

11226  
2ej  
8

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



"DETECCION DE CASOS DE ALCOHOLISMO EN EL NUCLEO FAMILIAR DE PACIENTES CON ALTERACIONES EMOCIONALES, EN LA POBLACION DERECHOHABIENTE DEL H. G. Z. M. F. NO. 1 DE MORELIA, MICHOACAN."

## TESIS

QUE PARA ACREDITAR LA ESPECIALIDAD DE

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

**Dr. Francisco Alvarado Jiménez**

ASESOR DE TESIS:

DR. VIRGILIO SANCHEZ CALZADA

MORELIA, MICH.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN.**

FEBRERO DE 1984.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## INDICE

INTRODUCCION .....	1
CAPITULO I	
ANTECEDENTES HISTORICOS .....	4
a) El alcohol .....	4
b) El alcoholismo .....	7
c) Etiologia .....	9
d) Teorias Fisiopatológicas .....	9
e) Teorias Psicológicas .....	9
f) Teorias Sociales .....	10
g) Epidemiologia .....	13
CAPITULO II	
PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	15
CAPITULO III	
JUSTIFICACION .....	16
CAPITULO IV	
HIPOTESIS .....	17
CAPITULO V	
OBJETIVOS .....	18
CAPITULO VI	
MATERIAL Y METODOS .....	19
a) Universo de trabajo .....	19
b) Criterios de inclusión .....	19
c) Criterios de exclusión .....	20
d) Metodologia de trabajo .....	20

CAPITULO VII

a) Cuestionario .....	22
b) Agregado .....	23
c) Sistema de evaluación .....	23

CAPITULO VIII

FUENTES DE INFORMACION .....	24
------------------------------	----

CAPITULO IX

RESULTADOS .....	25
a) Edad de las entrevistadas .....	25
b) Diagnóstico de las entrevistadas .....	25
c) Resultados de la encuesta .....	25
d) Confrontación con expedientes clínicos .....	26
e) Evaluación de las respuestas del cuestionario .....	27
f) Presuntos nuevos casos de alcoholismo .....	27
g) Ocupación .....	28
h) Consultas en los últimos 2 años .....	28

CAPITULO X

DISCUSION .....	29
-----------------	----

CAPITULO XI

CONCLUSIONES .....	31
--------------------	----

## INTRODUCCION

Las investigaciones históricas y antropológicas han demostrado que las sociedades más primitivas, las que ocupan los niveles de desarrollo más bajos que conocemos, excluyen de su seno a los miembros de la comunidad que son catalogados como enfermos, son simplemente abandonados a su suerte por sus mismos allegados. El abandono es la actitud originaria en los grupos humanos ante la enfermedad.

En las colectividades primitivas de mayor nivel de desarrollo, aparece por vez primera la asistencia a los enfermos. El precio que éstos tienen que pagar es ser considerados como víctimas de poderes magicoreligiosos. Víctimas inocentes en algunos casos de los maleficios de enemigos humanos o de demonios, pero muy a menudo víctimas del castigo de las divinidades por haber cometido faltas morales. Esta última noción es la que fué ampliada de modo sistemático en las llamadas culturas arcaicas, hasta convertirse en una de las dos variantes de la consideración negativa de los enfermos por parte de la sociedad: el enfermo es un pecador, es decir, un culpable que ha merecido el castigo que padece.

La otra variante de la consideración negativa de los enfermos fué elaborada por la sociedad clásica griega. Consiste en concebirlo como un deforme, como una ruptura de la armonía y belleza ideales del cuerpo del hombre, que hay que superar mediante la curación y, si esta es imposible, mediante la destrucción del propio paciente. Frente a una y otra vertiente, las colectividades humanas han conseguido desarrollar una consideración positiva del enfermo a través de un largo y venoso proceso histórico, que surge en occidente de las concepciones religiosas cristianas y que han culminado ya en nuestros días, con la declaración del derecho que todo ser humano tiene a la asistencia en caso de enfermedad.

Esta conquista tan difícilmente alcanzada no es de carácter total e irreversible. Lo mismo que las demás manifestaciones --

Del progreso moral humano, desaparece con una frecuencia lamentable dejando al descubierto la profunda supervivencia de las actitudes negativas: la consideración de los enfermos como pecadores o como deformes, o su simple abandono.

"El alcoholismo no es un vicio, sino una enfermedad" vienen a decir los carteles que han escrito los hombres que en nuestra sociedad están empeñados en la lucha antialcohólica. Débil voz la de estos carteles, casi inaudible en el estruendo de la publicidad que con los más perfectos medios que ofrecen las técnicas audiovisuales de nuestro tiempo, invita incansablemente a consumir cantidades crecientes de bebidas alcohólicas. Esta voz despierta las simpatías entre airado y melancólico, que provocan siempre las defensas de la verdad aparentemente perdidas, pero inasequibles al desaliento. Nos recuerda las que reclaman tercamente el pacifismo en un mundo de desencadenada violencia, y también las que se empeñan en hablar con dignidad de cuestiones sexuales en ambiente decidido a comerciar de mil maneras con el sexo.

Resulta necesario reiterar que las apagadas voces de esos carteles dice sencillamente la verdad. Y por añadidura una verdad obvia o mejor dicho, una verdad que debería ser obvia para todas las colectividades humanas en 1984.

En efecto, los organizadores de la lucha antialcohólica se ven obligados, a combatir contra un vergonzoso fósil moral. A intentar despertar una conciencia colectiva que se empeña en ignorar el problema de los alcohólicos, como medio más cómodo de abandonarlos, sacrificándolos en aras de unos determinados intereses económicos. Y también a recordar su condición de enfermos, frente a una imagen que pretende presentarlos como viciosos o culpables, considerados tan merecedores de los males que padecen como los enfermos crípicos o sibilónicos de la antigüedad (1)

En dicha tarea, que compete a todos los componentes de la sociedad, han de figurar en primera fila los médicos, como profesionales específicamente consagrados a luchar contra la enfermedad. Es sobradamente conocida la crisis que actualmente atra-

viesa la posición social del médico. Es innegable que una parte de la profesión médica se empeña en utilizar sus conocimientos científicos y su preparación técnica de una forma que no resulta compatible con las exigencias sociales de nuestro tiempo. Pero sería injusto desconocer que hay así mismo otra parte que se esfuerza en ajustarse a ellas del modo más estricto, estando al día, no solo como científicos especializados sino también como miembros útiles a la sociedad.

En México nadie niega actualmente el impacto que el consumo de alcohol tienen en la salud pública de sus habitantes. Se le responsabiliza de una alta proporción de muertes por cirrosis hepática, accidentes de tránsito, lesiones por riña, de absentismo laboral y desarmonía familiar. Por lo que con frecuencia se escuchan voces de denuncia que claman para que se remedie la situación. Estas surgen de diversos sectores como el jurídico, educativo, gubernamental, religioso, de la salud y de los medios masivos de comunicación. Los remedios varían de acuerdo con la ideología y el interés del sector que las propone, por que en materia de alcoholismo la unanimidad de las opiniones se conserva al señalar el mal, pero es un verdadero caos cuando se intenta elegir la manera de solucionarlo. La razón de las discrepancias obedece a que el tema del alcohol aparte de que fácilmente se contamina de elementos afectivos y de que toca una serie de fuertes intereses políticos y económicos es también un tema complejo que para comprenderlo en toda su extensión requiere de la competencia de diferentes disciplinas científicas como bioquímica, fisiología, psicología, sociología, antropología etc. cada una de ellas observa el fenómeno bajo su ángulo de interés y lo interpreta con su propio esquema conceptual por lo que tampoco los expertos llegan a compartir un punto de vista unitario (5).

## ANTECEDENTES HISTORICOS

### EL ALCOHOL.

Etimológicamente AL-KOHL en árabe significa antimonio en polvo, tenue, ilusorio.

El alcohol etílico ( $C_2H_6O$ ) es el componente fundamental de las bebidas alcohólicas consumidas por el hombre. Por su peso molecular es el segundo de una serie de compuestos orgánicos iniciada por el metílico y continuada por el propílico, butílico y amílico. Su separación de los otros alcoholes se hace por destilación fraccionada ya que los puntos de ebullición varían con el peso molecular.

Si bien es verdad que la toxicidad de una bebida viene agravada por su contenido en alcoholes con peso molecular distinto del etílico, la cantidad de estos habitualmente presentes en los productos de destilación destinados al consumo por el hombre es tan baja, que toda la acción tóxica es inmutable exclusivamente al alcohol etílico.

Las bebidas alcohólicas para el consumo humano pueden obtenerse por los cuatro mecanismos siguientes: 1o. Fermentación natural de los azúcares vegetales: vino, sidra, cerveza; o de los azúcares animales: hidromiel y kumis. 2o. Por destilación de frutos diversos o partir del vino (aguardiente) o de manzanas, cerezas, ciruelas, etc. 3o. Los alcoholes industriales preparados a partir de un mosto azucarado (remolacha) o por transformación en glucosa de almidones milicáceos de los cereales (maíz, arroz). 4o. Las bebidas comestibles cuyo punto de partida lo constituyen vinos o alcoholes fermentados con sustancias diversas. este es el caso de los aperitivos obtenidos por maceraciones aromáticas como el vermouth y los vinos curados, o por adicción de bebidas absinticas o amargas.

La concentración en grados alcohólicos para las bebidas más usuales es como sigue:

Sidras	3 a 8 grados %
Cervezas	4 a 9 " "
Vinos	10 a 15 " "

Determinados vinos pueden alcanzar los 20 grados % o más.  
Aguardientes y licores de 35 a 65 grados % de alcohol.

#### METABOLISMO

Se dará una descripción somera ya que profundizar un poco - en él nos llevaría un análisis de complejidad progresiva, cuyas ultimas consecuencias pertenecen al campo de la investigación.

Así pues, sucintamente, el alcohol etílico absorbido por - la vía digestiva, atraviesa la mucosa gástrica, pasa a la sangre y se difunde rápidamente por todo el organismo. Una pequeña cantidad es eliminada por el riñón y por los pulmones. Esta última eliminación puede aumentar por el ejercicio muscular así como - disminuir por la altitud. Pero más del 90% del alcohol se quema por oxidación en los tejidos, transformándose en aldehído y pos - teriormente en ácido acético. El último eslabón metabólico lo - convierte en  $CO_2$  y  $H_2O$ . En el hombre la velocidad de esta oxida - ción es constante e independiente de la cantidad de alcohol en - la sangre. Si la oxidación es constante deduciremos que al aumen - tar la ingestión de alcohol su porcentaje en la sangre aumentará también. La combustión de alcohol ingerido se efectúa principal - mente en el hígado.

Como droga el alcohol se clasifica entre las sustancias de - presoras del sistema nervioso central. Siendo desconocida la - forma en la que esta droga actúa sobre la célula nerviosa, atri - buyen al alcohol una acción estimulante basándose en que las -- primeras "excitan" al bebedor, haciéndolo generalmente más so - ciable. Es un hecho que un trago o dos producen casi siempre - cambios en la conducta de tal manera que el sujeto parece estar "estimulado". No es así. Lo que ocurre en realidad es que el al - cohol deprime primero los centros nerviosos que "controlan" la - conducta mediante la inhibición de los impulsos y la adecuación

de las respuestas a los estímulos del medio. Al disminuir estos centros su influencia sobre las otras partes del cerebro, la conducta se "libera" por decirlo así, escapando a los controles del juicio crítico y la racionalidad. Desinhibiendo, el sujeto parece más excitado, cuando en realidad el alcohol ha producido una acción depresora sobre su sistema nervioso central, con lo cual se hace más notable si aumenta el sujeto la cantidad ingerida (14).

Los estudiosos de las más antiguas culturas han encontrado evidencia del uso de bebidas alcohólicas desde la edad de piedra, en un período cercano a los 4,000 años A.C. Parece, pues, que el hombre ha bebido alcohol desde hace por lo menos 5,000 años y no existe ninguna razón para suponer que lo ingería solo para degustarlo. Tal vez el más viejo producto vegetal que se hizo fermentar fué la miel, e igualmente existen datos que inducen a creer que fué el aguamiel de algunas plantas el primer producto que sirvió para hacer los primeros destilados.

Los árabes descubrieron la técnica de la destilación en el siglo VIII.

Las bebidas alcohólicas producidas por fermentación ocuparon su lugar prácticamente en todas las sociedades humanas y aún permanecen en ellas. Con todo derecho podemos deducir que los males psicológicos, físicos y sociales a que da lugar el consumo excesivo de alcohol han acosado a la humanidad desde que se integraron las primeras comunidades. El alcoholismo ha sido un acompañante persistente del hombre, seguramente no por su bien.

Desde el principio hubo la tendencia de relacionar las bebidas alcohólicas con la tendencia religiosa. Así fué como los egipcios dieron crédito a Osiris por haberles permitido conocer el vino, los hebreos a Noé y los griegos a Baco o Dionisios, y todos creyeron que las acciones de los dioses, en este sentido fueron buenas y contribuyeron a enriquecer sus tradiciones (1).

En el México prehispánico el alcohol, representado por el octli o pulque dejó también su huella imprecionante en el aspecto social. La importancia del octli se ve sobre todo en el pa-

pel que desaparecieron en la religión los dioses de la bebida y de la embriaguez. Eran los dioses lunares y terrestres de la abundancia, los centzon totochtin (400 e innumerables conejos) y también la Diosa del maguey, Mayahuel. El conejo era pues, como el símbolo de los dioses del pulque en honor de los cuales celebraban fiestas y banquetes en los que se bebía el octli. Entre todos los dioses destacaba la diosa Mayahuel, a quien se representaba vestida de blanco que es el color del pulque, sentada sobre un maguey con sus hojas curvas y con espigas en sus extremos (14).

#### EL ALCOHOLISMO

El alcoholismo cuya historia se remonta a los orígenes de la humanidad, fué considerado como un vicio, y no fué sino alrededor de 1800 en que aparecieron las primeras personas que lo consideraron como una enfermedad, como es el caso del Dr. -- Thomas Trotter. Fué hasta 1952 que es reconocida a nivel mundial como una enfermedad, cuando en Ginebra Suiza la Organización Mundial de la Salud declaró: que los alcohólicos, son los bebedores excesivos, cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y en el trabajo o bien que ya presentan los indicios de tales manifestaciones (10).

La Asociación Panamericana para la Salud en el informe final del congreso latinoamericano sobre alcoholismo, que tuvo lugar en Santiago de Chile, en noviembre de 1960 lo definió como un trastorno crónico de la conducta, expresado a través de dos síntomas principales: la incapacidad de detener la ingestión de alcohol una vez iniciada, y la incapacidad de abstenerse del alcohol (11).

Las explicaciones, actitudes y concepciones de la sociedad en general y de los expertos en particular, hacia las personas que sufren las consecuencias que provoca el consumo de alcohol han cambiado en el curso de la historia y a la luz de los cono-

cientos nuevos. De 40 años ha la fecha han surgido una gran variedad de programas asistenciales y se crean los grupos de voluntarios como Alcohólicos Anónimos. Es una época de denuncia en que las personas interesadas intentan por todos los medios de alertar a la sociedad para que se tomen medidas adecuadas. Hay muy buena voluntad desear de colaborar y sobre todo la necesidad de hacerse escuchar, pero desgraciadamente al lado de estas actitudes, también hay un exceso de ingenuidad, pocos conocimientos y exceso de fanatismo, por ello los resultados alcanzados fueron pobres.

El panorama prometió cambiar a raíz de que los científicos se interesaron por el tema. La época científica que empezó no hace más de 10 años, se distingue por la gran actividad desplegada, el surgimiento de conocimientos nuevos y el cuestionamiento de conceptos que antes estaban perfectamente establecidos. En los últimos años la cantidad de información científica en materia de alcohol ha alcanzado proporciones abrumadoras. Hay fácilmente de seis a siete publicaciones periódicas de nivel internacional dedicadas exclusivamente a tratar el tema, aparte de la multitud de artículos que aparecen en otras publicaciones no especializadas. El tema se ha tratado desde una infinidad de ángulos y, si bien es cierto que ahora se conoce mucho más que antes, también es cierto que la información disponible hasta ahora no forma un todo coherente pues la mayor parte las veces se trata de conocimientos fragmentarios, contradictorios y desafortunadamente lejos de ser utilizados a nivel práctico (4).

El término alcoholismo se ha empleado con poca precisión, en diferentes acepciones y en una serie de situaciones en donde es fácil percibir sus limitaciones. Esto ha provocado confusión y ha desalentado y desorientado su uso, a tal extremo que los médicos, últimamente han preferido abandonarlo por el concepto de "síndrome de dependencia al alcohol", que aparece en la nueva clasificación de las enfermedades de la organización mundial de la salud (4).

## ETIOLOGIA.

Los estudiosos del alcoholismo vienen esforzándose desde hace muchos años por hallar en el hombre la respuesta a su alcoholización. Así las escuelas y tendencias han orientado las investigaciones por los caminos más diversos. Las teorías con afán explicativo global son inúmeras, pero a la luz de los conocimientos actuales parecen todas insuficientes. Este afán esclarecedor ha permitido, no obstante ir comprendiendo la psicopatología del enfermo alcohólico. La gran mayoría de las autoridades en la materia están de acuerdo en que no existe una causa simple, sino que una interacción complicada de factores fisiológicos, psicológicos y sociales que originan y desarrollan esta grave farmacodependencia (1,8,14).

### TEORIAS FISIOPATOLOGICAS.

a).- Teoría alérgica: Representa la más antigua tentativa de explicar el alcoholismo. Postula la presencia de un factor humoral específico, aunque no determinado, que sensibilizaría al enfermo, fechada en 1903 por Sapehier y Dromard.

b).- Teoría genotrófica de R. Williams y sus colaboradores de la Universidad de Texas. Sugiere que los alcohólicos sufren un defecto genético en la producción de las enzimas necesarias para metabolizar ciertos nutrientes alimentarios; la deficiencia nutricional que resulta, provoca una especie de "apoptencia fisiológica" por el alcohol, de tal manera que la primera ingestión ocasiona un deseo insostenible de introducir más alcohol en el organismo.

Otras investigaciones señalan, que el alcoholismo está determinado por aberraciones fisiológicas genéticamente determinadas, por las cuales las células de la economía funcionan mejor en la presencia de alcohol.

### TEORIAS PSICOLOGICAS.

Algunos autores han señalado que las características más comunes y predominantes de los individuos alcohólicos son las

siguientes: se trata de personas neuróticas incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás, sexual y emocionalmente inmaduras, temerosas al aislamiento, desconfiantes, que manifiestan inasiduadamente las frustraciones y que tienen sentimientos de perversidad y de indignidad. También se dice que suelen ser sujetos que sufrieron en la infancia privación emocional y las consecuencias de problemas afectivos en sus hogares, pero la verdad es que todas esas características pueden darse en individuos que desarrollen diferentes formas de neurosis e incluso en quienes alcanzan un desarrollo normal de la personalidad.

TEORIAS SOCIALES.

En muchas colectividades como la nuestra es una cuestión de honrría la inesta de bebidas alcoholicas hasta llegar a la embriaguez.

La angustia e inseguridad social por la que atraviesan la gran mayoría de las personas tanto en el campo como en las ciudades, es otro factor que facilita el alcoholismo.

La fácil disponibilidad de bebidas alcoholicas en cualquier tienda y puesto que cualquier persona, no importa ni sexo ni edad o condición social, las puede adquirir, son factores que conyuyen a adquirirlo.

Una legislación inadecuada o mal aplicada en lo que se refiere a fabricación, distribución, venta y propaganda de bebidas alcoholicas. Así como la aplicación de sanciones a los infractores que expenden las bebidas después del horario reglamentario.

En algunos países desarrollados, en Estados Unidos sobre todo financiaron costosos y complicados programas de tratamiento y rehabilitación, los que no alcanzaron el éxito esperado. Estos hechos han contribuido a aumentar el escepticismo hacia la eficacia de las instituciones de salud ante este problema.

Investigaciones realizadas por la escuela canadiense iniciadas por Sully Lesterman (5) en las que se evidencia que los

bebedores excesivos en una población definida, varían en forma constante y con una relación directamente proporcional a la cantidad de alcohol que consume la población. La relación entre el número de bebedores y el consumo de alcohol per cápita es tan constante que se ha representado en un modelo matemático, llamada curva de Leddermann (5). Lo interesante de esta relación es aparentemente independiente de las condiciones socioculturales y los patrones de vida que prevalecen en los grupos humanos.

A partir de éstos hallazgos confirman que con frecuencia el concepto de alcoholismo como enfermedad en salud pública, se ha utilizado erróneamente. Pues se le da la misma connotación que la diabetes. Es la cual el azúcar solo es dañina para los diabéticos y no para las personas sanas. Desde éste punto de vista el azúcar resulta una sustancia inerte para las personas sanas. En donde las campañas preventivas se enfocan hacia la detección oportuna de los enfermos potenciales para brindarles tratamiento oportuno. Y no limitar la cantidad de azúcar existente. Hasta ahora la mayor parte de los programas preventivos que en materia de alcohol han seguido este mismo principio, al considerar que el alcohol es tan inerte como el azúcar y en esa forma su enfoque ha sido hacia la localización temprana de los problemas. Pero con los descubrimientos de la escuela Canadense se puede afirmar, que el alcohol es muy diferente de la azúcar y que dista muchísimo de ser una sustancia inerte, puesto que el número de bebedores de una población que es directamente proporcional a la cantidad de alcohol que consume dicha población (5).

Otro hecho que apunta hacia la misma dirección es que la cantidad de alcohol que usa una población consume depende de las facilidades con que el alcohol pueda adquirirse. Los lugares que consumen más alcohol son aquellos que gozan de más facilidades para adquirirse. Si ambas observaciones se llevan al campo de la prevención, una estrategia natural será la de limitar la cantidad de alcohol disponible. El énfasis se dará entonces sobre la sustancia y no sobre la identificación temprana, como se hace con la diabetes. Una medida que limite la cantidad de ----

alcohol, afectará fuertes intereses económicos, políticos y sociales.

El viejo término de alcoholismo tiende a ser reemplazado por el de "Síndrome de dependencia al alcohol", y representa varias ventajas sobre el antiguo de alcoholismo. El empleo de la palabra síndrome marca tres condiciones fundamentales: a) etiología múltiple y todavía desconocida en donde intervienen factores de muy diversa índole. b) una historia natural que hace posible formular pronósticos y situar la evolución del enfermo en el tiempo y c) es posible ideatificarlo por una serie de síntomas característicos.

Edwards y Gross (7) esquematizan el síndrome en:

- A) Cambios de conducta.
- B) Cambios subjetivos.
- C) Manifestaciones psicobiológicas.

En relación con los cambios de conducta, a medida que evoluciona el proceso morboso, el sujeto va tomando sus hábitos de bebida más rígidos y estereotipados por ejemplo, al principio el beber está muy en relación con el medio ambiente y queda prácticamente sujeto a las oportunidades que se le brindan espontáneamente. Pero después hay una búsqueda más activa de oportunidades hasta que se termina con horario, tipos de bebida y lugares totalmente fijos.

Entre los cambios subjetivos, se destaca:

- 1) La incapacidad de detenerse una vez que se ha iniciado la ingesta de alcohol.
- 2) El fenómeno de la tolerancia.
- 3) Si una persona que sufría síndrome de dependencia vuelve a beber después de un período prolongado de abstinencia en poco tiempo volverá a desarrollar de nuevo el síndrome y se encontrará tal y como estaba al principio.

Edwards y Gross (7) consideran que para hacer el diagnóstico de éste síndrome no es necesario que estén presentes todos los elementos descritos. No todos los casos son homogéneos, pues cada uno de ellos se distingue por que ciertos elementos -

destacan más que otros. Los autores consideran que el síndrome no es cosa de blanco o negro, sino que hay diferentes graduaciones.

## EPIDEMIOLOGIA

Hacer un estudio epidemiológico del alcoholismo en México resulta una tarea difícilísima y prácticamente imposible con el estado actual de cosas, como consecuencia de la escasez de datos y poca confiabilidad de los disponibles, las cifras estimativas tienen solamente un valor aproximativo.

En realidad se ha llegado a sentir el grave problema del alcoholismo por la incidencia creciente de sus complicaciones. Como consecuencia de la elevadísima tolerancia en nuestra nación para con dicha enfermedad, han sido primeramente los psiquiatras quienes han percibido el incremento elevadísimo de esta dolencia, así como de sus inmensas proporciones. En segunda instancia, ha sido sentida más resentidamente por los ámbitos sanitarios y las autoridades han empezado a inquietarse, aunque no lo suficiente.

Para proceder a una investigación epidemiológica a nivel nacional y de validez se requeriría la formación de equipos con una sistematiza de trabajo uniforme, con personal suficiente y preparado a la par que con una dotación económica que garantizara la dedicación.

Con todo se hallarían resistencias y dificultades derivadas de la impopularidad de la enfermedad y de las reticencias dimanadas de los intereses creados.

Ya que no se cuenta con ello, se emplean medidas indirectas, como la fórmula del Dr. Jellinek y de acuerdo a ella en México entre la población mayor de veinte años en ambos sexos el número de sujetos dependientes del alcohol oscila entre el 5 y el 17 % (2). Estudios de campo (3) han calculado que en la población varonil de veinte años en adelante los bebedores oscilan entre el 70 y 85 %. En los hombres adultos la proporción de bebedores excesivos es alrededor del 10% y en las mujeres alcanza el 5%.

La cirrosis hepática se relaciona estrechamente con el consumo de alcohol. En México las tasas de mortalidad por ésta enfermedad en la población mayor de veinte años y en ambos sexos.

se han mantenido desde 1958 en una cifra que oscila alrededor de los 20 por 100,000 habitantes (5), y ocupa una de las primeras 10 causas de mortalidad, entre la población mayor de 20 años para ambos sexos, y si la población se reduce a hombres de 40 a 59 años de edad, la cirrosis hepática ocupa el primer lugar.(5).

Aproximadamente el 44% de los accidentes de tránsito son provocados por individuos en estado de embriaguez, y en el 90% de los homicidios en riña y las violaciones tumultuarias interviene individuos intoxicados por alcohol. El ausentismo laboral es muy alto como consecuencia del alcoholismo, lo cual ocasiona muchas horas/hombre de trabajo perdido. Los accidentes de trabajo son más frecuentes en alcohólicos (2,9,12).

Aunque no se han hecho estudios específicos, se presume que el consumo de alcohol ocasiona problemas familiares de importancia.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México nadie niega actualmente el impacto que el consumo de alcohol tiene en la salud pública de sus habitantes. - Se le responsabiliza de una alta proporción de muertes por cirrosis hepática, accidentes de tránsito, lesiones por riña, de ausentismo laboral y desarmonía familiar.

Hacer un estudio epidemiológico del alcoholismo en México resulta una tarea difícilísima y prácticamente imposible con el estado actual de cosas, como consecuencia de la escasez de datos y de la poca confiabilidad de los disponibles, las cifras estimativas tienen solamente un valor aproximativo.

## JUSTIFICACION

En nuestro medio no existen estudios estadísticos, que nos orienten acerca de la magnitud del problema del alcoholismo en la población derechohabiente del H.G.Z.M.F. No. 1 de Morelia - Mich.

Nos llama poderosamente la atención, el número tan bajo - de pacientes diagnósticados como alcohólicos en la población - derechohabiente del H.G.Z.M.F. No. 1 de Morelia Mich. que contrasta enormemente con la presencia de alcoholismo en la sociedad Mexicana. Este hecho lo evidenciamos después de haber analizado las formas 4-30-6 (hojas de control de la consulta externa), de la totalidad de médicos familiares y médicos no familiares, correspondientes a un mes de labores (febrero de 19-32), en donde únicamente encontramos dos pacientes diagnóstica dos como alcohólicos.

En la práctica se ha observado muy frecuentemente la asociación de alteraciones emocionales y la presencia de alcoholismo en el núcleo familiar de estos pacientes.

## H I P O T E S I S

La presencia de casos de alcoholismo en familiares cercanos de pacientes con alteraciones emocionales, es mayor en relación con los familiares cercanos de pacientes con enfermedades orgánicas

## OBJETIVOS.

1) Detectar casos no conocidos de alcoholismo a través de una posible asociación con alteraciones emocionales en otros miembros del núcleo familiar, para su tratamiento y rehabilitación.

2) Observar en forma indirecta la presencia de alcoholismo y su magnitud en la población derechohabiente del H.G. Z.M.F. No. 1 de Morelia Mich.

3) Ampliar el conocimiento del alcoholismo, que se extiende desde una enfermedad individual hasta una enfermedad del núcleo familiar, pues es en éste donde esta enfermedad encuentra una de sus causas y es ahí donde sus repercusiones son más frecuentes. Esto nos permitirá un nuevo enfoque terapéutico, y a través de él el manejo de otros casos de alcoholismo.

## MATERIAL Y METODOS

### UNIVERSO DE TRABAJO.

Se realizó investigación indirecta para la detección de alcoholismo en el núcleo familiar de pacientes con alteraciones emocionales. Tomando como universo de trabajo, la totalidad de las consultas de primera vez diagnosticadas con alteraciones emocionales, generadas durante un año de labores del servicio de psiquiatría del Dr. Virgilio Sánchez Calzada, en el H.G.Z.M.F.No. de Morelia Mich. cifra que alcanzó las 250 consultas para el periodo de enero a diciembre de 1982 (dato proporcionado por el departamento de estadística y codificación).

Para la integración de la muestra, se revisaron en las formas 4-30-6 (hojas de control de la consulta externa), del consultorio del Dr. Virgilio Sánchez C. seleccionándose a simple disponibilidad 30 pacientes femenino, que corresponden al 15% del universo de trabajo cifra que cubre los requisitos de significancia estadística (15).

Se realizó un estudio comparativo, teniendo como base este grupo, el cual fue sometido a comparación con un grupo integrado a simple disponibilidad seleccionado de las hojas 4-30-6 de la consulta externa de medicina familiar del consultorio 8 B-D del Dr. Valdemar Valdespino Landa del H.G.Z.M.F. No 1 de Morelia Mich., los criterios para la integración de los grupos se expresan a continuación:

#### CRITERIOS DE INCLUSION

Para la integración del grupo de estudio se seleccionaron a simple disponibilidad 30 pacientes femeninos de la consulta externa de psiquiatría del Dr. Virgilio Sánchez C. Diagnosticadas con alteraciones emocionales del tipo de la reacción depresiva, de ansiedad y neurósis histerica, que sean casadas que vivan en la Cd. que sean localizables, que acepten la entrevista y responder al cuestionario preparado al respecto.

Para la integración del grupo control, se seleccionaron a simple disponibilidad 30 pacientes femeninos de la consulta externa de medicina familiar del consultorio 8 B-D, que con edades similares a las del grupo anterior y que fueran casadas, - que vivan en la ciudad, que sean localizables, que acepten la - entrevista y responder al cuestionario preparado al respecto: - diagnosticadas con padecimientos orgánicos del tipo de las: rinofaringitis, gastroenteritis, amigdalitis y otras que acudieron a control prenatal, que no hayan asistido a la consulta de psiquiatría.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION

Quedaron excluidas del grupo de estudio, todas las derechohabientes del H.G.Z.M.F. No. 1 que no reunieron los requisitos previamente señalados.

Para la integración del grupo testigo, quedaron excluidas todas las derechohabientes del H.G.Z.M.F. No. 1 que no reunieron los requisitos señalados en el párrafo de criterios de inclusión.

#### METODOLOGIA DE TRABAJO.

Con los grupos así integrados, se procedió a localizar los domicilios de las pacientes seleccionadas, en las tarjetas 4-30-5/A (Tarjetas de adscripción a médico familiar). Cabe hacer notar, que para la integración del grupo de estudio con 30 pacientes hubo la necesidad de tomar 73 pacientes de la forma 4-30-6, pues 23 pacientes no tenían T.A.C. (tarjeta de afiliación) otros 20 pacientes no tenían registrado su domicilio.

A los pacientes de los dos grupos se les realizó una visita domiciliaria a cada una de ellas, con la finalidad de aplicarles el cuestionario de la universidad John Hopkins de E.U.A. (6), tendiendo a detectar casos de alcoholismo en el núcleo familiar de las entrevistadas. Para poder hacer las preguntas en

segunda persona, fué modificado el texto del cuestionario, así mismo se le hizo un agregado, que unicamente fué contestado -- por las personas que aportaban respuestas sugestivas de alcoholismo en su núcleo familiar. Se hizo el agregado con el fin de identificar al presunto nuevo caso de alcoholismo, y preguntaba las veces que este había acudido a consulta, el motivo de -- las mismas, si habían asistido a consulta al IMSS. o si lo habían hecho con médico particular, durante los dos últimos años.

Posteriormente se revisaron los expedientes clínicos de -- las pacientes entrevistadas y de sus esposos, a fin de correlacionar las respuestas obtenidas y el contenido de los expedientes y verificar la credibilidad de los resultados.

CUESTIONARIO DE LA UNIVERSIDAD JOHN HOPKINS MODIFICADO

UTILIZADO EN EL ESTUDIO PARA LA DETECCIÓN DE CASOS DE ALCOHOLISMO

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 CEDULA \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO \_\_\_\_\_ GRUPO \_\_\_\_\_

- 1.-¿Ha faltado su familiar al trabajo a consecuencia de la bebida? SI NO
- 2.-¿Causa la bebida desdichas en la vida de su hogar? SI NO
- 3.-¿La bebida está afectando la reputación de su familiar? SI NO
- 4.-¿Ha notado si su familiar se siente apenado o culpable por sus estados de ebriedad? SI NO
- 5.-¿Su familiar se cede a bajas compañías y acude a malos ambientes cuando bebe? SI NO
- 6.-¿Su familiar ha tenido problemas de dinero como resultado de la bebida? SI NO
- 7.- ¿Hace la bebida que su familiar descuide el bienestar de su familia? SI NO
- 8.-¿Ha notado que decayeron las aspiraciones de su familiar desde que bebe? SI NO
- 9.-¿Se emborracha su familiar a veces en momentos inoportunos, presisamente cuando tiene algo que hacer? SI NO
- 10.-¿Su familiar bebe en la mañana con la intención de combatir los efectos de la cruda? SI NO
- 11.-¿Está la bebida perjudicando a su familiar en su trabajo o en su negocio? SI NO
- 12.-¿Su familiar bebe solo? SI NO
- 13.-¿Ha notado que algunas veces su familiar ignora lo ocurrido o parte de ello mientras estuvo ebrio? SI NO
- 14.-¿Ha tenido que recluir a su familiar en algún hospital o en su propio hogar por motivo de la bebida? SI NO
- 15.-¿Su familiar ha tenido o tiene problemas con la familia o amigos en relación con su forma de beber? SI NO
- 16.-¿Su familiar bebe más ahora que antes? SI NO
- 17.-¿Ha tenido que ir su familiar a que lo vea el médico por causas de la bebida? SI NO

AGREGADO AL CUESTIONARIO MODIFICADO DE LA UNIVERSIDAD JOHN HOPKINS DE E.U.A. PARA LA IDENTIFICACION DEL PRESUNTO NUEVO CASO DE ALCOHOLISMO

- 1.- Nombre.
- 2.- Edad.
- 3.- Domicilio.
- 4.- Ocupación.
- 5.- Parentesco.
- 6.- Número de veces que acudió a consulta en los últimos 2 años.
- 7.- Causas de consulta en ese periodo de tiempo.
- 8.- Acudió al IMSS.
- 9.- Acudió con médico particular.

SISTEMA DE EVALUACION PARA EL CUESTIONARIO MODIFICADO DE LA UNIVERSIDAD JOHN HOPKINS PARA LA DETECCION DE CASOS DE ALCOHOLISMO.

Para la evaluación de las respuestas obtenidas, de la encuesta realizada con el cuestionario de la Universidad John Hopkins - modificado, se tomaron como base los criterios para el diagnóstico de alcoholismo del National Council On Alcoholism de E.U.A.(13), el cual establece la presencia de síntomas mayores y síntomas menores o indirectos. Dentro de los síntomas mayores se encuentran la dependencia, la tolerancia y el síndrome de abstinencia al alcohol, hacia la evidencia de estos síntomas se encuentran orientados los reactivos 1,6,7,9,10,12,14,15, y 16. Para establecer el diagnóstico de alcoholismo, basta con dos respuestas afirmativas de este grupo de reactivos.

Existen también síntomas menores como son ciertos cambios de comportamiento hacia la evidencia de estos síntomas se encuentran dirigidos el resto de los reactivos 2,3,4,5,8,11,13, y 17, que adquieren significancia diagnóstica si son positivos uno o más reactivos de este grupo y que se encuentren combinados con uno o más de los síntomas mayores.

## FUENTES DE INFORMACION

Para la elaboración del presente trabajo, la información se obtuvo de los siguientes departamentos:

- 1.- Estadística y codificación.
- 2.- Forma 4-30-6 (hoja de control de la consulta externa).
- 3.- Archivo clínico.
- 4.- Psiquiatría (Expedientes clínicos).
- 5.- Medicina familiar (expedientes clínicos).
- 6.- Forma T.A.C.
- 7.- Forma 4-30-5/A (Tarjeta de adscripción a médico familiar).

## RESULTADOS

Se realizó visita domiciliaria y encuesta, para la detección de alcoholismo en el núcleo familiar de 60 pacientes, divididos en dos grupos: a) un grupo de estudio y b) un grupo testigo, de 30 pacientes cada uno.

### EDAD DE LAS ENTREVISTADAS

a) Grupo de estudio, formado por 30 pacientes femeninas, de ellas 29 eran casadas y una divorciada, Sus edades fluctuaban entre los 26 y 59 años de edad, cuya moda fué de 42 y la media de 38.75 y que agrupados por edades quinquenales, las encontramos como en el cuadro No. III. El que es representado en la gráfica No. I.

b) Grupo testigo, formado por 30 pacientes femeninas, casadas con edades que fluctuaban entre los 26 y los 54 años, donde se obtuvieron 4 modas que fueron 27, 28, 33, 39 y una media de 36 y que agrupados por grupos quinquenales de edad, quedan distribuidos como en el cuadro No. IV. Representado en la gráfica No. II.

### DIAGNOSTICOS DE LAS ENTREVISTADAS.

a) En el grupo de estudio, se observaron los siguientes diagnósticos: reacción depresiva, reacción de ansiedad, neurósis histérica, neurósis hipocondriaca y neurósis depresiva, distribuidos con una frecuencia como se observa en el cuadro No. V representado en la gráfica No. III.

b) Grupo testigo, los diagnósticos observados son más variados, dentro de los que encontramos; rinofaringitis, gastroenteritis, amigdalitis, diabetes mellitus, artritis reumatoide, etc. que tienen una frecuencia como se observa en el cuadro No. VI. representado en la gráfica No. IV.

### RESULTADOS DE LA ENCUESTA.

La totalidad de las 60 pacientes aceptaron la entrevista y respondieron el cuestionario, obteniendo los siguientes resultados:

CUADRO No. I

CONCENTRADOS POR EDADES Y DIAGNOSTICOS

GRUPO DE ENTUSIO

Paciente	Edad	Diagnóstico	Aceptaron la entrevista
1	42	R. Depresiva	Si
2	30	H. Histórica	Si
3	30	H. Histórica	Si
4	41	R. Depresiva	Si
5	27	R. Ansiedad	Si
6	47	R. Ansiedad	Si
7	31	H. Depresiva	Si
8	26	R. Depresiva	Si
9	39	H. Histórica	Si
10	52	R. Depresiva	Si
11	28	H. Histórica	Si
12	32	R. Ansiedad	Si
13	36	R. Ansiedad	Si
14	42	H. Histórica	Si
15	38	R. Ansiedad	Si
16	43	R. Ansiedad	Si
17	42	R. Ansiedad	Si
18	36	R. Depresiva	Si
19	34	R. Ansiedad	Si
20	27	H. Depresiva	Si
21	42	H. Histórica	Si
22	42	R. Depresiva	Si
23	27	R. Ansiedad	Si
24	42	R. Depresiva	Si
25	42	R. Depresiva	Si
26	47	H. Histórica	Si
27	42	H. Histórica	Si
28	59	R. Ansiedad	Si
29	40	R. Psicopática	Si
30	39	H. Depresiva	Si

Fuente: E. 430/6 I.M.S.S. Familia.

CUADRO No. II  
CONCENTRADOS POR EDADES Y DIAGNOSTICOS

GRUPO TESTIGO

Paciente	Edad	Diagnóstico	Aceptaron la entrevista
1	27	Anisidolitis	SI
2	39	Rinofarincitis	SI
3	33	Anisidolitis	SI
4	39	Gastroenteritis	SI
5	33	Gastroenteritis	SI
6	43	Contractura Muscular	SI
7	54	Artritis Reumatoide	SI
8	42	Diabetes Mellitus	SI
9	45	Rinofarincitis	SI
10	33	Control Pre-natal	SI
11	38	Anisidolitis	SI
12	42	Rinofarincitis	SI
13	26	Control Pre-natal	SI
14	39	Gastroenteritis	SI
15	39	Rinofarincitis	SI
16	37	Rinofarincitis	SI
17	28	Control Pre-natal	SI
18	26	Rinofarincitis	SI
19	32	Gastroenteritis	SI
20	48	Diabetes Mellitus	SI
21	28	Anisidolitis	SI
22	43	Bronquitis	SI
23	50	Rinofarincitis	SI
24	27	Control Pre-natal	SI
25	47	Gastroenteritis	SI
26	28	Anisidolitis	SI
27	27	Control Pre-natal	SI
28	35	Rinofarincitis	SI
29	31	Anemia	SI
30	32	Control Pre-natal	SI

CUADRO No. III

EDADES POR GRUPOS QUINQUENALES:

De 25 a 29 años -----	4 personas	----	13.33 %
De 30 a 34 años -----	5 personas	----	16.66 %
De 35 a 39 años -----	5 personas	----	16.66 %
De 40 a 44 años -----	11 personas	---	36.66 %
De 45 a 49 años -----	3 personas	----	10 %
De 50 a 54 años -----	1 persona	----	3.33%
De 55 a 59 años -----	1 persona	----	3.33 %
Total -----	30 personas	---	100 %

GRUPO DE ESTUDIO

Fuente: F. 430/6 I.M.S.S. Morelia.

CUADRO No. IV

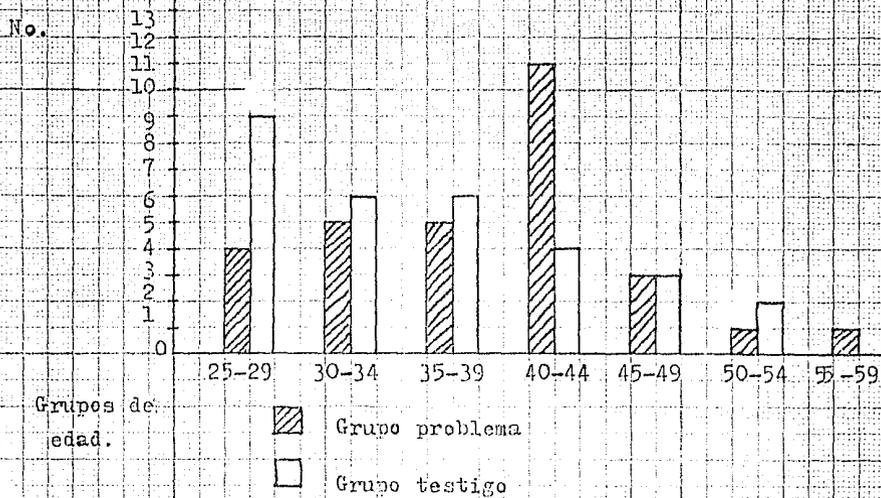
EDADES POR GRUPOS QUINQUENALES:

De 25 a 29 años -----	9 personas	----	30 %
De 30 a 34 años -----	6 personas	----	20 %
De 35 a 39 años -----	6 personas	----	20 %
De 40 a 44 años -----	4 personas	----	13.33 %
De 45 a 49 años -----	3 personas	----	10 %
De 50 a 54 años -----	2 personas	----	6.67 %
Total -----	30 personas	---	100 %

GRUPO TESTIGO

Fuente: F. 430/6 I.M.S.S. Morelia.

GRAFICA No. I



Fuente: cuadros No. III y IV.

CUADRO No. V

FRECUENCIA DE DIAGNOSTICO

Reacción Ansiedad -----	10 personas	----	33.33 %
Neurosis Histérica -----	8 personas	----	26.67 %
Reacción Depresiva -----	7 personas	----	23.31 %
Neurosis Depresiva -----	4 personas	----	13.33 %
Neurosis Hipocondriaca -----	1 persona	----	3.33 %
Total -----	30 personas	----	100 %

GRUPO DE ESTUDIO

Fuente: F. 430/6 I.M.S.S. Morelia.

CUADRO No. VI

FRECUENCIA DE DIAGNOSTICO

Rinofaringitis -----	8 personas	----	26.67 %
Control pre-natal -----	6 personas	----	20 %
Amigdalitis -----	5 personas	----	16.67 %
Gastroenteritis -----	5 personas	----	16.67 %
Diabetes Mellitus -----	2 personas	----	6.67 %
Contractura Muscular -----	1 persona	----	3.33 %
Bronquitis -----	1 persona	----	3.33 %
Anexitis -----	1 persona	----	3.33 %
Artritis Reumatoide -----	1 persona	----	3.33 %
Total -----	30 personas	----	100 %

GRUPO DE ESTUDIO

Fuente: F. 430/6 I.M.S.S. Morelia.

GRAFICA No. III

GRUPO DE ESTUDIO

Número

13  
12  
11  
10  
9  
8  
7  
6  
5  
4  
3  
2  
1

Diagnósticos

0

RA

NH

RD

ND

NHC

Fuente: cuadro No. V

RA = Reacción Ansiedad

NH = Neurosis Histérica

RD = Reacción Depresiva

ND = Neurosis Depresiva

NHC = Neurosis Hipocondriaca

GRAFICA No. IV

GRUPO TESTIGO



Fuente: cuadro No. VI

R = Rinofaringitis

CN = Control pre-natal

Am = Amigdalitis

G = Gastroenteritis

DM = Diabetes Mellitus

CM = Contractura Muscular

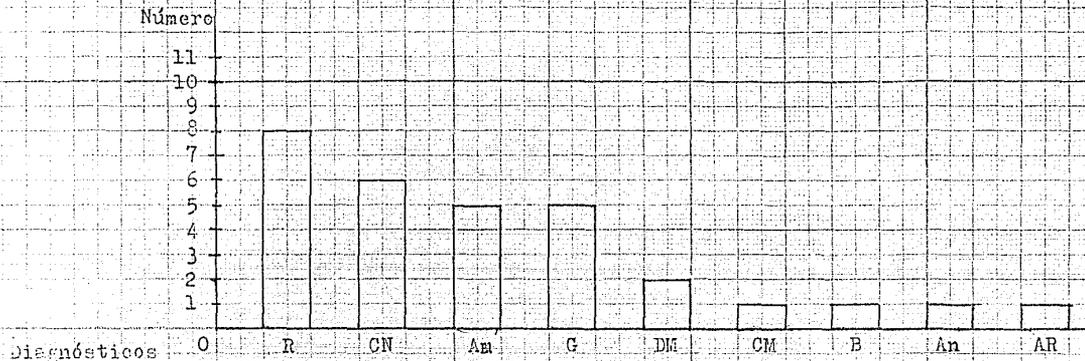
B = Bronquitis

An = Anexitis

AR = Artritis Reumatoide

GRAFICA No. IV

GRUPO TESTIGO



Fuente: cuadro No. VI

R= Rinofaringitis

CN= Control pre-natal

An= Amigdalitis

G= Gastroenteritis

DM= Diabetes Mellitus

CM= Contractura Muscular

B= Bronquitis

An= Anexitis

AR= Artritis Reumatoide

a) Grupo de estudio: 14 pacientes respondieron afirmativamente a uno o más reactivos. 16 respondieron en forma negativa todos los reactivos.

b) Grupo testigo: 8 pacientes respondieron afirmativamente u no o más reactivos, las 22 restantes lo hicieron en forma negativa a todos los reactivos.

#### CONFRONTACION CON EXPEDIENTES CLINICOS.

a) Grupo de estudio: Se revisaron un total de 24 expedientes clínicos, ya que 6 de ellos no fueron localizados, se obtuvieron los siguientes resultados: de las 14 personas que respondieron afirmativamente, un expediente no fué localizado, 3 expedientes no consignaban antecedentes familiares de alcoholismo, 10 expedientes aportaban antecedentes de alcoholismo en el núcleo familiar, señalando al esposo en 9 de ellos y en uno al padre. El dato de alcoholismo en familiar siempre fué descubierto por el servicio de Psiquiatría.

De las 16 personas que respondieron negativamente, 5 expedientes no fueron localizados, de los restantes 7 no aportaban datos de alcoholismo en familiar, los últimos 3 si consignaban antecedente heredofamiliar de alcoholismo, reportando al esposo en los 3. El dato de alcoholismo en estos 3 pacientes también fué descubierto por el servicio de Psiquiatría.

b) En el grupo testigo se revisaron 22 expedientes pues 8 no fueron localizados.

De las personas que respondieron afirmativamente (8) en 3 expedientes había consignado antecedentes de alcoholismo en su núcleo familiar, siendo señalado el esposo en 3 ocasiones, 2 expedientes no consignaban antecedentes de alcoholismo en el núcleo familiar y los 3 restantes no fueron localizados.

Las personas que respondieron negativos la totalidad del cuestionario (veintidós), no tienen consignado en el expediente antecedente de alcoholismo en el núcleo familiar en 17 expedientes. - y 5 expedientes no fueron localizados, en este grupo no hubo dis-

crepancia entre las respuestas y los contenidos de los expedientes.  
EVALUACION DE LAS RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO.

Después de haber sometido a evaluación las respuestas obtenidas con los criterios del National Council on Alcoholism, se obtuvieron los siguientes datos:

a) Para el grupo de estudio: de 14 personas con más de una respuesta afirmativa, solo 12 llenaron los requisitos para ser considerados como alcohólicos que corresponde al 40 %. 2 personas no reunieron los requisitos y no fueron diagnosticadas como alcohólicos, como se representa en el cuadro No. VII. representado en la gráfica No. V.

b) Del grupo testigo: 8 personas emitieron una o más respuestas afirmativas, sólo 7 de ellas fueron diagnosticadas como alcohólicas correspondiendo al 23.33% de la muestra. Una persona no reunió los requisitos, como se observa en el cuadro No. VIII, representado en la gráfica No. VI.

#### PRESUNTOS NUEVOS CASOS DE ALCOHOLISMO.

De los presuntos caso de alcoholismo, todos correspondieron al sexo masculino para los dos grupos, En cuanto al parentesco se observó:

a) Grupo de estudio: el familiar que con más frecuencia se observó fué el esposo, identificándolo en 8 ocasiones que representa el 66%. Le siguieron en frecuencia hermano y padre con 2 observaciones para cada uno, correspondiendo al 16.66% para cada uno.

#### EDAD.

a) Grupo de estudio: las edades de estos presuntos nuevos casos de alcoholismo fluctúan entre los 28 y los 66 años de edad, cuyas modas fueron de 40 y 42 con una media de 41.53 .

b) Grupo testigo: los 7 presuntos nuevos casos de alcoholismo la edad fluctúa entre los 30 y los 50 años de edad no se observó moda, cuya media es de 40. cuadro No.IX gráfica No. VII.

CUADRO No. VII

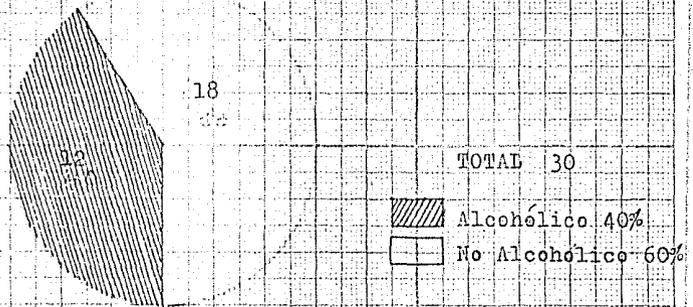
RESULTADOS DE ENCUESTA A GRUPOS DE ESTUDIO

Pac.	Afirmativas	Expediente revisado	Dx.	Parentesco	Ocupación	Edad
1	2,3,4,8,9,11,13,16,	Esposo Alc.	Alc.	Esposo	Empleado	42
2	13.	Alc. Neg.				
3	2,17.	Esposo Alc. rehabilitado	Alc.	Esposo	Pintor	40
4	1,2,5,6,7,9,10,13,14,15,16.	Esposo Alc. Abuelo Alc.	Alc.	Esposo	Policia	29.
5	2,3,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16.	Esposo Alc.	Alc.	Esposo	Herrero	33
6	Todas	Alc. Neg.	Alc.	Esposo	Comerciante	40
7	2,4,7,9,10,12,15	Alc. Neg.	Alc.	Hermano	Soldador	35
8	4,13.	Alc. Neg.		Esposo	Chofer	32
9	2,7,10,12,16.	Esposo Alc.	Alc.	Esposo	Ingeniero	49
10	Exento 5 y 17.	Esposo Alc.	Alc.	Esposo	Chofer	50
11	5,12,13.	Padre Alc.	Alc.	Padre	Contador	54
12	3,4,12.	Padre Alc.	Alc.	Padre	Sin ocupación	66
13	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,15,16,17.	Esposo Alc.	Alc.	Esposo	Chofer	42
14	1,2,3,5,6,7,10,13.	Alc. Neg.	Alc.	Hermano	Tanicoero	28

Fuente: Cuestionario de la Universidad John Hopkins Modificado.

GRAFICA No. V

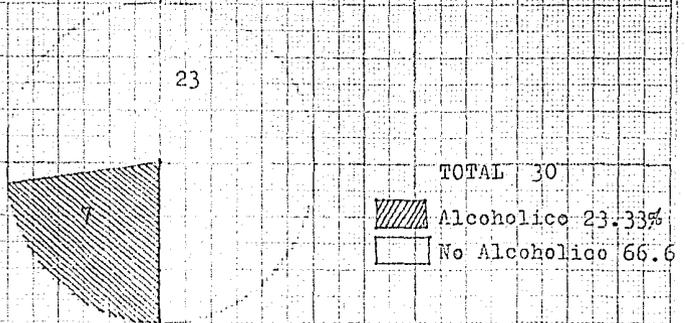
GRUPO DE ESTUDIO



Fuente: cuadro No. VII

GRAFICA No. VI

GRUPO TESTIGO



Fuente: cuadro No. VIII

CUADRO No. VIII

RESULTADOS DE ENCUESTA

A

GRUPO TESTIGO

Pac.	Afirmativas	Expediente revisado	Dx.	Parentesco	Ocupación	Edad
1	1,2,5,6,8,9,10,11,15 16,17.		Alc.	Esposo	Mecánico	32
2	2,6,7,10,15,16,17.		Alc.	Esposo	Mecánico	42
3	3,4,10,11,16.		Alc.	Hermano	Empleado	36
4	2,5,7,8,9,10,11,13, 14,15		Alc.	Primo	Contador privado	30
5	13.					
6	1,2,6,7,10,12,15,16.		Alc.	Esposo	Velador	46
7	2,3,8,9,11,15.		Alc.	Esposo	Carpintero	50
8	3,4,16.		Alc.	Esposo	Chafer	44

Fuente: Cuestionario de La Universidad Jehon Hopkins Modificado.

CUADRO No. IX  
 EDADES POR GRUPOS QUINQUENALES  
 GRUPO DE ESTUDIO

De 25 a 29 -----	2 personas	-----16.66%
De 30 a 34 -----	1 persona	-----8.33%
De 35 a 39 -----	1 persona	----- 8.33%
De 40 a 44 -----	4 personas	-----33.33%
De 45 a 49 -----	1 persona	-----8.33%
De 50 a 54 -----	2 personas	-----16.66%
De 65 a 69 -----	1 persona	-----8.33%
Total -----	12 personas	-----100%

Fuente: Resultado de encuesta.

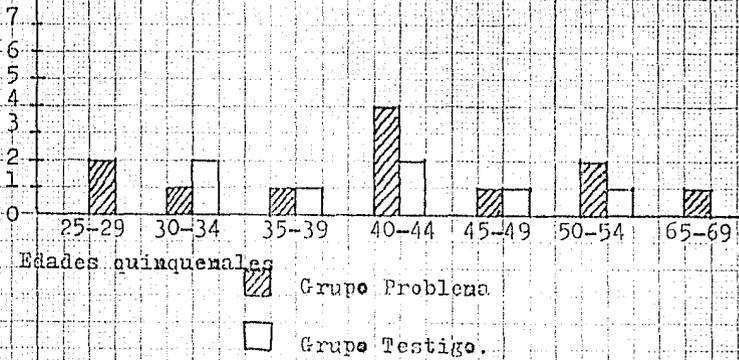
CUADRO X  
 EDADES POR GRUPOS QUINQUENALES  
 GRUPO TESTIGO

De 30 a 34 -----	2 personas	-----6.66%
De 35 a 39 -----	1 persona	-----3.33%
De 40 a 44 -----	2 personas	-----6.66%
De 45 a 49 -----	1 persona	-----3.33%
De 50 a 54 -----	1 persona	-----3.33%
Total -----	7 personas	-----100%

Fuente: Resultado de encuesta.

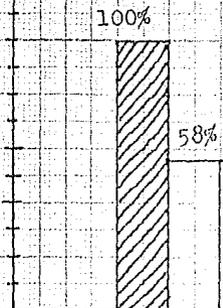
GRAFICA No. VII

No. Casos



Fuente: Resultado de encuesta.

GRAFICA No. VIII



Grupo Problema



Grupo Testigo

Fuente: Resultado de estudio.

## OCUPACION

En cuanto a la ocupación de los presuntos nuevos casos de alcoholismo se observó:

a) En el grupo de estudio se encontró que 3 personas eran -- choferes, uno empleado, uno pintor, un policía, un herrero, un comerciante, un soldador, un ingeniero, un tapicero, un contador público y una persona no tenía ocupación remunerada.

b) En el grupo testigo encontramos las siguientes ocupaciones: dos mecánicos, un empleado, un contador privado, un velador, un - carpintero, y un chofer.

## CONSULTAS EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS.

De los presuntos nuevos casos de alcoholismo se observe:

a) En los del grupo de estudio, 2 de ellos habían asistido a consulta al IMSS. Uno en una ocasión por un cuadro "gripal"; y el otro en dos ocasiones a causa de "nerviosismo". De el resto, ninguno había asistido a consulta al IMSS. ni con médico particular.

b) En los del grupo testigo, solo uno había asistido en una ocasión a consulta en el IMSS. y lo hizo por un cuadro "diarreico". El resto no ha recibido consulta en el IMSS. ni con médico particular en los últimos 2 años.

Después de haber confrontado los dos grupos, observamos que en cuanto a las edades de las entrevistadas fueron grupos con edades muy similares, por lo que respecta a los diagnósticos se cumplió con las normas especificadas para cada grupo.

Durante la aplicación de la encuesta, aún cuando la totalidad de las entrevistadas aceptaron el procedimiento, 36 de ellas que equivalen al 60% oponían cierta resistencia aduciendo que en su familia no tenían ese problema, y que por lo tanto no tendría caso someterse al cuestionario, después de explicarles con más detalle el estudio accedían a llenar el cuestionario, haciéndolo en sentido negativo, nos quedó la impresión de que en su mayoría desconocen los alcances del alcoholismo, o que tienen información incorrecta al respecto, y en algunos casos tienen temor o pena de revelar algún caso de alcoholismo en su núcleo familiar, dándose incluso el caso de una persona que en forma verbal nos indicó que con su esposo y sus hijos viven en casa de su madre y conviven con un hermano alcohólico, pero respondió en forma negativa el cuestionario, para evitarse problemas.

En otras 24 entrevistadas que equivale al 40% la actitud fué diferente, aceptaron la entrevista y el cuestionario fué resuelto con toda naturalidad, la mayoría lo hicieron en forma negativa y algunas otras personas señalaron positivos algunos reactivos.

De las personas que contestaron afirmativamente, un número elevado nos recomendaban que su esposo no fuera a enterarse, pues si el se enteraba ellas la pasarían mal, ¿cuántas de las personas que contestaron en forma negativa se encuentran en la misma situación?. Esto se confirma al revisar los expedientes clínicos en los que 3 personas que respondieron en forma negativa el cuestionario, al revisar el expediente se encontró consignado en él, alcoholismo en el esposo.

Hemos podido observar que para la mayor parte del cuerpo médico nos resulta desconocido o no apreciamos la magnitud del problema del alcoholismo, pues en los expedientes clínicos de las pacientes estudiadas, el antecedente de alcoholismo en su núcleo familiar, en la mayoría de las veces fué consignado por el service de psiquiatría, y en reducidas veces fué evidenciado por sus médicos.

En cuanto a los resultados de los cuestionarios observamos:

Un alto índice de alcoholismo en el núcleo familiar de las pacientes entrevistadas, siendo más alto dentro del grupo problema en donde se encontraron 12 casos que corresponde al 40%, por solo 7 pacientes dentro del grupo testigo, que corresponde al 23.33%.

Aunque en el presente estudio, la totalidad de los presuntos nuevos casos de alcoholismo son del sexo masculino, no creemos que en nuestro medio no exista el alcoholismo femenino, pero que tiende a escondersele.

Las edades más frecuentes en las que se presenta el alcoholismo es en las edades más productivas y que los estratos socioeconómicos más afectados son los estratos medio y bajo, encontrándose más acentuado entre las ocupaciones peor remuneradas. Para los grupos aquí estudiados.

En el presente estudio, observamos, que en su gran mayoría los alcohólicos asisten en muy pocas ocasiones a consulta.

## CONCLUSIONES

- 1.- El alcoholismo se encuentra con más frecuencia en el núcleo familiar de pacientes con alteraciones emocionales, que en el núcleo familiar de pacientes diagnosticados con padecimientos orgánicos dentro de la población derechohabiente del H.G.Z.M.F. No. 1 de Morelia Mich.
- 2.- El alcoholismo repercute en la salud de los familiares cercanos del alcohólico, siendo la esposa la persona que con mayor frecuencia se ve afectada en su salud.
- 3.- Todo paciente que presente alteraciones emocionales, será motivo de estudio de rastreo en busca de alcoholismo.
- 4.- El alcoholismo se encuentra presente en la población derechohabiente del H.G.Z.M.F. No. 1 de Morelia Mich. con mayor frecuencia de la que se le diagnostica.
- 5.- Se le encontrará en tanto se le busque con mas intensidad.
- 6.- El alcoholismo es negado por ignorancia o temor.
- 7.- En nuestra institución no existe un criterio médico unificado en torno a esta enfermedad, producto del desconocimiento o poca importancia que se le da.
- 8.- En nuestro H.G.Z.M.F. No. 1 El servicio de psiquiatría hace diagnóstico de alcoholismo con más frecuencia.
- 9.- En nuestra institución no existe un programa específico para la detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y control de este padecimiento.
- 10.- El alcoholismo predomina más en el sexo masculino en la población derechohabiente del H.G.Z.M.F. No. 1 de Morelia Mich.
- 11.- El alcoholismo es más frecuente entre las edades más productivas.
- 12.- Aunque el alcoholismo no distingue clases sociales, es más frecuente entre las clases media y baja en este estudio.
- 13.- El alcoholismo es desconocido para la mayoría de la población derechohabiente. del H.G.Z.M.F. No. 1 de Morelia Mich.
- 14.- La hipótesis de este estudio fué probada

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bogani Miquel E.: El Alcoholismo Enfermedad Social, Plaza & Janes, S. A. Eds. 1975 Barcelona, España.
- 2.- Bustamante M. E.: El Alcoholismo y sus consecuencias sociomédicas: Aspectos Sociológicos. Gac. Med. Mex. 107: - 227, 1974.
- 3.- Cabildo H. M., Martínez M. S., y Juárez J. M.: Encuestas sobre el hábito de ingestión de bebidas alcohólicas. Sal. Pub. Mex. 11: 759, 1969.
- 4.- Calderón Narváez G., Bustamante M. E., Vasconcelos R.: El Alcoholismo, problema médico social. Gac. Med. Mex. 116: 239, 1980.
- 5.- Carrillo Serrano C.: Los problemas relacionados con el alcohol en México y estrategias para prevenirlos, en: El Alcoholismo en México Tomo I. Valentín Medina Piñero, Luis Sánchez Medel. Eds.
- 6.- "Diagnosing Alcoholism", Alcohol y Alcoholism: Problems, Programs and Progress. Maryland, National Institute of - Mental Health. 1972. P. 32.
- 7.- Eastrick G., Gross E., Heller M. y Moser J.: Alcohol dependence: Provisional description of a Clinical Syndrome. - Brit. Med. J. 1.: 1958, 1976.
- 8.- Gallardo Ramírez H. Flores Puebla B. L. Alcoholismo. En unidad didáctica No. 10. Autores varios. U.N.A.M. Edo. México 1980.
- 9.- Guevara, I.: El alcoholismo y sus consecuencias sociomédicas. Gac. Med. Mex. 107: 213, 1974.
- 10.- Organización Mundial de la Salud: cuarto informe de la - reunión del subcomité de alcoholismo. Serie de informes - Técnicos num. 42 Ginebra: 1993.
- 11.- Organización Mundial de la Salud: Segundo informe de la - reunión del subcomité de alcoholismo. Serie informes técnicos num. 43 Ginebra: 1994.

- 12.- Pérez de O. F. : El alcoholismo y sus consecuencias sociomédicas III. Aspectos psicopatológicos. Gac. Med. Mex. 107: 196, 1974.
- 13.- The Criteria Committee, National Council on Alcoholism: - Criteria for the Diagnosis of Alcoholism. Amer. J. Psychiat. 129: 127-134.
- 14.- Velázquez Fernández P. : Esa enfermedad llamada alcoholismo. Edit. Trillas México D/F/ 1982 Pags. 24, 29, 30, 45, 46, 60.
- 15.- Wayne W. D. : Algunas distribuciones muestrales importantes. En Biocestadística, base para el análisis de las ciencias de la salud. Editorial Limusa, México, 1982, Pag. 92.