo entre indios de México", *Revista Mexicana de Sociología*, IV (2), 111-125.
- 4.Taylor, W. B. (2011), *Drinking, Homicide and Rebellion in Colonial Mexican Villages*, California: Stanford University Press.
- 5.Leonard KE, Das Eiden R. Cognitive functioning among infants of alcoholic fathers. *Drug Alcohol Depend* 2009;67(2):139-47.
- 6.Kershenobich, D. y Vargas, F. (2012), Definición de los límites individuales de susceptibilidad ante el consumo de alcohol, En: Tapia-Conyer, R. *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (pp. 181-187), México: El Manual Moderno.
- 7.García G. Eulalia, Lima M. Gilda, Aldama V. Laura, Casanova C. Pedro y Feliciano A. Vladimir (2004), "Alcoholismo y sociedad, tendencias electorales", *Revista cubana de Medicina Militar*, núm. 3, vol. 33.
8. Keyes, C. y Shapiro, A. (en prensa) (2013). Social well-being in the United States: a descriptive epidemiology. En O. Brim, C. Ryff y R. Kessler (eds.): *Midlife in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.

9. Boby, Luis (2012), "UN FENOMENO A ESCALA MUNDIAL: EL alcohol mata más que la droga", *Revista el Ciervo*, año 28, núm. 338, pp. 16-17.
10. Dubowski KM. (2013) Absorption, distribution and elimination of alcohol: highway safety aspects. *J Stud on Alcohol* 1985; (Suppl.10):98-108.
11. Freedman A, Kaplan H, Sadock B. Alcoholismo y psicosis alcohólica. En: Morris E, Chafetz MD, eds. *Tratado de Psiquiatría*. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2012. p.1481-97. (Edición Revolucionaria).
12. OMS (2014), Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014, información electrónica disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/> (fecha de consulta: mayo, 2017).
13. Muracén Disotuar I, Martínez Jiménez A, Aguilar Medina JM, González Rodríguez MR. Pesquisaje de alcoholismo en un Área de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2011;17(1): 62-7.
14. Edwards G et al. Alcohol-related disabilities, Geneva. World Health Organization, 2013 (WHO Offset Publication. No.32).1
15. González Menéndez R. Cómo librarse de los hábitos tóxicos. Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café, tabaco y el alcohol. *Revista cubana Medicina General Integral* 2005; 11(3):269-70.
16. González Menéndez R. Cómo librarse de los hábitos tóxicos. Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café, tabaco y el alcohol. *Revista cubana Medicina General Integral* 2013; 11(3):269-70.
17. Herrera Santí PM, Avilés Betancourt K. Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2010;16(2):134-7.

18. World Health Organization (WHO). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genève: WHO; 2013.

19. American Psychiatric Association (APA), Diagnostic Statistical Manual IV TR breviarío. Criterios diagnósticos, Barcelona: Editorial Masson; 2015.

20. Barnow S, Schuckit MA, Lucht M, John U, Freyberger HJ. The importance of a positive family history of alcoholism, parental rejection and emotional warmth, behavioral problems and peer substance use for alcohol problems in teenagers: a path analysis. J Stud Alcohol 2012;63(3):305-15.

7. Anexos

1. Ficha de Identificación.

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

Ocupación:

Estado Civil:

Años de consumir bebidas alcohólicas:

2. Escala de AUDIT

Subrayar o tachar la respuesta elegida, durante el último año

<p>1. ¿Qué tan frecuentemente ingiere bebidas alcohólicas?</p> <p>0=nunca 1 =una vez al mes o menos 2=de 2 a 4 veces por mes 3=2 ó 3 veces por semana</p>	<p>6. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente bebió a la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?</p> <p>0=nunca 1 =menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p>
<p>2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico o común de los que bebe?</p> <p>Cuantificar el número de tragos estándar (*) 0=una o dos 1 =tres o cuatro 2=cinco o seis 3=de siete a nueve 4=diez o más</p>	<p>7. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?</p> <p>0=nunca 1 =menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p>
<p>3. ¿Qué tan frecuentemente toma seis o más copas en la misma ocasión?</p> <p>0=nunca 1 =menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p>	<p>8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?</p> <p>0=nunca 1 =menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p>
<p>4. Durante el último año ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?</p> <p>0=nunca 1 =menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p>	<p>9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingestión de alcohol?</p> <p>0=no 1 =sí, pero no en el último año 2=sí, en el último año</p>
<p>5. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?</p> <p>0=nunca 1 =menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p>	<p>10. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje?</p> <p>0=no 1 =sí, pero no en el último año 2=sí, en el último año</p>

3. Escala de FACES III

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
Describa su familia:				
<input type="checkbox"/> 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí				
<input type="checkbox"/> 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
<input type="checkbox"/> 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia				
<input type="checkbox"/> 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
<input type="checkbox"/> 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos				
<input type="checkbox"/> 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
<input type="checkbox"/> 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				
<input type="checkbox"/> 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				
<input type="checkbox"/> 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia				
<input type="checkbox"/> 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos				
<input type="checkbox"/> 11. Nos sentimos muy unidos				
<input type="checkbox"/> 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones				
<input type="checkbox"/> 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente				
<input type="checkbox"/> 14. En nuestra familia las reglas cambian				
<input type="checkbox"/> 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia				
<input type="checkbox"/> 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
<input type="checkbox"/> 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones				
<input type="checkbox"/> 18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad				
<input type="checkbox"/> 19. La unión familiar es muy importante				
<input type="checkbox"/> 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar				