

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**
FACULTAD DE MEDICINA



193
2ej.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADEMICA
CLINICA HOSPITAL ISSSTE**

IRAPUATO, GUANAJUATO

*DISFUNCIONES FAMILIARES
EN EL ALCOHOLISMO*

**TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
*ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR***

P R E S E N T A :

DRA. ELSA TORRES RUIZ

IRAPUATO, GUANAJUATO

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2652-45



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E

INVESTIGACION

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



DRA. ELSA TORRES RUIZ,

DISFUNCIONES FAMILIARES EN EL ALCOHOLISMO

DRA. JOSEFINA DOLORES MUÑOZ GUTIERREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN IRAPUATO, GTO.



DR. PEDRO HERNANDEZ TENORIO CLINICA HOSPITAL
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
CLINICA HOSPITAL ISSSTE IRAPUATO

Ir. Gto.
DEPARTAMENTO
ENSEÑANZA E
INVESTIGACION

IRAPUATO, GUANAJUATO

ENERO 1996

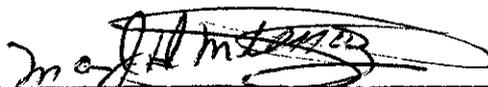
TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

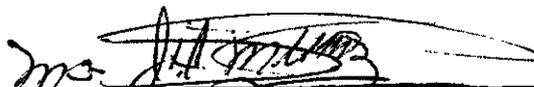


DRA. ELSA TORRES RUIZ

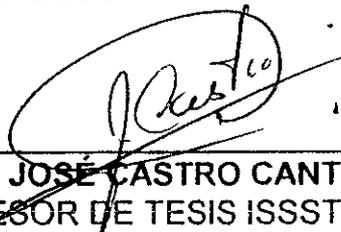
DISFUNCIONES FAMILIARES EN EL ALCOHOLISMO



DRA. MA. JOSEFINA DOLORES MUÑOZ GUTIÉRREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL ISSSTE EN
C.H. ISSSTE DE IRAPUATO, GTO.



DRA. MA. JOSEFINA DOLORES MUÑOZ GUTIÉRREZ
ASESOR DE TESIS



DR. JOSÉ CASTRO CANTÉ
ASESOR DE TESIS ISSSTE



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA
Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

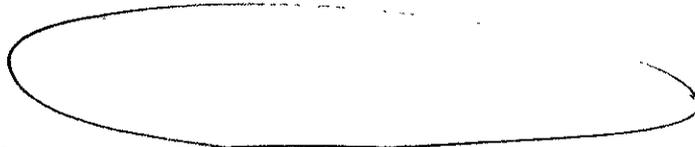
DISFUNCIONES FAMILIARES EN EL ALCOHOLISMO

TRABAJO QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

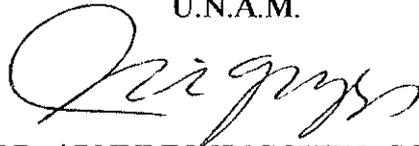


DRA. ELSA TORRES RUIZ

AUTORIZACIONES :



~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Irigoien" or similar.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

~~DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY~~
~~COORDINADORA DE DOCENCIA~~
~~DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR~~
~~U.N.A.M.~~

INDICE

El alcohol en la historia	1
Farmacología del alcohol	3
Alcoholismo	9
La familia	16
Disfunciones familiares	19
Alcoholismo y trastornos del aprendizaje	21
Planteamiento del problema	24
Justificación	28
Objetivos	32
Metodología	33
Resultados	35
Análisis de los datos	40
Conclusiones	42
Bibliografía	44
Anexos	48

EL ALCOHOL EN LA HISTORIA

Los estudiosos de las mas antiguas culturas han encontrado evidencia del uso de bebidas alcohólicas desde la edad de piedra, en un período cercano a los 4,000 años antes de Cristo.

Parece pues, que el hombre ha bebido alcohol desde hace por lo menos 5,000 años, y no existe ninguna razón para suponer que lo ingería sólo para degustarlo; algunos expertos aseguran que al consumirlas experimentaban sensaciones placenteras, que los incitaban a buscarlas.

Tal vez el más viejo producto vegetal que se hizo fermentar fué la miel, e igualmente existen datos que inducen a creer que el aguamiel de algunas plantas sirvió para hacer los primeros destilados. Si bien los irlandeses reclaman para sí el conocimiento inicial de la destilación, los árabes se consideran inventores, aún 200 años antes de aquellos, el ingenioso proceso fué tambien conocido por los griegos y los chinos de la antigüedad.

La verdad sea dicha, las bebidas alcohólicas producidas por fermentación, a partir de un sorprendente número de sustancias, ocuparon su lugar prácticamente en todas las sociedades humanas y aún permanecen en ellas.

Se han encontrado testimonios escritos sobre el conocimiento que los egipcios, los antiguos hebreos, los griegos y los romanos tenían acerca del vino y otras bebidas, incluidos los licores; supieron de sus efectos, al menos los inmediatos, y se conservan las observaciones que hicieron sobre la conducta del individuo en estado de ebriedad. Desde el principio hubo la tendencia a relacionar las bebidas alcohólicas con el sentimiento religioso. Asi fué como egipcios dieron crédito a Osiris por haberles permitido conocer el vino, los hebreos a Noé y los griegos a Baco, todos creyeron que las acciones de sus dioses, en ése sentido, fueron buenas y contribuyeron a enriquecer sus tradiciones.

En el México prehispánico, el alcohol, representado por el cotil o pulque, dejó también su huella impresionante en el aspecto social. Hay dos versiones conocidas sobre el descubrimiento del pulque, la bebida típica entre los indígenas del altiplano mexicano, producto de la fermentación del aguamiel del maguey. La más conocida se debe Fernando de Alba Ixtlixochitl, el historiador mexicano descendiente de una antigua familia de jefes chichimecas.

Nos cuenta que “habiendo heredado Tecpancltzin el señorío de los toltecas, a los diez años de su reinado fué a su palacio una doncella muy hermosa llamada Xóchitl acompañada de su padre Papantzin, a presentarle la miel del maguey que había descubierto. El rey se prendó de la doncella y tras los episodios en éstos casos naturales, acabó por seducirla, ocultándola en una fortaleza que había en el cerro Palpan, donde tuvo un hijo a quien le pusieron Meconetzin que quiere decir hijo del maguey en recuerdo al origen de los amores de sus padres y el cual nació el año acatl”.

Entre todos los dioses destacaba la diosa Mayahuel, a quien se representaba vestida de blanco que es el color del pulque, sentada sobre un maguey con sus hojas tiesas ligeramente curvas y con espinas en sus extremos. Era frecuente que junto a ella se pintara una olla de pulque saliendo de su boca la espumosa bebida y traspasada con una flecha que quizá expresara la idea de castigo ya que el beber 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 sólo 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.

FARMACOLOGIA DEL ALCOHOL.

Para entender la farmacología del alcohol, es fundamental conocer los mecanismos de absorción, distribución, metabolismo y eliminación en el organismo.

La acción biológica de las distintas bebidas depende de su contenido en alcohol. Lo que distingue a unas bebidas alcohólicas de otras, es su contenido de alcohol. El contenido de alcohol de las bebidas se mide en términos de porcentaje de alcohol (peso/volumen), mientras que el de las bebidas destiladas se mide en grados, y varía según los países. Una copa de cada una de éstas bebidas, suele contener aproximadamente la misma cantidad total de alcohol.

Una botella normal de cerveza contiene de 360 a 420 ml, lo cual corresponde a un 3.6 a 4% (gramos por 100 ml) de alcohol; es decir, que contiene de 13 a 17 gr de alcohol. Un vaso de vino de 120 ml equivale a un 12 a 14 % de alcohol y contiene de 14 a 17 gr de alcohol; unos 35 a 45 ml de whisky de 86 grados corresponde a una copa de bebida destilada y contiene de 13 a 19 gr de alcohol. Según lo expuesto, el consumo de seis vasos de whisky, o seis vasos de cerveza, parecen proporcionar cantidades totales de alcohol semejantes, pero mientras en el primer caso el sujeto bebe de 170 a 255 gr de líquido (agua), en el segundo bebe entre 2,000 y 2,300 gr de líquido. La cantidad que contiene una copa, es aproximadamente igual a la cantidad de alcohol que el organismo puede eliminar en una hora, por tanto, el término copas, teniendo en cuenta sus limitaciones cuantitativas en lo que a la farmacología del alcohol se refiere, simplifica y aporta mayor realismo al tema de la relación dosis-respuesta.

ABSORCION Y DISTRIBUCION DEL ALCOHOL.

Las características físico-químicas de la molécula del alcohol, favorecen su transporte a través de las membranas. Es una molécula relativamente pequeña y sin carga, completamente soluble en agua, pero sólo parcialmente soluble en grasas. La velocidad con que atraviesa la membrana depende tan solo de su gradiente de concentración a ambos lados de la membrana. El único mecanismo que interviene, es la difusión a favor del gradiente de concentración.

Cuando un sujeto bebe, el alcohol ingerido alcanza la sangre a través de la mucosa bucal; pero dado que las bebidas alcohólicas no suelen permanecer mucho tiempo en la boca, el primer lugar en que se produce la absorción significativa es la mucosa gástrica. La concentración plasmática de alcohol se modifica por acción de mecanismos metabólicos y excretores, que se ponen en marcha cuando el alcohol alcanza el hígado y los riñones, de manera que se establece un equilibrio dinámico entre el contenido de alcohol en la sangre, los tejidos y el aparato digestivo. La pequeña fracción final de alcohol ingerido probablemente no pasa a la sangre hasta que la concentración plasmática de alcohol disminuye hasta cero. La concentración de dicho compuesto en sangre, está regulado constantemente por mecanismos de absorción y eliminación.

ELIMINACION DEL ALCOHOL.

El alcohol se elimina del organismo por oxidación en productos secundarios o sin sufrir modificaciones. La oxidación representa la vía de eliminación del 95% del alcohol ingerido y el 5% restante se elimina a través del aire respirado, la orina, sudor, heces y leche materna.

Las dos primeras etapas de oxidación del alcohol tienen lugar exclusivamente en el hígado; los productos obtenidos en éstas reacciones se incorporan a la ruta energética normalmente utilizada por muchos tejidos. La primera etapa consiste en la

transformación del etanol en acetaldehído, mediante la enzima citoplasmática alcohol deshidrogenasa (ADH); en ésta reacción, el dinucleótido adenina y nicotinamida (NAD) actúa como receptor de átomos de hidrogeno y se transforma en NADH. A continuación el acetaldehído se convierte en acetato activo, mediante la enzima aldehído deshidrogenasa (AldDH). El NAD actúa de nuevo como receptor de átomos de hidrógeno. El acetato activo, en presencia de la enzima acetil -CoA sintetasa, aporta el grupo acilo necesario para la esterificación de la coenzima A, de manera que se obtiene acetil coenzima A.

Mediante las reacciones anteriores, el alcohol pasa a formar parte de la molécula de acetil-CoA. El organismo también sintetiza acetil-CoA en condiciones normales, mediante la oxidación de los hidratos de carbono, los ácidos grasos y los aminoácidos; se trata de un compuesto básico para el organismo, que interviene en muchas reacciones de acetilación y condensación. La acetil-CoA es el compuesto encargado de introducir el acetato en el ciclo de los ácidos tricarbónicos. Este ciclo es la vía final común de las células aerobias.

El ciclo tiene lugar en la mitocondria de la célula y está catalizada por un sistema enzimático que acepta el grupo acilode la acetil-CoA como fuente de energía y lo transforma en dióxido de carbono e hidrógeno. A su vez, el hidrógeno reacciona con oxígeno mediante la intervención de una proteína transportadora de electrones, lo cual da lugar a la formación de agua.

El agua obtenida de ésta última reacción, se incorpora a la reserva orgánica de agua, y el dióxido de carbono es transportado por la sangre en forma de bicarbonato hasta que se elimina en forma de dióxido de carbono en el aire espirado. En el proceso de transformación de cada gramo de alcohol en dióxido de carbono y agua, se obtienen 7.1 kilocalorías; por tanto, el alcohol es una fuente de energía eficaz para el organismo.

Es también sabido, que parte del alcohol plasmático se oxida mediante el sistema catalizado por la ADH; se trata del

sistema microsómico oxidante del etanol (SMOE), que también transforma el etanol en acetaldehído. A diferencia del sistema ADH, el SMOE es un sistema enzimático ligado a la membrana, que oxida el etanol mediante un citocromo, la existencia de éste citocromo explica en parte, la mayor susceptibilidad de los alcohólicos y algunos agentes ambientales, incluyendo solventes industriales, fármacos como la clorpromacina, la cocaína o la vitamina A.

La mayor actividad de SMOE, conferida por la exposición prolongada al etanol, conlleva al aumento del metabolismo de diferentes drogas como un descenso en su vida media y también a los efectos derivados del aumento de productos de metabolitos tóxicos. Es importante hacer notar que éste camino metabólico requiere oxígeno y que un aumento de actividad microsomal demanda mayor cantidad de oxígeno que agrava la hipoxia o bien conduce a la misma. En resumen, ésta vía oxidante del etanol produce una carga de radicales hidroxilo y una disminución de la disponibilidad del NADPH necesario para metabolizar otras drogas.

MECANISMO DE ACCION DEL ALCOHOL.

No se ha demostrado el mecanismo definitivo mediante el cual el etanol ejerce su acción aguda sobre el SNC. Al parecer, el etanol produce efectos generalizados inespecíficos en las membranas celulares, pero también existen evidencias sólidas de que muchos de sus efectos importantes sobre el comportamiento son modulados por sus acciones sobre el receptor GABA-A, un receptor específico del ácido gamma aminobutírico (GABA), un neurotransmisor inhibitor; éste receptor también parece ser el sitio de acción de la benzodiazepinas y de los barbitúricos. Un sitio de acción común para las benzodiazepinas, el etanol y los barbitúricos podría explicar su capacidad para producir tolerancia cruzada y la potenciación de sus efectos en forma recíproca.

Cuando el GABA se une al receptor GABA-A, produce la apertura de un canal de ion cloro dentro del receptor, con lo cual hiperpolariza la neurona haciendo menos probable su excitación. El receptor de las benzodiazepinas forma parte de la misma molécula que el receptor GABA-A y cuando una

benzodiacepina clásica, como el diacepam se une a su receptor, regula de manera alostérica el sitio de unión del GABA, aumentando la afinidad del receptor por éste neurotransmisor, lo que produce un aumento en la capacidad de conducción del ion cloro. Al parecer el etanol también aumenta la capacidad de conducción del ion cloro mediada por GABA, aunque a diferencia de las benzodiacepinas es probable que su acción se lleve a cabo al afectar el ambiente de la membrana del receptor GABA-A en lugar de unirse a éste en forma directa.

NIVELES DE INTOXICACION.

En la clínica los efectos patológicos del alcohol pueden manifestarse en forma de intoxicación aguda y síndrome de abstinencia o con toda la patología del alcoholismo crónico. Forney y Harger describieron las principales acciones básicas del alcohol sobre el SNC, cuya manifestación es secuencial y dependiente de la concentración de alcohol en la sangre y tolerancia individual.

a) **EUFORIA:** (50 mg/ml) existe vasodilatación cutánea con rubefacción, sudoración, euforia, verborrea, disminución de la atención y del juicio.

b) **EXCITACION:** (100 mg/ml) desinhibición, locuacidad y cambios discretos de la personalidad, inestabilidad emocional, náusea, vómito y vértigo.

c) **CONFUSION:** (150 mg/ml) hay mayor rubefacción desorientación, confusión mental, trastornos del lenguaje, de la audición y visión borrosa, disminución del umbral al dolor.

d) **ESTUPOR:** (200 mg/ml) trastornos de la memoria, del equilibrio, disminución de los estímulos, marcada incoordinación muscular, vómito, incontinencia urinaria y fecal, sueño y estupor.

e) **COMA:** (250 mg/ml) existe acentuada inhibición del sistema reticular con profunda depresión mental y además depresión de los centros bulbares vasomotor y respiratorio. Se puede presentar edema cerebral, estado de choque, hipoperfusión alveolar, dilatación pupilar con bradicardia, nistagmus, distensión

abdominal, hipotermia, piel fría y sudorosa, hipotensión arterial, taquicardia, oliguria, relajación del esfínter vesical o retención urinaria, hiporreflexia generalizada.

f) **MUERTE:** (+ de 300 mg/ml) se puede presentar broncoaspiración y paro cardiorrespiratorio por la acción depresora sobre el centro nervioso respiratorio.

ALCOHOLISMO

Debemos distinguir entre la intoxicación aguda que se acaba de describir y el alcoholismo crónico. La Asociación Médica Norteamericana y la Organización Mundial de la Salud, como muchos otros grupos profesionales, consideran al alcoholismo como una enfermedad y que existen múltiples formas de manifestarse tal enfermedad; por lo tanto, cada paciente deberá ser evaluado y tratado de manera global e individualizada.

El alcohólico bebe usualmente en grandes cantidades y con frecuencia llega al estado de embriaguez. Sin embargo, la cantidad y la frecuencia no son más que síntomas. Si bien es cierto que algunos alcohólicos beben en menores proporciones que algunos bebedores sociales, éste hecho no modifica su condición básica ni la hace menos grave. El factor clave en la pérdida del control y la ansiedad por el alcohol.

Los defectos físicos y las dificultades para ajustarse a la vida pueden contribuir al desarrollo de la enfermedad, o ser un resultado de ella. La bebida solitaria, o el beber temprano por la mañana pueden ser signos de alcoholismo, pero no siempre se presentan.

En forma similar, el vivir en sitios de baja condición, la irresponsabilidad y otros tipos de conducta comúnmente asociados con el alcoholismo, ni se limitan a éste desorden, ni forman necesariamente parte de él. En realidad, la clase de alcohólicos compuesta por miembros de alto nivel profesional y económico, constituye probablemente la más numerosa y con toda seguridad, una de las clases de alcoholismo más ignoradas en el país.

La necesidad imperiosa de ingerir alcohol observada en los bebedores habituales intrigó a los primeros investigadores. Los psiquiatras franceses denominaron a ésta proclividad a consumir alcohol: "la monomanía del alcoholismo", enfermedad mental cuya principal característica es la tendencia irrefrenable a

consumir bebidas fermentadas y licores. El deseo de beber es instintivo e imperioso y persiste a lo largo de toda la duración del paroxismo, tras lo cual el alcohólico vuelve a estar sobrio y retoma su vida normal.

Las construcciones conceptuales del siglo pasado y de principios del actual destacan tres principios fundamentales del síndrome del alcoholismo: 1) los síntomas biológicos y conductuales resultantes de las lesiones causadas por la ingestión excesiva de alcohol; 2) la tendencia irresistible a beber (oinomanía); y 3) la premisa de que existían trastornos en el SNC que eran las causas de la enfermedad.

El concepto de alcoholismo como enfermedad o proceso patológico ha cambiado considerablemente a través de los años, pero a pesar de que han pasado más de cien años desde que se introdujo tal concepto no existe todavía un criterio unánime sobre la definición del síndrome, en éste trabajo se decidió adoptar la enunciada por la Organización Mundial de la Salud quien define alcoholismo como: "una enfermedad crónica, incurable e irreversible, de componentes biológicos, psicológicos y sociales; que no respeta edad, sexo, ni posición social o religiosa".

TEORIAS SOBRE LA ETIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

No se conoce ninguna causa determinante del alcoholismo; del alcoholismo, sin embargo, todas las teorías que se han expuesto no se excluyen entre sí y están divididas de un modo algo arbitrario en hipótesis de tipo psicológico, sociocultural o constitucional.

a) Teorías Psicológicas: Son individuos dependientes con sentimientos de inferioridad o de baja autoestima, incapaces de enfrentarse a la angustia y a la frustración inherentes

a la vida; con un estado perpetuo de inseguridad y un impulso autodestructivo. Ante determinado tipo de frustraciones o adversidades, desde las reacciones ante el fracaso, hasta la compensación o atenuación de la angustia en la neurosis propiamente dicha, en cualquiera de las modalidades que pueda ofrecer éste apartado; se trata de una incapacidad del individuo para dar un sentido satisfactorio a su vida en un momento dado, apareciendo el alcohol como un elemento compensador de su dificultad existencial. La autoagresividad presenta la peculiaridad de que la evasiva en el alcohol reviste un carácter autodestructivo, pudiendo hablarse a veces de un auténtico "suicidio".

b) Teorías Psicodinámicas: Este enfoque coincide con las teorías conductistas al afirmar que el alcohólico intenta satisfacer con la bebida alguna necesidad personal, como por ejemplo, paliar sus impulsos narcisistas o satisfacer su necesidad de autocastigo. Las teorías más clásicas definen al alcohólico como un individuo oral o pasivo-dependiente. También existen hipótesis sobre la influencia del orden de nacimiento, que afirman que muchos de los alcohólicos ocupan el último lugar entre los hermanos; según esta teoría, al crecer entre hermanos mayores, siempre se sintieron protegidos y como adultos son personas dependientes emocionalmente.

c) Teorías Socioculturales: Ciertas teorías que estudian los motivos que inducen a la bebida, no necesariamente al alcoholismo, hacen hincapié en las experiencias de aprendizaje de la adolescencia. Las prácticas sociales que fomentan la bebida como una forma de comportamiento adulto, crean una especie de presión sobre el individuo, bien de tipo formal o informal. En nuestro país es un signo de "hombría" la ingesta de bebidas alcohólicas hasta llegar a la embriaguez; en éste aspecto también es importante el ejemplo de los padres. Sin embargo, la relación del adolescente con el alcohol está marcada por otros factores, tales como el status económico, la pertenencia a grupos étnicos o el lugar de nacimiento, dado que todos éstos factores suponen diferencias en cuanto a la frecuencia y cantidad de la ingestión de alcohol.

También se especula con que nuestra sociedad es demasiado permisiva con la publicidad de bebidas alcohólicas, lo

que hace aumentar su consumo y quizá con ésto, el número de alcohólicos. La fácil disponibilidad, una legislación inadecuadao mal empleada en lo que se refiere a fabricación, distribución, venta y propagandade bebidas alcohólicas, así como la falta de aplicaciónde sanciones a los infractores que expenden bebidas alcohólicas después del horario reglamentario, son otros de los factores.

d) Teorías Biológicas: No se ha podido probar que los factores genéticos sean la única causa del alcoholismo, pero sí parecen ser un factor coadyuvante muy importante. Se ha comprobado que un 50% de los familiares en primer grado de los alcohólicos, se convirtieron en alcohólicos. Esa tendencia familiar no implica necesariamente factores genéticos, ya que la unidad familiar ejerce sobre sus miembros otras influencias de tipo psicológico y sociocultural.

Estudios realizados en gemelos y descendientes de alcohólicos que fueron adoptados en forma temprana indican que el alcoholismo familiar puede estar determinado ganéticamente al menos de manera parcial. A pesar de que existen algunas discrepancias entre los estudios, los datos encontrados apoyan la existencia de mayor concordancia para el alcoholismo en gemelos monocigotos que en dicigotos. En promedio, parece existir aproximadamente un 60% de concordancia en gemelos idénticos y un 30% de concordancia en gemelos fraternos.

Los resultados de éstos estudios sobre alcoholismo, pueden resumirse afirmando que la herencia genética parece ser determinante en la aparición del problema en los hijos de alcohólicos. Es imposible obtener conclusiones confiables al 100% en la investigación con seres humanos, ya que hay muchas variables que no se pueden controlar; pero de cualquier modo, los resultados obtenidos ponen de manifiesto la gran influencia de los factores genéticos como causa del alcoholismo.

Por último, se ha especulado sobre la posibilidad de que el alcoholismo puede estar ligado genéticamente a otros trastornos psiquiátricos. Esto explica que le 60% o mas de los

individuos con un trastorno de personalidad antisocial sufran alcoholismo secundario o que los estados maníacodepresivos arrastran a muchas personas a la bebida.

EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO.

En el momento actual se tiene la certeza de que las manifestaciones del alcoholismo en el mundo occidental ha proliferado en los últimos años, en forma paralela al aumento del consumo del alcohol. En México se estima que el 5.7% de la población mayor de 20 años padece alcoholismo. El consumo excesivo de alcohol se presenta con mas frecuencia en el sexo masculino y en edades entre los 30 y 50 años principalmente. Hasta hace 5 años se sabía que existían más de 4 millones de bebedores menores de 17 años, cifra que se ha multiplicado en los últimos tiempos dado el fácil acceso al alcohol, pues es sabido que las entidades con más expendios clandestinos son: Jalisco, Veracruz, Puebla, Oaxaca, Guerrero y Guanajuato.

Los cambios socio-económicos acaecidos en las últimas décadas han permitido a la mujer el ingreso a la vida económica activa del comercio, la política, etc., con el consecuente incremento del consumo del alcohol.

El alcoholismo es un grave problema de salud en México y se hace evidente en el incremento de casos de cirrosis hepática, enfermedad que resulta del abuso en el consumo de alcohol, se encuentra ubicada entre las tres primeras causas de muerte en la población masculina. Por otra parte, en nuestro país la ingesta crónica de alcohol se agrava debido a la deficiente nutrición en grandes sectores de la población.

La esperanza de vida en los alcohólicos es de 10 a 12 años menor que en la población general y se calcula que la

pérdida económica global secundaria al alcoholismo en los Estados Unidos equivale a 60 millones de dólares por año.

El alcoholismo propicia acciones violentas y accidentes, cuyos porcentajes en México son los siguientes:

El 50% de las acciones violentas, 50% de las defunciones por accidentes automovilísticos, 35% de los accidentes de tránsito, 60% de los homicidios, 30% de los accidentes de trabajo y el 17% de los casos de suicidio se relacionan con el alcohol.

Se ha estimado que en el 45% de los casos de violación reportados, el violador se encontraba bajo los efectos del alcohol o bien la víctima; en el 15% de los niños maltratados, el golpeador bebía en exceso. El 12% del ausentismo laboral es consecuencia de la embriaguez y sus complicaciones, lo cual ocasiona muchas horas hombre de trabajo perdido; aproximadamente existen once mil horas diarias perdidas en las empresas privadas del Distrito Federal por la ingesta del alcohol, lo cual repercute tanto en la economía del país, como en la del individuo alcohólico y su familia.

En contrapartida, la producción, distribución, publicidad y venta de bebidas alcohólicas obliga al pago de impuestos y genera fuentes de trabajo e ingresos para un gran número de personas, lo que hace muy complejo el problema y los enfoques para su estudio involucran muchos aspectos médico-sociales, culturales, legales y económicos entre otros.

FASES DEL ALCOHOLISMO.

Los conceptos contemporáneos sobre el alcoholismo deben mucho a los trabajos de Jellinek, quien considera que el alcoholismo tiene un componente cultural y otro individual, que influyen en la decisión de beber. Jellinek calificó el alcoholismo como una enfermedad que avanza atravesando unas

fases bien definidas, caracterizadas cada una de ellas por ciertos síntomas que suelen aparecer de forma progresiva en la mayoría de los individuos.

a) FASE PRE-ALCOHOLICA. Inicio de habituación a forma social, asociando la bebida con el alivio de las tensiones y el stress.

b) FASE PRODROMICA. Después de un tiempo se produce una tolerancia a los efectos del alcohol y se necesitan cantidades cada vez mayores para seguir el mismo grado de alivio. Esta fase se caracteriza por la aparición de lagunas amnésicas o períodos de amnesia no relacionados con pérdida de conciencia así como por el aumento en la necesidad del alcohol, los sentimientos de culpa y los intentos de ocultar el problema bebiendo a escondidas.

c) FASE CRUCIAL. Está caracterizada por la pérdida de control, que se manifiesta por la incapacidad de abstenerse de beber o de interrumpir su consumo una vez iniciado, ya que se despierta en él una exigencia física del alcohol, a pesar de que la bebida esté causando graves problemas sociales, económicos y de salud, ya que experimenta autocompasión y racionaliza su comportamiento ante la bebida, consiguiendo incluso, períodos de abstinencia. Pierde todo interés laboral o familiar, de alimentación; genera resentimientos ilógicos, mayor pérdida de la autoestima, remordimientos, angustia, que lo conducen a un círculo vicioso.

d) FASE CRONICA. El alcohólico permanece ebrio durante varios días cada vez que bebe y no puede enfrentarse a los problemas que le está creando la bebida, ya que presenta trastornos del entendimiento, psicosis alcohólica, fallos de razonamiento, en este momento puede iniciarse en la adicción a otras sustancias no alcohólicas, que coadyuvan al deterioro mental. El alcohol consigue dominarlo, se rinde totalmente y deja que se desmorone toda la estructura de su vida

LA FAMILIA

Existen múltiples definiciones de familia, ya que a través de la historia, el hombre ha experimentado con diferentes clases de familias y así como los individuos y la sociedad varían de cultura a cultura, así también las familias.

Mientras el término "familia" ha sido definido de múltiples maneras, grupo constituido por hombre, mujer, niño o niños; persiste como la unidad social en la cultura occidental y éste grupo tiene la principal responsabilidad de proveer nuevos miembros a la sociedad, socializarlos, darles soporte físico y emocional e integrarlos a la sociedad.

La familia provee el bienestar básico del individuo y constituye la unidad primaria de salud. Este concepto no establece diferencia en cuanto a cómo sea definida la familia, o cómo esté constituida, siempre y cuando los individuos estén involucrados emocionalmente entre ellos y en estrecha proximidad geográfica.

Por lo anteriormente expuesto, se enunciarán a continuación las definiciones usadas más comúnmente:

CENSO CANADIENSE: Esposo y esposa, con o sin hijos; o padre o madre solos, con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo.

CENSO AMERICANO: Un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción.

Cada miembro de la familia tiene necesidades físicas, psíquicas y sociales, pero al mismo tiempo la sociedad ha puesto sobre cada individuo ciertas expectativas, obligaciones y demandas de cada uno de los miembros. La familia es un agente entre el individuo y la sociedad.

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Existen ciertas responsabilidades básicas de las estructuras familiares que determinan su funcionalidad:

SOCIALIZACION: Interacción mediante la cual el individuo aprende los valores sociales y culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y de la sociedad.

CUIDADO: Cubrir las necesidades físicas de los miembros de la familia.

AFECTO: Cubrir las necesidades afectivas de los miembros de la familia, procurando la respuesta afectiva de un miembro a otro.

REPRODUCCION: Regulación y control del ambiente sexual y de la reproducción a través de la interacción personal, educación sexual y control de la natalidad.

STATUS: Responsabilidad de proveer la necesaria socialización y las experiencias educacionales que permiten al individuo asumir un rol en grupos que sean congruentes con sus expectativas.

Es importante determinar no sólo si se cumplen las funciones, sino cómo se establecen los roles dentro de la familia para que se lleven a cabo éstas funciones.

CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA.

La familia no es una entidad estática; está dentro del proceso de cambio continuo, tal como lo están los contextos sociales. Los problemas de la familia cambian y consecuentemente las prioridades de las funciones familiares.

Las funciones de la familia varían con el ciclo de vida de la familia, el cual está formado por varias fases, según los diferentes autores; en éste trabajo se anunciará la clasificación que parece ser la más completa y descriptiva.

Fases del Ciclo de Vida de la Familia:

- 1.- Fase de matrimonio o formación de pareja.
 - 2.- Fase de expansión o de crianza de los hijos.
 - 3.- Fase de dispersión.
 - 4.- Fase de independencia.
 - 5.- Fase de retiro y muerte.
-

El objetivo que se persigue en el conocimiento de las relaciones familia-paciente, médico-paciente, médico-familia y familia-sociedad; es el de alcanzar una comprensión integral de los aspectos de salud y enfermedad, tanto del propio paciente, como de su familia, de la interacción entre ambos y de las relaciones dinámicas del sistema familiar con su entorno.

DISFUNCIONES FAMILIARES.

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en el proceso salud-enfermedad de cada uno de sus miembros. En base a que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de una familia funcional o disfuncional. Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le son encomendadas, de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente exterior.

Dinámica familiar es la interacción de las fuerzas tanto positivas, como negativas entre los miembros de una familia, lo cual determina la funcionalidad del sistema familiar.

Existe un equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el exterior, como en el interior de ella; éste equilibrio fué denominado por Jackson como homeostasis familiar, el cual opera por medio de mecanismos que operan relativamente automáticos e involuntarios.

Las crisis que inciden en la familia, afectan a sus miembros de forma distinta, en diferentes momentos, por éso, la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos períodos de la vida familiar y no en otros y el mantenimiento de éste equilibrio es requisito indispensable para que la familia cumpla eficazmente sus funciones.

Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio ú homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten atravesar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes criterios:

COMUNICACION: En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente.

INDIVIDUALIDAD: La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no sólo se toleran, sino que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.

TOMA DE DECISIONES: La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder. En las familias disfuncionales importa más ver quién va a salirse con la suya y consecuentemente, los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.

REACCION A LAS DEMANDAS DE CAMBIO: Una familia funcional es capaz de adaptarse ante los cambios internos o ambientales, tratando de conservar la homeostasis para que ninguno de sus miembros desarrolle síntomas. No así en una disfuncional, en la que la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología ante las crisis que se enfrentan.

La disfunción familiar se manifiesta por medio de los síntomas integrantes; la mayoría de los trastornos psicosociales tiene su origen en la disfunción familiar.

ALCOHOLISMO Y TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

El aprovechamiento escolar en los niños es un renglón que interesa no sólo a los padres contemporáneos, sino que interesa de modo importante, a educadores y personal de salud orientado a la identificación de problemas familiares y su impacto en los niños.

El médico familiar frecuentemente es consultado para determinar si existe o no algún problema físico o biológico que cause el bajo rendimiento académico en los escolares, lo cual puede resultar relativamente sencillo. Sin embargo, es muy común que cuando no se identifica un problema biológico, no se profundiza en la exploración de los aspectos psicosociales del niño y de la familia que obstaculizan el adecuado aprovechamiento escolar.

Los problemas de refracción y de hipoacusia son los trastornos de orden biológico que frecuentemente se identifican en los niños con dificultad del aprendizaje. Sin embargo, los médicos con frecuencia no exploran el coeficiente intelectual y no suelen profundizar sobre el bajo rendimiento escolar de los niños.

El impacto del ambiente familiar, en el rendimiento escolar de los niños debe ser desentrañado para identificar mecanismos y poder plantear medidas preventivas útiles.

Se ha propuesto que los niños que provienen de familias disfuncionales tienen un menor rendimiento en las pruebas que miden el coeficiente intelectual, así como más problemas de conducta y menor aprovechamiento escolar, otros estudios han relacionado la delincuencia juvenil y la deserción escolar con familias disfuncionales.

Es muy común ver en las familias de derechohabientes que el aspecto de la educación de los hijos no tiene una importancia trascendental para las familias. Se piensa que la educación de los hijos debe impartir la escuela y los padres generalmente dejan de influir intencionadamente en la conducta de éstos hijos; la mayoría de los padres repiten patrones y hábitos de conducta aprendidos o heredados en sus familias de origen.

La educación de los hijos por parte de los padres debe tener como premisas:

1. Intencionalidad y racionalidad
2. Orientación al desarrollo de las potencialidades del niño
3. Orientación a la estructuración de hábitos de conducta útiles y prácticos
4. Tomar en cuenta las motivaciones y deseos del niño en todo momento
5. Tratar de despertar interés en el niño para que éste le encuentre algún sentido a la educación
6. Ser una actividad cotidiana y sistematizada

Los problemas de conducta en los niños deben ser interpretados como conductas emergentes en el grupo familiar, en donde dicho problema debe considerarse como un intento de comunicación simbólica y el lenguaje utilizado por el niño como el contenido de dicho problema, es decir restarle importancia y centrar la atención en el grupo, mas que en el niño, y dejar claro, en la primeras entrevistas o consultas, que el problema es del grupo familiar en su conjunto de modo que el problema de conducta es resultante del problema familiar, en este caso, el alcoholismo de uno, o ambos padres.

Los "niños problema" no son sino resultado y expresión de "familias problema", que a su vez son resultado y expresión de "sociedades problema" y están inmersos en una serie de contradicciones en el sistema de valores, familiares y sociales.

Entender a un niño con problemas de conducta o de aprendizaje implica entender que vivimos en una sociedad llena de

contradicciones materiales, morales y éticas, en donde la familia actúa sólo como pantalla de todas esas contradicciones y en donde al niño le toca jugar sólo un papel de actor.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La investigación del alcoholismo ha sufrido cambios importantes en los últimos años; al principio, todo giraba en torno del enfermo alcohólico y se prestaba poca atención a las personas alrededor de él. Posterior a varios trabajos, sedió mayor énfasis a las interacciones, cambios y evolución de la familia con un miembro alcohólico.

La transmisión familiar, es decir los mecanismos por los cuales el alcoholismo de los padres puede transmitirse a los hijos, han sido objeto de interés por muchos años. El primer objetivo ha sido la investigación genética, pero en estudios más recientes se admitió la complejidad de la enfermedad y su origen multifactorial, en especial la interacción entre los factores genéticos y los factores sociales, psicológicos y culturales. Los estudios de diferentes autores concluyen que el alcoholismo afecta a toda la familia y que los hijos de alcohólicos tienen de cuatro a seis veces más posibilidades de convertirse en alcohólicos, que un individuo cuyos padres no son alcohólicos.

Recientemente, la investigación se ha orientado hacia los patrones de interacción familiar en relación con la transmisión. El denominar al alcoholismo como enfermedad familiar refleja el conocimiento de que todos los miembros de la familia sufren las consecuencias del alcoholismo. Otros autores destacan que el proceso familiar se ve influido por el comportamiento con la bebida, que junto con la reacción de los miembros de la familia, varían notablemente.

Se ha observado que ciertos trastornos afectivos, aparecen con más frecuencia entre los hijos de alcohólicos, que en la población general. Estos niños suelen mostrar baja autoestima, ser desconfiados y esconderse tras una fachada defensiva, suelen ser desafiantes, agresivos y ansiosos, mostrando conflictos de autoridad y necesidad de dependencia frustrada.

Otros autores observaron notables trastornos en el uso de los sentidos, alteraciones emocionales y agresividad social; concluyendo que los hijos de alcohólicos eran mas propensos a alteraciones de la conducta. Tiene menos facilidad para mantener la atención, menos respuesta a los estímulos ambientales, muestran más ansiedad, miedo, aislamiento social y preocupación por sus estados de ánimo.

Otro factor importante de estudio es el efecto del entorno o atmósfera familiar en los hijos de alcohólicos. Esta atmósfera familiar se caracteriza por el caos, la inconsistencia, roles indefinidos, la impredecibilidad, los límites cambiantes y quizá la violencia intrafamiliar; en la familia alcohólica los niños viven la comunicación como algo hostil y se sienten molestos y asustados ante las discusiones paternas, lo cual contribuye a la completa ausencia de estabilidad y a la inseguridad del ambiente, así como de graves traumas emocionales.

En la mayoría de las familias alcohólicas hay un secreto importante, el alcoholismo; y éste se mantiene por medio del proceso defensivo de la negación. El nivel de negación varía considerablemente, y es muy importante para entender las consecuencias en el niño y su adaptación, así como para comprender la transmisión del alcoholismo.

Muchos hijos de alcohólicos tienen pesadillas y alteraciones del sueño, algunos son agresivos y tienen problemas escolares o sociales y otros se vuelven pasivos y retraídos.

En una familia en que la negación y la distorsión son puntos claves, no hay una figura adulta viable a la que los niños puedan imitar; el desarrollo puede detenerse como si el niño rehusara conscientemente a identificarse con cualquiera de sus padres. Los niños con un padre alcohólico desarrollan mecanismos de adaptación en la adolescencia, lo que los puede llevar a experimentar activamente con el alcohol y las drogas, convirtiéndose en adictos o delincuentes.

La negación, descrita antes, crea graves problemas para tratar niños cuyos padres siguen bebiendo y niegan sus problemas con el alcohol. Es por esto que el personal del equipo de salud y escolar, debe mejorar su capacidad diagnóstica para reconocer mejor a los niños de alcohólicos y promover así, la ruptura de la negación familiar, lo cual constituye las primeras etapas de la terapia.

Los médicos son capaces de detectar apenas del 20 al 50% del total de pacientes, y la mayor parte de ellos sólo cuando se hallan en etapas de daño orgánico ostensible, lo que limita las posibilidades de lograr una curación o rehabilitación. Contra lo que podría creerse, es todo un reto diagnóstico, que exigirá del clínico pericia e inteligencia; esto es especialmente grave, si consideramos que del 20 al 50 % de los pacientes varones y del 6 al 20 % de las mujeres que acuden al médico del primer nivel de atención, llenan los criterios para ser diagnosticados como alcohólicos.

A pesar de su alta prevalencia, como hemos mencionado no es sencillo integrar el diagnóstico. El médico debe estar sensibilizado para detectar los datos indicativos de alcoholismo entre una gran gama de signos y síntomas; así como las repercusiones físicas, psíquicas y sociales que desencadena en los miembros de la familia, que pueden llegar a enmascarar el verdadero problema.

Como ante cualquier enfermedad, existen posibilidades de fracasar, ya sea en su diagnóstico o en su manejo. Los fracasos que se deben a pacientes rebeldes, que de hecho nunca aceptan el diagnóstico o bien ocultan información, no son responsabilidad del médico. Hay sin embargo, otras causas que son directamente dependientes del médico:

1. El médico es reacio a calificar la conducta del bebedor como una enfermedad, hasta que aparece otro problema en relación al alcohol.
2. Se sigue considerando al alcoholismo como un problema de moral, y no de salud.

El médico mismo, es portador de mitos y prejuicios en relación al mismo.

3. El rechazo del médico al paciente alcohólico, por ser un paciente difícil, resistente al tratamiento y frustrante del prestigio profesional.

4. El médico carece de información suficiente para realizar un diagnóstico precoz, o para referir oportunamente al paciente a otras instancias para recibir ayuda.

Es sumamente importante, que el médico recuerde que el alcoholismo es una enfermedad, que es multifactorial, que requiere tratamiento integral. Así mismo, deberá reconocer en la sintomatología de la familia, las repercusiones de ésta enfermedad, tomando en cuenta el papel que juega la genética en los hijos de alcohólicos y el entorno psicodinámico que guarda en relación con el alcoholismo.

JUSTIFICACION.

A principios del siglo, la literatura sobre la familia con un miembro alcohólico era casi inexistente. En esa época la persona alcohólica estaba estereotipada como un ser marginal, un miembro insocial cuya bebida procedía de su depravación moral y su debilidad. El alcohólico era visto como alguien que la familia tenía que esconder, la policía controlar y los clérigos reformar, la familia era digna de pena y de caridad.

Actualmente, todos los miembros de la familia, incluyendo al alcohólico, se consideran contribuyentes a las interrelaciones familiares y al proceso por el cual los síntomas del alcoholismo aparecen finalmente. Por todo esto, es importante entender los mecanismos por los cuales el alcohol afecta a la dinámica familiar.

El alcoholismo, como un factor determinante dentro de la familia, interfiere con la capacidad de cada uno de los miembros para cumplir sus funciones. Se han mencionado dos funciones básicas de la familia que son: la socialización y el status; las cuales no pueden ser cumplidas por una familia alcohólica, debido a las grandes dificultades en la comunicación y en el cumplimiento de los papeles.

Cuando el alcoholismo se ha constituido en un fenómeno establecido en la vida de una familia, queda generalmente poca disposición para la comunicación al nivel del intercambio constructivo de sentimientos. Más aún, los intentos de comunicación son fundamentalmente encaminados a controlar el comportamiento de la otra persona a través de maniobras de degradación, evitación, o culpabilidad.

Las repercusiones de una relación conyugal deteriorada se observan a menudo en las familias en las que hay problemas con el cumplimiento de los roles. La diferenciación clara de cada rol concede a la persona un punto de unión dentro del sistema, un

sentido de identidad y una comprensión clara de sus derechos y obligaciones.

En las familias alcohólicas, los miembros aprenden que no pueden esperar el comportamiento normal de la persona alcohólica en términos de roles familiares, por lo tanto, los miembros no alcohólicos cambian sus papeles en un esfuerzo de mantener el funcionamiento de la familia.

El cumplimiento inadecuado del papel de cada uno de los padres, se manifiesta también en el fracaso de éstos en crear una atmósfera familiar libre de conflictos. Los niños experimentan, como observadores o como participantes directos, los esfuerzos inútiles de los padres de afrontar las desavenencias, en forma constructiva.

La familia con un miembro alcohólico activo experimenta problemas de disfunciones en varios puntos de su ciclo vital. Steinglass desarrolló un modelo de la historia de la vida de una familia alcohólica, que ayuda a describir las diferentes consecuencias del alcoholismo en las diferentes etapas del ciclo vital de una familia, así como varias resoluciones que toman algunas familias para manejar el alcoholismo familiar.

Tanto el modelo anterior, como los resultados de las investigaciones de los diferentes autores, coinciden en que se necesita un estudio sistemático de la población de riesgo para determinar fielmente su identidad y elaborar un plan para la prevención primaria del alcoholismo.

Factores como los intereses económicos que apoyan el consumo de alcohol, o los controles sociales informales de las actitudes comunitarias sobre el comportamiento de la bebida, por ejemplo, pueden ser puntos concretos sobre los que hay que incidir para proporcionar el cambio.

La farmacodependencia es un fenómeno complejo determinado por la droga, el huésped y el medio ambiente. La farmacodependencia ha aumentado en magnitud e importancia en América Latina y en México. El grupo de mayor riesgo es el de jóvenes entre los 10 y 25 años, sobre todo desempleados, y niños con familias disfuncionales .

El alcohol es la droga favorita consumida por 90% de los alumnos de educación media en Estados Unidos de América del Norte y un 15% de esa población, presenta problemas serios con su manera de beber. En México, en 1986, el consumo de alcohol per capita fué de 66 litros para la población general y de 4.7 litros para los adolescentes, asociándose al consumo del tabaco.

En 1983 Castro encontró un 53% de consumo de alcohol en los estudiantes de por lo menos una vez; la décima parte mostró serios problemas en su adicción.

La consecuencia social de mayor impacto del consumo inmoderado de alcohol, es la desintegración familiar con el consecuente mal funcionamiento de los roles de todos sus integrantes. Si la mitad de la población general tiene menos de 15 años, es importante revisar las características en el consumo de bebidas alcohólicas en éste grupo considerado de riesgo.

Cuando un médico familiar se enfrenta a una familia en la que algún miembro tiene "problemas de conducta" o bajo rendimiento escolar, debe intentar una exploración mínima del ámbito social, grupal e individual, encaminado a identificar las causas posibles de éstos problemas.

A) Entre la exploración mínima de área social se propone:

1. Identificar el ingreso económico familiar mensual y su distribución, esto con el fin de valorar si la alimentación del escolar es suficiente y adecuada.

2. Valorar el tipo de escuela y el curriculum que instrumenta, en la que el nivel de exigencia sea adecuado a las características del niño y propicie su desarrollo

3. Determinar las actividades del escolar adicionales a las propias de la escuela, ya que algunos niños tienen que trabajar, para contribuir al ingreso familiar.

4. Identificar la ocupación y la escolaridad de los padres y hermanos. Muchos padres desean que su hijo llegue a lograr lo que ellos no pudieron y lo presionan para un éxito escolar que nunca llega, de modo que ésta frustración se convierte en causa del bajo rendimiento escolar.

B) Para la exploración mínima del ámbito grupal se propone:

1. Evaluar el funcionamiento del subsistema conyugal y parental, tratando de identificar conflictos conyugales o conflictos en la forma de ejercer la autoridad.

2. Evaluar el papel del niño con "fracaso escolar", intentando identificar situaciones emergentes o desempeños estereotipados en la familia.

3. Valorar las expectativas de los padres hacia los hijos, ya que muchos padres sobreestiman las posibilidades de un hijo.

4. Valorar las expectativas del escolar, intentando explorar sus metas y objetivos a mediano y largo plazo también explorando sus expectativas hacia el grupo familiar.

C) Para la exploración del ámbito individual se propone:

1. Determinar peso y talla, tratando de descubrir desnutrición síndrome de talla baja.

2. Identificar trastornos auditivos o visuales.

3. Determinar la capacidad intelectual. Debe explorarse la autopercepción, el juicio y raciocinio como funciones elementales del niño escolar.

4. Identificar alteraciones lecto-escritura, como disgrafía, dislalia o disartria.

Esta exploración mínima no pretende agotar la multiplicidad de causas de la "mala conducta" infantil y del bajo aprovechamiento escolar, pero sí pretende ser una puerta de entrada a los psicodinamismos sociales y familiares de donde el niño es sólo una resultante.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL.

Demostrar que el alcoholismo es causa de disfunción familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- a) Demostrar que el alcoholismo familiar es causante de disfunción en el rol de los hijos, manifestado como retraso escolar.

- b) Observar la relación entre alcoholismo familiar y trastornos de conducta de los hijos, expresada como indisciplina escolar.

- c) Analizar comparativamente, que el alcoholismo es mas frecuente en las familias con antecedente familiar positivo.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO.

Es un estudio sociomédico, prospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

El estudio se realizó entre los pacientes de la consulta externa de la Clínica Hospital ISSSTE de Irapuato, Gto., de Enero a Octubre de 1995.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se escogió por medio de muestreo no probabilístico intencional o por conveniencia, una muestra de 50 familias que acuden a la consulta externa de la Clínica Hospital ISSSTE.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Se escogió de entre la población mayor de 20 años, a los padres alcohólicos, con hijos mayores de 7 años.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Quedaron fuera del estudio, los alcohólicos solteros, o casados sin hijos.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Fueron eliminados del estudio los alcohólicos en quienes se les detectó cualquier otra enfermedad agregada, que influyera o fuera la causa de la disfunción familiar.

VARIABLES DE MEDICION.

Las variables de medición que se tomaron en cuenta para detectar las disfunciones familiares y con esto los trastornos del aprendizaje en los hijos, fueron: presencia y número de integrantes de la familia con problemas de alcoholismo; niños con trastornos de conducta expresada por retraso escolar, o bien, como indisciplina escolar, por medio de reportes; otra variable fué los problemas de conducta expresados como alteraciones al orden público, o accidentes de tránsito, o cualquier violencia en las calles.

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

Se realizaron entrevistas directas con el paciente alcohólico en la consulta externa; para detectar el alcoholismo, se utilizó el formato diseñado por la asociación de A.A como diagnóstico (Anexo 1). Posteriormente se les invitó a participar en el estudio, de manera voluntaria, para lo cual se les citó junto con su pareja para interrogarlos acerca de los parámetros ya mencionado, a través de un formato ideado para éste estudio (Anexo 2). Las entrevistas fueron realizadas de manera directa por el investigador, en el área de consulta externa de la Clínica Hospital ISSSTE de Irapuato, Gto., de una manera informal, apoyándose en los formatos anteriormente mencionados.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Tomando en cuenta la estigmatización que los enfermos alcohólicos despiertan en la población, se respetó el derecho del anonimato de los pacientes objeto del estudio, así como el de su familia. También fué respetado el derecho a no proporcionar información que pudiera ser considerada de implicación legal.

RESULTADOS PARA ELABORAR GRAFICAS

ANTECEDENTE FAMILIAR: (GRAFICA 1)

39 Positivo (78%)
11 Negativo (22%)

RETRASO ESCOLAR:
(GRAFICA 2)

32 Positivo (64%)
18 Negativo (36%)

INDISCIPLINA ESCOLAR:
(GRAFICA 3)

17 Positivo (34%)
33 Negativo (66%)

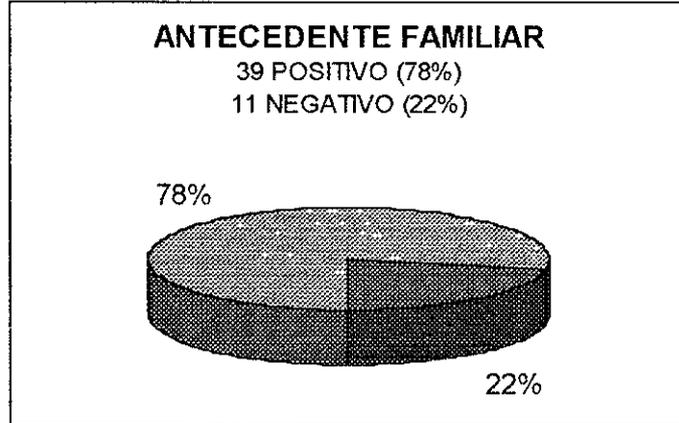
ALTERACIONES AL ORDEN PUBLICO:
(GRAFICA 4)

7 Positivo (14%)
43 Negativo (86%)

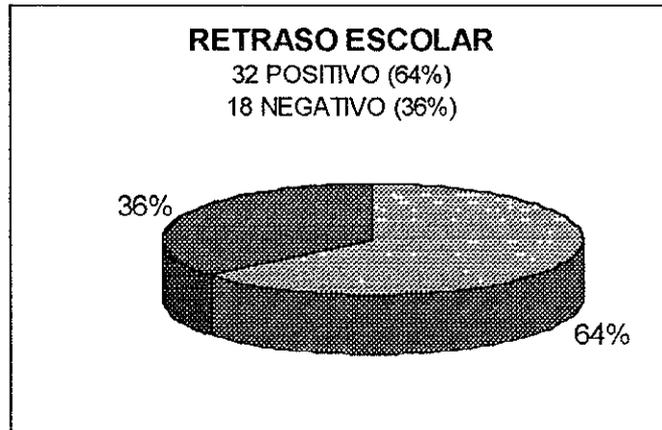
EDAD DE INICIO EN LA BEBIDA:
(GRAFICA 5)

0 a 10 años: 1
11 a 20 años: 45
21 a 30 años: 3
31 a 40 años: 1

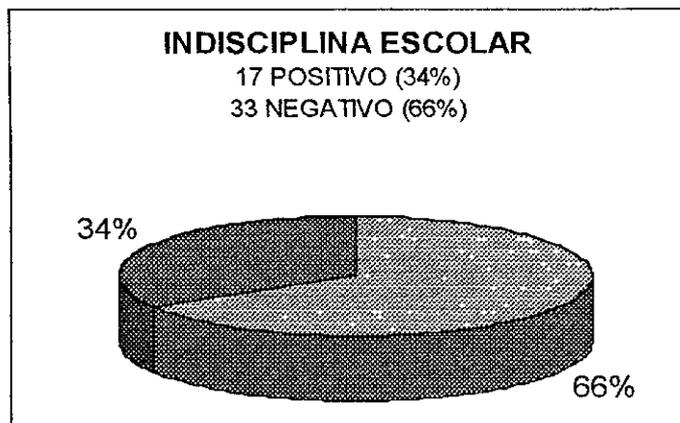
RESULTADO DE LAS GRAFICAS



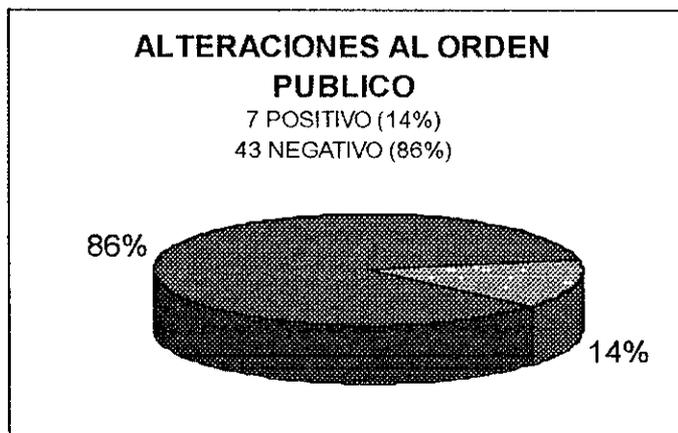
GRAFICA 1
FUENTE: CONSULTA EXTERNA C.H. ISSSTE



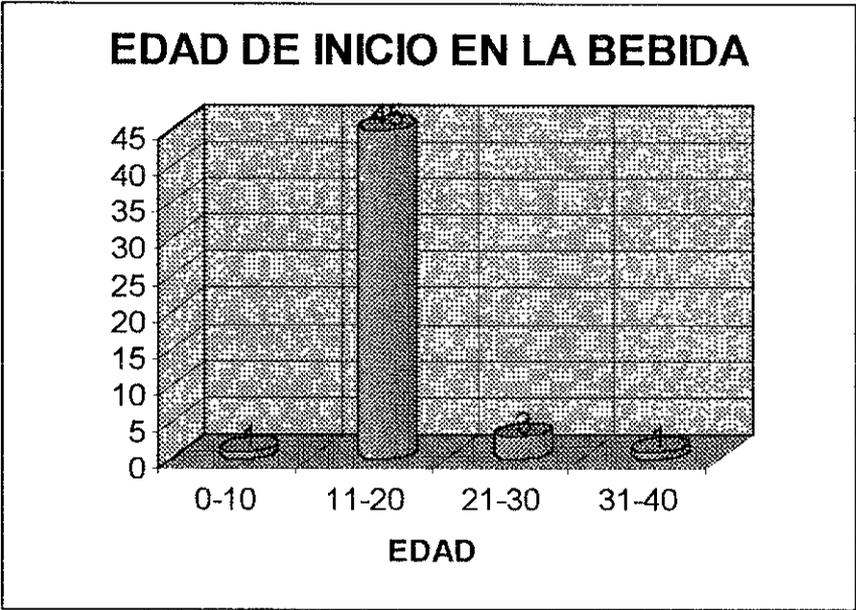
GRAFICA 2
FUENTE: CONSULTA EXTERNA C.H. ISSSTE



GRAFICA 3
 FUENTE: CONSULTA EXTERNA C.H. ISSSTE



GRAFICA 4
 FUENTE: CONSULTA EXTERNA C.H. ISSSTE



GRAFICA 5
FUENTE: CONSULTA EXTERNA C.H. ISSSTE

DESCRIPCION DE RESULTADOS.

Se hizo una selección de 50 familias, en las que se detectó alcoholismo en algunos de los padres y que tenían hijos con edades entre los 6 y 18 años.

La encuesta realizada en cada una de las familias, reveló que en 39 (78%) de ellas, existía el antecedente del alcoholismo familiar. (Gráfica no. 1)

Con respecto al retraso escolar, 32 familias (64%) refirieron bajo rendimiento en algunos de los niños, e incluso algunos manifestaron haber reprobado (Gráfica no. 2). 17 (34%) tuvieron en alguna ocasión reportes por indisciplina escolar. (Gráfica no. 3)

De la muestra de 50 familias, sólo 7 (14%) aceptaron que sus hijos habían tenido problemas con la autoridad por alteraciones al orden público. (Gráfica no. 4)

En relación a la edad de inicio en la ingesta de bebidas alcohólicas, se encontraron edades desde los 9 años como mínima, y de 40 años como máxima, encontrándose una media de 17 años. (Gráfica no. 5)

ANALISIS DE LOS DATOS

Según los datos que se obtuvieron en el presente estudio, se observó la gran tendencia que tienen los hijos de alcohólicos a desarrollar alcoholismo, ya que mas de la mitad de la muestra tenía algún familiar alcohólico; lo cual concuerda con los reportes de los diferentes autores. Lo anterior debe ser tomado en cuenta por el médico familiar para alertar al paciente en riesgo de ésta susceptibilidad y realizar acciones preventivas. Es pertinente insistir sin embargo, que lo que se hereda es la predisposición y vulnerabilidad al uso del alcohol, y no el alcoholismo.

La disfunción en el rol de los hijos como estudiantes, expresada como un retraso escolar, se observó en el 64% de la muestra, los cuales obtuvieron calificaciones de seis, o inferiores a ésta. En algunas ocasiones éste bajo rendimiento escolar es atribuido a falta de atención por parte de los niños, o mas aún, a poca inteligencia de los mismos. Es por ésto que se debe hacer una exploración completa del niño y su entorno para descartar todas las causas atribuibles a éste retraso escolar; en el caso del alcoholismo familiar, se puede dar ésta respuesta en los niños por los conflictos que viven en el hogar lo cual provoca en ellos sentimientos de depresión y minusvalía.

Las alteraciones de conducta expresada como indisciplina escolar, fueron pocas en ésta muestra, ya que sólo se detectaron en el 34% de ellos, a través de reportes de conducta durante la etapa escolar.

Con respecto a las alteraciones de conducta expresada como problemas con la autoridad por alteraciones al orden público, o cualquier tipo de violencia en las calles,

sólo lo reportaron en el 14% de los encuestados. Esta estimación parece ser baja, debido a la renuencia por parte de los padres a admitir éste tipo de problemas en sus hijos.

Otro dato interesante que se obtuvo en el estudio, fué la edad de inicio en la ingestión de bebidas alcohólicas, que reveló como edad media los 17 años. Esta edad es una etapa por la que atraviesan los adolescentes de gran importancia, ya que son altamente influenciables, e imitativos y que en su afán de lograr su independencia, son capaces de realizar actos temerarios, aunque vayan en contra de su propia integridad. Tomando en cuenta que la mitad de la población general tiene menos de 15 años, es importante revisar las características en el consumo de bebidas alcohólicas y algunos factores psicosociales relacionados, para aplicar medidas preventivas en este grupo tan importante.

CONCLUSIONES

El objetivo de éste estudio , de identificar los elementos determinantes del alcoholismo y su influencia en la dinámica familiar, fué alcanzado en su primera parte, al corroborar estadísticamente la influencia que ejerce el alcoholismo familiar, en la predisposición de sus miembros a presentarlo.

Es por ésta razón, que se debe hacer hincapié en las medidas preventivas y de alerta, en ésta población, que puede ser considerada de riesgo, para desarrollar la enfermedad de alcoholismo como cualquier enfermedad de carácter familiar.

Ya se ha visto que la dinámica familiar se puede ver afectada en cualquiera de sus funciones; y en éste estudio se observó que el alcoholismo es un factor determinante para provocar defectos en la comunicación, así como un mal desempeño de los roles de cada uno de los integrantes de la familia. En el presente estudio, se corroboró el mal funcionamiento del rol de los hijos como estudiantes, expresado como retraso escolar, y en algunos de ellos indisciplina escolar.

Lo anterior tiene como consecuencia la disfunción familiar que se refleja en diferente sintomatología psicológica de sus miembros; entre éstas, los trastornos de la personalidad en los hijos provocada por falta de reforzamiento conductual y afectivo, la violencia doméstica en que se desarrollan.

A ésta personalidad lábil, se conjugan los estímulos externos que refuerzan los sentimientos de baja autoestima y los falsos modelos del poder y del prestigio,

que se encuentran en todos los medios de comunicación, sin ninguna censura o medida.

Este trabajo no pretende formular leyes universales, válidas para todas las familias alcohólicas, sólo se han descrito las experiencias con la bebida, de algunos alcohólicos y la influencia de ésta en sus familias, para alertar a los padres de familia y concientizar a la comunidad médica de la importancia de ésta enfermedad y sus repercusiones en los familiares manifestada como en éste caso como retraso escolar.

El médico familiar tiene la gran responsabilidad del manejo del alcohólico y su familia por la gran influencia que puede ejercer. Una simple charla explicativa, girando alrededor del postulado "debería usted modificar su manera de beber", logran mayor impacto y tienen un efecto mas duradero que el provisto por la información impresa; todo ésto basado en una buena relación médico-paciente.

Es importante que el médico tenga a la mano estrategias para la prevención de la adicción al alcohol entre los niños y jóvenes principalmente; tales como charlas, seminarios, etc., para fomentar una actitud responsable frente al alcohol.

Ningún médico está alejado de éste problema, ya que una gran proporción de la consulta externa, presentan problemas médicos debidos o relacionados con el alcohol; sin embargo, la ira, el disgusto y la estigmatización producidos por el comportamiento del alcohólico, pueden llevar a que los médicos desarrollen una actitud de rechazo o prejuicio en la atención del acohólico y su familia, dando como resultado una cadena interminable de familias disfuncionales por el alcoholismo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aguilar R. J., "Alcoholismo, sociedad y tratamiento".
Sinergia Ago. 1994; VII: 36: 14-16
- 2.- Aubá L. J. y Costa G.J., "Alcohol y población laboral"
Medicina Clínica May. 1989; 17; 92: 658-659
- 3.- Aubá L. J., "Utilidad en atención primaria de los marcadores
biológicos para la detección de alcoholismo".
Medicina Clínica, Abr. 1989; 13; 92: 518-520
- 4.- Bruce S. M.D., "The effect off financian management on
alcohol-related hospitalization". Am. J. Ps. Feb. 1991
2; 148: 221-223
- 5.- Bryon A., M. D., Risher F., M.D., "Disturbances of
hypothalamic
pituitary-adrenal axisfunctioning during ethanol with
drawal
in six men". Am. J. Ps. 1991; 148: 1023-1025
- 6.- Beardslee R. W., M.D.; Hoke L., "Initial finding on
preventive
intervention for families with parental affective
disorders".
Am. J. Ps. 1992; 149: 1335-1340
- 7.- Cecil L., "Alcoholismo". Tratado de Med. Int. Cap 347: 702-
709
De. Interamericana 1975
- 8.- Cobos A. H., "Consumo de alcohol y adolescencia".
Rev. Med. IMSS May. 1993; 31: 279-281
- 9.- Chapman W. D., "Alcohol, corazón y política"
Mundo Médico. Ago. 1994; VII; 36: 14-16

- 10.- Chávez A. J., "El médico familiar ante los problemas de conducta y aprendizaje infantiles". Rev. Med. IMSS . Oct. 1992; 30: 221-223
- 11.- Diaz B. A., "Alcoholismo y sociedad". Sinergia Sept. 1994; VII; 36: 14-16
- 12.- Eliastam M. G., "Urgencias psiquiátricas". En: Manual de medicina de urgencia. 1994; Cáp. 8: 513-514 Edit. Mosby/Doyma
- 13.- Estes H., "Alcoholismo: desarrollo, consecuencias y tratamiento". Edit. Americana 1989
- 14.- Farreras R., "Alcoholismo". Med. Int. 1992; Vol V: 329-333 Edit. Doyma
- 15.- de la Fuente M. R., "Trastornos de la personalidad en el alcoholismo". Psic. médica 1980: 118-124 Fondo de cultura económica
- 16.- Gremberg D. A., "Persistent altered menttion due to ethanol" Neurol. Clin. Ago. 1993; 11: 639-661
- 17.- Group for advancement of Psychiatry committee on alcoholism and the addictions., "Substances abuse disorders a psychiatric priority". Am. J. Ps. Oct. 1991; 148; 10: 1291-1308
- 18.- Hyman S. , Dr.; Cassem N. H., Dr., "Alcoholismo". Scientific American Inc. Edit. Científica Médica Latinoamericana 1989; 3:8 III 1-8.III.13

- 19.- Jellinek S. M., M:D; Bishop S. J., et al, "Screening for dysfunction in the children of outpatients at psychopharmacology clinic".
Am. J. Ps. 1991; 148: 1031-1036
- 20.- Jekins J. L.; Loscalzo J., "Intoxicación por alcohol" Manual de Medicina de Urgencia 1991; Cáp. 53: 492-493 Salvat Edit.
- 21.- Jinich H., "Alcoholismo". Tratado de Medicina Interna, Manual Moderno, 1998: Vol III: 599-601
- 22.- Kolb, "Farmacodependencias y alcoholismo". Psiquiatría Clínica Moderna, La Prensa Médica Mexicana, 1976 ; Cáp. 347: 702-709
- 23.- Anónimo. A.A y la profesión médica.
- 24.- Anónimo. ¿Hay un alcohólico en su vida?
- 25.- Anónimo . Plenitud. Año XIV; May. 1991; No. 54: 53-55
- 26.- Mathew R. J., "Psychiatric disorders in children of alcoholics: data from the epidemiologic catchment area project".
Am. J. Ps. May. 1993; 150:793-800
- 27.- Medaile H. J., "Historia clínica familiar". Medicina familiar. Principios y práctica. Edit. Limusa 1987: 23-41
- 28.- Madden J. S., "Alcoholismo y farmacodependencia". Manual Moderno 1986: 103-117
- 29.- Martín A. L., "Alcoholismo". Introducción a la Medicina Familiar Edit. Méndez Cervantes 1989; 9.3-9.6
- 30.- Noble E. P., et al., "Alcoholism and the D2 dopamine receptor gene"
Jama Oct. 1993; 6; 270: 1547-1548

- 31.- Nogué S., M. P., "Urgencias toxicológicas".
Medicina clínica Dic. 1989; 20; 93: 799-800
- 32.- Nace P. E., M.D.; Davis C. W. and Gaspari J. P., "Axis II comorbidity in sustancias abusers". Am. J. Ps. 1991; 148: 118-120
- 33.- Ochoa G. , "Alcoholismo: un reto para el médico".
Rev. Fac. Med. UNAM JUL-Ago 1997; 4; 40: 142-149
- 34.- Pato C. N., et al., "Review of the putative association of dopamine D2 receptor and alcoholism: a metanalysis".
Am. J. Med. Genet. Jul 1993; 15; 48: 78-82
- 35.- Salud mental, enfermedad mental y alcoholismo: conceptos básicos.
Institutos de enseñanza superior 1980; 13-22
- 36.- Sanders B. ; Giolas M. H., "Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents".
Am. J. Ps. 1991; 148: 50-54
- 37.- Satir V., "Dinámica familiar". Nuevas relaciones familiares.
Edit. Euromex 1991;
- 38.- Sauza M. M., "Alcoholismo: conceptos básicos"
Manual Moderno 1988
- 39.- Steven E. H., M.D., "Urgencias relacionadas con el alcohol"
Manual de urgencias psiquiátricas., Edit. Salvat; 273-282
- 40.- Velazco F. R., "Esa enfermedad llamada alcoholismo".
Edit Trillas 1985; 11-15
- 41.- Velazco O. R., La disfunción familiar, un reto diagnóstico-terapéutico". Rev. Med IMSS Ene. 1994; 32: 271-275

42.- Winokur G., M.D.; and Caryell W., M.D., "Familial alcoholism in primary unipolar major depressive disorder" Am. J. Ps. Feb. 1991; 2; 148: 184-188

43.- Familia. Disfunción familiar. Mecanograma. Material de apoyo para el curso de especialización en Medicina Familiar.

(Anexo 1)

CUESTIONARIO PARA LA SELECCION DE PACIENTES

- 1.- ¿Ha tratado alguna vez de dejar de beber por una semana o más, sin haber logrado cumplir el plazo?
- 2.- ¿ Le gustaría que con respecto a su bebida, la gente no se metiera en lo que no le importa, dejando de decirle qué tiene que hacer?
- 3.- ¿ Ha llegado ha cambiar de una bebida a otra, con la esperanza de que eso le ayudaría a no emborracharse?
- 4.- Durante el último año, ¿ ha tenido problemas que estén relacionados con la bebida ?
- 5.- ¿ Envidia a la gente que puede tomar sin meterse en dificultades ?
- 6.- ¿ Durante el último año ¿ ha tomado un trago por la mañana ?
- 7.- ¿ Ha causado su manera de beber, dificultades en el hogar ?
- 8.- ¿ Ha intentado obtener tragos "adicionales" en una fiesta debido a que no obtuvo los suficientes ?
- 9.- ¿ Se dice así mismo que puede dejar de beber en el momento que quiera, aunque continúe emborrachándose sin tener la intención de hacerlo.
- 10.- ¿ Ha faltado algunos días a su trabajo a causa de la bebida ?
- 11.- ¿ Ha tenido "lagunas mentales" ?
- 12.- ¿ Ha llegado a sentir que su vida sería mejor si no bebiera ?

(Anexo 2)

CUESTIONARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- 1.- ¿ Cuántos miembros de la familia ingieren bebidas alcohólicas ?
- 2.- ¿ Existe algún otro miembro de la familia con problemas por su manera de beber ?
- 3.- ¿ A que edad comenzó a beber ?
- 4.- ¿ Cuántos hijos en edad escolar tiene ?
- 5.- ¿ Han tenido sus niños bajas calificaciones ?
- 6.- ¿ Ha reprobado alguno de ellos ?
- 7.- ¿ Ha tenido reportes escolares por mala conducta ?
- 8.- ¿ Alguno ha abandonado la escuela ? ¿ Por qué ?
- 9.- ¿ Han tenido sus hijos adolescentes, problemas con la ley, o problemas con el tránsito, o de violencia en las calles?
- 10.- ¿ Cuáles ?
- 11.- ¿ Acostumbran comer todos reunidos en la familia ? ¿ Por qué ?
- 12.- ¿ Realizan actividades recreativas en la familia ?
- 13.- ¿ Cuáles y cuándo ?
- 14.- ¿ Acostumbran resolver los problemas entre todos los integrantes de la familia ?