



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



---

---

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO**

**UNIDAD ACADÉMICA: NACAJUCA, TABASCO**

**“Perfil Familiar de los Integrantes de un Grupo de  
Alcohólicos Anónimos”**

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

**P R E S E N T A:**

**DR. JARVIN FALCÓN NAVARRO**

**DR. C. JORGE ELÍAS TORRES LÓPEZ  
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

**DRA. LEYSI ORAMAS DE LA CRUZ  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.



**"PERFIL FAMILIAR DE LOS INTEGRANTES DE UN GRUPO DE  
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS"**

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

**PRESENTA:**

**DR. JARVIN FALCON NAVARRO**

**AUTORIZACIONES**

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM**

**DR. FELIPE GARCÍA PEDROZA**

**COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM**

**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES**

**COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
UNAM**



**"PERFIL FAMILIAR DE LOS INTEGRANTES DE UN GRUPO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS"**

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

**PRESENTA:**

**DR. JARVIN FALCON NAVARRO**

**AUTORIZACIONES**

**DRA. LEYSI ORAMAS DE LA CRUZ**  
**ASESOR Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN**  
**MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN NACAJUCA, TABASCO.**

**DR. JORGE ELÍAS TORRES LÓPEZ**  
**ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

**QUÍMICO SERGIO LEÓN RAMÍREZ**  
**DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA**

**DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA**  
**SECRETARIO DE SALUD EN EL ESTADO DE TABASCO**

**NACAJUCA, TABASCO.**

**FEBRERO 2007**



---

---

## DEDICATORIA

### **A mis padres**

Seín Falcón Cámara (+) y María Obdulia Navarro de Falcón, por su guía, apoyo y confianza en mi, y estar siempre presentes con su amor, comprensión y ejemplo.

### **A mis hermanos y hermanas**

Zeín, Arelibet, Félix Alejandro y María Sosalia, por su cariño y ser parte importante en mi vida.

### **A mi familia**

A mi esposa Ruth y a mis hijos Eduardo, Emilio y Jarvin Seín a quienes amo inmensamente, y son mi fuente de inspiración.



---

---

## AGRADECIMIENTOS

### **A Dios**

Porque gracias a su voluntad existo, por permitirme vivir y servirle, por reforzar cada día mi fe, por mis logros y por ser lo que soy.

**A las Doctoras Elisa Madrigal Tescum y Leysi Oramas de la Cruz** por todo el apoyo incondicional que me brindaron para la realización de mi tesis.

**Al Dr. Jorge Elías Torres López** por su colaboración como asesor metodológico que fue de gran ayuda para desarrollar este trabajo.

**Al grupo de Alcohólicos Anónimos “Fortaleza y Esperanza” de Bosques de Saloya, Nacajuca, Tabasco**, cuya colaboración fue vital para poder realizar este proyecto.

**A todo el personal que labora en el Centro de Salud de Bosques de Saloya**, a mis amigos y compañeros de la especialidad, por compartir conmigo los buenos momentos y de quienes aprendí mucho.



---

---

## RESUMEN

Dr. Jarvin Falcón Navarro. R3.M.F.; Secretaría de Salud del Estado de Tabasco  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Departamento de Medicina Familiar

### **PERFIL FAMILIAR DE LOS INTEGRANTES DE UN GRUPO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS**

**Objetivos:** Determinar los factores sociodemográficos y el perfil familiar de los integrantes de un grupo de alcoholicos anónimos.

**Metodología.** Estudio descriptivo, transversal, aleatorio, una sola etapa.

**Resultados:** Se entrevistaron a 44 integrantes de un grupo de alcoholicos anónimos (AA) de la comunidad Bosques de Saloya, Nacajuca, Tabasco. El 95% de los encuestados fueron del género masculino, mientras que el 5% correspondió al género femenino. Cerca del 70% tiene algún grado de educación primaria y secundaria, mientras que alrededor del 30% tienen estudios de preparatoria y estudios profesionales. Cerca del 80% viven en pareja; casados (63.6%) y en unión libre (18.2%). El rango de tiempo de adicción al alcohol fue 1.5 y 39 años. El tiempo de permanencia al grupo de AA entre 6 semanas hasta 21 años. El tiempo más frecuente de no consumir alcohol fue de 1 año. Más del 90% han tenido problemas laborales y más de la mitad reportó que han sido despedidos. Con respecto a los problemas de salud, cerca del 95% comentaron que han tenido periodos donde no recuerdan nada y más del 80% lesiones físicas. Problemas con la familia y los amigos más del 95% dijo tenerlos, a más de la mitad se le ha desintegrado la familia y cerca del 80% ha perdido amigos. Más del 50% trabajan como obreros y técnicos, menos del 15% son profesionales. Cerca del 80% de los integrantes de este grupo de AA habitan en una casa que cuenta con los servicios básicos de urbanidad mientras el porcentaje restante no lo tiene. Alrededor del 80% dijo que el ingreso económico es suficiente para cubrir sus necesidades básicas. El nivel socioeconómico predominante fue obrero (cerca del 45%) y el grupo marginal en menor proporción (cerca del 7%).

**Conclusiones:** El grado de instrucción escolar y el nivel de vida parecen influir de forma independiente en el consumo de alcohol. Los problemas laborales, familiares y la disfunción laboral están asociados al consumo excesivo de alcohol. El perfil socioeconómico del individuo alcoholico parece no estar relacionado directamente con los comportamientos laborales y con la incidencia en la salud familiar.

**Palabras claves:** Alcoholico, perfil familiar, nivel socio-económico



---

---

## GLOSARIO

**AA.** Alcohólicos Anónimos. Grupo de autoayuda. Organización de alcohólicos autoproclamados, quienes se reúnen frecuentemente para reforzar su práctica de abstinencia.

**ENA.** Encuesta Nacional de Adicciones.

**Estado Civil.** Situación conyugal de acuerdo a las leyes, costumbres conyugales o matrimoniales del país, los cuales son:

**-Casado(a).** Persona que ha contraído matrimonio de acuerdo a la ley y/o de acuerdo a cualquier religión.

**-Divorciado(a).** Persona que se encuentra separada por una sentencia de divorcio, dictada por la autoridad competente y que no ha vuelto a casarse o a vivir en unión libre.

**-Unión Libre.** Persona que vive con su pareja como si estuviera casada, sin estarlo.

**-Viudo.** Persona que ha perdido a su esposo(a) o compañero(a) por fallecimiento y no se ha vuelto a casar ni a vivir en unión libre.

**Familia.** La palabra familia deriva de la raíz latina famulus que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo famul que se origina de la voz osca famel, esclavo doméstico.

La OMS, comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

El diccionario de la Lengua Española dice que “La familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines a un linaje”.

El Censo Canadiense define la familia como “esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo”.

Según The United States Census Bureau, la familia es cualquier grupo de individuos que viven juntos y relacionados unos con otros por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción.

**-Familia Moderna.** La característica esencial, consiste en que la madre trabaja fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre.

**-Familia Tradicional.** El subsistema proveedor, casi siempre está constituido por el padre y excepcionalmente puede colaborar la madre o uno de los hijos.

**-Familia Primitiva o Arcaica.** Nos referimos en general a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran.

**-Familia Rural o Urbana.** Según la ubicación de la familia.



---

---

**-Familia Integrada.** En la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

**-Familia Semi-Integrada.** Los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.

**-Familia Desintegrada.** La característica esencial, es la ausencia de uno de los cónyuges, bien sea por muerte, divorcio, separación, abandono o el desmembramiento de la familia, debido a graves causas internas o externas.

**-Familia Nuclear.** Modelo de familia actual, formada por padre, madre e hijos.

**-Familia Extensa.** Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos, de adopción o bien de afinidad.

**-Familia Extensa Compuesta.** Además de los que incluye la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como el caso de amigos y “compadres”.

**Hogar.** Persona o conjunto de personas que viven en una misma vivienda, que hacen vida en común, comparten un ingreso (aportado por uno o más miembros del hogar, o proveniente de transferencias) destinado a cubrir su sustento, principalmente en lo referente a gastos de alimentación.

**Nivel de ingresos.** Mide la percepción monetaria mensual de los ocupados en valores absolutos.

**Nivel de escolaridad.** Registra el último curso educativo formal aprobado.

**OMS.** Organización Mundial para la Salud.

**Vivienda.** Espacio físico con entrada independiente que puede albergar uno o varios hogares.



---

---

## **“PERFIL FAMILIAR DE LOS INTEGRANTES DE UN GRUPO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS”**



---

---

**ÍNDICE**

	Página
Carta de autorización	
Dedicatoria	I
Agradecimientos	II
Resumen	III
Glosario	IV
Título	
Tablas y figuras	IX
1. INTRODUCCION	1
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1. La Enfermedad Alcohólica	8
2.2. Patología Asociada al Consumo del Alcohol	15
2.3. Bebedor alcohólico	19
2.4. El Alcoholismo y la familia	
2.4.1. Relación de la familia con el alcohólico	21
2.4.2. Perfil	22
2.5. Enfermedades relacionadas al consumo excesivo de alcohol	22
2.6. Tratamiento del alcoholismo	24
2.6.1. La familia en el tratamiento del Alcohólico	24
2.6.2. Alcohólicos Anónimos	25
3. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA	27
4. JUSTIFICACIÓN	29
5. OBJETIVOS	30
5.1. Objetivo general	30
5.2. Objetivos específicos	30
6. METODOLOGÍA	31
6.1. Estudio	31
6.2. Universo y Muestra	31
6.3. Sujetos	31



6.4. Procedimiento para recolección de la información	32
6.5. Evaluación socioeconómica	33
6.6. Análisis estadístico	34
7. RESULTADOS	35
7.1. Características demográficas y escolaridad	35
7.2. Características religiosas	36
7.3. Estado civil	37
7.4. Adicción al alcohol	39
7.5. Problemas laborales, de salud y familiar	41
7.6. Ocupación laboral	43
7.7. Servicios de urbanidad de la vivienda	44
7.8. Satisfacción de necesidades básicas con sus ingresos económicos	45
7.9. Nivel socioeconómico	45
8. DISCUSIÓN	49
9. CONCLUSIÓN	53
10. ANEXOS	54
10.1. Hoja de Consentimiento Informado	55
10.2. Encuesta Para Determinar El Perfil Familiar d los Integrantes de Un Grupo de Alcohólicos Anónimos	56
10.3. Evaluación del Estrato Socioeconómico (Método GRAFFAR)	59
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

**TABLAS Y FIGURAS**

		Página
Tabla	1 Género y edad.	35
Tabla	2 Nivel de escolaridad de los integrantes de AA.	36
Tabla	3 Edad de las parejas de los integrantes de AA	38
Tabla	4 Tiempo de adicción al alcohol	39
Tabla	5 Frecuencia de problemas laborales	41
Tabla	6 Frecuencia de problemas de salud	42
Tabla	7 Frecuencia de algunos problemas familiares	42
Tabla	8 Tipo de ocupación laboral	43
Figura	1 Práctica religiosa de los integrantes de AA.	37
Figura	2 Estado civil de los integrantes de AA	38
Figura	3 Porcentaje de alcohólicos que asisten con sus parejas a las reuniones del grupo de AA.	40
Figura	4 Servicios básicos de urbanidad de la vivienda.	44
Figura	5 Satisfacen o no sus necesidades básicas con sus ingresos económicos	45
Figura	6 Nivel socioeconómico de los integrantes del grupo de AA	46
Figura	7 Profesión del jefe de familia y relación con el nivel socioeconómico familiar.	47
Figura	8 Nivel de condición de la vivienda y relación con el nivel socioeconómico familiar	48

## 1. INTRODUCCIÓN.

El consumo de bebidas alcohólicas se encuentra presente a lo largo de la historia de la humanidad y frecuentemente se ha vinculado a diversas actividades sociales, políticas, económicas y religiosas. El uso de bebidas alcohólicas es una práctica arraigada en la población general y su origen, en México, se remonta al periodo prehispánico. En México, no cabe duda, que se consume alcohol tanto de manera regular y responsable como en exceso. Es en este sentido, el consumo excesivo de alcohol se convierte en un serio problema para la convivencia, la salud del propio individuo y en general graves problemas de salud pública en casi todos los países del mundo. Lo anterior se agrava en aquellos donde sus efectos se conjugan con graves retrasos en lo económico y social: ése es el caso de nuestro país. La repercusión social del paciente alcohólico es muy alta. No obstante de que al hablar de alcohólico, la figura que inmediatamente se integra en nuestro pensamiento es la del personaje deambulando en la calle en estado de borrachera al cual se le conoce como “teporocho”, sin embargo, estos personajes representan un porcentaje menor comparado con los “no teporochos” (1). La gran mayoría de los alcohólicos viven con su familia, tienen empleo y llevan una vida aparentemente normal (1).

La Organización Mundial para la Salud (OMS) estimó en el 2004, que existe alrededor de 2 billones de personas que consumen bebidas alcohólicas en todo el mundo, y de estos, alrededor de 76 millones con diagnóstico de abuso de alcohol (2). En México la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 1998 señala que el 55.2% de la población, en la región sur de nuestro país, entre 12 y 65 años de edad consume alcohol (3).

La OMS recomienda que los países deben incrementar el nivel de salud de la población haciendo referencia a la “familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud” (1). Como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad, la familia, se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad (4, 31). La salud del individuo y del conjunto de la familia está en función de los valores, creencias, conocimientos, criterios y juicios y por lo tanto de las funciones económicas, biológicas, educativas y de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales (4). De lo anterior se puede asumir que cualquier miembro enfermo de la familia afecta la dinámica del grupo familiar. Por ejemplo, un individuo alcohólico, en particular el padre o jefe de familia, tendrá influencia negativa sobre el funcionamiento familiar (5, 31). Adicionalmente, el alcoholismo es una enfermedad que está relacionado con diversas enfermedades o discapacidades ( 6, 7, 30).

La OMS ha sustituido el término alcoholismo por el de síndrome de dependencia del alcohol. En la clasificación internacional de enfermedades se define como “un estado de cambio en el comportamiento del individuo por el consumo franco de bebidas alcohólicas, una continuidad en el consumo de manera no aprobada en su ambiente socio-cultural, a pesar de las dolorosas consecuencias directas que puede sufrir como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia.” (8)

La OMS define al alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 y 70 g (una copa de alcohol o un combinado es aproximadamente 40 g de alcohol, 0.25 l de vino 30 g y ¼ l de cerveza 15 g).

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 La enfermedad alcohólica**

El consumo de bebidas alcohólicas es uno de los principales factores relacionados con el estado de salud de los individuos y de las poblaciones. Constituye un enorme problema de salud pública en la mayoría de los países desarrollados por los efectos nocivos que produce; sus consecuencias de orden físico, mental y social tienen un gran impacto socio sanitario, a lo que hay que unir los enormes costos sociales y económicos derivados tanto de la utilización de los servicios sanitarios como de los problemas laborales que ocasiona por los accidentes, el absentismo y el bajo rendimiento.

Concepto de alcoholismo:

Hoy día se plantea el problema del alcoholismo desde la perspectiva de una "acción interdisciplinaria". Dada la multiplicidad de factores que intervienen en el alcoholismo, casi todos los autores coinciden en señalar que resulta imposible ofrecer una definición unitaria del alcoholismo, lo cual es perfectamente comprensible si se considera que la esfera de la patología alcohólica presenta tal magnitud y complejidad que obliga a enfocarla desde distintos puntos. La O.M.S. en los años 50 definió el alcoholismo como todo daño orgánico o psíquico derivado del consumo de etanol.

Las vías metabólicas del alcohol son:

1. Alcohol-deshidrogenasa (ADH): es una enzima citoplasmática, que utiliza como cofactor dinucleótido de nicotinamida y adenina (NAD). Es la principal vía metabólica del alcohol. Esta enzima está presente en pequeñas cantidades en otros órganos diferentes al hígado, como el estómago, el intestino delgado, el riñón y el cerebro. Existen dos subunidades con ocho

subtipos distintos que tienen diferente cinética y afinidad por el sustrato. Combinándose forman tres isoenzimas (I, II y III).

2. Sistema microsomal (MEOS): este sistema oxidativo tiene poca importancia cuando la ingesta de etanol es moderada. Su localización se encuentra en los microsomas, y utiliza como sustrato al NADPH. Se induce progresivamente por el consumo crónico de etanol.
3. Sistema de la catalasa: se localiza en los peroxisomas y mitocondrias de los hepatocitos y para su acción necesita la presencia de peróxido de hidrógeno. Es poco importante (un 2% del total del metabolismo del etanol), aunque la beta-oxidación de los ácidos grasos estimula esta vía. Acetaldehído-deshidrogenasa (ALDH): utiliza, al igual que la ADH, NAD como cofactor. Presenta dos isoenzimas: una mitocondrial y otra citoplasmática.

El acetaldehído es un inhibidor del ATP en las mitocondrias. El acetato formado es un buen indicador del consumo de etanol. Por otra parte, el acetaldehído impide la movilización de los ácidos grasos y hace que estos se depositen en forma de triglicéridos en los hepatocitos, provocando esteatosis y la formación de AMP desde ATP, que a su vez puede ser degradado a purinas de cerveza, 150 mL de vino o 45 mL de bebidas blancas.

Antes de que se desarrolle patología orgánica florida derivada del consumo excesivo de alcohol el paciente desarrolla una serie de alteraciones bioquímicas y clínicas que permiten su diagnóstico precoz.

Además el alcohólico probablemente debido a la progresiva dependencia que desarrolla frente a esta droga va adquiriendo determinados hábitos sociolaborales

que no sólo le son en cierta manera característicos sino que además pueden influir negativamente sobre su salud.

Muchas veces detectar el alcoholismo no es sencillo. Sin entrar a discutir con profundidad los diversos métodos que se han empleado cuestionarios como el CAGE y el MALT que están validados.

En primer lugar es fundamental conocer la cantidad de alcohol consumida y el llamado patrón de consumo. La cuantificación de este dato en gramos de etanol/día o semana es importante para valorar el grado de dependencia, tolerancia y la posible patología asociada.

El cálculo de los gramos de etanol puro que consume una persona se realiza mediante la fórmula:

$$\text{Nº de gramos de etanol} = \text{cc} \times \text{graduación} \times 0.8/100.$$

Es necesario conocer también cuánto tiempo lleva bebiendo el paciente. Se sabe que la patología orgánica que desarrolla el alcohólico crónico se relaciona de forma variable con el tiempo de consumo. Así es necesario, por ejemplo, que el consumo total sea superior a 250 Kg para que se desarrolle miocardiopatía alcohólica o que el paciente beba 80 gramos al día durante 10 ó 20 años para que se desarrolle cirrosis hepática.

En segundo lugar es necesario precisar el tipo de actividad física y laboral, el hábito de alimentación y la situación familiar. En este sentido un estudio realizado por nuestro grupo ha puesto de manifiesto que el principal factor que condiciona la malnutrición del alcohólico es la pérdida de los lazos familiares que a su vez genera hábitos alimenticios irregulares y malnutrición. También se interrogará sobre otros hábitos tóxicos.

Otros signos físicos cuya patogenia es oscura pero que guardan una clara asociación con el alcoholismo son rinofima, telangiectasias e hipertrofia parotídea. Hay una serie de valores analíticos sugestivos del abuso del alcohol. Las técnicas de detección de estas alteraciones tienen un triple interés:

- Detección precoz, ya que pueden preceder en el tiempo a la expresión de las lesiones orgánicas derivadas del consumo de alcohol.
- Confirmación diagnóstica; cuando se asocia a los datos físicos clínicos.
- Control y seguimiento de la abstinencia en el contexto de un programa terapéutico.

El mejor marcador del etilismo continúa siendo la realización de una buena historia clínica, pero sin embargo hay una serie de marcadores bioquímicos que como herramientas de diagnóstico ayudan a este diagnóstico.

Dichos valores analíticos son:

1. GAMMA-GLUTAMIL TRASPEPTIDASA (GGT): es un marcador muy sensible y superior a las transaminasas para detectar el consumo de alcohol, ya que sus valores se alteran antes de elevarse éstas. Existe una buena correlación entre los niveles de alcohol ingeridos y su elevación.

Sin embargo cuando la cantidad de alcohol consumida es inferior a 60 g/día pierde gran parte de la sensibilidad. La elevación de la GGT sin alteración de otros parámetros hepáticos, aparece entre un 50% a un 70% de los individuos que consumen alcohol en cantidades excesivas. Como indicador de consumo pierde utilidad si existe hepatopatía, insuficiencia cardíaca, administración de anticonvulsivantes, hidantoínas o anticonceptivos, ya que dan falsos positivos. Con la

abstinencia, los valores de GGT vuelven en poco tiempo a la normalidad (días o semanas), siempre que no exista una lesión hepática asociada. Se puede utilizar, por tanto, como criterio de evolución en los tratamientos de deshabitación para el control de la abstinencia.

2. VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO DE LOS HEMATÍES: en los alcohólicos crónicos su aumento es muy frecuente, aunque también puede verse aumentado en otros procesos como el déficit de vitamina B12, ácido fólico, enfermedad hepática, ciertos fármacos, etc. Su alteración parece deberse a una acción directa del alcohol en el desarrollo de los eritroblastos más que a un déficit de ácido fólico. Aunque menos sensible que la GGT, es más específico. En un 85% de los alcohólicos encontramos valores superiores a 98 fl, y generalmente no se acompañan de anemia. No existe una correlación tan clara entre su aumento y la ingesta. Tarda de semanas a meses en regresar a los niveles basales tras la abstinencia y se puede emplear como un marcador más en el estudio evolutivo del paciente.

La asociación de GGT y VCM, aunque pierde sensibilidad, se ha mostrado como la prueba biológica más específica y fácil de usar en el diagnóstico del alcoholismo; se identifican hasta el 75% de los alcohólicos.

3. TRASFERRINA DEFICIENTE EN CARBOHIDRATOS (CDT): es un marcador bioquímico para la detección de bebedores en abstinencia y se muestra más sensible que la GGT y el VCM ya que a las cuatro semanas de abstinencia adquiere valores normales.

## 2.2 Patología asociada al consumo de alcohol

El consumo excesivo de alcohol provoca alteraciones en múltiples órganos y sistemas; prácticamente se ven implicados todos los órganos de la economía por lo que mencionaremos algunos.

- **PÁNCREAS:** el consumo de alcohol es la segunda causa de pancreatitis aguda y crónica. La cantidad de alcohol necesaria es inferior a la requerida para producir cirrosis hepática, pero no es rara su asociación. Se piensa que el mecanismo es el aumento del estímulo sobre la secreción de la glándula junto a obstrucción del flujo por el conducto de Wirsung y sus ramas, lo que ocasiona una inflamación aguda. El alcohol estimula la liberación de secretina y ésta, a su vez, estimula la secreción de enzimas pancreáticas. Frente a esta excesiva secreción se produce obstrucción de los conductillos tanto por el mecanismo relacionado con la litostatina que comentaremos posteriormente como por el espasmo del esfínter de Oddi, lo que provoca un aumento de la presión intraductal y biliar.

En diferentes estudios epidemiológicos realizados con amplias series de enfermos, se ha observado una asociación entre bebedores excesivos y cáncer de páncreas, ya sea directamente o como evolución de una pancreatitis alcohólica crónica.

La malnutrición acompaña frecuentemente al alcoholismo. La función y la estructura pancreática puede verse afectada por el déficit proteico. La conjunción del alcoholismo y el déficit proteico puede conducir a una marcada esteatosis pancreática. El ayuno produce en el páncreas exocrino mayor sensibilidad al efecto inflamatorio de la colecistoquinina, aunque, en contraste con el etanol, provoca un

descenso de la lipasa tisular y de la capacidad del acino pancreático para secretarla. Sin embargo, la malnutrición, junto al etanol, incrementa la actividad y los niveles de mRNA de la enzima pancreática lisosomal catepsina B, una proteasa capaz de activar el tripsinógeno. Estos datos sugieren que el etanol y el déficit proteico pueden, al menos en parte, producir sus efectos tóxicos en esta glándula de manera sinérgica, alterando la estabilidad lisosomal pancreática e incrementando la cantidad glandular de catepsina B, estimulante de la secreción enzimática. También se ha observado que el consumo crónico de etanol provoca una mayor secreción y contenido de lipasa. La acción combinada de alcohol y malnutrición genera pancreatitis crónica en la que se producen tapones proteicos en los conductos pequeños, lo que conlleva su obstrucción y el daño consiguiente de las células acinares. El mayor componente de estos tapones mucosos es la litostatina, una proteína secretada por el páncreas. Se ha encontrado que tanto el alcohol como el déficit proteico, por separado y conjuntamente, incrementan la capacidad de las células acinares de sintetizar litostatina y por ello contribuyen a la pancreatitis crónica.

Por todo esto, hay datos que apoyan que el déficit proteico también interactúa con el etanol en el páncreas, favoreciendo tanto el desarrollo de pancreatitis aguda como crónica. La consecuencia principal de la pancreatitis crónica es la aparición de un cuadro malabsortivo con especial afectación de grasas y vitaminas liposolubles. Las primeras queman el calcio e impiden su absorción y el déficit de vitamina D agrava aún más este problema.

La malabsorción del alcoholismo también se debe a las alteraciones intestinales que incluyen aceleración del tránsito, acción tóxica sobre las membranas celulares y sus enzimas asociadas.

- **HÍGADO:** el consumo crónico de alcohol produce un amplio espectro de alteraciones hepáticas como esteatosis macrovesicular, hepatitis aguda alcohólica y cirrosis hepática. El déficit proteico juega un papel relevante en la patogenia de la hepatopatía etílica, aunque la mayoría de los mecanismos lesionales pueden explicarse por el mero metabolismo del alcohol. El exceso de equivalentes reducidos generados como consecuencia del metabolismo del alcohol por la vía del alcohol deshidrogenasa altera el metabolismo de las grasas provocando una acumulación de triglicéridos en el hepatocito. Este fenómeno es la primera alteración que tiene lugar en la fase de esteatosis hepática. Un 50% del aumento del tamaño experimentado por el hígado en la fase de esteatosis hepática obedece a una acumulación de proteínas y agua. El alcohol y su principal metabolito el acetaldehído ejercen diversos efectos sobre el metabolismo intracelular de las proteínas. La producción hepática de ciertas proteínas exportables está disminuida por el efecto del alcohol sobre todo porque el acetaldehído al parecer inhibe la secreción de estas proteínas ya sintetizadas. No obstante el etanol también ejerce un efecto inhibitorio del catabolismo proteico fundamentalmente en el sistema ubiquitina-proteasoma que contribuye a la sobrecarga proteica intracelular. Como consecuencia de la acumulación de grasa y proteínas y del efecto oncótico de ésta última, el hepatocito aumenta de tamaño, produciéndose el así llamado balonamiento hepatocitario. El exceso de lípidos intracelulares facilita la peroxidación lipídica y es precisamente este fenómeno el principal responsable de la lesión hepatocitaria que caracteriza a la hepatitis aguda alcohólica. No sólo se lesionan los fosfolípidos de membrana, sino que se genera un exceso de

malonildialdehído, que tiene capacidad de unirse al acetaldehído y juntos formar los así denominados “MAA-adducts”, sustancia altamente reactiva capaz de alterar la función enzimática intracelular y contribuir a la necrosis hepatocitaria. Los productos de peroxidación lipídica inducen la secreción de citocinas especialmente TNF-alfa e IL-6. A ello contribuye poderosamente la endotoxemia propia del paciente alcohólico, especialmente del cirrótico.

Esta endotoxemia obedece al aumento de la permeabilidad intestinal, y al unirse a receptores “toll-like” de la célula de Kuppfer inducen la activación de la misma y la liberación de, entre otras, las citadas citocinas. Se establece así un circuito de amplificación en el que un exceso de TNF-alfa promueve peroxidación lipídica y ésta, mayor secreción de TNF-alfa, con la consiguiente lesión celular progresiva. El papel del TNF-alfa en la patogenia de la hepatopatía etílica adquiere cada vez mayor relevancia, relacionándose no solo con la gravedad sino también con el pronóstico. La última fase evolutiva de la hepatopatía etílica es la cirrosis hepática, entidad caracterizada por el progresivo depósito de tejido fibroso en el hígado, que altera la arquitectura hepática, la microcirculación del hígado y la función hepatocitaria. Probablemente también TNF-alfa y otras citocinas intervengan de forma directa e indirecta en la progresiva fibrosis hepática. Aunque las células de Kuppfer continúan siendo principal fuente de citocinas y de radicales oxidantes, los neutrófilos que infiltran el hígado en la fase de hepatitis, activados precisamente por las citocinas liberadas por el macrófago, son origen también de más citocinas, aniones superóxido y agua oxigenada que agravan la lesión hepática.

El déficit nutricional es un factor pronóstico adverso en la cirrosis hepática. La mayor toxicidad de la deficiencia proteica en las alteraciones hepáticas debidas al alcohol

puede deberse también en parte a un aumento de la peroxidación lipídica. Lo cierto es que la malnutrición proteica contribuye y agrava los cambios histológicos observados en modelos experimentales de hepatopatía etílica.

Como veremos las consecuencias del desarrollo de una cirrosis hepática sobre mecanismos involucrados en el metabolismo calcio-fosfórico y la homeostasis del hueso son múltiples. Se va a alterar la síntesis de 1,25 (OH)<sub>2</sub> D<sub>3</sub>, la absorción de calcio y vitamina D, disminuye la síntesis del IGF-1, y se altera el metabolismo de hormonas sexuales y tiroideas, como fenómenos más destacados.

- **TRASTORNOS MUSCULARES:** la miopatía alcohólica es una complicación común del consumo de alcohol. Puede afectar a un 50-60% de los alcohólicos. Las manifestaciones usuales de la miopatía alcohólica son aquellas correspondientes a la enfermedad crónica. La rabdomiolisis aguda aparece en algunos pacientes. Cursa con mialgias agudas, pérdida de fuerza más o menos generalizada, dolor y edema, junto a oliguria y orinas rojizas.

Generalmente se produce tras la ingesta de grandes cantidades de alcohol. Estos síntomas se localizan habitualmente en los músculos proximales de las extremidades, los de la cintura escapular, pélvica y músculos torácicos. En la analítica destaca una gran elevación de enzimas musculares séricas, junto a elevada mioglobinemia y mioglobinuria, alteraciones que están en relación con el grado de necrosis de las fibras musculares. El paciente puede desarrollar una insuficiencia renal aguda.

La forma seudotromboflebítica es un cuadro de miopatía aguda localizada con signos flogóticos tan importantes que sugieren la existencia de una tromboflebitis de las venas subyacentes. La miopatía crónica se caracteriza por pérdida de la masa

muscular, algunos pacientes pueden perder más de un 30% de su masa muscular, así como pérdida de fuerza. Un elevado porcentaje de los pacientes sufre debilidad y atrofia muscular de largo tiempo de evolución en relación con la cantidad total de alcohol consumido. La miopatía crónica plantea el diagnóstico diferencial con las distrofias musculares. Los estudios enzimáticos musculares suelen ser normales o discretamente elevados. El EMG muestra signos leves de necrosis y regeneración muscular. En el estudio muscular ultraestructural se observan imágenes de disrupción de miofilamentos, alteraciones mitocondriales, dilatación del retículo sarcoplásmico, acumulación de vesículas lipídicas y depósitos de glucógeno. Estos cuadros de miopatía alcohólica aguda y crónica, son reversibles, al menos.

Parece existir una estrecha correlación entre miopatía y miocardiopatía alcohólica, de forma que los pacientes con miopatía periférica pueden presentar miocardiopatía dilatada. Por otro lado, casi todos los pacientes con miocardiopatía enólica conocida presentan signos clínicos o histológicos de miopatía periférica.

La miopatía alcohólica, por su extraordinaria frecuencia y por la progresiva debilidad que acarrea su forma crónica, afecta de manera importante la calidad de vida del alcohólico, ya que puede limitar notablemente su actividad física. Como comentaremos a continuación de nuevo influye de manera importante la malnutrición proteica en su patogenia.

La lesión muscular consiste en atrofia de las fibras tipo II (especialmente las tipo IIb), un hallazgo prácticamente. Las fibras tipo I están mínimamente afectadas e incluso hipertrofiadas. No se conoce plenamente la patogénesis de la miopatía alcohólica. En teoría, coexisten la neuropatía, la enfermedad hepática, alteraciones endocrinas asociadas y la malnutrición (tanto proteica, calórico-proteica

como déficit selectivos de algunos nutrientes). También contribuye por sí mismo el etanol (y/o acetaldehído).

Aunque no se ha encontrado relación entre el desarrollo de atrofia muscular, neuropatía y gravedad de la enfermedad hepática existe controversia sobre su relación con la malnutrición. En alcohólicos cirróticos tras una abstinencia de 90 días el descenso de la masa magra fue el único parámetro que mostró relación con la fuerza muscular.

La atrofia muscular refleja una reducción en su contenido proteico, debido a un desbalance entre la síntesis proteica y su catabolismo. Se ha observado que tanto el alcohol como el acetaldehído son potentes inhibidores de la síntesis de proteínas musculares, ambas en el músculo liso intestinal y en el músculo esquelético. Este efecto es compartido con la malnutrición proteica. El porcentaje de síntesis proteica en el músculo esquelético es un 40% menor en el alcohólico crónico (más de 10 años), intenso (más de 100 g/oh/día) que en controles. El etanol afecta a las proteínas y a la síntesis de RNA y DNA más intensamente en las fibras tipo II que en las tipo I. El daño de la síntesis proteica parece afectar a los canales pesados de miosina, titina y nebulina, que puede causar disfunción muscular. La degradación de las proteínas musculares se produce por dos vías: lisosomal inhibida parcialmente por aminoácidos e insulina, y no lisosómica que incluye el sistema citosólico de ubiquitina/proteasoma. Este está estimulado por el incremento de prostaglandina E2 y por citocinas como el TNF-alfa.

La deficiencia proteica y el etanol pueden no sólo afectar a la síntesis proteica sino también a su catabolismo. La consecuencia final es que la atrofia muscular resultante puede llegar a afectar la estructura y función del hueso, aunque, que sepamos, no

existen trabajos que hayan relacionado miopatía y osteopatía en el alcohólico. El diagnóstico exacto de miopatía requiere en teoría biopsia muscular y tinción histoquímica con ATPasa para evaluar la intensidad de la atrofia de las fibras tipo I, IIa y IIb. Podemos valorar indirectamente su presencia estimando la masa magra y la valoración nutricional subjetiva (VNS), y funcionalmente la intensidad de su afectación mediante la dinamometría. <sup>30, 31, 32</sup>

Tipos

### **2.3. Bebedor alcohólico**

Es más frecuente en el hombre que en la mujer, influyendo para su uso factor 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

#### 1) Abstemios

- Los bebedores que no responden, o bien no disfrutan o muestran un desagrado activo al gusto y a los efectos del alcohol y en consecuencia, no tienen experiencia en repetir la experiencia.
- No bebedores preocupados, que no solamente se abstienen sino que buscan el persuadir o coaccionar a otros que comparten su abstinencia.

## 2) Bebedores Sociales

- Beben con sus amigos. El alcohol es parte del proceso de socialización, pero no es esencial, y no toleran una embriaguez alteradora, esta es rara, puede ocurrir durante una actividad de grupo, tal como una boda, una fiesta o el día de año viejo, momento en se permite bebida en exceso.

## 3) Alcohólicos Sociales

- Se intoxican con frecuencia, pero mantienen ciertos controles de su conducta. Prevén las ocasiones que requieren, de modo rutinario, toman “un par de copas” 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 esta se quede dormido. Su bebida no interfiere en su matrimonio ni interfiere gravemente en su trabajo.

## 4) Alcohólicos

- Se identifican por su gran dependencia o adicción al alcohol y una forma acumulativa de conductas asociadas con la bebida.

Etilismo agudo

- Etilismo agudo (embriaguez), es el conjunto de desordenes causados por la ingestión excesiva a base de alcohol etílico.

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

Las bebidas destiladas, (tequila, mezcal, sotol, charanda, comiteco, etc.) contienen de 40 a 60% de alcohol.

### Alteraciones

El alcoholismo es una enfermedad que no solo afecta a la persona alcohólica, también al medio en el cual ella se desenvuelve.

### Alteraciones o trastornos psíquicos

- Conducta: la persona tiende a mentir y sufrir una verbosidad incesante.
- Intelecto: se reduce la inteligencia y se pierde la capacidad creativa.
- Carácter: disminuye el poder de autocrítica y autoestima. El alcohólico no reconoce sus errores y no cuida de sí mismo. Se pone más celoso, envidioso, irritable y violento.
- Memoria: se produce pérdida de la memoria reciente y se conservan los recuerdos remotos.
- Sueños: sufren de delirium tremens, que consiste en excitación psíquica.

Está se manifiesta a través de ideas incoherentes, intranquilidad y alucinaciones especialmente visuales, todo ello acompañados de temblores musculares. Estos

también se producen cuando la persona alcohólica suprime repentina y totalmente el consumo de alcohol.

#### Daños orgánicos

- Gastritis Crónica
- Úlceras (piel, estómago, intestino delgado, etc.)
- Avitaminosis B
- Anemia
- Neuritis
- Pancreatitis
- Cirrosis Hepática
- Etc.

#### Trastornos sociales

- Familiares: el grupo familiar tiende a disociarse (separarse) ya que se ve afectado directamente por los malos tratos y las discordias. Se producen problemas afectivos entre la pareja y los niños.
- Económicos: los trabajadores alcohólicos faltan a sus trabajos, se ven afectados por accidentes, deterioran el equipo, toman malas decisiones y administran mal. Esto atenta directamente contra la economía de las empresas y afecta, por ende, la economía de la sociedad y del país.
- También, quienes dependen del alcohol se ven involucrados en accidentes de tránsito y tienen conductas inadecuadas en la vía pública. Ello altera los valores que son la base de toda la familia bien constituida y de la sociedad.

## 2.4. El Alcoholismo y la Familia

“La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y de la salud” *Ackerman*.

La palabra **familia** designa una institución. Lo que permite sostener que hay diferentes tipos de familia. Lo cual evidencia, por un lado, que no hay un solo arquetipo de la misma y por otro que no es una estructura estática sino que cada familia, en sentido cultural y particular, tiene dinamismo propio. Es la familia la que desempeña un papel fundamental en la transmisión de la cultura.

Los aportes que realiza la familia permiten administrar los procesos primordiales del desarrollo psíquico, los modos de comunicación de ideas y sentimientos, las actitudes corporales propias y las reglas fundamentales “de” y “en” las relaciones, todo esto lo hace transmitiendo estructuras y patrones de conducta que permiten la adaptación y funcionamiento familiar que facilita su supervivencia en un medio ambiente determinado.

La familia como sistema, como grupo, tiene rasgos universales o compartidos con otros del mismo orden social; sin embargo como estructura interaccional, escenario de una dialéctica entre sujetos, se desarrollan en ella procesos únicos, irrepetibles y específicos. Y en esta permanente interacción, el primer grupo donde el individuo empieza a interactuar es la familia, como primer ambiente, cumple funciones imprescindibles para el desarrollo sano de todo sujeto.

La familia es, el lugar donde se juegan las posibilidades de adquisición en orden a la salud mental, que no es una cualidad estática que alguien posea en privado, es decir no se sostiene así misma, sino que se mantiene gracias a la cercanía y apoyo emocional de otros, implicando un sistema de valores en donde el bienestar del

individuo esta vinculado a los integrantes del sistema primordial. En la familia todos influyen sobre todos, en una especie de reacción en cadena circular, cuando la estructura familiar, como conjunto de interacciones constantes que se dan en la familia, es inadecuada o bien cuando el grupo familiar o alguno de sus miembros afronta un momento de estrés que rebasa sus fuerzas, la familia se estanca en su desarrollo, se repliega sobre si misma de manera centrípeta y se cierra a la posibilidad de experimentar nuevas formas de interacción, mas adecuadas al momento por el que atraviesan. Es entonces cuando el síntoma surge como fuerte signo de alarma o como intento fallido de solución.

El síntoma en este caso podría considerarse a la persona alcohólica. Donde los familiares están desconcertados e incapaces de comprender lo que esta sucediendo.

El alcoholismo es una enfermedad grave que afecta a todos los miembros de la familia. Se dice que es una enfermedad de “contagio familiar”, que a menudo provoca problemas o rupturas importantes, tanto en el matrimonio como de malos tratos a los niños y a la pareja; así como numerosos problemas de salud mental y físico.

En la familia alcohólica, las conductas relacionadas con el uso del alcohol llegan a tener un papel importante dentro de los mecanismos de la familia deformándolos, lo que significa que la familia se organiza alrededor del consumo del alcohol por ejemplo; el vino o cerveza se compra en el súper, etc.

El modelo sistémico para la familia alcohólica tiene cuatro principios básicos:

1. Al alcoholismo y las conductas vinculadas se han convertido en principios organizadores centrales alrededor de la vida familiar
2. Se altera el equilibrio entre el crecimiento y la estabilidad familiar

3. El impacto del alcoholismo se produce con mayor énfasis en las conductas regulatorias de la vida familiar: rutinas, rituales y solución de problemas
4. Las conductas reguladoras afectan el crecimiento y desarrollo de la familia. Se altera el ciclo normativo de la vida, se producen deformaciones del desarrollo.

#### **2.4.1 Relación de la familia con el alcohólico**

La interacción entre la persona alcohólica y los que con ella conviven origina muchas tensiones y emociones generalmente negativas, que en principio el propio afectado y la familia se resisten a relacionar con la ingesta de bebida alcohólica. Esto lleva a desarrollar una relación de CODEPENDENCIA, una relación interpersonal patológica donde la actitud fundamental consiste, durante un periodo de tiempo en un intento de ayuda al alcohólico, aun a costa del propio sacrificio. Esto hace que el codependiente-coadicto se convierta en cómplice de la enfermedad y contribuya a perpetuarla.

Cuando el familiar codependiente se da cuenta que no puede controlar la enfermedad del afectado, se neurotiza y es cuando busca ayuda. El familiar no debe sentirse culpable o avergonzado, tiene que colaborar en un plan de tratamiento, pero no ser responsable de aquellos aspectos que son de estricta incumbencia del afectado.

Los problemas a los que se enfrentan los familiares de alcohólicos son:

- Sentimientos de culpa
- Angustia o ansiedad
- Vergüenza
- Incapacidad para mantener relaciones interpersonales
- Confusión, enojo y depresión

Como consecuencia de estos sufrimientos, la familia decide, cuando los mecanismos para seguir adelante ya no son suficientes, comenzar el tratamiento de su familiar enfermo, que en la mayoría de los casos se corresponde con la institucionalización del afectado, como una manera de distanciarse parcialmente del problema y poder afrontar el problema del estrés familiar. Este estrés del que no se hace mención, es efecto de la vergüenza y estigma de tener un familiar enfermo, conductas extrañas de un ser querido, cambio del estilo familiar habitual.

Como consecuencia el **abandono familiar** que se origina, influye en la motivación y grado de compromiso del paciente con su tratamiento, más aun cuando dicho tratamiento no es producto de su voluntad. <sup>30</sup>

#### **2.4.2 Perfil**

Conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a alguien o algo. (47)

#### **2.5. Enfermedades relacionadas al consumo excesivo de alcohol**

Existe una relación causal entre el consumo de alcohol y más de 60 tipos de enfermedades y daños. Se estima que alrededor del 20 – 30% de cáncer esofágico, cáncer hepático, cirrosis hepática, homicidios, convulsiones epilépticas y accidentes automovilísticos está relacionado al consumo de alcohol <sup>(2, 3)</sup>. Existe evidencia en la literatura médica que sugiere una relación estrecha entre el volumen de alcohol y el patrón de consumo (bebida) sobre la salud. Enfermedades crónicas tales como; cáncer orofaríngeo, cáncer esofágico, cáncer de hígado, cáncer de mama, depresión mayor, epilepsia, hipertensión, enfermedad vascular cerebral se asocian al consumo

de alcohol en una forma dependiente del volumen ingerido (6, 7, 9, 10, 30, 31).

El género masculino representa mayor riesgo en cuanto a mortalidad en personas que ingieren alcohol siendo importante la cantidad de alcohol ingerido por episodio (9, 10,). Además del género, la edad, la raza, el bajo nivel socioeconómico son factores que pueden influenciar el patrón de consumo de alcohol (11). Desde un punto de vista de salud pública, el daño global relacionado con el consumo de alcohol tanto en términos de morbilidad y mortalidad es enorme. El consumo de alcohol tiene consecuencias en la salud y en lo social, produce dependencia y efectos bioquímicos (12, 13, 14, 15). Adicionales a las enfermedades crónicas que puede afectar al tomador después de muchos años de consumo, también el alcohol contribuye a características traumáticas que matan o discapacitan dando como resultado años perdidos de vida ya sea por muerte o discapacidad (16, 17).

Se ha encontrado mayor riesgo de problemas sociales con ingesta de alcohol en poblaciones con bajo nivel cultural (18), al igual que con la frecuencia, y el volumen de alcohol ingerido (16). También, existe asociación entre ingesta de alcohol y accidentes y lesiones que se atienden en sala de urgencias. Lo anterior se ha relacionado con el patrón de ingesta, donde el riesgo es mayor cuando se consume en mayor cantidad y frecuencia (19). Adicionalmente, el alcohol además de ser una sustancia tóxica por si sola, puede contribuir a incrementar los efectos de otros fármacos, a pesar que se ingiera en cantidades pequeñas. Este fenómeno se conoce como sinergismo entre el alcohol y muchas sustancias, entre las que están los antidepresivos, antitusivos, antihistamínicos, tóxicos ambientales, etc. (20).

## **2.6. Tratamiento del alcoholismo**

Se ha descrito que la dependencia al alcohol se puede tratar de manera eficaz cuando se combina terapia farmacológica con terapia psicosocial (individual o de grupo) (21). Dentro de la terapia farmacológica existen diversas alternativas tales como disulfiram (22, 23), naltrexona (23), nalmefeno (24,25), acamprosato (23), ondasetron (26). En el caso particular del disulfiram se recomienda utilizar dosis de 250 mg/día e incrementarlo hasta 500 mg/día, aunque algunos pacientes pueden requerir dosis mayores (23). Sin embargo, con la dosis de 250 mg/día la mayoría de los pacientes tienen menos toxicidad y menos eventos adversos. El tratamiento con nalmefeno parece ser no tan efectivo para el tratamiento del alcoholismo (23, 24, 25). Sin embargo, la participación de la familia es importante en el proceso del tratamiento. Algunos programas también pueden ayudar a identificar otros recursos tales como la asistencia legal, redes de apoyo, grupos de autoayuda, etc.

### **2.6.1. La familia en el tratamiento del Alcohólico**

Con mucha frecuencia encontramos que la familia se constituye en barrera que dificulta el mantenimiento y el fortalecimiento de la sobriedad, al impedir la adecuada reinserción del alcohólico en vías de rehabilitación a su seno. En otra faceta del problema, la rehabilitación se facilita y se consolida al cooperar adecuadamente la familia.

Durante los últimos años se ha reconocido la importancia que tiene la familia en la comprensión y tratamiento del alcoholismo. Pero ¿que sucede cuando ésta logra exactamente lo contrario?

Esto se debe a la ausencia de conocimientos y orientaciones que induzcan a una actuación acorde con la naturaleza del problema existente:

- Insuficiente conocimiento acerca de la enfermedad
- Manifiestan actitudes negativas en la convivencia familiar que fuerzan la dinámica adictiva y dificulta la rehabilitación del alcohólico
- Expectativas superficiales acerca del tratamiento y la rehabilitación

Los familiares constituyen los aliados mas importantes en el proceso de tratamiento y pueden presionar al bebedor para que se someta a deshabituación de toxico. El tratamiento de alcoholismo de orientación familiar.

Pautas para el tratamiento.

- Ocupación que se centre en el hacer
- Las ocupaciones deben respetar los roles y situaciones de la vida real
- Las ocupaciones deben proporcionar situaciones sociales y laborales
- Implican la participación humana con propósito
- Permitir practicar la responsabilidad mediante la toma de decisiones
- Las ocupaciones deben permitir el autoconocimiento. (31, 32, 33)

### **2.6.2. Alcohólicos Anónimos**

Alcohólicos Anónimos (AA), es una organización de grupos de autoayuda en donde las personas son guiadas por otras en recuperación del alcoholismo. El

programa de AA posee niveles de eficiencia terminal muy altos y sus integrantes están en contacto regular con el grupo durante periodos prolongados, lo mismo que su familia que asiste a sesiones de ayuda. Estos grupos de AA proporcionan estrategias para que sus miembros se mantengan sobrios, tal es el caso de recordar los problemas asociados al consumo de alcohol y las ventajas de mantenerse sobrios (27). Una de las características, es que las personas en AA deben reconocer el diagnóstico y que la recuperación es posible (21). Sin embargo, no todas las personas responden eficazmente al programa de AA, por lo que hay otras estrategias disponibles. En sentido se ha descrito que las personas que asisten al grupo de AA encuentran que el programa de AA funciona mejor en combinación con otros elementos de tratamiento tales como la consejería y la asistencia médica (28, 29, 30, 35). Adicionalmente se ha descrito que los costos económicos derivados del tratamiento del alcohólico disminuyen cuando éste asiste al grupo de autoayuda AA (36). También se ha descrito que los integrantes de AA tienen una asociación negativa con la frecuencia de muerte por cirrosis (37, 38).

Según la OMS la cantidad de jóvenes que consumen alcohol aumentó en un 20%, en los últimos 10 años. Hace 10 años de cada 7 hombres que consultaban por problemas relacionados con el alcohol consultaban 3 mujeres; hoy la relación es de 6 hombre por 4 mujeres. En México, según la encuesta nacional de adicciones de 1988, el grupo de edad que manifestó una incidencia más alta fue de los 18 a 29 años (39). En nuestro medio se considera que el patrón de ingesta es alto dado que la mayoría de la población ingiere alcohol hasta emborracharse, lo que corresponde a un patrón de ingesta perjudicial (40, 41).

### **3. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA**

De acuerdo a la encuesta nacional de adicciones del 2002 (39) el consumo de alcohol incrementó alrededor de 10% con respecto al 1998, principalmente entre los varones y mujeres jóvenes. El incremento más notable se percibe en el número de menores que reportaron haber manifestado en el último año al menos tres de los síntomas de dependencia. Sin embargo, la ENA del 2002 no nos permite hacer estimaciones por estados ni por región. Adicionalmente, las ENA en México no han empleado el instrumento de tamizaje simple llamado AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) para identificar personas cuyo consumo de alcohol se haya convertido en un problema de salud (alcoholismo). En consecuencia, no se conoce nacionalmente la magnitud del consumo riesgoso o dañino de alcohol, el cual está relacionado con problemas en la salud, accidentes y violencias, entre otras condiciones.

En el caso particular del estado de Tabasco no tenemos datos que nos indiquen cual es la magnitud de la problemática asociada al alcoholismo. Sin embargo, mi experiencia como médico, el contacto directo con los pacientes y con habitantes de la comunidad me lleva a la reflexión que el consumo de alcohol (dependencia) y las consecuencias que de ello se deriva afecta a gran parte de la comunidad. Entre estos están accidentes, pérdidas de vida, problemas de salud, problemas laborales y disfunción familiar. A título personal, he notado que en el caso de las personas que rodean o están vinculados directamente al alcohólico tiene alto

índice de mal apego al tratamiento de sus enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, obesidad, etc.), adicional, a que muchos de estos pacientes somatizan. Por lo anterior, un estudio que nos de información sobre algunas de las características de la familia que nos permita identificar, abordar y ayudar al familiar del alcohólico desde la perspectiva del médico familiar y si es posible al alcohólico mismo utilizando las redes de apoyo a nuestro alcance (psicología, psiquiatría, terapia familia, grupo de autoayuda tales como AA, etc.). Lo anterior nos lleva a la pregunta; ¿cual es o son las características demográficas y económicas, perfil y nivel económico que caracteriza a los integrantes de un grupo de AA.?

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

Como se comentó en la sección anterior no tenemos datos locales relacionados al alcoholismo. Sin embargo, es indudable que el consumo excesivo de alcohol va en aumento en nuestra población incluyendo nuestro estado (39) y en consecuencia los grupos de auto-ayuda tales como el de AA. Parte del conocimiento que se ha generado sobre el alcoholismo y principalmente sobre el alcohólico se ha logrado estudiando a los grupos de AA. Por lo tanto, el hecho que en nuestra comunidad existe un grupo de AA, es una gran oportunidad de conocer algunas características familiares, antecedentes y consecuencias del consumo excesivo de alcohol. Lo anterior puede ser de gran utilidad para la orientación y/o manejo por parte del médico familiar tanto a la familia del adicto del alcohol como del propio alcohólico.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo general**

Determinar los factores sociodemográficos y el perfil familiar de los integrantes de un grupo de Alcohólicos Anónimos.

### **5.2 Objetivos específicos**

1.- Conocer las características demográficas

2.- Evaluar las condiciones socioeconómicas

3.- Estimar el estrato social

## **6.0 METODOLOGÍA.**

### **6.1 Estudio**

Descriptivo

Encuesta transversal

Aleatorio

Una sola etapa

Cuestionario autoaplicable. Antes de repartir el cuestionario se obtuvo por escrito el consentimiento del participante

### **6.2 Universo y Muestra**

Todos los integrantes del grupo de alcohólicos anónimos “Fortaleza y Esperanza” de Bosques de Saloya, Nacajuca Tabasco.

El tamaño de la muestra no se calculó. Como muestra se consideró al total de integrantes del grupo de alcohólicos anónimos que durante el periodo de estudio asistieron al grupo y aceptaron participar en el estudio.

El periodo de estudio comprendió el periodo del 01 de febrero al 31 de marzo del 2006.

### **6.3 Sujetos**

El estudio se realizó en la población que asiste al grupo de alcohólicos anónimos “Fortaleza y Esperanza” de la comunidad Bosques de Saloya, Nacajuca conurbada a la Cd. de Villahermosa, Tabasco. Todos los asistentes al grupo se consideraron participantes potenciales.

Criterios de Inclusión:

Miembro del grupo de AA de Bosques de Saloya, Nacajuca

Que asiste de manera regular a las reuniones del grupo de AA

Antecedentes de alcoholismo

Sobrio al momento de la encuesta

Criterios de no inclusión:

Asistente al grupo pero que no es miembro del grupo

Ser acompañante de algún miembro del grupo de AA

Sin antecedentes de alcoholismo

No estar sobrio al momento de la encuesta

Los participantes fueron informados sobre los detalles y objetivos del trabajo y, si aceptaban participar, se obtuvo su consentimiento por escrito. El estudio se apegó a los lineamientos y ética de la declaración de Helsinki (ver anexo).

#### **6.4 Procedimiento para recolección de la información**

Encuesta para Determinar Perfil Familiar de los Integrantes de un Grupo de Alcohólicos Anónimos “(E. D. P. F. G. A. A) se organizó de tal manera que se incluyeron datos personales tales como nivel de estudios y estado civil, antecedentes laborales, antecedentes patológicos, relación con la familia y situación socioeconómica.

## 6.5 Evaluación socioeconómica

La situación socioeconómica del grupo familiar del participante se evaluó mediante el método Graffar modificado por Méndez Castellano (**Referencia**). Este método mide la pobreza estructural y considera las siguientes variables: profesión del jefe de la familia, nivel educativo de la madre, principal fuente de ingresos y condiciones de alojamiento. Cada variable posee cinco categorías, que toma una puntuación del uno al cinco, por tanto la puntuación total mínima es cuatro y la máxima es de veinte puntos. La ubicación de la familia en el estrato social dependerá de la puntuación total que registre (ver tabla de equivalencias). Los estratos sociales IV y V miden los niveles de pobreza (relativa o crítica).

Tabla de equivalencia del Método Graffar

Puntaje	Estrato Social	
4 - 6	I	Alto
7 - 9	II	Medio Alto
10 - 12	III	Medio Bajo
13 - 16	IV	Obrero
17 - 20	V	Marginal

## 6.6 Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva, es decir, medidas de tendencia central (media), de dispersión (desviación estándar) y porcentajes.

En el caso de las variables dicotómicas se estimó la prevalencia. Estas fueron: género, y para las preguntas relacionados con problemas laborales, enfermedad asociada al alcoholismo, hospitalización, lesiones físicas, pérdida de amigos, problemas en el hogar, desintegración familiar, satisfacción de sus necesidades básicas se empleó las respuestas ***sí*** o ***no***.

## 7.0 RESULTADOS

### 7.1 Características demográficas y escolaridad

En el presente estudio 44 (73.3%) de 60 personas que integran el grupo Alcohólicos Anónimos (AA) de Bosque de Saloya, Nacajuca, Tabasco fueron encuestados (Varones y mujeres).

En la tabla 1 se muestra los datos de género y edad de los integrantes de AA que participaron en el presente trabajo. El 95% de los participantes fue del género masculino, mientras el 5% correspondió al género femenino. El promedio de edad en el caso del género masculino fue alrededor de los 40 años y el caso de femenino fue de 32 años. En su conjunto el rango de edad del grupo fue de los 22 a los 68 años.

Tabla 1.- Género y edad de las personas entrevistadas en el grupo de AA

Género		Edad		
	%	Rango	Promedio $\pm$ e.e.	Moda
Mujeres	4.5	23-42	32.5 $\pm$ 9.5	
Hombres	95.5	22-68	39.74 $\pm$ 1.54	40
Total	100	22-68	39.41 $\pm$ 1.52	

AA Alcohólicos Anónimos. Fuente: "(E. D. P. F. G. A. A)

Con respecto a la escolaridad, cerca del 70% tienen algún grado de estudios de primaria y secundaria, mientras que alrededor del 30% tienen preparatoria y estudios profesionales (Tabla 2). Estos datos indican que la mayoría de los integrantes del grupo de AA de Bosques de Saloya tienen bajo nivel académico, aunque ahí también participan personas con nivel de estudio profesional.

Tabla 2. Nivel de escolaridad de los integrantes de AA de Bosques de Saloya

	Escolaridad				
	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Profesional
Frecuencia	0	11	20	8	5
Porcentaje	0	25	45.5	18.2	11.4

Fuente: (E. D. P. F. G. A. A)

## 7.2 Características religiosas

La religión predominante fue la Católica con el 81.8%, otros son protestantes (Evangelistas y Adventistas) (Figura 1).

## Práctica religiosa de los integrantes de AA

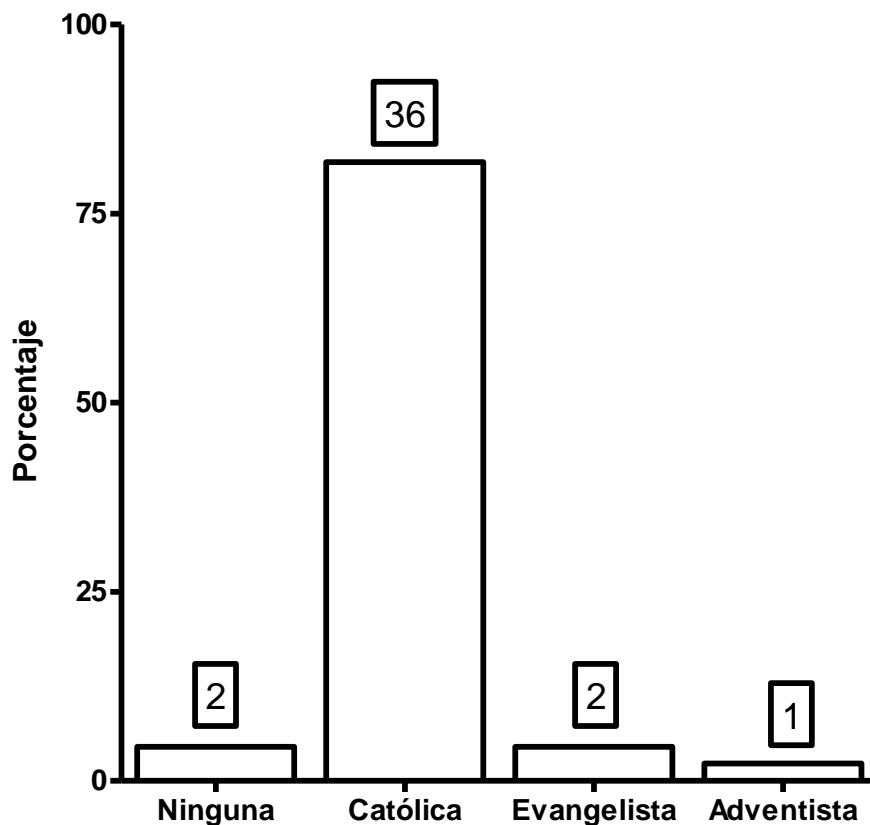


Figura 1. Práctica religiosa de los integrantes de AA de Bosques de Saloya.- Cada barra representa el porcentaje de miembros del grupo de AA y el recuadro sobre cada barra el número de personas. Fuente: (E. D. P. F. G. A. A)

### 7.3 Estado Civil

Alrededor del 80% de los integrantes del grupo de AA entrevistados viven en pareja; casados (63.6%) y en unión libre (18.2%) (Figura 2). A diferencia de los integrantes de AA, el rango de edad de sus parejas es de 15 a 60 años predominando los 36 años (Tabla 3). Lo anterior sugiere que no obstante de su condición de alcohólico la mayoría de estas personas viven actualmente en pareja o en el pasado vivieron en pareja. De éstos últimos están los divorciados (6.8%) y viudos (2.3%) (Figura 2).

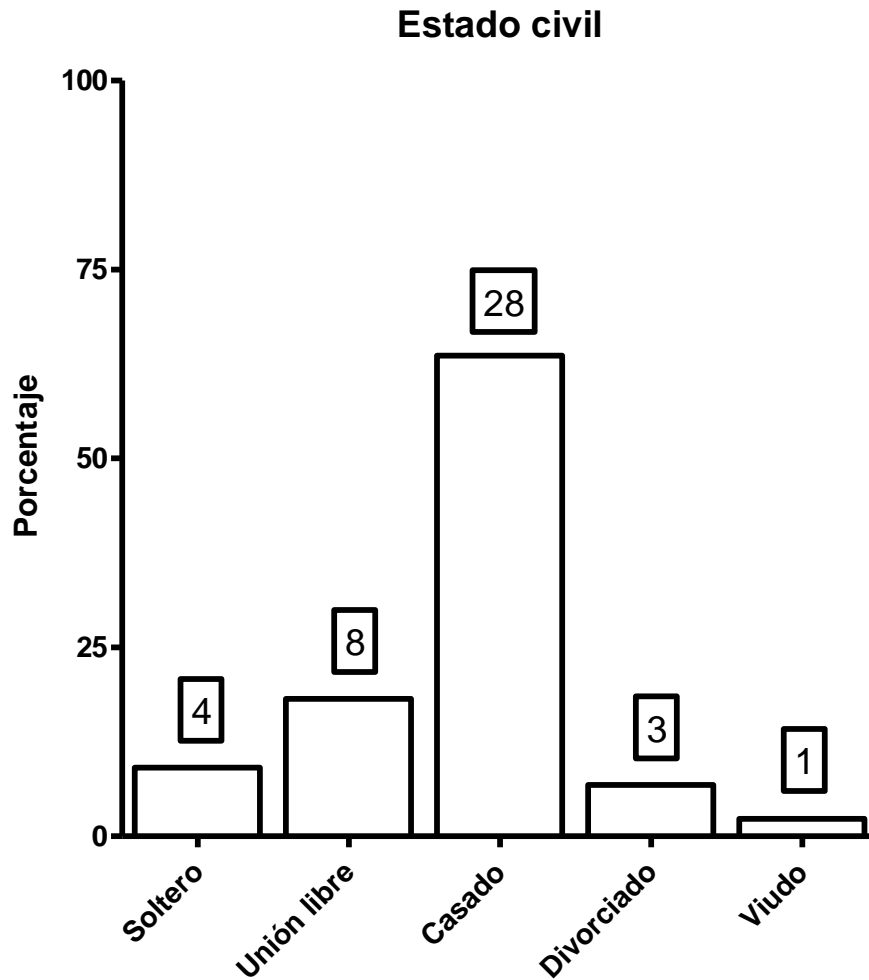


Figura 2. Estado civil de los integrantes de AA de Bosques de Saloya.- Cada barra representa el porcentaje de miembros del grupo de AA y el recuadro sobre cada barra el número de personas. Fuente: E. D. P. F. G. A. A)

Tabla 3. Edad de las parejas de los integrantes de AA de Bosques de Saloya

N	Edad de la pareja		
	Rango	Promedio	Moda
35	15 - 60	34.8	34

Fuente: (E. D. P. F. G. A. A)

#### 7.4 Adicción al alcohol

Como se puede observar en la tabla 4, las personas encuestadas manifestaron tener entre 1.5 y 39 años de adicción al alcohol. Adicionalmente, el tiempo de permanencia en el grupo de AA va desde cerca de las 6 semanas hasta 21 años. A pesar de que 6 años de permanencia en el grupo es lo más frecuente, el tiempo más frecuente de no consumir alcohol fue de 1 año. Esto último puede sugerir que muchos han recaído en la adicción del alcohol.

Tabla 4. Tiempo de adicción al alcohol y de permanencia en el grupo de AA de Bosques de Saloya

	Adicción (años)	Permanencia en AA (años)	Tiempo de no consumir alcohol (años)
Mínimo	1.5	0.1	0.1
Máximo	39	21	18
Moda	17	6	1
Promedio	16.91	4.88	3.14
N	41	38	36

Fuente: (E. D. P. F. G. A. A)

Como en todo proceso de rehabilitación es necesario la ayuda y comprensión de las personas que rodean al adicto, incluyendo a la pareja (esposa o esposo). En

este trabajo se preguntó si la pareja (no alcohólica) del integrante de AA también asiste a las reuniones del grupo de AA. Solo alrededor del 10% de las parejas asisten al grupo de AA, lo cual sugiere que cerca del 90%, que si bien aceptan y pueden ver los beneficios que podría tener el que su pareja asista al grupo de AA no han explorado el posible beneficio el que ellas también asistan.

Figura 3.

### Porcentaje de parejas que asisten a las reuniones de AA



Figura 3. Gráfica que muestra el porcentaje de alcohólicos integrantes de AA de Bosques de Saloya que asisten acompañados con sus parejas a las reuniones del grupo de AA.

Fuente: (E. D. P. F. G. A. A)

## 7.5 Problemas laborales, de salud y familiar

Más del 90% de los encuestados integrantes del grupo de AA han tenido problemas laborales y más de la mitad han sido despedidos (Tabla 5). Lo anterior en su conjunto indica que existe una relación estrecha entre el ser alcohólicos y la situación laboral de ellos. Adicional a los problemas laborales también mostraron tener problemas de salud. Casi la totalidad (95.5%) han presentado periodos donde no recuerdan nada, mas del 80 % lesiones físicas y una tercera parte ha estado hospitalizado (Tabla 6).

Tabla 5. Frecuencia de problemas laborales de los integrantes del grupo de AA de Bosques de Saloya asociados con su adicción al alcohol

	Laboral			
	Problemas		Despido	
	Si	No	Si	No
Frecuencia	40	4	25	18
Porcentaje	90.9	9.1	56.8	40.9

Fuente: (E. D. P. F. G. A. A)

Tabla 6. Frecuencia de problemas de salud que los integrantes del grupo de AA de Bosques de Saloya asocian a su manera de consumir alcohol.

	Problemas de Salud							
	Enfermedad		Hospitalizado		Lesiones físicas		Periodos de amnesia	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Frecuencia	30	13	16	27	36	7	42	2
Porcentaje	68.2	29.5	36.4	61.4	81.8	15.9	95.5	4.5

Fuente: (E. D. P. F. G. A. A)

También manifestaron tener problemas con la familia y los amigos. Problemas en el hogar más del 95% dijo tenerlos, alrededor de la mitad se le ha desintegrado la familia y cerca del 80% ha perdido amigos (Tabla 7).

Tabla 7. Frecuencia de algunos problemas familiares que los integrantes del grupo de AA de Bosques de Saloya asocian a su manera de consumir alcohol.

	Problemas familiares					
	Pérdida de amigos		Problemas en el hogar		Desintegración familiar	
	Si	No	Si	No	Si	No
Frecuencia	35	8	42	2	23	19
Porcentaje	79.5	18.2	95.5	4.5	52.3	43.2

Fuente: (E. D. P. F. G. A. A)

## 7.6 Ocupación laboral

En la tabla 8 se observa que la ocupación laboral de nuestra población en estudio es diversa. En este sentido, más del 50 % son obreros y técnicos (Tabla 8). Profesional o universitarios menos del 15%. Los resultados de la tabla 8 sugieren que la ocupación laboral más asociada al grupo de AA es la obrera y en menor grado los campesinos.

Tabla 8. Tipo de ocupación laboral de los integrantes del grupo de AA de Bosques de Saloya, presentado como frecuencia y porcentaje.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
ninguna	1	2,3
campesino	1	2,3
obrero	15	34,1
técnico	8	18,2
profesional	6	13,6
otro	13	29,5
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>

Fuente: (E. D. P. F. G. A. A)

## 7.7 Servicios de urbanidad de la vivienda

De igual manera, el análisis de los datos nos permitió saber que la mayoría (81%) de los integrantes de AA habita en un casa que cuenta con los servicios de básicos de urbanidad, mientras el resto (19%) no tiene estos servicios (Figura 4). Es importante hacer notar que en nuestro instrumento de trabajo (cuestionario) no se incluyó si la vivienda es propia o no, por lo que no podemos asumir que en ese momento el 81% en su totalidad tenía una casa propia o no.

**Servicios básicos de urbanidad de la vivienda de los integrantes de AA**

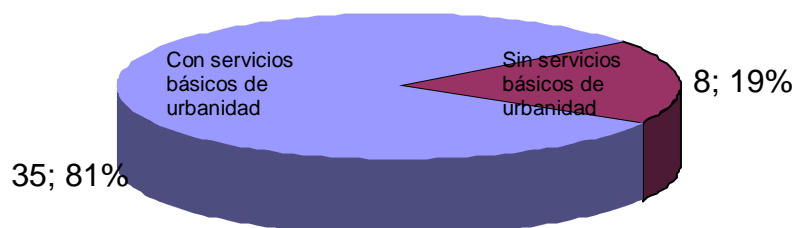


Figura 4. Integrantes de AA de Bosques de Saloya con o sin servicios básicos de urbanidad en la vivienda que habitan. Los datos están presentados como números absolutos y porcentaje respectivamente.

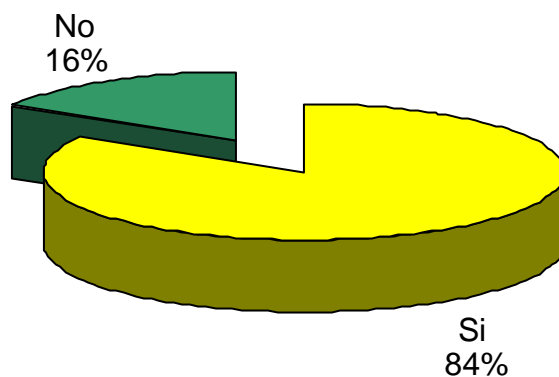
Fuente: (E. D. P. F. G. A. A)

## 7.8 Satisfacción de necesidades básicas con sus ingresos económicos

Alrededor del 80% de los integrantes de este de AA grupo manifestaron que el ingreso económico o dinero que se aporta al hogar les alcanza para cubrir sus necesidades básicas (Figura 5), mientras que el porcentaje restante (16%) mencionó que no les alcanza (Figura 5).

Figura 5.

**Satisfacción de las necesidades básicas de los integrantes de AA con sus ingresos económicos**



Fuente: (E. D. P. F. G. A. A)

Figura 5. Integrantes de AA de Bosques de Saloya que satisfacen o no sus necesidades básicas con sus ingresos económicos. Los datos están presentados como números absolutos y porcentaje respectivamente. Fuente: (E. D. P. F. G. A. A)

## 7.9 Nivel socioeconómico

El nivel social o económico se determinó mediante el método Graffar. De acuerdo con este método en el grupo de AA de Bosques de Saloya participan individuos de cuatro niveles económicos (Figura 6). En particular, en este grupo de AA, el obrero es el nivel predominante (cerca del 45%) y el grupo marginal en menor

proporción (cerca del 7%). Como se puede observar en la figura 6, personas de la clase media alta y media baja también participan en el mismo grupo de AA.

Figura 6.

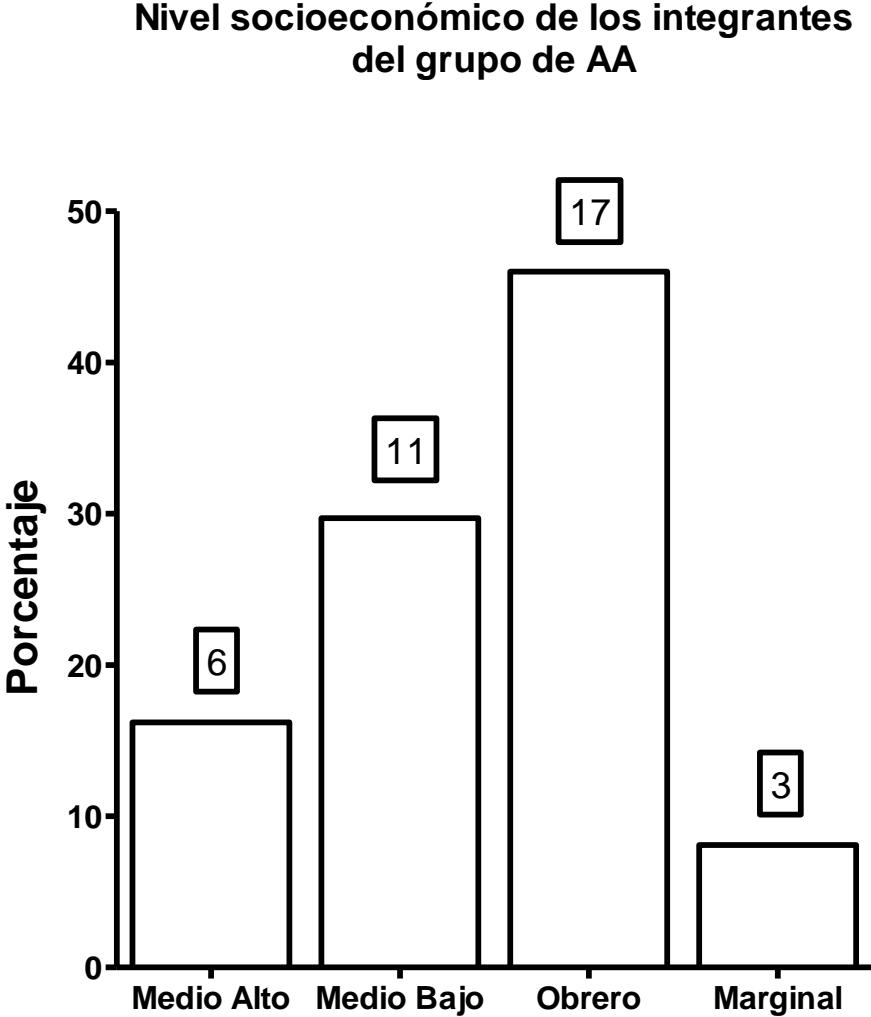


Figura 6. Nivel socioeconómico de los integrantes del grupo de AA de Bosques de Saloya. Los datos están presentados en barras y cada barra representa el porcentaje, mientras que el recuadro arriba de cada barra el número de individuos.  
Fuente: (E. D. P. F. G. A. A)

Figura 7.

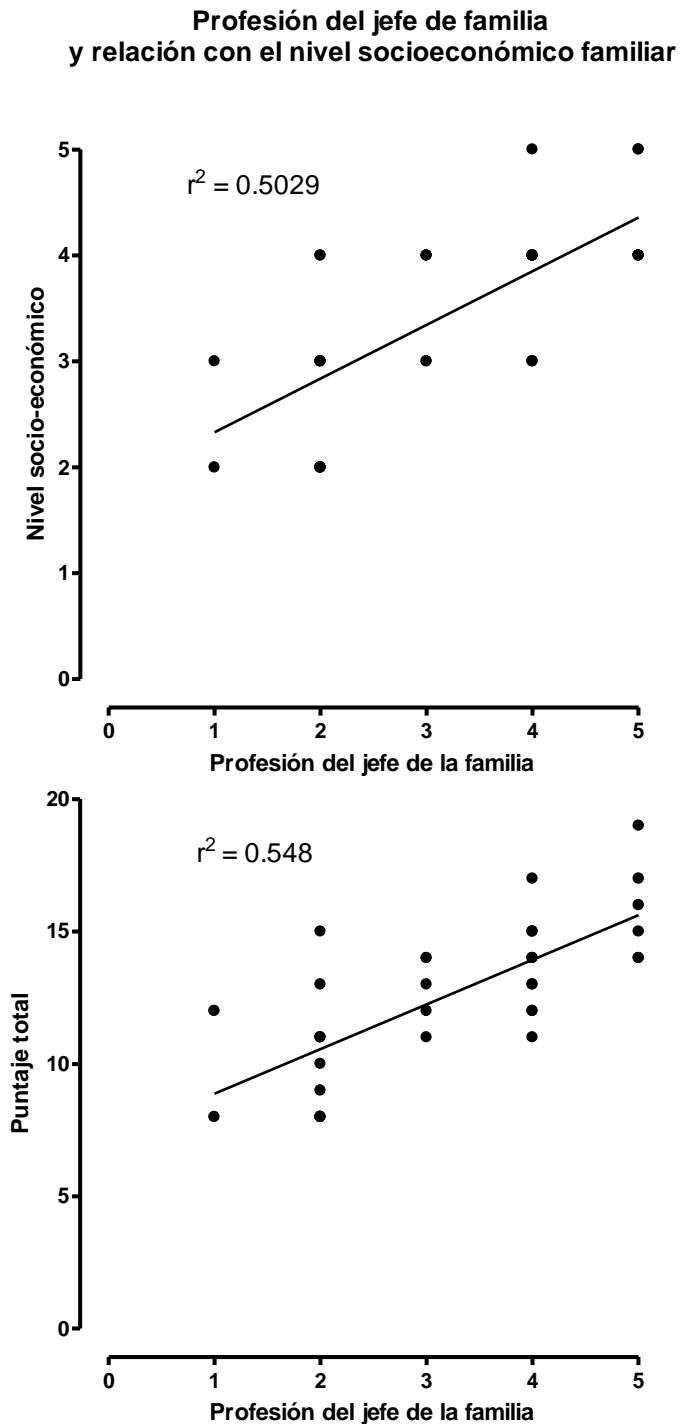


Figura 7. Profesión del jefe de familia y relación con el nivel socioeconómico familiar. Relación entre profesión del jefe de familia y nivel socioeconómico (Panel superior) y con el puntaje total del método Graffar (Panel inferior). Fuente: (E. D. P. F. G. A. A)

Figura 8.

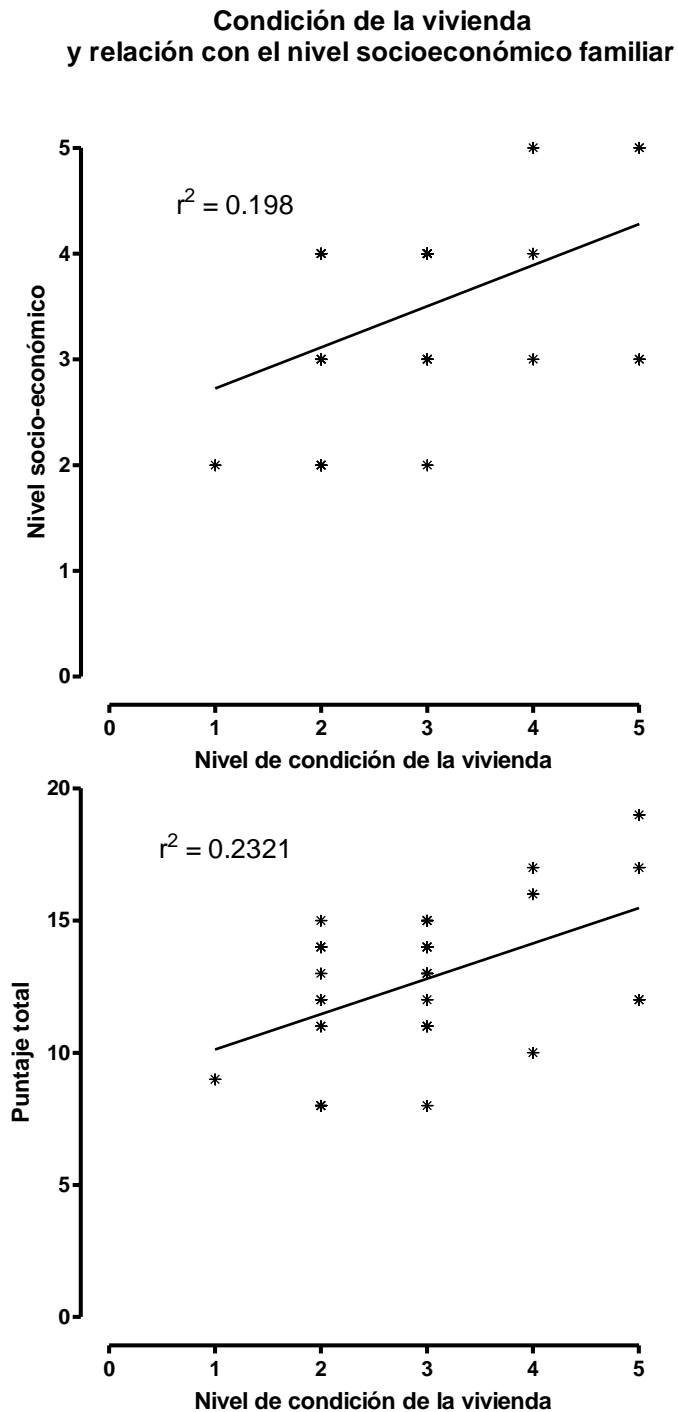


Figura 8. Nivel de condición de la vivienda y relación con el nivel socioeconómico familiar. Relación entre condición de la vivienda y nivel socioeconómico (Panel superior) y con el puntaje total del método Graffar (Panel inferior).  
Fuente: (E. D. P. F. G. A. A)

## 8. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se observó que el género que predomina en el grupo de AA que estudiamos fue el masculino. Estos datos concuerdan con lo descrito en la literatura. En este sentido se ha descrito que son los hombres que mayor consumen alcohol (39, 43), principalmente entre los 30 y 34 años edad (42, 44, 45). Es importante comentar que la edad promedio de los miembros de este grupo de AA es similar a lo reportado tanto en las cuatro encuestas nacionales de adicciones en nuestro país donde el mayor índice de bebedores fue entre los 30 y 40 años de edad así como en la encuesta nacional estadounidense donde ellos reportaron que más de 50% fueron menores de 44 años y principalmente en hombres (44, 45). Sin embargo, los miembros de AA no son bebedores activos, lo que sugiere que la edad a la cual eran adictos al alcohol fue menor.

Con respecto a la escolaridad, el 70% de ellos tienen algún grado de secundaria o primaria, mientras que el resto tiene estudios de preparatoria o superiores. Estos resultados indican con toda claridad que el consumo excesivo de alcohol afecta a la población de manera independiente al grado de escolaridad. Aunque parece que los de menos instrucción escolar es la población más afectada. Estos datos son similares a lo descrito por otros autores en el sentido que las personas con menos nivel académico tienen mayor probabilidad de consumir alcohol (18). Otra de las características de los miembros de este grupo, al momento de la entrevista, es que algunos ya eran viudos o divorciados, mientras que cerca del 80% vivía en pareja. Lo anterior tiene relevancia ya que se ha descrito la influencia negativa, principalmente del padre o jefe de la familia, sobre la integridad y estabilidad de la familia (5). El hecho de que ahora ellos son personas sobrias no se puede descartar que durante el

tiempo que consumieron alcohol en exceso (alcohólicos) hayan afectado a la familia y por lo tanto en ese momento o en el actual, fue o es una familia con algún grado de desintegración. En este sentido se ha descrito que la historia familiar de alcoholismo en los individuos predispone tanto a hombres como a mujeres a un rango de problemas, uno de los cuales es el propio alcoholismo (5, 46), particularmente en la transmisión generacional del alcoholismo. Desde el punto de vista de la medicina familiar esto toma relevancia ya que al médico familiar le puede proporcionar datos claves para integrar un mejor diagnóstico y una mejor estrategia de tratamiento tanto al individuo como a la familia en su conjunto. También se ha descrito la relevancia de la ayuda o apoyo de la pareja del individuo alcohólico en su rehabilitación (30, 34, 35). En nuestro estudio solo un porcentaje menor de las parejas de los integrantes de AA acuden al grupo. Lo anterior puede ser relevante para el médico familiar en el sentido de que él puede sugerirle a la pareja de que reciba consejería e incluso asistir a grupos de auto-ayuda tales como AA entre otros, y de esta forma apoyar al individuo que desea dejar de tomar (29, 30, 34, 35).

Con respecto a los problemas laborales más del 90% dijo tener problemas y cerca del 60 han sido despedidos. En este sentido se ha descrito que los problemas laborales asociados con el consumo de alcohol son frecuentes en todos los niveles laborales. Recientemente un estudio realizado en trabajadores industriales mexicanos muestra que existen diferencias entre las categorías laborales con respecto al consumo de alcohol (43). En ese estudio fueron los obreros con mayor consumo sensato, mientras que el consumo dañino fue más alto para los administrativos (43). Estos datos son consistentes con los nuestros ya que fueron los obreros la clase trabajadora que más predominó en nuestro grupo de estudio. Sin embargo, se pudo

observar que al grupo de AA asisten de toda la gama de la clase trabajadora. Adicionalmente, la ENA refiere que cerca del 2% de los entrevistados manifestaron una reducción de sus actividades sociales, laborales y/o recreativas como consecuencia del consumo de alcohol. Adicional a los problemas laborales, más del 95% dijo tener problemas en su hogar y más de la mitad manifestó tener desintegración familiar. Recientemente se ha propuesto la necesidad de conocer las características de la familia donde se desarrolla la vida cotidiana del trabajador en el contexto de que el individuo, familia y sociedad forman parte de sistemas interactuantes que influyen uno sobre el otro y viceversa (47). En este sentido, cerca del 80% de los integrantes de AA que participaron en el presente estudio manifestaron tener servicios básicos de urbanidad en sus viviendas y que el ingreso económico satisface sus necesidades básicas, mientras que el resto dijo no tenerlo. Es importante mencionar que con nuestros resultados no es posible determinar la posible influencia o no de los datos anteriores con el consumo excesivo de alcohol y la adicción. Sin embargo, los resultados están acorde con lo descrito en la literatura en el sentido de que el alcoholismo se presenta en todos los estratos sociales (42, 43, 47). En este sentido, de acuerdo a nuestros datos el nivel socioeconómico más predominante fue el obrero y el menos predominante fue el marginal. Como se ha discutido en párrafos anteriores nuestros datos son consistente con la literatura (43), sin embargo, no se puede saber (con nuestros datos) sí la proporción de personas que fueron calificados como marginal sea una consecuencia del alcoholismo. Lo que si está claro es que el alcoholismo afecta a todos los individuos y por lo tanto a la familia. Lo anterior es relevante ya que en nuestro estudio el nivel socioeconómico fundamentalmente depende de la profesión del jefe de la familia. Contrario a lo

anterior, la profesión del jefe de familia tiene poca relación con el nivel de condición de la vivienda. Esto nos permite sugerir que es posible que esta poca relación sea una consecuencia del alcoholismo, ya que para el individuo alcohólico sea de poco interés mejorar las condiciones de la vivienda al anteponer el consumo de alcohol.

## **9.0 CONCLUSION**

El grado de instrucción escolar y el nivel de vida influyen de forma independiente en el consumo de alcohol en nuestro grupo de estudio. El perfil socioeconómico del individuo alcohólico parece no estar relacionado directamente con los comportamientos y con incidencia en la salud familiar. Se requieren nuevas investigaciones para determinar el tipo de influencia de los factores sociales y culturales de contextos más localizados (por ejemplo nuestra comunidad) en el consumo de alcohol.

Por lo tanto considero que el éxito del tratamiento del paciente alcohólico puede ser la reorganización de la familia, aunque se crea que es muy difícil ya que al incorporar, a la familia resulta no solo novedoso si no esperanzador, sobre todo debido a que es en la familia donde aprendemos lo que somos y como nos comportamos, ya que puede ser la manera de romper el círculo de la herencia que enseña a consumir y tener alcohol (en el hogar) tal vez no de una manera total, pero si como una alternativa a la que se llega y se pueda trabajar con la mayoría de los afectados.

Además de buscar apoyo de diferentes recursos sociales como los grupos de AA y AL-ANON entre otros y lo mas importante incorporar y mantener a la familia en un tratamiento de psicoterapia familiar dirigido a llevar a la familia de la embriaguez a la sobriedad, y que busque cambiar las pautas de conducta. (Eliminar el alcohol de la familia)

# ANEXOS



SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO  
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEDICO  
 CENTRO DE SALUD – CAAPS BOSQUES DE SALOYA



**ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR – MODALIDAD SEMIPRESENCIAL**  
**PERFIL FAMILIAR DE LOS INTEGRANTES DE UN GRUPO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS**

**HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio del presente ACEPTO participar en el proyecto de investigación titulado “PERFIL FAMILIAR DE PACIENTES ALCOHOLICOS INTEGRANTES DE UN GRUPO DE AUTOAYUDA”. El objetivo del estudio es conocer las características de la familia de un paciente alcohólico. Se me ha explicado que mi participación consiste en una entrevista para contestar una encuesta estructurada dirigida. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios que se pudieran derivar de mi participación en el estudio que son los siguientes: no tiene ningún tipo de repercusión moral, mental y psicológica sobre mi persona y han sido considerados los criterios de protección a los seres humanos según de declaración de Helsinki. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi estudio, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que conservo de la institución

---

Nombre y firma del paciente

Acepto

---

Nombre y firma del investigador

---

Testigo

---

Testigo



**SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEDICO  
CENTRO DE SALUD – CAAPS BOSQUES DE SALOYA**



**ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR – MODALIDAD SEMIPRESENCIAL**

**ENCUESTA PARA DETERMINAR EL PERFIL FAMILIAR DE LOS INTEGRANTES  
DE UN GRUPO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS**

**Folio.**\_\_\_\_\_

**Fecha de aplicación:**

**Instrucciones:** Anote, subraye o tache la respuesta mas relacionada según el caso

1. Edad\_\_\_\_\_
2. Sexo:           a) masculino       b) femenino
3. Escolaridad:
  - a) Analfabeta   b) primaria   c) secundaria   d) preparatoria   e) profesional
4. Estado civil:
  - a) Soltero   b) casado   c) unión libre   d) divorciado   e) viudo
5. Ocupación:
  - a) Ninguna   b) campesino   c) obrero   d) técnico   e) profesional   f) otro
6. Religión:
  - a) Ninguna   b) Católica   c) Testigo de Jehová   d) Adventista   e) evangelista
7. ¿Ha tenido dificultades en su trabajo por el alcoholismo?   Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
8. ¿Lo han despedido de su trabajo por problemas con el alcoholismo?   Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
9. ¿Ha tenido alguna enfermedad por causa del alcoholismo?   Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
10. ¿Ha llegado a sufrir lesiones físicas por causa del alcoholismo?   Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
11. ¿Ha estado hospitalizado, por causa de la bebida?   Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
12. ¿Usted toma alcohol para sentirse mejor?   Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
13. ¿Ha tenido periodos en los cuales no recuerda nada?   Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

14. ¿Ha perdido amigos desde que comenzó usted a beber? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
15. ¿Ha causado su manera de beber dificultades en el hogar? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
16. ¿Su familia se desintegró por causa del alcoholismo? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
17. ¿Tiempo de adicción al alcohol?\_\_\_\_\_
18. ¿Hace cuanto tiempo ingresó al grupo AA?\_\_\_\_\_
19. ¿Tiempo que usted no toma nada de alcohol?\_\_\_\_\_
20. ¿Ha sufrido algún tipo de accidente ocasionado por el alcoholismo? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
21. Edad de su cónyuge o pareja\_\_\_\_\_
22. Ocupación de cónyuge o pareja?\_\_\_\_\_
23. ¿Su pareja es alcohólica? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
24. ¿Su pareja es integrante del grupo AA? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
25. ¿La casa donde vive cuenta con todos los servicios de urbanidad? (Agua, luz eléctrica, Drenaje, etc....) Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
26. ¿Usted y su pareja le dan afecto a sus hijos? (les dicen y los hacen sentir que los quieren)
  - a) siempre    b) a veces    c) nunca
27. ¿El dinero que se aporta al hogar alcanza para cubrir sus necesidades básicas?
 

Sí\_\_\_\_    No\_\_\_\_
28. ¿Usted y su pareja son responsables en la alimentación, vestido, seguridad física y apoyo Emocional de sus hijos?
  - a) siempre    b) a veces    c) nunca
29. ¿Sale a pasear con su familia a lugares de recreación?
  - a) frecuentemente    b) ocasionalmente    c) nunca
30. ¿Acostumbran a visitar a sus familias?
  - a) frecuentemente    b) ocasionalmente    c) nunca
31. ¿Si sus hijos son mayores de edad, cree usted que están preparados para ser Independientes y relacionarse con la sociedad? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

32. ¿Además de su esposa e hijos quién más vive en su hogar?
- a) familiar b) no familiar c) ninguno
33. ¿Si sus hijos estudian mencione en que nivel académico se encuentran en este Momento?
- a) primaria b) secundaria c) preparatoria d) universidad e) otro
34. ¿Alguno de sus hijos es casado o vive en unión libre?
- Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

---

**Firma**

## EVALUACIÓN DEL ESTRATO SOCIOECONÓMICO

### MÉTODO GRAFFAR

Existen 4 variables, se debe de sumar el puntaje correspondiente:

#### PROFESIÓN DEL JEFE DE LA FAMILIA

1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
4. Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc.
5. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.

#### NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

1. Universitaria o su equivalente.
2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos).
4. Educación primaria completa.
5. Primaria incompleta, analfabeta.

#### PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar).
2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales.
3. Sueldo quincenal o mensual.
4. Salario diario o semanal.
5. Ingresos de origen público o privado (subsidios).

#### CONDICIONES DE LA VIVIENDA

1. Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
2. Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
3. Vivienda con espacios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias.
4. Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.
5. Vivienda improvisada, construida con materiales de deshecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

Suma: Método Graffar

#### TABLA DE EQUIVALENCIAS:

- 04-06: Estrato alto
- 07-09: Medio alto
- 10-12: Medio bajo
- 13-16: Obrero
- 17-20: Marginal.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nátera G, Tenorio R, Figueroa E, Ruíz G. Espacio urbano, la vida cotidiana y las adicciones: un estudio etnográfico sobre alcoholismo en el centro histórico de la ciudad de México. *Salud Mental*. 2002; 25: 17-31.
2. World Health Organization. Global status report on alcohol. 2004. Geneva: World Health Organization.
3. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Geografía e Informática. Resumen ejecutivo.
4. Ortiz-Gómez MT, Louro-Bernal I, Jiménez-Cangas L, Silva-Ayzaguer LC. La salud familiar. Caracterización de un área de salud. *Rev. Cubana Med Gen Integr*. 1999; 15: 303-309.
5. Nátera-Rey G, Borges G, Medina-Mora ME, Solís-Rojas L, Tiburcio-Sainz M. La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública de México*. 2001; 43: 17-26.
6. Bravi F, Bosetti C, Scotti L, Talamini R, Montella M, Ramazzotti V, Negri E, Franceschi S, La Vecchia C. Food groups and renal cell carcinoma: A case-control study from Italy. *Int J Cáncer*. 2007; 120: 681-685.
7. Sjødahl K, Lu Y, Nilsen TI, Ye W, Hveem K, Vatten L, Lagergren J. Smoking and alcohol drinking in relation to risk of gastric cancer: A population-based, prospective cohort study. *Int J Cancer*. 2007; 120: 128:132.
8. World Health Organization. The ICD classification of mental and behavioral disorders. Ginebra, 1993
9. Rehm J, Gmel G. Alcohol consumption and total mortality/morbidity-definitions and methodological implications. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2003; 17: 497-505.
10. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*. 2003b; 98: 1209-1228.
11. Oers J. Van, et al. Alcohol consumption, alcohol related problems, problems drinking and socioeconomic status. *Alcohol and Alcoholism*, 1999; 34:78-88.
12. Das SK, Balakrishnan V, Vasudevan DM. Alcohol: its health and social impact in India. *Natl Med J India*. 2006; 19:94-99.

13. Wojtyniak B, Moskalewicz J, Stokwiszewski J, Rabczenko D. Gender-specific mortality associated with alcohol consumption in Poland in transition. *Addiction*. 2005;100:1779-1789.
14. Bloomfield K, Grittner U, Kramer S. Developments in alcohol consumption in reunited Germany. *Addiction*. 2005;100:1770-1778.
15. Madsen MH, Gronbaek M, Bjerregaard P, Becker U; Greenland Population Study. Urbanization, migration and alcohol use in a population of Greenland Inuit. *Int J Circumpolar Health*. 2005;64:234-245.
16. Melchior M, Berkman LF, Kawachi I, Krieger N, Zins M, Bonenfant S, Goldberg M. Lifelong socioeconomic trajectory and premature mortality (35-65 years) in France: findings from the GAZEL Cohort Study. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:937-944.
17. Baglietto L, English DR, Hopper JL, Powles J, Giles GG. Average volume of alcohol consumed, type of beverage, drinking pattern and the risk of death from all causes. *Alcohol Alcohol*. 2006.
18. Subramanian SV, Nandy S, Irving M, Gordon D, Davey Smith G. Role of socioeconomic markers and state prohibition policy in predicting alcohol consumption among men and women in India: a multilevel statistical analysis. *Bull World Health Organ*. 2005; 83: 829-836.
19. Mann RE, Smart RG, Anglin L. Alcohol-related measures as factors in traffic fatalities. *J Stud Alcohol*. 1996; 57: 646-651.
20. Drugs Acting on the Central Nervous System: Ethanol; Chapter 22. En Goodman & Gilman's *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 11th Edition. Editorial McGraw Hill.
21. Bradley KA. Management of alcoholism in the primary care setting. *West J Med*. 1992;156:273-277.
22. Suh JJ, Pettinati HM, Kampman KM, O'Brien CP. The status of disulfiram: a half of a century later. *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26:290-302.
23. Williams SH. Medications for treating alcohol dependence. *Am Fam Physician*. 2005;72:1775-1780.
24. Mason BJ, Salvato FR, Williams LD, Ritvo EC, Cutler RB. A double-blind, placebo-controlled study of oral nalmefene for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:719-24.

25. Anton RF, Pettinati H, Zweben A, Kranzler HR, Johnson B, Bohn MJ. A multi-site dose ranging study of nalmefene in the treatment of alcohol dependence. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24:421-8.
26. Johnson BA, Roache JD, Javors MA, DiClemente CC, Cloninger CR, Prihoda TJ. Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;284:963-71.
27. Ham LS, Hope DA. Alcohol and anxiety: subtle and obvious attributes of abuse in adults with social anxiety disorder and panic disorder. *Depress Anxiety*. 2003;18: 128-139
28. McCrady BS, Epstein EE, Hirsch LS. Issues in the implementation of a randomized clinical trial that includes Alcoholics Anonymous: studying AA-related behaviors during treatment. *J Stud Alcohol*. 1996; 57: 604-612.
29. Kaskutas LA, Bond J, Humphreys K. Social networks as mediators of the effect of Alcoholics Anonymous. *Addiction*. 2002; 97: 891-900.
30. Bond J, Kaskutas LA, Weisner C. The persistent influence of social networks and alcoholics anonymous on abstinence. *J Stud Alcohol*. 2003; 64: 579-588.
31. Soledad S. A. Alcoholismo: Integración familia – paciente desde la terapia Ocupacional. *Revista Gallega de Terapia ocupacional* 2006; 4: 1- 25.
32. Garza E.T..Familia Alcohólica, Trabajo con Familias. Primera Edición 1997; 129-138.
33. Bradshaw J. Familias compulsivas: Una revisión personal del daño que sufrió la autoestima en una familia adicta, *La familia*. Primera Edición Julio -2000; 145-157.
34. Moos RH, Moos BS. Paths of entry into alcoholics anonymous: consequences for participation and remission. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005; 29: 1858-1868.
35. Humphreys K, Moos RH. Reduced substance-abuse-related health care costs among voluntary participants in Alcoholics Anonymous. *Psychiatr Serv*. 1996; 47: 709-713.
36. Smart RG, Mann RE, Suurvali H. Changes in liver cirrhosis death rates in different countries in relation to per capita alcohol consumption and Alcoholics Anonymous membership. *J Stud Alcohol*. 1998; 59: 245-249.
37. Mann RE, Smart RG, Rush BR, Zalcmann RF, Suurvali H. Cirrhosis mortality in Ontario: effects of alcohol consumption and Alcoholics Anonymous participation. *Addiction*. 2005; 100: 1669-1679.

38. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Geografía e Informática.
39. Campillo C, Romero M, Saldivar G, Ramos L. Problems associated with hazardous and harmful alcohol consumption in Mexico. *Recent Dev Alcohol*. 1998;14:397-413.
40. Mendez-Sanchez N, Villa AR, Chavez-Tapia NC, Ponciano-Rodriguez G, Almeda-Valdes P, Gonzalez D, Uribe M. Trends in liver disease prevalence in Mexico from 2005 to 2050 through mortality data. *Ann Hepatol*. 2005;4: 52-55.
41. Morales-Garcia JIC, Fernandez-Gárate IH, Tudon-Garcés H, Escobedo-de la Pena J, Zárate-Aguilar A, Madrazo-Navarro M. Prevalence of hazardous and harmful consumption of alcohol in the insured population of the Mexican Social Security Institute. *Salud Publica Mex*. 2002; 44:113-121
42. Vargas JIM, Moreno ESP, Alonso MC. Patrones de consumo de alcohol en trabajadores industriales Mexicanos. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2005; 5: 113-124.
43. Harford TC. Family history of alcoholism in the United States: prevalence and demographic characteristics. *Br J Addict*. 1992; 87:931-935.
44. Grant BF. Alcohol consumption, alcohol abuse and alcohol dependence. The United States as an example. *Addiction*. 1994; 89: 1357-1365.
45. Randall CL, Roberts JS, Del Boca FK, Carroll KM, Connors GJ, Mattson ME. Telescoping of landmark events associated with drinking: a gender comparison. *J Stud Alcohol*. 1999; 60: 252-260.
46. Marrero LV. La familia como objeto de estudio en el proceso de salud-enfermedad de los trabajadores. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 2004; 5: 62-67.
47. Diccionario de la lengua española-Vigésima segunda edición, 2001. <http://buscon.rae.es/drae/>