

11241
20/11

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores

Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental



LA MUJER DENTRO DEL ALCOHOLISMO

Ofelia S. Medrano Soriano

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A:

Dra. Ofelia S. Medrano Soriano

Asesor: Dr. Héctor Pérez - Rincón G

FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1982

H. Pérez



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

	PAG.
1.- INTRODUCCION	1
2.- FACTORES DE PERSONALIDAD Y FAMILIARES	3
3.- FACTORES SOCIALES Y HECHOS ESPECIFICOS DEL ALCOHOLISMO FEMENINO	17
4.- EMBARAZO Y ALCOHOLISMO	36
5.- CONCLUSIONES	42
6.- BIBLIOGRAFIA	



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

Las primeras publicaciones sobre el alcoholismo en la mujer fueron hechas por Lisanski apenas en 1957, y fueron muy escasas hasta la década pasada en que comenzaron a editarse hallazgos específicos en relación al alcoholismo femenino y a plantearse una serie de dudas respecto al mismo, una de las cuales es si efectivamente el número de alcohólicas ha aumentado en números absolutos, o si lo que ha aumentado es el diagnóstico de los casos como resultado de cambios sociales, que de no haberse dado, hubieran hecho que tales casos permanecieran ocultos. Otra duda es referente a si el movimiento de liberación femenina, con el consiguiente cambio de roles en actividades que tradicionalmente habían sido masculinas, también ha movido el nivel del alcoholismo femenino hacia el que se ha considerado como tradicionalmente masculino.

Sin embargo, sí hay datos sobre diferencias importantes en el alcoholismo femenino como los señalados por Berner y Solms (1963) de que -- las consecuencias del alcoholismo progresa con mayor rapidez en ellas, tomando una forma más destructiva y de peor pronóstico, y porque el matrimonio en que la mujer es alcohólica se rompe más fácil y precozmente que cuando el hombre es alcohólico.

Desde 1968 Lemoine, Harousseau, Barteyru y Menuet en Francia, publicaron acerca de anormalidades en hijos de madres alcohólicas.

En el presente trabajo se trata de hacer una exposición de los hallazgos más importantes al respecto en la última década, sabiendo que la mejor comprensión del fenómeno incidirá en la mejor prevención, el diagnóstico más oportuno y en su caso, el tratamiento y rehabilitación más adecuados.

2.- FACTORES DE PERSONALIDAD Y FAMILIARES:

Desde la infancia se va perfilando la personalidad de la alcohólica, - describiéndose entre los hallazgos más importantes la falta de vínculos emocionales fuertes hacia ningún miembro de la familia en especial, aunque es notable que en un estudio de cien alcohólicos hombres y mujeres sólo un 7% representado exclusivamente por mujeres refería tener amor hacia el padre; la gama de sentimientos hacia la madre muestra una dispersión mucho mayor. Se podría decir que hay un modelo de personalidad infantil previa al alcoholismo oscilando entre los extremos siguientes:

- 1.- La inmadurez afectiva, manifestada por una excesiva necesidad de amor de estos niños, está sujeta a un proceso de represión psicológica, por lo que no se traduce en una conducta francamente dependiente. La inmadurez emocional se manifiesta por respuestas inadecuadas debidas en su mayoría, a una hipersensibilidad constante y a una impulsividad esporádica.
- 2.- La fuerte represión psicológica sobre las pulsiones instintivas y las aspiraciones. La represión constituye el mejor mecanismo defensivo de estos niños contra una serie de pulsiones tendencias y proyectos que se refieren a objetos cuya conquista se vive unas veces como una empresa arriesgada y otras como inaccesi-

ble. El exagerado desarrollo al mismo tiempo, por un lado de temor al riesgo y por otro, la falta de fé en el logro de los objetivos, hace que estos niños se muestren pusilánimes, medrosos, pacifistas, desesperanzados y hasta indiferentes o aburridos.

- 3.- Prevalecen notas de pasividad y autonomía en la conducta. La pasividad como equivalente externo de la represión ejercida sobre la mayor parte de las tendencias prospectivas. Suele sustituirse la pasividad por actitudes de evasión en situaciones conflictivas. La evasión es uno de los recursos más utilizados por estos niños ante situaciones difíciles.

La autonomía no se basa sobre el desarrollo de la voluntad de independencia propia sino sobre la represión de la exagerada necesidad de dependencia. La autonomía en la conducta de estos niños es solo aparente.

- 4.- Actitud amistosa hacia los demás, pero siempre en un plano comunicativo superficial, en otras ocasiones hay evasión hacia los contactos humanos o indiferencia mayor o menor hacia el prójimo. (Alonso-Fernández 1963).

En análisis de la personalidad hecho por Welch en 1975, se asientan las alteraciones en el rol femenino de las pacientes alcohólicas, aunque según un estudio de Anderson, éste no es debido al alcohol en sí mismo, sino más bien a factores familiares, ya que las hermanas no alcohólicas de las pacientes presentaban estas mismas alteraciones y por supuesto mayores con respecto a un grupo testigo.

Wall (1937) encontró que las mujeres alcohólicas no tenían lazos familiares particularmente fuertes con ningún miembro de la familia en contraposición con lo que ocurre en el alcohólico en el que se da una liga muy intensa con la madre.

La alcohólica se vive sola y aislada por más que en muchos casos esto no se pueda probar objetivamente, sino que más bien parecería que lo que hay es una baja tolerancia e incapacidad de manejo de la soledad. Experimentan su aislamiento como insoportable por no disponer del soporte individual proporcionado por la esperanza; la confianza en obtener los objetivos propuestos no se vive como tal ya que el presente es vivido pasivamente y el pasado está más lleno de fracasos que de éxitos. La esperanza como dice Minkowsky (1973) se remonta por detrás del futuro inmediato, no son capaces de manejar la esperanza en miras a futuro lejano, sino más bien la refuerzan en el momento de volverse presente convirtiéndolo el devenir natural de la esperanza de presente-futuro al suyo particular de futuro-presente. La esperanza pieza clave para la consecución de los fines instalados en el futuro, constituye el contrapunto de

Las necesidades humanas que claman por una realización inmediata. Los factores dinámicos que permiten aplazar satisfactoriamente la consecución del placer objeto de las vivencias tendenciales, residen en los planos organizados en el marco de la esperanza. Al déficit en esta planificación se debe la escasa integración de la personalidad que observa en etapas de prealcoholismo (French 1952-1958).

La insoportabilidad vivenciada por la alcohólica se haya integrada por tres ingredientes: el sentimiento de soledad; la reducción de la potencialidad creativa y planificadora y la exaltación de las tensiones emocionales elementales. Estas dos últimas se derivan del estado de desesperanza. Efectivamente la ausencia de esperanza y el sentimiento de soledad, como núcleo básico de la personalidad previa en el alcoholismo, suelen estar circundados por un halo de aburrimiento, indiferencia y hastío. El elemento primario de la esperanza consiste en la supresión de la actividad al servicio de las aspiraciones y proyectos por ser éstos experimentados como irrealizables.

Al faltar la esperanza, se resquebraja el sistema de las aspiraciones y sobreviene cierta dosis de indiferencia y aburrimiento. En la indiferencia se produce la pérdida o la limitación de los intereses y aspiraciones en sí mismos. Lo no realizable deja de ser interesante.

En la alcohólica es común que la fisura por donde se inicia la resque-

brajadura de la vida amorosa y el afán anticipador puede estar determinado por la pérdida de un ser querido, un fracaso profesional o hechos de impacto semejante. En otras ocasiones el motivo inmediato tiene escasa importancia si se quiere ver desde un punto de vista objetivo, sin embargo, logra significación si se relaciona con la historia biográfica correspondiente.

Un estudio de Van Am berg, en 1943, mostró que la mayoría de las mujeres alcohólicas tenían características normales de la personalidad premórbida y de la adaptación social, con la posible excepción, mayor por cierto, del desarrollo psicosexual. En el mismo estudio, no se encontaron diferencias premórbidas en las mujeres que desarrollaron un trastorno psicótico en el curso de su enfermedad alcohólica en comparación con aquellas en que ésto no ocurrió, las semejanzas entre los dos grupos incluyeron tipo, iniciación y duración de su enfermedad y los factores etiológicos aparentes, incluso las situaciones vitales precipitantes. El valor de éste estudio, como la mayoría de otros en esta área, está limitado por la naturaleza retrospectiva de las comunicaciones de las pacientes, sus familiares y los trabajadores profesionales.

Jones (1971) comunicó un aumento en los datos basados en el estudio longitudinal de Ouklam. Cuarenta y cinco mujeres calificadas desde abstemias hasta bebedoras problema, fueron divididas en categorías de acuuerdo a la cantidad de alcohol que ingerían.

Sin que tenga una validez estadística, por la pequeñez de los números en cada categoría, las interpretaciones sugieren que "la conducta del adulto en relación con el alcohol, es en cierto grado una expresión de las tendencias de la personalidad que se manifestaron antes que los patrones de bebida se hayan establecido". Es interesante que este estudio indicó que tanto las bebedoras problemas como las no bebedoras en absoluto (abstemias) tenían personalidades caracterizadas por recursos inadecuados de ajuste. Otros atributos determinaron las respuestas conductuales en términos del consumo de alcohol. Las bebedoras fuertes, las moderadas y las leves, mostraron ciertas constelaciones de rasgos específicos de la personalidad.

La importancia de tener la capacidad para identificar las poblaciones en riesgo, si tal predictibilidad se comprobare por otros estudios, probablemente justificaría el alto costo en tiempo y dinero, que tales estudios longitudinales implican a largo plazo.

Los estudios epidemiológicos han mostrado que, en general, más mujeres que hombres han sido tratados por enfermedades psiquiátricas, incluyendo, tanto neurosis como psicosis (Gev y Tudor, 1973). La relación es opuesta en desviaciones de conducta, tales como, alcoholismo, farmacodependencia y delincuencia (Gomberg, 1974). Por tanto, no es sorprendente que parezca haber más enfermedad psiquiátrica concomitante en las mujeres alcohólicas que en los hombres, aunque desgraciadamente, pocos de los estudios que comunican ésto, hayan sido controlados adecuadamente.

Hay una mayor incidencia de depresión y de intentos de suicidio, en las alcohólicas (Van Amberg 1943; Kinsey, 1966; Wood y Dufy, 1966; Winokur y Clayton, 1968; Minokur y Cols, 1970; Rimer y Cols, 1970 Rathod y Trompson, 1971 y de ansiedad y neurotismo (Zelen y Cols., 1976; Beifer y Cols, 1971; Parker, 1972). Beifer y colaboradores también encontraron en 1971 que las alcohólicas eran más ansiosas y deprimidas que las mujeres no alcohólicas.

Hoffman y Wehring (1972) estudiaron un gran número de hombres y mujeres alcohólicos crónicos en un hospital, usando la escala de evaluación psiquiátrica abreviada. Las mujeres alcohólicas tuvieron una puntuación significativamente más alta que los hombres en: ansiedad, sentimientos de culpa, tensión talante depresivo, hostilidad y neurotismo, pero una puntuación más baja en aplanamiento del afecto y en falta de mejoría. No hubo diferenciación en los puntajes de los otros veinte factores. Bromed y Moss (1976) establecieron la relación entre estar y no estar casados. Los alcohólicos casados de ambos sexos, tienen mejores puntuaciones que los no casados (incluyéndose casados, divorciados y viudos). Sin embargo, los casados informaron menos depresión y más confianza en sí mismos que las casadas ó que los alcohólicos no casados de ambos sexos.

En cuanto a cómo se ven a sí mismas las alcohólicas, en un estudio de doscientas mujeres, cien alcohólicas y cien testigos, McLalaland y cola-

boradores en 1979 usando una escala de competencia social para medir el grado de diferencias, encontraron que: las alcohólicas se vieron a sí mismas como menos eficientes en la obtención de sus metas y menos competentes socialmente. Estaban más insatisfechas en cuanto a sus propósitos en la vida, y se sentían menos valiosas como "ciudadanas" una escala de ansiedad demostró que tenían más grado de ansiedad a - bierta y encubierta que los controles.

El artículo de Scott en 1976 sobre preferencias personales de las alcohólicas en un estudio de 20 mujeres con este problema, se establece que las preferencias de estas pacientes no eran menos femeninas que - las de los controles y que más bien presentaban problemas en cuanto a la comunicación y la sociabilidad en general.

En cuanto a lo que se ha dado con tanta frecuencia, de denominar al al coholismo como "una forma lenta de suicidio", en un estudio cuidadoso a mujeres que habían intentado suicidarse, Maris en 1971 llega a una - conclusión bien diferente en el sentido de que en la mujer, el intento suicida, muchas veces llamados "parasuicidios", en realidad sean una forma de autopreservación y no de autodestrucción, simplificando la -- compleja psicopatología involucrada, la autoinmolación significaría - más bien una plegaria a la sociedad para obtener valoración, reconocimiento y liberación de los estigmas. Esta consideración debe ser toma- da en cuenta por los terapeutas.

En cuanto a establecer hechos referentes a las diferencias en cuanto a sexo, los estudios en cuanto a personalidad, siempre han mostrado conflictos, generalmente en relación a la escala de valoración que se haya usado, pero queda claro que hay suficiente variación para justificar una evaluación cuidadosa de cada paciente individual en miras al establecimiento de un abordaje terapéutico para esa personalidad en particular.

En cuanto a la familia está perfectamente establecido que las alcohólicas provienen en su mayoría de hogares desorganizados en los que prevalece la ausencia del padre, ya sea física o porque la presencia es pericibida débil, e ineficiente.

Entre los padres se ha reportado hasta el 40% de alcohólicos, neuróticos severos y hasta psicópatas. Las madres como grupo estaban mejor ajustadas, aunque hasta el 14% han sido reportadas alcohólicas. Lizansky (1957) encontró que el 42% de sus pacientes alcohólicas ambulatorias procedían de hogares desorganizados, dato muy similar al que se presenta en el alcoholismo masculino.

En casi todos los casos, el padre es el progenitor ausente. Aproximadamente el 40% de sus alcohólicas tenían uno o ambos padres con problemas de alcoholismo.

Las madres de las alcohólicas son descritas en su mayoría como rígidas y

controladoras, cuyos esposos eran alcohólicos que solo se revelaban en contra de ellas cuando estaban borrachos.

Ninguna de las pacientes de Wood y Duffy (1966) tenían progenitores felices en su matrimonio. Las alcohólicas no pueden satisfacer las demandas y expectativas de sus madres rígidas y perfeccionistas, por lo que se perciben a sí mismas como más parecidas al padre que generalmente es más cariñoso pero débil e ineficaz, en general los padres de la alcohólica responden a la descripción de: madre dominante y padre débil o ausente (Kinsey 1968).

Las alcohólicas tienen a tener madres bebedoras y con más frecuencia cónyuges bebedores también (Bromed y Moos, 1976) También era más fácil que tuvieran padres alcohólicos que el control de mujeres no alcohólicas (Driscoll y Barr, 1972) Dos terceras partes de las alcohólicas tenían parientes alcohólicos y en una tercera parte de ellas el padre era el alcohólico.

Como era de esperarse, más familiares hombres que mujeres de todas las alcohólicas tenían una historia de alcoholismo y ésta incidencia es más alta que en la población general.

Al encontrar incidencia significativamente alta de trastornos afectivos, nos enfrenta a la posibilidad de que pueda tratarse de herencia recesiva

ligada al sexo, por lo menos como un factor significativo, aunque la evidencia es escasa, la posibilidad difícilmente puede ser negada.

Por otro lado, gran parte de la literatura sugiere una relación causal entre el alcoholismo de los progenitores y aún en muchos casos, problema de bebida en parientes no tan cercanos, y el subsecuente desarrollo de abuso del alcohol en la descendencia. El viejo problema de herencia contra ambiente se vuelve a suscitar. Sin embargo, este problema se mantiene como más importante para la prevención sin que nos distraiga en la comprensión de la naturaleza y desarrollo del alcoholismo como un fenómeno individual.

Lo más importante sería no precipitarse a conclusiones generales por sobreinterpretación de un número limitado de datos, como es el caso de la literatura en el alcoholismo femenino.

La privación parental temprana está más asociada al alcoholismo femenino que al masculino (Forth, 1949; De Lint, 1964 Basquin y Osouf, 1965; Sclare, 1970; Rathody Thompson, 1971). Las mujeres que han tenido un hogar desintegrado antes de los 10 años de edad son más proclives a convertirse en bebedoras fuertes que los hombres que tengan la misma vivencia en edad temprana. Esta diferencia sexual ampliamente reconocida es difícil de explicar sobre bases teóricas. De Lint (1964) sugirió una posible conexión con la tendencia a no tener ligas fuertes con ningún miembro de la familia encontrada por Schuchter en 1959 y corroborada en

estudios más recientes (Beckman, 1975).

Que esta relación insatisfactoria con los padres durante los años formativos, contribuye al desarrollo de un sentido de inadecuación personal y una falta de autoestima, puede ser razonablemente asumido (Kinsey, 1968). Una manifestación de ello puede tomar la forma de la inmadurez psicosexual (Wood y Duffy, 1966 Wilsnack, 1973) Pocas mujeres alcohólicas tienen matrimonios felices aún antes de recurrir a la bebida. Este hallazgo es muy impactante en algunas series, como por ejemplo en la muestra de 34 pacientes alcohólicas de Fort y Porterfield (1961) quienes informaron de 31 divorcios en un total de 52 matrimonios. La evidencia propuesta por Kinsey en 1968 con respecto a la personalidad de los esposos elegidos por las alcohólicas se ven corroborados en estudios posteriores (Dahlgren, I. 1977; Rosenbaum O'Leary, 1981) en cuanto a que hay una tendencia en sus pacientes alcohólicas a casarse con hombres dominantes y crueles, incluso en los segundos o ulteriores matrimonios en las viudas o divorciadas. Wood y Duffy en 1966 habían informado de la misma tendencia. El rol causal de una relación marital fuertemente infeliz en el desarrollo del alcoholismo en mujeres casadas sea, junto con el alcoholismo como causa de desorganización de los hogares de las alcohólicas, ambos resultados de una infancia infeliz, tan frecuentemente comunicada por estas pacientes.

Las mujeres alcohólicas refieren historias de traumas emocionales en

mucho mayor número que los hombres en sus vidas pasadas (Podolasky, - 1963; Rathod y Thompson, 1971) y relacionan el principio de su descontrol en la bebida, con una situación identificada. En un estudio presentado en la convención anual de la Asociación Psicológica Americana en Toronto, Canadá en 1978, queda establecido que las mujeres desempleadas o divorciadas cuentan con las tasas más alta de problemas relacionados con la ingestión de bebidas alcohólicas, así como las mujeres casadas desempleadas.

Los episodios repetitivos de borrachera, de corta o larga duración, se ha observado que son la reacción a circunstancias particularmente difíciles con sus familias o su círculo social más inmediato (Curles, 1970; Wilsnack, 1973; Hofman y Noem, 1975). Tales mujeres han sido descritas como alcohólicas reactivas (Gomberg, 1974).

En aspectos más generales, Basquin y Osuf (1965) describen impresionados, los antecedentes de aislamiento social, profesional y personal, de las alcohólicas que estudiaron. En lo que refiere a lo físico Wilsnack encontró en 1973, que las alcohólicas habían sufrido más trastornos y tratamientos ginecológicos que el resto de las mujeres.

En cuanto a los cónyuges, hay una variedad muy amplia de hallazgos, desde los de Lisansky en 1957, que reportó que un tercio de sus pacientes-alcohólicas ambulatorias y más de la mitad de las hospitalizadas, te -

nían esposos que eran bebedores problema. Este hallazgo contrasta con el de alcohólicos ambulatorios, de los cuales sólo el 9% tenía esposas alcohólicas. Wood y Dufy (1966) encontraron que de sus pacientes con niveles altos de escolaridad todas por lo menos graduadas de bachillerato, aunque sus matrimonios eran casi sin excepción "emocionalmente insatisfactorios", solamente cuatro tenían maridos alcohólicos. En un estudio de Kinsey en 1968, el 33% de sus pacientes (cuarenta y seis en total) de clase social y económica baja, estaban casadas con hombres clasificados como "ebrios" de las que se divorciaron, el porcentaje subió hasta ochenta, en los matrimonios subsecuentes.

En un estudio Sclare (1970), el 16% de cincuenta mujeres alcohólicas, tenían maridos alcohólicos, pero ninguno del grupo control de cincuenta hombres, estaba casado con una alcohólica. La proporción de mujeres a hombres con cónyuge alcohólico, es según un estudio de Bromed y Moos en 1976, de cerca de tres a uno.

3.- FACTORES SOCIALES Y HECHOS ESPECIFICOS DEL ALCOHOLISMO FEMENINO.

Hasta antes de esta década, el alcoholismo como problema se refería casi exclusivamente al hombre y, en nuestra cultura occidental era bastante claro que los varones bebían mucho más que las mujeres: (Cahalan y Cisin, 1968; Cahalan y Cols, 1969; Forelund y Gustafson, 1970; Weschler y Cols, 1972).

Hasta los estudios hechos en 1964 quedaba asentado que los estudiantes varones de preparatoria, bebían más que las muchachas. Recientemente, sin embargo, la diferencia ha disminuido y en la actualidad puede haber desaparecido (San Matei Conty, 1971; Weschler y Thum, 1974; U.S. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism U.S.N.I.A.A., 1975). Esta reducción es particularmente notable entre adolescentes. Weschler y McFadden en 1976 encontraron que en dos escuelas de Massachusetts, las alumnas en los grados nueve a doce estaban bebiendo vino y bebidas destiladas que los muchachos, así como que estaban usando más anfetaminas, barbitúricos y múltiples drogas. Se encontró que las muchachas delincuentes bebían más y más frecuentemente que los muchachos delincuentes (Widseth y Mayer, 1971). De estas muchachas, cerca de la tercera parte bebían solas, costumbre que casi nunca se ve en muchachos delincuentes.

Un cambio en la dirección de un aumento en la bebida es mujeres de la

clase media aparentemente empezó en los años cuarenta (Jellinek, 1947). Al mismo tiempo, comenzaron a fumar más. La reunión para tomar el té se convirtió en la reunión para tomar el cocktail. Las costumbres sociales estaban transformándose y la tendencia aumentó su magnitud en los grupos en que beber era común para obtener conformidad de parte de los compañeros, el status era asignado parcialmente sobre la base de la conducta al beber. Las mujeres que querían beber menos, eran sometidas a una serie sutil de presiones, para mantenerlas en un límite, que no debían de pasar ni hacia arriba o debajo de él, de consumo de alcohol, límite que estaba fijado por normas grupales poderosas (Trice, 1956). Sin embargo, el cambio no ocurrió al mismo tiempo, ni en el mismo grado en todas las clases sociales. Dollard en 1945, en contraba aumento progresivo en el número de mujeres que bebían en dirección de la clase media baja, hacia la clase baja, baja. En tanto que Maxwell y Lawrence en 1962 encontraron que en la clase baja de los casos que estudiaron, sólo el 20% de las mujeres que estudiaron, bebían, en comparación con el casi 60% en niveles sociales y económicos más altos. Esta discrepancia puede originarse por una variación en la ubicación geográfica, el periodo de tiempo o una diferencia en las costumbres estudiadas. Aún sin deberse hacer generalizaciones que pueden ser apresuradas, estos hallazgos, aunque sean aislados sí apoyan la impresión de que ha habido un cambio marcado en los hábitos en el beber de las mujeres, por lo menos en el mundo occidental.

Consecuente con este cambio en la conducta, ha habido una alteración

marcada en la actitud de la sociedad hacia la bebida en las mujeres, aunque aún no tiene en ellas la aceptación que se observa para con el hombre en general. Hombres y mujeres incluso entre los alcohólicos, están de acuerdo en que "es peor" para las mujeres que para los hombres, estar intoxicadas (Lawrence y Maxwell, 1962; Knupfer, 1964; Curles, 1967). Esto es verdad tanto en nuestra cultura como en otras (Horton, 1943; Child y Cols, 1975). "Las condiciones prevalecientes en general, de la vida humana hacen que la incapacidad funcional temporal de la mujer sea más amenazadora que la incapacidad funcional temporal del hombre. Por ejemplo los cuidados que requiere la agricultura, pueden ser diferidos por un día, pero no así los cuidados que un niño necesita.

En el pasado, las mujeres habían sido más protegidas que los hombres de las consecuencias del exceso en el beber (Seeman, 1966). Un diagnóstico de alcoholismo rara vez se hacía, diciéndose o escondiendo tras la disculpa de "un trastorno emocional" en las circunstancias en las que un hombre había sido calificado como alcohólico (Curles, 1970).

Los médicos contemplaban a las alcohólicas, como más "enfermas" y era más frecuente que les administraran medicamentos y les instituyeran tratamientos que se consideraban necesarios, que a otros pacientes en general (Fraser, 1970; Broverman y Cols, 1970).

Muchos estudios han indicado que las mujeres como conjunto, incluyendo aquellas que posteriormente se volvieron alcohólicas empezaron a beber

a edades más avanzadas que los hombres (Wall 1937, Lisansky, 1957, Glatt, 1961; Winokury Clayton, 1968; Wanberg y Horn, 1970; Rimmer y Cois, 1971; Garret y Barhr, 1973; Bromet y Moss, 1976). Las mujeres sin hogar o con carencias parentales tempranas empiezan a beber en una edad más temprana que los hombres sin hogar, en las que el beber se convierte en un problema. Los datos aportados por Keil en un estudio hecho entre las amas de casa de Pennsylvania en 1976, apoyan la hipótesis de que las mujeres bebedoras provienen de contextos sociales en los que se da muy poco apoyo al comportamiento estereotípico tradicional de las mujeres, o donde existen pocos patrones para que las mujeres asuman los patrones considerados de feminidad.

Dahlgreen en 1978 reporta hallazgos en cien alcohólicas suecas, comparadas con un control de cien alcohólicos varones. Observando que las mujeres comenzaron a beber a edades mayores que los hombres, la duración del desarrollo del alcoholismo desde la ingesta en forma ordinaria hasta el modelo de alcohólica, fué notablemente corta, de igual forma que la duración de la ingesta cuando dió lugar a la hospitalización. Más mujeres que hombres mostraron ser modelo de bebedoras solitarias así como que citaron una cuasa externa específica como la imputable a su problema de beber. Las mujeres manifestaron síntomas relacionados con perturbaciones psiquiátricas, en combinación con el alcoholismo en un grado significativamente mayor que los hombres. Un 67% de mujeres, en contrasrte con 34% de los hombres, buscaron ser admitidas como resultados de complicaciones agudas, era más frecuente el diagnóstico de un

trastorno psiquiátrico previo que en los hombres. También el abuso de drogas, sobre todo tranquilizantes, fué mayor en las mujeres. Trice y Bayer en 1978, durante la implementación de programas para alcohólicas que trabajan, observaron que las mujeres-empleadas, pueden ser psicológica y económicamente, tanto o más responsables que los hombres, sin embargo, que había dos aspectos del alcoholismo femenino que ameritaban que las estrategias de tratamiento, fueran silenciadas y atenuadas: Uno.- Hechos de la vida trascendentes anteriores a la instalación del alcoholismo.

Dos.- La cantidad de intentos de suicidio.

En un estudio de Suckit y Morrison en E.U.A. reportan que en 1979, de 239 pacientes alcohólicas admitidas a un centro de tratamiento, las dos terceras partes recibieron recetas para drogas hipnóticas, o para el control de la ansiedad. Se reportó que en este estudio, las mujeres que abusan de las drogas, han registrado un mayor número de intentos de suicidio y problemas antisociales avanzados y, que recibieron mayores cuidados psiquiátricos que las no adictas.

También es interesante notar la amenaza que presenta para las alcohólicas la pérdida de control, según es referida por ellas mismas retrospectivamente, Johnson y Cols, preguntaron a sus pacientes al respecto en 1966 y sobre sus propias experiencias en el desarrollo de su hábito de beber y reportaron lo siguiente: Se identificaron tres cambios en la

conducta de beber:

- a) Beber a escondidas
- b) Llegar a las fiestas ya bajo los efectos del alcohol.
- c) Minimizar la cantidad de alcohol ingerida.

Todas las personas creían que bebían por motivos diferentes a los de las bebedoras sociales, o sea, como un intento consciente de combatir sentimientos de inferioridad y soledad.

La tendencia pues de los alcohólicos en general, de minimizar su consumo de alcohol o de ocultar su bebida y suministro, parece ser particularmente marcado en las mujeres.

Es menos marcada la ausencia al trabajo, como parte de su patrón de ocultar su problema a socios y amigos. Las técnicas de ocultamiento pueden ser particularmente efectivas, en el estudio de Johnson y colaboradores, se les preguntó a las pacientes qué personas podían ser contactadas para la evaluación del problema tal y como lo veían como observadores y es del mayor interés que los contactos, tanto como profesionales como sociales y a veces aún familiares, variaron ampliamente en sus descripciones de la conducta de la alcohólica, su personalidad y el impacto de la ingesta excesiva. Algunos compañeros de trabajo a los que se les explicó el problema, poniéndolos al tanto de que la paciente estaba de acuerdo no se habían dado cuenta de que la mujer tenía problemas con la bebida.

Con respecto a los patrones de ingestión, algunos autores han encontrado que las mujeres son menos proclives a embarcarse en periodos grandes de bebida, que los hombres con el mismo problema (Rimmer y Cols, 1971), otros autores (Madden y Jones, 1972; Wanberg y Horn, 1973) han informado que, en general, las mujeres tienden a beber más esporádicamente que los hombres. En cantidades totales, las mujeres beben menos cerveza y vino (Bromed y Moss, 1976) y habían tendido a beber más bien solas, y en general, no sólo en el llamado "síndrome del ama de casa alcohólica". En 1970, las mujeres estudiadas por Sclare en Glasgow, así como las estudiadas en Colorado por Wanberg y Knapp presentaban la misma tendencia.

Hallazgos similares fueron reportados por otros autores (Rosenbaum, 1958; Sensman, 1966; Pemberton, 1967; Bromed y Moos, 1976).

Garret y Barh (1973) encontraron menos diferencias entre hombres y mujeres sin hogar, en la ciudad de Nueva York, donde la mitad de las mujeres y cerca de la tercera parte de los hombres bebían solos, los bebedores excesivos en esta población mostraron una diferencia más marcada: una cuarta parte de los hombres bebían solo en comparación con dos terceras partes de las mujeres. A pesar de que las mujeres trabajan cada vez más fuera del hogar, parece que estos patrones de bebida se mantienen.

En cuanto a la psicopatología más constante y frecuente en la alcohóli-

ca, se han hecho estudios en grupos muy diversos y aunque los datos estadísticos son pocos, se ha tratado de establecer la mayor incidencia de ellos. Los estudios parten desde muy temprano con Curran en 1937 - quien estudió pacientes muy enfermas en un hospital psiquiátrico estatal. Wood y Duffy en 1966 estudiaron pacientes de clientela privada y de clase media alta, junto con los estudios de Kinsey en 1938 se puede establecer que en estas pacientes se ha desarrollado "una sensación profunda de inadecuación personal y de falta de preparación personal para desempeñar los roles adultos". Esta sensación puede ser atribuida a lo que ya ha sido señalado de las experiencias infantiles temprana, lo más común era la identificación con un padre alcohólico y la figura de una madre rígida y rechazante que despierta una vinculación intensa pero siempre ambivalente, la figura entendida del padre más amoroso pero más débil e incapaz de responder a su rol social y familiar, con la sobredependencia emocional hacia él, al no poder responder a las demandas de la madre con las características descritas y que es en gran medida el factor determinante para el sostenimiento de el alcoholismo del padre, da la pauta para la incapacidad de alcanzar relaciones maduras e independientes en la edad adulta (Lolli, 1957; Lisansky, 1957; Zelen y Cols, 1966; Jones 1971).

El rasgo central según Blane en 1968, en las mujeres con alcoholismo es una verdadera preocupación sobre si se es apta o inepta en todos los roles que les toca desempeñar, en la que subyace una sensación de futilidad y la seguridad de no poderse modificar a sí mismas "La convicción profunda de su inadecuación es un aspecto de este complejo que, duro co-

mo el diamante en su indestructibilidad, subyace en el alcoholismo femenino"

Aunque esta parece ser una generalización drástica y que pudiera invocarse que se ve más en mujeres que siendo alcohólicas se encontraban deprimidad, o en mujeres que presentaban problema de depresión previo a su alcoholismo, creo que en lo que modestamente pueda aportar la experiencia clínica que hemos obtenido, tanto en la consulta privada de la Medicina general durante cinco años, como la más valiosa durante tres años de ver tantos pacientes especializados en los hospitales psiquiátricos como las pacientes de la consulta privada, se corroboran tales impresiones.

La presencia frecuente de sentimientos de baja autoestima, así como la imagen de sí mismos distorsionada en el sentido de la minusvalía, son hallazgos casi constantes, tanto en el alcohólico masculino como en la femenina y a los cuales no se les puede negar la importancia que tienen tanto en la personalidad previa, como en el instalamiento, desarrollo y mantenimiento de la condición del alcoholismo.

Las formulaciones psicoanalíticas del alcoholismo recibieron su ímpetu inicial desde Freud, quien fué el primero en creer que el alcoholismo es resultado de fuertes influencias orales en la infancia. El alcohol representa un escape de la realidad.

Menninger puntualizó un componente autodestructivo como primario en el alcoholismo. La adicción fué considerada como una urgencia inconsciente y poderosa de destruirse a sí mismos, urgencia derivada de la culpa asociada con la rabia del niño hacia sus padres cuya conducta durante la infancia, frustraron sus necesidades de gratificaciones orales. Por un lado hay deseo de destrucción hacia los padres y por otro, con la invalidez propia del niño, hay gran temor a perderlos. Mas tarde en la vida, el alcohol se convierte en la forma de lograr gratificación y revancha al mismo tiempo; la hostilidad expresada a través de la conducta antisocial mientras se está bajo la influencia del alcohol y por otro lado el castigo que viene con la culpa en cuanto sobreviene la soriedad.

Knight formuló la psicodinamia del alcoholismo en términos de que las experiencias infantiles han dado al alcoholismo una personalidad que tiene necesidades enormes de indulgencia. Estas demandas están sometidas a frustración con la consecuente rabia y desilusión que la acompañan. La reacción lo impele hacia actos hostiles contra los individuos por los cuales siente la ambivalencia y la culpa y se castiga masoquistamente. Como reforzamiento en contra de los sentimientos de culpabilidad y los temores del masoquismo peligrosamente destructivo, así como contra las consecuencias reales de su conducta, él siente excesiva necesidad de afecto e indulgencia como prueba de aceptación, las demandas excesivas, lo llevan de nuevo a la frustración y se completa el círculo.

Adler atribuía la causa de la adicción a poderosos sentimientos de inferioridad relativos a una perpetua inseguridad y a un deseo de escapar de la responsabilidad.

La teoría más popular con respecto a la etiología psicosocial del alcoholismo es la de que hay una relación estrecha entre el beber mucho y la presencia de necesidades de dependencia insatisfechas. (McCord y McCord, 1962). Esto se comprueba en la experiencia de la mayoría de los alcohólicos que se puede demostrar deprivación materna y falta de gratificaciones orales en la infancia. La frustración resultante es reprimida y aparece en forma de dependencia patológica al contenido de la botella. Sobre una base teórica, no hay razón para que lo mismo no pueda ser aplicado a las mujeres, aunque desde que se estudian estos fenómenos se ha presupuesto que la mujer acepta relaciones de dependencia con menos conflicto que el varón y éste no ha sido modificado a pesar de las variaciones en la conducta que ha habido con el movimiento de liberación femenina.

Mucho se ha hablado de que en el hombre una de las motivaciones más importantes en el alcoholismo es la satisfacción de necesidades de poder insatisfechas. (McClelland y Colé., 1972) Varios autores han propuesto que las mayores necesidades de expresión de poder en el hombre que en la mujer, son en parte el motivo por el cual, ha sido siempre mayor la frecuencia de alcoholismo en el hombre que en la mujer en casi todas las --

culturas. En los estudios de Wilsnack en 1973, respecto a los efectos de la costumbre de beber en sus pacientes mujeres, no encontró indicios de que el consumo de cantidades moderadas de alcohol, gratificasen necesidades de dependencia o incrementasen sensaciones de poder. Por otro lado, sí encontró que los sentimientos de feminidad estaban grandemente fortalecidos, lo que apoya lo que ya se ha reportado en estudios anteriores, de que en las alcohólicas existen importantes preocupaciones respecto a su rol sexual y su identificación femenina, lo que fácilmente se explica como derivado de los conflictos con los progenitores anotados en la infancia de la mayoría de las alcohólicas estudiadas. Estos hallazgos nos hacen pensar que un factor que puede ser considerado como predisponente en el alcoholismo femenino es la "identificación femenina alterada" en un nivel inconsciente, o sea, que la psicodinamia sería que en las mujeres el alcohol es consumido para evitar la prevaeciente sensación de inadecuación como mujer, mediante el aumento de las sensaciones de feminidad. Sin embargo, el beber intensamente conduce a consecuencias que son vistas por la sociedad, sus amistades y por ella misma como "no femenina" y entonces se establece un círculo vicioso. Esta es una hipótesis que ha sido apoyada por Kinsey (1966-1968), la cual establece que el alcohol es consumido por las mujeres obedeciendo a que esta droga se ha atribuido "capacidad para modificar atributos indeseables del Self" dándole a la mujer la posibilidad de "ser el tipo de persona que quiere ser"

El desarrollo psicosexual de la mujer alcohólica ha recibido un conside

rable aumento en la atención de los estudiosos de la materia. Los informes más importantes provienen del campo clínico señalando una alta incidencia de inadecuación heterosexual, homosexualidad y frigidez.

Sin embargo, sobre todo en los últimos estudios, la noción de que la promiscuidad sexual, es característica de las alcohólicas, se ha demostrado que es falso (Wood y Duffy, 1966; Schukit, 1972). Muchos investigadores sí han informado de hallazgos en cuanto a la presencia de auto imágenes alteradas y ambigüedad en el rol sexual de sus pacientes. (Rosenbaum, 1958; Kinsey, 1966; Curles, 1967).

En un estudio clásico de Curran en 1937 de 65 mujeres alcohólicas psicóticas, señalaba que las alucinaciones de esas pacientes hablaban de una marcada sensación de inferioridad en el area sexual. La mayoría de las amenazas en las alucinaciones implicaban daño al cuerpo de la mujer particularmente a sus genitales. Las preocupaciones homosexuales eran notablemente inferiores que en las alucinaciones de varones alcohólicos psicóticos.

Parker en 1972 realizó una investigación psicométrica para comparar alcohólicas ya diagnosticadas con bebedoras moderadas, informando haber encontrado una correlación directamente proporcional entre la magnitud en la desviación en la bebida y el rechazo de las mujeres a su rol sexual femenino, este último percibido de acuerdo a la intensidad de la respuesta emocional y a la conducta neurótica.

Varios autores han argumentado que las preocupaciones psicosexuales -- pueden ser factores que desempeñen un papel importante en la producción de tensión emocional que se vuelve tan intolerable como para que se busque alivio mediante el uso excesivo de alcohol. (Blane, 1968; Mogar y cols, 1970; Wilsnack, 1973 a).

Una crítica que se puede hacer a muchas de estas investigaciones es que los hallazgos empíricos difícilmente justifican las interpretaciones del autor. La literatura respectiva está repleta de expresiones tales como "identificación femenina inadecuada" las cuales aunque son un tanto impactantes carecen de una comprensión común o una definición, por otro lado como quiera que se definan o independientemente de cualquier conotación que se les dé, si estas características no son demostrables a nivel consciente, no es difícil aducir su "existencia" en niveles que son descritos como "menos conscientes, preconscientes o subconscientes".

Un error más grande en el cual se puede caer es que sin objetividad adecuada se relacione una manifestación conductual, en este caso, el uso -- excesivo de alcohol, a la presencia real y demostrada de conflictos en el area psicosexual de las personalidades de los pacientes.

La literatura al respecto, contiene controversias importantes sobre el concepto de "patología mayor". Hay autores que afirman de manera contundente que "las mujeres alcohólicas son mucho más anormales que los hombres alcohólicos" explicando ésto en base a la represión a que han esta-

do sometidas las mujeres y las dificultades que encuentran en la búsqueda de una resolución a sus conflictos que esté "dentro de los límites de la aceptación social convencional de su sexo" (Karpman 1948).

Dentro de un estudio mayor del alcoholismo femenino, Johnson en 1965 entrevistó a un 40% de médicos seleccionados al azar en una comunidad urbana para obtener sus opiniones del alcoholismo en general y del femenino en particular. Dos tercios de los médicos opinaron que las mujeres alcohólicas se comportaban diferente que los pacientes alcohólicos. Una diferencia fué el hábito de ellas de beber en el hogar y otra fue su gran sensibilidad respecto a que su enfermedad fuese reconocida por los demás. Asimismo, la mayor parte de los médicos opinaron que sus pacientes femeninas estaban "más enfermas" y que manifestaban más alteraciones de la personalidad y tendían a beber en respuesta a situaciones de crisis.

Ha habido una reacción muy antagónica a la sugerencia de que las mujeres presentasen mayor psicopatología. Cada vez queda más claro que la experiencia clínica que dió origen a este planteamiento estaba relacionado con una combinación de las expectativas tipo "doble estandar" de la conducta de la mujer, en comparación con la del hombre junto con el hecho de que solo las mujeres alcohólicas más trastornadas son las que llegan al tratamiento, indudablemente por el más grande estigma que la sociedad pone a las mujeres que son bebedoras problema. La discusión en este tópico en la literatura sugiere un grado considerable de confusión acerca de lo que debe incluirse bajo el término de patología. Mu-

chos de los fenómenos corresponden a signos y síntomas en el sentido médico y como tales son manifestaciones de una condición subyacente más que de factores causales, en este sentido pueden ser considerados como patología secundaria que puede jugar un papel muy importante en el mantenimiento del círculo vicioso de la tensión psicológica y la bebida que es característico de la conducta y la respuesta alcohólica.

Blume en 1980, después de haber revisado toda la literatura sobre los aspectos de abusos con el alcohol por parte de mujeres, incluyendo tratamiento y resultados, actualiza la información sobre el resultado del tratamiento a través de los estudios más recientes, su investigación acabó, parece que para siempre, el mito de que las mujeres alcohólicas son más difíciles de tratar y que cuentan con un pronóstico peor que aquellos hombres alcohólicos.

Beckman en 1975, asentó que:

....."Considerando la heterogeneidad de las características de las alcohólicas es posible que no sea viable una teoría general del alcoholismo en la mujer, sin embargo, no se puede establecer como conclusión ni esto, hasta que las teorías acerca de origen del alcoholismo en la mujer, hayan sido puestas a prueba"

Un hecho aparentemente bien establecido es que entre las alcohólicas hay

bastante más antecedentes de enfermedad afectiva entre sus familiares así como episodios previos en ellas mismas de depresión.

En un estudio de Suckit y colaboradores de 70 alcohólicas, la mitad sólo eran consideradas alcohólicas "primarias", en las cuales el alcoholismo ocurrió en ausencia de otros trastornos psiquiátricos concurrentes. La mayoría de las demás tenían un trastorno afectivo precedente a su alcoholismo (19) y doce de ellas, pudieron ser clasificadas dentro de algún otro trastorno psiquiátrico. Las pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo previo, dieron una historia de mayores intentos de suicidio, aunque en general, las mujeres presentan mayor frecuencia de intentos suicidas que los hombres. Los hallazgos en cuanto a la patología de los parientes de las alcohólicas, también fueron muy interesantes, entre los parientes de primer grado se encontró que en los hombres lo que más se encontró fué alcoholismo en tanto, que en las parientes mujeres el diagnóstico que más se encontró fué el similar al de la alcohólica en estudio y, por tanto, predominaba el de enfermedad depresiva.

Belfer y colaboradores en 1971 encontraron que la mitad de las mujeres alcohólicas que estudiaron habían tenido un diagnóstico anterior de enfermedad por reacción depresiva.

Winokur y colaboradores en 1971, también encontraron que las mujeres significativamente tenían un diagnóstico de enfermedad afectiva prima-

ria que los hombres. La proporción que encontraron, coincidiendo con la de Suckit y colaboradores fué de 25% de mujeres contra un 4% de depresión en los hombres.

Otros hechos en cuanto a patología en general que son interesantes en los hallazgos respecto a alcoholismo femenino son los referentes a que el riesgo de infartos del miocardio se encuentra disminuido en las mujeres que beben vino. Esto está asentado en un estudio de Rosenberg, - Slone y Shapiro en la Universidad de Boston en 1981, en el que se escribió a 513 pacientes con un primer infarto, todas mujeres jóvenes, el control fué un grupo de 918 pacientes del hospital, todos con menos de cincuenta años, siendo aparente una fuerte reducción del riesgo en las mujeres bebedoras. Esto ya había sido notado entre bebedores hombres.

En un estudio hecho en la Universidad de París en 1980, por Hughes, Coste y Perret, en el Departamento de Endocrinología, para ver la función Hipotálamo-Pituitaria en un grupo de mujeres alcohólicas crónicas de 29 a 66 años con pncreatitis crónica o cirrosis hepática, llegando a la conclusión de que un perfil hormonal normal se encuentra en los - periodos peri o post-menopáusico en las alcohólicas crónicas de más de 45 años (77%). En contraste con el 84% de las pacientes en la edad reproductiva las cuales registraron desórdenes funcionales hipotalámicos. Estas observaciones indican que el alcoholismo afecta la función sexual a nivel de hipotálamo-pituitaria principalmente durante el periodo re-

productivo. La patogénesis de estos cambio endócrinos no está clara.

Ha habido reportes como el de Jones en 1980, respecto a las deficiencias cognitivas en tareas verbales y no verbales en las mujeres alcohólicas aunque se necesita mayor número de estudios para darle significado definitivo.

4.- EMBARAZO Y ALCOHOLISMO

En una revisión hecha por el Dr. Sereno Col6 para una presentación en la Academia Nacional de Medicina de México en 1981, encontramos que para ver los efectos del alcohol sobre el embarazo hay que tomar en cuenta:

- 1.- Sus propiedades teratogénicas intrínsecas.
- 2.- Período del embarazo en que ocurre la exposición.
- 3.- Tiempo de la misma.

Por otro lado, dada la gran variación en los patrones de bebida, se habla de tres tipos de gestantes alcohólicas:

- a).- Grandes bebedoras que consumen como mínimo diario, la cantidad señalada anteriormente.
- b).- Bebedoras moderadas que consumen de dos a tres copas -- diarias.
- c).- Bebedoras ocasionales.

En lo que se refiere al tiempo de exposición al etanol, se han descrito también los daños fetales causados por el tóxico durante el primer trimestre del embarazo o en etapas tardías.

El mayor riesgo para el feto, ocurre cuando la madre ingiere alcohol en cantidades suficientes durante el período de la organogénesis, es decir, entre la segunda y octava sema-

nas de la gestación. Cuando así ocurre, es cuando se observan las dismorfonogénesis del "síndrome alcohólico fetal" - que es como se ha denominado a la prematuridad, falta de desarrollo o desarrollo imperfecto y desnutrición en los sobrevivientes de madres con alto grado de alcoholismo. De las numerosas alteraciones del desarrollo descritas en el Síndrome, Clarreny Smith han hecho cuatro grupos.

1.- ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

El retraso mental es uno de los más comunes, en la mayoría de los estudios realizados con resultados publicados, se ha reportado en más del 80%, manifestando por variaciones de - 2 desviaciones standard en el I.Q. por debajo de los medios controles.

También se ha visto que hay una relación aparente entre las manifestaciones fenotípicas del síndrome y el grado de retraso mental.

Los estudios neuropatológicos en los fetos que nacieron con daño cerebral incompatible con la vida de madres con alcoholismo avanzado, presentaron diversos grados de alteraciones en el desarrollo de las neuronas y de las células de neuroglia, aunque en grados variables. Sin embargo, las displasias del cerebelo con núcleos de células heterotópicas, que también invadían la corteza cerebral, fue hallazgo casi - -

constante. Las anomalías subtentoriales explicarían los casos de hidrocefalia. La microcefalia es otro de los componentes del síndrome alcohólico fetal, y se atribuye a un defecto en el desarrollo global del cerebro.

Los casos de anencefalia, mielomeningocele y lipomas lumbosacros también pueden ser explicados por la interferencia en la organización y desarrollo de las células cerebrales. Es común encontrar en el recién nacido con este síndrome hiperactividad, irritabilidad, temblores, debilidad del reflejo de succión, hipertonia de los miembros y aparente hipoacusia. Estas alternaciones pueden estar presentes días, semanas o meses, aunque se discute si algunos de estos síntomas, aunados a la presencia de aliento alcohólico en el neonato, llanto con gritos de furia, arqueamiento del dorso, sudoración y somnolencia pueden ser más bien componentes del síndrome de privación al alcohol. La buena respuesta al tratamiento con fenobarbital e infusiones de alcohol diluido, hablan en favor del síndrome de supresión.

En etapas más tardías del desarrollo, la hiperactividad es la secuela más constante que desarrollan los escolares adolescentes con daño cerebral por la ingestión de alcohol por la madre durante la gestación.

2.- DEFICIENCIAS DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Uno de los componentes del síndrome más constantes es éste,

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

39.

que se manifiesta desde la vida intrauterina y que puede -
comprobarse al nacimiento. Generalmente peso y talla de los
niños, se mantiene dos desviaciones standard por debajo de
lo normal. Incluso los niños afectados que tienen peso y ta
lla normales al nacimiento, pueden presentar defectos del
crecimiento, en etapas más tardías de su desarrollo. También
se observa en estos niños, escasa cantidad de tejido adipo-
so, lo que les da un aspecto de niños desnutridos, todo és-
to se explica por al efecto tóxico del alcohol sobre la - -
proliferación celular, ocasionando una disminuación en el -
número y quizás en la talla de los elementos celulares del
feto.

3.- ALTERACIONES FACIALES.

Las fâcies de un neonato a, con síndrome alcohólico fetal,
se dice que es tan característico, que para un médio experi
mentado es tan fácil de reconocer como la del síndrome de -
Down. Aunque resulta un tanto difícil hacer la ^{descripción} correcta de
todas las anomalías que presenta. Entre ellas encontramos:
Hendiduras palpebrales pequeñas, casi siempre asociadas a
microftalmos con estrabismos, miopía y pliegues epicânticos.
La nariz es corta y la punta casi siempre va hacia arriba.
El labio superior es hipoplástico adelgazado, que junto con
el aspecto de la nariz, de la impresión de aumento en la dis

tancia entre las aletas nasales.

El desarrollo del maxilar puede ser insuficiente, lo que da lugar a micrognatía, prognatismo relativo, y en general a observar poco desarrollo del macizo facial. El labio y el paladar hendido, se describen con alguna frecuencia. En los pabellones auriculares se puede encontrar rotación posterior del hélix y diversas alteraciones morfológicas globales. En más del 50% de los casos, se encuentra hirsutismo facial

4.- OTRAS ANORMALIDADES DESCRITAS.

Aunque se presentan una serie muy diversa de anomalías, en el síndrome alcohólico fetal, la poca especificidad de ellas nos obliga a buscarlas, aunque no pueden considerarse como características de él. En una serie de 145 casos descritos por Clarren y Smith, describen las siguientes:

Ruidos cardíacos anormales, en relación frecuente con el cuadro de tetralogía de Fallot, defectos en los grandes vasos y anomalías del septo ventricular. También se pueden encontrar múltiples angiomas diseminados. A nivel del esqueleto se ha descrito como hallazgo frecuente, el "pectus excavatum", la espina bífida y se han encontrado limitaciones en los movimientos articulares especialmente en los hombros y dedos de las manos, en los que también es frecuente encon

trar hipoplasia de las uñas. Es muy común encontrar, además alteraciones de los pliegues palmares y algunos suelen ser aberrantes.

5. CONCLUSIONES

Creo que los hallazgos más importantes han sido analizados en esta revisión de lo publicado hasta 1981, sobre alcoholismo femenino. Hay hechos que parece importante remarcar como son:

- a).- Es innegable un aumento progresivo e importante del alcoholismo en la mujer.
- b).- Sin duda alguna, los cambios sociales que se han producido, sobre todo en las dos últimas décadas tienen relación estrecha con la mayor incidencia del mismo.
- c).- El aparentemente bien establecido conflicto en el rol sexual de la alcohólica.
- d).- La importancia que en la generación de tal conflicto tienen las vivencias infantiles tempranas y el papel que juegan los progenitores en las mismas.
- e).- La asociación tan frecuente de depresión o enfermedad depresiva franca, no solo en la alcohólica sino entre sus familiares femeninas principalmente, plantea la interrogante sobre una posible herencia recesiva ligada al cromosoma X, que si no sería ciertamente una respuesta etiológica, si aclararía algo sobre lo que

más bien debe considerarse como un problema complejo, con múltiples causas manifestaciones y complicaciones.

- f).- La más reciente y aparente de las complicaciones y secuelas del alcoholismo en la mujer es el conjunto de alteraciones que se presentan en productos de madres gestantes alcohólicas avanzadas, y que se agrupan bajo el rubro de "síndrome alcohólico-fetal".

Desde que Jellineck luchó por incorporar al alcoholismo dentro del concepto de enfermedad, se creyó que el modelo médico sería el idóneo para tratar el problema, sin embargo, cada vez es más evidente que como en muchos otros casos dicho modelo sólo sirve para tratar algunas complicaciones, en este caso del alcoholismo que sí caen dentro del campo de la Medicina, pero que en lo que se refiere a la etiología o génesis del problema no es mucho lo que se ha logrado.

En el alcoholismo, como en muchos problemas de los que se ocupa la psiquiatría en este caso, resulta reduccionista tratar de resolverlos a través del modelo médico, cuando cada vez es más claro el papel que juegan los factores extrínsecos al individuo, llámenseles familia, sociedad o medio ambiente, en la propensión, desarrollo, forma de manifestarse y aún resolución de tales problemas. Sin entrar en discusiones acerca de si es el componente biológico el que determina la calidad de

la respuesta, o si es la manera en que incide la experiencia, la que "enseña" al individuo a responder de determinada forma, lo que no podemos negar, es que se trata de una respuesta a la que se puede llamar enfermedad desde el punto de vista de que altera el estado de bienestar y la funcionalidad del individuo. Sin embargo, los múltiples enfoques que se le han dado y el refugiarse en que deberá resolverse a través de "trabajo en equipos multidisciplinarios", no parece ayudarnos mucho ni en el tratamiento y menos aún, en la prevención y rehabilitación del enfermo alcohólico.

Los sociólogos han hecho importantes contribuciones al entendimiento de las causas del alcoholismo, demostrando que hay una fuerte relación entre la inseguridad del individuo y el excesivo beber, que la propiedad del alcohol de bajar la ansiedad es lo que más se busca y que su uso, moderado o inmoderado, está determinado por el grado de seguridad básica que proporcione una sociedad y el tipo de censura o permisibilidad que la misma de al uso del alcohol.

Nos falta mucho por saber en qué bases tan complejas se fundamenta el uso "normal" del alcohol comunmente denominado social.

La práctica cultural del alcoholismo se basa en el grado en que la misma cultura opera produciendo tensiones internas en sus integrantes, - así como necesidades agudas de ajuste a ella, y la serie de normas o - actitudes que determina respecto al beber, convirtiéndolo en sustituto

la respuesta, o si es la manera en que incide la experiencia, la que "enseña" al individuo a responder de determinada forma, lo que no podemos negar, es que se trata de una respuesta a la que se puede llamar enfermedad desde el punto de vista de que altera el estado de bienestar y la funcionalidad del individuo. Sin embargo, los múltiples enfoques que se le han dado y el refugiarse en que deberá resolverse a través de "trabajo en equipos multidisciplinarios", no parece ayudarnos mucho ni en el tratamiento y menos aún, en la prevención y rehabilitación del enfermo alcohólico.

Los sociólogos han hecho importantes contribuciones al entendimiento de las causas del alcoholismo, demostrando que hay una fuerte relación entre la inseguridad del individuo y el excesivo beber, que la propiedad del alcohol de bajar la ansiedad es lo que más se busca y que su uso, moderado o inmoderado, está determinado por el grado de seguridad básica que proporcione una sociedad y el tipo de censura o permisibilidad que la misma de al uso del alcohol.

Nos falta mucho por saber en qué bases tan complejas se fundamenta el uso "normal" del alcohol comunmente denominado social.

La práctica cultural del alcoholismo se basa en el grado en que la misma cultura opera produciendo tensiones internas en sus integrantes, así como necesidades agudas de ajuste a ella, y la serie de normas o actitudes que determina respecto al beber, convirtiéndolo en sustituto

de otros medios más legítimos de satisfacción.

Cada vez más, parecemos encontrarnos dentro de una sociedad en la cual, las desviaciones de la conducta en vez de ser primarias, parecen ser -- secundarias a la imposición de metas que son demasiado difíciles de alcanzar, no porque en sí mismas lo sean, sino porque están alejadas del ideal humanista. y el hombre, en la realización de ellas, no accede al encuentro con su esencia misma, ni mucho menos con el camino y los medios que conducen a la realización de su libertad. Por el contrario, en la medida que se enfrasca en la lucha por conseguir tales metas, se siente más atrapado por nuevas necesidades sin fin impuestas por la -- misma sociedad, la consiguiente mayor pérdida de su libertad, sin lo -- grar el encuentro con su dignidad de hombre, lo cual le aumenta su inseguridad y la necesidad de mayor aceptación social (de esa sociedad que le impone metas tan ajenas a su naturaleza) en base a su creciente inseguridad, con lo cual se cierra el círculo que es válido no solo pa -- ra el problema del alcoholismo, hay múltiple maneras de conformismo, - ritualismos, rebeliones que se asumen en un intento de adaptación so -- cial y que no pocas veces caen dentro del campo de la medicina.

Dentro de este panorama social se enmarca el movimiento de liberación - femenina, el cual nace en respuesta a una serie de cambios cualitativos en las circunstancias económicas y sociales de la vida de la mujer. Con inicios apenas en 1920, en la lucha por lograr el derecho al voto, en - los años cuarentas se vió consagrado a llenar una serie de necesidades

surgidas de la ausencia de los hombres ocupados en la guerra y es apenas en los años sesentas que se convierte en un movimiento organizado que se definía a sí mismo como: "dedicado al propósito de que toda mujer es ante todo, un ser humano y que, como cualquier otra gente en nuestra sociedad, debe tener la oportunidad de poder desarrollar, todo su completo potencial humano". A partir de entonces ha logrado abrirse campo y -- ser admitida en caso todas las áreas del acontecer humano. Sin embargo, esta evolución no ha sido fácil, actualmente la mujer, no pocas veces se encuentra confusa en el desempeño de sus diversos roles, atrapada por la angustia que le provoca, por un lado, la cada vez mayor realización en el campo profesional y laboral y los contrastantes problemas en los -- logros de su papel de génesis y pilar de la estabilidad familiar. Oscilante entre la pugna de la búsqueda de su autonomía social y el cuestionamiento de si debe valerse a sí misma principalmente como apoyo de su -- marido, o si la actividad sexual extramarital podrá ser asumida por ella con la misma libertad que el hombre y qué es lo que puede esperar de -- ella. Con dudas tan importantes como si los centros en que debe dejar a sus hijos para que sean atendidos para que ella trabaje, llenan las necesidades de ello, o si debe ser ella necesariamente quien permanezca al cuidado de los hijos. Muchas de estas preguntas difícilmente tendrán respuesta en la actualidad, ya que los resultados de estos cambios so -- ciales, por ser tan recientes, aún no pueden ser evaluados.

De nuevo habrá que plantearse si la mayoría de estos cambios, que ha te -- nido que asumir la mujer, como el hombre en general, la llevan al encuen

tro de su más natural esencia, lo que es difícil suponer, ya que si bien muchas mujeres luchan por su integración a una vida igual a la del hombre, otras más tienen que hacerlo para responder a las crecientes - necesidades que los cambios sociales han determinado, por ejemplo: con la creciente demanda de cuidados profesionales a los hijos de las mujeres que trabajan, así como los educacionales. éstos se han vuelto excesivamente caros, obligando a la vez, a que los matrimonios que tienen varios hijos, y en los cuales la mujer no hubiese planeado trabajar, no puedan responder a las necesidades de educar a los hijos con el solo trabajo del hombre y la consiguiente necesidad de emplearse la mujer, - cerrándose así otro de los círculos en que se ve atrapado el ser humano.

Cuanto más objetivo se trata de ser, se ve que estas necesidades no responden a las más esenciales del hombre, sino que son artificialmente - creadas, dificultando aún la definición de los límites de normalidad y anormalidad dentro de los roles que en este caso le toca a la mujer asumir.

¿Cómo incidir en la génesis de toda esta inseguridad para el hombre y - las consiguientes implicaciones que tiene en su conducta?. Si lo que ha provocado esta inseguridad son los cambios sociales, indudablemente, -- tendrá que ser én este campo donde deban darse las soluciones y el médico, en este caso el psiquiatra en su rol social, no es ajeno a los profundos cambios que urgen en la sociedad y que, fuera del papel, parecen no haberse ensayado en serio.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alonso F.F. Círculo de los alcoholismos y las drogadependencias. En Fundamentos de la psiquiatría actual. VII: 492. Paz Montalvo 4a. Ed. 1979.
- 2.- Altman, B; Fetal alcohol syndrome. J. Pediatr. Ophthalmol. 1976, 13: 255.
- 3.- Anderson, S.C.; Normas que identifican el papel relativo al sexo en mujeres alcohólicas. Univ. Rutgers. New Brunswick, N.J. In: -- Sex Roles. 1980 Vol. 6 (2) p. 231 a 244.
- 4.- Badr, F.M.; Badr. R.S.: Induction of dominant lethal mutation in male mice by ethyl alcohol. Nature 1975. Vol 253, 134.
- 5.- Beckman, L.D.; Alcohólicas: Mito y Realidad. Revista de Psicología de los anormales. California Univ. Med. School, Los Angeles, Agosto de 1978 Vol. 87 (4) P. 408:417,
- 6.- Blume S.B.: Mujeres con alcoholismo: El impacto del tratamiento; J.Psychiat. Trat. Evol. (Inglaterra) 1980 Vol. 2 (4) P. 225:229
- 7.- Chafetz, M.E.: Alcohol Excess. Ann. N.Y. Acad. Sci.; 133 (808), 1966.

- 8.- Cahalan, D.; Cisin, I.H.; Crossley, H.M.: American drinking practices: a national survey of drinkin behavior end attitudes. Rutgers center of alcohol studies New Brunswick, N.J. 1969.
- 9.- Clareen, S.K.; Smith, D.W.:The fetal alcohol syndrome. N. Engl. J. Med. 1978 Vol. 298 P. 1063.
- 10.- Dahalgreen, L.: Alcohólicos del sexo femenino: Desarrollo y ejemplo del bebedor problema. Acta psiq. Escandinávica 1978.Abril 57 (4) P. 325:335.
- 11.- Dahalgreen, L.; Myrhed, M.: Alcohólicos del sexo femenino. I: -- Forma de admisión de la paciente alcohólica. Un estudio con referencia especial a la persona del sexo femenino alcohólica. Acta Psiq. Escandinávica 1977. Julio Vol. 56 (I) P. 39:49.
- 12.- Eshbaugh, D.M.; Tosi, D.J.; Hoyt, C.N.: Mujeres alcohólicas. Una descripción tipológica usando el M.M.P.I. J. Stud. Alcohol 1980. Vol. 41 (3) P. 370:377.
- 13.- Freeman, J.: The origins of the women's liberation movement. in: Changing women in a changing society. J. Huber Editor. University of Chicago Press. Chicago, 1973.
- 14.- Flynn, A ; Miller, S.I.; Martier, S.S. y cols: Niveles de Zinc en mujeres alcohólicas embarazadas: una determinante en el desarrollo del feto. Lancett 1981, Vol. 6 P. 572:575.

- 15.- Hansen, J.W.; Streissguth, A.P.; Smith, D.W.: The effects of moderate alcohol, consumption during pregnancy on fetal growth and morphogenesis. J. Pediatr, 1978 Vol. 92 P.457
- 16.- Horn, J.L. Wanberg, K.W.: Las personas del sexo femenino son diferentes:, con base en el diagnóstico del alcoholismo en las mujeres. Documento presentado en la conferencia anual del Instituto Nacional sobre el abuso del alcohol y el alcoholismo; 1980. U.S.A.
- 17.- Hughes J.N.; Coste, T.; Perret, G. y cols: Función ovárica-hipotálamo-hipofisiaria en mujeres de 31 años con alcoholismo crónico. Clin Endocrin.; 1980. Vol. 12 (6) P. 543:551.
- 18.- Hurley, L.: The fetal alcohol syndrome: possible implications of nutrient deficiencies. NIAAA research monograph 2, alcohol and nutrition, U.S. govt. Printing office, Wash., D.C. 1979.
- 19.- Johnson P.; Amor D.; Polich S.; Stanbul H: U.S. adult drinking practice: time trends social correlates and sex roles. Draft report prepared for national institute on alcohol abuse and alcoholism. Vol. 282 (76) July 1977.
- 20.- Jellineck E.M.: The disease concept of alcoholism. Hill House Press. New Haven. 1960.

- 21.- Johnson P.: Mujeres que trabajan y el uso del alcohol. Datos nacionales preliminares. Documento presentado en la convención anual de la Asociación Psicológica Americana. Toronto, Ontario, - Canadá, Agosto, 1978.
- 22.- Jones, B.M.; Jones, N.K.; Hatcher, C.M.: Deficiencias cognoscitivas en mujeres alcohólicas como una función del estatus ginecológico. J. Stud. Alcohol; U.S.A. 1980, Vol. 41 (I) P. 140:146.
- 23.- Jones K.L. , Smith, D.W.: Recognition of the fetal alcohol syndrom in early infancy . Lancet 1973, Vol. 2 P. 999.
- 24.- Keil T.J.: Variaciones en el papel sexual y mujeres que beben: resultados de un estudio a nivel doméstico en Pennsylvania. J. Stud. alcohol, 1978 Vol. 39 (5) P. 859:860.
- 25.- Kline, M.: Instrucción rigurosa necesaria al personal especializado que trabaja con mujeres alcohólicas. J. of drug Educ. 1979. - U.S.A. Vol. 9 (4) P. 337:346.
- 26.- Knight, R.P.: Psychodynamics of chronic alcoholism. J. Nerv. Mental Dis. 1937. Vol. 86 P. 538.
- 27.- Lemoine, P; Harousseau H.; Borteyru J.P.; Menuet, J.C.: Les enfants de parents alcooliques: anomalies observées a propos de 127 cas. Quest. Med. 1968, Vol. 25 P.476.

- 28.- Lewis T.J.; Boylan P. Alcohol and fetal breathing. Lancet 1979
Vol. 1 P. 388.
- 29.- Little, R.E.; Streisguth, A.P.; Barr, H.M.; Herman, C.S.: Disminuyó al momento de nacer el peso de los infantes de mujeres alcohólicas aunque se abstuvieran de beber durante el embarazo. J. Pediatr, 1980, Vol. 96 (6) P. 974:976.
- 30.- Lutz, M.; Appelt, H; Cohen, R.: Problemas en las familias de alcohólicas y mujeres depresivas vistas por sus maridos. Soc. Ps.y Ch.(Alemania Occidental) 1980, Vol. 15 (3) P. 137:144.
- 31.- Mayer Gross; Slater; Rot: Clinical Psychiatry. Alcoholism, Drug - addiction and other intoxications; VII:588. Bailliere-Tindall. 3a. Ed. reimp. 1979.
- 32.- Masters, W.H.; Johnsons, V.E.: Human sexual response. Little Brown, Boston 1966.
- 33.- Mc Lleland, D.C. Khan, M: Effects of male social drinking on fantasy J. Pers. Soc. Psychol . Vol. 1 P.441. 1965.
- 34.- Mc Lleland D.C.; Davis, W.N.; Kalin, R.;Wanner, E: The drinking man: alcohol and human motivation. Free press, N.Y. 1972.
- 35.- Menninger, K.A.: Man against himself. Harcourt Brace, N.Y. 1938.

- 36.- Olegard, R.: Sabel K. ; Aronsson, M.; Sandin, B; Johansson, P.; Carlsson, C.; Kyllerman, M; Iverson K.; Herbex, A : Effects on the child of alcohol during pregnancy: reatrospective and prospective studies. A. Paediatr. Scand. Suppls 1979,Vol. 275, P. 112.
- 37.- Ortega, B.J.: Las familias de mujeres alcohólicas. Actas ruso-españolas de neurología y psiquiatría y ciencias afines. 1976, Vol. 4. Julio-Agosto P. 227:238
- 38.- Parker, E.S.; Noble E.P.: Alcohol consumption and cognitive functioning in social drinkers.J.Stud alc. 1977 Vol. 38 P. 224.
- 39.- Pinhas, V.L. Una investigación para comparar el grado en el cual - mujeres alcohólicas y no alcohólicas reportan culpabilidad respecto al sexo y control sexual. Disertación internacional sobre compen-dios . Vol. 39 (12-A) Nueva York, Junio 1979.
- 40.- Randall, C.L. ; Noble,E.P.: Alcohol abuse and fetal growth and -- development. Adv. Sub-abuse In press, 1980.
- 41.- Rosenbaum, A.; O'Leary, K.D.: Violencia marital característica de las parejas que abusan del alcohol. Rev. Psicol. Clin. Consul. Febrero 1981, Vol. 49 (I) P. 63:71.

- 42.- Rosenberg, L.; Slone, D.; Shapiro, S y cols.: Bebidas alcohólicas e infartos al miocardio en mujeres jóvenes. Am. J. Publ. Health 1981, Vo. 71 (1) P. 82:85.
- 43.- Rosett, H.L.: Clinical pharmacology of the fetal alcohol syndrome Majchrowicz, E. and noble, E. (Eds.) Biochemistry and pharmacology of ethanol. Plenum press (2) New York, 1979.
- 44.- Schlessner, M.; Winokur, G.; Sherman, B.: Genetic subtypes of -- unipolar primary depressive illness distinguished by hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity. Lance 1979 Vol 1, P. 739.
- 45.- Schuckit, M.; Pitts, F.N.; Reich, T.; King, L.J.; Winokur, G.: Alcoholism: I.-Two types of alcoholism in women. Arch. Gen, Psychiat. 1969, Vol. 20 P. 301.
- 46.- Schukit, M.; Morrissey, E.C.A.: Abuso de las drogas entre mujeres - alcohólicas. Am J. Psychiat. Abril 1979, Vol. 136 P. 607:611.
- 47.- Scott, E.M.; Manaugh T.S.: Femenidad: preferencias de las mujeres - alcohólicas con base en el programa de preferencias personales -- Edwards (EPPS). Reportes Psicológicos, Junio 1976. Vol. 38 (3) P.847:852.
- 48.- Smith, R.C.; Parker, E.S.; Noble, E.P.: Alcohol's effect on some -- formal aspects of verbal social communication. Arch. Gen Psychiat. 1975. Vol. 32 P. 1394.

- 49.- Spkol, R.J.; Miller, S.I.; Reed, G: Alcohol abuse during pregnancy: and epidemiologic study. Alc. Clin. Exp. Res. 1980 Vol. 4 P. 135.
- 50.- Smithies, C.: Adicción y abuso de drogas; en: Psiquiatría para estudiantes de medicina,. IX : 196, 1a. Ed. Prensa Médica Mexicana, 1981.
- 51.- Tonowsky R.F.: Mujeres alcohólicas depresivas: Características de la personalidad y hechos de su vida. Disertación internacional sobre compendios, U.S.A. Agosto 1978.
- 52.- Trice, H.M.; Beyer, J.M.: Programa para mujeres empleadas y el alcoholismo en el trabajo. Cornell U. Ithaca, N.Y. 1978.
- 53.- U.S. Center for disease control: Congenital malformations surveillance report. April 1977, March 1978, Nov. 1978.
- 54.- Welsh, B.O.: Mujeres alcohólicas y esposas de alcohólicos: análisis de la personalidad y de las clases sociales. Humboldt J. Soc. Relat. Prim.-ver 1975 Vol. 2 (2) P. 50:56.
- 55.- Winokur, G., Clayton,P.: Family studies II: Sex differences an alcoholism in primary affective illness. Br. J. Psychiat. 1967 Vol. 113 P. 973.

56.- Winokur, G.; Rimmer, J.; Reich T.: Alcoholism I-V. Is there more than one type of alcoholism?. Br. J. Psychiat. 1981, Vol. 118 P. 525.

57.- Winokur, G.; Behar, D.; van Valkenburg, C.; Lewry, M.: Is a familial definition of depression both feasible and valid?. J. Nerv. Mental Dis. 1978, Vol. 166 P. 764.