



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Medicina y Psicología
Coordinación de Posgrado e Investigación

**“Asociación entre el consumo de alcohol y funcionalidad familiar en
médicos residentes de la Unidad Médica Familiar número 27”**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Abril Estefanía Hernández Morales
Residente de medicina familiar

ASESORES

Dra. Linda Crystal Vidal Solorzano
Médico Familiar

28 de Enero del 2022 Tijuana, Baja California



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



"Dictamen de Modificar y Volver a Presentar"

Comité Local de Investigación en Salud No. 204
H. GRAL REGIONAL NDM 20

FECHA: Matías, 27 de julio de 2015

Dra. LINDA CRYSTAL VIDAL SOLÓRZANO

PRESENTE

Le notifico que el protocolo de investigación con título: **"Asociación entre el consumo de alcohol y funcionalidad familiar en médicos residentes de la Unidad Médica Familiar número 27"** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, tiene el dictamen de:

MODIFICAR Y VOLVER A PRESENTAR

Cada evaluación deberá documentarse con las recomendaciones de los revisores, el dictamen emitido por el Comité de Ética en Investigación, y los minutos correspondientes hasta que el protocolo se dicte como "Aprobado" o "Rechazado".

ATENTAMENTE

Dr. Juan Pablo Robles Noriega
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 204

Impreso

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

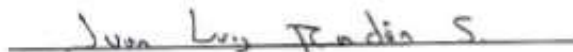
Tijuana, Baja California, a 28 de Enero del 2022.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Director de la tesis titulada "Asociación entre el consumo de alcohol y funcionalidad familiar en médicos residentes de la Unidad Médica Familiar número 27", elaborada por Dra. Abril Estefanía Hernández Morales, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

Atentamente:

A handwritten signature in black ink, reading "Juan Luis Rendón S.", is written over a horizontal line.

Dr. Juan Luis Rendón Sánchez.

Director de Tesis

C.c.p. Archivo

Tijuana, Baja California, a 28 de Enero del 2022.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada "Asociación entre el consumo de alcohol y funcionalidad familiar en médicos residentes de la Unidad Médica Familiar número 27", elaborada por Dra. Abril Estefanía Hernández Morales, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

Atentamente:



Dra. Catalina Verdín Bravo.

Sinodal

Tijuana, Baja California, a 28 de Enero del 2022.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada “Asociación entre el consumo de alcohol y funcionalidad familiar en médicos residentes de la Unidad Médica Familiar número 27”, elaborada por Dra. Abril Estefanía Hernández Morales, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

Atentamente:



Dr. Marco Antonio Fuentes López.

Sinodal

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre: Abril Estefanía Hernandez Morales.

Residente de Medicina Familiar.

Área de adscripción: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 27.

Matricula: 98028240

Institución: IMSS, Tijuana Baja California.

Teléfono celular: 6641304237.

Correo Electrónico: estefanny117@hotmail.com

Investigador responsable:

Dra. Linda Crystal Vidal Solorzano.

Médico especialista en medicina familiar.

Adscripción: UMF No. 27.

Matricula: 98020772

Institución: IMSS. Tijuana Baja California.

Teléfono celular: 6641231814

Correo electrónico: dralindavidal@gmail.com

INDICE

TÍTULO	8
RESUMEN:	8
MARCO TEÓRICO	9
ANTECEDENTES	13
JUSTIFICACIÓN	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
OBJETIVOS.....	17
HIPÓTESIS DEL TRABAJO:	17
MATERIAL Y MÉTODOS	18
Diseño y tipo de estudio:	18
Lugar de estudio:	18
Periodo de estudio:	18
Tamaño de la muestra	18
Criterios de selección:.....	18
Procedimiento del estudio:	19
Instrumento de medición:.....	20
Análisis de datos:	21
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	22
ASPECTOS ÉTICOS:	24
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	25
CRONOGRAMA.....	26
RESULTADOS	27
DISCUSIÓN	34
CONCLUSIÓN.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS I. CARTA DE NO INCONVENIENTE AL DIRECTOR	39
ANEXOS II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.	40
ANEXO III: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
ANEXO IV INSTRUMENTO AUDIT	43
ANEXO V: APGAR FAMILIAR.....	45
ANEXO VI: TRÍPTICO INFORMATIVO DE ALCOHOLISMO	46

TÍTULO

“Asociación entre el consumo de alcohol y funcionalidad familiar en médicos residentes de la Unidad Médica Familiar número 27”

Hernández-Morales AE, Vidal-Solorzano LC.

RESUMEN:

Introducción: El alcohol representa uno de los principales factores de riesgo evitables a nivel mundial. Es responsable del 5,3% de las defunciones producidas en el mundo cada año. El médico comparte su actitud con la población general respecto al consumo de alcohol, lo que causa dificultades para definirlo como un problema. El abuso de alcohol puede influir en la salud de los médicos y la seguridad del paciente.

Objetivo: Determinar la asociación entre el consumo de alcohol y funcionalidad familiar en médicos residentes de la Unidad Médica Familiar número 27.

Material y métodos: Estudio correlacional, transversal, prospectivo, en el mes de diciembre del 2021 en la Unidad de medicina familiar No. 27 de Tijuana, BC. Se aplicaron dos encuestas, AUDIT para la evaluación del consumo del alcohol y APGAR familiar para determinar la funcionalidad familiar. Se utilizó estadística descriptiva, chi cuadrada para correlacionar variables cualitativas, con un valor de p menor de 0.05, intervalo de confianza del 95%, el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 25.

Resultados: Se incluyeron a 58 residentes de medicina familiar adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 27, la edad media fue de 30.09, el sexo femenino predomina 63.79% y 36.21% de sexo masculino. 70.69% eran solteros, 10.34% en unión libre, 15.52% casados y 3.45% divorciados. 44 75.86 % salieron sin consumo sin riesgo y 24.14% con consumo de riesgo. 72.41% tenían una familia funcional, 22.41% se encontraban con una disfunción leve, 3.45% con una disfunción moderada y 1.72% con una disfunción severa.

Conclusiones: No se observó una asociación entre estas dos variables, sin embargo, encontramos una relación positiva entre el grado académico y el consumo de alcohol.

Palabras clave: Alcohol, familia, internado y residencia, Medicina Familiar y Comunitaria.

MARCO TEÓRICO

El alcohol representa uno de los principales factores de riesgo evitables a nivel mundial, su consumo está asociado con el desarrollo de más de 200 enfermedades y es responsable del 5,3% de las defunciones producidas en el mundo cada año (1).

Se ha demostrado una asociación significativa entre el hábito de consumo de alcohol del personal de salud en formación y su manejo en el área clínica para abordar el consumo del mismo, el personal de salud con estilos de vida saludables es más propensos a practicar consejos preventivos de reducción del consumo de alcohol. (1).

En los Estados Unidos, el alcohol es la tercera causa de muerte evitable, después del tabaco, la mala alimentación y la actividad física. El consumo de alcohol, por lo tanto, es una gran preocupación pública (2). Además, parece desempeñar un papel más importante que las drogas en la violencia (3).

Cualquier cantidad de consumo de alcohol implica riesgos médicos y de salud pública. La gravedad de los riesgos depende de la cantidad de alcohol que se consume, también influyen otras características como el patrón de consumo, las características físicas y cognitivas del individuo y las comorbilidades (4).

Los problemas con el alcohol se definen en términos generales como las consecuencias adversas experimentadas por el consumo de alcohol, lo que constituye una forma de trastorno por consumo de sustancias que puede variar en gravedad (5). El trastorno por consumo de alcohol se define como una agrupación de síntomas comportamentales y físicos, entre los que están la abstinencia, la tolerancia y el deseo intenso de consumo (6).

El consumo de alcohol no saludable puede dañar a otras personas además del usuario; se ha relacionado con un aumento de las tasas de accidentes y lesiones, la violencia contra otras personas y el abuso conyugal (7). El abuso de alcohol puede ser provocado por problemas psicológicos y puede influir en la salud de los médicos y la seguridad del paciente (8).

El desarrollo de estrategias preventivas para reducir el consumo de alcohol de los profesionales de la Atención primaria de salud (APS) engloba varios factores, entre los que

destacan los hábitos de consumo de los profesionales. Actualmente, existen varios estudios que abordan el consumo de alcohol entre proveedores de atención médica de diferentes áreas de la salud. Sin embargo, solo un número limitado de estudios han analizado el consumo de alcohol de los profesionales de la APS (9).

En un estudio realizado a estudiantes de medicina en Madrid en el año 2020, se reportó un porcentaje de fumadores superior a la población general (entre el 22% y el 29%), un consumo de alcohol frecuente llegando a superar los 60 gramos diarios en algunos estudiantes masculinos (10).

El médico comparte su actitud con la población general respecto al consumo de alcohol. El profundo arraigo de una serie de tradiciones y tópicos, así como la propia educación familiar, pesan a menudo más que los conocimientos científicos al respecto, lo que plantea dificultades para definir como un problema una conducta que generalmente es vista como normal y deseable (11).

El problema del consumo de alcohol se considera multifactorial, donde factores micro y macro ambientales, como la familia, la sociedad y las características del propio individuo contribuyen en el inicio y mantenimiento de esta conducta (12).

Los datos también sugieren que el consumo de alcohol por parte de los profesionales de la salud puede estar relacionado con la edad, pero no con el género o los ingresos. Los médicos recibieron significativamente más ofertas para beber alcohol de las compañías farmacéuticas. En comparación con la población general, los profesionales de la salud parecen beber menos. Estos hallazgos abordan las importantes brechas de conocimiento que existen en torno a la prevalencia y las vías que promueven el uso y el mal uso del alcohol por parte de los profesionales de la salud (12).

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar. La evaluación de la familia no es una tarea fácil, pero es necesario el conocimiento de los instrumentos de valoración. Se ha demostrado la

importancia fundamental que tiene la familia en la formación de la enfermedad en el individuo (13).

La Escala de Evaluación Familiar (APGAR) evalúa la percepción de la funcionalidad familiar, esta escala se deriva de cinco componentes que son (14): Adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutoria (resolve). Cada ítem ofrece 5 opciones de respuesta (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) que se califican de 0 a 4; en consecuencia, las puntuaciones totales se encuentran entre 0 y 20 (15). Interpretándose de la siguiente forma, familia normal: 17-20 puntos, disfunción leve: 16-13 puntos, disfunción moderada: 12-10 puntos, disfunción severa: menor o igual a 9 (16). El alfa de Cronbach de la escala fue de 0,84 (17).

El “Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol” (Alcohol Use Disorders Identification Test, [AUDIT]) debe aplicarse en contextos de atención primaria de las adicciones siempre que se sospeche consumo de sustancias psicoactivas o factores de riesgo de consumo entre adultos, con la finalidad de atender de manera oportuna y derivar a tratamiento especializado en caso necesario (18).

El Test de AUDIT, fue elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año de 1989 por Saunders, Aasland, Babor, De La Fuente y Grant. En el año de 1993 fue una herramienta de cribado de consumo de riesgo de alcohol más ampliamente utilizada a nivel internacional. El AUDIT consta de 10 ítems que evalúan la cantidad y frecuencia del consumo (ítems 1-3), los posibles síntomas de dependencia (ítems 4-6) y los problemas relacionados con el consumo de alcohol (ítems 7-10) (19).

Cada respuesta tiene un valor numérico que va de cero hasta dos o cuatro puntos. La sumatoria de los puntos de todas las respuestas establece un puntaje mínimo de cero y un máximo posible de 40 puntos, esta sumatoria se puede considerar como consumo de alcohol. Una puntuación entre 8 y 15 indicaría un consumo de riesgo, entre 16 y 19 un consumo perjudicial y puntuaciones iguales o superiores a 20 revelarían una posible dependencia del alcohol (19). El instrumento presentó un alfa-Cronbach de 0,75 (20). Se recomiendan la detección de rutina en la atención primaria para el abuso de alcohol (21).

A pesar de la efectividad que se ha demostrado de los programas de capacitación sobre el alcohol en múltiples estudios, el nivel de capacitación de los profesionales de la salud en la prevención y el tratamiento del consumo no saludable de alcohol es bajo durante su programa de pregrado y residencia, así como en la educación continua recibida a lo largo de su práctica clínica. Esta limitación en la formación constituye una de las barreras para un enfoque de prevención del alcohol que enfrentan los profesionales de la salud en su práctica diaria (22).

ANTECEDENTES

Según la Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas (NSDUH, por sus siglas en inglés) realizada en 2019 en Estados Unidos reportó a nivel mundial, que el consumo indebido de alcohol fue el quinto factor de riesgo de muerte prematura y discapacidad de la población general. Y ocupó el primer lugar entre las personas de entre 15 y 49 años. También se reportó que en el grupo de edad de 20 a 39 años aproximadamente el 25% del total de muertes son atribuibles al alcohol. En 2014, la Organización Mundial de la Salud informó que el alcohol contribuyó a más de 200 enfermedades y afecciones de salud relacionadas con lesiones, sobre todo la dependencia del alcohol (23).

En un estudio realizado en España en 2019 a los médicos de APS se encontró que la frecuencia de consumo de alcohol en los proveedores de APS fue: abstinencia 12%, 1 o 2 DE al mes en 26% y 2-4 DE todos los meses en el 32,2%; 2-3 / por semana 17,9%; cuatro o más / por semana 11,9%. Considerando la cantidad de bebidas alcohólicas en un día típico, el 45,6% informó haber bebido 0 DE, mientras que el 47,3% dijo haber consumido 1 o 2 SD. Con respecto al consumo excesivo de alcohol, el 19,5% confirmaron que bebían seis o más SD al menos una vez al mes. Además, el consumo de alcohol de forma peligrosa se registró en el 32,0% de los proveedores de APS encuestados, según los criterios AUDIT-C (9).

En otro estudio realizado en médicos residentes de Turquía con una muestra 127 participantes de los cuales, de 56 eran hombres (44,1%) y 71 mujeres (55,9%), se observó que el 57% de los residentes del primer año fuman cigarrillos y el 54% de ellos consume alcohol (24).

Estados Unidos en el 2019 se realizó la Encuesta nacional sobre el consumo de drogas y la salud donde se reportó una prevalencia del consumo de alcohol en dicho país, que el 85,6% de las personas de mayores de 18 años bebieron alcohol en algún momento de su vida. (23).

En un estudio del 2020 donde se estima las muertes y años de vida potencial perdidos por el consumo excesivo de alcohol en los Estados Unidos se encontró que el alcohol era

responsable de un promedio de 93,296 muertes (255 por día) y 2.7 millones de años de vida potencial perdidos (29 años perdidos por muerte, en promedio) (25).

En otro estudio realizado en 2016 en la Habana en pacientes alcohólicos se analizó la relación entre consumo de alcohol y funcionalidad familiar, demostró que la disfuncionalidad familiar se presenta el 51.85% de los casos. Además, se relacionó el alcoholismo con familias disfuncionales así mismo con afectaciones psicológicas como la ansiedad y el aislamiento familiar (26).

En México, en la Encuesta Nacional de consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco de 2016-2017, reveló que el consumo excesivo de alcohol se incrementó entre 2011 y 2016, del 12.3% a 19.8%, en el caso de los hombres aumento de 20.9% a 29.9% y en las mujeres de 4.1% a 10.3%. En cuanto al consumo diario y consuetudinario, estos incrementaron, de 0.8% a 2.9% y de 5.4% a 8.5% en la población total. En la población de 18 a 65 años con dependencia, dificultó realizar sus actividades destacando en los hombres la dificultad para trabajar o estudiar y en las mujeres el realizar sus tareas domésticas (27).

En 2013 se realizó un estudio en Tabasco con una muestra de 458 trabajadores del personal médico y se reportó los siguientes resultados que muestran que la mayoría tienen una familia funcional en el 53.7% (n=108) del personal estudiado y una familia disfuncional en el 46.3% (n=93). En cuanto a los grados de disfuncionalidad, el porcentaje más elevado se encontró en los moderadamente funcionales con el 28.9% (n=57), disfuncionales el 15.4% (n=31) y severamente disfuncionales el 2.5% (n=5) (28).

En el año 2017, El Instituto de Psiquiatría del estado de Baja California mostró los resultados estatales arrojando que 66.7% de la población ha consumido alguna vez alcohol, tabaco y/o droga ilegal de los cuales el 36.6% son hombres y 30.1% mujeres. La prevalencia de consumo por municipio en Tijuana es de 29%, Mexicali 18.8% y Ensenada 18.8% (29).

JUSTIFICACIÓN

Los problemas relacionados al consumo de alcohol, como dependencia, ausentismo laboral, conductas de riesgo, violencia, delincuencia, enfermedades físicas y mentales, son un problema de salud pública y social. Representan una carga económica para el país, al aumentar la mortalidad y morbilidad en personas jóvenes, reduce el periodo de años laborables y aumenta la discapacidad. Además, con el problema actual que vivimos con la pandemia de COVID-19 se prevé que aumente el consumo de sustancias psicoactivas principalmente de alcohol por su fácil acceso y costo.

El consumo de alcohol en los trabajadores de salud, afecta su desempeño en las actividades laborales, la relación médico-paciente y el juicio médico al detectar conductas de riesgo de terceros. El vivir en un país con una cultura donde el consumo de alcohol es socialmente aceptado, nubla la autopercepción del médico residente para detectar en sí mismo los trastornos por consumo de alcohol. Por ello es importante aplicar herramientas para la detección de estos trastornos.

El consumo de alcohol altera la dinámica familiar en un sentido bidireccional, cambiando la estructura familiar, la presencia de crisis paranormativas, económicas y funcionalidad familiar. Así mismo, la presencia de disfunción en la familia puede condicionar el uso y aumento del consumo del alcohol. La evaluación de la funcionalidad familiar es muy importante en los pacientes con trastornos por consumo, para ello existen diferentes escalas que evalúan diferentes dimensiones y que son de fácil aplicación.

Al tener presente que todas las complicaciones relacionadas a esta actividad son potencialmente prevenibles, al poder detectar conductas de riesgo y evitar el consumo de alcohol, el papel de las medidas de prevención primaria es fundamental.

Es importante establecer estrategias para la mitigación de daños y disminuir la morbilidad relacionada al consumo de alcohol. De esta manera se podrá ahorrar recursos públicos tanto para el instituto como para el país.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por las repercusiones que tiene el consumo de alcohol a diferentes niveles tanto sociales, familiares e individuales es importante implementar una estrategia de detección de las conductas de riesgo para poder hacer una intervención temprana.

El impacto que el consumo de alcohol en médicos residentes afecta su desempeño laboral, al aumentar los días de incapacidad, la relación médico- paciente, así mismo repercute en su funcionalidad familiar. Debemos tomar en cuenta que es un problema prevenible y tratable, sin embargo, a pesar de su alta prevalencia, los trastornos por consumo de alcohol reciben un tratamiento insuficiente, en parte debido al gran estigma asociado con ellos, pero también debido a un cribado sistemático insuficiente en la atención primaria de salud, aunque existen intervenciones psicosociales y farmacológicas eficaces y rentables (30).

Actualmente el funcionamiento familiar es reconocido como un eje importante para los procesos biológicos y psicológicos. Puede jugar un papel protector como uno de riesgo en las prácticas de consumo.

A medida que los desafíos relacionados con el consumo de alcohol, se vuelven más complejos, la presencia de la crisis del COVID-19 y la recesión económica mundial. Nos impulsa a buscar estrategias para poder fortalecer las medidas preventivas en todos los niveles de estas prácticas de consumo. Conociendo que la familia es un pilar fundamental para la prevención y tratamiento de este tipo de pacientes nos formulamos la siguiente pregunta.

¿Cuál es la asociación entre el consumo de alcohol y funcionalidad familiar en médicos residentes de la Unidad Médica Familiar número 27?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la asociación entre el consumo de alcohol y funcionalidad familiar en médicos residentes de la Unidad Médica Familiar número 27 en Tijuana B.C.

Específico

- Realizar el Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol, AUDIT a los médicos residentes de medicina familiar adscritos a la UMF 27.
- Aplicar el APGAR para determinar la funcionalidad familiar en médicos residentes de medicina familiar de la UMF 27.
- Describir las características demográficas (edad, sexo, estado civil, grado académico) de médicos residentes de medicina familiar de la UMF 27.

HIPÓTESIS DEL TRABAJO:

Hipótesis: Entre mayor consumo de alcohol, menor funcionalidad familiar en médicos residentes de la Unidad de medicina familiar número 27 en Tijuana B.C.

Hipótesis nula: Entre menor consumo de alcohol, mayor funcionalidad familiar en médicos residentes de la Unidad de medicina familiar número 27 en Tijuana B.C.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y tipo de estudio:

Estudio Observacional, correlacional, transversal y prospectivo.

Universo de trabajo:

Médicos residentes de Medicina Familiar adscritos la Unidad de Medicina Familiar número 27, IMSS, Tijuana, Baja California.

Lugar de estudio:

Unidad de Medicina Familiar número 27 del IMSS de la ciudad de Tijuana, Baja California.

Periodo de estudio:

Se realizó en el mes de diciembre del 2021.

Tamaño de la muestra

Tipo censo. Se invitará a todos los residentes de la UMF 27

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Médicos residentes de Medicina Familiar adscritos a la UMF no. 27 de Tijuana Baja California que acepten participar y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Médicos residentes de Medicina Familiar que se encuentren dados de baja.

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos.
- Consentimiento informado mal requisitado.

Procedimiento del estudio:

Con la autorización del Comité Local de Investigación en Salud y el Comité Local de Ética en investigación (CLIEIS) con el folio R-2021-204-068; se solicitó permiso a las autoridades de la Unidad de medicina familiar número 27 para la realizar 2 encuestas en a los médicos residentes adscritos a la Unidad de medicina familiar número 27, la primera para determinar el riesgo de consumo de alcohol llamada AUDIT y la segunda para determinar la funcionalidad familiar llama APGAR.

Se invitó a participar a todos los médicos residentes de Medicina Familiar adscritos a la UMF 27, que cumplan con los criterios de selección. El presente estudio se llevó a cabo dentro de la unidad de medicina familiar número 27 de Tijuana, Baja California, después de la sesión académica impartida los días jueves dentro de la unidad en el auditorio para no interrumpir sus actividades académicas, se separó en grupos por grado académico, en el aula 1 para mayor privacidad, con la autorización por la Coordinadora de Enseñanza de la Unidad, se explicó en que consiste el estudio, su objetivo, finalidad, los beneficios y riesgos mínimos presentes como incomodidad al llenar las encuestas, y se les pidió que firmen el consentimiento informado.

Tras su aprobación, se les pidió que completaran una hoja de recolección de datos y se les aplicó el cuestionario para la detección de consumo de alcohol y funcionalidad familiar, el cual es autollenado, sin límite de tiempo. La información recolectada se utilizó solamente para la realización de este estudio, el manejo de los datos personales se realizó bajo total privacidad resguardando la identidad de los participantes utilizando número de folio para el análisis de datos.

Las encuestas aplicadas con alteraciones se canalizó la información con su médico familiar quien a su vez le dará seguimiento y decidirá si es necesario enviar a segundo nivel. Así mismo se les brindara información a los residentes en forma verbal y escrita. (por medio de un tríptico, Anexo V)

Instrumento de medición:

Escala de Evaluación Familiar (APGAR) para evaluar familiar, esta escala se deriva de cinco componentes que son: Adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve). Cada ítem ofrece 5 opciones de respuesta (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) que se califican de 0 a 4; en consecuencia, las puntuaciones totales se encuentran entre 0 y 20. Interpretándose de la siguiente forma, familia normal: 17-20 puntos, disfunción leve: 16-13 puntos, disfunción moderada: 12-10 puntos, disfunción severa: menor o igual a 9. El alfa de Cronbach de la escala fue de 0,83.

El "Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol" (Alcohol Use Disorders Identification Test, [AUDIT], elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año de 1989 es posiblemente la herramienta de cribado de consumo de riesgo de alcohol más ampliamente utilizada a nivel internacional. El AUDIT consta de 10 ítems que evalúan la cantidad y frecuencia del consumo (ítems 1-3), los posibles síntomas de dependencia (ítems 4-6) y los problemas relacionados con el consumo de alcohol (ítems 7-10). Cada respuesta tiene un valor numérico que va de cero hasta dos o cuatro puntos. La sumatoria de los puntos de todas las respuestas establece un puntaje mínimo de cero y un máximo posible de 40 puntos. Una puntuación entre 8 y 15 indicaría un consumo de riesgo, entre 16 y 19 un consumo perjudicial y puntuaciones iguales o superiores a 20 revelarían una posible dependencia del alcohol. Este instrumento ha mostrado buena consistencia interna reportando un Alpha de Cronbach de 0.75 y Coeficiente de Confiabilidad de 0.72.

Análisis de datos:

Una vez terminado el proceso de recolección de datos, con autorización por el comité local de investigación y ética en investigación y del director de la unidad con folio R-2021-204-068.

Se utilizó estadística descriptiva: medidas de tendencia central (media, mediana) y desviación estándar para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas,

Para la estadística inferencial se recurrió a la prueba de chi cuadrada para correlacionar variables cualitativas, con un valor de p menor de 0.05, intervalo de confianza del 95%.

El análisis estadístico se llevó acabo con el programa SPSS versión 25.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variables.	Valores finales
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Edad en años que ha vivido una persona.	Cuantitativa de razón	24-30 31-35 36-40
Sexo	Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Sexo masculino, femenino.	Sexo del paciente, Masculino / Femenino.	Cualitativa Dicotómica	1)Femenino 2)Masculino
Estado Civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio	Estado civil del participante.	Cualitativa, Nominal.	1)Soltero 2)Unión libre 3)Casado 4)Divorciado 5)Viudo
Grado académico	Es el máximo nivel de estudios con reconocimiento oficial otorgado por la universidad, como consecuencia de la terminación exitosa de algún programa de estudios superiores.	Grado registrado por el médico residente de medicina familiar en la hoja de datos.	Cualitativa, ordinal.	Primer grado Segundo grado Tercer grado
Consumo de alcohol	Autoadministración de una sustancia	Se clasificará el consumo de alcohol con el	Cualitativa, ordinal.	1)Consumo de riesgo: 8 - 15 puntos.

	psicoactiva.	resultado obtenido de aplicar el instrumento AUDIT, en: consumo de riesgo, consumo perjudicial y dependencia al alcohol.		2)Consumo perjudicial: 16- 19 puntos. 3)Dependencia al alcohol: > 20puntos.
Funcionalidad Familiar	Es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos como son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos	Se clasificada con el Resultado obtenido de la aplicación del APGAR familiar a los médicos residentes, en: Normal, disfunción leve, moderada o severa.	Cualitativa, ordinal.	Normal: 17-20 puntos. Disfunción leve: 16-13 puntos. Disfunción moderada: 12-10 puntos. Disfunción severa: ≤ 9 puntos.

ASPECTOS ÉTICOS:

Autorización del Comité Local de Investigación en Salud y el Comité Local de Ética en investigación con folio R-2021-204-068, del director de la unidad médica familiar por escrito, coordinador clínico de educación e investigación en salud y del profesor titular de la especialidad.

Se utilizaron consentimientos informados, mismos que firmaron voluntariamente todos los sujetos de estudio de la presente investigación. La ética de esta investigación se apega a las directrices de la Declaración de Helsinki de 1964, modificada por la Asamblea General en Brasil en el año 2013, a la ley General de Salud en materia de investigación y a la Normatividad Institucional del IMSS.

La Declaración de Helsinki habla sobre las normas internacionales sobre ética de la investigación bioética recogiendo el espíritu del código de Nuremberg, la cual cuenta con 37 principios, teniendo a lo largo del tiempo varias revisiones, siendo la última el pasado 19 de octubre del 2013 en Brasil.

Tomando como principio básico el artículo 14 de la ley general donde se mencionan los objetivos de una investigación, el artículo 13 que menciona los derechos humanos y bienestar del individuo, Los participantes deben otorgar o no su consentimiento válidamente informado tal como se menciona en los artículos 20,21 y 22 de la ley general de salud, incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación.

Mi deber como investigador hacia el participante mencionado en el artículo 14 fracción I de la ley general de salud; el cual participará en mi investigación de manera voluntaria y sin presión de ningún tipo como lo estipula el Artículo 20 de la ley general de salud, y por último se respetará la privacidad de los participantes como se estimula en el artículo 16.

La presente investigación se apega a la Ley General de Salud en materia de investigación y a la Normatividad Institucional del IMSS. Se recibió la autorización por el Comité Local de Investigación en Salud y el Comité Local de Ética en investigación (CLIEIS) otorgando el número de folio R-2021-204-068, y de las autoridades correspondientes de la unidad y aceptación del participante con firma de la carta de consentimiento informado. (Anexo I)

Los riesgos presentados fueron mínimos, ya que se trata de una encuesta pudiendo generar incomodidad al momento de contestar los cuestionarios.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Se contó con los recursos humanos:

Investigador principal: Abril Estefanía Hernández Morales. Médico Residente de segundo grado de Medicina familiar, Adscrita a Sede de Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Investigador Responsable: Dra. Linda Crystal Vidal Solorzano, Medico Familiar Adscrito a Unidad de Medicina familiar No. 27.

Médicos residentes de Medicina Familiar adscritos a la UMF no. 27.

Recursos físicos:

- Área física: infraestructura y bienes inmuebles de propiedad del IMSS, aula de enseñanza para la aplicación de instrumentos y firma de consentimiento informado.
- Formatos de recolección de información: copias de instrumentos, hojas de recolección de datos y de carta de consentimiento informado.
- Papelería: Computadora personal, Impresora, programa estadístico SPSS 25, hojas blancas para copias y bolígrafos.

FINANCIEROS:

- Fueron provistos por el investigador principal.

FACTIBILIDAD

Fue factible llevarse a cabo porque se contó con los recursos (humanos, físicos y financieros) y materiales para realizar el estudio.

BIOSEGURIDAD

No tiene problemas de bioseguridad.

CRONOGRAMA

Actividad	Diciembre 2020-septiembre 2021	Octubre-noviembre 2021	Diciembre 2021	Enero 2022
Elaboración del protocolo	X			
Aceptación del protocolo		X		
Recolección de datos			X	
Captura de base de datos			X	
Análisis de resultados			X	
Redacción de discusión y conclusión				X
Presentación a sinodales.				X

RESULTADOS

Se incluyeron a 58 residentes de medicina familiar adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 27, Tijuana Baja California de todos los grados, de los cuales 18 correspondían al primer grado, 18 al segundo y 22 del tercer grado.

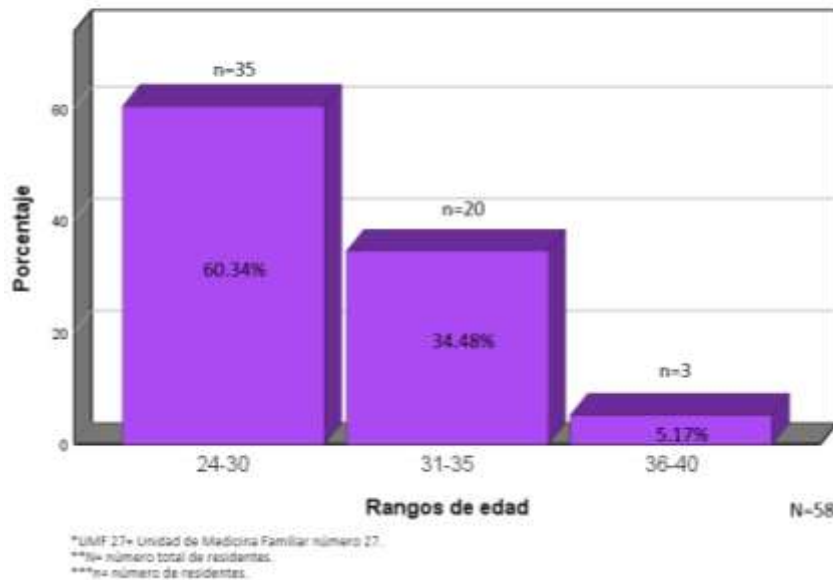
En las característica sociodemográfica observamos que, la edad media fue de 30.09 (26-39), con una mediana de 30 (± 2.84) a nivel general y por grupos académicos del primer grado la media fue de 28.72 (26-36), con una mediana de 28 (± 3.19), del segundo grado fue la media de 31.06 (28-39) con una mediana de 30.50(± 3.22), mientras que para el tercer grado la media fue de 30.41 (28-33) con una mediana de 30 (± 1.65) (Tabla 1).

Tabla 1. Características Sociodemográficas

Características	Grado académico		
	Primer Grado (n=18)	Segundo Grado (n=18)	Tercer Grado (n=22)
Edad			
Media	28.72 (26-36)	31.06 (28-39)	30.41 (28-33)
Mediana	28 (± 3.19)	30.50(± 3.22)	30 (± 1.65)
Sexo			
Femenino	77.8%	61.1%	54.5%
Masculino	22.2%	38.9%	45.5
Estado civil			
Soltero	77.8%	55.6%	77.3%
Unión Libre	11.1%	5.6%	13.6%
Casado	5.6%	33.3%	9.1%
Divorciado	5.6%	5.6%	0%
Viudo	0%	0%	0%
*n: Número de residentes			
** $\pm$ Desviación estándar			

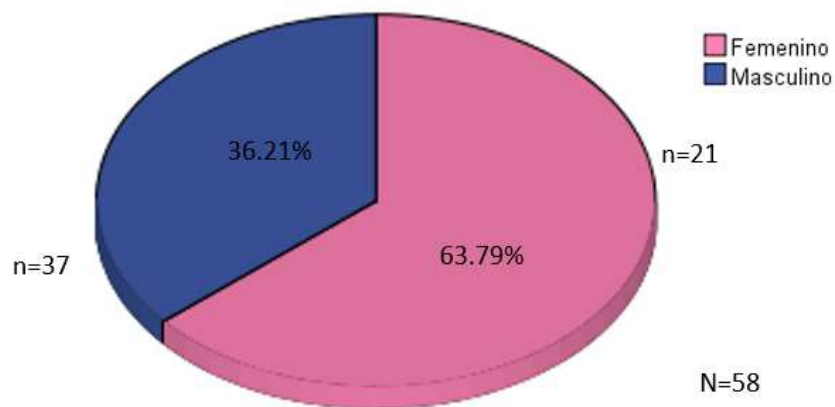
Los rangos de edad en los participantes fueron 60.34%(n=35) de 24-30 años, 34.48(n=20) de 31-35 años y un 5.17% (n=3) de 36-40 años. (Gráfico 1).

Gráfico 1. Rangos de edad de los residentes de medicina familiar de la UMF 27.



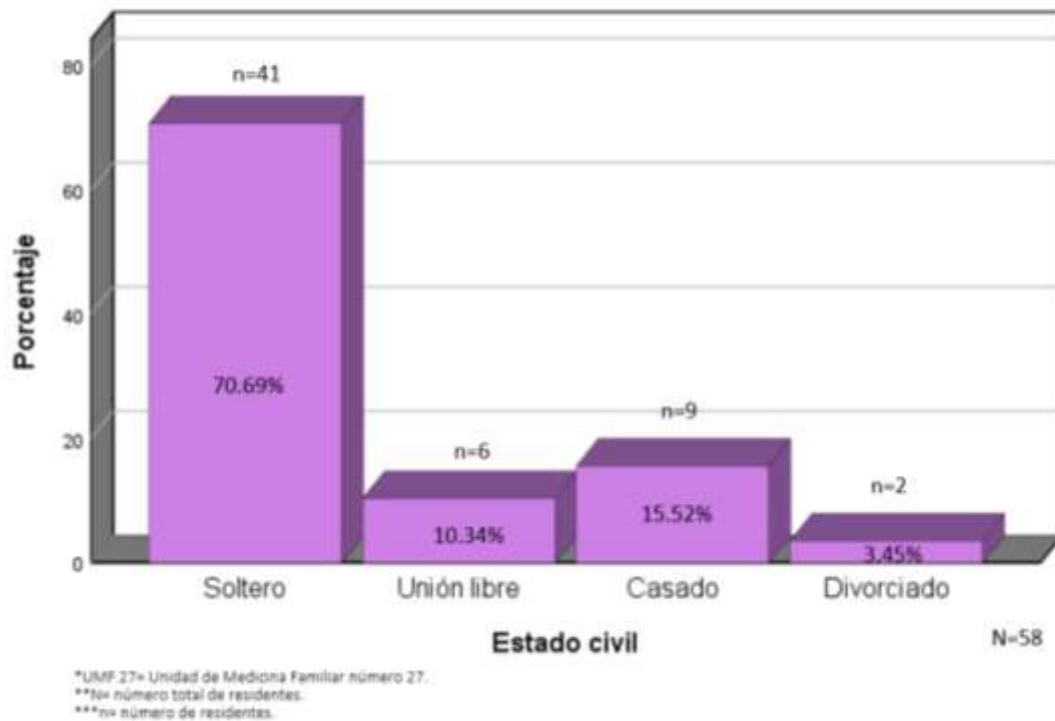
De los 58 residentes el sexo femenino predomina en la unidad médica, de los cuales a nivel general se encontró que 37 corresponden al sexo femenino (63.79%) y 21 al sexo masculino (36.21%). (Gráfico 2). En la descripción por grado académico se observó que en el primer grado 14 residentes son del sexo femenino (77.8%) y 4 del sexo masculino (22.2%), en el segundo grado también predominó el sexo femenino con 11 residentes (61.1%) y 7 del sexo masculino (38.9%), y en el tercer grado un grupo más parejo con 12 residentes del sexo femenino (54.5%) y 10 del masculino (45.5%) (Tabla 1)

Gráfico 2. Sexo de los residentes de medicina familiar de la UMF 27.



En cuanto el estado civil de los 58 residentes 41 (70.69%) eran solteros, 6 (10.34%) en unión libre, 9 (15.52%) casados y 2 (3.45%) divorciados. (Gráfica 3)

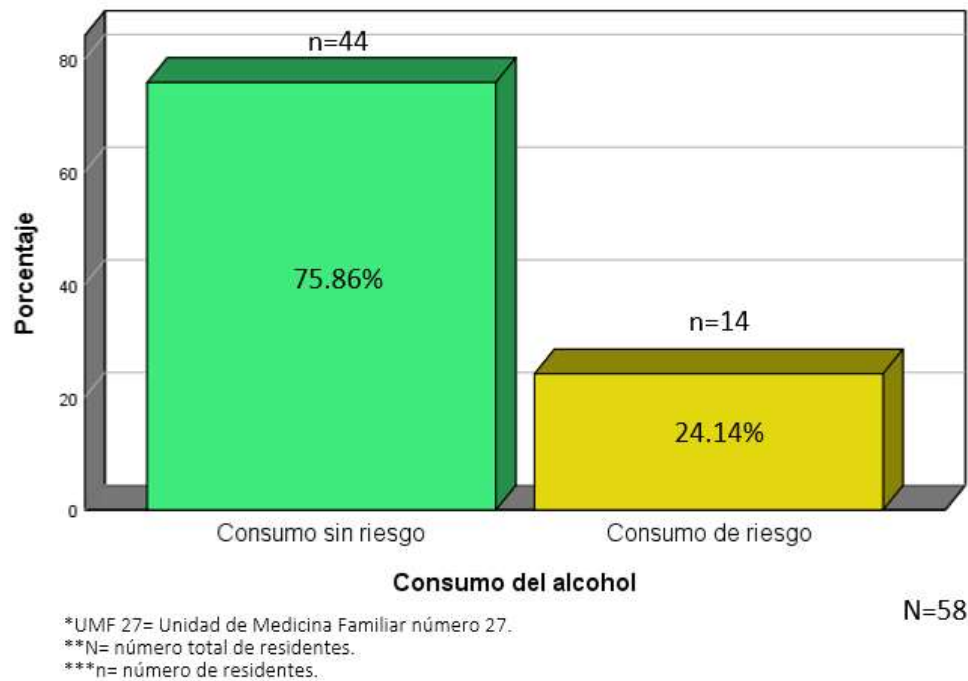
Gráfica 3. Estado civil de los residentes de medicina familiar de UMF 27.



Consumo del alcohol en los médicos residentes

Para determinar el consumo de alcohol en médicos residentes se les aplicó la escala AUDIT, es una herramienta para el cribado de consumo de riesgo de alcohol utilizada a nivel internacional, consta de 10 ítems que evalúan la cantidad y frecuencia del consumo. Donde obtuvimos los siguientes resultados, de los 58 residentes 44 (75.86 %) salieron sin consumo sin riesgo y 14 (24.14%) con consumo de riesgo. (Grafica 4)

Gráfica 4. Consumo del alcohol en medicos residentes de la UMF 27.



El consumo de alcohol por grado académico se observó de la siguiente manera, el primer grado 16 residentes (27.59%) con un consumo sin riesgo y 2(3.44%) con consumo de riesgo, del segundo grado 17 (29.31%) tienen consumo sin riesgo y 1 (1.72%) consumo de riesgo, por el contrario en el tercer grado 11 (18.97%) tiene un consumo de riesgo y 11 (18.97%) un consumo con riesgo. (Grafico 5). En porcentajes de consumo por cada grupo sería los siguientes del total de residentes de primer grado el 88.9% consumen sin riesgo y el 11.1% tienen consumo de riesgo, del segundo grado el 94.4% consumen sin riesgo y el 5.6% con riesgo y por último el tercer grado tiene un 50% en cada grupo de consumo, encontrando una asociación importante ($p=0.001$). (Tabla 2)

Gráfico 5. Consumo del alcohol por grado académico en médicos residentes de medicina familiar de la UMF 27.

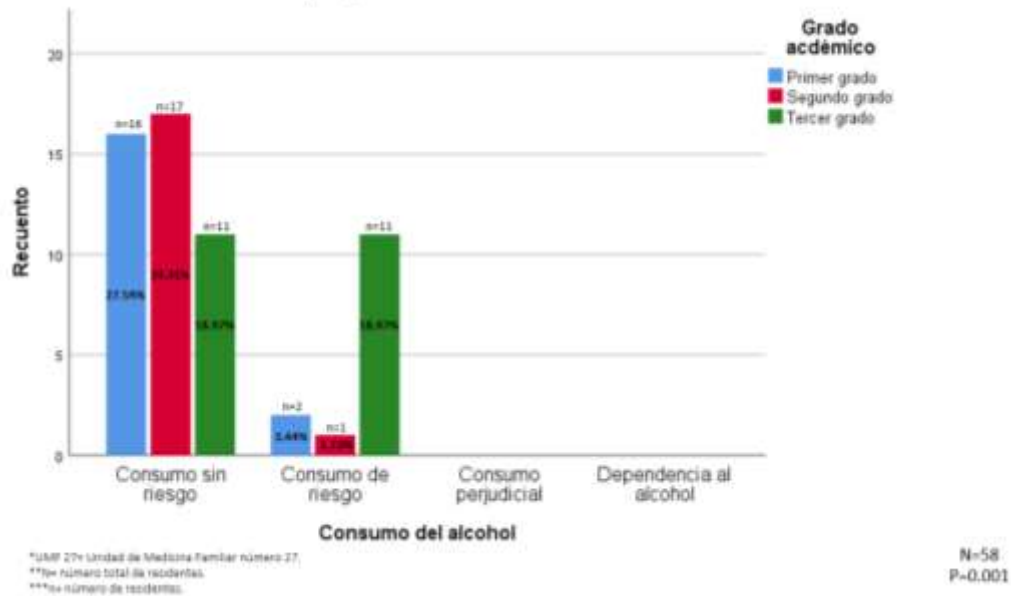


Tabla 2. Consumo de alcohol

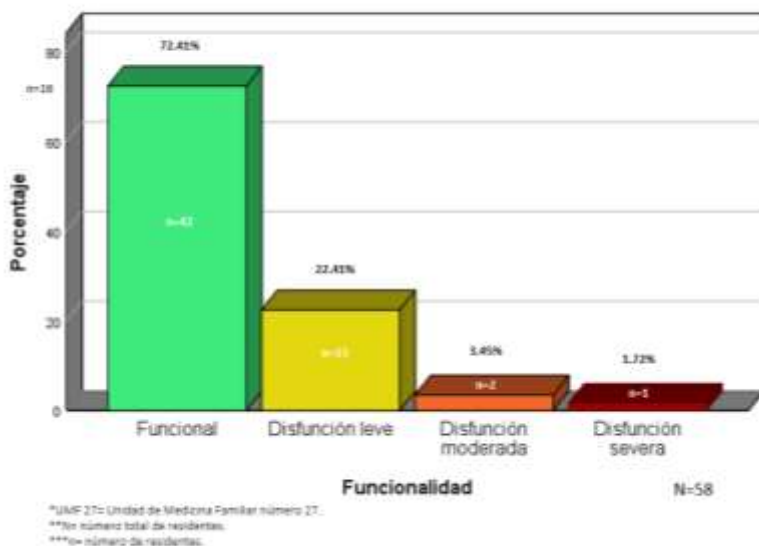
Características	Grado académico		
	Primer Grado (n=18)	Segundo Grado (n=18)	Tercer Grado (n=22)
Consumo sin riesgo	88.9%	94.4%	50%
Consumo de riesgo	11.1%	5.6%	50%
Consumo perjudicial	0%	0%	0%
Dependencia de alcohol	0%	0%	0%

*n: Número de residentes

Funcionalidad familiar

Para determinar la percepción de la funcionalidad familiar se utilizó el instrumento de APGAR que consta de 5 componentes adaptabilidad, cooperación, afectividad y capacidad resolutive. De los 58 residentes participantes, 42 (72.41%) tenían una familia funcional, 13 (22.41%) se encontraban con una disfunción leve, 2 (3.45%), con una disfunción moderada y 1 (1.72%) con una disfunción severa. (Gráfico 6)

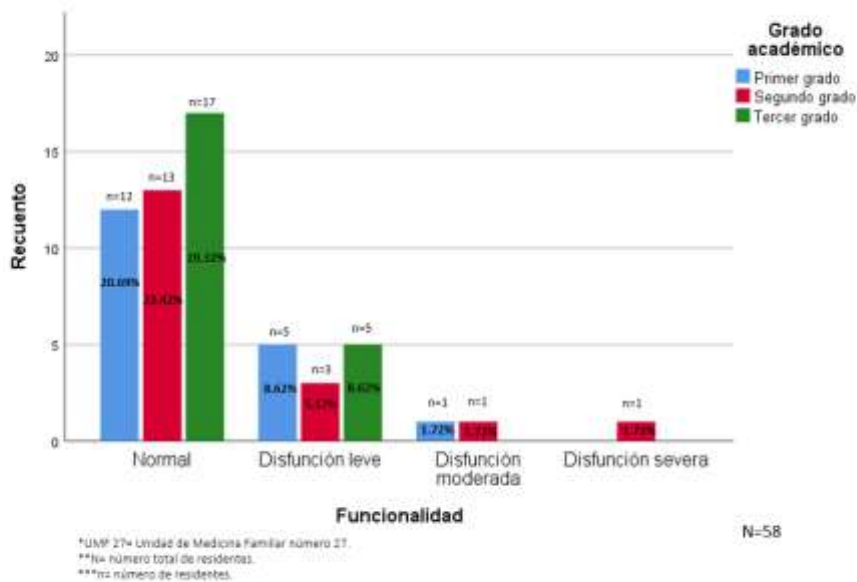
Gráfico 6. Funcionalidad familiar en residentes de medicina familiar de la UMF 27.



Los resultados de funcionalidad familiar por grupo académico son los siguientes; funcionalidad familiar normal fueron 12 residentes (20.69%) del primer grado, del segundo grado 13 (22.42%), y del tercer grado 17 (29.32%). Con disfunción leve 5 residentes (8.62%) de primer grado, 3 (5.17%) de segundo grado y 5 (8.62%) de tercer grado, en cuanto a disfunción

familiar moderada fueron 1 residente (1.72%) de primer grado y 1 residente (1.72%) de segundo grado, solo se reportó un caos de funcionalidad familiar severa en segundo grado (1.72%). (Gráfico 7)

Gráfico7. Funcionalidad familiar por grado académico en los residentes de medicina familiar de la UMF 27.



Para determinar si existe una relación entre el consumo de alcohol y la funcionalidad familiar se utilizó dando un resultado la prueba chi cuadrada por razón de verosimilitud de 2.692 con un valor de $p=0.583$ por lo que no se rechaza la hipótesis nula. A continuación, se muestra la gráfica de los resultados por grupo académico. En el primer grado obtuvimos un valor de p de 1.74, en el segundo grado de 0.67, y en el tercer grado de 0.26. (Tabla 3)

Tabla 3. Consumo de alcohol y funcionalidad familiar.

Funcionalidad familiar	Consumo de alcohol		Valor de p	Total
	Consumo sin riesgo	Consumo de riesgo		
Primer Grado			1.74	
Normal	10	2		12
Disfunción Leve	5	0		5
Disfunción moderada	1	0		1
Disfunción severa	0	0		0
Segundo Grado			0.67	
Normal	12	1		13
Disfunción Leve	3	0		3
Disfunción moderada	1	0		1
Disfunción severa	1	0		1
Tercer Grado			0.26	
Normal	8	9		17
Disfunción Leve	3	2		5
Disfunción moderada	0	0		0
Disfunción severa	0	0		0
Total	44	14		58

DISCUSIÓN

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol son bien conocidos a nivel mundial, así como las complicaciones que pueden acarrear, la etiología de estos trastornos ha sido multifactorial se han estudiado variables internas y externas de los individuos. Las investigaciones más recientes de este trastorno se enfocan la población adolescente principalmente, sin embargo, son poco los estudios en los proveedores de salud.

Los médicos residentes son profesionistas que se enfrentan a largas jornadas laborales, elevada carga académica, y en ocasiones se enfrentan a cambios personales o familiares. El índice de consumo de alcohol en residentes es estudios previos por ejemplo en Jaén, España según Valverde- Bolívar, et al. en 2011 un estudio de 215 residentes de diferentes especialidades es de 78%, los residentes de medicina familiar en su estudio observo que el 69% presentaba consumo de alcohol y el 31% reporto no consumo de alcohol (10), En otro estudio más reciente Romero- Rodríguez, et al. 2020 donde se estimó la prevalencia de consumo de alcohol en los estudiantes de medicina enfermería y los residentes de medicina familiar y comunitaria, en 740 participantes el consumo de alcohol fue de 80.13% (1). En comparación con estos estudios la prevalencia consumo de alcohol que observamos es mayor con un 89.66% de consumo de alcohol de las cuales el 24.14% presento con consumo de riesgo y un 10.34% sin consumo de alcohol. Estando muy por encima de la prevalencia de la población general de Baja California en 2017 de 66.7% (29).

En cuanto a la funcionalidad familiar en residentes encontramos un estudio Marecos- Bogado, et al. 2018 estudiaron a 104 residentes de diferentes especialidades donde asocia el síndrome de burnout con la funcionalidad familiar y encontraron respecto a la funcionalidad familiar que la mayoría de los residentes contaban con una funcionalidad familiar normal en el 74.1%, disfunción leve en un 19.4% y un 6.7% con funcionalidad moderada (13).

En otro estudio Alonso-Castillo, 2017 donde participaron 362 adolescentes mexicanos con edad promedio de 13.6 años encontró relación negativa con el consumo de alcohol dependiente y funcionalidad familiar ($p=0.021$) (14). Los resultados obtenidos en este estudio no encontramos una asociación entre estas dos variables con una la prueba chi

cuadrada por razón de verosimilitud ($p=0.583$), pero como hallazgo encontramos una Relación positiva entre el grado académico y el consumo de alcohol a mayor grado académico mayor prevalencia de consumo de riesgo ($p=0.001$)

Las limitaciones que enfrentamos en la realización de este estudio, fue la pandemia de COVID-19 que inicia a principios del 2020, que ocasiona cambios en la estructura de las clases, el distanciamiento social y de la dinámica de la atención en la clínica, para implementar las medidas de protección sanitaria, Al ser una unidad de medicina familiar no se pudo comparar el consumo con residentes de otras especialidades. Sin embargo, este estudio es un base para determinar y vigilar el consumo de alcohol en los médicos residentes y se pudo incluir a todo el personal de salud.

CONCLUSIÓN

Es importante realizar un cribado de consumo de riesgo de alcohol a los trabajadores de salud. Aunque en esta ocasión se realizó solo a médicos residentes encontrando una alta prevalencia de consumo de alcohol de 89.6% de los cuales un 24.14% presentan un consumo de riesgo. Es importante poder realizar un cribado a todo el personal de salud, ya que el diagnóstico precoz del consumo de alcohol de riesgo en personal de salud se ve obstaculizado por el concepto cultural de esta práctica y la dificultad a reconocer que pueda ser un problema real, el implementar estrategias como un cribado en consultorio o de manera online puede facilitar este tipo de intervenciones.

Son bien conocidos los problemas y consecuencias que puede ocasionar el consumo de alcohol abarca una amplia gama desde problemas de salud, familiares, ausentismo laboral, carga económica y relacionadas a la atención médica.

Aunque en este estudio no encontramos una relación entre el consumo de alcohol y la funcionalidad familiar, es importante investigar las causas relacionadas para poder hacer un abordaje más integral y, estrategias de prevención y mitigación de daños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Romero-Rodríguez E, Pérula- de Torres LA, Fernández-García JA, et al. Consumo de alcohol de los estudiantes de Medicina, Enfermería y residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Aten. prim.* (Barc., Internet) 2020;53(1):111-113.
2. Herman AM, Dukaa T. Facets of impulsivity and alcohol use: What role do emotions play? *Neuroscience and biobehavioral reviews.* 2019; 106: 202–216
3. The United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2020.* Viena: United Nations publication, 2020.
4. Grossi A, Holmes A, Ibrahim JE. Use of Alcohol in Long Term Care Settings: A Comparative Analysis of Personal Choice, Public Health Advice and the Law. *J Am Med Dir Assoc* 2021; 22(1):9-14.
5. Toner P, Böhnke JR, Andersena P, et al. Alcohol screening and assessment measures for young people: A systematic review and meta-analysis of validation studies. *Drug Alcohol Depend* 2019; 202:39-49.
6. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).* 5ª ED. Arlington, VA. Editorial médica paramericana, 2014.
7. Holt S, Tetrault J. Unhealthy Alcohol Use. *Clin Liver Dis* 2016; 20: 429-444.
8. Fischer-Pedersen A, Korsdal-Sørensen J, Henrik-Bruun N, et al. Risky alcohol use in Danish physicians: Associated with alexithymiaand burnout? *Drug Alcohol Depend* 2016;160 (1):119-126.
9. Romero-Rodríguez E, Pérula de Torres LA, Fernández-García JA, et al. Alcohol consumption in Spanish primary health care providers: a national, cross-sectional study. *BMJ Open Sci* 2019: 1-8.
10. Valverde-Bolívar FJ, Pérez-Milena A, Moreno-Corredor A. Consumo de drogas entre los Especialistas Internos Residentes de Jaén (España) y su relación con el consejo clínico. *Adicciones* 2013; 25(3): 243-252.

11. Rodríguez-Fernández E, Espí-Martínez F, Canteras-Jordana M, et al, Consumo de alcohol entre profesionales médicos de atención primaria. *Aten. prim. (Barc., Internet)* 2001; 28: 259-262.
12. Kenna GA, Wood M. Alcohol use by healthcare professionals. *Drug Alcohol Depend* 2004; 75(1):107-16.
13. Marecos-Bogado S, Moreno M. Asociación entre síndrome de burnout y funcionalidad familiar en médicos residentes. *Med. clín. soc.* 2018; 2(2): 54-64.
14. Alonso-Castillo MM, Yañez-Lozano A, Armendáriz-García NA. Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. *Salud y drogas* 2017; 17 (1): 87-96.
15. Campo- Ariasa A, Caballero-Domínguez CC. Análisis factorial confirmatorio del cuestionario de APGAR familiar. *rev. colomb. psiquiatr.* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.01.003>. 20/12/2020
16. Suarez- Cuba MA, Alcalá- Espinoza M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica* 2014; 20 (1): 53-57.
17. Bellón- Saameño JA, Delgado- Sánchez A, Luna- del Castillo J de D, et al. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten. prim. (Barc., Internet)* 1996; 18 (6): 289-296.
18. Prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. México: secretaria de salud; 26/Marzo/2015.)
19. Rial- Boubeta A, Golpe- Ferreiro S, Araujo Gallego M, et al. Validación del “test de identificación de trastornos por consumo de alcohol” (AUDIT) en población adolescente española. *Psicol. conduct.* 2017; 25)2): 371-386.
20. García Carretero MA, Novalbos Ruiz JP, Martínez Delgado JM, et al. Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. *Adicciones* 2016;28 (4): 194-204.
21. Gunderson EW, Levin FR, Owen P. Impact of a Brief Training on Medical Resident Screening for Alcohol Misuse and Illicit Drug Use. *Am J Addict* 2008;17: 149–154.

22. Romero-Rodríguez E, Pérula de Torres JA, Ruiz-Moral R, et al. Training health providers to address unhealthy alcohol use in primary care: a cross-sectional, multicenter study. *BMC Health Serv Res* 2020. 20:877-895.
23. Alcohol Facts and Statistics [Internet]. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 2020 [citado 15 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/alcohol-facts-and-statistics>
24. Turgut N, Karacalar S, Polat C, et al. Burnout Syndrome During Residency. *Turk J Anaesthesiol Reanim* 2016; 44: 258-64.
25. Esser MB, Sherk A, Liu Y, et al. Deaths and Years of Potential Life Lost From Excessive Alcohol Use —United States, 2011–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69 (30): 981-987.
26. Zambrano-Guerra FX, Martínez- Pérez M, Alonso- Cordero ME, et al. Relación entre alcoholismo, el funcionamiento familiar y otras afecciones psicológicas. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana* 2016; 23 (2): 112-123.
27. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz. Encuesta Nacional de consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Ciudad de México: Secretaria de Salud, 2017.
28. Contreras-Palacios SC, Ávalos-García MI, Priego-Álvarez HR, et al. Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México. *Horiz. sanitario (En línea)* 2013; 12(2): 45-57.
29. Observatorio estatal de las adicciones: prevalencia de consumo de drogas, alcohol y tabaco en la población abierta del Estado de Baja California [Internet]. Instituto de psiquiatría del estado de Baja California. IPEBC. 2017 [citado 13 diciembre 2020]. Disponible en: <https://ipebc.gob.mx/wp-content/uploads/2019/07/oea2017.pdf>
30. Carvalho AF, Heilig M, Pérez A et al. Alcohol use disorders. *Lancet* 2019; 394 (10200): 781-792.

ANEXOS I. CARTA DE NO INCONVENIENTE AL DIRECTOR

Tijuana, Baja California a 10 de diciembre del año 2021

Dra. Linda Crystal Vidal Solorzano.

Por medio de la presente se le comunica que es requisito para realizar investigación en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la autorización por parte del Comité de Investigación que corresponda de acuerdo con las características del estudio. En su caso, requiere ser registrado en el Comité Local de Investigación en Salud y el Comité Local de Ética en investigación No. 204; una vez que se tenga la autorización, cuente con la anuencia para la realización del protocolo de investigación titulado:

“Asociación entre el consumo del alcohol y funcionalidad en médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad Médica Familiar número 27”

ANEXOS II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)	
Nombre del estudio:	“Asociación entre el consumo del alcohol y funcionalidad en médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad Médica Familiar número 27”	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California noviembre 2021.	
Número de registro institucional:	R-2021-204-068	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la asociación entre el consumo del alcohol y funcionalidad en médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad Médica Familiar número 27.	
Procedimientos:	Una vez que usted firme el consentimiento informado, se le invitara a la aula de enseñanza para mayor privacidad en donde se le pedirá que llene una hoja de recolección de datos en donde se le pedirá su edad, sexo, estado civil y grado académico, se realizara una escala para detección del consumo de alcohol y otra para determinar la funcionalidad familiar de forma anónima, llenada por usted según considere, sin límite de tiempo, en donde señalara la respuesta, dándosele instrucciones por parte del investigador principal.	
Posibles riesgos y molestias:	Los riesgos son mínimos, ya que se trata de una encuesta pudiendo generar incomodidad al momento de contestar los cuestionarios.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocerá si tiene riesgo de dependencia al consumo de alcohol y su funcionalidad familiar, para así canalizarlo de manera oportuna a su médico familiar quien lo valorará y decidirá su seguimiento o en caso necesario envió a segundo nivel.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le dará información verbal y escrita pertinente con respecto los efectos del consumo de alcohol y funcionalidad familiar, y en caso necesario se referirá con Médico Familiar para seguimiento.	
Participación o retiro:	Usted tiene la libertad de decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte su relación con el instituto o con el departamento educación. Recibiendo respuesta a todas las dudas que tenga durante la realización de los cuestionarios.	
Privacidad y confidencialidad:	La información recolectada se utilizará solamente para la realización de este estudio, el manejo de los datos personales se realizará bajo total	

		privacidad resguardando la identidad de los participantes utilizando número de folio para el análisis de datos.
Declaración de consentimiento:		
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:		
☐	No acepto participar en el estudio.	
☐	Si acepto participar y que se realice la encuesta solo para este estudio.	
☐	Si acepto participar y que se realice la encuesta para este estudio y estudios futuros.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigadora o Investigador Responsable:	Dra. Linda Crystal Vidal Solorzano. Médico especialista en medicina familiar. Adscripción: UMF No. 27. Matricula: 98020772 Institución: IMSS. Tijuana Baja California. Teléfono celular: 6641231814 Correo electrónico: dralindavidal@gmail.com	
Investigadora o Investigador Principal	Nombre: Abril Estefanía Hernández Morales. Área de adscripción: UMF 27. Lugar de trabajo: Unidad de medicina familiar No. 27. Teléfono celular: 6641304237. Correo Electrónico: estefanny117@hotmail.com	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Investigación en Salud y el Comité Local de Ética en investigación del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx		
_____ Nombre y firma del residente		_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma		Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. Clave: 2810-009-013		

ANEXO III: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número de folio:	
Edad	24-30 años 31-35 años 36-40 años
Sexo	Femenino Masculino
Estado civil	Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo
Grado académico	Primer grado Segundo grado Tercer grado
Consumo de alcohol	1)Consumo de riesgo: 8 - 15 puntos. 2)Consumo perjudicial: 16- 19 puntos. 3)Dependencia al alcohol: > 20puntos.
Funcionalidad funcional	Normal: 17-20 puntos. Disfunción leve: 16-13 puntos. Disfunción moderada: 12-10 puntos. Disfunción severa: ≤ 9 puntos.

ANEXO IV INSTRUMENTO AUDIT

Instrucciones: La prueba o cuestionario AUDIT sirve para averiguar el grado de dependencia alcohólica. Conteste y anote las puntuaciones de este sencillo test y descúbralo.

¿Qué tan seguido toma bebidas alcohólicas?

- (0) Nunca (pase a las preguntas 9-10)
- (1) Una vez al mes o menos
- (2) Dos o cuatro veces al mes
- (3) dos o tres veces por semana
- (4) cuatro veces o más por semana.

¿Cuántas copas se toma en un día típico o común de los que bebe? (cubas o equivalentes como cervezas, vasos de pulque, cocteles o coolers o cualquier otra bebida que contenga alcohol)?

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

¿Qué tan frecuente toma 6 o más copas en la misma ocasión (en el mismo día, evento o reunión)?

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

Durante el último año, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?

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

Durante el último año, ¿Qué tan frecuente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber? (¿Como no ir a trabajar?)

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

Durante el último año. ¿Qué tan frecuente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?

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

Durante el último año. ¿Qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimientos por haber bebido?

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

Durante el último año. ¿Qué tan frecuente olvido algo de lo que había pasado cuanto estuvo bebiendo?

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

¿Se ha lesionado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol?

- (0) No
- (2) Si, pero no en el último año
- (4) Si, en el último año

¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado su preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

- (0) No
- (2) Si, pero no en el último año
- (4) Si, en el último año

ANEXO V: APGAR FAMILIAR

Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad en la familiar

Marque la opción correcta

PREGUNTA	NUNCA (0)	CASI NUNCA (1)	ALGUNAS VECES (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y comparamos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: 1. El tiempo para estar juntos 2. Los espacios en la casa 3. El dinero					
Estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mis amigos (as)					

ANEXO VI: TRÍPTICO INFORMATIVO DE ALCOHOLISMO

Bibliografía

Romero-Rodríguez E, Pérula- de Torres LA, Fernández-García JA, et al. Consumo de alcohol de los estudiantes de Medicina, Enfermería y residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Atén. prim. (Barc., Internet) 2020;53(1):111-113.
Rodríguez-Fernández E, Espí-Martínez F, Canteras-Jordana M, et al. Consumo de alcohol entre profesionales médicos de atención primaria. Atén. prim. (Barc., Internet) 2001; 28: 259-262.



Contacto

Investigador principal
Abril Estefanía Hernández
Morales.
Área de adscripción: UMF 27.
Lugar de trabajo: Unidad de
medicina familiar No. 27.
Teléfono celular: 6641304237.
Correo Electrónico:
estefanny117@hotmail.com.



**Alcoholismo en
proveedores de
la salud**



Consumo de alcohol

El alcohol representa uno de los principales factores de riesgo evitables a nivel mundial. Su consumo está asociado con el desarrollo de más de 200 enfermedades y es responsable del 5,3% de las defunciones producidas en el mundo cada año.

Cualquier cantidad de consumo de alcohol implica riesgos médicos y de salud pública. La gravedad de los riesgos depende de la cantidad de alcohol que se consume, el patrón de consumo, las características físicas y cognitivas del individuo y las comorbilidades.

El profundo arraigo de tradiciones, así como la propia educación familiar, pesan a menudo más que los conocimientos científicos al respecto



Consumo problemático

Es cuando aparece algún problema relacionado con el alcohol. El consumo perjudicial (CIE 10) se refiere a la existencia de problemas médicos o psicológicos como consecuencia del consumo, independientemente de la cantidad consumida. El abuso de alcohol habla de un patrón desadaptativo que conlleva problemas.

Diagnóstico

El diagnóstico de alcoholismo supone la elaboración de una correcta anamnesis, junto con la correcta exploración clínica. Es necesario realizar la valoración de la cantidad y frecuencia de la ingesta alcohólica. Puede ser útil el uso de cuestionarios diagnósticos, como el que acaba de llenar. En caso necesario se realiza una analítica completa con marcadores biológicos y un adecuado diagnóstico dual de las psicopatologías previas o asociadas.

Tratamiento

La alta prevalencia del consumo de alcohol y de las patologías asociadas, así como de las implicaciones sociolaborales que tal dependencia ocasiona, han hecho de la prevención y tratamiento del alcoholismo una de las cuestiones sanitarias de mayor interés.

¡¡BUSCA AYUDA!!