

11241
12/12

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
I. S. S. S. T. E.

"DEPENDENCIA ALCOHOLICA Y
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD"

JESUS ALFONSO RODRIGUEZ ALDAPE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

MEXICO, D. F.
1987





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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

DR. RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO
DE PSIQUIATRIA

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ
COORDINADOR DEL CURSO UNIVERSITARIO

DR. MIGUEL KRASSOIEVITCH Z.
ASESOR DE TESIS

DRA. NORA CAVAZOS
PROFESOR DEL CURSO DE ESTADISTICA

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

DR. JORGE LEOPOLDO RAMOS RAMOS
JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA,
PSICOLOGIA Y PAIDOPSIQUIATRIA.

DR. WILLIAM NAVARRETE Y PINEDA
JEFE DE ENSEÑANZA.

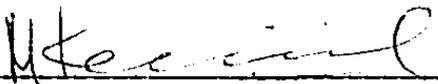
DRA. FLORENCIA VARGAS V.
JEFE DE INVESTIGACION Y DIVULGACION.

DR. LUIS FELIPE MONTAÑO E.
COORDINADOR DE INVESTIGACION Y DIVULGACION.

"DEPENDENCIA ALCOHOLICA Y
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD"

JESUS ALFONSO RODRIGUEZ ALDAPE


VoBo. DR. JORGE LEOPOLDO RAMOS RAMOS
JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA,
PSICOLOGIA Y PAIDOPSIQUIATRIA.


VoBo. DR. MIGUEL KRASSOIEVITCH Z.
ASESOR DE TESIS

@DM, 20-I-87

C O N T E N I D O.

	Pag.
I. CONCEPTOS BASICOS	
A. INTRDUCCION	1
B. DEFINICION DE ALCOHOLISMO	8
C. ASPECTOS CLINICOS DE LA DEPENDENCIA ALCOHOLICA .	10
D. DEFINICION DE TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONA LIDAD	12
E. ASPECTOS CLINICOS DEL TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	13
F. RELACION ENTRE ESTRUCTURA FAMILIAR, DEPENDENCIA- ALCOHOLICA Y TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONA- LIDAD	16
G. ASPECTOS TERAPEUTICOS DE LA DEPENDENCIA ALCOHOLI CA	20
II. TRABAJO DE INVESTIGACION	
A. PLANTEAMIENTO	25
B. OBJETIVOS	26
C. DISEÑO DEL ESTUDIO	26
D. CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO	27
E. INSTRUMENTOS DE CAPTACION, CARACTERISTICAS	28
F. PROCEDIMIENTOS TECNICOS	34
G. VARIABLES ESTUDIADAS	35
III. RESULTADOS	
A. SUJETOS ESTUDIADOS	37

B. VARIABLES DEMOGRAFICAS	38
C. VARIABLES ESPECIFICAS: DEPENDENCIA ALCOHOLICA DIS	42
D. VARIABLES ESPECIFICAS: T.A.P. DIS	43
E. VARIABLES ESPECIFICAS: HISTORIA FAMILIAR	46
F. VARIABLES ESPECIFICAS: MMPI	48
G. VARIABLES ESPECIFICAS: ZUNG	49
IV. DISCUSION.....	50
A. CONCLUSIONES	52

APENDICE A

VIÑETAS CLINICAS , RESUMEN DE CINCO CASOS

APENDICE B

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM-III

INSTRUMENTOS DE CAPTACION

BIBLIOGRAFIA.

CASSIO: "...¡oh tú, espíritu invisible del vino! ¡si careces de nombre con que se te puede conocer, llámameste demonio! ¡ser hace un momento un hombre-razonable, convertirse de pronto en imbécil y hallarse acto seguido hecho una bestia! cada copa de más es una maldición, y el ingrediente, un -- diablo."

YAGO: "Vamos, vamos, el buen vino es un buen compañero si se le trata bien. No clameis más contra él."

OTELLO de W. Shakespeare.

I. CONCEPTOS BASICOS.

A. INTRODUCCION.

Todo hace suponer que el hombre ha ingerido bebidas alcohólicas desde que creó las civilizaciones que hoy reconocemos como las más antiguas. Se dispone de testimonios escritos sobre el conocimiento que los egipcios, los antiguos hebreos, los griegos, los romanos y los nahuas, tenían acerca del vino y otras bebidas y sus efectos, al menos los inmediatos, sobre el organismo humano. Los egipcios dieron crédito a Osiris por haber introducido el vino, los hebreos a Noé, los griegos a Dionisos (Baco para los romanos), en México a Mayahuel (olmecas), Yudó (otomí), Thares Uperne (purépechas) y Ome-Tochtli (tolteca-mexica), reconociendo tal acción como muy buena y enriquecedora de sus culturas.

Para el médico moderno resulta casi increíble el hecho (de por sí desalentador) de que apenas en este siglo se haya alcanzado un apreciable conocimiento, aunque en sentido estrictamente científico aún incipiente, acerca de las causas del alcoholismo, su diagnóstico y tratamiento. La medicina se conformó durante centurias con estudiar algunos de los efectos que la ingestión excesiva del alcohol produce a largo plazo en los distintos órganos de la economía humana. A veces el clínico describió en detalle las lesiones, los síntomas y los signos de diversos síndromes, sin percatarse

de la relación causa-efecto que tales estados patológicos - mantenían con el uso inmoderado y prolongado de las bebidas alcohólicas. Con tan escasos conocimientos sobre el asunto, el médico adoptó ante el consumo de alcohol por el hombre - las mismas actitudes que la sociedad misma manifestaba: la de la complacencia y aceptación adjudicando al alcohol virtudes excelsas o la de señalar sólo las trágicas consecuencias de su abuso (1).

El alcohol es una fuente de relajación, placer y convivialidad; es un nutriente del cuerpo, preservador y restaurador de la salud que ennoblece los festivales y ritos religiosos. A pesar de la inexactitud de estas alabanzas, y de otras que se refieren sobre todo a ciertas virtudes del alcohol como medicamento, tenemos que aceptar que en una forma u otra ha sido el primer tranquilizante conocido por el hombre y que en la actualidad es el más ampliamente utilizado de cuantos existen. Como alimento es ciertamente una --- fuente de calorías, aunque muy imperfecto e incluso peligroso si se ingiere en substitución de otras verdaderas substancias nutritivas. Puesto que actúa como un depresor del - sistema nervioso central, debemos clasificarlo entre las -- drogas psicofarmacológicas, modificadoras de la fisiología- cerebral, y no necesariamente como un tóxico, si es ingerido moderadamente. Pero esta faceta con que se nos presenta el alcohol tiene su contrapartida en la segunda actitud que tradicionalmente ha manifestado una buena parte de la humanidad.

La "mala cara" del alcohol nos hace pensar en los trágicos síntomas del síndrome de abstinencia, en la desespera

ción del alcohólico ante la víctima arrollada por su vehículo. La historia del hombre consumidor excesivo de alcohol es la historia de la destrucción del individuo y de la infelicidad familiar. Francois de Salignac escribía en el siglo XVIII: "algunos de los más espantosos daños que afligen a la humanidad proceden del vino; éste es causa de enfermedades, disputas, sediciones, holgazanerías... y toda clase de problemas domésticos" (2). Pero en esta actitud hacia el alcohol se perciben fácilmente los elementos morales que forman parte de un juicio no científico del alcoholismo, juicio que no ha contribuido a la mejor comprensión del problema-

Al respecto, Mayer-Gross hace hincapié en el hecho de que los enfoques y valoraciones sobre el alcoholismo están siempre vinculados con las concepciones y apreciaciones personales que los distintos autores tienen frente a este fenómeno (3).

El alcoholismo y sus complicaciones se extienden a todas las facetas de nuestra existencia. Es un hecho desafortunado que la mayoría de nuestros médicos exhiben una notable incapacidad para prestar ayuda terapéutica efectiva al paciente que sufre alcoholismo, e incluso para participar ayuda terapéutica efectiva al paciente que sufre alcoholismo, e incluso para participar constructivamente, como simples ciudadanos, en la tarea colectiva contra esta enfermedad de tan elevada incidencia y tan graves consecuencias individuales y sociales. En la práctica profesional, muchos médicos tienden a evitar el encuentro con el paciente alcohólico, prestarles ayuda profesional, les significa una ac-

tividad desagradable y frustrante. Por desconocimiento de los hechos, no aceptan que el alcoholismo es una enfermedad una entidad patológica específica (1).

Los investigadores que tienen intereses muy especializados y que desean definir el alcoholismo desde sus propios enfoques doctrinarios, tal vez seguirán buscando una sola causa como si pudiera postularse la etiología unitaria de un trastorno cuya característica principal es la complejidad. Sin embargo, si nos basamos en los conocimientos que ya se tienen sobre la etiopatogenia, tal búsqueda no se apega a una actitud científica. Todo lo sabido lleva a considerar la existencia de diversos factores predisponentes y desencadenantes del alcoholismo.

Es probable que buena parte del rechazo que los médicos generales sienten hacia el tratamiento del alcohólico se deba a la incertidumbre sobre la etiología. La incapacidad para identificar una causa específica puede llevar a pensar que ningún tratamiento es racional, pero si acertamos en este juicio sobre la actitud del médico ante el alcoholismo, es un hecho muy desafortunado.

A pesar de la mezcla de los datos bien conocidos con la fantasía, las hipótesis y la información errónea, sabemos lo suficiente sobre la patogenia del alcoholismo para actuar con interés profiláctico y terapéutico en beneficio efectivo de los pacientes. Pero es necesario insistir y dejar bien en claro, que la gran mayoría de las autoridades en la materia están de acuerdo en que no existe una causa simple sino una interacción complicada de factores fisiológicos, psicológicos y sociales que originan y desarrollan -

esta grave farmacodependencia (4).

De acuerdo con los estudios del Dr. Plaut, los individuos que mayores posibilidades tienen de convertirse en alcohólicos son aquellos que:

1) Responden a las bebidas alcohólicas en una cierta forma (quizás determinada fisiológicamente) que le permite experimentar intenso alivio y relajación.

2) Poseen ciertas características de la personalidad que les impide enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración.

3) Pertenecen a culturas en las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor (5).

Estos tres puntos constituyen un modelo que resume los diferentes factores que se invocan en relación al problema del alcoholismo. Mientras más estudios se acumulan más claramente se ve que hay una gran variedad de circunstancias significativas en torno a la bebida, que son diversos los tipos de personalidades de quienes se convierten en alcohólicos y que existen muchas "razones" para empezar a beber y continuar bebiendo hasta alcanzar un nivel peligroso.

1. Los factores fisiológicos. Se han establecido una serie de hipótesis que dan una importancia decisiva a los factores fisiológicos. Se han postulado defectos genéticos, funcionales, metabólicos y nutricionales, pero todos necesitan la concomitancia de otros factores como los psicopatológicos y los socioculturales, para adquirir relevancia como precipitantes del alcoholismo.

Se han realizado estudios diversos que se encaminan a demostrar una alteración en el metabolismo del etanol, so--

bre todo tratando de demostrar una falla en la formación de acetaldehído, primer paso en la cadena metabólica del alcohol, sin llegar a conclusiones firmes.

En el campo de la genética, existe alguna evidencia de que el alcoholismo está, en cierta medida, determinado genéticamente; sin embargo, la herencia sola no explica la gran mayoría de los casos y la disposición constitucional tiene que conjugarse con los otros factores para alcanzar un valor patogénico (6, 7, 8).

Por el momento, puede decirse, que la etiología del alcoholismo, entendida como las causas que originan el trastorno, no se define por los factores fisiológicos.

2. Los factores psicológicos. Desde hace muchos años, - sobre todo bajo la influencia del psicoanálisis, la búsqueda de una "personalidad prealcohólica" o de los rasgos de carácter típicos del alcohólico, han llevado a diversos autores a sostener hipótesis que de hecho son divergentes - unas de otras y aún contradictorias. En 1949 el Dr. P. Desclaux y colaboradores, en su estudio sobre el tema, concluyeron que: no existe una "personalidad alcohólica" definida ni hay rasgos que puedan "explicar" el origen o la evolución del alcoholismo (9). Por su parte Diethelm, en 1955, - refiere que no puede ser definido un tipo de personalidad prealcohólica, ya que se encuentran rasgos muy variados de característica neurótica y de trastornos del carácter en un individuo alcohólico (10). Sin embargo, es muy común la asociación existente entre "personalidades psicopáticas" y alcoholismo (11). A su vez, Walton en 1968, reporta la relación de alcoholismo con datos de tipo compulsivo (12).

3. Los factores socioculturales. Numerosos estudios -- han servido para señalar algunos hechos que indudablemente influyen sobre la incidencia o la ausencia de alcoholismo -- en los diferentes grupos sociales, las regiones y las naciones.

El Dr. Bales, basándose en la revisión de numerosos estudios culturales y trans-culturales, ha propuesto que existen tres formas en las que la organización social influye -- en la incidencia del alcoholismo: a) el grado en el cual -- una cultura opera sobre los individuos para producir agudas necesidades de adaptación a sus tensiones internas; b) las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus miembros hacia el consumo de alcohol; y c) la medida en la que provee medios substitutivos para la satisfacción de necesidades (13).

Como una consecuencia lógica de su tesis, Bales supone que una sociedad que produce tensiones internas agudas como la culpabilidad, la agresión contenida, los conflictos sociales y la insatisfacción sexual, y cuya actitud hacia el alcohol es la de aceptarlo utilitariamente como un reductor de tales tensiones, es una sociedad que tiende a producir -- un alto porcentaje de alcohólicos. Las actitudes de una cultura hacia el consumo de bebidas se clasifica en: a) abstinencia; b) uso ritual en ceremonias religiosas; c) uso social en situaciones de convivencia; y d) uso utilitario, en el cual la "razón" para beber es individual, siendo esta última actitud la que considera más importante en el plano de la patogenia del alcoholismo (13).

De lo expuesto, puede deducirse, que los factores so--

cioculturales tienen una gran importancia en la génesis y - el desarrollo del alcoholismo; su influencia se reconoce como muy importante y ningún esfuerzo preventivo o terapéutico podría dejarlos de lado en un programa integral. Pero no debe olvidarse que el alcoholismo se origina a partir de -- una causa simple sino de una interacción compleja de los -- factores fisiológicos, psicológicos, sociales o socioculturales.

B. DEFINICION DE ALCOHOLISMO: DEPENDENCIA ALCOHOLICA.

La mayoría de las definiciones elaboradas para definir al alcoholismo son muy criticables, ya que se apegan a aspectos específicos o, aún cuando intentan ser comprensivas, derivan de un enfoque doctrinario que impide la postulación de un concepto integral útil para todos.

El Dr. Mark Keller del Centro de Estudios sobre el Alcohol de la Universidad de Rutgers y editor del Quarterly - Journal of Studies on Alcohol, después de algunas formulaciones iniciales llegó a una definición que dio a conocer - en 1960 y que se incluyó al año siguiente en la Enciclopedia Americana:

"El alcoholismo es una enfermedad crónica de carácterfísico, psíquico o psicossomático, que se manifiesta como un desorden de la conducta y que se caracteriza por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto de que excede a lo que se acepta socialmente y - que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el traabajo" (14).

1. La definición señala que el alcoholismo es una enfermedad. Para apoyar lo anterior, sería conveniente recordar la tesis emitida por la OMS acerca de una enfermedad, - en la que establece que una enfermedad representa una falla en la adaptación, un rompimiento en el intento del organismo por mantener el proceso biológico autorregulador; la pérdida de la salud es la pérdida del equilibrio del cuerpo -- con su medio interno y con su habitat. Postulados que cubre totalmente el alcoholismo.

2. Se establece claramente que se trata de un padecimiento de carácter crónico. La cronicidad es un elemento esencial del concepto de alcoholismo, de tal forma que no debe de ser confundido con el estado de intoxicación etílica-aguda. La naturaleza progresiva de este deterioro es un fenómeno concomitante casi universal, de tal manera que la -- historia natural del trastorno, los síntomas y los signos -- conforman un modelo reconocible.

3. Está explícito que es una característica esencial -- la ingestión repetida y excesiva de alcohol, pese a la desaprobación general y al daño que produce en el individuo. Implícitamente se está aceptando que el alcoholismo es una -- farmacodependencia ya que se expresa la incapacidad del alcohólico de alejarse de la droga, aun cuando por la experiencia diaria compruebe que su conducta lo lleva hacia la ruina total. El reconocimiento de que el alcoholismo es una farmacodependencia queda explícito en el Seminario Internacional sobre Trastornos de la Personalidad y de Adicción a Sustancias, que fué convocado por la OMS para la estandarización, clasificación y control estadístico del diagnóstico

psiquiátrico, celebrado en la ciudad de Tokio, Japón, en el año de 1971, y cuyos resultados están comprendidos en la -- Clasificación Internacional de Enfermedades, novena edición

4. La definición señala también la necesidad de que -- exista un daño físico, mental o social, como condición para llamar alcohólico a un individuo.

Síndrome de Dependencia del Alcohol: estado psíquico y generalmente también físico, resultante de la ingestión de alcohol, caracterizado por respuestas del comportamiento y otras, que siempre incluyen la compulsión a beber alcohol -- de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces para evitar el malestar de la abstinencia; puede haber tolerancia aunque ésta podría no -- estar presente (15).

C. ASPECTOS CLINICOS DE LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL (16).

Los síntomas esenciales de la dependencia del alcohol -- son tanto la existencia de una estructura patológica de uso de alcohol o deterioro de la actividad laboral o social debido al alcohol, como la presencia de tolerancia o abstinencia.

Curso. Después de cinco años del establecimiento de un hábito de bebida regular, y con frecuencia en el curso del -- año siguiente, se desarrolla el abuso o dependencia del alcohol. El hábito de bebida de grandes cantidades de alcohol en la adolescencia (antes de los 16 años) se acompañará, -- con toda probabilidad, de problemas en la vida adulta.

Aunque la dependencia y el abuso de alcohol puede continuar hasta la vejez, a veces suele remitir como consecuen -- cia del desarrollo de las complicaciones físicas que le son

propias. Algunos sujetos con historia previa de dependencia alcohólica pueden presentar períodos ocasionales de bebida sin episodios de intoxicación o, en todo caso, episodios de intoxicación excepcionales. Además, un hábito de bebida moderado no debe ser considerado prueba suficiente de la ausencia de dependencia alcohólica en el pasado.

Tres son las principales estructuras de uso patológico y crónico de alcohol. La primera es la ingestión regular y diaria de grandes cantidades de alcohol; la segunda es el hábito regular de grandes ingestas de alcohol limitadas a los fines de semana; ambos patrones se incluyen en el subtipo "continuo". El tercer patrón se caracteriza por largos períodos de sobriedad entremezclados con períodos de embriaguez diaria por grandes cantidades de alcohol que duran semanas o meses; este patrón corresponde al subtipo "episódico".

Antecedentes familiares. El abuso y la dependencia del alcohol es más frecuente entre los miembros de una misma familia que entre la población general. El aumento de la prevalencia entre los hijos adoptados a edad muy temprana con padres con este trastorno proporciona una prueba de la existencia de un factor genético (17).

Criterios para el diagnóstico de la dependencia del alcohol:

a. Patrón patológico de uso de alcohol o deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de alcohol (ver apéndice B).

b. Cualquiera de las dos: tolerancia o abstinencia (ver apéndice BO).

La tolerancia es el estado de progresiva adaptación a la droga que se produce con la administración prolongada de la misma, en virtud de la cual son necesarias dosis cada vez mayores para producir iguales efectos farmacodinámicos. La mayoría de los autores están de acuerdo en aceptar que la tolerancia únicamente tiene lugar con las drogas que originan dependencia física (18).

La utilización crónica de ciertas drogas da lugar a la dependencia física (o "adicción"), que el comité de la OMS define como "un estado de adaptación que se manifiesta por intensos trastornos físicos que se presentan cuando se suspende la administración de la droga, o cuando su acción es afectada por la administración de un antagonista específico" (19). Ligado a la dependencia física se halla el síndrome de abstinencia, que es el conjunto de síntomas desagradables o dolorosos que se presentan, en aquellos que han desarrollado una dependencia física, en el momento de la supresión de la droga que toma habitualmente (18).

D. TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL: DEFINICION (15).

Trastorno de la personalidad con predominio de las manifestaciones sociopáticas o asociales. Es un trastorno de la personalidad caracterizado por el menosprecio de las obligaciones sociales, falta de sentimientos hacia los otros y violencia impetuosa o dura indiferencia. Hay una gran disparidad entre el comportamiento y las normas sociales prevalecientes. La conducta no se modifica fácilmente con la experiencia e incluso no cambia con el castigo. El individuo con esta personalidad es frío desde el punto de

vista afectivo y puede ser anormalmente agresivo o irresponsable. Su tolerancia a la frustración es baja; ofrece racionalizaciones plausibles o culpa a otros por el comportamiento que lo lleva a entrar en conflicto con la sociedad.

Cloninger et al. definen la Personalidad Antisocial como un desorden de inicio temprano en la vida, manifestado por conducta antisocial y delincuencia recurrente, tales como problemas escolares, frecuentes problemas por peleas y portación de armas, salidas nocturnas de la casa, ausencias prolongadas o vagancia y marcada promiscuidad sexual o prostitución en adición con conducta criminal, refiriéndose a los actos que han sido sancionados por algún tipo de privación de la libertad, condicional o incondicional (6).

E. ASPECTOS CLINICOS DEL TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (20).

El rasgo esencial es un trastorno de la personalidad en el que existe una historia de conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás. Esta pauta de conducta antisocial persiste en la edad adulta, se presenta antes de los quince años y se expresa por un fracaso en el mantenimiento de la actividad laboral durante un periodo de varios años.

Entre los signos típicos que se encuentran en la infancia, destacan las mentiras, los robos, las peleas, la vagancia y la resistencia a la autoridad. En la adolescencia, son frecuentes la conducta sexual agresiva o inusualmente temprana, el consumo excesivo de alcohol y el uso de drogas ilegales. En la edad adulta siguen presentes estos tipos de

conducta, a los que se añaden la incapacidad para mantener un rendimiento laboral aceptable o para funcionar como un padre responsable, con negativas a aceptar las normas sociales que definen la conducta correcta. Después de los 30 años, los aspectos más flagrantes pueden ir disminuyendo, sobre todo la promiscuidad sexual, las peleas, los actos delictivos y la vagancia.

Sintomatología asociada. A pesar del estereotipo de que en esta alteración existe un estado mental normal con frecuencia hay síntomas de malestar personal, entre los que pueden observarse quejas de tensión, de incapacidad para tolerar el aburrimiento, depresión, y la convicción (a menudo correcta) de que los otros son hostiles. Las dificultades interpersonales y la disforia tienden a persistir en la última etapa de la vida adulta, incluso cuando han disminuido los aspectos más flagrantes de la conducta antisocial. Casi invariablemente, existe una marcada incapacidad para sostener relaciones duraderas íntimas, cálidas y responsables con la familia, con los amigos o con las parejas sexuales.

Deterioro. El trastorno es a menudo extremadamente incapacitante, dando lugar a un fracaso en la posibilidad de transformarse en un adulto independiente y autosuficiente, ocasionando además muchos años de institucionalización, por lo general, más penal que médica. Sin embargo, para algunos individuos que tienen algunos rasgos de esta alteración, es posible la obtención de éxitos económicos y políticos, pero este tipo de gente, casi nunca presenta un cuadro completo del trastorno y sobre todo falta el comienzo temprano en la infancia, que por lo general interfiere la necesaria forma-

ción del sujeto, haciendo imposible la mayor parte de carreras públicas.

Complicaciones. Las complicaciones más frecuentes son el analfabetismo y el trastorno por uso de sustancias.

Factores predisponentes. Los factores de predisposición son el trastorno por déficit de atención (21, 22), y el trastorno de conducta durante la prepubertad. La ausencia de disciplina familiar parece que aumenta la posibilidad de que el trastorno de conducta desemboque en un trastorno antisocial de la personalidad. Otros factores de predisposición pueden ser la pobreza extrema, la expulsión del hogar y el hecho de crecer sin figuras familiares de ambos sexos (6, 23, 24, 25).

Edad de comienzo. Por definición la alteración empieza antes de los 15 años. Por lo general en las mujeres, los primeros síntomas empiezan en la pubertad, mientras que en los hombres ya son francamente obvios en la niñez temprana.

Prevalencia. Las estimaciones sobre la prevalencia del trastorno antisocial de la personalidad entre los hombres americanos es de alrededor de un tres por ciento, y para las mujeres menos de un uno por ciento. La alteración es más frecuente entre la población de clase baja, debido en parte a que está asociada con una incapacidad para ganarse la vida y también porque los padres de los que padecen esta alteración acostumbran a presentarla ellos también y, en consecuencia, sus hijos crecen en hogares empobrecidos (22, 26).

Antecedentes familiares. El trastorno antisocial de la personalidad es particularmente común en los padres de los-

sujetos que presentan la alteración. Los estudios que intentan separar las influencias genéticas de las ambientales -- dentro de la familia, sugieren que ambas son importantes, -- puesto que parece existir una herencia de los padres biológicos separados de sus hijos tempranamente en la vida y una influencia social de los padres adoptivos (23). Debido a -- una tendencia al emparejamiento selectivo, los individuos -- que presentan este trastorno tienen muchas posibilidades de que su padre, su madre o ambos lo presenten también (26).

Criterios para el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad (ver apéndice B).

F. RELACION ENTRE ESTRUCTURA FAMILIAR, DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD.

Se define como Familia Alcohólica aquella en que existe un miembro alcohólico, considerado como integrante de -- primer grado (25).

Durante los últimos años se ha dado una importancia mayor a la influencia que tiene la familia en la psicopatología de sus integrantes, principalmente, la relación existente entre el alcoholismo y la personalidad de tipo antisocial.

La presencia de un padre con dependencia alcohólica -- va a contribuir enormemente en la presencia de dependencia alcohólica en sus integrantes, y si ambos padres son alcohólicos, la posibilidad de que los hijos sean alcohólicos -- es mucho mayor:

Cuando se realiza la entrevista sobre historia familiar, en una persona con dependencia alcohólica primaria, --

o sea, cuando la dependencia alcohólica se establece sin -- que exista un trastorno psiquiátrico previo, se encontrará en los familiares de primer grado, -- familia nuclear -- la presencia de dependencia alcohólica hasta en un 60% de sus integrantes; y si la familia es tradicional extensa, la investigación de alcoholismo en el resto de familiares, agregará otro 10% a las cifras encontradas (27, 28).

En el mismo grupo de alcohólicos primarios, se ha observado una inicio a edad más temprana que los alcohólicos secundarios, aparición de complicaciones por el alcoholismo a edad también más temprana y la presencia de conductas antisociales desde la infancia o preadolescencia (6, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32). Lo mencionado generalmente está relacionado con los alcohólicos masculinos. En la mujer alcohólica primaria se ha observado una incidencia mayor de -- trastornos afectivos en sus familiares de primer y segundo grado que los casos de dependencia alcohólica (26).

Se ha postulado además, que la presencia de dependencia alcohólica no es exclusivamente debido al ambiente familiar, sino que, realizándose estudios con hijos de padres -- alcohólicos, que fueron dados en adopción, en donde los padres biológicos no se mantuvieron en contacto con ellos, y en los cuales los padres adoptantes no cubrían los requisitos para ser considerados alcohólicos y la familia era de -- tipo nuclear estructurada, se manifestaba en los sujetos de estudio, dependencia alcohólica con menor intensidad que en los que continuaron viviendo con sus padres biológicos. Esto apoya la teoría de un posible factor genético en la génesis del alcoholismo. (6, 7, 8, 17).

Estudios similares al anterior, se han realizado considerando como parámetros, patrones de conducta antisocial en los padres biológicos, separándoles de ellos y dándoles en adopción con personas que carecían de dichas pautas de conducta, y el resultado fué la presencia de trastornos antisociales de la personalidad en los niños cuyos padres eran sociopatas, pero que tuvieron padres adoptantes sin esas características, lo cual demuestra la existencia de un factor genético en la transmisión de esta entidad psicopatológica, observándose la tendencia a desarrollar también dependencia alcohólica, no así en los alcohólicos, que pueden desencadenar otros cuadros psicopatológicos sin tener rasgos de conducta antisocial, de lo que se deduce que el factor genético es independiente para cada una de las entidades estudiadas (23).

En las familias alcohólicas con miembros del subtipo primario, además de un inicio más temprano, y de desarrollar complicaciones físicas con mayor frecuencia, se ha detectado una actividad antisocial importante (32). Cadoret et al. notaron que muchos de los síntomas de alcoholismo reportados por alcohólicos antisociales fueron expresados como un "estilo de vida" antisocial, que involucraba peleas, problemas laborales, y arrestos por intoxicaciones en lugares públicos (33).

Realizando estudios independientes de familias alcohólicas y antisociales, se encontraron características estructurales y dinámicas similares: el padre es autoritario y --déspota, sumamente rígido, o por el contrario es periférico inconsistente, lo cual va a motivar, primero, la percepción

de una figura persecutoria y superyoica, motivadora de culpa intensa, que tratará de disminuir por medio de la adicción ya sea a alcohol u otras sustancias y que despertará sentimientos agresivos que se manifestarán en sus actitudes sociopáticas. Cuando la figura paterna es periférica deposita sus necesidades afectivas en la figura materna, lo cual motivará también sentimientos de agresividad hacia el padre alejado y aumentará sus necesidades de dependencia, tornándose inseguro, con baja tolerancia a la frustración y con impulsividad importante. La figura materna generalmente es sumisa y sobreprotectora y va a perpetuar la simbiosis con el hijo, tornándole dependiente, con ambivalencia importante y que actuará en forma impulsiva, agresiva, hacia el mundo circundante, ya que está limitado para vivir independientemente, y por otro lado buscará satisfacer sus necesidades afectivas a través de la dependencia a alguna sustancia que supla en cierta forma la figura materna. Cuando la madre es rechazante, a través de agresiones continuas hacia los hijos y ante un padre periférico o sumiso, ellos reaccionarán con actitudes de auto o heteroagresividad, y la necesidad de afecto también la van a buscar en el alcohol (34).

Quidam ludunt, quidam bibunt,
 quidam indiscrete vivunt.
 Sed in ludo qui morantur,
 ex his quidam denudantur,
 quidam ibi vestiuntur,
 quidam saccis induuntur.
 Ibi nullus timet mortem,
 sed pro Baccho mittunt sortem.

CARMINA BURANA.

G. ASPECTOS TERAPEUTICOS EN LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL.

Lo primero es intentar establecer algunos principios generales del tratamiento, aquellos que debentener presente quien desee ayudar al enfermo alcohólico. Diremos desde luego que toda clase de asistencia o apoyo que un ser humano brinda a otro que tiene problemas con su salud, es una forma de tratamiento aunque quien lo suministre no sea un profesional de la medicina. Pero en cualquier caso se habrá de aceptar que el alcohólico es un ser humano esencialmente igual a los demás y que, por lo mismo, su problema y la ayuda que requiere son asuntos de la vida cotidiana. Es bueno que el estigma moral que aún suscita el paciente alcohólico esté superándose al menos en ciertos sectores sociales donde se tiene un mejor conocimiento de los hechos; una actitud razonable es condición indispensable para prestar ayuda al paciente alcohólico, lo mismo que para participar activamente en programas contra el alcoholismo. Nada de esto podrá hacer quien sienta una reserva moral ante el alcohólico o piense que los "sermones", el castigo y las amenazas dan buenos resultados como parte del tratamiento. Por el contrario, una condición para el éxito es que no se recurra a los argumentos de contenido emocional que sólo incrementan la compulsión a seguir bebiendo (35).

Otro aspecto importante del tratamiento es el que se refiere a la necesidad de considerar a cada alcohólico en su situación vital completa, teniendo en cuenta su trabajo, el círculo de amistades y la familia. Puesto que vive con otros (familia, comunidad), debe ser tratado como parte integrante de grupos humanos (35).

El tratamiento no debe enfocarse a los aspectos de tipo etiológico, la práctica de concentrar los esfuerzos terapéuticos en sólo uno de ellos (el psicológico, el "orgánico o el social), es casi una garantía de que fallará el intento de alcanzar los objetivos del tratamiento integral. Si, por el contrario, recordamos la complejidad de la etiología y estructuramos planes terapéuticos acordes con la situación personal de cada sujeto alcohólico, podremos ayudarlo mejor. Por lo general se acepta que hay tres pasos en el tratamiento del alcoholismo, aunque no es obligado que todos los pacientes pasen por los tres (36):

1) El manejo médico de los episodios agudos, a veces para salvar la vida y en la mayoría de los casos para recuperarse de los efectos inmediatos de una ingestión excesiva de alcohol. Ocurre principalmente en el medio hospitalario.

2) La corrección de los problemas crónicos de salud asociados al alcoholismo (aquí está la acción médica de todos los días en consultorios y clínicas).

3) El intento terapéutico por cambiar la conducta a largo plazo del alcohólico, de tal manera que no continúen sus actitudes autodestructivas frente al alcohol. Esta es la acción psiquiátrica propiamente dicha, que utiliza las técnicas psicoterapéuticas y los medicamentos psicotrópicos

También puede diferenciarse los tipos de tratamiento de una manera muy general en los que son propiamente fisiológicos y los que genéricamente llamaríamos psicológicos. Ambas formas de terapia son médicas en sentido estricto. Para el caso de los tratamientos fisiológicos, vale decir que existen al menos seis condiciones que deben ser reconocidas

y suficientemente valoradas en cada paciente, a fin de proporcionarle la debida atención. Son las siguientes: a) intoxicación alcohólica aguda con peligro de alcanzar la fase de parálisis y la muerte; b) síndromes de abstinencia cercanos al delirium tremens; c) delirium tremens típico; d) enfermedades claramente diferenciadas, provocadas inequívocamente por la ingestión de alcohol, excesiva y crónica, tales como la cirrosis hepática y la polineuropatía; e) condiciones neurológicas y psiquiátricas como las encefalopatías alcohólicas; y f) los problemas de todo tipo ligados al alcoholismo crónico y a la condición vital del enfermo totalmente dependiente del alcohol.

Los tratamientos psicológicos comprenden la psicoterapia individual, la psicoterapia de grupo (principalmente familiar) y las terapias de carácter social que incluyen a las que proporcionan los voluntarios y los grupos como el de Alcohólicos Anónimos, familiares de alcohólicos (Al-Anón y otros.

El tratamiento psiquiátrico cubre aspectos importantes de unas y otras formas de terapia. Para muchos pacientes alcohólicos es necesaria una intervención a tiempo a fin de llevar a cabo ciertas medidas correctivas urgentes y proporcionar alivio sintomático a sus sufrimientos físicos y psíquicos. El estado emocional de algunos de ellos amerita la reducción de su angustia y depresión mediante el uso de medicamentos. En un sentido más amplio, el tratamiento psiquiátrico intenta ayudar al paciente a encontrar una nueva forma de vida, pero una meta parcial será siempre la de proveerle de apoyo emocional, comprensión, aceptación y estímulo

lo. Sobre todo en las etapas iniciales del tratamiento cuando lo más necesario es una ayuda dirigida a los problemas -- ligados a la vida cotidiana, de tal manera que refuercen -- sus intentos de enfrentarlos según su propia perspectiva. -- El objeto ideal es sin duda el de conducirlo al descubri--- miento de que la vida puede ser más gratificante sin la in-- gestión de alcohol y ayudarlo a encontrar satisfacciones e-- mocionales substitutivas.

El psicoterapeuta e igualmente el médico deben partir-- del problema básico que en el momento de iniciar el trata-- miento esté afectando más al paciente, sin descuidar por su puesto la atención de los trastornos físicos que habitual-- mente son el motivo de la consulta. Un acercamiento objeti-- vo e imparcial a ese asunto básico y una actitud comprensi-- va hacia los sentimientos del paciente, ayudará mucho a es-- tablecer una relación adecuada que despierte la confianza -- mínima necesaria de su parte.

El Dr. Velasco Fernández, considera que se dan las me-- jores posibilidades de éxito cuando se combinan los siguien-- tes procedimientos terapéuticos (1):

a) Psicoterapia individual (de apoyo o interpretativa) relativamente breve, de orientación psicodinámica y con ob-- jetivos precisos.

b) Administración no indiscriminada de psicofármacos,-- de acuerdo con el diagnóstico psiquiátrico de la situación-- emocional del paciente.

c) Tratamiento médico sostenido de los trastornos físi-- cos y de las complicaciones, si es preciso a nivel institu-- cional.

d) Participación del paciente en los grupos de AA y en organizaciones similares.

e) Consejo psicológico a los familiares (yo sugeriría una psicoterapia de familia, efectuada formalmente).

f) Asistencia de los familiares, especialmente la esposa (o el esposo) a los grupos AL-Anón o a uno similar.

El médico general puede suministrar un tratamiento integral que considere todos estos aspectos excepto, quizás, la psicoterapia técnicamente irreprochable. Conviene recordar que una actitud de aceptación incondicional hacia el paciente y el uso del sentido común que el mismo ejercicio -- profesional le ha dado, suelen ser buenos substitutos de -- las técnicas más sofisticadas (1).

".....mi tío me llevo a alcohólicos anónimos, me estuve absteniendo cerca de un mes a pesar de las ganas inmensas que me daban, pero todo fue en vano, ahora ya llevo más de año y medio tomando todos los días, duermo en el callejón de "sal si puedes", si es que la borrachera me deja llegar,

ya me siento cansado y apenas voy a cumplir veinticuatro años, ya nada me importa, ahora soy un empedernido borracho, ya no siento nada, todo ha ido perdiendo valor ante mis ojos, la vida, la muerte ya no significa nada para mí, ya todo es igual, da lo mismo que sea lunes que sea domingo, que este borracho, que ecuanime, da lo mismo que sea blanco, que sea negro, que al fin y al cabo todos vivimos en el infierno que nos hemos creado....."

CHIN CHIN EL TEPOROCHO

Armando Ramírez.

B. OBJETIVOS.

a) Objetivos Generales:

1) Demostrar la asociación entre trastorno de personalidad antisocial y dependencia de alcohol en pacientes mexicanos.

2) Conocer la influencia que ejerce el ambiente familiar durante la infancia en la génesis de la dependencia alcohólica y el trastorno antisocial de la personalidad.

b) Objetivos Específicos:

1) Valorar la estructura de personalidad del alcohólico y aportar lineamientos para intervenir en el desarrollo de la enfermedad.

2) Valorar la relación existente entre la conducta antisocial y la dependencia alcohólica primaria.

3) Valorar la relación existente entre estructura familiar, dependencia alcohólica y trastorno de personalidad-antisocial.

4) Estructuración de Clínicas de Alcoholismo, donde pueda efectuarse un manejo integral de la Dependencia Alcohólica.

5) Establecimiento de un programa de Psicoterapia Familiar para los pacientes alcohólicos.

C. DISEÑO DEL ESTUDIO.

El modelo de investigación es del tipo Encuesta Descriptiva, cuyas características son las de ser observacional, transversal, descriptivo y prospectivo.

Observacional: se presencia un fenómeno sin modificar-intencionalmente sus variables.

Transversal: se estudian las características de un grupo en un momento dado o durante un tiempo limitado, esto lo realizamos durante la investigación, ya que algunos sujetos tuvieron que asistir en días consecutivos para poder realizar la evaluación completa.

Descriptivo: ya que solamente se describe un fenómeno sin compararlo con otros grupos.

Prospectivo: pues está planeado a futuro y las condiciones de estudio fueron preparadas previamente.

D. CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS A ESTUDIAR:

Los sujetos que conformaron el grupo de estudio son de derechohabientes del I.S.S.S.T.E. y acudieron a la Consulta Externa del H. R. "20 de Noviembre", en su Servicio de Psiquiatría, y otros que correspondieron al Servicio de Hospitalización de Gastroenterología del mismo hospital.

Las características necesarias para ser incluidos en el grupo de estudio fueron: edad mayor a los 18 años, cuando se considera que la personalidad está totalmente estructurada, sin límites en la edad superior. De ambos sexos. Alfabetas, requisito indispensable para poder contestar y comprender el MMPI y el Zung. Tener el diagnóstico de Dependencia de Alcohol tipo primaria.

Se excluyeron los sujetos menores de 18 años; a los no derechohabientes del I.S.S.S.T.E.; y a los que tenía diagnóstico de patología psiquiátrica previa al inicio de la dependencia alcohólica, es decir, alcoholismo secundario.

Se eliminaron del estudio aquellos que cumpliendo con los requisitos de inclusión, presentaban un cuadro psicóti-

co alcohólico, o un trastorno de la conciencia por encefalopatía alcohólica, durante el periodo de estudio.

E. INSTRUMENTOS DE CAPTACION, CARACTERISTICAS DE LOS MISMOS

Se estudiaron varios instrumentos que permitieran, primero, comprobar el diagnóstico de Dependencia Alcohólica -- unificando criterios de evaluación. Otros que detectaran -- el Trastorno Antisocial de la Personalidad, también tratando de unificar criterios diagnósticos.

La investigación de rasgos de la personalidad utilizando pruebas psicológicas adecuadas a este fin.

La investigación de las características de la familia de origen, utilizando una cédula de historia familiar.

Y por último, al realizar la investigación, nos topamos con la asociación importante de Dependencia Alcohólica y Trastornos Afectivos, por lo cual decidimos la aplicación de una escala de autoevaluación para medir depresión.

Para la elaboración del diagnóstico de Dependencia Alcohólica y la elaboración del diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), encontramos la existencia de un instrumento de gran confiabilidad y de fácil aplicación, la Entrevista Diagnóstica Estructurada DIS (Diagnostic Interview Schedule), elaborada inicialmente con el fin de realizar investigaciones epidemiológicas en la población general de las Areas de Captación Epidemiológica (ECA) del National Institute of Mental Health (NIMH) de EEUU. (38).

El DIS es una entrevista diseñada con base a los lineamientos de tres sistemas: 1) DSM-III, criterios diagnósticos publicados por la American Psychiatric Association en -

1980; 2) Los criterios diagnósticos para uso en investigación psiquiátrica de Feighner et al, publicados en 1972 por the Washington University Department of Psychiatry en St.-Louis (39); y 3) The Research Diagnostic Criteria (RDC), publicados por Spitzer et al en 1978 (40).

A través del DIS se investigan aspectos de la sintomatología categorizados según el criterio DSM-III y no requiere para su calificación del criterio clínico del entrevistador, sino de la adecuación de las respuestas obtenidas que son manejadas por un programa de cómputo para establecer el diagnóstico (41).

Este instrumento realiza diagnósticos específicos y ofrece en el proceso diagnóstico no solo la presencia o ausencia de síntomas, sino juicios acerca de su severidad, agrupación en el tiempo, frecuencia y posibles explicaciones alternativas de su ocurrencia (38)

Los síntomas deben cubrir un mínimo de severidad en término del grado en que limita la actividad, y que no sean explicables por el uso de medicinas, drogas o alcohol, ni por enfermedad física o lesión (42) (ver apéndice B).

El DIS consta de 20 apartados que van a investigar (38 42):

- a) Datos demográficos.
- b) somatización.
- c) trastornos de pánico.
- d) fobia.
- e) ansiedad generalizada.
- f) depresión.
- g) manía.

- h) esquizofrenia.
- i) anorexia nerviosa.
- j) alcoholismo y abuso del alcohol.
- k) obsesividad.
- l) compulsividad.
- m) dependencia o abuso de drogas.
- n) personalidad antisocial.
- o) disfunción sexual.
- p) personalidad antisocial II.
- q) mini mental satus exam.
- r) observaciones del entrevistador.
- s) CES - D
- t) observaciones del entrevistador.

Debido a la dificultad para la aplicación total del -- DIS, nos concretamos a la investigación exclusivamente de -- los apartados de dependencia de alcohol (D-OH) y de TAP I y II (ver apéndice B)

Robins et al, encontraron que el DIS tiene una sensibilidad (S) de 79% y una especificidad (E) de 97% al ser comparado con los criterios DSM-III para D-OH; una (S) de 84% y una (E) de 95%, comparandolo con los criterios de Feighner; y una (S) de 87% y una (E) de 99% comparandolo con la RDC. En lo referente a TAP, el DIS tiene una (S) de 75% y una (E) de 96% comparandolo con los criterios DSM-III; una (S) de 80% y una (E) de 94% comparado con los criterios de Feighner; y en relación con la RDC su (S) es de 56% y su -- (E) de 99% (41).

Hesselbrock et al, encontraron que el DIS aporta mayor cantidad de datos, sobre todo conducta en la infancia, que-

cuando se utilizan los criterios DSM-III o los criterios de Gunderson, encontrándose trastornos por déficit de atención y trastornos de conducta antisocial como componente de la etapa infantil, en sujetos diagnosticados como TAP en la edad adulta (21, 22 y 25).

Para conocer el perfil de la personalidad se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI); encuesta de autoaplicación que consiste en un folleto conteniendo 500 preguntas y una hoja de respuestas, con dos posibilidades para cada pregunta: cierto (C) o falso (F).

El MMPI se califica a través de una serie de plantillas y una hoja de respuestas, diferentes para hombre y para mujer, donde se van a captar los valores encontrados para las diferentes escalas, y donde de acuerdo a esos valores se graficará y nos dará el perfil de personalidad del sujeto estudiado.

Las escalas son 14 en su totalidad, una de preguntas sin respuestas, 3 de validez y 10 escalas clínicas. Las escalas de validez son la L, F y K, que nos darán una gráfica que orientará a la interpretación de la prueba, considerando las características del sujeto al momento de contestar el cuestionario. Las escalas clínicas son: Hi (1) hipcondriasis y neurastenia; D (2) depresión; Hs (3) histeria; Dp (4) desviación psicopática; Mf (5) intereses masculino-femenino; Pa (6) paranoia; Pt (7) psicastenia u obsesión-compulsión; Es (8) esquizofrenia; Ma (9) manía; y Si (0) o de socialización (43).

El MMPI es un instrumento ampliamente validado en la población mexicana; no encontramos la existencia de estu---

dios de validación de un perfil determinado para el sujeto con D-OH.

Se mencionan varias combinaciones que pueden presentarse de acuerdo a otros rasgos de personalidad: 1-2-3-7 pasivos-dependientes con alcoholismo; 2-7-4 pasivo-agresivo, -- con tendencia a la ansiedad, conflictos conyugales y alcoholismo; 3-4 ó 4-3 pasivo-agresivo con alcoholismo, en ocasiones se asocia un 5 elevado y se sospecha de homofobia; 4-9 conducta psicopática, tendencia a la ansiedad y dependencia al alcohol u otras drogas; 6-4 ó 4-6 depresión, irritabilidad, introversión, actitud de desconfianza y alcoholismo, -- es la llamada "personalidad alcohólica (Núñez); 8-6(7-2) -- personalidad esquizoide con rasgos paranoides, generalmente alcoholismo; y 8-2-4(7) irritabilidad extrema, hostilidad, peleas y alcoholismo. Los datos aportados son el resultado de diversas investigaciones realizadas por Hathaway y Meehl (1951), Dahstrom y Welsh (1960) y Gilbertstadt y Duker (1965 (43).

Crowne reporta en un estudio buscando TAP, un perfil -- dentro de límites normales, utilizando la codificación de -- Welsh 4-2 36890 571/FKL en los sujetos problemas; y en los controles 4-290 78 51 36/FKL (23).

Por su parte, Saunders & Schuckit, reportaron la elevación de las escalas (4) Dp y (2) D, en alcohólicos típicos-- (44).

Para conocer la Historia Familiar, tratamos de conseguir la cédula de Historia Familiar de la RDC (FH-RDC), lo cual fué prácticamente imposible; y en base a los estudios de Hesselbrock (25), y de Schuckit (27), intentamos elabo--

rar una Cédula de Historia Familiar, encaminada a coleccionar diversos datos:

a) Tipo de familia de la cual proviene el sujeto de estudio,

b) persona que representa/ba la autoridad,

c) ocupación de los integrantes de la familia,

d) causa de defunción de los integrantes de la familia

e) antecedentes patológicos de los familiares investigando: hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, cardiopatías, cáncer, cirrosis hepática, hepatitis, alcoholismo, depresión, epilepsia, esquizofrenia, suicidios, retraso mental y/o demencia, farmacodependencias no alcohólica, enfermedades venéreas; y como antecedentes sociopáticos actos delictivos, homicidios y agresividad,

f) rasgos característicos de los integrantes de la familia, tratando de ubicarlos como sobreprotectores, rígidos y autoritarios, sumisos, periféricos, celotípicos, etc.,

g) abandono del hogar por algún miembro de la familia,
y

h) relaciones establecidas por el sujeto estudiado con los diferentes miembros de la familia.

Consideramos dos tipos de familia: la nuclear, formada por los progenitores y los hijos, exclusivamente, cuando -- falta uno de los padres, se le denomina nuclear truncada; -- se considera extensa-tradicional, cuando aparte de los miembros primarios o nucleares, viven en el mismo lugar, cualquier otra persona y tiene ingerencia directa en los asuntos familiares.

Si tienen antecedentes de alcoholismo se le denomina --

familia alcohólica, si este es positivo en uno de los padre se denomina monolineal, y si es positivo en los dos, se le llama familia alcohólica bilineal.

Para investigar trastornos afectivos, además del MMPI, utilizamos la escala de depresión de Zung; la cual consiste en 20 preguntas, es de autoaplicación, dándose cuatro posibles respuestas para que cada sujeto califique el síntoma de acuerdo a su vivencia en ese momento. Comprende tres apartados, síntomas relacionados con manifestaciones psicológicas, somáticas o fisiológicas, y depresivas, incluyendo ideación suicida. Cada respuesta tiene un valor comprendido entre 1 y 4; la suma total o puntaje bruto se convierte entonces en un índice basado en 100, la escala está planeada de tal manera que un índice bajo señala poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica (46).

F. PROCEDIMIENTOS TECNICOS.

Después de detectar un sujeto con diagnóstico positivo a D-OH, nos dirigimos a ellos y les explicamos la finalidad del estudio, logrando la participación voluntaria y cooperativa de 20 personas. En los casos en que se dificultaba la realización de las encuestas de autoaplicación (MMPI y Zung ocasionada por la falta de lentes, procedimos a leerles las instrucciones y después de comprenderlas leíamos cada una de las preguntas, si había dificultad para su comprensión, explicamos las preguntas; posterior a ello esperamos las respuestas y las registramos.

La entrevista DIS y la recolección de datos de la His-

toria familiar, se realizaron por entrevista individual.

El tiempo de realización de las entrevistas y de las pruebas de autoaplicación, varió desde unas tres horas y media aproximadamente, hasta cerca de 10 horas, razón por la cual en ocasiones entrevistamos a los sujetos de estudio en diferentes tiempos.

G. VARIABLES ESTUDIADAS.

a) Variables demográficas:

- 1) edad,
- 2) sexo,
- 3) estado civil,
- 4) escolaridad,
- 5) ocupación,
- 6) religión,
- 7) clase socioeconómica, y
- 8) fecha y lugar de nacimiento.

b) Variables específicas.- D-OH

- 1) edad de inicio (DIS)
- 2) intensidad y frecuencia (DIS)
- 3) conciencia de enfermedad (DIS)
- 4) dificultades familiares, laborales y legales --- (DIS).
- 5) blackouts (DIS)
- 6) síndrome de abstinencia (DIS)
- 7) complicaciones orgánicas (DIS)
- 8) terapéutica psicológica, tipo y duración.
- 9) periodos de abstinencia

c) Variables específicas.- TAP

- 1) problemas escolares por déficit de atención en la infancia (DIS)
- 2) problemas escolares por trastornos de conducta - en la infancia (DIS)
- 3) conducta antisocial en la adolescencia (DIS)
- 4) función como cónyuge (DIS)
- 5) conducta delictiva en la edad adulta (DIS)
- 6) desarrollo laboral (DIS)
- 7) función parental (DIS)
- 8) uso de sustancias (entrevista personal)
- 9) trastornos psicosexuales (entrevista personal).

d) Variables específicas.- HF

- 1) tipo de familia de origen
- 2) familia actual
- 3) figura de autoridad en la familia de origen
- 4) rasgos principales de los integrantes de la familia de origen
- 5) antecedentes familiares de alcoholismo
- 6) antecedentes familiares psiquiátricos no alcohólicos
- 7) antecedentes médicos de importancia.

e) Variables específicas.- MMPI

- 1) perfil de personalidad codificado por el método de Hataway.

f) Variables específicas.- Zung

- 1) depresión
- 2) ideación suicida
- 3) ansiedad.

II. TRABAJO DE INVESTIGACION

A. PLANTEAMIENTO.

ALCOHOLISMO: PROBLEMA MEDICO Y SOCIAL. Título de un artículo de G. Calderón N. y Bustamante, publicado en la Gaceta Médica de México en 1980, que inmediatamente nos hace meditar sobre las repercusiones del alcoholismo en nuestro país. No puede negarse el impacto que el consumo de alcohol tiene en la salud pública de México. Se le responsabiliza de una alta proporción de las muertes por cirrosis hepática accidentes de trabajo, lesiones por riñas y de ausentismo laboral. Como consecuencia, se han realizado investigaciones, publicaciones, simposios, comisiones, etc., encaminadas a resolver el "problema" del alcoholismo en el país, predominando los trabajos que giran en torno de aspectos sociodemográficos, antropológicos y médicos, pero pocos tratan de los aspectos psiquiátricos relacionados con el mismo, lo que lo hace un tema interesante para su estudio y poder conocer características de personalidad y compararlas con los reportes de otros países y contribuir a un mejor conocimiento de los factores que intervienen en la patogénesis del alcoholismo, implementar planes terapéuticos y creación de clínicas de alcoholismo para el manejo integral y no abordar el alcoholismo desde puntos de vista diferentes. (37).

I I I. R E S U L T A D O S.

A. SUJETOS ESTUDIADOS.

De las personas que acudieron a la consulta externa de Psiquiatría del H. R. "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E, se lograron estudiar 14 sujetos; 3 más, fueron canalizados por compañeros residentes enterados de la investigación; y 3 -- más fueron entrevistados en el area de hospitalización del-servicio de Gastroenterología, donde se encontraban por complicaciones físicas de la D-OH, 2 con STDA y uno con hepatitis alcohólica. Aparte de los sujetos mencionados, se entrevistaron 37 personas más, 23 hombres y 14 mujeres, que solamente se evaluaron parcialmente, sin lograrse terminar su - estudio, aproximadamente la quinta parte expresaron su negativa de continuar, el resto abandonó el estudio sin manifestar razón por lo cual lo realizaban. 14 sujetos, siendo 12- hombres y 2 mujeres, quienes desde el principio se negaron- a participar en el estudio; y 7 sujetos que fueron elimida-dos por presentar 5 de ellos, 4 hombres y una mujer altera- ciones en la conciencia por encefalopatía hepática; y 2 hombres por presentar cuadros psicóticos, uno con DT ubicado - en el servicio de hospitalización de gastroenterología al - igual que los 5 mencionados anteriormente, y uno más que se canalizó para su manejo hospitalario al servicio subrogado- de hospitalización psiquiátrica en el segundo piso del H.P.

"Fray Bernardino Alvarez", con diagnóstico de alucinosis alcohólica.

B. VARIABLES DEMOGRAFICAS.

1. Edad: los sujetos estudiados, en total 20, tuvieron las siguientes edades: 1) F 56a; 2) F 65a; 3) M 23a; 4) F - 56a; 5) M 55a; 6) M 46a; 7) M 40a; 8) M 50a; 9) M 51a; 10) - F 33a; 11) M 60a; 12) M 53a; 13) M 24a; 14) F 33a; 15) M -- 29a; 16) M 26a; 17) F 26a; 18) M 30a; 19) M 27a; y 20) M 20

La edad menor fué de 20 años, en un hombre; y la mayor de 65 años en una mujer. El promedio general es de 40.15a.

Entre las mujeres (F), la edad menor fué de 26 y la mayor de 65, con un promedio de 44.8 años.

Entre los hombres (M), la edad menor fué de 20 años y la mayor de 60, con una edad promedio de 38.4 años.

2. Sexo: de acuerdo a los datos aportados previamente, encontramos 6 mujeres y 14 hombres.

El sexo femenino corresponde al 30% de la muestra estudiada, mientras que el sexo masculino abarca el 70% de la muestra.

La relación hombre:mujer es 2.3:1

La relación mujer:hombre es 0.42:1

3. Estado civil: de los 20 sujetos estudiados 8 se encontraban casados al momento del estudio, 7 M y 1 F; 1 en unión libre 1 M; 8 solteros, 6 M y 2 F; 2 F separados sin divorcio legal; y por último, 1 F viuda:

El 40% (8) casados 35 % (7) M 5% (1) F

40% (8) solteros	30% (6) M	10% (2) F
10% (2) separados		10% (2) F
5% (1) unión libre	5% (1) M	
5% (1) viudo		5% (1) F

4. Escolaridad: de los 20 sujetos estudiados 11 tenían nivel universitario; 2 con grado de maestría, 4 con licenciatura concluída, 4 con licenciatura incompleta, y 1 nivel preparatoria. 2 con estudios secundarios concluidos. 4 con estudios primarios concluidos; y 3 con primaria incompleta: 1) 4o Lic. Derecho; Maestra Danza Clásica y Coreografía; 2) Secundaria; 3) 3o Lic. Administración; 4) 3o Primaria; 5) -- Primaria; 6) Primaria; 7) Secundaria; 8) 2o Primaria; 9) -- Primaria; 10) 4o Lic. Medicina; 11) Primaria; 12) 2o Primaria; 13) 2o Lic. Administración; 14) Lic. Medicina, estudiando una maestría; 15) Lic. Medicina, estudiando una maestría; 16) Maestría en Lenguas; 17) Lic. Odontología, estudiando una maestría; 18) Ing. Industrial, estudiando una maestría; 19) Maestría en Diseño Gráfico; y 20) Preparatoria.

55% Universitarios	10% (2) Maestría concluída M	
	10% (2) M	10% (2) F maestría iniciada.
	10% (2) M	10% (2) F lic. truncada.
	5% (1) M	preparatoria.
10% Secundaria	5% (1) M	5% (1) F
20% Primaria	20% (4) M	concluída.
15% Primaria	10% (2) M	5% (1) F incompleta.

5. Ocupación: A continuación ocupación y tiempo de duración en dicho trabajo, de cada uno de los 20 sujetos estudiados: 1) Agente de ventas, en agencia viajes, propiedad de la familia 20 años; 2) Labores hogar, desde su matrimonio, 45 años; 3) taxista, 3 años; 4) Pequeño comercio, 12 a 5) Intendente, 30a; 6) Burócrata, 20a; 7) Burócrata, 15a; - 8) Vigilante, 30a; 9) Auxiliar de Mecánico, 30a; 10) Auxiliar de laboratorio, 15a; 11) Sin ocupación actual, "vivo de mis rentas", 6a; 12) Sin ocupación actual, "mis hijos me sostienen", 6a; 13) Administrativo en ISSSTE, 7a; 14) Becario en ISSSTE, 3a; 15) Becario en ISSSTE, 3a; 16) Catedrático UNAM, 3a; 17) Becario en ISSSTE, 1a; 18) Catedrático en UNAM, 3a; 19) Catedrático UNAM, Buffet privado, 5a; y 20) - Empleado de mostrador, 2a.

Trabajo percepción fija	70% (14)	55% (11) M	15% (3) F
T. percepción irregular	15% (3)	5% (1) M	10% (2) F
T. labores hogar	5% (1)		5% (1) F
Sin trabajo actual	10% (2)	10% (2) M	

Con un promedio de años trabajados de 10.1 años

6. Religión: de los 20 sujetos, 18 refirieron ser católicos, 1 agnóstico y 1 ateo. De los 18 católicos, 6 M manifestaron haber "jurado" para poder dejar de beber.

Católicos	90% (18)	60% (12) M	30% (6) M
Agnósticos	5% (1)	5% (1) M	
Ateos	5% (1)	5% (1) M	

7. Clase socioeconómica: se tomaron diversos parámetros para la clasificación de la clase socioeconómica. Los ingresos económicos mensuales; otras percepciones; posesión de casa propia y automóvil; negocio propio; habitus externo diversiones, etc., obteniéndose los siguientes resultados:

Clase Alta	10% (2)	5% (1) M	5% (1) F
Clase Media-Alta	45% (9)	35% (7) M	10% (2) F
Clase Media	15% (3)	10% (2) M	5% (1) F
Clase Media-Baja	25% (5)	15% (3) M	10% (2) F
Clase Baja	5% (1)	5% (1) M	

8. Lugar de nacimiento: de los 20 sujetos estudiados, 13 son de provincia y 7 son del D.F.; de los 13 de provincia, 3 se encuentran de forma temporal en la capital, los 10 restantes, ya radican en esta ciudad.

Distrito Federal	35% (7)	25% (5) M	10% (2) F
Provincia	65% (13)	45% (9) M	20% (4) F
Edo. de México	10% (2)	10% (2) M	
Hidalgo	10% (2)	10% (2) M	
Coahuila	5% (1)	5% (1) M	
Chiapas	5% (1)		5% (1) F
Guerrero	5% (1)	5% (1) M	
Jalisco	5% (1)	5% (1) M	
Michoacan	5% (1)	5% (1) M	
Nuevo León	5% (1)	5% (1) M	
Oaxaca	5% (1)		5% (1) F
Sonora	5% (1)		5% (1) F
Veracruz ?	5% (1)		5% (1) F

C. VARIABLES ESPECIFICAS.- DEPENDENCIA DE ALCOHOL.

1. Edad de inicio del consumo alcohólico: la edad de inicio, de acuerdo a la entrevista DIS, la considera aquella en que el sujeto considera haberse "emborrachado" por primera vez. En nuestro grupo de estudio, las edades de inicio son las siguientes: 1) 45a; 2) 33a; 3) 18a; 4) 15a; 5) 17a; 6) 16a; 7) 17a; 8) 35a; 9) 8a; 10) 18a; 11) 45a; 12) 13a; 13) 18a; 14) 28a; 15) 11a; 16) 17a; 17) 17a; 18) 20a; 19) 15a; y 20) 14a.

La edad de inicio más temprano fué a los 8a M.

La edad más tardía de inicio fué a los 45a, M y F.

La edad promedio de inicio es de 20.18 años.

2-7. Las variables de intensidad y frecuencia del consumo alcohólico; conciencia de enfermedad; dificultades familiares, laborales y legales; blackouts; síndrome de abstinencia; complicaciones orgánicas; todas formas parte del DIS, calificándose en conjunto, siendo los resultados positivos para todos en el diagnóstico de D-OH.

8. Terapéutica psicológica, tipo y duración. De los sujetos estudiados 15 recibían algún tipo de psicoterapia, 9 formaba parte del grupo de alcohólicos que coordina el Dr. Eduardo Dufau en el H. R. "20 de Noviembre", 3 asistían a psicoterapia individual en el mismo hospital, 3 recibían manejo fuera de el hospital, siendo en los 3 casos psicoanálisis y 5 no recibían ninguna ayuda psicoterapéutica. 7 pertenecían a los grupos de AA, estos 7, pertenecen al grupo del Dr. Dufau, y al igual que los otros 2 restantes, reciben psicoterapia individual.

Grupo Dr. Dufau	45% (9)	30% (6) M	15% (3) F
P. I. Dr. Dufau	40% (8)	25% (5) M	15% (3) F
P. I. Otro	5% (1)	5% (1) M	
G. AA	35% (7)	20% (4) M	15% (3) F
P. I. HR2ONov	15% (3)	10% (2) M	5% (1) F
Psicoanálisis	15% (3)	10% (2) M	5% (1) F
No P.T.	25% (5)	20% (4) M	5% (1) F

9. Periodos de abstinencia: de los 20 sujetos estudiados, 13 actualmente se encuentran en periodo de abstinencia siendo la duración mínima de 1 mes y la máxima de 14 años, - con un promedio global de 22.31 meses.

D. VARIABLES ESPECIFICAS.- TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD.

1. Problemas escolares en la infancia: de los 20 pacientes estudiados, 18 admitieron haber tenido por lo menos una dificultad en su desempeño escolar, tanto en la infancia como en la preadolescencia.

más de 1 año reprobado	60% (12)	50% (10) M	10% (2) F
por déficit atención	50% (10)	40% (8) M	10% (2) F
por "lentitud"	10% (2)	10% (2) M	
Calificaciones bajas	35% (7)	35% (7) M	
Problemas autoridades	25% (5)	20% (4) M	5% (1) F
Expulsión	25% (5)	25% (5) M	
"pinta"	80% (16)	60% (12) M	20% (4) F

2. Trastornos de conducta en la infancia: se valoran - diversos aspectos, sobre todo, riñas, mitomanía, robo y fuga del hogar (salida por las noches)

Riñas escolares	45% (9)	40% (8) M	5% (1) F
Fuga del hogar	30% (6)	25% (5) M	5% (1) F
Mitomanía	75% (15)	55% (11)M	20% (4) F
Robos	50% (10)	35% (7) M	15% (3) F

3. Conducta antisocial en la adolescencia: se valoran - riñas, daños a propiedades ajenas; arrestos y conducción al tribunal juvenil;

Riñas callejeras	20% (4)	15% (3) M	5% (1) F
Daños a objetos ajenos	45% (9)	45% (9) M	
Arrestos	20% (4)	15% (3) M	5% (1) F

4. Función como cónyuge: en este caso se valorará el tipo de relación en la pareja, el abandono, las riñas. Recordemos que actualmente, solo 9 de los 20 sujetos viven con su pareja, pero 3 más, han tenido vida marital, así que a ellos también se les realizó esta sección del DIS.

Riñas conyugales	40% (8)	20% (4) M	20% (4) F
Abandono pareja.	50% (10)	35% (7) M	15% (3)

5. Conducta delictiva en la edad adulta: en este apartado se exploran infracciones de tránsito; arrestos; peleas sin armas; peleas con armas; cambio de nombre; mantira; ausencia de hogar.

Infracciones tránsito	40% (8)	25% (5) M	15% (3) F
Arrestos	50% (10)	45% (9) M	5% (1) F
Riñas sin armas	60% (12)	45% (9) M	15% (3) F
Riñas con armas	35% (7)	30% (6) M	5% (1) F
Cambios nombre	45% (9)	35% (7) M	10% (2) F
Mentiras	50% (10)	30% (6) M	20% (4) F
Falta de hogar	30% (6)	30% (6) M	

6. Desarrollo laboral: se exploran diversos parámetros como son la permanencia en un trabajo, los despidos de los mismos, la renuncia sin motivo justificado, el incumplimiento, y la falta de trabajo, todo después de los 18 años.

Más de 3 trabajos en 5 años	35% (7)	30% (6) M	
Despedido de más de 1 trabajo	25% (5)	25% (5) M	
Renuncias injustificadas +1	25% (5)	20% (4) M	5% (1) F
Incumplimiento laboral	30% (6)	25% (5) M	5% (1) F
Desempleo +6 meses.	35% (7)	20% (4) M	15% (3) F

7. Función parental: se exploran diversos apartados como son, el dejar a los niños menores de 6 años encerrados en la casa; que los vecinos tengan que alimentar a sus hijos; malos tratos a los hijos; inatención médica; manejo inadecuado de el dinero.

Niños encerrados	20% (4)	10% (2) M	10% (2) F
Atención por vecinos	5% (1)		5% (1) F
Malos tratos	30% (6)	10% (2) M	20% (4) F
Inatención médica	5% (1)	5% (1) M	
Gasto inapropiado	40% (8)	35% (7) M	5% (1) F

8. Uso de sustancias: debido a que el DIS, dentro de los apartados para TAP no incluye este apartado, se realizó la entrevista personal, encontrando resistencias para responder a las preguntas formuladas, sobre todo por los sujetos de más de 30 años de edad; algo similar ocurrió con el siguiente apartado, que habla sobre sexualidad.

Mariguana	20% (4)	20% (4) M	
Inhalantes "poper"	15% (3)	15% (3) M	
"cocaína"	15% (3)	10% (2) M	5% (1) F
OTROS anfetaminas	10% (2)	5% (1) M	5% (1) F
psicodélicos	15% (3)	15% (3) M	

9. Trastornos psicosexuales:

Impotencia	10% (2)	10% (2) M	
Orgasmo inhibido	15% (3)	10% (2) M	5% (1) F
Parafilias			
fetichismo	5% (1)	5% (1) M	
sado-masoquismo	5% (1)	5% (1) M	
Homosexualidad			
egostintónica	10% (2)	5% (1) M	5% (1) F
egodistónica	5% (1)	5% (1) M	
Bisexualidad	10% (2)	5% (1) M	5% (1) F

E. VARIABLES ESPECIFICAS.- HISTORIA FAMILIAR.

1. Tipo de familia de origen; se consideran cuatro aspectos, si es nuclear, si es extensa tradicional, si está organizada y si está desestructurada.

Nuclear	80% (16)	60% (12) M	20% (4) F
Extensa	20% (4)	10% (2) M	10% (2) F

Estructurada	70% (14)	55% (11) M	15% (3) F
Desestructurada	30% (6)	15% (3) M	15% (3) F

2. Familia actual

Nuclear	45% (9)	40% (8) M	5% (1) F
Extensa	20% (4)	10% (2) M	10% (2) F
Solos	35% (7)	20% (4) M	15% (3) F

3. Figura de autoridad en la familia de origen.

Padre	35% (7)	30% (6) M	5% (1) F
Madre	35% (7)	20% (4) M	15% (3) F
Abuela paterna	10% (2)	5% (1) M	5% (1) F
Hermano parental	5% (1)	5% (1) M	
Hermana parental	5% (1)	5% (1) M	
Acéfalo	10% (2)	5% (1) M	5% (1) F

4. Antecedentes familiares de alcoholismo:

Padre	50% (10)	35% (7) M	15% (3) F
Madre	10% (2)		10% (2) F
Hermanos	40% (8)	20% (4) M	20% (4) F
Hermanas			
Tios paternos	25% (5)	15% (3) M	10% (2) F
Tias paternas	5% (1)		5% (1) F
Tios maternos	10% (2)	5% (1) M	5% (1) F
Primos maternos	5% (1)	5% (1) M	

5. Antecedentes familiares psiquiátricos:

C. Antisocial	30% (6)	15% (3) M	15% (3) F
Depresion	20% (4)	10% (2) M	10% (2) F

Suicidios	5% (1)	5% (1) F
Esquizofrenia	5% (1)	5% (1) F

F. VARIABLES ESPECIFICAS.- MMPI

Se realiza un enlistado de los perfiles obtenidos mediante la codificación de Hataway. La interpretación psicodinámica de cada uno de ellos, se localiza en las viñetas clínicas del apéndice A.

- 1) '9 4 281 63 7 -'0 (53)' 7:7:15
- 2) 1 37" 4 2' 8 9 6 -'0 (50)° 7:11:15
- 3) 8 7"" 2 1 4" 3 6 9' 0 (61)° 1:25:8
- 4) 8"" 796" 4 2 1 3' 0 (61)° 4:34:6
- 5) 1" 3 6 48' 7 9 2 0 (69)' 12:12:18
- 6) 2 7 8 4 369' 1 0 (73)" 12:13:9
- 7) 2" 7 4.1 9' 8 3 6 0 (67)' 2:14:6
- 8) 2"" 7 49 8' 1 0 36 (73)³ 1:13:14
- 9) 8 2" 9' 4 710 6 3 (67)° 5:14:14
- 10) 8 2" 79 4' 6 3 10 (32)° 4:15:10
- 11) 82' 1 70 6 3 9 -"4 (49)' 6:12:11
- 12) '820 4 7 9 1 6 -'3 (57)° 10:9:14
- 13) 2 1' 3 84 0 7 96 (63)' 11:8:20
- 14) 2" 4 7 86' 0 3 1 -"9 (66)° 11:11:14
- 15) 476 1' 26 3 9 -'0 (76)° 4:4:24
- 16) '1 246 7 39 8 0 (73)° 6:3:18
- 17) '43 891 2 70 -'6 (61)° 6:5:21
- 18) 0' 2 7 1 8 6 9 4 -'3 (67)° 2:3:16
- 19) 8"" 7 4"" 6 2 9' 1 30 (94)° 1:18:10
- 20) 8 7 6 1"" 2"" 4" 3 9 0' (76)' 6:39:9

G. VARIABLES ESPECIFICAS.- ZUNG

DEPRIMIDOS	35% (7)	20% (4) M	15% (3) F
ANGUSTIADOS	30% (6)	25% (5) M	5% (1) F
Controles normales	35% (7)	25% (5) M	10% (2) F
I. Suicida	35% (7)	20% (4) M	15% (3) F

I V. D I S C U S I O N.

De los 20 sujetos estudiados con diagnóstico de D-OH, - encontramos, mediane la aplicación del DIS: 6 sujetos, 4 M- y 2F (Casos 1, 2, 11, 12, 13 y 18) con datos insuficientes - para diagnosticarlos como TAP; Otros 4 sujetos, 2 M y 2F, -- con rasgos positivos de conducta antisocial, sin cubrir to-- dos los criterios para TAP; y, 10 sujetos con diagnóstico -- de TAP. De los 4 sujetos reportados con rasgos de TAP, 3 pre-- sentaron síntomas depresivos importantes con ideación suicida.

Exceptuando al sujeto del Caso 1, todos presentaron dificultades durante la edad escolar, principalmente problemas por déficit de atención y conducta antisocial.

Los trastornos psicosexuales, y el uso -ninguno reporta dependencia- de sustancias diferentes al alcohol, se presentaron en sujetos jóvenes (el menor de 20 años y el mayor de 33 años de edad, con un promedio de 27.4 años), pertenecientes a un nivel sociocultural medio y alto, con escolaridad - mínima de preparatoria, y la mayoría realizando estudios de postgrado; lo cual nos pudiera indicar que el grado de información, la posibilidad de utilizar sustancias y la menor religiosidad, les permite hablar sobre el tema con mayor libertad y sinceridad, lo cual se dificulta para sujetos de mayor

edad, de familias conservadoras con alta religiosidad y menor grado educativo.

En el MMPI encontramos: 3 varones (11, 12 y 18) muestran rasgos de pasividad, sumisión y conformismo, con escala 4 (Dp) menores de 57, valor de T. 5 sujetos 3M y 2F, presentan rasgos de TAP, siendo enérgicos, competitivos, con tolerancia media a la frustración, con historia de conflictos ante las figuras de autoridad, mientras que los 12 restantes presentan datos de TAP.

No se registra un perfil distintivo para estos paciente siendo las escalas clínicas con mayores elevaciones: 2 (D), 4 (Dp), 7 (Pt) y 8 (Es), que nos hablan de personas con ansiedad importante, necesitados de ayuda y afecto, con tendencia al aislamiento y a la depresión, con sentimientos importantes de culpa, baja tolerancia a la frustración con impulsividad e impredecibilidad (agresividad, intentos o ideación suicida).

La escala 4 (Dp), se registró en los 5 sujetos con rasgos de TAP con un puntaje T promedio de 63.4; mientras que en los 12 con TAP, el valor promedio de T fué de 77.2, con mínimo de 71 y máximo de 90.

De lo mencionado encontramos, que a través del DIS, 14 de los sujetos estudiados presentaron rasgos de/o TAP, mientras que a través del MMPI se detectaron 17; lo cual nos impulsó a revalorar los casos TAP negativos mediante nueva entrevista DIS, persistiendo solamente 3 sujetos con Dx ausente de TAP, mismos que son detectados a través del MMPI (casos 11, 12 y 18), lo cual nos confirma la asociación entre rasgos de/o TAP y D-OH primaria.

Otra característica importante de los sujetos estudiados son las manifestaciones de orden afectivo. 7 sujetos 4 M y 3 F con síntomas depresivos importantes con ideación suicida y rangos patológicos de ansiedad; y 6 sujetos 5 M y 1 F, con grados anormales de ansiedad, sin datos depresivos importantes (Zung).

El estudio de la familia no aportó características determinantes que nos orienten a señalar como factores predisponentes para TAP y D-OH. Los datos obtenidos no son confiables en su totalidad, ya que muchos de los entrevistados hablaban de su familia como algo ideal, "la familia modelo". - La cédula de historia familiar es deficiente, por lo que trataremos de obtener la cédula de la Research Diagnostic Criteria (FH-RDC), y de ser posible, encuestar a los integrantes de la familia de origen del sujeto estudiado, proyecto que esperamos poder realizar.

CONCLUSIONES.

1. Existe una relación significativa entre TAP y D-OH.
2. No encontramos datos significativos en las características de la familia de origen del sujeto estudiado, que influyeran en el desarrollo de TAP y D-OH. El instrumento utilizado no tiene validez.
3. Los síntomas afectivos estuvieron presentes en el 65% de los sujetos estudiados, siendo proporcionalmente iguales entre hombres y mujeres.
4. Los trastornos psicosexuales y el uso de sustancias diferentes al alcohol, se relacionan directamente con la clase sociocultural, e inversamente con la edad del sujeto y la

baja religiosidad.

5. La mayoría de los sujetos manifestaron asistir a algún tipo de psicoterapia porque se sentían comprometidos, no por deseo propio (6 que reciben psicoterapia grupal y 1 individual), manifestando que el abandono de la ingesta de alcohol estaba asociada con su creencia religiosa (juramento). - Las personas que reciben psicoterapia individual, han disminuído -sin abandonar- la ingestión de alcohol, con modificación de sus pautas de conducta. 17 de los sujetos estudiados refirieron la necesidad de ser comprendidos por su familia - actual, principalmente los hijos, en los casados, y los padres y la pareja, en los solteros. En los hijos de los sujetos estudiados se manifiesta frecuentemente trastornos de tipo depresivo y conducta antisocial

A P E N D I C E A.

VIÑETAS CLINICAS.

CASO 1: S., femenina de 56 años de edad, originaria del D.F. con una escolaridad máxima de 4o Licenciatura en Derecho, además de cursos de danza clásica y coreografía. Ocupación actual Agente de Ventas en una Compañía de Viajes, propiedad de su familia, con una duración laboral de 20 años. Estado Civil: casada, con una duración de la vida matrimonial de 31 años. Religión practicada: Católica. Clase Media Alta.

Familia de Origen: proviene de una familia de tipo Nuclear, estructurada, formada por los padres y 6 hijos, 3 hombres y 3 mujeres, ocupando la paciente el segundo sitio. La autoridad familiar era ejercida por el padre.

Antecedentes Familiares: son positivos solamente para D-OH presente en el padre y dos hermanos varones; actualmente refiere la presencia de D-OH en uno de sus hijos.

Ambiente en la Infancia y Desarrollo Psicomotriz: Descrito como adecuado, en ocasiones sobreprotegida y manifestándole continuamente "ser la más bonita de la familia", lo que motivaba discusiones constantes con sus familiares. Manifiesta haber sido una "estudiante modelo", siempre destacando en sus estudios, refiriendo como único rasgo "anormal" el de ser muy mentirosa. Durante la adolescencia, recuerda haber tratado de destacar "tenía que sobresalir de otras, tenía los mejores novios, era la más bonita, la mejor".

Vida Marital: Contrae matrimonio a los 25 años de edad, mencionando una relación estable durante los primeros años, "mi esposo no podía, ni puede, aceptar que soy mejor vendedora que él, eso le disgusta y motivaba que discutieramos con fre

cuencia por lo que opté por dedicarme a la casa, como soy -- muy alegre, me querían mucho los amigos de mis hijas, y una de ellas me reclamaba porque sus novios me preferían a mí, -- pero era mi manera de ser, no fué intencional", actualmente esa hija continúa viviendo con sus padres, es la mayor de 3-hermanos, está divorciada y tiene un hijo, persisten las discusiones con la madre sobre el mismo tópico. Regresa a su vida laboral y se acentúan los conflictos con el esposo, llegando a las agresiones físicas (una vez le fracturó un brazo), lo que motiva el consumo gradual de bebidas alcohólicas presentando su primer estado de intoxicación de los 45 años de edad, aumentando la conflictiva tanto con el esposo como con los hijos "me perdieron el respeto, no creían lo que me pasaba, si les decía que no podía moverme por la fractura de el brazo, el dolor era intenso, me decían que estaba borracha, que no me quejara, y duré casi 24 horas para que me atendieran, es algo que no puedo perdonarles". En 1980 es hospitalizada para iniciar manejo psiquiátrico de la D-OH, egresándose aproximadamente en un año (Centro Antialcohólico) e inmediatamente incorporándose a los grupos de AA y de psicoterapia grupal del ISSSTE, además de recibir psicoterapia individual, manifiesta haber tenido 3 "recaídas", siendo la última hace 2 años. Actualmente dedica gran parte de su tiempo a los programas anti-alcohólicos, tomando la responsabilidad de organizarlos, preocupándose importantemente por los integrantes de los grupos, donde destaca por su labor. Sin embargo, en su grupo familiar persisten los problemas, ya no hay agresiones físicas por parte del esposo, pero se ha presentado un alejamiento importante entre ellos; algo similar ocu--

rre con las relaciones entre la paciente y sus hijos.

MMPI: Se encuentra que es una persona emprendedora, enérgica y competitiva, lo cual le causa problemas en sus relaciones-interpersonales, lo que trata de compensar mediante la ayuda a los demás, el interés hacia los problemas de otros, dando la impresión de una mujer feliz y bondadosa, capaz de organizar metodos para ayudar a los demás, pero con desorganiza---ción en su propia vida y en la de su familia.

CASO 2: C., femenina de 65 años de edad, originaria de San--Cristobal de las Casas, Chiapas. Escolaridad máxima de secundaria, dedicándose en la actualidad a las labores del hogar. Estado Civil: casada a los 20 años de edad y enviudando hace 10 años. Religión: Católica. Medio Socioeconómico: Media Alta.

Familia de Origen: proviene de una familia tradicionalista - de clase Media Alta, de tipo Nuclear, formada por los padres y 6 hijos, 2 hombres y 4 mujeres, siendo la paciente la me--nor. La figura de autoridad ante la sociedad era el padre, - pero en la vida familiar la ejercía la madre, considerando - al padre como "sumiso".

Antecedentes Familiares; En los referente a D-OH refiere solamente un tío paterno, al que describe como "muy allegado a la familia, siempre solo, buscando afecto". A uno de sus hermanos lo describe como "antisocial", por haber tenido proble^{mas} legales y "causar escandalo social".

Ambiente Familiar y Desarrollo Psicomotriz: familia de tipo-tradicionalista, con gran influencia religiosa, donde la mu-

ger debe prepararse para ser madre y esposa, y se limita su desarrollo profesional. Manifiesta la paciente haber sido en su infancia y adolescencia sumamente conflictiva, pues no le agradaba que le ordenaran lo que debía hacer. Presenta dificultades en la escuela, reprobando cursos, inasistencias -- frecuentes, peleas, mitomanía, fugas de la casa para irse a la casa de sus abuelos maternos, aunque, posterior a estas -- conductas, presentaba sentimientos de culpa aislándose de -- los demás familiares y tratando demejorar su conducta. A los 20 años contrae matrimonio y se dirige a vivir al D.F., Manifiesta que se casó "por salir del hogar, donde no me comprendían"; su vida matrimonial la describe "era como un sueño, -- llegué a querer mucho a mi marido, no podía estar sin él, dependía totalmente de su persona, lo que él dijera eso era, -- pero luego me sentí insegura, pensaba que me engañaba, le inventaba amantes y teníamos muchos problemas por mis celos, -- entonces empezó el infierno, varias veces lo dejé pero siempre regresaba a pedirle perdón, otras veces nos insultábamos y nos golpeábamos para luego reconciliarnos, sufría mucho y -- fué entonces que empecé a tomar, quizá para olvidar lo que -- sufría". Recuerda que con las intoxicaciones etílicas se exacerbaron los conflictos familiares, estando a punto de divorciarse, con remisión de los periodos de intoxicación (empezó a beber a los 33 años), pero exacerbación importante hace 10 años, con la muerte del esposo "sentía que yo no podía vivir me sentí desvalida, desprotegida, y con el alcohol lo olvidaba"; a insistencias de una hija y el esposo de esta (con -- quién actualmente vive) ingresa a un grupo de AA hace 15 meses, con un periodo de abstinencia de un año hasta la fecha;--

ingresando a psicoterapia grupal e individual hace 10 meses, no ha presentado recaídas, manifiesta mejoría "pero a veces me pongo triste, pude ser muy feliz y con mi forma de ser lo desaproveché".

MMPI: Se trata de paciente cuyos rasgos característicos son las de una persona dependiente, exigente de afecto, comprensión, que continuamente pone a prueba a los demás y ante fallas -percibidas por ella- de ellos, reacciona con impulsividad, a veces mediante la agresión física y otras mediante -- síntomas somáticos; dada su baja tolerancia a la frustración y el no poder enfrentar sus conflictos directamente, se deprime, acentuándose sus sentimientos de autodevaluación y -- por consecuencia, la necesidad de afecto.

CASO 3: C.A., masculino de 23 años, soltero, originario de - el D.F.. Escolaridad 3o. Licenciatura en Administración de - Empresas. Ocupación, se ha desempeñado como chofer de taxis, sin embargo, es inconstante en el mismo, ya que recibe ayuda económica de sus familiares, sin gran exigencia por parte de estos para que desempeñe un trabajo, tiempo que ha estado -- trabajando como taxista, 3 años. Estado Civil; soltero. Religión Católica; Clase Social: Media Alta.

Familia de Origen: proviene de familia estructurada nuclear, formada por el padre, la madre y 5 hijos, 3 hombres y 2 mujeres, siendo el paciente el tercero de ellos. El ejercicio de la autoridad durante la infancia fué depositado en la madre, en la actualidad, el hermano mayor hace las veces de hijo parental.

Antecedentes Familiares: El padre, con antecedentes de D-OH,

complicado con Cirrosis hepática, lo cual le condujo a la -- muerte. Manifiesta que tanto su madre, como dos hermanas de ella tienen cuadros de tipo depresivo.

Ambiente Familiar y Desarrollo: durante la infancia observaba las intoxicaciones alcohólicas frecuentes del padre, al cual consideraba como buen padre, cariñoso y responsable, y no entendía por que motivo su madre pasaba gran parte del día llorando; al morir el padre, hay cambios en el hogar, la madre deja de llorar pero se torna callada, aislada, y el hermano mayor se hace cargo de la economía de la familia y toma la autoridad. Refiere el paciente que siempre fué un niño tí mido, retraído, con miedo a relacionarse con los demás, lo que motivaba discusiones frecuentes con sus compañeros de es cuela, con riñas, abandono de las clases y reprobando cursos "nunca supe defenderme, siempre me achacaban la culpa de todo y el maestro se lo creía, por eso no me gustaba la escuela". Al ingresar a la preparatoria, inicia relaciones con otros - compañeros de su misma edad, iniciando con el consumo de bebidas alcohólicas (18 años) "lo hice para ser aceptado por - los demás, me emborrachaba muy seguido y me iba de parranda con ellos, en la casa mi madre me decía que los dejara, pero ya estaba muy metido en su onda que no podía, inclusive fuma ba mariguana y empezamos a tener problemas, a veces nos agarraba la "tira" y nos teníamos que poner parejos, luego nos llegaron a meter en el "tambo" y mi hermano tenía que ir por mí, me decía que pensara lo que estaba haciendo, y que debería de salir, que siempre me apoyaría, y me entró la culpa y empecé a ruletear, pero a veces me daba flojera y me quedaba en la casa o me iba con los cuates, siempre traía mi botella

y a veces me quedaba dormido en el carro". "Hace 5 meses me fuí a una fiesta, me emborraché y choque, estuve a punto de perder la vida, por eso decidí dejar de tomar, y desde esa fecha no he tomado nada, aunque a veces siento unas ganas de tomar que pienso no poder controlar..., pero he aguantado";- "no es cierto, no es por el accidente que dejé de tomar, es otra cosa lo que me sucede, me emborraché tanto que no supe de mí, unos cuates me golpearon, me violaron y me siento mal no tomo, pero tengo miedo salir, creo que todos saben lo que me sucedió, a veces quisiera no estar vivo, pienso que si muriera ya no me atormentaría más, dejaría de sufrir". Actualmente el paciente tiene un mes que se incorporó al grupo de AA, y es su primer asistencia al grupo psicoterapéutico de el ISSSTE, iniciará conjuntamente psicoterapia individual.

MMPI: Se trata de paciente con rasgos de tipo esquizoide, sumamente introvertido, con dificultad importante para establecer relaciones interpersonales, con miedo al compromiso afectivo; autodevaluación de su imagen y de sus capacidades; sometimiento ante las figuras de autoridad; necesidad de afecto; tendencia a la depresión, acentuado por la percepción de la autoimagen que tiene, lo que le conduce a la angustia con manifestaciones neurovegetativas y ante la imposibilidad de enfrentar sus conflictos, presenta ideación suicida intensa, que es manifestada mediante actitudes de agresividad, tanto auto como heterodirigidas, asociadas a un fuerte sentimiento de culpa. Utiliza importantemente la negación, la proyección y la introyección.

El inventario del Zung, reporta Depresión Severa con Riesgo-Suicida elevado.

CASO 4: V., femenino de 56 años de edad, quién refiere desconocer su lugar de nacimiento "de pequeña viví en Nogales, Veracruz, pero no soy de allí, ignoro donde nací, mi madre nunca me lo dijo, no tengo acta de nacimiento". Escolaridad -- máxima 3o. Primaria. Ocupación Actual, se dedica a la venta de bisutería en dependencias oficiales, "y a veces preseto dinero y les cobro réditos, pero eso era antes, ahora ya no tengo para vivir". Estado Civil: "desde hace 12 años me separé de mi marido, teníamos muchas "broncas" porque él también es alcohólico". Religión: Católica. Clase Social: Media Baja Familia de Origen: la familia de la cual proviene es del tipo nuclear, ya que está formada por los padres y los hijos, siendo la paciente la primera de 6 hermanos, 2 mujeres y 4 hombres. "Papá nos abandonó, no le recuerdo, solamente tengo la imagen de verlo borracho, mamá también tomaba mucho, nos golpeaba, nos trataba mal, nunca teníamos que comer, conmigo se descargaba, por eso yo era muy rebelde, nadie mandaba en la casa, estábamos siempre solos, yo me encargaba de cuidar a los menores, por eso no pude con la escuela, tuve que dejarla". "Con lo pesada que esla vida, he tenido que ingeniar melas para vivir, siempre se trata de abusar de la mujer y he tenido que endurecerme, a los 11 años me violaron y no me creyeron, así que al tipo que lo hizo le encajé un cuchillo, y me detuvieron, pero sali libre, luego dejé la casa y me matrimonié, pero continúe siendo muy arisca, todo me molestaba peleaba con las vecinas, con todos discutía, varias veces me llevaron a la delegación por insultos y golpes, o por robarme cosas pequeñas, pero nunca me he dejado, a veces tomo la navaja y se la parto a quién se lo merece", "mi esposo viaja

ba mucho, así que estaba sola la mayor parte del tiempo, me divertía, asistía a bailes, tomaba con los amigos y eso motivó que peleáramos, entonces me encerré y tomaba sola, mientras él lo hacía con sus amigos, llegaba y peleábamos, a veces yo le daba duro, incluso le di con un cuchillo, pero, -- era más fuerte que yo y me tupa sabroso; con mis hijos era muy estricta, los regañaba mucho, les llamaba la atención y a veces los dejaba encerrados en la casa para poder salir a tomar, mi hijo era muy celoso, le molestaba que bailara con otros hombres, mis hijas eran más tranquilas, pero ahora me doy cuenta que estoy sola, no me quieren mis hijos, ellas me visitaban siempre por dinero, pero cuando pensé que no debería darles nada, sino esperar que ellas asistieran a mí por cariño dejaron de hacerlo, mi hijo no me habla, se avergüenza de mí, me quitó la casa, logró ponerla a su nombre y yo -- pensé que en realidad lo había recuperado, pues me mostraba cariño, pero me engañó". "Ahora me dedico a tratar de que mi esposo deje el alcoholismo, ya lo convencí a entrar a AA y -- estoy cuidando frecuentemente de él, llega a la casa y come y platica conmigo, a veces hacemos el amor, pero parece que no me toma en serio, pues no habla de regresar a mi lado, es como si fuera su amante, a veces me conformo pero me da t-- rria, creo que también tengo derecho a ser feliz, a nadie le importo, nada más a los del grupo, pero salgo y vuelvo a sentirme sola, pienso puras cosas tristes, me dan ganas de matarme y uno de estos días lo voy a hacer, no hay quién pueda entenderme, es difícil dejar el alcohol, yo llevo varios meses pero no puedo, a veces me tomo una cuentas cervecitas y me siento como nuevo, es que empecé desde muy joven, a los --

15 años empecé a tomar, y trato de dejarla, pero no puedo".

MMPI: Se trata de paciente cuyas principales características son la introversión, el aislamiento social, debido a las dificultades que tiene para establecer relaciones interpersonales efectivas; susceptible a la opinión de los demás, con autodevaluación importante que le conduce a la depresión, sentimientos intensos de culpa que le hacen pensar en el suicidio, con defensas de tipo proyectivo que le obligan a actuar de una manera agresiva e impulsiva, sintiéndose perseguida y amenazada por las personas que le rodean, lo cual, a pesar de una demanda constante de afecto, le obliga a desconfiar de otros, motivando agresiones hacia los demás e impidiéndole establecer relaciones interpersonales adecuadas. Manifiesta grados elevados de ansiedad, que le conducen a la preocupación excesiva de su organismo, desviando su foco de atención de su vida afectiva hacia molestias somáticas. Presenta conflictos con la imagen femenina a la que devalúa, y se muestra rebelde, compitiendo continuamente con el hombre con el afán de dominio y poder.

CASO 10: B., femenina de 33 años de edad, originaria del D.-F., con una escolaridad máxima de 4o. Semestre de Licenciado en Medicina y cuya ocupación actual es de Auxiliar de Laboratorio en una escuela secundaria, su antigüedad es de 15 años pero ha descendido por faltas en sus actividades laborales - motivadas por el consumo de bebidas alcohólicas.

Familia de Origen: proviene de una familia desestructurada, del tipo extensa, es la mayor de tres hermanos, 2 mujeres y-

un hombre, "mi madre no me quiso me regaló con mi abuela paterna, que vivía con dos hijas y un hijo, vivíamos en el mismo edificio, pero convivíamos poco, no me prodigaba cariños como a los demás", "la abuela era muy seca, siempre gritaba y se enojaba por cualquier cosa, solamente una de mis tías me quiso, aunque casi no me lo demostraba, mi padre si era cariñoso, pero siempre estaba tondo, se unía con su hermano y sus hermanas y tomaban, eso motivó que mamá se deprimiera y luego muriera". La autoridad siempre estuvo representada por la abuela paterna, el padre sumiso ante la madre, y agresivo con la esposa; la esposa sumisa, callada, irritable.

Antecedentes familiares: existen casos de D-OH, siendo positivo para el padre, el hermano, y un tío y una tía paternos. Manifiesta que entre los padecimientos más frecuentes en su familia son los cuadros depresivos, positivos en la madre, el hermano, las dos tías maternas, una de las cuales se suicidó, y la otra ha realizado dos intentos de suicidio. El tío paterno es reportado con errores de conducta y el padre con actitudes antisociales.

Ambiente Familiar y Desarrollo: manifiesta haber sentido temor ante los sucesos de la vida familiar; cuando muere la madre a los 15 años su padre y hermanos viven en la casa de la abuela, iniciándose una etapa diferente para la paciente "pensé que todo iba a cambiar, que iba a desaparecer mi tristeza, pero no fue así, empecé a cuidar de mi padre, me hacía cargo de su ropa, de sus alimentos, era como si hubiera sustituido a mi madre, y eso me alegraba, pero me impedía estudiar adecuadamente", "a los 18 años, acudí a una reunión con los compañeros de la facultad, tomé un poco y al llegar a

la casa mi tío me corrió, me dijo que era una pérdida, salí llorando y me vine al departamento donde antes vivía papá, - él estaba borracho y no me ayudó, dejé los estudios pues tenía que trabajar para vivir, como ganaba muy poco continuaba haciendome cargo de papá, él me ayudaba económicamente, mis hermanos se hartaron dela situación y se fueron, solo yo me quedé, empecé a tomar con el afán de olvidar, poco a poco aumentaba las bebidas, luego tomaba con papá, a veces era muy cariñoso y otras veces peleabamos, nos insultabamos, nos tirabamos golpes". "Hubo un tiempo en que no me importaba nada solamente quería estar tomando, no salía de la casa, no me arreglaba, mi padre me dejaba alimentos y una botella por la puerta, solo me interesaba la botella, me sentía muy mal que inteté suicidarme, por eso me han encerrado dos veces en el manicomio, pero la tercera vez si me asustó, empecé a escuchar voces y a imaginarme cosas, pero muy malas, me daban ganas de tener relaciones con mi padre, lo deseaba como hombre y luego me arrepentía, trataba de olvidarlo, de sacarlo de mi mente pero se afirmaba más, quise dejar de tomar, pero él llegaba con la botella y lo veía y no podía soportar, empezaba a tomar con él; empecé a faltar al trabajo, me aislaba de los demás, no tenía -ni tengo- amigos, una vez los compañeros del trabajo me invitaron a salir con ellos, solo recuerdo que me sacaron del carro y me dejaron por Milpa Alta, era de noche y no podía regresar, ahora los odio". "pienso que no hay forma de salir de esto, no puedo dejar de tomar, desde hace un año que dejé el hospital no me emborracho, pero sigo tomando, creo que lo mejor que debo hacer es matarme, - me da la impresión de estar sola, yo sentía que me ayudaban-

pero platicando con papá me dijo que era una desagradecida, - que ustedes solamente experimentaban conmigo, y que al platicarles sobre mi vida solamente enlodaba a la familia, que yo no importo porque estoy perdida, pero su familia es noble y - debo repetarla". Posterior a las entrevistas para este estudio, la paciente acudió a una sesión más de su tratamiento - psicoterapéutico individual, nunca aceptó ingresar a grupos, su aspecto había mejorado, se trazó planes para el futuro, - se preocupó por su apariencia personal, y sin mencionarlo, - abandonó el tratamiento; no se ha podido localizar hasta el momento.

MMPI.: Se trata de paciente cuyas características principales son sentimientos de minusvalía, devaluación, desconfianza, hipersensible, lo cual le conduce a una depresión importante, sintiéndose rechazada por todos; necesitada de afecto demandando ayuda pero incapacitada para recibirla; egoísta, - siempre pensando en la posibilidad de ser objeto de atención por las personas que le rodean, y si no sucede, reacciona -- con hostilidad acentuada; manifiesta culpas importantes y se siente perseguida, amenazada; dificultad para la expresión -- de impulsos sexuales, con devaluación de la imagen femenina, doblegándose, siendo sumisa y dependiente, con manifestaciones de ambivalencia, por un lado rebelándose ante su situación con enojo, metas y planes difíciles de realizar, y por el otro, perpetuando la sumisión ante el padre hacia él que manifiesta sentimientos incestuosos, con culpa importante, - con angustia intensa, bajo control de impulsos que le llevan a la realización de actos suicidas y a la amenaza persecutoria. Utiliza defensas primitivas, sobre todo la ambivalencia negación y proyección.

A P E N D I C E B.

303.9x DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Criterios para el diagnóstico

A. Patrón patológico de uso de alcohol o deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de alcohol:

Patrón patológico de uso de alcohol: necesidad diaria de alcohol para la actividad adecuada; incapacidad para disminuir o dejar de beber; repetidos esfuerzos para controlar o reducir el exceso de bebida (periodos de abstinencia temporal o restricción de la bebida durante determinadas horas del día; embriaguez (permaneciendo intoxicado a lo largo de todo el día, durante al menos dos días) consumo ocasional de licores para animarse (o su equivalente en vino o cerveza); periodos de amnesia para los acontecimientos que ocurren durante la intoxicación ---- ("blackouts"); continuación en el consumo de alcohol, a pesar de que el sujeto sabe que los trastornos físicos graves que padece se exacerban con la ingesta.

Deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de alcohol: v.gr.: actos violentos durante la intoxicación, faltas en el trabajo, pérdida de empleo, problemas legales (detención por intoxicación, accidentes de tráfico durante la intoxicación), discusiones o problemas con familiares o amigos debido al excesivo uso de alcohol.

B. Cualquiera de las dos: tolerancia o abstinencia:

Tolerancia: necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para conseguir el efecto deseado, o disminución notable del efecto utilizando en forma regular la misma cantidad de alcohol.

Abstinencia: desarrollo de abstinencia alcohólica (por ejemplo, temblor matutino, y malestar aliviado por la be bida) después de abandonar o reducir la bebida.

DSM-III

301.70 TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Criterios para el diagnóstico

- A. La edad actual ha de ser por lo menos de 18 años.
- B. Comienzo antes de los 15 años, tal como viene indicado -- por una historia de tres o más de los siguientes sínto-- mas:
- 1) vagancia (positivo si alcanza por lo menos 5 días al año, al menos durante 2 años, sin incluir el último -- de escuela);
 - 2) expulsión o suspensión de la escuela por mala conduc-- ta;
 - 3) delincuencia (arrestado o mandado a tribunales infan-- tiles a causa de su conducta);
 - 4) escaparse del hogar durante la noche, por lo menos -- dos veces, mientras vivía en el hogar paterno o adop-- tivo;
 - 5) mentira persistente;
 - 6) relación sexual repetida con relaciones casuales;
 - 7) ingestión de alcohol o abuso de sustancias repetida-- mente;
 - 8) robos;
 - 9) vandalismo;
 - 10) rendimientos académicos marcadamente inferiores a los que deben esperarse en relación al cociente intelec-- tual estimado o conocido (repetición de cursos);
 - 11) violaciones crónicas de las normas del hogar y de la escuela (distintas de la vagancia);
 - 12) iniciación de peleas.

C. Por lo menos, cuatro de las siguientes manifestaciones - del trastorno desde la edad de 18 años:

- 1) incapacidad para mantener una conducta laboral apropiada, indicada por alguno de los siguientes síntomas
a) cambios de trabajo muy frecuentes (tres o más trabajos en 5 años, no explicables por la naturaleza del trabajo o por fluctuaciones económicas o estacionales),
b) desempleo significativo (por ejemplo, 6 meses o más en 5 años, cuando era esperable trabajar),
c) absentismo importante del trabajo (por ejemplo, como promedio 3 días o más de llegar tarde o de ausencia al mes).
d) abandono de diversos trabajos sin tener otros a punto (la conducta similar en una situación académica durante los últimos años de escuela puede ser un sustituto de este criterio en individuos que, por razones de edad o circunstancia, no han tenido la oportunidad de demostrar su adaptación ocupacional):
- 2) falta de capacidad para funcionar como progenitor responsable, puesta de manifiesto por uno o más de los siguientes síntomas: a) malnutrición de los niños, b) enfermedad de los niños debida a falta de los estándares higiénicos mínimos, c) incapacidad de buscar cuidados médicos para un niño gravemente enfermo, d) dependencia de los niños de los vecinos o parientes que no residen en el hogar, tanto para la alimentación como para su protección, e) incapacidad para buscar un cuidador para el niño menor de 6 años, cuando los padres salen de casa, f) despilfarro en objetos -

personales del dinero necesario para las necesidades del hogar;

- 3) incapacidad para aceptar las normas sociales con respecto a la conducta legal, indicada por alguno de los siguientes síntomas: robos repetidos, ocupación ilegal (proxenetismo, prostitución, venta de objetos robados, venta de drogas), arrestos múltiples y condena penal;
- 4) incapacidad para mantener una relación estable con -- una pareja sexual, indicada por dos o más divorcios o separaciones (tanto si se está legalmente casado, como no), abandono de la esposa, promiscuidad (diez o más parejas sexuales en un año);
- 5) irritabilidad y agresividad indicadas por peleas físicas repetidas o ataques (no necesarios por el propio trabajo o para defender a alguien o a uno mismo), incluyendo el pegar a la esposa o a los niños;
- 6) fallos en responder a las obligaciones financieras, -- indicados por incumplimiento repetido de deudas, incapacidad para procurar los cuidados a los niños, o incapacidad para pagar de una manera regular a otras -- personas dependientes;
- 7) incapacidad de planificar o impulsividad, indicadas -- por viajes de un lugar a otro sin trabajo comprometido, sin un objetivo o una idea clara sobre cuándo va a terminar, o con falta de domicilio fijo durante un mes o más;
- 8) desprecio por la verdad, indicado por mentiras, uso -- de nombres falsos y engaños a los demás en provecho --

personal;

9) imprudencia, indicada, por ejemplo, por el hecho de - conducir bebido o de ir a velocidad inadecuada.

D. Pauta de conducta antisocial continuada, en la que los - derechos de los demás son violados sin que exista un periodo libre de síntomas, por lo menos de cinco años entre los 15 y la edad actual (excepto en aquellos casos - casos en los que el individuo haya estado encamado, confinado en un hospital o en una institución penal).

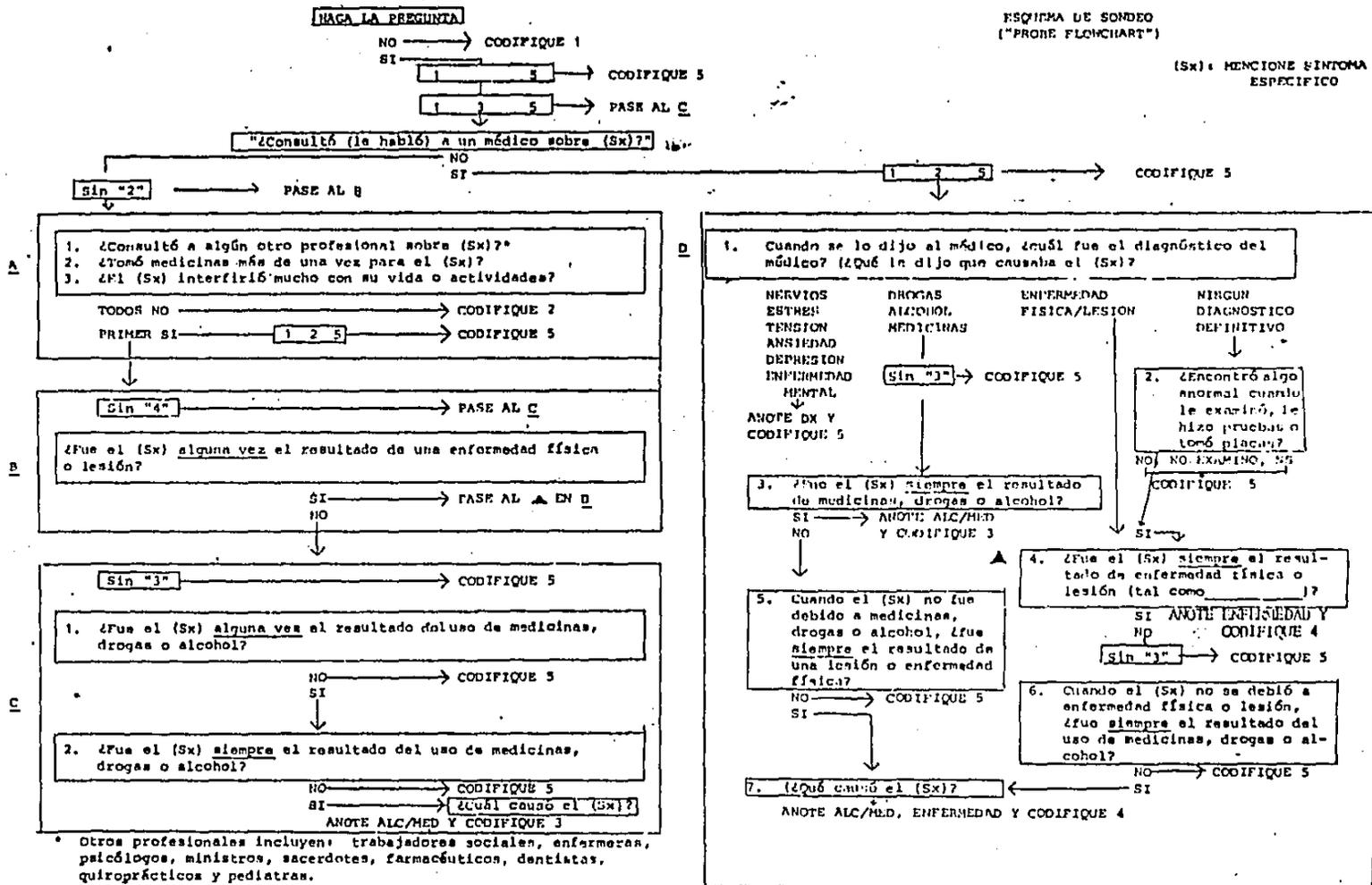
E. La conducta antisocial no es debida a retraso mental pro fundo, esquizofrenia o episodios maniacos.

DSM-III

PREGUNTAR TIEMPO SI SE CODIFICA 5

ESQUEMA DE SONDEO
("PRONE FLOWCHART")

(Sx): MENCIONE SINTOMA
ESPECIFICO



C U E S T I O N A R I O DIS
ALCOHOLISMO Y PERSONALIDAD ANTISOCIAL (DSM III).

I. DATOS DEMOGRAFICOS:

NOMBRE _____
 EDAD _____ SEXO M F ESTADO CIVIL (T) _____
 ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____
 SALARIO _____ RELIGION _____
 LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO _____
 LUGAR DE RESIDENCIA (T) _____
 TIPO DE VIVIENDA _____
 INTEGRANTES FAMILIA _____
 NIÑOS EN LA FAMILIA _____

II. ALCOHOLISMO

1. Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre el uso del alcohol
 ¿Qué edad tenía usted la primera vez que tomó lo suficiente para emborracharse?

NUNCA=00; BEBE, NIÑO=02

ANOTE EDAD

SI NUNCA (00), PASE P. 2
SI 15 O MAS, PASE P. 2
SI MENOS DE 15, PREG. B
SI NS. PREG. A

- A. ¿Piensa usted que fue antes o después de los 15 años?

Antes de 15 (COD 01 ARRIBA Y PREG. B)

15 ó más (COD 95 ARRIBA Y PASE P. 2)

Aún NS (COD 98 ARRIBA Y PASE P. 2)

- B. ¿Se emborrachó más de una vez antes de los 15 años?

No 1

Si 5

2. ¿Alguna vez su familia se ha quejado porque usted estaba tomando demasiado?
 SI LA FAMILIA SE QUEJA MODERADAMENTE AL CONSUMO DE ALCCHOL, COD 2 -----2

	1	5+
	<u>TIEMPO</u>	
	-2 SEMANAS...	1
	-1 MES.....	2
	-6 MESES.....	3
	-1 AÑO.....	4
	+1 AÑO.....	5

SI R VOLUNTARIAMENTE DICE QUE NUNCA HA BEBIDO SUSPENDER CUESTIONARIO.

3. ¿Alguna vez pensó usted que tomaba en exceso?

	1	5+
	<u>TIEMPO</u>	
	-2SEMANAS...	1
	-1 MES.....	2
	-6 MESES.....	3
	-1 AÑO.....	4
	+1 AÑO.....	5

4. ¿Alguna vez ha tomado tanto como un quinto de licor en un día, esto equivale a unas 20 copas (tragos), o 3 botellas de vino o tanto como 3 paquetes de 6 latas de cerveza en un día?

	1	5
	<u>TIEMPO</u>	
	-2 SEMANAS...	1
	-1 MES.....	2
	-6 MESES.....	3
	-1 AÑO.....	4
	+1 AÑO.....	5

SI VOLUNTARIAMENTE DICE SOLO UNA VEZ, COD 2

5. ¿Alguna vez hubo un período de 2 semanas en el cual usted se tomaba 7 cervezas ó más, 7 copas (tragos) ó más ó 7 vasos de vino o más cada día?

No.....1-----PASE P. 6
 Si.....5-----PREG. A

A. ¿Cuánto tiempo hace desde que tomó tanto así, o todavía toma así?

COD. EL TIEMPO MAS RECIENTE POSIBLE	EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS.....1----PASE P. 7
	EN EL ULTIMO MES.....2----PASE P. 6A
	EN LOS ULTIMOS 6 MESES.....3----PASE P. 6A
	EN EL ULTIMO AÑO.....4----PASE P. 6A
	HACE MAS DE UN AÑO.....5----PASE P. 6A

6. ¿Alguna vez hubo un par de meses o más en que por lo menos una vez por semana tomaba 7 copas (tragos) ó 7 botellas de cerveza ó 7 vasos de vino?

No.....1-----PASE P. 7
 Si.....5-----PASE P. A

A. ¿Cuánto tiempo hace desde que tomó 7 copas (tragos) o más por lo menos una vez por semana o todavía toma así?

COD. EL TIEMPO MAS RECIENTE POSIBLE	EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS.....1----PASE P. 7
	EN EL ULTIMO MES.....2----PASE P. 7
	EN LOS ULTIMOS 6 MESES.....3----PASE P. 7
	EN EL ULTIMO AÑO.....4----PASE P. 7
	HACE MAS DE 1 AÑO.....5----PREG. B

B. SI HACE MAS DE 1 AÑO: ¿Qué edad tenía entonces?

B 10

ANOTE EDAD

7. ¿Alguna vez ha consultado con un doctor acerca de un problema que haya tenido con la bebida?

No.....1

Si.....5

8. ¿Alguna vez sus amigos, su doctor, su sacerdote, o cualquier otro profesional le ha dicho por su propio bien que estaba tomando de-
masiado?

SI: ¿Eso fué sólo porque necesitaba perder peso?

SI = 1

	1	5+
<u>TIEMPO</u>		
-2 SEMANAS...	1	
-1 MES.....	2	
-6 MESES.....	3	
-1 AÑO.....	4	
+1 AÑO.....	5	

9. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar pero no ha podido?

	1	5+
<u>TIEMPO</u>		
-2 SEMANAS...	1	
-1 MES.....	2	
-6 MESES.....	3	
-1 AÑO.....	4	
+1 AÑO.....	5	

10. Para controlar el modo de beber, algunas personas se prometen a sí mismas no tomar antes de las 5 - de la tarde o nunca tomar solos. ¿Alguna vez ha - hecho algo así?

	1	5+
<u>TIEMPO</u>		
-2 SEMANAS...	1	
-1 MES.....	2	
-6 MESES.....	3	
-1 AÑO.....	4	
+1 AÑO.....	5	

11. ¿Alguna vez ha necesitado tomar una copa (trago) al levantarse (es decir, antes de desayunar)?

	1	5+
<u>TIEMPO</u>		
-2 SEMANAS...	1	
-1 MES.....	2	
-6 MESES.....	3	
-1 AÑO.....	4	
+1 AÑO.....	5	

12. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o en la escuela) a causa de la bebida- como fal-
tar demasiado al trabajo o por tomar durante las horas de trabajo (o de la escuela)?

	1	5+
<u>TIEMPO</u>		
-2 SEMANAS...	1	
-1 MES.....	2	
-6 MESES.....	3	
-1 AÑO.....	4	
+1 AÑO.....	5	

13. ¿Alguna vez perdió un trabajo o lo expulsaron de la escuela a causa de la bebida?

	1	5+
	<u>TIEMPO</u>	
	-2 SEMANAS...	1
	-1 MES.....	2
	-6 MESES.....	3
	-1 AÑO.....	4
	+1 AÑO.....	5

14. ¿Alguna vez se ha metido en dificultades al manejar a causa de la bebida -v.g. tener un accidente o ser arrestado por manejar borracho?

	1	5+
	<u>TIEMPO</u>	
	-2 SEMANAS...	1
	-1 MES.....	2
	-6 MESES.....	3
	-1 AÑO.....	4
	+1 AÑO.....	5

15. ¿Alguna vez ha sido arrestado o lo han detenido en la delegación de policía a causa de la bebida o por perturbar el orden público?

	1	5+
	<u>TIEMPO</u>	
	-2 SEMANAS...	1
	-1 MES.....	2
	-6 MESES.....	3
	-1 AÑO.....	4
	+1 AÑO.....	5

16. ¿Alguna vez se ha metido en peleas físicas mientras tomaba?

	1	5+
	<u>TIEMPO</u>	
	-2 SEMANAS...	1
	-1 MES.....	2
	-6 MESES.....	3
	-1 AÑO.....	4
	+1 AÑO.....	5

HAY ALGUNOS 5+'s COD. EN Ps 2 - 16

NO.....1-----FIN ENTREVISTA
 SI.....5-----PREG. A

A. ¿HA COD. SOLO UN 5+?

SOLO UN 5+.....1-----PREG. B
 MAS. DE UN 5+.....5-----PASE P. 17

B. ¿HAY ALGUN 5 COD. EN LAS Ps. 5 - 6?

NO.....1-----FIN ENTREVISTA
 SI.....5-----PASE P. 17

17. ¿Alguna vez se ha ido de parranda o borrachera durante la cual haya tomado por dos días o más sin llegar a estar sobrio?

No.....1-----PASE P. 18
 Si.....5-----PREG. A y B

A. ¿Dejó de cumplir con sus obligaciones acostumbradas entonces?

No.....1
 Si-----5+

B. ¿Cuántas veces se ha ido de parranda que haya durado por lo menos un par de días?

ANOTE No. DE VECES

SI R DICE 6 MAS: COD. 96 Y PASE P. 18
 SI R DICE NS: PREG. C

C. ¿Fue solamente una ocasión o fue con más frecuencia?

Sólo una.....1----- COD 01 ARRIBA
 Más de una.....5----- COD 95 ARRIBA
 Aún NS.....8----- COD 98 ARRIBA

18. ¿Alguna vez ha tenido lagunas mentales mientras tomaba, es decir, tomó tanto que no podía recordar al día siguiente lo que había dicho o hecho?

	1	5+
	<u>TIEMPO</u>	
	-2 SEMANAS...	1
	-1 MES.....	2
	-6 MESES.....	3
	-1 AÑO.....	4
	+1 AÑO.....	5

19. ¿Alguna vez ha tenido "temblores" después de dejar de tomar o al reducir la cantidad que estaba tomando (es decir, le temblaban las manos tanto que su taza de café sonaba en el platillo o tenía dificultad al encender un cigarrillo)?

	1	5+
	<u>TIEMPO</u>	
	-2 SEMANAS...	1
	-1 MES.....	2
	-6 MESES.....	3
	-1 AÑO.....	4
	+1 AÑO.....	5

A. ¿Alguna vez ha tenido ataques o convulsiones después de dejar de tomar o al reducir la cantidad que estaba tomando?

	1	5+
	<u>TIEMPO</u>	
	-2 SEMANAS...	1
	-1 MES.....	2
	-6 MESES.....	3
	-1 AÑO.....	4
	+1 AÑO.....	5

B. ¿Alguna vez ha tenido "delirium tremens" o D.T.'s (alucinaciones y fiebre) cuando dejó de tomar?

	1	5+
	<u>TIEMPO</u>	
	-2 SEMANAS...	1
	-1 MES.....	2
	-6 MESES.....	3
	-1 AÑO.....	4
	+1 AÑO.....	5

C. ¿Alguna vez ha visto o ha oído cosas que en realidad no existían después de haber reducido la cantidad que tomaba?

B 13
1 5+
TIEMPO
-2 SEMANAS...1
-1 MES.....2
-6 MESES.....3
-1 AÑO.....4
+1 AÑO.....5

20. Hay varios problemas de salud que pueden ser el resultado de largos periodos en los cuales se toma gran cantidad de alcohol. ¿Alguna vez la bebida le ha causado:

1 5+
TIEMPO
-2 SEMANAS...1
-1 MES.....2
-6 MESES.....3
-1 AÑO.....4
+1 AÑO.....5

A. enfermedad del hígado o ictericia?

B. vómitos de sangre u otros problemas del estómago?

1 5+
TIEMPO
-2 SEMANAS...1
-1 MES.....2
-6 MESES.....3
-1 AÑO.....4
+1 AÑO.....5

C. hormigueos en los pies o que se le duerman?

1 5+
TIEMPO
-2 SEMANAS...1
-1 MES.....2
-6 MESES.....3
-1 AÑO.....4
+1 AÑO.....5

D. dificultades con la memoria cuando no ha estado tomando (que no son lagunas mentales)?

1 5+
TIEMPO
-2 SEMANAS...1
-1 MES.....2
-6 MESES.....3
-1 AÑO.....4
+1 AÑO.....5

E. inflamación del páncreas o pancreatitis?

1 5+
TIEMPO
-2 SEMANAS...1
-1 MES.....2
-6 MESES.....3
-1 AÑO.....4
+1 AÑO.....5

21. ¿Alguna vez ha continuado tomando aún sabiendo que tenía una enfermedad física seria que podía empeorarse al seguir tomando?

- | | | |
|---------------|---|----|
| | 1 | 5+ |
| <u>TIEMPO</u> | | |
| -2 SEMANAS... | 1 | |
| -1 MES..... | 2 | |
| -6 MESES..... | 3 | |
| -1 AÑO..... | 4 | |
| +1 AÑO..... | 5 | |

22. ¿Alguna vez ha tenido una temporada en su vida en la cual no pudo cumplir bien con su trabajo cotidiano a menos que hubiera tomado algo?

- | | | |
|---------------|---|---|
| | 1 | 5 |
| <u>TIEMPO</u> | | |
| -2 SEMANAS... | 1 | |
| -1 MES..... | 2 | |
| -6 MESES..... | 3 | |
| -1 AÑO..... | 4 | |
| +1 AÑO..... | 5 | |

23. Le voy a mencionar algunas de las cosas que usted me dijo acerca de la bebida.

Usted mencionó (LEALE LOS ITEMS COD. 5+ EN Ps. 2 - 18. LEA SOLO EL-PRIMER ITEM COD. 5+ EN Ps. 19 - 20). ¿Qué edad tenía la primera vez que le sucedió alguna de estas cosas?

ANOTE EDAD

A. ¿Cuándo fue la última vez que le sucedió alguna de estas cosas - (COD. 5+)?

COD. EL TIEMPO
MAS RECIENTE
POSIBLE

EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS.....	1	----	FIN SECCION	
EN EL ULTIMO MES.....	12	----	FIN SECCION
EN LOS ULTIMOS 6 MESES.....	3	----	FIN SECCION	
EN EL ULTIMO AÑO.....	4	----	FIN SECCION	
EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS.....	5	----	FIN SECCION	
HACE MAS DE 3 AÑOS.....	6	----	PREG. B	

B. SI HACE MAS DE 3 AÑOS: ¿Qué edad tenía entonces?

ANOTE EDAD

=====
III. PERSONALIDAD ANTISOCIAL:

1. Ahora quisiera preguntarle acerca de su niñez. Comencemos con algunas preguntas acerca de la escuela. ¿Alguna vez repitió un año escolar?

No.....1----PASE P. 2

Si.....5----PREG. A

Nunca fue a la escuela.....6----PASE P. 7

A. ¿Lo hicieron repetir más de una vez?

No, sólo una vez.....2

Si, más de una vez.....5

2. ¿Cómo eran sus calificaciones en la escuela, buenas, regulares, o no tan buenas?

- Buenas.....1-----PASE P. 3
- Regulares.....2-----PASE P. 3
- No tan buenas.....5-----PREG. A

A. ¿Sus maestros pensaban que usted hacía todo lo que podía o pensaban que tenía la habilidad de rendir mucho mejor?

- Hacía todo lo que podía...1-----PASE P. 3
- Lo podía hacer mejor.....4-----PREG. B

B. ¿Qué edad tenía la primera vez que sus maestros pensaban así?•

ANOTE EDAD Y PASE P. 3

SI R DICE NS: PREG. C

C. Cree que fue antes o después de los 15 años?

- Antes de 15 años.....(COD 01 ARRIBA).
- 15 o más.....(COD 95 ARRIBA).
- Aún NS.....(COD 98 ARRIBA).

3. ¿Se metía en problemas frecuentemente con el maestro o el director por portarse mal en la escuela? (INICIAL, PRIMARIA O SECUNDARIA).

- No.....1-----PASE P. 4
- Sí.....5-----PREG. A

A. ¿Qué edad tenía la primera vez que tuvo problemas por portarse mal en la escuela?

ANOTE EDAD Y PASE P. 4

SI R DICE NS: PREG. B

B. ¿Piensa que fue antes o después de los 15 años?

- Antes de 15.....(COD 01 ARRIBA)
- 15 o más.....(COD 95 ARRIBA)
- Aún NS.....(COD 98 ARRIBA)

4. ¿Alguna vez fue expulsado de la escuela? (ELEMENTAL, PRIMARIA, SECUNDARIA)

- No.....1-----PASE P. 5
- Sí.....5-----PREG. A

A. ¿Qué edad tenía la primera vez que lo expulsaron o suspendieron?

ANOTE EDAD Y PASE P. 5

SI R DICE NS: PREG. B

B. ¿Piensa que fue antes o después de los 15 años?

- Antes de 15.....(COD 01 ARRIBA)
- 15 o más.....(COD 95 ARRIBA)
- Aún NS.....(COD 98 ARRIBA)

5. ¿Faltó alguna vez a la escuela sin permiso de su familia ("se fué - de pinta") por lo menos 2 veces en un año?

NO.....1-----PASE P. 6
Si.....5-----PREG. A

A. ¿Esto pasó únicamente en su último año de escuela o antes?

SÓlo en el último año.....2-----PASE P. 6
Antes del último año.....5-----PREG. B Y C

B. ¿Faltó a la escuela sin permiso tanto como 5 días al año, por lo menos en 2 años escolares sin contar su último?

NO.....1
Si.....5

C. ¿Qué edad tenía la primera vez que faltó sin permiso?

ANOTE EDAD Y PASE P. 6

SI R DICE NS: PREG. D

D. ¿Piensa que fue antes o después de los 15 años?

Antes de 15.....(COD 01 ARRIBA)
15 o más.....(COD 95 ARRIBA)
Aún NS.....(COD 98 ARRIBA)

6. ¿Alguna vez tuvo problemas en la escuela por andar peleando?

NO.....1-----PASE P. 7
Si.....5-----PREG. A

A. ¿Eso le pasó más de una vez?

NO.....1-----PASE P. 7
Si.....5-----PREG. B Y C

B. ¿Era usted a veces quién comenzaba la pelea?

NO.....1
Si.....5

C. ¿Qué edad tenía la primera vez que tuvo problemas por andar pe-
leando en la escuela?

ANOTE EDAD Y PASE P. 7

SI R DICE NS: PREG. D

D. ¿Piensa que fue antes o después de los 15 años?

Antes de 15.....(COD 01 ARRIBA)
15 o más.....(COD 95 ARRIBA)
Aún NS.....(COD 98 ARRIBA)

7. Antes de la edad de 18 años, ¿alguna vez se metió en problemas con la policía, sus padres, o vecinos por pelear (aparte de pelear en la escuela)?

No.....1-----INSTRUC. ANTES P. 7E
Si.....5-----PREG. A

A. ¿Eso le pasó más de una vez?

No.....2-----PREG. C
Si.....5-----PREG. B

B. ¿Era usted a veces quien comenzaba la pelea?

No.....1
Si.....5

C. ¿Qué edad tenía cuando tuvo problemas por primera vez a causa de andar peleando (fuera de la escuela)?

ANOTE EDAD Y PASE P. 8

SI R DICE NS: PREG. D

D. ¿Piensa que fue antes o después de los 15 años?

Antes de 15.....(COD 01 ARRIBA Y PASE P. 8)
15 o más.....(COD 95 ARRIBA Y PASE P. 8)
Aún NS.....(COD 98 ARRIBA Y PASE P. 8)

¿ESTAN LAS DOS Ps 6 y 7 COD. 1?

No.....1-----PASE P. 8
Si.....5-----PREG. E

E. Aunque no tuvo dificultades por andar peleando, ¿comenzó usted - peleas más de una vez antes de los 15 años?

No.....1
Si.....5

8. Cuando era niño, ¿alguna vez se fugó de su casa y no volvió hasta - el día siguiente?

No.....1-----PASE P. 9
Si.....5-----PREG. A

A. ¿Se fugó más de una vez?

No, sólo una.....2
Si, más de una.....5

B. ¿Que edad tenía la primera vez que se fugó de casa y no volvió - hasta el día siguiente?

ANOTE EDAD Y PASE P. 9

SI R DICE NS: PREG. C

C. ¿Piensa que fue antes o después de los 15 años?

Antes de 15.....(COD 01 ARRIBA)

15 ó más.....(COD 95 ARRIBA)

Aún NS.....(COD 98 ARRIBA)

9. Claro que nadie dice siempre la verdad, pero ¿decía usted muchas -- mentiras cuando era niño o adolescente?

No.....1-----PASE P. 10

Si.....5-----PREG. A

A. ¿Qué edad tenía la primera vez que dijo muchas mentiras?

ANOTE EDAD Y PASE P. 10

SI R DICE NS: PREG. B

B. ¿PIENSA que fue antes o después de los 15 años?

Antes de 15.....(COD 01 ARRIBA)

15 ó más.....(COD 95 ARRIBA)

Aún NS.....(COD 98 ARRIBA)

10. Cuando era niño, ¿robó cosas más de una vez en las tiendas o a otro niños, o a sus padres o a alguien más?

No.....1-----PASE P. 11

Si.....5-----PREG. A

A. ¿Qué edad tenía la primera vez que robó cosas?

ANOTE EDAD Y PASE P. 11

SI R DICE NS: PREG. B

B. ¿Piensa que fue antes o después de los 15 años?

Antes de 15.....(COD 01 ARRIBA)

15 ó más.....(COD 95 ARRIBA)

Aún NS.....(COD 98 ARRIBA)

11. Cuando era niño, ¿alguna vez dañó intencionalmente el carro de al-- guien o hizo alguna cosa más para destruir o dañar seriamente la -- propiedad de alguien?

No.....1-----PASE P. 12

Si.....5-----PREG. A

A. ¿Qué edad tenía la primera vez que hizo eso?

ANOTE EDAD Y PASE P. 12

SI R DICE NS: PREG. B

B. ¿Piensa que fue antes o después de los 15 años?

Antes de 15.....(COD 01 ARRIBA)

15 ó más.....(COD 95 ARRIBA)

Aún NS.....(COD 98 ARRIBA)

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

12. ¿Alguna vez lo arrestaron como delincuente juvenil o lo enviaron al tribunal de menores?

No.....1-----PASE P. 13
Si.....5-----PREG. A

A. ¿Que edad tenía la primera vez?

ANOTE EDAD Y PASE P. 13

SI R DICE NS: PREG. B

B. ¿Piensa que fue antes o después de los 15 años?

Antes de 15.....(COD 01 ARRIBA)
15 ó más.....(COD 95 ARRIBA)
Aún NS.....(COD 98 ARRIBA)

13. ¿Alguna vez lo han arrestado a partir de los 18 años por cualquier otra cosa aparte de infracciones de las leyes de tráfico?

No.....1-----PASE P. 14
Si.....5-----PREG. A Y B

A. ¿Ha sido arrestado más de una vez?

No, sólo una.....2
Sí, más de una vez-----5+

B. ¿Alguna vez lo han declarado culpable de un delito grave?

No.....1
Si-----5+

14. Durante su vida, ¿ha recibido por lo menos cuatro citas o infracciones de tránsito por ir manejando a alta velocidad o pasarse una luz (semáforo) en rojo, o causar un accidente?

No.....1
Si-----5+

15. ¿Alguna vez abandonó a su esposo-compañero con quién convivía como si estuviera casada ya sea permanentemente o por lo menos algunas - semanas?

No.....1
Si-----5+

16. ¿Alguna vez le pegó o tiro cosas a su esposa/compañera?

No.....1-----PASE P. 17
Si.....5-----PREG. A

A. ¿Alguna vez fue usted el primero en pegar o tirar cosas, sin importar quien comenzara la discusión?

No.....2-----PASE P. 17
Si.....5-----PREG. B

B. ¿Fue usted el primero en pegar o tirar cosas en más de una ocasión?

No.....1
Si-----5+

17. ¿Alguna vez le ha dado "nalgadas" o le ha pegado a un niño tan duro que le dejó moretones o que tuvo que estarse en cama o ver a un médico (SI TIENE NIÑOS)?

No.....1
Si-----5+

18. Desde la edad de 18 años, ¿ha estado en más de una pelea que haya terminado en golpes (aparte de las peleas con su pareja)?

SI R DICE VOLUNTARIAMENTE "SOLO REQUERIDO POR TRABAJO", COD 1

No.....1
Si-----5+

19. Desde que cumplió 18 años, ¿alguna vez ha usado una arma, como un garrote (palo), un cuchillo (navaja) o pistola, en una pelea?

SI R DICE "SOLO REQUERIDO POR LA OCUPACION", COD 1
SI R DICE "EMPUÑO PERO NO ALCANZO", COD 5

No.....1
Si-----5+

20. Desde los 18 años, ¿alguna vez tuvo tres trabajos diferentes o más durante un periodo de cinco años?

OMITA CAMBIOS REFERIDOS A CAUSA DEL OFICIO TERMINADO, RETORNO AL COLEGIO, ENFERMEDAD O MATERNIDAD, TRANSFERENCIA DE ESPOSO/A, CONVERSION A AMA DE CASA.
CUENTE SOLO LOS CAMBIOS EN EL OFICIO PRINCIPAL

No.....1
Si-----5+

21. ¿Lo han corrido (despedido) de más de un trabajo?

No.....1
Si-----5+

22. Desde los 18 años, ¿ha dejado un trabajo 3 veces o más, sin tener otro trabajo asegurado?

OMITA RETIRO VOLUNTARIO COMO CONSECUENCIA DE RETORNO AL COLEGIO, ENFERMEDAD O MATERNIDAD, TRANSFERENCIA DE ESPOSO/A, CONVERSION A AMA DE CASA.

No.....1
Si-----5+

23. En cualquiera de sus trabajos desde que tenía 18 años, ¿llegó tarde o estuvo ausente un promedio de 3 días o más por mes?

SI R DICE "NO HORARIO FIJO": COD 1

ANOTE ALC/MED: _____ 1 3 -----5+

24. De los últimos 5 años, ¿cuántos meses ha estado sin trabajo?

ANOTE No. DE MESES

MENOS DE 6 MESES, PASE P. 25
6 MESES O MAS, PREG. B
SI R DICE NS, PREG. A

A. ¿Piensa que fue menos de 6 meses o más?

Menos de 6 meses.....5---COD 01 ARRIBA Y PASE P. 25
6 meses ó más.....1---COD 95 ARRIBA Y PREG. B
Aún NS.....8---COD 98 ARRIBA Y PREG. B

B. ¿Cuánto tiempo de esa temporada buscó trabajo y no lo encontró?

ANOTE No. DE MESES

SI B = 6 MESES O MAS, PREG. E

C. ¿Cuánto tiempo de esa temporada no buscó trabajo debido a problemas emocionales o mentales, o problemas con drogas o alcohol?

ANOTE No. DE MESES

SI B+C = 6 MESES O MAS, PREG. E

D. ¿Cuánto tiempo (además de ése) no tuvo interés en trabajar sin estar en la escuela o enfermo físicamente (o jubilado o ama de casa)?

ANOTE No. DE MESES

E. ¿SON B+C+D = 6 MESES O MAS SIN TRABAJO?

No.....1
Si-----5+

25. ¿Alguna vez ha usado un alias u otro nombre aparte del suyo?

SI R REFIERE VOLUNTARIAMENTE SOLO EL NOMBRE QUE TIENE O UN NOMBRE QUE USA EN PROFESION: COD 1

No.....1
Si-----5+

26. ¿Le parece a usted que miente mucho desde que es adulto?

No.....1
Si.....5

27. ¿Alguna vez ha pasado por una temporada en que no tenía un lugar -- fijo donde vivir por lo menos un mes?

No.....1
Si-----5+

28. ¿Alguna vez ha dejado usted a sus hijos menores de 6 años en casa - solos, mientras usted se iba de compras o salía a algún otro sitio?

SI R DICE VOLUNTARIAMENTE "SOLO EN EMERGENCIA; POR MENOS DE 30 MIN. O EL NIÑO PODIA SER ESCUCHADO": COD 1

No.....1
Si-----5+
Nunca ha vivido con niños.8-----INSTRUC. P. 32

29. ¿Hubo ocasiones en que un vecino tuvo que alimentar un niño suyo -- porque usted no había comprado o preparado la comida o su vecino tu vo que cuidar del niño toda la noche porque no había nadie en casa- que lo cuidara?

SI R VOLUNTARIAMENTE DICE "SOLO EN EMERGENCIA": COD 1

No.....1
Si-----5+

30. ¿Alguna vez una, enfermera, trabajador social o maestro ha dicho que algún niño de usted no estaba bien alimentado o no se mantenía limpio o no recibía la atención médica necesaria?

No.....1.1
Si-----5+

31. ¿Más de una vez se ha quedado sin dinero para comprar comida para - su familia porque había gastado el dinero para la comida en usted - mismo o para salir a pasear?

No.....1
Si-----5+

¿CUANTOS 5+'s HAY COD EN P's 13 - 31?
NINGUNO, 1 ó 2.....1----- FIN ENTREVISTA
3 ó más.....5-----PASE P. 32

32. ¿Alguna vez le dijo a un doctor de cualquiera de estas cosas que hi zo como (ESPECIFIQUE 5+'s LOS CUALES HAN SIDO COD EMPEZANDO CON LA- P. 13?

No.....1
Si.....5

¿ES R MAYOR O MENOR DE 26 AÑOS?
26 ó más.....1-----PASE P. 33
MENOS DE 26.....5-----PASE P. 34

33. ¿Hizo cualquiera de estas cosas entre la edad de 18 y 25 años?

No.....1-----PREG. A
 Si.....5-----PASE P. 34

A. ¿Hubo alguna razón por la cual usted no pudo hacer estas cosas - entre las edades de 18 y 25 años, por ejemplo, porque estaba usted enfermo en cama todo ese tiempo, o en la cárcel, no estaba casado, no tenía niños?

No (TUVO OPORTUNIDAD).....1
 Si (NO TUVO OPORTUNIDAD)..5

34. ¿Cuándo fue la última vez que hizo cualquiera de estas cosas como - (MENCIONE LOS 5's CODs. EMPEZANDO CON P. 13)?

COD EL TIEMPO MAS RECIENTE POSIBLE.	EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS.....1-----FIN ENTREVISTA
	EN EL ULTIMO MES.....2-----FIN ENTREVISTA
	EN LOS ULTIMOS 6 MESES.....3-----FIN ENTREVISTA
	EN EL ULTIMO AÑO.....4-----FIN ENTREVISTA
	EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS.....5-----FIN ENTREVISTA
	HACE MAS DE 3 AÑOS.....6-----PREG. A

SI HACE MAS DE 3 AÑOS

A. ¿QUE EDAD tenía la última vez que hizo cualquiera de esas cosas?

ANOTE EDAD.

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

1. Velasco Fernández R, Salud mental, enfermedad y alcoholismo, México D.F., ANUIES, 1980.
2. Francois Salignac en: Velasco Fernández R, Salud mental, enfermedad y alcoholismo, México, D.F., ANUIES, 1980 pp. 44
3. Mayer-Gross en: Patiño JL, capítulo XI el alcoholismo, - Patiño JL, Psiquiatria Clínica, México D.F., Salvat Mexicana de Ediciones S.A., 1980, pp 299.
4. American Medical Association, Manual on alcoholism, ed. revisada, Illinois, 1973 en: Velasco Fernández R, Salud mental, enfermedad y alcoholismo, México, D.F., 1980 pp. 55 y 93.
5. Plaut, en: Velasco Fernández R, Salud mental, enfermedad y alcoholismo, México, D.F., ANUIES, 1980, pp 55.
6. Gloninger C R, Christiansen LL D, Reich T, Gottesman I, - Implications of sex differences in the prevalences of antisocial personality, alcoholism, and criminality for familial transmission, Arch Gen Psychiatry 1978;35:941-951

7. Goodwin D W, Alcoholic and heredity, a review and hypothesis. Arch Gen Psychiatry 1979; 36:57-61.
8. Goodwin D W, Alcoholic and genetics, the sins of the fathers, Arch Gen Psychiatry 1985; 42:171-174.
9. Desclaux P, en: Velasco Fernández R, Salud mental, enfermedad y alcoholismo, México, D.F., ANUIES, 1980, pp 59.
10. Diethelm O, Aetiology of chronic alcoholism, Chicago --- 1955, en: Ritson B, Personality and prognosis in alcoholism, Brit J Psychiatry 1971; 118:79-82.
11. Ritson B, Personality and prognosis in alcoholism, Brit J Psychiatry 1971; 118:79-82.
12. Walton H J, Personality as a determinant of the form of alcoholism, Brit J Psychiatry 1968; 114:761-766.
13. Bales, en: Velasco Fernández R, Salud mental, enfermedad y alcoholismo, México, D.F., ANUIES, 1980, pps 63-92.
14. Keller, en: Velasco Fernández R? Salud mental, enfermedad y alcoholismo, México, D.F., ANUIES, 1980, pp 50.
15. Kramer M. ScD, Revisión histórica y secciones de los --- trastornos mentales de la ICD-9 y la ICD-9-CM, apéndice-D, en: American Psychiatry Association, DSM III Manual - diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, co

- ordinador general de traducción al español Pichot P, --
Barcelona, España, Editorial Masson, 1983, pps 413-480.
16. Cohen S M.D. et al, Capítulo 3, Categorías diagnósticas texto y criterios, sección trastorno por uso de sustancias, en: American Psychiatry Association, DSM III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, coordinador general de traducción al español Pichot P, Barcelona, España, Editorial Masson, 1983, pps-179-180.
 17. Goodwin D W M.D. et al, Alcohol problems in adoptees -- raised apart from alcoholic biologic parents, Arch Gen-Psychiatry 1973;28:238-243.
 18. Coderch J, Capítulo XII Trastornos del carácter, en: Coderch J, Psiquiatría dinámica, Barcelona, España, tercera edición 1982, Editorial Herder, pps 299-310.
 19. Organización Mundial de la Salud, en: Coderch J, Psiquiatría dinámica, Barcelona, España, Editorial Herder, tercera edición 1982, pp 300.
 20. Frances A J M.D. et al, Capítulo 3, Categorías diagnósticas: textos y criterios, sección trastornos de la personalidad, en: American Psychiatry Association, DSM III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, coordinador general de traducción al español Pichot P, Barcelona, España, Editorial Masson, 1983, pps-333-336.

21. Caso Muñóz A, Capítulo 35 Los trastornos de conducta en la niñez y adolescencia, Caso Muñóz A, Fundamentos de - Psiquiatría, 2a edición, México D.F., Editorial Limusa, 1982, pp:993.
22. August G J, Stewart M A, Familial subtypes of childhood hyperactivity, J Nerv Ment Dis 1983; 171(6):362-368.
23. Crowe R R, An adoption study of antisocial personality, Arch Gen Psychiatry 1974; 31:785-791.
24. Stabenau J R, Implications of family history of alcoholism, antisocial personality, and sex differences in alcohol dependence, Am J Psychiatry 1984; 141(10):1178--1182.
25. Hesselbrock V M, Hesselbrock M N, Stabenau J R, Alcoholism in men patients subtyped by family history and antisocial personality, J Stud Alcohol 1985; 46(1): 59-64
26. Winokur G, Reich T, Rimmer J, Pitts F N, Alcoholism III diagnosis and familial psychiatric illness in 259 alcoholic probands, Arch Gen Psychiatry 1970; 23:104-111.
27. Schuckit M A, Alcoholic men with no alcoholic first-degree relatives, Am J Psychiatry 1983; 140 (4):439-443.
28. Schuckit M A, Relationship between the course of primary alcoholism in men and family history, J Stud Alcohol 1984;45(4)334-338.

29. Frances R J, Timm S, Bucky S, Studies of familial and - nonfamilial alcoholism I. demographic studies, Arch Gen Psychiatry 1980; 37:564-566.
30. Lewis C E, Rice J, Helzer J E, Diagnostic interactions, alcoholism and antisocial personality, J Nerv Ment Dis- 1983; 171(2):105-113.
31. Lewis C E, Robins L, Rice J, Association of alcoholism- with antisocial personality in urban men, J Nerv Ment - Dis 1985;173(3):166-174.
32. Cook B L, Winokur G, A family study of familial positive vs. familial negative alcoholics, J Nerv Ment Dis -- 1985;173(3):175-178.
33. Cadoret, en: Cook B L, Winokur G, A family study of fa- miliary positive vs. familial negative alcoholics, J Ner Ment Dis 1985;173(3):177.
34. Coderch J, Capítulo X Trastornos del carácter, en: Co-- derch J, Psiquiatría dinámica, tercera edición, Barcelo na, España, Editorial Herder, 1982, pps 211-233.
35. Velasco Fernández R, Esa enfermedad llamada alcoholismo Mexico, D.F., Editorial Trillas, 1985.
36. Maryland National Institute on Alcohol and Alcoholism,- Facts about alcohol and alcoholism, DHEW publication -- 1974;75(31):25, en: Velasco Fernández R, Salud mental,-

- enfermedad y alcoholismo, México, D.F., ANUIES, 1980 -- pp 83.
37. Molina Piñeiro V, Sanchez Medal L, El alcoholismo en México I Patología, México D.F., Editada por Fundación de Investigaciones sociales A.C., 1982.
38. Diagnostic interview schedule. DIS. Versión en español del Instituto Nacional de Salud Mental en San Antonio, - Texas, copia mimeografiada, México, D.F., Instituto Mexicano de Psiquiatría, s/f.
39. Feighner J P, Robins E, Guze S B, Woodruff R A, Winokur G, Munoz R, Diagnostic criteria for use in psychiatry-research, Arch Gen Psychiatry 1972;26:57-63.
40. Spitzer R L, Endicott J, Robins E, Research diagnostic-criteria: rationale and reliability, Arch Gen Psychiatry 1978;35:773-782.
41. Robins L N, Helzer J E, Croughan J, Ratcliff K S, National Institute of Mental Health Diagnostic interview -- schedule, its history, characteristics and validity, -- Arch Gen Psychiatry 1981;38:381-389.
42. DIS, versión en español, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México D.F., I.M.P., s/f.

43. Núñez R, Aplicación del inventario multifásico de la -- personalidad (MMPI) a la psicopatología, segunda edi--- ción, México D.F., Editorial El Manual Moderno, 1979.
44. Saunders G R, Schuckit M A, MMPI scores in young men -- with alcoholic relatives and controls, J Nerv Ment Dis- 1981;169(7):456-458.
45. Andreasen N C, Endicott J, Spitzer R L y Winokur G, The family history method using diagnostic criteria, relia- bility and validity, Arch Gen Psychiatry 1977;34:1229-- 1235.
46. Calderón Narváez G, Depresión, causas, manifestaciones- y tratamiento, México D.F., Editorial Trillas, 1984, pp 102-111.
47. Martin R L, Cloninger C R, Guze S B, Alcohol misuse and depression in women criminals, J Stud Alcohol 1985; --- 46(1):65-71.
48. Mendez R I, Namihira D G, Moreno A L, Sosa C, El proto- colo de investigación, lineamientos para su elaboración y análisis, México D.F., Editorial Trillas, 1984.
49. Taborga H, Como hacer una tesis, quinta edición, México D.F., Editorial Grijalbo S.A., 1982.