

Centro de ayuda al alcohólico y a su familia. Aspectos sociodemográficos y perfiles de la población consultante*

Dr. Federico G. Puente Silva**

T.S.P. Rosalba Tenorio***

Palabras Clave

Alcoholismo, aspectos sociodemográficos y perfiles, papel de la religión, familia y membresía a grupos.

Resumen

Se reportan los resultados obtenidos mediante la aplicación de diversos instrumentos a la población consultante del Centro (CAAF). Dichos resultados concuerdan con reportes previos tanto nacionales como internacionales. Se describe como hallazgo de importancia el hecho de que la población consultante esté casi totalmente constituida por individuos de sexo masculino en edad productiva. La población estudiada no presentó en forma relevante ciertas características de marginalidad (analfabetismo, primaria incompleta y desocupación). Como hallazgo de importancia se reporta el papel de la religión en el mantenimiento de la abstinencia. En el mismo sentido se menciona el importante papel que la familia y el grupo de Alcohólicos Anónimos pueden jugar en el tratamiento y la rehabilitación del paciente alcohólico.

Introducción

En el año de 1977, el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (ahora Instituto Mexicano de Psiquiatría) decidió establecer en el centro de la ciudad de México un "Centro de Ayuda al Alcohólico y a sus Familiares". Dentro de sus objetivos se encontraba el poder establecer los perfiles de aquellos grupos de la comunidad que presentaran problemas en relación a la ingestión excesiva de alcohol. Es importante mencionar que dentro de la zona de influencia del Centro, se encuentra el Barrio de Tepito, que se considera como un área con alta prevalencia de alcoholismo.

El establecimiento de este Centro (CAAF) se consideró como el mecanismo adecuado de inserción en la comunidad, ya que el contar con un Centro de asistencia para el alcohólico y sus familiares permitiría obtener información confiable tanto sociodemográfica como de otra índole, evitándose así la habitual suspicacia y resistencia del alcohólico hacia las encuestas.

El Centro se estableció en el primer piso de un mercado (Mercado Abelardo Rodríguez) ubicado en una zona altamente concurrida y de fácil acceso. Se inició con turno diurno (de 8:00 a 16:00 hrs.), de lunes a viernes, pero dos años más tarde y con base en los resultados obtenidos, se decidió abrir un turno vespertino con el objeto de poder atender a la población de alcohólicos que trabajaran por

Abstract

This is a report of the results obtained through the application of different instruments to the population who attend the Center of Assistance for the Alcoholic and its Family (CAAF). The results agree with previous national and international reports. One of the important findings is the fact that most of the attendants to the Center are men of working age. The studied population did not show important characteristics of marginality (analfabetism, incomplete elementary school, or unemployment). Another important finding is the role played by religion in avoiding alcohol intake. The family and Anonymous Alcoholics play an important role in the treatment and rehabilitation of the alcoholic patient.

la mañana. Las actividades se iniciaron con la participación de un equipo multidisciplinario constituido por un psiquiatra, un enfermero y tres trabajadoras sociales, además de una secretaria y un mozo. Al abrirse el turno vespertino se incluyó a un médico general, a un psicólogo y a una trabajadora social.

En el año de 1979 se consideró que el Centro llevaba operando suficiente tiempo como para que la población de las zonas periféricas ya lo consideraran como parte de los servicios de la zona. Fue entonces cuando se decidió iniciar una serie de encuestas.

La aplicación de los cuestionarios a los que se refiere la presente publicación se desarrolló durante el periodo del 1o de julio al 30 de noviembre de 1979. Durante este lapso asistió un total de 244 pacientes de primera consulta, alrededor del 59% del total de las personas atendidas ese año. Solamente se aplicaron los cuestionarios a 157 pacientes debido a que el estado de intoxicación de 34 de ellos no permitía interrogarlos. El motivo de consulta de los 53 pacientes restantes no correspondía a los servicios que ofrece el Centro, por lo que fueron canalizados a otras Instituciones, tales como hospitales de urgencia y psiquiátricos, centros de salud y bolsas de trabajo.

Resultados

De las 157 personas a las cuales se les aplicó el presente cuestionario, 150 pertenecían al sexo masculino y sólo 7 al femenino, es decir, 96% y 4% respectivamente (cuadro 1). Debido al reducido número de mujeres, y para fines estadísticos, se decidió excluirlas de las consideraciones epidemiológicas del presente trabajo. En relación a la edad de la población consultante (cuadro 2), se puede observar que el 50% contaba entre 20 y 39 años, y si agregamos el grupo de edad de 40 a 49 años, el porcentaje sube a 77.3%.

* En la presente investigación participaron también los Psiquiatras Enrique Martínez Cid y Leonardo González Navarro, y las Trabajadoras Sociales Elizabeth Colón Monsreal, Jacqueline Pérez Lázaro y Elba Sáenz Martínez.

** Jefe del Departamento de Investigaciones Clínicas. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

*** Investigador del Departamento de Investigaciones Clínicas. Instituto Mexicano de Psiquiatría

Cuadro 1.**Datos demográficos: Sexo**

Categorías	n 157	%
1. Hombres	96	
2. Mujeres	4	
Total	100	

Cuadro 2.**Datos demográficos: Edad**

Categorías	n 150	%
1. 20-29	18.7	
2. 30-39	31.3	
3. 40-49	27.3	
4. 50-59	16.0	
5. 60 o más	2.0	
6. Se ignora	4.7	
Total	100.0	

Por lo que se refiere al estado civil, el 51% correspondía a individuos casados o en unión libre; el resto eran solteros, separados, divorciados o viudos (cuadro 3). Con respecto a la religión (cuadro 4), se encontró que el 81% era católico, 10% era protestante o creyente sin pertenecer a ninguna denominación, 3% manifestaba alguna otra religión y por último el 6% dijo no tener ninguna.

Cuadro 3.**Datos demográficos: Estado Civil**

Categorías	n 150	%
1. Unión libre	11	
2. Casados	40	
3. Solteros	23	
4. Separados	21	
5. Divorciados	1	
6. Viudos	4	
Total	100	

$P > .80 < .70$

En el nivel de escolaridad se observó que sólo el 6% era analfabeta, el 36% no había terminado la primaria y el 58% tenía primaria terminada o más (cuadro 5). En cuanto a la ocupación de la población consultante, cerca de tres cuartas partes (74%) se dedicaban a un oficio (cuadro 6), el resto de las categorías correspondía a profesionistas, burócratas, empleados de la iniciativa privada, obreros y desempleados.

Cuadro 4.**Datos sociodemográficos: Religión**

Categorías	n 150	%
1. Católicos	81	
2. Creyentes	9	
3. Protestantes	1	
4. Ninguna	6	
5. Otra	3	
Total	100	

$P < .001$

Cuadro 5.**Escolaridad**

Categorías	n 150	%
1. Analfabeta*	6	
2. Prim. incompleta**	36	
3. Prim. completa	24	
4. Sec. incompleta	14	
5. Sec. completa	4	
6. Prep. incompleta	2	
7. Prep. completa	3	
8. Prof. incompleta	6	
9. Prof. completa	2	
10. Estudios comerciales, técnicos y otros	3	
Total	100	

* $P < .001$

** $P > .05 < .02$

Cuadro 6.**Ocupación**

Categorías	n 150	%
1. Prof. Universitario	1	
2. Burócrata	1	
3. Empleado	3	
4. Obrero	1	
5. Oficio mayor (dependiente)	15	
6. Oficio menor (independiente)*	11	
7. Oficio menor (dependiente)	25	
8. Oficio menor (independiente)	23	
9. Desempleados**	18	
10. Otros	2	
Total	100	

* $P < .001$

** $P < .001$

NOTA: Ver definiciones operacionales al final del artículo.

La tercera parte de los pacientes se enteró de los servicios del Centro (cuadro 7) por medio de Alcohólicos Anónimos. Cuando se combinó Alcohólicos Anónimos con amistades o amigos, se encontró que éstos constituían el 47% de las fuentes de información; el otro 53% se encontraba distribuido en otras seis fuentes. Se investigó si el paciente acudía al Centro solo o acompañado, y se encontró que el 49% de los pacientes asistía solo y el otro 51% se constituía en 7 categorías.

En relación a las expectativas del paciente con respecto a los servicios que el Centro le podía proporcionar, se encontró que un 86% buscaba atención médica y sólo un 14% solicitaba orientación respecto a problemas personales, familiares y laborales (cuadro 8). Por lo que se refiere a las expectativas del tratamiento, se encontró que el 65% asistía con la idea de recibir tratamiento antialcohólico "médico-físico" y sólo el 20% deseaba recibir tratamiento psiquiátrico, solo o en combinación con el tratamiento antialcohólico o médico; pero un 15% de los pacientes no sabía qué tipo de tratamiento recibiría (cuadro 9).

Cuadro 7.**Fuente de Información**

Categorías	n 150	%
1. Alcohólicos Anónimos	28	
2. A.A. y amigos *	3	
3. Amigo(s)	16	
4. Otro paciente	15	
5. Familiares	16	
6. Nadie (por sí mismo)	7	
7. El paciente leyó el rótulo	4	
8. Instituciones médicas	5	
9. Otros	6	
Total	100	

P < .001

*P < .50

Cuadro 8.**Expectativas del servicio**

Categorías	n 150	%
1. Atención médica	86	
2. Orientación en problemas personales, familiares y laborales	14	
Total	100	

P < .001

Cuadro 9.**Expectativas de tratamiento**

Categorías	n 150	%
1. Trat. antialcohólico	22	
2. Trat. médico-físico	17	
3. Trat. antialcohólico y médico-físico	26	
4. Trat. psiquiátrico	9	
5. Trat. médico y psiq.	8	
6. Trat. antialcohólico y psiquiátrico	3	
7. No sabe. Otro	15	
Total	100	

P < .001

Se encontró que el 80% de los pacientes vivía con algún familiar. Se averiguó que en el 90% de los casos, los familiares del paciente le habían sugerido que suprimiera la ingestión alcohólica, habiendo sido la madre y la pareja quienes más frecuentemente lo habían sugerido.

Se encontró que los lugares preferidos para ingerir alcohol eran, primero y en un 35%, los expendios de bebidas alcohólicas y en segundo lugar, en un 24%, la calle. El resto se distribuye en otras 6 categorías (cuadro 10). Las razones que los pacientes reportaron para ingerir bebidas alcohólicas en un lugar específico se clasificaron como sigue: un 21% debido a tener conocidos allí, y un 33% a que se sentía bien en ese lugar.

Por lo que se refiere a los motivos principales que según el paciente lo predisponían a tomar, se encontró que en un 36% eran los problemas emocionales; un 21% tomaba porque le gustaba y el grupo restante se distribuyó en 7 categorías (cuadro 11).

Cuadro 10.**Lugar de ingestión de alcohol**

Categorías	n 150	%
1. Casa (Casa de amigos)	11	
2. Vecindad	3	
3. Trabajo	6	
4. Expend. de bebidas alcohólicas	35 *	
5. Reuniones sociales, casa, vecindad y/o trabajo	3	
6. Todas las anteriores	13	
7. En la calle	24 **	
8. Otras	5	
Total	100	

P < .001 *P < .001 **P < .001

Cuadro 11.**Motivos principales para ingerir alcohol**

Categorías	n 150	%
1. Problemas emocionales	36	
2. Falta de dinero	2	
3. Le gusta beber	21	
4. Discusiones o riñas con su pareja e hijos	5	
5. Lo invitan	4	
6. Asiste a fiestas o reuniones	2	
7. Por necesidad	13	
8. Por costumbre	4	
9. No sabe	8	
10. Otras	5	
Total	100	

P < .001

Tras investigar si los pacientes ingerían alcohol solos o acompañados, se encontró que el 78% lo hacía acompañado; específicamente un 58% lo hacía con amigos o vecinos y solamente el 22% lo hacía solo (cuadro 12).

Cuadro 12.**Situación en la que ingieren bebidas alcohólicas más frecuentemente**

Categorías	n 150	%
1. Solos	22	
2. Con sus padres	2	
3. Con sus amigos o vecinos	58	
4. Con sus compañeros de trabajo	12	
5. Todos los anteriores	1	
6. Otros	3	
7. Conocidos	2	
Total	100	

P > .10 < .05

Se investigó qué tan frecuentemente se recurría al juramento religioso como medida de abstinencia, encontrándose que el 59% lo había practicado; de éstos, el 22% lo había realizado una vez, el 30%, de 2 a 5 veces y el 7%, más de 5 veces. Por lo que se refiere a la ruptura del juramento, se encontró que solamente el 11% lo había mantenido, el 23% lo había roto una vez, el 21%, de 2 a 5 veces y el 4%, más de 5 veces. Dentro de los motivos de ruptura

se encontró que el 13% lo había roto por sentirse físicamente mal, el 11%, por sentirse aislado de su grupo de amigos, el 7%, por problemas familiares, el 5%, por otros problemas emocionales y el 6%, por deseo o gusto de seguir tomando.

Se indagó si los pacientes eran miembros de algún grupo, encontrándose que sólo el 39% formaba parte de alguno. Alcohólicos Anónimos era el grupo al que pertenecían más pacientes, pues abarcaba un 83% de las personas que pertenecían a algún grupo.

Por último, se registró el grado en que la información obtenida era considerada confiable por parte del entrevistador, habiéndose encontrado que la información proporcionada por el 79% de los entrevistados se consideraba confiable.

Discusión

La discusión del presente trabajo se iniciará haciendo una serie de consideraciones sobre la distribución por sexo de la población que acude a consulta al Centro. Como ya se mencionó, ésta se encuentra constituida principalmente por el sexo masculino, ya que de las 157 personas entrevistadas, solamente 7, o sea el 4%, pertenecía al sexo femenino, lo cual concuerda con otros reportes nacionales (1, 2, 3). Tenemos ciertas reservas en cuanto a considerar que esto refleje la situación real, ya que en otros países existen reportes de que el alcoholismo no sólo se presenta entre las mujeres, sino de que además está aumentando entre ellas (4, 5). No cabe duda que el fenómeno tiene mayor prevalencia entre el sexo masculino que entre el sexo femenino pero no en las proporciones que se encontraron aquí. Este hallazgo nos plantea las siguientes preguntas: ¿A dónde acuden las pacientes alcohólicas de las zonas de influencia? ¿Acaso las características del Centro no favorecen la asistencia a consulta de la población femenina? Sería importante investigar si existen en esta comunidad otros servicios que le brinden a la paciente alcohólica la atención que requiere, por ejemplo, los dispensarios médicos, las iglesias, los grupos de alcohólicos anónimos, etc.

Por lo que se refiere a los hallazgos demográficos, entre ellos la edad de la población consultante, encontramos, como en otros estudios, que de la mayor parte de la población alcohólica consultante, el 77.3% cuenta entre 20 y 49 años de edad. Esta situación es de gran trascendencia porque vemos que el alcoholismo afecta a poblaciones en la edad más productiva, por lo que el alcoholismo y sus secuelas representan no sólo pérdidas personales sino también pérdidas sociales y económicas importantes. Cuando se compararon los grupos en edad productiva (20-49) contra grupos en edad menos productiva (50 o más), se encontró que la diferencia es estadísticamente significativa ($p \leq .001$).

En lo que se refiere al estado civil, se encontró que como se mencionó anteriormente, el 51%, o sea, 77 pacientes, estaba casado o vivía en unión libre y el resto, o sea, el 49%, era soltero, separado, divorciado o viudo. Este hallazgo concuerda con lo reportado en otros estudios nacionales y con lo que ocurre actualmente en países desarrollados, en donde las probabilidades de casarse de los alcohólicos son iguales a las de la población general (6). En lo que se refiere a la separación y al divorcio, estos factores se pueden presentar como una complicación del alcoholismo, aunque es difícil hacer tal aseveración entre la población aquí estudiada.

Con respecto a la religión de la población consultante, se encontró que 121 de ellos, es decir, el 81%, eran católi-

cos, circunstancia que fue estadísticamente significativa ($p \leq .001$) cuando fue comparada con otras religiones. Esta situación no debe menospreciarse, sino tomarse en cuenta, ya que como veremos posteriormente, el juramento religioso (a la Virgen y ante un sacerdote) constituyó un factor importante en el estudio.

Por lo que se refiere a la escolaridad, hubo dos hallazgos diferentes a los que esperábamos encontrar: primero, sólo 8 pacientes, o sea el 6%, eran analfabetas; y segundo, 54 pacientes, es decir, el 36%, no habían terminado la primaria. Se menciona que estos resultados son diferentes a los esperados porque se pensaba que de las 157 personas consultantes, la gran mayoría sería analfabeta o no habría terminado la primaria, dado que estas dos circunstancias constituyen algunos de los parámetros que se utilizan para definir el criterio de marginalidad. Estos hallazgos nos llevan al cuestionamiento sobre lo que ocurre en la población marginal del barrio de Tepito y alrededores. ¿No presentan problemas de alcoholismo? Y si los presentan ¿a dónde acuden, quién los ve? Este aspecto es de importancia, sobre todo si recordamos que la población marginada se halla en alto riesgo de desarrollar complicaciones tales como cirrosis hepática y mortalidad temprana.

Cuando se investigó la ocupación, se encontró que la gran mayoría (110 pacientes, o sea el 74%) realizaba algún oficio, ya fuera en forma dependiente o independiente, como asistentes o como personal calificado. Este hallazgo fue significativo a nivel estadístico ($p \leq .001$). Fue interesante constatar que casi ningún burócrata u obrero asiste al Centro. Otro de los hallazgos importantes fue que sólo 27 de las 150 personas, o sea el 18%, se encontraba sin empleo. Se esperaba encontrar un porcentaje mayor en esta última categoría, ya que éste es otro de los parámetros de la marginalidad.

Cuando se averiguó cómo se enteraba el paciente de la existencia del Centro, se encontró que las fuentes principales estaban constituidas por el grupo de Alcohólicos Anónimos y las amistades de los pacientes, hallazgo que fue significativo ($p \leq .001$) cuando se comparó con otras fuentes de información. Este hallazgo tiene trascendencia porque como se ha visto, el trabajo conjunto de los grupos para o no profesionales con los grupos profesionales, reditúa más en beneficio de los pacientes que el trabajo aislado de cada uno.

Se encontró que el 49% (73 pacientes) acudía solo a consulta y que el 51% restante se presentaba acompañado. Este aspecto es de interés porque cuando se compara la categoría de "acudir solo", *versus* cada una de las otras 7 categorías, la diferencia es estadísticamente significativa. Esta diferencia no se presenta cuando se compara la categoría "acude solo" con la categoría "acude acompañado".

Por lo que se refiere a las expectativas del paciente sobre qué tipo de atención podía recibir en el servicio, se encontró que la gran mayoría (129 pacientes, o sea el 86%) acudía con el fin de recibir atención médica, y esto es significativo ($p \leq .001$) cuando se compara con la otra categoría que se aplica al deseo de recibir orientación en problemas personales, familiares y laborales.

Cuando se especifica el tipo de tratamiento que el paciente esperaba recibir del Centro, encontramos que 97 pacientes, o sea el 65%, esperaban recibir tratamiento anti-alcohólico, tratamiento médico-físico o una combinación de ambos. Esto es significativo cuando se compara con otras categorías, incluyendo la de "tratamiento psiquiátrico" solo o combinado con "tratamiento médico-físico o anti-alcohólico". Estos hallazgos nos hacen considerar

dos alternativas: Una, que la población consultante considere su problema y al alcoholismo como una enfermedad principalmente física que requiere de un tratamiento físico, y la otra, que la población consultante asista simultáneamente a otras instituciones o grupos, por ejemplo, Alcohólicos Anónimos, en donde sienta que se manejan y reciben atención sus problemas psicológicos, y asista al Centro sólo por problemas de tipo físico. Parece ser que este último mecanismo es el que se presenta en la población aquí estudiada (7).

Los hallazgos sobre el tipo de convivencia de los pacientes nos indican que la gran mayoría (120 de ellos) o sea el 80%, vive con algún familiar. Esta situación es de gran interés porque nos muestra que el grado de alcoholismo de la población consultante no es disfuncional hasta el punto de que los pacientes se hallen separados de sus familiares y estén viviendo solos. Ahora bien, lo que nos tenemos que preguntar es: ¿A dónde asisten los alcohólicos disfuncionales que viven solos? Además, se encontró que en un 90% de los casos son los familiares los que le sugieren al paciente que deje de tomar, en especial, la pareja del paciente y su madre.

Se encontró que los expendios de bebidas alcohólicas y la calle, eran los dos lugares en donde el paciente ingería alcohol con más frecuencia. Cuando se comparó cada una de estas dos categorías con las 6 restantes, las diferencias fueron significativas ($p < .001$). Las dos razones que se argumentaron con más frecuencia para explicar por qué se elegía un lugar específico para ingerir bebidas, fueron que en ese lugar se sentían a gusto, o bien que ahí tenían conocidos. Estas dos situaciones sugieren la presencia de un mecanismo de reforzamiento positivo en el desarrollo y mantenimiento de la conducta alcohólica del paciente.

Se investigaron los motivos principales de la ingestión de alcohol, encontrándose que en 54 pacientes, o sea, en el 36%, los problemas emocionales eran considerados como la causa principal (cuadro 11). Cuando se comparó esta categoría con las 9 restantes, las diferencias fueron estadísticamente significativas. Es importante mencionar que el segundo motivo reportado como más importante es el que se refiere al placer que se obtiene al beber, aspecto que frecuentemente se omite a pesar de la importancia que tiene en el mantenimiento del hábito alcohólico.

La circunstancia en la cual se encontró que se ingería con más frecuencia, fue en compañía de amistades o vecinos (según 86 pacientes, o sea, en el 58%). Cuando se comparó esta categoría con las demás categorías, las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < .001$).

Es importante mencionar que sólo 33 pacientes informaron que ingerían alcohol estando solos, o sea, un poco más de la quinta parte de la muestra. Esta situación indica un deterioro importante que ocurre frecuentemente en casos de alcoholismo crónico.

Como ya se mencionó, el 81% de la población que acude a consulta al Centro, es católica, es decir, 121 pacientes, por lo que se decidió investigar la frecuencia con que se realizaban juramentos religiosos para dejar de beber. Se encontró que en alguna ocasión, 89 pacientes, o sea el 59%, habían jurado ante la Virgen y un sacerdote dejar de tomar alcohol, esto fue ligeramente significativo, obteniéndose una $p < .02$; de los 89 pacientes que habían jurado, 33 de éstos, o sea, el 37%, lo había hecho una vez; 45 lo habían hecho de 2 a 5 veces, y 11 pacientes habían jurado más de 5 veces. Es importante mencionar que solamente 17 pacientes de los 89, o sea, el 19%, habían mantenido el juramento, es decir, que la mayoría (el 81%) lo había roto, lo cual es estadísticamente significativo. Esta situación nos hace reflexionar sobre la posibilidad de combinar diferentes intervenciones que favorezcan la abstinencia con el objeto de obtener resultados más perdurables.

Es conveniente mencionar que existen reportes en la literatura sobre el importante papel que la religión puede desempeñar tanto en el manejo terapéutico como en la abstinencia del alcohólico (8-9). Las dos razones más importantes reportadas como causas de la ruptura de este juramento son exactamente mecanismos opuestos a los reportados como motivos de ingestión. La primera, que manifestaron 20 pacientes, o sea un 22.5%, fue que se sentían físicamente mal sin el alcohol y la segunda, que presentaron 16 pacientes, o sea, el 18%, es que se sentían aislados de su grupo de amistades y por lo mismo se sentían inclinados a tomar. Estas dos situaciones o variables estarían actuando como reforzadores negativos que mantienen y predisponen al paciente a una ingestión regular de alcohol.

Por lo que se refiere a la membresía a grupos (de amigos, sociales, culturales, deportivos, etc.) se encontró que solamente 59 pacientes, o sea, el 39%, formaba parte de un grupo; el resto, que equivalía a la mayoría (91 pacientes, o sea, el 61%), no formaba parte de grupo alguno; esta diferencia fue ligeramente significativa con un $p < .01$. Se encontró que es el grupo de Alcohólicos Anónimos el que presenta una mayor membresía. Pertenecen a él 49 pacientes, que constituyen el 83% de los pacientes que pertenecen a algún grupo, lo cual es estadísticamente significativo ($p < .001$). Estos hallazgos no se deben de menospreciar porque nos están indicando la falta de participación grupal del alcohólico, que puede entenderse como resultado del alcoholismo. Su único grupo de interacción es el constituido por alcohólicos; además, se reconoce el posible papel de la depresión ocasionada por la soledad como causa o coadyuvante de la ingestión de alcohol. También es conveniente reconocer la labor de Alcohólicos Anónimos al ofrecerles a los alcohólicos una alternativa grupal (10).

BIBLIOGRAFIA

1. MEDINA-MORA M E, DE LA PARRA C A, TERROBA G G: El consumo de alcohol en la población del Distrito Federal. *Sal. Pub. Mex.* Epoca V, XXII (3) 281-288, mayo-junio de 1980.
2. CABILDO ARELLANO H M: Panorama epidemiológico del alcoholismo en México. *Rev. Fac. Med.* XIII (2) 115-118, marzo-abril de 1972.
3. CABILDO ARELLANO H M, SILVA MARTINEZ M, JUAREZ J M: Encuesta sobre hábitos de ingestión de bebidas alcohólicas. *Sal. Pub. Mex.* Epoca V, XI (6) 759-769, nov-dic. de 1969.
4. LIBAN C, SMART R G: Generational and other differences between males and females. En: Problem drinking and its treatment. *Drug Alcohol Depend.* 5 (3) 207-221, marzo de 1980.
5. DAHLGREN L, IDESTROM C M: Female alcoholics and morbidity. *Acta Psychiat. Scand.* 60 (2) 199-213, agosto de 1979.

6. PAOLINO T S, Mc CRADY B S, DIAMOND S: Statistics on alcoholic marriages, an overview. *Int. J. Addict.* 13 (8) 1285-1293, noviembre de 1978.
7. TURULL TORRES F: Aspectos socioculturales de la demanda de atención en un servicio de alcoholismo en la Ciudad de México. *Salud Mental.* 5:(2) verano 1982.
8. GALANTER M: Religious conversion: an experimental model for affecting alcoholic denial. *Curr. Alcohol.* 6, 69-78, 1979.
9. ABUL AZAYEM G M: The Islamic psychosocial approach to alcoholism. *Comp. Med. East West* 6 (3), 237-239, otoño de 1979.
10. KING B L, BISSELL L I, O'BRIEN P: Alcoholics Anonymous, alcoholism counseling, and social work treatment. *Health Soc. Work* 4 (4): 181-98, noviembre de 1979.

ANEXO I

Definiciones operacionales en relación a la ocupación

Oficio Mayor Independiente:

Es la actividad manual para cuyo ejercicio se obtiene una capacitación formal específica de terceros (personas o instituciones), o bien, su formación es empírica con varios años de práctica en dicha actividad. Se caracteriza también porque el entrevistado trabaja por su cuenta; es decir, no está sujeto a las instrucciones de otros para realizar el trabajo.

Oficio Mayor Dependiente:

Tiene características similares a la actividad anterior,

con la diferencia de que el entrevistado trabaja como empleado de otra persona o empresa.

Oficio Menor Independiente:

Actividad manual para cuyo ejercicio no se requiere de una capacitación formal o de periodos prolongados de formación empírica y el sujeto trabaja por su cuenta.

Oficio Menor Dependiente:

Características similares a la actividad anterior, sólo que el entrevistado trabaja como empleado de otra persona o empresa.