



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Dirección de Estudios de Posgrado del Área de la Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social

Delegación Estatal Puebla

Unidad Médico Familiar No. 2

Curso de Especialización en Medicina Familiar

**“ PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PROFESIONALES DE LA
SALUD EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO.2”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ARODI SILVA FIGUEROA

ASESOR METODOLÓGICO

M.E. LUZ KARINA RAMIREZ DUEÑAS

Directora del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD) sede Puebla.

ASESOR EXPERTO

DR. JOSE EMILIO GERARDO RODRIGUEZ AGUILAR

Coordinador Clínico de Educación e Investigación UMF No.2

NÚMERO DE REGISTRO: R-2014-2104-4



PUEBLA, PUE

2015

BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

Dirección de Estudios de Posgrado del Área de la Salud

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN ESTATAL EN PUEBLA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.02

CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y FORMACIÓN DOCENTE

**“PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA UNIDAD
MÉDICO FAMILIAR NO.2”**

TESIS

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

PRESENTA:

DRA. ARODI SILVA FIGUEROA

ASESOR METODOLÓGICO

M.E. LUZ KARINA RAMIREZ DUEÑAS

Directora del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD) sede Puebla.

ASESOR EXPERTO

DR. JOSE EMILIO GERARDO RODRIGUEZ AGUILAR

Coordinador Clínico de Educación e Investigación UMF No.2

NÚMRO DE REGISTRO: R-2014-2104-4

PUEBLA, PUE

2015

MÉXICO

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2104
U MED FAMILIAR NUM 6, PUEBLA

FECHA **15/10/2014**

DRA. LUZ KARINA RAMIREZ DUEÑAS

P R E S E N T E

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

"PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO.2"

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

Núm. de Registro
R-2014-2104-4

ATENTAMENTE

DR.(A). MARÍA ISABEL PEREZ PEREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2104

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de mi vida y del día a día, me doy cuenta que los logros obtenidos se construyen con las personas que siempre han estado en las buenas y en las malas circunstancias, siempre me he esforzado para no fallarles y regresarles un poco de lo mucho que han aportado a mi vida. Pido y agradezco por estar siempre y tomarme en cuenta a pesar de mi ausencia constante.

A DIOS:

Mi padre que siempre me alienta, a que me esfuerce y sea valiente, teniéndolo siempre como mi guía y mi dirección, Papá gracias por tus palabras y tu consuelo, gracias por la oportunidad que me das de ayudar a tu creación.

A MIS PADRES:

Lorena Figueroa Casarrubias y Gamaliel Silva Nájera

Papis, gracias por siempre dar lo mejor de ustedes, y que a pesar de la distancia nuestro corazón está cerca, los amo.

MIS HERMANAS Y CUÑADOS

Gracias Cesi e Idris, por ser siempre ustedes, por su apoyo incondicional en la mejor etapa de mi vida, que es esta, la culminación de mi especialidad, este logro lo comparto con ustedes, se lo merecen.

A MIS SOBRINOS

Dana, Andrea, Samuel y Emilio; me impulsan a ser mejor cada día como ser humano y como médico. Prometo no fallarles.

A MIS ASESORES

Dra. Luz Karina Y Dr. Emilio; Gracias por su sabiduría, sus consejos y su valioso tiempo que me ofrecieron sin objeción alguna.

DEDICATORIA

A MI PAPA DIOS, MAMI , PAPA, HERMANAS LOS AMO....

ÍNDICE

RESUMEN	.8-9
1. Introducción	.10
2. Antecedentes	.11-26
3. Planteamiento del problema	. 27-28
4. Justificación	. 29
5. Hipótesis	. 30
6. Objetivos	. 31
6.1 Objetivo general	.
6.2 Objetivos específicos	.
7. Material y métodos	. 32
7.1 Diseño del estudio	.
7.2 Ubicación espacio temporal	.
7.3 Estrategia de trabajo	.
7.4 Muestreo.	. 33
7.4.1 Definición de la unidad de población..	. 33
7.4.2 Selección de la muestra .	.33
7.4.2.1 Criterios de inclusión	.
7.4.2.2 Criterios de exclusión	.33
7.4.2.3 Criterios de eliminación .	.34
7.4.3 Diseño y tipo de muestreo	. 34
7.4.4 Tamaño de la muestra	. 34
7.5 Definición de las variables y escala de medición	37
7.6 Método de recolección de los datos .	.. 43
7.7 Técnicas y procedimientos	.. .
8. Logística .	. 44

9. Análisis estadístico	44
10.- Resultados.	45
11.- Discusión	60
12- Conclusión.	62
13.- Propuestas	64
12.- Anexos66
A) Gráfica de Gantt
B) Consentimiento informado
C) Instrumento
13.- Bibliografía	71

“PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PROFESIONALES DE LA SALUD
EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO.2”

RESUMEN

ANTECEDENTES:

Se estima que aproximadamente 3.2 millones de personas mueren al año a causa del abuso en el consumo de alcohol, lo que significa 3.8% del total de muertes por enfermedades crónicas. Su consumo está asociado con un mayor riesgo de sufrir lesiones no intencionales, lesiones por violencia física, conductas sexuales riesgosas, cáncer de mama, pérdida de productividad, problemas familiares, conductas de riesgo y deterioro cognoscitivo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se sabe que el alcoholismo implica una problemática a nivel mundial, la cual se ha ido acrecentando y perjudicando a todo aquel que lleva a cabo esta práctica, afectando diversas áreas, pues existe deterioro físico y mental de quien lo consume y el bajo rendimiento laboral, así como la desintegración familiar. Existe poca información acerca del patrón de consumo de alcohol que hay en profesionales de la salud. Por medio de esta investigación se podrá determinar el patrón de consumo de alcohol en los profesionales de la Salud de la UMF 02 por áreas de trabajo, categorías, por género, estado civil, nivel educativo.

OBJETIVO:

Establecer el Patrón de consumo de alcohol de riesgo (bajo), uso perjudicial (medio) o dependencia (alto) que presentan los trabajadores de la Unidad Médico Familiar No. 2. Del Estado de Puebla.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio Observacional, Descriptivo, Transversal, prospectivo, prolectivo, unicentrico y Aleatorio. Se aplicarán 246 encuestas aplicando el test de AUDIT en forma aleatoria y confidencial a los profesionales de la salud por categorías. Aplicación del instrumento por personal capacitado.

RESULTADOS

El patrón de consumo en riesgo lo presentan 59 profesionales de la salud (24.2 %) y el consumo perjudicial 9 profesionales (3.7 %). El patrón de dependencia lo presentan 7 profesionales de la salud (2.9 %).

Los grupos más afectados por dependencia de alcohol es el género femenino con 4 profesionales (57.14 %), estado civil casados (85.7%) y son profesionistas (100%).

Existe valor de significancia entre niveles o patrones de consumo de alcohol y amonestaciones, accidentes laborales, ausentismos, y conductas de riesgo, con una P menor de 0.05. El género, estado civil y la escolaridad no tuvieron grado de significancia.

Es importante la vigilancia del estado de Salud de los profesionales de la Salud, para así evitar el desarrollo de enfermedades, accidentes laborales y ausentismos por esta causa.

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol constituye uno de los principales problemas de salud pública del mundo actual, observándose un aumento del consumo de alcohol en la mayoría de países, lo que origina una gran demanda de servicios

sociales y de salud. Un estudio realizado en la Universidad de Murcia, solo a médicos de atención primaria, reportaron que el 75.7 % se declaró consumidor, casi igual que la población general, siendo mayor en los varones con un 78%.

No se cuenta hasta el momento con datos de trabajos que se hayan realizado para detectar el patrón de consumo de alcohol en los profesionales de la salud en el estado de Puebla.

Se llevara a cabo este trabajo de investigación para mostrar los patrones de consumo de alcohol que presentan los profesionales de la Salud de la UMF 02 de la Ciudad de Puebla. Son 361 profesionales de la salud pertenecientes a la UMF 02, estos se encuentran incluidos en 65 categorías, aplicándose de forma aleatoria 246 encuestas test de Audit de forma estratificada. Las encuestas que consisten en 10 preguntas, así como datos demográficos. Obteniéndose por medio de esta encuesta el patrón de consumo de alcohol en el que se encuentran los profesionales de la salud, por categoría, por estado civil, edad, antigüedad.

Las 246 encuestas serán aplicadas por médicos capacitados previamente, en aproximadamente 10 minutos por encuesta.

2. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES GENERALES

Las consecuencias del abuso del alcohol son realmente serias, en muchos casos se acompaña de episodios de amenaza o peligro para la vida. Este grupo de

personas puede desarrollar, además, ciertos tipos de cánceres, generalmente en hígado, esófago, garganta y laringe. El alcohol puede ocasionar también cirrosis hepática, problemas en el sistema inmunológico, cardiovascular y nervioso. La ingestión de alcohol aumenta el riesgo de muerte por accidentes automovilísticos, en actividades recreativas, en el trabajo y la probabilidad de que ocurran homicidios y suicidios.

Desde el punto de vista económico los problemas relacionados con el alcohol le cuestan a la sociedad aproximadamente 100 billones de dólares por año. El costo en vidas es incalculable, sin dejar de mencionar como afecta además la calidad de estas.(1)

El costo financiero de la adicción al alcohol, a nivel de pérdida de carga sanitaria, social y económica, es tan grande que se ha convertido en la adicción al alcohol en una prioridad de salud pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene catalogada a la enfermedad alcohólica en el epígrafe 303 del glosario de enfermedades, y la ubica entre las no transmisibles. Esta ha sustituido el término de "Alcoholismo por el de Síndrome de Dependencia del Alcohol", en la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y lo define como:

Un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas, una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente socio-cultural, a pesar de las dolorosas consecuencias directas que pueden sufrir como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia, perjuicios económicos, y sanciones penales. Este informe también se refiere a un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente sobre su forma de beber, existe la urgencia de ingerir alcohol y se pone de manifiesto una importancia fundamental del alcohol, en que el planteamiento de las ocasiones de beber puede tener preferencia sobre el resto de sus actividades. Además de estos cambios, se observa un estado de alteración psico-biológica, con signos y síntomas de privación del alcohol, ingestión de bebidas alcohólicas para lograr su alivio y aumento de la tolerancia.(1)

Como se aprecia en la definición de la OMS, no todas las personas que consumen alcohol, son adictos a este. En los alcohólicos se encuentran características, tales como:

- El deseo insaciable: el deseo o necesidad fuerte o compulsiva de beber alcohol.
- Pérdida de control: la inhabilidad frecuente de parar de beber alcohol una vez la persona ha comenzado.
- Dependencia física: la ocurrencia de síntomas de abstinencia tales como vómitos, sudor, temblores y ansiedad cuando se deja de beber después de un período de consumo de alcohol en grandes cantidades. Estos síntomas son usualmente aliviados cuando se vuelve a beber alcohol o se toma alguna otra droga sedante.

No obstante, antes de llegar a la dependencia alcohólica el individuo pasa por dos etapas que de seguir aumentando el consumo, bajará de un peldaño a otro hasta llegar irremediabilmente al alcoholismo. Estas etapas son las de Consumo de Riesgo y la de Consumo Perjudicial de Alcohol. (1)

Por **Consumo de Riesgo** se entiende cuando se consume con más frecuencia y en más cantidad que las normas establecidas socialmente. La frecuencia normal se refiere a no más de dos veces por semana, en tanto la cantidad a no más de un cuarto de botella de ron, coñac o whisky, o una botella de vino, o cinco latas de cerveza por cada día de consumo. Otros autores incluyen además dentro de esta etapa al estado de embriaguez ligera que ocurre más de una vez por mes.(1)

El Consumo Perjudicial de Alcohol es el escalón que se encuentra entre el Consumo de Riesgo y La Dependencia al Alcohol o Alcoholismo; el mismo se refiere a aquel estado en que el individuo comienza a presentar daños o afectaciones físicas, psíquicas o sociales. (1)

Por otro lado, no todos los que consumen el producto se convierten en alcohólicos, e incluso a veces no llegan a incluirse en ninguna de las dos etapas previas al alcoholismo. Pero no por ello están exentos de riesgo.

En esta toxicomanía confluyen múltiples factores y circunstancias, la mayoría de ellas ajenas a la voluntad y a la razón de la persona enferma. Entre otras, se

encuentran las características biológicas, el tipo de personalidad, de actividad y situación laboral, la situación familiar, el ambiente social y cultural imperante e incluso el lugar geográfico donde se habita. (1)

Se plantea que existe un alcohólico de cada seis a ocho personas que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, y la cifra de estas últimas llega a 70 % de la población mundial si se excluyen los países islámicos.

Se piensa que, en América Latina existen en la actualidad alrededor de 38 millones de alcohólicos. (1)

Alcohol.-

“Líquido obtenido por la destilación del vino y otros licores fermentados. Nombre de varios cuerpos de propiedades químicas análogas a las del alcohol etílico: alcohol metílico, propílico, etc” (2)

“En química se denomina alcohol (del árabe al-kuhl, o al-ghalw, “el espíritu”, “toda sustancia pulverizada”, “líquido destilado”) a aquellos compuestos químicos orgánicos que contienen un grupo hidroxilo (-OH) en sustitución de un átomo de hidrógeno enlazado de forma covalente a un átomo de carbono. Si contienen varios grupos hidroxilos se denominan polialcoholes”. (2)

“Líquido incoloro, transparente, móvil y volátil, con un olor espirituoso característico y un sabor quemante. (2)

El alcohol etílico ($\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$) probablemente haya sido la primera droga usada por el hombre. En 1795 Baille llamó la atención sobre la relación que existe entre el alcoholismo y la cirrosis hepática. Produce, desde el inicio de su ingesta, la pérdida de los mecanismos inhibitorios y de la autocritica. Deprime el SNC al igual que los anestésicos generales; es irritante —produce gastritis alcohólica— y si su concentración es suficiente como para provocar una falla respiratoria (por sus efectos centrales vasomotores y respiratorios) traerá depresión cardíaca” (2)

Límites de consumo

La Organización Mundial de la Salud ha formulado recomendaciones para el establecimiento de límites de consumo de bajo riesgo; éstos se han adaptado a los patrones de consumo locales de nuestro país.

Los límites recomendados de consumo de menor riesgo son: No más de 12 copas a la semana para los hombres y no más de 9 para las mujeres. Unidad de Bebida estándar UBE, con 10 grs de alcohol. Se define una copa o bebida estándar como aquella que contiene aproximadamente 12 gramos de alcohol puro, esto equivale a una cerveza de 350 ml, una copa de 175 mL de vino de mesa o 45 ml de destilados; cada una de estas bebidas contiene aproximadamente la misma cantidad de alcohol puro. La cantidad de alcohol de una bebida depende de su graduación y el tamaño de la bebida. (3)

Alcoholismo.-“Este término fue acuñado por el sueco Magnus Hus, en 1856, para definir “el envenenamiento por las bebidas alcohólicas”. El Comité de Expertos de la OMS definió al alcoholismo como “la enfermedad crónica o desorden de la conducta, caracterizada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas en medida que, excediendo el consumo corriente o las costumbres sociales de la comunidad, causa perjuicio a la salud del bebedor, a sus relaciones con otras personas y a su actividad económica(2).

Síntomas clínicos en intoxicación alcohólica aguda de acuerdo con la concentración de alcohol en sangre:

<50 mg/dl (10.9 mmol/l) Alteración en tareas que requieren destreza, habla abundante y relajación.

>100 mg/dl (21.7 mmol/l) Alteración perceptual del ambiente, ataxia, hiperreflexia, alteración del juicio, alteración de la coordinación, cambios conductuales, del ánimo y personalidad, nistagmus, tiempo de reacción prolongado, habla arrastrada.

>200 mg/dl (43.4 mmol/l) amnesia, diplopía, disartria, hipotermia, náusea, vómito.

>400 mg/dl (86.8 mmol/l) depresión respiratoria, coma y muerte (3)

Esta situación resulta realmente preocupante, cuando sabemos que junto a los fumadores, los bebedores excesivos crónicos tienen el más alto riesgo para desarrollar hipertensión arterial, cardiopatía isquémica e infarto agudo del miocardio, y que el uso excesivo de alcohol combinado con tabaco, ha sido implicado como el más grande factor de riesgo para el cáncer gástrico, bucal, de

faringe, laringe, esófago e hígado, entre otros. Por otra parte, el consumo excesivo de alcohol hace que el cáncer de esófago sea 19 veces más frecuente que en los que beben normalmente, y cuando dicha ingestión se combina con el tabaco el riesgo aumenta en 44 veces. Además, se hallan pacientes catalogados como riesgo de suicidio por dificultades sociales y económicas, lo que se potencia con el alcoholismo, si tenemos en cuenta que este promueve conductas e ideas suicidas, situación que ha sido plenamente demostrada, al punto de que la autolesión es 75 veces más probable entre los alcohólicos que en la población general. (4)

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicaciones, abstinencia, delirium, demencia persistente y trastornos amnésicos). (5)

Según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR), la dependencia de sustancias se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses: tolerancia, abstinencia, frecuencia, deseo persistente, empleo de tiempo en la obtención de la sustancia, reducción importante de actividades sociales y persistencia a pesar de los efectos adversos. Ewing agrega a este listado: el consumo recurrente que da lugar al incumplimiento de las obligaciones; consumo recurrente en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso; problemas legales y sociales. (5)

La personalidad es uno de los factores psicológicos que se ha relacionado con el consumo de alcohol. Slutske et al. (2002) encontraron que aproximadamente el 40% de la varianza común entre rasgos de personalidad y el riesgo de dependencia al alcohol se explica por factores genéticos comunes. Por ello, actualmente se considera que la personalidad es un factor ligado a la genética que puede incrementar la vulnerabilidad y predisposición a un amplio rango de conductas desinhibidas/externalizantes, entre ellas el uso y abuso de alcohol. (6)

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Breve historia del consumo de alcohol

La elaboración y el consumo de bebidas alcohólicas han estado presentes desde épocas remotas en distintas regiones del mundo, donde se han encontrado evidencias de su consumo, por lo que es de suponerse que los seres humanos beben alcohol desde hace por lo menos 5000 años. Los insumos y las condiciones básicas para elaborar bebidas fermentadas ya existían desde entonces: almidones (azúcar de frutas silvestres), agua, bacterias y la temperatura adecuada. Probablemente las primeras bebidas fermentadas se produjeron de forma accidental, quizás con unas frutas abandonadas en el interior de una cueva, que se fermentaron y de las que el hombre primitivo probó el líquido resultante y apreció sus efectos relajantes, placenteros y también intoxicantes. (7)

Las poblaciones nómadas, que con el tiempo se establecieron en asentamientos, dieron lugar a la agricultura. De este modo se presentaron las condiciones para que se pudiera iniciar el cultivo de la vid, la cebada y el maguey, y la elaboración regular de productos fermentados. Los estudios antropológicos sugieren que los pueblos de Mesopotamia fueron los primeros en elaborar bebidas con alcohol de modo sistemático. (7)

Estos son los antecedentes remotos del consumo de alcohol y a partir del siguiente apartado será analizado el problema del consumo en la actualidad.

PANORAMA ACTUAL EN MEXICO

En 2008, cerca de dos terceras partes de las muertes en el ámbito global, 36 millones, fueron causadas por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principalmente enfermedades cardiovasculares (48%), cáncer (21%), enfermedades respiratorias crónicas (12%) y diabetes (3%).¹ Los principales factores de riesgo comunes que causan las ECNT son el consumo de tabaco, una dieta poco saludable, inactividad física y el abuso del alcohol. Se estima que aproximadamente 3.2 millones de personas mueren al año a causa del abuso en el consumo de alcohol, lo que significa 3.8% del total de muertes por enfermedades crónicas.¹ Su consumo está asociado con un mayor riesgo de sufrir lesiones no intencionales, 2 lesiones por violencia física, 3 conductas sexuales

riesgosas, 4 cáncer de mama, 5 pérdida de productividad, 6 problemas familiares, conductas de riesgo y deterioro cognoscitivo en edades avanzadas. En México, la cirrosis hepática –una de las principales enfermedades atribuibles al abuso del alcohol– es la cuarta causa de muerte. (8)

Sobre el alcohol, la percepción de riesgo entre la población ha venido disminuyendo desde tiempo atrás; en tanto que la tolerancia social se ha incrementado, lo cual es congruente con la tendencia al incremento del consumo de esta sustancia. (8)(9)

El alcohol fue la droga de inicio más reportada (49.1%), seguida de tabaco (18.4%) y la marihuana (17.8%). (9)

ALCOHOLISMO EN PROFESIONALES DE LA SALUD

El consumo del alcohol se encuentra generalizado en todo el mundo, predominando en los países europeos.

Existen numerosos estudios sobre la prevalencia del consumo de alcohol por países y por grupos determinados de población, sin embargo son pocos los que se abocan a analizar el consumo de estas dentro del ámbito laboral dentro del área de la salud. (10)

Considerando que los médicos y el personal de las instituciones hospitalarias están dentro del grupo de profesionistas cuyo campo de acción laboral propicia factores de mayor riesgo en cuanto al consumo de drogas y alcohol, el presente trabajo intentara determinar el patrón de consumo de alcohol que se presenta en la UMF 02 IMSS Puebla.

En un estudio llevado a cabo en la Ciudad de México en el Hospital General de la Ciudad de México, donde los objetivos fueron identificar niveles de consumo de alcohol y droga en médicos residentes; obteniéndose los siguientes resultados: los patrones de consumo indicaban que 41.2 % de los consumidores de alcohol son bebedores frecuentes, 37.6 % bebedores moderados, y 12.9 % bebedores leves. En el grupo del sexo masculino, la mayoría de los sujetos presentan un alto consumo en las clasificaciones moderado bajo y frecuente bajo, mientras que en el sexo femenino, el porcentaje más alto se detecta en los patrones de consumo

frecuente bajo y leve, aunque el moderado bajo señala también un porcentaje relevante. (10)

Asimismo, se encontró que el patrón de consumo alto de alcohol durante el último año del grupo con alto nivel de estrés fue de 42.1% y en los sujetos con consumo moderado y leve, de 57.9%. (10)

Otro estudio realizado a médicos de atención primaria fue un estudio observacional, descriptivo y transversal durante los meses de enero a septiembre de 1997, en el que participaron 232 médicos de los 486 profesionales de atención primaria, excluidos pediatras, de la Región de Murcia. Donde se aplicó un cuestionario de consumo personal de alcohol: un 75,7% de los profesionales que contestaron al cuestionario se declaró consumidor, siendo el patrón de consumo más frecuente «ocasionalmente» (32,33%). La edad de inició en el 63,3% correspondió a 16-20 años. El tipo de bebida más frecuente es la cerveza. El consumo, en general, predomina en el profesional varón (78%); sin embargo, su consumo excesivo/de riesgo es mayor porcentualmente en la profesional mujer (27,7%). Concluyendo que, el consumo de alcohol entre los profesionales encuestados es similar al de la población general y el consumo de riesgo predomina en el profesional femenino. (11)

Otros autores detectaron que el consumo de alcohol en médicos finlandeses es mayor que en la población general, sobre todo en médicos que trabajaban en centros de salud, originaba largas bajas por enfermedad, médicos jóvenes descontentos con sus carreras o con la atmósfera del trabajo y médicos de edad «sumergidos» en sus trabajos. También en la encuesta patrocinada por INEBISA (Cambio 16 1983; 622) se encontró que un 84% de médicos era consumidor. (11)

BINOMIO ALCOHOL- TRABAJO

El lugar de trabajo es un ambiente en el que las personas se desenvuelven y con el cual satisfacen diversas necesidades inmediatas y de socialización.

Cuando el trabajo carece de las características apropiadas, se afectan aspectos como la satisfacción y el compromiso, lo que causa bajo rendimiento.

En el ambiente laboral, existen múltiples factores, entre los cuales está el clima organizacional, el estrés, la estructura organizacional, y el tamaño de la empresa que pueden propiciar bienestar o malestar a los trabajadores.

El trabajo, aquí y ahora, sigue siendo un elemento central para el ser humano. Trabajar en buenas condiciones es sinónimo de vivir en buenas condiciones y viceversa. Igualmente, el hecho de no poder desarrollar una actividad laboral o realizarla en condiciones precarias, va a desencadenar procesos de desajuste y desestructuración (en la interrelación trabajador-puesto de trabajo-organización) que conducirá, antes o después, al deterioro considerable de la salud en el trabajo. Deterioro que se manifestará a través de distintos factores e indicadores de inadaptación laboral, siendo el alcoholismo en el trabajo uno de esos problemas.

Cabe señalar que la población trabajadora posee un nivel de consumo de alcohol más elevado que el resto de la población según informes de la FDA. En 1987 se realizó el primer estudio sobre la incidencia de drogodependencia en el ámbito laboral (EDIS Navarro 1987) este estudio fue realizado en España para el departamento confederal de Servicios sociales de la UGT. El resultado de este estudio fue que los porcentajes de los trabajadores en los que su consumo promedio de alcohol diario es alto, excesivo y de gran riesgo, nos dan una clara idea de que tan dramático es que puede llegar a ser el alcoholismo en el ámbito laboral, resultando que 1 de cada 4 trabajadores presentan alcoholismo. Merece destacar que el nivel de consumo de alcohol por parte de los trabajadores es superior al conjunto de la población. (12)

Estudios más recientes, como el realizado en 2001 por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, a nivel nacional, o el realizado por la Comunidad Valenciana en 2005, a nivel de dicha Comunidad, confirman la realidad observada en 1987. (13)

En los últimos 10 años se han realizado varios estudios internacionales sobre prevalencia de consumo de alcohol y accidentalidad en el trabajo. En ellos se ha encontrado que entre el 15% y el 30% de los accidentes mortales ocurridos en el trabajo se deben al consumo de drogas; el 20% a 25% de los accidentes

laborales afectan a personas en estado de intoxicación y los consumidores de alcohol padecen de 2 a 4 veces más accidentes, siendo el ausentismo laboral 2 a 3 veces mayor que en los demás empleados. En general el porcentaje de trabajadores con un consumo abusivo de alcohol va desde el 40% hasta el 70%. (14)

En la población laboral latinoamericana no se cuenta con un diagnóstico reciente de salud mental, ni se tiene conocimiento preciso sobre la frecuencia de uso y abuso de alcohol y otras sustancias. De acuerdo con el conocimiento generado por otros estudios a nivel mundial sobre la asociación del consumo de alcohol y con la accidentalidad laboral, el ausentismo y el bajo rendimiento, así como la presencia de numerosos agentes 'estresores' ligados a nuestra realidad, puede suponerse que la población laboral está expuesta a situaciones que llevan al deterioro de su salud mental y de su rendimiento. (14)

Según la Organización Internacional del Trabajo el 3% al 5% de la población laboral es dependiente del alcohol y 25% son bebedores de riesgo.

En un estudio realizado por la Federación de Industrias del Estado de São Paulo (FIESP) sobre los problemas de la toxicomanía y el alcoholismo en el lugar de trabajo, se señalaba que del 10% al 15% de los empleados padecían problemas de adicción. (14).

FACTORES QUE FAVORECEN EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL AMBITO LABORAL

Hay una serie de factores relacionados con las características del puesto de trabajo o con el ambiente laboral, que pueden favorecer el inicio y mantenimiento de una ingesta excesiva de alcohol, la cual se puede producir tanto durante el horario laboral como fuera de él. Estos factores son:

Mayor aumento de la oferta o disponibilidad de las bebidas.

Pautas sociales preestablecidas desde hace tiempo en determinados sectores profesionales: fuerzas armadas, mundo bohemio o artístico, marineros que pasan largo tiempo fuera de casa. (15)

Reuniones de trabajo con un amplio grupo de personas que se suelen acompañar de ingesta de sustancias alcohólicas: vendedores, agentes comerciales, hombres de negocios. (15)

Trabajos en los que por su particularidad el trabajador tiene un acceso más fácil y habitual a las bebidas alcohólicas: camareros, cocineros. (15)

Trabajos en los que se necesitan unas condiciones físicas o psíquicas de especial resistencia, como pueden ser las actividades que se realizan a temperaturas extremas: metalurgia, siderurgia; las que se realizan a la intemperie o con toxicidad del medio ambiente circundante, aquellas actividades donde el trabajador no tiene horario fijo con continuas rotaciones horarias, o finalmente trabajos donde se necesita un esfuerzo físico mayor para su realización. Por otro lado encontramos una serie de factores de consumo de alcohol influenciado por la propia personalidad o puesto que desempeña el trabajador:

Falta de motivación, carencia de refuerzos o promociones, exceso de trabajo o responsabilidad, monotonía y repetitividad del trabajo diario, sentimientos de infravaloración. Todo ello conlleva a una situación de estrés del empleado, el cual para combatirlo puede utilizar diversos mecanismos de afrontamiento, en la medida y manera de que disponga de ellos. Un afrontamiento eficaz y válido sería aquel en la que el individuo soporta la tensión, adaptándose a ella, pero si no llega a conseguirlo puede llegar a la evasión mental o a las conductas sustitutivas mediante el consumo de alcohol. (15)

El estrés puede favorecer tanto el inicio del consumo de alcohol como la recaída en los ex-alcohólicos. Se comienza por el efecto ansiolítico percibido al principio y luego por un aprendizaje de dicha conducta, consiguiendo una respuesta válida para ellos. Así, ante repetidas situaciones que generan ansiedad en el empleado, el consumo será más probable en estos sujetos que en los que disponen de habilidades de afrontamiento del problema. (15)

REPERCUSIONES QUE TIENE EL ALCOHOLISMO EN EL MUNDO LABORAL.

Consecuencias para el trabajador:

Dentro del grupo de consumidores de alto riesgo, más del 25% de los trabajadores refieren haber sufrido algún suceso negativo como consecuencia de su adicción. Entre las consecuencias más características, con relación al consumo de alcohol, destacan según su proporción: los problemas de relación con el resto de compañeros, con conductas de agresividad verbal o física, problemas de salud, con las alteraciones orgánicas típicas propias del alcoholismo, lo que da lugar a un mayor número de ausentismo laboral y a la mayor cantidad de ILT (incapacidades laborales transitorias); disminución del rendimiento, lo que da lugar a una mayor compensación por parte de los compañeros lo cual también genera conflictos interpersonales, y por último, los accidentes, tanto de tráfico en los trayectos de casa empresa, como de trabajo dentro de la propia actividad laboral. (16)

IDENTIFICACION DE CONSUMO PERJUDICIAL Y DE RIESGO:

Un abordaje preventivo como tal solo se puede alcanzar si se lleva a cabo una identificación de todos los pacientes adultos para determinar si se trata de personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, incluyendo patrones de consumo excesivo ocasional.

Las preguntas más simples a realizar son las relacionadas con el consumo de alcohol. Las tres primeras preguntas del cuestionario de identificación de los trastornos por consumo de alcohol de la OMS. (AUDIT). Que fue diseñado para identificar consumos de alcohol de riesgos o perjudicial en entornos de atención primaria, ya probados y validados. La primera pregunta interroga sobre la frecuencia del consumo, la segunda valora la cantidad de alcohol bebido en un día de consumo normal, y la tercera sobre la frecuencia de episodios de consumo elevado de alcohol.

ESCALAS DE MEDICION

Su elaboración fue solicitada en 1982 por la OMS a un grupo internacional de investigadores, quienes realizaron un estudio en seis países para seleccionar los ítems de otros test de screening (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México, y

EEUU). La validez, sensibilidad, especificidad de cada uno de los ítems fueron estudiados y calculados según múltiples criterios. Las diversas pruebas mostraron una sensibilidad de 0,9 y una especificidad de 0,8 para el punto de corte en 8. Luego de su publicación primera en el año 1993, el AUDIT ha sido validado adicionalmente en muchos lugares, países y culturas. Luego de estudios sobre confiabilidad interna que demostraron una alta consistencia interna, el AUDIT ha sido utilizado con éxito, para estudios de prevalencia en poblaciones clínicas y general. (17)

FIABILIDAD.

El análisis de la fiabilidad mostró que el AUDIT posee un buen nivel de consistencia interna (Alpha= 0.88, correlación positiva estadísticamente significativa de todos los ítems con el total de la escala y análisis de variancia estadísticamente significativo entre cada uno de los ítems y la puntuación total de la escala). (17)

INFORMACION REFERENCIAL SOBRE EL CUESTIONARIO

Nombre: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Publicación oficial: Organización Mundial de la Salud. Departamento de salud Mental y Dependencias de Sustancias. // Generalitat Valenciana Consellería de Bienestar Social. Authors : Thomas F. Babor ; John C. Higgins- Biddle ; John B. Saunders ; Maristela G. Monteiro. WHO / MSB / 01.6 a 2001.

El AUDIT, Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, y describe cómo utilizarlo para identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. Constituye una herramienta confiable y válida para la detección de problemas referidos al consumo de alcohol en el ámbito clínico. Las diez preguntas del cuestionario en mención indagan sobre consumo reciente, síntomas de dependencia y problemas de dependencia al alcohol, es decir tres dimensiones. (17)

El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo

en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. (17)

PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN

El AUDIT es fácil de puntuar. Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. En el formato de entrevista el entrevistador anota la puntuación correspondiente a la respuesta del paciente (el número dentro de los paréntesis) dentro del cuadro que se encuentra al lado de cada pregunta. (17)

Todas las puntuaciones de las respuestas deben entonces ser sumadas y anotarse en el cuadro denominado «Total».

Se recomiendan unas puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol. (Una puntuación de corte 10 proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad). (17)

Debido a que los efectos del alcohol varían según el peso medio y diferencias en el metabolismo, al reducir el corte en un punto, a una puntuación de 7 para todas las mujeres y a los varones mayores de 65, se incrementa la sensibilidad para estos grupos poblacionales. (17)

La selección de los valores de corte debería estar en función de los estándares culturales y nacionales, así como del juicio clínico que también determinará el consumo máximo recomendado. Desde un punto de vista técnico, las puntuaciones más altas simplemente indican una mayor probabilidad de consumo de riesgo y perjudicial. (17)

Sin embargo, tales puntuaciones también pueden reflejar mayor gravedad de los problemas y de la dependencia de alcohol, así como de una mayor necesidad de un tratamiento más intensivo. (17)

Una interpretación más detallada de la puntuación total del paciente puede obtenerse analizando las preguntas en las que puntuaron. En general, una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o la pregunta 3 indica un consumo en un nivel de riesgo. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4-6 (especialmente con síntomas diarios o semanales), implica la presencia o el inicio

de una dependencia de alcohol. Los puntos obtenidos en las preguntas 7-10 indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol. Tanto la puntuación total, el nivel de consumo, los signos de dependencia, así como el daño presente deberían tenerse en cuenta en el abordaje de un paciente. Las dos preguntas finales también deberían revisarse para determinar si los pacientes muestran evidencia de un problema pasado (esto es, «sí, pero no en el último año»). Incluso ante la ausencia de consumo de riesgo actual, las respuestas positivas en estos items deberían utilizarse para discutir la necesidad de vigilancia. (17)

Puntuaciones:

De 0 a 7: Orienta hacia un consumo de alcohol sin riesgos apreciables. (17)

De 8 a 15: Orienta hacia Consumo en Riesgo. Es el rango en el que resulta particularmente indicada una intervención preventiva. (17)

De 16 a 19: Orienta a Beber Problema o Consumo perjudicial. Se debe discriminar de acuerdo a hallazgos de anamnesis y examen médico si corresponde indicar intervención preventiva o terapéutica. (17)

20 o más: Orienta fuertemente hacia un beber problema con mayor grado de compromiso, severidad o la presencia de dependencia.

En mujeres y adultos mayores de 65 años de edad, el punto de corte en 7 muestra mayor sensibilidad (0 a 6 y 7 a 15)

ZONA 1 EDUCACION SOBRE EL ALCOHOL PUNTOS AUDIT: 0-7

ZONA 2 CONSEJO SIMPLE PUNTOS AUDIT 8-15

ZONA 3 CONSEJO SIMPLE MAS TERAPIA BREVE Y MONITORIZACION
CONTINUA PUNTOS AUDIT: 10-19

ZONA 4 DERIVACION A UN ESPECIALISTA PARA UNA EVALUACION
DIAGNOSTICA Y TRATAMIENTO PUNTOS AUDIT: 20-40

Cuadro 2		
Dominios e items del AUDIT		
Dominios	Número de la pregunta	Contenido del ítem
Consumo de riesgo de alcohol	1	Frecuencia de consumo
	2	Cantidad típica
	3	Frecuencia del consumo elevado
Síntomas de dependencia	4	Pérdida del control sobre el consumo
	5	Aumento de la relevancia del consumo
	6	Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7	Sentimiento de culpa tras el consumo
	8	Lagunas de memoria
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol
	10	Otros se preocupan por el consumo

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de alcohol es un problema de salud a nivel mundial, sin embargo no existen suficientes investigaciones de la detección del patrón de consumo de alcohol en profesionales de la salud. El motivo de realización de este trabajo de investigación es determinar el patrón de uso de alcohol en el que se encuentran los trabajadores de la UMF NO. 2 IMSS Puebla, ya que como se sabe consumo de esta sustancia implica el deterioro físico y mental de quien lo consume y el bajo rendimiento laboral, así como la desintegración familiar.

El alcohol, abuso, dependencia, además de ser un importante problema de salud, también se relaciona con una amplia gama de problemas médicos, psiquiátricos y sociales. La detección temprana y el diagnóstico en este estudio de investigación es de mucha importancia para la prevención y el tratamiento de problemas relacionados con el alcohol.

Según el informe mundial de Drogas 2008 del 12 al 15% de los adultos consumen bebidas alcohólicas en proporciones peligrosas.

El 70 % de los consumidores de alcohol y drogas tienen un empleo, y se calcula que el rendimiento laboral decrece 30 % a causa de las adicciones.

En México de acuerdo a los datos de la última Encuesta Nacional de Adicciones se muestra un incremento en la prevalencia en el consumo de alcohol.

Cerca de un 10 % de los accidentes laborales se relacionan con intoxicación alcohólica, siendo dos o tres veces mayor que los que padecen los demás trabajadores (STPS 2009).

El abuso de alcohol en el ámbito laboral trae como consecuencias:

Aumento de riesgo y tasa de accidentes de trabajo, ausentismo laboral y aumento de incapacidades médicas, conducta arriesgada o inadecuada por la falsa seguridad que provoca desinhibición.

Los empleados requieren tres veces más erogaciones por enfermedad y presentan cinco veces más solicitudes de indemnización.

Por medio de esta investigación permitirá a la institución dar prioridad a las acciones y estrategias para promover la salud, prevenir adicciones, el desarrollo de sus colaboradores y así fortalecer sus políticas de atención

contra las adicciones causadas por el abuso de alcohol. Así como fortalecer su plan de prevención de adicciones, integrando:

- Aspectos preventivos encaminados a la prevención de la salud, campañas de sensibilización, con oferta de información amplia y clara.
- Aspectos Asistenciales con protocolos de actuación en casos concretos.

¿Cuál es el Patrón de consumo de alcohol en profesionales de la salud en la Unidad Médico Familiar No.2

4.- JUSTIFICACIÓN

Este estudio permitirá la detección de los profesionales de la salud que se encuentren dentro de alguno de los tres patrones de uso al alcohol en el momento

de la encuesta heteroaplicada AUDIT adscritos a la UMF 02, en los distintos patrones de uso y abuso de alcohol. Determinar el tipo de intervención que debería ser incorporado para recibir tratamiento. Los resultados obtenidos permitirán a la institución incluir a estos profesionales de la salud a sus planes de intervención y de prevención de adicciones, o bien de modificarlos para que estos puedan ser preventivos al cual se puede incorporar el profesional de salud, una vez determinada la zona según el indicador de consumo de alcohol que se obtenga. También resulta útil al personal de la salud, para sensibilización, toma de conciencia, en el individuo acerca de su propio patrón de consumo. A su vez los resultados obtenidos permitirán a la institución actualizar su diagnóstico situacional respecto en el rubro de salud mental y adicciones de la propia Unidad médico familiar. Permitiendo que diseñen o la creación, e impulsar los programas de prevención e intervención de adicciones deben de ser equipos interdisciplinarios. Además que este trabajo de investigación quedará como antecedente para trabajos futuros de investigación relacionados con el consumo de alcohol en profesionales de la Salud.

5.- HIPOTESIS

H1. Los trabajadores profesionales de la salud entre edad de 25-35 años presentan un nivel de consumo de alcohol de dependencia

H2. Los trabajadores profesionales de la salud varones desarrollan un consumo de alcohol de dependencia más que mujeres trabajadoras.

H3 . Los profesionales de la salud que se encuentran en un estado civil casado presentan dependencia al alcohol.

6.-OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

- Establecer cuál es el Patrón de consumo de alcohol en los profesionales de la salud de la UMF No.2 Puebla.

6.2 Objetivos específicos

- Identificar el Patrón de consumo de alcohol ya sea consumo de riesgo (bajo), uso perjudicial (medio) o dependencia (alto) que presentan los trabajadores de la Unidad Médico Familiar No. 2.
- Identificar al personal que se encuentra en consumo de riesgo, uso perjudicial o en dependencia por áreas de trabajo.
- Determinar el género mayormente afectado por el patrón de uso de dependencia en cuanto al consumo de alcohol.
- Determinar el patrón de uso de alcohol que se presenta por estado civil: soltero, casado, unión libre.
- Identificar el patrón de uso que se presenta por grado de nivel educativo, primaria, secundaria, licenciatura, otros.

7 MATERIAL Y METODOS

7.1 Diseño del estudio

Observacional: Análisis e interpretación de los resultados.

Estudio Descriptivo

Número de Mediciones: Transversal

Temporalidad: Prospectivo

Obtención de la Información: Prolectivo

Número de centros participantes: Unicentrico.

7.2 Ubicación espacio temporal

Estudio a realizar en la Delegación 22 de Puebla, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Unidad Médico Familiar No. 2 de Puebla.

7.3 Estrategia de trabajo

Se valorará el total de trabajadores a los que se les aplicará la encuesta.

Se solicitará permiso a las autoridades para la aplicación de las encuestas

Se aplicara la encuesta al personal que labora en los tres turnos.

Se otorgará el consentimiento informado a cada uno de los individuos.

La encuesta será heteroaplicada por el investigador.

La encuesta será aplicada junto con algunas otras preguntas avocadas al estado de salud, esto para evitar que los encuestados se sientan incómodos, solo por ser una encuesta de alcoholismo, así se evitará que se oculte información.

7.4 Muestreo

7.4.1 Definición de la unidad de población

Estudio probabilístico. Profesionales de la salud, hombres y mujeres que laboran en la Unidad Médico Familiar No.2. en los tres turnos correspondientes. En la UMF laboran un total de 361 profesionales de la Salud, tomado de la base de datos proporcionado por área administrativa con carácter confidencial.

7.4.2 Selección de la muestra

Selección aleatoria grande de la muestra, profesionales de la Salud hombres y mujeres de los tres turnos que laboran en la Unidad Médico Familiar No.2, siendo el total de profesionales 361, de los cuales se aplicarán 246 encuestas en base a la formula, a los que se les aplicará la encuesta AUDIT.

7.4.2.1 Criterios de inclusión

- Mayores de edad
- Sexo indistinto
- Que laboren activamente como profesionales de la salud en la UMF no. 02
- Que acepten participar voluntariamente en el estudio
- Que acepten firmar el consentimiento informado.

7.4.2.2 Criterios de exclusión

- personal que sea abstemia
- personal en estado de intoxicación alcohólica al momento de la entrevista.
- personal tercerizado.

7.4.2.3 Criterios de eliminación

- Todos aquellos trabajadores que no quieran contestar el cuestionario
- Aquellos cuestionarios que estén incompletos.
- Que decidan abandonar el estudio en cualquier momento.
- No legibles.

7.4.3 Diseño y tipo de muestreo

- probabilístico.

7.4.4 Tamaño de la muestra

- Calculado mediante la fórmula para el cálculo de muestra. Utilizando la fórmula para población infinita:

$$N = \frac{z^2 pq}{e^2}$$

$$N = \frac{1.96^2 (.8 \cdot .2)}{0.05^2}$$

$$N = \frac{3.8416 \cdot .16}{0.0025}$$

$$N = \frac{0.614656}{0.0025}$$

$$N = 246$$

Siendo 246 el valor de la muestra

z = Valor de z correspondiente al nivel de confianza;

Un nivel de confianza del 95% (también lo expresamos así: $\alpha = .05$) corresponde a $z = 1.96$ sigmas o errores típicos; $z = 2$ (dos sigmas) corresponde a un 95.5% (aproximadamente, $\alpha = .045$).

pq = Varianza de la población

Como la varianza de la población la desconocemos, ponemos la varianza mayor posible porque a mayor varianza hará falta una muestra mayor. Recordamos el significado de los símbolos:

p = proporción de respuestas en una categoría (síes, respuestas correctas, unos en la codificación usual, etc.)

q = proporción de repuestas en la otra categoría (noes, ceros en la codificación usual).

e = Error muestral

Lo representamos con la letra e (no es el único símbolo que se utiliza) que significa error o desviación posible cuando extrapolamos los resultados. Es el margen de error que aceptamos.

1º Es suficiente un nivel de confianza de $\alpha = .05$ (que equivale a $z = 1.96$); es la práctica habitual,

2º El margen de error no debe ser superior a $.05$ (5%) para que los resultados sean realmente informativos y útiles.

A continuación se muestra una tabla por categorías, el total de profesionales que se encuentran en cada categoría, y el total de encuestas a realizar por categoría.

CATEGORIAS IMSS	# DE PERSONAS POR CATEGORIAS	% DEL TOTAL DE PERSONAL	# DE ENCUESTAS A REALIZAR POR CATEGORIA	% DE ENCUESTAS A REALIZAR POR CATEGORIA
Auxiliar de Enfermería	38	11	26	11
Asistentes médicas	66	18	45	18
Enfermería en General	20	6	14	6
Personal de laboratorio	8	2	5	2
Ayudantes de farmacia	4	1	3	1
Personal médico	68	19	46	19
AUO	34	9	23	9
Serv. Básicos	31	9	21	9
otros profesionistas	21	6	14	6
Profesionistas técnicos	9	2	6	2
Jefaturas de servicio	13	4	9	4
otras categorías	49	14	33	14
TOTAL	361	100	244	100

7.5 Definición de las variables y escalas de medición

Variable Dependiente:

PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL

- Consumo de Riesgo
- Consumo perjudicial de Alcohol
- Síndrome de dependencia de alcohol

Variable Independiente

PROFESIONALES DE LA SALUD

Variables Sociodemográficas

EDAD

GÉNERO

ESCOLARIDAD

TURNO

AÑOS DE ANTIGÜEDAD

CATEGORIA INSTITUCIONAL

EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL.

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

PROFESIONAL DE LA SALUD; son sanitarios: enfermería, farmacia, laboratorios clínicos y gestión sanitaria.

PATRON DE CONSUMO DE CONSUMO DE ALCOHOL: Es la conducta respecto del consumo de alcohol y predecir los resultados positivos y negativos en una sociedad determinada.

EDAD: permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

GÉNERO : El género es una construcción social de ideas que define los papeles, sistemas de creencia y actitudes, valores y expectativas de los hombres y de las mujeres. Diferencia física y conducta que distingue a los organismo individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción.

ESCOLARIDAD: Conjunto de enseñanzas, y grados obtenidos en un tiempo en el que un alumno asiste a cualquier centro de enseñanza o establecimientos docentes.

TURNO : Se define trabajo por turnos al método de organización del trabajo en el cual la cuadrilla, grupo, o equipo de colaboradores se sucede en los mismos puestos de trabajo para realizar la misma labor; trabajando cada cuadrilla, grupo o equipo cierto tiempo o "turno" con el fin de que la empresa pueda mantener la actividad durante mayor tiempo que el fijado por jornada o cada trabajador.

AÑOS DE ANTIGÜEDAD: Tiempo durante el cual una persona ha estado trabajando de manera ininterrumpida para la misma unidad económica en su trabajo principal, independientemente de los cambios de puesto o funciones que haya tenido dentro de la misma.

ESTADO CIVIL: es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Eventos Adversos relacionados con el consumo de alcohol.: Son situaciones indeseables que se presentan en personas que consumen alcohol, y que afectan áreas laborales, personales, familiares y psicológicas.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL:

Consumo de riesgo: El criterio externo utilizado para buscar el punto de corte idóneo en el AUDIT fue de 9. El consumo de alcohol recogido en gramos de alcohol puro/semana. Puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo. (15)

Consumo perjudicial de alcohol: medido a través del cuestionario AUDIT, puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado. (15)

Síndrome de dependencia al alcohol: medido con el test de AUDIT, con un punto de corte en el 10. Y con una puntuación igual o mayor a 20. (15)

PROFESIONALES DE LA SALUD: En base al puesto que desempeñan según su preparación. Cualitativa ordinal: Médico, Asistentes médicos, Personal administrativo, Servicios generales, Enfermería, Trabajo social.

EDAD: la edad biológica se mide en base a la fecha de nacimiento y relacionando la fecha actual. Siendo variable cuantitativa. Indicada por el personal encuestado.

GÉNERO: Corresponde a datos de rasgo binario. Cualitativa nominal dicotómica. Femenino, Masculino.

ESCOLARIDAD: Pertenece a una variable cualitativa ordinal, iniciando desde primaria, secundaria, preparatoria y licenciatura.

TURNO: Tomada en cuenta como variable cualitativa nominal: matutino, vespertino y nocturno.

AÑOS DE ANTIGÜEDAD: variable cuantitativa, indicada por los encuestados. 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15 etc...

ESTADO CIVIL: Cualitativo nominal; soltero, casado, unión libre, divorciado, separado, viudo.

AVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON CONSUMO DE ALCOHOL. Variable cualitativa, nominal dicotómica, donde se desea saber si el trabajador ha presentado amonestaciones, riesgos laborales, ausentismos laborales, o conductas riesgosas en el último año.

CUADRO DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	VALOR
----------	------	-------

Patrón de Consumo de Alcohol	Cualitativa	A través de identificación de patrones de consumo de uso, por medio de cuestionario AUDIT. Consumo de Riesgo puntuación: 8-15 Consumo perjudicial de Alcohol 16- 19 Síndrome de dependencia de alcohol mas de 20 puntos
Profesionales de la salud	Cualitativa	Solo se define por áreas de trabajo, ejemplo: médicos, odontólogos, enfermería, aseo, farmacia. etc...
Edad	Cuantitativa	Años cumplidos que revele al momento de la entrevista.
Género	Cualitativa nominal	Hombre Mujer
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria o bachillerato Licenciatura posgrado
Turno	Cualitativa ordinal	Matutino Vespertino Nocturno
Años antigüedad	cuantitativa	Años de antigüedad institucional
Estado Civil	Cualitativa	Soltero Casado separado Viudo Divorciado

Categoría institucional	Cualitativa ordinal	Médico Asistentes médicos Personal administrativo Servicios generales Enfermería Trabajo social
Eventos adversos relacionados con el consumo de alcohol	Cualitativa nominal dicotómica	Amonestaciones Si no Riesgo o accidentes laborales Si no Ausentismo laboral Si no Conductas riesgosas Si no

7.6 Método de recolección de los datos

Método de recolección de datos se realizará por medio del cuestionario AUDIT, el cual será aplicado por los médicos investigadores, durante la jornada laboral de los profesionales de la salud, distribuidos en los tres turnos, dicho test fue elaborado y publicado en 1993 por la Organización Mundial de la salud, Departamento de salud mental y Departamento de sustancias como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. El cual ya ha sido aplicado en diversos países y culturas, donde la validez, sensibilidad y especificidad ya han sido estudiados y calculados, mostrando una sensibilidad de 0,9 y una especificidad de 0,8 para el punto de corte en 8. El análisis de fiabilidad de AUDIT posee un buen nivel de consistencia interna ($\text{Alpha} = 0.88$).

7.7 Técnicas y procedimientos

Los dos médicos para poder llevar a cabo la recolección de datos y la aplicación de las encuestas AUDIT en horarios en donde no se estén interrumpiendo las actividades laborales de los profesionales de la salud, ni tampoco interviniendo en los tiempos de consulta de los derechohabientes. Se entregará el consentimiento informado y en caso de que este sea firmado, se verificará que si desean contestar el cuestionario de manera personal en forma de entrevista. Recordando que al mismo tiempo se aplicara tres preguntas sobre su estado de salud, esto para distraer al personal y que no piense que se está aplicando el cuestionario AUDIT por que ya se tiene algún antecedente personal de alcoholismo y de esta manera evitar se oculte la información. Se realizará análisis de datos y se dará un reporte final de los resultados obtenidos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Posterior a la recolección de datos de vació la información obtenida en las hojas de recolección en la base de datos del programa estadístico SPSS, versión 18 para PC. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva; empleando medidas de tendencia central, desviación estándar, de dispersión y de rangos. Se usó a su vez estadística inferencial para realizar análisis estadístico se realizó por medio de Chi Cuadrada. Para posteriormente realizar tablas, graficas y así generar las conclusiones y las recomendaciones.

RESULTADOS

De la aplicación de las encuestas de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, se aplicaron 244 encuestas a profesionales de la salud que laboran en la UMF no. 2 del Estado de Puebla, proporcional por categorización. La encuesta que se aplicó fue el Test de Audit, para la determinación del patrón de consumo de alcohol en el que se encuentran los profesionales.

Con respecto a la edad de los encuestados se presentó una edad promedio de 41.8 años, con una mediana de 41.50 años, una Moda de 53 años, con una desviación estándar de 10.96.

Tabla I Datos demográficos. Edad de los encuestados

EDAD	
Promedio	41.88
Mediana	41.50
Moda	53
Desviación Estándar	10.96

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Del total del personal encuestado, en cuanto al género, podemos ver en la tabla II, que 95 (38.9%) encuestados fueron hombres y 149 (61.1%) mujeres. Por estado civil; 60 (24.6%) son solteros, casados 152 (62.3 %) y unión libre 32 profesionales de la salud (13.1%).

Tabla II Distribución por género y Estado civil

GENERO	NO.	%
Masculino	95	38.9
Femenino	149	61.1
Total	244	100
ESTADO CIVIL	NO.	%
Soltero	60	24.6
Casado	152	62.3
Unión libre	32	13.1
Total	244	100.0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Del total de los profesionales de la salud a los que se les aplicó la encuesta (244), las profesiones que se encuentran sin riesgo con un puntaje total de 0-7, son un total de 169 (69.3%); se encuentran en consumo de riesgo con puntaje 8-15, un total de 59 (24.2%); en Consumo Perjudicial con puntaje de 16-19 un total de 9 (3.7%); y los profesionales en Dependencia con puntaje más de 20, un total de 7 (2.9%). Observándose que la mayor población de profesionales de la salud se encuentra en consumo sin riesgo, sin embargo 7 profesionales ya se encuentran en dependencia, siendo esto importante.

Tabla III Total de profesionales de la salud por patrón de consumo de alcohol.

Puntaje AUDIT	NO.	%
SIN RIESGO 0-7	169	69.3
CONSUMO EN RIESGO 8-15	59	24.2
CONSUMO PERJUDICIAL 16-19	9	3.7
DEPENDENCIA MAS DE 20	7	2.9
TOTAL	244	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Con respecto al patrón de consumo de alcohol y el grado de escolaridad que tienen los profesionales de la salud, del nivel educativo Profesional y mas; son un total de 170 de los cuales; 110 profesionales se encuentran sin riesgo, 36 profesionales de la salud ya presentan consumo en riesgo, 7 profesionales en consumo perjudicial y 7 en dependencia. De la escolaridad de nivel de estudios Bachiller 18 Profesionales de la salud se encuentran presentando el Consumo en riesgo. Se puede observar que el Nivel de estudios que es el Profesional es el que presenta mayor afectación por el alcoholismo riesgo, perjudicial y dependencia.

Tabla IV Patrón de Consumo de Alcohol y Grado de escolaridad de los Profesionales de la Salud.

NIVELES DE CONSUMO DE ALCOHOL	ESCOLARIDAD			TOTAL
	SECUNDARIA	BACHILLER	PROFESIONAL	
SIN RIESGO 0-7	6	53	110	169
CONSUMO EN RIESGO 8-15	5	18	36	59
CONSUMO PERJUDICIAL 16-19	1	1	7	9
DEPENDENCIA MAS DE 20	0	0	7	7
TOTAL	12	72	160	244

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En cuanto al patrón de consumo del alcohol en relación con el género; en la tabla V podemos observar que el género que presenta el consumo de alcohol en riesgo son 30 masculinos y 29 femeninos, así como consumo perjudicial en riesgo. El género femenino ya presenta 4 profesionales de la Salud en consumo de alcohol Dependencia.

Tabla V. Patrón de Consumo de Alcohol y Género

NIVELES DE CONSUMO DE ALCOHOL	GENERO	
	FEMENINO	MASCULINO
SIN RIESGO 0-7	58	111
CONSUMO EN RIESGO 8-15	29	30
CONSUMO PERJUDICIAL 16-19	4	5
DEPENDENCIA MAS DE 20	4	3
TOTAL	95	149

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Del total de profesionales de la salud encuestados, se puede observar en la tabla VI que 59 profesionales se encuentran en consumo perjudicial; de los cuales 7 son solteros, 38 son casados y 14 en unión libre. Importante observar como 6 profesionales que presentan dependencia su estado civil son casados, por lo cual se podría decir que el ser casados es un factor de riesgo para alcoholismo. Solteros y unión libre con valores poco relevantes.

Tabla VI Patrón de consumo de alcohol y estado civil de los profesionales de la salud.

NIVELES DE CONSUMO DE ALCOHOL	ESTADO CIVIL			TOTAL
	SOLTERO	CASADO	UNION LIBRE	
SIN RIESGO 0-7	51	102	16	169
CONSUMO EN RIESGO 8-15	7	38	14	59
CONSUMO PERJUDICIAL 16-19	2	6	1	9
DEPENDENCIA MAS DE 20	0	6	1	7
TOTAL	60	152	32	244

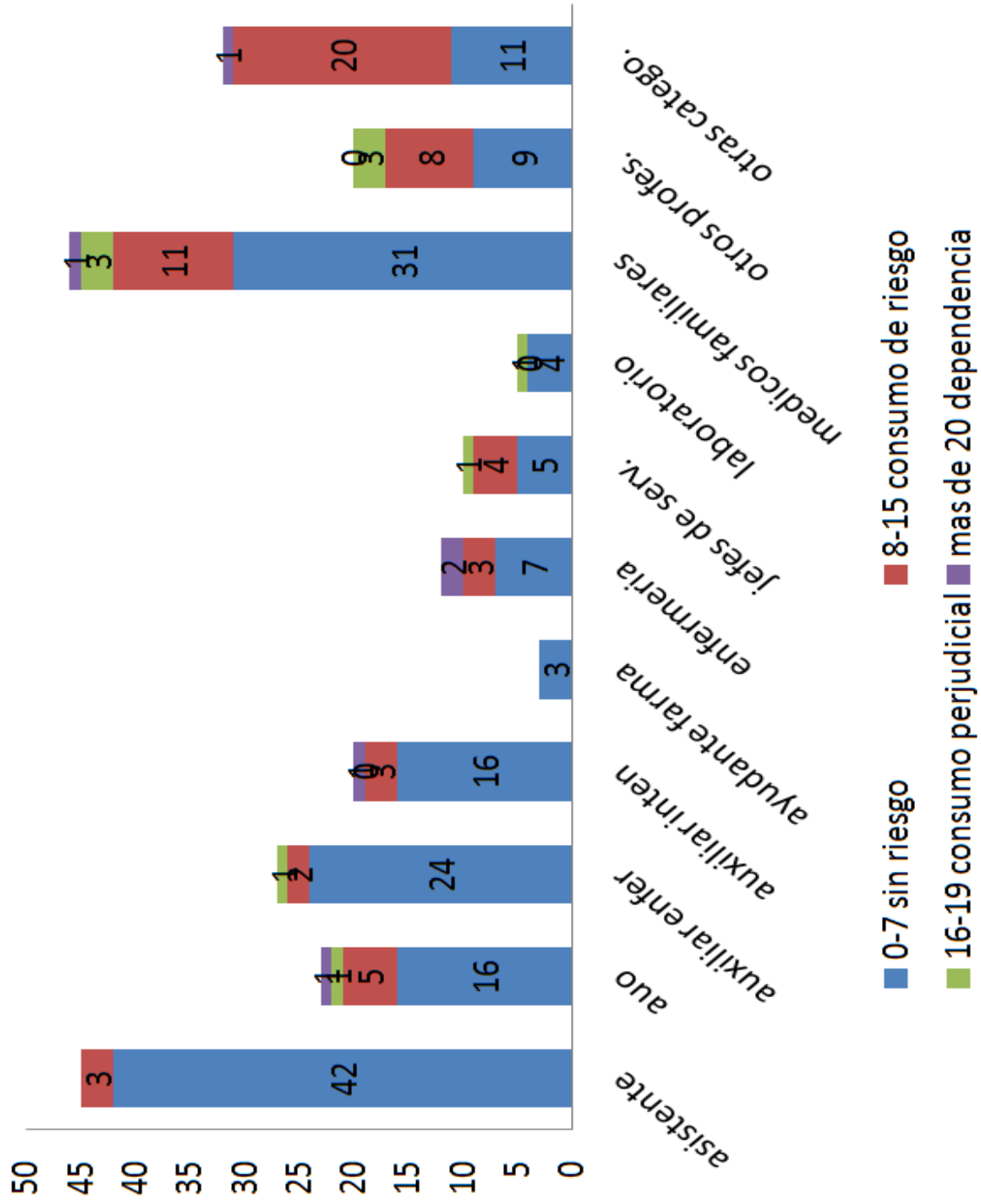
Fuente: cuestionario de recolección de datos

En cuanto a las bebidas que se consumen por ocasión tenemos que el mayor porcentaje que fueron 116 (47.5%) profesionales de la salud solo consumen de 1-2 bebidas alcohólicas; 95 (38.9 %) profesionales de la salud consumen de 3-4 bebidas alcohólicas por ocasión; y de ahí solo 21 (8.6 %) de los profesionales consumen de 5-6 bebidas por ocasión.

Tabla VII Cantidad de bebidas que se consumen por ocasión

CANTIDAD DE BEBIDAS CONSUMIDAS POR OCASIÓN	NO.	%
1 A 2	116	47.5
3 A 4	95	38.9
5 A 6	21	8.6
7 A 9	9	3.7
10 O MAS	3	1.2
TOTAL	244	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos



Del total de profesionales de la salud encuestados, observamos lo siguiente que (61.5%) 150 profesionales de la salud nunca han presentado remordimiento de culpa, (8.2 %) 20 profesionales de la salud presentan mensualmente remordimiento de culpa, y (1.2%) que son 3 profesionales de la salud, presentan diario remordimientos de culpa.

Tabla VIII Remordimientos de Culpa después de haber bebido.

REMORDIMIENTOS DE CULPA DESPUES DE HABER BEBIDO.	No.	%
Nunca	150	61.5
Menos de una vez al mes	64	26.2
Mensualmente	20	8.2
Semanalmente	7	2.9
A diario o casi diario	3	1.2
Total	244	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

De los profesionales de la salud que se encuestaron 190 (77.9%) refirieron que nadie ha mostrado preocupación por su forma de beber, 46 (18.9%) si refieren que alguien ha mostrado preocupación por que deje de beber en el curso del último año y 8 (3.3%) en el último año.

Tabla IX Muestras de preocupación por parte de terceros para dejar de beber

Alguien ha mostrado preocupación e indicaron que deje de beber	no	%
No	190	77.9
Si, pero no en el curso del último año	46	18.9
Si en el último año	8	3.3
total	244	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Del los profesionales de la salud encuestados, 205 (84%) refirieron no haber sido amonestados, 29 (11.9%) refieren haber sido amonestados algunas veces y 10 (4.1) a menudo.

Tabla X Amonestaciones por bajo rendimiento laboral

AMONESTACIONES	No.	%
Nunca	205	84
Algunas veces	29	11.9
A Menudo	10	4.1
Total	244	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

El cuestionario aplicado muestra que en cuanto a accidentes laborales el (19.9 %) 46 profesionales de la salud ya ha presentando accidentes dentro del centro de trabajo, y 198 profesionales (81.1 %) no ha tenido ningún accidente laboral. Es de suma importancia el porcentaje de los profesionales de salud que ya presentaron accidente laborales son el 19 % un total de 46 profesionales de la salud..

Tabla XI Accidentes Laborales

ACCIDENTES	No.	%
Si	46	18.9
No	198	81.1
total	244	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Importante es saber si los accidentes laborales que se presentaron tuvieron relación con el alcoholismo, 205 profesionales que corresponden al 84 % comentaron que no estaba relacionado; 38 profesionales que corresponde al 15.6 % relacionaron los accidentes laborales con el alcoholismo algunas veces y solo un profesional refirió que a menudo se encontraba relacionado los accidentes laborales con el alcoholismo.

Tabla XII Accidentes Laborales y su relación con el alcoholismo

ACCIDENTES LABORALES EN RELACION CON EL CONSUMO DE ALCOHOL	No.	%
Nunca	205	84
Algunas veces	38	15.6
A Menudo	1	0.4
total	244	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

El ausentismo se interrogó en el cuestionario, para saber si este también se encontraba relacionado con el consumo de alcohol, 197 (80.7%) profesionales de la salud respondieron que nunca, 42 (17.2%) profesionales de la salud refieren que algunas veces el ausentismo si está relacionado con el consumo de alcohol y 5 profesionales refieren que a menudo está relacionado su ausentismo con el alcohol. Es alto el porcentaje del personal que refirió que sus ausentismos si están relacionado con el consumo de alcohol. Hay (2%) 5 profesionales de la salud que sus ausentismos si están relacionado con el alcohol.

Tabla XIII Relaciona el ausentismo con el consumo de alcohol.

EL AUSENTISMO ESTA EN RELACION CON EL ALCOHOL	No.	%
Nunca	197	80.7
Algunas veces	42	17.2
A menudo	5	2.0
total	244	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Usando estadística inferencial podemos observar lo siguiente que si hay relación significativa entre los patrones de consumo de alcohol y; amonestaciones, ausentismos, accidentes laborales y conductas de riesgo con una $P \leq 0.05$. No hay significancia entre patrón de consumo de alcohol y genero, estado civil y escolaridad, aun cuando los porcentajes indican que si lo era.

Tabla XIV Significancia estadística entre Patrón de Consumo de Alcohol; genero, estado civil, escolaridad, amonestaciones, ausentismo, accidentes laborales y prácticas de riesgo

Nivel de Alcoholismo con:	X2	Significancia P
Género	5.196	$\geq .05$
Estado civil	15.397	$\geq .05$
Escolaridad	8.183	$\geq .05$
Amonestaciones	45.506	$\leq .05$
Accidentes	55.571	$\leq .05$
Ausentismo	62.365	$\leq .05$
Conductas de riesgo	81.395	$\leq .05$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

DISCUSIÓN:

La prevalencia del consumo de alcohol en el ámbito sanitario presenta diferencias importantes según el país donde se realice el estudio, debido a las diferencias sociales y por las diferencias metodológicas empleadas en cada investigación. Lo más frecuente es el uso de encuestas que recogen el consumo autodeclarado del profesional, lo que puede provocar un sesgo de información infravalorando el consumo. Pese a esta potencial limitación, el consumo de alcohol registrado en el presente estudio en los profesionales de la Unidad de Medicina Familiar número 2 del Estado de Puebla se observa que es elevado; y se presentan los diversos patrones de consumo de alcohol; Consumo sin riesgo 69.3%, Consumo en Riesgo 24.2 %, Consumo perjudicial 3.7%, Dependencia 2.9 %.

Parece que a pesar de los conocimientos que un profesional de la salud tiene acerca de los peligros del consumo del alcohol, este consumo está presente, siendo mayor en hombres que en mujeres en cuanto al consumo perjudicial y en dependencia casi se iguala en géneros.(Wood 2008, O'Donovan 2009). En estudios realizados con médicos residentes en sociedades occidentales con cultura similar(Mc Beth et al 2008, Martinez Lanz et al 2004), indicaron porcentajes de 60 y 80 % son los que se encuentran presentando consumo de alcohol en algún patrón determinado. En médicos de la UMF 02, se encontró que un 72% son los médicos familiares que se encuentran en algún patrón de consumo de alcohol.

Los resultados de la presente investigación no encuentran sin embargo, diferencias significativas en el patrón de consumo de alcohol entre hombres y mujeres, lo que podría implicar una incorporación completa de la mujer a los hábitos de consumo de alcohol, como ocurre en países como Colombia donde más de la mitad de los consumidores de alcohol son médicas mujeres (Lara et al 2012). Podemos observar con el estudio realizado muestran que al parecer ya hay igualdad de consumo de alcohol tanto en hombres como en mujeres, anteriormente se mostraba que de acuerdo al género que predominaba más en

género masculino 2:1, la tendencia en los últimos años es de aumento en consumo en las mujeres.

Con respecto a la edad se comenta que los trabajadores jóvenes así como los de edad intermedia ingieren más alcohol que el resto de las edades, nuestros encuestados muestran una edad Media de 40.5, con desviación estándar de 10.96, en estudios realizados por Urrego en 2001, muestra que la edad entre 24 a 38 años es un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas lícitas como ilícitas.

Se encontró de acuerdo al estudio que realizamos que quienes presentan todos los patrones de consumo son el personal que se encuentra casado, aquí incluimos al personal que tiene dependencia. Presentando los casados el consumo de dependencia. Alonso en 2006, evidencio que el mayor porcentaje de consumo de alcohol lo obtuvieron mujeres casadas.

Bodasquera (2001) afirma que áreas especializadas como la medicina, son más susceptibles al consumo de sustancias psicoativas (alcohol), dentro del ámbito laboral, situación que se refleja en el presente estudio, donde médicos, auxiliares, enfermería y asistentes médicos presentan los patrones de consumo de alcohol desde consumo de riesgo hasta dependencia.

CONCLUSIÓN:

- De acuerdo a los resultados el Patrón de consumo de alcohol que presentan los profesionales de la salud de la Unidad Médico Familiar predomina el patrón de consumo sin riesgo, con un 69.3 %, pero es significativo el total de los profesionales que se encuentran en consumo de riesgo con un 24.2 %, ya encontramos a 7 profesionales que tienen dependencia.
- Se identificó al personal que se encuentra en los tres patrones de consumo de alcohol. Llama la atención que hay 11 médicos familiares que se encuentran en consumo en riesgo, asistentes médicos 3, auxiliares de enfermería 2, enfermería 3, auxiliar de intendencia 3, Jefes de servicio 4, otros profesionistas 8, 20 en otras categorías y 5 de AU, un total de 59 (24.2%). Ya observamos categorías que se encuentran presentando Dependencia y son las siguientes: Enfermería, Médicos familiares, AUO y el apartado de otras categorías. La categoría que presenta más personal con dependencia es Enfermería con solo 2 personas. Las categorías de Médicos familiares, AUO y otras categorías tienen solo a 1 persona que ya se encuentra presentando dependencia.
- El género mayormente afectado por el patrón de uso de dependencia en cuanto al consumo de alcohol es el género femenino; sin embargo usando la estadística inferencial no hay un alto grado de significancia entre el patrón de consumo de alcohol y el género.
- El patrón de consumo de alcohol por estado civil; se observa que los profesionales de la salud que se encuentran casados presentan los tres tipos de patrón de consumo de alcohol desde consumo en riesgo, perjudicial y dependencia, en comparación con los profesionales de salud que se encuentran solteros o en unión libre.
- De acuerdo a los resultados el patrón de consumo de alcohol que se presenta por grado de nivel educativo es el siguiente: observamos que los

profesionales de la salud que tienen un nivel educativo profesional son los que ya se encuentran en dependencia (2.9%), y con el mismo nivel educativo se encuentran 36 personas en consumo de Riesgo (14.76%), a diferencia de los profesionales de la salud que tienen nivel educativo de secundaria o bachiller. El personal que tiene ya consumo de dependencia se encuentran todos con un nivel educativo profesional

- Con el Presente estudio ratificamos la Hipótesis 1, y es que el personal que se encuentra presentando algún nivel de consumo de alcohol, se encuentra dentro de los rangos de edad de 25-35 años, tomando en cuenta que nuestra edad promedio fue de 41 años con una desviación estándar de 10 años.
- No se ratifica la Hipótesis 2, ya que si observamos, el Patrón de consumo de dependencia, predominó mas en el género femenino que en el masculino, observándose lo contrario en los patrones de consumo de alcohol en Consumo de Riesgo y Perjudicial, donde si predominó mas en género masculino.
- Se ratifica la Hipótesis 3, se pueden observar en los resultados que del personal de salud que más presentó consumo en riesgo, perjudicial y dependencia fueron lo que estaban casados, en comparación con los solteros o unión libre.

Por medio de estadística inferencial se obtuvo grado de significancia en los niveles de consumo de alcohol, es decir hay relación significativa entre estos y el personal que ya ha tenido amonestaciones, ausentismos y accidentes laborales.

PROPUESTAS:

De acuerdo con los datos recabados en el presente estudio, se recomienda:

1. Si ya se está consumiendo alcohol, sin que haya un abuso constante, promover el uso moderado, con la finalidad de que el profesional de la salud aprenda a controlar su consumo.
2. Elaborar programas desde una perspectiva de género, ya que anteriormente el consumo de alcohol se consideraba exclusivo de los hombres y ahora el consumo entre sexos es igual, incluso podríamos decir que es ya mayor en las mujeres. Por ellos sería importante dedicarle especial atención al consumo de las mujeres, para averiguar qué características específicas las protegen o las ponen en riesgo de consumo.
3. Detectar a las personas que se ubiquen en el abuso de alcohol, para proporcionarles la intervención adecuada (terapia breve para su manejo de alcohol), y evitar que desemboquen en una dependencia al alcohol.
7. Por otro lado, habría que proporcionar información adecuada, completa, pero sencilla; acerca de los tipos de bebidas alcohólicas. Esta información tendría como objetivo concientizar de los efectos que tienen el alcohol, ya que es importante considerar los diferentes grados de alcohol que tiene cada bebida
8. Este estudio detectó que existen categorías que tiene mayor riesgo de consumo de alcohol, por lo cual se debe e instrumentar estrategias que ayuden a disminuir el consumo en estas áreas en específico.
- 9.- Desarrollar estrategias de capacitación hacia el personal que labora en la UMF, involucrando a las áreas de recursos humanos.

ANEXOS

A.- GRAFICA DE GANTT

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES															
ACTIVIDADES	ju n- 13	ju l- 13	ag o- 13	se p- 13	oc t- 13	no v- 13	di c- 13	en e- 14	fe b- 14	ma r- 14	ab r- 14	ma y- 14	ju n- 14	ju l- 14	ag o- 14
Elección del tema	■														
Revisión de la Literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboración del protocolo	■	■	■												
Revisión del protocolo					■	■	■	■							
Presentación del protocolo				■											
Modificación del Protocolo						■	■	■	■						
Evaluación del Protocolo									■	■					
Inicio de la Investigación Y Recolección de datos												■	■		
Análisis y presentación de los resultados														■	■
Conclusión del estudio															■
Entrega del informe final															■

B) CONSENTIMIENTO INFORMADO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Puebla, Pue. A de de 2013.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

: “PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA UMF 02 IMSS PUEBLA”

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es: DETERMINAR EL PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA UMF 02 IMSS PUEBLA.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar el cuestionario para evaluar el patrón de consumo de alcohol, por medio de una encuesta sencilla de 10 preguntas, cada una de ellas consta de respuestas de opción múltiple, la cual elegiré de forma voluntaria, sin presión ni coacción.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: no conlleva ningún riesgo a su estado de salud pues su participación consiste en responder solo a un cuestionario de forma escrita en un solo momento, esto para detectar mi forma de beber alcohol está poniendo en riesgo mi estado de salud, y alterando las áreas psicológica, física y social.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a 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 o con mi tratamiento.

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 recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente

M.E. LUZ KARINA RAMIREZ DUEÑAS

Investigador Responsable
Matricula 11666706 cel. 2228658553.

DRA. ARODI SILVA FIGUEROA

Investigador Asociado.
Matricula 98225305 cel. 2226784858

Testigos

Cuestionario de Salud

UMF 02 IMSS:

C) TEST AUDIT

Edad:

Escolaridad: Primaria

Estado Civil Soltero

Turno: Matutino

Antigüedad

laboral:

Categoría:

Bachillerato

Casado

Vespertino

Género: F M

Secundaria mas

U. libre

Nocturno

TEST AUDIT

1.- Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

0 Nunca

1 1 o menos veces al mes

2 2 o 4 veces al mes

3 2 o 3 veces a la semana

4 4 o más veces a la semana

2.- Cuantas Consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

0 1 o 2

1 3 o 4

2 5 o 6

3 7 a 9

4 10 o más

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

0 Nunca

1 Menos de una vez al mes

2 Mensualmente

3 Semanalmente

4 A diario o casi diario

4.- Con que frecuencia es el curso del último año ha sido incapaz de dejar de beber una vez que ha empezado?

0 Nunca

1 Menos de una vez al mes

2 Mensualmente

3 Semanalmente

4 A diario o casi diario

5.- Con que frecuencia en el último año no pudo hacer lo que esperaba de usted por que había bebido?

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

6.- Con que Frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

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

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

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

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

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

9.- Usted o alguna otra persona han resultado heridas por que usted había bebido?

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

10.- Algún familiar, amigo, médico o profesional, han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?

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

A) Con que frecuencia ha recibido usted amonestaciones o llamadas de atención por bajo rendimiento o desempeño laboral:

nunca algunas veces a menudo

B) Con que frecuencia ha usted estado en riesgo o incurrido en accidentes laborales.

Si No

C) Con que frecuencia estos eventos de riesgo o accidentes, han estado relacionados con el consumo de alcohol.

Nunca algunas veces a menudo

D) Con que frecuencia en el último año ha tenido ausentismos laborales.

Nunca algunas veces a menudo

E) Con que frecuencia estos ausentismos han estado relacionados con el consumo de alcohol.

Nunca algunas veces a menudo

F) Con que frecuencia presenta conductas arriesgadas (no mide los peligros, no emplea su equipo protección, o no empleo de medidas de seguridad en su labor profesional, altas velocidades) se relacionan con el consumo de alcohol.

Nunca algunas veces a menudo

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Alpízar LM, Pérez HG, García HI. Previniendo el alcoholismo. Rev Cub Salud Pública. 2008; (No.3):1-9.
- 2.-Gamboa MC, Gutiérrez SM. Análisis sobre las principales adicciones en México (alcoholismo, drogadicción y tabaquismo) y sus respectivos programas de prevención” .Programas de Acción y Políticas Públicas para la Prevención de las Adicciones a Nivel Federal.;4-5.
- 3.- Del Bosque GJ, Fernandez CC, Fuentes MA, Diaz NDV, Espíndola NM, González GN et al. El abuso del alcohol y su manejo en la práctica médica.Psiquis.2012;(No. 2); 168-173.
- 4.- López CY. Alcoholismo: su repercusión sobre la salud individual y colectiva en una comunidad montañosa Guantanamera. Medicentro. 2006; 10(No.2); 1-4.
- 5.- Aguilar S, Reyes J, Borgues G. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. Rev invest Salud Publica Mex. 2007;(No.49) ;467-474.
- 6.- Mezquita, Moya L, Edo J, Maestre S, Viñas M, Ortet M, Ibáñez G, M.I. Personalidad y estilos educativos parentales como predictores del consumo de alcohol en adolescentes. NEO PI-R (JS NEO).2007;(No.19) ;227-232.
- 7.- Méndez EL. Antropología del Alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979. 1era Ed .Ediciones de la Casa Chata. 1991.
- 8.- México Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011. México DF. INPRFM. 2012
- 9.- Guerrero LCM, Muños HJA, Sáenz M, Juárez B, Pérez NR, Reynales SLM. Impacto del consumo nocivo de alcohol en accidentes y enfermedades crónicas en México. Rev Invest Salud Pública Mex. 2013; (No. 2):282-288.
- 10.- Martínez L, Medina M, Rivera E. Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. Psiquis. 2004;(No.6): 17-27.
- 11.- Rodríguez F, Espí MF, Canteras JM, Gómez M A. Consumo de alcohol entre profesionales médicos de atención primaria. Ann Glob Health.2001; (No. 28):1-4.

- 12.- Departamento Confederal de Servicios Sociales de la U.G.T. Madrid. Incidencia de las drogodependencias en el medio laboral. Madrid: 1987.
13. Fundación de Ayuda a la Drogadicción (FAD). La Incidencia de las drogas en el mundo laboral de la comunidad Valenciana 2005; 35-50.
- 14.- Valencia JE, Pérez GA. Ausentismo Laboral y su relación con el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactiva. JAMA. 2004; (No.21); 2-18.
- 15.- Secretaría de Salud Laboral. Comisión Ejecutiva Confederal de UGT. Prevención del Consumo de Alcohol en el lugar de trabajo. Madrid. 2001.1-45.
- 16.- Espina DJ, Manrique AF, Ariza RN. Confiabilidad y Dimensionalidad del cuestionario para Identificación de trastornos debidos al Consumo de alcohol AUDIT, en estudiantes universistarios de Tunja(Colombia). Salud Uninorte Barranquilla. 2012.Volumen 28 (no. 2); 276-282
- 17.- Contel GM, Solé GA, Colom FJ. Test para la identificación de transtornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. Adicciones.1999.Vol.11 (No.4) ;337-347.