

11226
24/185



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"REPERCUSIONES PSICOSOCIALES DEL ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA"

TESIS

Para obtener la Especialidad en :

MEDICINA FAMILIAR

Presentada por :

Dra. Guadalupe Victoria Sánchez Torija

U. M. F. No. 2

I. M. S. S.



IMSS

Puebla, Pue.

1984-1986

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

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	3
GENERALIDADES.....	5
MATERIAL Y METODOS.....	19
RESULTADOS.....	21
CONCLUSIONES.....	36
RESUMEN.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	39

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

Desde que el hombre conoció las bebidas embriagantes y sus efectos euforizantes, las ha utilizado para alegrar sus fiestas y reuniones, considerándose así su consumo socialmente aceptable; pero cuando este consumo se hace exagerado y frecuente, se pierde la autoestima y el respeto, tanto propio como de los que nos rodean, se cae en la entidad patológica conocida como alcoholismo.

El hombre adquiere en el seno familiar el cuidado, amor, socialización y las costumbres de acuerdo al País, clase social y personas con las que convive. Cuando el hombre no recibe lo mencionado o lo recibe en forma inadecuada, sufrirá trastornos de la personalidad, que se manifestarán en diversas acciones patológicas como la prostitución, alcoholismo y drogadicción, que dañan tanto al individuo como a su núcleo familiar y social.

El tema que nos ocupa en el presente trabajo es el alcoholismo, que es una enfermedad crónica de origen multifactorial, que afecta tanto a hombres como a mujeres de diferentes estratos socioculturales, que en muchas ocasiones se inicia en la adolescencia, pero que puede surgir a edades mucho mayores.

El alcoholismo es un padecimiento que afecta no solo a nuestro País, sino que se encuentra distribuido en forma universal, siendo más frecuente en aquellos Países donde es más fácil adquirir alcohol como son Canadá, Escocia e Inglaterra por lo que entre las estrategias propuestas por la O.M.S. en 1979 para combatir el alcoholismo, se sugiere la restricción en la venta de bebidas embriagantes.

En el presente siglo, cuando se empezó a ver el alcoholismo desde el punto de vista de enfermedad social, surgió un grupo en los Estados Unidos de autoayuda y apoyo médico y psicológico cuyo objetivo principal es que los alcohólicos dejen de serlo. Dicho grupo se ha denominado Alcohólicos Anónimos y ha realizado sus objetivos en muchos casos, fracasando en otros tantos. Ha extendido sus redes en muchas partes del mundo, ya que ofrece una ayuda desinteresada y constante, encontrándose formado por ex-alcohólicos y alcohólicos que quieren dejar de serlo.

Analizando lo anterior nos damos cuenta de que es una enfermedad de difícil manejo ya que no solo depende del médico y la voluntad del paciente, sino del medio ambiente familiar y social que le rodea, lo que es muy difícil de cambiar .

J U S T I F I C A C I O N

Si damos un paseo por un pueblo, colonia o Ciudad, encontraremos que las cantinas, pulquerías, expendios de cerveza y demás centros expendedores de bebidas embriagantes se encuentran llenos de personas de diversas clases sociales, sexo y ocupación que invierten ahí quizá gran parte o todo su salario, dando espectáculos deprimentes por las calles por donde deambulan en estado de embriaguez o en su casa, produciendo un gran impacto de emociones negativas en las mentes de los niños y adolescentes que aún no tienen un patrón bien definido de valores.

Si hojearmos un periódico, nunca faltará encontrar un reportaje sobre hechos de violencia y vandalismo cometidos bajo los efectos de bebidas embriagantes.

El esentismo laboral es muy alto como consecuencia del alcoholismo y sus complicaciones, lo que ocasiona muchas horas hombre de trabajo perdido, lo que repercute en la economía tanto del País como del individuo alcohólico y su familia.

El alcohólico se torna irresponsable, abúlico e insensible al núcleo social en que se desenvuelve. Abandona el trabajo o bien su inasistencia e irresponsabilidad le acarrearán el despido.

Siendo el alcoholismo una enfermedad cada vez más frecuente en nuestro País, debemos pensar en una sociedad enferma y siendo la familia el origen de la sociedad, debemos pensar en miles de familias enfermas.

Por lo mencionado anteriormente hemos realizado el presente trabajo, que intenta demostrar que existen alteraciones

en la sintoma familiar donde hay alcohólicos, que no existen o existen en mínima proporción en familias donde no hay alcohólicos.

GENERALIDADES

DEFINICION :

Existen diversas definiciones de alcoholismo, entre las - que mencionaremos las siguientes :

Es una neurosis caracterizada por el uso compulsivo y -- repetitivo del alcohol para satisfacer necesidades básicas de la personalidad. (1)

Es una alteración crónica de la conducta, manifestada por un ingesta compulsiva de bebidas alcohólicas, con las conse -- cuentes repercusiones en la vida social del alcohólico, y las alteraciones biológicas que la intoxicación ocasiona en la economía corporal. (2)

Es un síndrome caracterizado por cambios de conducta, -- cambios subjetivos y manifestaciones psicobiológicas. (3)

El alcohólico es una persona cuyo uso excesivo de alco -- hol le provoca problemas graves médicos, sociales, domésticos, -- vocacionales y legales. El trastorno es habitualmente progresivo y crónico, y se caracteriza por recaídas frecuentes. (4)

CLASIFICACION :

Alcohólico inveterado : El que presenta dependencia física permanente al fármaco, que es incapaz de abstenerse; frecuentemente es posible que regule la cantidad de alcohol que ingiere y solo llega a la embriaguez cuando lo desea. (1)

Alcohólico intermitente: Presenta dependencia física, aunque puede pasar largos períodos sin ingerir alcohol, pero cuando empieza a ingerirlo es incapaz de detenerse, de tal forma que llega a un estado de embriaguez que puede mantenerse durante varios días, la denominada crisis de ingestión alcohólica; al término de la crisis presenta síntomas de abstinencia. (1)

Estos dos tipos de alcoholismo pueden combinarse en un mismo individuo durante la enfermedad, que es de tipo crónico.

Otra clasificación es la siguiente:

Bebedor excesivo episódico: En cuando el individuo se intoxica más de cuatro veces al año. (3)

Bebedor excesivo habitual : Cuando ingiere bebidas alcohólicas más de una vez por semana. (3)

Adicción al alcohol: Existen pruebas claras de dependencia, hay síndrome de abstinencia cuando se deja de beber, o cuando se ha bebido de manera intensa y prolongada durante un período de tres meses o más. (3)

Otra clasificación en cuanto a tiempo es la siguiente :

Alcoholismo agudo, crónico y alcoholomanía .(5)

ETIOLOGIA :

El alcoholismo como muchas otras enfermedades tiene un origen multifactorial en que intervienen factores psicológicos, fisiológicos y ambientales.

Factores psicológicos: Hay ciertas características que a menudo preceden al uso y abuso de alcohol y son concomitantes y consecuencia del mismo. Estas características han sido definidas por Blane como dependencia, negación y depresión, y nos explica lo siguiente: Todos tenemos ciertas necesidades biológicas y psicológicas que crean dependencia, de la manera y extensión con que se satisfacen estas necesidades desde la infancia, adolescencia y en la edad adulta, dependerá la personalidad del individuo. Cuando las necesidades no se cubren de manera satisfactoria, el individuo recibe rechazo, es incapaz de expresar directamente sus necesidades de dependencia y se irrita, primero contra si mismo, luego contra los demás y se deprime. Para conservar su amor propio, el individuo utiliza el mecanismo de defensa de la negación. Entonces abusa del alcohol con el fin de mitigar el conflicto psicosocial producido por la dependencia, la depresión y la negación. (1)

Existen dos rasgos caracterológicos que parecen predisponer al alcoholismo que son la oralidad y la intolerancia para soportar tensiones. Los antecedentes para que se forme este tipo de carácter son una frustración oral temprana y una preparación deficiente para manejar la realidad. La persona oral suele tomar más que dar algo de su parte, es codiciosa y tiende a obtener satisfacciones directas y sensibles. Tales rasgos llevan a una dependencia pasiva que es típica de la personalidad básica del alcohólico, aunque ésta puede estar enmascarada por una fachada de agresividad. (5)

Son individuos dependientes, con sentimientos de inferioridad, incapaces de enfrentarse a la angustia y la frustración inherentes a la vida; con un estado perpetuo de inseguridad y un impulso autodestructivo. (6)

Dollar y Miller nos explican que el alcohol disminuye la angustia y la tensión temporalmente, ya que al término de la intoxicación los síntomas regresan acompañados por el sentimiento de culpa generado por la ingesta de alcohol, iniciándose el ciclo de adicción. Ya que la disminución de la ansiedad es rápida en contraste con lo que ocurre con otras pautas de conducta, beber se convierte en algo prominente, aunque más tarde la ingesta de alcohol ya no sea una respuesta adecuada y si una fuente de angustia con la cual se completa el círculo vicioso de angustia-ingesta de alcohol-angustia. (6)

La gran mayoría tiene en su carácter rasgos inadecuados de la personalidad, o de la personalidad pasivo-agresiva. Un número menor de individuos compulsivos que se organizan de manera rígida, e individuos dependientes con afecto depresivo y a veces con personalidad paranoide. El resto presenta los rasgos de carácter y las expresiones sintomáticas de las psicosis graves. (7)

Factores fisiológicos ; se invocan déficits nutricionales Westfield nos refiere que una ingesta alimentaria pobre, en las ratas produce un aumento en la ingesta voluntaria de alcohol y Mardones concluye que la ingesta de alcohol por las ratas aumenta cuando su alimentación es deficiente en complejo vitamínico B .

Williams refiere que el déficit de ciertas enzimas determinado genéticamente, impide el buen aprovechamiento de los carbohidratos como fuente de energía de rápida utilización y

que el alcohol es una fuente nutritiva anhelada. (8)

Factores ambientales : A menudo la historia familiar del alcohólico muestra que la persona que fungió como madre fué indulgente y protectora en exceso. La sobreprotección materna a menudo es consecuencia de un conflicto entre la madre y el padre debido a relaciones distanciadas, frías o brutales entre los esposos. La sobreprotección también es frecuente cuando la madre o el padre se ausentan de manera regular o intermitente debido a causas diversas. (6)

El alcoholismo en cualquiera de sus formas, es mucho más común entre los padres, hermanos y conyuges de los alcohólicos que entre la población general. (5)

Aunque algunas bebidas alcohólicas se ingieren por su sabor, este factor tiene una importancia reducida en la formación del hábito. Más importantes son las costumbres y los prejuicios sociales. Estos últimos, con frecuencia, son una reacción defensiva de los individuos que beben y que hacen por ello todo lo posible para inducir a los demás a beber.

La cantidad de alcohol que una gente consume depende de las facilidades con que el alcohol puede conseguirse. Tal es el caso de Canadá, Escocia e Inglaterra, que en comparación con otros Países representa un alto consumo per capita de alcohol y mayores facilidades de adquisición. (8)

A S P E C T O S F I S I O L O G I C O S D E L

A L C O H O L I S M O

Metabolismo de líquidos y electrolitos : El alcohol ejerce una acción diurética al inhibir la liberación de hormona antidiurética desde hipófisis posterior, pero esa acción persiste solo durante el tiempo que está aumentada la concentración de alcohol. Las concentraciones sanguíneas de alcohol estables, de fluctuación mínima o decrecientes, producen antidiuresis. Durante la fase diurética disminuye la excreción urinaria de sodio, potasio y cloro. La retención de estos iones produce hipertonicidad del espacio extracelular despertándose - retención del agua ingerida y del agua procedente del metabolismo de los alimentos. (6)

Metabolismo de carbohidratos: El alcohol agota en parte el glucógeno hepático y trastorna la gluconeogénesis incluso en pacientes bien alimentados. Esto produce una glucosa sanguínea muy lábil, sobre todo durante la supresión alcohólica - de modo que con frecuencia hay hipoglicemia. (6)

En el sistema nervioso central : Desde el punto de vista de la conducta tiene los siguientes efectos :

1.- Efecto nocivo incluso a dosis bajas sobre los componentes verbales y no verbales de las pruebas standard de inteligencia.

2.- Efecto nocivo sobre la memoria a corto plazo.

3.- Efectos inhibidores que producen primero euforia y - risa, pero que van seguidos de depresión, letargo y malestar físico.

4.- Trastornos de la función sensitivo-motora.

5.- Trastornos del juicio.

6.- Intoxicación alcohólica aguda: Es un cuadro que puede presentarse tanto en los alcohólicos como en los bebedores ocasionales y es el resultado de una ingesta inmoderada de bebidas alcohólicas. En seguida se presentan los efectos, que a diferentes concentraciones, el alcohol produce en el encéfalo:

A un nivel de 0.05% en sangre: Se deprimen las respuestas aprendidas recientemente, disminuyen las inhibiciones, se altera el comportamiento social y hay trastornos del juicio.

A un nivel de 0.10% en sangre: Sufren narcosis los centros cerebrales más antiguos, presentando el individuo trastornos en el habla y motores.

A un nivel de 0.20% en sangre: El área motriz encefálica está gravemente afectada.

A un nivel de 0.30% en sangre :bloquea la sensopercepción y el individuo está en estupor.

A un nivel de 0.40% en sangre :El paciente se encuentra narcotizado y en estado de coma.

A nivel de 0.60 a 0.70% en sangre: Se presenta la muerte por depresión de los centros neurales primitivos que controlan la frecuencia cardíaca y la respiración. (6)

La intoxicación alcohólica aguda es un estado íntimamente vinculado con los aspectos médico-legales de la conducción

de vehículos.

Función cardiovascular: Las concentraciones sanguíneas -- no intoxicantes de alcohol deprimen el miocardio y alteran la capacidad del corazón para responder a la tensión sobrepuesta como el ejercicio. En muchas personas la ingestión crónica de alcohol da como resultado miocardiopatía caracterizada por aumento de los lípidos miocárdicos y disminución de la contractilidad. A menudo el paciente es obeso y se queja de falta de aire, palpitaciones, disnea paroxística nocturna intermitente y taquicardia persistente. (6)

Función hematopoyética: Es frecuente la anemia normocítica normocrómica por efecto depresor del alcohol en la eritropoyesis. Leucopenia, disminución de la reserva de leucocitos y trastornos de la viabilidad del leucocito que puede dar lugar a diátesis infecciosa. (6)

Función hepática: La hepatotoxicidad del alcohol produce infiltración grasa y a menudo necrosis de las células parenquimatosas. (6)

Aparato gastrointestinal: Gastritis, peristalsis esofágica disminuida, pancreatitis aguda y crónica y problemas de mala absorción son consecuencias frecuentes de la ingestión crónica de alcohol, los síntomas que acompañan a estas manifestaciones son a menudo, las primeras quejas del paciente.

Músculo esquelético: La ingestión de alcohol produce un síndrome muscular agudo y crónico que no se relaciona con la polineuropatía. Esta miopatía alcohólica se caracteriza por -- algias y sensibilidad musculares, edema, mioglobulinemia y aparición gradual de debilidad, principalmente en los músculos -- proximales de las extremidades y la cintura, la elevación de --

La fosfocinasa sérica de la creatina es un acompañante de la forma activa de este trastorno. (6)

Johnson, Burdick y Smith han encontrado que en el alcohólico crónico existen largos períodos de latencia antes de que se inicie el sueño. El sueño mismo ocurre con frecuentes despertamientos y movimientos corporales, numerosos cambios de una etapa de sueño a otra y una notable disminución de la etapa cuatro (sueño de ondas lentas). Estos investigadores refieren que es posible relacionar la deficiencia en sueño de ondas lentas con alteraciones en el metabolismo de la serotonina y la norepinefrina cerebrales. (9)

En las personas inhibidas, el impulso sexual aumenta pero en el hombre aunque está presente el potencial para la erección, se reduce el potencial para eyacular y tener orgasmo. (9)

Se ha descrito un síndrome de embriofetopatía por el alcoholismo materno. Niños con "cara chistosa" y deficiencias funcionales, principalmente en la esfera neurológica. No es necesaria una ingesta muy grande de alcohol para lesionar al producto, sino que el alcoholismo ocasional y moderado durante la gestación puede provocarlo. (10)

La ingestión de alcohol durante la lactancia puede tener una influencia tóxica nociva en el lactante. (10)

T R A T A M I E N T O

El tratamiento debe adaptarse a las necesidades individuales y combinar el análisis y adaptación de la personalidad con la formación de hábitos sanos, durante un largo período de tiempo y bajo estricta abstinencia. El tratamiento debe comenzar con la supresión inmediata del alcohol. Es importante que el paciente sepa desde el comienzo que el uso de alcohol no constituye en su caso una necesidad médica. (2)

En el hospital psiquiátrico los sedantes tipo fenobarbital durante una o dos noches pueden estar indicados. En un hospital general, donde no puede aplicarse una rutina activa con ocupación, recreación y sensibilización, los sedantes pueden ser necesarios durante varias noches. (2)

Si la inquietud es marcada o si es inminente el desarrollo de una reacción delirante, la cortisona en dosis de 20 mgs o ACTH 25 mgs. tres veces al día durante dos días, pueden aliviar los síntomas rápidamente. Strecker recomienda la administración endovenosa de 100 c.c. de glucosa al 50% con 100 mgs. de cloruro de tiamina y 30 unidades de insulina. Este tratamiento puede repetirse después de tres horas. Es importante atender el estado físico general del paciente. Los estimulantes cardíacos como la cafeína pueden estar indicados como un sustituto de la influencia estimulante del alcohol. Los hábitos dietéticos defectuosos deben corregirse. Existen deficiencias vitamínicas en gran número de estos pacientes. Aunque la vitamina B1 parece ser la más importante en estos casos, la deficiencia generalmente es múltiple, por lo que están indicados otros elementos del complejo B. (2)

La respuesta que el paciente revela generalmente al comienzo del tratamiento o poco después, dura solo una o dos se-

manas. No se basa en una comprensión real de los peligros del alcoholismo, sino en el eufórico optimismo alcohólico. A este período sigue una rebeldía rencorosa de dos a cuatro semanas, durante las cuales el paciente insiste en una disminución de las restricciones porque se siente bien y capaz de manejar su problema alcohólico en el futuro, o porque no le interesa el tratamiento. Muchos enfermos interrumpen el tratamiento en este momento, frecuentemente con el apoyo de la familia, a los que engaña con su optimismo. (2)

Solo después que esta respuesta negativa ha pasado, se desarrolla una real respuesta. Esto hace que el paciente acepte cooperar y este ansioso de encontrar la forma de desarrollo de autodependencia y autoconfianza sin la ayuda del alcohol. En todos los casos de alcoholismo marcado, por lo tanto, el paciente debe permanecer bajo estrecha supervisión durante más o menos dos meses, perfectamente internado en una institución psiquiátrica, con definidas restricciones de su libertad personal. Este período constituye la primera fase del tratamiento durante la cual se practica una investigación completa de la personalidad, con adecuada atención al estado físico. Este estudio pone de manifiesto los principales factores que han impulsado al paciente a recurrir al alcohol. En el análisis deben evaluarse las limitaciones del enfermo, sus recursos e intereses. Después de haber alcanzado una verdadera respuesta, un análisis constructivo le mostrará de que manera puede emplear sus aptitudes para vencer sus dificultades. (2)

El beber puede ser una reacción directa a situaciones perturbadoras de la vida. Los hábitos sociales de beber pueden tener una influencia nociva en las personas muy susceptibles a la influencia de los demás y que carecen de resistencia, a este grupo pertenecen los adolescentes y las personalidades psicopatológicas inmaduras, cuyo alcoholismo comienza en

la adolescencia o poco después de los veinte años. En contraste con ellos, existen otros que se tornan dependientes del alcohol en la cuarta y quinta década de la vida. Personalidades psicopáticas que buscan cada vez más la ayuda del alcohol para tolerar las dificultades de la vida. (2)

El tratamiento farmacológico para forzar la completa abstinencia de alcohol es de dos tipos: La administración continua de disulfiram o una serie de inyecciones de hidrocloruro de emetina, para establecer una aversión condicionada y prolongada al alcohol. Cuando existe disulfiram en el organismo se produce un marcado efecto tóxico si la persona consume alcohol. Esta reacción consiste en un estado de colapso debido a una vasodilatación generalizada. Los síntomas precoces son: Rubor, náusea, ansiedad y rápida caída de la presión arterial.-

Los pacientes que reciben dicha droga deben gozar de una buena salud física general, quedando excluidos aquellos que sufren trastornos cardíacos, hepáticos marcados, o metabólicos. Se deben seleccionar pacientes dispuestos y capaces de cooperar después del tratamiento, a quienes se les deben explicar completamente los peligros de dicho tratamiento. Deben excluirse aquellos pacientes a los cuales no se les puede tener confianza y que son incapaces de obtener suficiente estímulo para abstenerse. (2)

Durante los cuatro primeros días el paciente recibe dosis diarias de la droga, comenzando con un gramo, reduciendo a 0.75 gra. al tercer día y luego a 0.50 ó 0.25 gra. Síntomas tóxicos leves como cansancio, falta de atención, indican la necesidad de reducir la dosis de mantenimiento. Entre las complicaciones con este tratamiento debe mencionarse la impotencia, que puede persistir varios meses, y reacciones delirantes ocasionales y no específicas, con colorido esquizofrénico, paranoide y afectivo. Estas reacciones delirantes pueden desapa-

recer espontáneamente en corto tiempo o tener una reacción -- prolongada, según el caso en particular. (2)

La producción de colapso requiere una inmediata atención médica y puede hacer necesario un tratamiento de emergencia -- en un hospital. (2)

El otro tipo farmacológico, trata de establecer una aver-- sión condicionada al alcohol. Mediante la administración de -- una solución de emetina I.M. después de la inyección el pacien-- te ingiere 30 c.c. de alguna bebida en agua tibia. Tras el -- segundo trago el paciente vomitará, deben producirse dos o -- tres accesos de vómito durante el primer tratamiento que dura -- alrededor de veinte minutos. Los tratamientos diarios subsi-- guientes son esencialmente similares, salvo que la dosis de -- emetina es mayor. Es necesario emplear diferentes bebidas al-- cohólicas para obtener una aversión al alcohol y no a una be-- bida determinada. La aversión puede obtenerse con cinco a -- ocho tratamientos, administrados en días sucesivos. El éxito -- de este tipo de tratamiento depende no solo de la cuidadosa -- aplicación del tratamiento condicionador, sino también del uso -- de la psicoterapia. El tratamiento se efectúa en un medio hog -- pitulario bien organizado. Depende también de la selección de -- pacientes adecuados, es decir, de pacientes que están ansiosos -- de recibir ayuda y dispuestos a tolerar las molestias del tra -- tamiento. Se excluyen los pacientes con severas inadapta-- ciones psicológicas, los que padecen úlcera péptica activa, afec-- ciones coronarias o miocárdicas, tuberculosis activa y hernias -- abdominales. (2)

Por lo general el tratamiento debe mantenerse durante -- un período de varios años. Después de algunas semanas o meses -- de intensa psicoterapia, se debe ver al paciente con menos -- frecuencia, por ejemplo una vez por mes o cada dos o tres me--

cas. (2)

Con no poca frecuencia, se encuentran esposas que gozan - definitivamente, quizá en forma inconsciente, en el papel de persona sufriendo y sienten que es su deber permanecer junto a - sus maridos alcohólicos, sacrificando sus propias vidas y la - felicidad de sus hijos. Ellas no ayudan al paciente y mantie- nen su alcoholismo mediante su actitud sumisa y , frecuente- mente, maternal. En general, son incapaces de comprender que su deber de personas normales es forzar el tratamiento de un pa- ciente que no tiene suficiente iniciativa para solicitar la - ayuda necesaria. (7)

Es aconsejable sugerir al paciente que se vincule con - otras personas que no beben. (11)

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Material: El material empleado fué físico, humano y se -- realizó en un tiempo determinado:

Material físico : Se realizó un cuestionario de 25 pre - guntas basado en la entrevista tipo Míchigan empleada en A.A.

Material humano: Se entrevistó a 100 alcohólicos y sus - respectivas familias, así como a 100 pacientes no alcohólicos y sus respectivas familias, todos derechohabientes de la U.M.F No. 2 de Puebla, Pue.

Tiempo empleado: Se realizó en un período comprendido - entre los meses de Marzo y Agosto de 1985.

Métodos: Se tomó por simple disponibilidad a 100 pacien- tes con diagnóstico de alcoholismo de la U.M.F. No. 2 del --- I.M.S.S. de Puebla, detectados por el departamento de servicio social y a través de las formas 4-30-6, sin importar sexo, edad escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico.

Los criterios de exclusión fueron :

Otras toxicomanías a excepción del tabaquismo

Pacientes que cursaban con padecimientos crónicos

Pacientes con enfermedades mentales.

A estos pacientes se les aplicó un cuestionario y una - entrevista dirigida, tanto a ellos como a sus familiares, en su domicilio para corroborar la veracidad de las respuestas obte- nidas. Los datos encontrados se contrastaron con los de un -- grupo control formado por 100 familias de pacientes no alcohó- licos, siguiendo los mismos parámetros que para el grupo estu- diado.

La prueba estadística utilizada fué la χ^2 (chi cuadrada) con un nivel de significancia de 0,05 .

R E S U L T A D O S

En el presente estudio se encontraron los resultados que a continuación se analizan:

En cuanto a la clase social se encontró un predominio de la clase baja para los alcohólicos con un total de 42 casos, en comparación con 15 casos de no alcohólicos pertenecientes a esta misma clase social, como se observa en la tabla No. 1 .

En segundo lugar se encontró a la clase social alta con 33 casos para alcohólicos y 10 casos para no alcohólicos.

En la clase media se encontraron 14 casos de alcohólicos y 56 casos de no alcohólicos.

En la clase media baja solo se encontraron 11 casos de alcohólicos y 19 de no alcohólicos.

Estos resultados donde se encuentra un marcado predominio de alcoholismo en los grupos pertenecientes a las clases sociales alta y baja, lo que se puede atribuir a que la clase social baja se acompaña de factores que implican una satisfacción inadecuada de las necesidades básicas de la familia, con la concomitante formación de una personalidad patológica como se ha mencionado en las generalidades del presente trabajo.

La diferencia estadística fué muy significativa, al aplicarse la prueba de χ^2 , encontrándose una P menor 0.01 . (12)

En lo referente al cumplimiento adecuado de las funciones familiares, como se observa en la tabla No. 2 , se encontró

que el cuidado solo se realiza adecuadamente en 16 familias de alcohólicos, en relación a 29 casos en las familias de no alcohólicos. La socialización solo se realiza adecuadamente en 17 familias del grupo de alcohólicos, en contraste con 28 familias de no alcohólicos donde se realiza adecuadamente.

El afecto se realiza adecuadamente en 15 familias del grupo de alcohólicos, y en 25 familias del grupo de no alcohólicos.

La reproducción se realizó adecuadamente en 27 familias de alcohólicos, en contraste con 32 familias de no alcohólicos en las que también se lleva en forma adecuada.

El Status adecuado se encontró en 25 familias de alcohólicos en relación a 27 de no alcohólicos.

Se encontró que en muchas familias de no alcohólicos se realizó más de una función adecuadamente, lo que se incluyó en la tabla No. 2, las demás familias realizan en forma inadecuada o no realizan sus funciones, por lo que no se tomaron en cuenta.

La diferencia estadística fue significativa con una P menor de 0.05 .

En lo referente a las agresiones a los hijos, se encontraron los resultados que a continuación se mencionan y que se observan en la tabla No. 3 .

Ningún tipo de agresión se encontró en 19 familias de alcohólicos y ninguna agresión en 45 familias de no alcohólicos.

Agresiones físicas en 53 familias de alcohólicos y solo en 22 de no alcohólicos.

Agresiones verbales en 28 familias de alcohólicos y en 33 de no alcohólicos.

En muchos de los casos de agresión tanto física como verbal, en el grupo de alcohólicos, éstas se llevaron a cabo tanto en estado sobrio como en estado de ebriedad, lo que confirma una personalidad neurótica y agresiva que conlleva a falta de afecto por la familia y un sentimiento de ambivalencia de los hijos por sus padres. En los casos de no alcohólicos, las agresiones, se deben en su mayoría a un concepto inadecuado de lo que es educar a los hijos.

Al aplicar la X^2 , se encontró una P menor de 0.05 lo que nos indica diferencias significativas.

Se realizó un análisis de los sentimientos del conyuge en relación a su pareja alcohólica encontrándose los datos que a continuación analizaremos y que se resumen en la tabla No. 4 .

Sentimientos de ambivalencia en 32 casos, en comparación con 19 casos de no alcohólicos.

Sentimientos de víctima en 64 casos del grupo de alcohólicos en relación a 12 casos del grupo de no alcohólicos.

Sentimientos de amor y respeto por su pareja en solo 4 casos del grupo de alcohólicos en contraste con 49 casos del grupo de no alcohólicos.

Lo anterior nos revela diferencias muy significativas -- en cuanto a sentimientos conyugales en familias de alcohólicos y en familias de no alcohólicos . Lo que se corroboró al aplicar la prueba estadística utilizada que nos mostró una P menor de 0.05 .

Los problemas encontrados en hijos de alcohólicos se -- contrastaron con los encontrados en hijos de no alcohólicos -- como se observa en la tabla No. 5 y a continuación se analizan:

El alcoholismo se encontró en 36 hijos de alcohólicos y solo en 17 hijos de no alcohólicos.

La drogadicción con marihuana y otros enervantes se encontró en 17 hijos de alcohólicos y en 18 hijos de no alcohólicos.

Las malformaciones congénitas se encontraron en 23 hijos de alcohólicos y en 15 hijos de no alcohólicos.

Otros problemas como epilepsia, prostitución, etc. se encontraron en 24 hijos de alcohólicos y en 50 hijos de no alcohólicos.

Por lo enunciado anteriormente nos damos cuenta de que -- el alcoholismo es un problema frecuente en hijos de alcohólicos al igual que las malformaciones congénitas de diferente índole.

Las diferencias encontradas en relación al grupo de hijos de no alcohólicos, fueron significativas con una P menor de 0.05 .

Se realizaron preguntas para valorar la autoestima en los pacientes alcohólicos y se compararon los resultados con las respuestas obtenidas de personas no alcohólicas, como se muestra en la tabla No. 6 .

Se encontró que 8 personas alcohólicas poseen una autoestima alta , en contraste con 58 personas del grupo control.

Autoestima media en 33 personas alcohólicas y en 35 personas no alcohólicas.

Se encontró una autoestima baja en 59 pacientes alcohólicos y solo en 7 personas no alcohólicas, lo que nos indica que existen diferencias muy significativas.

Al aplicar la prueba estadística utilizada se encontró un valor de P menor de 0.05 .

Se investigaron los problemas laborales más frecuentes y los resultados se muestran en la tabla No. 7 .

Como observamos en primer lugar se encontró el ausentismo con 45 casos para el grupo de alcohólicos y 31 casos para el grupo de no alcohólicos.

Las incapacidades generadas durante el año fueron de 36 para el grupo de alcohólicos y 26 para el grupo de no alcohólicos.

Los pacientes despedidos de su trabajo a causa del alcoholismo fueron 22, en comparación con 20 del grupo control que fueron despedidos por otras causas como fraude, cierre de la fábrica, etc.

Los problemas por otras causas en el trabajo fueron de 1 en el grupo de pacientes alcohólicos y 23 para el grupo de -- pacientes no alcohólicos.

La inasistencia al trabajo por causa del alcohol sigue -- siendo uno de los primeros y más graves problemas laborales -- en nuestro medio.

Al aplicar la prueba estadística se encontró una P menor de 0,05 .

Como último punto se analizaron los problemas de tipo -- legal y los resultados se observan en la tabla No. 8 .

Como podemos ver los accidentes automovilísticos siguen ocupando el primer lugar en cuanto a problemas legales en --- pacientes alcohólicos con un total de 56 casos en contraste -- con 18 casos en nuestro grupo control.

En segundo lugar encontramos las riñas, que en la mayoría de los casos se llevaron a cabo en estado de ebriedad, encon-- trándose 37 casos, en contraste con 19 casos en el grupo con-- trol.

Posteriormente encontramos a las agresiones con 4 casos en las familias de alcohólicos y solo 2 en el grupo control.

En cuanto a la violencia, solo se encontró un caso perte-- neciente a una persona que se encontraba en completo estado -- de ebriedad cuando realizó este hecho y ningún caso en el -- grupo control.

Otros tipos de problemas legales se encontraron en solo 2 personas del grupo de alcohólicos y 61 en el grupo de no --

alcohólicos.

Una vez más se encontraron diferencias significativas -- que se corroboraron al aplicar la prueba estadística con una P menor de 0.05 .

REPERCUSIONES PSICOSOCIALES
DEL ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA

T A B L A No. 4

Nivel Socioeconómico		
Clase Social	Alcohólicos	No Alcohólicos
Alta	33	10
Media	14	56
Media Baja	11	19
Baja	42	15
Total	100	100

Fuente: Encuesta Personal

Al aplicar la prueba de χ^2 se encontró una P menor de 0.05 que nos indica diferencias significativas entre el grupo de alcohólicos y el grupo control.

REPERCUSIONES PSICOSOCIALES
DEL ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA

T A B L A No. 2

<u>Funciones Familiares Realizadas</u>		
<u>Funciones</u>	<u>Alcohólicos</u>	<u>No Alcohólicos</u>
Socialización	17	28
Cuidado	16	29
Afecto	15	25
Reproducción	27	27
Status	25	32

Fuente: Encuesta personal.

Se encontraron familias en el grupo control que realizaban más de una función en forma adecuada, que se incluyeron en el análisis de los presentes resultados.

Al aplicar la χ^2 se encontró una P menor de 0.05, lo que indica diferencias significativas entre ambos grupos.

REPERCUSIONES PSICOSOCIALES
DEL ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA

T A B L A No. 3

Maltrato a los hijos		
Tipo de agresión	Alcohólicos	No alcohólicos
Ninguna	19	45
Agresiones Físicas	53	22
Agresiones Verbales	28	33
Total	100	100

Fuente: Encuesta personal

Al aplicar la prueba estadística χ^2 se encontró una P menor de 0.05 lo que indica diferencias significativas entre ambos grupos.

REPERCUSIONES PSICOSOCIALES
DEL ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA

T A B L A No. 4

Sentimientos del conyuge		
Sentimientos	Alcohólicos	No alcohólicos
Ambivalencia	32	19
Sentimientos de victima	64	12
Amor y respeto	4	49
Total	100	100

Fuente: Encuesta personal

Al aplicar la X^2 se encontró una P menor de 0.05 lo que -
revela diferencias significativas entre ambos grupos.

REPERCUSIONES PSICOSOCIALES
DEL ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA

TABLA NO. 5

Problemas en los hijos		
Tipo de problema	Alcohólicos	No alcohólicos
Alcoholismo	36	17
Drogadicción	17	18
Malformaciones Congénitas	23	15
Otros	24	50
Total	100	100

Fuente: Encuesta personal

Al aplicar la X^2 se encontró una P menor de 0.05 lo que -
implica diferencias significativas entre ambos grupos.

REPERCUSIONES PSICOSOCIALES
DEL ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA

TABLA No. 6

Autoestima		
Grado	Alcohólicos	No Alcohólicos
Alta	8	58
Media	33	35
Baja	59	7
Total	100	100

Fuente: Encuesta personal

Al aplicar la χ^2 se encontró una P menor de 0.05 lo que -
revela diferencias significativas entre ambos grupos.

REPERCUSIONES PSICOSOCIALES
DEL ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA

T A B L A No. 7

Problemas Laborales		
Causas	Alcohólicos	No Alcohólicos
Despido	22	20
Ausentismo	41	31
Incapacidades	36	26
Otros	1	23
Total	100	100

Fuente: Encuesta personal

Se aplicó la X^2 encontrandose una P menor de 0.05

REPERCUSIONES PSICOSOCIALES
DEL ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA

T A B L A No. 8

Problemas Legales		
Causas	Alcohólicos	No Alcohólicos
Accidentes automovilísticos	56	18
Riñas	37	19
Agresiones físicas	4	2
Violación	1	0
Otros	2	61
Total	100	100

Fuente : Encuesta personal

Se aplicó la X^2 encontrándose P menor de 0.05

C O N C L U S I O N E S

De todo lo anteriormente expuesto y de los resultados obtenidos en nuestra presente investigación, se desprenden algunas conclusiones que a continuación se dan a conocer :

1.- El alcoholismo es una enfermedad de origen multifactorial, que tiene como sustrato psicológico sentimientos de inferioridad y frustración que en muchas ocasiones se manifiestan en forma violenta dañando tanto a quien lo sufre como a quienes le rodean.

2.- El alcoholismo genera miseria física y económica , así como una pérdida progresiva de los valores morales que repercute tanto en el alcohólico como en su familia y la sociedad en que vive.

3.- Los hijos de los alcohólicos han recibido agresiones ya sea físicas o morales en algún momento de su vida, lo que hace que creen sentimientos de ambivalencia hacia sus progenitores alcohólicos.

4.- El alcoholismo es más común entre los hijos, conyuges y padres de alcohólicos que entre la población general.

5.- La pareja de un alcohólico es en muchos casos una persona enferma, ya que le gusta en muchos casos aparecer como la víctima de su conyuge ante la sociedad.

6.- El alcoholismo es una causa importante de que en muchos casos se realicen actos de violencia en perjuicio de la sociedad a que pertenece el enfermo alcohólico.

7.- Las pérdidas económicas por ausentismo e incapacida-

des son mayores entre los alcohólicos que entre los no alcohólicos.

8.- Las personas no alcohólicas tienen o han tenido frustraciones en algún momento de su vida, pero tienden a superarlas más fácilmente tratando de buscar una solución lógica.

9.- Los hijos de no alcohólicos sienten mayor respeto y confianza hacia sus padres que los hijos de alcohólicos.

10.- Las funciones de la familia no se cumplen adecuadamente en las familias de los alcohólicos, con lo que se convierten en la fuente que más tarde generará alcohólicos en nuestra sociedad.

11.- El medio ambiente se encuentra lleno de invitaciones a ingerir bebidas embriagantes, y si una persona tiene una predisposición a ser alcohólico, probablemente sucumbirá ante tantas tentaciones, por lo que consideramos sería muy positivo poner freno a tanta propaganda nociva en nuestro País para detener esta enfermedad que se va extendiendo cada vez más causando estragos en las familias y en la sociedad.

R E S U M E N

Se realizó un estudio prospectivo, comparativo en un grupo de familias de alcohólicos, comparado con un grupo control, investigando las alteraciones existentes en la dinámica familiar.

Se encontró que el grupo de familias de alcohólicos tiene un mayor porcentaje de alteraciones en su dinámica familiar que el grupo control.

Los problemas más frecuentemente encontrados fueron una clase social baja, una inadecuada satisfacción de las necesidades básicas de la familia, un elevado índice de accidentes - automovilísticos y ausentismo laboral.

La prueba estadística utilizada fué la X^2 (chi cuadrada) con un nivel de significancia de 0.05, encontrándose en todos los casos una P menor a este valor, lo que implica que --- siempre existieron diferencias significativas entre el grupo de familias de alcohólicos y el grupo control.

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

- 1.- Brulha CH. Neurosis y psicosis. México: Diana, 1977:76
- 2.- Molina PJ. El alcoholismo en México. México: El manual moderno, 1982:45-60
- 3.- Kolb NE. Psiquiatría clínica moderna. México: Trillas, 1976
- 4.- Salomon RP. Manual de psiquiatría. México: El manual -- moderno, 1980
- 5.- Velasco MR. Esa enfermedad llamada alcoholismo. México Trillas, 1981
- 6.- Trivani AJ. Alcoholismo. México: Trillas, 1981
- 7.- Peter EG. Psicopatología y sociedad. México: Trillas, - 1983
- 8.- Woodreff AS. El diagnóstico en psiquiatría. México: El manual moderno, 1981
- 9.- Wallofer TP. Compendio de psicología social. México: El manual moderno, 1981
- 10.- Martínez MJ. La salud del niño y el adolescente. México: Trillas, 1983
- 11.- Diethelm MP. Tratamiento en psiquiatría. México: Inter americana, 1981
- 12.- Gamboa AI. ABC de la estadística médica. Puebla: Roiva 1982