

FALLA DE ORIGEN
EN SU TOTALIDAD

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

126
2 Ej.

División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 21

MANEJO DEL PACIENTE ALCOHOLICO POR
EL PRIMER NIVEL DE ATENCION MEDICA

T E S I S
Que para obtener el postgrado en la
Especialidad de Medicina Familiar
p r e s e n t a

DR. GERARDO GUILLERMO PONCE SALAS



México, D. F.



1986

1995



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.

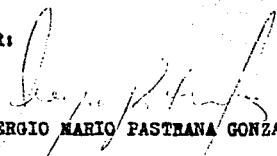
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

RECIBO DE ENTREGA

FECHA DE ENTREGA

FALLA DE ORIGEN

ASESOR:



DR. SERGIO MARIO PASTRANA GONZALEZ

MEDICO FAMILIAR DE LA UMF # 21 I.M.S.S.

VeBe

DR. RAUL BAPOS CORTES

COORDINADOR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 21 I.M.S.S.



DR. JULIAN GARCIA VIVEROS

JEFATURA ENSEÑANZA E INVESTIGACION

HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 30 I.M.S.S.

A Lety

que con su apoyo y Amor ha sido un
Sol que ilumina mi Presente.

A Rodrigo y Andrea

por la esperanza en el Futuro que
ellos representan.

A mis Padres

con inmensa gratitud, ya que les
debo toda mi Formación, todo mi
Pasado.

FALLA DE ORIGEN

Agradezco profundamente la asesoría y consejos brindados en forma por demás eficiente, al Dr. Sergio Marie Pastrana González. De igual modo, al Dr. Raúl Baños Certés, que proporcionó material bibliográfico de gran valor. Al Dr. Eduardo Paredes - Cázares, quien con sus valiosas opiniones y práctica clínica - diaria, me introdujo a la familia del paciente alcohólico. Y finalmente, agradezco a todos los Médicos Familiares que intervinieron en este estudio, sin cuya colaboración no habría sido posible. Si bien son objeto del estudio, también son el fin último del mismo, y destinatarios de los conocimientos que se obtengan.

A todos ellos, Gracias.

INDICE

1.- INTRODUCCION	1
2.- OBJETIVOS	2
3.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2a
4.- PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA	10
5.- HIPOTESIS	11
6.- MATERIAL Y METODOS	12
7.- RESULTADOS	20
8.- DISCUSION	46
9.- CONCLUSIONES	52
10.- BIBLIOGRAFIA	53

"Al fin había dejado de girar la tierra con el movimiento de la Máquina Infernal. Hasta la última casa permanecía inmóvil y hasta el último árbol estaba de nuevo arrigado. Según el reloj eran las dos y siete. Y estaba sobrio como una lágrima. ¡qué horrible sensación!"

Bajo el Volcán - Malcolm Lowry

"Yo no veía serpiente alguna, pero él afirmaba que se le subían por las piernas, y a veces daba saltos y gritaba que una le había mordido un cachete. Jamás vi a un hombre tan perturbado..."

Las aventuras de Huckleberry Finn (descripción de su padre) - Mark Twain

"...me dan de lo que toman y con todos tome yo. 'Ya no tomes más' me dicen mi Lorenze y mi Dominga, pero ya no pueda dejar de tomar. Hace días que ya no ceno... Así murió mi padre. Pero yo no quiero morir. Yo quiero vivir."

Juan Pérez Jolote - Ricardo Pozas

MANEJO DEL PACIENTE ALCOHOLICO POR EL PRIMER NIVEL DE ATENCION MEDICA:

I.-INTRODUCCION:

El presente estudio es un intento por investigar el manejo que recibe el paciente alcohólico por el Primer Nivel de Atención Médica, el cual dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social está representado por las Unidades de Medicina Familiar siendo el Médico Familiar el encargado de brindar dicha atención. Con este fin, se aplicó un cuestionario a 63 médicos de la Unidad de Medicina Familiar # 2I, cuyas funciones son las de Atención Primaria a pacientes ambulatorios, con preguntas acerca del manejo proporcionado a pacientes reconocidos como Alcohólicos, así como los problemas generados por las peculiaridades del Sistema Médico Familiar dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Los resultados obtenidos se presentan de manera descriptiva y son manejados en forma porcentual.

En base a los datos presentados se proponen alternativas de manejo para los pacientes alcohólicos.

2.- OBJETIVOS:

Primario: Investigar el manejo que recibe el paciente alcohólico por el primer nivel de Atención médica.

Secundario: Preparar alternativas de manejo de acuerdo con las características de atención brindadas por las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

3.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

La Medicina Familiar tiene un enorme campo de acción gracias a su juventud. Siendo la puerta de entrada del paciente al Sistema de Salud, tiene la capacidad de ejercer una Medicina de tipo Integral, esto es, no sólo curativa, sino también preventiva, educadora, investigadora y rehabilitadora. Asimismo, tiene la capacidad de incidir sobre la patología más frecuente, y ésta, en México, es aún, por desgracia, la Patología de la Pobreza, caracterizada por procesos infecciosos y de malnutrición, ambos reflejos de deficientes hábitos higiénico dietéticos, así como de la carencia de servicios públicos sanitarios adecuados. Sin embargo, las características de la Sociedad en que vivimos han generado la aparición de nuevas Patologías ,

FALLA DE ORIGEN

y entre éstas tiene una importancia primordial el Alcoholicismo. Si bien no contamos con cifras confiables, se deduce a partir de tasas de mortalidad por Cirrosis Hepática que la población dependiente del alcohol en ambos sexos mayor de 20 años oscila entre el 5 y 7 % (1). Dichas tasas se mantienen desde 1958 en una cifra aproximada de 20 por 1000 habitantes y la enfermedad se encuentra entre las primeras 10 causas de muerte, siendo la primera causa de muerte en hombres de 40 a 59 años. Además de los registros anteriores, podemos añadir las cifras por morbilidad por Sangrados de tubo digestivo, Pancreatitis, Hepatitis tóxicas postetílicas, miocardiopatías, pelineuropatías y neuropatías alcohólicas, Síndromes psiquiátricos diversos, anemias, mayor susceptibilidad a infecciones, retraso en el desarrollo fetal, malformaciones diversas, impotencia sexual, etc. A esta amplia gama de patologías orgánicas se deben añadir el 4% de los suicidios, el 51% de las lesiones por riñas, el 13% de los accidentes de tráfico, una cifra no determinada de homicidios, etc. (1) Si esto no basta para aquilatar la importancia de la enfermedad, se añaden las complicaciones sociales del mismo que por su elevada frecuencia inciden en rubros como el ausentismo (2%), baja productividad, desviación de ingresos

por el aumento en el consumo de alcohol, etc. Por último, no podemos soslayar el papel del alcoholismo como agente productor de disfunción familiar, que en grados avanzados llega a provocar desintegración de la familia.

En vista de todo lo anterior, cabe preguntar la posibilidad de que el Médico Familiar, en su contacto inicial pueda diagnosticar, seleccionar, prescribir tratamiento y efectuar una vigilancia periódica de sus pacientes alcohólicos. Si bien, esto puede ser impugnado por diversos razonamientos ("Esse es terreno de Psiquiatría", "No se puede tratar a alguien que no acepta su enfermedad", "Son casos perdidos, ¿ para qué intentarlo?", etc.), se debe aceptar que el Médico Familiar tiene una posición privilegiada para poder realizar las acciones arriba enlistadas. Dichas características incluyen continuidad en la atención, acceso a los familiares, población fija adscrita, observación de la Historia Natural de la Enfermedad en todas sus etapas, etc. Asimismo, la juventud de la Medicina Familiar permite la continua ampliación del área de influencia de la misma (2). Aceptado lo anterior, podemos preguntarnos quién es el responsable de la atención del paciente alcohólico. Citando textualmente al Dr. Jorge Escotto: "En situaciones ideales los

programas de terapia y rehabilitación individual e colectiva - deben diseñarse y ejecutarse por un equipo multidisciplinario. Sin embargo, este no siempre es posible y en muchos casos cualquier médico general o especialista interesado en el problema, con actitud de servicio, con comprensión y con adecuada información sobre el particular puede ser muy útil, cuando menos como contacto primario en la atención del alcohólico... La ignorancia y desinterés sobre estos problemas y el repudio al paciente alcohólico han sido responsables de los fracasos frente a este grave e importante problema médico social" (3). Una vez más la atención esta última afirmación, pero es reforzada por fuentes adicionales (5,6) en donde se lee que los pacientes - alcohólicos provocan fuertes reacciones en el Médico, siendo las más frecuentes el enojo, la lástima, la indiferencia o el desaliento, siendo todas expresión de un mismo rechazo que se da consciente o inconscientemente, por lo que el resultado final es que se remite al paciente a otras instituciones para su manejo. En México, dichas instituciones son de tipo privado, por lo que quedan fuera del alcance de la población de las clases media y baja, que constituyen indiscutiblemente mayoría sobre quienes puedan pagar este tipo de tratamiento, quedando como -

único recurso la psicoterapia de apoyo de Alcohólicos Anónimos. Sin embargo, sólo determinados individuos con características específicas pueden beneficiarse por completo de Alcohólicos Anónimos. Estos pacientes son aquellos que se interesan en comunidades sociales, tienen inclinaciones de tipo espiritual y requieren de abstinencia completa. Un tercio de los pacientes desisten en las primeras sesiones, otro tercio continuará bebiendo pero seguirá asistiendo y finalmente, un tercio deja de beber para considerarse por fin, curado.(4).

Así pues, se establecen dos posibles causas de rechazo hacia el paciente alcohólico, ambas focalizadas en el Médico Familiar; su actitud y sus conocimientos sobre la enfermedad. Posiblemente exista una tercera causa; la infraestructura de las Unidades de Medicina Familiar y la limitación de acción que dicha infraestructura impone. Sin embargo, es de pensarse que las limitaciones en el tratamiento sean imputables a las dos primeras causas.

Una última consideración sobre el posible papel del Médico Familiar en el tratamiento del alcohólico lo constituye la necesidad de involucrar a la familia entera en el tratamiento. ¿quién más capacidad que el Médico Familiar para el manejo de

las patologías familiares? Está demostrado que la rehabilitación del alcohólico es más rápida si el paciente cuenta con el apoyo decidido de sus familiares, a quienes se les debe hacer comprender que el alcohólico, al igual que otras enfermas, requiere de comprensión, cariño y cuidados. El Médico Familiar por las ventajas ya descritas con anterioridad, puede fácilmente polarizar las fuerzas familiares para asegurar ese necesario apoyo (7). Por otra parte, el Médico Familiar puede identificar, en caso de haberlos, Sistemas familiares patológicos, en los cuales el paciente desempeña un rol de "chivo expiatorio", o bien, sistemas en los cuales se les incita sutil e insistentemente a seguir bebiendo, ya que este produce ganancias secundarias a la familia (8). Tengo la seguridad de que el Médico Familiar tiene preeminencia sobre los demás posibles terapeutas en este renglón.

La presente investigación pretende ser un primer paso de los muchos por dar en el camino del mejoramiento de la Salud de nuestros pacientes. No podemos permanecer pasivos ante este problema y lamentar finalmente la aparición de un Sangrado de tubo digestivo, de estigmas hepáticos o de un Síndrome orgánico cerebral. Podemos intentarlo, el alcohólico es un problema

complejo cuyas raíces parecen hundirse en el modo particular de vida que nos ha tocado vivir: la falta de alicientes, el hastío, la pobreza, la publicidad nociva, la sociedad misma a través de normas tácitas, de intereses inescrupulosos, de necesidades creadas; todo esto unido a una historia personal con antecedentes de alcoholismo, con frustraciones tempranas con el alcohol como falso satisfactor hacen que al paso del tiempo nazca la dependencia, primero física, finalmente psicológica, y se entra en un círculo vicioso del que difícilmente podrá salir el alcohólico solo. El Médico Familiar puede brindar, si le desea, una ayuda decidida con su orientación, con sus conocimientos, con su vigilancia. El problema del alcoholismo tiene una considerable magnitud, lo que ya fué bosquejado en las primeras líneas, por lo que para enfrentarlo se requiere de un profundo cambio en la actitud hacia estos pacientes, considerándoles como pacientes potencialmente rescatables, que en caso de no recibir terapia desarrollarán Cirrosis en un 1%, como pacientes psiquiátricos que sin manejo pueden dejarse llevar por crisis depresivas que los erillarán al suicidio, como pacientes cuya enfermedad invariablemente afecta a todo el núcleo familiar donde se desenvuelve, provocando gran sufrimiento.

Si bien se considera el alcoholismo como una enfermedad relativamente moderna, su consumo se remonta a los orígenes del Hombre. Su transición de hábito a enfermedad se debe buscar en épocas más cercanas, pero el sufrimiento que provoca es tan antiguo como la profesión médica, cuyo objetivo primordial: el alivio de estos sufrimientos, tampoco cambiará.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, el motivo de la presente investigación se resume en las siguientes preguntas:

- a) ¿Cuáles son las actitudes y conocimientos del Médico Familiar con respecto al paciente alcohólico?
- b) ¿Cuáles son las capacidades y limitaciones del Médico Familiar dentro de la Unidad de Medicina Familiar respecto al diagnóstico y tratamiento del paciente alcohólico?
- c) ¿El manejo recibido por el paciente alcohólico en el Primer Nivel de Atención médica es adecuado?
- d) ¿Qué posibles mejoras pueden realizarse a este manejo?

5.- HIPOTESIS:

H₀: El manejo que recibe el paciente alcohólico es adecuado y suficiente en las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, no siendo susceptible de mejoras. Asimismo, la actitud del Médico Familiar hacia el paciente alcohólico es positiva.

H_A: El manejo que recibe el paciente alcohólico en las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social es inadecuado e incompleto, esto debido a una actitud de rechazo por parte del Médico Familiar, originado por deficiencias en conocimientos • posturas pesimistas • negativas

FALLA DE ORIGEN

6.- MATERIAL Y METODOS:

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar # 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social, intentando abarcar la totalidad de los Médicos Familiares, independientemente de tener o no curso de especialización en Medicina Familiar. A todos ellos se les entregó un cuestionario de 36 preguntas, previa obtención de su colaboración informando separadamente de los objetivos buscados.

El único criterio de exclusión fue el rechazo del Médico a contestar la encuesta, el cual podía ser formal, expresado verbalmente, o informal, al no entregar el cuestionario contestado. Para responder el cuestionario, se fijó un límite de tiempo razonable, e incluso se instó a que los Médicos Familiares se llevaran el cuestionario a casa para responderlo sin presiones de índole laboral.

Los cuestionarios fueron repartidos a partir del día 10 de diciembre de 1985 y la fecha límite para su recepción fue el 27 de enero de 1986. Los cuestionarios recibidos posteriormente a esta fecha no fueron considerados en el estudio.

Los datos obtenidos se ordenaron por "paloteo" para ser presentados en forma porcentual, dando un panorama global de la atención al paciente alcohólico.

FALLA DE ORIGEN

c) Alcohélismo social.

7.- ¿Cuál es el diagnóstico de un paciente que bebe para relajarse, o bien en respuesta a frustraciones, obsesiones e depresión? ()

- a) Alcohélismo psicótico b) Alcohélismo neurótico
c) Alcohélismo social.

8.- ¿Cuál es el diagnóstico de un paciente que bebe en respuesta a un desequilibrio de la personalidad, conducta antisocial o bien como síntoma de manía e depresión profunda? ()

- a) Alcohélismo psicótico b) Alcohélismo neurótico
c) Alcohélismo social.

9.- ¿Incluye usted en el diagnóstico de Alcohélismo la clasificación anterior? ()

- a) Sí b) No c) A veces.

10.- ¿Incluye en el diagnóstico de Alcohélismo alguna otra clasificación? ()

- a) No b) Sí (Especifique) _____

11.- ¿Usted cree sinceramente que valga la pena el tratar a un Alcohólico? ()

- a) Siempre b) Sólo algunos casos c) Rara vez d) Nunca

12.- ¿Cuáles son sus expectativas de éxito en el tratamiento?

te de un paciente alcohólico? ()

- a) Opticistas en general. b) Psiquiatras en general
c) Variables de acuerdo a cada caso.

13.- ¿Accedería a tratar a un paciente alcohólico si éste se le pide? ()

- a) Sí b) No c) A veces.

14.- ¿Accedería a tratar a un paciente alcohólico si sus familiares se le piden? ()

- a) Sí b) No c) A veces.

15.- Una vez hecho el diagnóstico del alcoholismo por su Historia clínica ¿investiga sobre la percepción que el paciente tiene sobre su enfermedad? ()

- a) Sí b) No c) A veces.

16.- ¿Se esfuerza por hacer aceptar al paciente la etiqueta de "Alcohólico" para iniciar el tratamiento? ()

- a) Sí b) No c) A veces.

17.- ¿Utiliza el recurso de hacer sentir culpable al alcohólico ante su conducta y su problemática general? ()

- a) Sí b) No c) A veces.

18.- ¿Trata de convencer al paciente de que todo lo que necesita es volver a casa y dejar de tomar, como una cuestión de

a) 18% b) 33% c) 48% d) 72%

23.- ¿Involucra a los familiares en el tratamiento del paciente alcohólico? ()

a) Siempre b) A veces c) Nunca.

24.- ¿Investiga si existen Sistemas familiares patológicos que apoyen la conducta alcohólica del paciente? ()

a) Siempre b) A veces c) Nunca .

25.- ¿Cómo es la esposa de un paciente alcohólico en un Sistema familiar de sobreprotección? ()

a) Masoquista b) Sumisa c) Dominante d) Compañera

26.- ¿Cómo es la esposa de un paciente alcohólico en un Sistema familiar de rechazo? ()

a) Compañera b) Sumisa c) Dominante d) Activa.

27.- ¿Qué tan útil puede ser la psicoterapia familiar para desintegrar un Sistema familiar patológico? ()

a) Muy útil b) Sólo en algunos casos útil c) Inútil

28.- ¿Qué hace con su paciente alcohólico después de una recaída? ()

a) Le dice que consiga otro médico.

b) Le hace sentir culpable y le impone "castigo"

c) Le manda al psiquiatra por fracaso en el tratamiento.

d) Le apoya y le exhorta a seguir adelante.

29.- ¿qué manejo le dá a los familiares después de una reincidencia? ()

a) Les reitera que no puede hacerse cargo del caso.

b) Les exhorta a apoyar al paciente y no reñirlo.

c) Los regaña por no haber cuidado al paciente.

d) Les explica que estos casos son de manejo psiquiátrico.

30.- La personalidad terapéutica del médico es fundamental, ¿Cómo debe ser el médico para mejores posibilidades de éxito?

a) Con disciplina férrea b) Con comprensión y apoyo

c) Con elasticidad de acuerdo a evolucionar.

31.- El paciente llega con una 4-30-8 de Urgencias de su Hospital general de zona con el diagnóstico de "Intoxicación etílica aguda" sin otra complicación. ¿Le incapacita? ()

a) Sólo por el día que falté b) Sistemáticamente no

(* nunca)

c) Siempre (dada que es enfermedad)

32.- ¿Le incapacita en caso de reincidencia? ()

a) Nunca b) Sólo algunos casos c) Siempre.

33.- La visita domiciliaria al paciente alcohólico ¿es de utilidad? ()

a) Puede haber rechazo del paciente.

FALLA DE ORIGEN

- b) Se puede investigar el Sistema familiar.
- c) Sólo algunos casos pueden cooperar.
- d) Es pérdida de tiempo.

34.- ¿Ha realizado visitas domiciliarias a pacientes alcohólicos por su enfermedad o por complicaciones de la misma? ()

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

35.- ¿Cuál sería el (o los) obstáculo principal que el Sistema Médico Familiar impone al tratamiento del paciente alcohólico? ()

- a) El tratamiento será infructuoso de cualquier modo.
- b) El segundo nivel nos rechaza los envíos.
- c) El exceso de consulta nos resta tiempo de atención.
- d) La atención por un solo médico hace al paciente "mañero"
- e) Otros (Especifique) _____

36.- ¿Cuáles serían las posibles mejoras a la atención del paciente alcohólico dentro del Sistema Médico Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social? _____

7.- RESULTADOS:

Los médicos adscritos a consultorios de la Unidad de Medicina Familiar # 21 son 66, que sumados a 14 médicos suplentes hacen un total de 80. Se entregaron 73 cuestionarios, ya que 4 médicos rehusaron formalmente contestar y 3 nunca fueron localizados. De los 73 cuestionarios, se recuperaron 63, lo cual corresponde a un 78.75% del Universo total estudiado, por lo que la muestra se puede considerar representativa, y los resultados obtenidos, estadísticamente significativos.

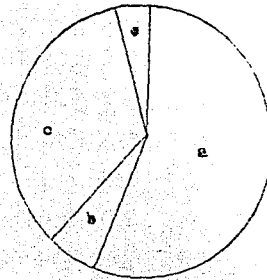
De los 63 cuestionarios, 33 fueron contestados en forma íntegra (52.38%) y 30 contenían omisiones en 1 o más respuestas, lo que representa el 41.61% del total de encuestas.

Las preguntas 1 y 2 exploran la elaboración de una adecuada historia clínica a todo paciente de primera vez. Se obtuvieron mayorías (51.14% y 47.61% respectivamente) en las respuestas afirmativas (Gráficas 1 y 2).

La pregunta 3 es consecuencia de las anteriores: ¿se diagnostica el alcoholismo? El 57.14% del total contestaron afirmativamente (Gráfica 3).

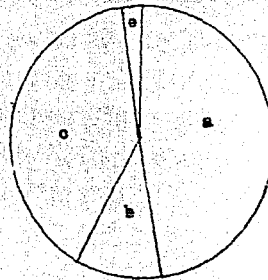
La pregunta 4 era imprescindible. Sin embargo, la respuesta fue emitida en el 4.76% de los médicos. No obtuve una sola res

GRAFICA # 1: Resultados de la Pregunta 1: ¿Interrega antecedentes personales de patológicos?



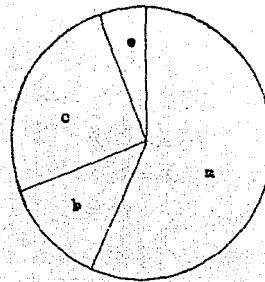
Respuestas	#	%
a) Sí	36	57.14%
b) No	3	4.76%
c) A veces	22	34.92%
Omisiones	2	3.17%

GRAFICA # 2: Resultados de la Pregunta 2: ¿Detalla semiología del Alcohólico?



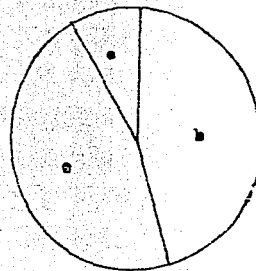
Respuestas	#	%
a) Sí	30	47.61%
b) No	7	11.11%
c) A veces	25	39.68%
Omisiones	1	1.58%

GRAFICA # 3: Respuestas a la pregunta # 3: Incluye el Alcoholismo como diagnóstico?



Respuestas	#	%
a) Sí	36	57.14%
b) No	8	12.69%
c) A veces	18	28.57%
Omissiones	3	4.76%

GRAFICA # 4: Respuestas a la pregunta # 4: Definición de Alcoholismo como Enfermedad.



Respuestas	#	%
a) Completas y correctas	-	-
b) Correctas e incompletas	30	47.61%
c) Incorrectas	29	46.02%
Omissiones	4	4.76%

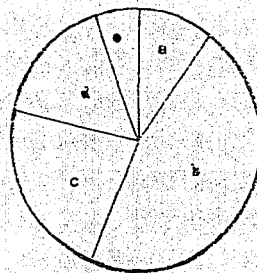
puesta adecuada, que llenara los requisitos de considerar al Alcoholicismo una Enfermedad crónica, degenerativa, progresiva y mortal, caracterizada por el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas y por la dependencia física o psíquica al mismo. 29 de las respuestas contenían errores conceptuales de fondo. Las 30 respuestas restantes (47.61%) eran conceptualmente correctas pero estaban incompletas (Gráfica 4).

La pregunta 5 trata nuevamente con los conocimientos sobre Alcoholicismo: el 9.52% dió una respuesta correcta, aunque el sesgo global es a considerar la presentación de Cirrosis hepática como un evento poco frecuente (Gráfica 5).

Las preguntas 6, 7 y 8 interrogan sobre una posible clasificación del paciente alcohólico, con implicaciones etiológicas y consecuentemente, terapéuticas. Los porcentajes de respuestas correctas fueron altos (84.12%, 82.53% y 87.30%, respectivamente), lo que certifica la bondad de dicha clasificación. Sin embargo, esta clasificación es usada sólo en el 31.74% aun que se obtuvieron 16 ambiguas "A veces" (25.39%). Por otra parte, no se usan otras posibles clasificaciones del paciente alcohólico en 66.66% de los médicos. Las 17 respuestas afirmativas obtenidas hablan de variedades de presentación (Agudo e -

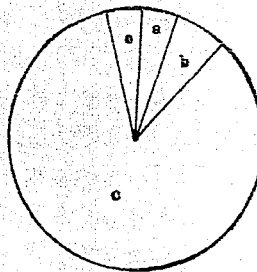
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA # 5: Respuestas a la pregunta 5: Porcentaje de alcohólicos que desarrollarán Cirrosis hepática sin tratamiento.



Respuestas	#	%
a) 1%	6	9.52%
b) 20%	29	46.03%
c) 50%	14	22.22%
d) 100%	10	15.87%
Omisiones	4	6.34%

GRAFICA # 6: Respuestas a la pregunta 6: Diagnóstico de Alcoholismo social.



Respuestas	#	%
a) A. psicótico	3	4.76%
b) A. neurótica	4	6.34%
c) A. social	53	84.12%
Omisiones	3	4.76%

crónico, periódico, cíclico, habitual, etc.), lo cual por desgracia, no tiene las ventajas de la clasificación propuesta. (Gráficas 6,7,8,9 y 10).

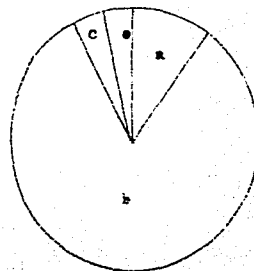
La pregunta 11 mide la actitud hacia el paciente: los resultados indican que es muy buena, ya que se obtuvieron un 87.3% de respuestas afirmativas. Sin embargo, la expectativa de éxito, medida por la pregunta 12, demuestra más bien cautela, ya que la respuesta "Variables de acuerdo a cada caso obtuvo el 92.06% de elección (Gráficas 11 y 12).

Las preguntas 13 y 14 cuestionan la actitud del médico ante dos situaciones distintas, en las que la variable es la percepción de la enfermedad por parte del paciente. No se observaron diferencias apreciables, ya que en ambos casos las respuestas mostraron una actitud favorable y aceptación del compromiso con el paciente. (96.82% y 84.12%, respectivamente; Gráficas 13 y 14).

Un requisito necesario para iniciar el tratamiento del paciente es la medición de su percepción de la enfermedad. Se obtuvo una respuesta afirmativa en el 82.53% de las encuestas (Gráfica 15).

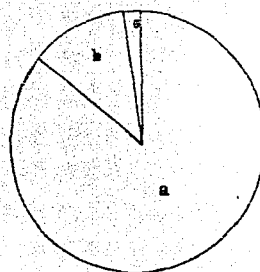
Sin embargo, para iniciar el tratamiento no es necesario que la percepción sea total. En muchas ocasiones el paciente

GRAFICA # 7: Respuestas a la pregunta 7: Diagnóstico de Alcoholismo neurótico.



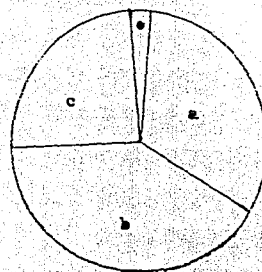
Respuestas	#	%
a) Al. psicótico	6	9.52%
b) Al. neurótico	52	82.53%
c) Al. social	2	3.17%
Omissiones	3	4.76%

GRAFICA # 8: Respuestas a la pregunta 8: Diagnóstico de Alcoholismo psicótico.



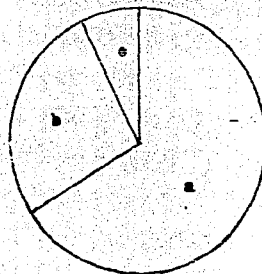
Respuestas	#	%
a) Al. psicótico	55	87.30%
b) Al. neurótico	7	11.11%
c) Al. social	-	-
Omissiones	1	1.58%

GRAFICA # 9: Respuestas a la pregunta 9: ¿Incluye en el Dx de Alcohélismo la clasificación anterior?



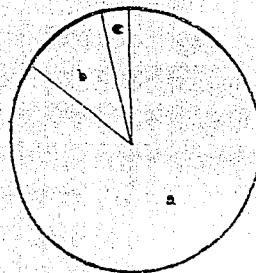
Respuestas	#	%
a) Sí	20	31.74%
b) No	26	41.26%
c) A veces	16	25.39%
Omisión	1	1.58%

GRAFICA # 10: Respuestas a la pregunta 10: ¿Incluye en el diagnóstico de alcohélismo alguna otra clasificación?



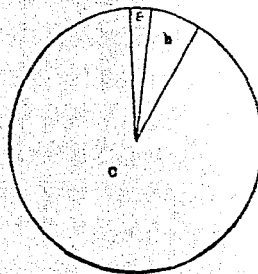
Respuestas	#	%
a) No	42	66.66%
b) Sí	17	26.98%
Omisión	4	6.34%

GRAFICA # 11: Respuestas a la pregunta 11: ¿Cree sinceramen-
te que valga la pena tratar a un Alcohólico?



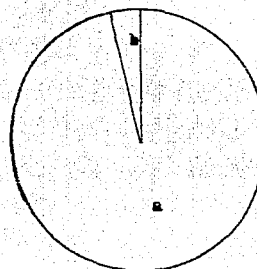
Respuestas	#	%
a) Siempre	55	87.30%
b) Sólo algunas casos	7	11.11%
c) Nara vez	1	1.58%
d) Nunca	-	-

GRAFICA # 12: Respuestas a la pregunta 12: Expectativas de-
éxito en el tratamiento de un paciente alcohólico.



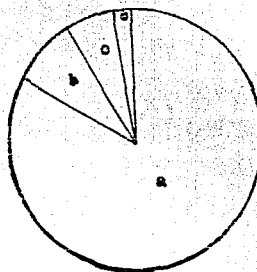
Respuestas	#	%
a) Optimistas	1	1.58%
b) Pesimistas	4	6.34%
c) Variables	58	92.06%

GRÁFICA # 13: Resultados de la pregunta 13: ¿Accedería a -
tratar a un alcohólico si ésto se le pide?



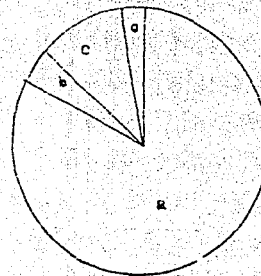
Respuestas	#	%
a) Sí	61	96.82%
b) No	2	3.17%
c) A veces	-	-

GRÁFICA # 14: Resultados de la pregunta 14: ¿Accedería a -
tratar a un alcohólico si sus familiares le piden?



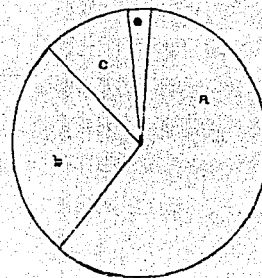
Respuestas	#	%
a) Sí	53	84.12%
b) No	5	7.93%
c) A veces	4	6.34%
Omisiones	1	1.58%

GRAFICA # 15: Resultados de la pregunta 15: ¿Investiga la percepción del paciente hacia su enfermedad?



Respuestas	#	%
a) Sí	52	82.53%
b) No	2	3.17%
c) A veces	7	11.11%
Omissiones	2	3.17%

GRAFICA # 16: Resultados de la pregunta 16: ¿Etiqueta al paciente como "Alcohólico"?



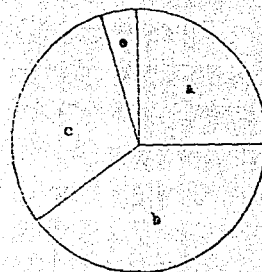
Respuestas	#	%
a) Sí	38	60.31%
b) No	17	26.98%
c) A veces	7	11.11%
Omissiones	1	1.58%

miega su adicción al alcohol, alegando que consume "lo necesario". No es necesario que se le etiquete como "Alcohólico" para iniciar el manejo, ya que ésto alejará a algunos pacientes. Sin embargo, se encontró que esta práctica prevalece en el 60.31% de los casos. (Gráfica 16). Otra práctica nociva para el alcohólico es el generar culpa, ya que ésta lleva al consumo de alcohol para mitigar esta culpa, sin lograrlo. El 25.39% de los médicos encuestados son culpógenos. La mayoría (41.26%) no lo hacen, por fortuna (Gráfica 17).

Otra actitud negativa es la de minimizar el problema del alcoholismo. El paciente pone toda su voluntad y es vencido, por lo que el proporcionar un consejo como el de la pregunta 18 es invitar al fracaso. Esto se realiza en el 49.2% de los médicos encuestados (Gráfica 18).

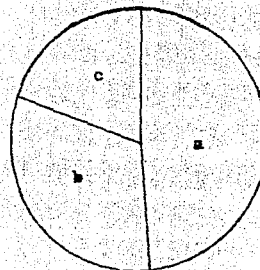
La única indicación para la derivación inmediata de un paciente alcohólico a Psiquiatría es el que tenga patología psiquiátrica (Alcoholismo psicótico o complicaciones añadidas). Toda canalización a Psiquiatría sin patología psiquiátrica debe ser interpretada como una forma de deshacerse del paciente, y ésto lo percibe así en la mayoría de los casos. Afortunadamente, no es común que se realice así en la Clínica 21, ya que

GRAFICA # 17: Respuestas a la pregunta 17: ¿Hace sentir culpable al paciente alcohólico?



Respuestas	#	%
a) Sí	16	25.39%
b) No	26	41.26%
c) A veces	20	31.74%
Omisiones	1	1.58%

GRAFICA # 18: Respuestas a la pregunta 18: ¿Lo hace volver a casa y "dejar de tomar" como cuestión de simple voluntad?



Respuestas	#	%
a) Sí	31	49.20%
b) No	20	31.74%
c) A veces	12	19.04%

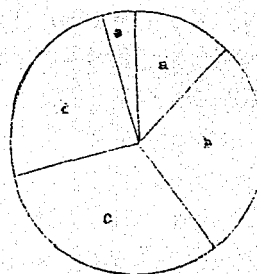
FALLA DE ORIGEN

sólo el 12.69% hacen el paso a 2ª Nivel (Gráfica 19).

Un recurso al alcance del Médico Familiar sobre el que se han desatado controversias es el uso de medicamentos con efecto antábrú. Según la literatura (10), este recurso es valioso si se brinda de común acuerdo con el paciente, que por esta medida puede sentirse más seguro. Sólo el 18.75% lo hacen así. De ninguna manera es recomendable la administración en forma subrepticia por familiares (5.25% de respuestas afirmativas) y tampoco será eficaz como último recurso (12.5% de respuestas). La gran mayoría (62.5%) nunca lo ha intentado (Gráfica 20).

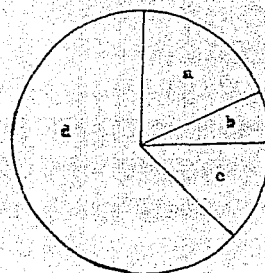
La terapia de grupo ofrecida por Alcohólicos Anónimos es efectiva, según reporte de ellos mismos, en un 66%, aproximadamente. Para que esta cifra aumente, es necesaria una selección adecuada del paciente idóneo para esta terapia grupal. Estas características son: Alta percepción de la enfermedad, Necesidad de abstinencia absoluta, tendencias e actitudes prerrogativas e interés por comunidades e grupos sociales. Las respuestas mostraron que no hay dificultad en identificar estas características como lo muestra la gráfica 21. Sin embargo, la tendencia a considerar la efectividad de Alcohólicos Anónimos alta (38.09% contestaron un 18% de fracasos) muestra una sobre

GRAFICA # 19: Respuestas a la pregunta 19: ¿Canaliza de inmediato al paciente con el Psiquiatra?



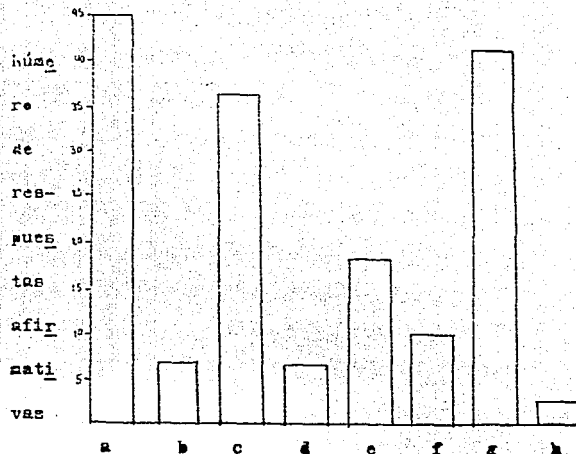
Respuestas	#	%
a) Sí	8	12.69%
b) No	17	26.98%
c) A veces	20	31.74%
d) Tardíamente	17	26.98%
Omisiones	1	1.58%

GRAFICA # 20: Respuestas a la pregunta 20: ¿Ha ofrecido medicamentos con efecto antaños?



Respuestas	#	%
a) A petición del paciente	12	18.75%
b) Subrepticiamente	4	6.25%
c) Como último recurso	8	12.50%
d) Nunca le ha hecho	40	62.50%

GRAFICA # 21: Respuestas a la pregunta 21: Características del paciente idóneo para acudir a Alcohólicos Anónimos.



- a) Alta percepción de la enfermedad.
- b) Baja percepción de la enfermedad.
- c) Necesidad de abstinencia absoluta.
- d) Necesidad de abstinencia relativa.
- e) Tendencias e actitudes pre-rreligiosas.
- f) Sin tendencias e actitudes pre-rreligiosas.
- g) Interés en comunidades e grupos sociales.
- h) Sin interés en comunidades e grupos sociales.

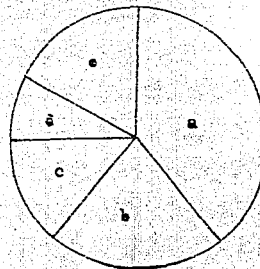
FALLA DE ORIGEN

valoración de este recurso. El 23.8% contestaron correctamente (el 33% de fracasos ya señalados) y hubo 11 omisiones (17.45%. Gráfica 22).

Las siguientes preguntas hablan sobre la familia del alcohólico. El 80.95% de los médicos involucran a los familiares en el tratamiento (Gráfica 23). El 71.42% investigan la existencia de Sistemas familiares patológicos que afechó la conducta alcohólica del paciente (Gráfica 24). Estas cifras son agradables. Pero al interrogar sobre las características del Sistema familiar de sobreprotección, encontramos que sólo el 26.56% de los médicos identificaron a la esposa dominante, controladora y posesiva que genera esta patología. (Gráfica 25). En el caso del Sistema familiar de rechazo, el 25.39% identificaron a la esposa sumisa, dominada y resentida contra el paciente alcohólico, que responde con su frialdad como expresión de su rechazo (Gráfica 26). La actitud hacia la Psicoterapia familiar es positiva, ya que el 71.42% la consideran muy útil para atacar los Sistemas familiares patológicos (Gráfica 27).

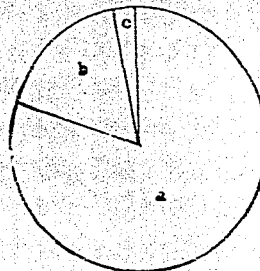
Es de esperarse que el paciente alcohólico caiga frecuentemente en recaídas, por lo que el médico debe siempre apoyar en estos casos, ya que la generación de culpa conduce -

GRAFICA # 22: Respuestas a la pregunta 22: ¿Qué porcentaje de pacientes alcohólicos siguen bebiendo después de acudir a Alcohólicos Anónimos?



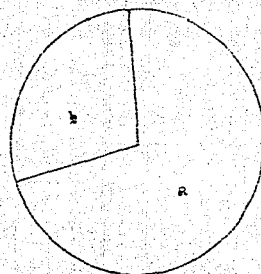
Respuestas	#	%
a) 10%	24	38.09%
b) 33%	15	23.80%
c) 48%	8	12.65%
d) 72%	5	7.93%
Omissiones	11	17.46%

GRAFICA # 23: Respuestas a la pregunta 23: ¿Involucra a los familiares en el tratamiento del paciente alcohólico?



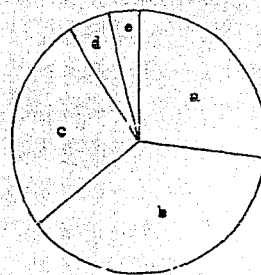
Respuestas	#	%
a) Siempre	51	80.95%
b) A veces	11	17.46%
c) Nunca	1	1.58%

GRAFICA # 24: Respuestas a la pregunta 24: ¿Investiga si existen Sistemas familiares patológicos que apoyen la conducta alcohólica del paciente?



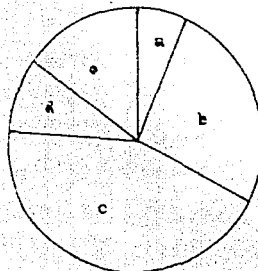
Respuestas	#	%
a) Siempre	45	71.42%
b) A veces	18	28.57%
c) Nunca	-	-

GRAFICA # 25: Respuestas a la pregunta 25: ¿Cfme es la carga de un paciente alcohólico en un Sistema familiar de sobreprotección?



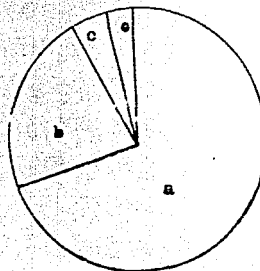
Respuestas	#	%
a) Masquista	19	29.68%
b) Pasiva	23	35.93%
c) Desinante	17	26.56%
d) Compañera	3	4.68%
e) Omisiones	2	3.12%

GRAFICA # 26: Respuestas a la pregunta 26: ¿Cómo es la espa
sa del paciente alcohólico en un Sistema Familiar de rechazo?



Respuestas	#	%
a) Compañera	4	6.34%
b) Sumisa	16	25.39%
c) Dominante	28	44.44%
d) Activa	6	9.52%
Omisiones	9	14.28%

GRAFICA # 27: Respuestas a la pregunta 27: Utilidad de la -
Psicoterapia familiar para el manejo de Sistemas familiares pa
telógicos:



Respuestas	#	%
a) Muy útil	45	71.42%
b) Sólo en al <u>gunas</u> <u>casos</u>	13	23.60%
c) Inútil	2	3.17%
Omisiones	1	1.58%

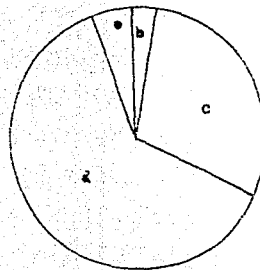
invariablemente al consumo de alcohol. Asimismo, los familiares deben ser instruidos para alentar al paciente alcohólico en sus reincidencias. Ambas actitudes son positivas según los resultados de la encuesta (65.62% y 74.6% de respuestas afirmativas, respectivamente. Gráficas 28 y 29).

La personalidad terapéutica del médico debe ser siempre de comprensión y apoyo. Los extremos de rigidez y elasticidad - llevan al rechazo del tratamiento y al desmoronamiento del paciente, según sea un caso u otro. El 53.96% respondieron correctamente (Gráfica 30).

Respecto a la expedición de incapacidades, se encontró que el 58.73% de los médicos consideraron el Alcoholicismo como enfermedad incapacitante para el trabajo. Sólo el 4.76% niegan la incapacidad correspondiente. Para el caso de las reincidencias se observa mayor cautela, ya que sólo el 39.68% respondió: - "Siempre" y el 49.2% añadió la salvedad "Sólo en algunos casos" (Gráficas 31 y 32).

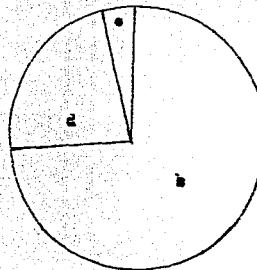
La visita domiciliaria es considerada de utilidad por permitir investigar el Sistema familiar en que se desenvuelve el paciente alcohólico en un 84.37% de las respuestas. Sin embargo,

GRAFICA # 28: Respuestas a la pregunta 28: Manejo de la reincidencia al paciente alcohólico.



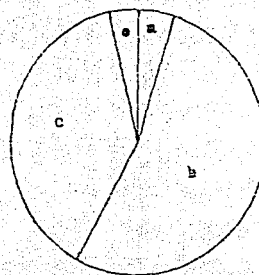
Respuestas	#	%
a) Rechaze al pac.	-	-
b) Culpégenos, castigo	1	1.56%
c) Envíe 2° nivel	19	29.68%
d) Apoyo al pac.	42	65.62%
Omisiones	2	3.12%

GRAFICA # 29: Respuestas a la pregunta 29: Manejo de la reincidencia para los familiares.



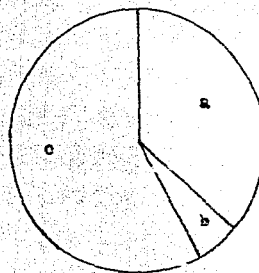
Respuestas	#	%
a) Reitera rechazo	-	-
b) Exhorta apoyar al paciente	47	74.60%
c) Regaña a famil.	-	-
d) Justifica envío	14	22.22%
Omisiones	3	4.76%

GRAFICA # 30: Respuestas a la pregunta 30: ¿Cómo debe ser -
el médico tratante del Alcohólico?



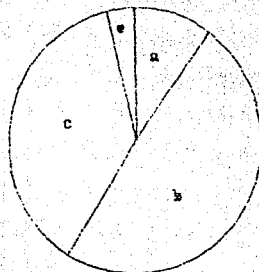
Respuestas	#	%
a) Disciplina férrea	3	4.76%
b) Comprensión y apoyo	34	53.96%
c) Elasticidad de acuerdo a evol.	24	38.09%
d) Omisiones	2	3.17%

GRAFICA # 31: Respuestas a la pregunta 31: ¿Incapacita la -
Intoxicación etílica aguda?



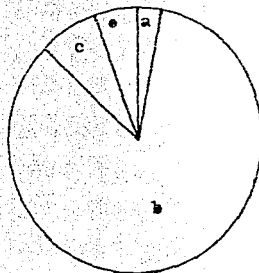
Respuestas	#	%
a) Sólo por el día que faltó	23	36.50%
b) Nunca	3	4.73%
c) Siempre	25	39.78%
d) Omisiones	1	1.58%

GRAFICA # 32: Respuestas a la pregunta 32: ¿Incapacita las
reincidencias?



Respuestas	#	%
a) Nunca	6	9.52%
b) Sólo en algunos casos	31	49.20%
c) Siempre	25	39.78%
Ocasionalmente	1	1.58%

GRAFICA # 33: Respuestas a la pregunta 33: Utilidad de la -
visita domiciliaria.



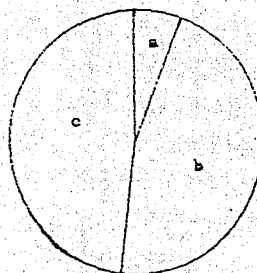
Respuestas	#	%
a) Puede haber re- chazo	1	1.56%
b) Investigación del Sist. fam.	54	84.37%
c) Sólo algunos casos útil	5	7.81%
d) Inútil	4	6.25%

47.61% nunca ha realizado una visita domiciliar a pacientes alcohólicos, por su enfermedad o por complicaciones de la misma (Gráficas 33 y 34).

En la pregunta 35 se cuestionó el Sistema médico familiar institucional como generador de obstáculos a la atención del paciente alcohólico. La mayoría (52.17%) respondió que el exceso de consulta les restaba tiempo de atención. Llama la atención el encontrar que 9 médicos (13.04%) consideraron que la atención por un sólo médico hace al paciente "acéfalo". El pesimismo de la respuesta a) fue apoyado por el 8.69% (Gráfica 35).

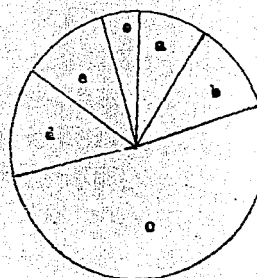
Las sugerencias vertidas en la pregunta 36 son presentadas y discutidas más adelante.

GRAFICA # 34 : Respuestas a la pregunta 34: ¿Ha realizado -
visitas domiciliarias a pacientes alcohólicos?



Respuestas	#	%
a) Siempre	4	6.34%
b) A veces	29	46.03%
c) Nunca	30	47.61%

GRAFICA # 35: Respuestas a la pregunta 35: Obstáculos a la
atención del Alcohólico por el Sistema Médico Familiar.



Respuestas	#	%
a) Inutilidad	6	8.69%
b) Rechazo de 2º nivel	8	11.59%
c) Exceso de consulta	36	52.17%
d) "Límites" del paciente	9	13.04%
e) Otros	8	11.59%
Omisión	2	2.89%

8.- DISCUSION:

El tratamiento de un paciente alcohólico es que éste deje de beber. El Médico familiar puede en estos casos hacer su labor de convencimiento, tan similar a las restricciones dietéticas necesarias en la Diabetes mellitus o en la Hipertensión arterial, y en las cuales en una buena parte logra el éxito. ¿Por qué no en el alcohólico? El Médico Familiar puede diagnosticar, seleccionar, dar orientación oportuna, captar a los familiares y organizar todo un programa de atención a sus pacientes alcohólicos, con citas mensuales programadas, exámenes de laboratorio, asesorías por Trabajo Social y por Alcohólicos Anónimos. Por encima de todo esto, el Médico Familiar puede dar su apoyo y comprensión, ayudar al alcohólico, sólo este.

Los resultados presentados demuestran que en términos generales las actitudes del Médico Familiar son positivas, pero se aprecian deficiencias en cuanto a información, tanto en la definición de la Enfermedad como en la selección de pacientes, en la elección de los diversos recursos terapéuticos, en el funcionamiento de los Sistemas familiares patológicos o el tratamiento medicamentoso. Por todo lo anterior, la primera propuesta que surge es aumentar esa información por medio de Sesiones

generales, cursos monográficos y de actualización, y la posible implantación de talleres a médicos interesados en el tema. Resulta mucho más fácil el dar de información al personal médico que cambiar actitudes que, afortunadamente, se encuentran ser positivas. Por desgracia, al formular la hipótesis de trabajo se manejan conocimientos y actitudes como dependientes una de otra. El hecho de que este no sea así impide el rechazo o aceptación definitiva de la hipótesis de trabajo, así como de la hipótesis nula.

Sin embargo, los resultados obtenidos no pueden catalogarse de buenos, tanto por la aceptación del personal médico como por el contenido del estudio. La difusión que el presente documento pueda tener entre los médicos que participaron, completará el ciclo de la Información, reorientando a quienes generaron ésta. La intención de extender el área de influencia de la Medicina Familiar no busca servir a ninguna abstracción, por el contrario: estoy convencido de que el Médico Familiar con todas sus virtudes y defectos constituye la esencia misma de la Medicina Familiar. Todo intento de crítica - lleva tácito el deseo de servir, señalando primero las áreas débiles y generando en consecuencia nuevas alternativas. Y

creo que el camino no es muy largo: las actitudes son positivas, la información está disponible. El ciclo se completará - en el momento en que el Médico Familiar (hable en forma genérica) que considerará infructuoso de cualquier modo el tratamiento, acepte su parte de responsabilidad, reconsiderando sus parámetros para el diagnóstico del Alcoholicismo, que en una buena parte están condicionados por su propio consumo de alcohol, reconociendo y dominando los fenómenos de transferencia y contratransferencia, que son más intensos al ser despertados por el paciente alcohólico de acuerdo con nuestros antecedentes - emocionales e culturales, aceptando que conocemos en nuestra población adscrita pacientes alcohólicos, a los que ignoramos tratando con sintomáticos la depresión de la esposa, e buscando inútilmente parásitos para justificar el mal aprovechamiento escolar del hijo. Los efectos nocivos del alcohol son visibles en todo el núcleo familiar, y esto no puede pasar desapercibido para quien trata familias. No es aceptable la objeción de que el Alcohólico no acude a consulta para ser tratado. El Médico familiar debe enfrentar esta situación, trayendo por los medios a su alcance al agente causal de la disfunción y ofrecer el único tratamiento eficaz: dejar de beber.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Afortunadamente, son pocos los Médicos familiares que deben cambiar. Los instrumentos usados en este estudio no permiten la cuantificación clara, con números exactos, ya que la evaluación se realizó de manera global, no individualmente.

Por último, queda añadir algo sobre las condiciones metodológicas. Todo estudio basado en la aplicación de cuestionarios depende por completo de la veracidad de las respuestas vertidas. Por lo anterior, el estudio es susceptible de insuñación. Sin embargo, los resultados obtenidos señalando actitudes positivas, al hecho de encontrar omisiones más frecuentes en preguntas de conocimientos y menos en preguntas de actitudes, la abundancia de opiniones recogidas, no hacen afirmar, al menos intuitivamente, que el estudio es confiable en ese aspecto.

Para formular las conclusiones del estudio, recogí las opiniones de los Médicos Familiares al respecto, en la pregunta # 36. Entre las opiniones vertidas, se encontró repetidamente la petición de sesiones, cursos y talleres. Estoy por completo de acuerdo. También se recogieron otras peticiones, entre las que llamé la atención por su frecuencia la instalación de grupos de Alcohólicos Anónimos dentro de cada Unidad. Después de

le expuesto, está claro que esta institución no es una panacea y que la máxima colaboración posible es la selección y derivación de los pacientes más adecuados. Otra observación frecuente fue la necesidad de enfrentar el problema con un enfoque multidisciplinario; de acuerdo, sin olvidar que el Médico Familiar debe fungir como líder y coordinador de las acciones del equipo de Salud. Respecto a la formación de grupos de alcohólicos para recibir psicoterapia grupal, resulta una excelente idea si la persona encargada de dirigir la psicoterapia tiene la capacidad suficiente para fijar las metas, atacar los mecanismos de defensa, evaluar los logros y atender las recaídas. Sólo será eficaz si un Psicólogo o un Psiquiatra competentes se hacen cargo de un grupo así.

No contamos con cifras confiables. Extraoficialmente se informó de 5 millones de alcohólicos en México, aproximadamente. De nosotros depende el reducir esta cifra. Este estudio es mi contribución, bien sé que limitada y modesta, al menos lo que podía hacerse en este momento. Espero que más adelante sea posible avanzar nuevos frentes, vencer nuevos obstáculos, fijar nuevas metas. Si lo expuesto hasta ahora encuentra un eco en -

FALLA DE ORIGEN

el personal médico, desde ahora mis compañeros de trabajo, estoy seguro que el esfuerzo no habrá sido en vano.

9.- CONCLUSIONES:

La actitud del Médico Familiar ante el paciente alcohólico en la Unidad de Medicina Familiar # 21 es positiva.

Los conocimientos necesarios para el manejo del Alcoholicismo en forma ambulatoria son deficientes.

En base a lo anterior se propone:

- a) Aumentar el aporte académico sobre alcoholismo por medio de Sesiones Generales, Cursos de actualización e talleres.
- b) Establecimiento de programas de detección de Alcoholicismo con enfoque interdisciplinario.
- c) Promoción de la Salud mediante campañas antialcohólicas que contrarresten en alguna medida la publicidad negativa.
- d) Mayor comunicación entre el Primer nivel de Atención Médica y el Segundo nivel, estableciendo normas de tratamiento y de envíos.
- e) Establecimiento de grupos de Alcohólicos para recibir Terapia de Grupo en forma dirigida, por Psiquiatra o Psicólogo competente.
- f) Establecimiento de Módulos de Atención Familiar, en donde se pueda llevar a cabo Psicoterapia familiar en los casos que lo ameriten, por Psiquiatra o Psicólogo competentes.

10.- BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Souza MN et al: Aportación al manejo del Alcoholicismo. *Historia psiquiátrica certificada*. Sal. Pub. Mex. 1985; 27:4 , pp 291-307.
- 2.- Narre J et al: Medicina General Familiar 2a parte. *Rev. Fac. Med.* 1981; XXIV:4 pp 6-18.
- 3.- Escotte J: Tratamiento y Rehabilitación del Alcohólico. *Rev. Med. Hosp. Gral.* 1979; XLII: pp 150-5
- 4.- Alcohólicos Anónimos: AA World Services Inc. 1955; pp 4-98.
- 5.- Milts S: Farmacodependencia y Alcoholicismo, en *Psiquiatría para el Médico General*. Dubovsky S. Weisberg M (eds) Nueva Editorial Interamericana. México, 1981 pp 87-117.
- 6.- Jaffe J et al: Vicios y Drogas. Problemas y soluciones. *Unsa*. México, 1980 pp 96-104.
- 7.- Torres R: El flagelo del Alcoholicismo. *Editoras Mexicanas Unidas*. México, 1984 pp 221-37.
- 8.- Elizondo JA: Tratamiento del Alcoholicismo, en *El Alcoholicismo en México*. Malina V (ed) *Fundación de Investigaciones Sociales*, México, 1982 pp 179-197.

FALLA DE ORIGEN

FALLA DE ORIGEN

9.- Solomon P: Alcoholismo crónico, en Manual de Psiquiatría. Solomon S Patch V (eds) El Manual Moderno, México 1976 pp 183-9.

10.- CENIDS: El disulfiram (Antabuse) para el Alcoholismo. Carta Médica 1980, 3. pp 84-5.

11.- North R Orange R: El alcoholismo en la Juventud. Editorial Pax-México. México, 1980. p 98.

12.- Favazza A: Alcoholism. Am. Fam. Phys. 1983 27:2 pp - 274-8.

13.- Ewing J: Recognizing, confronting and helping the alcoholic. Am. Fam. Phys. 1978 18:5 pp 107-14.

14.- Natera G Orozco C: Opiniones sobre el consumo de alcohol en una comunidad semi-rural. Sal Pub. Méx. 1981; XXIII pp 473-82.

15.- Levi I Anderssen I: La tensión psicosocial. El Manual Moderno, México. 1980 pp 33-5.

16.- Ortiz F: Salud en la Febrera. Editorial Nueva Imagen. México, 1982 pp 25-31.