

11226
24/153



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION No. II DEL VALLE DE MEXICO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 29 "ARAGON"

ALCOHOLISMO Y ALTERACIONES EN LAS FUNCIONES FAMILIARES

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTADO POR.

Dr. Lorenzo Vázquez Alcántara
Residente de 2º. año de la especialidad en
Medicina Familiar

Dra. María del Carmen Pacheco Gamiño
Profesora Titular de la Especialidad en Medicina
Familiar del H.G.Z. No. 29



México, D. F.

Febrero de 1987



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

Introducción	
Antecedentes Científicos.....	1 - 46
Planteamiento del Problema.....	47
Justificación.....	47
Hipótesis.....	48
Objetivos.....	48
Material y Métodos.....	49
Definición de la Población.....	50
Definición Operacional de las Variables	50
Escala de Medición de Variables.....	51
Resultados.....	52
Gráficas.....	53 - 60
Análisis Estadístico.....	61 - 62
Resumen.....	63
Conclusiones.....	64

INTRODUCCION

El hombre responde de maneras muy curiosas cuando afronta conductas que no puede comprender ni controlar, llama la atención a dicha conducta enfermedad, pecado o delito, y lo afronta con la ley. El abuso humano del alcohol étlico, ha sido y sigue siendo en la actualidad, marcado con la triple etiqueta de pecado, delito y enfermedad. Así no es sorprendente que los términos alcoholismo y alcohólico estén rodeados de una mística confusa y a menudo produzcan atención confusa, dogmática, altruista de las disciplinas representadas en ley, religión y medicina.

Por muchos años, diversos grupos de profesionales y personas ajenas a la medicina han fomentado el concepto de "enfermedad" del alcoholismo, y han logrado recientemente grandes logros a este respecto. La explicación natural del concepto de enfermedad consiste en que la responsabilidad primaria de diagnóstico y tratamiento es asignada a las profesiones sanitarias base de las cuales es el médico.

Por otro lado, dada la gran cantidad de alteraciones presentadas por el alcohólico, es lógico suponer que la familia también resultará dañada en su funcionamiento, en su dinámica, en su economía y en su condición social, ya que se crean conflictos y a veces relativamente benignos, pero en otras ocasiones desorganización total del núcleo por graves alteraciones en las funciones de la familia.

ALCOHOLISMO

DEFINICION: En general no existe una definición muy clara para delimitar esta enfermedad; ya que en la literatura mundial existen más de 10, de las cuales

- 1.- El abuso del alcohol definido por el DSM-III
- 2.- Dependencia alcohólica como lo define el DSM-III
- 3.- Alcoholismo como lo define los Criterios de Investigación Diagnóstica.
- 4.- Alcoholismo como lo define los criterios de Figner.
- 5.- Alcoholismo según definición del Consejo Nacional de Alcoholismo.
- 6.- Alcoholismo alfa, beta, gamma y delta según Jellinek.
- 7.- Síndrome de dependencia alcohólica como lo define el ICD 9
- 8.- Los cuatro diferentes estadios de alcoholismo definidos por los índices de estados alcohólicos de Iowa.
- 9.- Alcoholismo definido por el presente examen de estado.
- 10.- Alcoholismo como lo define la Asociación de Alcohólicos de Michigan.

Por lo expuesto anteriormente, se resume que no existe una definición precisa del estado alcohólico; pero nosotros trataremos de dar la más aceptada en Estados Unidos y Europa.

ALCOHOLISMO: Es una alteración en la conducta crónica manifestada por una preocupación excesiva por el alcohol y su consumo, dando como resultado alteraciones en la salud mental y física, por una disminución en el control al tomar y por una actitud destructiva así mismo además con alteraciones personales y en la vida de relación.

EPIDEMIOLOGIA: El análisis de los estudios epidemiológicos con los que contamos en México han demostrado que son 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 corroboraron posteriormente por muestreos; dió una cifra de aproximadamente 5 por mil habitantes. Otros estudios se funde en una encuesta realizada directamente por enfermeras visitantes a una población burocrática y reportó una cifra de 7 por mil habitantes.

Como estos estudios se realizaron para una 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 mil habitantes. El centro de Rehabilitación de la S.S. aporta una cifra aproximada de 160,000 individuos alcohólicos en México para el año de 1981.

Cabe señalar que esta cifra no incluye a los alcohólicos crónicos que no han sido inválidos ni las personas que hacen uso indebido del alcohol, sin que ello tenga grandes repercusiones sobre sus relaciones sociales, familiares y laborales.

Con base a los estudios antes señalados, puede calcularse que en la actualidad existen unos cinco millones de personas adultas con problemas de alcoholismo en nuestro país partiendo de las cifras obtenidas de la Dirección de Estadísticas de la Secretaría de Industria y Comercio, con base a un mecanismo de extrapolación se calcula que para 1990 habrá 2 millones de inválidos alcohólicos en México. Como en el caso anterior, esta cifra no incluye a los bebedores excesivos ni a los alcohólicos que hasta ese momento no se han invalidado, de manera que todo hace suponer que para esa fecha habrá alrededor de 8 millones de personas mayores de 18 años que tengan problemas de alcoholismo que repercutirán en su vida familiar, laboral y social.

Con respecto a otros países: En Estados Unidos el abuso del alcohol constituye uno de los más serios problemas de drogadicción; calculándose que cerca de cien millones de personas toman -- alcohol. Sin embargo se estima que 9 millones de norteamericanos padecen de alcoholismo. De ellos se encuentran asociados con accidentes automovilísticos 25 mil anualmente, 15 mil homicidios y suicidios y 20 mil muertes asociadas a enfermedades alcohólicas. Afectando cerca de 40 millones de esposos e hijos y dos millones de --- arrestos cada año.

Con respecto a otros países de Latinoamérica apoyándose en el seminario realizado por México a instancia de la Organización Panamericana de Salud, se hace evidente que en Chile, Brasil, Nicaragua y Costa Rica tienen problemas mucho más serios que en el nuestro.

En nuestro país, cerca del 10% de los alcohólicos reciben atención médica. Se calcula que el 44% de los accidentes automovilísticos se debe directamente al alcoholismo del individuo. También existe importante relación entre alcoholismo y criminalidad, hechos violentos y suicidios.

En general, los estudios realizados en nuestro país sobre accidentes automovilísticos concuerdan con los de otros países. Actualmente en el D.F. circulan 3 millones de automóviles registrados y otros 20 a 30 mil de la población flotante. Se calcula que -- de los accidentes automovilísticos graves, 88% se debe al conductor mientras que sólo el 5% a fallas mecánicas y 7% a casos que no provienen del manejador ni del vehículo. El censo general es que

la mitad de ese 88% se debe directamente al estado de alcoholismo - del individuo. Esta incidencia no solamente es el resultado del hecho físico de la intoxicación alcohólica sino también del fracaso y del trastorno subjetivo, básicamente de angustia, agresión o depresión que antecede o acompaña en muchas ocasiones a la ingestión del alcohol. Esto permite comprender la génesis de lo que en el aspecto automovilístico se llama " Accidente de vehículo, automotores guiados inhumanamente".

Desde hace año y medio en nuestro país se puede determinar científicamente el nivel de alcohol en sangre. En principio, todas las delegaciones o agencias del Ministerio Público en casos de accidente de tránsito o atropellamiento, choque y otros, están obligadas a investigar esa cantidad de alcohol. En el laboratorio de la Procuraduría General de la República del D.F. existe un aparato de fácil manejo que permite una titulación de la cantidad ingerida por una persona bastando para ello que inhale sobre un recipiente - adecuado; naturalmente se obtiene una dosificación más exacta por - determinación en sangre.

En lo que se refiere a la violencia, existe una relación muy importante entre el alcoholismo y los delitos violentos graves lo que se llama criminalidad primitiva, muscular o atávica tipificada básicamente en los delitos de homicidio lesiones y violación. - Parece ser que en el 90% de los delitos de homicidio por lesión o - rifa, uno de los dos contendientes se encuentran en estado alcohólico, otro delito en el cual interviene el alcoholismo es la violación sobre todo la tumultaria.

En lo que se refiere al alcoholismo y suicidio tenemos, que el país que tiene la mayor incidencia de muerte por suicidio es Suecia con 11 por cien mil habitantes seguidos de Hungría con 10.5 y los E.U. con 10.2. En Suecia como se ha observado una relación muy significativa entre la ingestión de alcohol per cápita; ya que en ese país es de las más altas del mundo.

En cuanto a estimar la magnitud del problema de alcoholismo en base a indicadores como mortalidad por cirrosis hepática o frecuencia de la cirrosis alcohólica, vemos que si son los datos útiles, su extrapolación no es del todo admitida por los epidemiólogos y sólo da un índice importante para los casos extremos de alcoholismo con graves consecuencias orgánicas, pero no orienta sobre las consecuencias del consumo excesivo o moderado de alcohol.

Por lo cual, la insistencia creciente en el alcoholismo como enfermedad ha producido aceptación general en la comunidad de que muchas de las consecuencias del abuso del alcohol no son problemas morales, sino más bien problemas médicos de conducta que requieren la atención de las profesiones sanitarias. Además es importante reconocer que nuestro punto de vista estereotipado del alcohol típico, es del alcohólico crónico desesperado cubierto de vómitos y excrementos, en casa y sin trabajo debe de ser abandonado. El llamado alcohólico que se arrastra constituye menos de 5% del número total de personas que sufren trastornos relacionados con el alcoholismo. En realidad uno de cada 6 a 7 pacientes sufren algún trastorno relacionado con el alcohol, en esencia, el " Poder de la

gente", implica que los pacientes esperan ahora ser tratados por problemas médicos psicológicos relacionados con el abuso del alcohol

La repercusión creciente en la naturaleza patológica - del alcoholismo ha dado lugar a la disponibilidad limitada pero - desde luego mayor, de fondos públicos para tratar a las personas - de ingresos bajos y a los indigentes que sufren abuso de alcohol. Además muchos planes sanitarios de grupo están empezando a ofrecer ahora cobertura parcial o total de terceras partes para el tratamiento de los trastornos relacionados con el alcohol. El subterfugio diagnóstico al llamar a estos trastornos " gastritis ", puede abandonarse ya, y debe ponerse la atención terapéutica en el meollo del asunto. Las consecuencias psicológicas y fisiológicas del abuso del alcohol. Los programas de rehabilitación diseñados especialmente para las necesidades de la industria fomentan la utilización adecuada de planes y beneficios de grupo. Ya no es aplicable el viejo adagio " los bebedores no pagan sus cuentas".

Aún cuando las fuerzas de poder del individuo, poder - legal y poder compasivo están ayudando a definir las áreas de responsabilidad en el tratamiento del paciente alcohólico, sigue siendo muy difícil que el médico conciba al alcohólico como enfermedad en el sentido clásico. Quizá una manera más realista de ver el -- problema sería quitar los terminales " ico e ismo " del alcohol y considerar la dependencia psicológica y física del alcohol como el problema más importante del abuso de sustancias que desafían a las profesiones médicas.

Así, puede darse consideración al alcoholismo como fármaco, al hombre que lo usa como al individuo que abusa de este fármaco y a la dinámica socio-psicofisiológica de la dependencia del alcohol. El concepto patológico del alcoholismo como se interpreta en la actualidad fomenta tanto al médico como al paciente para que enfoque totalmente el aspecto de enfermedad física e ignoren los psicossociales. Considerar que el abuso del alcohol es el problema más grave de farmacodependencia permitirá a todas las disciplinas considerar de manera crítica los diversos factores que intervienen en él.

Como los médicos toman la dependencia de alcohol desde un punto de vista médico de la conducta es esencial reexaminar los aspectos psicológicos y fisiológicos sobresalientes en la relación con el diagnóstico y tratamiento.

ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL ALCOHOLISMO

Aunque se han hecho muchos intentos para definir la personalidad del alcoholismo o incluso la personalidad alcohólica se consideran en general que estos intentos son inútiles. Si reconocemos que el etanol es una sustancia que altera la mente y es consumida por el simple hecho de hacerlo se podrá entonces de manifiesto la naturaleza funcional tanto del alcoholismo social como del alcoholismo por dependencia entre ambos hechos. Si asumimos de cualquier persona que toma alcohol está en peligro de abusar del mismo, sería imposible elaborar una psicopatología específica propia del alcoholismo. Hay sin embargo, ciertas características que a menudo padecen al uso y abuso del alcohol y son concomitantes y serán - - -

consecuencias del mismo. Estas características han sido bien definidas por Plan como dependencias, depresión y negación. Comprender estas características ayudará al médico a afrontar los aspectos -- emocionales del abuso del alcohol de su paciente.

Todos tenemos ciertas necesidades biológicas y psicológicas que crean dependencia. Cualquier persona es en cierto grado un individuo dependiente. De la manera y extensión con las cuales se satisfacen estas necesidades de la infancia a través de la adolescencia y la edad adulta, dependerán la forma en que se expresen estos deseos dependientes en la vida adulta. Cuando las necesidades no se cubren de manera satisfactoria, el individuo percibe rechazo. Es incapaz de expresar directamente sus necesidades de dependencia y se irrita primero contra sí mismo y todos estos fenómenos dan lugar a depresión. Para conservar su amor propio, el individuo utiliza el mecanismo de defensa de la negación de manera --- anormal. Muchas de estas personas abusan del alcohol con el fin - mitigar farmacológicamente el conflicto psicosocial producido por dependencia, depresión y negación. De manera paradójica, la elección del etanol complica el problema de las siguientes maneras:

- 1.- Puede aparecer dependencia tanto psicológica como física del alcohol etílico. Así, aumentan las necesidades de dependencia que suelen ser satisfechas de manera insuficiente por estas sustancias
- 2.- El alcohol es un depresor del S.N.C. Los acompañantes biológicos de la depresión, retención de sodio y aumento del sodio intra-

celular, son también resultado indirecto de la ingestión excesiva del alcohol. Así desde el punto de vista psicofisiológico, se excerva la depresión.

3.- La presión cultural para beber alcohol desde el punto de vista social seguida por el rechazo estigmático si el alcoholismo queda fuera del control, refuerza la negación como mecanismo para aliviar este rechazo. Como droga, por lo tanto, el alcohol es desde luego una mala elección.

Pero de todo lo anteriormente expuesto nos preguntaremos ¿ qué criterios deben de tomarse en cuenta para decir que un bebedor es alcohólico ?.

En relación con las clasificaciones cabe destacar que el alcohólico puede empezar a beber voluntariamente pero no puede dejarlo de hacer de la misma manera o sea, que se presenta un fenómeno compulsivo que obliga al paciente a seguir tomando día con día sin que pueda limitar esta ingestión por cuenta propia. Por otra parte, estos pacientes ya no beben por el placer de hacerlo, sino que para satisfacer una necesidad patológica.

Aquí cabe señalar que, en cierto modo, " uso social " y " uso tradicional " son términos equivalentes, porque después de todas las ceremonias religiosas en que se consume el alcohol son también actos sociales, y todo lo tradicional se perpetúa por la relación interpersonal. Las definiciones de alcoholismo consideran estas expresiones en la medida en que el alcohólico ingiere las bebidas alcohólicas en una mayor cantidad de lo que social y tradicionalmente se acep....#

ta en la comunidad a la que pertenecen.

El alcohol menos dañino es el etílico [de frutas]. Le siguen en orden perjudicial el propílico [de granos], el butílico [de tallos y hojas de plantas] y el metílico [tallos leñosos] - que es sumamente tóxico. El alcohol etílico es hepatotóxico en sí y la desnutrición solo actúa como coadyuvante de su acción.

Entre los alcoholes más usados se encuentran el etílico el metílico el propílico y el butílico. El menos dañino tanto a nivel físico es el alcohol etílico es decir derivado de frutas como por ejemplo vinos de mesa y cognac. Un segundo tipo de alcohol ya más perjudicial por su fórmula química es el propílico proveniente de la destilación de granos como son el whisky y el vodka. Un tercer tipo de alcohol, aún más nocivo, es el butílico, derivado de tallos y hojas de plantas como, por ejemplo, el aguardiente de caña, el tequila, el mezcal, el sake. Por último el metílico es un intenso tóxico general que produce atrofia del nervio óptico.

Esta diferencia entre la toxicidad de los distintos alcoholes puede explicar porqué en Europa, aunque el alcoholismo llegue a grados considerados, no causa todos los efectos negativos que provoca en nuestro medio. Por ejemplo, no es igualmente tóxico beber dos bebidas del mismo grado de titulación alcohólica, pero con distinto tipo de alcohol, supongamos cognac y tequila. Ver cuadro número 1.

Desgraciadamente, en nuestro medio, es muy elevado -

**Cuadro I. Investigación realizada sobre bebidas alcohólicas
expuestas para su venta al público.**

BEBIDAS	GRADUACION	ALCOHOLICA
Sidra	4.2 a	6.2 GL.
Corveza	Menos de	a 6.0
Pulque	3.5 a	6.0
Tequila	32.0 a	46.0
Mezcal	43.0 a	49.0
Brandy	38.0 a	40.0
Ginebra	40.0 a	50.0
Ron	38.0 a	40.0
Vodka	40.0 a	50.0
Whisky	43.0 a	43.5
Anis	38.0 a	40.0
Licoros	25.0 a	40.0
Vermouth	16.0	
Cognac	40.0	
Champagne	12.0	
Vinos de Mesa:		
Vino Blanco	10.0 a	12.5
Vino Rosado	10.5 a	12.0
Vino Tinto	11.0 a	12.0

el consumo del alcohol butílico y si acaso propílico y se consume muy poco el etílico porque es caro.

Se ha mencionado mucho la influencia que tiene la desnutrición sobre la producción de lesiones hepáticas debidas al alcoholismo. En realidad, se ha demostrado tanto experimental como clinicamente que el alcohol etílico es en sí el factor hepatotóxico. Si se hace sustitución isocalórica de carbohidratos de la dieta por alcohol etílico independientemente de la conservación de las cantidades absolutas de proteínas y grasas, el alcohol etílico ejerce acción nociva pudiendo producir desde hígado graso hasta hepatitis y cirrosis. Es un hecho que el factor hepatotóxico es el alcohol etílico y que la desnutrición actúa como coadyuvante de su acción.

La adicción del alcohol suele iniciarse entre los 20 y 30 años de edad, pero se encuentran actitudes de obriedad desde los 14 años, y es más frecuente en el hombre que en la mujer. Aunque se conocen muchos factores precipitantes del alcoholismo ninguno puede considerarse factor único para su desencadenamiento.

Pasando ahora a los factores del huésped, veamos si hay diferencia de frecuencia de alcoholismo en relación a los distintos grupos de edad.

En nuestro medio el problema de adicción al alcohol se produce entre los 20 y 40 años de edad.

El medio puede en cierta forma facilitar la presentación de éste tipo de problemas a más temprana edad.

El hecho de que, en el medio rural, la regulación en cuanto a la ingestión de bebidas etílicas sea muy limitada o nula, permite que constituya un elemento contaminante, ya que las generaciones más jóvenes toman a muy temprana edad con el uso del alcohol, de manera que, con frecuencia, se encuentran conductas de ebriedad en sujetos de los 14 años.

Aunque no contamos con datos estadísticos en nuestro medio, es claro que el problema es mucho más significativo en el hombre que en la mujer. En Estados Unidos, la proporción es de cinco hombres para una mujer, en Gran Bretaña de 2 a 1 y en Escandinavia de 23 a 1. Estas diferencias tan importantes entre un país y otro se han atribuido a factores sociales respecto a la condición que ocupa la mujer en estas diferentes sociedades, unidos a otros tipos de factores.

Esto significa que la diferencia de distribución del padecimiento entre hombres y mujeres se debe básicamente a factores sociales y culturales y que el sexo en sí no tiene influencia directa como factor biológico en la distribución del padecimiento. Es interesante observar que en nuestro País, está aumentando el número de mujeres alcohólicas en relación al número de varones.

En lo que se refiere a la etiología o a los factores causales del alcoholismo, se ha visto, con base a una larga serie de investigaciones efectuadas con todo rigor en diferentes campos de la fisiología que, por lo menos, por ahora no se dispone de pruebas de un factor único sea capaz de desarrollar el alcoholismo, y que todo

defectos genérico, fisiológico, metabólico y nutricional necesita de otros factores como los psicopatológicos o los socioculturales para adquirir importancia como precipitante del alcoholismo. Así pues, no existe una causa única que pueda considerarse como etiología del alcoholismo. El Dr. Plot indicó que los individuos que mayores probabilidades tienen tres peculiaridades siguientes: responden a las bebidas alcohólicas en una persona de medio sociocultural más bajo con pocas posibilidades económicas.

En cuanto a la relación que guarda el estado nutricional previo con el desarrollo del alcoholismo cabe señalar que con base en estudios, se ha demostrado que no existe relación directa pero sin embargo, es sabido que mientras menor sea el estado nutricional mayor la labilidad para lesiones orgánicas, de manera que el sujeto tiene menos capacidad para resistir la acción nociva del alcohol.

En lo que respecta al ausentismo laboral que provoca y sus repercusiones sobre la familia y la productividad general del país - el alcoholismo implica una pérdida muy importante. En los países en que el consumo moderado del alcohol es aceptado como parte de la estructura sociocultural, el alcoholismo es mucho menos frecuente.

En nuestro país el alcoholismo implica una pérdida económica tremenda por tres factores fundamentales. El primero es el ausentismo del medio laboral, que daña a la empresa en cuanto a horas de trabajo perdidas, y al trabajador mismo en cuanto a la disminución de su productividad. El 2o. nivel es la familia, cuya economía ---

se reciente de la disminución de ingresos del trabajador. Y, en -- tercer lugar, se afecta el nivel sacionacional al bajar la producti- vidad general del país. Esto se puede ejemplificar con algunos es- tudios realizados hace 7 u 8 años por el I.M.S.S., en relación a los enfermos asegurados. Se constató que en sólo 15 días se perdían -- 160.000 horas de trabajo, lo que constituyó una enorme pérdida eco- nómica tanto para el paciente y su familia como para la empresa del país.

Veamos ahora cuales son los factores ambientales que in- fluyen sobre la frecuencia del alcoholismo.

Es evidente que los factores climatológicos y geográficos no guardan relación con este problema.

Donde se observa una diferencia patente entre la pobla- ción del medio rural y del medio urbano. El primero está constitui- do por una clase de condición socioeconómica muy deficiente y evi- dente, lo que se gasta en alcohol hace falta para la alimentación, lo que repercute en el estado nutricional de las personas y en su - menor resistencia orgánica al efecto tóxico del alcohol. Otro as- pecto es que en el medio rural es muy común encontrar que en deter- minados grupos se ingiere bebidas alcohólicas en todo momento y en todo lugar a diferencia del medio urbano donde existe verdadera re- gulación que permite este tipo de conductas libremente.

Existen factores culturales importantes que determinan - el tipo de alcoholismo. Por ejemplo, en Francia, la producción de bebidas alcohólicas es importante y forma parte de la economía nacio-

nal. Este tipo de cultura tiene marcada tolerancia para la ingestión de bebidas alcohólicas, al grado de que algunos grupos los consumen durante horas de trabajo, y es la bebida habitual en las comidas. Sin embargo esta libertad en el consumo del alcohol no produce verdaderas conductas de ebriedad sino más bien crea una tendencia a una intoxicación prolongada que a la larga tiene graves repercusiones para la salud.

En relación a los aspectos socioculturales del alcoholismo destacan estudios muy interesantes, en 1972 que llevaron a la conclusión de que los grupos sociales que tienen un menor número de alcohólicos tienen las siguientes características:.

- a).- Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, al contrario de los que podía pensarse, pero siempre diluidas o muy diluidas y dentro de un grupo familiar generalmente muy unido, que además ingiere estas bebidas alcohólicas en muy poca cantidad.
- b).- Habitualmente, las bebidas que más se consumen tienen muy poco -- componente alcohólico.
- c).- Estas bebidas se consideran como alimentos y se consumen en el -- curso de las comidas.
- d).- En estas familias y en estos grupos culturales, los padres siempre son ejemplos de consumo moderado de bebidas alcohólicas.
- e).- No se les dá a las bebidas alcohólicas ningún valor subjetivo por ejemplo, el ingerirlas no se considera virtuoso ni vergonzoso, ni prueba de que el bebedor sea más viril.
- f).- La abstinencia es una actitud socialmente aceptada y nadie se queja de otro ni lo agrede porque no ingiere bebidas alcohólicas.

g).- En cambio, no es socialmente aceptable el exceso de beber que conduce a la intoxicación, es decir, al estado de embriaguez y no se considera una cosa agradable para el consumidor.

h).- Finalmente existe acuerdo respecto a lo que puede llamar una actitud responsable ante las bebidas alcohólicas. Se ha visto que estos elementos se encuentran en un porcentaje mucho más elevado en los países o grupos humanos que tienen los más bajos índices de alcoholismo, como por ejemplo las comunidades chinas y judías de las grandes ciudades de los Estados Unidos.

En cuanto a la posibilidad de que la publicidad de bebidas alcohólicas contribuyen al origen del proceso, cabe señalar que este asunto se ha investigado ampliamente no encontrándose pruebas concluyentes de que este tipo de publicidad tenga una influencia directa en el inicio del proceso del alcoholismo en un sujeto determinado, pero que es indudable que una vez que una persona ha empezado a beber bebidas alcohólicas ésta costumbre se ve reforzada en el medio publicitario, sobre todo a niveles de televisión, radio, revistas y demás. Por otra parte, en estos medios publicitarios de ingestión de bebidas alcohólicas se presenta con tal naturalidad y frecuencia que los niños llegan a aceptarlo como si fuera una actitud socialmente aceptable y parte de la vida cotidiana. Esto por supuesto influye notablemente en el sostenimiento de las altas tasas de ingestión de bebidas alcohólicas.

ALTERACIONES FISIOLÓGICAS

Veamos ahora que influencia nociva ejerce el alcohol en el aparato digestivo.

El alcoholismo afecta los diferentes órganos del aparato digestivo (esofagitis, gastritis, deficiente absorción intestinal pancreatitis, hepatitis y cirrosis hepática, esta última en el 10% de los alcohólicos crónicos); también provoca miocarditis, miopatías, neuropatías y otras alteraciones. Los cuadros crónicos frecuentemente se acompañan de deshidratación, avitaminosis y desnutrición que provocan estado de angustia, excitación e insomnio.

Sus efectos se manifiestan fundamentalmente en el estómago, esófago, intestino delgado, páncreas e hígado. En relación - al estómago y esófago, cabe considerar en primer lugar el llamado - Síndrome de Mallory Weiss en donde el vómito repetido, frecuente después de la ingestión de alcohol puede ocasionar lesiones de la - mucosa esofágica que puede llegar a la lesión con hemorragia profusa o incluso perforación. En el estómago, el alcohol causa en forma - gastritis congestiva y erosiva a veces con formación de úlceras agudas y da lugar también a hemorragias profusas. Ingerido en forma - crónica, el alcohol con cierta frecuencia provoca gastritis crónica ya sea de tipo hipertrofico. No se conoce bien el efecto del alcohol sobre el intestino delgado pero es muy probable que afecte en - cierta forma las vellosidades intestinales ya que es bien conocido que el alcohol interfiere con la absorción de distintas sustancias fundamentalmente de los folatos. La ingestión immoderada del alcohol es una causa que es ...

conocida de pancreatitis aguda que puede llevar al desarrollo de un cuadro de pancreatitis crónica recidivante. En el hígado es quizá - donde se ha estudiado mejor los efectos del alcohol. Estudios realizados en Nueva York por el Dr. Lieber en monos, han demostrado en forma experimental que la ingestión crónica de alcohol es capaz de producir la secuencia de hígado graso, hepatitis alcohólica aguda y cirrosis hepática. La frecuencia con que los humanos o los animales de - experimentación desarrollan cada una de las lesiones depende de la - cronicidad de la ingestión de alcohol.

En clínica se observa que aproximadamente que el 10% de los alcohólicos crónicos con alcoholismo intenso desarrolla cirrosis hepática, aunque no se conocen las razones de susceptibilidad al padecimiento.

Las cantidades ingeridas de alcohol guardan relación íntima con la capacidad del hígado para metabolizar el etanol. La capacidad máxima de metabolismo es de 160 gramos de etanol puro en 24 hrs de modo que una ingestión de menor de 80 a 160 gramos es potencialmente peligrosa y la de más de 160 es definitivamente nociva. En este - último grupo el 10% de los alcohólicos desarrollan cirrosis hepática.

ACCION PERJUDICIAL DEL ALCOHOL SOBRE OTROS ORGANOS

De hecho el alcohol es nocivo para la mayor parte de los aparatos y sistemas; sin embargo, generalmente los más afectados son el músculo cardíaco, el músculo estriado y el sistema nervioso central

Se desconoce la frecuencia de miocarditis alcohólica en México, pero en Estados Unidos la ingestión inmoderada de alcohol es

la causa más frecuente de este padecimiento.

En cuanto a su acción sobre el músculo estriado, conviene mencionar la frecuencia con que observan miopatías alcohólicas - en nuestro medio. Sobre todo el sistema nervioso central, el consumo moderado de alcohol produce síndromes neurológicos y psiquiátricos y afecta los nervios periféricos dando origen a la neuropatía alcohólica.

El alcohol también es dañino a los órganos del sistema nervioso central y hematopoyético, ya que tiene acción directa o indirecta sobre la médula ósea y sobre las plaquetas facilitando su destrucción.

Es importante señalar que el alcohol siempre es un depresor del sistema nervioso central y que su acción es semejante a la de los anestésicos: de hecho es un anestésico en dosis muy tóxicas. Es importante saber que la conducta del que está ingiriendo el alcohol nunca es de excitación, sino, lo que sucede es que los primeros centros del sistema nervioso que se deprimen son justamente los encargados de controlar la conducta volitiva, el juicio, el pensamiento lógico y otras y al deprimirse, cesa la inhibición que esos centros ejercen sobre otras manifestaciones conductuales más primitivas, quedando estas liberadas. Así el sujeto parece estar exitado chispeado, como dice la gente, pero aunque parezca extraño, lo que ocurre en realidad es que está deprimido.

CUADRO CLINICO

El alcoholismo conduce a una serie de síntomas de los cuales se pueden elaborar síndromes que repercuten directamente sobre el estado físico y psicológico del paciente y producen alteraciones psiquiátricas. Desde el punto de vista físico, las alteraciones más frecuentes son neuropatías periféricas, gastritis alcohólicas, deshidratación, avitaminosis y desnutrición que suelen acompañar a los períodos crónicos de alcoholismo. Esto repercute en el estado emocional del paciente provocándole principalmente estados de angustia, de excitación psicomotriz e insomnio. Más adelante, el paciente empieza a presentar alteraciones psiquiátricas siendo las más frecuentes la confusión mental, estados alucinatorios, muchos tipo visual y auditivo, estados delirantes agudos e incluso a veces cuadros convulsivos como respuesta a intoxicación etílica.

Existen varios tipos de psicosis alcohólicas:

- 1.- Delirium Tremens (confusión mental, excitación psicomotriz, temblores y alucinaciones, todas de gran intensidad).
- 2.- Psicosis de Korsakov (deterioro progresivo de las funciones intelectuales que pueden llegar a la demencia).
- 3.- Psicosis alucinatoria (alteraciones en todas las funciones mentales).
- 4.- Delirio de celos.
- 5.- Alusinosia alcohólica.

Delirium Tremens: Este se ha enfocado desde diferentes puntos de vista. Por ejemplo los norteamericanos hacen diagnóstico de

delirium tremens simplemente con la aparición de alucinaciones. En nuestro medio, para llegar a éste diagnóstico, se necesita un cuadro más intonso y más grave en el que aparezcan confusión mental muy acentuada, excitación psicomotriz, temblores importantes, estado alucinatorio severo amenazante y terrorífico para el paciente, frecuentemente constituido por zoopsias o sea alucinaciones primordialmente de tipo visual y en ocasiones crisis convulsivas.

Se trata de un cuadro grave que puede presentarse durante el cuadro de abstinencia o cuando el alcoholismo crónico se suma a algún padecimiento intercurrente como infecciones o intoxicaciones agrogadas, como por ejemplo, por marihuana, barbitúricos o anfetaminas.

Psicosis de Korsakov. Se trata de un síndrome que no es exclusivo de los paciente alcohólicos y puede aparecer en otras entidades patológicas como accidentes vasculares cerebrales o traumatismos. Se caracteriza fundamentalmente por el deterioro de las funciones intelectuales principalmente trastornos de memoria que el paciente trata de compensar con ideas fabuladas, alteraciones de la afectividad, desorientación en tiempo y espacio.

Se trata de un estado progresivo que deteriora lentamente al individuo que llegue a un estado demencial.

Psicosis alucinatoria alcohólica. Como su nombre lo indica las psicosis alucinatorias alcohólicas son un cuadro caracterizado por alteraciones en todas las funciones mentales, desde la capacidad de atención, comprensión y orientación, hasta que el paciente llegue a un desconocimiento absoluto de la realidad con confusión respecto a todo lo que lo rodea.

Estas tres psicosis graves: la de Korsakov, alucinatoria y el delirium tremens, se acompañan de graves ataques al estado general y se asocian con frecuencia a otras series de problemas de tipo tóxico o infeccioso que con frecuencia ponen en peligro la vida del paciente.

Delirio de celos y alucinosis alcohólica: Una de las características fundamentales de la alucinosis alcohólica es un predominio de las alucinaciones de tipo auditivo que en algún momento puede ser gratificante pero en otros territorios, terroríficas acusadoras y frecuentemente están relacionadas en cierto grado de conciencia del enfermo para identificación y relación con este cuadro y sus ingestiones alcohólicas.

En cuanto al delirio de celos, suele representar un grave peligro, particularmente en las etapas en que se ha sistematizado totalmente, ya que el paciente relaciona cada uno de los actos de las personas que lo rodean en particular de su esposa con aspecto de infidelidad lo que no raras veces lo lleva a cometer homicidios.

Otro cuadro que conviene señalar es el estado de embriaguez patológica que se caracteriza por un estado de franca desorganización de la conducta del sujeto con recuperación ulterior, en la que prevalece amnesia total o parcial para los acontecimientos de confrontación con graves violaciones dentro de los derechos de la FAMILIA y con circunstancias que con frecuencia lo han confrontado con la policía.

El cuadro clínico del alcoholismo se divide claramente -

en tres grandes grupos: Primero el de alcoholización aguda en sujeto que es alcohólico conocido; segundo el del alcoholismo crónico, con o sin complicaciones orgánicas; y el tercero el de los síndromos de abstinencia.

Es interesante señalar en el período agudo, el comportamiento de los alcohólicos es bastante similar, y que lo mismo sucede en los períodos más crónicos del alcoholismo, cuando casi todos los afectados se vuelven un poco paranoicos y muy celotípicos y, además sufren un derrumbe orgánico similar con trastornos gastrointestinales cutáneos y otros.

También, al principio los cuadros de alcoholismo de la intoxicación alcohólica son similares en todos los individuos desde el punto de vista físico. En cambio, durante los períodos intermedios la conducta suele ser muy variable de un individuo a otro.

El cuadro de intoxicación aguda se subdivide en un período inicial, a veces llamado de hipomanía nerviosa y otro sensorio-motor, que puede llegar más adelante a la parálisis alcohólica debida a estados de depresión muy intensa de los centros respiratorios.

Los alcohólicos que señalan sufrir lagunas mentales, --- ejemplifican perfectamente el concepto de la embriagéz patológica . El paciente no se acuerda de lo que hizo en un momento determinado, y desgraciadamente, estos períodos de lagunas mentales casi siempre cursan con gran agresividad y destructividad de las cuales el paciente

no es reponsable en ese momento. También es importante señalar que es tos períodos de embriaguez patológica no solo se presentan en el pa- ciente alcohólico sino que los puede sufrir cualquier persona que tome grandes o pequeñas cantidades de alcohol, pero cuyo funcionamiento ce- bral es deficiente, sobre todo a nivel del lóbulo temporal, en eso mo- mento se estimula (descarga) cayendo prácticamente en el paciente en un episodio de automatismo psicomotor.

El estado de intoxicación, ya sea agudo o crónica que se - observa en un momento dado también depende tanto de la condición pato- lógica del sujeto como de la cantidad y frecuencia con que ingiere be- bidas alcohólicas. Ante un estado de inconciencia deben de tomarse en cuenta diferentes factores.

En lo que se refiere a las repercusiones familiares y socia- les del alcoholismo constituyen un fenómeno que desgraciadamente obsor- vamos todos los días. El alcohol es una especie de disolvente de la - familia. Desgraciadamente, emplear ese tipo de términos en las campa- ñas o asustar a la gente con términos desastrosos que las bebidas alco- hólicas pueden tener sobre las familias es bastante inútil. Las perso- nas parecen más sensibles a las campañas centradas en los efectos que el alcohol tiene sobre su organismo.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico del alcoholismo es de los más difíciles de hacer, pero muchos autores refieren que debemos encontrar los siguien- tes datos: velocidad de consumo, frecuencia de episodios, alcoholiza- ción aguda, efectos de los estados de ebriedad sobre el paciente y su familia, etc. Cabe señalar como se indico unas líneas arriba que es - muy difícil el diagnóstico.

Creo conveniente agregar que, muchas veces, pacientes aparentemente alcohólicos por la modalidad que tienen de tomar, cuando se someten a un estudio clínico minucioso revelan ser esquizofrénicos, obsesivos compulsivos, con presencia de alteraciones cerebrales orgánicas en quienes el alcoholismo sólo representa un acompañante o un síntoma adicional de la enfermedad de fondo. Con frecuencia, estos pacientes se han tratado con alcohólicos durante varios años con resultados completamente negativos.

PREVENCIÓN.

La prevención primaria del alcoholismo corresponde al campo de la salud mental. En la secundaria, la de detección temprana de los casos se logra por campañas de prevención y con un cuidadoso criterio clínico y el tratamiento, tanto de hábito de consumir alcohol como de sus complicaciones, se basa en la combinación de fármacos y psicoterapia.

Si enfocamos ahora nuestra atención a la prevención del alcoholismo, vemos que debemos pensar en los mismos términos que cuando hablamos de otras entidades patológicas y médicas, y que también en este momento puede hacerse prevención primaria, secundaria y terciaria.

Aunque es difícil valorar la prevención primaria, es evidente que el tratar de evitar la aparición de mayores casos corresponde al campo de la salud mental. Todas las medidas que promueven la salud mental y tienden a preservarlas de alguna manera constituirán medidas primarias contra el alcoholismo y las demás farmacodependencias.

Este tipo de prevención de preferencia debe realizarse en los centros de salud mental comunitaria y en las instituciones que -- tengan en sus servicios médicos psiquiatras, psicólogos sociales y antropólogos sociales, ya que este es un problema médico-social que implica la inferencia de muchas disciplinas. Como se ha comprobado en algunos países nórdicos, esta prevención puede llevarse a cabo y tiene éxito.

De acuerdo a la prevención secundaria; en nuestro medio - la mayor parte de los alcohólicos inician su hábito entre los 20 y 30 años de edad. Esto, está dando una pauta respecto a que un conglomerado de personas deben de dirigirse a las campañas de prevención. -- Por otra parte, para poder afirmar que una persona empieza a ser alcohólico podemos basarnos en pautas de tipo clínico: por ejemplo, cuando el paciente o sus familiares observan que es difícil que proceda de las bebidas alcohólicas, que necesita diariamente los actos de su vida social o de trabajo deben acompañarse de la ingestión del alcohol cuando el paciente siente la necesidad compulsiva de ingerir una copa y cuando al mismo tiempo, se está viendo cierto deterioro, por ejemplo en los cuidados físicos y en el aseo del paciente como consecuencia - de la ingestión del alcohol. Además otra consecuencia es que empieza a fallar en su trabajo y a ser irresponsable en la contribución económicas a su hogar, surgen desajustes conyugales, que van desde simples discusiones hasta desarmonía conyugal franca. Todos estos datos señalan que esta iniciando una etapa franca de enfermedad alcohólica y es en ese momento en que es oportuno iniciar un tratamiento integral. - Además, la experiencia científica clínica demuestra que mientras más avanza el paciente#

en los grados de alcoholismo, más difícil es llegar a resultados satisfactorios por más que se apliquen todos los esfuerzos médicos.

TRATAMIENTO.

El tratamiento del alcohólico corresponde a un equipo multidisciplinario que incluye básicamente a la familia. La rehabilitación se orienta a luchar contra el hábito mismo y a evitar los factores que lo refuerzan, para ello, son útiles la psicoterapia de grupo y familiar, y la reacomodación del enfermo en su medio laboral.

En principio, la atención del paciente alcohólico corresponde a un equipo multidisciplinario constituido por psiquiatras, psicólogos, médicos internistas, enfermeras de salud pública, y -- como base al Médico Familiar y Familia, de tal manera que en un momento dado pueda atender los diversos aspectos técnicos que implica la atención del enfermo. En este grupo, es necesario considerar a la familia para que ayude a realizar todos los esfuerzos, de manera a ocuparse del enfermo, teniendo en cuenta que está afectado por una verdadera enfermedad susceptible de curación y rehabilitación.

El equipo multidisciplinario podrá entrar en la comunidad y hacer difusión sobre todos aquellos aspectos que en un momento dado favorecen al alcoholismo, también realizar funciones de inspección y derivación a los servicios especializados. Estos servicios especializados son de varios tipos, hay hospitales de tipo psiquiátrico donde siempre se han atendido los problemas de alcoholismo a nivel del internamiento y hospitalización.²

Pero actualmente, siendo el alcoholismo una enfermedad que repercute de manera tan importante en la salud física, los hospitales generales ya participan en el tratamiento de estos enfermos -- proporcionándoles atención de diversos especialistas.

La rehabilitación terciaria se orienta a dos áreas fundamentales, luchar contra el hábito mismo y evitar todos los factores socioculturales que actúan como reforzantes del alcoholismo o favorecen la reincidencia del hábito. En este tercer nivel de prevención del alcoholismo, es muy importante la psicoterapia de la familia que, hemos visto resulta dañada, en su funcionamiento y en su dinámica, en su economía y en su condición social, ya que se crean conflictos, a veces relativamente benignos pero en otras ocasiones llevan a la desorganización total del núcleo familiar.

Otros aspectos de la rehabilitación es evitar el esfuerzo negativo sobre el alcohólico que constituye la serie de estímulos adversos sobre su nivel socioeconómico, por ello es muy importante el reacomodo del alcohólico controlado en medios laborales, sobre todo si se tiene en cuenta que es precisamente en el grupo de 20 a 30 años de edad en que hay mayor alcoholismo y los más productivos en la sociedad.

Es evidente que se realizan esfuerzos para crear trabajos o condiciones laborales positivas para el alcohólico, pero en realidad es bien sabido que, aunque se habla de que hay que ayudar al alcohólico lo mismo que al delincuente, en el momento en que uno de ellos se presenta a solicitar trabajo, siempre le piden unto--

cedentes penales y, en ambos casos, existe una actitud de franco rechazo. Así, en ambos tipos de trastornos socialesm, la rehabilitación se ve muy afectada.

En Estados Unidos de Norteamérica está funcionando un complejo mecanismo de rehabilitación que consiste en conseguir trabajos con la advertencia de que el sujeto en cuestión es o fué alcohólico y que puede volver a serlo, necesitándose así una actitud menos rígida. En nuestro medio, todos los contratos de -- trabajo existentes, incluso los de las secretarías de estado proveen que el sujeto alcohólico puede perder su trabajo sin que el mismo sindicato pueda defenderlo.

Existen actualmente campos de readaptación de alcohólicos de la ciudad y llevarlos al campo, sosteniéndose mediante donativos.

El Código Sanitario, señala que deben llevarse a cabo campañas contra el alcoholismo. Al Médico Familiar corresponde descubrir al paciente alcohólico, además debe participar en el programa contra el alcoholismo. Tanto Alcohólicos Anónimos como Alcohólicos Rehabilitados son organizaciones dedicadas a la rehabilitación del alcohólico.

El Código Sanitario en el Artículo 3, señala que, por disposición legal las campañas contra el alcoholismo corren a cargo de la Secretaría de Salud por medio de la Dirección General de Salud Mental. Sin embargo, cabe señalar que mientras no se disponga

de recursos suficientes, es imposible realizar una campaña a nivel nacional.

Por otra parte, el Artículo 248 del propio Código Sanitario da indicaciones similares, aunque desgraciadamente sean difíciles de llevarlas a cabo debido a falta de recursos.

Si bien estos artículos del Código Sanitario resultan un tanto anacrónicos en lo que se refiere a la forma en que están expuestos, son suficientemente técnicos como para permitir una visión completa en torno al problema del alcoholismo en México. El Artículo 248, señala las formas en que las campañas deben de llevarse a cabo. Claro está que el término campaña no es muy -- conveniente porque dá la idea de una acción que principia y termina, y el programa del alcohólico es un esfuerzo permanente.

El Médico Familiar quien suele establecer el primer contacto con el paciente alcohólico y de ahí, su responsabilidad de prestarle la atención que necesite, sobre todo cuando acude a él alguna etapa de intoxicación o por algunas complicaciones del alcoholismo.

Desde el momento en que el Médico Familiar toma contacto con el alcohólico, debe aceptarlo con una actitud muy abierta. Desgraciadamente, algunos médicos no quieren tratar al alcohólico presuponiendo que es un vicioso y un irresponsable que no merece la ayuda que le puede dar. En el momento en que algunos médicos de todas las especialidades cambien esta actitud de rechazo por una aceptación y trate al alcohólico como cualquier otro enfermo, le

podrá prestar la atención médica adecuada que requiera. Una vez - sobrepasada esta etapa de tratamiento del cuadro de intoxicación aguda y de su complicación; el Médico Familiar debe de referir al enfermo a un psiquiatra quien se hará cargo de los cuadros psicóticos que también son agudos, y además del tratamiento del hábito de tomar. Desgraciadamente el país cuenta con muy pocos especialistas psiquiatras, de ahí la necesidad de que corresponda al Médico General hacerse cargo de estos casos.

El Médico Familiar debe además participar en el programa contra el alcoholismo por la importancia que tiene éste en los aspectos médico-comunitarios.

En resumen, se le debe de pedir al Médico Familiar, - que actúe en torno a la educación higiénica para la salud, explicándole los efectos del alcohol sobre el organismo, y esto con la verdad científica y toda objetividad, sin alarmismos ni exageraciones que no conducen a nada bueno.

EL ESTUDIO DE LA FAMILIA

Introducción.

De todos los grupos sociales, la familia es probablemente el más controvertido. Hablando en sentido metafórico, la familia ha sido pesada, medida y cuantificada por sociólogos y economistas; ha sido fragmentada y analizada microscópicamente por el antropólogo; ha sido idealizada y romantizada por clérigos y poetas y no es hasta épocas recientes, cuando la ciencia médica se propone estudiarla desde su muy particular punto de vista.

El interés de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia, se debe, en gran medida, al enfoque ecológico del proceso Salud-Enfermedad. Con este enfoque, el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobra interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se general en la propia familia y afectan en una u otra forma a la salud del individuo.

Según lo anterior, el ambiente familiar convierte en un medio que influye en alguna forma sobre el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, fenómeno que ha sido observado a través del tiempo y en los diferentes grupos sociales y culturales.

A raíz que se precisó que la familia afecta la salud de los individuos y con ello a la sociedad, la ciencia médica la re-- toma como objeto de estudio. De ahí que el personal de salud en -

general, y el médico familiar en particular, enfrenten ahora el problema de tener que modificar un modelo de atención basado en un enfoque biológico en otro tipo de integrador en el que se considera al individuo como unidad biopsicosocial.

Definición de la Familia.

Familia, es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que, simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones - que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época.

No obstante que la agrupación de los seres humanos con fines de convivencia y reproducción son tan antiguas como la especie, - no es hasta 1861 cuando Bachofen inicia el estudio científico de la familia y, con ello, un intento de aclarar su historia, definirla y tipificarla a través del tiempo.

La palabra familia proviene de la raíz latina famulus que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados de un solo hombre. En la estructura familiar original romana, la familia era regida por el pater, quien condensaba todos los poderes incluidos el de la vida y la muerte, no sólo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos.

Al paso del tiempo, con la evolución que ha experimentado el grupofamiliar y conforme a diferentes enfoques científicos, ha ido surgiendo diferentes definiciones, cada una de las cuales -----

tiene diferentes niveles de aplicación. Así por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud señala que, por familia se entiende - " A los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grupo determinado, por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial "

Esta definición está orientada fundamentalmente hacia cierto tipo de estudios demográficos y epidemiológicos. Los censos estadounidenses y canadienses definen a la familia con un enfoque similar.

El Diccionario de la Lengua Española, señala que, por familia, se debe entender " Al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje ". En esta definición en la cual están reunidas tres acepciones de lo que se debe entender por familia, se esboza ya una cierta jerarquía y distribución del poder dentro del seno familiar.

Ackerman, al referirse a la familia, la define como --- " La unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud" Minuchin la define como " El grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero - de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con gru-

pos extrafamiliares.

Con lo antes señalado, se deduce que las corrientes que más han contribuido a definir y caracterizar a la familia son las socioantropológicas, el psicoanálisis y la psicosociología. Según estas corrientes se pueden distinguir dos puntos de vista diferentes. Uno de ellos podría denominarse " macrosociológico ", y es el que estudia la familia tomando como referencia a la sociedad de manera global. Comparten este punto de vista la mayoría de los antropólogos clásicos como: Morgan, Taylor, Bachofen y Mehn, entre otros y Freud desde el punto de vista propiamente sociológico y Engels bajo perspectiva del materialismo histórico. El otro punto de vista llamado " microsociológico ", que en términos generales se han desarrollado en el seno de la antropología social Británica, sobre todo tras los trabajos de Malinowsky, se refiere básicamente al análisis de hábitos y costumbres familiares en el seno de un mismo grupo social. Aquí también podría incluirse algunos estudios efectuados en el nuevo mundo por cronistas españoles del siglo XVI y que constituyen una aportación temprana y excepcional, ya propiamente de tipo que incluyen a la familia.

Lo hasta aquí señalado sirve como marco de referencia para ayudar a la Medicina Familiar a conceptualizar y definir mejor al grupo llamado familia. Intentar una nueva definición no es fácil y resulta un tanto artificial, ya que no pudiera ser muy aplicativa en un contexto determinado. Aún con estas restricciones consideramos que a los médicos familiares nos es de gran ayuda contar con un concepto básico de nuestro objeto de estudio, y con este propósito podemos definir a la familia como " Un grupo social pri#

mario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúa y conviven en forma más o menos permanente y que, en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar.

El estudio de la dinámica familiar es otro elemento teórico indispensable para el Médico Familiar.

Según Jackson " La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciéndolo que ésta funcione bien o mal como unidad. Chagoya agrega que la dinámica familiar normal ", es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás ".

El estudio de la dinámica familiar desde el punto de vista de los sistemas nos permite comprender que la familia es mucho más que la suma de las partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí, producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. Este enfoque también permite definir las diferentes alianzas o subsistemas que se dan en todo tipo de familia, y que el médico familiar debe conocer ya que puede influir en el éxito o en el fracaso de la terapéutica.

En otros estudios sobre la familia realizados en el Instituto de Investigación mental de Palo Alto, realizan la interacción

familia para verificar si esa interacción tiene relación y qué tipo de relación, con la psicopatología o la conducta desviada de uno u otro o más miembros de la familia.

De manera que los síntomas, las defensas, la estructura del carácter y la personalidad pueden ser considerados como términos que describen las interacciones típicas del individuo que se producen como respuesta a un contexto interpersonal determinado.

Problemas del Estudio de la Familia.

Partiendo de esta concepción interaccionista comenzamos a trabajar (cómo lo hicieron otro centro de estudio de la familia), estudiando familias que tenían un miembro esquizofrénico para ver si había algo común en estas familias con miembros delincuentes, alcohólicos o neuróticos o con trastornos psicosomáticos.

Aunque en nuestro enfoque original, la evaluación de la influencia familiar sobre el paciente individual proporcionó muchos conceptos institucionales y observacionales, útiles; presentó también dificultades peculiares y falacias potenciales. Ya es bastante difícil el estudio del proceso familiar por sí; el intento de descubrir los orígenes de la patología convierte inevitablemente en una parte de adivinación y otra de adivinación.

Problemas Teóricos.

Al investigar las relaciones individuales unívocas entre un proceso familiar dado y una respuesta individual característica hay que tener en cuenta que:

1.- La misma conducta puede derivar en personas distintas de causas interaccionales muy diferentes. De modo que de acuerdo con el principio de equifinalidad, causas diferentes, pueden producir resultados similares; por ejemplo dos conjuntos diferentes de reacciones a familiares pueden producir un niño que roba.

2.- La conducta sobre una determinación múltiple. Un niño está expuesto a un vasto número de contextos de aprendizaje, todos los cuales contribuyen a moldear la conducta.

3.- La tensión provocada por presiones exteriores sobre la familia puede exacerbar procesos familiares destructores del desarrollo del niño. En realidad, la tensión PUEDE alterar al punto los procesos familiares que pueden producir un efecto " de bola de nieve " , aún después de haber desaparecido las circunstancias que la produjeron.

4.- Pueden estar presentes algunas variables que atenúan los efectos de un proceso familiar destructivo. Por ejemplo, un niño, debido a circunstancias felices puede escapar a la familia, lo bastante a menudo como para formar una relación protectora con una maestra. Otro niño en cambio tal vez no dispone de esa oportunidad.

5.- Es posible que sean importantes los llamados factores constitucionales, aunque no podamos evaluar independientemente a esos factores con los métodos actuales.

Los más importantes, sin embargo, es no olvidar que es

fundamentalmente precario el empleo del síntoma como punto de partida para investigar la interacción familiar.

Cuando se utiliza al síntoma como punto de partida, el problema se complica aún más por el hecho de que la nosología psiquiátrica, el sistema para rotular las desviaciones no sólo está orientado hacia el individuo sino que a menudo es idiosincrático y no está claramente vinculada con la conducta observada.

Por otro lado el avance de la epidemiología en este siglo ha demostrado que muchas de las enfermedades prevalecen en el mundo actual están asociadas con estructuras sociales determinadas y con el comportamiento individual. Una de las consecuencias de la consideración del proceso de la salud y la enfermedad dentro del conjunto de instrucciones y normas del sistema social, ha sido la creación de servicios de atención cada vez más humanos y satisfactorios tanto para los pacientes como para quienes brindan atención de salud.

En el nivel de atención primaria se ha comprobado que con frecuencia los síntomas orgánicos se encuentran confundidos con situaciones conflictivas del tipo social, económico o emocional. Una variedad de estudios ha documentado la alta prevalencia de problemas psicosociales entre los pacientes que reciben atención a este nivel. Este grupo presenta una tasa de consulta más alta que otras, así, como mayor frecuencia de diagnósticos mal definidos. En estudios realizados en Santiago de Chile, se ha encontrado, por ejemplo, que entre 14 y 19% del total de consultas médicas generales en la población adulta correspondía al área de salud mental.

Durante muchos años el interés prioritario en salud se concentraba en la prolongación de la vida y las consideraciones psicosociales de la persona enferma quedaban en un plano secundario. En la Conferencia Internacional sobre atención primaria de Salud celebrada en Alma Alta en 1978, se señaló como un factor decisivo para el buen éxito de la atención de la salud, el empleo de una tecnología apropiada; es decir, aquella que aparte de tener una base científica sólida sea aceptable psíquica y culturalmente para quienes la emplean y para quienes se benefician de ella.

Dentro del esfuerzo actual para otorgar un enfoque más humanista y personalizado a la atención médica recobra un papel destacado la familia. Esta se constituye en una vía estratégica para utilizar los parámetros psicosociales en las decisiones del médico general y del equipo de salud de atención primaria. Supone una colaboración estrecha entre conceptos y modelos de las ciencias sociales y -- biomédicas, con el fin de no segregar el contexto social de proceso biológico en la enfermedad. A partir de ahí se pondera cómo los factores familiares entran en la solución de los problemas de la salud del individuo, ya que la familia es el ambiente social más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad.

LAS FUNCIONES FAMILIARES

Los problemas de ajuste que tienen las familias están relacionadas con su capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas.

Un número de tipologías han sido descritas, pero al menos cinco funciones de la familia pueden ser especificadas:

- I.- SOCIALIZACION.
- II.- CUIDADO.
- III.- AFECTO.
- IV.- REPRODUCCION.
- V.- ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO.

Es importante determinar no sólo si la familia cumple - estas funciones, sino los mecanismos para cumplirlas.

I.- SOCIALIZACION. La familia tiene la responsabilidad primaria de transformar a un niño " X " número de años en un ser capaz de completa participación en sociedad. El niño debe aprender un lenguaje, su papel en varios estadios de la vida, las normas socioculturales etc.

La madre tiene la responsabilidad primaria de socializar al niño a través de los años preescolares teniendo el padre un papel de soporte durante ese tiempo.

La responsabilidad es más tarde compartida por las escuelas, parientes, iglesias, etc. que más tarde separan a los padres de las experiencias de socialización parte del proceso de socialización involucra la adquisición de conceptos y actitudes de salud.

La madre es el educador primario de salud de la familia

y es quien generalmente, tiene mayor conocimiento de salud que cualquier otro miembro de la familia.

Socialización o educación de la salud es el mayor componente de la medicina familiar. Principia con consejo genético y reproductivo y continúa con cuidado prenatal y del niño, se extiende a través de toda la vida en las relaciones médico-paciente.

Los padres desean ver progreso en el desarrollo de sus hijos: la mujer, especialmente busca en otra gente apoyo y guía; (otros padres, su anterior familia, enfermeras, literatura popular maestros y especialmente al Médico familiar).

Es durante los años preescolares, que el médico familiar tiene la mayor oportunidad para proveer soporte profesional.

2.- CUIDADO.- Significa cubrir las necesidades físicas y de salud de los miembros de la familia.

Las probabilidades de buena salud y larga vida están directamente relacionadas con el nivel socioeconómico de la familia.

Las familias con un común nivel socioeconómico tienen - problemas similares.

La respuesta a las demandas de cuidado dependen no solo del acceso que tengan las familias a estos recursos, sino también del conocimiento de las familias, o sea, que las familias no solo necesitan conocer que servicios son accesibles sino cómo usarlos.

3.- APECTO. La familia necesita cubrir las necesidades afectivas - de sus miembros porque la respuesta afectiva de un individuo a otro provee la recompensa básica de la vida familiar. Las necesidades afectivas de los padres son tan importantes para la salud familiar como las necesidades afectivas de los niños.

Se argumenta que la madre responde más que el padre a las necesidades afectivas de la familia y aunque ésta generalización es verdadera, es también verdad que los hombres tienen mayor responsabilidad afectiva.

Aunque Cuidado y Afecto pueden ser conceptualmente separados, en la práctica no es fácil diferenciarlos. Cuidado y afecto son parte del proceso de socialización y son recompensados y castigados. Inadecuada socialización puede resultar en deprivación, lo que puede resultar en que el individuo sea menos capaz de responder afectivamente a otros.

4.- REPRODUCCION. Una función básica de la familia, es la reproducción y el proveer nuevos miembros a la sociedad.

El matrimonio y la familia son designados para regular y controlar el ambiente sexual y la reproducción.

La educación sexual ha sido reconocida como una parte importante de la socialización de los niños, pero aún más, existe controversia en los sistemas escolares.

La educación médica ha sido criticada porque los médicos frecuentemente no han recibido entrenamiento para ser sensitivos -

a los problemas sexuales de los pacientes y no proporcionan consejo adecuado.

5.- ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO.- En los estudios de estratificación social, los científicos sociales están concientes de que - las diferencias en niveles socioeconómicos de las familias resultan en variaciones de estilo de vida y oportunidades.

La familia socializa a un niño dentro de una clase social los científicos sociales están concientes de que las diferencias en niveles socioeconómicos de las familias resultan en variaciones de estilo de vida y oportunidades.

El estatus también tiene relación con la tradición familiar. Los hijos aseguran inmortalidad social o perpetuidad del nombre familiar y tradición. El conferir estatus a un niño es el pasarle derechos y tradiciones.

Lo vemos en la práctica diaria por la expectación del nacimiento del primer hijo o por los primeros hijos varones. Los mayores recursos de la familia son invertidos en el primer nacimiento y enññas. Uno de los problemas que resultan es que lo que esperan los padres exceda la habilidad de los hijos y que se ignoren las necesidades básicas de los hijos.

VARIACIONES EN LAS FUNCIONES FAMILIARES.

Los datos anteriores representan cómo funciona una familia " NORMAL " de la clase media en la cultura occidental; pero --- existen numerosas variaciones a este esquema, así que, sólo consti-

tuye un marco conceptual básico que nos permite reconocer variaciones y nos hace capaces de considerar sus implicaciones.

" ALCOHOLISMO Y ALTERACIONES EN LAS FUNCIONES FAMILIARES "

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Durante mi rotación como Residente de Medicina Familiar en el primero y segundo año en los servicios de Urgencias y Medicina Familiar en el H.G.Z. No. 29 " Aragón ", observó aproximadamente - un 10% de la consulta demandante, es por alcoholismo, con repercusiones en las funciones familiares .

¿ Es el alcoholismo una causa de las alteraciones en las funciones de la familia ?.

JUSTIFICACION:

Dado que en nuestro país, el alcoholismo se encuentra en primer lugar de drogadicción; entonces como repercusión a ésta enfermedad existen graves alteraciones en las Funciones Familiares.

HIPOTESIS:

Sí el alcoholismo es una enfermedad, con graves repercusiones a todo nivel; entonces existirán graves alteraciones en las funciones familiares.

- Ha.- Las alteraciones en el sistema familiar da como resultado el alcoholismo.
- Ha.- Las alteraciones en el sistema familiar son independientes del alcoholismo.

OBJETIVOS:

- 1.- Dar a conocer cuáles son las principales alteraciones en las funciones familiares con uno o más integrantes alcohólicos.
 - 1.1 Determinar si en los pacientes que acuden al H.G.Z. " Aragón con diagnóstico de alcoholismo presentan alteraciones en las funciones de su sistema familiar.
 - 1.2 Determinar que funciones del sistema familiar son las más --- afectadas.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

Humanos: 100 familias.

Economicos: \$ 50,000.00

Físicos:

Hospital General de Zona No. 29 " Aragón ".

Lápices.

Cuestionarios.

METODOS

Tipo de estudio: Es un estudio descriptivo, transversal, observacional y prospectivo.

I.- Criterios de inclusión.

a).- Familias adscritas a la consulta externa de Medicina Familiar y de Urgencias del H.G.Z. No. 29 " Aragón " con uno o varios familiares alcohólicos.

b).- Que acudan a consulta en el período comprendido del 01 de -- agosto al 31 de diciembre de 1986.

c).- Que acepten participar en el estudio.

II.- Criterios de exclusión:

a).- Familias que no reúnan los criterios de inclusión.

b).- Pacientes alcohólicos sin repercusiones en las funciones familiares.

Definición de la Población.

- 1.- Familias adscritas a la Consulta Externa de Medicina Familiar y Urgencias del H.G.Z. No. 29 " Aragón ", con uno o varios familiares que presenten alcoholismo.

Selección de la Muestra:

Aleatoria. Se seleccionaron en el horario en que se encuentren - adscritos a Medicina Familiar y hospitales correspondientes por - medio del servicio de Urgencias; los casos que correspondan al --- diagnóstico de alcoholismo con cualquier alteración.

Definición Operacional de las Variables

1.- Variable Dependiente:

Alcoholismo: Es una alteración de la conducta crónica; - manifestada por preocupación excesiva por el alcohol y su consumo dando como resultado alteraciones en la salud mental y física; por una disminución en el control al tomar y por una actitud destructiva así mismo; además con alteraciones personales y en la vida de relación.

2.- Variable Independiente de Control:

- a).- Alteraciones genéticas.
- b).- Alteraciones orgánicas.
- c).- Alteraciones psiquiátricas.
- d).- Alteraciones familiares.

ESCALA DE MEDICION DE VARIABLES

Variable Dependiente	Indicadores	Categorización
Alcoholismo como causa del problema	18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29.	Afecta (9-18) No afecta(0-8)
Variable Independiente		
Socialización	3, 4, 5, 6, 7, 29	Afecta (3 - 6) No Afecta (0 - 3)
Cuidado	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 30	Existe (6 - 12) No Existe(0 - 6)
APECTO	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 30, 31, 32, 33, 36.	Altera (6-12 y 30-36) No Altera (0 - 6)
Reproducción	1, 2, 30, 31	Altera (2 - 4) No Altera(0 - 2)
Estatus	14, 15, 16, 17, 18, 34, 35, 36.	Altera (4 - 8) No Altera (0 - 4)

CUESTIONARIO

- 1.- ¿ Cuántos hijos tiene ?
R.-
- 2.- ¿ Qué edades tienen ?
R.-
- 3.- ¿ A que edad dejaron el biberón ?
R.-
- 4.- ¿ A que edad entraron al Kinder ?
R.-
- 5.- ¿ Acuden a algún club ?
- 6.- ¿ A qué edad presentaron control de esfínteres ?
R.-
- 7.- ¿ Acude al médico con cualquier miembro de la familia enfermo inmediatamente del primer síntoma ?
R.-
- 8.- ¿ Cada cuándo se cambia la ropa ?
R.-
- 9.- ¿ Los fines de semana son compartidos por toda la familia ?
R.-
- 10.- ¿ Acude a todas las juntas de la escuela relacionadas con su hijo ?
R.-
- 11.- ¿ Ayuda a realizar sus tareas escolares a sus hijos ?
R.-
- 12.- ¿ Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa ?
R.-
- 13.- ¿ Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa ?
R.-
- 14.- ¿ Hasta que año escolar estudió Ud. y su esposo (a) ?
R.-

Cuestionario (2)

15.- ¿ En qué trabaja ?

R.-

16.- ¿ Cuánto gana quincenalmente ?

R.-

17.- ¿ Tiene algún miembro de la familia que tome bebidas alcohólicas ?

R.-

18.- Si es positiva, especifique quién .

R.-

19.- ¿ Con qué frecuencia toma ?

R.-

20.- ¿ Qué bebidas acostumbra ?

R.-

21.- ¿ Qué edad tiene ?

R.-

22.- ¿ Desde qué edad empezó a tomar ?

R.-

23.- ¿ Por qué cree que lo hace ?

a).- Porque le gusta

b).- Porque está deprimido.

c).- Porque lo necesita.

d).- Porque lo invitan

e).- Porque con el alcohol se siente más a gusto.

24.- ¿ El familiar que toma aporta económicamente a su casa ?

R.-

25.- ¿ Cada cuando ?

R.-

26.- ¿ Se preocupa porque no falten las cosas más necesarias a su casa ?

R.-

Cuestionario (3)

27.- ¿ Cuando toma, se vuelve más agresivo ?

R.-

28.- ¿ La persona que toma, se preocupa por el aspecto personal de él y de su familia ?

R.-

29.- ¿ La persona que toma es casada ?

R.-

30.- ¿ Convive con su familia los fines de semana ?

R.-

31.- ¿ Se preocupa porque sus hijos hagan la tarea ?

R.-

32.- ¿ Hasta que año escolar estudió ?

R.-

33.- ¿ En que trabaja ?

R.-

34.- ¿ Cuánto gana quincenalmente ?

R.-

35.- ¿ Ha tenido problemas con familiares, vecinos, compañeros o policiaos ?

R.-

36.- ¿ Sabe usted si el alcoholismo es un vicio ?

R.-

37.- ¿ Sabe usted si el alcoholismo es una enfermedad ?

R.-

38.- ¿ Los amigos de sus familiares también toman bebidas alcohólicas?

R.-

39.- ¿ Toda la familia ayuda a que no tome su familiar ?

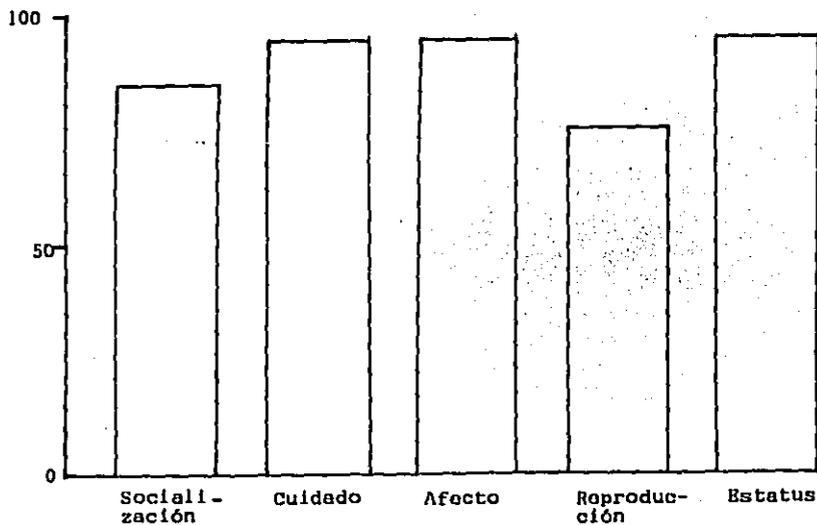
R.-

Alteraciones en las funciones familiares en 100 pacientes alcohólicos en el
H.G.Z. No. 29 " ARAGON " del 01 de agosto al 31 de diciembre de 1986.

F U N C I O N	Si Altera	No Altera
Socialización	85	15
Cuidado	95	5
Afecto	95	5
Reproducción	75	25
Estatus	95	5

FUENTE: Encuesta Directa.

ALTERACIONES EN LAS FUNCIONES FAMILIARES EN 100 PACIENTES
ALCOHOLICOS EN EL H.G.Z. No. 29 " ARAGON " DEL 01 DE AGOSTO
AL 31 DE DICIEMBRE DE 1986.



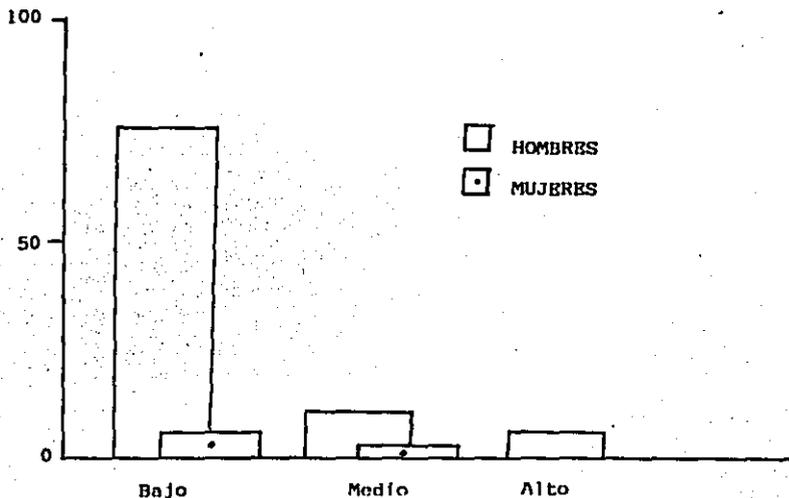
FUENTE: Encuesta Directa.

El Estatus en relación al sexo en 100 pacientes alcohólicos en el H.G.Z. 29 " Aragón " del 01 de agosto al 31 de diciembre de 1986.

F U N C I O N	S E X O	%	SEXO	%
ESTATUS	Femenino	%	Masculino	%
B A J O	8	8	75	75
MEDIO	2	2	10	10
A L T O	-	-	5	5

Fuente: Encuesta Directa.

EL ESTATUS EN RELACION AL SEXO EN 100 PACIENTES ALCOHOLICOS
EN EL H.G.Z. No. 29 " ARAGON " DEL 01 DE AGOSTO AL 31 DE
DICIEMBRE DE 1986.



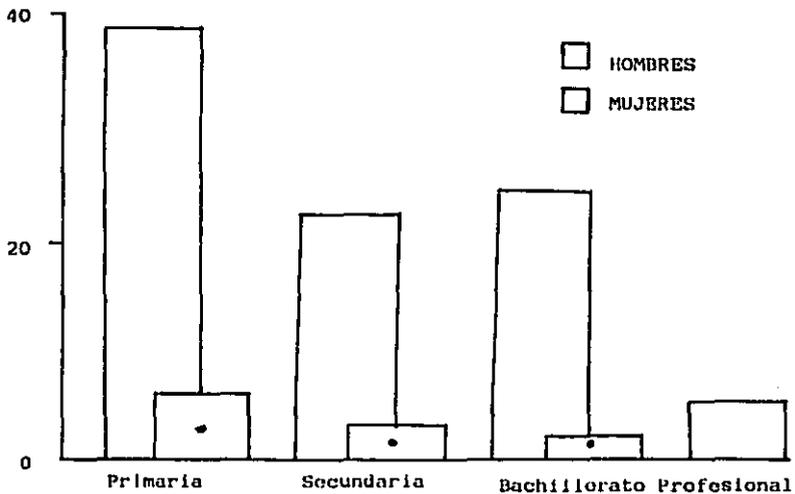
FUENTE: Encuesta Directa.

Escolaridad en 100 pacientes alcohólicos en relación al sexo de la población del H.G.Z. 29
 " Aragón " del 01 de agosto al 31 de diciembre de 1986.

ESCOLARIDAD	Fem.	X	Masc.	X	Total	X
PRIMARIA	6	6	39	39	45	45
SECUNDARIA	3	3	22	22	25	25
BACHILLERATO	1	1	24	24	25	25
PROFESIONAL	-	-	5	5	5	5

Fuente: Encuesta Directa.

ESCOLARIDAD EN 100 PACIENTES ALCOHOLICOS EN RELACION AL SEXO DE LA POBLACION EN EL H.G.Z.No. 29 " ARAGON ", DEL 01 DE AGOSTO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1986.



FUENTE: Encuesta Directa.

ANALISIS ESTADISTICO

O₁- Número de casos observados, clasificados en la categoría de "1"
 E₁- Número de casos esperados en la categoría de "1", conforme a la
 Hipótesis nula (H₀).

O₁- 100

- 2.- Hipótesis. Si el alcoholismo es una enfermedad, con repercusiones a todo nivel; entonces, existirán graves alteraciones en las funciones familiares.

Hipótesis nula (H₀).- Las alteraciones en las funciones familiares dá como resultado el alcoholismo.

Hipótesis alternativa (H_a).- Las alteraciones en las funciones familiares son independientes del alcoholismo.

3.- Tipo de Estudio: Unilateral con región de rechazo a la derecha.

4.- Nivel de significancia; alfa= 0.05

5.- Prueba Estadística.

- a).- La muestra es mayor de 20.
- b).- Variables nominales.
- c).- Número de grupos. " 1 "
- d).- Número de categorías: " 2 "
- e).- Grados de libertad " 1 "
- f).- Un sólo grupo.
- g).- Prueba estadística χ^2 para una muestra.
- h).- Coeficiente de confianza χ^2 .

1).- Valor crítico de χ^2 es = 7.78

2).- Criterios de rechazo. Si χ^2 experimental es igual o menor de χ^2 crítica se rechaza Hipótesis nula.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Funciones Familiares	Altera	No Altera	Total
Socialización	89 85	11 15	100
Cuidado	89 95	11 5	100
Afecto	89 95	11 5	100
Reproducción	89 75	11 25	100
Estatus	89 95	11 5	100
TOTAL	445	55	500

$$\chi^2 = 30.6$$

RESUMEN

Del lero. de agosto al 31 de diciembre de 1986, a 100 pacientes alcohólicos en los servicios de consulta externa de Medicina Familiar y Urgencias del Hospital General de Zona No. 29 " Aragón ", se les aplicaron cuestionarios, que verificaron que sus funciones familiares se encuentran alteradas. Se observó que el Afecto el Cuidado y el Estatus en un 95% fueron afectadas, la Socialización en un 85% y la Reproducción, por consiguiente en un 75%. En sus -- familias existen grandes problemas en todos los aspectos. Las funciones al ser alteradas, afectan toda la vida de relación de los -- individuos, en su vida social, laboral y económica, entre otras; -- repercutiendo en el desarrollo del país.

Utilizando como análisis estadístico la " χ^2 ", cuyo valor crítico es de 7.78 encontramos con respecto a éste, lo siguiente: χ^2 - 30.6. Por lo cual podemos resumir que si χ^2 experimental es igual o menor que la χ^2 crítica se rechaza H_0 y por consiguiente el estudio sí tiene trascendencia estadística, y se puede -- por tanto, inferir que el alcoholismo sí tiene repercusiones en las funciones familiares.

Por tanto el Médico Familiar y de otras especialidades deben de poner mayor atención en detectar al paciente alcohólico y de inmediato aplicar el tratamiento multidisciplinario que lo conduzca a la incorporación del grupo familiar y a la sociedad.

CONCLUSIONES

El alcoholismo es una enfermedad que provoca graves alteraciones en -- las funciones familiares que desequilibran su vida de relación del paciente, de su -- familia y de la comunidad donde se desarrolla. Se deben, por tanto, de realizar campañas continuas en contra del este tipo de drogadicción, utilizando todas las medidas posibles al alcance.

Lo expuesto con anterioridad se manifiesta, ya que dada las grandes - repercusiones que conlleva el alcoholismo al núcleo familiar en todos sus aspectos, es necesario tomar en la medida que sea posible todo lo que se encuentre a nuestro alcance para limitar en la medida que sea posible esta patología social, que si bien, trae consigo graves repercusiones personales, lo llevará en sí, a la familia y a la sociedad del país en general. Esto se ha observado dentro del contexto del paciente alcohólico, y al realizar este estudio se ve la magnitud del problema, que como se ha manifestado con repercusiones muy grandes sobre todo a la familia, que es en medida la célula de la sociedad.

Por tales motivos debemos todos y cada uno de los médicos de las diferentes especialidades poner mayor cuidado, para el diagnóstico clínico y manejo -- integral del paciente alcohólico y por consiguiente, conducirlo a la integración de - la familia y por consiguiente de la sociedad en general.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anderson P.M. Alcohol problems in general practice. British Medical Journal --- Vol. 290: 1873 - 1876 June 1985.
- 2.- Anderson P.M. Alcohol. British Medical Journal Vol 284, 1758 - 1760 June 1982.
- 3.- Abaldía R y Cols. Reliability and Validity of the primary/ secondary alcoholism - Classification Questionary and the HK/MBD Childhood Symptoms Checklist. Journal of Clinical Phycology. Vol 40 No.5 September 1984.
- 4.- Boyd J, and. cols, Different Definitions of alcoholism . American Journal Psychia- try Vol 140 No. 10 october 1983.
- 5.-Boyd J. y Cols. Different Definitions of Alcoholism II. American Journal Psychia- try Vol 140 No. 10 October 1983.
- 6.- Chafetz M. Alcoholism and alcoholic Psychoses. American Journal Psychiatry Vol 129, No 2 1972.
- 7.- Borg V. Bromocriptine in the prevention of alcohol abuse. Acta Psychiatry Scand No. 68 100-110,1983.
- 8.- Cattricia J. Use of questionnaire in general practice to increase recognition of - patients with excessive alcohol consumption. British Medical Journal Vol. 291: 412-13 august 1985.
- 9.- Alexopoulos G. y Cols. Platelet MAO activity in alcoholism patients and their First- Degree Relations. American Journal Psychiatry Vol. 140 No 11 November 1983
- 10.- Horvitz N. y Cols. Familia y Salud Familiar , un enfoque para la atención primaria Bol Of. Sanit. Vol 98, No 21, 1985.

- 11.- Jagger J. y Cols Effect of Alcohol Intoxication on the Diagnosis and aparent Sevority of Brain Injury. Neurosurgery. Vo. 15 No. 3 1984.
- 12.- Knott D y Cols Alcoholismo . Papel de Médico en el Diagnóstico y Tratamiento. - La Conducta HUMana en la Medicina Familiar Capítulo 21.
- 13.- Leckman J y Cols. Panic Disorder and Major Depresion Arch. Gen Psychiatry -- Vol 40: 1055 - 1060 October 1983.
- 14.- Los Psicodinamismos de la Familia, Capítulo I. Akerman.
- 15.- El Estudio de la Familia, Akerman " Artículo del HGZ 29 "
- 16.- Miller G. Principles of Alcohol Detoxification. AFP Vol. 30 No. 40 October 1984.
- 17.- Leuz H y Cols. Wine and fine porcet Ethanol are patient Stimulante of gastric Acid Secretion In Humans. Gastroenterology Vol 85: 1082 - 1087, 1983.
- 18.- 18.- COOK B. Winokur G. A family study of family positive vs. familial negative alcoholics. The Journal of Nervous and mental Disease Vol 173 No. 2 1985
- 19.-Moore R. The concurrent and construct Validity of the alcoholism. Journal of - Clinical Psychology Vol 40 No 5 September 1984.
- 20.- Satacruz J. La Familia Como Unidad de Análisis. Rev. Med. IMSS Vol 21, No. 4 1983
- 21.- Sauceda y Foncerrada M. III La exploración de la Familia. Aspectos Médicos, psicológicos y sociales. Revista Médica IMSS (México) Vol 19, No. 2 1981.
- 22.- Psicoterapia Familiar Conjunta. Satir Virginia La Prensa Médica Mexicana --- (México) Reimpresion 1985 p.p. 127 - 152.