



11226
2ej
217

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**LA INFLUENCIA DEL ALCOHOLISMO EN EL NUCLEO
FAMILIAR Y SU RELACION CON EL ADOLESCENTE**

TESIS RECEPTACIONAL

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR

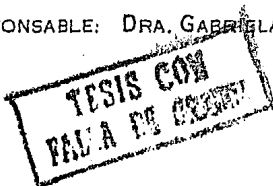
P R E S E N T A :

DRA. MARIA REYNA PEREZ SANCHEZ

INVESTIGADOR RESPONSABLE: DRA. GABRIELA VEGA SERRANO

MEXICO, D. F.

ENERO 1984





Universidad Nacional
Autónoma de México

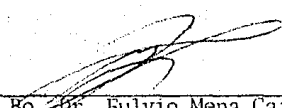


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



Vo. Bo. Dr. Fulvio Mena Carbajal
Jefe de Enseñanza e Investigación
U.M.F. No. 33
Delegación 1, Valle de México.



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD
SOCIAL
Enseñanza
U. M. F. No. 33



Vo. Bo. Dr. Hugo Fernando Sánchez Argüello
Profesor Titular del curso de la Residencia
de Medicina Familiar.
U.M.F. No. 33
Delegación 1, Valle de México.

I N D I C E

	Pág.
I.- IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	1
II.- INTRODUCCION	2
III.- MARCO DE REFERENCIA	6
DEFINICION DE ALCOHOLISMO	6
HISTORIA	8
FARMACOLOGIA Y METABOLISMO DEL ALCOHOL	11
EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO	14
ETIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO	17
PATOGENIA DEL ALCOHOLISMO	29
PATOLOGIA DEL ALCOHOLISMO	30
ADOLESCENCIA Y ALCOHOLISMO	34
IV.- JUSTIFICACION	40
V.- HIPOTESIS	41
VI.- OBJETIVOS	42
VII.- DISEÑO DE INVESTIGACION	43
MUESTRA	44
MATERIAL	46
CALENDARIZAR	47
VIII.- RESULTADOS	49
IX.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	70
X.- BIBLIOGRAFIA	87
XI.- ANEXOS	80

LISTA DE GRAFICAS

	PAG.
1.- EDAD DE PACIENTES ALCOHOLICOS (Gráfica No. 1)	50
2.- ESTADO CIVIL DE PACIENTES ALCOHOLICOS (Gráfica No. 2)	51
3.- ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ALCOHOLICOS (Gráfica No. 3)	53
4.- OCUPACION DE PACIENTES ALCOHOLICOS (Gráfica No. 4)	54
5.- INGRESO MENSUAL DE PACIENTES ALCOHOLICOS (Gráfica No. 5)	56
6.- GRADO DE ALCOHOLISMO "HARVARD MODIFICADO" (Gráfica No. 6)	59
7.- GRADO DE DISFUNCION FAMILIAR "APGAR FAMILIAR" (Gráfica No. 7)	60
8.- RELACION DEL GRADO DE ALCOHOLISMO Y SEVERA DISFUNCION FAMILIAR (Gráfica No. 8)	61
9.- RELACION DE GRADO DE ALCOHOLISMO Y MODERADO FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (Gráfica No. 9)	62
10.- RELACION DE GRADO DE ALCOHOLISMO Y GRAN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (Gráfica No. 10).	63

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

El alcoholismo es un problema social de alta incidencia que afecta a la población en general en sus aspectos familiares, socioeconómicos, culturales, cuyas repercusiones son conductas antisociales, autodestructivas, delictivas, secundarias a las manifestaciones de rechazo hacia las normas sociales.

En la Consulta Externa de la Unidad Médico Familiar número 33 se ha observado que la presencia de alcoholismo en algún miembro de la familia predispone para que en el adolescente haya alteraciones en su conducta o en su desarrollo biopsicosocial, ocasionando alteraciones en la Dinámica Familiar, en sus relaciones interpersonales, escolares lo que interfiere para que sus actividades sean realizadas satisfactoriamente.

INTRODUCCION

La historia del alcohol se inicia en el paleolítico superior cuando las mujeres o los curanderos empiezan a preparar remedios o porciones mágicas fermentando plantas o frutos silvestres y desde entonces hasta el presente algunas tribus usan bebidas que contienen alcohol con propósitos medicinales, para provocar estados anímicos mágicos o para obtener éxtasis religioso y comunicación con la divinidad. La Biblia relata a Noé como inventor del vino, lo que puede haber acontecido a principios de la época neolítica, después de la última glaciación y es entonces cuando empiezan a desconfiar del alcohol y de sus ambiguas propiedades porque propicia los errores de conducta.

Posteriormente se reivindica el consumo de alcohol cuando se identifica al vino con la sangre de Dios durante el Cristianismo y es por ello que los monjes se apresuran a replantar las vides que fueron destruidas por los invasores bárbaros.

Es pues un hecho indudable, que el uso y abuso de alcohol está ligado a la historia de la humanidad y es poco probable que haya alguna ceremonia religiosa o acontecimiento social que no se acompañe de libaciones.

Aún en el presente, el consumo de alcohol empieza como un rito de iniciación, incluso en las culturas más elaboradas, y la abstinencia puede provocar rechazo social. En ciertos grupos los individuos que prefieren las leches y los dulces lo -- identifican con gustos femeninos e infantiles, que lo segregan

de las reuniones de varones. Las mujeres en su lucha por la igualdad han conquistado el derecho de consumir bebidas alcohólicas como los hombres, hasta lograr que cada día haya más mujeres víctimas del alcoholismo. (2)

El abuso del alcohol es un concepto relativo; los grupos sociales que lo usan como alimento y con moderación dentro del ambiente familiar a la hora de las comidas, en presencia de los padres que son ejemplo de moderación; que consumen bebidas de baja graduación y a las que no se les da ningún valor subjetivo pues el ingerir no es virtuoso ni vergonzoso, ni signo de virilidad, que consideran que la abstinencia es socialmente aceptable y que en cambio no es aceptable beber hasta la embriaguez, no tienen problemas. Lo contrario acontece cuando se violan estas aparentemente sencillas reglas y entonces se genera el grave problema del alcoholismo. (2)

El deterioro de la salud y las alteraciones de la personalidad provocadas por el consumo de alcohol determinaron que el sujeto alcohólico fuera segregado de su ambiente familiar y social, consideran que cualquier esfuerzo destinado a rehabilitarlo no era redituable. Es en fechas relativamente recientes, porque estadísticamente se ha demostrado el deterioro que causa en la economía el alcoholismo, cuando se le ha prestado atención al problema para promover su estudio y la búsqueda de soluciones. De la definición de alcoholismo considerada como una enfermedad y no como un vicio hecha por la OMS en 1950 resulta un cambio de actitudes para considerarla como un grave problema médico social, cuya magnitud en México tiene los al--

cances que revelan los siguientes datos estadísticos: existen 2.5 millones de personas alcohólicas y se considera que cada alcohólico afecta a un mínimo de otras 4 personas (12.5 millones de mexicanos son víctimas directas o indirectas del alcohol). (2)

La adolescencia es un período en que los individuos empiezan a afirmarse como seres humanos distintos entre sí, durante la adolescencia a diferencia de cualquier otro período de la vida, es preciso que la sociedad e individuo coincidan en un entendimiento. Todo adolescente ha de aprender a participar de manera afectiva en la sociedad; la competencia necesaria para hacerlo, la debe de adquirir principalmente a través de relaciones interpersonales. El adolescente puede evaluar constantemente su competencia gracias a la interacción con sus padres, maestros, patrones y camaradas, quienes los exhortan, evalúan, premian y castigan. Las personas importantes que intervienen en su vida dirigen y prescriben parcialmente su conducta, y su censura u aprobación ayudan a determinar su entrega emotiva al comportamiento responsable. El sentido que tenga de su competencia y, finalmente el concepto que posea de sí mismo o de su identidad dependerá de lo bien que asimile las expectativas ajenas a su estilo de vida personal. Aprende a vivir de acuerdo con los estándares de ciertas personas trascendentes para él, mientras que se resiste a las importunidades de otras. (3)

Así la personalidad propia de cada adolescente dependerá de la trascendencia que tiene para él las personas con quie

nes trata, de los tipos de comportamiento que se le presenten en su modelo y de la manera que asimile las nuevas expectativas y las experiencias anteriores. (3)

Mediante el estudio de las congruencias, tensiones y -- contradicciones fundamentales que ocurren en el desenvolvimiento de la yoidad de los adolescentes se llega a entender la --- transición por la que ha de pasar cada uno de ellos hasta llegar a la vida adulta.

MARCO DE REFERENCIA

DEFINICION

La organización mundial de la Salud dió a conocer en 1974 un extenso reporte producido por su comité sobre farmacodependencia en el que se incluían esta definición que ha sido aceptada por todos: "La farmacodependencia es un estado Psíquico y a veces también físico, que resulta de la interacción de un organismo vivo y de una droga, caracterizada por respuestas conductuales y de otro tipo que denotan una compulsión a tomar la droga en forma continua o periódica, con la finalidad de experimentar sus efectos psíquicos o bien para evitar el discomfort que produce el abstenerse de tomarla". (1)

No es difícil comprobar que todo esto es aplicable al caso del alcoholismo, según el concepto que estamos analizando: aún más, si revisamos las hipótesis que se manejan en torno a la farmacodependencia para explicar la etiología: (1)

- Un desorden del carácter subyacente, que induce a la gratificación inmediata, a despecho de las consecuencias adversas a largo plazo.

- Un intento de automedicación para remediar el malestar psíquico o físico, o para "aumentar" las capacidades personales.

- Un medio de alcanzar aceptación social.

- Parte de una rebelión personal contra los valores sociales.

- Un resultado de las presiones socio-culturales.

El Dr. Mark Keller del Centro de Estudios sobre el Alcohol de la Universidad de Rutgers y editor del Quarterly Journal of studies on alcohol; después de algunas formulaciones iniciales llegó a una definición que dió a conocer en 1960 y que se incluyó el año siguiente en la Enciclopedia Americana. Una traducción que respete los puntos esenciales sería la siguiente:

"El alcoholismo es una enfermedad crónica de carácter físico, psíquico o psicósomático, que se manifiesta como un desorden de la conducta y que se caracteriza por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto de que excede a lo que se acepta socialmente y -- que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo". (1)

HISTORIA

La historia del alcohol se inicia en el paleolítico superior cuando las mujeres y los curanderos empieza a preparar remedios o porciones mágicas, fermentando plantas o frutos silvestres y desde entonces hasta el presente algunas tribus usan bebidas que contienen alcohol con propósitos medicinales, para provocar estados anímicos o para obtener éxtasis religiosos y comunicación con la divinidad. (2)

Todo hace suponer que el hombre ha ingerido bebidas alcohólicas desde que creó las civilizaciones que hoy, conocemos como las más antiguas. Disponemos de testimonios escritos sobre el conocimiento que los egipcios, los hebreos, los romanos y los griegos tenían acerca del vino y otras bebidas (incluidos los licores) y sus efectos, al menos inmediatos, sobre el organismo humano. Los egipcios dieron crédito a Osiris por haber introducido el vino, los hebreos a Noé y los griegos a Baco (dionisos), reconociendo tal acción como buena y enriquecedora de sus cultura. (1)

Anotamos en lo que a México toca, que el arte del cultivo de la vid y licores derivados de la uva no fueron conocidos por los pueblos prehispánicos, aún cuando existían en diferentes regiones especies de uvas silvestres a las que generalmente se les conoce como cimarrones. (4)

Como los licores forman parte de la dieta de los pueblos mediterráneos en las expediciones que vinieron al descu-

brimiento y a la conquista de América ocuparon un lugar importante entre las proviciones necesarias que traían los tripulantes de los navios la gente de amas y los colonizadores.

Tres años después de la conquista de la Gran Tenostitlán, Hernán Cortés dispuso el 20 de marzo de 1524 que todo encomendador que tuviera repartimiento sembrara mil sarnamientos por cada cien individuos y al parecer fueron los españoles los que injertaron las vides de la Península sobre cepas silvestres.

El conquistador Francisco de Urdiñola nacido en el Valle de Oyarzum introdujo en 1593 el cultivo de la vid y estableció las primeras bodegas vinícolas en la Hacienda de la Santa Marfa de las Parras, hoy del Rosario.

Como para esas fechas la producción del Virrey nato era muy importante, los mercaderes que recibían el vino de España y los comerciantes que lo enviaban de Castilla presionaron para que se instruyera al Virrey Luis de Velasco en el sentido de no consentir que se labran los paños ni se pudiesen viñas para que no disminuyera el comercio.

Antes de que se iniciara la lucha insurgente en 1810 - el Padre de la Patria, Don Miguel Hidalgo y Costilla incrementó los viñedos existentes y cultivó nuevos sembradíos en los contornos de la población de Dolores.

El 20 de febrero de 1822 tras de haber sido consumada la Independencia Nacional se grabaron con un 20% los vinos ex-

tranjeros y con un 12% el elaborado en nuestro país.

Todo ello constituyó un estímulo para la industria vitivinícola. Se hicieron considerables plantaciones en Tehuacán y otras en las inmediaciones de Celaya.

En 1890 se organizó una industria al Sur de Ensenada - que todavía perdura con una enorme producción lograda a base de técnicas modernas como la fermentación en frío del vino - - blanco, las de los vinos espumosos y el añejamiento de los vinos rojos. Otras dos fábricas establecidas en la Colonia Guadalupe fundadas en 1906, una elabora Terrasola y la otra

En el período de 1950 a 1954 se incorporaron la compañía vinícola de Saltillo bodegas Capellanía, Bodega de Rancho Viejo, Cinsano de México, Bodegas California, Vita de Uva, La Madrileña, Bodegas Patopilas, Distribuidoras de productos Mexicanas y Vinícola de Tecate.

Aunque en rigor la palabra " vino " debería aplicarse - exclusivamente a los licores que se obtienen de las uvas por - medio de la fermentación y de la destilación lo cierto es que generalmente se emplea para designar con ella cualquier bebida alcohólica. En nuestro país el vino en su aceptación más am - plia comprende básicamente cuatro bebidas características que ocupan el más alto consumo popular, ellas son el pulque, el tequila, la cerveza y el brandy. (4)

FARMACOLOGIA Y METABOLISMO DEL ALCOHOL.

El alcohol etílico o etanol es el ingrediente activo de la cerveza, el vino, el whisky, la ginebra el aguardiente y otras bebidas alcohólicas menos comunes.

Además las bebidas más fuertes contienen éteres enánticos, que dan sabor pero que no tienen propiedades farmacológicas importantes, pequeñas cantidades de impureza, como el alcohol amílico y acetaldehído, que actúan, como el alcohol, pero son más tóxicos.

El alcohol se absorbe tanto en el estómago como en el intestino delgado. Su presencia puede ser demostrada en la sangre 5 minutos después de su ingestión, y la máxima concentración se alcanza 30 a 90 minutos. La ingestión de leche y alimentos grasos impide la absorción del alcohol por el intestino, el agua en cambio la facilita, la velocidad de absorción se incrementa en personas a quienes les han practicado gastrectomía tipo Billroth I y II y en estos individuos las concentraciones sanguíneas máximas de alcohol son más elevadas y se alcanzan más rápidamente.

El alcohol circula principalmente en el plasma y penetra en los diversos tejidos del cuerpo así como el líquido cefalorraquídeo, la orina y al interior de los alveolos pulmonares, en concentraciones que guardan una relación constante con la de la sangre. La eliminación del alcohol se lleva a cabo por oxidación a bióxido de carbono y se pierde menos del 10% por los pulmones, la piel y los riñones. La energía liberada -

por la oxidación del alcohol es equivalente a 7 kilocalorías - por gramo.

El alcohol es metabolizado principalmente por el hígado por la enzima citoplásmica deshidrogenasa del alcohol para producir acetaldehído. También puede ser oxidado por la catalasa y la oxidasa microsómica, para las funciones fisiológicas y - cuantitativas de esta vía no son claras. Además, el acetaldehído es oxidado a acetato por la deshidrogenasa del acetaldehído de las mitocondrias del hígado y subsecuentemente a acetilcoenzima A y CO₂.

En la práctica se acepta que una vez que se ha terminado la absorción y se ha logrado un equilibrio con los tejidos el alcohol etílico es oxidado a un ritmo constante, en forma - independiente de su concentración en la sangre. Realmente, se quema mayor cantidad de alcohol por hora cuando la concentración inicial es muy elevada.

Por otra parte, el grado de oxidación del acetaldehído depende de su concentración tisular necesaria.

Muy pocos factores son capaces de acelerar el metabolismo del alcohol. Sin embargo, parece bien establecido que los - alcohólicos crónicos metabolizan el alcohol más rápidamente - que las personas normales los aminoácidos (alanina) y la fructuosa también favorecen el metabolismo del etanol, pero su uso clínico para acelerar, la oxidación es limitado. El alcohol - también reduce la absorción intestinal de nutrientes como la - glucosa, aminoácidos, calcio, folatos y vitamina B12. Esta - -

inhibición en la absorción puede contribuir a la desnutrición que frecuentemente se encuentra en sujetos alcohólicos. La desnutrición disminuye la velocidad del metabolismo del alcohol en el hígado, aunque este efecto varía mucho de un individuo a otro. (7)

EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

El análisis de los estudios epidemiológicos con los que contamos en México, han demostrado ser poco confiables. Aún así, otros estudios nos proporcionan una imagen bastante real del problema en México uno de ellos se realizó en 1970 en base a un cuestionario enviado a todos los médicos de la República y corroborado posteriormente por muestreo, dió una cifra de aproximadamente 5 por mil habitantes. Otro estudio se funda en una encuesta realizada directamente por enfermeras visitadoras a una población de burócratas y reportó una cifra de 7 por mil habitantes. (6) (5)

Como estos estudios se realizaron por población general, se tuvo que practicar un ajuste para grupos de población de más de 18 años de edad y se encontró una cifra que oscila entre 9 y 12 por mil. (6)

El centro de rehabilitación de la SSA aporta una cifra de aproximadamente 160,000 inválidos alcohólicos en México para el año de 1971. Cabe señalar que esta cifra no incluye a los alcohólicos, crónicos que no han sido invalidados ni a las personas que hacen uso indebido del alcohol sin que ello tenga grandes repercusiones sobre sus relaciones sociales, familiares y laborales. (6)

Con base en los estudios antes señalados, puede calcularse que en la actualidad, partiendo de las cifras obtenidas por la Dirección de Estadísticas de la Secretaría de Industria y Comercio y con base a un mecanismo de extrapolación, se cal-

cula que para el año de 1980 y para una población prevista de 70 millones de habitantes habrá alrededor de 900 000 alcohólicos inválidos, de manera que todo hace suponer que en este año hay alrededor de 3 millones de personas mayores de 18 años que tienen problemas de alcoholismo que repercutirán en su vida familiar, laboral y social. (6) (2)

El ausentismo laboral es muy alto como consecuencia de la embriaguez y sus complicaciones, lo cual ocasiona muchas horas/hombre de trabajo perdido, aproximadamente, en el Distrito Federal, existen 11 000 hrs. diarias perdidas en las empresas privadas por causa de la ingesta de alcohol, lo cual repercute tanto en la economía del país como la del individuo alcohólico y su familia. (5)

Otro aspecto social importante es aquel que contempla la Medicina Legal y la Medicina Forense. Aproximadamente el 44% de los accidentes de tránsito son provocados por individuos en estado de ebriedad y en el 90% de los homicidios en riña y las violaciones tumultarias intervienen individuos intoxicados por alcohol. Los cambios socioeconómicos acaecidos en las últimas décadas han permitido a la mujer el ingreso a la vida económica activa del comercio, la administración, la política, etc., pero también ha aumentado el número de alcohólicos del sexo femenino en E.U. de Norteamérica hay una mujer alcohólica por cada cinco hombres alcohólicos; en nuestro medio no existen estadísticas confiables. Es necesario apuntar que es más fácil para la mujer ocultar su alcoholismo ya que se queda en el hogar y el hombre tiene que acudir a sitios públicos y a

su trabajo en donde es rápidamente detectado.

Esta enfermedad está presente en todos los estratos sociales. (5) (6)

ETIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

Los investigadores que tienen intereses muy especializados y que desean definir al alcoholismo desde sus propios enfoques doctrinarios, tal vez seguirán buscando una sola causa como si pudiera postularse la etiología unitaria de un trastorno cuya característica principal es la complejidad. Sin embargo - si nos basamos en los conocimientos que ya se tenían sobre la etiopatogenia, tal búsqueda no se apega a una actitud científica. Todo lo sabido lleva a considerar la existencia de diversos factores predisponentes y desencadenantes del alcoholismo.

Pero es necesario insistir y dejar bien en claro este punto: para comprender mejor al alcoholismo y sus problemas asociados, no existe una causa simple sino una interacción complicada con factores fisiológicos, psicológicos y sociales que originan y desarrollan esta grave farmacodependencia. (1)

De acuerdo a los estudios del Dr. Plaut, los individuos que mayores posibilidades tienen de convertirse en alcohólicos son aquellos que:

- 1.- Responden a bebidas alcohólicas en una cierta forma quizá determinada fisiológicamente que les permite experimentar intenso alivio y relajación. (1)
- 2.- Posee ciertas características de la personalidad que les impide enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración.
- 3.- Pertenecen a culturas en las que provoca culpabilidad y -

confusión en torno a la conducta del bebedor. (1)

Estos puntos constituyen indudablemente un buen modelo que resume bien los diferentes factores que se invocan en relación al problema de alcoholismo. Definitivamente mientras más estudios se acumulan más claramente se ve que hay una gran variedad de circunstancias significativas en torno a la bebida - que son diversos los tipos de personalidades de quienes se convierten en alcohólicos y existen muchas razones, para empezar a beber y continuar bebiendo hasta alcanzar un nivel peligroso. (1)

FACTORES FISIOLÓGICOS.

La hipótesis más conocida entre las que dan a factores fisiológicos una importancia decisiva son las que veremos a continuación.

Adelantamos una conclusión: Todo efecto genético funcional, metabólico o nutricional necesita la concomitancia de - - otros factores como los psicopatológicos y socioculturales, para adquirir una relevancia precipitante. (1)

En los últimos años se ha puesto una gran atención al metabolismo del etanol, la respuesta fisiológica que produce la influencia sobre la evolución de la enfermedad con sus complicaciones físicas y psicológicas.

En cuanto a los estudios en el campo de la genética la conclusión más aceptable es la siguiente: existe alguna eviden

cia de que el alcoholismo, está en cierta medida determinado genéticamente, sin embargo la herencia sólo no explica la gran mayoría de los casos y la disposición constitucional tiene que conjugarse con los otros factores para alcanzar un valor patológico. (1)

Por otra parte no hay acuerdo sobre la naturaleza misma del mecanismo genético y tiende a predominar la idea de que se trata de un desarreglo de la química cerebral. (1)

La teoría de la alergia como causa de alcoholismo es ya relativamente vieja está prácticamente abandonada postula la presencia de un factor humoral específico, que se sensibiliza para favorecer la ingestión excesiva de alcohol, el Dr. Hower reportó resultados negativos en sus investigaciones practicadas tanto en animales como en seres humanos y junto con él - otros investigadores han llegado a conclusiones semejantes. - (1)

La realidad es que los estados alérgicos pueden ocurrir a partir de cualquiera de las sustancias que se encuentran en bebidas alcohólicas incluido por supuesto el etanol. Pero tales reacciones no son responsables del origen del alcoholismo ya que existe similitud entre los signos y síntomas de esta enfermedad y los de las alergias conocidas.

La llamada teoría genetotrófica Williams y sus colaboradores de la Universidad de Texas tienen aún cierta influencia tal vez por haber posibilidades terapéuticas, de hecho proporciona buenos resultados si bien meramente paliativos. La hipó-

tesis sugiere que los alcohólicos sufren un defecto genético - en la producción de las enzimas necesarias para metabolizar - ciertos materiales alimentarios; la deficiencia nutricional - que resulta provoca una especie de apetencia fisiológica por - el alcohol de tal manera que la primera infección desencadena un deseo incontenible cuyo asiento fisiológico es probablemente una disfunción hipotalámica. Atractiva como es esta teoría no ha podido ser comprobada ni como explicación etiológica ni como tratamiento del alcoholismo. En realidad la mayoría de - las deficiencias hormonales y nutricionales que se observan en alcohólicos se explica mejor como consecuencia y no como causa de la enfermedad. (1) (5, 6)

Consideramos algunos hechos de observación clínica se - llegó a pensar y más tarde a comprobar, que la ingestión conti- - nua de alcohol estimula la producción de las enzimas neces- - rias, para metabolizarlo, los investigadores encontraron que - tanto los individuos alcohólicos como los normales, cuando se estudian bajo una situación controlada aumentan la velocidad - de metabolización del alcohol si éste se administra en fuertes cantidades por un período de dos semanas. Ambos grupos mues- - tran un aumento en la producción de cortisona que como se sabe incrementa la actividad enzimática en otros sistemas biológi- - cos. En los sujetos alcohólicos la producción de cortisona pa- - rece formar parte de una reacción general al consumo del al- - cohol, y es posible que esté asociada al aumento de ansiedad - durante el período de mayor ingestión y quizá también durante la presentación de los síntomas de abstinencia. (1)

FACTORES PSICOLÓGICOS

Desde hace muchos años, sobre todo bajo la influencia - del Psicoanálisis, la búsqueda de la personalidad prealcohólica o de los rasgos de carácter típico del alcohólico ha llevado a diversos autores a sostener hipótesis que de hecho son divergentes unas de otras y aún contrarias. Tienen la atención - común de poner en evidencia las tendencias específicas que dentro del plano etiopatogénico llevan a los individuos al consumo excesivo de alcohol. (1)

No existe una personalidad alcohólica definida ni hay - rasgos que puedan explicar el origen o la evolución del alcoholismo; nada de lo que ha argumentado al respecto ofrece seguridad para diagnosticar el potencial patogénico de los individuos. (1)

Los estudios clínicos más serios aquellos que no intentan forzar los hechos para que entren en todas las teorías escogidas demuestran la popularidad de la personalidad en el alcohólico. Por lo tanto no debemos conceder importancia especial a ciertas teorías psicodinámicas como aquellas que sostienen que el individuo tiene el impulso básico hacia el consumo excesivo de alcohol es la homosexualidad latente cuya represión se observa mediante la intoxicación sostenida. Tampoco se apoya en la ciencia el supuesto de que el alcoholismo expresa una necesidad inconsciente de dominio o un intento de escapar de los sentimientos de culpabilidad incluso de contar la incapacidad para dar o aceptar sentimientos que ignora. (1)

Algunos investigadores han señalado que las características más comunes y predominantes de los individuos alcohólicos son los siguientes: se trata de personas neuróticas, incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás, sexual y emocionalmente inmaduras, tendientes al aislamiento, dependientes que manejan inadecuadamente las frustraciones y que tienen sentimientos de perversidad y de indignidad. (1, 5, 6)

También se dice que son sujetos que sufrieron en la infancia privaciones emocionales y las consecuencias de problemas afectivos en sus hogares, pero la verdad es que todas estas características de la personalidad, así como las experiencias infantiles señaladas pueden darse en individuos que desarrollan diferentes formas de neurosis, hay incluso quienes alcanzan un desarrollo normal de la personalidad. Por último es conveniente recordar que ciertos estudios clínicos se han demostrado sin embargo dudas, que el alcohol no disminuye la ansiedad ni la depresión de los bebedores crónicos como podría creerse, y que, por otra parte se acentúan los problemas psicológicos como la culpabilidad y la pérdida de autoestima. (1)

Los teóricos del aprendizaje también se han ocupado de la etiología del alcoholismo, de acuerdo con su enfoque se trataría de reforzamiento de la conducta asumiendo que el alcohol reduce los niveles de ansiedad en la mayoría de los alcohólicos, ciertos estudios señalan claramente que después de un período inicial de 12 a 24 hrs. la ingestión de alcohol eleva considerablemente los niveles de angustia y depresión. La ingestión de alcohol es una conducta aprendida para reducir la

ansiedad condicionada. (1)

La conclusión a la que hay que llegar evidentemente es que existen muchos diferentes tipos de individuos alcohólicos cuya personalidad y rasgos psicopatológicos difieren ampliamente y cuya iniciación en el consumo excesivo del alcohol lo mismo que sus necesidades de tratamiento también son muy diferentes. (1, 5)

FACTORES SOCIOCULTURALES.

Numerosos estudios han servido para señalar algunos hechos indudablemente influyen en los diferentes grupos de individuos, las regiones y las naciones. Sabemos ya algo sobre las diferencias socioculturales que influyen para acentuar el problema y que permite un índice de morbilidad relativamente bajo.

En general las investigaciones más dignas de crédito - muestran que los grupos sociales con menor número de alcohólicos tienen las siguientes características:

- Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños pero - casi siempre dentro de un grupo familiar unido, en poca cantidad y muy diluida.
- Generalmente las bebidas más consumidas son las de alto contenido de componentes no alcohólicos.
- Las bebidas se consideran principalmente como alimento y se consumen generalmente con las comidas.
- Los padres son ejemplos de consumidores moderados de bebidas

alcohólicas.

- No se da a las bebidas ningún valor subjetivo así el ingerir las no es virtuoso o vergonzoso, ni prueba de que el bebedor - sea más viril.
- La abstinencia es una virtud socialmente aceptable.
- En cambio no es socialmente aceptable el exceso de beber que conduce a la intoxicación.
- Finalmente existe un acuerdo completo respecto a los que pueden llamarse las reglas del juego en el beber.

Por otra, parte estos hallazgos parecen mayor las explicaciones que algunos autores dan como base de ciertos modelos sociológicos. El Dr. Bales por ejemplo basándose en las revisiones de numerosos estudios culturales y transculturales ha propuesto que existen tres formas en las que la organización social influye en la incidencia del alcoholismo:

- 1.- El grado en el cual una cultura opera sobre los individuos para producir grandes necesidades de adaptación a sus tensiones internas.
- 2.- Las actitudes de la propia comunidad propicia entre más miembros hacia el consumo de alcohol.
- 3.- La medida en que provee medios substitutivos para la satisfacción de necesidades.

Otra teoría interesante de carácter subcultural es la que propone que hay individuos que se sostienen alineados de -

su propia sociedad, de la cual no aceptan ni asimilan sus valores éticos. Este estado psicológico especial ha recibido el nombre de anomia facilita la compulsión a ingerir bebidas alcohólicas que causan dependencia. (1)

CLASIFICACION DE ALCOHOLISMO

El Instituto de Donwood de Toronto Canadá, ha producido un excelente manual para estudiantes en el que se da a conocer una clasificación útil correlacionada con la muy conocida y universalmente aceptada del Dr. Jellinek. Nos interesa en el momento destacar de dicho manual los argumentos que se dan en favor de una nosología orientadora. (1)

La clasificación tiene valor en la medida en que reduce la conjugación y proporciona vías para una acción efectiva, por lo menos debe servir para reconocer y analizar los conceptos y conocimientos que se tienen en un momento determinado; pero para mantenerse efectivas deben revisarse periódicamente con el fin de reajustarse a los nuevos conocimientos. Si pensamos con sentido pragmático, debemos esperar que una buena clasificación contribuya al desarrollo de problemas comunitarios más efectivos por lo menos en tres aspectos;

a) Deben facilitar los esfuerzos coordinados de carácter multidisciplinario que se enfrentan al problema del alcoholismo, con un enfoque integral.

b) Los sistemas de clasificación han de proporcionar una base para un enfoque comprensivo no fragmentario, en los

complicados problemas relacionados con la intoxicación, la dependencia y los aspectos clínicos y sociales agregados.

c) Finalmente debe ser adecuado y suficiente para organizar y encausar las políticas gubernamentales de acción contra el alcoholismo.

Una primera clasificación obedece a la observación clínica en relación con la periodicidad de la intoxicación. Se consideraría de esta manera dos grandes grupos: (1)

- 1.- El de el alcoholismo intermitente, caracterizado por la -- incapacidad para detenerse una vez que se ha iniciado la -- ingestión de alcohol y que cursa con períodos variables de abstinencia.
- 2.- El alcoholismo inveterado, que se caracteriza por pérdida de la libertad para abstenerse del alcohol por lo que tienen que ingerirse cotidianamente.

Se desprende que ambas formas son la expresión de una -- dependencia fisiológica y psicológica y/o socio-cultural del -- bebedor hacia el alcohol. (1)

El Dr. Perrin propone esta clasificación:

- 1.- El alcoholismo agudo.
- 2.- El alcoholismo crónico.
 - a) El consumo de alcohol excesivo habitual sin manifestaciones patológicas.
 - b) El alcoholismo crónico manifestado por las complica-

ciones.

3.- El alcomanía. (1)

Algunos autores clasifican a los alcohólicos por sus posibles motivaciones y por su conducta que exhiben al ingerir - bebidas embriagantes.

El Dr. Morris E. Chafetz, ocho tipos de consumidores - de alcohol, probablemente esta tipología es anárquica en su enfoque no se sustenta en la observación clínica pero se ha considerado útil en la práctica y por ello vale la pena recordarla aquí de manera muy resumida:

- 1) Un tipo de bebedor que busca "la disolución de las inhibi-- ciones para actuar con éxito y cree que lo hace en sus acti vidades sociales y laborales.
- 2) El individuo que trata de impedir la toma de conciencia de sus propias motivaciones e impulsos. En un cierto sentido - se alcoholisa por razones opuestas a las del bebedor del - primer grupo.
- 3) El bebedor deprimido que intenta contrarrestar el dolor interior y los síntomas propios de la depresión, la tristeza, la culpabilidad, la irritación, el insomnio, etc.
- 4) El consumidor excesivo de bebidas alcohólicas inconsciente-- mente obtiene "el beneficio del reforzamiento de sus meca-- nismos de defensa del ego. Durante la fase de ebriedad o de intoxicación actúa sobrecompensadoramente (formación reacti va).

- 5) El alcohólico toma para olvidar porque la realidad le resulta imposible.
- 6) El tomador que busca intoxicarse porque así es más tolerable para los demás en estado de ebriedad es dominante y conflictivo.
- 7) El intoxicado crónico que aparenta no estarlo cuya personalidad en estado de ebriedad es muy distinta.
- 8) El bebedor de reunión social que vive emocionalmente sólo, muy comunicativo, y que suele hablar de sus intimidades, pero siempre con quienes no se encuentra afectivamente involucrado. (1)

PATOGENIA DEL ALCOHOLISMO

Se ha dicho ya, que el hígado y el sistema nervioso son los que con mayor frecuencia e intensidad sufren los efectos del alcoholismo aunque no se sabe con certeza, porque siendo el hábito de beber tan generalizado en sujetos algunos desarrollan la enfermedad y otros no. En relación con el hígado se manejan con fines de investigación y conformación de dos grupos de factores que pueden influir en el determinismo de la enfermedad hepática y son los factores ambientales y los factores genéticos. Los ambientales incluyen la cantidad y cronicidad de la ingestión del alcohol, la diferencia de los congéneres que contienen las bebidas alcohólicas, el estado nutricional del sujeto bebedor y la presencia concomitante de las diversas hepatotoxinas, los endógenos comprenden aspectos inmunológicos, raciales y genéticos. (2)

PATOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

CIRROSIS HEPATICA. Enfermedad frecuente, continúa siendo una de las principales causas de mortalidad ocupa 4to. lugar, afectando a individuos más temprana y con mayor grado de agresividad, tal vez sea una representación del estado actual de nuestra sociedad en esos estratos (Patología de la pobreza) una de cuyas características es el contacto precoz con tóxicos al frente de los cuales se encuentra el alcohol, sin olvidar la desnutrición o las infecciones intercurrentes, a las crónicas y a la pobreza cultural. (2)

PSICOSIS ALCOHOLICA. Otra de las complicaciones más graves, haciendo la diferenciación de aquellas que se generan de un problema psicológico grave, antiguo de la personalidad y en donde el alcohol hace el papel de desenmascarador. Otras son el resultado de una interreacción de los problemas psicológicos y trastornos fisiológicos que el alcoholismo ocasiona en el organismo. (5)

DETERIORO ALCOHOLICO. Es un síndrome crónico en el que el paciente presenta disminución de la memoria alteraciones del juicio, desorientación, pudiendo llegar hasta la amnesia total. (5)

INTOXICACION PATOLOGICA. Padecimiento de inicio brusco, después de una ingesta mínima de alcohol (una o dos copas) el individuo presenta confusión, desorientación, sufre de ilusiones,

ideas delirantes, transitorias y alucinaciones visuales, se encuentra hiperactivo agresivo, y en ocasiones destructivo este estado puede durar desde unos momentos a varios días son frecuentes los intentos de suicidio termina generalmente un período prolongado de sueño y el despertar se acompaña con amnesia del episodio sufrido. (5)

DELIRIUM TREMENS. Estado Psicótico agudo, que aparece generalmente en el período de abstinencia después de una ingesta prolongada e intensiva de alcohol. Casi siempre hay el antecedente de alcoholismo grave de cuando menos cinco años de presentar este episodio. Son características prominentes: la hiperquinesia, la irritabilidad, la hiporexia o a una completa aversión a la comida, así como temblores de las masas musculares - trastornos del sueño acompañados de pesadillas aterradoras. Es frecuente la presencia de ilusiones y alucinaciones visuales - tácticas y olfatorias; el paciente se encuentra desorientado - en tiempo y espacio. En la Exploración física encontramos congestión de conjuntivas y de cara, pupilas midriáticas las cuales reaccionan con lentitud al estímulo luminoso. Generalmente encontramos temblor fino de párpados, manos y labios. El pulso es débil irregular y rápido, la temperatura está elevada, la piel húmeda con abundante sudoración. Los reflejos ostiotendinosos están exaltados, la mejoría va precedida de sueño prolongado con desaparición paulatina de la desorientación y las alucinaciones.

ALUCINOSIS ALCOHOLICA. Esta entidad la han considerado los - -

autores estrechamente emparentada con la esquizofrenia y que denota un grave trastorno de la personalidad que aflora a consecuencia de la ingesta de alcohol al igual que el Delirium Tremens este padecimiento se presenta tras una ingesta prolongada de alcohol, pero en cambio las alucinaciones son de tipo auditivo con ideas de referencia y carácter amenazador, el paciente se encuentra alerta y con el sensorio despejado y es frecuente que responda a sus ideas delirantes, e intente suicidarse. (5)

PARANOIA ALCOHOLICA. Este padecimiento se presenta en el alcohólico crónico y es debido a acciones neuronales y vasculares de la sustancia gris del tronco cerebeloso y estructuras vecinas al III y IV ventrículo, causadas por trastornos metabólicos y nutricionales que presentan estos pacientes. Se inicia con ideas delirantes, pérdida de la memoria, manías, confabulación, indiferencia, angustia, ataxia, sopor y en ocasiones coma.

SINDROME DE KORSKOV. Importante componente de este síndrome es la polineuropatía de las extremidades, pélvicas, acompañado de un cuadro de amnesia, fabulación y desorientación en tiempo y espacio, identificación equivocada de personas así como una indiferencia. En las autopsias de estos enfermos se ha encontrado degeneración neuronal, sobre todo en el cerebro y nervios periféricos que es imputable a una carencia de tiamina y niacina. (5)

INTOXICACION ALCOHOLICA AGUDA. Es un cuadro que puede presentar tanto los alcohólicos crónicos como los abstemios y es el resultado de una ingesta inmoderada de bebidas alcohólicas, en seguida se presentan los efectos, que a diferentes concentraciones, el alcohol produce en el encefalo.

GASTRITIS Y ULCERA GASTRODUODENAL. El alcohólico crónico presenta una alta incidencia de gastritis y de úlceras gastroduodenales que pueden ocasionar sangrado más o menos grave en caso de las úlceras además del sangrado la perforación es muy frecuente.

PANCREATITIS. Esta entidad grave en la mayoría de los casos es frecuente que se presente en los enfermos alcohólicos, aunque pueden presentarla sujetos que por primera vez o esporádicamente ingieren bebidas alcohólicas. (5)

TERATOGENICIDAD DEL ALCOHOL. Recientes estudios efectuados en monos y ratas parecen aportar pruebas concluyentes sobre el efecto teratogénico del alcohol, estas pruebas unidas al descubrimiento reciente de que el feto posee niveles bajos de deshidrogenasa alcohólica, nos obliga a recomendar a las embarazadas que eviten el consumo de bebidas alcohólicas.

ADOLESCENCIA Y ALCOHOLISMO

Los adolescentes beben principalmente por gusto para ser como los demás y para celebrar ocasiones especiales. Suele ver el alcohol como bebida social y piensa más en lo que hace por ellos que en lo que les hace a ellos. Los adolescentes suelen creer, que los adultos beben en primer lugar para descargar la tensión y la ansiedad, pero no lo ven como causa por la que ellos también beben. (3)

Según sean las condiciones externas, las dosis y las características personales, el alcohol puede tener un efecto estimulante o deprimente en la conducta.

El individuo bebe vino, cerveza, ginebra o whisky en pequeñas cantidades en los cocteles, bares, salones y en la casa para sentirse diferente, para levantar el ánimo o para relajarse. El muchacho, adolescente por ejemplo puede beber sea para sentirse más confiado o para vencer la timidez o la aprensión ante una cita. Otro beberá para sentirse más dispuesto a trabajar, menos sólo, o para liberarse de pensar en responsabilidades agobiantes. La adolescencia creará a lo mejor que ha de beber en las citas para hacerse más tratable. (3)

Si la cantidad de alcohol es poca puede cooperar en elevar el resultado efectivo. Pero si la cantidad es grande, los muchachos que beben en exceso tienden a ser más arrebatados: entran en más peleas son más destructores y pierden más amistades que los que beben moderadamente o son abstemios. (3)

Los adolescentes que siguen bebiendo a lo mejor lo ha-

cen para escapar de las frustraciones diarias de la familia, - trabajo o camaradas no deseables. (3)

Williams descubrió que los bebedores problemáticos alcan--
zan puntuaciones más elevadas que los abstemios por lo que ha--
cía la ansiedad y a la depresión, opina que los que sienten -
buen monto de ansiedad y depresión aprecian el alivio que les
proporciona el alcohol; en efecto, pueden beber en primer lu--
gar para conseguir esa descarga. El motivo de beber es más - -
fuerte e insistente entre los bebedores por problemas, lo que
les crea una pauta de reforzamiento que acaba por desenvocar -
en el alcoholismo.

En el estudio Auxológico de Oakland apareció reciente--
mente un análisis respecto de las pautas que se guían los varo--
nes al beber, en el que pretendían determinar que relaciones -
podían existir entre sus personalidades y sus hábitos de bebi--
da, por un período de 25 años, desde la adolescencia hasta mi--
tad de los cuarenta. Se les clasificó según sus patrones de be--
bida de adulto frente a las puntuaciones de personalidad obte--
nidas cuando estaban en la primera escuela media (edad 12, 13
y 14), en la segunda escuela media (edad 15, 16 y 17) y como -
adulto (edad 33, y 34).

En la primera escuela media los frutos bebedores modera--
dos y abstemios tenían más puntuaciones en sobre control, con--
servadurismos, objetividad, dependencia y consideración de las
cosas. Algunos parecían ser también más introspectivo y analí--
tico en sus relaciones con otros. Otros aparecieron más suscep--
tibles, más sensibles a la crítica, con mayor ascesis o parsi--

monia y más preocupados por lo que hacían. Además cierto porcentaje tendía a comportarse más sumisamente y en dependencia y a buscar la aprobación de los demás.

Los frutos bebedores problemáticos, quienes en la primera escuela media fueron también más dependientes, eran también más rebeldes y menos capaces de mantener relaciones interpersonales adecuadas. En la segunda escuela media algunos de los futuros bebedores moderados y abstemios buscaban la protección otros se caracterizan por mantenerse alejados, evitando relaciones íntimas y por ser "consciente de la impresión que causaban a los demás.

Los futuros bebedores problemáticos cuando estaban en la segunda escuela media parecían descuidar a las impresiones que producían a los demás, no rendían tanto eran menos calmados, más sensibles a la crítica y socialmente parecían más des preocupados. (3)

Jones informó que en la adultez los abstemios pasaban todavía más sobrecontrolados, asequibles, emocionalmente, exigentes, moralistas, calmados, entregados y considerados. (3)

Los bebedores consuetudinarios adolescentes (frente a los abstemios) tendían a expresar los conflictos del rol sexual adoptando una fachada supermasculina.

Todas estas investigaciones dan a entender que cuando se recalca la camaradería masculinoide y la bebida como desafío a la autoridad o como símbolo de autosuficiencia durante la adolescencia, se ha de suponer que existe un conflicto de iden

tividad subyacente que luego puede resultar un empleo immoderado de alcohol. (3)

ADOLESCENCIA

El término adolescencia que quiere decir época de crecimiento acelerado se refiere a la época de la vida comprendida entre los diez y 20 años de edad. La pubertad es el período comprendido entre los diez y los 14 años, el término hace alusión a la aparición del vello en el pubis un aspecto del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. En la pubertad fase inicial de la adolescencia se producen cambios estructurales y profundos en el sujeto simultáneamente con cambios significativos en los requerimientos y presiones de su ambiente familiar y social. (9)

Las consecuencias de estos cambios bioquímicos y culturales es una alteración profunda de la individualidad.

A primera vista la impresión del adolescente es la falta de espontaneidad, la exagerada conciencia que tiene de sí mismo la inseguridad y la torpeza de sus movimientos; manifestaciones aparentes de un desequilibrio cuya expresión más dramática es pérdida de las formas infantiles que hasta entonces han regido la relación del sujeto con el mundo y consigo mismo y la necesidad de encontrar otras nuevas que sustituyan a las anteriores y que deben corresponder para ser eficaces a un nivel superior de libertad y superioridad, libertad y responsabilidad.

El desequilibrio resulta de la madurez biológica se completa antes y deja atrás el crecimiento psicológico de tal manera que tendencias biológicas poderosas son confirmadas a un

organismo del que podría decirse que aún no está preparado para ella. (9)

De ahí que la adolescencia sea una época peligrosa para aquellos sujetos que previamente han sido leccionado en experiencias infantiles desfavorables.

Algunos se encuentran en esta fase de la vida grandes dificultades para funcionar íntegramente ante situaciones que exigen gran responsabilidad sexual, moral y social. (9)

Situación del adolescente.

Describiremos la situación del adolescente en relación con sus cuatro efectos fundamentales que son:

- Aceptación a las alteraciones morfológicas y de la sexualidad.
- Necesidades de un nuevo concepto del yo y sentido de identidad.
- Necesidad de un nuevo concepto o significado de la existencia. (9)
- Necesidad de autonomía.

JUSTIFICACION

En nuestro país existe un enorme consumo de bebidas etilicas, con base en estudios epidemiológicos con los que contamos en México puede calcularse que en la actualidad partiendo de las cifras obtenidas por la Dirección de Estadísticas de la Secretaría de Industria y Comercio y con base a un mecanismo de extrapolación, se calcula que para el año de 1980 y para una población prevista de 70 millones de habitantes habrá alrededor de 900 000 alcohólicos inválidos de manera que todo hace suponer que en este año hay alrededor de 3 millones de personas mayores de 18 años que tienen problema de alcoholismo que repercutirá en su vida familiar, laboral y social. (6) Lo que ha ocasionado un incremento en el porcentaje del alcoholismo en la adolescencia.

La adolescencia está considerada como una etapa crítica desde el punto de vista orgánico como psicológico en la vida del ser humano ya que se presentan cambios estructurales y funcionales así como cambios e influencias psicosocioculturales del adolescente. Lo cual conlleva a una etapa conflictiva tanto en el hábito familiar como social. Así la personalidad propia de cada adolescente depende de la trascendencia que tienen para él las personas con quienes trata, de los tipos que se le presentan en sus modelos y de la manera de como asimilan las nuevas expectativas y las experiencias anteriores. Por lo cual considero de capital importancia investigar las repercusiones en el adolescente y su núcleo familiar por la influencia del alcoholismo.

HIPOTESIS

La presencia del alcoholismo en algún miembro de la familia condiciona alteraciones en la Dinámica Familiar lo que repercute en el desarrollo biopsicosocial del adolescente.

OBJETIVOS

- 1.- Identificar las repercusiones presentes en el adolescente cuando un miembro de la familia es alcohólico.
- 2.- Identificar las repercusiones en el dinamismo de las familias por la presencia de un integrante alcohólico.
- 3.- Identificar las repercusiones de la crisis del adolescente en la dinámica familiar.
- 4.- Identificar la interrelación del objetivo 1 y 3.

DISEÑO DE INVESTIGACION

UNIVERSO DE TRABAJO

Muestra:

Población derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 correspondiente a la Unidad del Rosario.

Se tomará como muestras familias donde uno de sus integrantes sea alcohólico y exista uno o varios hijos en la etapa de la adolescencia.

Se tomarán 150 familias por tabla de números aleatorios por cada sector, para poder obtener así una muestra representativa (previamente se habrán identificado el tipo de familias - antes mencionadas).

Posteriormente se elegirán 25 familias de cada sector, para obtener una muestra de 125 familias y poder realizar estudio.

Situación Geográfica:

Unidad el Rosario

Tiempo:

Tendrá una duración de seis meses a partir del mes de abril.

DISEÑO DE INVESTIGACION

UNIVERSO DE TRABAJO

Muestra:

Población derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 correspondiente a la Unidad del Rosario.

Se tomará como muestras familias donde uno de sus integrantes sea alcohólico y exista uno o varios hijos en la etapa de adolescencia.

Desarrollo de la Investigación

La selección de personas para el propósito de nuestra investigación se realizó mediante la búsqueda del expediente clínico y de entrevista personal durante la consulta externa normal de la Unidad de Medicina Familiar de los diferentes consultorios.

La selección de la muestra se realizó en la forma antes expuesta por no contar con las tarjetas RF1 para la localización de pacientes seleccionados, por haber desaparecido esta forma del Instituto.

Se seleccionaron 100 familias con las características antes mencionadas, posteriormente se procedió a realizar encuestas y/o entrevista dirigida a conocer la edad del paciente alcohólico (padre), escolaridad, ingreso económico, sexo, estado civil, ocupación, número de hijos, tipo de bebida ingerida

días de ingestión de alcohol.

También por medio de encuestas y de entrevista dirigidas se aplicaron a pacientes seleccionados para conocer el grado de disfunción familiar.

De los 100 pacientes seleccionados (padre alcohólico, - con hijos en la etapa de la adolescencia) se eligieron los que se observaron que tenían patología franca y se realizaron entrevistas dirigidas a conocer características propias del adolescente.

Material :**Recursos humanos :**

- Médico Residente de Medicina Familiar.
- Familias con integrante alcohólico.
- Asesor de Medicina Familiar
- Médicos Familiares
- Trabajo social
- Asistente de consultorio

Recursos administrativos :

- Expediente clínico
- Archivo clínico

Recursos físicos:

- Hojas de papel bond
- Lápiz
- Pluma
- Corrector
- Máquina de escribir
- Encuestas
- Block de papel milimétrico
- Plumones
- Regla

CALENDARIZAR

- 1.- Búsqueda de bibliografía referente al tema.
Se realizó del mes de abril a mayo del presente año acudiendo a Centro Nacional de Información y Documentación en Salud (CENIDS), la Biblioteca de la UMF No. 33, la Biblioteca de los HGZ No. 57 y 58.
- 2.- Se revisaron expedientes clínicos y/o entrevista personal durante la consulta externa de la UMF donde uno de sus integrantes sea alcohólico y exista uno o varios hijos en etapa de la adolescencia.
- 3.- En base al punto anterior se seleccionaron 100 familias sin importar el consultorio a que pertenecían.
- 4.- De estas 100 familias se seleccionaron las que presentaban patología franca y se realizó entrevistas directas.
- 5.- Tiempo en que se realizó el estudio fue en un lapso de cinco meses.
- 6.- Se realizó recolección de datos.
- 7.- Procesamiento, clasificación y análisis de datos.
- 8.- Interpretación de resultados.
- 9.- Conclusiones y recomendaciones.
- 10.- Bibliografía.

11.- Fe de ratas.

12.- Anexos.

RESULTADOS

De los 100 pacientes entrevistados se observó que el 93% correspondían al sexo masculino y el 7% al sexo femenino.

Con respecto a la edad encontramos los siguientes resultados:

GRUPO DE EDAD	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
de 30 a 34 años	12	3	15
de 35 a 39 años	19	2	21
de 40 a 44 años	17	1	18
de 45 a 50 años	20	1	21
de + de 50 años	25	-	25
TOTAL	93	7	100

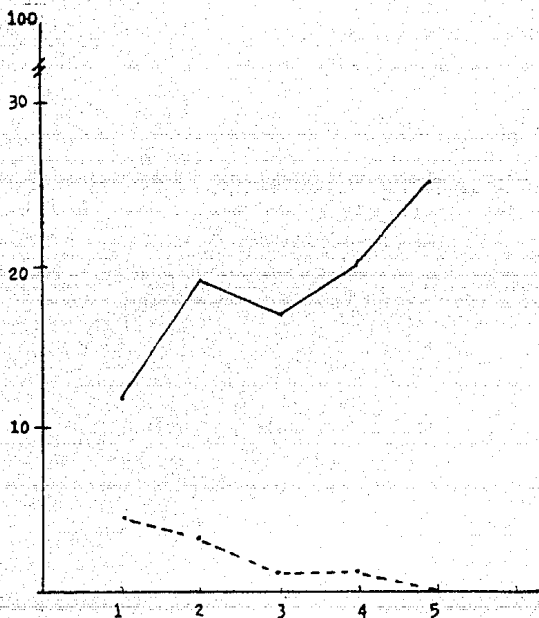
UMF No. 33 El Rosario
1983

Estado civil:

ESTADO CIVIL	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
Casado	80	7	87
Unión libre	10	-	10
Divorciado	2	-	2
Viudos	1	-	1
TOTAL	93	7	100

UMF No. 33 El Rosario
1983

EDAD DE PACIENTES ALCOHOLICOS
U.M.F. No. 33 El Rosario.
1983 (Gráfica # 1).

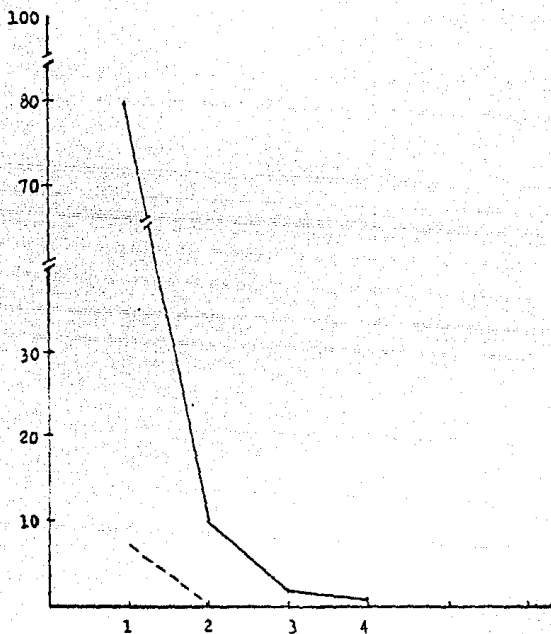


- 1.- de 30 a 34 años
- 2.- de 35 a 39 años
- 3.- de 40 a 44 años
- 4.- de 45 a 50 años
- 5.- de + de 50 años

Hombre ———
Mujer - - - -

Fuente: Investigación personal.

ESTADO CIVIL DE PACIENTES ALCOHOLICOS
U.M.F. No. 55 El Rosario
1983. (Gráfica # 2)



- 1.- Casado
- 2.- Unión libre
- 3.- Divorciados
- 4.- Viudos

Hombre ———
Mujer - - - -

Fuente: Investigación personal

La escolaridad observada en los pacientes entrevistados fue la siguiente:

ESCOLARIDAD	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
Analfabeta	8	1	9
Primaria Incompleta	19	1	20
Primaria Completa	38	1	39
Secundaria	16	3	19
Preparatoria o equiva.	2	1	3
Profesional	10	-	10
TOTAL	93	7	100

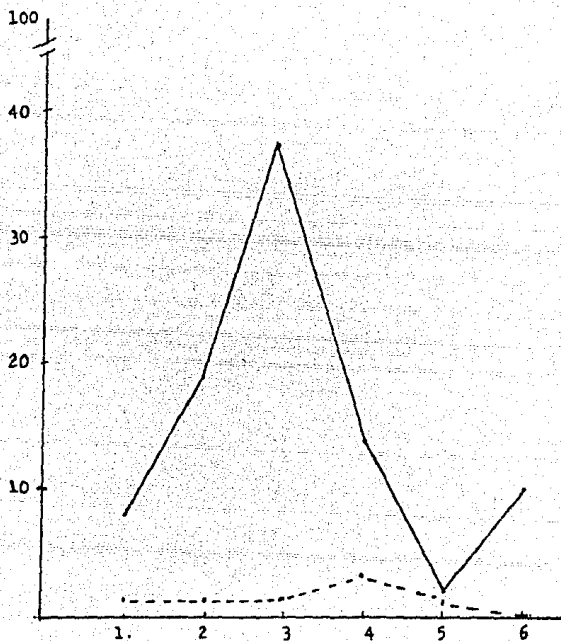
UMF No. 33 El Rosario.
1983

Ocupación:

OCUPACION	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
Profesional	10	-	10
Empleado	17	1	18
Obrero	44	2	46
Mecánico	6	-	6
Albañil	2	-	2
Chofer	5	-	5
Sin empleo	9	4	13
TOTAL	93	7	100

UMF No. 33 El Rosario
1983

ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ALCOHOLICOS
 U.M.F. No. 33 El Rosario.
 1983 (Gráfica # 3).

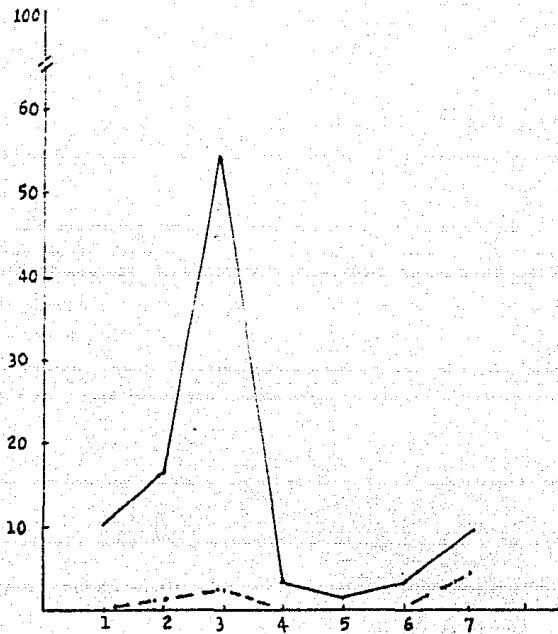


1.- Analfabeta
 2.- Primaria incompleta
 3.- Primaria completa
 4.- Secundaria
 5.- Preparatoria o equivalente
 6.- Profesional

Hombre ———
 Mujer - - - -

Fuente: Investigación personal

OCUPACION DE PACIENTES ALCOHOLICOS
 U.M.F. No. 33 El Rosario
 1983. (Gráfica # 4)



- 1.- Profesional
- 2.- Empleado
- 3.- Obrero
- 4.- Mecánico
- 5.- Albañil
- 6.- Chofer
- 7.- Sin empleo

Hombre ———
 Mujer - - - - -

Fuente: Investigación personal

Ingreso Mensual:

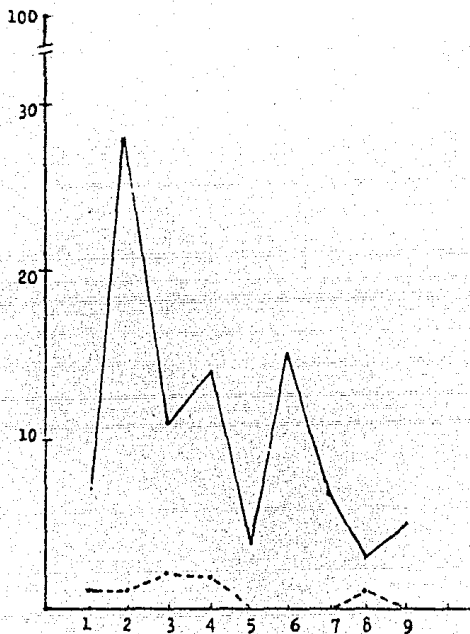
INGRESO MENSUAL	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
de \$ 11 a 15 000	7	1	8
de \$ 16 a 20 000	28	1	29
de \$ 21 a 25 000	11	2	13
de \$ 26 a 30 000	14	2	16
de \$ 31 a 35 000	4	-	4
de \$ 36 a 40 000	15	-	15
de \$ 41 a 45 000	6	-	6
de \$ 46 a 50 000	3	1	4
de + de \$ 50 000	5	-	5
TOTAL	93	7	100

UMF No. 33 El Rosario
1983

El número de hijos que tienen los pacientes encuestados es el siguiente:

Número de hijos	Número de pacientes
1	6
2	9
3	17
4	18
5	24
6	11
7	6
8	2
9	5
+10	2
Total	100

INGRESO MENSUAL DE PACIENTES ALCOHOLICOS
 U.M.F. No. 33 El Rosario
 1983. (Gráfica # 5)



1.- de \$ 11 a 15 000	6.- de \$ 36 a 40 000
2.- de \$ 16 a 20 000	7.- de \$ 41 a 45 000
3.- de \$ 21 a 25 000	8.- de \$ 46 a 50 000
4.- de \$ 26 a 30 000	9.- de Más de \$ 50 000
5.- de \$ 31 a 35 000	

Hombre ———
 Mujer - - - -

Fuente: Investigación personal

Número de días de ingestión de bebidas alcohólicas:

Número de días	Número de Pacientes
1	20
2	16
3	5
4	-
5	-
6	1
7	15
c/7-8	15
ocasional	28
TOTAL	100

UMF No. 33 El Rosario
1983

De los pacientes entrevistados se observó según la clasificación de HARVARD MODIFICADO los siguientes grados de alcoholismo:

GRADO DE ALCOHOLISMO	No. DE PACIENTES
Alcoholismo ocasional	28
Alcoholismo social	35
Alcoholismo moderado	4
Alcoholismo habitual	10
Alcoholismo crónico	23
TOTAL	100

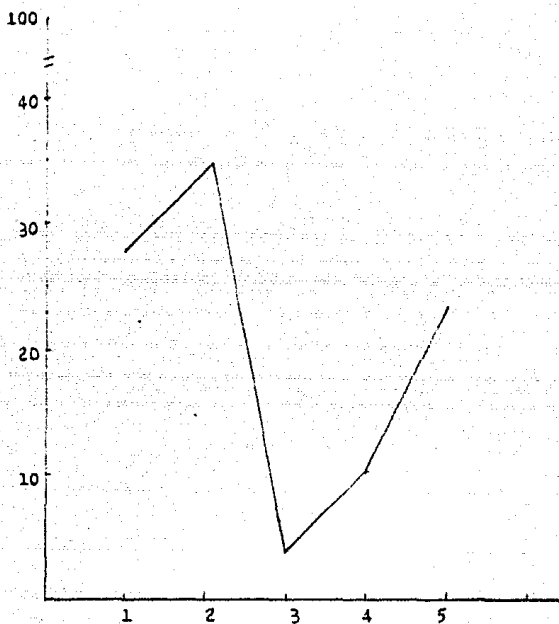
UMF No. 33 El Rosario
1983

En lo que respecta al grado de disfunción familiar valorado por la aplicación de cuestionarios APGAR FAMILIAR se encontraron los siguientes resultados:

GRADO DE DISFUNCION FAMILIAR	No. DE PACIENTES
Gran funcionamiento familiar	53
Moderada disfunción	24
Severa disfunción	23
TOTAL	100

UMF No. 33 El Rosario
1983

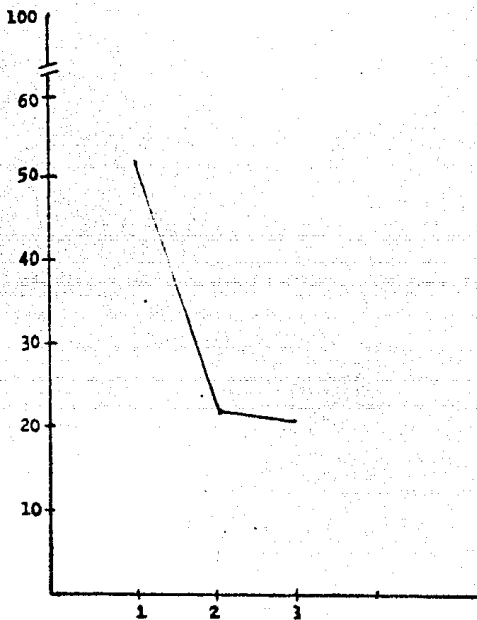
GRADO DE ALCOHOLISMO "HARVARD MODIFICADO"
U.M.F. No. 33 El Rosario
1983. (Gráfica # 6)



1.- Alcoholismo ocasional	28%
2.- Alcoholismo social	35%
3.- Alcoholismo moderado	4%
4.- Alcoholismo habitual	10%
5.- Alcoholismo crónico	23%

Fuente: Investigación personal

GRADO DE DISFUNCION FAMILIAR
"APGAR MODIFICADO"
U.M.F. No. 33 El Rosario
1983 (Gráfica # 7)



- 1.- Gran funcionamiento familiar 53%
- 2.- Moderado funcionamiento familiar 24%
- 3.- Severo disfuncionamiento familiar 23%

Fuente: Investigación personal

La relación que el grado de alcoholismo con el grado de disfunción familiar a continuación ponemos los mismos resultados:

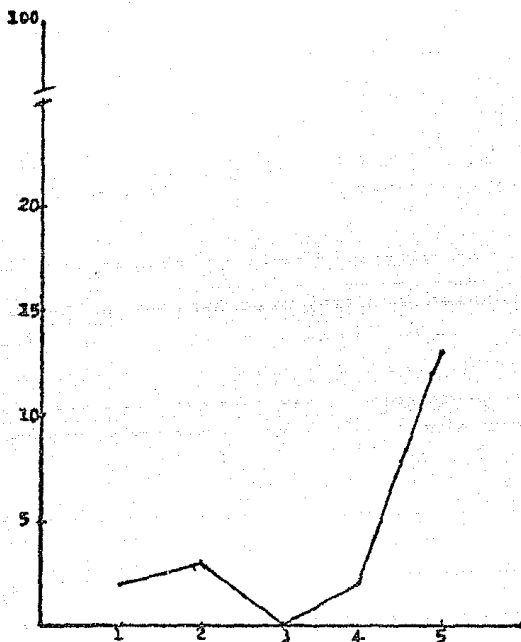
GRADO DE ALCOHOLISMO	SEVERA DISFUNCION FAMILIAR
Alcoholismo ocasional	2
Alcoholismo social	3
Alcoholismo moderado	-
Alcoholismo habitual	2
Alcoholismo crónico	13
TOTAL	20

UMF No. 33 El Rosario
1983

GRADO DE ALCOHOLISMO	MODERADA DISFUNCION FAMILIAR
Alcoholismo ocasional	5
Alcoholismo social	12
Alcoholismo moderado	2
Alcoholismo habitual	5
Alcoholismo crónico	4

UMF No. 33 El Rosario
1983

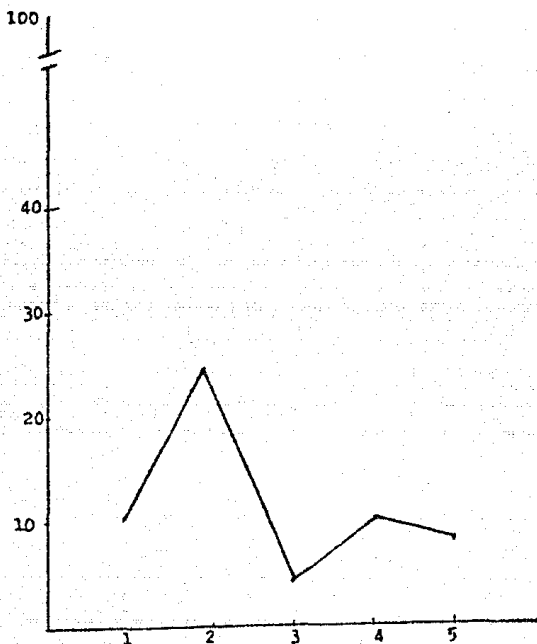
RELACION DEL GRADO DE ALCOHOLISMO
Y SEVERA DISFUNCION FAMILIAR.
U.M.F. No. 33 El Rosario
1983 (Gráfica # 8)



- 1.- Alcoholismo ocasional
- 2.- Alcoholismo social
- 3.- Alcoholismo moderado
- 4.- Alcoholismo habitual
- 5.- Alcoholismo crónico

Fuente: Investigación personal

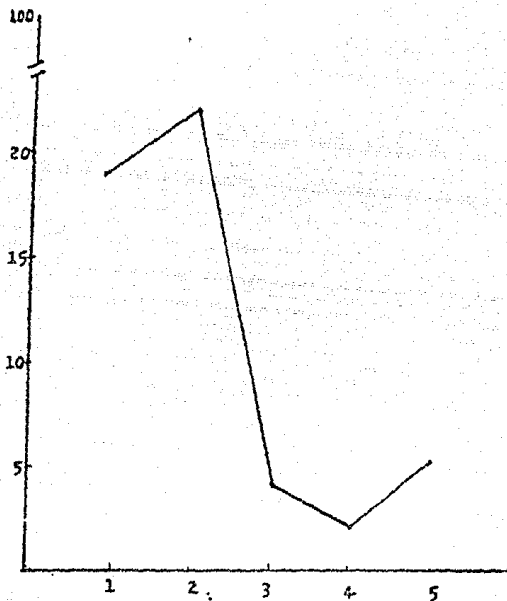
RELACION DEL GRADO DE ALCOHOLISMO
Y MODERADO FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
U.M.F. No. 33 El Rosario
1983 (Gráfica # 9)



- 1.- Alcoholismo ocasional
- 2.- Alcoholismo social
- 3.- Alcoholismo moderado
- 4.- Alcoholismo habitual
- 5.- Alcoholismo crónico

Fuente: Investigación personal

GRADO DE ALCOHOLISMO Y GRAN FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR.
U.M.F. No. 33
1983 (Gráfica # 10)



- 1.- Alcoholismo ocasional
- 2.- Alcoholismo social
- 3.- Alcoholismo moderado
- 4.- Alcoholismo habitual
- 5.- Alcoholismo crónico

Fuente: Investigación personal

GRADO DE ALCOHOLISMO	GRAN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
Alcoholismo ocasional	19
Alcoholismo social	22
Alcoholismo moderado	4
Alcoholismo habitual	2
Alcoholismo crónico	5
TOTAL	52

UMF No. 33 El Rosario
1983

De los 100 pacientes entrevistados (adolescentes) se seleccionaron 40, donde se encontró patología franca y se realizaron entrevistas dirigidas encontrándose los siguientes cambios durante la crisis del adolescente:

Características de la crisis del adolescente	Porcentaje	No. de pacientes.
Depresión	85	34
Privación emotiva	85	34
Dependencia	82	33
Sentimiento de minusvalía	80	32
Tristeza	77	31
Ansiedad	77	31
Pasividad	77	31
Furia	70	28
Rechazo a uno o ambos padres	67	27
Sobrepotección	67	27
Inadaptación	60	24
Lentitud en el aprendizaje	60	24
Prematurez de responsabilidades	45	18
Crea sentimiento de poder	37	15
Negación	32	13
Alcoholismo	27	11
Culpa	27	11
Omnipotencia	25	10
Necesidad de grandeza	25	10
Invulnerabilidad	10	4

De los 100 pacientes adolescentes entrevistados 47% son del sexo masculino y 53% de sexo femenino.

Con respecto a la edad encontramos los siguientes resultados:

EDAD	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
10 años	1	2	3
11 años	2	2	4
12 años	9	5	14
13 años	5	7	12
14 años	5	5	10
15 años	7	12	19
16 años	7	11	18
17 años	1	2	3
18 años	2	6	8
19 años	1	1	2
20 años	3	-	3
TOTAL	47	53	100

UMF No. 33 El Rosario
1983

Estado Civil:

ESTADO CIVIL	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
Soltero	43	52	95
Casado	4	1	5
TOTAL	47	53	100

UMF No. 33 El Rosario
1983

Escolaridad:

ESCOLARIDAD	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
Primaria	15	15	30
Secundaria	19	30	49
Preparatoria o Equivalente	8	7	15
Profesional Incompleta	5	1	6
TOTAL	47	53	100

UMF No. 33 El Rosario
1983

Ocupación:

OCUPACION	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
Estudia	31	43	74
Trabaja	1	10	11
Hogar	3	0	3
Estudia y trabaja	6	6	12
TOTAL	47	53	100

UMF No. 33 El Rosario
1983

Orden de nacimiento:

Orden de nacimiento	No. de paciente
1	40
2	22
3	16
4	10
5	7
6	1
7	1
8	3

UMF No. 33 El Rosario
1983

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El propósito fundamental del presente trabajo es contribuir sobre el estudio del alcoholismo como causa de disfunción familiar y sus repercusiones en la adolescencia desde un punto de vista de la medicina integral.

Como sabemos la residencia de Medicina Familiar tiene como objeto la formación de un modelo ideal de profesionistas que la Institución formadora espera alcanzar, define cual es su función; ubicándolo dentro del esquema general éste tiene que contar con un cuerpo de conocimientos que le permiten realizar con eficacia funciones técnico-médicas, funciones técnico administrativas y funciones de enseñanza e investigación específica que a través de su práctica diaria en el primer nivel de atención médica contribuye a los logros de los objetivos en base a estos objetivos el Médico Familiar en ocasiones actúa como la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención médica, coordina la utilización de los recursos para la atención de los mismos y dará atención médica independiente mente de la edad sexo o el padecimiento del individuo.

En el presente estudio las conclusiones a las que llegamos tomando en cuenta los resultados obtenidos son los siguientes: el alcoholismo no es considerado como una enfermedad por las familias entrevistadas, que afecta las tres esferas (física, mental y social) teniendo a la vez importantes repercusiones familiares y socioeconómicas.

El alcoholismo tiene un transfondo psicopatológico - -

bien definido como se observó en la investigación presente, es producto de un núcleo familiar y social distorsionado; aunque no se ha podido definir o estructurar una personalidad alcohólica este generalmente es inmaduro por naturaleza se muestra pueril sensitivo, ampuloso, cargado de resentimiento desarrollado en el hogar, donde probablemente el padre o algún miembro fue alcohólico.

De los 100 pacientes entrevistados se observó que el 93% fue del sexo masculino y el 7% de sexo femenino mostrando que los cambios socioeconómicos acaecidos en las últimas décadas ha permitido a la mujer el ingreso a la vida económicamente activa del comercio administración, la política, etc., pero también ha aumentado el número de pacientes alcohólicos en el sexo femenino, hay que hacer notar que es más fácil para la mujer ocultar su alcoholismo ya que se queda en el hogar y el hombre tiene que acudir a sitios públicos y a su trabajo donde es fácilmente detectado, donde el abandono, el divorcio o las desavenencias conyugales hicieron su aparición, en ocasiones es rechazado o ignorado y nunca puede identificarse como persona aceptada, dado que no tiene confianza en sí mismo y es lanzado a la lucha de condiciones por completo desiguales e inicia a darse cuenta de la inestabilidad biopsicosocial en que se encuentra que según él puede atenuarse con el alcohol.

Como observamos en la tabla de edades es más frecuente de los 30 a 50 años de edad aumentando su incidencia de los 34 a 39 años de edad.

El estado civil es un factor que consideramos es impor

tante en este tipo de familias encontrándose que el 87% son casados y el 10% viven en unión libre, durante la investigación nos dimos cuenta que varios de los pacientes investigados al inicio vivieron en unión libre posteriormente se casaron, las causas que refieren los pacientes para que se presentara esta situación, desavenencias familiares, divorcio, el abandono por parte de algún miembro de la familia. Como sabemos la familia es la unidad primaria de la sociedad y dentro de ella se desarrollan entre sus miembros funciones de comunicación, división de roles, transacciones múltiples y si la dinámica familiar no funciona afecta el comportamiento de cada miembro de la familia haciendo que ésta funcione mal como unidad. Las normas que gobiernan la organización familiar incluyen una jerarquía de poder donde padre e hijo tienen niveles diferentes de autoridad, y existe una complementaridad de funciones entre esposo y esposa.

En el presente estudio mostró que uno de los hijos en este caso en etapa de la adolescencia desempeña funciones parentales, se menciona que es aquí cuando existe o puede existir prematuridad de responsabilidades, el adolescente va a ser el que el padre va a delegar autoridad, pero como es el caso en familias con padre alcohólico la delegación de autoridad no es voluntaria, sino por la disfunción familiar existente haciendo notar que el hijo de mayor edad es el que va a desarrollar la prematuridad de responsabilidad como sabemos que la adolescencia es una etapa crítica para la formación de personalidad es aquí cuando el adolescente está en crisis.

Esto puede ser funcional siempre y cuando la delegación de autoridad sea explícita y temporal no está permitido que el hijo sea la única fuente de control.

La escolaridad de estos pacientes fue el 39% tiene primaria incompleta el 10% profesional y el 8% son analfabetas - factor importante que refleja la incapacidad de éstos para prever los futuros acontecimientos o sus propensiones a estipular contratos restrictivos con el adolescente. Podemos hacer--nos una pregunta ¿Cómo va a educar a sus hijos un padre alcohólico? si este tipo de pacientes tampoco fue educado adecuadamente y son enfermos que no aceptan como tal el alcoholismo, y son estas situaciones las que causan problemas de padre-hijo - cuando quieren estipular acuerdos con el adolescente se agravan los problemas, además cuando sus experiencias imponen límites a la capacidad de comprender la realidad, si existe ya la disfunción familiar se agrava ésta.

Estos adultos tienen ingresos escasos, como se muestra en la tabla de ingresos mensuales el 28% tiene un ingreso de - \$16 000 a 20 000, el 3% de \$46 a 56 000, considerando este último un porcentaje mínimo; y aunado a familias muy numerosas, si el padre es el enfermo siendo éste el sostén desde el punto de vista económico de la familia las repercusiones en la dinámica familiar dependen básicamente del nivel socioeconómico y si consideramos el número de hijos que cada una de estas familias tiene mostraremos que el 24% tiene 5 hijos, el 2% 10 hijos, pero a pesar de que sólo el dos por ciento tiene un número de hijos elevado el 24% que tiene 5 hijos también es un porcen

taje elevado y viviendo la situación actual el ingreso económico es insuficiente para cubrir las necesidades básicas de la familia, estos factores relacionados entre sí causan gran disfunción familiar afectando a todos los miembros de la familia.

En lo que respecta a la ocupación de los pacientes investigados se observa que el 44% son obreros el 10% son profesionistas y el 9% se encuentran sin empleo factor importante y relacionado con el grado de escolaridad, ya que observamos que a menor escolaridad la ocupación del paciente es menos remunerada en este punto hacemos hincapié que la causa de desempleo en el 9% de los pacientes desempleados fue el alcoholismo.

En los pacientes sujetos a nuestra investigación según la clasificación de HARVARD MODIFICADO se observó que el alcoholismo social fue el más alto porcentaje un 35%, alcoholismo social el 28% el alcoholismo crónico el 23% el alcoholismo moderado el 4%.

El grado de disfunción familiar valorado por un cuestionario aplicado APGAR FAMILIAR mostrando que el 53% tiene un gran funcionamiento familiar, el 24% moderado disfunción familiar y el 23% una severa disfunción familiar.

Relacionando el grado de alcoholismo con el grado de disfunción familiar se observó que sólo el 13% de pacientes con alcoholismo crónico presentan severo grado de disfunción familiar.

Con respecto al grado de alcoholismo y grado moderado de disfunción familiar que existía en los pacientes entrevista

dos se observó que el 12% de los pacientes con moderada disfunción son alcohólicos sociales y el 4% son alcohólicos crónicos.

Los pacientes que mostraron gran funcionamiento familiar el grado de alcoholismo observado fue 22% alcoholismo social y el 19% alcoholismo ocasional.

La relación que guarda el grado de alcoholismo con el grado de disfunción familiar es a mayor grado de alcoholismo - mayor grado de disfunción familiar.

Consideramos que los resultados de los cuestionarios aplicados para valorar grado de alcoholismo y grado de disfunción familiar pueden no ser tan verídicos, ya que el paciente en el momento de la entrevista mostraba barreras para contestar las preguntas formuladas, en ocasiones enmascaraban las preguntas a pesar de observar que el grado de alcoholismo es mayor y por lo tanto el grado de disfunción familiar también - o si el grado de alcoholismo es alto, los pacientes referían gran funcionamiento familiar, falseando así los resultados.

La adolescencia es un período donde los individuos inician a afirmarse como seres humanos distintos entre sí, puesto que no hay personas que posean exactamente las mismas experiencias o que ocupen posiciones idénticas en la estructura social cada uno impone su individualidad. Todo adolescente ha de aprender a participar de manera afectiva en la sociedad la competencia necesaria para hacerlo la debe adquirir a través de las relaciones interpersonales (proceso de sociabilización).

El adolescente puede evaluar constantemente su compe--

tencia gracias a la interacción inevitable con las personas importantes que intervienen en su vida que dirigen y prescriben parcialmente su conducta, ayudando a determinar su entrega emotiva al comportamiento responsable.

Es este momento crucial para la formación de su identidad, cuando el adolescente ante situaciones inesperadas (familia con padre alcohólico y grado de disfunción familiar) entra en crisis como se puede observar por los resultados obtenidos de los pacientes entrevistados.

Etapas de mayor crisis en la vida de todo ser humano - principalmente por ser una etapa llena de conflictos emocionales y en virtud de lo que para él representa el estar creciendo es o lo hace capaz de asumir responsabilidades cada vez mayores así como la demanda de ciertos privilegios en forma exagerada que él apoya argumentando "ya estoy creciendo y ya puedo hacerlo".

De las características que encontramos en 40 de los pacientes entrevistados en etapa de la adolescencia y que se encontraban en la crisis de la adolescencia lo que presentan prematuridad de responsabilidad son el 45%, que corresponde a 18 de los pacientes entrevistados entre otras características que encontramos de la crisis del adolescente son, privación emotiva 85%, dependencia 82% sentimiento de minusvalía 80% tristeza, 77%, pasividad 77% rechazo a uno o ambos padres 67% lentitud en el aprendizaje 60% negación 32% y estas características se acentúan si existe un integrante de la familia que sea alcohólico.

El adolescente al cambiar en forma brusca tanto su deseo de ser más maduro como el de ser niño experimenta ambivalencia si bien en un momento puede demandar responsabilidades superiores es probable que al poco tiempo quiera que se le libere de las responsabilidades, este problema de ambivalencia frecuentemente plantea problemas tanto en el adolescente como en los padres acentuándose la crisis del adolescente aunado al problema del alcoholismo, surgen disfunción familiar.

Entre los factores importantes que influyen en la transformación del adolescente están los intereses culturales de la familia, el nivel educativo, de los padres el aliento de los mismos las facilidades que le den en el hogar para su educación y la facilidad de la locución de los padres.

Un factor muy importante es el factor educativo y por ello observamos que el rendimiento educativo está correlacionado de manera positiva hasta cierto punto con la preocupación de los padres es probable que los adolescentes avancen rápidamente en la escuela cuando existe interés por parte de los padres en caso contrario el rendimiento escolar es bajo, en nuestro estudio observamos que en los pacientes alcohólicos habituales o crónicos llegan a perder el interés por su familia reflejándose la disfunción familiar en el lento aprendizaje de los adolescentes 60% es en este momento importante la relación madre hijo para que el proceso de sociabilización pueda ser óptimo se requiere de una relación estrecha de madre-hijo apoyada por el modelo masculino que cumpliera con su rol cosa que no ocurre con un padre alcohólico.

Al parecer el efecto de los padres comporta buenas ventajas, los padres que valoran positivamente a sus hijos le conceden autonomía superando así la crisis del adolescente.

Es por eso que los padres e hijos deben caminar juntos por la vida, la adolescencia exige a los jóvenes romper ligas de dependencia, ejercer su autonomía definir su vocación y encontrar un lugar en la sociedad, esto provoca una crisis que con frecuencia se traduce en pugna contra las personas adultas, pero si éstas actúan con serenidad y comprensión pueden ayudar a que la crisis del adolescente se supere y la relación entre jóvenes y adultos se torne de mutuo respeto y cooperación.

Estamos de acuerdo con la hipótesis de nuestra investigación ya que se observó que en los pacientes sujetos a nuestra investigación el alcoholismo en algún miembro de la familia es alcohólico condiciona alteraciones en la dinámica familiar lo que repercute en el desarrollo biopsicosocial del adolescente.

Considero de vital importancia y utilidad durante la consulta externa de la UMF 33 se realice una Historia Clínica completa así como se inicie un estudio social de cada familia, ya que para el médico e investigaciones subsiguientes la información obtenida es valiosa y orientadora en la etiopatogenia ecológica y prescripción de la terapéutica para las enfermedades es este caso el alcoholismo.

Se pretende una mayor comprensión hacia el enfermo sin distinción, también se ha de prestar atención con ciencia, des-

treza y técnicas y con humanismo en el espíritu del servicio - que forma parte misma de la esencia del ejercicio médico. A to dos los que abarca su cobertura ha de entender en bienestar individual, familiar colectivo que emana de las prestaciones medicosociales que se otorgan para poder hacerlo mejor requiere de una organización estructural y funcional que le permite poner al alcance de cada derechohabiente los mejores recursos para su atención.

Para lograr que los pacientes alcohólicos no ingieran alcohol el primer paso a seguir será dado por el médico familiar, informando u orientando al enfermo sobre la naturaleza - de la enfermedad ya que existe una gran ignorancia del paciente sobre este aspecto.

Una vez aceptada la enfermedad como tal educar al paciente para que se encuentren nuevas maneras de manejar sus - problemas sin que recurra al alcoholismo.

La psicoterapia familiar se debe de llevar a cabo en - aquellos pacientes o familias sintomáticas donde se ha formado un sistema patológico familiar que es determinante en la pro- gresión de la enfermedad.

Sería conveniente la formación en la UMF de grupos de ayuda, que orientaran a este tipo de pacientes.

Con respecto a los adolescentes tratar de guiarlo, ya que su comportamiento es crucial para la maduración de la personalidad orientándolo e indicándole que esta etapa de la adolescencia es una fase crítica de crecimiento y durante ella la personalidad sufre una profunda transformación.

DEFINICION DE LOS COMPONENTES DEL APGAR FAMILIAR

COMPONENTE	DEFINICION
ADAPTABILITY	La adaptación es la utilización de - los recursos intra y extrafamiliares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar es forzado ó violado.
PARTERSHIP	Es la participación de responsabilidad es el trabajo y educación por - los miembros de la familia.
GROWTH	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).
AFFECTION	Es la que se refiere a las relaciones de cuidado y cariño que existen entre los miembros de la familia.
RESOLVE	Es la tarea de dedicar tiempo a miembros 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 le
tra de cada uno de sus componentes.

CUESTIONARIO DEL APGAR FAMILIAR

NOMBRE _____

EDAD _____

ESTADO CIVIL _____

CUANTOS HIJOS TIENE _____

OCUPACION : _____

INGRESO FAMILIAR POR MES _____

CASI
SIEMPREALGUNAS
OCASIONESDIFICIL-
MENTE

ME SIENTO SATISU
FECHO CON LA -
AYUDA QUE RECI-
BO DE MI FAMI--
LIA CUANDO TEN-
GO ALGUN PROBLEU
MA.

ESTOY SATISFE--
CHO CON LA MANEU
RA EN QUE MI FAU
MILIA DISCUTE -
TEMAS DE INTE--
RES PARA TODOS
Y PARTICIPA CON
LA RESOLUCION -
DEL PROBLEMA

CASI
SIEMPRE

ALGUNAS
OCASIONES

DIFICIL-
MENTE

MI FAMILIA ACEPU
TA MIS DESEOS -
DE FORMAR NUE--
VAS ACTIVIDADES
O HACER CAMBIOS
EN MI FORMA DE
VIVIR.

ESTOY SATISFE--
CHO CON LA FOR-
MA EN QUE MI FAM
ILIA RESPONDE
A MIS SENTIMIEN
TOS TALES COMO
LA IRA, AFLIC--
CION, ANGUSTIA
O AMOR.

ESTOY SATISFE--
CHO CON LA CAN-
TIDAD DE TIEMPO
QUE MI FAMILIA
Y YO PASAMOS -
JUNTOS.

Un total de 7 a 10 sugieren gran funcionamiento familiar.

Un total de 4 a 6 puntos, sugieren una familia moderadamente disfuncional.

Un total de 0 a 3 puntos sugieren una familia con severo grado de disfunción familiar.

CUESTIONARIO PARA MEDIR GRADO DE ALCOHOLISMO NO "HARVARD MODIFICADO".

- SI NO TOMA UD. BEBIDAS ALCOHOLICAS (CERVEZA, PULQUE, VINO, ETC.)
- ___ ___ CON FRECUENCIA.
- ___ ___ SIEMPRE QUE ACUDE A ALGUNA FIESTA O REUNION TOMA?
- ___ ___ CADA VEZ NECESITA TOMAR MAS ALCOHOL PARA SENTIRSE BIEN?
- ___ ___ AL ESTAR TOMANDO Y SENTIRSE MARIADO ES UD. INCAPAZ DE DEJAR DE TOMAR?
- ___ ___ BEBE MAS FRECUENTEMENTE A SOLAS EVITANDO A LA FAMILIA O AMIGOS CERCANOS?
- ___ ___ BEBE A GRANDES TRAGOS O SE TOMA ALGUNOS TRAGOS ANTES DE ASISTIR A ALGUNA FIESTA?
- ___ ___ SE MOLESTA CUANDO LA FAMILIA O SUS AMIGOS LE DICEN ALGO ACERCA DE SU FORMA DE BEBER?
- ___ ___ SE HACE MAS PROMESAS Y NIEGA SU FORMA DE BEBER?
- ___ ___ SIENTE NECESIDAD DE BEBER A CIERTAS HORAS, POR EJEM. ANTES DE COMER O EN EVENTOS ESPECIALES, DESPUES DE UN DISGUSTO O PELEA?
- ___ ___ CUANDO ESTA SOBRIO, SE ARREPIENTE DE LO QUE DIJO O HIZO MIENTRAS BEBIA?
- ___ ___ PASA FINES DE SEMANA BEBIENDO, SUFRIENDO EL LUNES UNA TREMENDA CRUDA?
- ___ ___ SON MAS FRECUENTES LAS LAGUNAS MENTALES Y LOS DESMAYOS?
- ___ ___ BEBE UD. PARA VIVIR O VIVE PARA BEBER?

___ ___ ESTA UD. BORRACHO SIEMPRE, EN OCASIONES IMPORTANTES
POR EJEM. CENAS O JUNTAS INTERESANTES?

___ ___ SUS BORRACHERAS FRECUENTEMENTE DURAN VARIOS DIAS?

___ ___ SUFRE DE TEMBLORINAS POR LAS MAÑANAS Y SE TOMA UNA -
RAPIDITA?

___ ___ LAS LAGUNAS MENTALES Y LOS DESMAYOS SUCEDEN MAS FRE-
CUENTEMENTE?

___ ___ HA PERDIDO UD. LA PREOCUPACION POR SU FAMILIA Y POR
SUS AMIGOS MAS CERCANOS?

PARA CLASIFICAR EL GRADO DE ALCOHOLISMO DE LAS PREGUNTAS:

1 a 2 -- ALCOHOLISMO OCASIONAL.

1 a 6 -- ALCOHOLISMO SOCIAL.

1 a 15 -- ALCOHOLISMO MODERADO.

1 a 20 -- ALCOHOLISMO HABITUAL.

1 a 21 -- ALCOHOLISMO CRONICO.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Velasco Rafael, Salud Mental, Enfermedad mental y alcoholismo Concepto Básico. 43, 104, 1980. Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, Anuies, México.
- 2.- Martín Abreu Luis, Fundamentos de Gastroenterología 286, - 296 "de edición, Editorial Fco. Méndez Cervantes 1979, México.
- 3.- E. Grinder Robert. Adolescencia. 17, 27, 134-144. Segunda reimpresión 1981 Editorial Limusa. 1981 México.
- 4.- Molina Pineiro Valentín. El Alcoholismo en México Fundación de Investigadores Sociales A.C. 1982 México.
- 5.- Vasconcelos, San Esteban, Espinoza y colaboradores Unidad Didáctica 10, 135-145. 2da. edición 1981 Departamento de Internado Facultad de Medicina UNAM. México.
- 6.- Velasco Fernández Rafael. Alcoholismo. Unidad Didáctica - 10 109-141 Primera edición 1980. Departamento de Internado Facultad de Medicina UNAM. México.
- 7.- Harrison. Medicina Interna. Tomo I. 825-836. 8a. edición - en español. La Prensa Médica Mexicana, S.A. 1981. México.
- 8.- Armadillo Aaron. Enciclopedia Barsa de consulta fácil. - 185-186. Tomo 2. Enciclopedia Británica 1969. México.

- 9.- De la Fuente, Ramón. Psicología Médica. Fondo de Cultura Económica, Décima quinta reimpression. 1975. México.
- 10.- Castelazo Ayala. Seguridad Social. Evolución del Seguro Social en México. 436-444.
- 11.- Saucedo G. Miguel. III La Exploración de la Familia. Aspectos Médicos Psicológicos y Sociales Revista Médica. - IMSS. 155-163. 1981. México.
- 12.- Ackerman W. Nathan. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Home SAE. Editorial Paidós. Buenos Aires. 259-301. 1981.
- 13.- Jaime Alaria Humberto. Fundamentos de Medicina Familiar. 3, 15, 21, 29, 37, 49. 1ra. Edición. Ediciones M.F.M. - - 1982. México.
- 14.- Eric Berne. Juegos en que Participamos. 77-85. 14a. impresión. 1981 Editorial Diana. México.
- 15.- Tzivanis James. Mundo Médico. Alcoholismo Cuidados Primarios. Junio 1981. 11-26. México.
- 16.- Secretaría de Salubridad y Asistencia Médica Drogas. Evitemos la Destrucción de Nuestros Hijos. Consejo Nacional de Problemas de Farmacodependencia. Dirección de Salud Mental. Dirección de Educación Higiénica, SSA. México. - 1972.

- 17.- Alcoholismo. Part. I. The Harvard Medical School. Health Letter III. (Nueve) 1-5. July 1978.
- 18.- Alcoholismo Part. II. The Harvard Medical School. Health Letter III. (Diez) 1-3. August. 1978.