

146



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

CAMPUS IZTACALA

**ANALISIS DE LA FAMILIA ALCOHOLICA
DESDE EL PUNTO DE VISTA SISTEMICO**

293746

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
CLAUDIA LORENA RODRIGUEZ ZARAGOZA

DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. EN PSIC. AMPARO CABALLERO BORJA



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO 2001



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

**POR HACERME SENTIR SU PRESENCIA
EN LOS MOMENTOS MAS DIFÍCILES DE MI VIDA,
E INFUNDIRME FE Y ANIMO DE SEGUIR ADELANTE,
A PESAR DE TODO.**

**A LAS VALIOSÍSIMAS PERSONAS QUE DIOS PUSO EN MI CAMINO
Y QUE FUERON UN GRANITO DE ARENA PARA
TERMINAR MI CARRERA**

**SRA. GRACIELA ALBINO
JOSEFINA GRANJA
CARMEN GOMEZ
MIGUEL ANGEL HERNÁNDEZ**

**A MI EXCEPCIONAL AMIGA MARTHA SÁNCHEZ
POR TODOS LOS BELLOS MOMENTOS EN NUESTRA VIDA
DE UNIVERSITARIAS, POR TU VALIOSA AMISTAD,
CONFIANZA Y APOYO INCONDIONAL.**

**AL PROFESOR JULIO LANDEROS AGUILAR
(AUNQUE YA NO ESTE CON NOSOTROS)**

**AL PROFESOR ALEJANDRO VELAZCO
POR CONFIAR EN MI Y RECORDARME SIEMPRE
QUE FUE PRECISO MI CAPACIDAD PARA
CULMINAR MI CARRERA.**

A MI FAMILIA

A MIS PADRES, MIS HERMANOS PEPE, MARIBEL, JORGE , DANIEL . POR RESPETARME, ACEPTARME Y CONFIAR EN MI. SOBRETUDO MI HERMANO SAUL QUIEN CUANDO PUDO ME BRINDO SU CONFIANZA Y APOYO INCONDICIONAL. DIOS LOS BENDIGA.

A MIS SOBRINOS EN ESPECIAL ERIK. QUIEN SIN SABERLO FORMO PARTE DE MI EQUIPO DE TRABAJO EN MI EPOCA DE ESTUDIANTE. ESPERO QUE TODOS EN EL FUTURO TENGAN MUCHOS EXITOS.

A MI ESPOSO

LUIS ENRIQUE:

ERES MI MAYOR ALICIENTE, MI PAREJA,
MI AMIGO, MI CONFIDENTE, GRACIAS A TI
MI VIDA SE LLENO DE PAZ, AMOR Y
SEGURIDAD. TE AMO.

DOY GRACIAS A DIOS POR PERMITIRME
COMPARTIR CONTIGO EL LOGRO DE ESTA META
QUE EN BUENA PARTE LA CULMINE GRACIAS A TI.
ERES UNA DE LAS MAS GRANDES BENDICIONES
QUE DIOS ME HA DADO.

RECOCOCIMIENTOS

A MI UNIVERSIDAD

MI CASA DURANTE AÑOS DONDE ME FORME Y ADQUIRI LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES PARA DESARROLLARME EN ESTA HERMOSA CARRERA QUE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE AYUDAR A MIS SEMEJANTES.

A MI ASESORA DE TESIS MTRA. AMPARO CABALLERO BORJA

AMPARO

TE HAGO UN RECONOCIMIENTO MUY ESPECIAL POR TU BUEN EJEMPLO DE DISCIPLINA, DEDICACIÓN Y RESPETO HACIA EL TRABAJO Y A LA VIDA QUE SON PARA MI UN EJEMPLO A SEGUIR.
GRACIAS POR TU APOYO Y POR CONFIAR EN MI.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGS.
Introducción	1
Justificación	10
Capítulo I. Alcoholismo	11
1. Concepto de alcoholismo	11
1.1 Historia del concepto de alcoholismo	11
1.2 Concepto de Jellinek	13
1.3 Síndrome de dependencia al alcohol	14
Capítulo II. El modelo del Dr. Jellinek	17
2.1 Fase prealcohólica	17
2.2 Fase prodrómica	17
2.3 Fase crítica	18
2.4 Fase crónica	20
2.5 Críticas al modelo de Jellinek	22
2.6 La pérdida de control	22
Capítulo III. Teoría General de Sistemas	25
3.1 Elementos conceptuales de la teoría general de sistemas	25
3.1.1 Concepto de sistema	25
3.2 Desarrollo de la teoría general de sistemas	26
3.3 Conformación del sistema científico sistémico	26
3.4 Tipos de sistemas y sus propiedades	28
3.5 La familia como sistema	29
3.5.1 Conceptos sistémicos aplicados a la familia	29

3.5.2 Etapas de la familia	32
Capítulo IV. Etiología del alcoholismo	35
4.1 Elementos psicológicos en la etiología del alcoholismo	35
4.1.1 El alcohol como estimulante	35
4.2 Historia familiar de alcoholismo	35
4.3 El contexto social	38
Capítulo V. La familia alcohólica	39
5.1 La esposa del alcohólico	39
5.2 Deterioro en la salud de la familia	43
5.2.1 La salud de los hijos: teratología conductual	44
5.3 Lineamientos para un programa de prevención sistémico	45
Conclusiones	47
Referencias	49

RESUMEN.

El objetivo de la presente investigación consistió en estudiar el alcoholismo desde la perspectiva sistémica y del modelo del Dr. Jellinek en relación con la historia familiar como parte de la etiología, teniendo en cuenta los efectos en la esposa y los hijos, para proponer programas de prevención, dirigidos a la familia. Se desarrollaron cinco capítulos en los cuales se describió el concepto de alcoholismo desde el punto de vista del Dr. Jellinek, así como su modelo. Se mencionaron los elementos de la teoría general de sistemas aplicada a la familia, para lo cual se consideró el modelo estructuralista. Se analizaron los efectos del alcoholismo en la esposa y los hijos. Con base en ello se plantea la necesidad de un programa de prevención a través de talleres dirigidos a la familia, lo cual se hace imperativo si se considera que el problema del alcoholismo se ha incrementado en los últimos años entre la población joven de nuestro país. Se concluyó que es necesario plantear líneas de investigación que tiendan a la prevención del problema, tomando como base a la familia, los programas que existen actualmente tienden al tratamiento del alcohólico pero no a la prevención. Se debe tener presente que uno de los elementos que forma la etiología del problema es la historia familiar del alcohólico. Se plantea la necesidad de dar a conocer a la familia las consecuencias del alcoholismo en el ámbito psicológico, físico y social.

INTRODUCCIÓN.

Para hablar de alcoholismo es necesario referirse a su desarrollo histórico, en el cual destaca la definición del Dr. Jellinek (1960), toda vez que es el modelo que sirve de sustento teórico para la presente investigación.

La historia del concepto data del siglo XIX cuando se formuló el concepto de dipsomanía, con la finalidad de incluir a todos los tipos de ingestión patológica de alcohol, a mediados del mismo siglo se adicionó el término de alcoholismo crónico para referirse a los efectos del beber excesivo en el organismo. Al comienzo del presente siglo tomó forma la idea de adicción al alcohol y se adicionó a los dos anteriores. A través del tiempo se ha ido dando lugar a la superposición de esos tres conceptos, creando cierta confusión en la terminología (Kaufman, 1980).

El primero en definir el alcoholismo como enfermedad fue el médico inglés Thomas Trotter (1804, en Kaufman, 1980) quien escribió: En el lenguaje médico, yo considero a la borrachera, hablando estrictamente, como una enfermedad producida por una causa remota y dando lugar a acciones y movimientos en el cuerpo que desordenan las funciones de salud.

Jellinek (1960) señaló que podía existir el alcoholismo crónico con o sin adicción y que la adicción podía existir sin alcoholismo crónico.

El concepto de Jellinek se vió influenciado por el de la Organización Mundial de la Salud. La definición planteada por la OMS en 1951, era la siguiente:

Alcohólicos son aquellos bebedores excesivos cuya dependencia al alcohol es alcanzada a tal grado que muestran notable perturbación mental o interferencia con su salud corporal y mental, en sus relaciones interpersonales y en su funcionamiento social y económico; o quienes muestran signos prodrómicos de tal desarrollo. Por lo tanto ellos requieren de tratamiento (Kaufman, 1980)

La OMS consideraba que los bebedores excesivos se caracterizaban porque iban más allá del uso dietético acostumbrado y social, independientemente de factores etiológicos como la herencia, la constitución o influencias físicas y metabólicas. El

alcoholismo era definido como una subclase de beber excesivo. Los términos de esta definición son relativos y sociológicos antes que absolutos y físicos. La cantidad de alcohol era irrelevante para esta definición.

Una de las limitaciones de la definición de la OMS en 1951 era el referirse a subclases de alcohólicos, así tenía que distinguir alcohólicos agresivos, activos, etc. La afirmación de que ellos requerían tratamiento era un juicio de valor irrelevante para la definición. Eran cuestionables las afirmaciones de que el dependiente mostraba perturbaciones mentales y que quienes mostraban signos prodrómicos eran incluidos en la definición, lo cual conducía a dudar de si esos signos eran ya la enfermedad o un camino a ésta y por lo tanto cabía preguntar: ¿Cuál es el punto de partida de la enfermedad?

Uno de los trabajos que contribuyó al concepto moderno de adicción al alcohol, fue el del Dr. Benjamín Rush (en Heinze, 1987) quien planteó que la adicción se desarrollaba gradual y progresivamente, hasta que se presentaba la pérdida del control. Para curar esta enfermedad recomendaba la abstinencia total y repentina. Es interesante notar que estos elementos se encuentran presentes en la formulación de Jellinek.

Jellinek (1960) planteó que el término alcoholismo designa cualquier forma de beber excesivo, independientemente de si la patología tiene su origen en fenómenos físicos o psicológicos.

Este autor al formular el concepto de enfermedad de adicción al alcohol distinguió alcohólicos adictos de los bebedores excesivos habituales sintomáticos, en ambos casos el beber excesivo es sintomático de patología psicológica o social, pero el primer grupo se caracteriza porque en él ocurre la pérdida de control, en cambio en el otro grupo este fenómeno nunca ocurre.

En 1960 Jellinek definió al alcoholismo como una enfermedad progresiva, incurable y crónica, generalmente fatal, que se desarrolla a lo largo de 45 etapas, con cuatro fases: prealcohólica, prodrómica, crítica y crónica.

En la presente investigación se trabajará con el concepto de alcoholismo planteado por Jellinek (1960) por considerar que se trata de una definición completa del fenómeno, así como también permite comprender su evolución. Hasta el momento no

existen definiciones que verdaderamente lo superen o aporten elementos nuevos, en todo caso no son comprensivas, remiten sólo a algunos síntomas. No así el concepto de Jellinek, el cual describe todas las alteraciones y cambios que sufre el alcohólico, lo cual tiene utilidad tanto para el desarrollo de investigaciones con respecto a esta enfermedad como en el nivel clínico para elaborar estrategias de intervención.

Esta definición ha sido criticada y substituida por otros conceptos como el de síndrome de dependencia al alcohol, éste es de origen multidimensional y existe en grados. El término síndrome de dependencia al alcohol se ha definido como alteraciones en los niveles conductual, subjetivo y psicobiológico, conduciendo al deterioro en el control sobre la ingesta de alcohol etílico, se considera al síndrome de dependencia al alcohol como una realidad psicobiológica, no una etiqueta social arbitraria (Heinze, 1987)

No obstante las críticas, en la presente investigación se le considerará como enfermedad por las siguientes razones:

Primero, se trata de un proceso evolutivo, como lo marca la definición de enfermedad.

Segundo, tiene un comienzo, un estado y un final identificables.

Tercero, se considera como una enfermedad crónica, esto es de larga duración, en efecto es así como se desarrolla.

Durante la fase prealcohólica ocurren los primeros contactos con el alcohol, se trata de consumo ocasional para sentir alivio, la persona bebe cantidades regulares, no causa molestias a su familia, es una forma cómoda para vivir feliz.

El uso constante del alcohol modifica el metabolismo del mismo y surge entonces la tolerancia, esto quiere decir que el alcohólico necesita de cantidades mayores de alcohol para sentir el mismo efecto.

La fase prodrómica puede durar de seis meses a cinco años, ésta es una etapa sintomática, que se caracteriza por la ocurrencia de los palimsestos

La fase crítica constituye ya propiamente el desarrollo de la enfermedad, quien la inicia difícilmente detiene su curso hasta la destrucción total del organismo. Los alcohólicos quienes llegan a desarrollar la etapa crónica pueden sufrir psicosis alcohólica: es un desorden mental por una separación con la realidad, el pensamiento

desarrolla un cuadro clínico. Los tipos de psicosis que se pueden desarrollar son los siguientes: *delirium tremens*, ilusión, alucinación, psicosis de Korsakoff, alucinaciones agudas, paranoia alcohólica; psicosis depresiva, pseudoparálisis alcohólica; psicosis delirante crónica, etc. El deterioro del organismo afecta diversos órganos como pueden ser: el cerebro, el estómago, el hígado, etc. Las complicaciones de salud pueden conducir al alcohólico al desenlace fatal: la muerte.

La concentración máxima de alcohol en la sangre se alcanza 30 o 60 min. después de su ingestión. El alcohol absorbido se distribuye en forma homogénea por los tejidos.

El grado de intoxicación varía de un individuo a otro dependiendo de la edad, el peso, el estado físico del sujeto, pero en forma general se considera que una concentración de alcohol en sangre de 0.10% equivale a estar alcoholizado; 0.21 da lugar a intoxicación alcohólica leve o moderada; 0.4% representa a un individuo severamente alcoholizado y más de 0.5% puede conducir a la muerte (Heinze, 1987)

El alcohol causa trastornos severos en algunos procesos fisiológicos, por ejemplo disminuye la capacidad reproductiva tanto en el hombre como en la mujer; en el hombre causa impotencia y disminución de la producción de espermatozoides normales (Carpenter y Edwing, 1989). Se ha encontrado que en pocas personas el consumo de alcohol produce dehidrogenasa aldehído, lo cual genera aversión al acetaldehído, este fenómeno enzimático protege contra el alcoholismo.

Algunas personas tienen mayor tendencia al consumo de alcohol que otras, lo cual ha conducido a hipotetizar sobre factores genéticos que predisponen al individuo al alcoholismo. Los estudios sobre genética son de especial importancia para poder identificar alcohólicos en potencia y de esta manera prevenir eficazmente esta enfermedad.

De la Fuente (1987) señala que el consumo crónico de alcohol causa deterioro mental en el adulto, empeorando el pensamiento abstracto, el lenguaje y la coordinación. Estas funciones se ven afectadas de manera similar a como ocurre en la enfermedad de Alzheimer, en la atrofia cortical y anomalías en la actividad bioeléctrica del cerebro, también se han observado.

En los alcohólicos se ha encontrado daño cognitivo y neurológico, los investigadores suponen que este deterioro pudo haber estado presente aún antes del consumo de alcohol, pudiendo ser genético. Esto fue comprobado en los estudios que compararon la ejecución cognitiva en hijos de familias alcohólicas y no alcohólicas, encontrando deterioro en el nivel conductual e intelectual de hijos de alcohólicos. Sin embargo, los estudios que evalúan el modelo genético han demostrado resultados controvertidos, encontrando que la forma de eliminación de alcohol no es típica en los hijos de alcohólicos. Schuckitt (1984, en Peele, 1986) encontró que los estudios con hijos de alcohólicos no confirman que en estos niños exista personalidad antisocial, ni impulsividad.

Desde el punto de vista psicológico se han formulado diversos planteamientos para explicar el surgimiento del alcoholismo. Uno de estos puntos de vista afirma que el origen se encuentra en el modelamiento de beber excesivo. Johnson y Pandina (1991) coinciden con estos planteamientos y señalan que existe una relación directa entre el consumo de alcohol en el hogar en el que posteriormente consumen los hijos alcohólicos. Los padres transmiten valores en pro o en contra del consumo de alcohol, creando actitudes que posteriormente influirán en la vida del adulto (Gunn, 1973).

En México, los patrones de consumo de alcohol se encuentran perfectamente diferenciados entre la población rural y la urbana, y entre los hombres y las mujeres, como lo muestra el estudio de Medina Mora, Rascón, García Zavala y Esbón (1986) quienes compararon los patrones de consumo de alcohol en dos poblaciones de clase baja en el D.F. y en Michoacán. En ambas zonas se obtuvo una muestra mediante muestreo probabilístico, a la que se le aplicó un cuestionario, del cual se obtuvo que en el D.F. 85% de los hombres informó consumía alcohol, de las mujeres sólo 48% bebían.

Resultados similares se encontraron en un estudio llevado a cabo en una zona urbana en la Ciudad de Monterrey informó de los aspectos culturales en relación con el alcoholismo. Nátera y Terroba (1982) condujeron el estudio con una población de personas mayores de 14 años, quienes habitaban en viviendas en la Ciudad de Monterrey. Los resultados mostraron que el alcohol es la segunda droga empleada con

mayor frecuencia en la Ciudad de Monterrey. El 40.5% consume alcohol bajo un patrón de bebida regular; 20.9% fueron bebedores consuetudinarios.

En la población masculina se encontró un patrón regular en 67.2% y beber consuetudinario en casi 50%.

La mayor proporción de abstemios se encontró entre las mujeres: 4 de cada hombre. De las amas de casa: 8% consume alcohol en forma consuetudinaria. Estos resultados coinciden con los de la Encuesta de consumo de drogas en estudiantes (Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1999), en la cual se encontró que el número de abstemios es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Una cuarta parte de ambos sexos había consumido bebidas alcohólicas 1 ó 2 ocasiones en su vida. El 7% de hombres y 4% de mujeres bebieron de 3 a 4 ocasiones en el último año; 0.75% de hombres y 0.65% de mujeres consumieron alcohol de 6 a 9 ocasiones en el último mes. El 25% del total de las mujeres mencionó que nunca había consumido 5 o más copas de alcohol en una sola ocasión, en contraste con el 23.6% de los hombres, 25 hombres y 2 mujeres de cada mil, han bebido esa cantidad 1 ó 2 veces a la semana, el 3% de las mujeres, el 6% de los hombres lo hicieron por lo menos una vez al mes.

Las edades más críticas de consumo de 5 copas de alcohol o más fueron después de los 16 años; El 4% de los estudiantes de 18 años y más, consumen esta cantidad 1 ó 2 veces a la semana.

El 86.8% de las mujeres y el 74.4% de hombres reportaron no haberse emborrachado en los últimos 12 meses, y el 3% de los segundos en contraste con el 0.50% de las mujeres tuvo esta experiencia de 1 a 3 veces al mes.

Las cifras más altas de estudiantes que no se emborracharon el último año están entre los más jóvenes, sucede lo contrario entre los que sí se han emborrachado, ya que son los estudiantes de mayor edad los que lo hacen.

Resulta preocupante la forma de beber de los jóvenes, por los niveles de intoxicación que alcanzan en esa etapa de su vida, con lo cual se encuentran en grave riesgo al perder miles de neuronas, cuyos efectos no son visibles en ese momento, pero que pudieran repercutir en su desempeño intelectual, afectando su rendimiento académico.

El 20.2% de los estudiantes que han tomado bebidas alcohólicas, reportaron haber experimentado al menos un problema relacionado con su consumo de alcohol; el problema mas frecuentemente mencionado fue el deseo de consumir menos alcohol, 26% de hombres y el 14% de las mujeres; 8% de los varones y 4% de las mujeres han consultado a un médico, orientador o psicólogo por su forma de beber, 4% de los primeros y 2% de las segundas reportaron que sus padres pensaban que consumían alcohol con mucha frecuencia y un 4% de los varones han sido arrestados o amenazados por la policia, en contraste con un 1.5% de las mujeres.

El consumo per cápita se ha calculado mediante los volúmenes de venta de las bebidas alcohólicas. El consumo de alcohol aumentó de 1.8 litros en 1970 a 3.3 en 1980; hubo un incremento del 84%. El consumo se mantuvo en ese nivel por cuatro años y luego decremó a 2.9 litros en 1984 (Rososvsky, Rodríguez y López-Lugo, 1990). En cambio De la Fuente y Medina Mora (1987) señalan que en 1984 el consumo per cápita en México fue de 72 litros de bebidas alcohólicas y de 54 litros de etanol puro. El alcohol de 96° se ha venido usando cada vez con mayor frecuencia como bebida alcohólica. Entre 1% y 6% de la población en general, lo utiliza para ingerirlo.

En los años de 1974 a 1984 disminuyó el consumo de pulque, especialmente en el medio urbano, en el que se incrementó el consumo de cerveza y destilados. En esos mismos años aumentó el consumo de brandy, ron y vino de mesa, debido al efecto de la publicidad.

Actualmente el consumo de alcohol está integrado por cerveza (70%), destilados (30%) y en menor proporción vinos (1%). De los destilados los brandys ocupan el primer lugar seguidos de los rones y tequilas (Rosovsky, Narváez, Borges y González, 1992).

Es importante señalar que en las áreas urbanas pobres y en las zonas indígenas funcionan establecimientos clandestinos en los que se expende alcohol; facilitando así su adquisición.

Las investigaciones indican que el 5.7% de la población mayor de 20 años padece alcoholismo, lo que representa aproximadamente dos millones de personas.

El alcoholismo afecta las relaciones y la estructura familiar, de ahí que sea necesario el estudio del alcoholismo teniendo elementos para evaluar y analizar la evolución de la enfermedad desde el punto de vista psicológico y que comprenda a la familia. El enfoque teórico que sustenta la presente investigación es el enfoque sistémico aplicado a la familia; Rusell (1984, en Bertalanffy, 1976) definió al concepto de sistema como:

"Un sistema es un conjunto de dos o más elementos interrelacionados de cualquier especie. Consecuentemente no es un todo indivisible, sino un todo divisible en sus componentes" (p. 16).

Es importante señalar que un sistema es más que la suma de sus partes. En el estudio de sistemas se identifican también otros sistemas, por lo que se dice que el funcionamiento de un sistema depende de la forma como se relacione con su propio ambiente y de la relación con otros sistemas. Es posible encontrar jerarquías entre los diferentes sistemas, en donde los sistemas inferiores se encuentran contenidos en los sistemas superiores, a este principio se le conoce como de recursividad.

Bertalanffy (1976) insistió en la importancia de estudiar la interacción dinámica de las partes como resultado del todo y no del estudio de las partes y procesos aislados.

Andolfi (1989) señala que la familia debe ser analizada y considerada como un sistema relacional, esto requiere decir que es conceptuada como un todo orgánico que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales. La familia es el contexto natural para crecer; la estructura familiar está conformada por pautas de interacción que apoyan la individuación y proporcionan un sentimiento de pertenencia (Minuchin y Fishman, 1990).

En la presente tesina se tiene como objetivo estudiar el alcoholismo desde la perspectiva sistémica estructuralista y del modelo de Jellinek en relación con la historia familiar como parte de su etiología, analizando los efectos en la esposa y los hijos, con base en lo cual se plantean puntos de prevención y de apoyo a la familia.

Para lograr el objetivo se desarrollaron cinco capítulos cuyo contenido es el siguiente:

En el primer capítulo, se revisó el concepto de alcoholismo, haciendo referencia a la historia de las investigaciones sobre el tema. Se hace referencia al síndrome de dependencia al alcohol como uno de los conceptos que se ha utilizado.

En el segundo capítulo se expuso el modelo del Dr. Jellinek (1960), se describen las cuatro fases que comprenden el modelo, las cuales son: fase prealcohólica, fase prodrómica, fase crítica y fase crónica. Se citan algunas de las críticas que ha recibido el modelo, en particular en relación con la pérdida de control.

En el capítulo tercero se mencionan los elementos de la teoría de sistemas, los tipos de sistemas y sus propiedades. Se señalan los conceptos de los sistemas aplicados a la familia, y se indican las etapas por las que pasa la familia.

En el capítulo cuarto se estudió la etiología del alcoholismo, tomando en consideración los aspectos psicológicos, en particular la influencia de la historia familiar y el contexto social.

En el capítulo quinto se describieron los efectos del alcoholismo respecto del sistema familiar, se analizó el efecto del alcoholismo respecto de la esposa y en los hijos se tomaron en consideración los efectos teratológicos del alcohol, señalando lineamientos para estructurar programas preventivos.

Finalmente se presentan las conclusiones y las referencias.

JUSTIFICACIÓN.

La importancia del tema queda plenamente justificada desde el momento en que la encuesta nacional de adicciones (Instituto Mexicano de Psiquiatría, 2000) ha mostrado que el 65% de la población ingieren alcohol en algún grado, entre las personas de 17 a 65 años de edad, de las cuales casi la mitad son mujeres, resulta importante analizar los efectos psicológicos en el alcohólico y en la familia: los cónyuges y los hijos.

Respecto de los enfoques teóricos que sustentan el presente trabajo, son dos: el modelo de alcoholismo del Dr. Jellinek (1960) y la Teoría general de sistemas, planteada por Bertalanffy (1976) aplicada a la familia por Andolfi (1989); Minuchin y Fishman (1990). El primer enfoque se justifica porque es uno de los pocos que ha descrito puntualmente los efectos del alcoholismo, considerando a la familia y al deterioro psicológico, de esa manera nos permite tener una visión amplia del fenómeno.

Por lo que se refiere al enfoque sistémico aplicado a la familia, se justifica debido a que son los cónyuges y los hijos en quien recaen las consecuencias del alcoholismo de la persona, dando lugar a la teratología, en el caso de los hijos, lo cual los afectará en su rendimiento escolar, intelectual y emocional en su vida de adultos. Por lo que respecta la estructura jerárquica de la familia alcohólica, se encuentran diferencias entre ésta y la de las familias en las que no existe un alcohólico. Es precisamente el análisis de todos estos fenómenos psicológicos lo que motivan la presente tesina, ya que del análisis detenido de estos aspectos se desprenden líneas de investigación que se delinearán en el presente trabajo.

CAPÍTULO I.

ALCOHOLISMO

1. CONCEPTO DE ALCOHOLISMO

Para hablar de alcoholismo es necesario referirse a su desarrollo histórico, en el cual destaca la definición del Dr. Jellinek (1960), toda vez que es el modelo que sirve de sustento teórico para la presente investigación.

1.1. HISTORIA DEL CONCEPTO DE ALCOHOLISMO

La historia del concepto data del siglo XIX cuando se formuló el concepto de dipsomanía, con la finalidad de incluir a todos los tipos de ingestión patológica de alcohol, a mediados del mismo siglo se adicionó el término de alcoholismo crónico para referirse a los efectos del beber excesivo en el organismo. Al comienzo del presente siglo tomó forma la idea de adicción al alcohol y se adicionó a los dos anteriores. A través del tiempo se ha ido dando lugar a la superposición de esos tres conceptos, creando cierta confusión en la terminología (Bucholz, Nomna, y Helzer, 1992).

El primero en definir el alcoholismo como enfermedad fue el médico inglés Thomas Trotter (1804, en Bucholz y col, 1992) quien consideró a la borrachera, hablando estrictamente, como una enfermedad producida por una causa remota y dando lugar a acciones y movimientos en el cuerpo que desordenan las funciones de salud.

Bucholz y col.. (1992) han planteado que la sintomatología tiene un desarrollo regular y que se desarrolla en quienes consumen alcohol regularmente y en exceso durante cierto tiempo. La tipología que plantean es la siguiente:

- a) Manía fluctuante: el ansia para beber alcohol varía en el día.
- b) Manía intermitente: el alcohólico bebe en exceso de uno a tres días, varias veces en un mes.
- c) Manía periódica: el beber en exceso dura de 3 a 21 días con periodos largos sin beber.

El punto débil reside en considerar que el consumo siempre es precedido por depresión, acompañado de ansiedad e irritabilidad. Se ha comprobado que no es necesario el estado depresivo antes de beber. Este error condujo a limitar el concepto de dipsomanía; dando lugar a que se discutiera si se incluían en ese concepto a los alcohólicos en quienes no se manifestaba la depresión, quienes sólo pudieron ser incluidos en el concepto de adicción al alcohol, cuando apareció en el presente siglo.

El concepto de Jellinek se vio influenciado por el concepto de la Organización Mundial de la Salud (1951, en Jellinek, 1960). El concepto planteado por la OMS en 1951, consideraba alcohólicos son aquellos bebedores excesivos cuya dependencia al alcohol es alcanzada a tal grado que muestran notable perturbación mental o interferencia con su salud corporal y mental, en sus relaciones interpersonales y en su funcionamiento social y económico. La OMS consideraba que los bebedores excesivos se caracterizaban porque iban más allá del uso dietético acostumbrado y social, independientemente de factores etiológicos como la herencia, la constitución o influencias físicas y metabólicas. El alcoholismo era definido como una subclase de beber excesivo. Los términos de esta definición son relativos y sociológicos antes que absolutos y físicos. La cantidad de alcohol era irrelevante para esta definición.

Una de las limitaciones de la definición de la OMS (1951, en Jellinek, 1960) era el referirse a subclases de alcohólicos, así tenía que distinguir alcohólicos agresivos, activos, etc. La afirmación de que ellos requerían tratamiento era un juicio de valor irrelevante para la definición. Eran cuestionables las afirmaciones de que el dependiente mostraba perturbaciones mentales y que quienes mostraban signos prodrómicos eran incluidos en la definición, lo cual conducía a dudar de si esos signos eran ya la enfermedad o un camino a ésta y por lo tanto cabía preguntar: ¿Cuál es el punto de partida de la enfermedad?

1.2 CONCEPTO DE JELLINEK

Jellinek (1960) planteó que el término alcoholismo designa cualquier forma de beber excesivo, independientemente de si la patología tiene su origen en fenómenos físicos o psicológicos.

Al formular el concepto de enfermedad de adicción al alcohol distinguió alcohólicos adictos de los bebedores excesivos habituales sintomáticos, en ambos casos el beber excesivo es sintomático de patología psicológica o social, pero el primer grupo se caracteriza porque en él ocurre la pérdida de control, en cambio en el otro grupo este fenómeno nunca ocurre.

El concepto de enfermedad de adicción al alcohol no se aplica al beber excesivo, sino solamente a la "pérdida de control", la cual ocurre únicamente en el grupo de alcohólicos y sólo después de muchos años de beber excesivo.

La pérdida de control es una condición *per se* de la enfermedad, que resulta de condiciones psicológicas normales, de las cuales el beber excesivo es un síntoma. Jellinek planteó que sólo era posible conjeturar acerca del origen de la pérdida de control en un factor de predisposición: psicológico y físico, o si era adquirido en el curso prolongado del beber excesivo.

En 1960 Jellinek definió al alcoholismo como una enfermedad progresiva, incurable y crónica, generalmente fatal, que se desarrolla a lo largo de 45 etapas, con cuatro fases: prealcohólica, Prodrómica, crítica y crónica.

Se dice que es una enfermedad progresiva porque evoluciona a lo largo de diversas etapas. Es incurable en tanto hasta el momento no se conoce un tratamiento único que permita erradicarla definitivamente en quien la padece; se han desarrollado tratamientos pero ello sólo conduce a que la enfermedad se detenga y permanezca latente, incluso por muchos años, por ello se habla de alcohólicos recuperados pero no curados. En caso de que el alcohólico recuperado recaiga volverá a o continuará su enfermedad en la etapa y fase en que se detuvo. Es una enfermedad crónica porque es de larga duración, en algunos casos culmina con la muerte.

En la presente investigación se trabajará con el concepto de alcoholismo planteado por Jellinek (1960) por considerar que se trata de una definición completa del

fenómeno, así como también permite comprender su evolución. Hasta el momento no existen definiciones que verdaderamente lo superen o aporten elementos nuevos, en todo caso no son comprensivas, remiten sólo algunos síntomas y ubican a los alcohólicos según la cantidad ingerida, lo cual sólo conducirá a problemas metodológicos en el estudio del fenómeno. No así el concepto de Jellinek, el cual es más claro en las alteraciones y cambios que sufre el alcohólico, lo cual tiene utilidad tanto para el desarrollo de investigaciones con respecto a esta enfermedad como en el nivel clínico para elaborar estrategias de intervención.

Esta definición ha sido criticada y substituida por otros conceptos como el de síndrome de dependencia al alcohol, el cual será revisado en el siguiente punto.

1.3. SINDROME DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL

Edwards, Gross, Keller y Moser (1976) al criticar algunas definiciones sobre alcoholismo señalaron que éstas hacían referencia a las incapacidades producidas por el alcohol, por lo cual indicaron las siguientes observaciones:

1) El síndrome de dependencia al alcohol ha sido comprendido bajo el término "alcoholismo" y "adicción al alcohol", este síndrome es de origen multidimensional y existe en grados.

2) No cada individuo que sufre una incapacidad relacionada al consumo de alcohol sufrirá de dependencia al alcohol. Conceptualmente no hay un corte satisfactorio que difiere a las personas que muestran problemas por el alcohol pero no incapacidades relacionadas con el síndrome del resto de la población; el término bebedor problema sólo constituye una concreción espúrea.

3) Las incapacidades relacionadas con el alcohol son susceptibles de un análisis multidimensional si aquella persona es o no dependiente del alcohol.

4) La descripción de la patología relacionada al alcohol incluye:

a) Determinar si se sufre o no del síndrome de dependencia, identificando el grado de dependencia y cualquier modificación del cuadro.

b) Identificación del tipo y grados de la incapacidad.

c) Descripción de la interacción entre la persona y el medio ambiente para exacerbar o mejorar la independencia o las incapacidades relacionadas con el alcohol.

Edwards y col. (1976) propusieron el término síndrome de dependencia al alcohol definiéndolo como alteraciones en los niveles conductual, subjetivo y psicobiológico, conduciendo al deterioro en el control sobre la ingesta de alcohol etílico. El síndrome de dependencia al alcohol existe en grados. Sus variadas manifestaciones están influidas por los factores personales y ambientales, lo cual da lugar a presentaciones muy diferentes. El síndrome de dependencia al alcohol puede ser visto como una variedad particular de las incapacidades relacionadas con el alcohol: es una incapacidad que predice la probabilidad de la conducta de beber como resultado, a lo largo del tiempo, de un conjunto de otras incapacidades. La dependencia al alcohol implica propiamente un deterioro en sus respuestas al control social.

El Consejo Nacional sobre Alcoholismo, en Estados Unidos (Edwards, y col., 1976) ha adoptado el concepto de dependencia al alcohol. Se considera al síndrome de dependencia al alcohol como una realidad psicobiológica, no una etiqueta social arbitraria.

Es necesario analizar las aportaciones de estos planteamientos con respecto al concepto de Jellinek. Para ello se tienen las siguientes consideraciones:

Primero, ¿en qué supera el concepto de síndrome al de enfermedad? Por síndrome se entiende un conjunto de fenómenos que tienden a constituir una entidad reconocible. Puede decirse que en efecto en el alcoholismo se observa un conjunto de elementos comunes, pero los autores quienes proponen el concepto de síndrome no los enuncian con la finalidad de explicar el fenómeno, sino simplemente de describirlo, en tanto no existe entre ellos nexo causal. Uno de los elementos que conforman el síndrome es el estado subjetivo alterado caracterizado por deterioro del control, término que prefieren al de pérdida de control.

En cambio el concepto de enfermedad se define de la siguiente manera:

Conjunto de fenómenos que se producen en un organismo vivo que sufre la acción de una causa morbosa y reacciona contra ella. La enfermedad como proceso

evolutivo, posee un periodo inicial, un periodo de estado y un periodo final que puede ser la muerte del individuo o su curación (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1985, p. 801).

El concepto de síndrome y enfermedad coinciden en considerar que se trata de un conjunto de fenómenos, la diferencia esencial reside en que la enfermedad señala que es producto de una causa morbosa, mientras que en el síndrome no se reconocen nexos causales. Esta diferencia es muy importante porque lo que hace el concepto del síndrome es hacer a un lado un aspecto del problema ante el cual no existen respuestas satisfactorias, pero que no por ello deja de tener importancia.

Otros autores prefieren el término dependencia al alcohol (Medina-Mora, Racón, Zavala y Esbón, 1986) por considerar que superan la identificación del alcoholismo como enfermedad, dejando con ello al modelo médico, que durante tanto tiempo ha influido en el estudio del alcoholismo. Esta sería quizás la única razón válida para abandonar el concepto de Jellinek y pretender construir una definición eminentemente psicológica. Si esto es cierto, su valor es mínimo, ya que no pueden olvidarse los elementos fisiológicos implicados en el desarrollo y evolución del alcoholismo, junto con los aspectos psicológicos y sociales; en todo caso se requiere de un planteamiento sistémico.

No obstante las críticas, en la presente investigación se le considerará como enfermedad por las siguientes razones:

Primero, se trata de un proceso evolutivo, como lo marca la definición de enfermedad.

Segundo, tiene un comienzo, un estado y un final identificables.

Tercero, se considera como una enfermedad crónica, esto es de larga duración, en efecto es así como se desarrolla.

CAPÍTULO II.

EL MODELO DEL DR. JELLINEK.

Este modelo plantea el desarrollo del alcoholismo en 45 subfases con cuatro fases.

2.1 FASE PREALCOHÓLICA

Es el inicio del alcoholismo, aunque muchos pueden estar en esta fase, no necesariamente se desarrollará en ellos el alcoholismo. De cien bebedores es probable que cinco se conviertan en alcohólicos crónicos (Jellinek, 1960).

Los primeros contactos con el alcohol son de consumo ocasional para sentir alivio, la persona bebe cantidades regulares, no causa molestias a su familia, es una forma cómoda para vivir feliz.

El uso constante del alcohol modifica el metabolismo del mismo y surge entonces la tolerancia, esto quiere decir que el alcohólico necesita de cantidades mayores de alcohol para sentir el mismo efecto.

2.2 FASE PRODRÓMICA

Esta fase es sintomática y es el inicio propiamente del alcoholismo.

1. Palimsestos alcohólicos: Consisten en lagunas mentales causadas por el consumo de alcohol al circular el alcohol en la sangre, la que va a corteza cerebral, especialmente al lóbulo frontal, no proporciona el oxígeno necesario al cerebro, esta interrupción puede ocurrir durante segundos, horas y aún días según el grado de intoxicación de la persona. Durante ese tiempo el individuo sigue actuando con movimientos automáticos rutinarios, el enfermo no recuerda lo ocurrido en ese lapso. Durante esas lagunas la persona puede cometer actos antisociales, incluso matar, el cerebro, se encontraría edematizado, con la substancia blanca disgregada y la materia gris disforme.

2. Consumo subrepticio. El alcohólico trata de ocultar su manera de beber, el alcohol comienza hacer necesario para la persona y para ocultarlo tiende a beber a escondidas.

3. Preocupación por el alcohol: Procura que no falte el alcohol a los eventos sociales a los que asiste.

4. Consumo ávido: Procura que el primer trago sea de alcohol solo, aunque continúe bebiendo de manera regular.

5. Culpabilidad por su manera de beber: Se da cuenta de que bebe más de lo normal, vive los primeros problemas en su hogar por el alcohol y comienza a sentirse culpable, pero su pena la ahoga en el alcohol.

6. Evita referencias al alcohol: Se niega a oír conversaciones sobre alcoholismo porque él sólo se considera un bebedor social.

7. Aumento en la frecuencia de los palimsestos: El deterioro al sistema nervioso aumenta.

Esta fase puede durar de seis meses a cinco años.

2.3 FASE CRÍTICA

Esta fase constituye ya propiamente el desarrollo de la enfermedad, quien la inicia difícilmente detiene su curso hasta la destrucción total del organismo.

8. Pérdida de control: Una vez que el alcohólico ingiere una pequeña cantidad de alcohol surge en él la necesidad del consumo de alcohol. Lucha por controlar su forma de beber tan sólo con su fuerza de voluntad, lo cual lo conduce a una y otra borrachera.

9. Razona su comportamiento de beber: Justifica su manera de beber mintiendo, en ocasiones logra convencer a los demás y a sí mismo.

10. Presiones sociales: El medio social que lo rodea ejerce presión sobre el alcohólico para que se dé cuenta de su enfermedad.

11. Ilusión de grandeza: Adopta una actitud fanfarrona con respecto a sus capacidades profesionales, sociales y económicas, como una forma de luchar contra el menosprecio que le demuestran familiares y amigos.

12. Conducta marcadamente hostil: Piensa que su problema es producto de los demás, si su círculo social y comienza a despreciarlos o agredirlos.

13. Remordimiento persistente: Sólo ante él reconoce que su conducta de beber lo ha conducido a la disminución real de sus capacidades.

14. Periodo de abstinencia total: Como una manera para demostrar su fuerza de voluntad deja de beber aún por periodos largos pero tarde o temprano vuelve a incurrir en la conducta de beber, la represión que ejerce sobre su organismo lo conduce a trastornos psicósomáticos que tarde o temprano lo llevarán nuevamente al alcohol.

15. Modifica sus hábitos de beber: Comienza a buscar explicación a su manera de beber en sus hábitos, entonces los modifica, utiliza determinadas bebidas, controla la hora de beber, etc.

16. Abandono de amistades: Los problemas sociales, familiares y de trabajo lo conducen a verse abandonado.

17. Dejar empleos: Sus jefes lo obligan a renunciar o lo despiden por sus irresponsabilidades.

18. Subordinación completa al alcohol. El alcohólico vive una dependencia psicósomática al alcohol. Siente que sus actividades le estorban para dedicarse a lo único que le interesa: el alcohol.

19. Apatía hacia otros intereses exteriores: Renuncia a las actividades culturales y deportivas, si alguna quedaba.

20. Nueva interpretación de sus relaciones interpersonales: Se aísla de quienes no beben.

21. Marcada conmiseración de sí mismo: Siente lástima de sí mismo, lo cual conduce al alcohol.

22. Proyectos de fuga o su realización: El alcohólico considera que un cambio de domicilio lo ayudará a recuperarse, lo cual es totalmente falso; en ocasiones esto sólo se queda en proyectos.

23. Cambio de las costumbres familiares. La familia sufre el mismo alcoholismo del enfermo aún sin alcohol y en algunos casos también ingiriéndolo. Esto puede desencadenar neurosis en los hijos y diversas enfermedades psicosomáticas entre sus integrantes.

24. Resentimientos razonables: La conmiseración de sí mismo se convierte en resentimiento, experimenta odio, rencor, envidia.

25. Protección de su abastecimiento: Su compulsión por beber lo conduce a esconder la bebida en los lugares más insospechados.

26. Descuido de la alimentación: La destrucción de las paredes intestinales lo conduce a tener inapetencia; por sus borracheras continuas olvida los horarios para alimentos. Todo esto lo lleva a debilidad general.

27. Primera hospitalización: El consumo constante de alcohol lo hacen que requiera del auxilio del médico, la hospitalización puede consistir en la reclusión en su casa por su estado de salud.

28. Disminución del impulso sexual: El alcohol produce diversos cambios en el organismo, uno de ellos es la alteración genética que puede dar lugar al síndrome alcohólico fetal, o a la infertilidad. En la mayoría de los casos los espermatozoides que contiene la carga genética degenerativa son los que perforan el óvulo dando lugar a taras hereditarias.

29. Celos de los alcohólicos: La impotencia sexual, más los problemas con la pareja y las alucinaciones psicóticas conducen al alcohólico a tener obsesiones de infidelidad en la pareja.

30. Bebida regular matutina: el estado de ansiedad y los malestares físicos hacen imposible que el alcohólico permanezca sin alcohol, inicia el día con una bebida matinal. Esta subfase marca el inicio de la siguiente fase.

2.4 FASE CRÓNICA.

31. Periodo de embriaguez prolongada: Esta es una fase de bebedora continua. Se puede ver al alcohólico bebiendo incluso en la calle. En ese momento la familia se avergüenza de él por considerarlo como oveja negra.

32. Deterioro ético marcado: Vive de la fantasía, de lo que fue. Debido a continuas borracheras, se mueren diariamente millones de neuronas, lo cual lo conduce a disminución de las capacidades mentales.

33. Disminución de las capacidades mentales.

34. Psicosis alcohólica: Son un desorden mental por una separación con la realidad, el pensamiento desarrolla un cuadro clínico. Los tipos de psicosis que se pueden desarrollar son los siguientes:

Delirium tremens, ilusión, alucinación, psicosis de Korsakoff, alucinaciones agudas, paranoia alcohólica; psicosis depresiva, pseudoparálisis alcohólica; psicosis delirante crónica, etc.

35. Bebe con personas socialmente inferiores: Con el afán de sentirse grande busca compañías inferiores a él con quienes puede presumir de sus glorias pasadas.

36. Consumo de productos industriales: Esas compañías lo conducen a consumir bebidas más fuertes, como el alcohol industrial.

37. Disminución de la tolerancia al alcohol: Ahora se embriaga con poco alcohol, llegando con ello a impotencia física y mental.

38. Temores indefinibles: Aparecen fobias en sus delirios, producto de la angustia, la culpabilidad y el remordimiento.

39. Temblores persistentes: El sistema nervioso depende del alcohol, si le falta sufre temblores debido a la pérdida de mielina en los nervios, experimenta calambres que se calman también con alcohol.

40. Inhibición psicomotora: Por el deterioro al sistema nervioso, el alcohólico sufre de incoordinación motora.

41. Obsesión de ingerir alcohol: La ingestión de alcohol se convierte en interrumpida, el alcohólico se expone a humillaciones a fin de obtenerlo.

42. Vagas aspiraciones religiosas: El 50% vuelve en esta etapa hacia sus principios religiosos en busca de curación, pero ese intento no es eficaz.

43. Se quebranta el sistema racionalista: En este momento su propio sistema de razonamiento carece de sentido en la mayoría de los casos reconoce francamente su enfermedad.

44. Hospitalización definitiva: La mayoría de los alcohólicos desencadenan la cirrosis hepática, la cual los conducirá a la última subetapa.

45. Pérdida de la vida: Pueden perder la vida por enfermedades ocasionadas por el uso continuo del alcohol; en un psiquiátrico para enfermos mentales; por accidentes en la vía pública o por encierro en la cárcel cuando cometieron algún delito.

Este modelo representa una de las descripciones más detallada del alcoholismo, de ahí la facilidad que representa comprender el fenómeno y estudiarlo a partir de este modelo. Sin embargo ha recibido fuertes críticas en sus planteamientos centrales.

2.5 CRÍTICAS AL MODELO DE JELLINEK

Una de las críticas que ha recibido el modelo de Jellinek es el hecho de que ha sido visto como un modelo biologicista (Nátera, 1982). Esto es totalmente falso ya que considera elementos psicológicos y sociales. No explica el desarrollo y surgimiento de la enfermedad como producto exclusivamente de factores fisiológicos y genéticos, sino que reconoce la participación de factores psicológicos y sociales.

Dos elementos de la teoría de Jellinek han ocupado a los investigadores y son: la pérdida de control y la evaluación del orden de las fases del modelo.

2.6 LA PÉRDIDA DE CONTROL

Las críticas respecto a la pérdida de control giran en torno a los efectos de la pérdida de control, al entrenamiento en la discriminación de estados fisiológicos que contribuyan al desarrollo del control y a reformular el planteamiento de Jellinek en términos de aprendizaje.

Shuckit y Smith (2000) señalaron que la pérdida de control es situacional, ya que las personas controlan su manera de beber en determinados lugares: un investigador quien criticó y elaboró un planteamiento teórico más estructurado con respecto a la pérdida de control es Wiers (2000), indicó que hablar de pérdida de control es meramente descriptivo y no explicativo, ya que los efectos que conducen a la pérdida de control pueden ser atribuidos a un proceso o estructura biológica, a una estructura o

proceso de la personalidad, o a ambos. El planteamiento central es que se trata de un proceso que puede ser entendido con base en los siguientes tres elementos:

1. **Disocialización.** El patrón de conducta de un alcoholíco muestra dos clases de desviaciones: decremento total en la actividad social, lo cual es notable por el cambio en sus actividades recreativas, con su familia, con sus hobbies, en su trabajo y con el vecindario. El decremento en la actividad social puede afectar varias o todas las conductas sociales.

El otro aspecto de los problemas sociales se relaciona con el grupo al que pertenece, en su grupo su papel puede verse reducido y finalmente puede sufrir el rechazo en algunos grupos a los que él pertenece. Por ejemplo, sus roles como esposo y como padre pueden verse disminuidos, puede resultar menos eficaz en el ejercicio de esos patrones, incluso puede llegar a la exclusión del grupo. El alcoholíco quien es rechazado en sus grupos sociales generalmente buscan otros grupos a los cuales se integra y se identifica con ellos a partir del consumo de alcohol. Estos nuevos grupos le demandan menor actividad social y conductual que los grupos anteriores, son más impersonales, menos restrictivos.

2. **Naturaleza del control.** Es axiomático plantear que el control está presente antes de su pérdida. Si el individuo nunca tuvo control entonces adoptó formas de control incompatibles con las del grupo al que pertenecía.

La conducta de control surge del hecho de que los seres humanos tienen que vivir en grupo con valores, reglas, expectativas, estructuras, lenguajes, etc., todo lo que en su totalidad forma la cultura del grupo social.

El control es ejecutado a través del aprendizaje. El individuo aprende a no mostrar conductas que el grupo no tolera y activa otras conductas que la cultura le demanda. El hacer o no hacer varía de una cultura a otra, algunos ejemplos de esto son la toma de turnos, la ayuda a otros, limitaciones en la agresión, rituales, etc. La familia, los amigos, los compañeros y las instituciones como la iglesia, el gobierno, la comunidad se encargan de fortalecer el comportamiento aceptado socialmente, a través de diversos controles. Cada persona aprende esos controles de manera diferente.

3. La función de alcohol. Esta sustancia tiene el efecto de depresor en el cerebro induciendo reducción en la efectividad de la ejecución del Sistema Nervioso Central (SNC). Esto es muy claro cuando se consumen grandes cantidades de alcohol. Con cantidades pequeñas se observa el efecto opuesto, el alcohol tiene el efecto de estimulante.

El alcohol cambia la sensibilidad a los estímulos, la percepción, la integración en el cerebro, la apreciación y la toma de decisiones cambian. En general el alcohol altera los procesos en el SNC.

Los cambios en el SNC ocurrirán de manera diferente dependiendo del aprendizaje individual de hacer o no hacer. El alcohol permitirá percibir como fácil lo difícil, facilitará actuar en situaciones que provocan ansiedad, esta función de facilitador se desarrolla en la práctica privada antes que en el uso social. El alcohólico utilizará el alcohol para solicitar trabajo, hablar en público y en otras ocasiones, al mismo tiempo buscará situaciones socialmente aceptadas que le permitan seguir bebiendo.

Bajo la perspectiva de estos tres conceptos la pérdida del control aparece más comprensible, como un proceso de aprendizaje relacionado con las reglas de la vida, los roles y actividades sociales.

Se trata de la desviación de una conducta que pasa de la ausencia de control o del conflicto entre diferentes clases de control a la pérdida del control.

Al hablar de pérdida de control con base en el modelo de Jellinek (1960) se supondría que se trataba de un fenómeno irreversible, lo cual también sigue siendo cuestionado sin llegar a una demostración plena sobre el fenómeno.

No obstante los estudios realizados, aun se carece de suficiente información que informe sobre la pérdida de control, muchas de las críticas requieren de ser probadas y analizadas cuidadosamente la pérdida es uno de los elementos en los que descansa la teoría de Jellinek y por lo tanto merece de nuevos estudios que despejen las dudas planteadas con respecto a si se trata de un proceso irreversible o no, si puede ser entrenado a partir de la discriminación de las concentraciones de alcohol en sangre si reside en el locus de control interno o externo, etc.

CAPÍTULO III.

TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS.

3.1 ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS.

3.1.1 CONCEPTO DE SISTEMA.

La noción de sistema no es una idea nueva, este concepto ya era utilizado por los filósofos griegos. En el mundo científico moderno sus orígenes se remontan a 1925 cuando Ludwing Von Bertalanffy (1976) presentó sus planteamientos por primera vez, pero fue hacia los años de 1940 cuando recibió una aceptación general de la Teoría General de Sistemas.

Rusell (1984) definió al concepto de Sistema como:

“Un sistema es un conjunto de dos o más elementos interrelacionados de cualquier especie. Consecuentemente no es un todo indivisible, sino un todo divisible en sus componentes” (p.16).

De esta definición se desprende que el sistema es un todo, formado por partes interrelacionadas. Estos elementos definitorios que bien podrán parecer simples, no lo son. De ellos se derivan principios y propiedades que permitirán entender el funcionamiento de los sistemas.

Cuando la definición dice que esos elementos pueden ser de cualquier especie implica que en todas las disciplinas científicas y en todos los fenómenos podrán observarse sistemas. En psicología no es la excepción, también se puede identificar diversos sistemas.

De la interrelación entre las partes se deriva el concepto de subsistema, pueden existir varios subsistemas en un sistema y podrán interactuar diversos sistemas entre sí.

3.2 DESARROLLO DE LA TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS.

Diversas disciplinas han contribuido a la conformación de la teoría general de sistemas, de las más representativas se encuentran las siguientes:

a) La cibernética, Weiner (en Rusell, 1984) planteó en su obra el principio de retroalimentación o causalidad circular y el de homeostasis; explicó los mecanismos de comunicación y control en las máquinas y los seres vivos. La homeostasis se entiende como el mantenimiento del equilibrio por el organismo. Consiste en la transmisión de un mensaje, con base en el cual se produce una respuesta en el sistema, la que a su vez informa al estímulo del que partió la información; es como si la información original regresara ya transformada.

b) La teoría de la información introdujo el concepto de información como una cantidad mensurable la información equivale a una especie de energía que es sometida a procesamiento, decisión, almacenaje y/o comunicación. Para esta teoría adquiere importancia el concepto de entropía, entendida como medida del desorden, en contraposición con información que se considera como entropía negativa o medida del desorden o de la organización.

c) La teoría de los juegos planteada por Morgenstein y Von Newman (en Bertalanffy, 1976) quienes plantearon que los antagonistas buscan maximizar sus ganancias y minimizar sus pérdidas, esto equivale a encontrar estrategias óptimas. Es una teoría que trata de explicar y de resolver los conflictos.

d) Teoría de la decisión, esta basada en la selección racional de alternativas dentro de las organizaciones o sistemas sociales, se basa en el examen de diversas situaciones y sus consecuencias, determinando una decisión que optimice el resultado.

3.3 CONFORMACIÓN DEL SISTEMA CIENTÍFICO SISTÉMICO.

Los planteamientos de Bertalanffy (1976) con respecto a una teoría general de sistemas pueden ser entendidos como una formulación de principios válidos para todos los sistemas en general; las metas de esta teoría son las siguientes:

- 1) Una integración en varias ciencias naturales y sociales.
- 2) Una integración para conformar una teoría general de sistemas.
- 3) Esta teoría se constituirá en un recurso para estructurar una teoría exacta en los campos no físicos de la ciencia.
- 4) Esta teoría dará lugar a la unidad de la ciencia.

La realidad es una totalidad que puede estudiarse y predecirse a partir de la teoría general de sistemas. Se han identificado dos enfoques para la conformación de la teoría general de sistemas y son:

- a) En casi todas las disciplinas se encuentran ejemplos de poblaciones, agregadas de individuos que se comportan de acuerdo con cierta definición, con movimientos dinámicos propios.
- b) Otro fenómeno de importancia universal es la interacción de un individuo de algún tipo con su medio, se considera que su conducta esta relacionada con otros individuos con los que él entra en contacto.
- c) Un tercer fenómeno de importancia universal es el crecimiento, así puede hablarse del crecimiento de los cristales, de los embriones o de las sociedades, claro que en cada uno de ellos adoptaría una forma particular.
- d) Un cuarto aspecto del individuo y sus interrelaciones que tiene especial relevancia en la teoría de la información y de la comunicación. Los procesos de información y comunicación se encuentran presentes en una amplia gama de situaciones empíricas y son esenciales para el desarrollo de las organizaciones, tanto en el ámbito biológico como social.

Segundo enfoque, consiste en ordenar los campos empíricos en una jerarquía con base en la complejidad de la organización de los individuos básicos o de las unidades de conducta y desarrollar un nivel de abstracción apropiado para cada uno de ellos, se trataría de un sistema de sistemas. El sistema quedaría integrado por los siguientes niveles:

- a) Primero: estructuras estáticas, por ejemplo electrones.

- b) Segundo: sistemas dinámicos simples como el sistema solar.
- c) Tercero: sistemas cibernéticos o de control como el termostato.
- d) Cuarto: sistemas abiertos, por ejemplo células.
- e) Quinto: genético social: como las plantas.
- f) Sexto: animales.
- g) Séptimo: el hombre
- h) Octavo: sistemas trascendentales: lo absoluto.

Esta enumeración de sistemas constituye la estructura general de la ciencia sobre la cual se daría lugar a un ordenado y coherente cuerpo de conocimientos.

3.4 TIPOS DE SISTEMAS Y SUS PROPIEDADES.

Los sistemas cuentan con las siguientes propiedades:

- a) El comportamiento de cada elemento del conjunto tiene un efecto en las propiedades y el comportamiento del sistema como un todo.
- b) Las propiedades y el comportamiento de cada elemento, y la forma en que afectan al todo, dependen de las propiedades y comportamiento de cuando menos otro elemento en el conjunto.
- c) Cada subgrupo de elementos del conjunto tienen dos propiedades las ya mencionadas: cada uno tiene un efecto no independiente en el total. Por lo tanto, no se puede descomponer del todo en subconjuntos independientes (Bertalanffy, 1976).

Es importante señalar que un sistema es más que la suma de sus partes. En el estudio de sistemas se identifican también otros sistemas, por lo que se dice que el funcionamiento de un sistema depende de la forma como se relacione con su propio ambiente y de la relación con otros sistemas. Es posible encontrar jerarquías entre los diferentes sistemas, en donde los sistemas inferiores se encuentran contenidos en los sistemas superiores, a este principio se le conoce como de recursividad.

Bertalanffy (1976) insistió en la importancia de estudiar la interacción dinámica de las partes como resultado del todo y no del estudio de las partes y procesos aislados. Distinguió esencialmente dos tipos de sistemas: los cerrados y los abiertos.

Los sistemas cerrados se consideran aislados del ambiente circundante, el ejemplo típico de estos sistemas se encuentra en la termodinámica: es el caso de la entropía que aumenta al máximo y el proceso se detiene en un proceso de equilibrio.

A diferencia de los sistemas cerrados, los abiertos permanecen incorporando y eliminando material del medio que lo circunda, mientras dura su vida se mantienen en un estado llamado uniforme o metabolismo. Bertalanffy (1976) señala los principios que permiten diferenciar a los sistemas abiertos de los cerrados y son:

a) Principio de equifinalidad: en los sistemas cerrados el estado final está determinado por las condiciones iniciales; si se alteran las condiciones iniciales el estado final cambiará también. En los sistemas abiertos no ocurre lo mismo, en estos pueden alcanzarse el mismo estado final partiendo de distintas condiciones iniciales.

b) Con base en el segundo principio de la termodinámica, la tendencia de los acontecimientos en la física apunta a estados de máximo desorden, a la igualación de las diferencias y finalmente a la muerte térmica del universo. En cambio en los sistemas abiertos surge el desarrollo embrionario, su evolución y su transición a un orden superior, heterogeneidad y organización. En los procesos irreversibles la entropía aumenta, el cambio de la entropía en los sistemas cerrados es siempre positiva, hay continua destrucción de ordenes. En los sistemas abiertos existe entropía por procesos irreversibles, pero también entrada de entropía que puede ser positiva, así se evita el aumento de entropía y se da lugar a estados de orden de organización crecientes.

La familia es considerada como un sistema abierto, como se verá en el siguiente punto.

3. 5 LA FAMILIA COMO SISTEMA.

3.5.1 CONCEPTOS SISTÉMICOS APLICADOS A LA FAMILIA.

Andolfi (1989) señala que la familia debe ser analizada y considerada como un sistema relacional, esto requiere decir que es conceptualizada como un todo orgánico que

supera y articula entre sí los diversos componentes individuales. Adquiere importancia la relación que se da entre las diferentes unidades del sistema, desde este punto de vista la familia es conceptuada como un sistema abierto, formado por varias unidades y regido por reglas de comportamiento entre sí y que intercambia información con el exterior.

Andolfi considera tres aspectos de la teoría de sistemas para el estudio de la familia, son:

a) La familia como sistema en constante transformación: se trata de un sistema que se adapta a las exigencias de los diferentes periodos de desarrollo que atraviesa; cambia conforme a los requerimientos sociales, con el propósito de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus integrantes.

El proceso de crecimiento y continuidad ocurre a través de dos funciones divergentes: la homeostasis y la capacidad de transformación, a través del complejo mecanismo de retroalimentación la cual puede estar orientada hacia el mantenimiento de la homeostasis y entonces se habla de retroalimentación negativa; o bien puede conducir al cambio y entonces se tratara de retroalimentación positiva.

b) La familia como sistema activo que se autogobierna: la familia crea reglas que expresan lo que se permite y lo que se prohíbe, lo cual facilitara la relación entre las diversas unidades del sistema. La familia como organismo humano no es pasiva sino eminentemente activa, se observan cambios intrasistémicos, un ejemplo de éstos es el nacimiento de los hijos. Otros cambios ocurren a nivel intersistemas, por ejemplo cambio en los valores sociales, para enfrentar los cambios intra o intersistémicos se requiere de un proceso de adaptación, de transformación constante en las interacciones familiares para mantener la continuidad y permitir el crecimiento de los miembros. En ocasiones de estos cambios suelen ocurrir trastornos psicológicos.

c) La familia como sistema abierto está en interacción con otros sistemas como la escuela, la empresa, los vecinos, etc. Las relaciones interfamiliares mantienen intercambio con las relaciones sociales: las condicionan o son condicionadas por las normas y valores de la sociedad, formando así un equilibrio.

La familia es el contexto natural para crecer; la estructura familiar esta conformada por pautas de interacción que apoyan la individuación y proporcionan un sentimiento de pertenencia (Minuchin y Fishman, 1990).

Koestler (en Minuchin y Fishman, 1990) señala que para designar a las entidades intermedias de cualquier jerarquía se utiliza la palabra holón, del griego *holos* (todo) y el sufijo *on* (protón o parte) así designa el subtodo o parte. " La parte y el todo se contienen recíprocamente de un proceso continuado, actual, corriente, de comunicación e interrelación" (Minuchin y Fishman, 1990, p. 27).

En la familia se pueden identificar los siguientes *holones*:

a) Holón individual: es un reconocimiento a la lucha por la individualización dentro del propio grupo familiar; es el concepto de sí mismo en contexto, donde el individuo y el contexto son capaces de flexibilidad y cambio. La persona influye entre los congéneres con quienes interactúa, se trata de un proceso circular, de influencia mutua. La familia es un sistema de multi-individualidades de extrema complejidad, que a su vez crea subsistema de unidades más amplias.

b) El holón conyugal: en este holón se conjugan dos individualidades, cada uno con valores y expectativas explícitas y inconscientes al mismo tiempo, que van desde la independencia hasta la toma de decisiones conjuntas. Las partes de interacción se elaboran sin discernirse, son parte de la vida; una tarea vital en la formación del subsistema conyugal es el establecimiento de límites que les procuren satisfacción sin la interferencia de los parientes, hijos u otras personas. En algunos casos la pareja queda atada a reglas rígidas e inadecuadas para la supervivencia, así el sistema se empobrece y no facilita el crecimiento de los integrantes. Este subsistema es vital para el crecimiento de los hijos, constituye el modelo de las relaciones futuras.

c) El holón parental: incluye la crianza de los hijos y las funciones de socialización; el niño aprende el ejercicio del poder racional o arbitrario ejercido por los padres, afronta los conflictos y las negociaciones. Aunque se esperaría que este holón estuviera constituido por los padres y los hijos, en ocasiones son parte de él los tíos, abuelos e incluso algún hermano a quien se delega la función de autoridad para disciplinar a los hermanos. Se trata de un subsistema con autoridad por excelencia.

d) El holón de los hermanos: estos constituyen el primer grupo de iguales, elaboran sus propias pautas de interacción para negociar cooperar o competir, aprenden a ser amigos, a trabajar con otros y a ser reconocidos.

3.5.2 ETAPAS DE LA FAMILIA.

La familia sufre cambios a lo largo del tiempo, uno de los investigadores quienes han descrito este fenómeno es Estrada (1987), señala que la familia del presente es producto no solo del estado inmediato que presenta sino también de las interacciones familiares pasadas hay quienes se atreven a hablar de influencia transgeneracional, lo cual es altamente probable. La familia tiende al cambio y a la evolución. Con base en los principales cambios que sufre la familia los autores han identificado principalmente cuatro etapas organizadas en torno al crecimiento de los hijos y son las siguientes:

1. Formación de la pareja.
2. Familia con hijos pequeños,
3. Familia con hijos en edad escolar o adolescentes y
4. Familia con hijos adultos.

Los diferentes teóricos de la familia coinciden en estas etapas, aunque les den otro nombre, como Estrada quien la describe de la siguiente manera:

1. El desprendimiento: se trata de un proceso doloroso, salir del hogar paterno para buscar un compañero fuera de la familia, es doloroso no solo para el joven sino también para los padres. Se identifican dos corrientes en pugna, una en favor del desprendimiento y otra en favor del regreso a etapas anteriores. Este desprendimiento no puede estar guiado por una búsqueda de cercanía y compañía o bien por una búsqueda de fusión, en donde no se ha logrado la individualización.

El matrimonio no solo cambia la relación entre dos seres, sino también une a dos familias. Se idealiza al futuro cónyuge, sino se trabaja sobre la base de la realidad se corre el riesgo de responsabilizar al futuro cónyuge de problemas que ya existían en el

individuo. Si la ruptura de la idealización es abrupta se corre el riesgo de la desilusión y el desengaño, lo cual dificultará este primer paso de la separación de la familia de origen.

2. El encuentro: el rol de cónyuge no es fácil en principio, requiere de cambiar los mecanismo que anteriormente daban seguridad, ya no se es pretendiente ni hijo. Se requiere integrar un sistema emocional interno que incluya al individuo y al nuevo compañero. Los nuevos cónyuges utilizarán los mecanismos que aprendieron en el hogar paterno y no siempre dará resultado con la nueva pareja; se piensa que aprenderán fácilmente el rol y que el otro aceptará los sistemas de funcionamiento emocional ya aprendidos. De la estructuración del nuevo sistema dependerá la calidad de la relación marital así como el bienestar familiar en el futuro. Se trata de un contrato matrimonial en el cual muchas relaciones se encuentran implícitas acerca de las obligaciones y deberes de cada uno, de los bienes y beneficios que recibirá, de lo que cada uno piensa recibir y dar al otro, trátase de relaciones sexuales, metas, paseos, poder, dinero, hijos, familia etc. Las expectativas de cada persona están basadas en su historia y en las experiencias que vivió al lado de sus padres y hermanos.

Es difícil que la pareja se ponga de acuerdo en los términos del contrato porque generalmente se le ignora, se le considera prosaico, eso es para los negocios sin sentimientos, así queda implícito. La segunda razón por la que es difícil establecer reglas explícitas es por las diferencias culturales entre ambos cónyuges, en ese caso se corre el riesgo de que los contratos individuales no correspondan entre sí y se lleguen a incongruencias. Las expectativas pueden ser imposibles de realizar y la fantasía sobrepasa, en ocasiones, a la realidad.

El contrato matrimonial puede expresarse en tres planos y son los siguientes:

1. Nivel consciente que se verbaliza.
2. Nivel consciente que no se verbaliza.
3. Nivel inconsciente con deseos y necesidades contradictorios.

3. Los hijos: la decisión de procrear atraviesa por diversas consideraciones como los aspectos económicos, religiosos, de educación etc. La aparición de un nuevo integrante requiere de apoyo mutuo entre los cónyuges, de lo contrario podrán observarse regresiones, caso típico es el del hijo que busca refugio en los padres. Debido a los aspectos biológicos la mujer se adapta rápidamente al rol de madre, pero el padre requiere de mayor apoyo emocional, debe continuar siendo esposo y padre a la vez.

4. La adolescencia: los padres se encuentran en una encrucijada, ya están en la edad madura y con la adolescencia de los hijos reviven la propia, los abuelos ya se hayan en una edad crítica, no pueden mantenerse en sí mismos, se acerca la soledad y la muerte. Todo esto pone a prueba al sistema.

5. El reencuentro: también se le conoce como el nido vacío. Se trata del aislamiento de la pareja. En esta etapa los hijos se van porque se casan o porque ya han buscado su independencia, plantea la necesidad de volver a ser esposo o compañero del otro, papel que había quedado relegado en función de las necesidades de los hijos, quienes en las dos etapas anteriores ocupaban el centro de atención. Se regresa al principio, donde empezó la pareja, aunque ahora con nuevas tareas por resolver, como la necesidad de admitir y hacer lugar para nuevos integrantes de la familia, los cónyuges y los hijos.

6. La vejez: el individuo se encuentra ya a un paso de la muerte, se tiende a ignorar a los viejos, a sentir impaciencia con ellos e incluso a negarlos. Sin embargo el viejo aún esta vivo y se entristece con el rechazo.

No cabe la menor duda de que los planteamientos expuestos hasta este momento son aplicables a la familia mexicana pero aún se requiere de estudios que informen de nuestra cultura, en la que en lugar de familias nucleares observamos familias extensas con modelos patriarcales.

CAPÍTULO IV.

ETIOLOGÍA DEL ALCOHOLISMO.

4.1 ELEMENTOS PSICOLÓGICOS EN LA ETIOLOGÍA DEL ALCOHOLISMO.

4.1.1 EL ALCOHOL COMO ESTIMULANTE.

No obstante que Jellinek (1960) reconoció que el consumo de alcohol contribuía a reducir tensiones, consideró que este planteamiento no era suficiente para explicar el consumo de alcohol, ya que por sus efectos causa la sensación de expansión del pecho, sensaciones de ser fuerte y poderoso. Vió al alcoholismo como una búsqueda antes que como una conducta de escape, como reforzante antes como evitación y consideró a la euforia como causa principal para elegir al alcohol con propósitos sociales.

El uso de la bebida para celebrar ocurre generalmente después de un periodo de tensión y no durante o antes de éste. Mucha gente lejos de estar ansiosa parece estar camino a la euforia al comenzar a beber. Así el alcohol es considerado como un estimulante.

4.2 HISTORIA FAMILIAR DE ALCOHOLISMO.

Desde el punto de vista psicológico se han formulado diversos planteamientos para explicar el surgimiento del alcoholismo. Uno de estos puntos de vista afirma que el origen se encuentra en el modelamiento de beber excesivo (Johnson y Pandina, 1991). Los padres transmiten valores en pro o en contra del consumo de alcohol, creando actitudes que posteriormente influirán en la vida del adulto (Carlson y Hout, 1992; Corral, Rodríguez Holguin y Cadaveira, 1999)

Un modelo que explica la influencia del ambiente paterno es el de Cloninger (1981, en Carpenter y Edwing, 1989) quien catalogó a los alcohólicos en tipos de I y II, para explicar la interacción de elementos genéticos y del ambiente familiar. El tipo I o

alcohólico ambiental es que inicia el alcoholismo por las características de su ambiente familiar; tienen padres biológicos con patrones de abuso mínimo de alcohol y criminalidad nula.

El tipo II es una forma severa de alcoholismo, se ha encontrado solamente en hombres, comienza en la adolescencia y requiere de tratamiento. Una de las características es haber tenido padres biológicos quienes abusaban del alcohol, y en ocasiones han sido criminales.

Los hombres con historia de depresión informaron de beber para relajarse, para olvidar sus problemas y para alterar con la gente. Las mujeres alcohólicas informaron de beber para comportarse con diplomacia. Los sujetos con historia de depresión dijeron beber para olvidar sus penas. La mayoría de las mujeres dijeron beber para relajarse, olvidar preocupaciones, cuando estaban tensas, nerviosas y para sentirse bien. (Curran, Stoltenberg, Hill, Mudd, Blow y Zucker, 1999; Chermack, Stoltenberg, Fuller y Blow, 2000).

Los estudios que aportan más información con respecto a la influencia de la familia en el desarrollo del alcoholismo, son los que se refieren a los patrones de consumo del alcohol en los padres y los patrones de consumo de alcohol en los hijos. Uno de estos estudios es el de Barnes y Welte (1990) quienes evaluaron la relación entre los patrones de bebida de los hijos adultos de alcohólicos y los patrones de consumo de sus padres.

El estudio se llevó a cabo con 6364 adultos de 18 a 92 años. La muestra fue representativa del Estado de Nueva York. A los sujetos se les aplicó una entrevista mediante la cual se les interrogó acerca del consumo de alcohol en sus padres, quienes fueron clasificados como bebedores débiles, moderados o fuertes. Las preguntas estaban basadas en la frecuencia y cantidad que consumían de licor, cerveza o vino. Se les preguntó acerca de los problemas relacionados con el alcoholismo, en el último año. Los resultados mostraron que los hombres y mujeres bebedoras fuertes habían tenido generalmente un padre bebedor fuerte.

Es probable que un niño quien no recibe amor, afecto y cercanía con sus padres muestre hostilidad e incrementa el abuso de alcohol. Johnson y Pandina (1991)

llevaron a cabo un estudio con el propósito de evaluar estos planteamientos, trabajaron con una muestra de 1380 sujetos de 12 a 18 años quienes fueron evaluados en una primera ocasión; la segunda evaluación se llevó a cabo tres años después, con los mismos sujetos y los mismos instrumentos.

Los instrumentos utilizados fueron: la Escala del Ambiente Familiar de Moss y el Inventario de Percepción de la Juventud. La escala permitió evaluar la cohesión familiar. Se evaluó el uso de castigos en el hogar, la tolerancia de los padres ante la conducta de beber de los hijos; la frecuencia del consumo de alcohol y cigarrillos en los padres y frecuencia de peleas entre padres y hermanos.

Los resultados permitieron confirmar que el estilo de las relaciones paternas (cálidas u hostiles), así como la tolerancia ante el consumo de alcohol entre los hijos, contribuye al desarrollo del alcoholismo en los hijos.

El castigo por sí mismo no tuvo efectos significativos, sólo cuando se trató de castigo psicológico sí incrementó la posibilidad de consumo de alcohol.

Por otra parte, Bowen (1974) planteó una explicación del surgimiento del alcoholismo, su punto de vista asume que toda persona es importante en el sistema familiar, en tanto constituye una parte del todo: cada elemento del sistema participa en el surgimiento de síntomas y disfunciones. El síntoma de beber excesivo ocurre cuando los niveles de ansiedad son altos en la familia, ésta funciona como si fuera un espiral hasta llegar a convertir el consumo de alcohol en un consumo crónico.

La diferenciación del ego es parte de la madurez emocional y se desarrollará con base en las relaciones entre el niño y sus padres, en la manera como el niño enfrenta el apego emocional es que aprenderá a manejarse en la vida de adulto. Las personas se casan con quienes muestran niveles similares de diferenciación; el grado de madurez e indiferenciación estará presente en la nueva familia; se espera la armonía perfecta en el matrimonio y se rechaza la infelicidad vivida al lado de los padres.

En otros casos la esposa llega a ser dominante y él se adapta a ella para apoyarla, es funcional "sin-yo". Si este patrón se prolonga por mucho tiempo, el que se adapta llega a ser vulnerable a disfunciones crónicas como enfermedades físicas, emocionales o alcoholismo. En periodos de calma puede funcionar sin síntomas.

Los estudios revisados conducen a plantear que el desarrollo del alcoholismo es un fenómeno que se mueve de manera circular, no existe una forma única que conduzca a él, existen factores que reunidos pueden constituir alto riesgo para el surgimiento del problema, como es la personalidad del individuo, las relaciones familiares y los patrones de consumo de alcohol en la familia, aún faltan estudios que informen de la manera como se interrelacionan estos elementos.

4.3 EL CONTEXTO SOCIAL.

El uso del alcohol en la sociedad tiene un significado simbólico y cumple una función. La cultura acepta esta costumbre como legítima. Sirve a determinadas funciones, como control especial de agresión, para relajar, etc. Cualquier manera de beber aceptada socialmente es sintomática de la cultura a la que pertenece el bebedor. En este esquema pueden identificarse síntomas individuales de adicción, expresados en el acto de beber. Beber un vaso de cerveza con la comida puede ser un síntoma de que la cultura acepta su uso como un refrescante o como un suplemento nutritivo. Que el individuo beba puede ser síntoma de fatiga, elación u otro estado de humor, en ese sentido se convierte en síntoma individual. Puede decirse que todos los bebedores inician el consumo de alcohol como bebedores sintomáticos de la cultura (Jellinek, 1960).

Quien bebe en exceso aprende que su manera de beber es aceptable en unas situaciones pero intolerable en otras. Los estímulos situacionales sirven de estímulo discriminativo o contexto para la conducta de beber. Por ejemplo, beber con amigos puede conducir a la aceptación social, pero beber en el trabajo podrá ocasionar regaños o llamadas de atención. Las señales que sirven como estímulo discriminativo para un bebedor social no necesariamente son las mismas para el bebedor problema. Conforme se desarrolla la dependencia se puede predecir que la conducta de beber ocurrirá en situaciones que socialmente son inaceptables, pero que esto no significa que la situación no influya en la conducta de beber.

CAPÍTULO V.

LA FAMILIA ALCOHÓLICA.

5.1 LA ESPOSA DEL ALCOHÓLICO.

Edwards, Harvey y Whitehead (1973) revisaron la literatura referente a las esposas de los alcohólicos; describieron los estudios desde tres puntos de vista teóricos:

1) Teoría de la personalidad perturbada.

Esta fue la primera teoría desde la cual se estudió a las esposas de los alcohólicos, sirvió como apoyo teórico en el tratamiento de las esposas.

En uno de los primeros estudios Lewis (en Edwards y Col., 1973) señaló que la relación entre los esposos donde uno de ellos era alcohólico, daba lugar a una relación complicada; consideró que la esposa manifestaba sus impulsos agresivos en su compañero quien dependía parcialmente de ella, él creaba situaciones que la conducían al castigarla. Se encontraban alterados los roles masculino y femenino.

Baker (en Edwards y Col., 1973) encontró una vida de infelicidad en estos matrimonios, planteó que la esposa buscaba la ineficiencia del esposo para expresar su propia hostilidad y así ocultar sus propios conflictos e ineficiencia.

Price (en Edwards y Col., 1973) describió a las esposas de los alcohólicos como personas dependientes que mostraban hostilidad y agresión hacia sus esposos, siendo ellos también dependientes. Esas esposas interpretaban el alcoholismo del marido como rechazo o falta de amor, haciendo que sus esposos se sintieran aun más ineficientes.

Whalen (en Edwards y Col., 1973) clasificó a las esposas de los alcohólicos en cuatro categorías y son: la sufrida, quien se castiga eligiendo un marido que le haga la vida miserable. La controladora, quien necesita dominar a alguien y elige a un esposo débil e inepto. La sobreprotectora quien busca un esposo que la necesite desesperadamente y la punitiva quien necesita un esposo para controlarlo y castigarlo.

Futterman (en Edwards y Col., 1973) desde el punto de vista psicoanalítico planteó que las esposas fomentan el alcoholismo en el marido, debido a una fuerte identificación con la madre, ellas se sienten inadecuadas y buscan a alguien débil, dependiente. Estableciendo una relación simbiótica, que se perturbara cuando el esposo dejaba de beber.

Edwards y Col (1973) criticaron a esos estudios por sus limitaciones metodológicas, ya que solo se basaban en pocos casos clínicos, sin hacer comparaciones sistemáticas con las esposas de no alcohólicos.

Por otra parte, Jacob, Favorini, Meisel y Anderson (1978) criticaron los planteamientos de Edwards y col (1973) señalando que poca atención han recibido los esposos de mujeres alcohólicas y que también se olvidaron de analizar los rasgos funcionales de la relación entre esposos donde ambos son alcohólicos.

2) Teorías sociológicas del estrés.

Mowrer (1940, en Edwards y col., 1973) comparó 25 esposas de alcohólicos con un grupo definido como "normal", sin desordenes en la personalidad. Encontró que ellas habían desarrollado un comportamiento vacilante entre criticar a sus esposos y expresarles simpatía y cuidados. No obstante de ser uno de los estudios pioneros, no fue significativo para el estudio sociológico de las esposas.

Los estudios de Jackson (en Edwards y Col., 1973) alrededor de los años de 1950 constituyeron una aportación al estudio sociológico de las esposas, fue el primero en avocarse a las teorías del estrés. De 1954 a 1962 teorizó que los miembros de la familia se sentían apenados, aislados del apoyo social, las esposas se veían afectadas a los ojos de la sociedad y a sus propios ojos por fracasar en su papel.

La investigación de Jackson (en Edwards y Col., 1973) consistió en grabar las sesiones de Al-Anón y posteriormente entrevistó cerca de 50 esposas de alcohólicos hospitalizados, preguntándoles sobre su historia de matrimonio. Encontró que las esposas y la familia pasaban por siete etapas como reacción al alcoholismo del esposo o de los padres y son:

Etapa 1. La esposa y la familia niega el problema.

Etapa 2. Intentan eliminar el alcoholismo a través del aislamiento social, alienación y sentimientos de inadecuación en la esposa.

Etapa 3. Desorganización, pocos problemas son resueltos constructivamente y la esposa acepta el problema del alcohol en el esposo como permanente.

Etapa 4. Intentos por reorganizar a la familia, las esposas resienten los cambios en la conducta del esposo y asumen nuevas responsabilidades que ordinariamente se consideraban eran del esposo.

Etapa 5. Se hacen esfuerzos para escapar del problema la esposa decide separarse si puede.

Etapa 6. La esposa se reorganiza sin esposo.

Etapa 7. Los esposos se recuperan y las familias se reorganizan ahora la esposa regresa las responsabilidades que había tomado de su esposo.

Jackson (en Edwards y Col., 1973) planteó una crisis acumulativa en todos los miembros, en particular en la esposa quien al llegar al punto máximo de la crisis regresaba a la estabilidad. Indico que los estados de la esposa se veían afectados por su propia personalidad, por el rol y estatus en su familia anterior, la historia antes de la crisis y la eficacia de sus propias acciones pasadas. Vió a la conducta de la esposa en función del cambio de patrones de interacción y no solo como consecuencia de la personalidad o de perturbaciones en ella.

Una de las limitaciones señaladas por Jackson es haber estudiado a esposas de alcohólicos quienes estaban en tratamiento y que solo se baso la percepción de la esposa, por estas razones se consideró encontraba limitada la generalización de los resultados. La aportación de Jackson consistió en colocar el papel de las esposas en una perspectiva diferente a la que se empleaba en ese momento.

3) Teoría psicosocial.

Los planteamientos de Jackson dieron lugar a hipótesis referentes al funcionamiento de las esposas en su matrimonio, dando lugar al desarrollo de la perspectiva psicosocial. Uno de los estudios llevados a cabo bajo esta perspectiva es el de Bailey (en Edwards, 1973) quien estudió 262 esposas a través de la narración de

su historia de matrimonio en el Índice de Perturbación Psicofisiológica, que cuenta con 22 reactivos, así como mediante una entrevista. El Índice se usó para evaluar el grado de perturbación en las esposas. Los resultados mostraron un continuo a lo largo del tiempo en que habían convivido con el esposo alcohólico. Las mujeres divorciadas o separadas de sus esposos se encontraban menos perturbadas. Menor deterioro se encontró entre las mujeres casadas cuyos esposos eran abstemios. Por lo tanto no se corroboró la hipótesis de descompensación emocional cuando lo dejaba de beber. Tal descompensación era transitoria y debida al proceso de reajuste postulado por Jackson.

Oxford (1975) siguiendo los planteamientos de Jackson indicó que los roles en la familia alcohólica se ven alterados porque la esposa se sobreinvolucra en las tareas y en la toma de decisiones, pero que este fenómeno no es exclusivo de estas familias, también puede observarse cuando existen problemas económicos, desempleo u otros problemas en la familia. Oxford y Guthrie (1960, en Edwards y Col., 1973) preguntaron a 80 esposas de alcohólicos acerca de los métodos para determinar con el alcoholismo del esposo. Identificaron cinco tipos de solución, son:

- 1) Salvaguardar los intereses de la familia.
- 2) Retirarse del esposo.
- 3) Atacar.
- 4) Rebeldía.
- 5) Proteger al esposo alcohólico.

James y Goldman (en Edwards y col., 1973) buscaron integrar estos resultados con las etapas propuestas por Jackson. Administraron un cuestionario a 85 esposas de alcohólicos, preguntándoles acerca de las consecuencias de la bebida del esposo y de sus propios esfuerzos por solucionar el alcoholismo del esposo en cuatro etapas: alcoholismo social, bebedor fuerte, alcohólico y abstinencia. Encontraron que los estilos de solución y las consecuencias de la bebida del esposo cambiaron conforme a los patrones de bebida en el esposo. Los estilos de retirada y ataque eran empleados con frecuencia cuando los esposos eran violentos y agresivos. Se corroboraron los

planteamientos de Jackson en el sentido de que las esposas se habían casado con ellos mucho antes de que el alcoholismo se desarrollara en los esposos; las reacciones de las esposas correspondieron a los cambios en los esposos no se encontró un estilo único de solución para cada etapa.

Jacob, Seilhamer y Rushe (1989) indicaron que los estudios desde la perspectiva psicosocial han hecho aportaciones valiosas acerca de la familia alcohólica, considerando que las perspectivas futuras se encuentran en el estudio de pequeños grupos.

Estudios recientes confirman los resultados planteados en el sentido de la influencia familiar para el desarrollo del alcoholismo (Dawson, 2000).

5.2 DETERIORO EN LA SALUD DE LA FAMILIA.

No cabe la menor duda de que por cada alcohólico 5 personas más también lo padecen en el seno de la familia, los estudios han demostrado que la esposa sufre de abuso los hijos padecen hiperactividad y perturbaciones en la personalidad; se han observado conflictos maritales y divorcio. Con base en estos planteamientos Steinglass (1981) estudiaron 31 familias con un esposo alcohólico y una esposa no alcohólica.

La historia de alcoholismo se investigo mediante el Test Autoadministrado de Evaluación de Alcoholismo, así como mediante la Escala de Diagnostico de Goodwin. El Test evalúa las siguientes áreas: consecuencias físicas, memoria, abstinencia, salud, consecuencias de conducta social, familia, áreas personal, social y de trabajo, historia de tratamiento, hospitalización, etc.

Los datos obtenidos fueron comparados con los de sujetos no alcohólicos de otros estudios.

Los resultados mostraron mayores índices de sintomatología psiquiátrica en los alcohólicos que en los no alcohólicos, las diferencias fueron significativas al nivel .01 mediante una prueba t.

En las familias con alcoholismo activo, la sintomatología psiquiátrica experimentada por la esposa se relaciono con la percepción de las consecuencias

sociales sufridas en su historia de relación con el alcohólico. La sintomatología era consecuencia del estrés sufrido por terminar con el alcoholismo del esposo.

5.2.1 LA SALUD DE LOS HIJOS: TERATOLOGÍA CONDUCTUAL

Si la salud de la esposa de alcohólico se ve afectada seriamente, el caso de los hijos es aún más grave, confluyen factores fisiológicos y psicológicos. En el ámbito fisiológico se habla de teratología.

Durante la etapa de gestación el alcohol cruza la placenta y puede interferir con la producción de células en el embrión, el alcohol en el feto desorganiza la migración de células e interfiere con la producción de neurotransmisores en el desarrollo del sistema nervioso central (Corral y col. 1999).

Los problemas psicológicos que han sido observados en los hijos de alcohólicos pueden ser tan severos que repercutirán en la salud del individuo, pueden persistir en la adolescencia y aún en la edad adulta, en algunos casos se ha encontrado que conducen a problemas psiquiátricos (Fisher, Kittleson, Ogletree, Welshimer, Woehlke y Benshoff, 2000).

Desde 1974 se ha estudiado el alcohol como un teratógeno, a ese respecto.

Bennet, Wolin y Reiss (1988) reconocen que aún se requiere de medios para evaluar con precisión los riesgos sociales y cognitivos en los hijos de alcohólicos. Los problemas cognitivos y emocionales encontrados en hijos de alcohólicos pueden ser atribuidos a los patrones de interacción de la familia.

Amato (1990) encontró percepciones negativas de la familia en hijos de alcohólicos, lo cual muestra la influencia de la interacción familiar.

Así, los efectos del alcoholismo en los hijos implica serios riesgos para un desarrollo psicológico óptimo toda vez que confluyen elementos fisiológicos y de interacción familiar.

En nuestro país se ha encontrado deterioro psicológico en los hijos de alcohólicos en el sentido de que los hijos de padres y madres alcohólicas presentan mayores problemas de aprendizaje, en comparación con los hijos de no alcohólicos, en todos los grados de primaria, así como en la ejecución psicomotora del preescolar

(Caballero, 1990, Caballero y Colotla, 1990, Caballero, Cambrón, Morales y Sumano, 1991). Un dato importante que se desprende de estas investigaciones es el hecho de que el deterioro en el desarrollo académico y psicomotor fue mayor en hijos de madres alcohólicas que en hijos de padres alcohólicos.

A partir de la literatura revisada y expuesta en el presente trabajo se plantea la necesidad de prevenir la aparición del alcoholismo, realizando para ello trabajo psicológico con la familia desde el punto de vista sistémico, atendiendo a la patología del sistema familiar y abordando las consecuencias del alcoholismo en la esposa y los hijos.

5.3 LINEAMIENTOS PARA UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN SISTÉMICO.

Con base en los planteamientos ya expuestos, se hace evidente la necesidad de diseñar programas de prevención que eviten el desarrollo de la enfermedad en etapas del desarrollo temprano del ser humano, para lo cual debe tomarse en cuenta a la familia, ya que desde el punto de vista psicológico en ella residen elementos para la etiología del alcoholismo, que requieren atención.

Los elementos a considerar son los siguientes:

Primero, la realización de talleres dirigidos a la familia, incluyendo padres, e hijos.

Segundo, la escuela es el medio idóneo para la promoción de este tipo de actividad, ya que en ella se concentran miles de niños provenientes de diversos medios sociales, sería indispensable que estos programas pudieran llevarse a todas las clases sociales, toda vez que el alcoholismo no distingue sexo, raza, condición social, intelectual ni económica.

Tercero, a través de estos talleres se promovería que la familia conociera su estructura familiar, las patologías que debiera trabajar.

Cuarto, la identificación de las etapas de alcoholismo en la familia, conforme a la tabla de alcoholomanía del Dr. Jellinek (1960)

Quinto, promover la toma de conciencia de las consecuencias del alcoholismo respecto de los roles conyugal y parental.

Sexto, diseñar estrategias para que la familia genere alternativas de prevención para su propio sistema.

La promoción de estos talleres preventivos debería ser masiva, teniendo en cuenta que deben emprenderse acciones en los macrosistemas que comprenden empresas de producción y expendio de bebidas alcohólicas, quienes deberían coadyuvar con la creación de centros de prevención, como una forma de compensar los daños que causan al sistema familiar.

CONCLUSIONES.

En el presente trabajo se expuso el modelo de alcoholismo planteado por el Dr. Jellinek (1960), a partir del cual es factible analizar las consecuencias de la enfermedad en la familia, sus repercusiones respecto de los hijos y de la esposa. Se decidió que este modelo era adecuado debido a la precisión con que describe la enfermedad, su evolución y que ha servido como base para el tratamiento de los alcohólicos en los grupos de Alcohólicos Anónimos.

El problema del alcoholismo continúa siendo preocupante por la alta incidencia entre la población productiva económicamente, entre quienes tienen 17 a 60 años de edad, se trata de personas jóvenes y maduras quienes se encuentran en posibilidades de procrear hijos, sabiendo de antemano las consecuencias en la descendencia de los alcohólicos, como puede ser el dar lugar a deformaciones cromosómicas, conductuales y de aprendizaje (Caballero y Colotla, 1990; Caballero y col, 1991).

No cabe la menor duda de que los planteamientos del Dr. Jellinek (1960), aunados a los del enfoque familiar sistémico (Minuchin y Fishman, 1990), pueden coadyuvar para la comprensión de la enfermedad en la familia, pero es necesario trascender los estudios que sólo se refieren a la identificación del problema, si bien la fase de diagnóstico es indispensable, también lo es atender la prevención del fenómeno del alcoholismo.

A pesar de que existen los grupos de Alcohólicos Anónimos, de Al- Anón, y cuyo tratamiento resulta eficaz para muchos alcohólicos y sus esposas, no cabe la menor duda de que el problema lejos de disminuir continúa incrementándose (Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1999), por lo que se hace imperativo estudiar el fenómeno desde perspectivas como el enfoque sistémico aplicado a la familia, de esa manera será factible diseñar estrategias de prevención que le permitan a las personas conocer la etiología del alcoholismo, facilitar que las familias identifiquen la posible patología que induce al alcoholismo y planear alternativas para prevenir la enfermedad, de acuerdo a las necesidades propias de cada sistema familiar.

De lo anterior se desprenden tres conclusiones:

Primero, no basta con seguir haciendo estudios respecto de la etiología o de la estructura familiar del alcohólico, al respecto ya existe suficiente información, se requiere trascender esas líneas de investigación para planear nuevas alternativas de solución a la enfermedad del alcoholismo, teniendo presente que se trata de un problema multifacético.

Segundo, se le debe brindar la oportunidad a la familia de conocer respecto de la etiología, las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del alcoholismo.

Tercero, en estos momentos la psicología cuenta con los elementos para diseñar estrategias con la finalidad de prevenir los problemas de alcoholismo en la familia, se cuentan con programas que atienden al enfermo pero no procuran evitar que se desarrolle y se propague la enfermedad, lo cual es preocupante.

REFERENCIAS

- AMATO, P.R. (1990) Dimensions of the family environment as perceived by children as multidimensional analysis. Journal of Marriage and the Family, 52, 613 – 620.
- ANDOLFI, M. (1989) La familia como sistema relacional. En: Terapia familiar. México: Paidós.
- BARNES, G.M. y Welte, J.W. (1990) Prediction of adult's drinking from the drinking of their parents. Journal of Studies on Alcohol, 51: (6), 523 – 529.
- BENNET, L.A., Wolin, S.J. y Reiss, D. (1988) Cognitive, behavioral and emotional problems among school-age children of alcoholic parents. American Journal of Psychiatry, 145: (2), 185 – 190.
- BERTALANFFY, L. Von (1976) El significado de la teoría general de sistemas. En: Teoría general de los sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- BOWEN, M. (1974) A family systems approach to alcoholism. Addictions, 21: (2), 3 - 11.
- BUCHOLZ, K.K., Nomna, S.M. y Helzer, J.E. (1992) When do alcoholics first discuss drinkin problems? Journal of Studies on Alcohol, 53: (6), 582 – 589.
- CABALLERO, B. A. (1990) Tres estudios: evaluación y análisis de los efectos del alcoholismo materno y paterno, sobre habilidades académicas. Tesis de Maestría. Inédita. México: UNAM.
- CABALLERO, B.A. y Colotla, V.A. (1990) Teratología conductual del alcoholismo, su expresión en el rendimiento escolar de hijos. Trabajo presentado en la XVIII Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Mental.
- CABALLERO, B.A., Cambrón, G., Morales, S. Y Sumano, S.D. (1991) Efectos del síndrome fetal alcohólico en la psicomotricidad en 12 niños de edad preescolar. Revista Mexicana de Psicología, 8: (1), 37 – 42.
- CARLSON, D. J. Y Houts, R. (1992) Parental drinkin, parent-child communication, and social skills in young adults. Journal of Studies on Alcohol, 53: (1), 48 – 56.
- CARPENTER, M.A. y Edwing, J.A. (1989) The outbreeding of alcoholism. American Journal of Drug Alcohol Abuse, 15: (1), 93 – 99.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

- CORRAL, M. M.; Rodríguez Holguin, S. y Cadaveira, F. (1999) Neuropsychological Characteristics in Children of Alcoholics: Familial Density. Journal of Studies on Alcohol, Vol. 60, No. 4, 509-512.
- CURRAN, G. M.; Stoltenberg, S. F. ; Hill, E. M. ; Mudd, S. A. ; Blow, F. C. y Zucker, R. (1999). Gender Differences in the Relationships among SES, Family History of Alcohol Disorders and Alcohol Dependence. Journal of Studies on Alcohol, Vol. 60, No.6, 825-829.
- CHERMACK, S. T.; Stoltenberg, S. F.; Fuller, B. E.; Blow, F. (2000) Gender Differences in the Development of Substance-Related Problems: The Impact of Family History of Alcoholism, Family History of Violence and Childhood Conduct Problems. Journal of Studies on Alcohol, Vol.61 No. 6, 845-850.
- DAWSON, D. A. (2000) The Link between Family History and Early Onset Alcoholism: Earlier Initiation of Drinking or More Rapid Development of Dependence? Journal of Studies on Alcohol, Vol. 61 No. 5, 637- 639.
- DE LA FUENTE, R. (1987) El alcoholismo y el abuso del alcohol: revisión de conjunto. Salud Mental, 10: (4), 45 – 51.
- DE LA FUENTE, y Medina Mora, M. E. (1987) Las adicciones en México.1. El abuso del alcohol y los problemas relacionados. Salud Mental, 10: (2), 3 – 13.
- Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. (1985) España: Diagonal Santillana.
- EDWARDS, P. Gross, C., Keller P. y Moser, T. (1976). A critical review and analysis. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, Vol. 44: 11 – 22.
- EDWARDS, P., Harvey, C y Whitehead, P. (1973) Wives of alcoholics. Quarterly Journal of Studies on Alcohol. Vol. 34: 112 – 132.
- ESTRADA, L. (1987) El ciclo vital de la familia. México: Edit. Posada.
- FISCHER, K. E. ; Kittleson, M.; Ogletree, R. ; Welshimer, K. ; Woehlke, P. y Benschoff, J. (2000) The Relationship of Parental Alcoholism and Family Dysfunction to Stress Among College Students. Journal of American College Health, Vol. 48 No. 4, 151-154
- HEINZE, G. M. (1987) Los efectos del alcohol y sus interacciones con los fármacos. Salud Mental, 10: (4), 67 – 75.

- INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA. (1999) Resultados de las encuestas de consumo de drogas en estudiantes. [URL: http://www.imp.edu.mx](http://www.imp.edu.mx).
- JACOB, T., Seilhamer, R. A. y Rushe, R. H. (1989) Alcoholism and family interaction: an experimental paradigm. American Journal of Drug Alcohol Abuse, Vol. 15: (1), 73 – 91.
- JACOB, T., Favorini, A., Meisel, A. y Anderson, A. (1978) The spouse, children and family interactions of the alcoholic: substantive findings and methodological issues. Journal of Studies on Alcohol, Vol. 39: 1231 – 1251.
- JELLINEK, D. (1960) Nueva versión de la tabla de alcoholomanía. México: Alcohólicos Anónimos.
- JOHNSON, V. y Pandina, R. J. (1991) Effects of the family environment on adolescents substance use, delinquency and coping styles. American Journal of Drug Alcohol Abuse 5: (1), 107 – 122.
- KAUFMAN, E. (1980) Myth and reality in the family patterns and treatment of substance abusers. American Journal of Drug Alcohol Abuse, 7: (3), 257 – 279.
- MEDINA MORA, M. E., Rascón, M.L., García Zavala, G. y Esbón, M. (1986) Patrones de consumo de alcohol y normas relacionadas con dicho consumo, en una población de Michoacán, México. Salud Mental, 9: (4), 87 – 91.
- MINUCHIN, S. y Fishman, H. (1990) Familias. En: Técnicas de terapia familiar. México: Edit. Paidós.
- NÁTERA, G. (1982) Aspectos generales sobre el consumo de alcohol y sus problemas. Salud Mental, 5: (4), 7 – 10.
- NÁTERA, G. y Terroba, G. (1982) Prevalencia del consumo de alcohol y variables demográficas apreciables de la Ciudad de Monterrey, N.L. Salud Mental, 5: (1), 82 – 86.
- OXFORD, J. (1975) Alcoholism and marriage: The argument against specialism. Journal of Studies on Alcohol, Vol. 36: 1537 – 1563.
- PEELE, S. (1986) The implications and limitations of genetic models of alcoholism and other addictions. Journal of Studies on Alcohol, 47: (1), 63 – 73.

- ROSOSVSKY, E. G., Rodríguez, E. Y López-Lugo, E. (1990) Alcohol consumption and its impact in México, 1970 – 1983: mortality and crime. New Trends and Clinical Psychiatry, Vol. 1 : (3), 117 – 126.
- ROSOVSKY, B. G. Narváez, A., Borges, G. y González, L. (1992) Evolución del consumo per cápita de alcohol en México. Salud Mental, 9: (3) 97 – 99.
- RUSSELL, L.A. (1984) La revolución que nos rodea. En: Rediseñando el futuro. México: Limusa.
- SCHUCKIT, M. A. y Smith, T. L. (2000) The Relationships of a Family History of Alcohol Dependence, a Low Level of Response to Alcohol and Six Domains of Life Functioning to the Development of Alcohol Use Disorders. Journal of Studies on Alcohol, Vol. 61 No. 6, 827- 831.
- STEINGLASS, P. (1981) The alcoholic family. En: The biology of alcoholism. New York: Plenum.
- WIERS, R. W. (2000) Confirmatory Analysis of the Hierarchical Structure of Positive and Negative Dose-Related Alcohol Expectancies in Alcoholics and the Associations with Family History of Alcoholism. Journal of Studies on Alcohol, Vol. 61, No. 1, 177-180.