

11241  
35

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,  
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

ALCOHOLISMO EN LAS FAMILIAS DE NIÑOS CON  
TRASTORNO DE CONDUCTA

*autriz*  
AUTOR: DRA. LORENA B. RODRÍGUEZ ESPINOSA

ASESOR TEORICO Y METODOLOGICO

*Rosa Díaz Martínez*  
DRA. ROSA DIAZ MARTINEZ

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN  
EN PSIQUIATRÍA

AÑO 2009

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA  
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*Alejandro Díaz Martínez*  
DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **INDICE**

	<b>Pág.</b>
<b>1. Introducción</b>	<b>1</b>
<b>2. Antecedentes</b>	<b>2</b>
<b>3. Justificación</b>	<b>8</b>
<b>4. Planteamiento del Problema</b>	<b>9</b>
<b>5. Instrumentos</b>	<b>10</b>
<b>6. Definición de Variables</b>	<b>11</b>
<b>7. Procedimiento</b>	<b>12</b>
<b>8. Resultados</b>	<b>13</b>
<b>9. Conclusión y Discusión</b>	<b>14</b>
<b>10. Bibliografía</b>	<b>15</b>
<b>11. Anexos</b>	<b>18</b>

# ALCOHOLISMO EN LAS FAMILIAS DE NIÑOS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA

## INTRODUCCIÓN

El alcoholismo es un padecimiento social, que ha estado aumentando en frecuencia, lo que ha condicionado problemas y dificultades de ámbito familiar, social y laboral. Los familiares de alcohólicos son a menudo disfuncionales y los niños que se desenvuelven en éstas familias presentan o desarrollan trastornos psiquiátrico y otras dificultades como adultos (26).

Desde que el concepto de alcoholismo fue expresado en los años cuarenta y cincuenta, se hizo patente la estrecha relación que guarda con los determinantes culturales que norman el uso de las bebidas alcohólicas en las diversas sociedades (15).

Los estudios realizados para conocer la frecuencia del alcoholismo entre la población mexicana mayor de 18 años, apuntan que entre el 5 y 7 % de la misma están afectados por este problema (12). La Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas de 1991, realizada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en estudiantes de la República Mexicana, encontró que las entidades que tienen cifras estadísticamente significativas (mayores a la nacional) de usuarios de bebidas alcohólicas son: Baja California, Chihuahua, Jalisco y el Distrito Federal, los estados con porcentajes más bajos son: Oaxaca, Tabasco, Puebla y Guerrero principalmente (22). De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, aproximadamente el 7.3% de la población de 12 años y mayores, consume alcohol en forma preocupante. Por lo que toca a los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones, el porcentaje de la población urbana de 18 a 65 años, que refieren síntomas de dependencia al alcohol, se eleva a 5.9%, es decir, uno de cada 17 habitantes de esas localidades y grupo de edad (28).

El Trastorno de Conducta en los niños es un padecimiento frecuente en la población escolar, detectado principalmente por los maestros al ingreso del niño a la escuela, al observar conductas poco controlables como son: impulsividad, agresividad hacia sus compañeros, dificultad para entablar adecuadas relaciones interpersonales, problemas en el aprendizaje, etc., también es observado por los padres, pero no le toman tanta importancia hasta su ingreso a la escuela, que es cuando presentan las dificultades antes señaladas (16).

Diferentes investigadores han observado algunos problemas que dificultan el adecuado manejo de dicho padecimiento como son el poco o nulo interés de la familia por la atención del paciente y los problemas relacionados: el maltrato familiar, las dificultades económicas, la falta de empleo y el consumo de sustancias tóxicas principalmente alcohol, logrando con ello establecer una barrera para su manejo adecuado (16,18,26).

## ANTECEDENTES.

El alcoholismo constituye un verdadero, preocupante y creciente problema de salud pública en nuestra sociedad (12). El mismo se extiende hasta incluir al núcleo familiar, las redes sociales del individuo afectado, o las áreas laborales y profesionales en las cuales se desenvuelve y termina por repercutir en otros individuos y grupos sociales (24).

En el territorio que actualmente ocupa la nación mexicana, existieron en el pasado, civilizaciones tan importantes como la tolteca, la maya y la azteca. Dentro de ellas, al igual que en la mayor parte de las culturas del mundo, se descubrió la forma de preparar una bebida alcohólica fermentada, obtenida del maguey, a la cual se le dio el nombre de Octli o pulque. La importancia que esta bebida llegó a tener entre lo aborígenes, se señala por el hecho de que en la mitología existían Dioses de la bebida y de la embriaguez, así como la diosa del maguey llamada Mayaguel.

Ante los problemas ocasionados por la ingestión del alcohol, estos pueblos dictaron leyes muy severas para restringir su consumo, que iban desde simples consejos que el emperador solía pronunciar hasta el repudio social de los alcohólicos y los castigos físicos como el encarcelamiento y aún la pena de muerte. El aumento considerable del alcoholismo entre los aborígenes originó una gran disfuncionalidad familiar, constituida por dificultades conyugales, problemas emocionales en el consumidor, en la esposa y problemas de conducta en los hijos (6).

En el siglo XIX, Magnus Hus, médico sueco, al parecer fue el primero que acuñó el término "Alcoholismo", denominando al alcohol como un factor de degeneración (1).

El Dr. Mark Sëller del Centro de Estudios sobre el alcohol, de la Universidad de Rutgers, en 1958 expresó: "el alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto en que se excede lo que socialmente está aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo" (19).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), definió al alcoholismo como una forma de ingestión de alcohol que excede al consumo alimenticio tradicional y a los hábitos sociales propios de la comunidad considerada, cualquiera que sea el origen de esos factores, como la herencia, la constitución física o las influencias psicopatológicas o metabólicas adquiridas (36).

La Asociación Médica Americana (AMA) definió al alcoholismo como una enfermedad caracterizada por la preocupación constante por el alcohol y la pérdida del control sobre su consumo, lo que habitualmente conduce a la intoxicación una vez que se comienza a beber, por su cronicidad, su proceso y su tendencia a reincidir. Se le asocia típicamente con impedimentos físicos y deterioro emocional (2).

Al señalarse como una enfermedad se toma en cuenta la posible etiología, la sintomatología, el diagnóstico, el tratamiento y la posible rehabilitación, destacándose su cronicidad que resulta en la dependencia.

El DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual), identifica dos trastornos alcohólicos: La Dependencia y el Abuso del alcohol. En el Abuso del alcohol los rasgos esenciales son: 1) uso continuo o episódico del alcohol al menos durante un mes, 2) complicaciones sociales del uso del alcohol que incluyen la alteración del funcionamiento social u ocupacional (como las distorsiones o problemas con la familia o amigos por el uso excesivo de alcohol, la violencia en estado de intoxicación, la falta de trabajo, el despido) o los problemas legales y los accidentes de tráfico en estado de intoxicación y 3) Dependencia psicológica (un deseo forzoso de tomar alcohol, una incapacidad para dejar de beber, repetidos esfuerzos para controlar o reducir el exceso de bebida con períodos de abstinencia temporal) o restringirlo a determinados momentos del día (o un patrón patológico de uso), beber alcohol no bebible, realizar excesos ocasionales (permanecer intoxicado todo el día al menos durante dos días), beber ocasionalmente un quinto de bebidas alcohólicas o su equivalente en tener dos o más lagunas mentales, blackouts (períodos amnésicos para los sucesos que han tenido lugar durante la intoxicación) (3).

Se define como Droga a cualquier agente químico que afecta los procesos vivientes, sustancia que al ser introducida al organismo genera cambios psíquicos o físicos.

La Organización Mundial de la Salud describe dos tipos de droga: Psicotrópicos y No Psicotrópicos. Los Psicotrópicos producen un cambio en la Psique del individuo y se subdividen en cinco grupos: 1- Las que tienen escaso o nulo valor terapéutico y por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema para la salud pública. 2- Las que tienen un valor terapéutico pero constituyen un problema para la salud pública. 3- Las que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública como las benzodiazepinas. 4- Las que tienen algún valor terapéutico pero constituyen un problema grave para la salud pública. 5- Las sustancias que tienen un uso terapéutico y se utilizan en la industria. Los No Psicotrópicos no producen en la psique efecto alguno.

El alcohol es clasificado en el primer subgrupo ya que es una droga que no tiene aplicación médica, pero su abuso como se ha descrito, produce dependencia por lo que se puede considerar una fármacodependencia.

Se clasifica al Bebedor como: Abstemio, Bebedor moderado, Bebedor excesivo y Alcohólico. Abstemio: Es una persona que no bebe alcohol o lo hace ocasionalmente pero ingiere pocas cantidades y nunca se intoxica. Bebedor moderado: Es el que toma por motivos sociales, generalmente consume cantidades moderadas de alcohol y conoce su límite, bebe por gusto, no por el efecto, nunca bebe solo y rara vez se intoxica. Bebedor excesivo: Es un individuo cuya manera de beber en cuanto a cantidad y frecuencia, rebasa los límites socialmente aceptados. Estas personas aunque no se consideran alcohólicos porque no han desarrollado dependencia física, generan problemas familiares, laborales y sociales. El Alcohólico: Es una persona que ha desarrollado dependencia psíquica y física al alcohol, siendo ésta última característica lo que diferencia del bebedor excesivo

La CIE-10 considera las siguientes entidades para clasificar a los distintos tipos de bebedores: Consumo peligroso, consumo dañino y Síndrome de dependencia al alcohol (17).

En la actualidad, el consumo anual de alcohol (alcohol puro) en Estados Unidos es de más de tres litros y medio por persona mayor de 14 años de edad. Esta cifra se basa en datos fiscales: Las ventas no fiscalizadas, no están incluidas en esta cifra, con lo que puede subestimar considerablemente el consumo per cápita (18).

Estudios a escala nacional de las prácticas de bebidas revelan que en Norteamérica, cerca del 70% de los adultos beben ocasionalmente alcohol y que el 12% son bebedores masivos. Un bebedor masivo se define como aquella persona que bebe casi al día y se intoxica varias veces al mes.

La bebida moderada se define por algunos autores como la ingesta que no supera los 0.8g/Kg de etanol por día, hasta un límite de 80 gr. o una media de 0.7 g/kg por tres días sucesivos. Por lo general, los bebedores tienden a ser jóvenes, relativamente prósperos y con buena formación (10,18).

Es mayor el número de bebedores masivos del sexo masculino que femenino: 20% de los hombres y 8% de las mujeres. Los bebedores masivos proceden con más frecuencia de las clases inferiores y tiene menos formación que los bebedores moderados. Las pautas de bebidas parecen ser muy mutables.

Es común que algunos individuos sean consumidores masivos durante largos periodos y luego se vuelvan bebedores moderados o abstemios (18,10).

Las pautas de bebida varían con la edad y el sexo. Tanto en hombres como en mujeres, la prevalencia de bebida es máxima y la abstención mínima, entre los 21 y 34 años. Los varones jóvenes de raza blanca beben más que cualquier otro grupo en Estados Unidos de Norteamérica; para los individuos mayores de 65 años, los abstemios superan a los bebedores en ambos sexos y solo 7% de los hombres y el 2% de las mujeres de esta edad son considerados bebedores masivos. La mayor parte del alcohol consumido por un pequeño porcentaje de personas. Mientras que 70% de la población bebedora consume solo 20% del consumo total de alcohol, 30% de los bebedores consumen 80% del alcohol y 10% consumen el 50%.

En México, los datos obtenidos a través de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993, señalan que 77% de los hombres beben alcohol, mientras que de las mujeres 57.5% lo hace (13).

Los episodios de embriaguez son comunes, cerca de 25% de los bebedores los presentan, dando lugar a que nuestro país cuente con un gran número de problemas relacionados. De los varones bebedores, alrededor de 40% tiene problemas por el alcohol y de las mujeres el 5%.

La frecuencia total de dependientes en México hasta 1993 fue de 9.4%. De ellos, la prevalencia de dependencia masculina fue de 19% y de 1.2% la femenina (13).

En este mismo año, más de 40% de los bebedores ingirieron cinco copas o más por ocasión y tuvieron uno o más problemas derivados del consumo excesivo de alcohol, entre los que incluyen: Problemas con la familia, problemas con la policía, problemas de salud y de trabajo y Accidentes y muertes violentas.

El Trastorno de Conducta según el DSM-IV y la CIE-10, es una alteración de la conducta de inicio temprano (generalmente antes de los 7 años) caracterizado por desatención, hiperactividad, impulsividad, arrebatos emocionales, comportamiento agresivo, conducta desafiante, deterioro de la actividad social, académica y laboral (3,17)

Los criterios diagnósticos para el Trastorno de Conducta incluyen:

- 1) Rabietas frecuentes y graves para edad y desarrollo.
- 2) Discusión frecuente con los adultos.
- 3) Enfados frecuentes.
- 4) Guarda rencor, es vengativo.
- 5) Miente frecuentemente.
- 6) Inicia peleas físicas
- 7) Crueldad física con otras personas.
- 8) Crueldad con los animales.
- 9) Provoca incendios deliberadamente.
- 10) Destrucción de objetos ajenos.
- 11) Ausencia escolar.
- 12) Robo de objetos.
- 13) Intimidación a otros niños provocando dolor.
- 14) Irritabilidad.
- 15) Impulsividad.
- 16) Disminución del rendimiento escolar.

Para hacer el diagnóstico de Trastorno de Conducta, se requiere que se cumplan por lo menos 6 criterios de la entrevista clínica de la CIE-10, y la duración descrita del comportamiento sea de 6 meses o más.

En los años sesentas, aparece en los textos de psiquiatría el término Trastorno de Conducta, definiéndolo como una alteración en la conducta, con dificultades para establecer relaciones interpersonales, problemas en el aprendizaje, agresividad, impulsividad, etc., siendo los maestros los que identificaban al niño con trastorno de conducta al ingresar a la escuela ya que los padres tomaban la conducta como "normal".

Caraveo y col. , En 1995, realizaron un estudio sobre el consumo de alcohol en adultos como un factor de riesgo asociado con trastornos psíquicos en los niños y encontraron un 10.3% más de probabilidades de presentar algún trastorno psíquico en los hogares de los niños donde hay un adulto con dependencia al alcohol, lo cual fue corroborado por los mismos investigadores, con los resultados obtenidos de otro estudio realizado por el ISSSTE, con respecto a la presencia de una alteración de la conducta o del desarrollo en los menores expuestos (7). Se observó principalmente una fuerte asociación entre el consumo elevado de alcohol y la frecuencia de la embriaguez, (en forma semanal o diaria), la cual se reportó casi exclusiva de los hombres, con una prevalencia diferencial del 35% (7).

En otro estudio en población general. Al comparar los reportes de padres con hijos con Trastorno de Conducta y problemas con el consumo de alcohol no se observó diferencia significativa con los reportes de padres con hijos con trastorno de conducta pero sin problemas con el consumo de alcohol. Sin embargo, si hubo diferencia significativa en el reporte de los maestros a quienes se les aplicó la encuesta, los cuales educaban a los niños con el trastorno de conducta (11).

Otro grupo de investigadores (25), de la Universidad de Washintong, en 1993, investigaron sobre la psicopatología en niños de padres alcohólicos, en dicho reporte utilizaron entrevistas estructuradas en padres alcohólicos y controles, obteniendo resultados en los cuales, los niños de padres alcohólicos mostraron rangos elevados de trastorno de oposición y de conducta, pero no de trastorno por déficit de atención. Estos niños también mostraron incremento en la incidencia de uso de alcohol y otras sustancias pero no abuso o dependencia como lo definió el DSM-III. Dichos datos indicaron que los niños de padres alcohólicos mostraron niveles elevados de psicopatología, lo cual puede ser un riesgo específico para los trastornos de conducta y oposicionista, pero no para depresión (25)

En otra investigación publicada en 1993, se hizo un estudio epidemiológico sobre los trastornos psiquiátricos en adultos que fueron hijos de alcohólicos y se encontró que en su infancia presentaron niveles medios de trastorno de conducta y conducta antisocial (20).

El mismo equipo, realizó otro estudio a través de la Encuesta Nacional de Salud Mental, la cual es una submuestra de población de la Encuesta Nacional de Adicciones, sobre el factor de riesgo en la salud mental de los niños con padres deprimidos, encontrando que hay una asociación significativa con la presencia y severidad de sintomatología psíquica en los niños. Aunque es una investigación enfocada a patología depresiva, si se encuentra una asociación, lo cual nos informa de la posibilidad de asociación de consumo de alcohol en el familiar de primer grado y los niños con el trastorno de conducta (8,9).

Por otro lado, Wiers y col. , En 1994, realizaron un proyecto de investigación dirigido a los mecanismos psicopatológicos de riesgo que se encuentran en niños con adicciones posteriores y padres alcohólicos, y la relación que pueda existir con la psicopatología en dichos niños. Los niños podrían sufrir una disfunción leve de la corteza prefrontal, lo cual se expresó en sintomatología neuropsicológica y de personalidad similares a los de los padres alcohólicos, éstos son: impulsividad, agresividad, perseverancia y en algunos niños, psicopatología relacionada, como los trastornos de conducta (34).

Stenhausen, de la Universidad de Zurich, en 1995, realizó una revisión de niños de familiares alcohólicos encontrando que, dichos niños son más propensos a alteraciones genéticas, ambientales y teratogénicas (33). En el área psicopatológica se describió la relación especial de los trastornos de conducta, abuso de sustancias, ansiedad, depresión y problemas somáticos en los hijos de los alcohólicos (33).

Hill y col. , En 1996, en un estudio sobre psicopatología infantil de familias de mujeres alcohólicas, encontraron que los niños con mayor riesgo de psicopatología manifestaron más diagnósticos psiquiátricos de cualquier tipo y significativamente más problemas internalizados que los casos control. Se observó que aumentaba el riesgo en los niños que vivían con la madre biológica y la custodia paterna (biológico, temporal o adoptivo) cuando eran alcohólicos. Esta relación se exacerbó en los niños que tenían alrededor de 13 años concluyendo que la transmisión vertical del alcoholismo materno es manifestado en infantes y adolescentes por la presencia de un incremento de psicopatología (31).

Steiner y col. , Realizaron una revisión literal desde un punto de vista evolutivo, epidemiológico y criminológico, con el fin de encontrar parámetros prácticos para la valoración y manejo de niños y adolescentes con trastorno de conducta, en el cual los parámetros prácticos se dirigen al diagnóstico, tratamiento y prevención del trastorno de conducta en niños y adolescentes, revisando cada uno de los trastornos como la conducta desafiante y oposicionista, trastorno de personalidad disocial, lo cual tiene un significado pronóstico, encontrando finalmente que el tratamiento temprano y la prevención, son más efectivos que la intervención tardía (32).

## JUSTIFICACIÓN.

El Trastorno de Conducta en los niños, es un padecimiento relativamente frecuente ya que es reportado como un 40% de las patologías psiquiátricas infantiles (16). Se ha observado empíricamente que en las familias donde hay consumo de alcohol, por parte de padres o hermanos (familiares de primer grado), es más evidente.

Es importante evaluar la presencia del alcoholismo en las familias que tiene niños con Trastorno de Conducta y poder evaluar la frecuencia de dicha asociación, para en un futuro marcar pautas y estrategias preventivas y de rehabilitación para el manejo del Trastorno de Conducta.

De acuerdo a diferentes estudios realizados en México y otras partes del mundo, se observa que el Trastorno de Conducta asociado al consumo de alcohol en familiares, tiene una gran frecuencia lo que va encaminado a un círculo en el cual se encuentra el niño con el Trastorno, la familia de primer grado y el consumo de alcohol en alguno de ellos, lo que trae consigo mayores dificultades en el manejo adecuado del problema (7,9,20,25,26)

El presente estudio fue encaminado a investigar en el campo del trastorno de conducta asociado a otra patología familiar, en este caso el consumo de alcohol en familiares de primer grado, tratando de describir la frecuencia de la asociación, edades de presentación de ambas patologías, nivel de educación de los consumidores de alcohol, empleo actual, etc , que serían datos sociodemográficos de gran utilidad, para conocer la situación familiar del niño con Trastorno de Conducta y del familiar que consume alcohol.

Del total de niños que acuden por primera vez al Hospital Psiquiátrico de Campeche, un 40% aproximadamente, corresponde a problemas en la conducta; lo que justifica el mejor conocimiento de esta área para poder contribuir a mejorar la calidad de atención de este tipo de población con programas de prevención primaria y líneas de investigación para el mejoramiento de las alternativas farmacológicas y psicoterapéuticas.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la frecuencia del consumo perjudicial de alcohol en los familiares de primer grado de niños con trastorno de conducta?.

## HIPÓTESIS.

En relación a datos previos en otros estudios y en la gran incidencia de consumo de alcohol, se esperan encontrar resultados elevados para la asociación entre consumo de alcohol y trastorno de conducta.

## METODOLOGÍA.

Objetivo General: Evaluar la frecuencia con que aparece el consumo perjudicial de alcohol en los familiares de primer grado de niños con Trastorno de Conducta.

Tipo de estudio: De escrutinio, transversal, observacional y descriptivo.

Universo: Pacientes del servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico de Campeche.

Muestra: 60 niños entre 6 y 12 años que cumplieron los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:
- a) Pacientes con edad escolar (6 a 12 años).
  - b) Pacientes con diagnóstico de Trastorno de Conducta (CIE-10).
  - c) Aceptación por parte del familiar para la aplicación del Cuestionario AUDIT.

- Criterios de Exclusión:
- a) Pacientes con diagnósticos agregados (padecimientos Psiquiátricos asociados en niños).
  - b) Pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión.

## INSTRUMENTOS:

1. - Entrevista clínica con criterios de la CIE-10, para diagnóstico de Trastorno de Conducta.
2. - Cuestionario AUDIT para identificación del consumo perjudicial de alcohol.
3. - Cuestionario socio demográfico.

## DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

La entrevista clínica utilizada en el presente estudio, fue realizada tomando criterios clínicos de la CIE-10 de investigación. La entrevista consta de 20 reactivos que corresponden a cada uno de los criterios de la CIE-10 y que se califican con un punto cada uno. La calificación mayor de 6 en los reactivos es diagnóstico de Trastorno de conducta.

AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test). Este instrumento fue desarrollado por la OMS en 1982, como parte de un estudio transcultural en el que participaron 6 países tanto desarrollados como en vías de desarrollo, entre ellos México. El propósito de dicho estudio fue desarrollar un instrumento sencillo de tamizaje que identificara a personas con problemas incipientes de alcohol y que pudiera ser aplicado por trabajadores de la salud de diversos países (4,5).

En la elaboración del instrumento se seleccionaron preguntas que pudieran distinguir a los bebedores leves de aquellos que presentan un consumo peligroso de alcohol. A diferencia de otros instrumentos, este se abocó a la identificación temprana de bebedores peligrosos más que a la detección de alcohólicos, no obstante que también puede identificar a estos últimos con un alto grado de precisión.

El AUDIT es un cuestionario de 10 preguntas, dentro de las cuales, las primeras investigan la cantidad y frecuencia con que se bebe alcohol, las siguientes 3 (de la 4 a la 6) detectan la presencia de un síndrome de dependencia al alcohol y las restantes 4 (de la 7 a la 10) investigan acerca de los problemas causados por el alcohol, incluyendo reacciones psicológicas adversas. Estos tres grupos de preguntas categorizan al consumo peligroso de alcohol, al síndrome de dependencia al alcohol y al consumo dañino de alcohol, respectivamente.

Para calificar e interpretar el AUDIT, cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta que se cuantifican de 0 a 4 puntos. Así, en base al estudio de validación, un puntaje de 5 o más califica un caso positivo. En general, la obtención de puntajes altos (8 o más) en ausencia de puntajes elevados en las preguntas restantes, sugiere un consumo peligroso de alcohol.

Los puntajes altos en las preguntas 4 a 6 implican la presencia o el surgimiento de un síndrome de dependencia al alcohol y los puntajes elevados en las últimas 4 preguntas, sugiere un consumo dañino de alcohol (4).

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

### Variables Independientes.

1. - Consumo perjudicial de alcohol: Ingestión de bebidas alcohólicas, por personas adultas (mayores de 18 años) que se calificó como caso cuando el puntaje en el AUDIT fue mayor de 5.

2. - Trastorno de Conducta: Alteraciones en la conducta observada en escolares (principalmente), caracterizado por desatención, problemas de aprendizaje, hiperactividad, impulsividad, conducta desafiante u opositorista, deterioro en la actividad social, académica y laboral; se califica como caso cuando se obtenga un puntaje mayor de 6 en la entrevista semiestructurada (CIE-10).

## PROCEDIMIENTO.

Se realizó un estudio de escrutinio, transversal observacional, tomando como muestra de estudio un grupo de 60 niños en edad escolar, entre los que acudieron por primera vez a la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico de Campeche en el período comprendido del segundo semestre de 1999, estos niños fueron seleccionados de un total de 84, siendo eliminados 24 por no cumplir con criterios para el diagnóstico de Trastorno de Conducta.

Previo consentimiento informado por parte del familiar y el paciente, se aplicaron los cuestionarios al niño y los familiares, de los cuales 60 niños cumplieron con los criterios y 240 familiares de primer grado fueron entrevistados, 82 menores de 17 años, refirieron no consumir alcohol, por lo que solo se les aplicó el cuestionario sociodemográfico.

El diagnóstico de Trastorno de Conducta se realizó utilizando la entrevista clínica con criterios de la CIE-10, además se aplicó el cuestionario AUDIT a los familiares de primer grado (padres y/o hermanos) con consumo de alcohol, el mismo día de la entrevista al niño y en los casos en que no se encontró al familiar presente, se le citó posteriormente para la aplicación del mismo. Además se realizó un cuestionario socio demográfico de los familiares. Se tomaron los datos de los familiares por grupo (padre, madre, hermano, hermana, en grupos de 60 cada uno) donde se evaluó edad, grado escolar, estado civil, ocupación y consumo de alcohol.

La información obtenida fue vaciada en el programa computacional Excell, posteriormente, utilizando una base de datos Dbase, se procedió a realizar el análisis estadístico, obteniendo medias y promedios de cada una de las variables para hacer su distribución por frecuencia, media, desviación estándar, plasmando los resultados en tablas, cuadros e histogramas

## RESULTADOS

Se entrevistaron a un total de 84 niños en un período de seis meses (último semestre de 1999) detectándose 60 casos con Trastorno de Conducta, según entrevista clínica con criterios de la CIE-10.

El rango de edad fue de 6 a 12 años con una media de 8.68 (ds +- 2.06, gl=59, p=0.00000) de los cuales 72% eran del sexo masculino y 28% eran del sexo femenino (ver Tabla 1).

La escolaridad se cuantificó por años cursados y se encontró que el mayor número de casos tenía menos de 2 años de escolaridad (25% cursaba el segundo grado y 23% el primero), con una media de 3.2 años (ds +- 2.067, gl=59, p=0.00000), (ver Tabla 2).

En puntaje con mayor frecuencia obtenido en la entrevista clínica, correspondió a 8 (12 pacientes, 20%), (ver Tabla 3).

Del número de casos con Trastorno de Conducta, 47 niños tuvieron por lo menos, un familiar con problemas de alcoholismo (AUDIT >5 reactivos).

Se entrevistaron a 240 familiares de primer grado de los cuales 50% fueron del sexo masculino y 50% del sexo femenino, de los cuales correspondieron 4 familiares por cada caso (padre, madre, hermano y hermana); en cuanto a consumo de alcohol fueron 69 familiares los que aceptaron tenerlo, clasificados por grupo familiar: padres 62.4% (43), madres 24.6% (17), hermanos 10.2% (7) y hermanas 2.8% (2), (ver Tabla 4).

El consumo de alcohol por sexo fue: 27.4% sexo femenino y 72.6% sexo masculino. El punto de corte del AUDIT fue de 5 puntos, obteniendo más de 5 puntos 70.51% de los familiares que aceptaron consumir alcohol y menos de 5 puntos 29.49% de los familiares del mismo grupo que aceptó no hacerlo.

Respecto al consumo de alcohol, el 87.32% correspondió a los padres (padre y madre) y el 12.68% a los hermanos (hermano y hermana).

El consumo por parte del padre y la madre fue de 70.96% y 29.04% respectivamente.

La edad de los padres tuvo un rango de 25 a 65 años, con una media de 36.9 (ds +- 7.997, gl=59, p=0.00000), madres de 25 a 50 años, con una media de 35.2 (ds +- 6.485, gl=59, p=0.00000), hermanos de 8 a 28 años, con una media de 16.6 (ds +- 4.801, gl=59, p=0.00000), hermana 6 a 28 años, con una media de 15.2 (ds +- 5.026, gl=59, p=0.00000).

En cuanto a grado escolar, el mayor porcentaje de los padres cursó la secundaria (33.3%), las madres obtuvieron un mayor porcentaje tanto en primaria y secundaria (36.7% en cada uno), los hermanos cursaron la secundaria en un mayor porcentaje (41.7%) y las hermanas la primaria (43.3%).

El estado civil de los padres fue de la siguiente manera: 42 eran casados (70%), 16 vivían en unión libre (26.7%) y 2 eran divorciados (3.3%) (ver Tabla 5).

La ocupación que tuvieron los familiares fue de la siguiente manera: 16 eran empelados (26.7%) del total de los padres, 34 eran amas de casa (56.7%) del total de las madres, 28 eran estudiantes (46.7%) del total de hermanos y 34 eran estudiantes (56.7%) del total de hermanas (ver tabla 6).

## CONCLUSION Y DISCUSIÓN.

Como se ha reportado en estudios previos (7,9,20,23,25) citados en los antecedentes del presente trabajo, la prevalencia de alcoholismo, reportada en la población estudiada en ésta investigación es muy alta y es posible que esté relacionado con la aparición de problemas psíquicos en los niños, lo que nos proporciona una fuerte asociación entre estos padecimientos.

En los estudios europeos y estadounidenses (25,26,31,32,34) fue observada esta fuerte asociación, inclusive encontrándolos propensos a otras patologías, como ansiedad, depresión y abuso de sustancias. También se detectó por estudios de imagen, alteraciones en la corteza prefrontal, manifestados por la conducta propia del padecimiento: impulsividad, agresividad, perseverancia, etc.

En un estudio específico (25) se observó que los niños de padres alcohólicos mostraron niveles elevados de psicopatología, lo que puede ser un riesgo específico de los trastornos de conducta, lo cual coincide con los resultados obtenidos en la presente investigación, pues los padres con mayor consumo de alcohol, tienen hijos con trastorno de conducta, lo cual no quiere decir que sea la regla.

Estos resultados constituyen las bases para continuar la investigación sobre el alcoholismo familiar y el trastorno de conducta, con un estudio comparativo de niños con trastorno de conducta y familiares sin consumo de alcohol.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. Amark C: Study in alcoholism: clinical, social, psychiatric and genetic investigations. *Acta Psychiatrica Scandinavica (sup)* Vol. 70, p 1, 1995.
2. American Medical Association. Manual of alcoholism. P 34-64, 1977.
3. American Psychiatric Association. DSM-IV, 4ta edition, Washington DC: American Psychiatric Association. P 39-99, 1995.
4. Babor T: F: Grant M. From clinical research to secondary prevention: International Collaboration in the Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): *Alcohol, Health and Research World*. No. 13, p 371-374, 1989.
5. Babor T:F: y cols. Program on substance abuse: project on identification and management of alcohol-related problems. Report on Phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary care. Geneva: WHO, p 1-30, 1992.
6. Calderón N: G: Consideraciones acerca del alcoholismo entre los pueblos pre hispánicos de México. *Psiquiatría*, Vol. 10, No. 2, may-ago, 1994.
7. Caraveo A: J: El consumo de alcohol en adultos como factor de riesgo asociado con trastornos psíquicos en los niños. *Salud Mental*, Vol. 18, No. 2, p 18-24, 1995.
8. Caraveo A: J: La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. *Salud Mental*, Vol. 17, No. 2, p 56-60, 1994.
9. Caraveo A.J. y cols. Trastornos psiquiátricos en niños de la república mexicana. Resultados de una encuesta de hogares. *Anales, Instituto Mexicano de Psiquiatría* Vol. 3, p 56-62, 1992.
10. Casco F: M: El alcoholismo en la mujer: la explicación que ellas mismas dan. *Salud Mental*, Vol. 16, No. 1 p 24-29, 1993.
11. Conolly G: M: y cols. The effect of parents alcohol-problems on children's behavior as reported by parents and teachers. *Addiction* Vo. 88, p 138-139 supp., 1993.
12. De la Fuente R. Semblanza de la salud mental en México. *Salud Pública Méx.* Vo. 30, p 861-871, 1998.
13. Díaz Martínez R. L. Y cols. Alcoholismo y fármacodependencia. Programa de Actualización continua en Psiquiatría. *Asociación Psiquiátrica Mexicana*, Vol. 1, No. 2, p 7-13, primera Edición, 1998.

14. Godwin D: W: Alcoholism: The facts. Oxford University Press, New York, p 25-32, 1981.
15. Guimaraes B: G: Epidemiología del uso y consumo de bebidas alcohólicas delimitación y objetivos. Salud Mental, Vol. 12, No. 2, p 13-18, 1989.
16. J de Ajuriaguerra. Manual de Psiquiatría Infantil. 4ta. Edición, p 789-794, 900-904, 1977.
17. J.J. López Ibor, Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10, 10ª. Revisión. OMS, p 321-332, 1992.
18. Kaplan Y. H. Tratado de Psiquiatría. Editorial Médica Panamericana, p 1007-1017, 1993.
19. Keller M. Centro de estudios sobre el alcohol de la Universidad de Rutgers, Alcoholismo, No. 3, p 26-29, 1958.
20. Mathew J.R. Psychiatric disorders in adult children of alcoholics: data from the epidemiologic catchment area project. American Journal of Psychiatry, Vol. 150, No. 5, p 793-800, 1993.
21. Medina-Mora M.E. Patterns of alcohol use in Mexican urban population: result from a national survey. Paper presented at the 17<sup>th</sup> annual epidemiology symposium. Sigtuna,, Swedeb, p 10-14, 1991.
22. Medina-Mora M.E. El consumo de bebidas alcohólicas y variables asociadas entre los estudiantes de México. Salud Mental, Vol. 18, No. 3, p 22-27, 1995.
23. Mc Donald D. I. y cols. Children of alcoholics. Program Behavior Modification. Vol. 29, p 121-142, 1994.
24. Narro J. Algunos aspectos epidemiológicos del alcoholismo en México. Revista de la Facultad de Medicina, UNAM Vol. 35, No. 2, p 52-57, 1992.
25. Reich M. Psychopathology in children of alcoholics. Division of Child Psychiatry, - Washington University, Journal American Academy Children and Adolescence Psychiatry, Vol. 32, NO. 5, 1993.
26. Rusell M. y cols. Children of alcoholics: A review of the literature. New York, Children of alcoholics Foundation, p 134-142, 1985.
27. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones: Alcohol, México. Dirección General de Epidemiología, 1993.

28. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud. Dirección General de Epidemiología. México. 1988.
29. Secretaría de Salud. Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. CONADIC, P 39-41, 1992-L994.
30. Secretary of health and human services. Seventh Special Report to the US Congress on Alcohol and Health. US Department of health and human services. 1990.
31. Shirley Y. Childhood psychopathology in children from families of alcoholic female probands. *Journal American Academy Children and Adolescence Psychiatry*, Vol. 35, p 725-733, 1996.
32. Steiner H. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal American Academy Children Adolescence Psychiatry*, Vol. 36, No. 10 supp, p 122-139, 1997.
33. Steinhausen M. Children of alcoholic parents. A review. *Department of Children and Adolescence Psychiatry, University of Zurich, European Children Adolescence Psychiatry*, Vol. 4, No 3, p 143-152, 1995.
34. Stratton C.W. Strategies for helping parent of children with conduct disorders
  - a. *Program of Behaviour Modification*, Vol. 29, p 121-142, 1994.
35. Wiers R. Psychological mechanisms of enhanced risk of addiction in children of alcoholic: a dual pathway? *Department of Children and Adolescence Psychiatry, University of Amsterdam/Amsterdam Institute for addiction. Research. The Netherlands. Acta Pediátrica suplemento*, Vol. 404, p 9-13, 1994.
36. World Health Organization. *Official Records, (WHO) No. 226, p 48, (resolution WHO 28.81) 1975.*

Entrevista Clínica con criterios de la CIE-10 para diagnosticar Trastorno de Conducta.

Nombre:

Edad:

Sexo:

Grado escolar:

1. ¿Hace rabietas excepcionalmente frecuentes y graves para su edad y desarrollo?  
Si \_\_\_ No \_\_\_
2. ¿Discute frecuentemente con los adultos? Si \_\_\_ No \_\_\_
3. ¿A menudo está enfadado o resentido? Si \_\_\_ No \_\_\_
4. ¿Es rencoroso y vengativo? Si \_\_\_ No \_\_\_
5. ¿A menudo hace cosas para molestar a otras personas? Si \_\_\_ No \_\_\_
6. ¿Miente con frecuencia y rompe con promesas hechas? Si \_\_\_ No \_\_\_
7. ¿Inicia con frecuencia peleas físicas? Si \_\_\_ No \_\_\_
8. ¿A usado en alguna ocasión alguna arma u objeto que pueda causar daño físico a otros? Si \_\_\_ No \_\_\_
9. ¿Es cruel físicamente con otras personas? Si \_\_\_ No \_\_\_
10. ¿Es cruel con los animales? Si \_\_\_ No \_\_\_
11. ¿A provocado incendios deliberadamente? Si \_\_\_ No \_\_\_
12. ¿Destruye deliberadamente objetos ajenos? Si \_\_\_ No \_\_\_
13. ¿A robado objetos de un valor significativo sin enfrentarse a la víctima? Si \_\_\_  
No \_\_\_
14. ¿Se ausenta de la escuela, empezando antes de los 13 años? Si \_\_\_ No \_\_\_
15. ¿A forzado a otra persona a tener actividad sexual? Si \_\_\_ No \_\_\_
16. ¿Provoca intimidación frecuente a otros? Si \_\_\_ No \_\_\_
17. ¿A que edad empezó a tener esta conducta? Si \_\_\_ No \_\_\_
18. ¿Se irrita con facilidad? Si \_\_\_ No \_\_\_
19. ¿Actúa en forma impulsiva? Si \_\_\_ No \_\_\_
20. ¿A disminuido su rendimiento escolar en los últimos 6 meses? Si \_\_\_ No \_\_\_

CUESTIONARIO AUDIT PARA DETECCIÓN TEMPRANA DE CONSUMO DE ALCOHOL.

Edad:      Sexo:      Grado Escolar:      Estado civil:      Ocupación actual:

Cruce con una (x) el paréntesis correspondiente a la veracidad.

1.- ¿Qué tan frecuentemente ingiere bebidas alcohólicas?

- 0=nunca
- 1=una vez al mes o menos
- 2=dos o cuatro veces al mes
- 3=dos o tres veces por semana
- 4=cuatro o más veces por semana

2.- ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe?

- 0=1 o 2
- 1=3 o 4
- 2=5 o 6
- 3=7 o 9
- 4=10 o más

3.-¿Qué tan frecuente toma 6 o más copas en la misma ocasión?

- 0=nunca
- 1=menos de una vez al mes
- 2=mensualmente
- 3=semanalmente
- 4=diario o casi diario

4.-¿Durante el último año le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?

- 0=nunca
- 1=menos de una vez al mes
- 2=mensualmente
- 3=semanalmente
- 4=diario o casi diario

5.-Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?.

- 0=nunca
- 1=menos de una vez al mes
- 2=mensualmente
- 3=semanalmente
- 4=diario o casi diario

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

6.- Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?

- 0=nunca
- 1=menos de una vez al mes
- 2=mensualmente
- 3=semanalmente
- 4=diario o casi diario

7.- Durante el último año, ¿Qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?

- 0=nunca
- 1=menos de una vez al mes
- 2=mensualmente
- 3=semanalmente
- 4=diario o casi diario

8.-Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?

- 0=nunca
- 1=menos de una vez al mes
- 2=mensualmente
- 3=semanalmente
- 4=diario o casi diario

9.- ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingestión de alcohol?

- 0=no
- 2=si, pero no en el último año
- 4=si, en el último año

10.- ¿algún familiar o Doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le han sugerido que la disminuya?

- 0=no
- 2=si, pero no en el último año
- 4=si, en el último año

Tabla 1. Distribución de pacientes con trastorno de conducta por edad y sexo

EDAD*	SEXO			
	Masculino		Femenino	
	Fc	(%)	Fc	(%)
6	7	16.3	4	23.6
7	8	18.6	2	11.8
8	9	20.9	1	5.8
9	7	16.3	1	5.8
10	3	6.9	4	23.6
11	4	9.4	1	5.8
12	5	11.6	4	23.6

Fc = Frecuencia

• = expresada en años cumplidos

% = porcentaje

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 2. Distribución de pacientes con trastorno de conducta por escolaridad y sexo.

ESCOLARIDAD*	SEXO			
	MASCULINO		FEMENINO	
	Fc	(%)	Fc	(%)
1	10	23.3	4	23.6
2	12	27.9	3	17.7
3	5	11.6	1	5.7
4	6	13.9	3	17.7
5	4	9.4	2	11.7
6	1	2.3	0	0
7	5	11.6	4	23.6

Fc = Frecuencia

\* = años cursados

% = porcentaje

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 3. Distribución de pacientes con trastorno de conducta en base al puntaje obtenido en la entrevista clínica con criterios de la CIE-10.

<b>Calif. de la entrevista</b>	<b>Fc</b>	<b>(%)</b>
6	6	10.0
7	2	3.3
8	12	20.0
9	11	18.3
10	8	13.3
11	9	15.0
12	4	6.7
13	3	5.0
14	1	1.7
15	1	1.7
16	3	5.0

Fc = Frecuencia

% = Porcentaje

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 4. Consumo de alcohol en padres de niños con trastorno de conducta.

CONSUMO	PADRE		MADRE	
	Fc	(%)	Fc	(%)
SI	43	71.7	17	28.3
NO	17	28.3	43	71.7

Fc = Frecuencia  
% = Porcentaje

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 5. Grado escolar de los padres de los niños con trastorno de conducta.

<b>Grado escolar</b>	<b>Padre</b>		<b>Madre</b>	
	Fc	%	Fc	%
<b>Primaria</b>	16	26.7	22	36.7
<b>Secundaria</b>	20	33.3	22	36.7
<b>Bachillerato</b>	13	21.7	5	8.3
<b>Técnica</b>	1	1.7	8	13.3
<b>Profesional</b>	7	11.7	3	5.0
<b>Analfabeta</b>	3	6.0	0	0

Fc = Frecuencia

% = porcentaje

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 6. Ocupación de los padres de los niños con trastorno de conducta.

<b>Ocupación</b>	<b>Padre</b>		<b>Madre</b>	
	<b>Fc</b>	<b>%</b>	<b>Fc</b>	<b>%</b>
<b>Profesional</b>	5	8.3	3	5.0
<b>Técnico</b>	4	6.7	1	1.7
<b>Chofer</b>	3	5.0	0	0
<b>Ama de casa</b>	0	0	34	56.7
<b>Empleado</b>	16	26.0	10	16.7
<b>Comerciante</b>	9	15.0	10	16.7
<b>Obrero</b>	11	18.3	1	1.7
<b>Albañil</b>	7	11.7	0	0
<b>Desempleado</b>	5	8.3	1	1.7

Fc = Frecuencia  
% = porcentaje

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN