

11226
1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

" ALCOHOLISMO Y DINAMICA FAMILIAR "

TESIS RECEPCIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTAS EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTAN:

DR. ARMANDO ACOSTA ANTUNEZ

DR. LUIS MANUEL ANGUIANO LOPEZ

DR. JUAN LUIS BARAJAS RODRIGUEZ 

DR. MARIO GUILLERMO DOMINGUEZ POLO

ASESOR:

DR. ISMAEL TELLEZ FERNANDEZ

COORDINADOR DE LA RESIDENCIA

DE MEDICINA FAMILIAR

**TESIS CON
FALTA DE ORIGEN**

1978 - 1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- ANTECEDENTES HISTORICOS Y CIENTIFICOS
- 3.- ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS
- 4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- 5.- MATERIAL Y METODO
- 6.- RESULTADOS
- 7.- DISCUSION
- 8.- CONCLUSIONES
- 9.- SUGERENCIAS
- 10.- BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

El médico conoce la importancia de la familia desde hace mucho tiempo, pero es hasta tiempos recientes que ha comprendido plenamente, que es en el seno de ella donde se generan y multiplican problemas económicos, biológicos y psicosociales (11).

La familia como base de la sociedad, está sujeta a modificaciones, que dependen del entorno en que ésta se desenvuelve, éstos cambios se explican porque las funciones básicas de la familia se modifican parcial ó totalmente (17).

Son múltiples los factores que desencadenan ó precipitan la desintegración familiar, mención especial merecen las toxicomanías, de las cuales, por su desmedido abuso el alcohol ocupa el primer lugar.

Pocos problemas médicos como éste se extienden tan ampliamente en todos los campos donde la medicina de nuestros días tiene participación, pero indudablemente es a nivel familiar donde el alcohol ocasiona desajustes variables derivados de las consecuencias orgánicas y psicosociales de la ingestión repetida y crónica de éste.*

En base a lo anterior, debemos exigirnos en nuestro papel como médicos familiares:

- a).- Dar clara interpretación nosológica al alcoholismo, fomentando el concepto de enfermedad y evitando las interpretaciones derivadas de conceptos religiosos ó legales.

- b).- Profundizar en la detección de éste tipo de problemas a nivel de la consulta externa, adentrándonos más en el conocimiento de la dinámica familiar, ya que de dejar a su libre-evolución al padecimiento, acarreará graves efectos tanto para la familia como para la sociedad.

ANTECEDENTES HISTORICOS Y CIENTIFICOS

Existen múltiples testimonios de que las bebidas alcohólicas formaron parte de los primeros descubrimientos del hombre, como los encontrados en el Código de Hammurabi, el Rigveda y la biblia (21, 22).

Tanto los griegos como los romanos tuvieron un Dios asociado con el vino y los festejos (Dionisos y Baco).

Durante muchos siglos el vino estuvo asociado con la medicina, usándose como antiséptico y en el tratamiento de las heridas. Fué Para calso, en el siglo XVI, el primero en emplear el término alcohol, derivado del vocablo árabe khul que significa polvo fino.

En nuestro País las primeras referencias acerca del consumo del alcohol por los indígenas son de Fray Bartolomé de las Casas y Francisco Javier Clavijero. Durante el siglo XIX fueron muchas las personas que se interesaron en el alcoholismo, sin preocuparse en las repercusiones socioeconómicas del mismo, siendo hasta 1917 cuando se instituyó la primera campaña nacional contra el alcoholismo (21).

Ha sido solo hasta en años mas recientes en que se le ha dado la debida importancia a las repercusiones sobre el núcleo familiar, pro

vocadas por el consumo excesivo de bebidas embriagantes; ya que en estudios hechos al respecto se reporta que el 58 % de alcohólicos actuales tienen padres con éste antecedente. Además los hijos de éstos desarrollan problemas de conducta y enfermedades psicosomáticas más graves y a más temprana edad, con el riesgo potencial de volverse alcohólicos, lo que no sucede en las familias carentes de dicho problema (4, 12).

Otros estudios reportan un 50 y hasta un 70 % de hogares arruinados por el alcoholismo (4).

Es evidente que las funciones familiares de un hogar en donde haya uno ó mas enfermos alcohólicos estén alteradas, ya que éstos son incapaces de establecer una amorosa y significativa relación con su cónyuge e hijos. Es frecuente que las esposas desarrollen una compulsión neurótica, como si fueran madres, para cuidar al esposo alcohólico, descuidando a sus hijos. Por otro lado si la madre es la enferma, la situación es aun más desesperante, reaccionando los hijos con un intenso sentimiento de frustración, destrucción, rechazo e inseguridad (12).

Conscientemente rechazan los hijos la conducta que ven, pero inconscientemente la toman como modelo, tornándose agresivos en contra de sus hermanos, provocando problemas en la escuela y en otras áreas de socialización (12).

De hecho las alteraciones en el proceder, exhibidas por el paciente, no son vistas como pertenecientes a él, sino al sistema dentro del cual existe (15).

La ayuda de los profesionistas, no está concluida cuando el alcohólico es diagnosticado y tratado, ó enviado a alcohólicos anónimos ó a una clínica especializada, sino que el tratamiento es tará completo cuando se incluya también a la familia, con el fin de unificarla (12).

ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS

El alcohol pertenece a la familia de los depresores no selectivos del sistema nervioso central, sobre el cual ejerce su principal efecto farmacológico que consiste en la liberación de los centros inferiores,— por depresión de los centros corticales superiores, que normalmente ejercen una influencia inhibitoria sobre los primeros; en una palabra se trata de una parálisis del freno. En condiciones normales los centros corticales superiores con su influencia inhibitoria, permiten a las personas comportarse sanamente, sin dar libertad a los instintos que bajo los efectos del alcohol son liberados, comportándose el individuo en forma más espontánea, pero también más infantil, con sentido menos crítico, y en forma semejante, en cierto modo, a los casos de extirpación bilateral del lbulbo prefrontal (24,25).

El alcohol afecta primero a la corteza cerebral, luego a los centros subcorticales y al cerebelo, después a la médula espinal y finalmente al bulbo raquídeo, con depresión de los centros respiratorio y vasomotor, terminando con la muerte.

Las manifestaciones clínicas dependen, generalmente, de la concentración sanguínea de la droga, así, con 100 mgs. %, (período uno) aparecen perturbaciones de la memoria, la atención y la asociación de ideas.

Con 200 mgs % (período dos) la ebriedad es manifiesta, aparecen: Disartria, ataxia, diplopia, hay pérdida absoluta del autocontrol, de manera que pueden producirse actos violentos.

Con 300 mgs % (período tres) hay sueño profundo, inconsciencia, estupor y puede llegar al coma.

Con 400 mgs % (período cuatro) el coma es profundo, con pupilas dilatadas y respiración lenta. La muerte suele ocurrir con niveles superiores a 500 mgs % (25).

Los bebedores crónicos suelen desarrollar tolerancia al alcohol, llegando a ingerir hasta cuatro veces la cantidad que normalmente embriaga a una persona no acostumbrada a beber.

La velocidad de absorción depende de la concentración del alcohol, de la presencia o ausencia de alimento en el estómago, tardando un tiempo promedio de dos horas en ayunas. Se absorbe bien por las vías: Subcutánea, intramuscular y endovenosa (24).

La concentración del alcohol en los diversos líquidos del organismo es directamente proporcional a su contenido acuoso e inversamente proporcional a su contenido en lípidos (24,25).

Aproximadamente del 90 al 98% del alcohol ingerido desaparece del organismo convertido en agua y bióxido de carbono, el resto se elimina - por el sudor, lágrimas, bilis y leche materna (24-25).

Los efectos del alcohol sobre los demás aparatos y sistemas del organismo, son bien conocidos, pero no se cree prudente mencionarlos en el presente trabajo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Son bien conocidos los estragos que el alcoholismo produce tanto a nivel individual como familiar, pero es en éste último, donde el equilibrio en la integración familiar se ve afectado en un gran porcentaje, por la ingestión de bebidas embriagantes en uno ó más de sus miembros.

Tradicionalmente se venía estudiando al alcoholismo, más que por sus repercusiones sociales y familiares, por los estragos orgánicos, pero actualmente, a la luz del conocimiento de que el hombre no es un ser aislado, sino que se encuentra inter actuando especialmente en su núcleo familiar, dicha patología debe ser estudiada, dentro de un marco conceptual que tome en cuenta las repercusiones familiares y sociales que ocasiona.

En base a lo anterior y considerando que el alcoholismo es una de las patologías mayormente extendidas, hasta el grado de ser considerado un problema de salud pública, creimos justificado plantear la siguiente hipótesis. Existe relación directa entre la enfermedad alcohólica y la desintegración familiar.

MATERIAL Y METODO

Se efectuó el presente trabajo en las poblaciones adscritas a -- cuatro médicos familiares de la C.H.T. 1 No 10, se llevó a cabo en dos fases. Durante la primera, que abarcó de la primera semana de Junio a -- la última de agosto de 1979 se procedió a la aplicación de un cuestionario a todas las personas que acudieron por primera vez a solicitar consulta durante el lapso de tiempo mencionado.

El cuestionario aplicado comprendió los siguientes aspectos: A).- Existencia ó no de personas con hábito alcohólico en el núcleo familiar; B).- En caso afirmativo, se investigó la frecuencia de ingestión, el tipo de bebida utilizada, la existencia o no de compulsión, el grado de -- intoxicación, la duración y el tiempo de evolución; C).- Se investigó -- también la existencia de alteraciones en la familia, laborales, y legales relacionadas directamente con el alcoholismo.

Nuestro universo de trabajo consistió en 500 familias las que se -- investigaron durante la primera fase, procediendo luego a la selección de la muestra, que consistió en 53 familias que reunieron las características necesarias para nuestro trabajo.

Una vez seleccionada la muestra, se procedió a la segunda fase --

que consistió en seis reuniones con dicho grupo previas citas por correo, durante las que se les practicó estudio médico integral de salud y se les orientó sobre las consecuencias bio-psicosociales del alcoholismo. Hubo 7 pacientes que, ó no acudieron desde la primera vez ó dejaron de asistir a reuniones subsecuentes, por lo que el grupo definitivo fue de 46. Esta fase se llevó a cabo de la primera semana de Septiembre hasta la última de Octubre del mismo año.

Con base en los datos obtenidos en la fase uno, se dividió la muestra en tres subgrupos (I, II, III) según su menor ó mayor grado de alcoholismo, procediendo luego al análisis y tabulación de resultados, contrastandose con los obtenidos de un grupo testigo (grupo 0) formado por un número igual de pacientes sin hábito alcohólico.

Otras variables estudiadas fueron: origen, localización, escolaridad, estado civil, sexo, edad, patología de los pacientes relacionada ó no con el alcoholismo, antecedentes familiares de alcoholismo, alteraciones de conducta en los miembros de las familias del grupo estudiado.

Tratamiento estadístico.- Para obtener la significancia estadística se empleó el método de la Chi cuadrada (26).

CRITERIOS PARA LA CLASIFICACION DE LOS PACIENTES SEGUN SU GRADO DE

ALCOHOLISMO

PRECUENCIA DE INGESTION	CALIFICACION
Más de una vez a la semana ..	3 puntos
Una vez a la semana.....	2 puntos
Cada quince ó más días.....	1 punto
DURACION DE LA INGESTA	
Un día.....	1 punto
Dos días.....	2 puntos
Tres ó más días.....	3 puntos
GRADO DE INGESTION	
Moderada.....	1 punto
Embriaguez.....	2 puntos
GRADUACION	
Grado I	1 a 4 puntos
Grado II	5 a 6 puntos
Grado III.....	7 a 8 puntos

CRITERIOS PARA LA CLASIFICACION DE FAMILIAS SEGUN SU INTEGRACION

Cada función familiar si se cumple tiene un valor de 2 puntos, en caso de no cumplirse cero puntos.

INTEGRACION	CALIFICACION
Integrada.....	8 a 10 puntos
Semi integrada.....	6 a 7 puntos
Desintegrada.....	menos de 5 puntos

FUNCIONES BASICAS DE LA FAMILIA:

- 1).- Socialización.
- 2).- Reproducción.
- 3).- Afecto.
- 4).- Status.
- 5).- Cuidado.

RESULTADOS

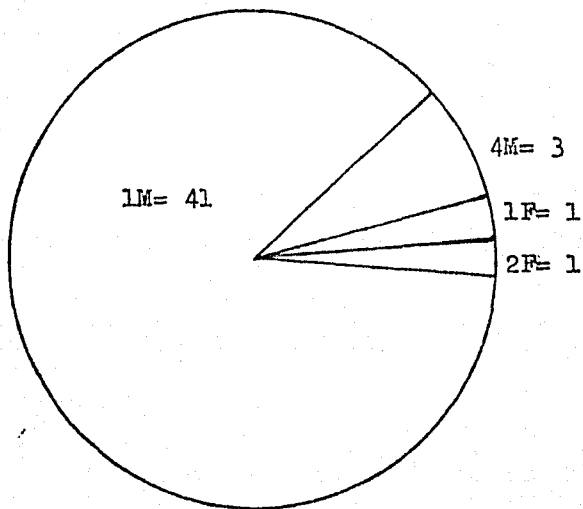
NIVEL ESCOLAR DE LOS PACIENTES
CON HABITO ALCOHOLICO

Cuadro 1

GRADO ESCOLAR	PACIENTES	POR CIENTO
SABE LEER Y ESCRIBIR	1	2.17
PRIMARIA INCOMPLETA	22	47.82
PRIMARIA COMPLETA	9	19.56
SECUNDARIA INCOMPLETA	5	10.86
SECUNDARIA COMPLETA O EQUIVALENTE	8	17.34
PROFESIONAL	1	2.17

CALIDAD DE LOS
PACIENTES ALCOHOLICOS

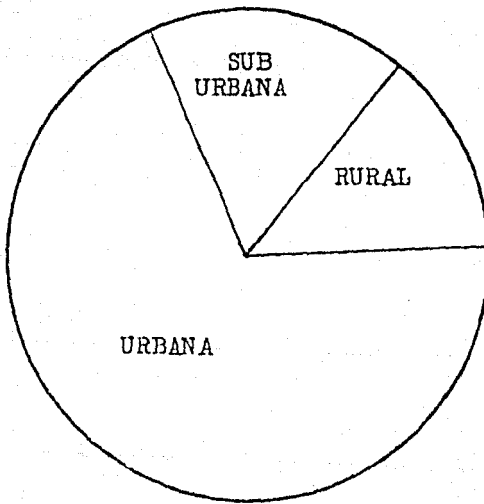
Gráfica 1



ASEGURADOS MASCULINOS	41 = 89.13%
ASEGURADOS FEMENINOS	1 = 2.17%
BENEFICIARIOS PADRES	3 = 6.51%
ESPOSAS	1 = 2.17%

LOCALIZACION

Gráfica 2



URBANA 32 = 69.56%
SUBURBANA 8 = 17.39%
RURAL 6 = 13.04%

INGRESO PER CAPITA
MENSUAL

Cuadro 2

No DE FAMILIAS	INGRESOS"	POR CIENTO
8	MENOS DE \$ 499	17.40
17	500 - 999	36.96
13	1000 - 1 499	28.25
6	1500 - 1 999	13.00
2	MAS DE \$2000	4.34

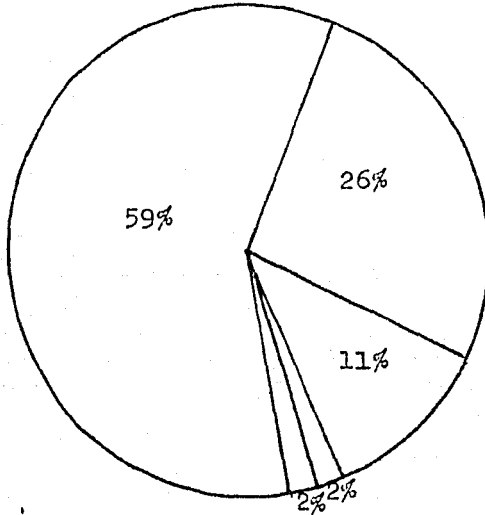
L A B O R Q U E D E S E M P E Ñ A N

Cuadro 3

TIPO DE TRABAJO	TOTAL DE PACIENTES
OBRERO	26
EMPLEADO	14
PROFESIONISTA	1
NEGOCIO PROPIO	3
PENSIONADO	1
MIA DE CASA	1

ESTADO CIVIL
DE LOS
PACIENTES

Grafica 3



TIPO DE UNION	TOTAL	POR CIENTO
1.- CASADO POR LO CIVIL E IGLESIA	27	59
2.- CASADOS POR LO CIVIL	12	26
3.- UNION LIBRE	5	11
4.- SEPARADOS	1	2
5.- SOLTEROS	1	2

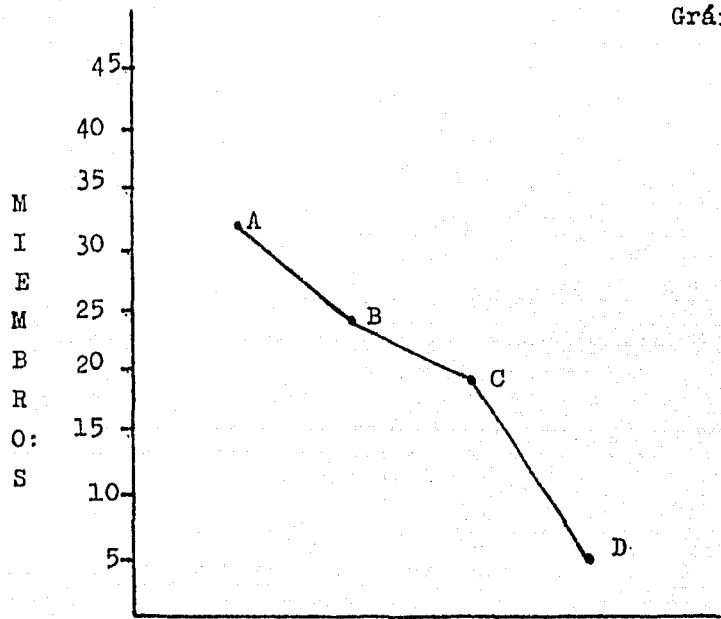
EDAD DE LOS PACIENTES

Cuadro 4

EDAD	TOTAL
20 - 29 AÑOS	9
30 - 39 AÑOS	17
40 - 49 AÑOS	8
50 - 59 AÑOS	7
60 y más AÑOS	5

T I P O D E B E B I D A

Gráfica 4



A
CERVEZA

B
TEQUILA
SOTOL

C
VINOS
(BRANDYS)

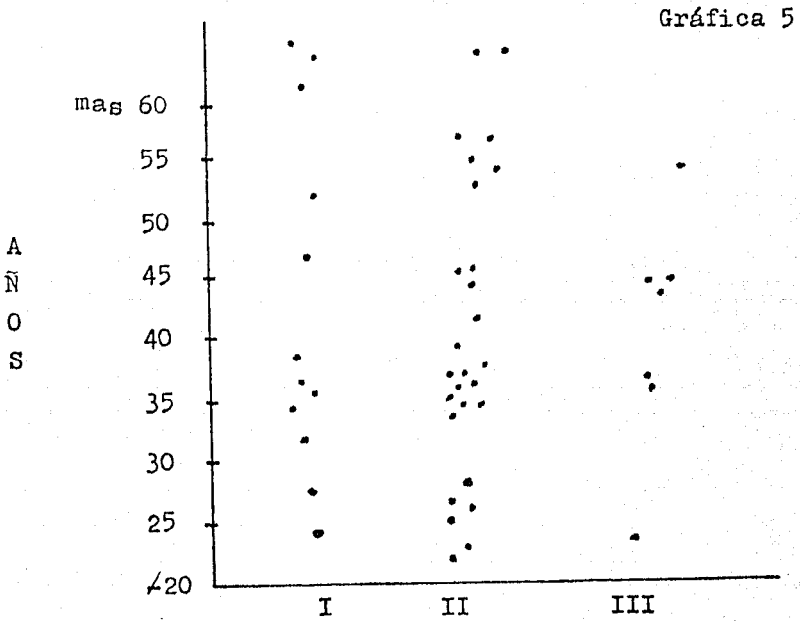
D
WHISKY
VODKA
GINEBRA

F A S E A C T U A L
D E L C I C L O D E V I D A

Cuadro 5

FASE ACTUAL	TOTAL DE PACIENTES	POR CIENTO
EXPANSION	25	54.34
DISPERSION	8	17.39
INDEPENDENCIA	8	17.39
ESTACIONAL	2	4.34
RETIRO	2	4.34
SOLTERIA	1	2.17

EDAD Y GRADO DE ALCOHOLISMO



EDAD AÑOS	GRADO DE ALCOHOLISMO		
	I	II	III
20-29	2	6	1
30-39	5	10	2
40-49	1	4	3
50-59	1	5	1
60y mas	3	2	0

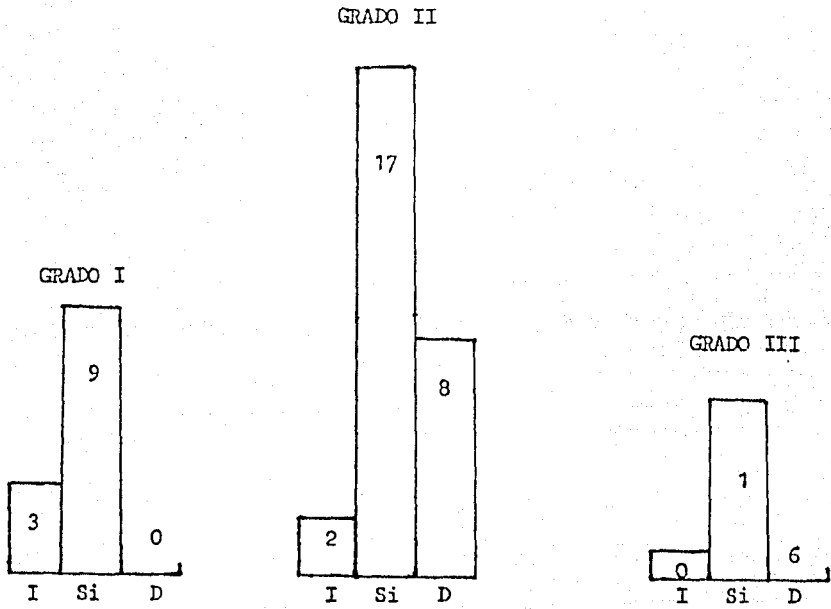
PROBLEMAS ENCONTRADOS
EN LOS FAMILIARES

Cuadro 6

FRIGIDEZ	1	ESPOSA
NEUROSIS DEPRESIVA	3	ESPOSAS
	1	HIJA
AGRESIVIDAD	3	HIJAS
	7	HIJOS
DISARTRIA	2	HIJAS
	4	HIJOS
ENURESIS	4	HIJAS
	6	HIJOS
HIPERACTIVOS	3	HIJAS
	5	HIJOS
TERRORES NOCTURNOS	1	HIJA
APRENDIZAJE DEFICIENTE	3	HIJAS
	6	HIJOS
TOXICOMANIA (MARIHUANA)	1	HIJO

INTEGRACION FAMILIAR
Y
GRADO DE ALCOHOLISMO

Gráfica 6



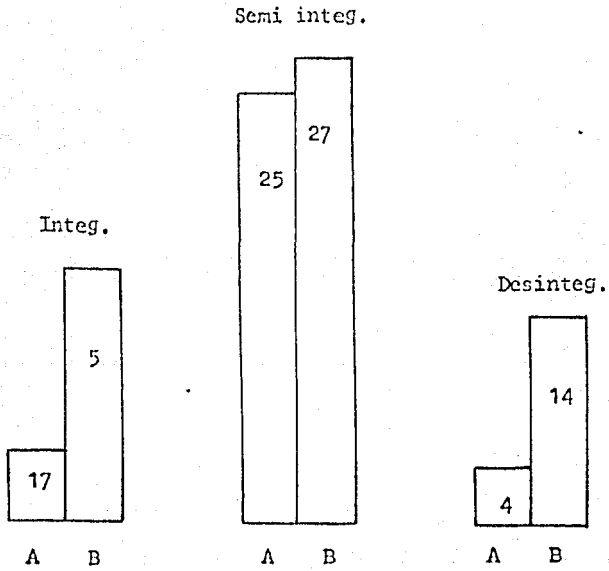
I = Integradas

Si = Semi integradas

D = Desintegradas

INTEGRACION FAMILIAR EN LOS GRUPOS
DE ALCOHOLICOS Y NO ALCOHOLICOS

Gráfica 7



A = NO ALCOHOLICOS

B = ALCOHOLICOS

FAMILIARES DE LOS PACIENTES
CON ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO

Cuadro 7

FAMILIARES CON ANTECEDENTES	TOTAL
ABUELOS PATERNOS	18
ABUELOS MATERNOS	12
PADRES	18
HERMANOS	4
TIOS	4
TOTAL DE FAMILIAS CON ANTECEDENTES	31

E D U C A C I O N Y G R A D O D E
A L C O H O L I S M O

Cuadro 8 .

GRADO DE EDUCACION	GRADO DE ALCOHOLISMO		
	I	II	III
SABE LEER Y ESCRIBIR	0	1	0
PRIMARIA INCOMPLETA	6	14	2
PRIMARIA COMPLETA	1	6	2
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	3	1
SECUNDARIA COMPLETA	3	3	2
PROFESIONAL	1	0	0

OCUPACION Y GRADO DE
ALCOHOLISMO

Cuadro 9

OCUPACION	GRADO DE ALCOHOLISMO		
	I	II	III
OBREROS	5	16	5
EMPLEADOS	4	8	2
PROFESIONISTA	1	0	0
NEGOCIO PROPIO	1	2	0
PENSIONADO	0	1	0
AMA DE CASA	1	0	0

INTEGRACION FAMILIAR
 GRADO DE ALCOHOLISMO
 Y
 GRUPO TESTIGO

Cuadro 10

GRADO DE ALCOHOLISMO	INTEGRACION FAMILIAR		
	INTEG.	SEMI INTEG.	DESINTEG.
0	17	25	4
I	3	9	0
II	2	17	8
III	0	1	6

FAMILIAS INTEGRADAS $\chi^2 = (1, 0,05) = P$ menor 0.05
 FAMILIAS SEMIINTEGRADAS $\chi^2 = (1, 0,05) = P$ menor 0.05
 FAMILIAS DESINTEGRADAS $\chi^2 = (1, 0,05) = P$ mayor 0.05

D I S C U S I O N

Nuestro universo de trabajo fueron 500 familias tomadas de cuatro poblaciones de médicos familiares de la C. H. T. 1 No. 16 en Torreón, — Coah., El total de miembros de éstas familias fue de 3,100 personas (3) con un promedio por familia de 6.1 miembros. Del total de miembros, 53, fueron etiquetados como alcohólicos, de tal modo que nuestro índice de morbilidad fue de 17.1 por mil, cifra ligeramente alta en relación a las reportadas por otros autores (1,5), entre ellos Parr, encontró una cifra de 13-15 por mil habitantes en población general. En nuestro país, la S. S. A. Maneja una cifra de 13.6 por mil en población general.

Creemos que el incremento de nuestras cifras, en relación con otros autores se debe a que nuestro trabajo estuvo basado en una muestra seleccionada.

En relación con la calidad de inscripción al IMSS (gráfica 1), la mayor parte fueron asegurados masculinos, esto nos habla de dos aspectos a).- La importancia que tiene la enfermedad entre las personas económicamente productivas y b).- La frecuencia tan importante en el sexo masculino.

En relación a su origen, la mayor parte fueron del medio rural (71.73 %), podemos inferir que existe una gran movilidad poblacional en

especial de áreas rurales a las urbanas, ésto ya fue plasmado por Velazco Fernández (1) quien afirma que éste fenómeno se presenta en todos los países que como el nuestro están pasando por una etapa de transición económica.

En cuanto a la localización (gráfica dos) la mayor parte de nuestros pacientes habitan en zona urbana, entendiéndo ésto porque el estudio se realizó en dicha zona.

La composición familiar que se observó fue de 6.1 miembros por familia. Podemos observar que existe un incremento de 1.1 % en relación con el promedio general de la unidad.

En relación con la escolaridad, (cuadro 1) encontramos que 31 pacientes tuvieron primaria completa o incompleta, con secundarias completa, incompleta o equivalente hubo 13, uno que sabía leer y escribir y otro con instrucción profesional. De acuerdo a ésto podemos decir que para nuestro universo de trabajo el alcoholismo guardó relación importante con los niveles educativos menores a la enseñanza media. En población general, otros autores (4,1) afirman que el alcoholismo se presenta indistamente en todos los niveles educativos.

En cuanto al ingreso percápita (cuadro dos), diferentes autores,

refieren que el alcoholismo se presenta en todos los niveles económicos, pero es evidente que éste daña más a las personas de bajos recursos. En nuestro estudio el 95 % de los pacientes tuvieron ingresos menores de dos mil pesos.

Respecto al trabajo desempeñado, (cuadro tres) la mayor parte -- fueron empleados y obreros, lo que era de esperarse por el tipo de muestra con que se trabajó.

En relación con el sexo encontramos que para el masculino hubo 44 pacientes y solamente 2 fueron femeninos. Esta proporción es comparada por el Dr. Oliva (1) quien menciona que en población nacional, el problema es más significativo en el hombre que en la mujer, pero agrega que el sexo en sí, no tiene influencia directa como factor biológico en la distribución del padecimiento, sino que se debe basicamente a factores sociales y culturales. Saavedra (2) encontró una relación de 15 a 1 para población general del país. En Inglaterra tienen una relación de 2 a 1, en Estados Unidos de 5 a 1 y en Escandinavia de 23 a 1, lo que parece confirmar el criterio del Dr. Oliva.

En cuanto a la edad, (cuadro cuatro) más de la mitad de nuestros pacientes los encontramos dentro de la tercera y cuarta décadas de la vida. Lara (7) considera que la edad promedio del paciente alcohólico es de 41 años. Kenneth menciona que en los EE. UU. La edad más frecuentemente observada es de 40-50 años. De cualquier forma, insistiremos que el

alcoholismo se presenta en la etapa más productiva.

En relación con los problemas encontrados, observamos que la agresividad en las relaciones inter-personales fué un rasgo característico en 20 pacientes, otro problema encontrado fué el deterioro del ingreso familiar total, en relación directa con el gasto que ocasiona el consumo del alcohol, en tercer lugar encontramos problemas de carácter laboral manifestados por ausentismo. Los problemas legales fueron los menos frecuentes en nuestra casuística y todos ellos, (4) en relación con las autoridades civiles. Otros países mencionan los problemas laborales como los más importantes (11) y en naciones altamente industrializadas, es frecuente la asociación de alcoholismo y criminalidad (12), (6,4). En nuestro País (1) el 44% de los accidentes automovilísticos se relacionan directamente con el problema alcohólico. En otros países se considera hasta cierto punto injusto, atribuir al ebrio la plena responsabilidad de sus actos, (11) que probablemente no tenía la intención de cometer, ni la posibilidad de controlar; utilizando entonces al alcoholismo como un atenuante de ley, pero no como eximente.

CONCLUSIONES

Pocos estudios se han hecho en México en relación con la familia y los problemas alcohólicos, motivo por el cual hemos realizado el presente estudio, esperando que sirva como incentivo para que posteriores investigadores profundicen en el tema, ya que sabemos que el alcoholismo es una enfermedad, que si bien son lamentables los estragos que causa en el organismo del alcohólico, no es éste el único que necesite de cuidado. Afirmamos lo anterior, ya que de acuerdo con las conclusiones obtenidas, queda demostrada la importante participación que el alcohólico tiene en la desintegración del núcleo familiar.

El médico familiar debe tener idea clara de que el alcoholismo es una enfermedad, evitando las conceptualizaciones de pecado, delito o debilidad personal.

Los factores socio-culturales, son determinantes en la conducta de la comunidad respecto a las bebidas alcohólicas.

La morbilidad que reveló nuestro estudio, no puede estandarizarse para la población en general, pero es significativa para la población derechohabiente (17.1 por mil).

El alcoholismo se presenta en nuestra población con más frecuencia en el hombre que en la mujer, (22 a 1) pero no es el sexo un factor biológico que

determine la predisposición por la ingestión, sino mas bien son los medios socio-culturales.

La integración de la Cd. de Torreón, Coah. Está en gran parte formada por personas de otros sitios, lo que nos habla de la gran movilidad poblacional de ésta.

La escolaridad de los pacientes incluidos en nuestro trabajo, se encontró en su gran mayoría por debajo de la enseñanza media (cuadro ocho), probablemente esto se origine en el nivel instruccional de la población derechohabiente.

El alcoholismo se presenta mas frecuentemente entre la tercera y cuarta décadas de la vida. (gráfica cinco).

El promedio de miembros por familia en la muestra estudiada, es mas alto (6.1) que la población derechohabiente en general (5.1).

No podemos afirmar que el alcoholismo tenga preponderancia por las clases bajas, como demuestra nuestro estudio, (cuadro nueve) por el tipo de muestra.

La problemática de nuestros pacientes en relación con el alcoholismo, - la encontramos del siguiente modo:

A).- La repercusión que sufre el ingreso total de la familia, fué el problema mas frecuente.

B).- En segundo término encontramos la agresividad, sea en sus relaciones interpersonales o contra objetos físicos.

C).- Los problemas laborales, como las faltas injustificadas, fueron los que se presentaron en tercer lugar .

D).- Los menos frecuentes fueron los problemas de tipo médico o de carácter legal.

La desintegración familiar (gráfica siete) fué mas frecuente entre familias con miembros alcohólicos, que en aquéllas sin ésta patología.

La gravedad del padecimiento guarda relación directa, con la desintegración familiar (gráfica seis).

En la recuperación del paciente alcohólico tiene un papel importante la familia.

El alcoholismo es un problema social y de salud pública, con graves consecuencias médicas, sociales, económicas, psíquicas y éticas, que puede ser prevenido y tratado hasta su curación.

El punto central de nuestro estudio, fué la valoración de la integración familiar en familias con uno o más miembros alcohólicos.

Pudimos observar desde un punto de vista general, que la desintegración familiar se encuentra más frecuentemente en familias con ésta enfermedad, que en hogares sin alcoholismo. Otra observación fué, que el grado de desintegración familiar está en relación con el grado de alcoholismo, se puede concluir por lo tanto que: A mayor alcoholismo, mayor desintegración familiar.

SUGERENCIAS

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

El alcoholismo debe ser aceptado con actitud abierta, evitando poner que el paciente alcohólico es un vicioso, un irresponsable o un degenerado que no merece la ayuda que se le pueda otorgar.

Son múltiples las actividades que en materia de prevención primaria se sugieren realizar: Atención al desarrollo de la comunidad, orientación a padres y maestros sobre el consumo del alcohol y sus consecuencias, recreación de la comunidad y en general, todas aquellas medidas que promuevan la salud mental y tiendan a preservarla.

Es necesario que el médico familiar se de cuenta que el alcoholismo es un factor que potencia la desintegración, por lo cual las familias donde se presenta ésta patología deben ser consideradas familias de alto riesgo.

El proceso de rehabilitación se orienta en dos planos, el primero es el de luchar contra el hábito mismo y el segundo evitar todos los factores socioculturales que actúan como reforzantes del alcoholismo ó favorezcan la reincidencia del hábito. En ambos sentidos es de gran utilidad la labor de asociaciones tales como: Alcohólicos Anónimos y los grupos de Al Anon (grupos de terapia familiar para parientes de alcohólicos) que aunque no trabajan con criterio médico, son buenos los resultados que obtienen sobre todo en la rehabilitación, por lo cual es conveniente que el médico familiar canalice a sus pacientes con estos grupos.

El tratamiento del alcohólico corresponde a un equipo multidisciplinario que incluye a la familia.

Punto de especial interés, merece la formación de personal especializado para la atención de estos pacientes.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Velazco Fernández, Rafael. Alcoholismo Mesa Redonda Revista de la Facultad de Medicina Vol 19 (11-12): 6-27, 1976
- 2.- Saavedra Alfredo, Mariategui Javier. Epidemiología del alcoholismo en América Latina. Revista de Neuropsiquiatria, 30(5):-3-23 1967.
- 3.- Pirámide de población de 4 médicos familiares 1978-1979 C.H.T. 1 No 16 IMSS Torreón, Coah.
- 4.- Penick C. Elizabeth. et al. Differentiation of Alcoholics by Family History. Journal of Studies on Alcohol 39 (11): 1944-1947, 1978
- 5.- Vasconcelos, Ruben. El alcoholismo y sus consecuencias socio-médicas, Simposio. Gaceta Médica de México 107(3): 181-257, 1974
- 6.- Garcia Cisneros, Héctor. Manejo del Paciente alcoholico. Dirección General de Sanidad Militar Boletín. (106): 62-75. 1976

- 7.- Lara Tapia, Héctor. Alcoholismo y Farmacodependencia en un sistema de Seguridad Social. Un estudio epidemiológico. Salud Pública de México. Epoca V 17(3): 395-408. 1975
- 8.- Departamento de Estadística y Codificación de la C.H.T.1 No 16 - IMSS Torreón, Coah. 1978-1979
- 9.- Wander, Kenneth W. Alcoholism Syndromes Related to Sociological Classifications. The International Journal of the Addiction 8(1): 99-129, 1973.
- 10.- Conn, Howard F. Medicina Familiar. 1a ed. México, Interamericana. 1974 pp 2-15
- 11.- El alcohol, el Individuo y la Sociedad. World Health 1963 junio pp 28-29
- 12.- Bosman. Alcoholism and the Family Division and Drug Abuse Institute of Psychiatry and Human Behavioral. 5(2): 11-12
- 13.- Bard, Morton & Zacker, Joseph. Assaultiveness and alcohol use in family disputes Criminology. 12 (3): 282-292, 1974

- 14.- Cervantes Alvarez, Jaime. Cirrosis Hepática y Alcoholismo --
Tesis. Universidad Autonoma de Coahuila. Escuela de Medicin
na Unidad Torreón. Julio 1977
- 15.- Kamback, Ph.D. The Family and Alcohol Abuse: A systems Approach
ach Division of Alcoholism and Drug Abuse Institute of Psyquia-
try and Human Behavior. pp 1-15
- 16.- Kolb. Psiquiatria Clinica Moderna 5a. Ed. México. La Prensa
Medica Mexicana 1976 pp 250-257
- 17.- Lisa P Alcoholism: A Family Disease AJADD 2(4): 117-119,-
1975.
- 18.- El Alcoholismo Folleto. Productos Roche S.A. 1975
- 19.- Pattison, E. Mansell. Tratamiento del Alcoholismo en la Práctica
tica Médica. Clinicas Médicas de Norteamérica pp 797-807.1977
- 20.- Velazco Fernández, Rafael. Anteproyecto de un programa de --
acción contra el alcoholismo y el abuso del alcohol. Dirección
General de Rehabilitación SSA. México 1975 pp 1-35

- 21.- Vasconcelos, Ruben. El alcoholismo y sus consecuencias socio-
médicas Simposio. Gaceta Médica de México 107(3):181-257.1974
- 22.- Chalke, H.D. Obe et al. Alcohol and History Journal of Alcoholism
11(4):128-149. 1973
- 23.- Psicofisiología del Alcoholismo II D en español 7(9): 186-198.
1969
- 24.- Goolman and Gillman. Bases Farmacológicas de la Terapéutica-
4a Ed. México Interamericana 1974 pp110-121
- 25.- Litter. Farmacología Experimental y Clínica 4a Ed. México —
Atenea 1971 pp 194-209
- 26.- Cañedo Dorantes, Luis. et al. Principios de Investigación Mé-
dica. DIF. 1a Ed. México La Prensa Médica Mexicana 1977 —
pp 359-365