



11236 46
2e1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR Y COMUNITARIA
U.A. "GUSTAVO A. MADERO" ISSSTE

AUTOCONCEPTO DEL PACIENTE ALCOHOLICO DE VEINTE A CINCUENTA AÑOS DE EDAD, EN BASE AL TEST DE TENNESSE, EN PACIENTES DE LA CLINICA "GUSTAVO A MADERO" Y EL HOSPITAL "PRESIDENTE JUAREZ" DE OAXACA, OAXACA, DE ENERO A OCTUBRE DE 1991

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESINA RECEPCIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL
FAMILIAR

P R E S E N T A
DR. ANTONIO HERACLIO SOSA HERNANDEZ



ISSSTE

MEXICO, D. F.

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

CONTENIDO	PAG.
INTRODUCCION.....	1
MARCO TEORICO	
Antecedentes:	
A.- Historia.....	2
B.- Alcoholismo actual en México.....	8
C.- Fisiopatología del alcohol.....	15
D.- Concepto del alcoholismo y clasificación.....	37
E.- Personalidad y autoconcepto del alcohólico.....	44
PROBLEMA.....	55
JUSTIFICACION.....	56
HIPOTESIS.....	56
OBJETIVOS.....	57
METODOLOGIA.....	58
TIPO DE ESTUDIO.....	59
CRITERIOS DE INCLUSION.....	60
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	60
CRITERIOS DE ELIMINACION.....	60
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	60
INSTRUMENTOS DE INFORMACION.....	60
DEFINICION DE VARIABLES.....	61
PRESENTACION Y ANALISIS DE LA INFORMACION.....	62
RESULTADOS.....	63
ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	65
CONCLUSION.....	66
CUADROS.....	67
BIBLIOGRAFIA.....	68
ANEXOS.....	72

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

El alcoholismo es un fenómeno biopsicosocial, que ha -- llamado la atención de muchos investigadores de las diversas ramas del conocimiento humano. La presente tesis trata de ha-- cer resaltar algunos aspectos concernientes al alcoholismo, -- señalando algunos tópicos en la génesis, tratamiento y preven-- ción de este padecimiento, que es causa directa del 10% de to-- das las defunciones en los países desarrollados. En nuestro -- país, la mortalidad por cirrosis hepática alcohólica se en-- cuentra dentro de las diez primeras causas de muerte, y la -- primera en la población masculina entre los 35 y los 45 años de edad (SPP,1985). El patrón típico de consumo de nuestra po-- blación masculina es; ingerir grandes cantidades de alcohol -- en un breve lapso, lo que se asocia a un índice particularmen-- te elevado de problemas individuales, familiares y sociales.-- La génesis del alcoholismo es multicausal y mucho se ha habla-- do de la personalidad del alcohólico, por lo que en el presen-- te trabajo se pretende conocer el autoconcepto de un grupo de -- sesenta pacientes alcohólicos en relación con un grupo con-- trol de la misma edad. Por lo que espero, este trabajo sea ú-- til para todos aquellos que de alguna manera tengan contacto con este tipo de pacientes, ya que la comprensión de los mis-- mos es indispensable para cualquier aspecto de su tratamiento y prevención.

M A R C O T E O R I C O

ANTECEDENTES:

A) HISTORIA

El alcohol ha sido un acompañante del hombre, probablemente tan viejo como la misma humanidad. Con todo derecho se puede decir que los males psicológicos, físicos, morales y sociales a que da lugar el consumo excesivo de alcohol han acosado a la humanidad desde que se integraron las primeras comunidades. Se disponen de testimonios escritos sobre el conocimiento que los egipcios, los hebreos, los griegos y los romanos tenían acerca del vino y otras bebidas alcohólicas, supieron de sus efectos, al menos los inmediatos y se conservan las observaciones que hicieron sobre la conducta del individuo en estado de ebriedad. Así tenemos la leyenda griega que cuenta que en su adolescencia, Dionisio tenía que hacer una larga travesía de Friamo hacia Atenas. En la primera escala de sus descansos, en la ribera de un estanque, se inclinó para beber agua y al agarrarse de sus bordes, quedó asida en una de sus manos una plantita cuyas hojas minúsculas él nunca había visto antes por su forma poco común; después de analizarla brevemente decidió llevarla al lugar de su destino y al pensar cómo podría preservarla, buscó en rededor de él y encontró el esqueleto de un pájaro, de donde tomó la cabeza, le abrió el pico y puso un poco de agua en el e introdujo la planta; después la metió en su morral y continuó su marcha hacia Atenas. Días más tarde en uno de los descansos que tuvo que hacer, notó que había crecido ya la plantita y pensó que era ya insuficiente el improvisado receptáculo, así que buscó alguna oquedad sin encontrar nada mejor que el esqueleto de un León, uno de cuyos huesos mayores rompió con una roca, llenó con agua y continuó su camino hacia Atenas. Días después, Dionisio se detuvo al bor-

de de un arroyo a tomar y descansar; al asomarse al morral -- descubrió que su planta ya había crecido, por lo que había w que cambiarla nuevamente de continente; buscó a su alrededor y encontró el esqueleto de un burro; quebró uno de sus huesos también para darle alojamiento a su ya desarrollada planta. - Siguió su camino hasta llegar a Atenas, donde lo primero que hizo fue sembrarla y al cabo del tiempo vió que aquella planta, incidentalmente encontrada, daba frutos globulares y jugos en tal cantidad que habían cubierto ya los alrededores de su casa, por lo que tuvo que almacenar el jugo, el cual una vez fermentado, cuando era bebido por los hombres, reproducía justamente las etapas por las que había pasado la planta, es decir; primero se ponían alegres y cantarines como un pájaro, después tan valientes y bravos como un león y finalmente tan torpes como un burro. Parece que el sentimiento religioso --- siempre tuvo la tendencia a relacionarse con las bebidas alcohólicas, en todas las culturas y en todos los tiempos, lo mismo en el viejo como en el nuevo mundo. Para los persas, el descubrimiento del vino fue meramente accidental. Según un relato al estilo de los que aparecen en las mil y una noches, - existió un rey que apreciaba mucho las uvas, al grado de que en cierta ocasión seleccionó a las mejores de los racimos que le llevaron a su mesa y las guardó en una ánfora en la que es oribió la palabra "veneno". Algún tiempo después una de las bellezas de su harem, decepcionada de la vida porque había de jado de ser la favorita, batió del contenido del ánfora y el "veneno" estaba para entonces tan delicioso, que olvidándose del suicidio y alentada por la euforia, también le llevó al rey una taza, quien tras de consumir la bebida no solo quiso

que la dama volviera a su especial cuidado, sino ordenó que - en el futuro las uvas deberían almacenarse para que se fermen ten solas, como es sabido que ocurre en determinadas condicio nes. Dentro de la historia de la humanidad, el alcoholismo ha sido un fenómeno muy preocupante por todos los problemas que general a l' paciente alcohólico, problemas que van desde las - alteraciones físicas hasta las alteraciones sociales. Ha sido el alcoholismo motivo de tema de los grandes escritores y de los más famosos libros, religiosos y no religiosos. Tenemos - que en la Biblia, existen 165 menciones en relación con el vi no, entre los más sobresalientes tenemos: Cuando ocurrió la - destrucción de Sodoma y Gomorra, haciendo llover azufre y fue go desde el cielo, Lot, aconsejado por los ángeles, huyó a la montaña en compañía de su mujer y sus dos hijas; pero aquella por haber desobedecido el mandato de que no mirase hacia a--- trás, quedó convertida en estatua de sal. Lot se ocultó con - sus hijas en una cueva y al correr del tiempo la mayor dijo a la menor " nuestro padre es viejo y no hay en el país hombre que se llegue a nosotras, como es costumbre en toda la tierra vamos a embriagar a nuestro padre con vino y nos acostaremos con él, a fin de conseguir de nuestro padre descendencia". Así ocurrió esa primera noche y también a la siguiente sin que Lot, bajo los efectos de la embriaguez se diera cuenta de lo que había sucedido. Una de ellas dió a luz a Moab y la otra a Ben-amí. Las referencias bíblicas acerca del vino continúan - manteniendo su elocuente verdad a través del paso inmortal -- del tiempo, así tenemos las siguientes citas: "No quieras, oh Lameel, no quieras dar vino a los reyes, porque no hay secreto seguro donde reina la embriaguez. Y porque no suceda que -

bien bebidos se olviden de administrar la justicia y hagan --- traición a la causa de los hijos del pobre". En los prover--- bios se lee: "¿ Para quién son los ayes? ¿ Para qué padre son las desdichas ? ¿ Contra quién serán las riñas ? ¿ Quién trae los ojos encendidos ? ¿ No son éstos los dados al vino y los - que hallan sus delicias en apurar copas ? ; Ah no mires al vi- no cuando bermejea, cuando resalta su color en el vidrio; el - entra suavemente, pero al fin muerde como una serpiente y pica como un basilisco. Tus ojos se irán tras la mujer de otro y -- prorrumpirá tu corazón en palabras perversas e indecentes. Y - vendrás a ser como un hombre que se encuentra acostado en me-- dio del mar y duerme sobre la punta de un mástil. Y al cabo di-- rás: Me han apaleado y no me duele, me ha golpeado y nada sien- to, ¿ Cuándo quedará despejado para volver a beber ?. Y en el Eclesiástico se señala: "El vino desde el principio fué creado para alegría, no para embriaguez. Recrea al alma y el corazón, el vino bebido moderadamente. El beberle con templanza es sa- lud para el alma y para el cuerpo. Como esmeralda engastada en un anillo de oro, así es la melodía de los cantares con el be- ber alegre y moderado. Aristóteles alertaba a los griegos de - que su descendencia será "morosa y lánguida si las casadas en- gendran tontamente durante un estado de embriaguez". Shakes- peare, en su novela Macbeth señala que el alcohol provoca y da prime; provoca el deseo pero disminuye la ejecución. Lo ante- riormente escrito nos da una idea de la enorme trascendencia - que ha tenido el alcoholismo, así como sus complicaciones du- rante la historia del hombre en las diferentes latitudes del - orbe. En México, en las épocas prehispánicas el alcohol estaba representado por el octli o pulque, y sobre el origen de éste dice Fernando de Alva Ixtlixóchitl que; habiendo heredado Tec-

pancaltzin el señorío de los toltecas, a los diez años de su reinado fué a su palacio una doncella muy hermosa llamada Xó-chitl acompañada de su padre Papantzin a presentarle la miel de maguey que había descubierto. Préndose el rey de la doncella y tras los episodios de estos casos naturales, acabó por seducirla, ocultándola en una fortaleza que había en el cerro Palpán, donde tuvo un hijo a quien le pusieron Meconetzin que quiere decir hijo de maguey, en recuerdo al origen de los amores de sus padres y el cual nació en el año ce acatl. Otra versión nos la proporciona Fray Bernardino de Sahagún: "... - inventaron el modo de hacer el vino de la tierra, era mujer - la que comenzó y supo primero agujerar los magueyes para sacar la miel de que se hace el vino, y llamábase Mayahuel y el primero que halló las raíces que echan en la miel se llamaba Pantecatl. De acuerdo al signo bajo el cual nacían las personas, así era su destino. El signo de Ome tochtli profetizaba para su poseedor una tragedia; sería afecto a la embriaguez. El beber vino o pulque fuera de ciertas ceremonias era tenido por un crimen. Alguna versión señala que todas las culturas - del altiplano consideraban el pulque como una bebida sagrada solo permisible a los sacerdotes, a los guerreros y a los que iban a morir, en tanto que el resto de la población podía consumirlo una vez al año, pero sin llegar a la embriaguez. Los antiguos mexicanos permitían los placeres de la bebida sólo a aquellos cuya vida activa había terminado y ya no podían ser una carga para la sociedad. Cuando llegaron los españoles, abolieron los castigos; poco a poco se fue incrementando considerablemente el alcoholismo entre los aborígenes y españoles.

En la época colonial, en 1593 Francisco de Urdiñola estableció las primeras bodegas vinícolas de la Nueva España en

la Hacienda de Santa María de las Parras, hoy del Rosario. -- Desde ese entonces la industria vinícola se ha incrementado a normemente, de tal manera que el X censo industrial de 1976 -- señaló la elaboración de vinos de masa y aguardiente de uva; ¹ de éstos, 13 están en Aguascalientes, 12 en Coahuila, 7 en Baja California Norte, 4 en Chihuahua, 3 en Nuevo León y las -- restantes en el Distrito Federal, Baja California Sur, Durango, Sonora, Guerrero, Jalisco, Puebla, etc... La producción industrial de la cerveza empezó en 1890 al fundarse en Monterrey la Cervecería Cuahutemoc, cuya producción diaria era de 10 000 barriles. En 1894 inició sus actividades la Cervecería Motezuma en Orizaba y en 1925, la Cervecería Modelo en el -- Distrito Federal. En 1970, existían en México 19 fábricas de cerveza, con un capital invertido de más de tres mil millones de pesos (muy alto para la época) y con un total de más de -- once mil empleados, constituyendo así una de las principales industrias mexicanas. Por otro lado México cuenta con la producción de tequila, que a fines de la década de los 60' se in crementó a más de 50 millones de litros, de los cuales casi -- la mitad se exportaba, principalmente a Estados Unidos. Si a lo anterior agregáramos la producción del mezcal y otras bebidas alcohólicas que no están debidamente controladas, nos daremos cuenta que México es un gran productor de bebidas alcohólicas, lo que viene a ser un factor importante que contribuye al alcoholismo en nuestro país, debido a su mayor disponibilidad y bajo costo sobre todo en el medio rural, como sucede con el mezcal.

B) ALCOHOLISMO ACTUAL EN MEXICO.

El alcoholismo, es considerado como uno de los más gran des problemas de salud pública en nuestro país. En México hay datos directos o indirectos más o menos confiables, que, para nuestro propósito, son suficientes para dar una visión objeti va y clara de lo alarmante que es el problema del alcoholismo en nuestro país. En la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) — que se realizó durante 1986 y 1987 por la Dirección General — de Epidemiología de la Secretaría de Salud, en lo que respec- ta al consumo de bebidas alcohólicas reporta lo siguiente: La muestra permitió obtener el perfil estadístico de la pobla- ción mayor de 12 años, que suma 55.7 millones de individuos, — siendo el 52 % mujeres y el 48 % hombres. El 70 % (39.2 mi- llones) son no consumidores. La población consumidora de bebi das alcohólicas es de 15.4 millones de individuos. El 7.3 % — del total de la población consume alcohol en forma preocupa nte. Entre los hombres, 10.9 millones de individuos consumen — alcohol, lo que representa el 40 %; 7.1 millones consumen en forma no preocupante y 3.8 millones lo hace de forma preocu pante. En cuanto a los grupos etéreos, para el sexo masculino el 1 % de los jóvenes de 12 a 17 años consumen alcohol en for ma preocupante; en el grupo de 18 a 29 años lo hace el 14 %; — y en los de 30 años a 29, y de 40 a 49 años, causa preocupa ción el 23 y 24 %, respectivamente. Entre los hombres de 50 a 59 años de edad, la proporción de bebedores preocupantes es — del 20 %; entre los de 60 y 59 años, es del 14 % y en los de 70 años y más, es de un 10 %. Un hallazgo importante es que — la prevalencia de consumo de alcohol (preocupante o no) en los jóvenes de 12 a 17 años, alcanza el 12 % .

Con base a las prevalencias controladas por edad, se en

contró que los hombres casados tienen la razón de prevalencia de consumo preocupante más alta, 1.6 veces mayor que los solteros, mientras que los divorciados y viudos tienen razones de 1.4 y 1.2 respectivamente. Así mismo se observó que aquellos individuos sin escolaridad, presentan una prevalencia de consumo preocupante de alcohol 3.2 veces mayor que aquellos que cuentan con educación superior; los hombres que tienen solamente educación básica presentan una prevalencia de 2.7 veces más alta y los individuos con educación media tienen una prevalencia de consumo de 1.5 veces mayor. Para el sexo masculino, la razón de prevalencia de consumo preocupante es de 1.2 veces mayor en quienes sufrieron accidentes en comparación con los que no se accidentaron. En cuanto al tipo de accidente, el choque, el atropellamiento y la caída son similares en las tres poblaciones; pero las lesiones por arma de fuego en los consumidores preocupantes es de 8.1 %, mientras que para los no bebedores es de 2.5 %. Por lo que se refiere a la población femenina, en el país, cerca de 4.5 millones de mujeres consumen bebidas alcohólicas, es decir, el 16 % de las mujeres mayores de 12 años; 15% toman sin causar preocupación y el 1 % beben de manera preocupante. El porcentaje de mujeres no bebedoras es de 84 %. En el grupo femenino, las prevalencias de consumo preocupante aumenta con la edad, observandose la cifra más alta entre los 60 y 69 años de edad. Los estados civiles en donde se presentan las prevalencias de consumo más elevadas son las divorciadas y viudas, con prevalencias de 1.9 y 1.5 veces más altas respectivamente en relación a las solteras. Entre las mujeres también se observó que el grupo de personas sin escolaridad presenta la prevalencia de consumo preocupante más alta, con una razón de 1.5 en relación a quie

CUADRO : 1

Prevalencia de consumo de alcohol en forma preocupante en la población masculina de 12 años y más, - según el estado civil.

Estado civil	Prevalencia	+ Razón de Prevalencia
Soltero	7	1
Casado	11	1.6
Divorciado	9	1.4
Viudo	8	1.2

+ Prevalencia por cien, ajustada por edad.

Fuente: Dirección General de Epidemiología,
Encuesta Nacional de Salud, 1987.

CUADRO : 2

Prevalencia del consumo preocupante de alcohol en la población masculina de 12 años y más según la escolaridad.

Escolaridad	Prevalencia	+ Razón de Prevalencia
Educ. superior	8	1
Educ. media superior	12	1.5
Educ. básica	22	2.7
Sin escolaridad	26	3.2

+ Prevalencia por cien, ajustada por edad.

Fuente: Dirección General de Epidemiología,
Encuesta Nacional de Salud, 1987.

nes poseen educación superior. Es interesante resaltar que para las mujeres en edad reproductiva la razón de prevalencia de consumo preocupante de alcohol es 1.5 veces mayor entre las que han sufrido aborto que entre las que no tienen este antecedente. Otro dato importante obtenido en la encuesta fué la relación que guarda el tabaco con respecto al alcoholismo, así tenemos que; los fumadores leves y moderados presentan prevalencias de más del doble que los no fumadores, y quienes fuman más de una cajetilla al día tienen prevalencias de consumo preocupante de alcohol tre veces más alta que los no fumadores. Por lo que respecta a las mujeres se encontró que; las fumadoras leves tienen una prevalencia 7.7 veces superior y las mujeres que fuman 21 o más cigarrillos al día presentan consumo preocupante de alcohol 20 veces mayor que las no fumadoras. El grado de preocupabilidad que manifiestan los individuos que conviven con un consumidor de bebidas alcohólicas está determinado por tre condiciones: La primera, a la que podemos denominar "funcionalidad social" del individuo, indicaría que mientras el bebedor mantenga los patrones socialmente aceptados de integración familiar y responsabilidad laboral, no aparecerá entre sus convivientes la preocupación por su forma de beber. La segunda estaría marcada por las consecuencias tanto económicas como en la salud, entre otras, que tenga el consumidor por su forma de beber. La tercera condición se expresaría en los casos de consumo de alcohol de los hombres en edad productiva, casados y laboralmente activos, se motive de mayor preocupación entre sus convivientes, probablemente por ser percibido como un riesgo para la estabilidad familiar. Una población con las características comentadas en este capítulo, merece especial atención, debiéndose instrumentar acciones preventivas am

CUADRO: 3
 PREVALENCIA DE CONSUMO PREOCUPANTE DE ALCOHOL
 EN LA POBLACION FEMENINA DE 12 AÑOS Y MAS, -
 SEGUN ESTADO CIVIL

Estado civil	Prevalencia +	Razón de Prevalencia
Soltera	0.5	1
Casada	0.6	1.3
Divorciada	0.9	1.9
Viuda	0.7	1.5

+ Prevalencia por cien, ajustada por edad.

Fuente: Dirección General de Epidemiología,
 Encuesta Nacional de Salud, 1987.

CUADRO: 4
 PREVALENCIA DE CONSUMO PREOCUPANTE DE ALCOHOL
 EN LA POBLACION FEMENINA DE 12 AÑOS Y MAS
 SEGUN HABITO TABAQUICO

Cigarrillos	Prevalencia +	Razón de Prevalencia
No fuma	1	1
1 - 10	4.9	4.9
11 - 20	7.7	7.7
21 y más	20.0	20.0

+ Prevalencia por cien, ajustada por edad.

Fuente: Dirección General de Epidemiología,
 Encuesta Nacional de Salud, 1987.

plias e integrales que hagan conciente a la familia sobre la importancia que tiene la detección oportuna o temprana del alcoholismo, de su manejo y sobre todo de la prevalencia que tiene la prevención del problema. En el D.F., los registros de accidentes de tránsito debidos a la embriaguez del conductor aumentaron del 8.3 % en 1968, al 16 % en 1983. Los datos del Instituto Mexicano de Psiquiatria muestra que el abuso de alcohol se ha asociado con el 21 % de los traumatismos -- que llegan a los servicios de urgencia y con el 38 % de los suicidios. También se ha relacionado la embriaguez con el 50 % de los homicidios y con otras acciones violentas, como las violaciones el maltrato y el abandono de mujeres y niños.

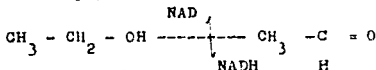
En los comentarios sobre la Conferencia que trata de la Salud Mental dentro del ciclo dedicado al tema de "investigación en Salud: La declaración de Estocolmo 1990", organizada por el Colegio Nacional, refiriendose como segundo tema al abuso del alcohol y los problemas relacionados con él, -- dice; que el consumo de alcohol es la causa directa del 10 % de todas las defunciones en los países desarrollados. La mortalidad por cirrosis es, entre nosotros, una de las primeras diez causas de muerte en la población general, la primera en la población masculina entre los 35 y los 54 años de edad (S PP, 1985).

De diversos estudios se desprende que el patrón típico de consumo de nuestra población masculina - ingerir grandes cantidades en un breve lapso - se asocia con un índice particularmente elevados de problemas individuales, familiares y sociales. México es un país con un nivel intermedio de desarrollo, por lo que comparte problemas de salud con el mundo

industrializado y con el mundo subdesarrollado. Por lo que es muy importante, que en los programas de salud, se tome en cuenta la cultura para el éxito de los mismos programas en el país.

C) FISIOPATOLOGIA DEL ALCOHOL.

El alcohol etílico o etanol, se absorbe rápida y completamente en el tubo digestivo, observándose los niveles séricos más elevados de media a dos horas; pero tiene que ver mucho en la bebida así como los alimentos ingeridos. Atraviesa con facilidad la barrera hematoencefálica y actúa en el cerebro como la mayoría de los anestésicos generales. Entre otras modificaciones produce, en este sitio, una disminución de las catecolaminas e indolaminas, debido a una inhibición de la captura como a un incremento en la excreción urinaria. El principal órgano involucrado en el metabolismo del etanol, es el hígado, ya que en él se verifica entre un 80 y 90 % de su oxidación. La célula hepática posee tres sistemas enzimáticos importantes para metabolizar el etanol y que son los siguientes: Deshidrogenasa alcohólica. Esta enzima se encuentra localizada en el citosol, pertenece al grupo de las deshidrogenasas piridínicas, que catalizan reacciones de oxido-reducción o intercambio de electrones entre diversos sustratos y una coenzima que puede ser el NAD o el NADH. En la reacción catalizada por la deshidrogenasa alcohólica se produce una molécula de acetaldehído y una de NADH por cada molécula de etanol. La deshidrogenasa alcohólica contiene zinc y un grupo tiol (- SH) perteneciente al aminoácido cisteína que participa en la reacción. Es relativamente inespecífica, ya que metaboliza también otros alcoholes y cataliza la disminución de aldehídos (3 B-hidroxiesteroides). La DHA se considera la enzima más importante en el metabolismo del etanol y puede ser inhibida in vitro por el Pirazole:



Sistema microsomal oxidante de etanol.- (MEOS). Este sistema está relacionado funcionalmente con el citocromo p450 y - con la enzima NADPH - cotocromo C reductasa, que participan - en el metabolismo y la eliminación de múltiples fármacos y sus tratos endógenos. En ésta reacción se genera la forma oxidada de la coenzima (NADP) por lo que difiere del sistema anterior en cuanto a su requerimiento de oxígeno y NADP.

Sistema de las catalasas.- Este sistema está ubicado en los peroxisomas, esta enzima cataliza una reacción química que requiere H_2O_2 y en la cual no participan coenzimas piridínicas. Al parecer, la catalasa no contribuye en una forma cuantitativamente importante en el metabolismo del etanol, su principal limitación es la velocidad de generación de H_2O_2 , que requiere normalmente la participación de reacciones bioquímicas acopladas como las que catalizan Xantina oxidasa, se postula que este sistema puede adquirir una mayor importancia en condiciones anormales asociadas con un incremento en el catabolismo de purinas, lo cual genera mayores cantidades de H_2O_2 .

El acetaldehído que se genera por cualquiera de los sistemas analizados anteriormente se transforma en ácido acético por la acción de la deshidrogenasa aldehídica y para que el ácido acético producido por la deshidrogenasa aldehídica pueda incorporarse a las rutas metabólicas convencionales como el ciclo de Krebs, requiere transformarse en acetil CoA y para ello la acetil CoA sintetasa que se localiza en mitocondrias y en el retículo endoplásmico, lleva acabo esta función. En realidad se trata de un sistema de enzimas que efectúan normalmente la activación bioquímica de los ácidos grasos con cadena lateral de longitud variable, requisito indispensable para su oxidación. La reacción requiere la presencia de algunos iones metá-

licos y consumen una molécula de ATP y un enlace de alta energía y, por lo tanto, disminuye el rendimiento calórico de la oxidación del etanol hasta CO₂ y H₂O. La capacidad de oxidación del etanol está limitada por el balance de ATP. Al igual que otros tejidos, el hígado no puede producir más ATP del que consume, puesto que el exceso de ATP bloquea las reacciones más importantes de los procesos metabólicos que producen energía. Por esta razón, cuando se ingieren grandes cantidades de etanol, el hígado debe usar una vía metabólica que produzca la menor cantidad posible de ATP por molécula de etanol. La oxidación de etanol hasta CO₂ y H₂O genera grandes cantidades de ATP; por otro lado, las concentraciones elevadas de etanol inhiben este proceso. En este caso el hígado produce y libera acetaldehído, ácido acético y cuerpos cetónicos, los cuales se metabolizan en tejidos extrahepáticos. Como consecuencia del metabolismo del alcohol etílico, en la célula hepática se acumulan sustancias que alteran las funciones normales de la célula. Entre estas sustancias se encuentran el NADH, el acetaldehído y el ácido acético. Al acumularse el NADH ocasiona un incremento de la relación NADH / NAD, que, a su vez, determina el llamado potencial redox celular, el aumento de este potencial provoca que todas las reacciones químicas en las cuales intervienen las deshidrogenasas de óxido-reducción se desplacen unidireccionalmente hacia la formación de metabolitos reducidos. Cuando ya acumulación ocasiona diversas alteraciones metabólicas. Las dos moléculas NADH que se forma por cada molécula de etanol se generan principalmente en el citosol, mientras que los sistemas enzimáticos encargados de la regeneración del NAD a partir del NADH, son intramitocondriales. Como consecuencia, la célula tiene que trasladar los electrones del NADH al interior de

la mitocondria. Existen varios sistemas de transporte electrónico entre el citosol y la mitocondria, a saber, el sistema -- del glicerofosfato, el del maleato-aspartato y el de los áci-- dos grasos. A través del glicerofosfato que es unidireccional, los electrones del NADH se transfieren a la cadena respiratoria el NAD se genera y la energía se conserva en forma de ATP. --- quiere la participación de varias enzimas y es bidireccional. El mecanismo de transporte electrónico entre citosol y mitocon-- dria y sus consecuencias, son similares a los del sistema del glicerofosfato. Un tercer sistema de transferencia de electro-- nes a través de la membrana mitocondrial, es el de la elonga-- ción de la cadena lateral de los ácidos grasos que está acopla-- do a la B-oxidación intramitocondrial. La elongación de los á-- cidos grasos del citosol se verifica en la membrana externa mi-- tocondrial y después del transporte del ácido graso al inte--- rior de la mitocondria, la B-oxidación reduce el NAD, el núme-- ro de átomos de carbono de la cadena lateral del ácido graso y genera Acetil CoA. La Acetil CoA se retransporta al citosol en forma de citrato y puede utilizarse nuevamente para elongar la cadena lateral de un ácido graso. El exceso de NADH en la mito-- condria satura los mecanismos de oxidación-reducción de la cadena respiratoria y sustituye las vías metabólicas que se encar-- gan normalmente de producir el NADH, en especial el ciclo de - Krebs, la B-oxidación de los ácidos y el sistema enzimático de la deshidrogenasa púrica.

En resumen, el incremento en el potencial de óxido-redug-- ción ocasiona: La acumulación de metabolitos reducidos.

El consumo del NAD

Un incremento del transporte de electrones en-- tre citosol y mitocondrias.

La sustitución e inhibición de las rutas metabólicas que genera NADH.

Efectos del etanol en el metabolismo de la glucosa: La hipoglucemia es una complicación que puede ser mortal, sobre todo cuando su presencia no se sospecha como causa subyacente del estado de coma en una persona que simplemente parece estar "borracha". El mecanismo causante de esto se debe a la interferencia del alcohol con la gluconeogénesis. Este trastorno es más probable que se desarrolle en los sujetos que además de beber en exceso están desnutridos, debido a que sus reservas de glucógeno hepático se encuentran bajas. El mecanismo por el cual se explica todo lo anterior es el siguiente; como consecuencia del incremento del potencial de óxido-reducción, la reacción de la deshidrogenasa desplaza la formación de lactato la mayoría de los efectos que se han observado en el metabolismo de los carbohidratos, resultan del bloqueo metabólico de esta deshidrogenasa piridínica. Además, el exceso de Acetil CoA que se genera durante el metabolismo del etanol provoca una inhibición alostérica de la deshidrogenasa pirúvica, lo que disminuye aun más la capacidad del hígado para oxidar el piruvato y el lactato. En consecuencia, el hígado libera lactato y este se oxida a CO₂ en los tejidos extrahepáticos en los cuales no sucede este bloqueo metabólico. La formación del piruvato a partir del lactato (que en presencia de etanol está bloqueada) es una reacción gluconeogénica importante, pues parcialmente es responsable de la producción de glucosa en el hígado durante la etapa postabsortiva (a partir de seis horas después de la ingestión de alimentos); por lo tanto, los pacientes alcohólicos pueden desarrollar hipoglucemia si las fuentes alternas de glucosa no son muy suficientes. La hipoglucemia inducida por el e-

etanol es una entidad clínica bien definida que puede presentar se tanto en alcohólicos crónicos como en individuos que ingieren pequeñas cantidades de etanol, después de un prolongado período de ayuno. La gravedad de los síntomas varían mucho y pueden presentarse varias horas después de la ingestión. El aumento de lactato contribuye al desarrollo de la acidosis metabólica que se observa ocasionalmente en los sujetos alcohólicos. -- Los mecanismos que condicionan esta entidad patológica son múltiples, incluyen además de la lactacidemia; la acumulación de cuerpos cetónicos y de ácido láctico y la excreción de bicarbonato por orina. El equilibrio ácido-básico de estos pacientes se complica aún más por la ocurrencia de vómito repetitivo con disminución de volumen extracelular y alcalosis metabólica. La hiperlactacidemia tiene otros dos efectos importantes; uno de ellos es la disminución de la excreción urinaria de ácido úrico, lo que puede condicionar hiperuricemia. En sujetos que padecen gota, el etanol aumenta la producción de ácido úrico y el recambio metabólico de las bases púricas. El alcohol, puede producir el efecto opuesto, es decir una alza de la concentración de azúcar de la sangre. Tal efecto puede sobrevenir aunque no haya reducción de la secreción de insulina debido a la pancreatitis inducida por el alcohol, lo que no es realidad -- una consecuencia del valor calórico del alcohol. Los factores presuntos responsables del trastorno en la tolerancia a la glucosa son la disminución de la utilización periférica de la glucosa y la glucogenólisis mediada por la adrenalina. Se sabe -- que los alcohólicos tienen un alto índice de mortalidad por -- diabetes mellitus. La producción repetitiva de disminución de la tolerancia a la glucosa y el daño pancreático causado por -- el alcohol constituye la base de la relación entre la dependen

cia al alcohol y la elevada frecuencia de diabetes mellitus. -

Metabolismo de lípidos.- El incremento del potencial de óxido reducción sobre la glicerofosfato-deshidrogenasa condiciona la formación de precursores de triglicéridos a nivel hepático. La biosíntesis de fosfolípidos también está aumentada porque participa de la misma reacción de los triglicéridos, además de que el etanol aumenta la actividad de la colina fosfo transferasa y fosforil etanolamina transferasa. El aumento de la actividad microsomal produce un aumento de la síntesis de colesterol, el incremento de colesterol esterificado se debe también a la disminución de su tasa catabólica fraccional y a una disminución de la transferencia de colesterol de las lipoproteínas de alta densidad a las lipoproteínas de baja densidad. El menor incremento de colesterol libre, al parecer es un efecto secundario del aumento de su cambio plasmático y de la captación es plácnica así como de la disminución de su excreción. El aumento del potencial redox bloquea a la enzima deshidrogenasa hidroxibutírica, lo que ocasiona un desequilibrio en la formación de cuerpos cetónicos en favor del ácido B-hidroxibutírico respecto del aceto-acético, y, a pesar de que es relativamente raro, se ha observado cetoacidosis alcohólica en alcohólicos crónicos; después de varios días o semanas de ingerir grandes cantidades de bebidas alcohólicas, el paciente desarrolla una complicación abdominal aguda, de tipo pancreatitis o gastritis que le impide ingerir alcohol o alimentos, por lo cual entre las 24 y 72 hrs. posteriores se desarrolla una cetoacidosis a expensas de los ácidos B-hidroxibutíricos y aceto-acético con elevaciones variables asociadas del lactato. El etanol favorece el depósito de lípidos en el hígado y se cree que es debido al bloqueo de la B-oxidación debido al aumento -

del potencial redox y por la síntesis de acetyl CoA a partir de los productos del metabolismo del etanol, lo cual evita la producción de esta molécula de sus precursores endógenos habituales. Otro factor importante es el incremento de la síntesis de triglicéridos asociado a un defecto en su secreción; la combinación de estas dos alteraciones trae como consecuencia la acumulación de lípidos en el hepatocito. Algunos autores han demostrado que también aumenta la capacidad de captación hepática de los lípidos circulantes.

Metabolismo de las proteínas.- La ingestión aguda de etanol ocasiona una disminución de la síntesis proteica, la ingestión crónica condiciona un aumento en la síntesis de algunas -- proteínas. El efecto de inhibición sobre los procesos de secreción proteica y glicoproteica se debe a las alteraciones que el etanol ocasiona en el Aparato de Golgi en el proceso de glucosilación proteica y a la disminución de la masa microtubular. Uno de los efectos más importantes del etanol es la estimulación -- del proceso de fibrogénesis hepática. La hiperlactacidemia que se asocia con la ingestión de etanol, se debe al estímulo de la enzima peptidilprolil-hidroxilasa y a la inhibición de la prolina oxidasa, que trae como consecuencia un aumento en la biosíntesis de la colágena, condicionado también por un aumento del -- pool-hepático de prolina libre, lo cual constituye un estímulo bioquímico para la síntesis de la colágena. El etanol es causa frecuente de hiperlipoproteínas de muy baja densidad, constituyendo una de las causas de hiperlipoproteíнемia secundaria tipo cuatro (IV) de la clasificación de Fredericksen. Sin embargo -- son los alcohólicos crónicos en donde ocurre una disminución de la capacidad de secreción de las lipoproteínas, que tiende a -- contrarrestar el aumento en la síntesis lipoproteica, el etanol

aumenta la actividad de la enzima lipasa lipoproteica, cuya máxima inducción ocurre a las cuatro semanas del inicio de la ingestión de bebidas alcohólicas, ésta condiciona un aumento en la capacidad de depuración de las lipoproteínas ricas en triglicéridos por lo que estos pueden aumentar en todas las fracciones lipoproteicas, incluso las que tienen normalmente un bajo contenido de estos, como las lipoproteínas de alta densidad (HDL). Las lipoproteínas de alta densidad incluyen las subfracciones: HDL2 (menos densa) que al parecer se genera por la acción de la lipasa proteica sobre los remanentes de lipoproteínas ricas en triglicéridos y la HDL3 (más densa), generada a partir de las llamadas HDL "nacientes" que se sintetizan en el sistema microsomal hepático, la HDL2 es la que muestra más claramente una correlación inversa con la aterosclerosis y sus complicaciones. En los alcohólicos crónicos sin evidencia de hepatopatía el incremento de las HDL se verifica principalmente a expensas de la fracción HDL2 aunque también aumenta la fracción HDL3. Se observa aumento de las apoproteínas características de las HDL en los mismos estudios. El aumento de las HDL2 se asoció con el incremento de la actividad de la lipasa lipoproteica y se postuló la posibilidad de que hubiera alguna relación entre estos hallazgos. En bebedores moderados la abstinencia del alcohol durante cinco o seis semanas se asocia con una disminución significativa de las HDL y de la fracción HDL3, sin cambios en las HDL2 y que al reiniciar el consumo moderado de etanol ocurren incrementos moderados en las HDL y HDL3, pero no en el nivel de las HDL2. En consecuencia, el alcoholismo intenso en ausencia de daño hepático ocasiona un aumento de la fracción HDL2 y una disminución de la frecuencia de la enfermedad coronaria. El alcoholismo moderado ocasiona un aumento en los niveles de -

HDL3 por lo que el efecto protector coronario puede ser independiente del aumento en las HDL3 o, alternativamente, la subfracción HDL3 puede actuar con un probable efecto reductor de la aterosclerosis y sus complicaciones coronarias. La concentración sérica de lipoproteínas se encuentra disminuida en los alcohólicos crónicos. En los pacientes con aterosclerosis coronaria su concentración se encuentra aumentada. En consecuencia, la disminución de la concentración de esta lipoproteína en los alcohólicos crónicos puede ser un factor adicional en la reducción de riesgo de la aterosclerosis condicionada por el consumo de etanol provoca un aumento del nivel de acetaldehído en la sangre, tanto por aumento en su producción, como por la disminución de la actividad de la deshidrogenasa aldehídica o por la disminución del catabolismo del acetaldehído. El acetaldehído induce cambios mitocondriales, que incluyen daño estructural, fragilidad y alteraciones en la integridad de la membrana interna, el acetaldehído establece uniones hemiacetal con la cistaina y el glutatión disponible para la detoxificación de radicales libres, estos últimos ocasionan daños por peroxidación de los lípidos de las membranas biológicas. En biopsias hepáticas se ha demostrado que los pacientes con hepatopatía alcohólica tiene una menor cantidad de los productos de la peroxidación de los lípidos, que los pacientes con daño hepático no relacionado con el alcoholismo, estos cambios se presentaron en todos los pacientes alcohólicos, independientemente de lo avanzado de la hepatopatía. Otros efectos tóxicos del acetaldehído incluyen la neuropatía o neurotoxicidad directa, la disminución de los niveles de piridoxal 5 P y alteraciones en el metabolismo de las aminas biológicas. Con respecto a los efectos metabólicos del acetato; se sabe con certeza que inhibe la lipólisis en el tejido adiposo y, en consecuencia disminuye la cantidad de ácidos -

grasos circulantes (Ac. grasos libres). El efecto más consistente del consumo crónico del etanol es la proliferación del retículo endoplásmico liso y la inducción del sistema microsomal de oxidación del etanol (MEOS). Sin embargo la inducción del sistema MEOS, la proliferación de las membranas del REL y la función del citocromo P 450, tiene una serie de efectos adversos, ya -- que por tratarse de sistemas relativamente inespecíficos, puede ocasionar un aumento en la producción de metabolitos tóxicos de ciertas drogas. Además del daño estructural que el etanol causa en organelos intracelulares principalmente mitocondrias, altera la estructura y, por lo tanto las funciones de la membrana, por ejemplo, disminuye los receptores hormonales de la membrana, entre los que se encuentran los del glucagon. Las alteraciones en la composición química de la membrana también puede ocasionar la aparición de ciertos determinantes antigénicos capaces de evocar una respuesta de inmunidad humoral (IgG e IgA) contra algunos de sus componentes.

Las patologías que puede dar lugar al alcoholismo son variadas, ya que afectan todos los aparatos y sistemas de la economía del paciente alcohólico, por lo que mencionaremos algunos de los problemas más frecuentes en la consulta externa y de los servicios de urgencias. Como consecuencia de la fácil difusibilidad, el alcohol pasa a la leche materna, a la placenta y al líquido amniótico, al humor vítreo, a los líquidos cerebroespinal y ascítico, a la bilis, saliva, orina y aire espirado. Cuando las concentraciones de alcohol en la sangre alcanzan cifras de 200 y 300 mg. por dl., la excreción pulmonar y renal, juntas son del 10 al 15% del total. El hígado metaboliza, aproximadamente el 75% del alcohol ingerido. La capacidad hepática para metabolizar alcohol, en un hombre de 70 kgs. es de aproximadamente 200 a 240 grs. diarios; sin embargo en el individuo cróni

co, la capacidad metabólica para el alcohol puede ser tan alta como 370 gm. diarios. El alcohol afecta al aparato digestivo - tanto por su efecto irritante local, como por su eliminación a través de diversas secreciones digestivas, fundamentalmente, - por los efectos tóxicos que tiene la misma sustancia y sus metabolitos sobre el hígado y otros órganos. En el alcohólico -- crónico existe hipertrofia parotídea debido a que la secreción salival es estimulada por el alcohol, por efecto directo sobre las células secretoras, o por influencias psíquicas y reflejas. El alcohol al ser excretado en pequeñas cantidades por las --- glándulas salivales, estimula su secreción, también puede producir salivación exagerada por los mecanismos psicológicos involucrados en el deseo de ingerir alcohol y como reflejo a través de acción estimulante sobre las papilas gustativas. El alcohol puede ocasionar alteraciones a nivel esofágico, tales como; la esofagitis que resulta de la acción irritante directa - del alcohol en la mucosa del esófago. Los vómitos repetidos y acompañados de gran esfuerzo pueden ocasionar ruptura lineal - de la mucosa del órgano, conduciendo al llamado síndrome de Mallory-Weiss, causa frecuente de hemorragia digestiva alta, y el síndrome de Boerhave que consiste en la perforación de todas - las capas del esófago, hacia el mediastino o hacia la cavidad respectiva. Se ha mencionado también, que el efecto irritante crónico del alcohol, así como de otras sustancias, puede ocasionar a la larga, carcinoma del esófago. La gastritis alcohólica aguda es la lesión o consecuencia principal de la ingestión aguda de alcohol. La ingestión crónica de alcohol habitualmente resulta en cambios más sutiles que afectan el balance de hierro y proteínas. Entre los alcohólicos, la gastritis aguda es responsable de una cuarta parte de los episodios de -

hemorragia digestiva. La gastritis aguda es el resultado directo del daño a la membrana mucosa que resulta en escurrimiento o pérdida de electrolitos, proteínas y glóbulos rojos a la luz del estómago. La ingestión de alcohol en grandes cantidades -- puede ocasionar cierto retardo en el vaciamiento gástrico que favorece la acción tóxica de la sustancia sobre la mucosa del órgano. El alcoholismo crónico frecuentemente es causa de gastritis atrófica, de presencia de sangre oculta en heces y de -- pérdida de proteínas a través de la mucosa gástrica, así como también puede contribuir a la anemia y a la desnutrición que -- afectan a la mayor parte de la población de alcohólicos crónicos. Se tiene conocimiento que el alcoholismo intenso y prologado ocasiona absorción deficiente de algunas vitaminas, incluyendo tiamina y vitamina B12, entre otras, así como también ácido fólico. Aparentemente, el alcohol ocasiona trastornos de la movilidad colónica, por lo cual los enfermos alcohólicos -- pueden presentar episodios de constipación, diarrea y evacuaciones intestinales anormales. Se considera, que no existen efectos directos del alcohol sobre la mucosa del colon, aún -- cuando el efecto irritante residual de la ingestión de grandes cantidades de bebidas alcohólicas puede ocasionar síndromes -- disenteriformes con dolor abdominal. La ingestión excesiva de alcohol frecuentemente procede al desarrollo de pancreatitis aguda o crónica. Se ha demostrado que el alcohol se distribuye inacómodicamente en el agua corporal y es secretado por el páncreas en concentraciones similares a las que se encuentra en -- la sangre periférica. No se sabe si el páncreas puede metabolizar el alcohol. Debido a sus propiedades solventes, el etanol puede disolver algunas sustancias vitales para la función celular y puede alterar estructura y función de las membranas ce-

lulares. Después de la exposición al alcohol, disminuye el volumen del jugo pancreático y aumentan las concentraciones de tripsinógeno, amilas y protefnas, pero continua la disminución del factor pancreático inhibidor de la tripsina. Se conocen dos tipos de pancreatitis alcohólica aguda; edematosa y hemorrágica. Gran número de los casos fatales de pancreatitis hemorrágica son resultado de la ingestión immoderada de alcohol. Es posible que el alcohol tenga acción directa tóxica entre el metabolismo de las células exógenas pancreáticas que conduzcan a la activación de zimógenos y que culmine en inflamación pancreática aguda. También es posible que el acetaldehído sea el culpable de los trastornos mencionados. Pancreatitis crónica: Se aceptan dos tipos de pancreatitis crónica. La forma crónica recidivante con exacerbaciones agudas, dominadas por dolor abdominal y aumento de las enzimas pancreáticas; y la pancreatitis crónica dominada por complicaciones como esteatorrea, diabetes mellitus, calcificaciones y otras, pero sin dolor abdominal de importancia. En nuestro medio, la pancreatitis crónica está asociada en la mayor parte de los casos con ingestión exagerada de alcohol pero pueden existir otros factores etiológicos como el hiperparatiroidismo, la pancreatitis crónica idiopática, etc., que deben tomarse en cuenta para el diagnóstico diferencial. La pancreatitis crónica en el enfermo alcohólico puede presentarse sin historia de ataques previos. La patología de la enfermedad varía desde el páncreas nodular hasta la fibrosis difusa y la atrofia. La mayor parte de los autores consideran a la calcificación pancreática como una complicación de la pancreatitis crónica, que puede presentarse tempranamente o tarde en el curso de la enfermedad. Los depósitos calcificados en los conductos pancreáticos consisten, fundamen-

talmente, en carbonato de calcio, mientras los que se encuentran depositados en la necrosis grasa consisten en hidroxipatita. En la pancreatitis alcohólica el mecanismo más plausible toxicidad directa del alcohol o su metabolito, acetaldehído, sobre el páncreas. Se considera también que la susceptibilidad individual juega un papel importante en cuanto a los efectos tóxicos del etanol, se ha observado que los cambios pancreáticos consisten en cambios intrínsecos en el parénquima, tales como la compresión por tejido cicatrizal, y puede ocurrir la producción de pequeños quistes por la oclusión de conductos.

Enfermedad hepática inducida por el alcohol: Se sabe que el alcohol y sus metabolitos son hepatotóxicos y que puede producir cambios estructurales aún pocas horas después de su ingestión. La ingestión deriva comúnmente en esteatosis, pero no está siempre condicionada a progresar a hepatitis o cirrosis. Algunas investigaciones sugieren que la mayoría de los pacientes con cirrosis inducida por el alcohol presentan o han presentado una etapa de hepatitis; sin embargo, en otros estudios no se ha evidenciado esta secuencia. De lo anterior se deduce que no se conoce con exactitud los factores que intervienen en el desarrollo de la enfermedad, se dice que solamente del 8 al 20% de los alcohólicos crónicos desarrollan cirrosis, se considera definitivamente que otros factores (genéticos, hormonales, nutricionales, ambientales, etc.) desempeñan un papel importante en la patogénesis de la cirrosis hepática. En una forma breve se puede decir que el alcoholismo crónico puede dar como consecuencia esteatosis hepática, hepatitis alcohólica aguda, hepatitis alcohólica crónica, posteriormente alteraciones aún más severas como lo es la cirrosis macronodular y micronodular que en muchas ocasiones evoluciona a carcinoma hepatocelular.

Dentro de las complicaciones renales que se presentan a consecuencia del alcoholismo, tenemos las siguientes consideraciones; se sabe que la ingestión de alcohol produce un aumento de la diuresis por ser un potente inhibidor de la hormona antidiurética, el sitio de acción del etanol parece estar por arriba del núcleo supraóptico del hipotálamo. Se sostiene lo anterior por las siguientes evidencias; primero los estímulos que dan lugar a la liberación de vasopresina, tales como el cloruro de sodio, o la aplicación directa de acetilcolina al núcleo supraóptico, puede contrarrestar los efectos antidiuréticos -- del alcohol. En segundo lugar, el etanol inhibe los cambios -- histológicos de las células que contienen vasopresina en el nucleo supraóptico producidos por dosis elevadas de NaCl en los animales de experimentación. Se considera que los efectos del alcohol sobre la liberación de vasopresina parece ser, debido a una acción sobre un sitio neuronal, localizado en células -- neurosecretoras superiores. Se ha descartado una acción del etanol sobre los túbulos renales, ya que responde, a la administración de vasopresina.

Dentro de las complicaciones del alcoholismo en el equilibrio ácido-base se encuentra la acetoacidosis, que se presenta como secuela del abuso excesivo de etanol, observándose que afecta más a las mujeres perimenopáusicas. La fuente principal del ion hidrógeno es el ácido B-hidroxibutírico; por lo que la reacción del nitroprusiato en suero es negativa, el diagnóstico de la cetoacidosis secundaria a la ingesta de alcohol se hace por el antecedente de la ingesta excesiva y reciente del -- mismo y en la ausencia de otra causa demostrable para la cetoacidosis. Cuando la acidosis no está asociada a alteraciones electrolíticas y se diagnostica oportunamente, basta asegurar --

el aporte nutricional y evitar la ingesta de alcohol para que el problema se resuelva en unas cuantas horas. Si a pesar de un tratamiento adecuado, a base de agua y electrolitos, calorías y nutrientes, el enfermo continua acidótico, habrá que descartar una intoxicación por otras sustancias, como la ingesta accidental de alcohol metílico, etilenglicol y paraldehído, ya que estos productos producen acidosis metabólica grave. La ingesta de etanol en forma aguda o crónica causa alteraciones metabólicas en los diferentes minerales por lo que se considera que el sistema regulador de la homeostasis mineral está severamente alterado, enseguida revisaremos que pasa con cada uno de los más importantes minerales de nuestro cuerpo después de la ingesta aguda o crónica de etanol.

Calcio.- La ingesta aguda de etanol, aumenta un 68% a un 89% la eliminación urinaria de calcio, por lo que produce una hipocalcemia transitoria, pues de hecho, en personas normales a quienes se ha administrado 0.8 gm. de alcohol por kg. de peso, mostraron un aumento, tanto en los niveles hormonales de hormona paratiroidea como de calcitonina, y de esta manera se compensa el efecto hipocalcemiante del etanol. El paciente alcohólico casi siempre cursa con grados variables de desnutrición y acidosis metabólica, estos dos factores hacen que el aporte y la reserva de calcio sea insuficientes, todo lo anterior nos explica por que el paciente alcohólico cursa con hipocalcemia.

Fósforo.- Se ha observado experimentalmente que después de una intoxicación aguda de alcohol, los niveles de fósforo y ATP sufren una depleción evidente, se considera que la hipofosfatemia se presenta en grados variables en el paciente alcohólico, obedeciendo al mismo mecanismo que produce el déficit de

calcio. La deficiencia de fósforo provoca teóricamente una diminución de los nucleótidos fosforilados, que son los responsables del consumo, almacenamiento y transporte de la energía dentro de las células. Se cree que por eso algunos alcohólicos presentan formas de miopatía tanto proximal como distal, la hipofosfatemia inhibe la secreción de hormona paratiroide por -- que altera la fluidez de la membrana celular.

Magnesio.— La hipomagnesemia al igual que la hipocalcemia y la hipofosfatemia tienen un origen multifactorial y pueden ser el resultado de una combinación de los siguientes factores: Nutricionales, intestinales, metabólicos y renales. Se ha observado que el paciente con síndrome de abstinencia que cursa con delirium tremens y convulsiones en la estimulación fótica, generalmente tiene déficit de magnesio, que revierte cuando se suplementa entre 50-200 mmol de este metal. La miopatía alcohólica es otra alteración condicionada por la deficiencia de magnesio. A largo plazo, la enfermedad metabólica del esquelito, la miopatía y algunas neuropatías, incapacitan al alcohólico y contribuyen a la depresión emocional y por lo tanto, a la reincidencia en el hábito alcohólico.

Potasio.— La disminución de potasio es explicada por una nutrición deficiente y por pérdidas gastrointestinales durante la intoxicación alcohólica, y, la supresión de la misma se caracteriza por valores de potasio bajos. En relación a su magnitud, la hipokalemia ha sido de tal severidad como para producir alteraciones electrocardiográficas.

Complicaciones cardiovasculares.— Se ha comprobado que el músculo de tipo sincicial miocárdico, el estriado y el liso vascular, son sensibles al efecto del etanol y sus metabolitos.

El etanol aumenta la secreción de adrenalina y el acetaldehído la de norepinefrina. Aparte de este efecto indirecto el etanol es arritmogénico debido a los trastornos que causa en la permeabilidad de la membrana y en el transporte iónico. El etanol puede modificar la ATPasa, enzima fundamental en el proceso de excitación-contracción miofibrilar cardíaca, es parecido al de la digital; ambas tienden a retener el Na y al Ca dentro de la célula y a mantener fuera el K, el Mg y los fosfatos. Estos se consideran los efectos electrogénicos en la bomba iónica y en la ATPasa, responsables de las arritmias consecutivas. El bebedor social no cardiopata, puede presentar arritmias si la concentración en su sangre es de 50 a 100 mg. de etanol por dl. - Dentro de los efectos crónicos del alcoholismo en el sistema cardiovascular se destaca la cardiopatía alcohólica y para distinguirla de otra cardiopatía, se exige para su diagnóstico lo siguiente; comprobar que el etanol es la única causa, ante el antecedente claro y definido de una historia de alcoholismo -- crónico cuya duración sea, por lo menos, de cinco a diez años habitualmente excesiva y continua. En su forma más avanzada la cardiopatía alcohólica se manifiesta por; cardiomegalia con dilatación en las cuatro cámaras. Algunas veces disminución de la pared ventricular en cuanto a su espesor se refiere. En la cardiopatía alcohólica, son frecuentes las arritmias y los -- trastornos de la conducción eléctrica, la insuficiencia cardíaca izquierda, derecha o global y tromboembolia en diversas áreas. Por otro parte se sugiere que existen relación entre el consumo regular de bebidas alcohólicas y el desarrollo de hipertensión arterial. Se ha postulado por lo menos tres hipótesis para explicar los efectos hipertensivos de la ingestión -- crónica de alcohol; 1) se considera que el etanol estimula la

secreción de aldosterona, arginina-vasopresina, así como el sistema renina-angiotensina. 2) el etanol pudiera producir un exceso de corticosteroides circulantes, aumentando la secreción de corticotropina o afecta el metabolismo hepático de los esteroides, sólo en ausencia de daño hepático. 3) el alcohol, al producir hiperuricemia mediante aumento de lactato y disminución de la secreción en el urato tubular, podría elevar la tensión arterial, puesto que se ha observado mayor frecuencia de hipertensión arterial en sujetos con elevación del ácido úrico. Sin embargo no está bien definido por que se produce la hipertensión arterial en alcohólico crónico.

Efectos sobre el sistema nervioso central.- Actualmente se sabe que la principal acción del etanol es inhibir el ácido gama-aminobutírico, mismo que se considera como el neurotransmisor inhibitor por excelencia, de esta manera el alcohólico disminuye la posibilidad de que haya lugar una inhibición endógena en el cerebro por ingestión de alcohol misma, generando un fenómeno de excitación que se traduce fisiológicamente en una sensación placentera de bienestar y euforia. De tal forma que las áreas límbicas se liberan de sus inhibiciones corticales localizadas en el lóbulo frontal y el sujeto se libera de tensiones soma topográficas y presiones que ejercen los centros intelectuales superiores del cerebro. Se piensa también que los efectos tóxicos del alcohol están mediados parcialmente por opiáceos endógenos, sobre todo por la B-endorfina. Según la concentración de alcohol en la sangre, así va a ser la influencia cerebral en el individuo, de tal manera que una concentración menor del 0.03% de alcohol en sangre provoca que el individuo se sienta valiente y exaltado, con el .05% el sujeto empieza a sentirse bien dispuesto y genial, con el 0.10% el in

dividuos es agresivo y peligroso, con una concentración del -- 0.18% los individuos presentan mareos, ataxia, inestabilidad y una leve sensación de malestar general. Cuando se alcanza una concentración del 0.30% el sujeto ya no se puede expresar en forma coherente y sus palabras son en forma delirante y desorganizada, con una concentración del 0.35% se inicia un bloqueo importante de las funciones cerebrales y de coordinación motora (ataxia) y cuando las concentraciones de alcohol en la sangre llega al 0.6%, el sujeto está en riesgo de morir.

El alcoholismo crónico produce las siguientes patologías neurológicas; a) Neuropatía periférica. b) atrofia cerebral generalizada. c) desmielinización del nervio óptico. d) mielinitis cerebral pontina. e) degeneración del haz amilotalámico y de los cuerpos mamilares, etc. Por las alteraciones que el alcohol produce a nivel del sistema nervioso central se pueden producir alteraciones de índole psiquiátrico, tomando como base la tercera edición del manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III). El cual refiere la siguiente clasificación: Intoxicación alcohólica, intoxicación alcohólica idiosincrática, Supresión alcohólica (síndrome de abstinencia sin delirium), - Síndrome de supresión alcohólica con delirium, Alucinosis alcohólica, trastorno amnésico alcohólico (Síndrome de Korsakof y Wernicke), Demencia asociada al alcoholismo, y por último la dependencia del alcohol asociada a un trastorno paranoide (Se hace alusión al cuadro de "celotipia alcohólica" o "delirio de celos").

La repercusión del alcoholismo en la reproducción humana .- Actualmente se conocen varios casos de casos del llamado síndrome fetal alcohólico con un patrón bien definido, a saber

deficiencia mental y malformaciones craneofaciales originadas tal vez desde el periodo embrionario. El consumo de cualquier cantidad de etanol durante el embarazo es sumamente peligroso para el feto, aunque es evidente que a mayor cantidad ingerida mayor el riesgo. Se considera que durante las primeras semanas de desarrollo fetal, el etanol o el acetaldehído, ambos, actúan como agentes mutagénicos y ocasionan muerte celular o aberraciones cromosómicas, se ha dicho también que entre la cuarta y décima semana del desarrollo embrionario, es muy probable que el etanol y el acetaldehído tenga un efecto citotóxico sobre las neuronas y provoque alteraciones en el proceso de migración celular, tanto de la glía como de las neuronas. Al parecer, la ingestión de etanol entre la octava y décima semana de embarazo, desorganiza y retarda la migración celular y, como consecuencia la estructura de cerebro y cerebelo, el daño es poco intenso y puede completarse posteriormente. Se ha comprobado que el acetaldehído interfiere de varias maneras en la producción de los neurotransmisores del sistema nervioso central; esto genera anomalías endócrinas, incluyendo un efecto sobre el hipotálamo que altera la liberación de la hormona de crecimiento.

El síndrome fetal alcohólico.- Es un embriofetopatía de gravedad variable que se presenta con una frecuencia elevada - en la prole de mujeres alcohólicas. Se caracteriza por retraso pre y postnatal del crecimiento deficiencia mental y psicolomotoras graves, microcefalia, dismorfogénesis de predominio facial y otras malformaciones, sobre todo cardíacas. Se considera que la frecuencia con que se presenta el síndrome fetal alcohólico es de uno a dos casos por cada mil nacidos vivos, - el síndrome constituye la tercera causa de retardo mental gra-

ve entre las enfermedades malformativas y, tal vez sea la primera causa de retardo mental inevitable una vez producida la malformación y evitable si se atiende la prevención del alcoholismo.

Repercusión del alcoholismo sobre el sistema hemático. - El alcohol puede afectar de dos maneras diferentes a la sangre por acción directa del etanol o como consecuencia de otras alteraciones provocadas por el mismo alcohol, como lo es la hemorragia del tubo digestivo, hepatopatía, desnutrición, mal absorción, etc., se considera que una de las complicaciones más frecuentes del alcoholismo es la macrocitosis debido a que el alcohol ocasiona una disminución del ATP eritrocitario con aumento en la entrada del sodio. Se considera que puede presentar anemia megaloblástica por carencia de ácido fólico y excepcionalmente a una deficiencia de vitamina B12. Los voluntarios normales que ingieren dosis altas de alcohol presentan una disminución de ácido fólico ocho horas después de la ingestión y regresa rápidamente a las cifras normales al suspender la ingesta. El alcohol aumenta la excreción del ácido fólico a través de la orina. En realidad son muchas las complicaciones del alcoholismo en el sistema hemático pero todas ellas debido en muchas ocasiones a los efectos secundarios. Por lo que para los fines de esta tesis, solo se hace mención de algunas de ellas y no pasan desapercibidas por el médico al darle atención al paciente alcohólico.

D.- CONCEPTO DEL ALCOHOLISMO Y CLASIFICACION.

Durante todos los tiempos, sociedades y culturas se han dado diferentes o muy diversos conceptos de lo que es el alcoholismo, variando de acuerdo al enfoque que se le quiera dar, así tenemos por ejemplo: Conceptos médicos, psicológicos, sociales, morales, etc., uno de los conceptos más importantes es el dado por el doctor Mark Keller que dice: El alcoholismo es una enfermedad crónica de carácter físico, psíquico o psicossomático, que se manifiesta como trastorno de la conducta y que se caracteriza por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto de que excede lo que se acepta socialmente y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para trabajar. En esta definición se destaca el concepto de enfermedad y como tal indudablemente se debe tener una etiología que es muy compleja y - que depende de muy diversos factores, se puede decir que aún - no está muy bien definida. Por lo tanto atendiendo el concepto de enfermedad, al alcoholismo impide que el organismo funcione en forma normal. Cuando nos referimos en la definición de que se trata de una enfermedad crónica, es para no establecer confusión con el estado de intoxicación alcohólica aguda, ya que un individuo que sufre una intoxicación alcohólica puede ser - un alcohólico pero no necesariamente lo es; por otra parte, un verdadero alcohólico (crónico) puede no presentar episodios de intoxicación aguda severa en los que su abriedad sea evidente. El término; ingestión repetida y excesiva de alcohol, se refiere a la incapacidad del alcohólico para alejarse de la droga, lo que vendría a implicar que el alcoholismo es una farmacodependencia aprendida. El propio Keller establece que el alcoholismo es una dependencia aprendida (o condicionada) del alco-

hol, que conduce inevitablemente a la ingestión cuando ocurre un estímulo crítico, sea interno o ambiental. El concepto de síndrome de dependencia al alcohol (SDA) fué formulado por un grupo de investigadores de la OMS. Utilizando el término de "síndrome" para connotar que un cierto número de fenómenos físicos se encuentran relacionados con frecuencia como para garantizar que se les incluya como rasgos de la misma clase. El síndrome de dependencia al alcohol incluye cambios de la conducta, subjetivos y psicobiológicos que se caracterizan principalmente por la falta de control sobre la ingestión de la sustancia. Las alteraciones se encuentran en el consumo del individuo, que se vuelve más susceptible a las presiones sociales y a las consecuencias negativas de sus acciones y progresivamente se torna más inflexible y estereotipado en su repertorio. - Los cambios subjetivos consisten en la toma de conciencia del individuo sobre su propia pérdida de control en sus hábitos de consumo, y su elevada preocupación y ansiedad respecto al alcohol. Las alteraciones en la esfera psicobiológica incluyen los signos y síntomas de la abstinencia, beber para aliviar los síntomas de la abstinencia y un alto grado de tolerancia al alcohol. Los investigadores de la OMS usaron la frase "incapacidades relacionadas con el consumo de alcohol" para connotar cualquier trastorno en el funcionamiento físico, mental o social del individuo, que permita racionalmente concluir que el alcohol jugó un papel causal principal. Se puede decir que con mucha frecuencia resulta difícil o carece de valor intentar diferenciar con precisión el papel que desempeñó el alcohol en la producción de una incapacidad específica (por ejemplo; en casos de accidente o suicidios). Ya que el alcohol puede contribuir a una incapacidad en ausencia de dependencia al mismo; es decir,

que algunas incapacidades que el alcohol produce no necesariamente se relacionan con la dependencia al mismo. Davies (1974) dice; " El alcoholismo consiste en la ingestión intermitente o continua de alcohol que lleva a la dependencia y a consecuencia nociva".

Existen dos tipos de definiciones concernientes a explicar la naturaleza patológica de la dependencia al alcohol. La primera es la definición esencialista, que intenta cifrar la naturaleza fundamental de la situación definida, es decir, hacer explícita la esencia que hace a la entidad definida diferente de otras entidades. Así que este tipo de definición postula una afirmación profunda que requiere de prueba, sin embargo las afirmaciones sobre las esencias de las cosas no son susceptibles de abordarse a través del procedimiento científico de formular hipótesis deductiva y someterlas a demostración experimental. No resulta factible, pues, evaluar experimentalmente la exactitud de una proposición sobre la naturaleza esencial de la dependencia alcohólica. La segunda o definición nominalista es un enfoque diferente en el cual simplemente se pretende proporcionar una etiqueta funcional para abarcar un grupo designado de fenómeno. La dependencia alcohólica puede definirse como una enfermedad dado que de hecho posee características en común con otros trastornos que nadie duda en catalogar como enfermedad. Estos atributos comunes incluyen trastornos en el funcionamiento físico y mental, debilitación sobre el control de ciertos aspectos de la conducta, alteraciones estructurales del organismo en los adictos alcohólicos y disminución de la esperanza de vida. El término " abuso del alcohol" se utiliza, a pesar de su tono peroyativo, debido a que aparece bastante en la literatura ya que no necesariamente im-

plica dependencia pero pueda significar consumo excesivo de alcohol en una o más ocasiones. Existen otros modelos de considerar el problema del alcoholismo, así tenemos por ejemplo: Un modelo moral, un modelo psicológico, un modelo sociocultural, un modelo epidemiológico, y un modelo interdisciplinario, de tal manera que cada uno define al alcoholismo desde sus muy particulares puntos de vista, de ahí que se cuenta con una importante cantidad de definiciones, sin que ninguna sea totalmente satisfactoria. El modelo interdisciplinario trata de que el alcoholismo sea visto como lo que es, un fenómeno multicausal, y - que por lo tanto su tratamiento integral tiene que ser interdisciplinario. Por lo que este modelo reúne cada uno de los conceptos vertidos en cada uno de los modelos mencionados y propone la aplicación simultánea y racional de los mismos.

CRITERIOS PARA DETERMINAR EL ALCOHOLISMO.

Existe una gran variedad de criterios para clasificar a los sujetos alcohólicos. Pérez Tamayo, citando al comité estadounidense de alcoholismo, divide a los bebedores en tres tipos: Bebedor normal es el que consume entre uno y 49 gm. de alcohol al día; bebedor exagerado el que consume entre 50 y 100 gm. de alcohol diariamente; bebedor inveterado, quien bebe cantidades mayores. Además, subdivide a cada tipo en tres clases, de acuerdo con la frecuencia de la ingestión en: diario, intermitente o de fin de semana. Marco ni clasifica a los alcohólicos, según la cantidad y los efectos de la ingestión alcohólica; bebedor normal, el que ingiere menos de 100 ml. (79gm.) de alcohol al día y se embriaga menos de una vez por mes, bebedor excesivo quien ingiere más de 100 ml. y se embriaga más de una vez por mes, y bebedor patológico o alcohólico el que bebe (independientemente de la cantidad y sus efectos) para calmar los

síntomas de la dependencia física del alcohol. De acuerdo con el tiempo que transcurre entre una ingestión y otra, lo subdivide en; continuo o inveterado, intermitente o remitante, si entre una y otra transcurren, días, o semanas, meses o años -- respectivamente. Así como estas hay muchas otras definiciones y clasificaciones del alcoholismo.

EL ALCOHOLISMO SEGUN E. M. JELLINEK

Jellinek define al alcoholismo como "cualquier trastorno o uso de bebidas alcohólicas que causa cualquier daño al individuo, a la sociedad o a ambos". Y define al alcoholismo por patrones básicos o etiquetados con letras del alfabeto griego. Y así tenemos la siguiente clasificación:

Alcoholismo alfa.-- Consiste en una dependencia psicológica al alcohol. "Bebida indisciplinada" es la frase que también se utiliza para describir este estado. Un individuo con alcoholismo alfa puede proceder a desarrollar dependencia física y las demás características del alcoholismo gama.

Alcoholismo beta.-- Representa el hábito de beber de manera social en exceso con sus secuelas físicas. Jellinek consideró que el fenómeno es más común en los países en que es normal consumir alcohol. Con frecuencia se relaciona con desnutrición. De acuerdo con Jellinek no están presentes aquí la dependencia psicológica ni física.

Alcoholismo gama.-- Consiste en el beber hasta el estado de embriaguez en episodios que pueden durar hasta días, semanas o meses. Existe dependencia física que se manifiesta por los síntomas del síndrome de abstinencia cuando se deja de ingerir la dosis de alcohol habitual. Entre borrachera y borrachera el alcohólico, o se abstiene de tomar o bien lo hace de modo moderado, se dice que en este estado se "pierde el con---

trol", en el sentido de que cuando el sujeto toma alcohol a veces evoca añoranza y deseo de beber más y la ingestión puede -continuar hasta la intoxicación. En este contexto Jellinek hace alusión al famoso refrán que citan los grupo de los Alcohólicos Anónimos; "un trago es demasiado y veinte no son sufi---ciente".

Alcoholismo delta.- Se caracteriza por un elevado volu--men en el consumo de alcohol durante el día, aunque el sujeto retiene la capacidad de evitar disfunciones de la intoxicación patente. Existen en estos casos una pronunciada neuroadapta---ción y una marcada tolerancia funcional, aunque las caracteríficas del síndrome de abstinencia típicas de la dependencia física ayuda a explicar porque el sujeto no puede dejar de beber ni siquiera un día.

Alcoholismo epsilon.- Es otra variante de Jellinek. Se -caracteriza por un patrón de fases infrecuentes de borracheras cortas intercaladas entre periodos largos de abstinencia total. Debe distinguirse de los episodios breves de ingestión moderada a excesivas por parte de los alcohólicos gama o delta que -busacan la abstinencia y son capaces de lograrla de modo temporal entre episodios de parrandas.

E) PERSONALIDAD Y AUTOCONCEPTO DEL ALCOHOLICO

La personalidad puede definirse como ese particular conjunto formado por los modelos de conductas y tendencias relativamente permanentes, que son características de un individuo. En cierto grado, algunas pautas ya están establecidas -- cuando el niño nace, como podría decirse del temperamento que es innato, por otro lado, el carácter como componente de la personalidad es como una barrera que se va adquiriendo y que por lo tanto es determinado por el medio social en el que se desarrolla al individuo. Por otro lado en la práctica médica, es difícil distinguir entre carácter y temperamento que aparecen ante nosotros como un todo fusionado y funcional. Se habla del carácter como el instrumento de vinculación del individuo con el mundo, con las demás personas y consigo mismo.-- Promm refiere que el hombre se vincula al mundo: a) adquiriendo y asimilando cosas y b) relacionándose con la gente y consigo mismo. Llama a la primera modalidad proceso de asimilación, y a la segunda proceso de socialización. "El hombre puede adquirir cosas --observa-- recibíéndolas o tomándolas de una fuente exterior o produciéndolas a través de su propio esfuerzo". El hombre puede relacionarse consigo mismo o con los demás en varias formas, por lo que puede amar u odiar, puede --competir o cooperar; puede construir un sistema social basado en la igualdad o en el dominio, etc., pero tiene que vincularse en alguna forma particular de vinculación es expresión de su carácter. Dentro del proceso de asimilación; el carácter receptivo parece ser el que predomina en los alcohólicos, ya que la orientación receptiva es en la que la persona espera -- que todo lo que necesita o desea, debe venir de una fuente ex

terior y no de sus propios esfuerzos. Pasivamente depende de otras personas, de quienes esperan recibirlo todo. Está siempre en busca de alguien que lo proteja. Para ella, amor significa ser amado y no al proceso activo de amar. El sentirse egoísta la aterroriza y por ello con frecuencia trata de ser leal a mucha gente simultáneamente. No puede decir no a los demás por miedo a perder su apoyo. Las personas de carácter receptivo son frecuentemente cordiales y optimistas, pero se angustian fácilmente cuando se sienten amenazadas en sus fuentes de abastecimiento. Son amantes de la comida y la bebida, y en sus sueños "ser alimentados" es frecuentemente un símbolo de ser amado. Existe una gran multiplicidad de hipótesis que tratan de explicar la génesis del alcoholismo. Así tenemos que - hay investigadores que afirman que los alcohólicos sufren un defecto genético en la producción de las enzimas necesarias para metabolizar ciertos materiales alimentarios; la deficiencia nutricional resultante, provoca una especie de apetencia fisiológica por el alcohol, de tal manera que la primera ingestión desencadena un deseo incontenible cuyo asiento fisiológico es probablemente una disfunción hipotalámica. Atractiva como es, esta teoría no ha podido explicar ni comprobar nada al respecto. En realidad la mayoría de los problemas hormonales y nutricionales que se observan en el alcohólico se explican mejor como consecuencias y no como causas de la enfermedad. Existe un modelo psicológico, en el que el alcoholismo no se plantea como una enfermedad sino como un síntoma que denota la presencia de conflictos psicológicos no resueltos, un retraso o estancamiento en el desarrollo de la personalidad o el resultado de una conducta aprendida mediante reforzamiento

tos condicionados, por los efectos gratificantes del alcohol. Desde el punto de vista psicológico se define al alcoholismo como un problema estrictamente individual, sin excluir la influencia de factores sociales. Los psicoanalistas suponen que la gratificación que se obtiene por el uso y los efectos del alcohol representa un escape de la realidad, se habla de la disolución de inhibiciones durante la intoxicación alcohólica lo que permite representar dramáticamente los impulsos que de otra forma, no se expresan y los cambios casi mágicos que el alcohol provoca al aumentar la estima personal, aliviar la pobreza, vencer la soledad y elevar el estado de ánimo. Desde el punto de vista psicodinámico los patrones conductuales que comunmente se observan en los sujetos alcohólicos es la siguiente: El alcohólico tiene una tendencia suicida crónica -- porque considera que el medio ambiente es rechazante, cruel y frustrante; esto se debe a que cree que sus padres lo traicionaron. Lo anterior le genera deseos de destruir a sus padres pero, simultaneamente, tiene un gran temor de perderlos, así como una enorme necesidad de obtener satisfacción y gratificación de ellos. Esta ambivalencia lo obliga a redirigir hacia sí mismo la ira que siente contra sus padres. Todo esto le -- provoca sentimientos de culpabilidad e inutilidad, una necesidad de autocastigo y, finalmente, la autodestrucción. Las teorías psicológicas del aprendizaje se fundamentan en los conceptos teóricos del reforzamiento y constituyen un intento de explicar el alcoholismo, no como el resultado de una historia de aprendizaje en que la conducta operante de beber alcohol se incrementa en frecuencia, duración e intensidad por los beneficios psicológicos que implica. Como trastorno de la personalidad, se considera que los alcohólicos poseen un tipo

especial de personalidad, caracterizada por labilidad emocional, inmadurez en las relaciones interpersonales, poca tolerancia a la frustración, incapacidad de expresar adecuadamente la hostilidad, baja autoestima, compulsividad, sentimientos de aislamiento y conflictos sexuales. Es conveniente dejar claro que la personalidad de un individuo actúa como un todo, pero para comprenderla es necesario decir que posee una estructura y por lo tanto que tiene partes o divisiones que llevan a cabo funciones específicas. En la actualidad se sigue el concepto de estructura de la personalidad propuesta por Freud, quien postuló tres segmentos psíquicos, que son los siguientes: El ello, nombre colectivo utilizado para nombrar los impulsos biológicos primitivos, representa la parte innata de la personalidad. Son funciones del ello los impulsos coercitivos a determinantes fisiológicas, tales como la necesidad de aire, agua, la necesidad de procrear, y la necesidad de mantener la temperatura corporal y la integridad física. Se piensa que los anhelos de dependencia, las tendencias a la agresión y a la huida, la rabia y la sexualidad son impulsos coercitivos y afectos del ello. Junto con estos impulsos instintivos primitivos se encuentran los estados aversivos de dolor, aflicción y rabia que hacen que el individuo se proteja, y los deseos intensos de satisfacer el hambre y la sed, y de evitar la sofocación. Otra parte de la estructura de la personalidad es el yo, es la parte del ser que evalúa la realidad, es la parte de la personalidad que tiene como función establecer una relación con el mundo en que vivimos. En otras palabras se podría decir que es un grupo de funciones que nos relaciona con el ambiente por medio de la percepción consciente, el pensamiento, el sentimiento y la acción

por lo tanto, es porción de la personalidad que forma evaluaciones, juicios, avencías, soluciones y defensas. Podemos -- ver el yo como la agencia integradora y ejecutiva de la personalidad, ya que se encarga de funciones tan importantes como la percepción, la memoria, la evaluación, y comprobación de la realidad, y la síntesis de la experiencia, y es el interdiario entre el mundo interior y exterior. Sus funciones son relacionarse de manera racional con los requerimientos de la realidad, adaptar la conducta al ambiente y mantener la armonía entre las necesidades urgentes del ello y las exigencias y aspiraciones del super yo. Es decir que para que la persona lidad se desarrolle de manera normal, el yo debe ser capaz de modificar tanto los impulsos coercitivos del ello y de las exigencias y aspiraciones del super yo, y así lograr una conducta aceptable sin sacrificar al extremo las satisfacciones instintivas y emocionales ni los ideales éticos. La finalidad de las funciones del yo es, por lo tanto, producir adaptación psicosocial; no obstante, esta adaptación también requiere -- que evolucione una serie de actitudes interpersonales que establecen para el individuo una cierta consistencia en sus relaciones con otros; por medio de estas actitudes la persona acostumbra percibir a otros y funcionar de acuerdo con ellos. A demás, los otros individuos esperan que la persona responda -- de una manera determinada, y esto constituye la identidad del yo para dicha persona. Erickson ha descrito como se desarrollan las actitudes del yo a partir de la identificación progresiva del niño con aspectos de los padres o de otros individuos que lo afectan de manera inmediata. Erickson postula la existencia de crisis psicosociales específicas en cada etapa

de la interacción. Dice que el yo es modelado en forma gradual, de tal forma que la solución a cada crisis establece una posición con determinadas actitudes, sobre las cuales el niño que crece elabora las etapas posteriores en su evolución psicosocial. Ya sea de una manera relativamente libre de conflicto o en una forma llena de conflictos. En consecuencia durante la lactancia, según los grados variables de intercambio mutuamente satisfactorios e insatisfactorios, se establece la base para grados variantes de confianza o desconfianza en los demás. Las crisis psicológicas del principio de la niñez establece las bases para los grados de autonomía personal o bien produce grados diversos de vergüenza y duda personales las fases posteriores de la niñez incluyen los principios de la iniciativa o bien aceptación de la culpa; en la edad escolar se inicia la creatividad o bien una sensación de inferioridad; y en la adolescencia, la crisis de formación o difusión de la identidad; el adulto joven debe elaborar la cuestión de la intimidad o el aislamiento; el adulto mayor, la cuestión de la procreación o la absorción de sí mismo, el adulto de edad madura, la cuestión de la integridad, en oposición a la desesperanza. Todo este proceso evolutivo del individuo lo lleva a conformar su yo. El tercer elemento de la estructura de la personalidad es el super yo, considerada como la parte que conceptualiza, que observa y evalúa el funcionamiento del yo, comparandolo con un estandar ideal, un ideal que se deriva de las normas de conducta que se perciben durante años en los padres, los maestros y otros individuos importantes para el niño que crece. En la persona bien adaptada, la conducta satisface en forma simultánea, y con éxito las exigencias del ello, del yo y del super yo. Por otra parte la

conducta del neurótico, del psicótico y del individuo con personalidad patológica y desajustes sociales graves y repetidos puede concebirse como el resultado de un trastorno en los engranajes dinámicos y en los equilibrios del ello, el yo y el super yo. Ahora bien, lo vertido anteriormente sirve de base, para comprender mejor lo que acontece en los cambios de conducta del alcohólico. Muchos psicólogos al referirse al super yo, dicen; el super yo es aquella parte teórica de la mente - que es soluble en alcohol. Es decir el super yo, el deber ser el yo social, es simplemente aniquilado, quedando solamente - el instinto o impulso. Se han comentado los posibles que impulsan a los individuos a consumir alcohol en forma excesiva, pero una persona alcoholizada indudablemente que también sufre cambios en su aparato psíquico. El substrato o común denominador de la conducta del alcohólico, recae en su falta gradual de autocrítica o circunspección; de tal suerte que "ahora sí" en estado alcohólico "se siente capaz" de hacer cosas que antes no se hubiera atrevido. Y tal incapacidad no es necesaria que sea directamente proporcional al grado de ingestión alcohólica, basta haber alcanzado un "umbral tóxico" (variable entre las personas), para disparar los mecanismos efectores del trastorno conductual. Un poco de alcohol y los mecanismos inhibidores más sutiles desaparecen, dejando sin control, liberados, los núcleos psicológicos que los controlaban y conforme aumenta la concentración de alcohol en la sangre, - se van liberando núcleos cada vez más arcaicos, antiguos y -- primitivos de la vida, en forma típicamente regresiva. Por eso se dice que el alcohol libera tendencias brutales e instintivas. Cuando se embriaga el sujeto hay una regresión; tocan-

do, no solo núcleos reprimidos, olvidados, por penosas experiencias, también surgen aquellos que se grabaron en la mente por placenteros, hedonísticos, fantasiosos y afrodisíacos

Parece que el alcohólico careciera de seguridad y valor de sí mismo, por lo que al comprar el alcohol e ingerirlo, compra seguridad y valor. El individuo al consumir alcohol refuerza conductas inadecuadas y por otro lado se induce a seguir bebiendo para sentirse mejor. Brevemente daremos -- una semblanza de lo que acontece en el individuo de acuerdo a la cantidad de alcohol ingerido: Generalmente un nivel sanguíneo de 50 grs. de alcohol por dl. de sangre, no produce manifestaciones especiales de intoxicación, pero ya esta perdida la precaución, por lo que en ninguna industria es permitida la ingestión de bebidas alcohólicas durante las actividades laborales. Concentraciones de 100 a 150 mgrs. por dl. producen pocas manifestaciones externas de intoxicación, pero estas son fácilmente identificables por la pérdida de control muscular, la alteración de la memoria, la atención, la asociación de las ideas y la autocrítica, produciéndose irritabilidad, susceptibilidad patológica y suspicacia intensa. -- Cuando se llega a 200 mg. por dl. los trastornos llegan a la palabra confusa e incoordinada, Romberg positivo, incoordinación de los músculos oculares que producen diplopia. A este nivel, las inhibiciones de la corteza cerebral se pierden, emergen todos los resentimientos y frustraciones del sujeto -- presentándose una visión paranoide de la existencia, especialmente con sus compañeros de bebida, familiares más indefensos, o bien con cualquier persona que le rodee. Arriba de 200 mg. por dl. de sangre, sin perder la peligrosidad y una vez alcanzada la insensibilidad socio-moral, el alcohólico --

entra en una fase de anestesia física con pérdida gradual de lucidez mental pasando por confusión, hasta el estupor, la inconciencia y el estado de coma profundo.

NIVELES DE CONCENTRACION DE ALCOHOL EN LA SANGRE
Y EFECTOS

GRUPO	CONCENTRACION POR DL. DE SANGRE	EFFECTOS
I	10 a 50 mg.	sobriedad
II	30 a 120 mg.	euforia
III	90 a 250 mg.	excitación
IV	180 a 300 mg.	confusión
V	270 a 400 mg.	estupor
VI	250 a 500 mg.	coma
VII	más de 450 mg.	coma y muerte

La Secretaría de Tránsito y Vialidad en base a la OMS - determina que 50 mg. de alcohol por dl. de sangre es la máxima concentración tolerada en un conductor.

El alcohol ha sido y es un gran generador de violencia y accidentes de tránsito, homicidios, se a visto también y sobre todo en México a pesar de no tener datos precisos de suicidios y alcohol, que hay una alta frecuencia de suicidios en poblaciones que consumen más bebidas alcohólicas. Cabe señalar que el alcohol opera en el suicida como un recurso que "a grega valor" para "ser capaz" de auto-eliminarse. El alcohol como coadyuvante de la violencia contra el mismo individuo es deliberadamente buscado. El alcoholismo en un individuo no solamente genera alteraciones sobre sí mismo, también produce alteraciones orgánicas y psicológicas en los individuos que -

le rodean, ya sea en forma directa o indirecta, como sucede - en los niños con síndrome del niño golpeado que, desgraciadamente, no se diagnostica o no se detecta, como originado por violencia alcohólica. Es importante la cifra de accidentes automovilísticos, homicidios y suicidios, así como disfunciones familiares originados por el consumo excesivo de alcohol, por lo que independientemente de la raza, nivel económico y clase social a que pertenezca el individuo, se deben buscar alternativas que prevengan, traten o controlen al individuo alcohólico, tarea ardua para las instituciones de salud, ya que implica poner en juego todos y cada uno de los factores que lo generan o condicionan.

La autoestima, es un elemento de la personalidad sana - para la toma de decisiones frente a las bebidas alcohólicas, - asunto que ya ha sido aceptado por los expertos en salud mental y educación para la salud. Sin embargo habría que ver como se conceptualiza el paciente alcohólico en cada uno de los aspectos de su personalidad, pudiendo esto servir como un apoyo más, para la educación en la prevención del alcoholismo, - no basta decir que el paciente alcohólico tiene baja autoestima, debiéndose buscar en cual de los aspectos de su autoestima se encuentra más bajo. No se deb perder de vista que aquellas personas que se ven así mismas como indeseables, despreciables o malas, tienden a actuar de acuerdo a esa manera de conceptarse. El concepto individual sobre sí mismo a demostrado ser de gran influencia en muchas de las conductas de -- los individuos. Es de gran importancia tener un conocimiento de como el individuo se percibe así mismo para poderlo ayudare de una manera adecuada y reforzar ciertos aspectos de su per-

sonalidad, para que logre un mejor control con respecto al de
seo de la bebida. Sería de una gran ayuda que quienes partici
pan en la terapia de alcohólicos, conocieran como se concep--
tualizan los pacientes con respecto a su familia, como parte
de una sociedad a la cual pertenecen, así como el concepto de
su imagen física y moral, sin dejar de valorar la capacidad -
de autocrítica. Lo anterior debe ser independientemente del -
conocimiento que se tenga del paciente con respecto a sus al
teraciones orgánicas, que al mismo tiempo debemos estar aten
diendo para su más rápida recuperación. Siempre apoyándonos -
de los miembros de la familia y la sociedad en general que --
tengan interés en la recuperación del paciente alcohólico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pregunta específica que dió origen a este estudio es: ¿ Todos los alcohólicos tienen una pobre imagen de sí mismos ? Pregunta que se puede contestar partiendo de la base de que -- las personas actúan de acuerdo al concepto que tienen sobre sí mismas, de tal manera que el concepto individual sobre sí mismo a demostrado ser de gran influencia en muchas de las conductas de las personas, está directamente relacionado con su personalidad general y el estado de salud mental. Pero habrá que demostrar en que aspecto el autoconcepto del paciente alcohólico se encuentra más bajo, ya que mediante el conocimiento de -- como se percibe así mismo el paciente alcohólico cabe la posibilidad de ayudar a mejorar su comportamiento con respecto a -- la ingesta de bebidas alcohólicas. El alcoholismo es un problema grave de Salud Pública en México, la muerte por complicaciones del mismo ocupa uno de los diez primeros lugares en nuestro país. El problema del alcoholismo es actual y creciente y abarca todas las edades, sexos, niveles sociales, etc., lo que lo hace más grave aún, predomina en pacientes de edad reproductiva, en su mayoría afecta a personas casadas con lo que se -- provocan disfunciones familiares importantes. El alcoholismo, como lo he comentado, es multifactorial en su génesis y por lo tanto multifactorial en su tratamiento y prevención. Se debe -- ver por lo tanto al alcoholismo como un problema médico-social y su abordaje se debe realizar no dejando a un lado los aspectos que lo condicionan y muchas veces lo perpetúan, es decir -- para ayudar verdaderamente al paciente alcohólico se deben -- abordar aspectos familiares, sociales, morales, etc., que en un momento pueden influir de manera importante en la ingesta inmoderada de alcohol en estos pacientes.

JUSTIFICACION

La justificación más importante del presente estudio es precisamente, que el alcoholismo y las muertes por complicaciones del mismo, se encuentran dentro de las diez primeras causas en nuestro país, las complicaciones son motivo importante de consulta en las unidades médicas de cualquier institución, es también motivo de incapacidad y ausencia laboral. Por ser entonces el alcoholismo un grave problema de Salud Pública en México, y que requiere sea visto con mayor responsabilidad, debe ser motivo de interés para todo médico el tratar de mejorar la calidad de vida del paciente alcohólico, por lo que es interesante no perder de vista que estos pacientes forman parte de una sociedad y de una familia, que se altera en muchas ocasiones en la medida en que se complican dichos pacientes. El conocer que piensa el paciente alcohólico sobre sí mismo, como persona física, como integrante de una familia y de una sociedad es de gran importancia ya que vendría a ser un elemento más para ayudarlo a mejorar su conducta con respecto al alcohol. En nuestro país se está haciendo un gran esfuerzo para controlar el alcoholismo, que se manifiesta al multiplicarse cada vez más los grupos de ayuda para este tipo de pacientes, espero con el presente estudio contribuir en la atención y comprensión de los pacientes mencionados.

HIPOTESIS

El paciente alcohólico tiene una pobre imagen de sí mismo.

OBJETIVO GENERAL

Conocer el concepto que sobre sí mismo tiene el paciente alcohólico que se encuentra en cualquiera de los patrones de alcoholismo; del alfa al delta de la clasificación de Jellinek mediante la aplicación de la prueba del autoconcepto de Tennessee.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer del paciente alcohólico:

- 1.- Autoconcepto físico
- 2.- Autoconcepto ético-moral
- 3.- Autoconcepto personal
- 4.- Autoconcepto familiar
- 5.- Autoconcepto social
- 6.- Autocrítica

METODOLOGIA

La prueba del autoconcepto de Tennessee, es un cuestionario que consta de cien preguntas, por medio del cual se evalúa el autoconcepto de las personas de doce años de edad en adelante, en dicho cuestionario a las respuestas se les da una calificación del uno al cinco (según contesten; no, casi no, parte si-parte no, casi si y si respectivamente), éstas calificaciones quedan registradas en la hoja de respuestas (anexo 2) de donde se llevan a la hoja de datos (anexo 3) para su calificación, quedando distribuidas en columnas, una para cada uno de los self evaluados; quedando en la columna A el self físico en la columna B el self ético-moral, en la C el self personal, la columna D para el self familiar, la E para el social y una sexta columna de diez reactivos donde se evalúa la autocrítica. El cuestionario de Tennessee tiene dos formas para su aplicación; una para consulta y otra para investigación clínica. En el presente trabajo se utilizó la forma para consulta por los aspectos que necesitábamos evaluar y que se ha comentado al referirnos al objetivo general y a cada uno de los objetivos específicos. Cada selfevaluado tiene una calificación en particular, pero también existe una calificación total positiva, donde las personas con altas calificaciones tienden a gustarse -- así mismas, sienten que ellas son de valor e importancia, tienen confianza en sí mismos y actúan de acuerdo a ello, personas con bajas calificaciones dudan de su propio valor, viéndose así mismas como despreciables, frecuentemente se sienten ansiosas, deprimidas e infelices, tienen poca confianza en sí mismos. Si la calificación de autocrítica es baja, altas calificaciones positivas serán dudosas, probablemente resultado de la distorsión defensiva. Calificaciones extremas (muy altas y

muy bajas) se ven en personas con disturbios tales como la esquizofrenia paranoide. Para realizar la investigación se le -- proporcionó al grupo de estudio y al grupo control, un cuestionario de Tennessee, una forma para la recolección de las respuestas, mismas que se transcribían en la hoja de datos para su calificación.

En el presente estudio se incluyó a 60 pacientes alcohólicos que pertenecieran a cualquiera de los siguientes patrones de alcoholismo de Jellinek; alfa, beta, gama, y delta. Obtenidos en el servicio de la consulta externa de la Clínica -- Gustavo A. Madero y del Hospital "Presidente Juárez" de Oaxaca, ambas unidades del ISSSTE, los pacientes fueron referidos al -- investigador por los médicos de los consultorios, que detectaban el problema alcohólico del paciente, por el interrogatorio o referencias de familiares que acudían a la consulta por otro motivo, mismos que posteriormente llevaban al paciente para la aplicación de la prueba, previa explicación del motivo del estudio, interrogando el patron de alcoholismo y sus complicaciones. La captación de pacientes y aplicación de la prueba se -- llevó a cabo de enero a octubre del presente año. El análisis de los resultados durante los meses de octubre a noviembre.

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio o investigación es; básica, exploratoria, clínica, y de corte transversal.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Grupo de estudio: Derechohabientes del ISSSTE que cumplieran con los criterios de inclusión.

Grupo control: Sesenta pacientes derechohabientes del ISSSTE, no alcohólicos.

CRITERIOS DE INCLUSION DEL GRUPO EN ESTUDIO

- 1.- Pacientes alcohólicos de ambos sexos.
- 2.- De 21 a 50 años de edad.
- 3.- Que se sometían a la prueba por propio consentimiento

CRITERIOS DE INCLUSION DEL GRUPO CONTROL

- 1.- Pacientes de ambos sexos.
- 2.- De 21 a 50 años de edad.
- 3.- Que se sometían a la prueba por propio consentimiento
- 4.- Personas no alcohólicas.

CRITERIOS DE EXCLUSION DEL GRUPO EN ESTUDIO

- 1.- Pacientes con intoxicación alcohólica aguda
- 2.- Pacientes en fase de duelo (pérdida reciente de algún familiar cercano).

CRITERIOS DE EXCLUSION DEL GRUPO CONTROL

- 1.- Personas en fase de duelo (pérdida reciente de algún familiar cercano).

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1.- Personas que por alguna razón no concluyan la prueba

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Sesenta pacientes alcohólicas, que pertenecieran a cualquiera de los patrones de alcoholismo del alfa al delta según la clasificación de Jellinek.

INSTRUMENTOS DE INFORMACION

- 1.- Test de Tennessee.
- 2.- Hoja de respuestas.
- 3.- Hoja de recolección de datos.

DEFINICION DE VARIABLES

En este estudio las variables a estudiar son:

1.- El autoconcepto físico. En este aspecto el individuo presenta su opinión sobre su cuerpo, su estado de salud, su apariencia, y sexualidad.

2.- El autoconcepto ético-moral. Esta calificación describe la autoevaluación de un estado de referencia ético-moral valor moral, relacionado a Dios, sentimientos de existencia a personas buenas o malas, y la satisfacción con su religión o falta de ella.

3.- Autoconcepto personal. Esta calificación refleja el sentimiento de valor personal del individuo, sentimientos de suficiencia como persona, y la evaluación de su personalidad en relación con otras.

4.- Autoconcepto familiar. En este aspecto el paciente refleja únicamente sentimientos de suficiencia, valor e importancia como miembro familiar, se refiere a la percepción de sí mismo en relación a su más cercano e inmediato círculo de compañeros.

5.- Autoconcepto social. Aquí refleja sentimientos de suficiencia y valor en su interacción social con otras personas en general.

6.- Autocrítica. En este aspecto se evalúa la capacidad de criticarse así mismo, pudiéndose observar quienes hacen un esfuerzo deliberado para dar una imagen buena de sí mismos.

PRESENTACION Y ANALISIS DE LA INFORMACION

Los resultados fueron presentados mediante el empleo de cuadros. El análisis se efectuó con medidas de resumen.

RESULTADOS

De el estudio realizado se encontró lo siguiente: Por patrones de alcoholismo predominó el beta con 40 pacientes -- (66.6 %), el alfa con 16 pacientes (26.6 %), y 4 (6.6 %) para el gama. La edad de predominancia del alcoholismo fué entre los 31 y 40 años. Destacó el sexo masculino con 51 personas (85 %) de la muestra estudiada. (cuadros 1 y 2).

En la evaluación del autoconcepto físico se obtuvo una calificación de 51 a 60 puntos para 23 pacientes alcohólicos y para 31 del grupo control, siendo el puntaje más bajo de 41 a 50 para el grupo alcohólico y de 21 a 30 para el grupo control. (cuadros 3 y 4)

En el autoconcepto ético-moral predominó una calificación de 51 a 60 puntos para 29 pacientes alcohólicos y 36 sujetos del grupo control, el puntaje más bajo fué de 21 a 30 con 2 pacientes para ambos grupos. (cuadros 5 y 6).

Los resultados del autoconcepto personal fueron: Para el grupo alcohólico un puntaje de 51 a 60 con 34 pacientes, y 39 sujetos con el mismo puntaje para el grupo control, la calificación más baja fué de 21 a 30, con un paciente para ambos grupos. (cuadros 7 y 8).

En el autoconcepto familiar; se encontró un puntaje de 51 a 60 con 34 sujetos para el grupo en estudio, mismo puntaje para el grupo control pero con 28 pacientes, el menor puntaje fué de 21 a 30, con un paciente para ambos grupos. (cuadros 9 y 10).

Autoconcepto social: En este aspecto hubo predominancia de la calificación 51 a 60 con 19 pacientes para el grupo en estudio y 33 para el grupo control, el puntaje menor fué de -

21 a 30, con 4 pacientes para el grupo alcohólico y uno para el control. (cuadros 11 y 12).

Autocrítica: En esta parte predominó una calificación - de 31 a 35 puntos, con 16 pacientes para el grupo alcohólico. Contra una calificación de 46 a 50, con 21 pacientes para el grupo control. (cuadros 13 y 14).

Autoconcepto global: En esta parte de la evaluación, -- predominó una calificación de 276 a 300 puntos para los dos - grupos; con 24 pacientes para el grupo alcohólico y 33 para - el control. La menor calificación fué de 226 a 250 para ambos grupos, con 6 pacientes para los alcohólicos y uno para el -- grupo control. (cuadros 15 y 16).

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

De los resultados obtenidos se puede decir que en el autoconcepto físico, ético-moral, personal y familiar ambos grupos no presentan diferencias, presentando en terminos generales un buen autoconcepto o por lo menos una buena aceptación de sí mismos. En el autoconcepto social los pacientes alcohólicos presentan un puntaje elevado por arriba de 50 lo que -- traduce una contradicción en la evaluación de sí mismos en este aspecto, lo que da la impresión que trataron de dar una -- buena imagen de su persona social. En la autocrítica el grupo en estudio presento una calificación de 31 a 50 puntos, con - 48 pacientes, el grupo control presentó una calificación de - 41 a 50 para la mayoría de ellos. Esto nos traduce que el grupo control tiene mejor capacidad de autocrítica que el grupo en estudio, el menor puntaje en la autocrítica nos hace pensar, que los resultados obtenidos en los demás autoconceptos del grupo alcohólico son simplemente dudosos, en estos se incluye el autoconcepto global que resultó ligeramente elevado para el grupo problema. En este estudio se observó que la capacidad de autocrítica, por lo menos en cuanto a puntaje se -- refiere, es menor para los patrones de alcoholismo beta y gamma.

CONCLUSION :

La prueba del autoconcepto de Tennessee es por su sencillez y fácil aplicación, útil para el conocimiento del autoconcepto de las personas y en particular de los pacientes alcohólicos, ya que a través de ella nos ponemos en contacto con aspectos que tienen interés, tanto para el paciente como para el médico, por lo que vale la pena utilizar veinte minutos entre la aplicación y la evaluación de la prueba y darle una atención más integral al paciente. Probablemente como herramienta para un estudio grupal, no ponga en relevancia aspectos del autoconcepto de los pacientes, cosa que sí sucede en el estudio individual o particular de los mismos. Este estudio nos deja la experiencia de que la prueba puede ser utilizada en los pacientes alcohólicos para que a través de ella se confronten a la realidad, ya que cuenta con una calificación en la que el paciente puede ver el resultado de su evaluación. Sería recomendable, para los miembros de A.A. como primer paso para la elaboración de su inventario personal, requisito importante para la recuperación y control de los enfermos del alcoholismo.

C U A D R O S

CUADRO: 1

GRUPO DE ESTUDIO POR EDAD Y PATRONES DE ALCOHOLISMO

P. Alcohol- 1188 EDAD	ALFA		BETA		GAMA		DELTA	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
41 - 50	2	3.2	13	21.6	1	1.6	0	0
31 - 40	8	13.3	21	35.0	2	3.2	0	0
21 - 30	6	10.0	6	10.0	1	1.6	0	0
TOTAL	16	26.5	40	66.6	4	6.4	0	0

n = 60

FUENTE : Hoja de recolección de datos.

CUADRO: 2

GRUPO DE ESTUDIO, POR EDAD Y SEXO

E D A D	S E X O			
	MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%
41 - 50	11	18.3	5	8.3
31 - 40	28	46.6	3	5.0
21 - 30	12	20.0	1	1.6
TOTAL	51	85.0	9	15.0

n = 60

FUENTE : Hoja de recolección de datos.

CUADRO: 3
AUTOCONCEPTO FISICO
DISTRIBUCION DE CALIFICACIONES OBTENIDAS DEL
GRUPO EN ESTUDIO, POR PATRONES DE ALCOHOLISMO

PUNTAJE	ALFA		BETA		GAMA		DELTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
81 - 90										
71 - 80										
61 - 70	8	13.3	8	13.3	2	3.3	0	0	18	30
51 - 60	7	11.6	14	23.3	2	3.3	0	0	23	38.3
41 - 50	1	1.6	18	30.0	0	0.0	0	0	19	31.6
31 - 40							0	0		
21 - 30							0	0		
TOTAL	16	26.5	40	66.6	4	6.6	0	0	60	100.0

n= 60

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO: 4
AUTOCONCEPTO FISICO
CALIFICACIONES OBTENIDAS POR EL GRUPO CONTROL

PUNTAJE	NO ALCOHOLICOS	
	No.	%
81 - 90	0	0.0
71 - 80	5	8.3
61 - 70	11	18.3
51 - 60	31	51.6
41 - 50	8	13.3
31 - 40	0	0.0
21 - 30	5	8.3
TOTAL	60	100.0

n= 60

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO: 5
AUTOCONCEPTO ETICO-MORAL
DISTRIBUCION DE CALIFICACIONES OBTENIDAS DEL
GRUPO EN ESTUDIO, POR PATRONES DE ALCOHOLISMO

PUNTAJE	ALFA		BETA		GAMA		DELTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
81 - 90	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
71 - 80	1	1.6	1	1.6	0	0.0	0	0.0	2	3.3
61 - 70	5	8.3	10	16.6	1	1.6	0	0.0	16	26.6
51 - 60	8	13.3	19	31.6	2	3.3	0	0.0	29	48.3
41 - 50	2	3.3	9	15.0	0	0.0	0	0.0	11	18.3
31 - 40	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
21 - 30	0	0.0	1	1.6	1	1.6	0	0.0	2	3.3
TOTAL	16	26.6	40	66.6	4	6.6	0	00.0	60	100.0

n=60

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO: 6
AUTOCONCEPTO ETICO-MORAL
CALIFICACIONES OBTENIDAS POR EL GRUPO CONTROL

PUNTAJE	NO ALCOHOLICOS	
	No.	%
81 - 90	0	0.0
71 - 80	2	3.3
61 - 70	14	23.3
51 - 60	36	60.0
41 - 50	6	10.0
31 - 40	0	0.0
21 - 30	2	3.3
TOTAL	60	100.0

n = 60

FUENTE : Hoja de recolección de datos.

CUADRO: 7
AUTOCONCEPTO PERSONAL
DISTRIBUCION DE CALIFICACIONES OBTENIDAS DEL
GRUPO EN ESTUDIO, POR PATRONES DE ALCOHOLISMO

PUNTAJE	ALFA		BETA		GAMA		DELTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
81 - 90	0	0.0	1	1.6	0	0.0	0	0.0	1	1.6
71 - 80	3	5.0	2	3.3	1	1.6	0	0.0	6	10.0
61 - 70	5	8.3	5	8.5	1	1.6	0	0.0	11	18.1
51 - 60	5	8.3	28	46.6	1	1.6	0	0.0	34	56.6
41 - 50	3	5.0	3	5.0	1	1.6	0	0.0	7	11.6
31 - 40	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
21 - 30	0	0.0	1	1.6	0	0.0	0	0.0	1	1.6
TOTAL	16	26.6	40	66.6	4	6.6	0	0.0	60	100.0

n = 60

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO: 8
AUTOCONCEPTO PERSONAL
CALIFICACIONES OBTENIDAS POR EL GRUPO CONTROL

PUNTAJE	NO ALCOHOLICOS	
	No.	%
81 - 90	0	0.0
71 - 80	0	0.0
61 - 70	14	23.3
51 - 60	39	65.0
41 - 50	6	10.0
31 - 40	0	0.0
21 - 30	1	1.6
TOTAL	60	100.0

n = 60

FUENTE : Hoja de recolección de datos.

CUADRO: 9
AUTOCONCEPTO FAMILIAR
DISTRIBUCION DE CALIFICACIONES OBTENIDAS DEL
GRUPO EN ESTUDIO, POR PATRONES DE ALCOHOLISMO

PUNTAJE	ALFA		BETA		GAMA		DELTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
81 - 90	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
71 - 80	5	8.3	5	8.3	0	0.0	0	0.0	10	16.6
61 - 70	3	5.0	8	13.3	2	3.3	0	0.0	13	21.6
51 - 60	8	13.3	24	40.0	2	3.3	0	0.0	34	56.6
41 - 50	0	0.0	2	3.3	0	0.0	0	0.0	2	3.3
31 - 40	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
21 - 30	0	0.0	1	1.6	0	0.0	0	0.0	1	1.6
TOTAL	16	26.6	40	66.6	4	6.6	0	0.0	60	100.0

n = 60

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO: 10
AUTOCONCEPTO FAMILIAR
CALIFICACIONES OBTENIDAS POR EL GRUPO CONTROL

PUNTAJE	NO ALCOHOLICOS	
	No.	%
81 - 90	1	1.6
71 - 80	7	11.6
61 - 70	28	46.6
51 - 60	22	36.6
41 - 50	1	1.6
31 - 40	0	0.0
21 - 30	1	1.6
TOTAL	60	100.0

n = 60

FUENTE : Hoja de recolección de datos.

CUADRO: 11
AUTOCONCEPTO SOCIAL
DISTRIBUCION DE CALIFICACIONES OBTENIDAS DEL
GRUPO EN ESTUDIO, POR PATRONES DE ALCOHOLISMO

PUNTAJE	ALFA		BETA		GAMA		DELTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
81 - 90	1	1.6	2	3.3	0	0.0	0	0.0	3	5.0
71 - 80	3	5.0	4	6.6	0	0.0	0	0.0	7	11.6
61 - 70	8	13.3	8	13.3	1	1.6	0	0.0	17	28.3
51 - 60	3	5.0	15	25.0	1	1.6	0	0.0	19	31.6
41 - 50	1	1.6	8	13.3	1	1.6	0	0.0	10	16.6
31 - 40	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
21 - 30	0	0.0	3	5.0	1	1.6	0	0.0	4	6.6
TOTAL	16	26.6	40	66.6	4	6.6	0	0.0	60	100.0

n = 60

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO: 12
AUTOCONCEPTO SOCIAL
CALIFICACIONES OBTENIDAS POR EL GRUPO CONTROL

PUNTAJE	NO ALCOHOLICOS	
	No.	%
81 - 90	0	0.0
71 - 80	2	3.3
61 - 70	12	20.0
51 - 60	33	55.0
41 - 50	10	16.6
31 - 40	2	3.3
21 - 30	1	1.6
TOTAL	60	100.0

n = 60

FUENTE : Hoja de recolección de datos.

CUADRO: 13

AUTOCRITICA

DISTRIBUCION DE CALIFICACIONES OBTENIDAS DEL
GRUPO EN ESTUDIO, POR PATRONES DE ALCOHOLISMO

PUNTAJE	ALFA		BETA		GAMA		DELTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
46 - 50	6	10.0	1	1.6	1	1.6	0	0.0	8	13.3
41 - 45	5	8.3	9	15.0	0	0.0	0	0.0	14	23.3
36 - 40	2	3.3	8	13.3	0	0.0	0	0.0	10	16.6
31 - 35	2	3.3	14	23.3	0	0.0	0	0.0	16	26.6
26 - 30	1	1.6	8	13.3	2	3.3	0	0.0	11	18.3
21 - 25	0	0.0	0	0.0	1	1.6	0	0.0	1	1.6
16 - 20	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	15	25.5	40	66.6	4	6.6	0	0.0	60	100.0

n = 60

FUENTE : Hoja de recolección de datos.

CUADRO: 14
AUTOCRITICA

CALIFICACIONES OBTENIDAS POR EL GRUPO CONTROL

PUNTAJE	NO ALCOHOLICOS	
	No.	%
46 - 50	21	35.0
41 - 45	17	28.3
36 - 40	2	3.3
31 - 35	5	8.3
26 - 30	8	13.3
21 - 25	7	11.6
16 - 20	0	0.0
TOTAL	60	100.0

n = 60

FUENTE : Hoja de recolección de datos.

CUADRO: 15
AUTOCONCEPTO GLOBAL
DISTRIBUCION DE CALIFICACIONES OBTENIDAS DEL
GRUPO EN ESTUDIO, POR PATRONES DE ALCOHOLISMO

PUNTAJE	ALPA		BETA		GAMA		DELTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
176 - 400	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
351 - 375	3	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	5.0
326 - 350	2	3.3	2	3.3	1	1.6	0	0.0	5	8.3
301 - 325	3	5.0	6	10.0	0	0.0	0	0.0	9	15.0
276 - 300	6	10.0	16	26.6	2	3.3	0	0.0	24	40.0
251 - 275	1	1.6	11	18.3	1	1.6	0	0.0	13	21.6
226 - 250	1	1.6	5	8.3	0	0.0	0	0.0	6	10.0
TOTAL	16	26.6	40	66.6	4	6.6	0	0.0	60	100.0

n = 60

FUENTE : Hoja de recolección de datos.

CUADRO: 16
AUTOCONCEPTO GLOBAL
CALIFICACIONES OBTENIDAS POR EL GRUPO CONTROL

PUNTAJE	NO ALCOHOLICOS	
	No.	%
376 - 400	0	0.0
351 - 375	1	1.6
326 - 350	2	3.3
301 - 325	13	21.6
276 - 300	33	55.0
251 - 275	10	16.6
226 - 250	1	1.6
TOTAL	60	100.0

n = 60

FUENTE : Hoja de recolección de datos.

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

- 1.- Babor T.F.; Brief Intervention strategies for harmful drinkers: new directions for medical education. Can. Med. Assoc. J. 1990: 1070-6
- 2.- Barry K.L. , Fleming M.P.: Family cohesion, expresiveness and conflict in alcoholic families. British Journal of addiction, 1990; 81-7
- 3.- Blankfiel A. Female Alcoholics II. The expression of alcoholism in relation to gender and age. Acta Psychiatry Scand 1990: 81; 448-52
- 4.- Blankfield A. , Maritz J.S. Female alcoholics III. Some clinical associations of the Michigan Alcoholism Screening -- Test an Diagnostic Implications. Acta Psychiatry Scand 1990: 81; 483-97
- 5.- Brewster J.M., Single E., Jane M. y cols. Preventing alcohol problems. Can. Med. Assoc. J. 1990; 1076-82
- 6.- Cowley D.S., M.D., Jansen C.F., M.D.: Response to sodium - lactate infusion in alcoholic with panic attacks. Am. J. - Psychiatry 146:11, Nov. 1989; 1479-83
- 7.- Edwards G.: Tratamientos de alcohólicos, 1a. edición. Méx. Editorial Trillas. 1986. 23-32, 65-74, 75-103, 133-45.
- 8.- Fuente de la R.: consideraciones sobre los problemas mentales y conductuales que afectan la salud en sociedades en - desarrollo; el caso de México. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Salud Mental. Vol. 13, ser. 1990: 1-7
- 9.- Gallant D.M.: Problems in alcoholism treatment: Labeling - and negative stereotyping. Alcohol Clin. Expres. August -- 1990 14(4) 613-23

- 10.- Garza de la. F., Vega A.: Alcoholismo de la Juventud y - las drogas. 3a. edición, México, Editorial Trillas, 1939; 53-97
- 11.- Kendell R.E.: The physician's role. Can. Med. Assoc. J. - 1990: 1042-47
- 12.- Lamminapaa A., J.V.: Alcohol intoxication and psychosoci- al problems among children. Acta Psychiat. Scand. 1990: - 81; 493-87
- 13.- Lewis D.C.: Medical Education for alcohol and other drug_ abuse in the United States. Can. Med. Assoc. J. 1990; 10- 91-96
- 14.- Liepman M.R., M.D., Niremberg T.D., Ph. D., Doolitler H., M.S.W.: Family Functioning of male alcoholics and their - female partners during periods of drinking and abstinence Fam. Proc., Vol. 28, Jun 1989. 239.49
- 15.- Madden J.S.: Alcoholismo y farmacodependencia. 1a. edic.- México. Editorial Manual Moderno. 1986. 40-67, 63-121
- 16.- Matson A.R., Jacobs D.F., Singer R.D.: Adolescents who -- apparently are invulnerable to drug, alcohol, and nicoti- ne use. Adolescence. Vol. XXIII No. 91, Fall 1988; 593-04
- 17.- Mayer J.E.: The personality characteristic of adolescents who use and misuse alcohol. Adolescence, Vol. XXIII. No. _ 90, summer 1988 577-84
- 18.- Mijuscovic B.: Loneliness and adolescent alcoholism. Ado- lescence, Vol. XXIII No. 91 Fall 1989: 503-15
- 19.- Molina P.V., Roman C.C., Berruecos V.L., Sánchez M.L., Al- coholismo en México. 2a. edición, México, Editorial Funda- ción de Investigaciones Sociales. 1988, A.C., Tomo I 77-3 2, 107-20, 159-64, 179-93

- 20.- Molina P.V., Berruecos V.L., Sánchez M.L.; Alcoholismo - en México, 2a. edición, México, Fundación de Investigaciones Sociales. 1988 A.C. Tomo II.; 39-45, 71-36, 97-104, 179-98
- 21.- Molina P.V., Berruecos V.L., Sánchez M.L.; Alcoholismo - en México, 2a. edición, México, Fundación de investigaciones Sociales, 1988, A.C. Tomo III; 57-74
- 22.- Mossman D.M.: Criteria for self deating personality disorders. Am. J. Psychiatry 1990 aug. 147(8) 1043-8
- 23.- Natera G., Holmila M. : El papel de los roles sexuales en la familia y en el consumo de alcohol. Una comparación -- entre México y Finlandia. Salud Mental, Vol. 13 No.3, sep 1990 : 20-26
- 24.- Negrete C.J.: The role of medical school in the prevention of alcohol-related problems. Can. Med. Assoc. J. 1990: -- 1043-53
- 25.- Prado S.A., Palma A.J.: Fetal alcohol syndrome. Perinatol Reprod. Hum. Vol:4 1990; 118-23
- 26.- Rankin J.G.: The development of medical education on alcohol and drug-related problems at the university of Toronto. Can. Med. Assoc. J. 1990; 1083-90
- 27.- James G.R., Ashley M.J., Joan M.B. y cols.: Preventing alcohol problems; preparing physicians for their roles and responsibilities. Can. Med. Assoc. J., 1990; 1005-6
- 28.- Roy A., Lamparski D., Dejong J. y cols.: Early Identification of alcohol problems. Can. Med. Association J. 1990;- 1060-66
- 29.- Saunders J. B., Conigrave K.M.: Characteristics of alcoholics who attempt suicide. Am. J. Psychiatry 147;6 June -- 1990; 761-5

- 30.- Schuckit M.A., Irwin M., Makhler H.I.: Tridimensional - personality questionnaire scores of sons of alcoholic and nonalcoholic fathers. Am. J. Psychiatry 147:4 April -- 1990; 481-7
- 31.- Solache A.G., Tapia C.R., León G. y cols.: Encuesta Nacional de Salud; El consumo de bebidas alcohólicas. Salud Mental. Vol. 13, No. 13, Sept. 1990; 13-19
- 32.- Souza M.M.: Atención primaria de la salud y aspectos preventivos del alcoholismo. Rev. Fac. de Med. UNAM, 32;3 - (mayo-junio) 1989; 110-3
- 33.- Velasco F.R.: Alcoholismo. 1a. edición, México; Saitorial Trillas. 1988; 74-92, 367-386, 387-402.
- 34.- Velasco F.R.: Esa enfermedad llamada alcoholismo, 1a. edición, México. Editorial Trillas. 1988; 57-63, 69-80.

A N E X O S

QUESTIONARIO
(ANEXO 1)

1.- Gozo de buena salud.....	1
3.- Soy una persona atractiva.....	3
5.- Me considero una persona desarreglada.....	5
19.- Soy una persona decente.....	19
21.- Soy una persona honrada.....	21
23.- Soy una persona mala.....	23
37.- Soy una persona alegre.....	37
39.- Soy una persona calmada y tranquila.....	39
41.- Soy un "don nadie".....	41
55.- Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema.....	55
57.- Pertenezco a una familia feliz....	57
59.- Mis amigos no confían en mí.....	59
73.- Soy una persona amigable.....	73
75.- Soy popular con personas del sexo masculino.....	75
77.- Lo que hacen otras gentes no me interesa.....	77
91.- Algunas veces digo falsedades.....	91
93.- En ocasiones me enojo.....	93

No Completamente falso (1)	Casi no Casi totalmente falso (2)	Parte no parte si Parte falso y parte verdadero (3)
Casi si Casi totalmente verdadero (4)	Sí Totalmente verdadero (5)	

2.- Me agrada estar siempre arreglado (a) y pulcro (a).....	2
4.- Estoy lleno(a) de achaques.....	4
6.- Soy una persona enferma.....	6
20.- Soy una persona muy religiosa.....	20
22.- Soy un fracaso en mi conducta moral.....	22
24.- Soy una persona moralmente débil.....	24
38.- Tengo mucho dominio sobre mí mismo(a).....	38
40.- Soy una persona detestable.....	40
42.- Me estoy volviendo loco(a).....	42
56.- Soy importante para mis amigos y para mi familia.....	56
58.- Mi familia no me quiere.....	58
60.- Siento que mis familiares me tienen desconfianza.....	60
74.- Soy popular con personas del sexo femenino.....	74
76.- Estoy disgustado(a) con todo el mundo.....	76
78.- Es difícil entablar amistad conmigo.....	78
92.- De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no pueden mencionarse.....	92
94.- Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy de mal humor.....	94

No
Completamente
falso
(1)

Casi no
Casi totalmente
falso
(2)

Parte no parte si
parte falso y parte
verdadero
(3)

Casi si
Casi totalmente
verdadero
(4)

Si
Totalmente
verdadero
(5)

7.- No soy ni muy gordo(s) ni muy flaco(a).....	7
9.- No agrada mi apariencia física.....	9
11.- Hay partes de mi cuerpo que no me agrandan.....	11
25.- Estoy satisfecho con mi conducta moral.....	25
27.- Estoy satisfecho(a) de mis relaciones con Dios.....	27
29.- Debería asistir más a menudo a la iglesia.....	29
43.- Estoy satisfecho(a) de lo que soy.....	43
45.- Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debería ser.....	45
47.- Me desprecio a mi mismo(a).....	47
61.- Estoy satisfecho(a) con mis relaciones familiares.....	61
63.- Muestro tanta comprensión a mis familiares como debiera.....	63
65.- Debería depositar mayor confianza en mi familia.....	65
79.- Soy tan sociable como quiero ser	79
81.- Trato de agradar a los demás pero no me excedo.....	81
83.- Soy un fracaso en mis relaciones sociales.....	83
95.- Algunas de las personas que conozco me caen mal.....	95
97.- De vez en cuando me dan risa los chistes colorados.....	97

No
Completamente
falso
(1)

Casi no
Casi totalmente
falso
(2)

Parte no parte si
Parte falso y parte
verdadero
(3)

Casi si
Casi totalmente
verdadero
(4)

Si
Totalmente
verdadero
(5)

8.- No soy ni muy alto(a) ni muy bajo(a)..... 8

10.- No me siento tan bien como debiera..... 10

12.- Debería ser más atractivo(a) para con personas del sexo -
opuesto..... 12

26.- Estoy satisfecho con mi vida religiosa..... 26

28.- Quisiera ser más digno(a) de confianza..... 28

30.- Debería mentir menos..... 30

44.- Estoy satisfecho con mi inteligencia..... 44

46.- Me gustaría ser una persona distinta..... 46

48.- Quisiera no darme por vencido(a) tan fácilmente..... 48

62.- Trato a mis padres tan bien como debiera (use tiempo pasado -
si los padres no viven)..... 62

64.- Me afecta mucho lo que dice mi familia..... 64

66.- Debería amar más a mis familiares..... 66

80.- Estoy satisfecho(a) con mi manera de tratar a la gente..... 80

82.- Debería ser más cortés con los demás..... 82

84.- Debería llevarme mejor con otras personas..... 84

96.- Algunas veces me gusta el chisme..... 96

98.- Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras 98

+++++

No Completamente falso (1)	Casi no Casi totalmente falso (2)	Parte no parte si parte falso y parte verdadero (3)
-----	-----	-----
Casi si Casi totalmente verdadero (4)	Si Totalmente verdadero (5)	
-----	-----	

13.- Me cuidó bien físicamente.....	13
15.- Trato de ser cuidadoso(a) con mi apariencia.....	15
17.- Con frecuencia soy muy torpe.....	17
31.- Mi religión es parte de mi vida diaria.....	31
33.- Trato de cambiar cuando sé que estoy haciendo algo que no debe.....	33
35.- En algunas ocasiones hago cosas muy malas.....	35
49.- Puedo cuidarme siempre en cualquier situación.....	49
51.- Acepto mis faltas sin enojarme.....	51
53.- Hago cosas sin haberlas pensado bien.....	53
67.- Trato de ser justo(a) con mis amigos y familiares.....	67
69.- Me intereso sinceramente por mi familia.....	69
71.- Siempre cedo a las exigencias de mis padres.....	71
85.- Trato de comprender el punto de vista de los demás.....	85
87.- Me llevo bien con los demás	87
89.- Me es difícil perdonar.....	89
99.- Prefiero ganar en los juegos.....	99

No
Completamente
falso
(1)

Casi no
Casi totalmente
falso
(2)

Parte no parte si
Parte falso y parte
verdadero
(3)

Casi si
Casi totalmente
verdadero
(4)

Si
Totalmente
verdadero
(5)

14.- Me siento bien la mayor parte del tiempo.....	14
16.- Soy malo(a) para el deporte y los juegos.....	16
18.- Duermo mal	18
32.- La mayoría de las veces hago lo que es debido.....	32
34.- A veces me valgo de medios injustos para salir adelante.....	34
36.- Me es difícil comportarme en forma correcta.....	36
50.- Resuelvo mis problemas con facilidad.....	50
52.- Con frecuencia cambio de opinión	52
54.- Trato de no enfrentar mis problemas.....	54
68.- Hago el trabajo que me corresponde, en casa.....	68
70.- Riño con mis familiares.....	70
72.- No me comporto en la forma que desea mi familia.....	72
86.- Encuentro buenas cualidades en toda la gente que conozco.....	86
88.- Me siento incomodo(a) cuando estoy con otras personas.....	88
90.- Me cuesta trabajo entablar conversación con extraños.....	90
100.- En ocasiones dejo para mañana lo que debería hacer hoy.....	100

No Completamente falso (1)	Casi no totalmente falso (2)	Parte no parte si Parte falso y parte verdadero (3)
-----	-----	-----
Casi si Casi totalmente verdadero (4)	Si Totalmente verdadero (5)	
-----	-----	

HOJA DE RESPUESTAS

(ANEXO 2)

TENNESSEE Silt Content Scale

ANALYSIS SHEET

ITEM NO.	STATION NUMBER	TEST NO.	STATION NUMBER	ITEM NO.	STATION NUMBER
13	1 2 3 4 5	7	1 2 3 4 5	1	1 2 3 4 5
14	1 2 3 4 5	8	1 2 3 4 5	2	1 2 3 4 5
15	1 2 3 4 5	9	1 2 3 4 5	3	1 2 3 4 5
16	1 2 3 4 5	10	1 2 3 4 5	4	1 2 3 4 5
17	1 2 3 4 5	11	1 2 3 4 5	5	1 2 3 4 5
18	1 2 3 4 5	12	1 2 3 4 5	6	1 2 3 4 5
31	1 2 3 4 5	25	1 2 3 4 5	19	1 2 3 4 5
32	1 2 3 4 5	26	1 2 3 4 5	20	1 2 3 4 5
33	1 2 3 4 5	27	1 2 3 4 5	21	1 2 3 4 5
34	1 2 3 4 5	28	1 2 3 4 5	22	1 2 3 4 5
35	1 2 3 4 5	29	1 2 3 4 5	23	1 2 3 4 5
36	1 2 3 4 5	30	1 2 3 4 5	24	1 2 3 4 5
49	1 2 3 4 5	43	1 2 3 4 5	37	1 2 3 4 5
50	1 2 3 4 5	44	1 2 3 4 5	38	1 2 3 4 5
51	1 2 3 4 5	45	1 2 3 4 5	39	1 2 3 4 5
52	1 2 3 4 5	46	1 2 3 4 5	40	1 2 3 4 5
53	1 2 3 4 5	47	1 2 3 4 5	41	1 2 3 4 5
54	1 2 3 4 5	48	1 2 3 4 5	42	1 2 3 4 5
67	1 2 3 4 5	61	1 2 3 4 5	55	1 2 3 4 5
68	1 2 3 4 5	62	1 2 3 4 5	56	1 2 3 4 5
69	1 2 3 4 5	63	1 2 3 4 5	57	1 2 3 4 5
70	1 2 3 4 5	64	1 2 3 4 5	58	1 2 3 4 5
71	1 2 3 4 5	65	1 2 3 4 5	59	1 2 3 4 5
72	1 2 3 4 5	66	1 2 3 4 5	60	1 2 3 4 5
85	1 2 3 4 5	79	1 2 3 4 5	73	1 2 3 4 5
86	1 2 3 4 5	80	1 2 3 4 5	74	1 2 3 4 5
87	1 2 3 4 5	81	1 2 3 4 5	75	1 2 3 4 5
88	1 2 3 4 5	82	1 2 3 4 5	76	1 2 3 4 5
89	1 2 3 4 5	83	1 2 3 4 5	77	1 2 3 4 5
90	1 2 3 4 5	84	1 2 3 4 5	78	1 2 3 4 5
99	1 2 3 4 5	95	1 2 3 4 5	91	1 2 3 4 5
100	1 2 3 4 5	96	1 2 3 4 5	92	1 2 3 4 5
		97	1 2 3 4 5	93	1 2 3 4 5
		98	1 2 3 4 5	94	1 2 3 4 5

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

(ANEXO 3)

SCORE SHEET
Counseling Form
Teacher Self Concept Scale

NAME	GRADE	SEX	AGE	DATE	TIME STARTED	TIME FINISHED	TOTAL TIME
------	-------	-----	-----	------	--------------	---------------	------------

HOW THE INDIVIDUAL PERCEIVES HIMSELF

IN TERMS OF	COLUMN A PHYSICAL SELF	COLUMN B MORAL ETHICAL SELF	COLUMN C PERSONAL SELF	COLUMN D FAMILY SELF	COLUMN E SOCIAL SELF	SELF CRITICISM	ROW TOTALS	
ROW 1 IDENTITY WHAT HE IS	P1 P2 P3 N4 N5 N6 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P19 P20 P21 N22 N23 N24 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P37 P38 P39 N40 N41 N42 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P55 P56 P57 N58 N59 N60 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P73 P74 P75 N76 N77 N78 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 5 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	91 92 93 94 5 5 5 5 4 4 4 4 3 3 3 3 2 2 2 2 1 1 1 1	Positive	Variability
	P	P	P	P	P			
ROW 2 SELF SA TISFAC TION HOW THE ACCEPTS HIMSELF	P7 P8 P9 N10 N11 N12 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P25 P26 P27 N28 N29 N30 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P43 P44 P45 N46 N47 N48 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P61 P62 P63 N64 N65 N66 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P79 P80 P81 N82 N83 N84 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	95 96 97 98 5 5 5 5 4 4 4 4 3 3 3 3 2 2 2 2 1 1 1 1		
	P	P	P	P	P			
ROW 3	P13 P14 P15 N16 N17 N18 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P31 P32 P33 N34 N35 N36 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P49 P50 P51 N52 N53 N54 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P67 P68 P69 N70 N71 N72 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P85 P86 P87 N88 N89 N90 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	99 100 5 5 5 5 4 4 4 4 3 3 3 3 2 2 2 2 1 1 1 1		
	P	P	P	P	P			
COLUMN TOTALS						Total Positi ve of P		
						Col Tot V		

DISTRIBUTION OF RESPONSES

Number

Totals

= 100

• • • • •