

11241
5
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"

PREDISPOSICION AL ALCOHOLISMO EN MEDICOS RESIDENTES
EN PSIQUIATRIA.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO PSIQUIATRA
P R E S E N T A

ALEJANDRO DE JESUS CABALLERO ROMO



México, D.F.

Febrero, 1990.





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

No cabe duda que el consumo de alcohol existe en nuestro país como una situación importante y seria, desde el punto de vista de salud comunitaria. Así, el alcoholismo, o mejor aún, el síndrome de dependencia al alcohol, no afecta sólo a quien la padece sino se enlaza en forma constante a una triple problemática de carácter individual, familiar y social, siendo la gravedad equiparable con el padecimiento, por lo que hay que tomar en cuenta que una intervención especializada, lo más temprano posible, constituye una de las claves para la limitación y la superación de los múltiples riesgos y complicaciones generados por esta grave farmacodependencia. Uno de los requisitos para el logro de este objetivo, es el diagnóstico precoz del paciente alcohólico.

Por lo anterior, Barba (1983), menciona que el incremento de la ingesta de bebidas alcohólicas enfocado hacia la salud pública, motiva que se realicen investigaciones que obedecen a condiciones predominantes de la sociedad, donde su atención requiere de constantes estudios epidemiológicos para conocer sus diferentes modalidades de presentación.

Así, como comenta Casillas (1983) el hábito de consumir alcohol se adquiere en la juventud y ya presentado, es difícil de eliminar por lo que entre más se conozca sobre las características que tiene su consumo entre los jóvenes, mayor es la posibilidad de plantear acciones concretas que permitan su control.

La juventud es el período donde existe mayor preocupación social respecto al consumo de alcohol. En todo el mundo hay una tendencia a que los jóvenes beban más, por lo que la Organización Mundial de la Salud en 1980, destacó que cada día beben más los jóvenes y entre ellos, el incremento mayor se encuentra en la mujer.

Y ya que las fiestas juveniles son vistas como una buena ocasión para consumir alcohol, su uso se hace que se facilite el establecimiento de relaciones sociales y fomenta la expresión de sentimientos que de otra manera permanecerían ocultos, al mismo tiempo que el fácil acceso de adquirir las bebidas alcohólicas, se incrementa por la gran publicidad que actualmente se proyecta y que motiva principalmente a la población juvenil.

En un estudio epidemiológico realizado en el Distrito Federal por Medina y cols. (1980) se encontró que las bebidas más consumidas son cerveza, vino, pulque y la proporción de hombres es doce veces mayor que la de las mujeres y que conforme aumenta la edad, se incrementa la frecuencia con que se bebe.

Debido a lo anterior, se hace indispensable enfocar la atención al problema del consumo de alcohol en los jóvenes.

Por lo que el fin de la presente investigación será descubrir si hay diferencias significativas en cuanto a la predisposición al alcoholismo en hombres y mujeres médicos residentes que se forman en un Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de México.

La necesidad de ésta investigación es obtener más datos acerca de este problema de salud pública, para así entender el fenómeno que afecta en varias formas la conducta y la salud de los jóvenes y por otra parte, plantear en el futuro programas de prevención y tratamiento para las futuras generaciones que presenten este problema, ya que se considera en México un problema prioritario de salud pública.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. PERSONALIDAD

1.1.1. POSTURAS TEORICAS

Para empezar a aclarar el tema que nos ocupa, que es predisposición al alcoholismo, este apartado dará una visión de los conceptos mas importantes de lo que es la personalidad, ya que en algunas entidades psiquiátricas se ha propuesto la existencia de una personalidad previa que favorece la aparición de ésta enfermedad.

De este modo, me propongo mostrar un panorama general de lo que es la personalidad y algunas de las teorías acerca de su génesis, para que podamos tener un punto de partida y mediante éste parámetro, determinar un tipo de personalidad alcohólica.

Una explicación clara de lo que es la personalidad y como está constituida es la que propone Guarnier (1984) donde afirma que la personalidad del individuo esta constituida por características y formas de conducta con las que funciona. Ello incluye sus rasgos, intereses, valores, imágenes, o dicho en otras palabras, la estructura que el ser humano integra dentro de sí. Cabe mencionar que la mayoría de las definiciones hacen referencia a la existencia de

varios factores que influyen en la formación de la personalidad, entidades, algunas que se dan desde el nacimiento y que interactúan - determinándose de manera distinta en cada individuo dadas las diferentes experiencias a las que un sujeto se somete en su relación - con el medio ambiente.

Allport (1973), menciona que la personalidad es la organización distintiva de tipos de adaptación, que no está formada al nacer el niño, pero que sin embargo comienza desde el nacimiento. Se entiende por ello que la personalidad no está determinada genéticamente en su totalidad, ya que desde el nacimiento empiezan a interactuar una serie de factores que dan como resultado un tipo único - de ésta.

Se puede decir, en lo que se refiere al desarrollo, que - en todas las experiencias anteriores, desde que el niño nace hasta la juventud, han moldeado en forma definitiva el carácter, formándose a lo largo de este proceso, los rasgos que darán un estilo de vida al adulto (Guarner, 1984).

A estas alturas es necesario hacer una diferencia en lo que se entiende como carácter y temperamento. La primera se refiere a los elementos que hacen diferir a un individuo de otro en la esfera psicológica, es decir, aquello que lo hace original. El carácter es definido por Fenichel (1952) en la forma habitual en como el Yo se ajusta ante el mundo externo, no siendo innato sino - aprendido. El mismo autor señala que el temperamento es una función del ello, siendo por lo tanto innato y está constituido por los fenómenos característicos de la naturaleza emocional de un individuo entre los cuales se encuentra su susceptibilidad ante la estimulación emocional, la calidad de su estado de ánimo predominante, ambas valoradas desde una base hereditaria.

Así, la personalidad debe considerarse como el producto de la interacción entre el organismo humano y el ambiente en el - cuál vive, ya que esto determina en forma definitiva una forma de

ser única. Desde este punto de vista, no caben las separaciones entre lo biológico, lo familiar, lo cultural o lo social, ya que muchos investigadores reconocen la importancia de ésta combinación.

Desde un punto de vista psiquiátrico el fenómeno de la personalidad incluye las manifestaciones externas de la conducta y las experiencias subjetivas del hombre. Henry Ey (1978), menciona que las relaciones entre el organismo y la historia del individuo son siempre problemáticas; de la misma manera como se puede admitir que la historia personal no puede estar tan solo contenida en las moléculas materiales del cuerpo o en los circuitos funcionales del aparato neurológico cerebral, sino que es una autoconstrucción que añade al organismo la organización del Yo. Así, pues la historia del individuo ayuda a formar la base de la personalidad y sus funciones tomando en cuenta al organismo biológico.

Freedman y cols (1984) afirman que la personalidad es la configuración habitual de la conducta de un individuo que refleja sus actividades físicas y mentales, sus actitudes e intereses, resultando una adaptación a la vida.

Otro factor importante para la formación de la personalidad es la cultura, la cuál la vá moldeando, dando soluciones ya preparadas y ensayadas para muchos problemas de la vida. Sería difícil que un individuo, basándose sólo en su propia experiencia inventase un lenguaje o un esquema de tratamiento médico, le es preciso basarse en experiencias de su propia raza. La cultura le ofrece soluciones ya preparadas, no siempre precisas, pero disponibles en todo momento (Allport, 1973).

Teniendo éste panorama, se hace necesario, en la estructura de la personalidad, tener un cierto margen de variabilidad, ya que para que se forme ésta plenamente desarrollada, deben figurar la constitución física, el carácter, el temperamento y la inteligencia, lo que lo hace diferente de otros seres.

Una definición que incluye claramente este concepto es la que propone Alexander (1979), donde explica que la personalidad es la capacidad de la totalidad del organismo de funcionar como un todo, como un individuo único, discernible, diferente de los demás miembros de la especie y de otros miembros del mismo grupo social. La personalidad es una función continua resultante de innumerables acciones recíprocas entre el individuo y su sociedad. En consecuencia, los seres humanos, son hábiles para soportar y mejorar el medio ambiente además de poseer el talento para relacionar el presente con el pasado, proyectándose hacia el futuro a través del pensamiento causal, lo que lleva a una condición predecible.

La personalidad, dice Stagner (1961), es un modo de vida individual, único de percibir el ambiente, con inclusión del propio sujeto, lo que lleva a la conclusión de que en última instancia cada persona es única en la forma en que funciona la veracidad, la cultura y su propia experiencia personal.

Así, teniendo una visión general de lo que es la personalidad, se puede decir que está formada tanto por características biológicas como medio ambientales, para dar como resultado un individuo único en forma de ser, de pensar, de sentir, de manejar los estímulos que le da el medio ambiente, etc. Esta capacidad se va desarrollando a lo largo de la infancia donde el tipo de relación con los padres es importante, hasta establecerse en la juventud donde éstos rasgos se proyectarán para la vida futura.

1.2. ALCOHOLISMO

1.2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS.

Desde las historias bíblicas se hace referencia al consumo de bebidas fermentadas y a los efectos que estas provocaron en quienes las ingerían. Las civilizaciones prehispánicas de Mesoamérica no fueron una excepción al igual que las culturas Tolteca y Maya.

Así, tal parece que el hombre, al volverse sedentario, extrajo de la tierra los instrumentos fundamentales para su supervivencia y se encontró en diversas formas el fenómeno químico de la fermentación de los azúcares probando en sí mismo los efectos farmacológicos del alcohol.

De esta manera fue sujeto de experiencias gratas y desagradables, admirándose de los cambios que operaban en su conducta, sin poder explicarlo, pero sí intentando utilizarlos para su beneficio en diversas situaciones (Fernández, 1983).

Ingerir bebidas alcohólicas ha sido un hábito que ha acompañado al hombre en su transcurso por los siglos y que no ha abandonado a pesar de los riesgos, los inconvenientes y los peligros de su

consumo.

Desde tiempo inmemorial, el hombre reconoce que su uso es perjudicial para el bebedor y para la comunidad en que éste se desenvuelve, pero no ha podido resistir la atracción por la euforia temporal, la sensación de autosuficiencia y el supuesto alivio de su angustia.

El concepto de alcoholismo se gestó en la primera mitad de éste siglo. El definirlo así, impuso un importante paso sobre las consideraciones que se tenían en cuanto al uso del alcohol como adicción, como una debilidad moral o religiosa.

Parece pues, que el hombre ha bebido alcohol desde hace por lo menos cinco mil años y no hay ninguna razón para suponer que lo ingería sólo para degustarlo. Tal vez el mas viejo producto que se hizo fermentar fué la miel, e igualmente existen datos que inducen a creer que el aguamiel de algunas plantas sirvió para hacer los destilados.

En el México Prehispánico, el alcohol, representado por el octil o pulque, dejó su huella en el aspecto social. La importancia del pulque se ve sobre todo en el papel que desempeñaba en la religión, los dioses de la bebida y de la embriaguez. También es verdad que desde aquella época, al pulque se le han atribuído virtudes curativas (Velasco, 1983).

De tal manera, el hombre antiguo descubrió que las bebidas alcohólicas se obtienen mediante la fermentación de diferentes azúcares. De ésta forma, el alcohol etílico o etanol (C_2H_5OH) pasó a ser el denominador común de las bebidas alcohólicas el cual se encuentra en un 50% como máximo en la mayoría de éstas (Freedman y cols., 1984).

El alcohol es una sustancia incolora, inflamable, que

tiene un efecto tóxico y ciertas cualidades como antiséptico por su acción germicida. En otro contexto, el alcohol es una sustancia que contiene calorías, pero que no posee ningún valor nutritivo.

La destilación es un proceso que sufren algunas bebidas alcohólicas, la cual produce una mayor cantidad de etanol en ellas. Las que se producen sólo de la fermentación poseen el valor nutritivo que les dan los otros ingredientes con los que están compuestas. Como ejemplo de las primeras cito al brandy, al whisky o al vodka; de las segundas menciono a la cerveza, al vino o al pulque.

1.2.2 DEFINICION

Desde que el fenómeno médico-social catalogado como alcoholismo existe, diferentes estudiosos han tratado de definirlo, dando como conclusión un sinnúmero de postulados desde diversos puntos de vista, por lo que al parecer, el concepto no ha quedado suficientemente claro.

En vista de lo anterior, se presentarán diversas definiciones con el objeto de tener una visión general del problema. En primer lugar se aclarará lo que NO es alcoholismo. La etapa de intoxicación aguda por etanol en el curso de unas cuantas horas convierte al bebedor en un sujeto "alcoholizado", y no se le puede catalogar como alcohólico; en otras palabras el alcoholismo no es lo mismo que "borrachera". Lo que importa en realidad no es si el sujeto bebe, sino si lo hace o no de manera responsable, de tal forma que no afecte ni a su salud ni a sus relaciones interpersonales.

Quedando aclarado lo anterior, a continuación se expondrán varias definiciones de lo que es considerado como alcoholismo.

El estudio del alcoholismo comienza verdaderamente a mediados del siglo XIX. Magnus Huss (1852), médico sueco, fué al parecer el primero que acuñó el término "alcoholismo" y denunció al alcohol como un factor de degeneración. En su concepto incluía: "todos los problemas triviales, o clínicamente reconocibles debidos al consumo excesivo de bebidas alcohólicas". Aquí ya se vislumbra que el alcoholismo interviene tanto en la salud como en el adecuado desenvolvimiento de la vida diaria.

La organización Mundial de la Salud (1950), definió este término como una forma de ingestión de alcohol que excede al consumo alimentario tradicional y a los hábitos sociales propios de la comunidad considerada, cualquiera que sea el origen de esos factores, - como la herencia, la constitución física o las influencias psicopa-

tológicas y metabólicas adquiridas. Este concepto incluye algunos de los factores etiológicos que pueden provocar la enfermedad.

Otras definiciones hacen énfasis en los trastornos de la conducta que necesariamente conllevan el exceso de ingesta etílica donde el alcoholismo es esencialmente un problema de comportamiento que se manifiesta por un exceso en el consumo de bebidas embriagantes, con la característica de ser irreductible por medio de los argumentos que generalmente influyen en la conducta humana; los problemas de salud, las nefastas consecuencias económicas, etc.; como lo expone Duchene.

En el Seminario Latinoamericano sobre Alcoholismo que tuvo lugar en Villa del Mar, Chile, en 1960; la Organización Panamericana de la Salud expuso una definición donde se explicó que el alcoholismo es un trastorno crónico de la conducta caracterizado por la dependencia al alcohol, expresado a través de dos síntomas fundamentales: la incapacidad de detener la ingesta alcohólica una vez iniciada, y la incapacidad de abstenerse de esta sustancia. La importancia de esta definición es que califica al alcoholismo como una enfermedad crónica e introduce el término de dependencia, el cual es característico de este padecimiento.

Por otro lado, la American Medical Association (1973) definió al alcoholismo como una enfermedad caracterizada por la preocupación constante por el alcohol y la pérdida del control sobre su consumo, lo que habitualmente conduce a la intoxicación una vez que se comienza a beber, por su cronicidad, su proceso y su tendencia a reincidir. Se le asocia típicamente con impedimentos físicos y deterioro emocional. Aquí se reafirma en forma implícita la dependencia, y a su vez la tendencia a que se reincida nuevamente, dando como resultado trastornos tanto físicos como de personalidad.

Completando la idea anterior, Guerra (1977) propone que

el alcoholismo es un desorden conductual, crónico, manifestado por el consumo repetitivo de bebidas alcohólicas, excediendo el uso dietético y social de la comunidad en una medida que interfiere con con la salud del bebedor o con su funcionamiento social o económico.

Kolb (1983) dice que algunos autores definen al alcoholismo como un estado en el que el individuo muestra uno de los siguientes rasgos:

- a) efectos psicológicos o medicos graves debidos a los episodios repetidos de intoxicación.
- b) incapacidad para controlar el deseo de beber.
- c) conducta socialmente inapropiada mientras que el individuo esté intoxicado.
- d) insatisfacción de la familia, la sociedad o del individuo mismo ante el patrón de ingestión alcohólica anormal.

De la misma forma, el DSM III-R describe al abuso y la dependencia de alcohol dentro de los Trastornos por Uso de Sustancias Psicoactivas en su edición 1988 en español. Refiere tres patrones de uso que se enlistan a continuación:

- a) Consumo regular y diario de grandes cantidades.
- b) Consumo abundante limitado regularmente a los fines de semana.
- c) Largos períodos de sobriedad entremezclados con períodos de embriaguez diaria a raíz de consumir grandes cantidades de alcohol durante semanas o meses.

Así también, señala que se comete un error cuando se asocia exclusivamente uno de estos patrones al "alcoholismo".

Menciona además un tipo de alcoholismo al que llama "gama" que implica problemas de control, o dicho de otra forma, cuando el sujeto comienza a beber no se puede detener hasta que hasta que se presentan limitaciones físicas o financieras; y después de detenerse, el sujeto es capaz de tener períodos de abstinencia de duración variable.

Otra definición, que al parecer completa las ideas anteriores, es la que propone Freedman y cols. (1984) quien desde un punto de vista psiquiátrico señala: "El alcoholismo es un trastorno de conducta crónico manifestado por una preocupación desmedida por el alcohol y su utilización, en detrimento de la salud física y mental por pérdida del control cuando se empieza a beber y por una actitud autodestructiva en las relaciones personales y situaciones vitales".

Una última conceptualización acerca del alcoholismo es la del Dr. Mark Keller, del Centro de Estudios sobre el Alcohol de la Universidad de Rutgers, que en 1958 expuso: "El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto en el que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo".

En ella se señala que el alcoholismo es una enfermedad, y como tal, se clasifica entre los problemas de salud, donde se toma en cuenta la etiología, la sintomatología, el diagnóstico, la rehabilitación y el tratamiento. También se destaca su cronicidad, que resulta en la dependencia. Hace también referencia a la imposibilidad de dejar de beber, confirmándose lo anterior; resultando en un proceso invalidante y progresivo, que en no pocas ocasiones lleva al sujeto a la muerte. Esta definición, a mi parecer, engloba el problema con todas sus facetas, y ofrece una idea clara del problema.

1.2.3 CLASIFICACION

1.2.3.1 Clasificación del Alcohol como Sustancia.

Una droga, para ser considerada como tal, debe tener varias características específicas que de una u otra manera, por su composición, al ser introducida al organismo crea cambios psíquicos y/o físicos; que en su uso pueden tener un fin médico, aunque no necesariamente. La farmacodependencia resulta de un estado psíquico, y en ocasiones, también físico, resultante de la interacción entre un organismo y un fármaco que ocasiona modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre una impulsión a procurarse la sustancia en forma continua para exprimentar nuevamente sus efectos psíquicos, y algunas veces, para evitar los síntomas que suscita la privación de la droga.

Se considera al alcohol como una droga, ya que cuenta con los elementos necesarios para ello, descritos anteriormente. El alcohol produce dependencia, síndrome de abstinencia y tolerancia.

Por último, y para evitar confusiones, se dice que una droga es un medicamento, cuando se le utiliza con fines terapéuticos, y cuando éstas se convierten en sustancias de abuso se denominan simplemente drogas o fármacos, utilizándose estos dos últimos términos como sinónimos.

Se describen dos tipos de drogas:

1. PSICOTROPICAS.- Son las que producen un cambio en la psique del individuo y se dividen en:

a) Drogas que producen importantes efectos psicoterapéuticos, pero que no producen dependencia ni son drogas de abuso.

b) Drogas que tienen una acción terapéutica importante y que producen dependencia psicológica y física, siendo drogas de abuso.

c) Drogas que no tienen aplicación médica, pero que son drogas de abuso y que producen dependencia. Aquí se puede incluir

al alcohol.

2. NO PSICOTROPICAS.- No producen en la psique efecto alguno.

Dada la clasificación anterior, el alcohol es una droga psicotrópica, ya que produce cambios en la psique y es de abuso, alterando las funciones orgánicas de manera importante.

Por lo anterior, se concluye que el Alcoholismo es una Farmacodependencia.

1.2.3.2 Clasificación del Alcohol por Niveles de Ingestión.

El Dr Jellinek realizó una clasificación basada principalmente en el nivel de gravedad de su ingestión, así como en las complicaciones físicas y la dependencia psicológica y/o física del alcohol, resultando en 5 formas distintas de alcoholismo, a las que les dió el nombre de letras griegas:

ALFA.- Es una dependencia exclusivamente psicológica ya que el alcohol dá al individuo un alivio a sus molestias físicas o a sus conflictos emocionales. Aquí no aparece pérdida del control, ni la incapacidad de abstenerse, es una forma neurótica de consumo de alcohol.

BETA.- Es caracterizada por las complicaciones que produce una ingestión excesiva y prolongada de alcohol como gastritis, polineuritis, etc. No hay dependencia física ni síndrome de abstinencia.

GAMA.- Aquí ya hay dependencia física y psicológica, con pérdida del control o pérdida de la libertad para moderarse en la bebida, presentándose el síndrome de abstinencia.

DELTA.- Hay dependencia psicológica y física, y a diferencia del anterior, el individuo no puede abstenerse de la bebida ni aún solo por unos cuantos días. Hay síndrome de abstinencia.

EPSILON.- Es el alcoholismo periódico, también llamado dipsomanía. No debe confundirse con el tipo Gama que también tiene períodos de abstinencia.

Estos son los tipos de alcoholismo, dentro de los que caben prácticamente todos los sujetos alcohólicos.

1.2.3.3. Clasificación del Alcohol por entidades nosológicas.

En la mayoría de los casos el alcohol es el medio por el cual, problemas graves antiguos de la personalidad salen a flote. En otras circunstancias, la interacción entre factores psicológicos y fisiológicos es más compleja y se dan una variedad de psicosis alcohólicas como consecuencia de la intoxicación por alcohol. La mayoría de estos padecimientos se dan de acuerdo al tiempo de evolución, siendo algunos crónicos (de larga duración y por lo regular incurables) y otros agudos (de corto tiempo).

Estos padecimientos se presentan en alcohólicos crónicos caracterizándose el cuadro clínico y síntomas demenciales que afectan al intelecto (funciones intelectuales superiores) que provocan patologías de tipo somático. Todas estas patologías se deben básicamente más que a la ingesta a problemas de nutrición y avitaminosis. Algunas de las entidades nosológicas que más se presentan son:

INTOXICACION ALCOHOLICA AGUDA.- En este diagnóstico se incluyen los síntomas agudos cerebrales de dimensiones psicóticas. Es el típico borracho que como su nombre lo indica, es una intoxicación pasajera.

DETERIORO ALCOHOLICO.- Es un síndrome cerebral crónico con disminución de la memoria, del juicio y desorientación y alude al estado de amnesia total que puede desarrollar a la larga el alcohólico crónico.

INTOXICACION PATOLOGICA.- Es una psicosis alcohólica aguda que produce con la ingesta de pequeñas cantidades de alcohol. -

Se dá en individuos con daño cerebral subyacente y también en personas con rasgos hitéricos o epileptoides, con bajo coeficiente intelectual. El comienzo es brusco y espectacular donde hay una disminución del nivel de conciencia, confusión y desorientación, sufren alucinaciones visuales y auditivas, hay gran agitación, son impulsivos y agresivos, incluso destructivos. Los componentes emocionales son rabia, ansiedad y depresión y son frecuentes los intentos suicidas. Este trastorno puede durar horas o días terminando en un período prolongado de sueño, con amnesia para el episodio tras despertar.

DELIRIUM TREMENS.- Es una psicosis aguda que dura poco tiempo, producida por el uso excesivo y prolongado del alcohol y por la privación brusca de esta sustancia. Se caracteriza por estado confusional, signos y síntomas neurovegetativos tales como fiebre, taquicardia, cólicos abdominales, temblor fino generalizado, y en ocasiones crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas, así como trastornos sensoriales como alucinaciones visuales y táctiles principalmente. Existe insomnio y de no ser tratado a tiempo este trastorno puede llevar a la muerte.

ALUCINOSIS ALCOHOLICÁ.- También, como el delirium tremens, resulta de una abstinencia etílica al suspenderse bruscamente la ingesta de alcohol. Se caracteriza por aparición de alucinaciones visuales y táctiles principalmente que generalmente aterrizan al paciente y en esta entidad la conciencia se conserva clara. Puede resolverse espontáneamente, no obstante merece atención psiquiátrica y en muchas ocasiones intrahospitalaria.

ENCEFALOPATIA DE GAYET-WERNICKE.- El comienzo es progresivo en alcohólicos crónicos manifestándose ansiedad, insomnio, inactividad y datos neurológicos de polineuritis. Se asocia a un estado de confusión mental y puede haber parálisis ocular, nistagmus, fotofobia; y puede evolucionar hacia el coma y la muerte en un período de una a dos semanas.

PSICOSIS POLINEURITICA ALCOHOLICA DE KORSAKOFF.- Se observan distimia, apatía, dolores de cabeza, dismnesia, amnesia de fijación, fabulación. Se piensa que hay lesión de los cuerpos mamilares y que esta ocasiona los trastornos en la memoria. También se presentan signos polineuríticos como dolores, parestecias, abolición de los reflejos tendinosos, atrofia muscular, etc.

1.2.4. ETIOLOGIA.

Para la mejor comprensión del alcoholismo y de sus problemas asociados, se debe hacer incapié en que los investigadores en la materia están de acuerdo de que no existe una causa simple, sino una interacción complicada de factores fisiológicos, psicológicos y sociales que originan y desarrollan esta grave farmacodependencia. Así también, Velasco (1983) afirma que todo defecto genético, funcional, metabólico o nutricional, necesitan interacción de otros factores como los psicopatológicos y los socioculturales, para que se adquiera una relevancia para la precipitación del alcoholismo.

De acuerdo con el Dr. Plau, (Velasco, 1984), los individuos que mayores posibilidades tienen de convertirse en alcohólicos, son aquellos que:

- a) responden a las bebidas alcohólicas en una cierta forma (quizá de terminada fisiológicamente), que les hace experimentar intenso alivio y relajación.
- b) Poseen ciertas características de la personalidad que les impide enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración.
- c) pertenecen a culturas a las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor.

Por otro lado, ciertas condiciones socioeconómicas importantes llevan al consumo excesivo de alcohol como el aumento del desempleo, los estilos de vida que exigen competencia y que provocan angustia, la dificultad de adaptación al medio ambiente urbano de la población migratoria, la depresión económica, etc. (Benavides, 1983).

Velasco (1984) y otros autores han señalado que las investigaciones más dignas de crédito demuestran que los grupos sociales con menor número de alcohólicos tienen las siguientes características:

- los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siem-

pre dentro de un grupo familiar unido, en poca cantidad y muy diluídas.

- generalmente las bebidas mas consumidas son las de alto contenido de componentes no alcohólicos.
- las bebidas se consideran principalmente como alimentos y se consumen generalmente en las comidas.
- los padres son ejemplos de consumidores moderados
- no se dá a las bebidas alcohólicas ningún valor subjetivo. Así, el ingerirlas no es virtuoso no vergonzoso, ni prueba que el bebedor sea más viril.

- La abstinencia es una actitud socialmente aceptada
- en cambio no es socialmente aceptable el exceso en el beber, que conduce a la intoxicación.
- finalmente existe un acuerdo completo en lo que puede llamarse "reglas del juego en el beber".

Por otro lado los factores denominados psicopatológicos también se han analizado con frecuencia, por lo que se han establecido hipótesis sobre la existencia, "de una personalidad prealcohólica", sobre la "homosexualidad latente", privaciones emocionales de la infancia, etc. (velasco, 1983). Por lo tanto los estudios que han sido realizados en este campo, han reafirmado la idea de que aún cuando el alcoholismo no es resultado invariable de un tipo de personalidad único, ciertos tipos de personalidades, sometidas a determinadas tensiones circunstanciales, están particularmente predispuestas al alcoholismo como un medio de ajuste.

Es por esto que, aunque existen gran variedad de teorías que tratan de explicar la etiología del alcoholismo, hay gran cantidad de circunstancias significativas en torno al alcohol.

Finalmente, Velasco comenta "en general, los estudiosos coinciden en la existencia de factores orgánicos o fisiológicos, psicológicos y socioculturales vinculados al consumo excesivo de be-

bidas alcohólicas, todos ellos deben ser tomados en consideración si deseamos comprender la problemática que nos ocupa" (1983).

1.2.5. ASPECTOS FISIOLÓGICOS.

El alcohol es considerado como un depresor del Sistema Nervioso Central, actuando en primer término sobre los centros nerviosos que controlan la conducta. De este modo, conforme aumenta la concentración de alcohol en sangre, se pierden el juicio crítico y la racionalidad.

MECANISMO DE ABSORCIÓN.- Cuando el etanol llega al estómago, se absorbe el 20% de lo ingerido, a través de las paredes de éste, y el otro 80% se absorbe a su paso por el intestino delgado. La velocidad con que el alcohol abandona estos órganos depende de la cantidad y del tipo de comida presentes en ellos, del tipo de bebida ingerida, y de la concentración alcohólica de ésta.

Una vez absorbido, se distribuye en forma uniforme en los líquidos del organismo.

EFFECTOS EN LA SANGRE.- El nivel de alcohol en la sangre se cuantifica en miligramos de alcohol etílico por 100 mililitros de alcohol en la sangre. Al respecto, Kolb (1983) indica que en general una persona esta intoxicada cuando tiene una intoxicación de 150 mgs. o más en 100 ml. en sangre. Cuando el alcohol sanguíneo alcanza los 200 mgr. por 100 ml. aparecen los primeros síntomas leves de intoxicación los cuales aumentan cuando los niveles de etanol son de 250 a 450 mgr. por 100 ml., y la dosis puede ser mortal cuando alcanza de 500 a 700 mgr. por 100 ml..

Cuando se presenta tolerancia se han observado cantidades de hasta 1000 y 1200 mgr. por cada 100 ml., probablemente por la habituación de las células del Sistema Nervioso Central a la sustancia.

EFFECTOS SOBRE EL CEREBRO.- Los signos de intoxicación comienzan a apreciarse tan pronto como el alcohol ha extrado al cerebro. Cuando hay un nivel de alcohol del 0.05% en la sangre, disminuye las inhibiciones, se afecta el juicio, y se obtiene una sensación de li-

bertad. Cuando la concentración alcanza niveles cercanos al 0.10% se afectan los movimientos y la locución. Cuando llega a un nivel del 0.20% se observa una afección más acentuada de los movimientos voluntarios y hay cambios emocionales evidentes. Cuando se obtiene un 0.30% de concentración, la sensopercepción se ve afectada y hay manifestaciones de confusión mental. Entre el 0.40% y el 0.50% la persona entra en estado de coma. Al entrar al 0.60% los centros responsables de la respiración y de la frecuencia cardíaca interrumpen su función, sobreviniendo la muerte.

Algunos autores mencionan las siguientes etapas clínicas de la intoxicación etílica:

- a) PRIMERA ETAPA.- el sujeto se ve relajado, comunicativo, social, desinhibido.
- b) SEGUNDA ETAPA.- conducta esencialmente emocional, errática, hay pobreza del juicio y del pensamiento. Se observan problemas sensorio-motrices.
- c) TERCERA ETAPA.- confusión mental, marcha atáxica, visión doble, alteraciones conductuales como llanto, agresividad o miedo. Disartria y alteraciones en la comprensión del lenguaje.
- d) CUARTA ETAPA.- incapacidad para sostenerse de pie, vómitos, incontinencia de la orina, estupor, sopor.
- e) QUINTA ETAPA.- inconsciencia (estado de coma), ausencia de reflejos, y sobreviene la muerte.

MECANISMOS DE ELIMINACION.- El 70% del alcohol es eliminado a través de las 12 primeras horas y el resto después de las 24 horas. - El proceso de eliminación se realiza a través de los pulmones, de los riñones, de las glándulas sudoríparas, del jugo gástrico, de la saliva, del semen y de otras secreciones; así como también el metabolismo hepático ayuda en forma importante a eliminar la sustancia, mediante un proceso oxidativo donde el alcohol es transformado en acetaldehído, el cual se oxida rápidamente para formar acetato que a su vez se convierte en bióxido de carbono y agua.

En cuanto al acetaldehído, varios autores lo han señalado como el responsable de la dependencia ya que existe una hipótesis donde se postula que los alcohólicos tienen un defecto en el metabolismo del acetaldehído. Otros autores señalan que, esta sustancia es la responsable de la tolerancia y que a nivel cerebral compite con neurotransmisores.

1.2.6. ASPECTOS PSICOLOGICOS.

La teoría psicoanalítica postula que el alcoholismo se debe a intensas influencias orales en la infancia. El alcohol produce una alteración en el estado de ánimo y una reorientación consecuyente de los procesos del pensamiento, ocasionando niveles regresivos, obteniéndose así una gratificación, por lo que el alcohol proporciona una huida de la realidad (Freedman y cols., 1983).

En "Tres Ensayos sobre la Teoría de la Sexualidad" (1905), Freud explica que en los niños, la zona erógena de los labios adquiere gran significación y si esta región permanece activa en su significado, varias de estas personas fumarán o beberán en la vida adulta, por lo que el uso de drogas implica una regresión oral profunda, que conduce a poseer componentes compulsivos, utilizándolos para combatir el estado depresivo.

Al respecto, Fenichel (1966), ubica el síndrome de dependencia del alcohol en un lugar intermedio entre las neurosis obsesivas y las perversiones, denominándolo Neurosis Impulsiva. De éste modo, los dependientes a las drogas, sienten el impulso a utilizarlas e igualmente sienten compulsión a llevar a cabo de nuevo la acción. En cuanto a esta impulsividad, los alcohólicos delatan la irresistibilidad característica, diferente a la que presenta una pulsión normal. Esta irresistibilidad se refiere a que estas personas no son capaces de tolerar tensiones. Cualquier cosa que necesiten, deben conseguirla inmediatamente.

Este mismo autor menciona que el origen y la naturaleza de la farmacodependencia no reside en el efecto químico de la droga, sino en la estructura psicológica del individuo. El factor decisivo es una personalidad premorbida, y para las persona dependientes del alcohol, esto tiene un significado específico. Significa para ellos la realización de un deseo profundo y primitivo que sienten de una

manera apremiante, más de lo que es el caso para los anhelos instintivos (ya sean sexuales o de otra índole) en las personas normales. Inicialmente, la persona pudo haber buscado únicamente consuelo, pero termina usando el efecto de la droga para la satisfacción de otra necesidad interior. La persona se hace dependiente de este efecto y esta dependencia se hace tan abrumadora como para anular cualquier otro interés.

Se quebranta la organización genital y se inicia una extraordinaria regresión. Los diversos puntos de fijación determinan cuales sectores de la sexualidad infantil (complejo de Edipo, conflictos de masturbación, y en especial, los impulsos pregenitales) pasaran al primer plano, y finalmente la libido queda transformada en una energía amorfa de tensión erótica, sin características diferenciales o formas de organización. Se hallan fijados a una necesidad narcisista-pasiva y sólo muestran interés en el logro de su gratificación. Desde el punto de vista erógeno, en la elación por las drogas, nuevamente coinciden, visiblemente, las satisfacciones eróticas con las narcisísticas, siendo esto lo decisivo.

Freud menciona sobre el tema lo siguiente: "Se me ha ocurrido que la masturbación es el primero y único de los grandes hábitos (adicción), y que todas las demás adicciones, como la del alcohol, la morfina, el tabaco, etc., sólo aparecen en la vida como sustitutos y reemplazantes de aquella".

Del mismo modo, Sillman (1959) dice que el uso de drogas representa primeramente la masturbación genital, acompañada de fantasías y contenidos apropiados. Igualmente enfatizó la oralidad de los adictos, los cuales reemplazan las relaciones objetales por el odio, expresado en términos de devorar y destruir al objeto. Considera todas las adicciones como una protección contra la depresión resultado de la introyección de un objeto amado frustrante. El adicto sólo tiene relaciones objetalesseudolibidinales y su

único objeto externo real es el alcohol, en el caso de dependencia a esta sustancia. La adicción del alcohólico presenta un carácter autodestructivo en donde se encuentra una manifestación de la pulsión de muerte. Como ya se vió, el factor decisivo es la personalidad premorbida, ya que, a partir del encuentro con la droga, el sujeto no puede desligarse de ésta, conduciéndose hacia su autodestrucción.

Por otro lado, existe en el farmacodependiente una disfunción del superyó y de otras identificaciones, lo que concuerda con el mismo punto de varios autores, ya que la identificación (incorporación o introyección) es la modalidad de la relación objetal en la etapa oral.

Fenichel (1966) señala que la complicación decisiva en la psicología de los dependientes del alcohol esta representada por la creciente insuficiencia de la elación alcanzada. Circunstancias fisiológicas y psicológicas, aún no investigadas, se oponen a la suficiencia y aún a la aparición de la elación. La persona se ve obligada a recurrir a dosis más elevadas a intervalos más cortos. La falta del efecto intensifica el anhelo.

La elación específica del alcohol se caracteriza por el hecho de la inhibición y las consideraciones sobre la realidad que tienden a refrenar al individuo, desaparecen de la conciencia antes que los impulsos instintivos, de modo que la persona que no tiene el atrevimiento de realizar actos pulsionales consigue a la vez, con la ayuda del alcohol, satisfacción y alivio. El superyó ha sido definido como aquella parte de la psique que se "diluye" en el alcohol. Por ello, esta sustancia ha sido utilizada por su poder de ahuyentar la inquietud. Los obstáculos parecen menores y la satisfacción de deseos más cerca, en algunas personas, por la disminución de las inhibiciones, y en otras, por el abandono de la realidad y su sustitución placentera de sueños diurnos.

Es así que se ha dilucidado que entre las razones que

hacen al individuo consumir alcohol están la existencia de frustraciones externas combinadas con inclinaciones depresivas.

En los alcohólicos crónicos, constelaciones familiares difíciles han creado frustraciones orales específicas en la infancia. Este tipo de frustraciones dá origen a fijaciones orales, con todas las consecuencias que dichas frustraciones tienen para la estructura de la personalidad. En los varones estas frustraciones dan lugar a tendencias homosexuales, mas o menos reprimidas. Los impulsos inconscientes de los alcohólicos son típicamente homosexuales.

Al respecto, Knight (1937) apunta que los padres de los alcohólicos presentan determinadas características comunes: un padre inconsecuente, frío e inafectivo, que casi siempre actúa en forma dominante y que envía a su hijo dobles mensajes que varían de la severidad a la condescendencia. Continuamente el hijo reacciona con resentimiento y la bebida puede significar una vuelta a la adolescencia en contra de la figura paterna, por lo que trata de recuperar la autoestima que se encuentra disminuída debido a las actitudes del progenitor a través de la bebida; una madre excesivamente indulgente y sobreprotectora que trata de calmar al niño a través de pautas repetitivas de gratificación oral, lo que provoca a lo largo de la vida que el individuo busque pasividad en las personas que lo rodean. Como consecuencia de esto, el niño no puede desarrollar el autocontrol, por lo que reacciona con rabia cuando se frustra, al igual que el individuo que se embriaga. Este conflicto emocional provoca una respuesta impulsiva a la frustración que lo lleva a tener rabia y culpabilidad, necesitando de una reparación masoquista que se obtiene de los efectos farmacológicos del alcohol.

Así, este autor piensa que el deseo de beber es una búsqueda del pecho materno, pero al mismo tiempo constituye un desafío en contra de: la sociedad, la moral y los padres. Después de

que ha pasado la intoxicación, el sujeto se encuentra disgustado y deprimido consigo mismo y la confianza en el efecto mágico del alcohol se sostiene, y los adictos a el piensan que las personas que lo rodean serán igualmente indulgentes como lo fué su madre.

Otra característica notable entre los bebedores es la que explica Sillman (1959) donde dice que la necesidad de quebrar todo acoplamiento de dependencia con los objetos amados es la más importante, ya que según dice, en los años tempranos esto se manifiesta muy a menudo en actitudes de desvío frente a los padres. Después, esta mismo situación vuelve a aparecer en el deseo de no depender de los lazos maritales. El autor resume la tríada alcohólica con tres características esenciales:

- 1) búsqueda de la fusión con los objetos
- 2) desarrollo de la agresión no resuelta
- 3) actitudes dependientes hacia las personas queridas.

Así, el psicoanálisis subrayó la importancia de una personalidad premórbida oral narcisista donde varios autores se refiere a la pasividad, la autodestrucción, la culpa, los rasgos infantiles, la ansiedad y la regresión oral del alcohólico (Armendariz, 1984).

De esta manera, los adictos son personas que tienen una predisposición a reaccionar a los efectos del alcohol de una manera específica, es decir, de una manera tal que tratan de usar éstos efectos para satisfacer el arcaico anhelo oral que es un tipo de anhelo sexual, una necesidad de seguridad y una necesidad de conservar la autoestima, o para decirlo de otra forma sustituyen la realidad tal cual es por la perentoriedades inconscientes que lo determinan, creándose metas y apetencias que tienden al equilibrio de ansiedades intensas por lo que se presentan de manera narcisista y omnipotente.

Así, el alcohol es buscado por se fuente de sensaciones

que corresponden a contenidos internos del individuo que no fueron o no han sido satisfechos de otra forma, por lo que hay una complementariedad de factores, objeto y sujeto se corresponden.

Sin embargo en ésta correspondencia debe existir una predominancia de alguno de los dos factores. Mucha gente puede probar el alcohol e inclusive embriagarse, pero sólo algunos se convierten en alcohólicos. Se considera por lo tanto la existencia de una estructura psíquica donde reside una predisposición (la predominancia) a reaccionar de manera tan particular a la sustancia etílica.

1.2.7. ASPECTOS SOCIALES.

Las teorías sociales establecen que no sólo se necesitan conocer las tensiones y las frustraciones individuales del alcohólico, sino también la actitud social hacia el alcohol en el grupo social en el que se desenvuelve el individuo. La costumbre de ingerir bebidas alcohólicas para simbolizar un sentimiento comunitario y de unidad es común en la cultura moderna. Por lo tanto, en el medio urbano, las costumbres sociales hacen que se facilite cada día más el desarrollo del alcoholismo. Casi siempre se bebe dentro de grupos sociales determinados por la clase social, ocupación y status, lo que hace que se vayan desarrollando las normas de bebida (Armendáriz, 1984).

Se afirma que los patrones de ingestión se basan, varían y están influenciados por las normas culturales y los valores de las diferencias sociales. En este contexto, debe ser analizado el papel del alcohol como factor de cohesión e integración social, así como su participación como elemento de prestigio.

En esta línea, Avila (1983) apunta que las actitudes sociales por otra parte, favorecen la tendencia hacia la ingestión de alcohol, ya que se sabe que es el único agente farmacológico aceptable con el que la intoxicación autoinducida es social en el mundo occidental y se encuentra profundamente arraigada dentro de la estructura social contemporánea, consumiéndose de manera natural, como se ha dicho, en toda clase de celebraciones familiares y sociales, por lo que el bebedor se vuelve un símbolo de status que se imita.

De esta forma, Calderón (1980) explica que en la sociedad mexicana, el alcohol es indispensable en todos los niveles económicos de todas las regiones del país. Gran parte de la vida social gira alrededor del alcohol: bautizos, graduaciones, recepciones, ascensos, días de pago, etc. En otras palabras, el alcohol ha llegado a

ser de tal manera tan importante en la vida del mexicano que el recibir una visita y no ofrecerle una copa se considera como una falta de educación.

En algunas de estas teorías sociológicas se encuentran algunas que aluden al supuesto de que la función primaria de las bebidas alcohólicas, en todas las sociedades consiste en reducir la ansiedad. Una de ellas es la que expone Horton (1983) donde afirma que el consumo de alcohol tiende a ir acompañado de la liberación de impulsos agresivos y sexuales; todas las sociedades deben inhibir en alguna medida la expresión de estos impulsos y reducir la tensión mediante el alcohol es, efectivamente, relajar la inhibición.

Otros autores han completado este punto y señalan el conflicto central que tiene la dependencia en el alcoholismo y han propuesto que el alcohol prevee la reducción de la ansiedad y la tensión, permitiendo la satisfacción de los deseos de dependencia.

Bacon (1975) describe a la sociedad grande como "anómica" caracterizada por rápidos cambios, controles sociales compartimentados, individualismo exhaltado junto a la interdependencia funcional, intensa competencia, movilidad e impersonalidad, en la cual el valor social del alcohol se realiza no solo porque proporciona alivio a los individuos sometidos a tensión, sino porque también ofrece un mecanismo necesario de integración social. La "anomia" que es en definitiva un estado psicológico especial en el que los individuos se sienten alienados en su propia sociedad (de la cual no asimilan sus valores éticos) facilita la compulsión a beber bebidas alcohólicas y en general, a usar drogas que generan dependencia.

Por otro lado, el desarrollo de esta enfermedad entre la población es un grave problema, ya que trae severas repercusiones, a parte de las ya vistas, como son las fisiológicas y las psicológicas, para la sociedad, entre las que se encuentran el ausentismo la

boral, los actos de violencia, los suicidios, los homicidios, las violaciones, los accidentes de tránsito y los accidentes laborales así como los altos costos que implican los servicios legales y los servicios de salud.

CAPITULO II

M E T O D O L O G I A

2.1. PROBLEMA

A todo lo largo de éste trabajo, se ha descrito cómo el hombre siempre ha tenido la inquietud por conocer cada día más acerca de los efectos que el alcohol produce en su organismo y en su conducta tanto a corto como a largo plazo.

Esto ha sido estudiado desde diferentes puntos de vista y desde los más variados aspectos, llegando a aclarar las lagunas que se van presentando en lo que se refiere a éste fenómeno así, se han realizado estudios que tienen como objetivo estudiar los efectos del alcohol o el desarrollo de la enfermedad que esta sustancia produce, enfocando su atención a la población masculina adulta, la más de las veces.

Estas investigaciones han dado a conocer resultados que amplían el conocimiento sobre esta enfermedad y gracias a ellas el estudio de ésta ha tomado nuevos caminos; se conocen los efectos del alcohol en el organismo como ente físico y social, se sabe que es una enfermedad crónica, cuáles son los factores que la promueven y que se manifiesta en la mayoría de los casos en la edad adulta, así como el de la existencia de una personalidad previa que lo facilita.

Todos estos hechos han atraído la atención de los investigadores hacia la diferencia entre sexos sobre el consumo de alcohol y la posibilidad de una profilaxis para evitar el alcoholismo.

Es por esto que se han tomado estos tres puntos, conjuntándolos en una pregunta de la que parte esta investigación, siendo ésta: ¿Existen diferencias en la Predisposición al Alcoholismo entre los hombres y las mujeres médicos residentes de la Especialidad en Psiquiatría en un Hospital Psiquiátrico del Sector Salud?.

Se escogió esta pregunta en particular ya que, a pesar de

que la muestra se restringe a la población de médicos residentes en Psiquiatría, el presente trabajo sirve para medir la diferencia en cuanto a la predisposición al alcoholismo entre sexos, y al ser ésta una población cultural y académicamente conciente del problema y socialmente expuesta a las circunstancias que lo provocan, lo creo útil por tratarse además de adultos jóvenes que pudieran convertirse en adultos alcohólicos.

2.2. OBJETIVO.

El objetivo general de este estudio es el buscar si existe diferencia en cuanto a la predisposición al alcoholismo entre hombres y mujeres médicos residentes de la Especialidad en Psiquiatría de un Hospital Psiquiátrico del Sector Salud, así como el determinar si hay diferencias significativas en cuanto al número de años cursados de la Especialidad.

2.3. VARIABLES.

Como variables independientes se encuentran:

- El sexo de los participantes
- El número de años cursados de la Especialidad:
 - RI para primer año
 - RII para segundo año
 - RIII para tercer año
- El rango de edad será entre 24 y 34 años.

Como variable dependiente se tomará la Predisposición al Alcoholismo que presentan dichas personas, la cual se definirá como la actitud que facilita la adopción de la enfermedad crónica de carácter físico, psíquico o psicossomático que se manifiesta como un desorden de la conducta y que se caracteriza por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto en que excede lo que se acepta socialmente y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo, y que fué medida con el Inventario que se utilizará en la inves

tigación (ver anexo).

2.4. HIPOTESIS.

Las hipótesis que surgen para la investigación son:

a) Para la variable independiente "sexo" (V_I):

Ho No existe diferencia estadísticamente significativa en la predisposición al alcoholismo entre hombres y mujeres residentes en Psiquiatría.

Ha Existe diferencia estadísticamente significativa en la predisposición al alcoholismo entre hombres y mujeres residentes en Psiquiatría.

b) Para la variable independiente "grado" (V_{II}):

Ho No existe diferencia estadísticamente significativa en la predisposición al alcoholismo entre los médicos residentes en Psiquiatría si se agrupan de acuerdo a los años que han cursado (RI, RII y RIII).

Ha Existe diferencia estadísticamente significativa en la predisposición al alcoholismo entre los médicos residentes en Psiquiatría si se agrupan de acuerdo a los años que han cursado (RI, RII y RIII).

c) Para la interacción de las variables independientes "sexo" y "grado" ($V_I \times V_{II}$):

Ho No existe diferencia estadísticamente significativa entre cada uno de los grupos del diseño de la investigación.

Ha Existe diferencia estadísticamente significativa entre cada uno de los grupos del diseño de la investigación.

d) Para la comparación de cada grupo del diseño respecto a los demás:

Ho₁ No existe diferencia significativa entre hombres y mujeres RI

Ha₁ Existe diferencia significativa entre hombres y mujeres RI

- Ho₂ No existe diferencia significativa entre hombres RI y hombres RII
- Ha₂ Existe diferencia significativa entre hombres RI y hombres RII
- Ho₃ No existe diferencia significativa entre hombres RI y mujeres RII
- Ha₃ Existe diferencia significativa entre hombres RI y mujeres RII
- Ho₄ No existe diferencia significativa entre hombres RI y hombres RIII
- Ha₄ Existe diferencia significativa entre hombres RI y hombres RIII
- Ho₅ No existe diferencia significativa entre hombres RI y mujeres RIII
- Ha₅ Existe diferencia significativa entre hombres RI y mujeres RIII
- Ho₆ No existe diferencia significativa entre mujeres RI y hombres RII
- Ha₆ Existe diferencia significativa entre mujeres RI y hombres RII
- Ho₇ No existe diferencia significativa entre mujeres RI y mujeres RII
- Ha₇ Existe diferencia significativa entre mujeres RI y mujeres RII
- Ho₈ No existe diferencia significativa entre mujeres RI y hombres RIII
- Ha₈ Existe diferencia significativa entre mujeres RI y hombres RIII
- Ho₉ No existe diferencia significativa entre mujeres RI y mujeres RIII
- Ha₉ Existe diferencia significativa entre mujeres RI y mujeres RIII
- Ho₁₀ No existe diferencia significativa entre hombres RII y mujeres RII
- Ha₁₀ Existe diferencia significativa entre hombres RII y mujeres RII

- Ho₁₁ No existe diferencia significativa entre hombres RII y -
hombres RIII
- Ha₁₁ Existe diferencia significativa entre hombres RII y hom-
bres RIII
- Ho₁₂ No existe diferencia significativa entre hombres RII y -
mujeres RIII
- Ha₁₂ Existe diferencia significativa entre hombres RII y muje-
res RIII
- Ho₁₃ No existe diferencia significativa entre mujeres RII y
hombres RIII
- Ha₁₃ Existe diferencia significativa entre mujeres RII y hom-
bres RIII
- Ho₁₄ No existe diferencia significativa entre mujeres RII y
mujeres RIII
- Ha₁₄ Existe diferencia significativa entre mujeres RII y mu-
jeres RIII
- Ho₁₅ No existe diferencia significativa entre hombres RIII y
mujeres RIII.

2.5. DISEÑO DE INVESTIGACION

Esta investigación es un estudio de campo ya que fué realizada en un medio natural que rodea al individuo, siendo posible tener una impresión general de la población en cuanto a sus resultados, pero careciendo de una manipulación de variables.

Respecto al tiempo, es un estudio transversal, ya que fué elaborado en un momento determinado, no importando las experiencias previas ni posteriores de los sujetos en la investigación.

En cuanto a la estrategia a seguir para apreciar el efecto de las variables independientes sobre la variable dependiente, se utilizó un diseño factorial del tipo "2 x 3" que puede diagramarse de la siguiente manera:

V_I SEXO

V_{II}
GRADO

	HOMBRES	MUJERES
R ₁	9	6
R ₂	5	1
R ₃	3	4

2.6. TIPO DE MUESTREO

La muestra tomada para la realización de este estudio, es del tipo no probabilístico ya que no todos los médicos residentes - en Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico referido, quedaron incluidos en ella, por motivos varios. Dado lo anterior, la representatividad y la adecuación a la muestra no permiten una generalización de los datos, ya que las características de la muestra no coinciden con las de la población en general, lo cual representa una limitación en el estudio.

La muestra se tomó de los médicos residentes en Psiquiatría de un Hospital Psiquiátrico del Sector Salud ubicado en la Delegación de Tlalpan en México, D.F.

Dichos médicos residentes realizan la especialidad en 3 años durante los cuales llevan un entrenamiento clínico con trabajo en piso con pacientes hospitalizados, en la Consulta Externa y en la consulta de urgencias donde realizan guardias cada 4 días. - Llevan, durante el segundo año una rotación por un Hospital Psiquiátrico Infantil que dura 6 meses, donde el trabajo es similar; y durante el tercer año, algunos realizan rotaciones en Hospitales Generales. En cuanto a su formación teórica, se les imparte clases tan-

to en el Hospital como en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El cuerpo de residentes tiene un rango de edad entre 24 y 34 años. Su escolaridad mínima es de nivel Licenciatura, habiendo obtenido el título de Medicina en diferentes universidades del país. No hay un estado civil en general, aunque es ligeramente predominante la población soltera.

2.7. ZONA DE ESTUDIO.

La muestra fué tomada de un Hospital Psiquiátrico ubicado al sur de la Ciudad de México que brinda atención especializada a la población general mediante los servicios de Consulta Externa, Hospital Parcial y Hospitalización. La población que utiliza estos servicios es de un nivel socioeconómico bajo proveniente tanto del Distrito Federal como de algunas entidades del país. - Además, se cuenta con un piso de Hospitalización subrogado para otras instituciones de salud que no cuentan con este servicio. Este hospital ofrece un curso de especialización en Psiquiatría mediante un entrenamiento teórico-práctico de 3 años de duración.

2.8. INSTRUMENTO.

El instrumento que fué utilizado para la realización de la presente investigación es un inventario para medir la predisposición al alcoholismo, el cuál fué diseñado por Gabriela Armendáriz (1984).

Este inventario consta de una serie de ítems, los cuales fueron tomados al hacerse una revisión al respecto, encontrándose un acuerdo entre ellos al proponer diversos rasgos que caracterizan la personalidad alcohólica o predisposición al alcoholismo, - concluyéndose que existen 18 rasgos que definen la personalidad -

alcohólica, los cuales se enumeran y definen a continuación:

- 1) Inmadurez de la Personalidad.- Yo débil. Proceso de desarrollo en un individuo que provoca cambios no ordenados de la conducta y cuya duración y modalidad son dependientes del ejercicio o experiencia.
- 2) Inseguridad.- Yo débil. Carencia de seguridad por lo que se hace o se piensa.
- 3) Sentimiento de Minusvalía.- Yo débil. Baja autoestima, autculpa, sentimiento de incomodidad e inferioridad.
- 4) Conducta Impulsiva.- Yo débil. Tendencia para actuar y pensar sin hacer planes.
- 5) Poca tolerancia a la Frustración.- Necesidad de satisfacción inmediata a sus impulsos, impaciencia.
- 6) Tendencia a crear Dependencia.- necesidad infantil de seguridad en las relaciones interpersonales.
- 7) Sentimiento de culpa.- Experiencia en la que se siente culpable y surge como resultado de un conflicto entre el superyó y los deseos agresivos y sexuales.
- 8) Problemas con la Autoridad.- Dificultad en relacionarse con la gente que le impone, que le ordena o que le manda.
- 9) Inadaptación Social.- Incapacidad para integrarse a un grupo. Dificultad para establecer relaciones interpersonales, evitando la intimidad.
- 10) Infertilidad afectiva.- Reacción exagerada ante las cosas. No se sienten queridos, no se dan a querer, evitan la intimidad.
- 11) Labilidad Emocional.- Fácil alteración del estado de ánimo. - Inestabilidad Emocional.
- 12) Soledad Existencial.- Sentimiento de soledad, carencia de una percepción interior de la vida.
- 13) Pensamiento Compulsivo.- Ideas fijas, ideas hipocondríacas.
- 14) Homosexualidad Latente.- Sentimiento de impotencia sexual, búsqueda de afirmación de su problema sexual.
- 15) Mitomanía.- Yo débil, mentirosos, negación de la conducta.
- 16) Depresión.- Sentimiento de profunda tristeza, decaimiento del

ánimo o de la voluntad, descenso de la actividad productiva, degano, desaliento por la vida.

17)Tendencia a la Fuga.- Evasión de la realidad.

18)Egocentrismo.- exagerada exaltación de la propia personalidad hasta considerarla como centro de atención y actividad general.

Exibicionismo. Sentimiento de poderío.

Se hicieron 10 ítems para cada uno de estos rasgos, elaborados de acuerdo a la bibliografía revisada, escogidos conforme el criterio personal del autor (Armendáriz).

Para la elección, se utilizó, "Método de Evaluaciones de Likert" (Method of Sumated Ratings), Likert, (1932). Dicho método consiste en la elaboración de un gran número de reactivos para aplicarse a la muestra piloto que represente la expresión de estudios. Cada reactivo estará representado por el siguiente tipo de escala:

()	Completamente de acuerdo
()	De acuerdo
()	Indiferente
()	En Desacuerdo
()	Completamente en Desacuerdo

El sujeto debe indicar con una X en cualquiera de los 5 paréntesis su posición respecto al reactivo. Cada uno de éstos recibe una calificación del 1 al 5 según la posición indicada por la X.

Así, el autor realizó un estudio piloto con 70 personas que se encontraran en un rango de edad entre 20 y 45 años de los diferentes grupos de Alcohólicos Anónimos. Cada reactivo fué analizado de acuerdo a las calificaciones obtenidas por este grupo y fueron seleccionadas entre este por medio de la prueba de t de Student. Para discriminar los ítems en base a puntuaciones bajas y altas, y el análisis estadístico de confiabilidad de Cronbach.

Para el inventario final, se utilizó una muestra de 200 personas, las cuales formaron 4 grupos de 50 personas cada una. Este instrumento fué diseñado para, en base a los aspectos de personalidad ya mencionados, poder detectar si hay una predisposición al alcoholismo, en los sujetos que se encuentran en un rango de edad entre los 20 y 45 años, en México, D.F. de ambos sexos y de esta manera poder prevenir la enfermedad.

Como se hizo en el estudio piloto, cada reactivo fué analizado de acuerdo con las calificaciones obtenidas por los 4 grupos, seleccionándose por medio de la prueba t de Student y del Análisis de confiabilidad de Cronbach. De esta manera, se obtuvieron los ítems mas significativos del Inventario final, eliminando los no significativos, quedando así 76 ítems que medirán la predisposición al alcoholismo con una confiabilidad total de .9469.

También se realizó el análisis de confiabilidad de Spearman Brown, para darle mayor confiabilidad al instrumento. Asimismo, se aplicó también la prueba de mitades de Guttman para ver si el instrumento podía aplicarse dos veces (test-retest), dando como resultado que el instrumento se puede dividir en dos partes.

Por último, se hizo el análisis de varianza de un factor para contrastar los 4 grupos (por escala y total). Todo ésto dió como resultado que sí existe un nivel óptimo de confiabilidad del instrumento que mide la predisposición al alcoholismo.

Esta investigación fué un estudio de campo, ya que se acudió al lugar de los hechos en donde fué aplicada la variable dependiente (los inventarios) y, utilizándose el inventario final para el diseño ex post facto ya que sirvió de esta manera el efecto que tuvo el inventario para las variables independientes que fueron los 4 grupos, lo cual se realizó para darle validez al instrumento.

APLICACION.- El inventario para medir la predisposición al alcoholismo, se aplica bajo las siguientes condiciones:

- 1.- a personas que se encuentren entre los 20 y 45 años
- 2.- a personas de ambos sexos
- 3.- en forma individual o grupal
- 4.- que tengan una escolaridad mínima de enseñanza media superior
- 5.- no hay límite de tiempo

Las instrucciones son: "Marque con una X en cualquiera de las 5 casillas su posición respecto del reactivo. Por ejemplo: si en algunos de los reactivos estoy completamente de acuerdo, marco con una X en esa casilla.

Trate de ser sincero consigo mismo y use su propio criterio. No deje de contestar ninguna pregunta si puede evitarlo.

Sea tan amable de contestar tan rápido como le sea posible ya que su primera impresión es la más importante, pero a la vez procure hacerlo cuidadosamente, ya que se requiere de sus verdaderas impresiones.

Gracias por su colaboración".

CALIFICACION.- Para la calificación del inventario para medir la predisposición al alcoholismo se siguen los siguientes pasos:

1.- se calificará con una puntuación de 1 a 5 cada reactivo de acuerdo a la posición de la X, tomando en cuenta que hay ítems favorables y desfavorables.

Los favorables tendrán una calificación progresiva de 1 a 5 (el inventario original es manejado por medio de plantillas). Los desfavorables tendrán una calificación regresiva de 5 a 1.

2. Los resultados que se vayan obteniendo se vaciarán en la hoja de calificación, por escalas en sus ítems correspon-

dientes. , de acuerdo al número de reactivo (primera hoja de calificación).

3. Se sumarán las calificaciones de los ítems por escalas
4. Se vaciarán las calificaciones totales por escalas en las hojas de calificación correspondientes (segunda hoja de calificaciones).
5. Se sumarán las calificaciones totales de las escalas.
6. Se usará la tabla de puntuación de "individuos alcohólicos activos" con intervalos de confianza de 95% de confiabilidad, para que sirvan como marco de referencia. De esta manera se podrá determinar si el individuo al que se le aplicó el inventario tiene una predisposición al alcoholismo.

Si el individuo tiene una puntuación por debajo del rango mostrado en la tabla, también se considera con predisposición, ya que entre menor puntuación, mayor aceptación del alcoholismo.

A continuación se dará la tabla de calificación

	M E D I A	Intervalo de confianza para la Media con un 95% de confiabilidad.
TOTAL DE LAS ESCALAS (Suma de todas las puntuaciones de las 18 escalas).	263.3400	252.9043 a 273.7757

Tabla de puntuaciones de individuos alcohólicos activos con intervalos de confianza de 95% de confiabilidad, total de las escalas.

2.9. PROCEDIMIENTO.

Se aplicó el Inventario a médicos residentes en Psiquiatría en un Hospital Psiquiátrico de la Secretaría de Salud, ubicado en la Delegación de Tlalpan, al sur de la Ciudad de México.

Cuenta con un total de 62 residentes, de los cuales 26 son de primer año, 18 de segundo año y 18 de tercer año.

Por causas ajenas no se logró aplicar el Inventario a la población total, pero se cubrió a la mayor parte de la población reuniéndose por grados y por sexos en la siguiente tabla:

Tabla de Frecuencia

	R_1	R_2	R_3
F	6	1	4
M	9	5	3
T	15	6	7

2.10. ANALISIS ESTADISTICO.

Para determinar la significancia estadística de las variaciones de puntajes observados entre los grupos considerados según la V_I sexo y la V_{II} grado y la interacción entre ambas, se aplicó el Análisis de Varianza cuyas fórmulas son las siguientes:

Para computar la Suma de cuadrados (SC) Total:

$$SCT = (\sum X_1^2 + \sum X_2^2 + \sum X_3^2 + \sum X_4^2 + \sum X_5^2 + \sum X_6^2) - \frac{(\sum X_1 + \sum X_2 + \sum X_3 + \sum X_4 + \sum X_5 + \sum X_6)^2}{N}$$

Para computar la Suma de Cuadrados Intergrupos:

$$SC = \frac{(\sum X_1)^2}{n_1} + \frac{(\sum X_2)^2}{n_2} + \frac{(\sum X_3)^2}{n_3} + \frac{(\sum X_4)^2}{n_4} + \frac{(\sum X_5)^2}{n_5} + \frac{(\sum X_6)^2}{n_6} - \frac{(\sum X_1 + \sum X_2 + \sum X_3 + \sum X_4 + \sum X_5 + \sum X_6)^2}{N}$$

Para computar la Suma de Cuadrados Intragrupos:

$$SC = SC \text{ Total} - SC \text{ Intergrupos}$$

Para calcular los grados de libertad (gl), se emplearon las siguientes fórmulas:

$$\text{Total gl} = N-1$$

$$\text{Inter gl} = r-1$$

$$\text{Intra gl} = N-r$$

Para el cómputo de la Prueba F:

$$F = \frac{\text{Media cuadrada Intergrupos}}{\text{Media Cuadrada Intragrupos}}$$

Para la comparación del diseño en cada grupo respecto a los demás se utilizó la prueba denominada t de Student tomando el tipo de dos grupos aleatorizados, cuya fórmula es la siguiente:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\left(\frac{SC_1}{(n_1 - 1)} + \frac{SC_2}{(n_2 - 1)} \right) \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

Para los grados de libertad (g1) se empleó:

$$g1 = N - 2$$

El nivel de significancia para ambos precedimientos fue de 0.05, ya que es el más utilizado en la investigación clínica.

CAPITULO III

R E S U L T A D O S

3.1. RESULTADOS

Se realizó el Análisis de Varianza para calcular las variables independientes que fueron: V_I sexo, V_{II} grado y la interacción entre ambas en relación con la variable dependiente que fué el Inventario para medir la Predisposición al Alcoholismo donde se obtuvieron las siguientes puntuaciones:

Tabla No. 2

	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6
$\sum X$	1477	2300	269	1188	1008	774
$\sum X^2$	364837	589832	72361	283378	267242	200246
n	6	9	1	5	4	3
\bar{X}	246.166	255.555	269	237.6	252	258
SC	53190	2054.23	0	1109.2	3226	554

De esta manera se realizó el Análisis de Varianza, cuyas puntuaciones obtenidas se muestran a continuación:

Tabla No. 3

Analisis de Varianza Completo de Puntuaciones

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	gl	MEDIA CUADRADA	Fc	Fc
- Entre sexo	0.7	1	0.7	0.0018	4.30
- Entre grados	493.9	2	246.95	0.6632	3.44
-Interacción S X G	1200.0	2	600.00	1.611	3.44
- Intragrupos	8192.3	22	372.38		
TOTAL	9886.9	27			

Tabla No. 4

Resultados de la Prueba t de Student

H ₁	tc	0.27
H ₂	tc	7.47
H ₃	tc	2.52
H ₄	tc	0.22
H ₅	tc	0.27
H ₆	tc	0.19
H ₇	tc	0.55
H ₈	tc	0.18
H ₉	tc	0.10
H ₁₀	tc	1.72
H ₁₁	tc	1.68
H ₁₂	tc	0.86
H ₁₃	tc	1.68
H ₁₄	tc	1.03
H ₁₅	tc	0.28

t_c 2.056 al 0.05

3.2. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Los datos arrojados por el Análisis de Varianza en cuanto a la Predisposición al Alcoholismo, muestran que:

- 1) Para la V_I sexo, se obtuvo una Fc de 0.0018, siendo menor que la Ft que fué de 4.30 al 0.05, lo que significa que se acepta la H_0 , que dice que no existe diferencia estadísticamente significativa en la predisposición al alcoholismo entre hombres y mujeres.
- 2) Para la V_{II} grado, se obtuvo una Fc 0.6632, siendo menor que la Ft que fué de 3.44 al 0.05, por lo que se acepta la H_0 , donde no existe diferencia estadísticamente significativa en la predisposición al alcoholismo entre los 3 grados de la especialidad en Psiquiatría.
- 3) Para la interacción de V_I sexo y V_{II} grado, se obtuvo una Fc de 1.611 con una Ft de 3.44 al 0.05, aceptándose la H_0 que dice que no existe diferencia significati

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

va entre cada uno de los grupos del diseño de la investigación.

Los resultados obtenidos por la prueba t de Student para la comparación de cada uno de los grupos del diseño respecto a los demás resultaron significativas en los siguientes grupos:

- 1) Para la segunda hipótesis se obtuvo una t_c de 7.47 con una t_c de 2.056 al 0.05 indicando que se rechaza la H_0 y se acepta la H_a que menciona que existe diferencia significativa entre hombres R_1 y hombres R_2 en relación a su predisposición al alcoholismo.
- 2) Para la tercera hipótesis, se obtuvo una t_c de 2.52 con una t_c de 2.056 al 0.05 indicando que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la H_a que menciona que existe diferencia significativa entre hombres R_1 y mujeres R_2 en relación a su predisposición al alcoholismo.
- 3) Para el resto de los grupos no se encontró diferencia significativa ya que todas las t_c resultaron menores a la t_c de 2.056 al 0.05.

3.3. CONCLUSIONES

Para concluir se expone un breve resumen de los resultados que se obtuvieron en la muestra que fué estudiada:

- 1.- No hay diferencia en la predisposición al alcoholismo en hombres y mujeres residentes de la Especialidad en Psiquiatría.
- 2.- No hay diferencia en cuanto a predisposición al alcoholismo si dichos residentes se agrupan por grados.
- 3.- No hay diferencia en la predisposición al alcoholismo en la interacción entre sexo y grado.
- 4.- En cuanto a las medias de puntuación se refiere, el grupo que obtuvo un menor puntaje en la prueba fué el de los hombres R_2 (\bar{X} 237.6) lo que significa que los elementos que tuvieron resultados positivos en este grupo tienen en promedio la mayor predisposición al alcoholismo de la muestra.
- 5.- Se encontró que existe una diferencia significativa entre hom-

bres R_1 y hombres R_2 en relación a su predisposición al alcoholismo.

- 6.- Se encontró una diferencia significativa entre hombres R_1 y mujeres R_2 en relación a su predisposición al alcoholismo.
- 7.- Por último refiero que de un total de 56 residentes estudiados 28 obtuvieron puntajes que los califican con predisposición al alcoholismo, lo que constituye un 50% de la muestra.

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

1. ALEXANDER, Franz y Ross, Helen.
1979 "Psiquiatría Dinámica"
Ed. Paidós, Buenos Aires.
2. ALLPORT, G.W.
1973 "La Personalidad. Su configuración y Desarrollo"
Ed. Herder, Barcelona.
3. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION.
1968 "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"
Ed. 2, Washington, D.C.
4. ARMENDARIZ, Gabriela.
1984 "Inventario para Medir la Predisposición al Alcoholismo".
Tesis. Universidad Iberoamericana. México
5. AVILA, I.
1983 "Aspectos de Salud Pública en los Problemas del Consumo de Alcohol"
"El Alcoholismo en México". Tomo III.
6. BACON, M.K.
1965 "Alcohol and Complex Society"
Laboratory of Applied Psychology. Yale
7. BARBA, Chacón.
1983 "Perspectivas de Investigación del Alcoholismo en México."
"El alcoholismo en México". Tomo III.
8. CALDERON, N. Guillermo
1980 "Salud Mental Comunitaria. Un nuevo enfoque de la Psiquiatría"
Ed. Trillas, 2a. Edición, México.

9. CASILLAS, L.
1983
"La Investigación de bebidas alcohólicas en una muestra de Estudiantes Universitarios"
"El Alcoholismo en México". Tomo III.
10. DSM-R
1987
"Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales"
Ed. Masson, México.
11. EY, Henry; Bernard, P. y Brisset, CH.
1978
"Tratado de Psiquiatría"
Ed. Toray-Masson, 8a. Edición, Barcelona
12. FENICHEL, Otto.
1952
"The Psychoanalytic Theory of the Neurosis"
Ed. Norton, New York.
13. FENICHEL, Otto.
1966
"Teoría Psiconanalítica de las Neurosis"
Ed. Paidós, Buenos Aires.
14. FERNANDEZ, H.
1983
"El Alcoholismo en México, Aspectos de Salud Pública".
"El alcoholismo en México, D.F." Tomo III.
15. FREEDMAN, A.; Kaplan, H. y Sadok, B.
1984
"Compendio de Psiquiatría"
Ed. Salvat, Barcelona.
16. FREUD, S.
1905
"Tres Ensayos sobre la Teoría de la Sexualidad".
Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva, México.
17. GUARNER, E.
1984
"Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico".
Ed. Porrúa, México.

18. GUERRA, A.J.
1977
"El Alcoholismo en México"
Ed. Fondo de Cultura Económica, México.
19. HORTON, D.
1943
"The Functions of Alcohol in Primitive Societies: Across cultural study of drinking: relations to other features of culture"
Quar J. Stud. Alc 8; U.S.A.
20. HUSS, Magnus.
1852
En Ey Henry (1978). Ob. cit.
21. JELLINEK, E.
1980
"Recent trend in alcoholism and in alcohol consumption"
Quar J. Study Alc 8 U.S.A.
22. KELLER, M.
1960
"The Definition of Alcoholism"
Quar J. Study Alc 21 U.S.A.
23. KNIGHT, R.
1937
"The Psychodynamics of cronic Alcoholism"
J. New Ment. Dis. 86.
24. KOLB, C. Lawrence
1983
"Psiquiatría Clínica Moderna"
Ed. La Prensa Médica Mexicana
6a. Edición.
25. McGUIGAN, F. J.
1984
"Psicología Experimental"
Biblioteca Técnica de Psicología. Ed. Trillas, 3a. Edición, México.
26. MEDINA, M.E.
1983
"Estrategias Preventivas ante los Problemas Relacionados con el alcohol: Aspectos Generales"
"El alcoholismo en México". Tomo III.

27. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.
1980 "Problemas relacionados al consumo de alcohol"
Informe de un Comité de Expertos de la OMS
Ginebra. Serie de Informes Técnicos No.650
28. PICK, S. y López, A.L.
1986 "Como Investigar en Ciencias Sociales"
Ed. Trillas, 3a. Edición, México.
29. SILLMAN, L.
1959 "Alcoholismo Crónico"
Enciclopedia de las Aberraciones.
Ed. Podolsky, Psique, Buenos Aires.
30. STAGNER, R.
1961 "Psychology of Personality"
Ed. McGraw-Hill, New York.
31. VELASCO, M.
1983 "Variables Sociales que influyen en el
consumo de Alcohol"
"El alcoholismo en México". Tomo III
32. VELASCO, Rafael.
1984 "Esa Enfermedad llamada Alcoholismo"
Ed. Trillas, México.