

11226
2ej.
7



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA

ALCOHOLISMO Y DINAMICA FAMILIAR

Hospital General de Zona Tlupeticac

I. M. S. S.

T E S I S

Para obtener Reconocimiento Universitario
como Especialistas en Medicina Familiar

p r e s e n t a n

DRA. ANA LILIA CEBALLOS CARRILLO

DRA. ALICIA OCHOA RODRIGUEZ

DRA. MARIA DEL CARMEN CASTRO GARCIA

DR. DAVID LUNA GONZALEZ

TESIS CON
FALLA ES ORIENTA

3:0610



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

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

I N D I C E

1. PREFACIO
2. INTRODUCCION
3. DEFINICION
4. ANTECEDENTES HISTORICOS
5. ASPECTOS FISIOLÓGICOS
6. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA GENESIS
DEL ALCOHOLISMO
7. ETAPAS DEL ALCOHOLISMO
8. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y ESTADÍSTICOS
9. JUSTIFICACION
10. OBJETIVOS
11. HIPOTESIS
12. MATERIAL Y METODOS
13. RESULTADOS

14. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

15. CONCLUSIONES

16. COMENTARIO

17. APENDICE

18. BIBLIOGRAFIA

P R E F A C I O

El buen Médico Familiar trata no solo a la enfermedad, si no al individuo que tiene la enfermedad, si desea ayudar a sus pacientes de manera íntegra no puede limitar sus objetivos a un diagnóstico exacto, basado en la evaluación objetiva de los — síntomas y los signos, acompañada por la ejecución de algún plan terapéutico estándar. Deberá dirigirse intencionalmente a la persona en la cual ocurre la enfermedad.

El conocimiento de la familia del paciente es importante en especial para entender a éste, ya que la actitud de ellos hacia él repercutirá en una forma definitiva en la personalidad y la conducta del mismo.

El humanismo en la Medicina es esencialmente una perspec—tiva, un modo de ver los problemas médicos y una orientación — para el desarrollo futuro de la Medicina. Lo que caracteriza a este punto de vista, es su interés en preservar en la Medicina el principio de la unidad del hombre, ante la creciente espe—cialización que tiende a fragmentarlo; mantener el concepto del hombre como una totalidad ante el reduccionismo propio de la Medicina vertical, que señala las limitaciones y los inconvenientes de una concepción mecanicista del hombre y de la des—personalización en la asistencia de los enfermos.

Parece que en la relación médico-paciente se han inter-
puesto demasiados aparatos y a veces también demasiados trámites
y el médico dedica más tiempo a llenar los trámites que a enten-
der a sus enfermos como personas y a cuidar de ellos.

Las ideas, deseos y emociones ejercen una influencia deter-
minante sobre procesos somáticos y viscerales que se integran a
niveles más bajos. Los estudios en el campo de la Psicología
Médica, y en el de la Medicina Psicosomática han establecido
más allá de cualquier duda, que en ciertas condiciones patológi-
cas, los cambios anatómicos son la consecuencia a largo plazo
de trastornos funcionales, que resultan a su vez de conflictos
emocionales y de estados persistentes de tensión excesiva, o sea
A toda función alterada corresponde un cambio morfológico en su
substrato.

Podría pensarse que con tan notables avances en la ciencia
y la tecnología, la tarea del médico habría de simplificarse, pe-
ro no ocurre así. Por cada problema de salud que es dominado
otro nuevo hace su aparición o adquiere prevalencia. Las enfer-
medades infecciosas han disminuido considerablemente, pero las
neurosis, los trastornos psicosomáticos, el alcoholismo, la
obesidad, hipertensión arterial, etc, han aumentado en frecuen-
cia particularmente entre las personas que viven en las zonas

urbanas de los países civilizados. En el ejercicio de la Medicina la responsabilidad es compleja y la carga pesada. Tal vez esta es la razón por la cual muchos médicos prefieren verse así mismos como técnicos y se rehusan a dar a su función una dimensión humana. Se rehusan a ver más allá del procedimiento y se limitan a ser ejecutores fríos, evitando la relación estrecha con sus enfermos.

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

El alcoholismo es actualmente uno de los mayores problemas sociales que afectan a grandes sectores de la humanidad, tanto por el número cada vez mayor de personas que se ven involucradas en él, como por las consecuencias negativas que acarrea en los campos familiar, económico, cultural, y político de los pueblos .

La presente tesis es un estudio de investigación practicado por los residentes de II año de Medicina Familiar, adscritos al Hospital General de Zona Num. 68, Tulpetlac, Edo. de México; y está dirigida a los derechohabientes de dicha clínica , para investigar la relación que existe entre la dinámica familiar y el hecho de que uno de sus integrantes sea alcohólico , así , mismo tratar de comprobar la eficacia del método de APGAR en la evaluación de la dinámica familiar.

DEFINICION

Respecto al alcoholismo, la Organización Mundial de la Salud: Se trata de un estado de intoxicación periódica o crónica, perjudicial al individuo y a la sociedad engendrada por el consumo repetido de bebidas alcohólicas. Este estado tiene como principales características un invencible deseo o una necesidad de continuar ingiriendo la bebida, de procurarsela por todos los medios y la tendencia a aumentar la ingesta, una dependencia de orden psíquico con respecto a los efectos del alcoholismo (1).

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A diferencia del invento de la rueda, la creación del alcohol no exigió el don del intelecto humano; se produce alcohol en cuanto se reúnen en forma fortuita o no, levadura, azúcar y agua, en un proceso de fermentación, explicado por Luis P. en 1857. Las células de la levadura, atacan la estructura química del azúcar reorganizando las moléculas de carbono, hidrógeno y oxígeno, para formar alcohol y dióxido de carbono, representados por la fórmula simplificada de:



El proceso de fermentación cesa bruscamente cuando la levadura muere a causa del alcohol que ha fabricado.

Este proceso determina dos clases fundamentales de licores: el de azúcar de fruta fermentada, llamado vino (con 14% de alcohol) y el de grano fermentado llamado cerveza (con 5% de alcohol), de ellos surgen los destilados quizá hasta con un 75% de alcohol, cuya fabricación es posible porque el alcohol se volatiliza a menores temperaturas que el agua; así el brandy es una forma de vino destilado, y la ginebra es cerveza destilada. El contenido alcohólico se mide en proof en donde 200 proof, equivale

Len a 100% de alcohol.

Los sabios están de acuerdo en que se conoce el vino desde la prehistoria, la cerveza desde los tiempos egipcios y los destilados desde el siglo VIII AC.

Probablemente el primer vino fue miel fermentada o agua - miel que más tarde sirvió de catalizador durante los primeros 28 días de casamiento, dando paso al término Luna de Miel.

Algunos técnicos afirman que la agricultura manual surgió para garantizar azúcares de frutas para la fabricación de vino y no para asegurar comida.

La biblia describe la magia del vino en los proverbios. El consumo de vino era parte integral de las antiguas ceremonias religiosas judías.

Los egipcios conocían más de 7 variedades de vino y cerveza. Una tumba de la 17 centuria egipcia lleva estos jeroglíficos: *Se alegre, aconseja un sirviente a su ama, ella replica: dame 18 vasos de vino, sabes, amo la embriaguez.* Otra tumba egipcia exponía los resultados del exceso de beber vino: Una dama vomitando furiosamente.

El Dios griego Dionisio y el Dios romano Baco, representan al vino, y las palabras Dionisiaco y bacanal, siguen sobreviviendo en el lenguaje. Fabricó el brandy el monje francés cano Raymond Lully quien escribió esta frase imperecedera: Su sabor sobrepasa todos los sabores y su olor a todos los olores.

Por tradición se llenaban de brandy recipientes que los perros San Bernardo transportaban para beneficio de viajeros perdidos y agotados. De la cerveza de cebada, destilaron los irlandeses el usquebaugh (agua de vida), hoy conocido como whisky

El vino, la cerveza y los destilados, conquistaron el mundo y el consumo de alcohol se volvió parte integral de casi cualquier cultura.

ASPECTOS FISIOLÓGICOS

Ingerido el alcohol, es muy rápida su absorción, siendo en el estómago en un 20%, y un 75% en el intestino delgado, no llegando por lo general al colon. Aparece en la sangre 5 minutos después de su ingestión, distribuyéndose uniformemente en el organismo.

El hígado metaboliza entre el 80 y el 90% del alcohol ingerido; los riñones, más o menos 5%; el músculo esquelético un pequeño porcentaje y fracciones mínimas son metabolizadas por el músculo cardíaco, el diafragma, testículos, estómago y los intestinos. Aproximadamente el 5% se elimina sin metabolizar por el riñón y pulmones.

El alcohol, tomado en cortas dosis se oxida casi todo y puede considerarse como fuente de energía. Un adulto normal puede oxidar 7 gr de alcohol por hora. La mayor parte del alcohol metabolizado se convierte en ácido acético.

En un gran porcentaje las bebidas alcohólicas diluidas, excitan las terminaciones de los nervios del gusto, del olfato y la sensibilidad general de la boca y esófago, por lo cual aumenta el apetito; pero si en vez de diluido esta concentrado o se toma con frecuencia, produce irritación de la mucosa gástrica,

aumento de la secreción de moco y no de jugos digestivos, por lo que ocasiona falta de apetito, gastritis y retardo del vaciamiento gástrico.

La ingestión del alcohol en pequeñas cantidades, ejerce acción excitante sobre el corazón incremento en la frecuencia y volúmen del pulso, dilatación de los vasos periféricos y contracción de los profundos. Grandes dosis ingeridas ocasionan retardo en el funcionamiento cardiovascular, arritmia respiratoria respiración estertorosa y tendencia a la parálisis de la respiración que puede ocasionar la muerte.

Indiscutiblemente la acción principal del alcohol es sobre el sistema nervioso, en el que ejerce acción depresiva, inhibición de los reflejos incondicionados o condicionados de la clasificación de Pavlov.

Los síntomas leves de intoxicación aparecen en las personas normales, cuando las concentraciones del alcohol en sangre alcanzan 200 mgs por 100 ml; con sensación de euforia, de bienestar y locuacidad, tal parece que hubiera exaltación de las facultades psíquicas o intelectuales, el individuo no se preocupa por las consecuencias de sus actos; hay pérdida de la autocritica, la duda, vergüenza y la educación. Los síntomas son más graves cuando se encuentra de 250 a 450 mgs, en la que hay falta de la coordinación alteración de la palabra, la marcha, abatimiento depresión, tendencia al sueño, confusión, desorientación,

y estupor.

Los efectos son casi mortales al alcanzar concentraciones de 500 a 700 mgs por 100 ml, produciéndose anestesia, inconciencia perturbaciones respiratorias, coma y muerte por paro respiratorio.

Entre los pacientes alcohólicos se encuentra eventualmente una destrucción gradual e irreversible del tejido cortical, posterior a la ingesta crónica del alcohol, degeneración del tejido nervioso periférico y lesiones circunscritas a la médula, puente, región periacueductal del cerebro medio y el lóbulo anterior del cerebelo.

Otro órgano afectado en forma importante es el hígado produciéndose con más frecuencia Cirrosis Atrofica Hepática, que es una de las primeras causas de mortalidad en nuestro país.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA GENESIS DEL ALCOHOLISMO

Factor psicopatológico.- Es franco en los perversos, los desequilibrados psíquicos y los dipsómanos. Se pueden añadir los casos de toxicomanía alcohólica observada en los enfermos afectados de psicosis maniaco-depresiva y en ciertos casos de demencia precoz, epilepsia o parálisis general.

Se encuentra un mismo factor en el curso de la psicoastenia y de las neurosis de ansiedad y obsesivas. Los enfermos experimentan a menudo la acción bienhechora del alcohol y hacen de él un remedio para su trastorno.

Estos datos tienen su importancia, pues el tratamiento útil en tales casos es el de la neurosis o psicosis.

Factores psicológicos.- Diversos factores psicológicos intervienen para transformar a ciertos individuos en toxicómanos alcohólicos pues, como ya hemos visto, la mayor parte de los bebedores no son en su origen psicópatas comprobados.

Herencia.- La herencia entra en juego, aunque no se debe exagerar su importancia, e interviene en la medida en que aumenta el riesgo de taras mentales, presentando como manifestaciones principales el retraso mental y los trastornos de la conducta, así mismo en la medida en que da lugar a un clima desfavorable, sobre todo con una carencia educativa y trastornos

socioeconómicos; se trata, pues, de una acción indirecta.

Imitación. - Se trata de un factor frecuentemente comprobado. Es evidente que ciertas profesiones predisponen muy especialmente a la ingestión en exceso de bebidas alcohólicas. Ocurre lo mismo con ciertos medios sociales y ciertas regiones. El sujeto cederá más fácilmente a esta tendencia cuanto más susceptible es. Si en cierto modo se negase a beber caerían rápidamente sobre él las burlas de sus camaradas y sería eliminado tarde o temprano del grupo. Forzoso es reconocer que en ciertos medios, el sujeto que resiste tales tentaciones debe dar muestras de un valor poco común.

Derivación. - Constituye otro proceso, desde luego menos frecuente que el anterior. Toda dificultad afectiva puede dar origen a excesos alcohólicos; tal situación responde a la expresión popular Ahogar sus penas. El psicoanálisis considera, por otro lado, al alcoholismo como un trastorno basado en una frustración arcaica del estadio oral, que explicaría la imposibilidad de independencia de esos enfermos; así, una dificultad, un escollo, daría lugar por su parte a la búsqueda de otra dependencia.

Compensación. - Es el mecanismo que interviene en ciertos estados neuróticos que ya hemos considerado anteriormente. En este caso el alcohol constituye el producto que establece el

equilibrio. Este equilibrio puede ser roto en su origen por factores neuróticos, pero igualmente por factores físicos: sujetos con desventajas físicas, dismórficos, insuficientes sexuales. Así el complejo de inferioridad, sea cual fuere su causa, puede ser responsable de alcoholismo.

Autoagresividad.- Responde a este sentimiento inconsciente de culpabilidad con necesidad de castigo. El enfermo se encuentra en un mundo de catástrofes que debe precipitar aún la ingestión de bebidas alcohólicas. Se trata en cierto modo de un suicidio lento.

Factores económicos.- Hay que considerar las condiciones de vida de numerosos sujetos: la estrechez de los alojamientos y la promiscuidad, ligada al gran número de hijos contribuyen por su lado, a la frecuentación del establecimiento de bebidas en el cual el individuo busca después de su trabajo, una especie de calma, relajación entre los amigos, y donde encontrara ciertamente todas las condiciones para transformarse rápidamente en alcohólico inveterado.

ETAPAS DEL ALCOHOLISMO

Jellinek proporcionó un modelo unidimensional para expresar el proceso del alcoholismo. Ubica a todos los individuos con problemas de alcoholismo en un proceso de 4 fases a través de un canal por el cual la persona pasa de abstinencia a bebedor y a alcohólico.

FASE I.- Prealcohólica; El individuo bebe como costumbre social pero experimentando alivio a sus tensiones y facilita los contactos sociales, hay sensación de bienestar momentáneo. Generalmente considera su mejora psíquica debida al ambiente en el que bebe y no por lo que bebe. Sin apreciarlo, su nivel de tolerancia va en aumento; no se denota todavía deterioro físico ni psíquico motivados por el beber. Periodo de duración variable.

FASE II.- Prodrómica o Alcoholismo temprano; El individuo puede exhibir alguna o todas las características siguientes:

Empiezan breves periodos de amnesia ya sea durante o inmediatamente después de tomar; estas experiencias se van haciendo más importantes, lo que le provoca angustia. Tiene conciencia de su necesidad de beber, teme quedarse sin provisión de alcohol, lo toma ya sin mezclar y antes de asistir a una fiesta necesita tomarse unos tragos. No se embriaga aunque su nivel de concentración de alcohol es alto, provocando alteración del me-

tabolismo y del sistema nervioso.

FASE III.- *Básica o decisiva ; Crucial pérdida del control de la ingesta de alcohol, una vez que se ha alcanzado el grado de intoxicación completa, el individuo puede abstenerse voluntariamente por algunos días o acaso meses para probarse que si tiene control sobre lo que bebe, pero la compulsión se inicia con la primera copa. Su falta de control la atribuye a causas circunstanciales, siendo en realidad las tensiones acumuladas el motivo de la ingesta. Arriesga a perder todo : la familia, bienes materiales trabajo; se vuelve agresivo. Desarrolla una serie de razonamientos para explicar el motivo de su comportamiento, como Estos le fallan, sufre cambios que van de la euforia y grandilocuencia a un estado de aislamiento en el que culpa a todos de su desgracia. Las promesas de enmienda incumplidas le crean sentimientos de culpa, hay pérdida total de intereses Tiene ya serias alteraciones nutricionales y de carácter sexual con frecuencia es internado por complicaciones alcohólicas. Al final de esta fase empieza a experimentar Delirium tremens.*

FASE IV.- *Crónica; En esta fase, la intoxicación persiste por varios días, su conducta es realmente ingobernable. Los cambios de personalidad son marcados, hay trastornos del pensamiento de afectividad, de la voluntad y éticos; marcada irritabili*

dad y labilidad emocional. Al enfermo le invade un temor vago e indefinido, un temblor le imposibilita a determinados actos, que solo logra controlar mediante una nueva ingesta de alcohol. Puede empezar el daño cerebral o la Cirrosis hepática.

A modo de etapas, Jellinek cita además otra definición: Existen 3 factores que deben combinarse para hacer un alcohólico: 1) un factor psicológico que implica alguna patología de la personalidad. 2) un factor biológico que permita la ingestión alcohólica sin notables malos efectos y acompañado de euforia, y 3) un factor tóxico que se desarrolla gradualmente después de años de beber a través de la creación de desequilibrio humoral, y que se manifiesta así mismo como Craving por el alcohol .

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y ESTADÍSTICOS

El problema del alcoholismo, con todo y ser uno de los más graves que tiene el país, ha sido hasta ahora insuficientemente investigado. En un estudio reciente se considera que el alcoholismo aparece en todas sus formas en la población mayor de 14 años, en la proporción de 1.1%; en la población general del país sería de 6 x 1000, aproximadamente lo que daría un total de 339, 645 casos. De ellos un 4% ha requerido de atención médica o de consulta externa, correspondiendo al 35% (1728 casos) a las psicosis alcohólicas y el 65% (8728 casos) puramente al alcoholismo en sus diversas formas. Según declaraciones del CMEF hay en el país 2.5 millones de personas con problemas serios a causa del alcohol (1977), a los que habría que añadir un mínimo de otras 4 personas por alcohólico, que se verían afectadas por las consecuencias de este mal, lo que daría un total de 12.5 millones de personas que, de una manera u otra, estarían afectadas por el alcoholismo en México. El porcentaje de alcohólicos y bebedores excesivos es cinco veces mayor entre los hombres que entre las mujeres. Entre los bebedores moderados, el número de hombres es doble que el de las mujeres. Los mayores porcentajes de alcohólicos y bebedores excesivos se encuentran entre las ocupaciones más primitivas, o que requieren menos adiestramien-

to . Los índices más elevados pertenecen a la clase económicamente débil ; le siguen los de la clase pudiente y se encuentra siempre un mejor grado de salud mental entre la gente de clase media.

En México, el consumo de alcohol se está incrementando considerablemente como lo demuestran estas cifras: mientras en 1935 cada mexicano bebía un promedio de 18 litros por persona. Se calculaba que al terminar 1975 cada mexicano habría bebido un promedio de 50 litros de alcohol.

Según los anuarios estadísticos de la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Industria y Comercio, para el año de 1971 existían en la República Mexicana 14,892 cantinas, 7,137 pulquerías, 12,057 cervecerías, 19,050 restaurantes, fondas y figones con un porcentaje de incremento, con relación al año anterior de 1.7%, 4.7%, 6.4%, 11.5% respectivamente. Comparando dicho incremento con el de locales educativos, se llega a que en 1967 había por cada jardín de niños, 44 expendios de bebidas, en 1968 48.1, en 1969 48.9, en 1970 51.1 y en 1971 50.2.

Un artículo reporta que el 26% de los alcohólicos consumen cerveza, el 20% pulque, el 17% aguardiente de caña, el 15% aguardiente agave, el 3% cognac y whisky. La producción en México en 1971 con respecto a bebidas alcohólicas, fué de 1.504.6 millones de litros de bebidas , de las cuales el 80% correspondió a

cervezas, el 15% a pulque, 3% a aguardiente de uva y caña, y 1.6% tequila así como 0.13% a vinos de uva.

En datos más generales se dice que hay un 5.5 millones de alcohólicos en el país, que 20.49 defunciones por cada 100 000 habitantes se deben a la cirrosis hepática alcohólica que 33.231 defunciones por accidentes en tránsito en 1970 el 70% fué debido al alcohol, que el 32% de las personas que se suicidan estaban en estado de embriagues, el 30% de los atropellamientos son ocasionados por conductores en estado de embriaguez, que la edad promedio de los alcohólicos en México es de 18 a 30 años y que el 2% del ausentismo en el trabajo se debe al alcoholismo.

Los daños sociales han sido analizados por varias investigaciones hechas con sujetos alcohólicos. Estudiando 100 casos - tomados al azar se llegó a las siguientes conclusiones: el porcentaje del salario destinado a bebidas alcohólicas es variable y va desde un 6 al 20% en una tercera parte, un 15% que gasta la mitad de su salario y un 20% que gasta el 60 al 85%. El 78% se estiliza con cerveza, aunque posteriormente toma de todo. Más del 50% de las esposas han sido agredidas físicamente, sin embargo un 80% considera que ellas le han sido infieles. Un 95% de las relaciones sexuales no son satisfactorias, un 40% de las esposas presentan cefaleas tensionales, un 86% de los hijos desprecian a su padre alcohólico y un 40% de ellos se sienten

inseguros. Un 28% de los hijos no se explica como soporta su mamá a tal hombre .

Co mo se Puede apreciar, el problema del alcoholismo es de los más graves que afronta el país, tanto por la población que se ve afectada por el mismo. Las estadísticas muestran que el número de alcohólicos y bebedores excesivos va en acelerado aumento, no así los medios eficaces para su tratamiento y prevención.

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

Las estadísticas recientes sobre el alcoholismo, dadas por el grupo de Alcohólicos Anónimos, son alarmantes, se considera que en nuestro país existen cerca de 2.5 millones de alcohólicos, ocupando el segundo lugar entre los países latinoamericanos; se calcula que uno de cada 75 habitantes es alcohólico, siendo más frecuente entre los 25 y 50 años, predominando en el sexo masculino en proporción de 10 a 1.

La vida cotidiana es fuente de tensiones y angustias, - las cuales son manejadas y superadas por las personas adultas normales. Cuando estas tensiones y angustias no se pueden superar, debido a inmadurez o alguna alteración mayor de la personalidad, se originan mecanismos anormales de relación de las personas con su ambiente; uno de estos mecanismos es la ingestión de alcohol.

Todo alcohólico es rechazado dentro de su seno familiar pues desquicia la normalidad ambiental de este núcleo, la empuja moral y económicamente, siendo un ejemplo inconveniente para niños y jóvenes.

El alcohólico presenta con frecuencia caracter invariable tendencia a la agresividad, que con el mal entendido machismo da lugar a riñas, lesiones, homicidios, etc.

Todas estas repercusiones no solo se reflejan en el ambiente familiar, como es la relajación y desintegración del mismo abandono del hogar y de los hijos, sino también en el componente básico social, ya que se convierte en una carga para sus ciudadanos, por las frecuentes infracciones a los reglamentos, accidentes laborales, etc.. Se asegura que el 85% de los homicidios, 50% de los suicidios y que 2 de cada 3 accidentes automovilísticos se realizan bajo los efectos del alcohol.

Es necesario considerar al alcohólico como una unidad biopsicosocial lesionada, enferma, que requiere medidas de rehabilitación para reintegrarlo como individuo útil, productivo al núcleo que pertenezca. Esto a veces es difícil, porque se necesita contar con la colaboración del enfermo.

Es por esto que hemos decidido realizar este estudio, teniendo como variable el hábito alcohólico, correlacionado con el grado de disfunción familiar, utilizando como metodología el cuestionario de APGAR familiar, y por sus características, proponerlo para el manejo diagnóstico de la familia en crisis, de manera que el médico pueda juzgar su uso en el contexto de su práctica clínica, con la finalidad de reintegrar el funcionamiento familiar y por consiguiente el manejo de la familia trastornada.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- 1.- Corroborar que el alcoholismo es una causa importante de de-
sintegración familiar.
- 1.1 Corroborar que a mayor grado de alcoholismo, mayor grado de
desintegración familiar.
- 1.2 Verificar la utilidad del método de APGAR familiar para eva-
luar la dinámica familiar.
- 1.3 Determinar que a mayor ingreso familiar, mayor uso del alcohol.
- 1.4 Establecer que a mayor grado de escolaridad, menor uso del
alcohol.

H I P O T E S I S

EL METODO DE APGAR ES EFICAZ PARA DETERMINAR QUE:
EN FAMILIAS CON PADRE ALCOHOLICO, EL GRADO DE DESINTEGRACION
FAMILIAR, ES DIRECTAMENTE PROPORCIONAL AL GRADO DE DEPENDENCIA
ALCOHOLICA .

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

En la consulta externa del Hospital General de Zona No. 68 del IMSS en Tlaxpetlac, Estado de México, en el lapso comprendido entre junio y octubre de 1979 se aplicaron en forma inicial 500 cuestionarios, que constaban de: Ficha de Identificación (Apéndice A), Test de Harvard Modificado (Apéndice B), y Test de APGAR (Apéndice D), siendo la distribución de dichos cuestionarios al azar a derechohabientes del sexo masculino (jefes de familia). Dichos cuestionarios se utilizaron para:

-Detección de derechohabientes no alcohólicos y derechohabientes alcohólicos, así como el grado de éste (Test de Harvard Modificado).

- Determinación del grado de funcionamiento de la dinámica familiar (Test de APGAR).

El test de Harvard se editó en la Universidad de Harvard: siendo modificado por los autores del presente estudio, para fines del mismo. La modificación consistió en agregar las primeras 5 preguntas y hacer más comprensibles las demás. El motivo de dichas modificaciones fue el de poder captar a alcohólicos en sus fases iniciales y así clasificarlos según el número de respuestas afirmativas o negativas en los siguientes

grados:

- Alcoholismo ocasional
- Alcoholismo social
- Alcoholismo moderado
- Alcoholismo habitual
- Alcoholismo crónico

El intento de clasificar los diferentes grados de alcoholismo en una forma perfectamente bien definida, ha sido intentada por diferentes autores sin que esto se halla logrado. Por lo tanto; en el presente estudio, la subdivisión antes mencionada se hizo tomando en cuenta: el test de Harvard modificado, con el fin de poder valorar en una forma más concreta el grado de alcoholismo; ya que a mayor número de respuestas afirmativas, mayor grado de alcoholismo en base a los siguientes parámetros:

- No alcohólico.- Aquél que nunca ha ingerido alcohol o no lo ha hecho en los últimos 5 años.

- Alcohólico ocasional.- El que bebe en forma esporádica (no más de 2 veces al año) y que nunca llega a la embriaguez (Apéndice B).9

- Alcohólico social.- Aquel que en todas las reuniones ingiere unos tragos llegando ocasionalmente a la embriaguez (Apéndice B)

- Alcohólico moderado.- En este rubro se engloban los individuos que acostumbran tomar ante las situaciones conflictivas de

su vida, y que al sentirse mareados, aún son capaces de dejar de tomar, aunque ya es más frecuente su necesidad de ingerir bebidas alcohólicas y ocasionalmente presentan lagunas mentales (Spéndice B).

- Alcohólico habitual.- Este grupo se caracteriza por pasar varios días consecutivos, tomando bebidas alcohólicas, habiendo mayor frecuencia de lagunas mentales, falsas promesas de abstinencia y cuando empieza a tomar le resulta casi imposible dejar de hacerlo, existiendo ya gran falta de control de sus actos y pérdida de intereses (Apéndice B).

- Alcohólico crónico.- Presenta francas alteraciones de la conducta y de la nutrición. Pérdida total de intereses, principios éticos y morales. (Apéndice B).

En base a los resultados obtenidos en los cuestionarios iniciales, se reunieron 100 familias, en las cuales el jefe de familia es alcohólico en diversos grados (grupo problema), eligiéndose al azar 20 casos de cada grado de alcoholismo y 100 familias que fungieron como testigos por no ser el jefe de familia alcohólico (grupo control). Posteriormente, se les aplicó a todas las familias el test de APGAR, que es un cuestionario diseñado para conocer 5 importantes áreas del funcionamiento familiar que son: (Apéndice C):

ADAPTABILITY : ADAPTABILIDAD
PARTNERSHIP : ASOCIACIONES
GROWTH : PROGRESION
AFFECTION : AFECTO
RESOLVE : ACUERDOS, DECISIONES

El test de APGAR familiar consta de 5 preguntas, con 3 opciones de respuesta: casi siempre, algunas ocasiones y difícilmente, en base a la calificación obtenida (Apéndice D) sugiere: Un buen funcionamiento familiar, una familia moderadamente disfuncional o una familia severamente disfuncional. Dicho test se aplicó a un mínimo del 75% de los miembros (mayores de 15 años), de las familias estudiadas.

No existió límite de tiempo para la contestación de los tests. Generalmente no se utilizaron más de 5 minutos para contestar el de Harvard; se debe dar solamente una respuesta para cada reactivo y no se deja sin contestar ninguna de ellas.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD, POBLACION DE ALCOHOLICOS Y NO ALCOHOLICOS.

H. G. Z. TULPETLAC

I. M. S. S.

JUNIO-OCTUBRE 1978

GRUPOS DE EDAD	ALCOHOLICOS		NO ALCOHOLICOS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
15 - 24	14	14	23	23
25 - 34	35	35	33	33
35 - 44	33	33	30	30
45 - 54	10	10	11	11
55 - 64	6	6	3	3
65 - 74	2	2	0	0
TOTAL	100	100	100	100

ALCOHOLICOS

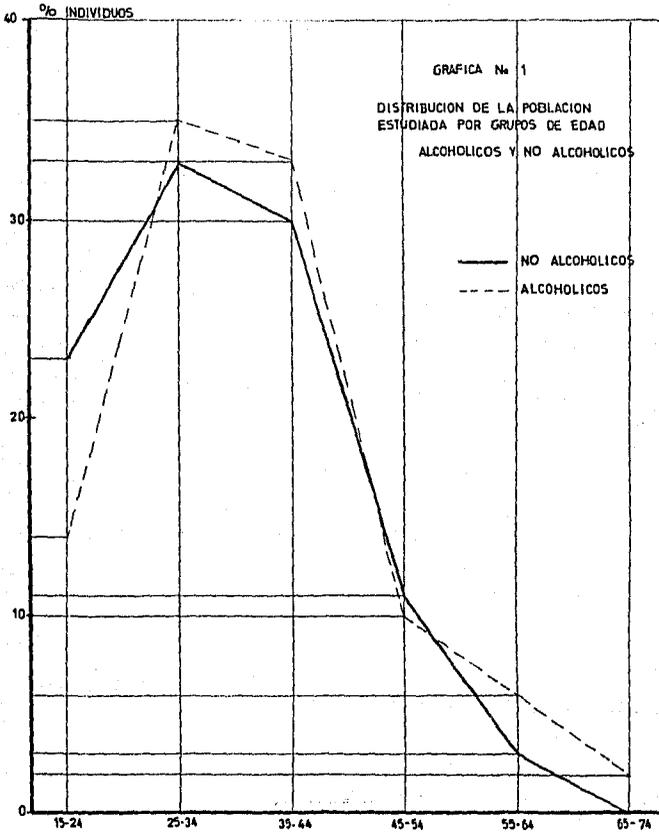
NO ALCOHOLICOS

PROMEDIO = 35.5

PROMEDIO = 32.8

RANGO = 18-65

RANGO = 18-60



CUADRO No 2

ESCOLARIDAD JEFES DE FAMILIA ALCOHOLICOS Y NO ALCOHOLICOS

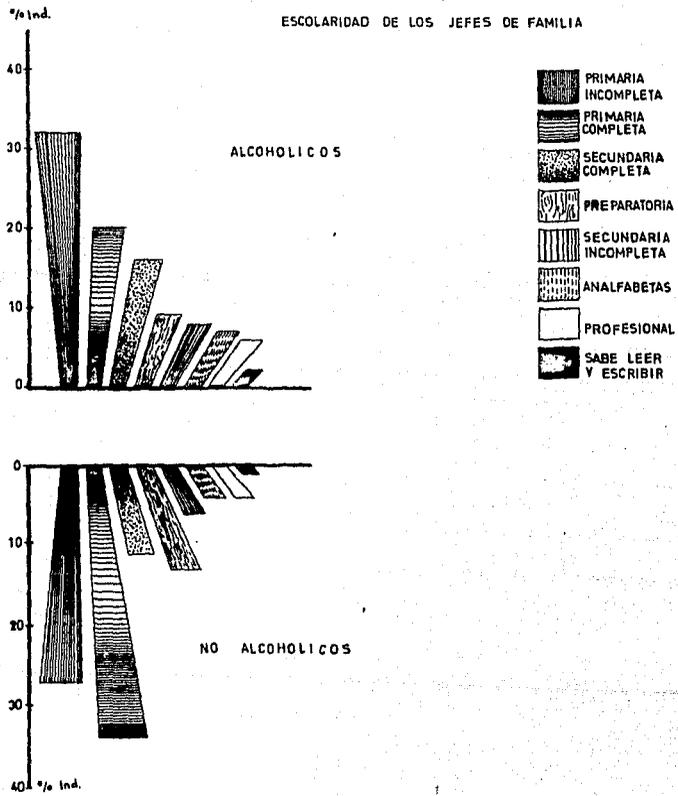
H. G. Z. TULPETLAC

I. M. S. S.

JUNIO - OCTUBRE 1979

ESCOLARIDAD	ALCOHOLICOS		NO ALCOHOLICOS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
ANALFABETAS	7	7	4	4
SABEN LEER Y ESCRIBIR	2	2	1	1
PRIMARIA INCOMPLETA	32	32	27	27
PRIMARIA COMPLETA	20	20	34	34
SECUNDARIA INCOMPLETA	9	9	13	13
SECUNDARIA COMPLETA	16	16	11	11
PREPARATORIA	6	6	6	6
PROFESIONAL	6	6	4	4
TOTAL	100	100	100	100

GRAFICA No. 2
ESCOLARIDAD DE LOS JEFES DE FAMILIA



CUADRO No 3

OCUPACIONES PREDOMINANTES. JEFES DE FAMILIA ALCOHOLICOS Y NO ALCOHOLICOS.

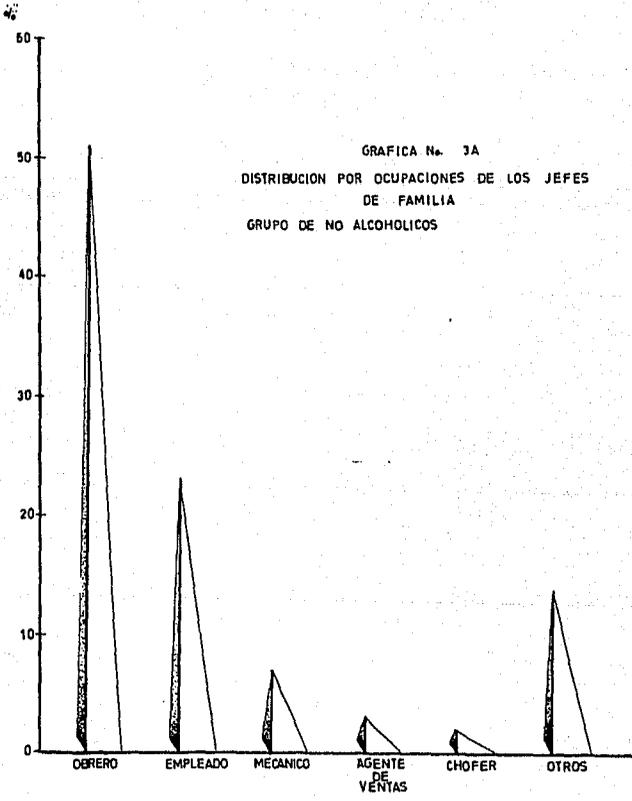
H. G. Z. TULPETLAC

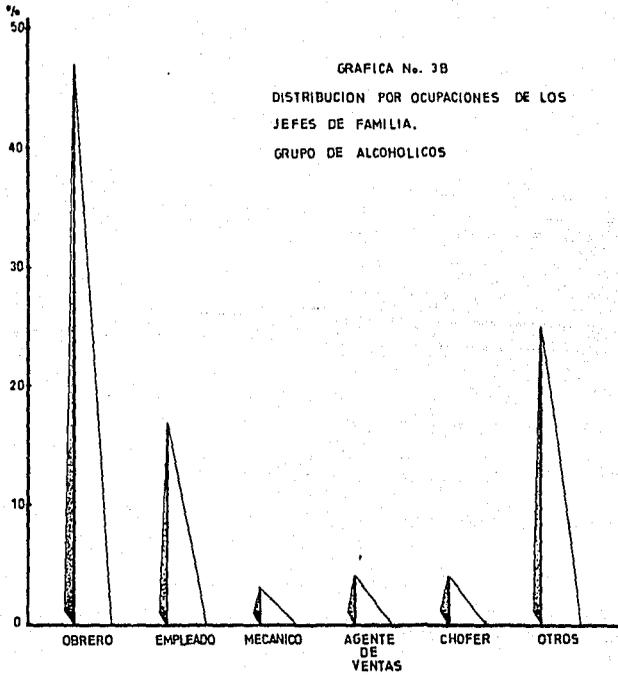
I. M. S. S.

JUNIO - OCTUBRE 1979

OCUPACION	ALCOHOLICOS		NO ALCOHOLICOS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
OBRERO	47	47	51	51
EMPLEADO	17	17	23	23
MECANICO	3	3	7	7
AGENTE DE VENTAS	4	4	3	3
CHOFER	4	4	2	2
OTROS *	25	25	14	14
TOTAL	100	100	100	100

* SE INCLUYEN OCUPACIONES TALES COMO: ALBAÑIL, CONTADOR PUBLICO, LINTIPISTA, IMPRESOR, JUBILADO, GRANJERO, KARDISTA, MAESTRO, MEDICO, CARPINTERO, ALMACENISTA, SUPERVISOR, ETC. QUE CUENTAN CON UN SOLO REPRESENTANTE





CUADRO No 4

INGRESO FAMILIAR MENSUAL

ALCOHOLICOS Y NO ALCOHOLICOS

H O Z TULPETLAC

I M S S

JUNIO OCTUBRE 1979

INGRESO FAMILIAR MENSUAL \$	ALCOHOLICOS		NO ALCOHOLICOS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1500 ~ 3400	43	43	36	36
3500 - 5400	38	38	50	50
5500 - 7400	6	6	12	12
7500 - 9400	8	8	1	1
9500 - 11400	2	2	1	1
11500 - 13400	2	2	0	0
13500 - 15400	1	1	0	0
TOTAL	100	100	100	100

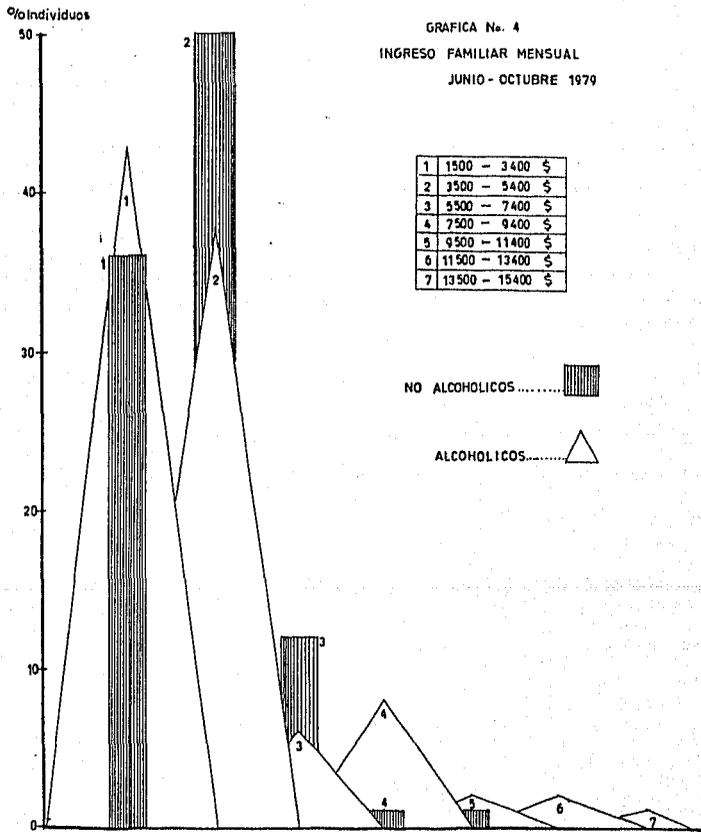
ALCOHOLICOS

NO ALCOHOLICOS

PROMEDIO \$ 4 121,00
RANGO \$ 1 500,00-15 000,00

PROMEDIO \$ 3 834,00
RANGO \$ 1 000,00 - 10 000,00

GRAFICA No. 4
INGRESO FAMILIAR MENSUAL
JUNIO - OCTUBRE 1979



CUADRO No 5

No DE HIJOS POR FAMILIA

ALCOHOLICOS Y NO ALCOHOLICOS

H. G. Z. TULPETLAC

I H S S

JUNIO - OCTUBRE 1978

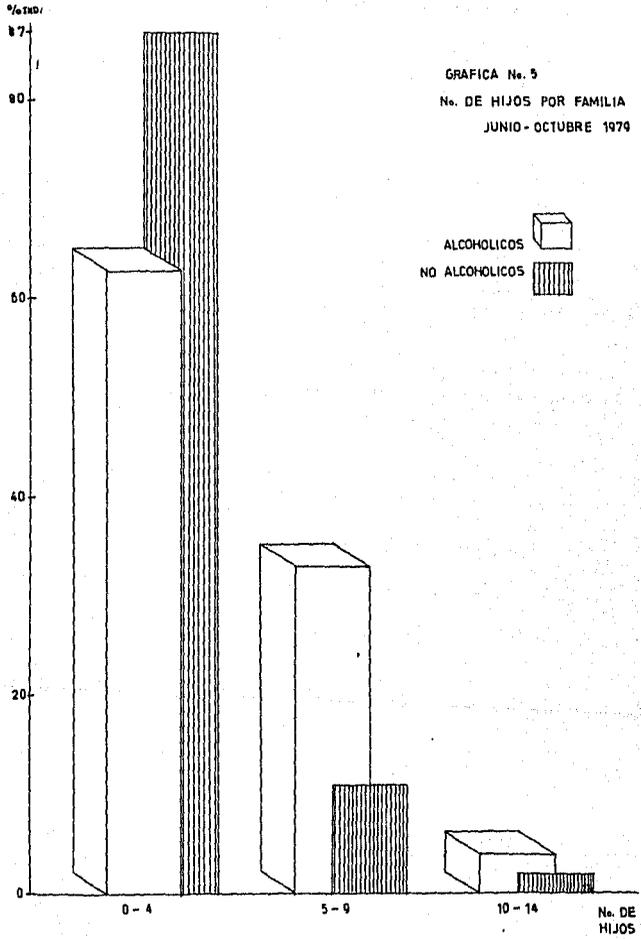
No DE HIJOS	ALCOHOLICOS		NO ALCOHOLICOS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
0 - 4	63	63	87	87
5 - 9	33	33	11	11
10 - 14	4	4	2	2
TOTAL	100	100	100	100

ALCOHOLICOS

No. ALCOHOLICOS

PROMEDIO = 4.1

PROMEDIO = 2.8



CUADRO No. 6

FRECUENCIA Y PORCENTAJE SEGUN ESTADO CIVIL DE LOS GRUPOS
ESTUDIADOS ALCOHOLICOS Y NO ALCOHOLICOS
H. G. Z. TULPETLAC I. M. S. S.

JUNIO - OCTUBRE 1978

ESTADO CIVIL	ALCOHOLICOS		NO ALCOHOLICOS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
UNION LIBRE	23	23	17	17
CASADOS	77	77	83	83
TOTAL	100	100	100	100

% Individuos

100

80

60

40

20

0

GRAFICA No. 6

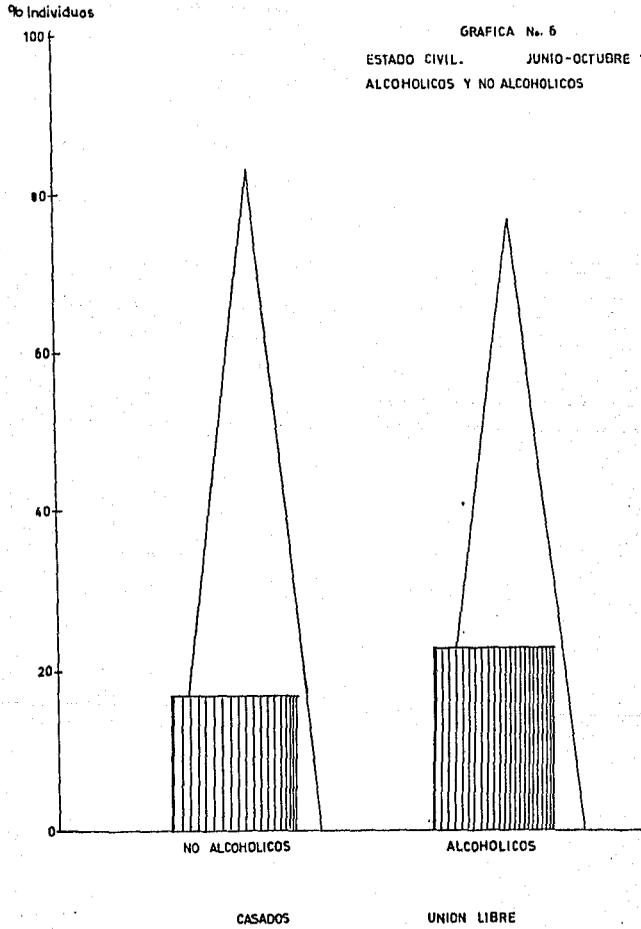
ESTADO CIVIL. JUNIO-OCTUBRE 1979
ALCOHOLICOS Y NO ALCOHOLICOS

NO ALCOHOLICOS

ALCOHOLICOS

CASADOS

UNION LIBRE



CUADRO No. 7

VALORACION DEL APGAR FAMILIAR DEL GRUPO ESTUDIADO
Y GRUPO CONTROL

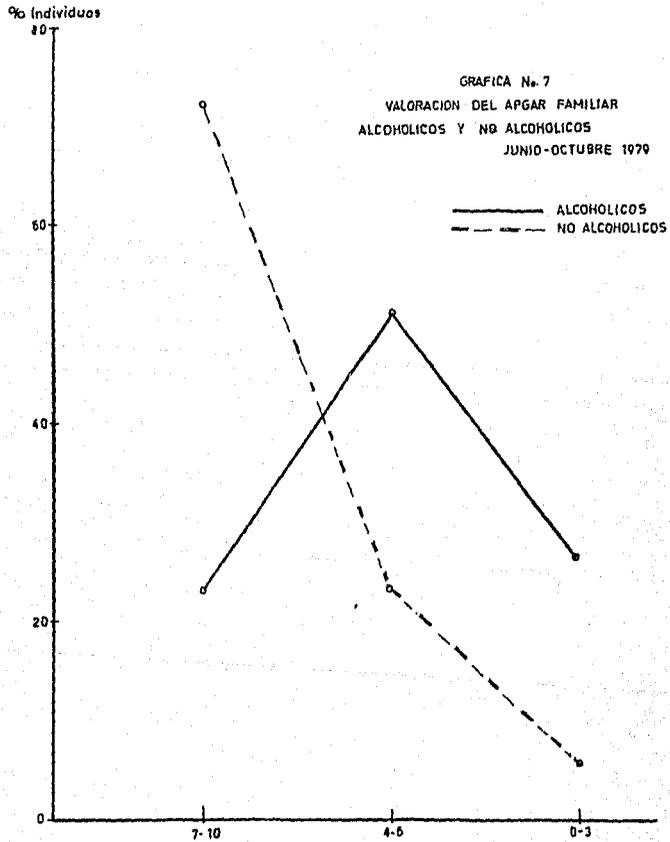
H. G. Z. TULPETLAC

I.M.S.S.

JUNIO-OCTUBRE 1979

APGAR FAMILIAR	ALCOHOLICOS		NO ALCOHOLICOS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
7 - 10	23	23	72	72
4 - 6	51	51	23	23
0 - 3	26	26	5	5
TOTAL	100	100	100	100

* 7 - 10 NO HAY DISFUNCION FAMILIAR
4 - 6 DISFUNCION FAMILIAR MODERADA
0 - 3 DISFUNCION FAMILIAR SEVERA



CUADRO No 9

DISTRIBUCION DEL GRADO DE DISFUNCION FAMILIAR
EN LOS GRUPOS ESTUDIADOS

H. G. Z. TULPETLAC

I.M.S.S.

JUNIO-OCTUBRE 1979

GRADO DE DISFUNCION FAMILIAR	ALCOHOLICOS	NO ALCOHOLICOS	TOTAL	%
DISFUNCION MODERADA	51	23	74	37
DISFUNCION SEVERA	26	5	31	18.5
TOTAL	77	28	105	52.5

CUADRO No. 10

DISTRIBUCION DE LAS MEDIDAS DE DISPERSION DEL APOAR
FAMILIAR EN LOS GRUPOS ESTUDIADOS

H. G. Z. TULPETLAC

I. M. S. S.

JUNIO OCTUBRE 1979

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	ALCOHOLICOS	NO ALCOHOLICOS
PROMEDIO	4.5	6.4
MOD0	6	10
MEDIANA	5	8
DESVIACION ESTANDAR	2.3	2.1

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

De la muestra obtenida para el estudio: 100 familias con padre alcohólico (grupo problema) y 100 familias en las cuales no existía ningún miembro alcohólico (grupo control) encontramos lo siguiente:

a) La mayor incidencia de alcohólicos se encontró entre las edades de 25 y 44 años, correspondiendo a un 68% de la muestra total, con un rango de edades de 18 a 65 años para los alcohólicos y de 18 a 60 años en los no alcohólicos y con un promedio de 32.8 años en los no alcohólicos y de 35.5 en los alcohólicos. Cuadro y gráfica No. 1.

b) Observamos que el grado de escolaridad tomando en consideración a partir de la terminación de la educación primaria hasta profesional; fue superior en los jefes de familia no alcohólicos en un 68% , que en los jefes de familia alcohólicos. Cuadro y gráfica No. 2.

c) Encontramos que la ocupación predominante en ambos grupos fue de obrero en un 47% en los alcohólicos y un 51% en los no alcohólicos, en segundo lugar la de empleado con un 17% en los alcohólicos y un 23% en los no alcohólicos, la incidencia de profesionistas en ambos grupos fue de 1% por lo cual se incluyó dentro del grupo de otras. Cuadro No. 3 y gráficas 3A y 3B

d) El ingreso familiar mensual observado más frecuentemente en el grupo de alcohólicos está entre la amplitud de clase de \$1,500 a \$3,500 a \$5,400 en un 50%, siendo el promedio de ingreso familiar mensual en los alcohólicos de \$4,221 y en los no alcohólicos de \$3,334, con un rango en los no alcohólicos de \$1,500 a \$10,000 y en los alcohólicos de \$1,500 a \$15,000.

Cuadro y gráfica No.4.

e) Con respecto al número de hijos por familia encontramos en los alcohólicos un promedio de 4.1 hijos por familia contrastando con los no alcohólicos que tienen un promedio de 2.8 hijos, el rango de ambos grupos fue de 0 a 10 hijos, Cuadro y gráfica No. 5.

f) Equiparando a los dos grupos en cuanto al estado civil, encontramos que existe un discreto aumento en el porcentaje de unión libre en el grupo de alcohólicos en un 23% a comparación con los no alcohólicos en un 7%; aunque en ambos grupos fue alta la incidencia de casado, 77% en alcohólicos y 83% en los no alcohólicos. Cuadro y gráfica No.6.

g) Con respecto al APGAR familiar, se observó que de las 200 familias estudiadas, 105 tenían disfunción familiar, correspondiendo 77 al grupo problema y 28 al grupo control.

De las 77 familias alcohólicas con disfunción familiar, 51 tenían disfunción familiar moderada, no apreciándose en este

grupo predominancia significativa de alguno de los diferentes grados de alcoholismo; 26 presentaron disfunción familiar severa, habiendo un predominio de alcohólicos crónicos y habituales en un 35% en ambos grupos.

De las 28 familias sin jefe alcohólico que presentaban disfunción familiar, 23 tenían disfunción familiar moderada y 5 disfunción familiar severa.

En el grupo de familias con padre alcohólico en las cuales no hubo alteraciones en la dinámica familiar, encontramos predominancia de alcohólicos ocasionales en un 35% y sociales en un 30%.

En 72 familias del grupo control no hubo problemas en la dinámica familiar.

Por último se realizó la prueba denominada T de Student a los resultados del APGAR obtenidos en los dos grupos dándonos como resultado:

T de 38 que corresponde a una $P < 0.002$ que se traduce en una buena significancia estadística.

Cuadros No. 7, 8, 9, y 10, gráfica No. 7

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

Nuestra hipótesis fue estadísticamente comprobada y en base a esto podemos afirmar lo siguiente:

a) Se corrobora que el alcoholismo es una causa importante de alteración en la dinámica familiar.

b) Que a mayor grado de alcoholismo hay mayor grado de disfunción familiar

c) Que el APGAR es un método útil y práctico en Medicina Familiar, para detectar alteraciones en grado y etiología variable, en la dinámica familiar.

d) Que hay mayor incidencia de alcoholismo en la etapa productiva de la vida.

e) Que el test de Harvard con modificaciones es útil para detectar y clasificar a los pacientes con hábitos alcohólicos.

C O M E N T A R I O

Hoy en día, muchos médicos familiares tienen una conciencia clara del profundo sentido social de su especialidad, que va mucho más allá del individualismo humanitario. Los avances de la ciencia y de la tecnología permiten ahora a la Medicina Familiar ampliar considerablemente su radio de acción y abordar este tipo de problemas de alteraciones en la dinámica familiar, con un conocimiento progresivamente más científico de sus causas y de su curso evolutivo.

Estamos conscientes que el alcoholismo no es la única causa de disfunción familiar, sino que existen otras muchas que pueden producirla, en todas las cuales se puede aplicar también el método del APGAR.

Así, por los resultados obtenidos consideramos, que el APGAR viene a constituir una eficaz arma para el médico familiar, el cual por el gran número de consultas diarias, trámites, etc, que realiza, cuenta con poco tiempo para tratar de conocer en forma concreta el aspecto psicológico de sus pacientes, y las familias de éstos, quedando imposibilitado para proporcionarles una atención integral; por lo tanto creemos debe ser usado en la consulta de Medicina Familiar, para obtener una panorámica rápida y realista del grado de función ó disfunción de la dinámica familiar de la población a su cargo.

NOMBRE _____

EDAD _____

ESTADO CIVIL _____

CUANTOS HIJOS TIENE _____

OCCUPACION _____

INGRESO FAMILIAR POR MES _____

APENDICE 8

CUESTIONARIO PARA MEDIR EL

GRADO DE ALCOHOLISMO

"HARVARD MODIFICADO"

SI NO

- Toma usted bebidas alcohólicas (cerveza, pulque, vino, etc.)?
- Con qué frecuencia?
- Siempre que acude a alguna fiesta o reunión toma?
- Cada vez necesita tomar más alcohol, para sentirse bien?
- Bebe usted por sentirse cansado, deprimido, ó preocupado?
- Al estar tomando y sentirse mareado, es usted incapaz de dejar de tomar?
- Bebe más frecuentemente a solas, evitando a la familia o amigos cercanos?
- Emplea usted a negar o a sentirse culpable por su forma de beber?
- Bebe a grandes tragos o se toma algunos tragos antes de asistir a una fiesta?
- Se molesta cuando la familia o sus amigos le dicen algo acerca de su forma de beber?

SI NO

- Se hace mas promesas, y niega su forma de beber?
- Siente necesidad de beber a ciertas horas, por ejemplo antes de comer ó en eventos especiales; despues de un disgusto o pelea?
- Cuando está sobrio, se arrepiente de lo que dijo ó hizo mientras bebla?
- Pasa fines de semana bebiendo, sufriendo el lunes una terrible cruda?
- Son más frecuentes las lagunas mentales y los desmayos?
- Bebe usted para vivir y vive para beber?
- Está usted borracho siempre, en ocasiones importantes por ejemplo, cenas ó juntas interesantes?
- Sus borracheras frecuentemente duran varios días?
- Sufre de temblorinas por las mañanas y se toma una "rd pidita"?
- Las lagunas mentales y los desmayos suceden mas frecuentemente?
- Ha perdido usted la preocupación por su familia y por sus amigos más cercanos?

El test se calificó de la siguiente forma:

-Alcohólico ocasional.- Valorado por las preguntas 1 - 2

- Alcohólico social.- Valorado por las preguntas 1 - 6
- Alcohólico moderado.- Valorado por las preguntas 1 - 15
- Alcohólico habitual.- Valorado por las preguntas 1 - 20
- Alcohólico crónica.- Valorado por las preguntas 1 - 24

Para catalogar a un derechohabiente en determinado grupo, fue necesario que contestara en forma afirmativa a más del 50% de los reactivos para cada grupo. En caso de haber contestado afirmativamente una sola pregunta de otro grupo, se hizo caso omiso de esta respuesta.

APENDICE C

DEFINICION DE LOS COMPONENTES
DEL APGAR FAMILIAR *

COMPONENTE	DEFINICION
<u>Adaptability</u>	La adaptación es la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar es forzado o violado.
<u>PARTENSHIP</u>	Es la participación de responsabilidad en el trabajo y educación por los miembros de la familia.
<u>GROWTH</u>	Es la maduración física y emocional, plenitud misma que es llevada a cabo por los miembros de la familia a través de apoyo mutuo y dirección (conducta).
<u>AFFECTION</u>	Es la que se refiere a las relaciones de cuidado y cariño que existen entre los miembros de la familia.
<u>RESOLVE</u>	Es la tarea de dedicar tiempo a otros

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

membros de la familia para educación física y emocional. También usualmente involucra una decisión de participación de la riqueza y espacio.

Las siglas del APGAR fueron obtenidas de la primera letra de cada uno de sus componentes.

APENDICE D

CUESTIONARIO DEL APGAR FAMILIAR

	Casi Siempre	Algunas ocasiones	Difícilmente
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia, cuando tengo algún problema.	_____	_____	_____
Estoy satisfecho con la manera en que mi familia discute temas de interés para todos y participa en la resolución de problemas	_____	_____	_____
Mi familia acepta mis deseos de formar nuevas actividades o hacer cambios en mi forma de vivir.	_____	_____	_____

Casi	Algunas	Dificil_
Siempre	Ocasiones	mente

Estoy satisfecho con la forma en que mi familia responde a mis sentimientos tales como ira, aflicción, angustia o amor.

Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos.

RESULTADOS: El paciente elige una de las 3 opciones, las cuales son calificadas como sigue: "Casi siempre" (2 puntos), "Algunas ocasiones" (1 punto), y "Difícilmente" (0 puntos). Los puntos de cada una de las 5 preguntas son entonces totalizados. Un total de 7 a 10 sugieren gran funcionamiento familiar, un total de 4 a 6 puntos, sugiere una familia moderadamente dísfuncional, y un total de 0 a 3 puntos sugiere una familia con un severo grado de disfunción familiar.

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

- 1.- Alcoholism Part 1. The Harvard Medical School. Health Letter III (nueve) 1-5, July 1978.
- 2.- Alcoholism Part 2, The Harvard Medical School, Health Letter III (diez) 1-3, August 1978.
- 3.- Cabildo A, V. , Estudio Epidemiológico del Alcoholismo, citado por Guerra Guerra, A:J., op. cit. p. 66 - 67.
- 4.- Cabildo, A.V., Alcoholismo ; Salud Pública de México XIV (siete) Nov - 10 , 1969.
- 5.- Carde, M. D. , An Interpersonal Perception Study of Twnty Alcoholic Families. Dissertation abstracts International, 38 (7 - 8) 3385, Jan 1978.
- 6.- Cadoret, R. J. , Walson , R; Winokour, G: The Relationship of age of onset in Unipolar Affective Disorder. Journal of Psychiatric Rese Arch, Arch , 13 (3) 137-142 1977.
- 7.- Cohen J. Psicología de los motivos personales. Embrugantes. 6: 58 - 66. Trillas 1977.
- 8.- Conn . Rakel . Johnson: Alcoholismo, Papel del Médico en el diagnóstico y Tratamiento. Medicina Familiar, 21: 247-257 Interamericana 1974.
- 9.- De la Fuente , R., El alcoholismo. Psicología Médica: 219-220 Fondo de Cultura Económica, Méx. 1978.
- 10.- Del Vecchio. M.J. : Smilkstein, G. et al: The Family A

- 10.- Dependencia a Sustancias Intoxicantes. Manual de Normas de educación para la salud: 320-325. Dirección General de Educación Sanitaria S.S.A.
- 11.- Del Vecchio, M.J.; Smilkstein, G et al: The Family APGAR Index A study of Construct Validity. J. Fam. Pract. 8(3) 577-582, 1979.
- 12.- Flevy, M.C. Cirrosis en alcohólicos. Clínicas Médicas de Norteamérica. 1445-1456. Nov . 1968.
- 13.- González Anara, J., Manjarrez, M.E. Consejeros del Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia, CEMEF, citados por Guerra Guerra, A.B. op. cit. p. 22.
- 14.- Hurwitz, J, Dalpat, K. , Non help - Seeking Wives of employed Alcoholics: A multilevel Interpersonal Profile. Journal of Studies on Alcohol. 38 (9) 1730-1739, Sep . 1977.
- 15.- Craft; Sherry, P. Typology of Family Social Environment for families of alcoholics. Dissertation Abstracts Internacional 38 (5-8) 2371-2372, Nov . 1977
- 16.- Lara, T.H., Vélez, B.J., Alcoholismo y Farmacodependencia en un sistema de Seguridad Social: Un estudio Epidemiológico. Salud Pública de México. XVII (3) 387-395, Mayo-junio 1975.
- 17.- LeRero, L. , La Familia; ANUTES 1979.

- 18.- Marcus, A., Krupp, Milton, J. Chatta: *Alcoholismo . Diagnóstico Clínico y Tratamiento*. 694-697. *El Manual Moderno Méx.* 1976.
- 19.- Mayoral, D.P.: *Alcoholismo y Psicosis Alcohólica*. *Introducción a la Psiquiatría*. XXV, 319-33. 7a. edición . *Científico Moderno*.
- 20.- Mc Fadd, Adrienne, M. : *Rehabilitation of Married Male Alcohol Abusers and Wives Level of participation in Treatment* *Dissertation Abstracts Internacional*, 38 (8-B) 3897-3898, feb. 1978.
- 21.- Ocon ., Rocha, L.R.: *Estudio sobre el Alcoholismo, Problema Social y Repercusión en Los Hijos*. *Clinica TI, León, Gto.* 1976.
- 22.- Olivares, V.C.: *Mortalidad por Causas Violentas en el D.F. México*. *Salud Pública de México*. XVII (2) 207-273, Marzo-abril. 1973.
- 23.- Palleson, M.E.: *Tratamiento del Alcoholismo en la Práctica Médica*. *Clinicas Médicas de Norteamérica*. 797-808, Julio. 1977.
- 24.- *Praxis Medicus Neurosis Alcohólica*. VII. *Neurología y Psiquiatría* 7920. *Edic Technica, España*. 1976.
- 25.- Pucheu, R.C.; *Dimensiones y Proyecciones de la Medicina Moderna*. *Dpto de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud*

Mental. Fac. de Medicina. UNAM.

- 26.- Robles, R., Martínez, R.: Uso del Alcohol entre adolescentes
Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana LXXXV (3)
220-231. Sep. 1978.
- 27.- Silva, M. : Alcoholismo y Accidentes de Tránsito. Salud Pú
blica de México. XIV (6) 809-32, Nov-dic. 1972.
- 28.- Smilkstein, G., The Family APGAR a Proposal for Family Func
tion Test and its Use by Physicians. J. Fam. Pract. 6:1231
-1242. 1978.
- 29.- Smith, M.: Estadística Simplificada para Psicólogos y Educa
dores 8N72-80. EL Médico Moderno S.A. 1971.
- 30.- Vallejo, J.A.: Alcoholismo y Psicosis Alcohólica. Introduc
ción a la Psicología. XXV. 319-33. Científico Moderno 7a.
edición.
- 31.- Triplett, J.L., Arneson, S.W.: Children of Alcoholic Parents:
A Neglected Issue. J. Sch. Health. 48(10): 596-9, dic. 1978
- 32.- Veldzquez, E. J.: Aparato digestivo y Alcoholismo. Rev. Fa
cultad de Medicina. XX (11) 18-28, 1977.