

11226
221
410



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33



**"EL ALCOHOLISMO PATERNO COMO CAUSA
DE DESINTEGRACION FAMILIAR POR
INCUMPLIMIENTO DE SU ROL"**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A

DRA. MA. TERESA BRAMBILA HERRERA

MEXICO, D. F.

ENERO DE 1985



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION.....	1
TITULO.....	2
I) OBSERVACION.....	3
II) OBJETIVO GENERAL.....	4
III) OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
IV) ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	6
V) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
VI) HIPOTESIS.....	33
VII) DISEÑO EXPERIMENTAL.....	34
VIII) DESARROLLO DE LA INVESTIGACION.....	35
IX) DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	35
X) RESULTADOS.....	37
XI) CONCLUSIONES.....	37
XII) SUGERENCIAS.....	91
XIII) BIBLIOGRAFIA.....	97

INTRODUCCION:

Seguramente cuando el hombre conoció el alcohol y disfrutó de sus efectos placenteros, nunca imaginó el daño que era capaz de producirle.

A lo largo de la historia de la humanidad, el alcohol se ha incorporado a la vida del hombre y ha oscilado entre su uso moderado y placentero hasta el abuso y la dependencia que lo convierten en agente patógeno de alto riesgo.

En nuestro país el consumo de bebidas embriagantes ha aumentado considerablemente. Un solo dato basta para revelar la gravedad de este problema; según informes oficiales proporcionados en 1982, por la Procuraduría General de la República Mexicana; hay en México 5 millones de alcohólicos aproximadamente que nulifican anualmente en un 15 % la fuerza productiva de la nación y menoscaban su economía en el orden de 275 mil millones de pesos, señalando que aparte del número que muere por esta enfermedad y de los delitos y crímenes que cometen, los alcohólicos originan el 66 % de los accidentes de tránsito en los que pierden la vida o quedan heridos miles de Mexicanos.

La carrera del alcohólico es rápidamente progresiva, acabando con su existencia, con la de su familia, que en menor de los casos distorsionan y la de la sociedad a la cual contamina.

Una vez que ha terminado con la familia y los hijos, que probablemente había procreado y formado, es relegado por la sociedad, entonces se retrae a su mundo ficticio y doloroso en una caída que muy pocos pueden detener.

La contribución del Médico Familiar a la orientación del alcohólico o bien, a la derivación hacia los centros especializados de rehabilitación, es contribuir no solo a salvar una vida, sino a un hogar, a unos hijos y por consiguiente, también a defender su sociedad.

**" EL ALCOHOLISMO PATERNO COMO CAUSA DE DESINTEGRACION FAMILIAR POR
INCUMPLIMIENTO DE SU ROL "**

1) OBSERVACION: Las familias en donde el padre es alcohólico, -
presenten alteraciones en las funciones básicas
de cuidado y afecto, que unidas al incumplimient
to de su rol, causan incertidumbre en el núcleo
familiar, e inclusive, puede llevarla a la desint
tegración.

II) OBJETIVO GENERAL: Identificar en los diferentes tipos de -
alcoholismo, como se afecta el rol paterno
y su repercusión en el núcleo familiar.

III) OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar como repercute en las funciones básicas familiares, el tipo de alcoholismo del padre.
- 2.- Identificar el tipo de comunicación que se lleva a cabo entre los subsistemas familiares, por la presencia del padre alcohólico.
- 3.- Identificar el tipo de alcoholismo.

IV) ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

La importancia en el estudio del alcoholismo radica en la frecuencia en que se presenta esta condición evidentemente patológica. El alcoholismo constituye uno de los problemas que por los factores que lo producen y los efectos consecuentes, merece considerarse dentro del análisis científico de los fenómenos más preocupantes de nuestra sociedad.

En 1977 la OMS publicó un trabajo editado por especialistas en el campo del alcoholismo (1), con la finalidad de esclarecer conceptos, proponiendo el nombre de " Síndrome de dependencia al alcohol ". En base a ello se llega a una primera conclusión: El síndrome existe, aunque científicamente no se está en condición para clasificar la dependencia del alcohol como una condición de etiología conocida, y de expresión patológica totalmente establecida en la "Historia Natural de la Enfermedad".

El síndrome es una realidad psicobiológica de graves consecuencias individuales y sociales.

Al tocar el tema de la etiología se deja establecido el enfoque que parte del marco conceptual que se estructura en base a las siguientes premisas:

- a) Se pueden identificar un conjunto de síntomas y signos relacionados con el alcohol, subclasificables en tipos, que reflejan la influencia de factores secundarios.
- b) El síndrome es multifactorial y existe en grados.
- c) Las alteraciones individuales relacionadas al grado de alcoholismo son susceptibles de un análisis multifactorial.
- d) El síndrome de dependencia al alcohol es una condición diagnóstica en que los factores ambientales y sociales juegan un papel importante e interactúan con los orgánicos o biológicos.
- e) El síndrome se caracteriza por que el sujeto afectado manifiesta necesariamente alteraciones de la conducta, de la subjetividad, del organismo y sus funciones.

Un enfoque como éste, obliga a abandonar desde el principio la expectativa de encontrar una sola "causa" del alcoholismo.

Para comprender el alcoholismo y sus problemas asociados, - se debe enfatizar que no existe una causa única, sino una interacción de factores fisiológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a conformar la complicada etiopatogénia de éste síndrome de dependencia al alcohol.

Este problema social, lleva a considerar la existencia de - factores predisponentes y desencadenantes del alcoholismo (2,3).

De acuerdo con los estudios con que se cuenta hasta el momento, los individuos que mayores posibilidades tienen de convertirse en alcohólicos son aquellos que:

- 1) Responden a las bebidas alcohólicas en cierta forma que les permite experimentar alivio y relajación.
- 2) Poseen ciertas características de la personalidad que les impiden enfrentar con éxito los estados depresivos, ansiedad y frustración.
- 3) Pertenecen a culturas en las que se provoca culpabilidad y - confusión en torno a la conducta del bebedor.

Es importante, para su comprensión, conocer los factores interactuantes que contribuyen al alcoholismo.

FACTORES PSICOLÓGICOS:

Bajo la influencia del Psicoanálisis, desde hace varios años se sostienen hipótesis en la búsqueda de " una personalidad pre - alcohólica, o de rasgos de carácter típicos del alcohólico ", pero muchas son contradictorias; tienen en común la intención de - evidenciar las tendencias específicas que dentro del plano etiológico llevan a los individuos al consumo excesivo del alcohol.

Los estudios hasta el momento realizados demuestran pluralidad de personalidades entre los alcohólicos. No existe una personalidad alcohólica definida, ni rasgos que expliquen el origen o evolución del alcoholismo.

Algunos investigadores señalan que las características más comunes y predominantes de los individuos alcohólicos son las siguientes:

- a) Son personas neuróticas.
- b) Con dificultad para interrelacionarse con los demás en forma adecuada.
- c) Emocional y sexualmente inmaduros.
- d) Con tendencia al aislamiento.
- e) Dependientes.
- f) Con manejo inadecuado de frustraciones.
- g) Con traumas emocionales de la infancia.
- h) Como consecuencia de problemas afectivos en el hogar.

Pero la verdad es que todas las características de la personalidad, así como las experiencias infantiles señaladas, pueden darse en individuos con diferentes formas de neurósis e incluso en quienes alcanzan un desarrollo normal de la personalidad.

Estudios clínicos han demostrado que el alcohol no disminuye la ansiedad ni la depresión en los bebedores crónicos, y que por otra parte, si acentúan otros problemas psicológicos como la culpabilidad y pérdida de la autoestima.

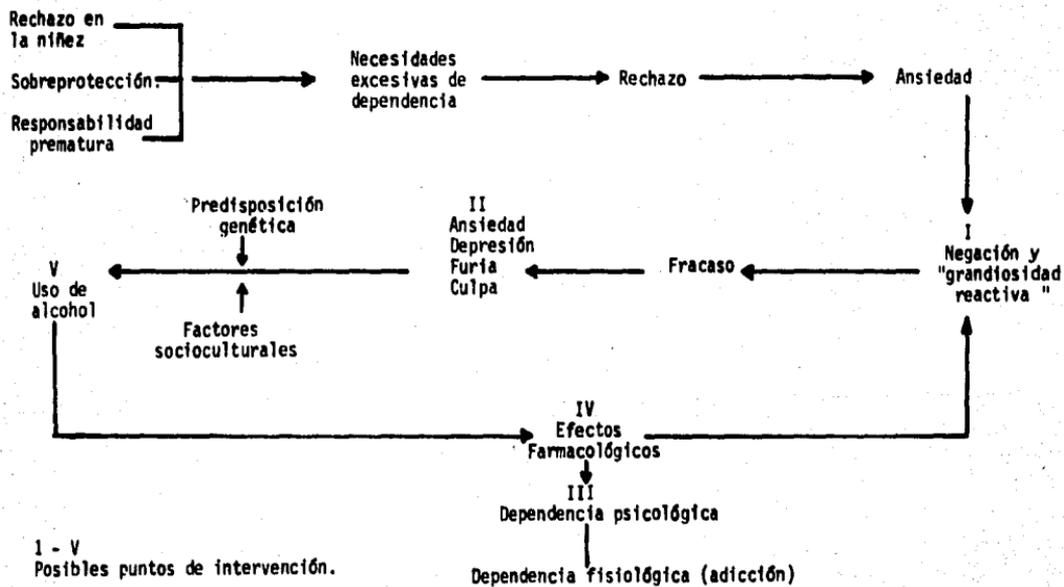
La conducta aprendida del bebedor es el resultado de la necesidad que tienen los jóvenes de copiar el modelo de comportamiento del adulto y que los efectos reforzadores son variables en cada caso: de aprobación del grupo, facilitación de la interacción social, la relajación ante las penalidades cotidianas y posibilidad de sentirse independiente y seguro de sí mismo.

Dentro de este marco, se ve la ingestión del alcohol como un comportamiento aprendido.

Existe una constelación psicodinámica que es el factor psicológico clave en el alcoholismo y constituye el conflicto central que debe reconocerse en la psicoterapia; esta constelación psicodinámica es un problema común entre los alcohólicos, pero no pro-

FIGURA I

PARADIGMA DE LA PSICODINAMIA DEL ALCOHOLISMO



duce una personalidad común. El conflicto consiste en una falta de autoestima aunada a sentimientos de minusvalía e inadaptación. (Fig. 1)

FACTORES BIOLÓGICOS:

Los cambios en el organismo son el resultado de una intensa y prolongada ingestión de alcohol.

Toda alteración funcional, etabólica, nutricional e incluso genética, necesita la concomitancia de otros factores como los - psicosociales para adquirir importancia como agentes causales del alcoholismo.

Dentro de los factores fisiológicos, es de importancia el metabolismo del etanol, la respuesta orgánica que provoca y su influencia sobre la evolución de la enfermedad.

La relación entre la concentración alcohólica y la etapa de intoxicación se resume de la siguiente manera:

- 1) **FASE NORMAL:** Sin impedimento en la habilidad mental o física. La concentración sanguínea de alcohol es de 5-15 mg/dl. El estado es de SOBRIEDAD.
- 2) **FASE SOCIAL:** Concentración sanguínea de 50 mg/dl. que se produce aproximadamente con una o dos cervezas, o 1-2 onzas de un destilado. Los efectos en esta fase son ligeros; hay euforia o sensación de bienestar, con pruebas de comportamiento normales, los individuos en este estado se clasificarían como alegres pero sobrios: **EUFORIA Y EXCITACION.**
- 3) **FASE DE PREINTOXICACION:** Concentración sanguínea de 50-150- mg/dl. Hay liberación de inhibiciones sociales, señales de inestabilidad y disminución de coordinación neuromuscular, disminución de reflejos, control y juicio; todavía en esta fase 2 de 3 individuos se considerarían sobrios: **EXCITACION Y CONFUSION.**

- 4) FASE DE INTOXICACION: Concentración sanguínea de 150-300 mg/dl. Los síntomas y el comportamiento son tales que ningún individuo se consideraría sobrio. Hay disartria, dislalia, pérdida de coordinación y aptitudes motoras. CONFUSION.
- 5) FASE DE ESTUPOR: Concentración sanguínea de 400-600 mg/dls; el resultado después de 0.57 lt. o más de destilado o equivalente alcohólico, sólo hay respuesta a estímulos dolorosos. ESTUPOR.
- 6) FASE COMATOSA: Concentración sanguínea de 400-600 mg/dl o más. El individuo no puede despertar fácilmente, reflejos abatidos, hipotermia, respiración estertorosa, pudiendo llegar a la muerte. COMO Y MUERTE. (Fig. 2)

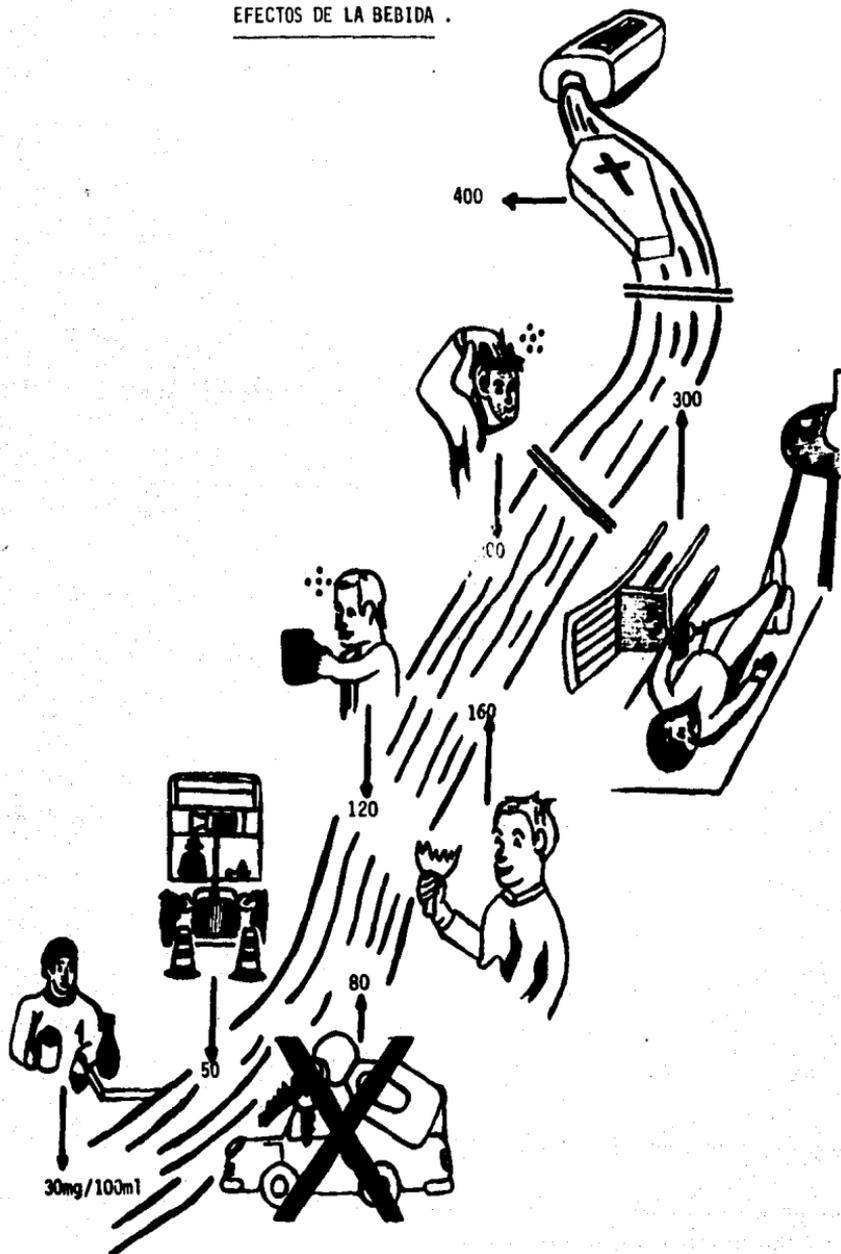
FACTORES SOCIOCULTURALES.

En general, las investigaciones más dignas de crédito demuestran que los grupos sociales con menor número de alcohólicos tienen las siguientes características:

- a) Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre dentro de un grupo familiar unido; en poca cantidad y muy diluido.
- b) Las bebidas más consumidas son las de alto contenido de componentes no alcohólicos.
- c) La ingesta es principalmente con las comidas y a las bebidas se les considera como alimento.
- d) Los padres son ejemplos de consumidores moderados de bebidas alcohólicas.
- e) No se da a las bebidas alcohólicas ningún valor subjetivo.
- f) La abstinencia es una actitud socialmente aceptable.
- g) En cambio, no es socialmente aceptable el exceso en el beber que conduce a la intoxicación.
- h) Existe finalmente, un acuerdo completo respecto a lo que puede llamarse las " reglas del juego en el beber ".

FIGURA 2

EFFECTOS DE LA BEBIDA .



Algunos autores se basan en ciertos "modelos sociológicos" culturales y transculturales y ponen de manifiesto que existen 3 formas en las que la organización social influye en la incidencia del alcoholismo.

- 1) El grado en que una cultura opera sobre los individuos para producir agudas necesidades de adaptación a sus tensiones internas.
- 2) Las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus miembros hacia el consumo del alcohol.
- 3) La medida en la que provee medios substitutivos para la satisfacción de necesidades.

Una sociedad que produce tensiones internas agudas como la culpabilidad e 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 clasifican en:

- Abstinencia.
 - Uso ritual en ceremonias religiosas.
 - Uso social en situaciones de convivencia.
 - Uso utilitario en el cual la "razón" para beber es individual.
- Esta última actitud es la que se considera más importante en el plano de la patogénia del alcoholismo.

Es conveniente revisar en forma crítica, algunas definiciones de las más difundidas en la actualidad sobre el alcoholismo y señalar lo esencial de este fenómeno considerado como un síndrome (2,4).

La definición que da la OMS, es aquella que señala al alcoholismo como "Trastorno en el cual el consumo del alcohol va en detrimento de la salud o del funcionamiento social de la persona por un periodo del tiempo (4).

La gente adopta distintas posiciones fren al propio consumo del alcohol, de donde resulta la posibilidad de una consideración tipológica (4), que dé la pauta tanto para su identificación como para su manejo, control y prevención. En esta investigación tomamos para los fines de la misma la tipología proporcionada por la OMS dependiente al grado de alcoholismo, de la siguiente manera:

A) ABSTEMIOS: Este grupo lo integran quienes no consumen bebidas alcohólicas por diversas razones, siendo éstas tanto religiosas, de salud física, biológicas, psicológicas como motivaciones personales. También se pueden situar en este grupo a quienes han recurrido a un uso más o menos constante del alcohol pero luego han prescindido de él por un tiempo razonable con intención de no reincidir en la bebida.

B) BEBEDORES MODERADOS: Este grupo está compuesto por quienes hacen uso más o menos regular del alcohol pero sin excederse en la cantidad que beben o bien, cuando esto ocurre, es muy excepcional; es decir, que no se embriagan nunca o casi nunca. Las motivaciones de este tipo de uso, son muy variadas.

C) BEBEDOR EXCESIVO: Esta denominación corresponde a quienes hacen uso más o menos regular del alcohol, pero habitualmente exceden los límites señalados para el grupo anterior, es decir, la embriaguez es muy frecuente o se presenta la mayoría de las veces que se ingieren bebidas alcohólicas. Las motivaciones de esta conducta son diversas, pero se agrupan en torno a las socioculturales y psicopatológicas, en donde se utiliza al alcohol por sus efectos como droga, ya sean sedativos u otros. Está ya se considera como bebedor problema.

D) ALCOHOLICO: Este grupo comprende a quienes presentan síntomas de dependencia física con respecto al alcohol una vez que lo han ingerido, como consecuencia de beber excesivamente y una particular vulnerabilidad al alcohol.

Existen rasgos esenciales del concepto de alcoholismo en las diversas definiciones existentes independientemente del tipo que se trate, y estos son:

- 1.- Actividad del ser humano relacionado con el uso del alcohol etílico como bebida.
- 2.- La cantidad que se bebe es excesiva.
- 3.- El uso excesivo de bebidas alcohólicas es crónico.
- 4.- Se da una pérdida de libertad del individuo.
- 5.- Esta pérdida de libertad frente al uso de las bebidas alcohólicas es una impronta definitiva e indeleble.

Los diferentes tipos de abuso al alcohol producen gran variedad de problemas físicos, psicológicos y sociales, asociados a la ingesta excesiva de éste (2,3,5, y 6).

El análisis de las estadísticas disponibles indica que gran parte de los diagnosticados alcohólicos ocupan camas en el hospital y que el consumo en la actualidad, es frecuente también en las mujeres y personas jóvenes, acompañándose de desintegración familiar; la mayor frecuencia es entre los 25 y 64 años, los accidentes por alcoholismo, principalmente de tránsito, figuran dentro del 50 % de los mismos. Todas las clases sociales se ven afectadas por los problemas relacionados con el alcohol.

Se han realizado diversos estudios con la finalidad de conocer los factores que influyen en que se presente el alcoholismo (2,7,8).

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL.

Los problemas del alcohol afectan no sólo al bebedor en particular sino también a la familia y a la sociedad en general; se pueden considerar como una interacción compleja entre el agente (etanol), el huésped (bebedor) y el medio ambiente (físico, mental y sociocultural).

Para la persona, el problema puede comprender el desarrollo del "alcoholismo" o mejor dicho "del Síndrome de dependencia del

alcohol", acompañándose de pérdida del control sobre la ingestión de alcohol etílico y quizá menoscabo de su respuesta al control social; sin embargo, hay muchos otros problemas físicos, mentales y sociales que no están necesariamente relacionados con la dependencia:

- a) Consecuencias de un episodio agudo de consumo excesivo de alcohol: Menoscabo a corto plazo del funcionamiento y control personales; agresividad, accidentes, exposición a las condiciones meteorológicas, trastornos físicos, arrestos por estado de embriaguez.
- b) Consecuencias del beber excesivo por un tiempo prolongado: Cirrosis Hepática, agudización de otros trastornos físicos, malnutrición, menoscabo prolongado del funcionamiento y control personal, accidentes, deterioro de la capacidad de trabajo, síndrome de dependencia del alcohol y psicosis alcohólica.
- c) Posibles circunstancias concomitantes: Pérdida de amigos, familia, salud, autoestima, empleo, medios de mantenimiento y libertad.
- d) Repercusiones del consumo excesivo de alcohol para la familia: Disolución de la familia, discordia conyugal, maltrato del cónyuge y los hijos, pérdida de estima para el bebedor. Trastornos mentales, pobreza, lesiones fetales causadas por consumo excesivo de alcohol por la madre, descuido de los niños, problemas de desarrollo infantil, deserción escolar, embriaguez y delincuencia juvenil.
- e) Repercusiones del uso indebido de alcohol para la comunidad: Conducta ofensiva, violencia, daño a la propiedad, daños a víctimas de accidentes causados por conductores embriagados. Pérdidas en la producción, en la finca, en la fábrica, ineficacia administrativa, pérdida de personal especializado (muerte prematura), costo de recursos humanos y costos económicos y de servicios (salud, bienestar, cumplimiento de la ley) para el bebedor, la-

familia y otras personas afectadas.

El exámen de la relación de factores socioculturales, sociodemográficos y particulares, con los problemas causados por el alcohol, deberfan ayudar a identificar grupos y personas muy expuestos al riesgo de afrontar esa clase de problemas dentro de una población específica.

1.- DISPONIBILIDAD DE ALCOHOL Y TENDENCIAS DE CONSUMO: Se acepta en realidad, que existe una relación directa entre la cantidad de alcohol disponible y el nivel de consumo de alcohol en la población. Se ha comprobado hasta cierto punto, que a medida que aumenta el índice general de consumo, sube el porcentaje de bebedores excesivos en la población. Se han observado tendencias a aumentos concomitantes en ciertos indicadores de salud, tales como las tasas de mortalidad total, tasas de defunción por cirrosis hepática y tasas de incidencia de ciertos tipos de cáncer.

2.- FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS: Los factores sociodemográficos estudiados más a menudo son el sexo y la edad, la clase social y la profesión.

a) Edad y sexo: Aunque en la mayoría de las investigaciones se ha demostrado que los hombres consumen más bebidas alcohólicas y con mayor frecuencia que las mujeres, los informes sobre el aumento en el consumo de alcohol entre éstas, especialmente cuando son jóvenes, indican que muy pronto el riesgo de estar expuesto a las consecuencias perjudiciales del consumo de alcohol será igual para ambos sexos. La frecuencia con que se presenta el alcoholismo en la adolescencia, nos lleva a considerar la necesidad de pensar en este grupo como el más expuesto a sufrir o causar problemas relacionados con el alcohol al alcanzar una edad mayor. La edad de mayor frecuencia con que se presenta el alcoholismo es aquella en que el hombre es más productivo, y por lo tanto influye en la economía del país.

b) Clase social y profesión: A menudo se atribuye un riesgo ele

vado a ciertas ocupaciones como por ejemplo el comercio de bebidas alcohólicas, el trabajo fuera del sitio de residencia y profesiones.

3.- FACTORES SOCIOCULTURALES Y SOCIOECONOMICOS: El conocimiento de los cambios socioculturales y económicos es de gran importancia para determinar si un grupo particular o una sociedad están muy expuestos a los problemas relacionados con el alcohol. Los cambios rápidos en esas tendencias se han relacionado a menudo con el aumento en la disponibilidad de bebidas alcohólicas de producción comercial y con los cambios en los patrones culturales respecto a la bebida.

4.- FACTORES PERSONALES: Las pruebas que vinculan ciertos tipos específicos de personalidad con determinantes genéticos básicos a la dependencia del alcohol no han sido comprobadas, aunque una amplia gama de investigaciones psicobiológicas efectuadas recientemente indica que puede haber alguna relación.

PROBLEMAS DEL ALCOHOLISMO EN MEXICO.

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

Desde una perspectiva práctica se da, la que considera que las consecuencias del consumo de alcohol deben de contemplarse - bajo un marco médico, y aquellos otros que abogan por una concepción culturalista. De acuerdo con este razonamiento, un sujeto que sufre las consecuencias de la bebida no es un enfermo sino un desviado o desadaptado social.

Como se mencionó al inicio, el viejo término alcoholismo se reemplazo por el de " Síndrome de dependencia al alcohol ". Este nuevo término presenta varias ventajas sobre el antiguo de al -

coholismo. Es más neutro pues está libre de interpretaciones moralistas. 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 fenómeno en el tiempo; c) finalmente el hecho de que es posible identificarlo por una serie de síntomas característicos.

En resumen, se esquematiza al síndrome en:

a) Cambios de conducta, b) Cambios subjetivos y c) Manifestaciones psicobiológicas.

a) CAMBIOS DE CONDUCTA.- En relación a estos cambios, el sujeto a medida que evoluciona en el proceso morboso va tornando sus hábitos de bebida más rígidos y estereotipados. 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, tipo de bebida, cantidad y lugares totalmente fijos.

b) CAMBIOS SUBJETIVOS.- Entre estos cambios se destaca: la incapacidad de detenerse una vez que se ha iniciado la ingesta de alcohol, la apetencia desmesurada de alcohol, y la atención muy canalizada hacia su búsqueda.

c) MANIFESTACIONES PSICOBIOLOGICAS.- Entre éstas destacan la presencia de signos y síntomas de abstinencia que mejoran cuando vuelve a beberse alcohol, el fenómeno de la tolerancia que consiste en que para obtener los mismos efectos es necesario aumentar la dosis de la droga en cada ocasión, y por último, que si una persona que sufría del 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 antes de iniciar su abstinencia.

Para hacer diagnóstico de síndrome de dependencia en el a) -

cohol no es necesario que estén presentes todos los elementos descritos. Los autores consideran que el síndrome no es asunto de blanco o negro, sino que hay diferentes graduaciones.

Desde la perspectiva de la salud pública, las consecuencias del consumo de alcohol son de la más variada naturaleza, pues abarcan desde asuntos estrictamente médicos, hasta condiciones socioeconómicas.

El término que se ha aceptado universalmente para englobar toda esta gama de situaciones es el de "problemas relacionados con el alcohol". Dentro de los problemas relacionados con el alcohol se incluye también el síndrome de dependencia, ya que no todas las personas que sufren problemas de alcohol padecen necesariamente de él. Los principales problemas se mencionaron anteriormente y corresponden al bebedor, a la familia y a la comunidad.

EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO EN MEXICO:

En México entre la población mayor de 20 años en ambos sexos el número de sujetos dependientes al alcohol oscila entre el 5 y 7 %; dichas cifras se calculan a partir de las tasas de mortalidad por cirrosis hepática, y a pesar de que el método ha sido muy criticado, estudios recientes consideran que es tan válido como el que se utiliza en las encuestas directas. Estudios de campo han calculado que en la población varonil de 20 años en adelante los bebedores oscilan entre el 70 y 85 %. Hay una gran diferencia de sexos, pues en las mujeres del mismo grupo de edad, estas mismas cifras varían entre 39 % y el 55 %.

En los hombres adultos la proporción de bebedores excesivos es alrededor del 10 % y en las mujeres apenas alcanza el 5 %. La edad en que más se bebe es entre los 30 y los 50 años de edad.

Las tasas de suicidio en México son bajas comparadas con otras partes del mundo; varían entre el 3.5 y 2.5 por 100.000 habitantes. Pero de todos los suicidios reportados en 1967, el 4% estuvo relacionado al alcohol. Las tasas de homicidio en diferentes

épocas y distintas regiones del país varía entre el 84 y 24 por 100,000 habitantes.

EL ALCOHOL EN EL ORGANISMO:

El uso prolongado del alcohol, causa serios daños físicos - por lo que es conveniente conocer sus efectos fisiopatológicos - desde su ingesta, hasta su excreción (2,9).

La relación entre concentración alcohólica y etapa de intoxicación en el organismo se resumió anteriormente en los factores biológicos interactuantes.

Una vez ingerido el alcohol, éste se absorbe en estomago e - intestino delgado, siendo la absorción más rápida por este último. El porcentaje de absorción es variable, es más rápido cuando el alcohol se toma con el estomago vacío y cuando la concentración de alcohol en la bebida es entre 20 y 30 %, así pues, el Jerez o el Vermouth (aprox. 20 % de alcohol) alcanzan concentraciones - sanguíneas más rápidamente que la cerveza (3-8% de alcohol). Cuando la concentración de alcohol es mayor del 40 % el vaciamiento - gástrico es rápido y se absorbe más rápidamente cuando se diluye; la concentración varía dependiendo al tipo bebida. (Fig. 3).

Los alimentos, particularmente los carbohidratos retardan - considerablemente la absorción, las concentraciones sanguíneas no pueden alcanzar una cuarta parte de éstas en el estado terminal.

El alcohol se distribuye a través de todo el organismo, prin - ciplamente en los tejidos de corazón, cerebro y músculo estriado, que están expuestos a altas concentraciones por el flujo sanguíneo.

Las concentraciones son elevadas en el hígado, por que reci - be flujo sanguíneo de la vena porta, proveniente de estomago e in - testino delgado. Pequeñas cantidades de alcohol se retienen en - tejido graso que tiene poca irrigación, como en el caso de las mu - jeres que tienen más tejido subcutáneo, reteniendo altas concentra - ciones más que en el hombre, sin embargo la cantidad de alcohol - retenido es de acuerdo al peso corporal.

FIGURA 3

CONTENIDO DE ALCOHOL Y CONCENTRACION SANGUINEA.

	VASO DE CERVEZA			COPA DE VINO			COPA DE JEREZ			MEDIDA DE LICOR			
													
	1	3	5	1	3	5	1	3	5	1	2	6	12
CONTENIDO DE ALCOHOL (g)	20	60	100	10	30	50	10	30	50	10	20	60	120
CONCENTRACION MAXIMA EN SANGRE (mg/100ml)	30	120	200	15	50	100	20	60	120	20	40	120	140

Las concentraciones sanguíneas de alcohol varían de acuerdo al sexo, tamaño, constitución física, previa exposición al alcohol, tipo de bebida, si se ingiere con alimento, y si se están administrando drogas que afecten el vaciamiento gástrico.

La concentración inicial de alcohol en sangre es particularmente elevada en pacientes que han tenido gastroctomía parcial.

El alcohol se elimina predominantemente por metabolismo hepático, y solamente del 20% se excreta por orina o aliento.

Generalmente la cantidad de alcohol ingerida por los bebedores representa una enorme carga metabólica, y la capacidad hepática con tal cantidad se delimita.

Muy poco hay que aportar a lo que se sabe del alcoholismo como problema sociomédico.

La enfermedad es más frecuente y los daños principalmente ocurren en las edades en que los hombres son más productivos, su predominio es el sexo masculino; afectando a gran número de padres de familia; haciéndolo un problema importante de salud pública con innegables repercusiones económicas y sociales.

Es una enfermedad crónica, que se inicia por causas no bien conocidas, persistente y progresiva con manifestaciones clínicas múltiples, algunas de ellas graves que ameritan hospitalización repetida y a veces prolongadas.

No hay tejido del organismo que escape al efecto del alcohol, las lesiones ocurren en diferentes aparatos y sistemas en grado variable; el aparato digestivo y el SNC son sin duda los más susceptibles y los más dañados.

Es frecuente que el alcoholismo se asocie a otras enfermedades que lo hacen más susceptible a la acción tóxica del alcohol y complican y agravan su evolución. El estudio del enfermo alcohólico nos permite ver en su pasado un complejo mundo de factores inadecuados o agresivos que generan, explican y aún a veces parecen que justifican su alcoholismo.

A través de él podemos asomarnos a su mundo y a su medio ambiente, aprender que además de toda la enfermedad que él tiene, el mal no para ahí; junto hay una familia enferma, durante su enfermedad se han generado conflictos económicos y afectivos a veces irreparables y aún más, el mal se proyecta a la sociedad misma donde vive y ahí también las consecuencias son numerosas, variadas y frecuentemente graves.

PATOLOGIA DEL ALCOHOLISMO:

El uso ecesivo del alcohol puede producir cambios anatómicos más o menos graves; los más frecuentemente afectados son el hígado, páncreas, S.NC, aparato digestivo, con daños además a músculo cardíaco, estriado, órganos hematopoyéticos, aparato genital, piel y otros.

HIGADO: En la actualidad se acepta que la ingestión de alcohol puede producir dos tipos de lesiones hepáticas: agudas y crónicas. Entre las agudas se encuentra la esteatosis y hepatitis alcohólica, y entre las crónicas, la hepatitis crónica activa, hepatitis alcohólica crónica y cirrosis hepática micro y macronodular.

Las lesiones hepáticas son las producidas con más frecuencia y que en la mayoría de las veces llevan al alcohólico a la muerte.

Los aspectos psicodinámicos del enfermo alcohólico y su dinámica familiar también se ven afectados, ya que es una enfermedad que afecta en tres esferas: física, mental y socialmente al individuo, y que tiene importantes repercusiones familiares y socio-económicas (10).

En las familias del paciente alcohólico, generalmente existe un rompimiento en las relaciones interpersonales; las primeras personas que tienen problemas con el paciente alcohólico son las esposas y los hijos, posteriormente los amigos y compañeros de trabajo; los problemas emocionales son comunes como consecuencia del alcoholismo y se encuentran presente en toda historia del

bebedor, su nivel económico se encuentra afectado y ésto se agravará durante su evolución. Los hijos de los alcohólicos pueden presentar desordenes emocionales; depresión, susceptibilidad a accidentes, hiperactividad y somatización. Por otro lado las esposas pueden presentar " Co-Alcoholismo " y muchas formas y números de desordenes mentales y orgánicos; presentando úlceras pépticas, estados depresivos o neuróticos.

Los aspectos psicodinámicos del paciente alcohólico se ven afectados, este conflicto consiste en una falta de autoestima - aunada a sentimientos de minusvalía e inadaptación; estos sentimientos son negados y reprimidos y conducen a necesidades inconscientes de ser vuidados y aceptados (necesidades de dependencia). Como estas necesidades no pueden ser satisfechas en la realidad producen ansiedad y necesidades compensadoras de control, poder y logro. El alcohol tranquiliza la ansiedad y lo que es más importante, crea sentimientos inducidos de poder, omnipotencia e invulnerabilidad. Cuando el alcohólico despierta despues de un episodio de ingesta, experimente culpa y desesperación por que no ha logrado nada más que ántes de beber y sus problemas permanecen igual. Por lo tanto, sus sentimientos de minusvalía se intensifican y el conflicto continúa en un círculo vicioso, frecuentemente con una espiral descendiente progresiva.

El alcohol provee un estado de sentimiento artificial de poder y control que no puede ser logrado en la realidad. A esta intensa necesidad de grandeza puede llamarse " grandiosidad reactiva ", (Figura 1).

El alcoholismo repercute en forma importante sobre el estado laboral agrabando la crisis existente, al no cubrir adecuadamente las funciones básicas familiares (11).

La principal repercusión del alcoholismo en el estado laboral es el ausentismo, que si éste llega a ser importante puede llegar a desempleo; ya de por sí el estado económico de los pacientes esta afectado, y con el ausentismo o el desempleo, el mismo -

se agraba.

Las funciones básicas familiares se descuidan por el paciente alcohólico; la función de Cuidado, al no proporcionar a la familia en forma adecuada el vestido y alimentación necesaria, descuido en la educación, acceso a sistemas de salud y recreación.

La función de Afecto al no cubrir las necesidades afectivas del conyuge y los hijos, por los problemas psicodinámicos del paciente y el ausentismo en el hogar. El Status y Nivel socioeconómico se afecta por los problemas que trae consigo el alcoholismo del gasto en bebidas alcohólicas. La función de Reproducción - también se altera aunque en forma variable y la socialización - sin lugar a dudas se altera por la comunicación inadecuada entre los subsistemas.

Se han elaborado diversos cuestionarios para establecer el diagnóstico de alcoholismo desde el punto de vista social; de los que actualmente se utilizan con más frecuencia son " MICHIGAN - ALCOHOLISM SCREENING TEST " (MAST), y el "CAGE" (8,12,13).

Ambos cuestionarios incluyen preguntas sobre hábitos de bebida, cantidad de consumo y problemas asociados al alcoholismo.

En la presente investigación se utiliza el MAST, para valorar el tipo de alcoholismo de la población estudiada.

Las relaciones humanas dentro del grupo familiar del padre-alcohólico presentan alteraciones importantes, los conflictos - entre los subsistemas son comunes, la agresión y la violencia - frecuentemente también se encuentran presentes (2,8,14), además, de la carencia en las necesidades básicas por un aporte económico insuficiente (7,11).

Las relaciones humanas en las familias donde el padre es - alcohólico se encuentran muy alteradas, la atmosfera familiar por lo general es tensa y hostil, el aislamiento de alguno de los - miembros de la familia se hace evidente y los límites llegan a - ser rígidos. Los conflictos entre cónyuges, entre padres e hijos

o bien entre hermanos son frecuentes. Los conflictos maritales son característicamente comunes en la vida familiar en donde el padre es alcohólico, esto no necesariamente implica que el conflicto es consecuencia del alcoholismo, ya que la causa puede ser más sencilla, como la secuencia de eventos y relaciones maritales pobres; pero sí, la diferencia es mayor en donde existe alcoholismo en la familia, y los divorcios más frecuentes ya sea por problemas de infidelidad o más frecuente por problemas económicos. Los hijos al encontrarse en este ambiente familiar frecuentemente tienen problemas en el estudio presentando inasistencias o bien deterioro en el aprendizaje.

La violencia es un fenómeno que frecuentemente acompaña al alcoholismo; la esposa por lo general es maltratada, desde emocional hasta físicamente, esto por lo general se presenta después de que el esposo termina de beber, o en la etapa prolongada de este estado, los preescolares golpeados por el padre alcohólico llega a ser una de las causas de consulta hospitalaria o bien el abuso en los mismos, la agresividad en los hijos de estos padres es muy frecuente, así como la rebeldía ya que se encuentran involucrados en el problema. Otras causas de problemas familiares en donde el padre es alcohólico, es la pobreza, el desempleo y la desorganización, que trae consigo carencia en las necesidades básicas.

La comunicación en adición al conflicto, la agresión y la violencia se altera, esta se reduce al mínimo y como más bien se encuentra limitada a comunicación de tipo instrumental, puramente el indispensable, siendo la comunicación afectiva mínima o bien nula, perdiendo el interés y el afecto entre los miembros de la familia; esto origina que los límites sean rígidos.

Si consideramos que los límites de un subsistema son las reglas que definen quienes son sus miembros y como participan en las transacciones interpersonales, y que su función de los mismos es marcar una diferencia necesaria entre los individuos y entre

los subsistemas y que su claridad es fundamental para el buen funcionamiento de la familia, encontraremos que en la familia del padre alcohólico, los límites son indefinidos y la diferenciación individual escasa, perdiendo el sentido de pertenencia por los miembros de la familia, esto permite una mayor distorsión en las vías de comunicación, encontrando mensajes desplazados y enmascarados, esto conduce al incumplimiento del rol de todos los miembros de la familia, en especial el del padre alcohólico, que es el que ocasiona el conflicto existente (14,15,16).

Las reglas que gobiernan la organización familiar incluyen una jerarquía de poder, donde padres e hijos tienen niveles diferentes de autoridad y existe una complementaridad de funciones entre esposos y de éstos con los hijos. El incumplimiento de rol por los miembros de las familias en donde el padre es alcohólico es muy frecuente, y más aún el incumplimiento por el padre mismo. En algunas de estas familias alguno de los hijos desempeña funciones parentales; asignando ese rol por lo general al hijo mayor, esto puede resultar funcional, siempre y cuando la delegación de autoridad sea explícita y temporal; pero, no es así en las familias en donde existe alcoholismo.

El incumplimiento del rol paterno en la familia del alcohólico, ocasiona alteraciones en las funciones básicas familiares al no cubrir las necesidades físicas ni afectivas en forma adecuada, causando disfunción familiar e incertidumbre por una situación que no está claramente definida (10,15,16).

ROLES FAMILIARES: El destino de la familia depende de los sentimientos, necesidades y normas que rigen los sucesos familiares.

Cada sociedad señala a la familia determinadas funciones para cada uno de sus integrantes, y el buen desempeño de ellas originará que esta familia sea funcional o disfuncional.

En base a lo anterior veremos que en la familia del padre -

alcohólico las funciones del mismo, no se desempeñan adecuadamente, originando disfuncionalidad familiar.

Si el padre de familia no lleva a cabo adecuadamente sus funciones o su rol familiar, no cubrirá las funciones básicas familiares necesarias también para una familia funcional, ya que cada uno de los puntos que forman el rol paterno, son indispensables para cubrir las funciones básicas de cuidado, afecto, reproducción, socialización y status o nivel socioeconómico.

ROL PATERNO: Se considera que es la autoridad formal que debe proporcionar los satisfactores materiales, centro de actividad económica y social, se identifica como el órgano de choque en los conflictos extrafamiliares, provee de bienes económicos y culturales, figura como patrón de identidad masculina, sirve de cimiento en la estabilidad material y emocional, es educador con el ejemplo y la palabra, figura como responsable de su núcleo familiar, se comunica y da afecto a sus hijos, y satisface sexual y afectivamente a su esposa.

El padre alcohólico al no cubrir cada uno de los parámetros de su rol, no cumple con las funciones básicas familiares y por consiguiente causa disfunción familiar.

La dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de una familia, que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y que les da el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los otros miembros. En las familias funcionales se encaran las crisis en grupo, cada miembro acepta un papel para hacer frente a la crisis, y la familia necesariamente cambia para adaptarse a las circunstancias. Cada miembro conoce las fuerzas positivas y las debilidades de los otros y no las explota, cada miembro da apoyo a los otros pero también lo pide, no dudan en expresar su incomodidad o inconformidad de manera clara y verbal.

y sin embargo en las familias del padre alcohólico, "disfuncionales", toda la familia se encuentra en conflicto, no hay colaboración familiar para la solución del problema, y sin embargo lo utilizan para atacar, humillar y castigar, amenazando la estabilidad familiar. El alcoholismo es una situación ambigua de la vida, en donde la imperfección humana aparece, la familia del alcohólico no tolera esta situación ni los errores que el padre u otro miembro comete, creando incertidumbre de una situación no definida, y para evitar la angustia de la incertidumbre empuja a sus miembros a obrar pronto de una manera exagerada, produciendo así más trastornos en el comportamiento, llegando a beber excesivamente hasta el incumplimiento total del rol y de las funciones básicas familiares, no cubriendo las necesidades físicas ni afectivas de los miembros de la familia llegando a la desintegración familiar. El término de "Desintegración Familiar", será enfocado en esta investigación, desde el punto de vista de desintegración únicamente por incumplimiento del rol paterno psicosocial (16).

La familia del alcohólico, es una familia semi-integrada ya que los dos padres se encuentran presentes pero no cumplen adecuadamente con su función, pero consideramos más conveniente considerarla como una familia desintegrada, que aunque los dos padres se encuentren presentes, el alcoholismo paterno origina ausentismo inconstante del padre, incumplimiento de su rol y de las funciones básicas familiares, que aunque se encuentren físicamente presente, afectiva, moral y emocionalmente se encuentra ausente de su núcleo familiar.

Una de las causas más frecuentes de desintegración familiar es el alcoholismo; el cual es considerado por la OMS desde 1953 como una enfermedad que afecta en tres esferas: física, mental y socialmente al individuo y que tiene importantes repercusiones

familiares y socioeconómicas. El alcohólico hecho por el uso y -
abuso del alcohol, con un trasfondo psicopatológico bien definido
y estudiado es producto de un núcleo familiar y social deformes.
El alcohólico huye de su propia realidad, es un eterno hombre en-
fuga, que se lleva entre los pies su propia existencia, la de su-
familia (que en el menor de los casos la distorsiona) y la de la
sociedad a la cual contamina.

V) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La presencia de un padre alcohólico causa alteraciones en las funciones básicas familiares, principalmente en el cuidado y afecto, ocasionando desintegración familiar probablemente debido:

- 1.- Al incumplimiento del rol paterno.
- 2.- A que la comunicación en el sistema familiar es inadecuada e insuficiente.
- 3.- Depende del tipo de alcoholismo paterno.

VI) HIPOTESIS:

H_0 El incumplimiento de su rol por el padre alcohólico no ocasiona que las funciones básicas se alteren, causando disfunción familiar que incluso conduzca a la desintegración familiar.

H_1 El incumplimiento de su rol por el padre alcohólico - ocasiona que las funciones básicas se alteren, causando disfunción familiar que incluso conduce a la desintegración familiar.

VII) DISEÑO EXPERIMENTAL:

- A) UNIVERSO DE TRABAJO:** Se tomarón 50 parejas de 20 a 35 - años de edad, con las únicas variables de inclusión de ser casados y que el padre de familia ingiriéra bebidas alcohólicas.
- B) TIEMPO DE DURACION:** La investigación duró del 1o. de Octubre de 1983 al 1o. de Septiembre de 1984; con una duración total de 11 meses.
- C) MATERIALES Y METODOS:**
- RECURSOS HUMANOS:**
- 1.- Un Médico residente de Medicina Familiar.
 - 2.- Un Médico asesor, adscrito al I.M.S.S.
 - 3.- Un asistente de consultorio.
- RECURSOS MATERIALES:**
- 1.- Hojas de papel bond.
 - 2.- Lápiz.
 - 3.- Pluma.
 - 4.- Máquina de escribir.
 - 5.- Goma.
 - 6.- Sacapuntas.
 - 7.- Calculadora.
 - 8.- Papel milimétrico.
 - 9.- Fotocopias.
 - 10.- Transporte.

RECURSOS ECONOMICOS: Lo necesario para la investigación.

D) METODO: Se tomaron los matrimonios en forma aleatoria, de la UMF No. 33, en el tiempo comprendido del 26 de Noviembre de 1983 al 30 de Abril de 1984, que reunirón las variables de inclusión mencionadas en la muestra.

VIII) DESARROLLO DE LA INVESTIGACION: Conforme al diseño.

IX) DISEÑO DE LA INVESTIGACION: Se realizó el estudio por medio de cuestionarios individuales, con un total de 50 preguntas distribuidas de la siguiente manera:

CUESTIONARIO DEL PADRE:

Preguntas para determinar el CUIDADO: 7,10,11,17,18,25,34,35,42.

Preguntas para determinar el AFECTO: 19,27,29,33,36,37 y 45.

Preguntas para determinar el tipo de COMUNICACION: 1,2,5,13,16,24,30,32,39 y 46.

Preguntas para determinar el tipo de ALCOHOLISMO: 4,8,15,20,28,31,38,41,44,47 y 50.

DISTRACTORES: 3,6,9,12,14,21,22,23,26,40,43,48 y 49.

Con un total de 16 preguntas para las funciones básicas de cuidado y afecto; 10 preguntas para comunicación, 11 preguntas sobre alcoholismo y 13 distractores.

Las preguntas sobre ALCOHOLISMO, corresponden a las preguntas 2,3,4,7,9,10,12,13,14,15 y 20 respectivamente del MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST, valorando los resultados de acuerdo a su correspondiente clasificación.

5 puntos ó mas: Se considera en la categoría de ALCOHOLICO.

4 puntos: Bebedor EXCESIVO.

1 a 3 puntos: BEBEDOR MODERADO.

Correspondiendo esta clasificación a la misma que proporciona la OMS, para determinar el tipo de alcoholismo.

CUESTIONARIO DE LA MADRE:

Preguntas para determinar el cumplimiento de las funciones básicas por el padre de familia.

CUIDADO: 2,11,12,13,17,21,25,30 y 32.

APECTO: 5,7,14,20,26,42 y 45.

Preguntas para determinar el tipo de COMUNICACION que se lleva a cabo en las familias del padre alcohólico: 1,3,6,20,23,28,31,36,38 y 44.

Preguntas para determinar el tipo de ALCOHOLISMO del padre de familia, desde el punto de vista de la cónyuge: 4,10,16,24,29,33,40,41,43,48 y 50.

DISTRACTORES: 8,9,15,18,19,27,34,35,37,39,46,47 y 49.

Con un total de 16 preguntas para las funciones básicas de cuidado y afecto; 10 preguntas para valorar comunicación, 11 preguntas para determinar tipo de alcoholismo y 13 distractores.

Las preguntas sobre alcoholismo corresponden a las preguntas 2,3,4,7,9,10,12,13,14,15 y 20, respectivamente del MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST, valorando los resultados con la misma clasificación que para el padre de familia.

Todas las respuestas obtenidas para cada uno de los parámetros, se valoraron comparativamente con las respuestas obtenidas por los Padres de Familia, de manera porcentual y estadísticamente.

X) RESULTADOS:

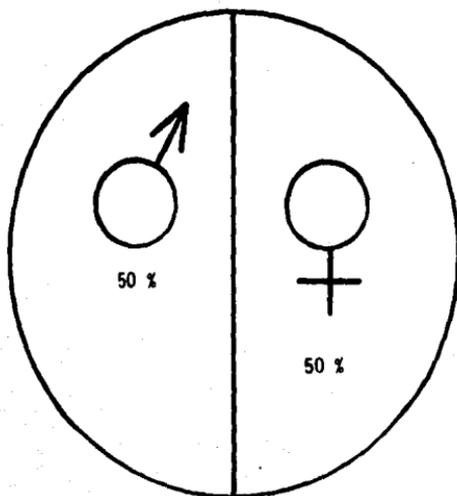
Gráficas y Cuadros.

XI) CONCLUSIONES.

GRAFICA 1

TOTAL DE POBLACION ENCUESTADA POR SEXO.

U.M.F. N° 33 - 1984.



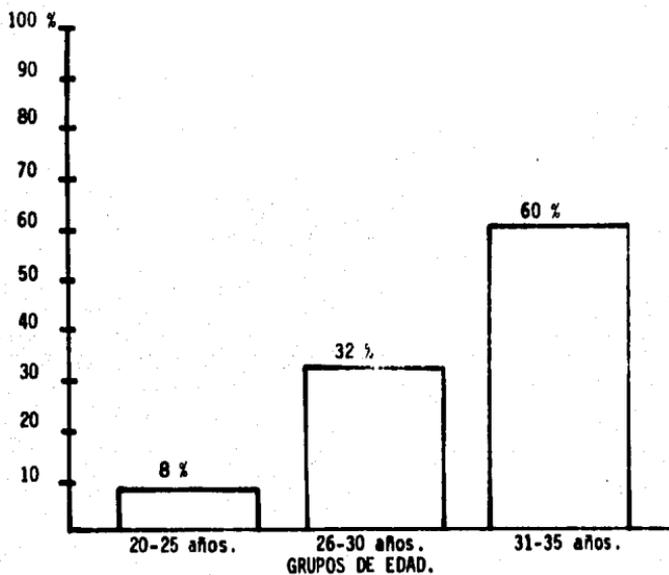
POBLACION TOTAL ENCUESTADA: 100 personas.
50 % SEXO MASCULINO.
50 % SEXO FEMENINO.

Fuente: Investigación personal.

GRAFICA 2

POBLACION TOTAL DE PADRES ENCUESTADOS POR GRUPOS DE EDAD.

U.M.F. N° 33 - 1984.



POBLACION TOTAL = 50 Padres de Familia.

Grupo de Edad 20-25 = 4 (8%)

Grupo de Edad 26-30 =16 (32%)

Grupo de Edad 31-35 =30 (60%)

Fuente: Investigación personal.

XI) CONCLUSIONES:

De los 50 padres encuestados para la interpretación de resultados, se dividieron por grupos de edad, siendo éstos:

De 20 a 25 años: con un total de 8% que corresponde a 4 padres de familia.

De 25 a 30 años: que corresponde a 16 padres de familia y nos da el 32% del total.

De 30 a 35 años: que corresponde al 60% del total, lo que equivale a 30 padres de familia.

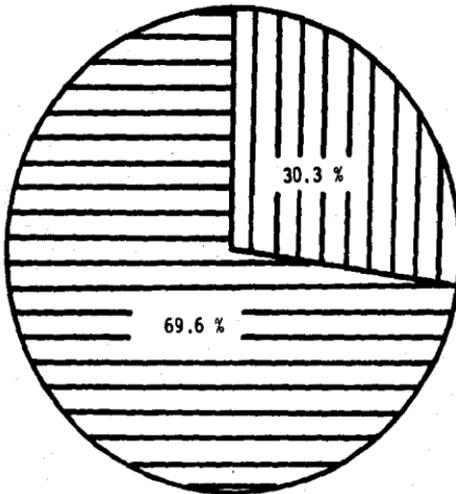
La Media para el total de encuestados fué de 31.4 años con una Mediana de 33, Moda de 35 y Rango de 15 años.

En cada grupo de edad se obtuvieron los mismos valores estadísticos para el grupo de 20 a 25 años, la Media de 24.5 años, la Mediana de 25 y la Moda de 25; para el grupo de 26 a 30 años la Media de 28.3, Mediana de 29 y Moda de 30 y para el grupo de 31 a 35 años, la Media de 34.1, la Mediana de 34.5 y la Moda de 35.

GRAFICA 3

CUMPLIMIENTO DE LA FUNCION BASICA DE CUIDADO EN LA POBLACION ENCUESTADA.

U.M.F. Nº 33 - 1984



30.3 % Cumple inadecuadamente con la función.

69.6 % Cumple adecuadamente con la función.

Fuente: Investigación personal.

Para valorar el cumplimiento del rol paterno se tomarón los resultados esperados para las preguntas que valoran las funciones básicas, específicamente de cuidado y afecto, así como la comunicación existente en los subsistemas familiares.

Para valorar la función básica familiar de cuidado, el total de preguntas fue de 9, dividiendo éstas en 4 distintas funciones que son:

Alimentación y Vestido, Recreación, Educación y Acceso a los Sistemas de Salud.

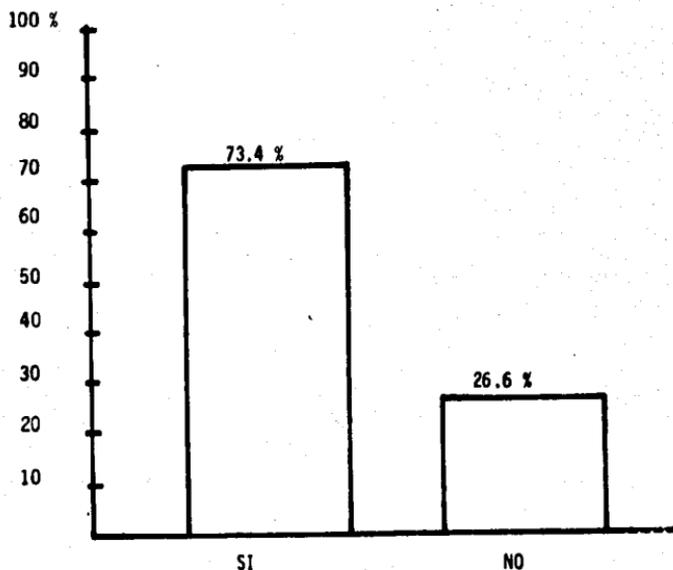
La función básica de cuidado del total de la población encuestada se cumple adecuadamente por el padre bebedor en el 69.6 % que corresponde a un total de 35 pacientes; y ésta es inadecuada en el 30.3 % que equivale a 15 pacientes del total de encuestados.

Este porcentaje de cumplimiento sobre la función básica de cuidado incluye en general la alimentación y vestido, recreación, educación y acceso a los sistemas de salud.

GRAFICA 4

CUMPLIMIENTO DE LA FUNCION DE ALIMENTACION Y VESTIDO DE LA
POBLACION TOTAL ENCUESTADA.

U.M.F. N° 33 - 1984.



Se cumple con la función: 73.4 %
No se cumple con la función: 26.6 %

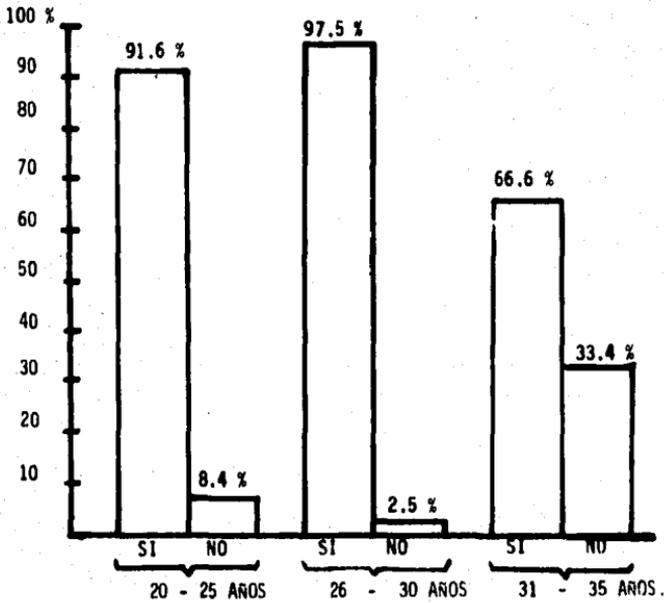
Fuente: Investigación personal.

GRAFICA 5

CUMPLIMIENTO DE LA FUNCION DE ALIMENTACION Y VESTIDO DE LA POBLACION

ENCUESTADA POR GRUPOS DE EDAD.

U.M.F. Nº 33 - 1984.



Fuente: Investigación personal.

ALIMENTACION Y VESTIDO: Esta función significa para la vida familiar el resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación y vestido, para mantener estándares de salud satisfactorios. Los resultados obtenidos en esta investigación fueron: que el 73.4 % de la población total estudiada cubre adecuadamente estas necesidades, mientras que en el 26.6 % encontramos alteración; por grupos de edad encontramos que:

De 20 a 25 años: Se cumple la función en el 91.6 % y se descuida en el 8.4 %.

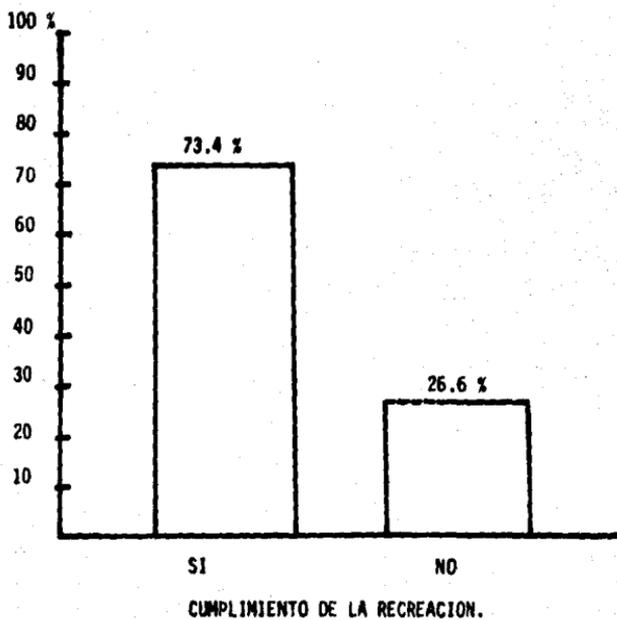
De 26 a 30 años: Cumplen su función el 97.5 % y es inadecuada en el 2.5 %.

De 31 a 35 años: Cubren adecuadamente la función sólo el 66.6 % y se descuida en el 33.4 %.

Por lo anterior, concluimos que el grupo de padres de familia bebedores de 31 a 35 años, independientemente del tipo de alcoholismo, son los que más descuidan la alimentación y vestido en su familia, siendo significativamente importante la diferencia con otros grupos de edad.

GRAFICA 6
RECREACION EN LA POBLACION TOTAL ENCUESTADA.

U.M.F. Nº 33 - 1984.



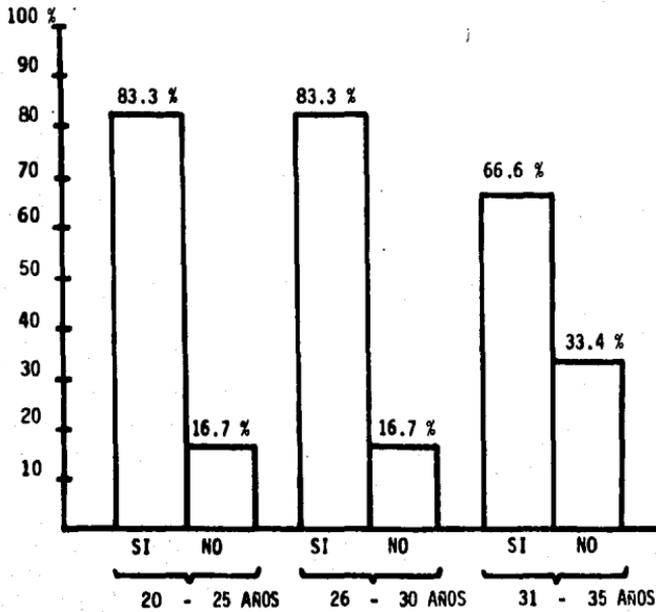
Fuente: Investigación personal.

GRAFICA 7

CUMPLIMIENTO DE LA FUNCION DE RECREACION EN LA POBLACION

ENCUESTADA POR GRUPOS DE EDAD.

U.M.F. N° 33 - 1984.



Fuente: Investigación personal

RECREACION: La recreación es una función familiar básica importante para el desarrollo integral de la familia desde el punto de vista psicológico, que debe cubrirse de manera adecuada, en forma colectiva y organizada en el núcleo familiar.

La recreación en esta investigación se cumple adecuadamente por el 73.4 % de la población total encuestada y no se cumple en el 26.6 %.

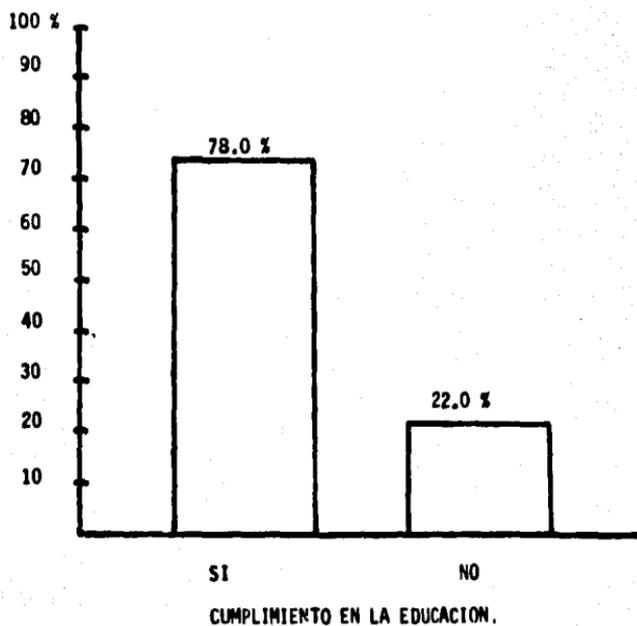
Por grupos de edad encontramos que:

De 20 a 25 años, se cumple en un 83.3 % y no se cumple en el 16.7 %, siendo la misma proporción en el grupo de edad comprendido de 26 a 30 años.

Para el grupo de edad de 31 a 35 años, encontramos que sólo el 66.6 % de los padres cumplen y el 33.4 % no cumplen con la función.

GRAFICA 8
EDUCACION DE LA POBLACION TOTAL ENCUESTADA.

U.M.F. N° 33 - 1984

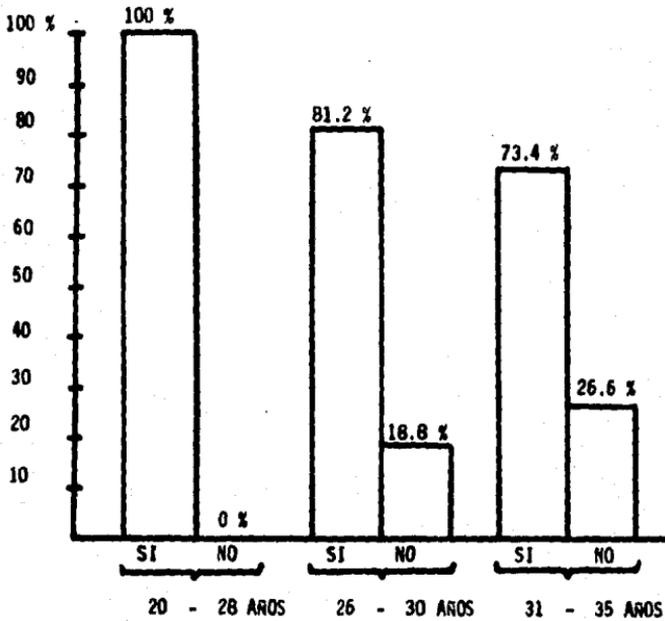


Fuente: Investigación personal.

GRAFICA 9

CUMPLIMIENTO DE LA EDUCACION POR LA POBLACION ENCUESTADA POR
GRUPOS DE EDAD.

U.M.F. Nº 33 - 1984



Fuente: Investigación personal.

EDUCACION: La participación activa de los padres en la educación de los hijos es una función muy importante para el desarrollo individual que sienta las bases de la superación. El total de padres encuestados que cumplen con esta función de educación fué - del 78% y que no la cumplen el 22%. Por grupos de edad encontramos que:

De 20 a 25 años: El 100% cumple con la función.

De 26 a 30 años: El 81.2% cumplen con ello, mientras que el 18.8% la descuida.

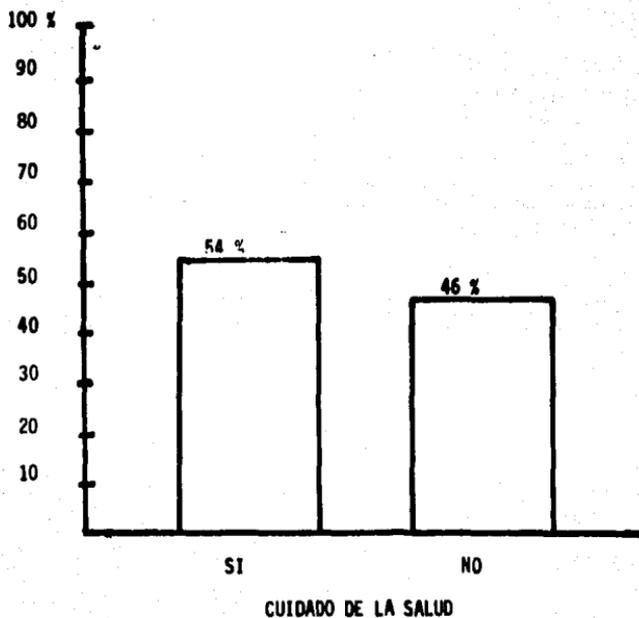
De 31 a 35 años: El 73.4% cumple adecuadamente con la función y el 26.6% no cumple.

Con lo anterior concluimos que este último grupo de edad - presenta más descuido en la función, y que la importancia que le dan a la educación de los hijos es menor a la que demuestran tener en los otros grupos de edad.

GRAFICA 10

ACCESO A LOS SISTEMAS DE SALUD EN LA POBLACION TOTAL ENCUESTADA.

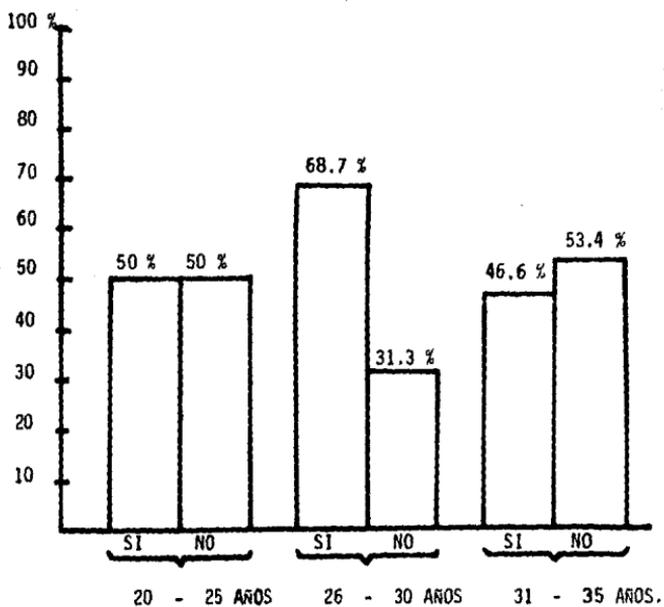
U.M.F. N° 33 - 1984



Fuente: Investigación personal.

GRAFICA 11
CUMPLIMIENTO DE LA FUNCION DE ACCESO A LOS SISTEMAS DE SALUD
EN LA POBLACION ENCUESTADA POR GRUPOS DE EDAD.

U.M.F. N° 33 - 1984



Funete: investigación personal.

ACCESO A LOS SISTEMAS DE SALUD: Los padres de familia tienen la -
responsabilidad ante la sociedad de cumplir dentro de su función -
básica de Cuidado, el de proporcionar a sus hijos acceso a los sis-
temas de salud y cuidar su bienestar físico. Encontramos que del
total de padres de familia de la población encuestada el 54% cum-
ple con esta función y el 46% la descuida.

Por grupos de edad veremos que los porcentajes son similares
sin predominar en forma importante en alguno de ellos, encontrando:
En el grupo de 20 a 25 años, el 50% cumple con la función y el 50%
la descuida.

Del grupo de 26 a 30 años, el 68.7% cumple y el 31.3% la descuida.

De los 31 a los 35 años, el 46.6% cumple y el 53.4% la descuida.

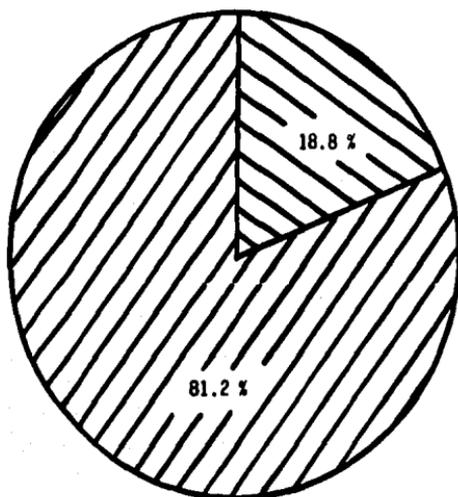
Concluyendo que en los padres bebedores sin importar el tipo-
de alcoholismo, ni la edad de los mismos, descuidan en forma impor-
tante la salud de su familia.

GRAFICA 12

CUMPLIMIENTO DE LA FUNCION BASICA DE AFECTO EN LA POBLACION

ENCUESTADA.

U.M.F. N° 33 - 1984



81.2 % Cumple adecuadamente con la función.

18.8 % Cumple inadecuadamente con la función.

Fuente: Investigación personal.

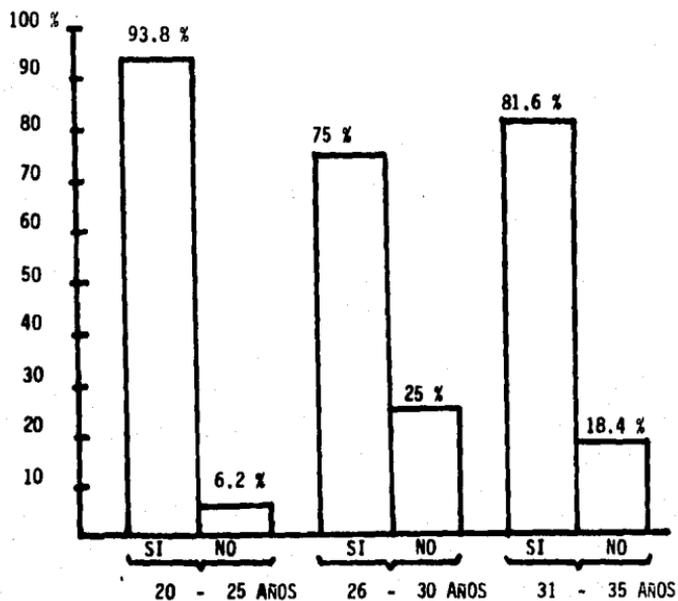
AFECTO: En la familia, el afecto se refiere a proporcionar ánimo, amor y cariño entre los subsistemas que lo componen, cubriendo sus necesidades afectivas mutuamente, proporcionando así la recompensa básica de la vida familiar.

En el total de la población encuestada encontramos que el 81.2% de los padres cubren las necesidades afectivas de su cónyuge y sus hijos, mientras que en el 18.8% este afecto no se demuestra adecuadamente.

GRAFICA 13

CUMPLIMIENTO DE LA FUNCION BASICA DE AFECTO EN EL SUBSISTEMA
PARENTAL DE LA POBLACION ENCUESTADA POR GRUPOS DE EDAD.

U.M.F. N° 33 - 1984.

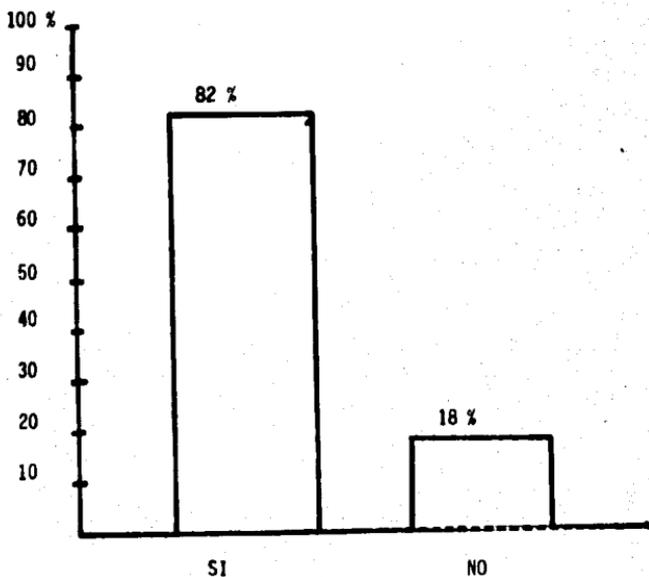


Fuente: Investigación personal.

GRAFICA 14

CUMPLIMIENTO DE LA FUNCION BASICA DE AFECTO EN EL SUBSISTEMA
CONYUGAL EN LA POBLACION TOTAL ENCUESTADA.

U.M.F. N° 33 - 1984.

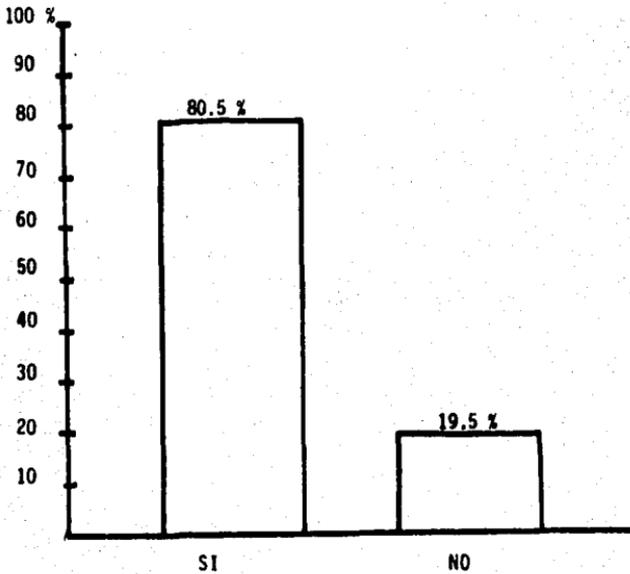


Fuente: Investigación personal.

GRAFICA 15

CUMPLIMIENTO EN LA FUNCIÓN BÁSICA DE AFECTO EN EL SUBSISTEMA
PARENTAL EN LA POBLACION TOTAL ENCUESTADA.

U.M.F. N° 33 - 1984

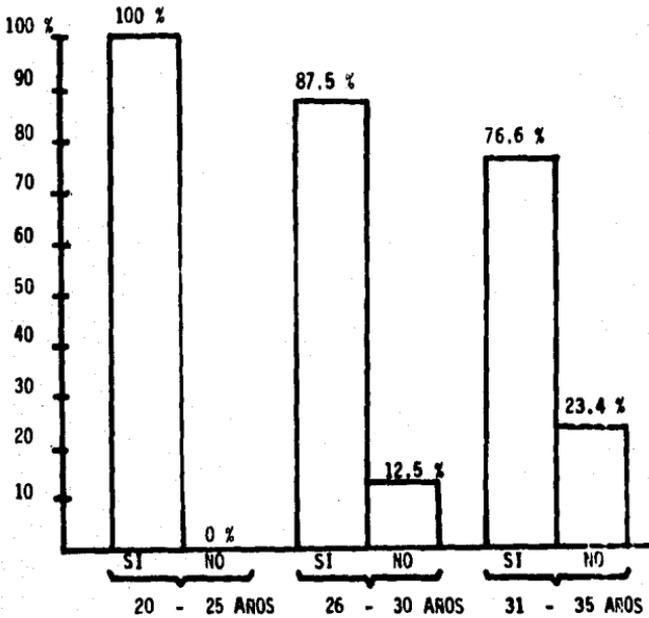


Fuente: Investigación personal.

GRAFICA 16

CUMPLIMIENTO DE LA FUNCION BASICA DE AFECTO EN EL SUBSISTEMA
CONYUGAL DE LA POBLACION ENCUESTADA POR GRUPOS DE EDAD.

U.M.F. N° 33 - 1984.



Fuente: Investigación personal.

Encontrando por grupos de edad, en el subsistema parental - que:

De 20 a 25 años: No alterado en el 93.8% y alterado en el 6.2%.

De 26 a 30 años: No alterado 75% y alterado en 25%.

De 31 a 35 años: Alterado en el 18.4% y no alterado en 81.6%.

En el subsistema conyugal el afecto se brinda adecuadamente - en el 82% y es inadecuado en el 18% de la población total encues- tada, encontrando éste en un 100% en el grupo de edad de 20 a 25 años, y más alterado en el de 31 a 35 años, en donde solo se cu- bren las necesidades afectivas en un 76.6%.

En el subsistema parental el total de afecto adecuadamente - proporcionado del padre a los hijos fue en el 80.5% de los encues- tados e inadecuado en el 19.5%.

En el subsistema conyugal por grupos de edad encontramos: Que de 20-25 años, en donde como veremos más adelante, el tipo de alcoholismo es más leve, el afecto no se encuentra alterado, satis- faciendo el padre sexual y afectivamente a su cónyuge y cumpliendo en un 100% con este parámetro del rol paterno.

Para el grupo de 26-30 años, el afecto se demuestra adecuadamente en el 87.5% y es inadecuado en el 12.5%; no proporcionando la re- compensa básica adecuada de la vida familiar.

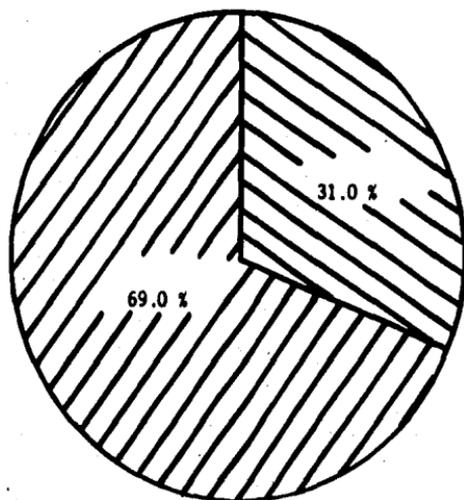
El grupo que se vió más afectado fué el de 31-35 años, en donde el afecto demostrado a su cónyuge por el padre bebedor es inadecuado en el 23.4% y adecuado en el 76.6%; de donde concluimos que la de- mostración afectiva física y verbal entre los cónyuges y entre el padre bebedor y sus hijos se encuentra más alterado en el grupo de padres que presentan tipo de alcoholismo más importante, como es - el de 30-35 años, trastornando la dinámica familiar al no cubrir - sus necesidades afectivas básicas mutuamente.

GRAFICA 17

TIPO DE COMUNICACION EN EL NUCLEO FAMILIAR DE LA POBLACION

TOTAL ENCUESTADA.

U.M.F. N° 33 - 1984



Comunicación Instrumental 31 %

Comunicación Afectiva 69 %

Fuente: Investigación personal.

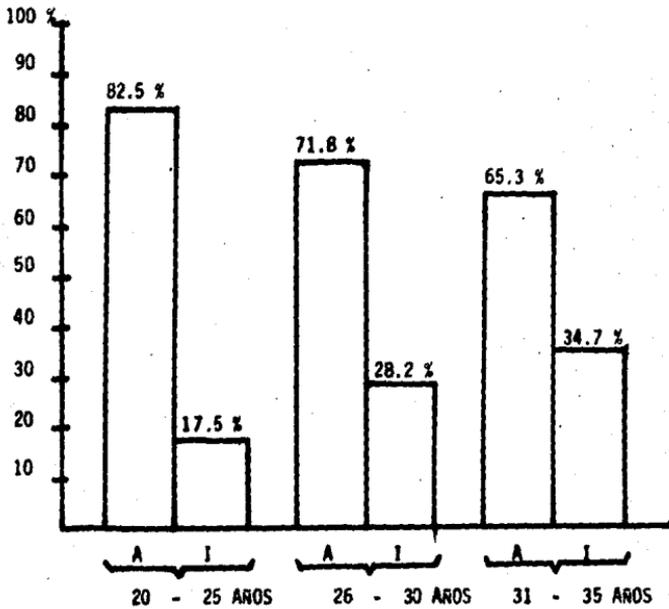
COMUNICACION: Entenderemos la comunicación en la familia como el conjunto de procesos que transmiten y reciben ideas, opiniones y actitudes que constituyen la base para el entendimiento o acuerdo común; y que esta comunicación al existir patologfa dentro de la familia se altera, causando alteraciones en la interacción de sus miembros y en su estima, de ahí la importancia de una comunicac -- ción afectiva dentro del núcleo familiar.

En la presente investigación encontramos que la comunicación es de tipo afectivo en solo el 69% del total de la población en - cuestada que representa a 35 familias de tipo instrumental en el 31%, representativo de 15 familias.

GRAFICA 18

FRECUENCIA DEL TIPO DE COMUNICACION QUE SE DA EN LA FAMILIA
DEL PADRE BEBEDOR EN LA POBLACION ENCUESTADA POR GRUPOS DE EDAD.

U.M.F. N° 33 - 1984



A = AFECTIVA
I = INSTRUMENTAL

Fuente: Investigación personal.

Por grupo de edad, encontramos que se encuentra la comunicación más alterada en el grupo de 31 a 35 años, en donde el 65.3% es de tipo afectiva y el 34.7% de tipo instrumental.

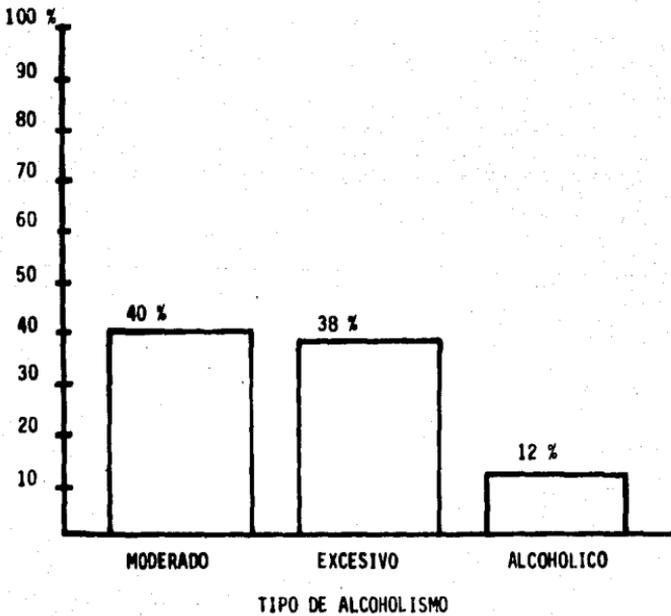
De los 20 a 25 años, tipo afectiva en el 82.5% e instrumental el 17.5%.

De los 26 a 30 años, se encontró comunicación afectiva en el 71.8% e instrumental en el 28.2%. Notamos que la alteración en las relaciones humanas del núcleo familiar por una comunicación inadecuada e insuficiente es significativamente importante en casi una tercera parte del total de la población encuestada.

GRAFICA 19

TIPO DE ALCOHOLISMO PATERNO EN LA POBLACION TOTAL ENCUESTADA.

U.M.F. N° 33 - 1984



40 % MODERADO = 20 PADRES DE FAMILIA.

38 % EXCESIVO = 19 PADRES DE FAMILIA.

12 % ALCOHOLISMO = 11 PADRES DE FAMILIA.

Fuente: Investigación personal.

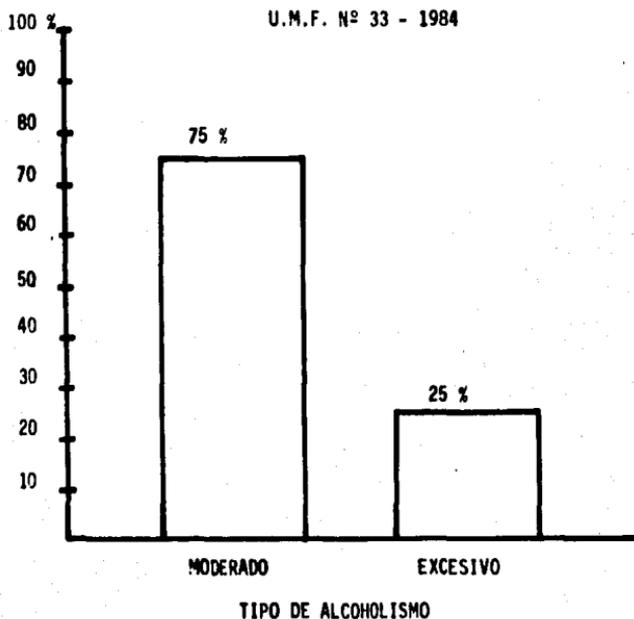
ALCOHOLISMO: Considerada como una de las principales causas de desintegración familiar, es una enfermedad que afecta física, social y mentalmente a los individuos, que altera en forma importante a su familia y a su comunidad.

De acuerdo al cuestionario MAST, con que se valoró el tipo de alcoholismo utilizando la clasificación tipológica del mismo, basado en la proporcionada por la OMS, encontramos que del total de la población encuestada el 40% representa a Bebedores MODERADOS, lo que corresponde a 20 padres de familia, el 38% corresponde a Bebedores EXCESIVOS, con un total de 19 padres de familia para este grupo y clasificados como ALCOHOLICOS el 22% del total de encuestados, formado este grupo por 11 pacientes.

GRAFICA 20

TIPO DE ALCOHOLISMO PATERNO EN EL GRUPO DE EDAD DE 20 - 25 AÑOS

DE LA POBLACION TOTAL ENCUESTADA.



TOTAL DE PADRES DE FAMILIA EN EL GRUPO DE EDAD DE

20 - 25 AÑOS = 4

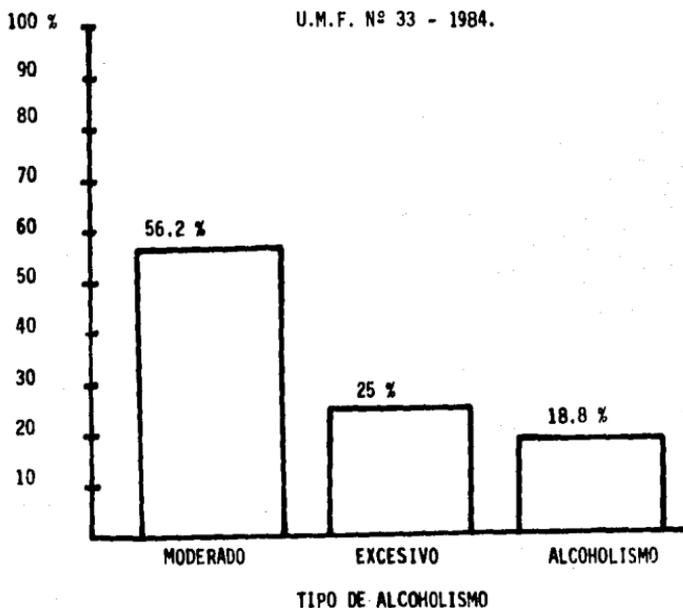
MODERADO = 3 (75 %)

EXCESIVO = 1 (25 %)

Fuente: Investigación personal.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TIPO DE ALCOHOLISMO PATERNO EN EL GRUPO DE EDAD DE 26 - 30 AÑOS
DE LA POBLACION TOTAL ENCUESTADA.



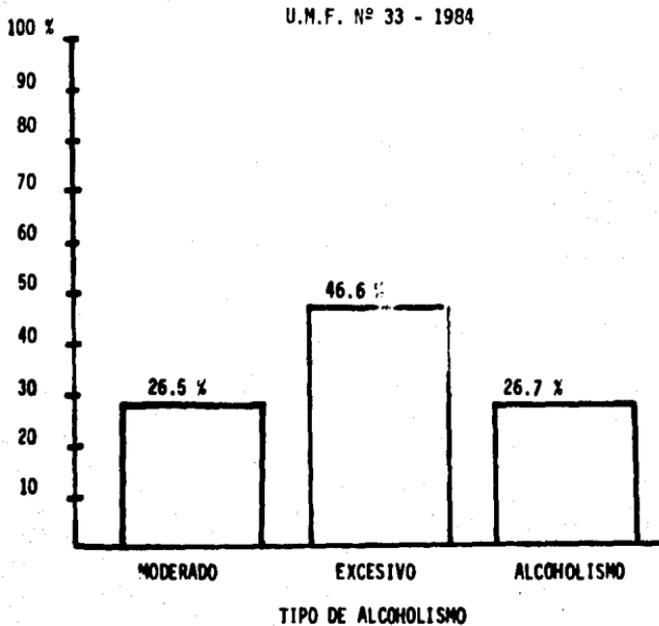
TOTAL DE PADRES DE FAMILIA EN EL GRUPO DE EDAD DE

26 - 30 AÑOS	=	16
MODERADO	=	9 (56.2 %)
EXCESIVO	=	4 (25.0 %)
ALCOHOLISMO	=	3 (18.8 %)

Fuente: Investigación personal

GRAFICA 22

TIPO DE ALCOHOLISMO PATERNO EN EL GRUPO DE EDAD DE 31 - 35 AÑOS
DE LA POBLACION TOTAL ENCUESTADA.



TOTAL DE PADRES DE FAMILIA EN EL GRUPO DE EDAD DE

31 - 35 AÑOS	=	30
MODERADO	=	8 (26.5 %)
EXCESIVO	=	14 (46.6 %)
ALCOHOLISMO	=	8 (26.7 %)

Fuente: Investigación personal.

Por grupo de edad encontramos:

20 a 25 años: 75% bebedores moderados y 25% bebedores excesivos, formado este grupo por 4 padres de familia.

26 a 30 años: 56.2% de bebedores moderados, 25% bebedores excesivos y 18.8% de alcohólicos, formado este grupo por 16 pacientes.

31 a 35 años: Se encontró el 26.7% de bebedores Moderados, el 46.6% de bebedores excesivos y el 26.7% de alcohólicos que corresponde a un total de 8,14 y 8 pacientes respectivamente.

Por lo anterior concluimos que el alcoholismo se presenta a cualquier edad, encontrando que la mayoría en la población más joven son de tipo moderado y una minoría de tipo excesivo, en forma progresiva en los siguientes grupos de edad, el porcentaje para el moderado disminuye, mientras que para el excesivo aumenta apareciendo ya en el grupo de 26 a 30 años alcohólicos, siendo un total de 3 pacientes, siendo esta proporción mayor en el último grupo de edad, aumentando el porcentaje tanto para los Bebedores excesivos como para los alcohólicos.

Recopliando todos los datos obtenidos del total de los encuestados, con lo que respecta al cumplimiento de las funciones básicas familiares específicamente de cuidado y afecto, la comunicación existente entre los subsistemas familiares y el tipo de alcoholismo encontrado por grupos de edad, concluimos que a mayor grado de alcoholismo, las funciones se encuentran más alteradas e igual que la comunicación, siendo esto más evidente en el grupo de edad de 31 a 35 años, donde encontramos el mayor porcentaje de alcoholismo y de alteración en funciones y comunicación - por incumplimiento del rol paterno, el cual es más evidente en donde se presenta más alcoholismo.

El alcoholismo paterno causa desintegración familiar por incumplimiento de su rol, al descuidar las funciones básicas de cuidado y afecto así como la comunicación en su núcleo familiar - que es inadecuada e insuficiente alterando la dinámica familiar.

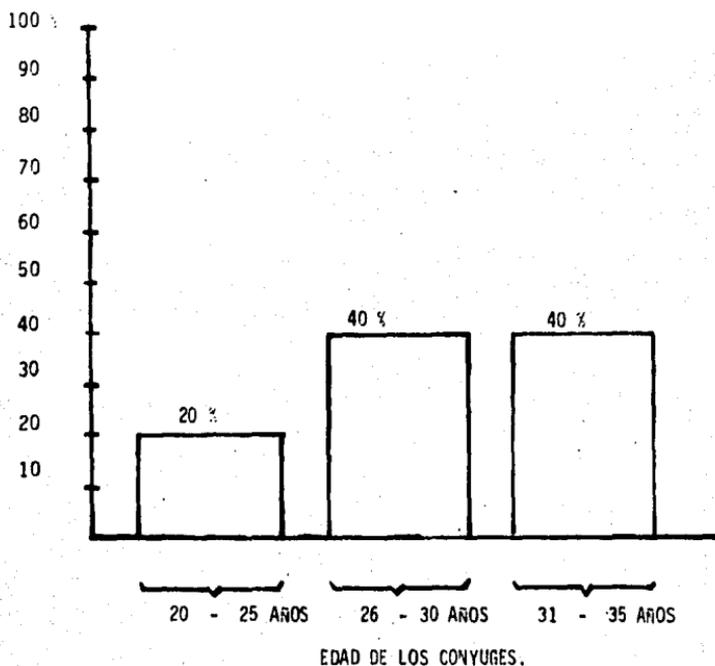
CONCLUSIONES DE CUESTIONARIOS A LAS MADRES DE FAMILIA, ESPOSAS DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS:

El total de madres de familia encuestadas fué de 50, todas ellas cónyuges de los pacientes encuestados, sin embargo las respuestas proporcionadas por ellas, con lo que respecta a las funciones familiares básicas y a la comunicación, se valorarán en forma global, sin contrastación directa de cada una con su pareja, sino como una opinión general; ello se debe a la diversidad de variables encontradas. Con lo que respecta a la clasificación y resultados obtenidos para determinar el tipo de alcoholismo, aquí se hará una contrastación directa de cada paciente con su cónyuge para valorar respuestas de ambos y sacar conclusiones.

GRAFICA 23

POBLACION TOTAL FEMENINA ENCUESTADA POR GRUPOS DE EDAD.

U.M.F. N° 33 - 1984



TOTAL DE CONYUGES ENCUESTADOS = 50

20 % (10) Grupo Edad 20 - 25 años.

40 % (20) Grupo Edad 26 - 30 años.

40 % (20) Grupo Edad 31 - 35 años.

Fuente: Investigación Personal.

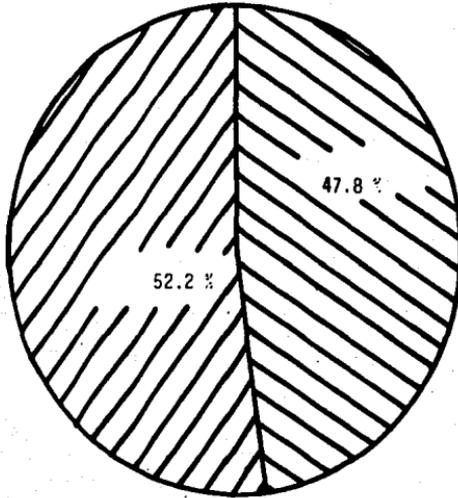
Del total de la población femenina encuestada el 20% corresponde al grupo de edad comprendido entre los 20 y 25 años, con un total de 10 madres de familia, en el grupo de 26 a 30 años, se encuentran comprendidas 20 madres de familia, al igual que en el siguiente grupo de edad de 31 a 35 años, correspondiente el 40% para cada grupo de edad del total de la población encuestada. Encontrando como datos estadísticos en forma general una Media de 29.5 años, Mediana de 29 y Moda de 25, Rango de 15 años entre las edades de todas las cónyuges. Por grupos de edad:

20-25 años.	26-30 años	31-35 años.
Media 24.1	Media 28	Media 33.4
Mediana 25	Mediana 28	Mediana 33.5
Moda 25	Moda 27	Multimodal de 33 y 35.

GRAFICA 24

CUMPLIMIENTO DE LA FUNCION BASICA DE CUIDADO POR EL PADRE
BEBEDOR DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA POBLACION FEMENINA
ENCUESTADA.

U.M.F. N° 33 - 1984



- TOTAL DE CONYUGES ENCUESTADAS: 50 (100 %)
- 52.2 % (26) VALORAN QUE SE CUMPLE ADECUADAMENTE CON LA FUNCION.
- 47.8 % (24) VALORAN QUE NO CUMPLE SU CONYUGE CON LA FUNCION EN FORMA ADECUADA.

Fuente: Investigacion personal.

CUADRO 1

DETERMINACION DEL CUMPLIMIENTO DE LA FUNCION BASICA DE CUIDADO POR EL PADRE DE FAMILIA
DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SU CONYUGE.

U.M.F. Nº 33 - 1984

χ^2 PREGUNTAS PARA VALORAR EL CUIDADO:

	2	11	12	13	17	21	25	30	32	TOTAL
SI	21	15	14	26	24	39	29	34	33	235
NO	29	35	36	24	26	11	21	16	17	215

CONFIABILIDAD DE 0.95 = 15.5 P = 5.9

CONFIABILIDAD DE 0.05 = 2.73

GRADOS DE LIBERTAD 8

Fuente: Investigación personal.

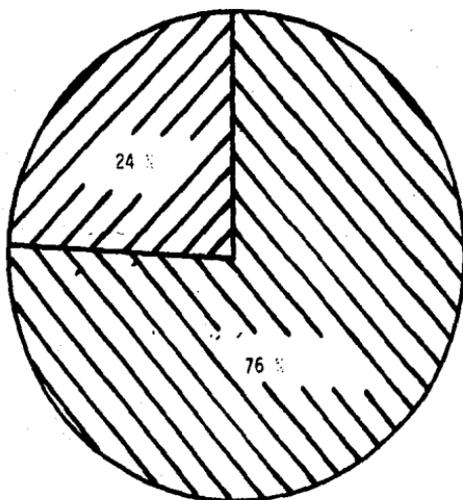
CUIDADO: Desde el punto de vista materno en forma general sus cónyuges cumplen con esta función adecuadamente en solo el 52.2% del total de la población encuestada y no cumple con dicha función el 47.8 %.

La función de cuidado se encuentra alterada como demuestra el cuadro de contingencia donde la confiabilidad estadística de las respuestas a 0.05 es menor que el punto P el cual equivale a 5.9 lo que le da significancia estadística apoyando la hipótesis de que el padre bebedor no cumple adecuadamente a la función de cuidado en su núcleo familiar.

GRAFICA 25

CUMPLIMIENTO DE LA FUNCION BASICA DE AFECTO POR EL PADRE BEBEDOR
DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SU CONYUGE.

U.M.F. N° 33 - 1984.



TOTAL DE CONYUGES ENCUESTADÁ: 50

76 % (38) VALORAN ADECUADAMENTE EL CUMPLIMIENTO DE LA FUNCION.

24 % (12) LA FUNCION SE CUMPLE INADECUADAMENTE.

Fuente: Investigación personal.

CUADRO 2

DETERMINACION DEL CUMPLIMIENTO DE LA FUNCION BASICA DE AFECTO POR EL PADRE DE FAMILIA BEBEDOR
DESDE EL PUNTO DE VISTA MATERNO.

χ^2

U.M.F. Nº 33 - 1984

PREGUNTAS PARA VALORAR EL AFECTO.

		5	7	14	20	26	42	45	TOTAL
CUMPLIMIENTO	SI	39	47	36	35	32	40	35	264
	NO	11	3	14	15	18	10	15	86

CONFIABILIDAD DE 0.95 = 12.6

P = 4.8

CONFIABILIDAD DE 0.05 = 1.24

GRADOS DE LIBERTAD 6

Fuente: Investigación personal.

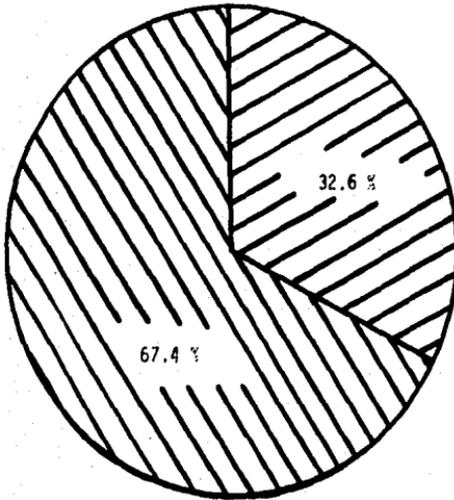
AFECTO: Para los cónyuges de los pacientes encuestados, según opinión general, ellas valoran que el afecto que reciben tanto ellas como sus hijos de parte del padre de familia bebedor, es adecuado en el 76% del total, mientras que el 24% opinan que no se cubren sus necesidades afectivas en forma adecuada.

En el estudio estadístico del cumplimiento de la función de afecto el padre bebedor desde el punto de vista materno, queda demostrada su significancia estadística, ya que la confiabilidad de 0.05 es de 1.24 y la resultante de χ^2 es de 4.8, lo cual demuestra que no se cumple esta función significativamente en los padres bebedores.

GRAFICA 26

TIPO DE COMUNICACION EXISTENTE EN EL NUCLEO FAMILIAR DEL
PADRE ALCOHOLICO DESDE EL PUNTO DE VISTA MATERNO.

U.M.F. N° 33 - 1984



POBLACION TOTAL ENCUESTADA: 50

67.4 % (33 CONYUGES) VALORAN QUE LA COMUNICACION
EN SU HOGAR ES DE TIPO AFECTIVO.

32.6 % (17 CONYUGES) VALORAN QUE LA COMUNICACION ES
DE TIPO INSTRUMENTAL.

Fuente: Investigación personal.

CUADRO 3

DETERMINACION DEL TIPO DE COMUNICACION QUE EXISTE DEL PADRE BEBEDOR DESDE EL PUNTO DE VISTA
DE SU CONYUGE.

U.M.F. N° 33 - 1984

χ^2

PREGUNTAS PARA VALORAR EL TIPO DE COMUNICACION.

	1	3	6	20	23	28	31	36	38	44	TOTAL
AFECTIVA	43	32	36	35	26	42	36	35	24	28	337
INSTRUMENTAL	7	18	14	15	24	8	14	15	26	22	163

CONFIABILIDAD DE 0.95 = 16.9

P: 6.7

CONFIABILIDAD DE 0.05 = 2.70

GRADOS DE LIBERTAD: 9

Fuente: Investigación personal.

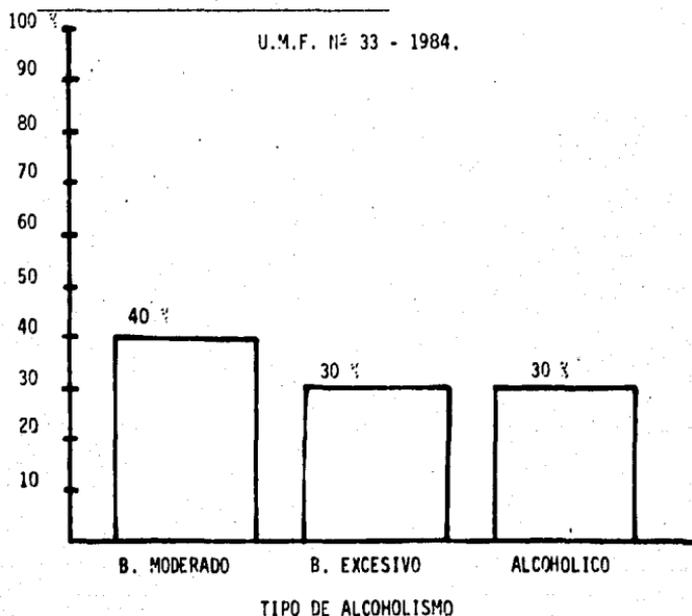
COMUNICACION: La valoración desde el punto de vista materno con lo que respecta a la comunicación que se lleva a cabo en el núcleo familiar, solo el 67.4 % consideran que es de tipo afectivo y en un porcentaje importante de 32.6% consideran que la comunicación en su familia es puramente instrumental como consecuencia del - alcoholismo paterno.

La comunicación se encuentra alterada ya que estadísticamente se demuestra al contrastar la de tipo afectivo y la instrumental puesto que la confiabilidad de 0.05 es de 2.70 y el punto P de 6.7 lo que tiene una significancia estadística que nos permite afirmar que la comunicación se altera en las familias donde el - padre es bebedor.

GRAFICA 27

TIPO DE ALCOHOLISMO PATERNO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SU CONYUGE

EN LA POBLACION FEMENINA ENCUESTADA.



BEBEDOR MODERADO = 20 PADRES DE FAMILIA.

BEBEDOR EXCESIVO = 15 PADRES DE FAMILIA.

ALCOHOLICOS = 15 PADRES DE FAMILIA.

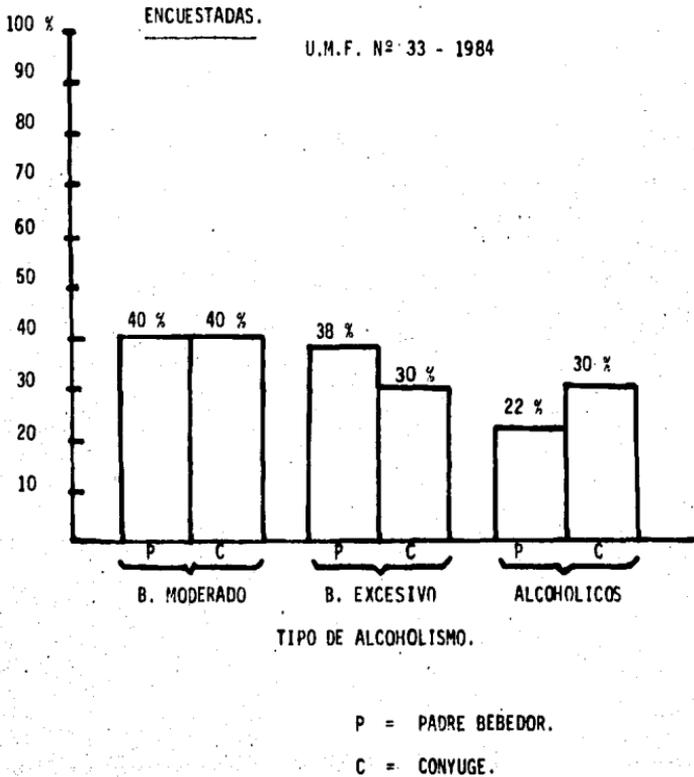
Fuente: Investigación Personal.

ALCOHOLISMO: Con lo que respecta a la valoración del alcoholismo, veremos que difiere la opinión proporcionada por los cónyuges de los pacientes, que los resultados que nos proporcionarán los mismos, ya que ellas como observadoras, ven otros puntos de vista, y consecuencias de la bebida en su cónyuge.

El total de pacientes desde el punto de vista materno que se clasifican dentro de BEBEDORES MODERADOS, fué igual al que se obtuvo de los padres de familia, siendo en total 20 con un 40% del total de encuestados. Para el grupo de BEBEDORES EXCESIVOS existe diversidad de criterios, ya que para las madres en total se clasifican dentro de este grupo 15, con un 30% del total, mientras que para los pacientes las respuestas engloban a 19 de ellos con un total del 38%; pero en el grupo de ALCOHOLICOS, son más los que clasifican las madres que los padres, siendo para las primeras 15 en total con un 30% del total y para los pacientes 11, con un 22% del total. Por lo anterior, concluimos que en el grupo de Bebedores Moderados tanto la consideración de los pacientes como de sus esposas es la misma; pero, en el caso de Bebedores Excesivos, los pacientes, algunos de ellos ya alcohólicos, se clasificaron como excesivos mientras que sus cónyuges los clasifican ya dentro del alcoholismo; por lo que, aumentan los alcohólicos en los resultados maternos y disminuyen en el tipo de Bebedor Excesivo.

GRAFICA 28

COMPARACION DEL TIPO DE ALCOHOLISMO PATERNO, DESDE EL PUNTO DE
VISTA DEL PADRE BEBEDOR Y DE SU CONYUGE, EN LA POBLACION TOTAL



Fuente: Investigación personal.

Por grupo de edad, encontramos la siguiente clasificación de alcoholismo: La correlación es por pareja (Matrimonio), tomando el grupo de edad paterno.

	DE 20 a 25 años.		26 a 30 años.		31 a 35 años.	
	ESPOSA/ESPOSO		ESPOSA/ESPOSO		ESPOSA/ESPOSO	
B. MODERADO	3	3	10	9	7	8
B. EXCESIVO	1	1	4	4	10	14
ALCOHOLICO	0	0	2	3	13	8

TOTALES:

VALORACION DE LA ESPOSA.

B. MODERADO	20 (40%)
B. EXCESIVO	15 (30%)
ALCOHOLICO	15 (30%)

VALORACION DEL ESPOSO.

20 (40%)
19 (38%)
11 (22%)

CUADRO 4

DETERMINACION DEL TIPO DE ALCOHOLISMO PATERNO EN LAS FAMILIAS ENCUESTADAS, COMPARANDO

 LAS RESPUESTAS OBTENIDAS PARA CADA TIPO.

χ^2

H.M.F. N° 33 - 1984

VARIABLE DEPENDIENTE.

VARIABLE INDEPENDIENTE	BEBEDOR MODERADO	BEBEDOR EXCESIVO	ALCOHOLICO	TOTAL
RESPUESTAS DE ESPOSOS.	20	19	11	50
RESPUESTAS DE ESPOSAS.	20	15	15	50
	40	34	26	100

CONFIABILIDAD DE 0.95 = 5.99

P = 1.084

CONFIABILIDAD DE 0.05 = 0.103

GRADOS DE LIBERTAD: 2

Fuente: Investigación personal.

DETERMINACION DEL TIPO DE ALCOHOLISMO EN LAS PAREJAS ENCUESTADAS:

Se contrastó estadísticamente las respuestas emitidas por los bebedores y las respuestas expresadas por sus respectivas esposas para determinar la confiabilidad en cuanto a la clasificación de los bebedores y así agruparlos en Moderados, Excesivos y Alcohólicos, encontrándose que la mayor frecuencia está entre moderados y excesivos, siendo los alcohólicos la mínima proporción.

La significancia estadística a 0.05 es de 0.103 y el punto P se encuentra a 1.084, lo que estadísticamente confirme que, la contrastación de ambas opiniones es significativa para afirmar que la proporción de bebedores es alta y la de alcohólicos es menor proporción; pero, con sus respectivas repercusiones en la dinámica familiar.

XII) SUGERENCIAS:

Quizás el alcoholismo sea la única enfermedad en medicina que tenga la característica de que quien la padece, no sólo no desea restablecerse, sino que hace esfuerzos inauditos por seguirla padeciendo; la razón de ello parece obedecer a la multicausalidad de la enfermedad, a la compleja personalidad del alcohólico y a la falta de sensibilización de la población en general para su detección y tratamiento.

En el manejo psicoterapéutico del alcohólico, es necesario incluir a la familia del mismo ya que esta involucrada en el desarrollo de su enfermedad; por lo que, es difícil esperar modificaciones en la conducta del alcohólico si, simultáneamente no se promueven modificaciones en las actitudes de la familia. La conducta del alcohólico es en la familia en donde más afecta, abarcando a su comunidad; se hace un círculo vicioso - ya que la conducta del alcohólico se toma como agresión o desacato de normas, por lo que la familia o comunidad reacciona agrediendo u hostilizando al alcohólico, que al sentirse atacado vuelve a beber.

En las familias de los alcohólicos casi siempre se encuentran dos tipos de actitudes de parte de la familia hacia él: sobreprotección o rechazo.

En el manejo de la familia se sugiere: educación sobre el alcoholismo, ya que generalmente ignoran que el alcoholismo es un problema de salud y que se acepta la existencia de un alcohólico en la familia; ya que desarrollan los miembros al igual

que la familia, mecanismos de negación, de racionalización o de proyección para no aceptar el hecho. En las familias de los alcohólicos es común encontrar patología de la personalidad en los cónyuges, y muchas veces desean conscientemente que el miembro alcohólico deje de beber, pero inconscientemente sabotean su tratamiento como una forma de resistencia al cambio.

La psicoterapia familiar, está indicada en aquellos alcohólicos pertenecientes a familias sintomáticas, en donde se ha formado un "sistema familiar patológico" que está siendo determinante en la progresión de la enfermedad.

Las acciones que puede realizar el Médico Familiar en su consulta de primer nivel, podría ser:

- 1.- Identificar a la población que bebe, de ambos sexos, sin importar la edad de los derechohabientes a su cargo.
- 2.- Tratar de identificar que tipo de alcoholismo tiene.
- 3.- En base a lo anterior, darse una idea de las alteraciones en las funciones básicas familiares, la comunicación, y la dinámica familiar.
- 4.- Reducir el conflicto y la ansiedad patógena dentro de las relaciones interpersonales.
- 5.- Explicar a toda la familia junto con el miembro alcohólico, sobre la enfermedad, sus consecuencias, sus causas, su evolución.
- 6.- Aumentar la percepción y la realización por los miembros de la familia de las necesidades emocionales de cada uno.
- 7.- Fortalecer las defensas de la familia frente a las crisis externas e internas.
- 8.- Promover relaciones más adecuadas entre los sexos y las generaciones.
- 9.- Influir sobre la identidad y los valores de la familia, de modo que se dirijan hacia la salud y el crecimiento.
- 10.- Aceptar que el alcoholismo no es problema exclusivo del miembro que lo padece y evitar toda actitud de presión, control,

dominio o chantaje en relación a la enfermedad.

Urge considerar la forma de mantener y fortalecer las posibilidades existentes de autoayuda en el seno de la familia y en la comunidad y de usar los servicios disponibles con mayor eficacia para evitar o aliviar los problemas causados por el alcohol en el ambiente de la familia.

Junto con el equipo de salud, el Médico Familiar organizará Clubs para los bebedores, en donde invitará a toda la familia. En esta población estudiada encontramos la mayor cantidad de pacientes englobados en la categoría de Bebedor Moderado y Excesivo, en donde vemos la importancia de actuar prontamente para evitar el alcoholismo intenso y que con ello se alteren más las funciones y la dinámica familiar.

Para el Médico Familiar:

Una vez formados los grupos, es necesario proporcionarles conocimiento profundo de la enfermedad en todos sus aspectos, mismos que debe conocer perfectamente el médico, además tener simpatía por el paciente y convicción de que podrá ser ayudado. Mucha paciencia, pues los cambios ocurren muy lentamente y con frecuencia hay recaídas; y finalmente, firmeza y objetividad para no ser víctima de las tendencias manipuladoras que caracterizan al alcohólico.

Debe el Médico Familiar tener dos objetivos en el manejo del paciente alcohólico:

- 1.- Propiciar la motivación hacia la abstinencia.
- 2.- Promover la madurez a través de la superación de aquellas áreas más alteradas de su constelación psicodinámica.

Para lograr el primer objetivo, el primer paso será informar y educar al enfermo sobre la naturaleza de su enfermedad, ya que generalmente existe una gran ignorancia sobre todos estos aspectos; posteriormente ayudar a que acepten su enfermedad trabajando prin-

principalmente en sus mecanismos de defensa que son principalmente - la negación, proyección y racionalización.

Finalmente orientará el Médico Familiar la terapia para que aprenda nuevos patrones de conducta que le permitan disfrutar - de la vida sin alcohol. Una vez logrado estos objetivos, se trabajará en las áreas más perturbadas de la constelación psicodinámica, desarrollando metas específicas de acuerdo a cada caso - en particular, estas metas generalmente son:

- 1.- Reconocimiento e identificación de sentimientos.
- 2.- Reconocimiento e identificación de patrones de conducta.
- 3.- Adquisición de responsabilidad.
- 4.- Resolución de ciertos problemas existenciales.
- 5.- Manejo de culpa y sentimientos hostiles y agresivos.
- 6.- Autoafirmación y autoestima.
- 7.- Manejo de temores inespecíficos.
- 8.- Manejo de ansiedad y depresión.

Para la Comunidad:

La cooperación de la comunidad incluyendo a su familia es determinante. La terapia ideal para el tratamiento del alcohólico es la terapia de grupo; las técnicas de grupo son particularmente afectivas para lograr el derrumbe de los mecanismos defensivos del alcohólico, y ayudarán al enfermo a que maneje de diferente manera viejos problemas in que recurra al alcohol con el apoyo de otros enfermos, para ello existen grupos dirigidos de diferente tipo - por especialistas, en los cuales puede participar el Médico Familiar, o bien en caso de gravedad, recaídas o reconociendo sus limitaciones, canalizar a las familias que requieran de manejos más intensos y prolongados a estos centros especializados.

La experiencia histórica ha demostrado la gran efectividad - que en el tratamiento del alcoholismo tienen los grupos de auto - ayuda, en donde el único requisito para ser miembro es el deseo -

de dejar la bebida, y éstos no están afiliados a ningún partido político, organización, institución o secta religiosa.

Para conscientizar a la población general sobre el problema del alcoholismo, como un fenómeno social de gran importancia y lograr la cooperación de la comunidad para la prevención y detección oportuna del alcoholismo en algún miembro familiar o de su comunidad. El Médico familiar puede organizar en forma periódica, invitando a toda su población derechohabiente a que acuda: - con su familia a Psicodramas o Cine debate terapéutico.

El Psicodrama, es esencialmente una forma de psicoterapia de grupo que comprende una representación estructurada, dirigida y dramatizada de los problemas personales y emocionales del paciente y sus problemas inmediatos de interacción de grupo, basándose en que el principio fundamental de la psicoterapia dramática permite una mayor profundidad y amplitud de conocimiento de la que puede obtenerse a través de medios simplemente verbales. Incluye procedimientos como la catarsis, asociación libre en la actuación y peleas entre personas.

Esto podrá realizarse con objeto de lograr un Insight, espontaneidad, percepción total de respuestas, de la realidad en forma más exacta, el compromiso con otras personas y el aprendizaje a través de la experiencia. La participación puede ser del paciente como protagonista o de "egos auxiliares", del médico familiar como terapeuta, asistentes, y todo el equipo de salud con que se cuenta.

En el cine club debate terapéutico con aplicación de medios audiovisuales, exhibiendo documentales o películas que tengan como tema central el alcoholismo o alguno de los conflictos que estén girando en la constelación psicodinámica del alcohólico; una vez terminada la película, se lleva a cabo una dinámica de grupo dirigida por el terapeuta (Médico Familiar) donde se dis

cuten tópicos del film. El terapeuta estimula a los miembros del grupo a que den su opinión a cerca del argumento.

Para la Nación:

Sin lugar a dudas la importancia en el manejo del alcoholismo como fenómeno social, no es tratando al paciente alcohólico únicamente, sino en la prevención del mismo.

Los programas destinados a la prevención primaria de los problemas causados por el alcohol comprenderían en general medidas a nivel Nacional para reducir los problemas que lleva aparejados este fenómeno, las principales serían:

- 1.- Reducción en la disponibilidad de bebidas alcohólicas mediante controles administrativos, legislativos y económicos.
- 2.- Reducción en la demanda: mediante actividades educativas, religiosas, persuasión moral y suministro de obras de arte, y oportunidad de tener un estilo de vida más satisfactorio, que se concentren en la necesidad de crear responsabilidad por la salud y el bienestar de las personas, de su familia y su comunidad; - que la comunidad participe en la planificación de esos programas de acuerdo a los controles sociales predominantes.

Programas de educación sobre el alcohol en niños preescolares y escolares, contribuyendo a formar conciencia social.

- 3.- Restricción en la Propaganda, ya que ésta estimula a la población joven a consumir bebidas alcohólicas, la propaganda y promoción de ventas debería estar más limitada por medio de establecimiento de un código para fomentar una actitud más responsable.

XIII) BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Gross GE. Alcohol Related Disabilities. Ofset publication 1977;32:129-42
- 2.- Molina PE. El Alcoholismo en México I. Patología. México DF: Fundación de investigaciones sociales AC, 1982: 25-39 77-122
- 3.- Paton JBA, Saunders HF. Definitions Alcohol. Brit Med J 1981;283:1248-50
- 4.- Naveillan FP. Sobre el concepto de alcoholismo. Bol of Sanit Panam 1981;91:340-47
- 5.- Paton JBA, Potter HS. Nature of the problem alcohol. - Brit Med J 1981;283:1318-19
- 6.- Smerdon AG, Patton JBA. Alcoholism detection in general practice. Brit Med J 1982;284:255-59
- 7.- Organización Mundial de la Salud. Consumo del alcohol y problemas afines. Bol of Sanit Panam 1983;27:274-8
- 8.- Favazza AR. Alcoholism. AFP 1983;27:274-8
- 9.- Saunders JB, Patton JBA. Alcohol in the body. Brit Med J 1981;283:1380-84
- 10.- Alarid HJ. Funciones básicas familiares. Fundamentos de Medicina Familiar. México D.F: MFM, 1982:0-11 17-23
- 11.- Smith RA. Alcohol and Work a Promising Approach. Brit - Med J 1981;283:1108-10
- 12.- Sherin KM. Screening form Alcoholism. AFP 1982;26:226-29
- 13.- Patton AJB, Saunders JB. Asking the right questions. Brit Med J 1981;283:1458-62
- 14.- Hamed GA. Living with alcoholic. Post Grad Med J 1982; 58:636-49
- 15.- Satir V. Comunicación: hablar y escuchar. Relaciones Humanas en el núcleo familiar. México DF: Pax-México, 1978:30-79
- 16.- Ackerman NW. Roles familiares. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones humanas. Buenos Aires Argentina: Hóme SAE, 1982:78-95