



7
24
11226
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

I S S S T E

CLINICA "DR. IGNACIO CHAVEZ"

T E S I S

**COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR
EN UN GRUPO A. A.**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. NAPOLEON BARANDA NAJERA

GENERACION 1987 - 1990

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 T R O D U C C I O N

EL ALCOHOLISMO ES UNA ENFERMEDAD QUE AFECTA A LA HUMANIDAD DESDE TIEMPOS INMEMORABLES; SE TIENEN RELATOS SOBRE EL USO Y PRODUCCION DEL ALCOHOL QUE DATAN DE AÑOS ANTES DE NUESTRA ERA.

ES UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA, CONTENPLANDO EN LAS ANTIGUAS SOCIEDADES, LAS CUALES BRINDABAN UN CULTO ESPECIAL A LA PRODUCCION DE DICHA SUSTANCIA. LA --- CUAL SE PUEDE OBTENER A TRAVES DE LA FERMENTACION DE -- GRANOS, FRUTAS Y SEMILLAS .

ACTUALMENTE LA FRECUENCIA E INCIDENCIA SE HA INCREMENTADO QUIZA DEBIDO A LAS CAMPAÑAS PUBLICITARIAS-- QUE SE HACEN PARA SU CONSUMO, DE ACUERDO A RESULTADOS-- OBTENIDOS EN ESTUDIOS REALIZADOS POR LA OMS EN NUESTRO PAIS DURANTE MUCHOS AÑOS; HAN ESTUDIADO LOS EFECTOS SECUNDARIOS A NIVEL ORGANICO, QUE ESTA SUSTANCIA OCASIONA

PARA SU ESTUDIO SE HAN PROPUESTO DIFERENTES - CLASIFICACIONES QUE VAN DESDE EL USO OCASIONAL DEL ALCOHOL HASTA LA DEPENDENCIA DEL MISMO. SIENDO UNA DE LAS - MAS USADAS LA PROPUESTA POR EL DSMIIIR QUE BASA SUS CRI TERIOS DIAGNOSTICOS EN EL USO Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

HASTA EL MOMENTO LOS EFECTOS SECUNDARIOS MAS ESTUDIADOS HAN SIDO LOS ORGANICOS DEJANDO A UN LADO LOS QUE SE PRESENTAN EN EL NUCLEO FAMILIAR.

EL OBJETO DEL PRESENTE ESTUDIO ES EL DE IDENTIFICAR LOS GRADOS DE ADAPTABILIDAD Y COHESION PRESENTES EN LA FAMILIA DE ALCOHOLICOS IDENTIFICADOS, COMO SON LOS INTEGRANTES DEL GRUPO ALCOHOLICOS ANONIMOS (AA), Y CUALES SON LOS CAMBIOS DE ACTITUDES DESPUES DE INGRESAR A ESTOS GRUPOS MEDIANTE LA APLICACION DEL FACES II, ES UN CUESTIONARIO DE 30 REACTIVOS EN UN MODELO BIDIMENSIONAL, QUE INCLUYE 16 SISTEMAS FAMILIARES EN BASE A LA COMBINACION DE ESTAS DOS DIMENSIONES

MARCO TEORICO

LA DROGA MAS GENERALIZADA EN EL MUNDO Y QUE ES CONSUMIDA POR DOCENAS DE MILLONES DE PERSONAS, ES EL ALCOHOL.

EL ALCOHOL ES UN LIQUIDO INCOLORO Y VOLATIL, CUYO NOMBRE QUIMICO ES EL ETANOL O ALCOHOL ETILICO, DEBIDO A SU USO Y ABUSO HA SIDO OBJETO DE MULTIPLES ESTUDIOS SE PUEDE ASEGURAR QUE ES LA DROGA MAS ANTIGUA EN LA HISTORIA DEL HOMBRE

SE LE HA PRODUCIDO Y CONSUMIDO DESDE LOS ALBORES DE LA CIVILIZACION, HOY EN DIA TODO PUEBLO CIVILIZADO O NO QUE CONOZCA LA AGRICULTURA PRODUCE ALGUNA FORMA DE BEBIDA ALCOHOLICA; A TRAVES DE LA FERMENTACION DE GRANOS SE PRODUCE CERVEZA, WHISKY, DE LAS PATATAS EL VODKA, DE LOS JUGOS DE FRUTAS VINO Y SIDRA Y DE MEDIA DOCENA MAS DE SUSTANCIAS EXOTICAS. (1).

EN MEXICO LAS PRIMERAS MANIFESTACIONES DE ALCOHOLISMO SE ENCUENTRAN EN EL VALLE DE TULANCINGO, LOS ARQUEOLOGOS CREEN QUE TENGA UNA ANTIGUEDAD DE 25 a 28 SIGLOS DEMUESTRA QUE LOS ARCAICOS Y LOS PRECLASICOS VENERABAN AL MAGUEY HACE 16 o 19 SIGLOS, ANTES DEL REY TECPANCALTZIN, REY TOLTECA QUE NARRA QUE A FINES DEL PRIMER MILENIO DE NUESTRA ERA, UN NOBLE LLAMADO PAPANTZIN DESCUBRIO LA MANE

RA DE OBTENER AGUAMIEL Y SUS DERIVADOS (2)

EL DIOS MEXICA DEL VINO ERA OME TOCHTLI, QUE -- SIGNIFICA DIOS CONEJO Y TODOS LOS NACIDOS BAJO ESTE SIGNO SERIAN BORRACHOS. (2,3)

SEGUN FRAY BERNARDINO DE SAHAGUN, LOS UNICOS- QUE PODRIAN BEBER PULQUE DESPUES DE LAS COMIDAS ERAN LOS VIEJOS DE MAS DE 50 ANOS, RELATA TAMBIEN QUE EL EMPERADOR AZTECA INMEDIATAMENTE DESPUES DE SU ELECCION HABLABA A TO DO EL PUEBLO EXHORTANDOLO A QUE NADIE SE EMBORRACHARA, - NI HURTARA, NI COMETIERA ADULTERIO, EL SOBERANO DECIA: -- "LO QUE PRINCIPALMENTE ENCOMIENDO ES QUE OS APARTEIS DE - LA BORRACHERIA, QUE NO BEBAIS OCOTLI, PORQUE ES COMO BELE ÑOS QUE SACAN AL HOMBRE DE SU JUICIO. ESTE OCOTLI ES EL - VINO QUE ES RAIZ Y PRINCIPIO DE TODO MAL Y DE TODA PERDI- CION, ES CAUSA DE TODA DISCORDIA Y DE TODA REVUELTA Y DE- SASOSIEGO DE LOS PUEBLOS Y REINOS, ES COMO UN TORBELLINO- QUE TODO LO REVUELVE Y LO DESBARATA; ES COMO UNA TEMPE-- TAD INFERNAL QUE TRAE CONSIGO TODOS LOS MALES JUNTOS" (2)

POR LO ANTES SEÑALADO A LOS QUE TOMABAN EN EXCEU SO SE LES DERRIBABAN SUS CASAS, LOS PRIVABAN DE OFICIOS - PUBLICOS Y ERAN CONDENADOS A LA MUERTE, (2) TRES AÑOS ---

DESPUES DE LA DOMINACION ESPAÑOLA HERNAN CORTES FUE ---
QUIEN INTRODUJO LOS INJERTOS DE LAS VIDES QUE HABIA ----
TRAIDO DE LA PENINSULA, DE LAS QUE POSTERIORMENTE SE DES
TILARIA EL VINO.

NO HAY DUDA DE QUE EN LAS CIVILIZACIONES MAS -
ANTIGUAS SE DIO AL ALCOHOL UN LUGAR APENAS INFERIOR AL -
PAN, SU ALIMENTO BASICO, LOS DOCUMENTOS MAS ANTIGUOS CO_
NOCIDOS, UNA COLECCION DE TABLILLAS DE ARCILLA HALLADAS-
EN UN TUMULO DE MESOPOTAMIA, QUE DATA DE 3000 AÑOS A.C.,
INCLUYEN AL ALCOHOL EN UNA LISTA DE GASTOS. EN LAS INS--
CRIPCIONES SEPULCRALES DE LOS ANTIGUOS NOBLES EQIPCIOS, _
UNA DE LAS MAS COMUNES AFIRMACIONES ES "DI PAN A LOS PO
BRES Y CERVEZA A LOS SEDIENTOS..." (1)

LA BIBLIA MISMA CONTIENE UN GRAN NUMERO DE NA-
RRACIONES EN RELACION AL VINO. HOY EN DIA, NO HAY PAISES
EN EL MUNDO, NI SIQUIERA EN AQUELLOS EN QUE ES MAL VISTO
O ESTA OFICIALMENTE PROHIBIDO, EN QUE NO SE CONSUMA ALCO
HOL DE UN MODO O DE OTRO.

EN 1956 LA ASOCIACION MEDICA AMERICANA DECLARA-
QUE EL ALCOHOLISMO ES UNA ENFERMEDAD. EL DR. JOLLIFFE LA
DESCRIBE COMO UNA ENFERMEDAD CRONICA DE CARACTER FISICO,
PSIQUICO Y PSICOSOMATICO, QUE SE MANIFIESTA COMO UN TRANS
TORNO DE LA CONDUCTA Y QUE CARACTERIZA POR LA INGESTION-

REPETIDA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS HASTA EL PUNTO DE QUE EXCEDE LO QUE SE ACEPTA SOCIALMENTE Y QUE INTERFIERE CON LA SALUD DEL BEBEDOR, CON SUS RELACIONES INTERPERSONALES Y - CON SU CAPACIDAD PARA TRABAJAR. SI SE ANALIZA LA ENFERMEDAD INDISCUTIBLEMENTE, LOS SIGNOS Y SINTOMAS ASOCIADOS AL ALCOHOLISMO SON EN GRAN MEDIDA LOS QUE SE DERIVAN DEL USO PROLONGADO Y EXCESIVO DEL PSICOFARMACO Y EVENTUALMENTE LA TOLERANCIA (6)

EN 1977, LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD PUBLICO UN TRABAJO EN GINEBRA POR LOS MAS DESTACADOS ESPECIALISTAS EN EL CAMPO DEL ALCOHOLISMO CUYA FINALIDAD FUE LA DE ESCLARECER ALGUNOS CONCEPTOS RESPECTO DE ESTA FARMACODEPENDENCIA. EN ESTE TRABAJO SE PROPONE DENOMINAR - -- "SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL" A LO QUE HEMOS CONOCIDO COMO ALCOHOLISMO, ESTE GRUPO DE INVESTIGADORES LLEGAN A ESTA CONCLUSION INDISCUTIBLE: EL SINDROME EXISTE, - AUNQUE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL NO PUEDE CLASIFICARSE-- -CIENTIFICAMENTE COMO UNA CONDICION DE ETIOLOGIA CONOCIDA Y DE EXPRESION PATOLOGICA TOTALMENTE ESTABLECIDA CONFORME A LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD. (5)

ES PROBABLE QUE UNA BUENA PARTE DEL RECHAZO QUE EXISTE POR PARTE DE LOS MEDICOS AL PACIENTE ALCOHOLICO SE DEBA PRECISAMENTE LA INCERTIDUMBRE DE SU ETIOLOGIA QUE -- PUEDA HACERLOS PENSAR QUE NINGUN TRATAMIENTO ES RACIONAL.

ALGUNOS AUTORES COMO S. PEELE LLAMAN A LAS CAUSAS DEL ALCOHOLISMO "FUENTES DE LA ADICCION" Y CONSIDERA QUE PUEDEN CLASIFICARSE EN DOS TIPOS: INTERNAS Y EXTERNAS.

AMBAS FUENTES COMPRENDEN FACTORES INDIVIDUALES SOCIALES, PSICOLOGICOS Y ORGANICOS; LA DIFERENCIA CONSISTE EN QUE LAS PRIMERAS ESTAN MAS LIGADAS A LA VIDA PERSONAL Y A LA SUBJETIVIDAD, EN TANTO QUE LAS EXTERNAS SE RELACIONAN PRINCIPALMENTE CON LA INFLUENCIA DEL MEDIO (2)

EL DR. EDWARDS, PROPUSO UN ENFOQUE DIFERENTE PARA ESTUDIAR LA ETIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO, TOMANDO EN CUENTA QUE TODOS ESTOS FACTORES QUE MENCIONA INTERACTUAN DURANTE TODA LA VIDA DE CADA SUJETO EN PARTICULAR.

1.- POR LOS EFECTOS DE LA DROGA QUE LO SUBDIVIDE EN:

a) LA PERSONALIDAD.-

EXISTEN VARIOS TIPOS DE PERSONALIDAD EN EL ALCOHOLICO, LO IMPORTANTE ES LOGRAR DESCUBRIR A --- AQUELLAS PERSONAS EN LAS QUE RESULTE EFICIENTE EL ALIVIO DE SUS PROBLEMAS PERSONALES POR MEDIO DEL ALCOHOL.

b) LA ENFERMEDAD MENTAL COMO LA HIPOMANIA Y LA ESQUIZOFRENIA CUANDO VAN ACOMPAÑADAS DE ANSIEDAD ALTERANDO EL ESTADO DE ANIMO.

c) SITUACIONES QUE GENERAN ANGUSTIA, COMO AQUELLOS

HOMBRES QUE TRABAJAN MUCHO, QUE TIENEN GRANDES RESPON---
SABILIDADES, QUE SE ENCUENTRAN ENFRENTANDO FRECUENTEMEN-
TE EL FRACASO, UNA JUBILACION IMPREVISTA.

- 2.- EL BEBER POR RAZONES PSICODINAMICAS;
- 3.- POR INFLUENCIAS SOCIOCULTURALES.
- 4.- POR FALTA DE CONTROL DE LOS FACTORES DESENCADENAN
TES (PERSONALES, SOCIALES).
- 5.- POR LA PREPONDERANCIA DE LOS FACTORES BIOLÓGICOS.
- 6.- COMO RESULTADO DE UN PROCESO CICLICO (2)

CLASIFICACION.-

EXISTEN VARIAS CLASIFICACIONES DEL ALCOHOLISMO, UNAS-
SE BASAN EN LA CANTIDAD DEL ALCOHOL INGERIDO OTRAS EN LA -
CONDUCTA DEL BEBEDOR Y LA REGULARIDAD CON QUE SE INTOXICAN-
Y OTRAS EN EL NIVEL DE GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD, LA RESPUES
TA ORGANICA, EL GRADO DE DEPENDENCIA FISICA ETC.; LAS MAS -
ACEPTADAS SON LAS SIGUIENTES:

- 1.- INICIALMENTE SE DIVIDIO EN DOS GRUPOS, NO SE TRATA
DE UNA VERDADERA CLASIFICACION, PERO CONVIENE ACLARAR LOS-
TERMINOS YA QUE CON FRECUENCIA Y DE MANERA EQUIVOCADA, SE -
TIENDE A CONSIDERAR QUE LOS INDIVIDUOS PERTENECIENTES AL --
PRIMER GRUPO NO SON ALCOHOLICOS:

ALCOHOLISMO INTERMITENTE

SE CARACTERIZA POR LA INCAPACIDAD QUE TIENEN --
 LOS ENFERMOS PARA DETENERSE UNA VEZ QUE HA EMPEZADO A BE-
 BER, ASI COMO LOS PERIODOS DE ABSTINENCIA QUE SE INTERCA-
 LAN ENTRE UNA Y OTRA BORRACHERA Y QUE PUEDEN DURAR SEMA-
 NAS Y HASTA VARIOS MESES.

ALCOHOLISMO INVETERADO

ES UNA FORMA EN LA QUE EL SUJETO HA SUFRIDO LA-
 PERDIDA DE SU LIBERTAD PARA ABSTENERSE DE INGERIR ALCOHOL
 Y POR ELLO TIENE QUE HACERLO COTIDIANAMENTE.

LA DIVISION QUE SE ACABA DE MENCIONAR ES LA MAS
 CONOCIDA Y QUE MUCHOS MEDICOS MANEJAN, UNO DE US GRANDES-
 ERRORES ES CONSIDERAR QUE LOS SUJETOS DEL PRIMER GRUPO NO
 SON ALCOHOLICOS EN VIRTUD DE QUE EN LOS PERIODOS DE ABSTI-
 NENCIA EL SUJETO SE CONDUCE GENERALMENTE CON TODA NORMALI-
 DAD. SIN EMBARGO, ESTO ES UN ERROR, YA QUE SI SE CUMPLEN_
 LOS TERMINOS DE LA DEFINICION NO DEBE DUDARSE EN CONSIDE-
 RARLO UN ENFERMO (6)

2.- UNA CLASIFICACION UNIVERSALMENTE ACEPTADA -
 ES LA DEL DR. JELLINEK PUBLICADA EN 1978 LA CUAL PROPONE
 CINCO FORMAS DISTINTAS DE ALCOHOLISMO, A LAS QUE SE LES -
 DIO NOMBRES DE LETRAS GRIEGAS:

ALCOHOLISMO ALFA.- TRADUCE UNA DEPENDENCIA EXCLUSIVAMENTE PSICOLOGICA.

ALCOHOLISMO BETA.- SE CARACTERIZA POR LAS COMPLICACIONES QUE PRODUCE UNA INGESTION EXCESIVA Y PROLONGADA DEL ALCOHOL, COMO GASTRITIS, POLINEUTITIS Y LA CIRROSIS.

ALCOHOLISMO GAMA.- EN ESTE GRUPO EXISTE DEPENDENCIA FISICA Y PSICOLOGICA, CON UN PERIODO DE ABSTINENCIA.

ALCOHOLISMO DELTA.- EXISTE DEPENDENCIA FISICA Y/O PSICOLOGICA, PERO EL SUJETO NO PUEDE ABSTENERSE DE BEBER NI POR UNOS DIAS.

ALCOHOLISMO EPSILON.- ES EL ALCOHOLISMO PERIODICO TAMBIEN LLAMADO DIPSOMANIA.

ESTA CLASIFICACION ES LA MAS ACEPTADA Y LA MAS COMPLETA, PORQUE TOMA EN CUENTA LOS CRITERIOS MAS IMPORTANTES PARA SU CLASIFICACION COMO EL NIVEL DE GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD, LAS COMPLICACIONES, LA DEPENDENCIA FISICA Y/O PSICOLOGICA, EN ESTA CLASIFICACION SE PUEDE INCLUIR TODOS LOS TIPOS RECONOCIDOS DE ALCOHOLISMO.(7)

3.- EL DSM IIIR CLASIFICA AL ALCOHOLISMO EN LOS TRANSTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS PARA SUBRAYAR EL-

HECHO DE QUE LOS EFECTOS DEL CONSUMO DEL ALCOHOL SON SIMILARES A LOS EFECTOS DEL CONSUMO DESADAPTATIVO DE OTRAS SUSTANCIAS DE POTENCIAL ABUSO Y DEPENDENCIA. LO CLASIFICA DE LA SIGUIENTE MANERA:

303.90 DEPENDENCIA DE ALCOHOL

305.00 ABUSO DE ALCOHOL

PARA LA REALIZACION DE ESTA CLASIFICACION EL DSMIR. SE BASA EN CRITERIOS DIAGNOSTICOS ESPECIFICOS PARA CADA UNO DE LOS PUNTOS SEÑALADOS ANTERIORMENTE Y QUE A CONTINUACION SE MENCIONA:

1.- CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA USO DE ALCOHOL

A.- PATRON PATOLOGICO PARA USO DE ALCOHOL.- NECESIDAD DIARIA DE ALCOHOL PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD ADECUADA; INCAPACIDAD PARA DISMINUIR O DETENER EL CONSUMO DE ALCOHOL; REPETIDOS ESFUERZOS PARA CONTROLAR O REDUCIR EL EXCESO DE BEBIDA O RESTRICCION DE LA BEBIDA DURANTE DETERMINADAS HORAS DEL DIA; EMBRIAGUEZ; CONSUMO OCASIONAL DE LICORES PARA ANIMARSE; PERIODOS DE AMNESIA PARA LOS ACONTICIMIENTOS QUE OCURREN DURANTE LA INTOXICACION; CONTINUACION EN EL CONSUMO DE ALCOHOL A PESAR DE QUE EL SUJETO SABE DE LOS GRAVES TRANSTORNOS FISICOS QUE PADECE Y SE EXACERBAN CON LA INGESTA.

B.- DETERIORO DE LA ACTIVIDAD LABORAL O SOCIAL
DEBIDO AL USO DE ALCOHOL:

POR EJEMPLO.- ACTOS VIOLENTOS, FALTAS AL TRABAJO DURANTE LA INTOXICACION: PERDIDAS DE EMPLEO, PROBLEMAS LEGALES; DISCUSIONES CON FAMILIARES O AMIGOS DEBIDO AL USO EXCESIVO DE ALCOHOL.

C.- DURACION DE LA ALTERACION POR MAS DE UN MES

2.- CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL:

A.- PATRON PATOLOGICO DE USO DEL ALCOHOL O DETERIORO DE LA ACTIVIDAD LABORAL O SOCIAL DEBIDO AL USO DEL ALCOHOL.

PATRON PATOLOGICO DEL USO DE ALCOHOL.

DETERIORO DE LA ACTIVIDAD LABORAL O SOCIAL DEBIDO AL USO DE ALCOHOL.

B.- CUALQUIERA DE LAS DOS, TOLERANCIA O ABSTINENCIA:

TOLERANCIA.- NECESIDAD DE AUMENTAR LA CANTIDAD DE ALCOHOL PARA CONSEGUIR EL EFECTO DESEADO, O DISMINUCION NOTABLE DEL EFECTO UTILIZANDO DE FORMA REGULAR LA MISMA CANTIDAD DE ALCOHOL.

ABSTINENCIA.- DESARROLLO DE ABSTINENCIA ALCOHOLICA, DESPUES DE ABANDONAR O REDUCIR LA BEBIDA. (9) (10)

ESTA CLASIFICACION ES LA MAS ADECUADA PARA -
INCLUIRLA EN EL PRESENTE ESTUDIO POR LA FACILIDAD DE -
SU APLICACION, POR LOS CRITERIOS QUE MANEJA, ADEMAS DE
PROPORCIONARNOS INFORMACION ACERCA DEL VALOR PRONOSTI-
CO DEL PACIENTE Y DEL POSIBLE MANEJO QUE SE PUEDE ESTA
BLECER.

LA PREVALENCIA EXACTA DEL MAL USO DEL ALCO--
HOL Y LAS INCAPACIDADES RESULTANTES SE DESCONOCEN. COMO
ES NATURAL DEBIDO AL ESTIGMA SOCIAL Y LEGAL, CON MUCHA-
FRECUENCIA SE OCULTA LA REALIDAD SOBRE ESTOS ESTADOS. -

EN MEXICO EXISTEN ENCUESTAS NACIONALES REALI-
ZADAS POR LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD QUE NO REFLEJA EN
SU TOTALIDAD EL PROBLEMA DEL ALCOHOLISMO.

LOS DATOS MAS DEMOSTRATIVOS CORRESPONDEN A UNA-
ENCUESTA REALIZADA POR LA OMS EN 1933 y QUE APORTAN LOS
SIGUIENTES DATOS.- EL 85% DE LOS HOMBRES SON BEBEDORES-
Y EL 15% RESTANTES CON ABSTEMIOS: DE ESE 85% el 10% SON
BEBEDORES EXCESIVOS Y DE ESTOS, EL 1% PADECE DEPENDEN--
CIA AL ALCOHOL.

RESPECTO A LAS MUJERES EL 45%, DE MAYORES DE -
21 AÑOS, SON BEBEDORAS; DE ELLAS SOLO EL 3% SON BEBEDO-
RAS EXCESIVAS Y SOLO EL 1% SON ALCOHOLICAS. EN GENERAL-
SE PUEDE DECIR QUE EL 3% DE HOMBRES Y MUJERES DE LA PO-

BLACION GENERAL SON REALMENTE DEPENDIENTES DEL ALCOHOL.

(11)

NO ES FACIL MEDIR EL IMPACTO ACTUAL DEL ALCOHOLISMO EN NUESTRO PAIS: SIN EMBARGO, EXISTEN ALGUNOS-- INDICADORES QUE PERMITEN SUPONER QUE EL PROBLEMA SE HA INCREMENTADO EN LOS ULTIMOS AÑOS.

LA SECRETARIA DE SALUD MENCIONA QUE ENTRE - - 1950 y 1975 SE REGISTRO UN AUMENTO ENTRE EL 100 y 500% EN EL CONSUMO PERCAPITA DE ALCOHOL. EN LA ULTIMA DECADA LA CIRROSIS HEPATICA HA OCUPADO UN LUGAR PREPONDERANTE-- ENTRE LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE; ASI TAMBIEN - LA TASA DE MORTALIDAD EN EL ALCOHOLICO ES 2.5 veces LA-TASA NORMA. EL ALCOHOLICO NULIFICA EL 15% DE LAS FUER-- ZAS PRODUCTIVAS DEL PAIS, ESTO REPRESENTA UNA PERDIDA - _ QUE A PRINCIPIOS DE LA DECADA DE LOS 80s SE CALCULO EN MAS DE 200,000 MILLONES DE PESOS ANUALES.

EL 60% DE LOS ACCIDENTES DE TRANSITO SE RELACIONA CON LA INGESTA DESMEDIDA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS - Y EL 80% DE LOS DIVORCIOS SE RELACIONAN CON EL ALCOHOL COMO CAUSA DETERMINANTE O DESECADENANTE.

EXISTEN OTROS ESTUDIOS EN NUESTRO PAIS, COMO - EL DEL DR. HUGO VILCHIS QUIEN MENCIONA QUE MAS DEL 50% DE LOS ACCIDENTES DE TRANSITO INTERVIENEN INDIVIDUOS. -

QUE INGERIERON DIVERSAS CANTIDADES DE ALCOHOL.(12) - -

LA PSICOLOGA CARMEN MAS CONDES Y COLS.,- - -
REALIZO EN ESTUDIO DONDE SE DEMUESTRA QUE EL CONSUMO -
DE CERVEZA SE INCREMENTO EN UN 71.48% DE 1976 a 1980,-
SIENDO SUPERIORES ESTAS CIFRAS A LAS OBSERVADAS EN FI-
LANDIA, SUECIA Y NORUEGA; SIMILARES A LA DE LOS ESTA--
DOS UNIDOS, ESPAÑA E ITALIA, HACIENDO REFERENCIA QUE -
ESTOS DATOS SON APROXIMADOS, POR CARECER DE DATOS EXAC
TOS SOBRE LA PRODUCCION CLANDESTINA Y EL CONTRABANDO.

LOS DATOS ANTES MENCIONADOS REFLEJAN EN FOR-
MA PARCIAL EL PROBLEMA DEL ALCOHOL EN NUESTRO PAIS, --
LLEGANDO A LA CONCLUSION DE QUE LA POBLACION MEXICANA-
CONSUME CADA VEZ MAYOR CANTIDAD DE BEBIDAS DE ALTO DE-
ALTO CONTENIDO ALCOHOLICO EXACERBANDO CON ESTO EL PRÓ-
BLEMA DE ALCOHOLISMO.

ESTA ENFERMEDAD HA PRESENTADO ALGUNOS OBSTA-
CULOS PARA SU INVESTIGACION, COMO EL HABER TARDADO MU-
CHO EN CONSIDERARLA COMO UNA ENFERMEDAD, ADEMAS DE CON-
SIDERAR A ESTOS PACIENTES COMO INCURABLES, INACEPTA---
BLES Y NO REMUNERABLES. LOS TEXTOS HASTA EL MOMENTO SE
DEDICAN A ESTUDIAR LAS CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO -
EN DIVERSOS ORGANOS, APARATOS Y SISTEMAS, PERO NO IM--
PLICAN EL PROCESO QUE SE LLEVA A CABO.

EL MEDICO FAMILIAR DEBE TENER LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA HACER UN BUEN MANEJO TERAPEUTICO DE CUALQUIER PROBLEMA DERIVADO DEL CONSUMO DE ALCOHOL, EL TRATAMIENTO MEDICO DEL ALCOHOLISMO INCLUYE LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- 1.- UNA BUENA CLASIFICACION DEL PACIENTE, DETERMINARA SI EL PACIENTE TIENE PROBLEMAS CON EL USO DE ALCOHOL O ES DEPENDIENTE DEL MISMO.
- 2.- REALIZAR DIAGNOSTICO TEMPRANO DEL SINDROME DEPENDENCIA AL ALCOHOL.
- 3.- CONOCER LAS MEDIDAS DE MANEJO EN LA FASE AGUDA COMO EL TRATAMIENTO DE DESINTOXICACION, DEL COMA ALCOHOLICO, ETC.
- 4.- CONOCER EL MANEJO A LARGO PLAZO CON LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO INICIAL DEL ALCOHOLISMO EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS Y EN CENTROS ESPECIALES DE REHABILITACION. LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO EXTERNO A LARGO PLAZO COMO LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y/O DE GRUPO, LA FARMACOTERAPIA Y LOS GRUPOS DE AUTO AYUDA COMO ALCOHOLICOS -- ANONIMOS. (2) (15) (16)

EL MANEJO DEL PACIENTE ALCOHOLICO ES MUY AMPLIO EN ULTIMAS FECHAS SE LE HA DADO UN MAYOR REALCE A

A LA TERAPIA FAMILIAR COMO ALTERNATIVA DE MANEJO DEL PA-
CIENTE ALCOHOLICO, SIENDO ESTE PUNTO, EL CENTRO DE ATEN-
CION DE NUESTRO ESTUDIO QUE ES CONOCER LA TIPOLOGIA FA-
MILIAR DEL ALCOHOLICO.

PARA COMPRENDER LOS PROBLEMAS HUMANOS, ES NE-
CESARIO ENTENDER A LA FAMILIA COMO UNA ENTIDAD FUNCIONAL
ENTRE LA SOCIEDAD Y EL INDIVIDUO Y LA INTERACCION ENTRE
AMBOS. EN ESTE SENTIDO UN ENFOQUE FAMILIAR PUEDE APLI--
CARSE A CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD MENTAL PARA TRATAR--
DE COMPRENDER EL PROBLEMA, ASI COMO LOS RECURSOS QUE --
PUEDEN UTILIZARSE PARA SU TRATAMIENTO.

STEINGLASS CITA ALGUNOS ESTUDIOS REALIZADOS -
DURANTE LA DECADA DE LOS AÑOS TREINTA; EN ELLOS SE SEÑA-
LABAN ALGUNOS FACTORES FAMILIARES QUE PODRIAN INTERVE--
NIR EN LA GENESIS DEL ALCOHOLISMO COMO LA PRESENCIA DE--
UNA MADRE DOMINANTE Y UN PADRE PASIVO, OTROS SEÑALABAN--
LA PRESENCIA DE UN PADRE ABUSIVO.

EN LA DECADA DE LOS CINCUENTA SE ESTUDIO LAS-
PAREJAS ALCOHOLICAS PARA DETERMINAR EL PAPEL DE LA ESPO-
SA COMO INICIADORA Y PERPETUADORA DE LA CONDUCTA ALCOHO-
LICA DEL MARIDO. SIN EMBARGO, LOS ESTUDIOS POSTERIORES--
NO HAN CONFIRMADO QUE EXISTA UNA PERSONALIDAD CARACTE-
RISTICA Y UNICA DE LAS ESPOSAS O CONYUGES.(2)(18)(19)

OTRO DE LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA DINAMICA FAMILIAR DEL PACIENTE ALCOHOLICO SON LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EL ENFOQUE TRANSGENERACIONAL CONSIDERADO A TRAVES DEL APRENDIZAJE Y LAS EXPERIENCIAS TEMPRANAS QUE TRANSMITEN PAUTAS Y PATRONES SOCIOCULTURALES DE UNA A OTRA GENERACION.

LA ALTA INCIDENCIA DE ALCOHOLISMO EN LOS VARONES CONSIDERA PATRONES SOCIOCULTURALES COMO LA ACTITUD "MACHISTA" DEL MEXICANO EN EL ABUSO DEL ALCOHOL, CON EL PROPOSITO DOBLE DE SATISFACER SU CONDUCTA "MACHISTA" Y ADEMAS DE RELACIONARLA CON ESTADOS DE TRISTEZA Y ALEGRIA (2)(19).

AL EVALUAR A UN PACIENTE ALCOHOLICO EL OBSERVADOR DEBE PONER ATENCION EN LA SERIE DE CARACTERISTICAS QUE LE PERMITAN DARSE CUENTA DE LA FUNCIONALIDAD O DISFUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA. PARA ESTO ES UTIL EL CONOCER LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA SEGUN ACKERMAN, QUIEN PROPONE OTRA MANERA DE HACERLO A TRAVES DE EXAMINAR LAS CATEGORIAS DINAMICAS Y ESTRUCTURALES COMO SON:

- A.- PATRONES DE IDENTIFICACION DEL PROBLEMA
- B.- CONOCER EL PROBLEMA QUE LA FAMILIA IDENTIFICA
- C.- LOS PROBLEMAS QUE EL OBSERVADOR PUEDE IDENTIFICAR

- D.- QUIEN DE LOS MIEMBROS IDENTIFICA EL PROBLEMA
- E.- QUIEN LO COMUNICA
- F.- LOS PATRONES DE SOLUCION A LOS PROBLEMAS
- G.- QUE HA INTENTADO HACER LA FAMILIA
- H.- QUIEN TOMA LA INICIATIVA
- I.- LA EXPRESION DEL USO DE AFECTOS
- J.- LA PARTICIPACION EMOCIONAL

ESTE ULTIMO PUNTO DETERMINA EL GRADO DE INVOLUCRACION O COHESION QUE EXISTE EN LA FAMILIA, EL CUAL PUEDE VARIAR, DESDE LA INTERACCION EXCESIVA HASTA LA CARENCIA TOTAL DE PARTICIPACION. OTRO PARAMETRO A VALORAR ES LA COMUNICACION, SI ES CLARA Y DIRECTA O CLARA E INDIRECTA. LOS ROLES DE PADRES, DE ESPOSOS- E HIJOS: LOS IDIOSCRATICOS (BUENO, MALO, ETC.,) LA AUTONOMIA; EL MODO DE CONTROL (RIGIDEZ, FLEXIBILIDAD, ETC.); CONOCER LOS PATRONES EN LA TOMA DE DECISIONES- LIMITES.

LA TERAPIA FAMILIAR EN EL ALCOHOLISMO ESTAPRESENTADO SU AUGE MAS ALTO ACTUALMENTE, SE CONSIDERA COMO EL PROGRESO CONTENPORANEO MAS NOTABLE EN RELACION CON LA PSICOTERAPIA DEL ALCOHOLISMO. POR EJEMPLO UNA DE LAS OBSERVACIONES QUE TIENE DEL PACIENTE ALCOHOLICO INTOXICADO PERMITE AFIRMAR QUE LA CONDUCTA INTERACCIONAL QUE SE VERIFICA DURANTE EL PERIODO DE IN-

TOXICACION ES DIFERENTE A LA QUE OCURRE EN LA AUSENCIA DEL ALCOHOL, ALGUNOS EXPRESAN QUE CUANDO EL PACIENTE - IDENTIFICADO BEBIA, HABIA PLEITOS, DEPRESION AISLAMIENTO ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, PERO DURANTE LA - OBSERVACION CLINICA SE VIO QUE EXISTIA MAYOR EXPRESION DE AFECTO ENTRE UNOS Y OTROS, MAYOR PREOCUPACION E INTERES POR EL BIENESTAR DE LOS DISTINTOS MIEMBROS, ESTE NOS PERMITE APRENDER QUE EN ALGUNAS OCASIONES EL ALCOHOL SIRVE COMO FACTOR DE ESTABILIZACION, AUNQUE PAREZCA LO CONTRARIO.

DENTRO DE ESTE ENFOQUE TERAPEUTICO, LA INTERVENCION DEBE ENCAMINARSE A MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO- Y LA FLEXIBILIDAD DE LA FAMILIA CONSIDERANDO TRES ELEMENTOS:

- 1.- RECONOCER QUE EL USO DEL ALCOHOL TIENE ALGUNOS EFECTOS ADAPTATIVOS O VENTAJAS HOMEOSTATICAS PARA EL SISTEMA.
- 2.- LAS CONSECUENCIAS DE LA ADAPTACION SON LO SUFICIENTEMENTE REFORZADORAS COMO PARA CONVERTIRSE EN FACTORES QUE MANTIENEN EL HABITO DE BEBER, A PESAR DEL DESEO DE ELIMINARLO.
- 3.- ESTOS FACTORES PUEDEN SER DIFERENTES PARA CADA INDIVIDUO, PUEDE OPERAR A NIVEL INTRASISTE

MICO, INTRAPSIQUICO, O A NIVEL DE HOMEOSTASIS.

DE ESTOS SEÑALAMIENTOS SURGEN IMPLICACIONES FUNDAMENTALES PARA LA INTERVENCION TERAPEUTICA, PRIMERO QUE SE DETERMINE CLARAMENTE LA MANERA ESPECIFICA - EN LA QUE LA CONDUCTA DEL CONSUMO DEL ALCOHOL SIRVE - PARA UNA FUNCION ADAPTATIVA TANTO EN EL INDIVIDUO ALCOHOLICO COMO EN SU FAMILIA Y SEGUNDO, ESTRUCTURAR UN PROGRAMA DE AYUDA PARA EL PACIENTE Y LA FAMILIA, DE MODO QUE LAS CONDUCTAS QUE OCURREN DURANTE EL PERIODO DE SOBRIEDAD PUEDAN LOGRARSE DURANTE LA ETAPA DE INTOXICACION Y LA FAMILIA PUEDA APRENDER CONDUCTAS ALTERNATIVAS MAS FUNCIONALES Y SANAS.

UNO DE LOS MODELOS DE CUESTIONARIO QUE ES UTILIZADO PARA CONOCER O EVALUAR EL GRADO DE COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ES EL FACES II, ES UN CUESTIONARIO DISEÑADO POR OLSON Y COLS., BASADO EN EL MODELO CIRCUMPLEJO, CONSTITUIDO POR TREINTA PREGUNTAS.- A PARTIR DE LAS CUALES SE PUEDE ESTABLECER UNA PERCEPCION HIPOTETICA DE LOS TIPOS DE FAMILIA EVALUANDO EL GRADO DE COHESION Y DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR.

ESTE MODELO ES ACEPTADO PARA MEDIR EL TIPO DE FAMILIA Y SE IDENTIFICA CON DIESEISEIS TIPOS DE SISTEMAS FAMILIARES Y MARITALES.

LA COHESION FAMILIAR, USADA EN EL MODELO SE REFIERE A LOS LAZOS EMOCIONALES QUE TIENEN LOS MIEMBROS DE UNA FAMILIA CON UNO O LOS DEMAS MIEMBROS Y EL GRADO DE AUTONOMIA INDIVIDUAL QUE UNA PERSONA EXPERIMENTA EN EL SISTEMA FAMILIAR; LOS CUATRO NIVELES MENCIONADOS SON LOS SIGUIENTES:

- 1.- FAMILIA DESVINCULADA.- SE CARACTERIZA POR TENER LAZOS DEBILES Y ALTA AUTONOMIA RESPECTO A LA FAMILIA ES DECIR, EL NIVEL DE COHESION ES BAJO.
- 2.- FAMILIA SEPARADA.- PRESENTA UN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR MAS EFECTIVO Y UN DESARROLLO FAMILIAR OPTIMO.
- 3.- FAMILIA CONECTADA.- PRESENTA LAS MISMAS CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA SEPARADA.
- 4.- FAMILIA AMALGAMADA.- SE CARACTERIZA POR TENER UNA COHESION ALTA EN DONDE SE OBSERVA UNA SOBRE IDENTIFICACION QUE DA COMO RESULTADO UNA ESCASA AUTONOMIA.

EN LA DIMENSION DE COHESION SE CONCEPTUALIZAN LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS O VARIABLES ESPECIFICAS INDEPENDENCIA, LAZOS FAMILIARES, COALICIONES, TIEMPO, ESPACIO, AMISTADES, TOMA DE DECISIONES, LIMITES, INTERESES Y RECREACIONES.

LA DEFINICION DE ADAPTABILIDAD SE TOMA COMO --
"LA HABILIDAD DE UN SISTEMA MARITAL A FAMILIAR PARA CAM--
BIAR SU ESTRUCTURA, RELACION DE ROLES, REGLAS, EN RESPUEST
TA AL STRESS SITUACIONAL Y DE DESARROLLO.

SE SUPONE QUE ES UN SISTEMA ADAPTIVO QUE REQUIER
RE UN BALANCE ENTRE LA MORFOGENESIS (CAMBIO) Y LA MORFOS--
TASIS (ESTABILIDAD). LA RETROALIMENTACION PUEDE SER POSI--
TIVA O NEGATIVA; LA POSITIVA PROVEE A LA FAMILIA DE CON--
DUCTAS QUE DAN FUERZA PARA CRECER, CREAR, INNOVAR Y CAM--
BIAR (MORFOGENESIS), EN CONTRASTE CON LA NEGATIVA QUE ES
LO CONTRARIO, TAMBIEN SE INCLUYEN CUATRO MODELOS, DE LOS
CUALES LOS NIVELES EXTREMOS SERIAN LA RIGIDEZ Y EL CAOS.

LA FAMILIA RIGIDA ES AQUELLA QUE PRESENTA FRONT
TERAS Y ROLES INFLEXIBLES. EL SISTEMA CAOTICO MANIFIESTA
LIMITES CONFUSOS Y FALTA DE DIFERENCIACION ENTRE LOS SUBS
SISTEMAS.

LOS ESTUDIOS REALIZADOS EN BASE A ESTE CUESTIOQ
NARIO ES UNA PRUEBA DE ACEPTACION COMO INSTRUMENTO QUE --
OTORGA VALIDEZ DIAGNOSTICA.

ESTE TIPO DE ENFOQUE FAMILIAR ESTUDIA AL INDIVII
DUO Y A SU FAMILIA MAS INTEGRALMENTE, MAS HUMANO. LOS ESE
FUERZOS TERAPEUTICOS SE DIRIGEN A TODOS LOS MIEMBROS DE-

LA FAMILIA Y FINALMENTE NO SOLO SE CONSIDERA BASICO EN-
EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ALCOHOLICO REDUCIR LA INSES-
TA DE BEBIDAS, SINO QUE TOMAN EN CUENTA ASPECTOS TAN IM-
PORTANTES COMO LA SATISFACCION DE LA RELACION CONYUGAL,
LA COMUNICACION DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA Y EL --
FUNCIONAMIENTO SOCIAL, LAS RELACIONES FAMILIARES, AMISTO
SAS, LABORALES Y LA DESAPARICION DE SINTOMATOLOGIA en --
LOS HIJOS.

PROBLEMA :

EL ALCOHOLISMO ES UNA ENFERMEDAD QUE SE HA INCREMENTADO EN FORMA IMPORTANTE A ULTIMAS FECHAS, COMO DEMUESTRA EN LOS DATOS ESTADISTICOS OBTENIDOS DE ESTUDIOS REALIZADOS POR LA OMS Y LA SSA.

SE HA DEMOSTRADO QUE LAS REPERCUSSIONES DE DICHA ENFERMEDAD VAN DESDE LO INDIVIDUAL HASTA LO FAMILIAR SIN DEJAR DE LADO LO LABORAL Y LO SOCIAL.

SE CONSIDERA NECESARIO EL IDENTIFICAR LAS CARACTERISTICAS FAMILIARES, EN LO QUE RESPECTA A LA ADAPTABILIDAD Y LA COHESION, EN LAS FAMILIAS DE PACIENTES ALCOHOLICOS IDENTIFICADOS.

PARA ESTO SE ESTUDIARA UN GRUPO PERTENECIENTE A A ALCOHOLICOS ANONIMOS Y POSTERIORMENTE SE COMPARARAN LOS RESULTADOS CON UN GRUPO CONTROL.

CON EL FIN DE REALIZAR UN ABORDAJE MAS INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y ASIMISMO DAR UNA ORIENTACION EN LOS ASPECTOS DE TIPO FAMILIAR CON LOS QUE CURSAN ESTOS PACIENTES.

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

SE CONSIDERA AL ALCOHOLISMO HOY EN DIA COMO UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA, DEBIDO A SU ALTA INCIDENCIA Y FRECUENCIA EN TODOS LOS GRUPOS DE POBLACION.

Y CUYAS REPERCUIONES SE OBSERVAN TANTO A NIVEL NACIONAL, INSTITUCIONAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL.

SURGE ASI LA NECESIDAD DE CONOCER EL O LOS TIPOS DE FAMILIA EN BASE A SUS NIVELES DE ADAPTACION Y COHESION QUE PODIERAN FAVORECER EL DESARROLLO DE ALCOHOLISMO EN ALGUNO DE SUS MIEMBROS.

PARA QUE EN BASE A LO ANTERIOR EL MEDIO FAMILIAR PUEDE REALIZAR UNA PREVENECION PRIMARIA, BRINDANDO ORIENTACION ADECUADA ACERCA DE LAS REPERCUIONES A NIVEL FAMILIAR, INDIVIDUAL, LABORAR Y SOCIAL.

OBJETIVOS :

- 1.- IDENTIFICAR CUALES SON LOS TIPOS DE FAMILIA QUE SE PRESENTAN CON MAS FRECUENCIA - EN EL ALCOHOLISMO, MEDIANTE LA APLICACION del fase II CIRCUMPLEX.
- 2.- IDENTIFICAR EL GRADO DE ADAPTABILIDAD EN EL GRUPO DE ALCOHOLICOS ANONIMOS (A.A.)
- 3.- IDENTIFICAR EL GRADO DE COHESION EN EL -- GRUPO DE ALCOHOLICOS ANONIMOS (A.A.)
- 4.- IDENTIFICAR EL GRADO DE ADAPTABILIDAD Y - DE COHESION EN EL GRUPO CONTROL.

M E T O D O L O G I A:

TIPO DE ESTUDIO.- LONGITUDINAL, DESCRIPTIVO

POBLACION.- SE ESTUDIARAN 50 PACIENTES PERTENECIENTES A ALCOHOLICOS ANONIMOS -- (A.A.): 25 PERTENECIENTES AL GRUPO CLAVERIA Y 25 AL GRUPO VILLA COAPA ASI COMO 50 PACIENTES PERTENECIENTES A LA CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ, CAPTADOS ENTRE LOS MESES DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 1989.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- QUE SEAN PACIENTES ALCOHOLICOS PERTENECIENTES A UN GRUPO A.A. CAPTADOS A TRAVES DE LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.
- 2.- QUE SEAN PACIENTES CAPTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA CLINICA "DR. IGNACIO CHAVEZ" A TRAVES DE LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.
- 3.- QUE ESTOS PACIENTES DESEEN COOPERAR CON EL ESTUDIO.
- 4.- QUE PRESENTEN ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR COMO CONSECUENCIA DE SU FORMA DE BEBER.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1.- QUE PRESENTAN PATOLOGIA ORGANICA QUE REPERCUTA EN LA DINAMICA FAMILIAR.

ASPECTOS ETICOS.- SE CONSIDERAN MINIMOS, YA -- QUE SE REALIZARAN MANIOBRAS HABITUALES DE LA CONSULTA - EXTERNA.

DESCRIPCION DEL TRABAJO:

SE IDENTIFICAN DOS GRUPOS: EL PRIMERO FORMADO POR DOS GRUPOS DE ALCOHOLICOS ANONIMOS (AA), GRUPO CLAVERIA DE LA ZONA NORTE DEL D.F., Y EL GRUPO VILLA COAPA DE LA ZONA SUR DEL D.F., PREVIA AUTORIZACION DE SU MESA DIRECTIVA.

-EL SEGUNDO GRUPO LO FORMAN PACIENTES CAPTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA CLINICA "DR. IGNACIO - CHAVEZ" DEL ISSSTE.

AMBOS GRUPOS CUMPLIAN CON LOS CRITERIOS DE IN CLUSION: SE LES APLICO EN FORMA PERSONAL UN CUESTIONARIO POR LOS INVESTIGADORES, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1989.

EL CUESTIONARIO UTILIZADO EN ESTE TRABAJO ES EL FACES II, DISEÑADO POR OLSON Y COLS., CONSTITUIDO --

POR UNA SERIE DE 30 PREGUNTAS, A PARTIR DE LAS CUALES SE PUEDE ESTABLECER UNA PERCEPCION HIPOTETICA DE LOS TIPOS DE FAMILIA UTILIZANDO UN MODELO BIDIMENSIONAL, - QUE EVALUA EL GRADO DE COHESION Y DE ADAPTABILIDAD; - SE IDENTIFICA CON 16 SISTEMAS FAMILIARES Y MARITALES- A TRAVES DE LA COMBINACION DE AMBOS NIVELES.

LA DIMENSION DE ADAPTABILIDAD COMPRENDE LOS SIGUIENTES SISTEMAS:

RIGIDO.- SE CARACTERIZA POR UN ADAPTABILIDAD MUY BAJA.

ESTRUCTURADO.- CON MODERADA A ALTA ADAPTABILIDAD.

FLEXIBLE.- CON BAJA A MODERADA ADAPTABILIDAD.

CAOTICA.- PRESENTA UNA MUY ALTA ADAPTABILIDAD.

LA DIMENSION DE COHESION PRESENTA LOS SIGUIENTES SISTEMAS:

DESVINCLADO.- CON BAJO NIVEL DE COHESION.

SEPARADA.- CON BAJA MODERADA COHESION.

CONECTADA.- CON UNA MODERADA ALTA COHESION

AMALGAMADA.- CON UN NIVEL ALTO DE COHESION

PARA DAR LA PUNTUACION A LA DIMENSION DE -

COHESION PRIMERAMENTE SE SUMAN LAS PARTIDAS QUE SON DE TIPO NEGATIVO (NUMEROS 3,9,15,25,29): EL RESULTADO SE SUSTRAE A LA CONSTANTE 36, POSTERIORMENTE SE SUMAN LAS PARTIDAS QUE SON DE TIPO POSITIVO QUE SON LOS NUMEROS (1,5,7,11,13,17,21,23,27 y 30) Y DE ESTA MANERA SE OBTIENE LA PUNTUACION FINAL PARA LA DIMENSION DE COHESION EL RESULTADO FINAL DEBE SER ENTRE 16 y 80 PUNTOS, CADA PARTIDA VA DEL 1 AL 4.

PARA LA DIMENSION DE ADAPTABILIDAD SE SUMAN LAS PARTIDAS NEGATIVAS (12,24,28), SE SUSTRAN A LA CONSTANTE 18 Y SE SUMAN EL RESTO DE PARTIDAS QUE SON DE TIPO POSITIVO (2,4,6,8,10,14,18,20,22,26), OBTENIENDOSE LA PUNTUACION FINAL QUE DEBE ESTAR ENTRE 15 y 70 PUNTOS. CADA PARTIDA VA DEL 1 AL 4.

LOS RESULTADOS SE PRESENTAN EN TABLAS Y SE ANALIZARAN MEDIANTE FRECUENCIA.

R E S U L T A D O S:

SE ESTUDIARON A 100 INDIVIDUOS LOS CUALES SE -
DIVIDIERON EN DOS GRUPOS:

UN GRUPO DE 50 INDIVIDUOS PERTENECIETES A DOS-
GRUPOS DE ALCOHOLICOS ANONIMOS (AA) Y OTRO GRUPO DE 50 -
SUJETOS QUE ACUDIAN A LA CLINICA "DR. IGNACIO CHAVEZ" --
LOS CUALES NO TENIAN PROBLEMAS APARENTES CON EL USO DEL-
ALCOHOL.

EL RANGO DE EDAD FUE DE 18 a 56 AÑOS CON UN --
PROMEDIO DE 37 AÑOS.

SE ENCUESTARON A 97 VARONES Y 3 MUJERES.

EN EL CUADRO No. 1 SE MUESTRAN LAS CARACTERIST
TICAS DE ADAPTABILIDAD EN EL GRUPO AA ANTES DEL INGRESO
AL GRUPO, DONDE SE OBSERVA QUE EL 70% DE LOS SUJETOS MANT
TENIAN UNA ACTITUD RIGIDA Y SOLO EL 10% REFERIAN FLEXI-
BILIDAD; 10 SUJETOS REFERIAN HABER ESTADO EN FASE DE EST
TRUCTURACION.

EN CUANTO A LA COHESION EN EL MISMO GRUPO SE-
ENCONTRO QUE EL (0% SE ENCONTRABA DESARTICULADA Y EL 10%
SE ENCONTRABA MANIFESTANDO SEPARACION (CUADRO 2).

EN EL CUADRO No. 3 SE ENCUENTRA LA RELACION -
ENTRE COHESION Y ADAPTABILIDAD DONDE SE OBSERVA QUE EL-

GRUPO SE MANTENIA EN UNA ACTITUD RIGIDA Y DESARTICULADA EN UN 70 % Y SOLO 5 PACIENTES MANIFESTABAN UNA ACTITUD SEPARADA A PESAR DE REFERIRSE ESTRUCTURADO.

EL CUADRO No. 4 MUESTRA LAS CARACTERISTICAS DE ADAPTABILIDAD EN EL GRUPO AA DESPUES DE SU INGRESO AL GRUPO, DONDE SE OBSERVA UNA DISMINUCION DE SU ACTITUD RIGIDA A UNA 30% UN AUMENTO DE SU ACTITUD FLEXIBLE A UN 26% Y 7 SUJETOS CAMBIAN A UNA ACTITUD CAOTICA.

EN CUANTO A LA COHESION EN EL MISMO GRUPO SE ENCONTRO UN AUMENTO EN SU ACTITUD SEPARADA DEL 34% y UN 66% CONTINUABAN DESARTICULADA. (CUADRO No. 5)

EL CUADRO No. 6 MUESTRA LA RELACION ENTRE COHESION Y ADAPTABILIDAD EN EL MISMO GRUPO OBSERVANDOSE UNA DISMINUCION DE SU ACTITUD RIGIDO-DESARTICULADO A UN 20%, AUMENTANDO SU FORMA ESTRUCTURADA-DESARTICULADA A UN 30%, APARECIENDO NUEVAS FORMAS DE ADAPTABILIDAD Y COHESION COMO LA FLEXIBLE DESARTICULADA EN 8 PACIENTES Y LA SEPARADA-CAOTICA CON 7 PACIENTES.

EL CUADRO No. 7 MUESTRA LA ADAPTABILIDAD DEL GRUPO CONTROL ENCONTRANDOSE UN 44% DE TIPO RIGIDO Y UN 40% EXTRUCTURADO. EN CUANTO A LA COHESION DEL MISMO GRUPO SE ENCUENTRA UN 70% DE TIPO DESARTICULADO Y SOLO

UN 30% SEPARADO. (CUADRO No.8)

EL CUADRO No. 9 MUESTRA LA RELACION ENTRE ADAPTABILIDAD Y COHESION DEL GRUPO CONTROL DONDE SE OBSERVA - QUE EL 44% MANTENIAN UNA ACTITUD RIGIDA Y DESARTICULADA - Y SOLO 7 PACIENTES TENIAN UNA ACTITUD ESTRUCTURADA-SEPARADA.

EL CUADRO No. 10 MUESTRA LA ADAPTABILIDAD EN EL GRUPO CONTROL DE COMO DESEARIA QUE FUESE SU FAMILIA ENCONTRANDO EN ESTE GRUPO EL 72% ESTRUCTURADO Y 28% CAOTICO -- EN CUANTO A LA COHESION EN EL MISMO GRUPO SE CONCONTRO -- UNA ACTITUD SEPARADA EN EL 54% Y DESARTICULADA EN EL 46% (CUADRO No. 11).

EL CUADRO No. 12 MUESTRA LA RELACION ENTRE ADAPTABILIDAD Y COHESION EN ESTE MISMO GRUPO ENCONTRANDOSE 46% ESTRUCTURADO-DESARTICULADO, 28% CAOTICO-SEPARADO Y SOLO - 13 PACIENTES ESTRUCTURADO-SEPARADO.

C U A D R O 1
 ADAPTABILIDAD EN EL GRUPO DE
 PACIENTES ALCOHOLICOS A.A.

Adaptabilidad	A.A.		TOTAL
Rígido Menos de 43.9	35	70%	35-70%
Estructurado	10	20%	10-20%
Flexible 56-50.1	5	10%	5-10%
Caótico mas de 56.1	0	0	0-0
Total	50	100%	50-100%

FUENTE: Faces II C.

C U A D R O 2

COHESION EN EL GRUPO DE
PACIENTES ALCOHOLICOS A.A.

Cohesión	A.A.	TOTAL
Desarticulado hasta 56-9	45 90%	45-90%
Separado 57 a 65	5 10%	5-10%
Conectado 65.1-73	0	0- 0
Amalgamado mas de 73.1	0	0- 0
Total	50 100%	50-100%

FUENTE: FACES II C

C U A D R O No. 3

RELACION ENTRE ADAPTABILIDAD Y COHESION
EN EL GRUPO DE PACIENTES ALCOHOLICOS A.A.

C O H E S I O N

	Desarticulado hasta 55.9	Separado 57 a 65	Conectado 65.1 - 73	Amalgamado mas de 73.1	TOTAL
Caotico mas de 56.1					
Flexible 56-50.1					
Estructurado 50 - 44	10 - 20%	5 10%			15-30%
Rígido menos de 43.9	35 - 70%				35-70%
T o t a l	45 - 90%	5 10%			50-100%

FUENTE: FACES II C

CUADRO No. 4

ADAPTABILIDAD EN EL GRUPO DE
PACIENTES ALCOHOLICOS A.A.

Adaptabilidad	A.A.	TOTAL
Rígido menos de 43.9	15 30%	15-30%
Estructurado 50 a 54	15 30%	15-30%
Flexible 56-50.1	13 26%	13-26%
Castico mas de 56.1	7 14%	7-14%
T o t a L	50-100%	50-100%

FUENTE: PACES II C

C U A D R O N O. 5

COHESION EN EL GRUPO DE
PACIENTES ALCOHOLICOS A.A.

Cohesion	A.A.	T O T A L
Desarticulado hasta 55.9	33 55%	33-66%
Separado 57 a 65	17 34%	17 34%
Conectado 65.1-73		
Amalgamado mas de 73.1		
T O T A L	50 100%	5 0-100%

FUENTE: FACES II C

C U A D R O N o. 6

RELACION ENTRE ADAPTABILIDAD Y COHESION

EN EL GRUPO DE PACIENTES ALCOHOLICOS A.A.

C O H E S I O N

	Desarticulado hasta 56.9	Separado 57 a 65	Conectado 65.1 - 73	Amalgamado mas de 73.1	T O T A L
Caótico mas de 56.1		7 14%			7 14%
Flexible 56 50	8 16%	5 10%			13-26%
Estructurado 50 44	15 30%				15-30%
Rígido menos de 43.9	10 20%	5 10%			15-30%
Total	33 66%	17 34%			50-100%

FUENTE: FACES II C

C U A D R O No. 7

A D A P T A B I L I D A D

DEL GRUPO CONTROL

Adaptabilidad	Grupo Control	TOTAL
Rígido menos de 43.9	22 44 %	22-44 %
Estructurado 50 a 54	20 40 %	20-40 %
Flexible 56 a 50.1		
Caótico mas de 56.1	8 16 %	8-16 %
T o t a L	50 100 %	50-100%

FUENTE: FACES II C

C U A D R O No. 8

C O H E S I O N

DEL GRUPO CONTROL

Cohesión	Grupo Control		TOTAL
Desarticulado hasta 56.9	35	70%	35-70 %
Separado 57 a 65	15	30%	15-30 %
Conectado 65.1 - 73			
Amalgamado mas de 73.1			
T o t a l	50	100 %	50-100%

FUENTE: FACES II C

C U A D R O No. 9

RELACION ENTRE ADAPTABILIDAD Y COHESION
DEL GRUPO CONTROL

C O H E S I O N

	Desarticulado hasta 56.9	Separado 57 a 65	Conectado 65.1-73	Amalgamado mas de 73.1	TOTAL
Caótico mas de 56.1		8 16 %			8-16%
Flexible 56-50.1					
Estructurado 50-44	13 26%	7 14%			20-40%
Rígido menos de 43.9	22 44%				22-44%
T o t a L	35 70%	15 30%			50-100%

FUENTE: FACES II C

C U A D R O No. 10
A D A P T A B I L I D A D
D E L G R U P O C O N T R O L

Adaptabilidad	Grupo Control	TOTAL
Rígido menos de 43.9		
Estructurado 50 a 54	36 72%	36-72%
Flexible 56 a 50.1		
Caótico mas de 56.1	14 28%	14-28%
T o t a l	50 100%	50-100%

FUENTE: FACES II C

C U A D R O No. 11
C O H E S I O N
D E L G R U P O C O N T R O L

Cohesión	grupo Control		T O T A L
Desarticulado Hasta 56.9	23	46%	23-46%
Separado 57 a 65	27	54%	27-54%
Conectado 65.1-73			
Amalgamado mas de 73.1			
T o t a L	50	100%	50 -100%

FUENTE: FACES II C

C U A D R O N o . 12
 RELACION ENTRE ADAPTABILIDAD Y COHESION
 DEL GRUPO CONTROL

C O H E S I O N

	Desarticulado hasta 56.9	Separado 57 a 65	Conectado 65.1- 73	Almagamado mas de 73.	TOTAL
Caótico mas de 56.1		14 - 28%			14-28%
Flexible 56-50.1					
Estructurado 50 - 44	23 46%	13 - 26%			36-72%
Rígido menos de 43.9					
T O T A L	23 46%	27 54%			50-100%

FUENTE: FACES II C

D I S C U S I O N

LA PRODUCCION Y CONSUMO DE ALCOHOL SE CONOCE-
DESDE HACE MAS DE 25 SIGLOS EN NUESTRO PAIS, YA DESDE -
EL TIEMPO DE LOS MEXICAS SE UTILIZABA EL ALCOHOL BAJO -
CIERTAS NORMAS SOCIALES. LA SOCIEDAD A DICTAMINADO EL -
CONSUMO Y EN OCASIONES EL ABUSO DE ESTA DROGA, DESDE --
1959 DE SECLARA AL ALCOHOLISMO COMO UNA ENFERMEDAD POR-
LA ASOCIACION DE MEDICOS AMERICANOS. DENTRO DE LOS FAC-
TORES QUE DESENCADENAN EL USO Y ABUSO DE ESTA DROGA SE-
RECONOCEN ASPECTOS SOCIALES PSICOLOGICOS, INDIVIDUALES-
FAMILIARES QUE LO HACEN UNA FUENTE DE ADICCION PARA SU-
CONSUMO.

EN MEXICO SE SABE QUE EL 85% DE LA POBLACION-
SON BEBEDORES, EL 10% TOMAN EN EXCESO Y SOLO EL 1% TIENE
UNA DEPENDENCIA AL ALCOHOL.

UNA DE LAS IMPLICACIONES FAMILIARES QUE INTER-
VIENE EN SU CONSUMO SE HABLE DE UNA MADRE DOMINANTE O UN
PADRE POSESIVO Y EN OCASIONES DE UNA ESPOSA QUE FAVORECE
Y PERPETUA LA CONDUCTA DEL ALCOHOLICO ALTERANDO EL SISTE
MA FAMILIAR TORNANDOLO RIGIDO-CAOTICO O AMALGAMADO-SEPA-
RADO.

EN EL PRESENTE ESTUDIO SE OBSERVO QUE LA PREVA

LENCIA DE SEXO CONTINUA PREDOMINANDO EL MASCULINO (R=97%
 3) H/M) AUNQUE ESTOS DATOS NO SON REPRESENTATIVOS POR EL
 TIPO DE POBLACION ESTUDIADA, YA QUE POR LA MARGINACION SO
CIAL QUE EN MUCHAS AREAS SUPRE LA MUJER, ESTA NO DICE ---
 ABIERTAMENTE QUE TIENE PROBLEMAS CON EL USO DEL ALCOHOL O
 QUE DEPENDE DE EL. LO QUE LLAMA LA ATENCION ES EL ALTO IN
DICE DE ALCOHOLISMO EN NUESTRO PAIS, QUE SE INCREMENTA -
 CADA VEZ MAS ABARCANDO TODAS LAS ESFERAS SOCIALES.

CON LO QUE RESPECTA A LA COHESION SE OBSERVO =
 QUE EL GRUPO SE ENCONTRABA DESVICULADO-SEPARADO A PESAR -
 DE QUE EL GRUPO TENIA MAS DE UN AÑO EN AA. ESTO SE PUEDE-
 ENTENDER QUE A PESAR DE QUE TENGA UNA ADAPTABILIDAD FUN -
 CIONAL SE MANTIENEN PAUTAS DE CONDUCTA QUE LOS MANTIENE--
 SEPARADOS, DETECTANDO UNA FALTA DE PARTICIPACION POR ---
 OTROS GRUPOS MULTICICLIPLINARIOS COMO EL PSICOLOG Y AUN--
 MENOR EL TERAPEUTA FAMILIAR.

EL CAMBIO DE ACTITUD QUE SE GENERA AL PERTENE-
 CER A UN GRUPO AA SE BASAN EN LA ACTITUD NO REPROBATO--
 RIA O PUNITIVA POR PARTE DEL RESTO DEL GRUPO, FAVORE---
 CIENDO LA LIBRE EXPRESION Y RESPETANDO LA INDIVIDUALIDAD

AL ANALIZAR LOS RESULTADOS DEL GRUPO AA SE OB-
 SERVO UN CAMBIO EN CUANTO A LA ADAPTABILIDAD PASANDO DE-
 UNA FORMA RIGIDA A UNA MAS FLEXIBLE AUNQUE PERMANECIA SE

RADOS EN LOS SISTEMAS. SOLO EL 10% DE ELLOS SE ENCON-
TRABAN SIN ADAPTABILIDAD O COHESION SATISFACTORIA YA-
QUE PERMANECIAN EN UNA FACE CAOTICA Y DESVINCULADA.

EN EL GRUPO CONTROL SE ENCONTRATON PAUTAS -
DE CONDUCTAS RIGIDAS ESTRUCTURADAS Y FUNCIONALES PERO
EN LA COHESION SE OBSERVO UN PREDOMINIO DE LOS SISTE-
MAS DESARTICULADOS-SEPARADO, ESTOS RESULTADOS AL COM-
PARARLOS CON LOS DE AA SON MUY SEMEJANTES. TAL VEZ --
ESTA NO DIFERENCIA PUEDA EXPLICAR POR LOS PATRONES SO
CIOCULTURALES APRENDIDOS POR CADA GRUPO Y SOLO EL AL-
COHOLSEA UNA MANIFESTACION DE OTRO PROBLEMA.

EL MEDICO FAMILIAR POR SUS CARACTERISTICAS-
DE FORMACION ES EL OBLIGADO PARA HACER UNA DETECCION-
OPORTUNA DEL PROBLEMA TANTO A NIVEL INDIVIDUAL COMO -
FAMILIAR. DEBE DAR UN MANEJO INTEGRAL A ESTE TIPO DE-
PACIENTES, BRINDANDO EL APOYO NECESARIO Y ORIENTAR A-
LOS FAMILIARES DEL PACIENTE SOBRE EL PROBLEMA Y SUS -
CONSECUENCIAS.

EN CASO NECESARIO CANALIZARA AL PACIENTE A-
UN SEGUNDO NIVEL DE ATENCION O BIEN A TERAPIA FAMILIAR
DEPENDIENDO DE LAS COMPLICACIONES Y DE LA SEVERIDAD -
DE ESTAS.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES:

DE ACUERDO A LA REVISION QUE SE HA HECHO SOBRE EL ALCOHOLISMO, SE VE QUE ES UN PROBLEMA DE MUCHOS AÑOS-DE EVOLUCION FOMENTADO POR LA SOCIEDAD Y APOYADO EN MULTIPLES CAMPAÑAS PUBLICITARIAS, QUE SU FRECUENCIA DE PRESENTACION ES CADA VEZ MAYOR Y LA EDAD EN QUE SE PRESENTA ES CADA VEZ MENOR.

LAS CONSECUENCIAS DE ESTE PROBLEMA SE ESTAN MANIFESTANDO EN GRAN ESCALA, A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR-LABORAL Y SOCIAL.

LAS FAMILIAS DE DONDE PROVIENE EL PACIENTE ALCOHOLICO PRESENTAN BAJOS NIVELES DE COHESION Y DE ADAPTABILIDAD, COMO SE DEMOSTRO EN ESTE TRABAJO MEDIANTE LA -- APLICACION DEL FACES II C, CUESTIONARIO ORIGINALMENTE DISEÑADO POR OLSON Y COLS..

LOS RESULTADOS OBTENIDOS MUESTRAN CLARAMENTE - LO ANTES SEÑALADO.

LOS GRUPOS DE APOYO, COMO ALCOHOLICOS ANONIMOS-- (AA), MOSTRARON SER UTILES A ESTOS SUJETOS, YA QUE LOGRAN UN CAMBIO DE ACTITUDES A NIVEL INDIVIDUAL Y FAMILIAR. -- CON LA CONSECUENTE MODIFICACION EN LAS DIMENSIONES DE COHESION Y DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR, COMPROBADA CON LA ---

APLICACION DEL PACES II C..

EL MEDICO FAMILIAR ES EL ENCARGADO DE MANEJAR ESTE PROBLEMA YA QUE ES EL RESPONSABLE DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION.

ADEMAS, EL MEDIO FAMILIAR ES EL ENCARGADO DE REALIZAR PREVENCION PRIMARIA, DE HACER UNA DETECCION TEMPRANA, PARA UN MANEJO INTEGRAL OPORTUNO, ASI COMO DE BRINDAR OIENTACION A LOS FAMILIARES DEL PACIENTE SOBRE LAS CARACTERISTICAS DEL PROBLEMA Y SUS POSIBLES CONSECUENCIAS

EN CASO NECESARIO EL MEDIO FAMILIAR SABRA EL MOMENTO DE CANALIZAR A ALGUN PACIENTE AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION POR SUS COMPLICACIONES ORGANICAS O BIEN CANALIZARLO A TERAPIA FAMILIAR POR LA SEVERIDAD DE LOS PROBLEMAS EN EL NUCLEO FAMILIAR.

EDAD: _____

SEXO: _____

CONTESTE TODAS LAS RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO USANDO LA SIGUIENTE ESCALA:

- 1.- Casi nunca
- 2.- De vez en cuando
- 3.- Algunas veces
- 4.- Frecuentemente
- 5.- Casi siempre

FACE II ITEMS

	PARTE I	PARTE II
1.- Los integrantes de la familia se interesan en el bienestar de los demás cuando hay -- problemas	()	()
2.- Los integrantes de la familia deciden libremente lo que piensan sobre situaciones familiares	()	()
3.- Prefiero discutir mis problemas con personas ajenas a la familia	()	()
4.- Nos reunimos en familia para tomar decisiones	()	()
5.- Podemos estar reunidos todos en una habitación	()	()
6.- Los padres y los hijos discuten juntos las formas de castigo en casa	()	()
7.- Los integrantes de la familia hacen las cosas juntos	()	()
8.- Nos sentimos satisfechos de las soluciones que se dan ante un problema	()	()
9.- Cada quien es responsable de sus acciones sin que nadie se meta	()	()
10.- En casa el trabajo se reparte entre todos	()	()
11.- En nuestra familia, conocemos el mejor -- amigo de cada quien	()	()
12.- Es difícil dar opiniones a nuestra familia en casa	()	()
13.- Cada quien discute sus problemas con personas ajenas a la familia	()	()

PARTE I PARTE I:

- | | | |
|---|-----|-----|
| 14.- En nuestra familia, es importante para cada uno dar su opinion | () | () |
| 15.- Todos podemos opinar en los asuntos importantes de la familia o cuando hay problemas | () | () |
| 16.- En la resolución de problemas las sugerencias-- de los niños son aceptadas | () | () |
| 17.- En nuestra familia nos conocemos lo mejor cada- uno | () | () |
| 18.- El castigo en nuestra familia es justo | () | () |
| 19.- Nuestra familia reconoce lo mejor de las perso- nas que la integran, así como de otras familias | () | () |
| 20.- Nuestra familia tiene reglas para cada situación posible | () | () |
| 21.- Los integrantes de la familia, están de acuerdo- con lo que se decide en la familia | () | () |
| 22.- En nuestra familia todos compartimos tareas y -- y responsabilidades | () | () |
| 23.- Los integrantes de la familia, disfrutan cuando pasan su tiempo juntos | () | () |
| 24.- Es difícil cambiar reglas o disposiciones en ca- sa | () | () |
| 25.- En la familia, a pesar de estar todos en casa - cada quien se la pasa solo | () | () |
| 26.- Cuando hay problemas en casa podemos comentarlo y llegar a una solución | () | () |
| 27.- Nuestros amigos son aceptados por la familia | () | () |
| 28.- Los miembros de la familia difícilmente dicen- lo que opinan | () | () |
| 29.- Cuando se juntan los integrantes de la familia es para discutir otras cosas menos para convivir con la familia | () | () |
| 30.- Los intereses y diversiones de la familia se com- parten o son comunes | () | () |

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

- 1.- WATTER WODESS. DROGAS "ALCOHOLISMO". TIME LIFE. 20 ED 1980.
- 2.- VELASCO F.R. ALCOHOLISMO TRILLAS 1988.
- 3.- J.S. MADDEN. ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA. MANUAL MODERNO 1986.
- 4.- AL-ANON FAMILY GROUPS
- 5.- EDWARDS. G. GROSS. ALCOHOL RELATED DISABILITIES WHOOPFFSET PUBLICATION. GINEBRA 1977.
- 6.- GRIFFITH EDWARDS. TRATAMIENTO DE ALCOHOLICOS. TRILLAS. 1989.
- 7.- RAFAEL VELASCO FERNANDEZ. ESA ENFERMEDAD LLAMADA ALCOHOLISMO TRILLAS 1988.
- 8.- AMERICANA PSYCHIATRIC ASSOCIATION. PREVARIOS DSM III-R-1988.PAG. 103.
- 9.- MARC. A. SCHOCKIT, AND COLS. CLINICAL IMPLICATION OF - DSM III DIAGNOSIS OF ALCOHOL ABUSE AND, ALCOHOL DEPENDENCE AM J. PSYCHIATRY 142-12 DECEMBER 1985,1403-1408.
- 10.- H. THOMAS MILHAN. JR. THE DIAGNOSIS OF ALCOHOLISMO. -- AM. J. PSYCHIATRIC. 175-183. JUNE-1988.
- 11.- M. SOUZA Y MACHORRO. ALCOHOLISMO CONCEPTOS BASICOS. MANUAL MODERNO 1988.
- 12.- DR. HUGO VILCHIS LICON. ALCOHOL Y OTROS FACTORES HUMANOS CONDICIONANTES DE ACCIDENTES DE TRANSITO. SALUD PUBLICA DE MEXICO VOL. 29 No. 4 JULIO-AGOSTO 1987.
- 13.- PSIC. CARMEN MAS CONDES Y COLS. VARIABLES MEDICAS Y SOCIALES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN MEXICO. SALUD PUBLICA, SE-OCT-1986.
- 14.- DR. G. CALDERON NAVAEZ. PATRONES DE BEBIDA EN EL MEXICANO RESULTADOS DE UNA INVESTIGACION DE LA OMS ACTA -- PSYQUIAT. PSICOL. AMERICA LAT 1983. 193-206.

- 15.- GORGE-VRAMONTES REVIEW OF DRUG EFFECTIVENESS EN THE TRATMENT OF ALCOHOLISM. AMER. J. PAYCHIAT - JUNE 1972.
- 16.- DR. JAMES R. TZIVANIS. ALCOHOLISMO; CUIDADOS -- PRIMARIOS MUNDO MEDICO JUNIO 1981.
- 17.- DR. JORGE ESCOTTO. TRATAMIENTO Y REHABILITACION DEL ALCOHOLICO REY HOSPITAL GENERAL VOL. XLII - No. 3 marzo 1979.
- 18.- JAVIER SANTACRUZ VARELA. LA FAMILIA COMO UNIDAD DE ANALISIS REV. IMMSS VOL. 2 No. 4 1983.
- 19.- R.W. LATCHAM. FAMILIAL ALCOHOLISM: EVIDENCE - - FROM 237 ALCOHOLIC BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY (1985) 147,54-58